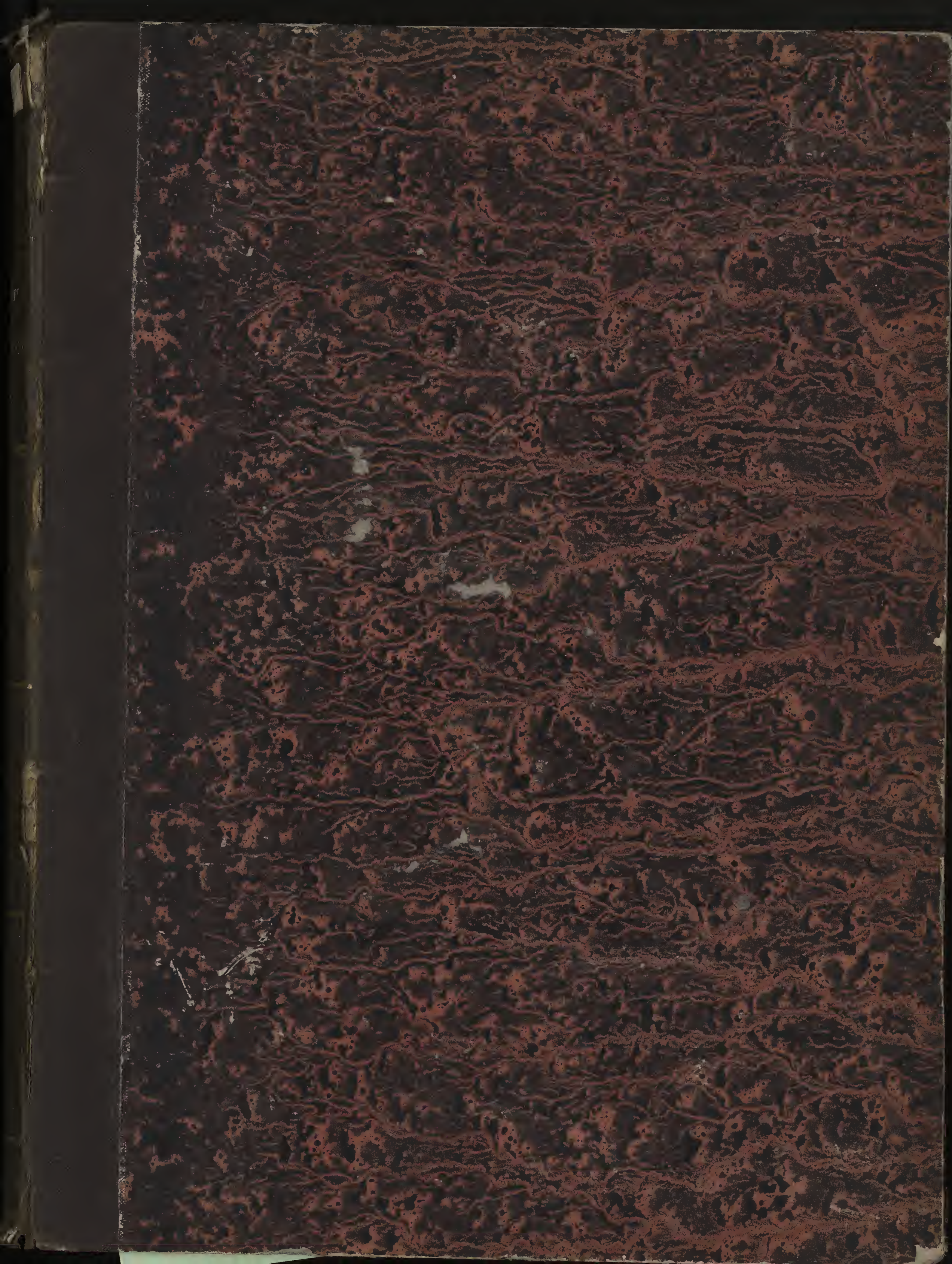


169 _ tuberculose des org. genito-urinaires

572 _ Amputation sous astragalienne

L'UNION MÉDICALE,

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES,

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

Rédacteur en chef : M. le Dr AMÉDÉE LATOUR.

Gérant : M. le Dr RICHELOT.

SIXIÈME ANNÉE.

TOME VI.



1852.

PARIS,

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE DU FAUBOURG-MONTMARTRE, 56.

Tome VI. — N° 1. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 3 Janvier 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois............ 20 Fr.
1 An............. 37

Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An............. 40

Pour les pays d'outre-mer :
1 An............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs des départemens, pour six mois et pour un an, dont l'abonnement a fini le 31 décembre dernier, sont prévenus que la traite pour le renouvellement leur sera présentée à domicile dans le mois de janvier. Afin de nous éviter des frais considérables de retour, ils sont priés de donner des ordres en conséquence, en cas d'absence.

MM. les Souscripteurs de trois mois qui veulent éviter toute interruption dans l'envoi du journal, sont priés de renouveler leur abonnement de suite, soit par un mandat sur la poste, soit par la voie des Messageries et du commerce.

La quittance sera présentée au domicile de nos Souscripteurs de Paris.

PARIS, LE 2 JANVIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a été officiellement informée du choix fait par les sections compétentes des cinq juges que la compagnie devait fournir au jury du concours pour la chaire d'hygiène vacante à la Faculté. Les membres élus sont :

MM. Caventou,
Soubeiran,
Lecanu,
Gérardin,
Villermé.

Les divers scrutins pour la nomination des membres sortans dans les commissions permanentes ont absorbé la plus grande partie de la séance. Au milieu de l'agitation produite par cette opération, M. Patissier a lu un rapport général sur les eaux minérales dont il nous a été impossible de saisir un seul mot. Nous le regrettons, car tout ce que fait cet académicien aussi modeste que savant, et peut-être trop peu apprécié par la compagnie, est marqué au coin de l'exactitude et d'une saine critique. Nous n'oublierons pas de lire ce rapport dans le *Bulletin* de l'Académie et d'en extraire ce qui nous paraîtra d'un intérêt général. Il existe un retour marqué vers les études hydrologiques; l'UNION MÉDICALE a fait, dans les limites de sa sphère d'action, ce qu'elle a pu pour encourager cette disposition d'esprit. La France, si riche en sources variées et pouvant suffire à toutes les exigences de la thérapeutique, ne pouvait pas rester plus longtemps en arrière de pays voisins où l'étude des eaux minérales jouit d'une grande faveur.

Amédée LATOUR.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE OBSERVÉE A DAMAS, ET DE SON TRAITEMENT PAR LE CALOMEL; par M. LAUTOUR, médecin sanitaire du gouvernement turc à Damas.

La fièvre typhoïde se manifeste à Damas, chaque année, avec plus ou moins d'intensité; ordinairement elle commence à la fin de juillet, pour finir vers les premiers jours de novembre, c'est-à-dire à l'époque des pluies.

L'année 1846, par une fatale exception, nous offrit deux invasions de fièvre typhoïde; la première aux mois d'avril et de mai, la seconde comme à l'ordinaire, en automne. Cependant la maladie du printemps de 1846 présenta ces particularités : qu'elle frappa un bien plus grand nombre de sujets; qu'elle resta presque renfermée dans les murs de la ville; que la mortalité fut considérable, si on la compare à celle des autres années. (L'endémie se propage annuellement dans la contrée et frappe également les habitans de Damas, qui vont à la campagne pour s'en préserver.)

Cette fièvre diffère de la fièvre typhoïde d'Europe; elle semble se modifier à mesure que l'on avance vers l'Orient, où d'autres maladies paraissent la remplacer. Telles sont, en Turquie, la peste; dans l'Inde, le choléra; en Amérique, la fièvre jaune.

L'Egypte, qui de temps immémorial a été le foyer principal de la peste, n'offre qu'exceptionnellement la fièvre typhoïde, telle que nous l'observons en Europe. M. le docteur Willemin, médecin sanitaire du gouvernement français, après trois années de séjour dans cette contrée, m'assure n'en avoir observé qu'un seul cas. Ici, à Damas, nous retrouvons la fièvre typhoïde avec l'ensemble des caractères qu'elle présente en Europe; cependant elle offre des différences que nous allons indiquer sommairement.

La *langue* semble avoir moins de tendance à se sécher. Dans la dothinentérie du printemps de 1846, l'aridité de la langue ne manqua presque jamais et toujours elle fut portée à un haut degré. Tandis que sur les douze observations de fièvre typhoïde que nous allons citer et que nous avons prises parmi un grand nombre, nous trouvons seulement cinq cas, dans lesquels la sécheresse a été prononcée. Dans les sept autres, quand ce symptôme a existé, ce n'a été que passagèrement.

Quant aux taches lenticulaires, M. le docteur Willemin, depuis trois mois, n'a négligé aucune occasion de les rechercher, soit dans la pratique des pauvres de la ville, soit dans les salles de l'hôpital militaire; or, il n'a cru en reconnaître l'existence qu'une seule fois.

La durée de la maladie est, en général, bien moindre qu'en Europe. Le plus souvent elle ne dépasse pas huit jours, quelle qu'en soit la terminaison. Nous avons vu coup sur coup, dans ces derniers temps, plusieurs individus succomber au huitième jour de la maladie, et chez d'autres où l'on avait employé une bonne méthode de traitement, la convalescence commençait à la même époque : neuf de nos observations déposent en faveur de cette assertion; il est facile de se rendre compte pourquoi, dans les autres, la maladie a duré plus longtemps.

En Europe, la diarrhée est plus fréquente que la constipation. Ici, c'est le contraire, car nous ne pouvons citer aucun cas où la diarrée ait été prononcée; nous l'avons toujours produite par le calomel ou par un autre purgatif, sans qu'elle ait aggravé la maladie.

Relativement aux causes de la dothinenterie, il faut sans doute les chercher dans les mêmes conditions qui ont été indiquées pour l'Europe. Ainsi, en France, on a cité comme *cause efficace* l'arrivée nouvelle à Paris. Pareille chose s'observe à Damas, surtout pour les Constantinopolitains. Presque tous les jeunes gens qui arrivent de la capitale à Damas, y sont atteints, la première année de leur séjour, d'une affection typhoïde plus grave que celle qui attaque les gens du pays. Il en est de même à la Nouvelle-Orléans pour la fièvre jaune, comme je l'ai établi dans un mémoire sur cette maladie, publié dans la *Gazette médicale de Constantinople* (*cahiers d'octobre et de novembre* 1849).

MM. Bretonneau et Gendron ont admis *la contagion de la dothinentérie*. A ce sujet, je répéterai ce que j'ai dit dans un rapport sur une épidémie de fièvre continue observée à Damas (*voir le Journal de Constantinople, juillet* 1847) : « Cette » maladie fit mourir beaucoup d'individus; mais elle se dé- » clara par toute la ville en même temps à peu près à des de- » grés différens d'intensité. On n'a point remarqué non plus » que les personnes qui ont eu des rapports avec les malades,

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Quel bonheur pour le feuilleton d'avoir à commencer l'année par des félicitations! C'est aux sections qui ont eu à élire les cinq juges du prochain concours pour la chaire d'hygiène que ces félicitations doivent s'adresser. Elles doivent surtout tomber, ces félicitations, sur les honorables membres composant les sections de pharmacie et de chimie. Figurez-vous, en effet, que le bruit s'était répandu que les pharmaciens et les chimistes qui composent la majorité des sections qui avaient à élire les juges, s'étaient entendus pour ne nommer que des pharmaciens et des chimistes. Ce bruit, propagé par la malveillance, a été démenti par l'événement. Le premier nom sorti de l'urne a été celui de M. Villermé, le savant, l'exact, le rigoureux hygiéniste, Messieurs les pharmaciens donnant ainsi l'exemple de la politesse et des convenances en accordant les prémisses de leurs votes à un juge véritablement compétent. Puis, Messieurs les pharmaciens, interprétant les réglemens dans leur sens libéral et vrai, ont cherché dans l'Académie tout entière les membres qui se sont distingués par des travaux spéciaux sur l'hygiène et par des publications afférentes au but de la chaire mise au concours; ils ont trouvé les noms de MM. Michel Lévy et Londe, auteurs de traités d'hygiène populaires et classiques, le nom de M. Mêlier, dont les remarquables mémoires sur les *subsistances*, sur les *marais salans*, sur le *tabac*, dont les beaux travaux sur les *mesures sanitaires* ont fondé la réputation d'hygiéniste, et Messieurs les pharmaciens n'ont pas hésité un seul instant à élire ces savans académiciens comme juges d'un concours d'hygiène. Restait une cinquième place, Messieurs les pharmaciens ne l'ont donnée ni à un pharmacien pur, ni à un médecin spécial, mais à un savant, membre de l'Institut, membre du comité consultatif d'hygiène publique, membre du conseil de salubrité du département de la Seine, à M. Bussy enfin, dont la compétence ne sera contestée par personne.

Ces choix, aussi intelligens que désintéressés, devaient être et ont été très favorablement accueillis par l'opinion publique.

La Faculté de médecine en a reçu la notification avec un plaisir marqué, et les compétiteurs, très honorés d'avoir de pareils juges, vont redoubler d'efforts pour que les lutteurs soient dignes des arbitres.

C'est par de pareils actes que le mode actuel des nominations des juges de concours à l'Académie de médecine sortira vainqueur des critiques que des esprits chagrins lui ont adressées. Le résultat prouve, du reste, que les sections appelées à élire sont inaccessibles à toute influence de petites passions et d'intérêts étroits. Le banc des pharmaciens, surtout, auquel on a si injustement reproché son esprit d'empiètement et d'accaparement, vient de répondre noblement à ces ridicules attaques; il avait une immense majorité dans le scrutin de vendredi dernier; il dépendait de lui que les trois cinquièmes des juges fussent pris parmi leurs membres; généreusement et délicatement il n'en a nommé aucun; le feuilleton propose une mention honorable pour une pareille abnégation. Pouvoir se venger des malices des Guy-Patins de l'Académie contre les apothicaires, siéger en nombre comme juges dans un concours de médecins, c'était bien tentant, bien séduisant; nos pharmaciens de l'Académie n'ont pas eu cette faiblesse; modestement ils ont élu des juges qu'ils ont cru plus compétens.

Puisque nous sommes dans la saison des vœux, je vous souhaite, ô Académie de médecine, un grand nombre de faits semblables qui puissent faire dire que vous êtes une compagnie véritablement savante, préoccupée des seuls intérêts de la science, à l'abri de toute intrigue misérable, prenant ainsi au sérieux votre immixtion dans ce qu'il y a de plus grave et le plus élevé de votre rôle, votre participation au choix des hommes destinés à l'enseignement. Prenez-y garde, ô Académie; des choix contestés et contestables pourraient vous faire enlever ce droit dont vous êtes fière à juste titre, droit utile, moyen pondérateur que la Faculté ne subit qu'avec impatience et dont la mauvaise application lui fournirait contre vous une arme dangereuse. C'est une de vos plus belles prérogatives de siéger comme juge dans les concours de la Faculté; mais de cette prérogative il faut être jalouse; il faut l'entourer de garanties et de précautions; il faut que cette fraction de vous-même, à qui vous la décernez, puisse vous représenter avec honneur et dignité; il faut enfin que, sous aucun rapport, on ne puisse marquer un degré d'infériorité entre vos juges et ceux de la Faculté. Croyez-en le feuilleton, qui est plus votre ami que vous ne le croyez, ô Académie, qui ne vous caresse et ne vous flagorne pas, mais qui de temps à autre vous dit des vérités utiles dont vous devriez faire profit.

Je vous souhaite, ô Faculté de médecine, de prendre une bonne et généreuse résolution relativement au concours. En voici un qui commence presque en même temps que l'année; c'est le moment de faire peau neuve. Rompez, rompez tout pacte avec l'intrigue, le népotisme, le familiarisme; réservez la victoire pour le plus digne et pour le plus capable; éloignez-vous de ces transactions préméditées, de ces arrangemens pris d'avance; de ces compromis tramés de longue main qui faussent et vicient l'institution du concours et qui revêtent des formes sacrées de la justice l'arbitraire, le caprice et la fantaisie. Prenez-y garde, ô Faculté, les atteintes graves que vous pourriez porter à la justice des concours tourneraient contre vous-même. On abolirait le concours, mais non pour y substituer le droit de présentation, mais bien le droit de nomination directe qui vous donnerait des collègues que vous voudriez peut-être bien ne pas avoir.

Je vous souhaite, ô compétiteurs de ce prochain concours, de ne marcher que dans des voies régulières, de ne vous servir que d'influences légitimes, de n'employer que des moyens moraux, de ne vous confier qu'à vos propres forces, et d'éloigner comme indignes de vos juges et de vous-mêmes ces ténébreuses manœuvres dont de précédens concours ont été trop souvent l'occasion et le prétexte.

Je vous souhaite, ô mes jeunes amis, élèves de la Faculté, de ne vous passionner que pour le mérite réel et solide, de vous tenir en garde contre un faux éclat de la forme qui masquerait la stérilité du fond, et de vous attacher bien plus aux qualités précieuses du jugement et de la critique, qu'à l'exhibition mnémonique d'articles de dictionnaires et de journaux.

Je vous souhaite à tous, bien-aimés lecteurs, une longue suite de prospérités de tout genre, et permettez-moi de nous souhaiter à nous-mêmes la continuation de votre bienveillance, qui se traduira par la continuation de votre abonnement. Pour obtenir ce résultat, nous allons redoubler d'efforts et de zèle. L'UNION MÉDICALE vous promet, pour cette année, une abondante moisson de bonnes et belles choses qu'elle ne veut pas autrement vous indiquer, pour vous laisser tout le plaisir de la surprise.

Amédée LATOUR.

NOMINATIONS. — Par un décret du président de la République en date du 23 décembre, M. Ville est nommé professeur de la chaire de chimie appliquée à l'agriculture, à l'institut national agronomique.

—Par arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce, M. Wurtz, chargé provisoirement de la chaire de chimie actuellement existante à l'institut national agronomique, est nommé professeur du cours de chimie générale audit établissement.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur du 16 de ce mois, M. le docteur Smytter, médecin de la division des hommes, de l'asile de Saint-Yon, est nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de la Meuse,

» ou qui les ont soignés, aient été plus exposées que d'autres » à la contracter. »

Quant au diagnostic de cette affection, en général si facile à reconnaître, il est cependant des cas où le jugement du médecin peut être mis en défaut. Je cite à l'appui, une observation bien remarquable de fièvre pernicieuse qui offrit, pour ainsi dire, tous les caractères de la fièvre typhoïde.

Pour le traitement, j'ai employé les années précédentes la méthode antiphlogistique, secondée par les purgatifs et les révulsifs, suivant l'indication. Cette année, par un heureux hasard, j'ai été conduit à me servir d'un nouveau médicament.

La malade qui fait le sujet de la première observation, se trouvait le 6 septembre, dans l'état le plus désespéré, lorsque j'invitai mon honorable et savant collègue, le docteur Willemin à une consultation. Ayant saisi l'indication avec une sagacité que je ne puis trop louer, il me conseilla d'administrer immédiatement le calomel. Je suivis cet avis ; le 8 au soir, la malade était revenue à l'état le plus satisfaisant.

Dans la même journée du 6, cinq médecins européens se réunirent en consultation pour une maladie semblable dont Son Excellence Emin-Pacha, général en chef de l'armée d'Arabie, se trouvait atteint. Là, encore, M. Willemin proposa le calomel. La majorité des médecins consultans adopta son avis, mais on éluda la prescription, et le maréchal succombait dans la soirée du 8, à l'instant même où la malade précédente était calme et hors de danger. Depuis lors, je n'ai pas hésité à employer cette substance dans le traitement des fièvres typhoïdes. Les observations suivantes viendront, je l'espère, appuyer les faits du même genre recueillis depuis longtemps dans différentes contrées.

Déjà en Europe, l'efficacité du calomel contre cette maladie n'est plus contestée. Sans parler de l'expérience ancienne et si vaste qu'ont acquise à cet égard les médecins anglais ; en Allemagne on a également employé avec succès ce médicament contre la fièvre typhoïde. En France, l'efficacité de ce remède a été mise hors de doute, par des expériences répétées. M. le docteur Taufflieb, de Bar, a publié (*Bulletin de thérapeutique*, 1850), un mémoire fort remarquable sur le traitement de la fièvre typhoïde par le calomel. M. de Larroque le regarde « comme un excellent laxatif auquel il ne re» proche que l'irritation de la bouche et la salivation. »

Depuis que M. Willemin a introduit chez nous cette médication, elle a été adoptée par moi, dans ma pratique civile, et par M. le docteur Bosi, médecin en chef de l'hôpital militaire de Damas, qui a également obtenu, à l'aide de ce médicament, des succès notables.

Je vais donner le sommaire de treize observations : onze m'appartiennent, je dois les deux autres à l'obligeance de M. Willemin.

Je cite d'abord cinq observations où l'on voit une fièvre typhoïde, en général grave, promptement guérie par le calomel.

Dans la sixième et la septième, la fièvre intermittente succède immédiatement à la fièvre typhoïde. Une complication fâcheuse survenue à la suite d'une émotion morale des plus vives, causa la mort chez la première de ces malades, lorsque déjà elle était en voie de guérison. Dans les cinq observations suivantes, c'est une fièvre intermittente, du type quotidien ou tierce, qui se transforme en fièvre typhoïde. (En cette saison de l'année, les fièvres paludéennes sont endémiques et très répandues à Damas.) Dans les trois premières observations, le calomel suffit à amener une guérison complète. Dans les deux autres, il fallut, après avoir conjuré par ce moyen, les accidens graves qui étaient survenus, recourir au fébrifuge par excellence pour triompher de l'intermittence qui constituait la nature primitive de l'affection.

Le dernier cas est celui d'une fièvre pernicieuse qui présenta tous les caractères d'une affection typhoïde, mais où la marche de la maladie en fit bientôt reconnaître la véritable nature.

Observation I. — *Fièvre typhoïde; — traitement par le calomel; — Guérison.*

Femme Arontine, arménienne, âgée de 30 ans, d'une belle constitution, peu sujette aux maladies, eu égard au climat de Damas, fut prise d'inappétence, de malaise général dans la journée du 31 août 1851.

Le 1er septembre, au matin, pandiculations, frissons suivis de chaleur; 104 pulsations. Soif ardente, langue sale, bouche amère, nausées, constriction épigastrique, douleur à la colonne vertébrale (*vomitif.*) Évacuation de matières bilieuses. Le soir, légère amélioration ; mais la céphalalgie et le malaise général persistèrent. La peau resta privée de transpiration.

Le 2, anxiété extrême, peau très chaude, sèche, aride, pouls comme la veille. La malade se retourne sans cesse dans son lit, elle ne peut demeurer dans une position stable (*saignée d'environ 250 grammes, limonade, lavemens de graine de lin.*) Aucune amélioration ne s'étant manifestée pendant la journée, je fis appliquer 18 sangsues à l'épigastre. Il en résulta un peu de soulagement et même une légère transpiration. Nouvelle exacerbation pendant la nuit. La langue, qui jusqu'alors avait été assez humide, devint sèche et brune vers le centre. Pouls à 115. Urines rares, jaunâtres et sédimenteuses ; prostration, nuit très laborieuse.

Le 3, m. Les lavemens n'ayant produit que peu d'effet (*séné, 8 gram.; sulfate de soude, 15 gram.; manne, 30 gram.; eau, 150 gram.*), cette potion amena plusieurs selles, sans produire de soulagement marqué.

Le 4. La stupeur et l'anxiété augmentent (*limonade sulfurique; bain de pied à la moutarde; lavemens purgatifs*). Le soir, *sinapisme* entre les épaules.

Le 5. La malade est devenue presque sourde. (Même prescription.)

Le 6, 5 h. m. État d'angoisse extrême, gémissemens. Dents fuligineuses; langue couverte d'un enduit brunâtre, sans beaucoup de sécheresse, quoique la soif soit des plus ardentes. Pouls petit, dur, serré. Respiration embarrassée, sibilante. A 9 heures, elle se lève d'un air égaré, et l'on a beaucoup de peine à la reconduire dans son lit.

Ce fut alors que j'invitai M. le docteur Willemin, nouvellement arrivé à Damas, à vouloir bien m'aider de ses conseils. Mon honorable collègue diagnostiqua une fièvre typhoïde très grave et fut d'avis d'administrer le calomel. (*A 11 h. m. nous prescrivîmes 60 centigrammes de cette substance à prendre en 6 doses, de 2 heures en 2 heures.*) A 8 h. s. la malade était inondée de sueur. Plusieurs évacuations très fétides eurent lieu pendant la nuit.

Le 7 au matin. Peau fraîche, stupeur moins prononcée, du reste, même état. (*Même prescription.*) Le soir, grande défaillance, pouls faible, pâleur, extrémités froides; respiration presque nulle. (*Une application de sinapismes aux quatre extrémités fit revenir la malade.*)

Le 8, elle paraît réveillée d'un profond sommeil. Le facies est bon et n'exprime plus aucune anxiété. Appétit.

A dater de ce jour, les symptômes se dissipèrent peu à peu et la malade entra en convalescence. Cependant le pouls marqua constamment de 100 à 110 jusqu'au 15 du même mois, époque où elle partit pour la campagne.

La guérison a été complète.

Observation II. — *Fièvre typhoïde; — guérison à la suite de l'administration du calomel.*

Wardeh Chehâdeh, servante, âgée de 40 ans, d'une constitution robuste, fut prise de fièvre le 1er octobre 1851.

Le 2, 8 h. m. Anxiété, stupeur; chaleur à la peau; pouls plein à 100. Bouche amère, langue très sale, haleine fétide, nausées. Urines jaunâtres, chargées. (0, gr 07 *d'émétique.*) 6 vomissemens. Amélioration passagère.

Le 3 au matin. Céphalalgie violente; la malade se presse la tête entre les mains. Peau chaude, aride; pouls dur, à 100. Langue tendant à la sécheresse, soif, chaleur insupportable à l'épigastre; ventre météorisé, très sensible, constipation. (15 *sangsues au creux de l'estomac; lavemens.*)

Le 4. Somnolence, gémissemens, agitation continuelle; du reste, même état que la veille. (0, gr 80 *de calomel en* 6 *prises, de* 2 *heures en* 2 *heures.*) Dans la nuit du 4 au 5, selles copieuses, sueur, sommeil fugace.

Le 5 à midi. Langue sèche, rugueuse, soif, ventre moins ballonné, moins sensible. (*Même prescription.*) 2 selles.

Le 6. Calme, grande faiblesse, peau fraîche; pouls à 80. Langue noire, très sèche, soif inextinguible. (0 gr 40 *de calomel; eau de riz.*)

Le 7. Le mieux continue; langue humide; appétit. (*Bouillon de poulet.*)

A dater du 8, la convalescence marche rapidement et n'est gênée que par une salivation mercurielle, qui fut traitée par les purgatifs et les gargarismes d'eau alumineuse.

Le 13, Wardeh commençait à se lever, et le 20, elle était parfaitement guérie.

(*La suite au prochain numéro.*)

ENSEIGNEMENT.

COLLÈGE DE FRANCE; — COURS DE M. MAGENDIE.

Ainsi que l'Union Médicale l'avait annoncé, M. Magendie a ouvert, le 17 décembre, son cours habituel au collège de France. Les journaux du même jour annonçaient sa nomination au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion-d'Honneur; aussi une réception sensiblement bienveillante de la part de l'auditoire, composé en plus grande partie de médecins que d'élèves, et parmi lesquels on remarquait quelques dames, a paru porter de suite sur le professeur une influence sympathique. Nous avons toujours eu soin de faire connaître à nos lecteurs tout ce qui ressortait d'intéressant et de nouveau de l'enseignement de ce célèbre physiologiste. On nous saura assurément gré de continuer. Voici, d'abord, l'exposition par laquelle il a inauguré la reprise de ses leçons du semestre d'hiver; elle nous a paru assez remarquable pour la reproduire à peu près textuellement : c'est, en effet, une sorte de discours d'ouverture.

« Messieurs, vous savez que l'enseignement dont je suis chargé n'est point élémentaire; il suppose plutôt des connaissances générales; c'est pourquoi, au lieu de m'astreindre à un plan d'ensemble, je me plais, au contraire, à choisir un sujet sur lequel j'ai l'espoir de jeter quelque lumière. L'an dernier, j'ai étudié devant vous, les phénomènes de la chaleur animale, et j'ai montré au-dessus et au-dessous de quel degré la vie n'est plus possible. Cette année, j'ai annoncé que je traiterais des *maladies contagieuses, des mesures sanitaires et de la toxicologie expérimentale.* Ces questions m'ont paru de circonstance et en quelque sorte à l'ordre du jour. Les journaux de médecine et politiques, en effet, vous ont appris qu'il se tenait en ce moment, au ministère des affaires étrangères, un *congrès sanitaire* composé de médecins et de consuls délégués par les puissances maritimes de la Méditerranée ; son but est de réglementer les mesures quarantenaires que ces puissances prennent vis-à-vis les unes des autres, dans l'intention de prévenir l'invasion de maladies très meurtrières qui se produisent surtout dans certains parages. Les hommes les plus éminens, soit du corps médical, soit du corps consulaire de ces différentes nations étant en ce moment occupés de cette œuvre, l'occasion me paraît opportune pour examiner la nature de ces maladies, leur mode de transmission, et rechercher si des mesures quelconques sont susceptibles d'arrêter l'invasion de tels fléaux.

« Pour élucider ces importantes questions, il faut les étudier en tenant compte de toutes les connaissances, de toutes les découvertes modernes. Sous ce rapport, on peut dire que le terrain est tout à fait neuf. *L'expérimentation* doit être le vrai guide ; dans ma longue carrière scientifique, elle m'a fait modifier une foule d'idées; il en est que j'ai dû abandonner entièrement.

« Permettez-moi, à ce sujet, de vous citer *quelques exemples.* Il est reconnu aujourd'hui que la *formation* et la *destruction du sucre* dans l'économie animale est une condition de la vie, condition tout aussi indispensable que la circulation ou que la respiration. Si cette substance cesse de se produire, ou si seulement sa quantité diminue, il en résulte aussitôt divers états morbides. Il est surtout une affection qui est la conséquence de son augmentation : vous avez nommé le diabète, maladie incompréhensible autrefois, et sur laquelle on commence, à présent au moins, à avoir des idées rationnelles. La méthode expérimentale a fait découvrir à M. Bernard, mon collaborateur et mon suppléant dans cet enseignement, qu'on pouvait à volonté augmenter ou détruire le sucre chez les animaux. L'explication du diabète n'est pas la seule conséquence de la découverte du glucose ou sucre produit dans l'organisme ; cette découverte vient encore renverser l'ingénieuse théorie de Lavoisier, qui ne voyait, dans l'acte respiratoire, qu'une combustion du carbone par l'oxygène de l'air; le phénomène est évidemment bien plus complexe, puisqu'il s'opère en même temps une incessante destruction de sucre. — Une autre découverte des plus curieuses est l'influence de certains *fermens*, c'est-à-dire d'atômes d'une nature toute spéciale, et qui sont doués d'une puissance extrême pour la décomposition des corps; c'est ainsi que le ferment qui se trouve dans la salive mixte décompose l'amidon en dextrine et en sucre ; c'est encore ainsi qu'il existe dans les voies digestives d'autres fermens, l'un propre à dissoudre la chair musculaire, l'autre la graisse, etc. Si ces fermens viennent à disparaître, la nutrition s'altère et la vie est compromise. Vous citerai-je ce qui se passe, à cet égard, pour celui du suc pancréatique : chose vraiment digne de tout notre intérêt ! les individus qui sont dans ce cas dépérissent en rendant par les selles les matières grasses en nature, sans que la digestion les ait en aucune façon entamées. M. Bernard a obtenu pour le suc pancréatique un résultat analogue à celui dont je viens de parler pour le glucose, c'est-à-dire qu'il a pu en empêcher la formation en injectant des matières grasses dans le conduit excréteur du pancréas, car cette injection fait atrophier et disparaître même cette glande. Ces découvertes, dues entièrement à notre méthode expérimentale, ne doivent-elles pas faire présager qu'en soumettant au même creuset les maladies contagieuses, miasmatiques, nous arriverons à modifier au moins les idées reçues jusqu'à ce jour.

« Mais, Messieurs, pour que l'expérimentation arrive à produire tous les résultats désirables, il faut qu'elle s'appuie sur *deux puissances* d'une nature bien différente, mais dont la réunion est indispensable. La première, c'est la *connaissance exacte des sciences physico-chimiques.* Pour le prouver, je me bornerai à rappeler que c'est l'application de ces sciences qui nous a permis, au moyen de la liqueur composée par M. Bareswil, d'assister, dans la profondeur et l'intimité des organes, à la naissance du sucre, et d'y suivre sa destruction successive. — La seconde puissance consiste dans une *logique sévère*, qui n'admette pas une interprétation des phénomènes sans que les preuves en soient devenues positives et en quelque façon palpables. Je veux, pour vous faire apprécier la nécessité de cette méthode philosophique, vous raconter ce qui s'est passé récemment à l'Institut : un physicien de Berlin, du plus grand mérite, M. Dubois-Raymond, avait annoncé que la contraction musculaire pouvait faire tourner l'aiguille aimantée. La nouvelle avait ému le monde savant; on avait même renchéri sur cette annonce en publiant que la volonté seule avait même ce pouvoir. M. Dubois-Raymond vint à Paris; sa découverte fut soumise à une commission de l'Académie des sciences; j'en faisais partie avec M. Becquerel. Nous le vîmes agir; il contractait violemment ses muscles, de manière à congestionner son visage, et l'on voyait progresser l'aiguille placée sur un multiplicateur très allongé. La commission, voulant reprendre ces expériences, fit établir un instrument électro-magnétique beaucoup plus sensible que celui de M. Dubois-Raymond. Pour savoir si les muscles en contraction produisaient de l'électricité, on enfonça des aiguilles dans ceux d'un animal, et l'approche de ces aiguilles, qu'on retirait humectées, imprimait une marche à l'aiguille aimantée. Mais cette humidité elle-même des aiguilles n'était-elle pas l'occasion d'un courant électrique? Cette supposition fut, en effet, confirmée par la répétition d'anciennes expériences de M. Becquerel, qui, en enfonçant des aiguilles dans des tiges végétales, des fruits, des racines, parvenait à déterminer tantôt une électricité négative, tantôt une électricité positive. Il fallait donc renoncer à l'explication de M. Dubois-Raymond, et il devenait dès lors tout à fait probable que la véritable cause du phénomène tenait tout simplement à la sécrétion cutanée que produisait cet habile physicien en serrant les fils, lesquels, en contact avec cette sécrétion, transmettaient à l'aiguille un courant électrique. L'ingénieuse expérience de M. Dubois-Raymond, comme vous le comprenez facilement, n'en avait pas moins un résultat réel; mais il fallait en trouver la cause véritable. Ceci vous prouve que, on ne doit pas décider trop vite une question, ni craindre de multiplier les expériences.

« *L'expérimentation souvent renverse les conceptions les plus probables*, les analogies les plus rationnelles, et nous montre que si les suppositions sont utiles, elles ne peuvent être tolérées que pour devenir le motif d'expériences tendant à les confirmer. Permettez-moi, Messieurs, par quelques citations de travaux effectués dans cette enceinte et de ma pratique dans les hôpitaux, de vous établir la vérité de cette proposition. Comme il est incontestable que la sensibilité réside dans les nerfs, on devait, d'après cela, supposer que le nerf optique, que son expansion appelée rétine, devaient jouir de la plus exquise sensibilité, en raison surtout de la délicatesse de l'œil, aux fonctions duquel ces nerfs président. Eh bien, cette rétine, qui sent la plus faible lumière, ne sent pas la pointe d'un instrument qui la pique! Qu'on ne croie pas que ce phénomène soit propre aux animaux, car j'ai remarqué, lorsque j'étais médecin à la Salpêtrière et que j'opérais fréquemment de la cataracte les vieilles pensionnaires, que celles-ci ne

témoignaient pas la moindre émotion lorsqu'il m'arrivait de toucher leur rétine. Les expériences sur les nerfs ont, du reste, montré que cette insensibilité n'était pas propre seulement au nerf optique, et qu'elle s'étendait à ceux qui ont des propriétés spéciales, comme l'olfactif, l'auditif. Il y a même d'autres nerfs qui ne sont sensibles que parce que des cordons nerveux leur transmettent la sensibilité; c'est ce phénomène qui est connu sous le nom de *sensibilité récurrente*.

« Les faits que je viens d'énoncer, et qu'on pourrait multiplier très largement, nous conduisent bien loin des idées *poétiques* de Bichat, de cet homme pourtant admiré à juste titre et dont on vient de faire l'éloge dans une séance d'apparat. Ces mêmes faits ne font-ils pas disparaître toutes les espèces de sensibilités écloses dans un cerveau à vive imagination.

« Les *recherches sur le sang*, qui m'ont occupé si longtemps, doivent assurément donner une base nouvelle à l'étude de beaucoup de maladies. On a été longtemps avant d'y attacher l'importance qu'elles méritaient. Je ne m'en suis pas étonné en pensant que la découverte elle-même d'Harvey a trouvé des opposans pendant plus de trente années. A cette époque aussi, certaines gens se figuraient qu'il n'y avait plus rien à faire après Hippocrate. Si la résistance se trouvait en quelques lieux, dans d'autres il existait un enthousiasme immodéré. L'engouement sur la transfusion en est une preuve, car on avait été jusqu'à supposer que le sang en entier pouvait être renouvelé, qu'ainsi on préviendrait la vieillesse et l'on obtiendrait même l'immortalité.

« Je ne me suis pas borné à étudier les altérations du sang, j'ai voulu, dès les débuts de ma carrière physiologique, savoir comment s'opérait *sa progression dans les tissus capillaires*. On prétendait que l'impulsion du cœur ne produisait d'effet que jusqu'à ces tissus, qu'après ceux-ci le sang était repris par des forces occultes, qu'on qualifiait de propriétés plus ou moins ingénieuses. J'ai établi que le mouvement donné par la pompe centrale suffisait par le ramener au cœur. S'il est vrai qu'on trouve dans la circulation les lois de l'hydraulique, je vous demande ce que serait une machine qui laisserait l'eau à moitié chemin? Harvey avait mieux compris la circulation que ses successeurs! Mais, en outre de la partie mécanique, il y a la partie vitale. Les tuyaux parcourus par le sang sont élastiques, et c'est ce qui permet de comprendre le cours continu de ce fluide, quoique l'impulsion du cœur ne soit qu'alternative. Les vaisseaux capillaires ont une ténuité extrême qui peut aller jusqu'à un millième de millimètre. Dans l'ordre mécanique, aucun liquide ne passerait par des vaisseaux aussi fins; il faut pour cela une humeur comme le sang, douée dans sa composition et sa température, de propriétés toutes spéciales, car si de l'eau y est mêlée, l'humeur sanguine ne passe plus et s'infiltre, ainsi qu'on le voit dans les expériences. »

(La suite à un prochain numéro).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 Décembre. — Présidence de M. RAYER.

M. LEREBOULLET, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, transmet le résumé suivant d'un travail *sur la structure intime du foie*, qu'il a présenté le 27 février 1851, à l'Académie de médecine de Paris, pour le concours pour le prix Portal. Ce résumé comprend les 67 propositions suivantes :

1° Les organes préparateurs du liquide biliaire sont des cellules, c'est-à-dire des élémens organiques creux, analogues aux utricules des végétaux. Ce fait est aujourd'hui hors de contestation.

2° Le foie des mollusques et celui des crustacés (écrevisse) renferment deux sortes de cellules : des cellules biliaires et des cellules graisseuses.

3° Ces deux sortes de cellules se multiplient par génération endogène.

4° Les cellules graisseuses ne me paraissent être que transitoires. Je crois qu'elles se transforment elles-mêmes en cellules biliaires par dépôt de granules biliaires et par disparition de la graisse qu'elles renfermaient.

5° Le foie des vertébrés est composé de lobules, c'est-à-dire de petits amas d'élémens sécréteurs, groupés pour former des granulations de dimension variable, mais qui dépassent rarement 2 millimètres.

Ces lobules ou granulations hépatiques se confondent souvent les uns avec les autres. C'est dans le foie du porc qu'on les distingue le mieux, parce qu'ils sont entourés d'une enveloppe spéciale en continuation directe avec la capsule de Glissen.

Dans le foie de l'homme, les lobules sont toujours plus ou moins confondus.

6° Les deux couleurs du foie ne tiennent pas à l'existence de deux substances distinctes, ni par conséquent à l'accumulation plus ou moins grande de la bile dans ses canaux sécréteurs; elles dépendent uniquement du degré de réplétion des vaisseaux portes périlobulaires ou des veines hépatiques qui occupent le centre des lobules (veines centrales). Lorsque le sang stase dans les veinules portales, la periphérie du lobule est plus foncée que le centre; c'est le contraire, lorsque les veinules portales sont plus ou moins vides, tandis que le réseau central est encore rempli de sang, comme on le voit dans diverses altérations pathologiques, particulièrement dans le foie gras.

7° Il existe dans le foie de porc, autour de chaque lobule sécréteur, une véritable enveloppe celluleuse, que l'on peut facilement mettre en évidence et qui sépare nettement les lobules les uns des autres. Les élémens fibrillaires qui forment cette capsule se continuent avec les gaînes celluleuses des vaisseaux (capsules de Glisson). Dans l'homme on ne peut démontrer aucune trace de cette enveloppe lobulaire.

8° Le lobule hépatique est à lui seul un petit foie, composé de cellules sécrétoires, de réseaux capillaires sanguins afférens.

9° Les cellules *sécrétoires* ou *biliaires* des animaux vertébrés sont, comme celles des animaux sans vertèbres, de véritables utricules. A la vérité, les parois opposées de ces sacs fermés de toutes parts sont plus ou moins appliquées l'une contre l'autre, mais on peut les gonfler et les rendre ovoïdes en les traitant par le chloroforme; d'un autre côté, l'étude des cellules graisseuses fait voir que la graisse se développe dans leur intérieur et soulève leurs parois.

10° Ces cellules contiennent habituellement : 1° un noyau sphérique avec un nombre variable de petits nucléoles punctiformes transparentes; 2° des granulations grises ou fauves, éparses dans la cellule ou accumulées en petits tas (granules biliaires) : 3° des vésicules graisseuses très petites, répandues au milieu des granules précédentes.

11° L'existence de ces divers élémens dans l'intérieur des cellules n'est pas constante. Le noyau manque assez souvent; les granules biliaires ne sont pas toujours amoncelées et les vésicules graisseuses ne sont pas toujours distinctes.

12° Les dimensions du noyau sont assez constantes; cependant j'ai rencontré plusieurs fois des noyaux beaucoup plus gros que de coutume, et que l'on pourrait très bien regarder comme des cellules incluses.

13° On trouve quelquefois des cellules contenant deux noyaux d'égale grandeur; cette circonstance, rare dans les foies sains, paraît plus commune dans certains cas de maladie de ce viscère,

14° Quoique j'aie observé quelques cellules endogènes dans le foie de l'homme, je ne puis affirmer que ces sortes de cellules existent à l'état normal. Elles sont du moins toujours très rares dans l'homme et dans les mammifères ainsi que dans les oiseaux.

15° Les cellules endogènes existent positivement dans les reptiles (grenouilles et salamandres) et dans les poissons.

16° C'est dans le foie des poissons seulement que j'ai trouvé des cellules graisseuses distinctes des cellules biliaires, encore les vésicules graisseuses contenues dans ces cellules étaient-elles petites et peu nombreuses.

17° Dans le foie des fœtus des mammifères, il existe deux sortes de cellules, des cellules graisseuses en grand nombre, et des cellules biliaires endogènes, toujours plus petites que les précédentes.

18° Les cellules graisseuses, qui composaient la presque totalité du foie d'un fœtus de lapin de quinze jours, étaient remplies de vésicules d'égale grandeur.

19° Dans un fœtus humain à terme, je n'ai plus trouvé de cellules graisseuses particulières, mais j'ai vu encore quelques cellules hilaires endogènes.

20° La prédominence des cellules graisseuses dans le foie du fœtus non encore à terme et l'existence de ces cellules dans le foie des poissons et des animaux sans vertèbres, me confirment dans l'opinion que j'ai énoncée plus haut (n° 4), que ces cellules graisseuses sont le premier état des cellules biliaires.

21° Le grand nombre des cellules endogènes (graisseuses ou biliaires) dans les animaux inférieurs et dans les fœtus, et la rareté de ces cellules dans les vertébrés supérieurs, nous autorise à regarder les cellules biliaires de ces derniers comme ayant atteint le terme de leur évolution.

22° Les cellules biliaires sont disposées à la suite les unes des autres, de manière à former des séries longitudinales qui convergent toutes vers le centre du lobule. Ces séries longitudinales sont unies par des séries transversales plus courtes, de manière à représenter un réseau à mailles polygonales ou arrondies vers la périphérie des lobules, tandis que ces mailles sont allongées dans sa partie centrale.

23° Chaque cordon du réseau est double, c'est-à-dire formé par deux rangées de cellules qui se touchent par leurs bords et ne laissent entre elles qu'un intervalle linéaire.

24° Mais ces deux rangées de cellules ne sont que juxtaposées; elles se séparent facilement à la plus légère traction.

25° Les cellules qui constituent les séries sont, au contraire, très adhérentes les unes aux autres; voilà pourquoi on rencontre souvent de ces séries simples de cellules encore adhérentes quand on râcle une portion de la substance du foie.

26° Les séries de cellules ou chaînettes ne sont pas des tubes comme le croit M. E.-H. Weber; les cellules qui les composent ne s'ouvrent pas les unes dans les autres; elles sont au contraire parfaitement circonscrites et indépendantes.

27° Le réseau formé par les doubles chaînettes ou doubles rangées de cellules biliaires occupe toute l'épaisseur du lobule, depuis les vaisseaux périphériques jusqu'au vaisseau central. Il est donc inexact de dire que la sécrétion se fait exclusivement à la périphérie.

28° Les mailles du réseau biliaire sont remplies par les cordons des vaisseaux sanguins du lobule.

29° Les doubles cordons du réseau biliaire sont probablement entourés d'une membrane propre qui constituerait la membrane fondamentale des tubes sécréteurs; mais celle-ci est tellement adhérente à la paroi des vaisseaux sanguins, qu'il est impossible de la préparer et de la mettre en évidence, de manière à faire voir que les cellules biliaires ne sont que des cellules épithéliales.

30° A l'état naturel, les tubes sécréteurs sont donc pleins, c'est-à-dire entièrement occupés par les cellules secrétoires; la cavité de ces tubes est simplement linéaire.

31° Quand on fait pénétrer une matière à injection dans les voies biliaires, cette matière distend les intervalles linéaires dont il vient d'être question, comprime les cellules et fait voir un réseau de canalicules qui prend la place du réseau de cellules décrit plus haut (n°s 22 et suivans.)

32° Les canalicules biliaires du lobule sont donc produits mécaniquement par l'injection; ces canalicules en effet n'ont pas de parois propres; la matière injectée est en contact immédiat avec les cellules sécrétoires.

33° Le reste du lobule est occupé par un réseau vasculaire formé par la veine porte et par les racines des veines hépatiques.

34° Les mailles de ce réseau s'adaptent exactement aux cordons du réseau biliaire, et réciproquement, de manière que les deux réseaux sont étroitement entrelacés.

35° En effet, le diamètre moyen des cordons des mailles et des mailles elles-mêmes est, dans l'un et l'autre réseau, de $0^{m},015$.

36° Les cordons du réseau sanguin sont des tubes à parois propres et non des canaux; on peut démontrer l'existence des parois de ces vaisseaux et étudier leur structure.

37° Le réseau portal occupe la périphérie du lobule; il est formé par de petits tubes qui se détachent à de courts intervalles des veines prérilobulaires et se capillarisent aussitôt. Les mailles de ce réseau sont polygonales.

38. Le réseau des veines hépatiques remplit la moitié centrale du lobule; ses mailles sont allongées et vont aboutir à la veine centrale, ou intra-lobulaire de Kiernan.

39° La sécrétion biliaire ne se fait donc pas dans une portion circonscrite du lobule, comme plusieurs auteurs l'ont écrit, c'est-à-dire à la périphérie suivant les uns, au centre suivant les autres; mais elle a lieu dans toute son épaisseur, puisque le lobule tout entier est composé de cellules sécrétoires, et que les réseaux sanguins, comme les réseaux biliaires le remplissent aussi en totalité.

40° Tous les lobules ont leur axe traversé par un vaisseau veineux (la veine centrale) qui se termine en cul-de-sac ou se divise en plusieurs rameaux divergens.

41° Ces veines centrales s'unissent les unes aux autres pour se jeter dans une veine hépatique, où elles s'ouvrent directement et séparément dans la veine hépatique contre laquelle les lobules sont adossés.

42° Si l'on ouvre une veine hépatique, on voit à l'œil nu ou à la loupe les orifices des veines intralobulaires situés presque toujours au centre des lobules dont on distingue le contour à travers les parois de la veine.

43° Les canaux biliaires extralobulaires ou les conduits excréteurs qui sortent des lobules sont toujours multiples. Ils naissent sur tous les points de la surface du lobule, et, après s'être réunis un grand nombre de fois comme les racines d'un arbre, ils abandonnent le lobule et forment un ou plusieurs conduits principaux qui s'entourent avec les troncs correspondans de la veine porte et de l'artère hépatique, de la gaîne cellulaire connue sous le nom de capsule de Glisson.

44° La veine porte, après s'être divisée au milieu de la gaîne qui l'entoure avec l'artère hépatique et les canaux biliaires, fournit des rameaux qui contournent les lobules, mais qui ne forment jamais autour de chacun d'eux un anneau vasculaire unique et complet. Chaque lobule reçoit plusieurs rameaux des veinules portales voisines, et c'est la réunion de ces rameaux périlobulaires qui forme l'anneau vasculaire plus ou moins marqué d'où part le réseau portal lobulaire.

45° L'artère hépatique qui accompagne partout la veine porte, ne concourt pas directement à la formation du lobule. Les ramifications se perdent dans les parois des vaisseaux et dans la capsule de Glisson et elle se capillarise surtout à la surface du foie, dans le tissu fibreux sous-péritonéal.

46° Cependant les capillaires produits par l'artère hépatique communiquent avec les capillaires de la veine porte; les injections passent facilement du premier vaisseau dans le second, surtout à la surface du foie.

47. Les réseaux que forme l'artère hépatique à la surface du foie ne diffèrent pas des réseaux de la veine porte sous-jacente; ils ont exactement les mêmes dimensions, et l'on peut s'assurer facilement que les deux réseaux se continuent l'un dans l'autre et n'en forment en réalité qu'un seul.

48° Le sang de l'artère hépatique ne paraît donc pas concourir à la sécrétion de la bile, ou du moins le rôle qu'il joue dans cette sécrétion est très secondaire et sans importance.

49° Les parois des conduits hépatiques du canal cholédoque, de la vésicule biliaire et du canal cystique sont doublées de follicules clos, ovoïdes, qui, par leur réunion, forment de petits sacs granuleux collés contre la paroi extérieure de ces conduits et munis d'un canal excréteur qui s'ouvre dans leur intérieur.

50° Les organes que M. Weber a décrits sous le nom de *vasa aberrantia fossæ tranversæ*, comme des canaux biliaires à extrémités borgnes, ne sont autres que ces sacs glandulux dont M. Theile avait déjà fait connaître la nature.

51. Les élémens de ces sacs glandulex ou les follicules clos eux-mêmes sont tapissés intérieurement par un épithélium vésiculeux formé de petites sphères granuleuses.

52° La dégénérescence graisseuse du foie est due à l'accumulation de la graisse dans les cellules biliaires elles-mêmes.

53° Dans cette altération du foie, il ne se forme pas de cellules graisseuses particulières, car s'il en était ainsi, on devrait trouver des cellules biliaires normales au milieu des cellules graisseuses, ce qui n'a jamais lieu.

54° Rien ne nous autorise à admettre que la graisse se développe en dehors des cellules dans leurs interstices.

55° Les cellules biliaires peuvent doubler et tripler de volume par suite de l'accumulation de la graisse.

56° Ce développement des cellules explique l'augmentation de volume des foies gras.

57° Les cellules graisseuses perdent entièrement leur caractère de cellules secrétoires; elles ne renferment plus de granules biliaires et la secrétion biliaire est entravée. Aussi la vésicule est-elle ratatinée et contient peu de bile,

58° La dégénérescence graisseuse produit une décoloration de la substance du foie, qui marche de la périphérie du lobule vers son centre et qui donne au foie un aspect réticulé ou piqueté.

59° Cette décoloration provient du développement des cellules graisseuses, qui compriment les veinules portales et entravent la circulation du sang dans ces veinules.

60° La marche de la décoloration semble indiquer que la dégénérescence graisseuse commence par la périphérie du lobule hépatique.

61° Dans l'engraissement artificiel des oies, le foie ne se charge de graisse que lorsque les différens organes du corps et surtout les viscères abdominaux en sont pour ainsi dire saturés.

62° Les cellules des foies d'oies engraissées diffèrent des cellules graisseuses pathologiques, en ce que la graisse qui remplit les premières reste sous la forme de gouttelettes distinctes accumulées dans la cellule, tandis que dans les cellules pathologiques, la graisse se réunit en gouttes de plus en plus volumineuses, et finit par former, le plus souvent, une grosse goutte unique qui distend la cellule comme un ballon.

63° Les cellules graisseuses des oies ressemblent, sous le rapport de la disposition de la graisse dans leur intérieur, aux cellules graisseuses physiologiques des fœtus ou à celles des animaux inférieurs.

64° Le noyau des cellules normales disparaît dès que commence la dégénérescence graisseuse; il en est de même des granules biliaires.

65° La dégénérescence se fait simultanément dans toute l'étendue de la glande; mais toutes les cellules n'offrent pas le même degré de développement.

66° Le changement des cellules biliaires en cellules graisseuses n'a pas seulement lieu dans la phthisie pulmonaire; on l'observe encore dans le cancer, la cirrhose du foie.

67° Le développement de la graisse dans les cellules paraît étroitement lié à un ralentissement dans le travail nutritif, et par conséquent à la combustion organique qui est la première condition de ce travail. Lorsque la quantité d'oxyxène absorbée est moindre qu'à l'état normal (phthisie, tuberculeuse, cancer et probablement toutes les maladies de la nutrition); ou lorsque les alimens respiratoires (fécules et autres) sont dans une proportion trop forte; la combustion de ces substances est incomplète et les élémens chimiques qui les composent se combinent pour former de la graisse qui se dépose dans les cellules biliaires.

M. Sédillot adresse une note *sur la possibilité et les avantages de la staphyloraphie chez les enfans, d'après les règles de sa nouvelle méthode.*

Toutes les personnes opérées de la staphyloraphie ne recouvrent pas le libre exercice de la parole; leur voix reste souvent nasonnée, et la prononciation de certains mots est difficile et vicieuse.

Cet état s'explique par l'inaptitude des malades à bien parler et par la malformation de leurs organes.

Si l'on n'a pas appris une langue dans son enfance, seule époque de la vie où les prononciations s'acquièrent avec une merveilleuse facilité, il est fort rare d'arriver jamais à perdre tout accent d'origine étrangère. Non seulement la voix se refuse à exprimer certains sons, mais l'oreille ne les distingue pas; et si un maître exercé nous les fait entendre, nous les répétons tout différemment, sans le soupçonner.

La plupart des opérés de la staphyloraphie se trouvent dans des conditions semblables. Ils doivent apprendre leur propre langue qu'ils n'ont jamais su prononcer, et ils éprouvent les mêmes difficultés pour une langue étrangère.

On parvient à leur faire exprimer assez clairement tous les mots sans nasonnement marqué, mais dès qu'on n'est plus là pour les guider, la prononciation redevient irrégulière et défectueuse.

C'est là un des inconvéniens de l'âge avancé auquel on a pratiqué la staphyloraphie jusqu'à ce jour, et il était fort à désirer que l'on pût exécuter cette opération sur des sujets plus jeunes et plus aptes à en recueillir les bénéfices.

Les diverses parties d'un même appareil se produisent et se développent dans un état de dépendance réciproque, et les vices d'organisation de l'une d'elles impriment des modifications plus ou moins profondes aux organes congénères.

Les cavités buccale et nasale subissent cet ordre d'influence chez les personnes atteintes de division congénitale du voile du palais. Les ailes du nez, pour nous borner à cet exemple particulier, se resserrent et tendent à rétrécir l'orifice nasal dans tous les cas où l'air doit être retenu pour la formation de la parole.

On conçoit dès lors que plus on aura retardé la staphyloraphie et moins les malades en profiteront en général, puisqu'ils auront ensuite à lutter contre des vices d'organisation très difficiles à corriger.

L'indication à remplir consisterait à pratiquer la staphyloraphie dès les premières années de la vie, et il n'est pas, sans doute, impossible que l'on y parvienne.

Jusqu'à ce jour, les difficultés du manuel opératoire, celles encore plus grandes de la réunion immédiate du voile du palais et la force de volonté nécessaire aux malades pour rester plusieurs jours sans même avaler leur salive, avaient fait retarder l'opération jusqu'à l'âge de 15 à 16 ans, et pour plus de sûreté, les parens exagéraient ce retard et pouvaient se croire fondés, d'après l'opinion commune, à espérer ainsi de meilleures chances de succès.

C'est une erreur qu'il importe de détruire aujourd'hui que nous pouvons opérer beaucoup plus tôt les malades en suivant les règles de notre méthode, et j'attendais avec impatience le moment d'en établir expérimentalement la preuve.

Cette occasion m'a été dernièrement fournie par un de mes honorables confrères et amis, M. le docteur Schneider, qui m'a appelé à traiter une jeune enfant de 10 ans atteinte de division congénitale et complète du voile du palais.

La staphyloraphie pratiquée le 12 novembre de cette année réussit parfaitement, et la parole est déjà devenue (25 décembre) plus claire et plus nette qu'elle ne l'était au bout de plusieurs mois chez un jeune comte allemand, âgé de 25 ans, que j'ai opéré en été.

La staphyloraphie rendue applicable à l'enfance et donnant des résultats plus avantageux et plus certains, nous paraît constituer un véritable progrès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Décembre 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Boisson père, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure, sur l'épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Corbenay (Haute-Saône).

2° Un rapport de M. le docteur de St-Amand, médecin des épidémies de l'arrondissement de Meaux, sur l'épidémie de fièvres diverses qui a régné récemment dans la commune de Monteaux.

3° Un rapport de M. le docteur Herrgolt, médecin des épidémies de l'arrondissement de Belfort, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année dans la commune de Montreux-Château.

4° Un rapport de M. Reydellet, chirurgien de la marine, sur une épidémie de variole développée à bord du *Constant*. (Commission des épidémies.)

5° Un rapport de M. le docteur Dor, médecin-inspecteur des eaux minérales des Camoins (Bouches-du-Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851.

6° Un rapport de M. le docteur Finaz, médecin-inspecteur des eaux minérales de Charbonnière (Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant la même année.

(Commission des eaux minérales.)

7° Un mémoire de M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio, sur l'emploi du copahu et du poivre cubèbe dans le traitement des fièvres intermittentes.

8° Une notice de M. le docteur Zandyek, de Dunkerque, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville en 1851.

7° Une note de Mme Messager, sage-femme, sur deux cas de stérilité occasionnés l'un par l'étroitesse, l'autre par l'oblitération du méat utérin. — (Comm. MM. Cazeaux et Hervez de Chégoin.)

8° Enfin deux lettres des ministres du commerce et de l'instruction publique qui informent l'Académie qu'ils recevront ses membres à l'occasion du renouvellement de l'année.

M. le Président tire au sort la liste des membres qui devront faire partie de la députation chargée d'aller complimenter le président de la République à l'occasion du nouvel an.

M. Gérardin rend compte des opérations des trois sections réunies d'hygiène, de physique et chimie médicale et de pharmacie pour la nomination de cinq membres devant faire pertie du jury de concours pour la chaire d'hygiène qui doit s'ouvrir à la Faculté de médecine de Paris, le 5 janvier prochain. Les cinq membres désignés par le scrutin sont MM. Caventou, Soubeiran, Lecanu, Gérardin et Villermé.

M. Patissier commence la lecture d'un rapport très étendu sur le service médical des établissements thermaux pour les années 1849 et 1850.

Pendant cette lecture, l'Académie procède au scrutin pour le renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1852. Voici le résultat de ces élections :

1° COMMISSION DES EAUX MINÉRALES.

Membres sortans.	Membres nommés.
MM. Caventou.	MM. Gaultier de Claubry (H.).
Martin-Solon.	Chevallier.

2° REMÈDES SECRETS.

Gaultier de Claubry.	Caventou.
Dèzé.	Poiseuille.

3° ÉPIDÉMIES.

Gaultier de Claubry.	Bricheteau.
Piorry.	Gaultier de Claubry.

4° VACCINE.

Huguier.	Gibert.
Emery.	Cazeaux.

5° TOPOGRAPHIE.

Poiseuille.	Renauldin.
Duval.	Emery.

6° COMITÉ DE PUBLICATION.

MM. Roche, Laugier, Boutron, Delafond et Bousquet.

La séance est levée à quatre heures et demie.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CONSTATATION DES NAISSANCES. — La municipalité de Lille vient de prendre une mesure qui devrait être mise à exécution partout. A l'avenir, les nouveau-nés ne seront plus transportés au bureau de l'état civil pour la constatation des naissances. La déclaration devra toujours y être faite comme de coutume; mais des médecins désignés pour cet office se rendront à domicile, afin de vérifier ladite déclaration.

— M. Casper continue ses recherches statistiques sur la mortalité des médecins en Prusse. Des 100 médecins promus l'année dernière, il n'en reste plus en vie que 33. Pas un médecin sur 100 n'arrive à l'âge de 74 ans. En somme, la durée de la vie est beaucoup plus courte chez les médecins que dans les autres classes de la population.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Grenier, professeur à la Faculté des sciences et à l'école préparatoire médicale de Besançon, est suspendu de ses fonctions avec privation de traitement, et déféré au conseil académique du Doubs, conformément à la loi du 15 mars 1850.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 2. SIXIÈME ANNÉE. **Mardi 6 Janvier 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 JANVIER 1852.

DU MOUVEMENT DE LA POPULATION EN FRANCE D'APRÈS L'ANNUAIRE DU BUREAU DES LONGITUDES.

Au nombre des publications scientifiques les plus importantes publiées au commencement de chaque année, on peut placer l'*Annuaire du bureau des longitudes*. Outre une foule de renseignemens précieux et de tables utiles pour les hommes qui cultivent les sciences physiques, on y trouve quelquefois des notices sur des questions qui intéressent particulièrement la médecine. Ces notices ne ressemblent pas ordinairement à ce qu'on lit dans nos journaux spéciaux, ou dans nos livres, où les chiffres occupent un rang accessoire. L'Annuaire étant rédigé par des mathématiciens, le chiffre, le calcul se trouve partout. Il y a de ces notices qui présentent, en effet, une sorte de statistique complète sur un ordre de faits qu'il appartient à l'hygiéniste, au physiologiste, au philosophe de savamment interpréter. L'Annuaire de cette année contient une Notice *sur le mouvement de la population en France*, par M. Mathieu. C'est une question qui tient à beaucoup d'autres. Si la population augmente ou diminue, suivant des conditions particulières, dépendant de l'état social qui la régit et de l'état physique des lieux qu'elle habite, ce qui est incontestable, cette question se lie à une foule de considérations d'un ordre élevé, et il appartient au médecin surtout de dire son mot sur elle. Nous croyons donc bien faire en ne les passant pas sous silence ; ce serait une omission que nous nous reprocherions.

Les appréciations étant faites sur une période de 33 ans, elles présentent dans leurs conclusions une somme de probabilité suffisante pour en tirer des conséquences d'une assez grande portée.

Pendant cette période de 33 ans, il est né en France 16,459,349 garçons et 15,504,541 filles; ce qui fait entre le premier nombre et le second un rapport de 17 à 16. Il y a un excédant entre les naissances des garçons et des filles, mais il est d'une trop faible importance pour qu'on puisse lui donner quelque signification. La distribution des naissances par année n'a pas toujours eu lieu dans les mêmes rapports. Ainsi, il est arrivé que pendant les 33 ans, les naissances annuelles des filles ont surpassé celles des garçons, et ce fait s'est reproduit 44 fois dans un certain nombre de départemens. La place que ces circonscriptions territoriales occupent sur le sol français ne peut donner lieu à aucune considération. Ainsi, tantôt cette supériorité des naissances des filles a eu lieu dans les départemens qui touchent aux Alpes, tantôt à ceux qui touchent aux Pyrénées, puis à ceux qui bordent la frontière du Nord, à ceux enfin de la lisière de l'Océan et des régions centrales de la France. Quant aux proportions relatives des naissances dans le Nord ou dans le Midi, on conçoit que quelques différences devraient se présenter. L'influence du climat ne peut pas être nulle. Elle est grande sur le caractère physiologique de la race, sur le tempérament, sur les autres conditions qui font de l'homme du Midi un être si différent de l'homme du Nord; ne s'exerce-t-elle pas réellement sur la génération, et ne donne-t-elle pas dans telle région, une somme de naissances plus faible ou plus élevée que dans une région où règne un autre climat?

La réponse à cette question n'est pas celle assurément à laquelle on pourrait s'attendre. La voici telle que la donnent les chiffres pris comme on le sait sur une base assez large pour présenter quelque valeur.

Deux groupes de départemens ont été formés comme moyens de comparaison, l'un pris dans le Nord, l'autre dans le Midi. Le premier groupe comprend l'Aisne, les Ardennes, la Moselle, le Nord, l'Oise, le Pas-de-Calais, la Seine-Inférieure et la Somme. Le groupe méridional renferme l'Ariège, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, le Gard, l'Hérault, les Landes, les Basses-Pérénées, les Hautes-Pyrénées, les Pyrénées-Orientales, le Tarn, le Tarn-et-Garonne, le Var et Vaucluse. Chacun d'eux compte de 130 à 140,000 naissances par an, et en prenant la somme pour la période de 33 ans, on a les chiffres suivans : pour le groupe septentrional, 2,307,704 garçons et 2,172,283 filles; pour le groupe méridional, 2,305,631 garçons, et 2,175,620 filles. La différence est trop faible assurément entre ces chiffres, pour que le climat paraisse influer avec quelque force sur la proportion des naissances de telle région sur telle autre, ou sur la supériorité du nombre des garçons sur celui des filles. Cependant le climat a une action réelle, pourquoi la statistique ne la montre-t-elle pas?

Il ne s'agit pas toujours de compter, il s'agit aussi de peser les observations. Cette vérité, qui peut être classée au nombre des principes les plus essentiels en médecine, trouve ici son application.

Il est à remarquer une chose connue, du reste, que les influences physiques ont d'autant plus d'action sur l'homme, que les influences morales en ont peu. Lorsque en France, il y avait une sorte d'indépendance réciproque entre les provinces qui les composaient, que les races ne se voyaient ni ne se mêlaient, et que Paris était un mythe pour la plus grande partie des habitans, chaque région gardait son cachet et son caractère. De plus, dans ces périodes de calme et de vie de famille où l'exercice de la pensée ne nuisait pas à la vie végétative qu'on retrouve encore au fond de quelques-uns de nos départemens, le climat s'imprimait avec plus de force sur l'individu. Celui-ci ne luttait pas, en effet, contre lui, ni par les voyages, ni par la vie active, ni par un régime différent du régime traditionnel, ni même par la pensée qui imprime avec le temps sur l'économie une sorte de tempérament particulier. Pour donner une portée réelle aux chiffres, il fallait en demander à cette période, pendant laquelle il n'a malheureusement pas été possible d'en recueillir d'assez complets. En les comparant avec les 33 ans de la période actuelle, on aurait noté des différences et vu comment le climat se comporte lorsque son action est favorisée et lorsqu'elle est en grande partie neutralisée. C'est de cette manière qu'on parvient à faire articuler à la statistique, des vérités au lieu d'erreurs.

Nous passons sous silence d'autres considérations pour arriver au grand fait de la durée moyenne de la vie, qui est dû principalement à la médecine. Sans la vaccine, sans les règles d'hygiène successivement appliquées dans la construction des villes, dans l'aménagement des habitations et jusque dans les habitudes de la vie de famille, le Français n'aurait pas plus de temps à lui sur cette terre que ses ancêtres moins favorisés. Dans ce cas, du reste, la comparaison est facile et ne conduit pas à une illusion, car les deux termes existent l'un pris avant la première révolution, l'autre depuis le commencement du siècle, celui-là présenté par les tables de Duvillard, celui-ci tiré des chiffres fournis par les 33 dernières années (de 1817 à 1849). Les premières tables ne donnent que 28 ans 3/4 pour la durée de la vie moyenne, il y a 70 ans ; tandis que celles qui comprennent une période plus récente présentent, dans cet accroissement de la vie, une progression bien faite pour exciter la surprise. Ainsi la moyenne était de 31 ans, 8, en l'année 1817, ce qui montre qu'elle avait déjà gagné 3 ans à peu près. Seize années plus tard, elle était montée de 3 ans encore : elle était à 33 ans, 9. Maintenant, elle a atteint près de 3 ans de plus que dans la période précédente; elle est de 36 ans, plus un dixième. Qu'on suppose un progrès proportionnel à celui qui s'est produit de 1817 à 1849, il est évident qu'il faudrait moins d'un siècle, pour que la vie moyenne fût portée à 50 ans. Nous faisons peut-être un rêve doré, car toute amélioration a ses limites. Mais pour peu qu'il se réalise, il est évident que les sciences médicales auront contribué comme elles l'ont fait en bien des choses, à ce merveilleux résultat.

Il y a d'autres considérations à tirer de la notice substantielle de M. Mathieu; nous y reviendrons plus tard.

Dr Ed. CARRIÈRE.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE OBSERVÉE A DAMAS, ET DE SON TRAITEMENT PAR LE CALOMEL; par M. LAUTOUR, médecin sanitaire du gouvernement turc à Damas.

(Suite. — Voir le numéro du 3 Janvier.)

OBSERVATION III. — *Fièvre typhoïde grave; — guérie par le calomel.*

Le 4 octobre 1851, je trouvai couché dans la rue, un pauvre, nommé Michaël Zakhlawi. Cet homme est âgé d'environ 35 ans, d'une constitution grêle, nerveuse ; il a abusé des liqueurs fortes. Il est malade depuis douze jours; atteint de fièvre continue, accablé par le mal de tête, dévoré de soif, affaissé sous la douleur, n'ayant rien au monde, pas même de domicile; il a dû rester ainsi dans la rue pour implorer la charité des passans.

Le 4 octobre. Prostration extrême, maigreur effrayante, figure décomposée. Céphalalgie violente. Peau chaude et sèche. Pouls petit, déprimé à 120. Dyspnée. Lèvres sèches, ridées, crevassées; langue noire, râpeuse et tremblottante; soif ardente; ventre météorisé; borborygmes presque continuels. Constipation opiniâtre. (0 gr 80 *de calomel en* 6 *paquets, à prendre de* 2 *en* 2 *heures. Lavemens émolliens.*)

Le 5. Même état (même traitement). Après midi, évacuations abondantes très fétides, suivies de soulagement. Sueur.

Le 6. Tête libre, calme, peau moins chaude, pouls à 110. Langue humide. Selles, comme la veille. Sommeil réparateur. (0 gr 40 *de calomel. Potage au riz.*)

Le 7. Température normale. Évacuations moins fréquentes. Appétit.

Le 8 et le 9, l'amélioration continue.

Dès le 4, j'avais fait admettre cet homme à l'hospice des Lépreux, faute de meilleur endroit. Il fut placé dans une très petite chambre, mal aérée, infectée la nuit par les excrémens du malade, enlevés seulement le matin... Malgré ces circonstances défavorables, il sortit le 12, en voie de guérison.

OBSERVATION IV (communiquée par M. le docteur Willemin). — *Fièvre typhoïde; — administration du calomel; — prompte guérison.*

Haschfé, femme d'Elias Mastabé, chrétienne, âgée de 36 ans, d'une bonne constitution, tempéramment bilioso-nerveux; mère de plusieurs enfans, tous plus ou moins lymphatiques; atteinte autrefois de fièvre intermittente, tombe malade le 19 septembre 1851. Elle est prise de fièvre avec céphalalgie, vertiges, vomissemens répétés, constipation. Après l'emploi de plusieurs purgatifs, il y eut, à ce qu'il paraît, une amélioration suivie d'une prompte rechute : céphalalgie intense et constante, faiblesse extrême.

Cette femme se présenta à ma consultation le 6 octobre (18me jour de la maladie). Elle pouvait à peine se traîner; sa face blême, portait l'empreinte de la souffrance et de la stupeur ; la malade accuse un mal de tête violent, du vertige, des bourdonnemens d'oreilles. Le pouls est à 84, faible, régulier; chaleur normale, ou plutôt diminuée; langue rosée, *humide*, ventre indolore. Constipation. A la palpation, je trouve une hypertrophie de la rate qui dépasse au moins de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. La respiration est gênée, accélérée, chaque inspiration s'accompagne d'un mouvement de soulèvement des narines; point de toux; rien à l'auscultation. (0, gr 60 *de calomel en* 4 *paquets.*)

Le 7. Malgré ma recommandation, la malade se présente elle-même chez moi; même état que la veille. (Même prescription.)

Le 8. État sensiblement le même; pouls toujours à 84. Langue humide. Une seule selle. Quelques nausées, prostration; vertige dès que la malade essaye de se soulever. (Même prescription.) Le bouillon que j'avais permis n'a pas été pris par dégoût.

Le 9. Depuis cette nuit, les gencives sont devenues douloureuses, ainsi que le pharynx; cependant on n'y voit que peu de gonflement et une rougeur modérée. L'expression de la face est meilleure, l'œil moins abattu; le pouls est tombé à 64, langue rosée, humide. Une selle hier. La faiblesse est toujours grande. Appétit. (*Potage au riz.*)

Le 10. Pouls à 72. Peau fraîche, langue chargée, haleine fétide; constipation. Gonflement modéré des gencives; la glande sous-maxillaire droite est tuméfiée et sensible. (*Sulfate de soude*, 30 *gram.; rhubarbe*, 1 *gramme. Bouillon.*)

Le 11. Le purgatif a produit trois selles. Je trouve la malade assise dans son lit: facies excellent; langue encore chargée, glande sous-maxillaire toujours sensible, pouls à 68.

Le 12. La malade ne se plaint que de ses gencives (qui sont un peu tuméfiées), de mauvais goût de la bouche, de faiblesse de tête.

Le 14. Elle vient me trouver; sa démarche est un peu chancelante. La langue chargée, l'haleine fétide. Le facies très satisfaisant. (*Sulfate de soude*, 30 *grammes.*) Plusieurs selles.

Le 17. Elle se plaint encore de ses gencives (n'a pas fait usage du gargarisme aluminé prescrit). État général très satisfaisant.

Le 20. Rétablissement complet. — Dix jours ne s'étaient pas écoulés, que cette femme est prise de fièvre intermittente. (Son mari, ses deux filles en sont atteints également.)

Observation V (communiquée par M. Willemin). — *Fièvre typhoïde; — administration du calomel; — prompte guérison. — A la fièvre typhoïde succède immédiatement une fièvre intermittente.*

Wardeh Escherawy, 12 ans, d'une belle constitution, non encore réglée, un peu lymphatique, atteinte précédemment et à plusieurs reprises de fièvres intermittentes, me consulta il y a une dixaine de jours pour une affection que je jugeai être de nature chlorotique. Quelques doses de sous-carbonate de fer firent cesser momentanément la douleur épigastrique. Il y a quatre jours, elle fut prise de fièvre violente, avec céphalalgie vive et endolorissement général : ni vomissement, ni diarrhée. Le lendemain, la fièvre continuant, on lui appliqua à l'épigastre 12 sangsues, qui n'amenèrent aucun soulagement.

Le 20 octobre, 4 h. s. Je la trouvai dans l'état suivant : décubitus dorsal ; expression de stupeur et de souffrance ; peau chaude, pouls à 120, développé. Langue jaunâtre, avec tendance à la sécheresse ; dents sèches, luisantes, abdomen partout sensible à la pression, particulièrement dans la fosse iliaque droite. *Rate très développée*, dépassant de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes. Pas de selle aujourd'hui (on en avait obtenu la veille par des lavemens). La malade se plaint surtout de céphalée, de bourdonnemens dans les oreilles ; elle a déliré chaque nuit. (0, gr 80 *de calomel, en* 3 *prises.*) Point d'évacuations. Depuis minuit la malade, qui avait été très agitée, a eu un sommeil tranquille.

Le 21. Calme, face pâle, pouls à 68. Plaintes beaucoup plus rares. Langue jaunâtre, humide, avec des stries noirâtres le long des bords. Ventre météorisé ; point de selles. (0, gr 80 *de calomel en* 4 *prises; lavemens émolliens. Eau d'orge.*) — 5 h. s. Une seule selle naturelle ; pouls à 84, peau fraîche ; face calme. Langue jaunâtre, humide ; l'endolorissement de l'abdomen a beaucoup diminué.

Le 22. Pouls à 72, peau fraîche ; une selle. Commencement de douleur aux gencives, sans tuméfaction appréciable. (*Calomel* 0, gr 50 *en* 3 *prises.*)

Le 23. État général très satisfaisant. Apyrexie. Langue jaunâtre, humide ; trois selles hier. Légère tuméfaction des gencives. Je supprime le calomel. (*Gargarisme alumineux.*)

Le 24. Même état. L'endolorissement des gencives a augmenté. (La malade n'a pas fait usage du gargarisme.)

Le 26. La jeune fille a quitté le lit depuis hier. Je la trouve debout, encore faible, mais dans l'état le plus satisfaisant. Les gencives sont toujours un peu douloureuses. Une selle par jour.

Le 27. (*Sulfate de soude,* 30 *grammes.*) A la suite de cette prise, la malade a plusieurs évacuations.

N'ayant pu retourner chez elle que le 30, je la trouve de nouveau en proie à la fièvre. On m'apprend que dès le 28, elle est retombée malade; que chaque matin, elle a éprouvé du froid, suivi de chaleur dans l'après-midi.

Le pouls est petit, concentré, à 100. La température de la peau peu élevée ; la langue blanchâtre, humide ; le ventre libre. La malade se plaint surtout de céphalée et de douleur lombaire. (*Sulfate de quinine* 0, gr 40, *à prendre dans la soirée.*) La malade s'étant refusée à faire usage du médicament, je cessai de la voir.

Observation VI. — *Fièvre typhoïde avantageusement traitée par le calomel, immédiatement suivie de fièvre intermittente quotidienne ; — accidens graves à la suite d'une émotion vive et mort.*

Arès Babo, arménienne, âgée de 24 ans, d'une belle constitution, mère de quatre enfans, fut prise de malaise le 31 août 1851, dans la matinée.

Le 1er septembre, il se déclara de la fièvre. Les médecins arabes traitèrent la malade par des saignées et des purgatifs.

Le 11, je reconnus l'état suivant : anxiété, céphalalgie intense. Teint pâle, yeux hagards ; parole brève, nette, stridente. Peau sèche et brûlante. Pouls vibrant à 120. Respiration normale, petite toux sèche par quintes. Lèvres crevassées ; langue tremblottante un peu aride ; soif ardente, irritation gutturale, région précordiale sensible, ventre ballonné ; borborygmes ; constipation. Urines rougeâtres. Sensation de grande pesanteur dans les reins. Insomnie presque continuelle depuis le commencement de la maladie. (*Eau gommeuse ; lavemens.*)

Le 12, 6 h. m. Même état. (0, gr 60 *de calomel en* 6 *paquets, de* 2 *heures en* 2 *heures.*)

Le 13. Aucune amélioration (même prescription.) Dans la nuit du 13 au 14 il y eut de nombreuses évacuations.

Le 14. Céphalalgie légère, calme : peau fraîche, pouls à 110, langue humide. Les selles continuent. (0, gr 30 *de calomel en* 4 *doses.*)

Le 15, au matin. Le mieux continue. Ballonnement du ventre considérablement diminué. Sommeil réparateur, cessation de la toux. Appétit. (*Bouillon de poulet.*)

Le 16. Calme. Langue humide, appétit croissant. (Même régime.)

Le 17 8 h. matin. *Frissons* suivis de chaleur et de sueurs abondantes. Cet accès dura de 4 à 5 heures et laissa un peu de mal de tête.

Le 18. Retour de la fièvre à la même heure. (0, gr 40 *de sulfate de quinine en deux doses.*)

Le 19. Fièvre. (Même prescription.)

Le 20. Accès léger. (Continuation de la quinine.)

Une discussion grave s'éleva pendant ce jour entre la malade et sa mère ; il en résulta une réaction fébrile suivie de frissons et d'évanouissemens qui firent craindre une suffocation.

Je ne fus informé de l'accident qu'à ma visite du 21 au matin, et j'observai ce qui suit : dyspnée des plus violentes ; râle très sonore. Contractions du cœur fortes et précipitées ; pouls dur, fréquent, irrégulier. (*Looch pectoral, vésicatoire à chaque bras, sinapisme au dos.*)

Les symptômes de suffocation augmentent pendant la nuit.

Le 22, au matin. La toux qui a reparu depuis deux jours devient plus fréquente, la malade n'expectore que des mucosités spumeuses. L'affaissement augmente de plus en plus. (*Large vésicatoire sur la poitrine.*)

Mort le soir.

Observation VII. — *Fièvre typhoïde se résolvant en fièvre intermittente quotidienne ; — guérison par le calomel suivi de l'emploi du sulfate de quinine.*

Femme Isha, juive, âgée de 35 ans, vivant dans les conditions hygiéniques les plus défavorables, lympathique, atteinte d'une amygdalite chronique, fut prise de malaise dans la soirée du 27 octobre 1851.

Le 28, au matin. Stupeur, pandiculations, frissons passagers ; chaleur à la peau, pouls à 100 ; bouche remplie de mucosités ; langue sale, très humide. Toux, expectoration fréquente ; 2 selles. (*Tisane d'orge.*)

Le 29. Prostration, anxiété, plaintes continuelles, facies décomposé, chaleur modérée de la peau ; pouls déprimé, très petit. Langue sèche, rugueuse, soif, nausées, constriction épigastrique, ventre ballonné. (0, gr 60 *de calomel en* 6 *paquets à prendre de* 2 *heures en* 2 *heures.*) Le soir. Augmentation des symptômes indiqués plus haut. Bouche pâteuse, langue humide. Sommeil pénible pendant la nuit.

Le 30, 8 h. matin. Stupeur et anxiété comme la veille, délire, yeux effarés, peau chaude, très sèche et aride ; pouls faible à 90. Langue tendant à la sécheresse, soif, Toute la région abdominale sensible au toucher. (Même prescription). Le soir, soulagement, une selle.

Le 31. Calme, peau fraîche ; pouls à 72. Langue sèche présentant deux raies brunâtres, allongées, soif, coliques. (0, gr 30 *de calomel.*) Le soir calme ; température normale, langue humide. 3 selles.

Le 1er novembre. Etat satisfaisant, seulement la langue est sèche, noire et aride au centre. Pouls à 75.

3 h. s. Abattement, céphalée, extrémités froides ; pouls imperceptible, langue humide. Trois selles. (0, gr 60 *de quinine.*) — 8 h. s. Céphalalgie violente, grande stupeur, peau chaude et sèche ; pouls filiforme à 100. Langue aride, un peu sèche, nausées. Bon sommeil après minuit ; sueur.

Le 2, 7 h. m. Point de chaleur, pouls petit à 80. Langue sèche, offrant au centre une plaque noire ; soif. (Même prescription.) Le soir : réaction fébrile moins prononcée que la veille. Très bonne nuit. Sueurs copieuses.

Le 3 et le 4. L'amélioration continue. La fièvre revient chaque jour à la même heure et de plus en plus faible. Appétit. La malade se lève. (0, gr 25 *de sulfate de quinine ; bouillon de poulet.*)

Le 5. Cette femme est en voie de guérison certaine, et le 8, le rétablissement est complet.

Observation VIII. — *Fièvre intermittente prenant le caractère typhoïde ; — guérison par le calomel.*

Lucie Farah, âgée de 11 ans, d'une constitution débile, d'un teint pâle, très sujette aux affections vermineuses, fut atteinte de fièvre intermittente le 27, le 28, le 29 et le 30 septembre 1851.

Appelé le 1er octobre au matin, j'observai l'état suivant : vertiges, gémissemens, frayeurs subites exprimées par des cris perçans ; facies terne et décomposé, yeux hagards. Contractions du cœur fortes et précipitées ; pouls dur à 100, peau chaude et sèche. Dyspnée. Langue jaunâtre, nausées, ventre sensible partout et légèrement météorisé. Constipation. Douleur prononcée à la colonne vertébrale. Urines chargées, produisant une sensation de chaleur et de cuisson lors de leur émission. (0gr 03 *d'émétique et* 0, gr 60 *d'ipéca.*) Vomissemens bilieux, deux selles. Sommeil de deux heures, vers le soir ; sueur : mieux passager.

Le 2. Développement subit d'un érythème très vif. Du reste, même état que la veille. (0, gr 40 *de calomel en* 6 *doses, à prendre de* 2 *heures en* 2 *heures. Infusion de bourrache. Lavemens émolliens.*)

Le 3. L'érythème a complètement disparu. Céphalée, stupeur prononcée ; peau brûlante ; pouls à 130. Langue sèche et brune : dents fuligineuses, soif ardente ; borborygmes fréquens, coliques. (Même prescription.) Le soir, trois évacuations alvines.

Le 4, 7 h. m. Même état que la veille. (0, gr 25 *de calomel en* 4 *doses.*) Coliques violentes. Les évacuations entraînent des débris de ver solitaire. (*Eau de riz.*)

Le 5. Calme, appétit. Peu de chaleur à la peau ; pouls à 110. Déjections incessantes, sans coliques, amenant toujours des fragmens de tœnia.

Le 6. Langue noire et très sèche ; soif ; diarrhée moins abondante. L'appétit augmente. (*Eau de riz, comme la veille. Lavemens de têtes de pavot.*) A midi, sommeil paisible.

Le 7. Cessation de la diarrhée. (*Potage de riz.*)

Le 8. L'amélioration continue ; température normale ; langue humide et nette. La malade ne se plaint que de faiblesse. (*Bouillon de poulet.*)

Le 9, le 10 et le 11. Etat très satisfaisant, qui se continue sans interruption jusqu'au 20, époque où le rétablissement ne laisse plus rien à désirer.

(*La suite au prochain numéro.*)

ENSEIGNEMENT.

COLLÉGE DE FRANCE ; — COURS DE M. MAGENDIE.

(Suite du discours d'ouverture. — Voir le numéro du 3 Janvier 1852.)

» Quelles que soient les *matières que l'on ingère*, insolubles, grasses ou autres, elles sont *modifiées par le système capillaire digestif*, de telle façon qu'elles peuvent sans danger pénétrer dans le sang. Mais si ces substances, telles, par exemple, que l'amidon, la gomme, l'huile, sont injectées dans les veines, elles obstruent les vaisseaux capillaires, soit parce que leurs molécules ne sont pas en rapport avec le calibre de ces vaisseaux, soit parce que leurs qualités sont impropres à leur passage. Cependant, lorsque la nature du corps introduit dans le sang ne lui est pas antipathique, les vaisseaux capillaires semblent se charger de réduire ce corps à un volume convenable pour que son passage puisse s'effectuer. On sait que les globules sanguins varient suivant les diverses espèces d'animaux. Ceux des reptiles, qui sont plus gros que dans les mammifères, injectés dans le sang de ceux-ci, ne produisent pas le moindre inconvénient. Ayant fait cette expérience sur des chiens, je m'attendais à voir survenir des accidens d'obstruction, des gangrènes ; ces animaux, contre mes prévisions, ne se ressentaient de rien. J'ai varié ces expériences ; j'ai pris du sang d'oiseau, dont les globules sont elliptiques, et j'en ai injecté un quart de litre dans les veines d'un chien. La forme seule différant, j'avais à rechercher si cette forme s'était maintenue en traversant les capillaires. Au bout de peu de minutes, j'ai sacrifié l'animal ; mais j'ai eu beau rechercher avec un grand soin, même dans les poumons, les globules elliptiques, qui devaient être faciles à distinguer des globules ronds des mammifères, ils avaient disparu. Il faut évidemment conclure de ce qui précède que le système capillaire a la propriété de modifier le volume et la forme des globules étrangers au sang de l'animal, afin que l'assimilation s'en fasse mieux. La connaissance des faits relatifs à la circulation n'est pas sans application pratique. C'est ainsi, pour revenir à la transfusion dont j'ai dit un mot et qu'on semble vouloir ressusciter, que le plus souvent, si on ne réussit pas, c'est qu'on ne tient pas assez compte de toutes les propriétés du sang. Une fois que ce liquide est sorti de la veine, il tend tellement à se solidifier, que, malgré les efforts qu'on fait pour le tenir chaud, il cesse d'être propre à la circulation. Il faudrait qu'on pût recueillir du sang artériel en introduisant le bout de la seringue dans une artère ; le jet qui agiterait ce sang empêcherait la coagulation ; de suite après on l'injecterait dans une veine préparée à cet effet. Dans mes essais sur les animaux, j'ai remarqué que ce procédé avait moins d'inconvénient que les autres.

« Il est surtout un état du *sang* qui a les plus grands rapports avec les maladies dont s'occupe la conférence sanitaire ; c'est celui dans lequel cette humeur *perd sa coagulabilité*. Nous le produisons à volonté dans nos expériences. Lorsqu'on injecte, dans le torrent circulatoire, soit des matières fermentescibles, soit des alcalis à dose non vénéneuse, le sang perd la propriété de se coaguler ; il passe à travers les parois des vaisseaux, produit des infiltrations et des hépatisations pulmonaires ; les animaux manifestent en même temps les symptômes propres aux fièvres graves. Ce qu'on produit expérimentalement sur les chiens, nous le voyons naturellement dans certaines épizooties. J'ai l'honneur de présider une commission nommée à ce sujet ; des fonds ont été alloués pour des recherches sur les bestiaux. Vous avez sans doute entendu dire qu'il existe, depuis quelques années, une affection grave dans l'espèce bovine ; on la qualifie de pneumonie. Cette maladie a sans doute besoin d'être étudiée, mais je me crois fondé à penser que le sang a perdu la faculté de se coaguler, et que les hépatisations dont les poumons sont atteints tiennent à l'altération de ce liquide. L'homme est souvent affecté de lésions analogues, et quand les médecins les combattent par une foule de moyens, sans penser à reconstituer le sang, croyez-vous qu'ils soient dans la véritable voie ?

« Je vous ai dit que j'avais étudié, dans mes derniers cours, les *effets de la chaleur extérieure sur l'exercice des fonctions*. J'ai reconnu que cet agent avait la plus grande influence sur la circulation, la respiration et la sensibilité. — La température des animaux ne peut être diminuée ni élevée impunément. Si on l'abaisse de 38 à 15 degrés centigrades, aucun moyen ne peut les faire revenir à la vie ; la circulation s'arrête. Qu'on examine alors un de leurs membres, on remarquera qu'il est décoloré, que le battement des artères y a cessé ; dans l'incision qu'on y fait, le sang ne s'écoule pas. A 21 degrés, l'animal ne peut se réchauffer de lui-même, mais on peut y parvenir artificiellement ; on voit alors la circulation reparaître petit à petit. La vie dépend donc du réchauffement du corps. Chaque jour, ces observations trouvent à être appliquées. Lorsqu'un homme tombe à l'eau, sa température diminue considérablement, et le premier soin auquel on doit se livrer, c'est de la rétablir. Sans doute il faut aussi s'occuper de faire respirer le malheureux qu'on veut sauver ; mais on aurait beau lui insuffler de l'air, comprimer et relâcher alternativement sa poitrine, si cet air n'est pas chaud, si la température du corps ne se relève pas, la circulation n'aura pas lieu, et, sans elle, il n'y aura pas non plus de respiration. Ces préceptes devraient être bien enseignés aux personnes qui sont chargées de donner des secours aux asphyxiés par submersion. De telles études, Messieurs, vous montrent surabondamment l'utilité de nos vêtemens d'hiver, le danger de s'exposer sans défense à un froid rigoureux et continu, pourquoi le naturel d'un climat tempéré ne peut s'habituer à un climat glacial, pourquoi le Lapon lui-même ne peut s'élever dans le Nord au-delà d'un certain degré. Enfin si certains animaux peuvent vivre dans la neige, tandis que l'homme y succombe nécessairement, c'est qu'ils ont une organisation plus simple et toute spéciale.

« Un phénomène, dont j'ai été d'autant plus heureux de voir l'application en chirurgie qu'il est la conséquence de nos expérimentations physiologiques, c'est l'*insensibilité qui résulte de l'abaissement de la température animale*. On a vu, l'an dernier, à mes leçons, qu'un chien, dont la chaleur normale était abaissée de 6 ou 7 degrés, pouvait être incisé sans qu'il s'en aperçût ; mais qu'il manifestait de la sensibilité si cette température était relevée de quelques degrés. On peut donc calculer, d'une manière précise, le point nécessaire pour pratiquer une opération chirurgicale. Un tel moyen ne vaut-il pas cent fois mieux, puisque son action est locale, que d'introduire dans l'organisme un agent toxique, comme le chloroforme, dont je ne veux pas nier les bons résultats, mais qui a produit de nombreux accidens, et, dans certains cas, la mort, avant même que l'opération ait été commencée ?

« *L'excès de la température sur les animaux* a des inconvéniens encore plus grands que son abaissement ; 4 degrés de plus, et l'oxygénation ne peut plus se faire dans les poumons. Vous avez remarqué, Messieurs, l'appareil dressé à ma droite, et, il n'y a qu'un instant, ma parole a été interrompue par les cris de détresse que poussait un lapin, dans l'étuve où il était enfermé depuis trois quarts d'heure. C'était le moment de son asphyxie ; à ce point d'élévation de sa température, la circulation pulmonaire cessait d'être possible. Veuillez examiner les poumons de cet animal que mon préparateur vient d'extraire et qu'il vous présente ; ces organes sont en partie infiltrés de sang ; ce liquide, qu'on a retiré des vaisseaux, n'est plus coagulable ; il est comme sirupeux et ressemble à du jus de groseille. Que de rapprochemens on peut faire entre ces simples résultats et les maladies des pays chauds ! Chez l'Européen, qui en éprouve les symptômes, le sang est décomposé sous l'influence du calorique, tandis que le naturel de ces pays, par le fait de l'habitude, et peut-être aussi d'une organisation particulière, n'en éprouve aucun inconvénient.

« Il faudrait passer en revue toutes les fonctions pour reconnaître sur elles l'influence de la température. Je vous ai parlé de la production et de la destruction du sucre. Ces phénomènes ne peuvent s'exécuter que dans certaines limites : il suffit d'élever ou d'abaisser cette température de quelques degrés pour qu'ils ne cessent d'avoir lieu. La di-

gestion elle-même ne saurait s'effectuer au-dessus ou au-dessous d'une certaine température. La chaleur donnée au lapin de l'expérience ci-dessus avait empêché qu'on trouvât du sucre dans le sang de sa veine porte, ainsi qu'on vient de le constater. Je ferai remarquer, à ce sujet, que les corps des animaux se réchauffent et se refroidissent plus vite que les corps inertes; cet effet ne se produit dans leurs cadavres que de proche en proche, tandis que sur le vivant la chaleur, au moyen de la circulation, arrive vite dans la profondeur des organes.

« Tous les phénomènes relatifs à la température animale, sont encore bien loin d'être connus; le sujet est trop vaste pour être si vite épuisé; il captive même mon intérêt à tel point qu'il m'a fallu une circonstance toute particulière pour que je l'interrompisse pendant ce semestre. Sur ce point, comme sur tout autre, il y a énormément à faire. Que nos successeurs ne s'inquiètent pas de leur avenir ! Je leur lègue le corps thiroïde, le thymus, les capsules surrénales, le grand sympatique, etc., etc., dont les fonctions sont totalement inconnues.

« Je dois maintenant me résumer, Messieurs. Je vous ai prouvé, par des exemples irréfragables l'utilité de l'expérimentation, la nécessité de l'appuyer sur les sciences exactes et sur une logique rigoureuse, car les analogies sont loin, très souvent, d'être confirmées par ces deux puissances. En vous présentant quelques résultats de nos études sur le sang, j'ai voulu surtout vous faire apprécier comment ils peuvent éclairer la nature des maladies et leur mode de traitement. Quant aux phénomènes de la température du corps animal, vous avez compris facilement que leur détermination est non seulement curieuse, mais qu'elle peut engendrer les applications pratiques les plus variées.

« N'est-ce pas à la méthode que j'ai préconisée toute ma vie que nous devons la rénovation de la physiologie ? Et comme la médecine proprement dite ne peut jeter de véritables fondemens que sur cette base, les vieilles croyances et l'empirisme ancien ne doivent-ils pas faire place à des doctrines émanant des nouvelles découvertes? Si la plupart des maladies ont besoin d'être revues sous ce rapport, aucunes ne l'exigent plus impérieusement que les maladies dites contagieuses, contre lesquelles ont été prises les mesures quarantenaires qu'il s'agit de modifier aujourd'hui par un traité international. Dans leur examen, vous ne vous attendez sans doute pas à me voir abandonner la méthode, qui seule, selon moi, peut faire sûrement progresser la science, et dont je viens de vous faire connaître les avantages et les nombreux résultats. Ce n'est pas à mon âge qu'on change sa manière, et, à toute autre époque, d'ailleurs, il m'aurait peu convenu de repéter chaque année les mêmes choses, quel que fût leur intérêt ou leur importance. Nous étudierons donc ensemble; je soumettrai à l'expérience et mes propres idées et celles que vous pourrez me suggérer; c'est ainsi que je comprends le haut enseignement qui m'est confié. A l'imitation de quelques devanciers, je prendrais volontiers pour devise : *Doceo ut discam.* »

(*La suite à un prochain n°.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 31 Décembre 1851. — Présidence de M. LARREY.

Quelques mots sur les tumeurs hydatiques.

Dans la dernière séance, M. Marjolin avait présenté un malade qui offrait sur le bras, près du pli du coude, une tumeur de nature douteuse, mais cependant paraissant formée par des hydatides. A ce propos, M. LENOIR cite un fait remarquable de tumeur hydatique volumineuse, située dans la région lombaire. M. Demarquay, qui fait actuellement des recherches sur les tumeurs hydatiques des muscles, dit avoir vu un cas dans lequel la tumeur était développée dans l'épaisseur du muscle psoas et venait faire saillie à l'aine; on avait diagnostiqué un abcès par congestion.

M. MICHON a vu et soigné, avec M. Monod, un jeune homme qui portait sur la partie latérale et postérieure du cou une tumeur qui, située profondément et bridée par des muscles, paraissait solide.

M. FORGET dit que cette tumeur a été vue en dernière analyse par M. Jobert, qui l'a crue solide. J'assistais à l'opération; la tumeur était formée par une hydatide volumineuse, dont le kyste exigea une dissection qui porta jusque sur les apophyses transversales des vertèbres cervicales.

M. LENOIR fait ressortir l'importance, dans ces cas douteux, de la ponction exploratrice. Ainsi, pour le fait de M. Jobert, une ponction eût permis d'éviter une opération grave.

M. BOINET dit que quelquefois la ponction peut ne pas faire reconnaître la nature de la tumeur. Ainsi, les kystes hydatiques sont très souvent divisés en loges, et dans une loge il peut y avoir suppuration, tandis que dans une loge voisine on trouve encore des hydatides vivantes. M. Boinet, en terminant, annonce que le malade qu'il a opéré à la Charité, pour une tumeur hydatique du foie, est mort. L'observation complète sera communiquée à la Société.

M. LEBERT fait remarquer, à propos de la suppuration des tumeurs hydatiques, que cette suppuration est excessivement rare et qu'on ne la rencontre que dans quelques régions seulement. Il insiste sur la nécessité de recourir à la ponction exploratrice.

Correspondance. — M. SÉDILLOT adresse un mémoire manuscrit intitulé : Observation d'une tumeur cancroïde ayant détruit la lèvre et une partie du nez; réparation autoplastique. M. Sédillot demande la faveur d'être nommé membre correspondant. (Commiss. MM. Michon, Larrey et Robert, rapporteur.)

M. BAYARD adresse un nouveau mémoire sur la cataracte.

M. ROBERT dépose sur le bureau une observation de luxation du coude en arrière, avec fracture de l'olécrâne. Cette observation est adressée à la Société par M. Joseph Beyran, docteur de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital impérial de Tershané, chirurgien en chef de Yede-Coulé, à Constantinople.

Du traitement de l'ophthalmie granuleuse belge par les préparations de tanin.

M. DEMARQUAY fait un rapide exposé d'une brochure adressée à la Société sur ce sujet par M. Hairion, médecin belge. Nous n'insisterons pas sur cette analyse, le mémoire étant imprimé.

M. LARREY demande si, dans son travail, l'auteur parle de l'occlusion des paupières par le collodion.

M. DEMARQUAY répond négativement.

A la suite s'engage une discussion sur l'ophthalmie granuleuse.

Le travail de M. Hérion contient huit observations bien complètes et très exactement exposées, dans lesquelles paraît démontrée la bonté des médicamens qu'il préconise.

M. DEMARQUAY fait ressortir les inconvéniens déjà signalés des collyres minéraux. Ainsi les poudres ou cristaux métalliques se fixent sur la conjonctive et restent dans les intervalles que séparent les granulations devenant, par leur présence, une cause incessante d'irritation. Les malades sont quelquefois plusieurs mois avant de pouvoir se débarrasser de ces corps étrangers.

M. LENOIR a vu aussi le collyre pulvérulent de plomb s'infiltrer dans les fongosités de la conjonctive.

Quant à l'occlusion, M. Lenoir rappelant que son application n'est pas nouvelle, signale les inconvéniens qu'elle présente. Ainsi il a vu à l'hôpital de la Pitié, dans le service d'un médecin qui y avait recours, des cas de perforation complète de la cornée par des ulcérations qu'on n'avait pas soupçonnées. En disjoignant les paupières au moment où l'on espérait la guérison, on reconnaissait seulement la perte absolue de l'œil.

M. GIRALDÈS a vu aussi des collyres métalliques déterminer des dépôts de cristaux sur la conjonctive et rendre la maladie bien plus grave.

M. LARREY est partisan de l'occlusion, mais seulement après la période de suppuration, lorsque déjà les ulcérations sont en voie de cicatrisation.

M. MICHON, revenant sur les granulations de la conjonctive, dit que cette production n'est pas la maladie, mais bien le résultat de la maladie; c'est un état pathologique secondaire. Il faut, pour obtenir la guérison, s'attaquer surtout à la constitution du malade; il voudrait que M. Demarquay insistât beaucoup dans l'analyse du mémoire de M. Hairion sur les conditions dans lesquelles étaient les malades, il faudrait savoir si la guérison a persisté. C'est très important, car les granulations de la conjonctive font, par leur tenacité, le désespoir du médecin.

M. Michon, jugeant ensuite l'occlusion, dit qu'elle agit par l'immobilité surtout. Car le mouvement des paupières excite le développement des granulations; elle est bonne seulement à la fin de la maladie, quand il n'y a plus de suppuration.

M. LARREY pense que chez les Belges les granulations ne sont pas identiques à celles que l'on remarque en France. Ainsi les Belges semblent prédisposés à l'ophthalmie; ils présentent des granulations rudimentaires assez marquées pour qu'on ait proposé de cautériser préventivement ces granulations chez les malades offrant un peu d'ophthalmie. Ces granulations rudimentaires, qui précèdent les granulations pathologiques proprement dites, ne se remarquent, suivant M. Larrey, que quatre ou cinq fois sur cent malades en France. En Belgique, on peut retourner la proportion.

M. GIRALDÈS ne partage pas l'opinion de M. Larrey sur la prétendue différence qui existerait entre les Belges et les Français. On trouve en France tout aussi fréquemment les granulations rudimentaires. On les voit avec facilité sur les personnes offrant de la conjonctivite en renversant la paupière inférieure; elles existent dans le repli oculo-palpébral. Ces granulations ne sont pas formées, comme on l'a dit, par des follicules qui n'existent pas; elles ne sont autre chose que l'exagération de l'état papillaire de la muqueuse. Ce sont donc des papilles hypertrophiées. On rencontre très fréquemment cette altération chez les personnes qui remuent et manient des livres; la poussière fine qui s'en échappe les produit facilement.

La guérison doit être cherchée dans les moyens hygiéniques et dans un traitement général.

Dr Ed. LABORIE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(*ancienne Société médicale du Temple*).

Séances du quatrième trimestre de 1851. — Présidence de M. GÉRY.

M. FORGET a la parole pour une communication. — Il y a trois semaines, dit-il, j'ai été appelé par notre collègue, M. Dreyfus, près d'un malade auquel il donnait des soins depuis douze jours. C'était un homme de 50 ans, fort, ayant joui jusqu'alors d'une bonne santé, n'offrant aucun signe d'une affection du cœur. Naturellement grand marcheur, il avait fait, quelques jours avant de tomber malade, une longue promenade dans la forêt de Fontainebleau; et il en était revenu avec une petite excoriation à l'orteil gauche. La douleur qui s'ensuivit l'obligea de couper le dessus de son soulier et ensuite de garder le lit. Il survint de la fièvre, de la rougeur, du gonflement. La veine saphène externe présenta un développement marqué. Il y avait dans le pied une douleur profonde, qui bientôt s'étendit à la jambe. La peau se décolora sur les orteils, qui se refroidirent. En même temps que la jambe gonflait, des plaques gangréneuses parurent sur le pied. La figure offrait alors un air de stupeur, la langue était fuligineuse et sèche. Au moment où M. Forget vit le malade pour la première fois, il y avait depuis les malléoles jusqu'au genou du gonflement avec chaleur et teinte brune de la peau. L'épiderme se soulevait, et au-dessous des phlyctènes, on constatait une gangrène sèche, profonde, qui permettait de percer le pied, presque de part en part, sans douleur ni écoulement de sang. Depuis l'aine jusqu'à l'anneau crural, l'artère fémorale a des battemens assez durs, quoique à peu près à l'état normal. Plus bas, au contraire, l'artère poplité donne la sensation d'un tube solide dans lequel on percevrait les vibrations produites par le passage de la colonne de sang qui la traverse en heurtant ses parois. M. Forget en conclut qu'il s'agit d'une artérite oblitérante à marche très aiguë et que l'amputation n'est pas proposable en pareil cas. Il ajoute que l'oblitération de l'artère est clairement démontrée par le développement considérable des veines superficielles. — Antérieurement à la consultation, M. Dreyfus avait employé les moyens les plus rationnels pour combattre les accidens. Il avait eu recours aux émissions sanguines locales, aux onctions mercurielles, aux purgatifs.

M. SÉGALAS : L'autopsie n'ayant pas été faite, on peut se demander s'il s'agit réellement d'une artérite ou d'une phlébite, ou bien encore si le malade aurait été piqué par une vipère dans la forêt de Fontainebleau. Autre remarque, lorsqu'on lie une artère, on ne voit pas survenir de gonflement dans les veines, il faut qu'il y ait autre chose que l'obstacle existant dans la circulation artérielle. Quelle est donc la cause de cette gangrène spontanée ?

M. FORGET : Le malade eut bien à l'orteil une légère excoriation, mais jamais il n'a pensé avoir été mordu par une vipère. On dit qu'une ligature d'artère n'occasionne pas de gonflement dans les veines, ce qui est vrai en général de la ligature des petites artères ou de celles qui, quoique grosses, peuvent être facilement suppléées par des collatérales. J'ai vu, au contraire, ce gonflement survenir chez un malade auquel Lisfranc avait lié l'iliaque externe. Chez notre malade, la question d'origine de la gangrène ne me paraît pas douteuse, elle provient de l'artérite oblitérante. Et comme tout le système artériel était à la fois entrepris, il y a eu un gonflement des veines qui a disparu de lui-même au bout de quelques jours, ce qui n'aurait pas eu lieu dans la supposition d'une phlébite.

M. GÉRY partage entièrement l'opinion de M. Forget, l'amputation ne devait pas être faite dans le cas qu'il vient de citer. Mais lorsque la gangrène spontanée est exclusivement due à une cause traumatique, l'opération peut être indiquée. Il en cite un exemple de sa pratique particulière. Un maître d'école, assis, chez un charron, sur un banc à trois pieds, tombe en appuyant le poignet sur le tranchant d'une plane, espèce de couteau à main. Il se coupe jusqu'aux os. Les artères radiales et cubitales divisées fournissent une hémorrhagie abondante. Le garde champêtre, comme premier secours, arrête l'hémorrhagie par une ligature fortement serrée autour du poignet. Un médecin, appelé en toute hâte, coupe cette ligature, et voyant reparaître l'hémorrhagie, place au bras une compresse graduée sur tout le trajet de l'artère humérale et y exerce une forte compression. Il survient un gonflement énorme de l'avant-bras, qui tombe en sphacèle. Vers le quatrième jour, M. Géry et un autre médecin se trouvent réunis en consultation avec le confrère qui avait commencé à soigner le malade. La gangrène avait alors envahi une partie du bras; il y avait des symptômes généraux très graves. On avait affaire à un homme de 24 ans, fort et bien constitué; néanmoins les trois consultans se disposaient à partir le regardant comme perdu, M. Géry, ayant déjà le pied à l'étrier, propose à ses confrères de pratiquer l'amputation. On discute cet avis, on l'adopte, et le malade accepte l'opération. Celle-ci fut pratiquée, faute d'autres instrumens sous la main, à l'aide de deux couteaux de table fraîchement repassés et d'une scie d'horloger. La guérison fut prompte et facile à obtenir. Cet homme est aujourd'hui chantre à sa paroisse et d'une très belle santé.

M. MOREAU (de Tours), chargé d'analyser une brochure adressée à la Société par M. le docteur Bourdin, *sur la nature du suicide*, lit un rapport que le défaut d'espace ne nous permet pas d'insérer textuellement, mais dont je citerai les points principaux :

Messieurs,

Dans la brochure qui a été offerte à la Société par M. le docteur Bourdin, et sur laquelle vous m'avez chargé de faire un rapport, M. Bourdin se borne à répondre à diverses objections qui auraient été faites à un travail publié récemment par lui sur le suicide.

Les réflexions que j'ai à vous soumettre se trouvent, par cela même, fort limitées; j'ai dû négliger les détails et m'appesantir exclusivement sur l'idée principale, celle qui a été l'objet de l'attaque et de la défense.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, Messieurs, que la question à la solution de laquelle est consacré le travail de notre confrère, fait son apparition dans la science.

Depuis longtemps, les médecins qui font de l'aliénation mentale l'objet de leurs méditations, s'étaient demandé jusqu'à quel point l'acte du suicide, en général, ne devait pas être considéré comme un acte de folie.

Jusqu'ici, des doutes seulement avaient été émis sur cette question extrêmement délicate; ceux qui se l'étaient posée n'avaient pu trouver soit dans le raisonnement *à priori*, soit dans l'enseignement des faits, des motifs suffisans pour se prononcer pour ou contre.

« M. Esquirol, — j'ai déjà eu occasion d'en faire la remarque, Il y a près de six ans, — inclinait vers l'affirmative, et il se fondait sur une multitude de faits dont sa longue expérience l'avait rendu témoin. Il en tirait des inductions relativement aux autres faits que certaines apparences tendaient à faire interpréter autrement; il avait vu tant d'individus faire des tentatives de suicide, dans un véritable état de folie qui, jusque-là, n'avait pas même été soupçonné !... Et, par folie, Esquirol, entendait parler de folie bien dessinée, le plus souvent à forme lypémaniaque. Il est plus explicite encore, lorsque, en parlant du suicide aigu, il déclare que toute passion arrivée à un certain degré constituant, à ses yeux, un véritable délire, les actes qui en émanent ne sauraient être d'une nature différente. » Le délire des passions, dit-il expressément, permet-il de réfléchir? Toutes les lois n'acquittent-elles pas celui qui a commis, dans le premier emportement d'une passion véhémente, une action qui eût été criminelle sans cette circonstance? Les actions d'un homme emporté par une passion vive sont regardées comme faites sans liberté morale, et sont jugées comme l'effet d'un délire passager. »

Après le médecin célèbre que je viens de nommer, qu'on nous pardonne de nous citer nous-même, et de rappeler sommairement ce que nous imprimions en 1845.

« La *plupart* des suicides, sans excepter ceux exécutés par des individus *jusque-là parfaitement réputés sains d'esprit*, ceux même qui étaient la *conséquence logique* d'une situation critique, difficile, et, si l'on veut, désespérée, paraissaient le plus naturels, sont de véritables actes de folie. . . . .

. . . . Quand on songe à la multitude de causes qui peuvent produire l'excitation; quand on connaît bien toute l'importance et, pour ainsi dire l'immense valeur étiologique de *prédispositions héréditaires ou acquises*; quand on sait que chez les individus *prédisposés*, il suffit d'une préoccupation un peu vive, d'une impression brusque et inattendue, d'une légère émotion, d'un dérangement quelconque des fonctions, d'un peu de retard dans une évacuation habituelle, etc., pour développer l'excitation.

N'est-il pas évident que le nombre de cas où l'on pourra affirmer, sans crainte d'erreur, que tel individu en se donnant la mort, n'était pas aliéné, c'est-à-dire a agi dans toute la plénitude de sa conscience et de son libre arbitre, *sera excessivement limité* ?

L'auteur de la brochure que nous examinons a cru pouvoir aller beaucoup plus loin que ses prédécesseurs : plus de doute, plus d'hésitation : le suicide, selon M. Bourdin, est « constamment » un acte de folie, ce mot pris dans toute la rigueur de son acception scientifique.

Mais quelles raisons notre honorable confrère apporte-t-il à l'appui d'une opinion aussi décidée, d'une affirmation aussi absolue ? Ces raisons sont-elles de nature à lever tous les doutes au-delà desquels personne, avant lui, n'avait osé s'aventurer ?

Nous ne le pensons pas.

Incontestablement, il est infiniment probable que, dans la très grande majorité des cas, le suicide au moment où il accomplit son acte, ne jouit pas de l'intégrité de ses facultés, de ce *self-power*, de cette plénitude de liberté morale qui seuls nous rendent responsables de nos actions devant Dieu et les hommes ;

Incontestablement, encore, les faits de cet ordre n'ont été que très exceptionnellement étudiés avec la rigueur, la sévérité que la science exige de nos jours. On a surtout négligé de tenir compte de ces conditions d'hérédité que nous rappellions plus haut, de ces causes prédisposantes qui permettent de croire, jusqu'à un certain point, à la transformation imprévue, instantanée d'un individu raisonnable en un individu privé de raison.

On ne s'est pas informé si telle personne qui paraissait jouir de son bon sens en se suicidant, n'appartenait pas, à quelques égards, à cette catégorie d'esprits dont j'ai essayé de donner une idée dans un travail publié récemment.

Tout cela est vrai ; mais en résulte-t-il qu'aucun fait de suicide n'échappe aux conditions dont nous venons de parler, qu'aucun ne puisse s'expliquer en vertu des seules lois constitutives de notre intelligence, et que tous, au contraire, sans exception, reconnaissent la même parenté, la même filiation morbide ?

La preuve directe, expérimentale de folie, faisant absolument défaut, pour un certain nombre de suicides, les raisonnemens qu'emploie M. Bourdin pour combler cette lacune sont-ils assez puissans pour qu'on puisse passer outre et conclure affirmativement en l'absence de cette preuve ?

Examinons la question :

L'objection qui se présente tout d'abord à l'esprit est celle qui a été faite par deux de ses contradicteurs, MM. les docteurs Petit et Etoc-Demazy. « L'instinct de conservation, disent ces deux honorables confrères, peut être dominé par la misère, le remords, le déshonneur, les souffrances physiques, les douleurs morales, et tout ce qui tend à faire naître le dégoût de la vie. » On comprend pourquoi un homme jouissant de sa raison peut se détruire quoiqu'il aime la vie, c'est que, alors, entre la vie et son moi, il y a un tiers avec lequel ce moi ne peut plus se concilier.

A cette objection M. Bourdin répond que la question n'est pas de savoir si tel instinct, telle passion peut dominer tel autre instinct, telle autre passion. Il y a, selon lui, dans l'acte du suicide, suppression d'une fonction intellectuelle, et le fait de cette suppression constitue un acte de folie. « La difficulté qui nous occupe vient, dit-il, du défaut de distinction entre la simple direction et la suppression d'une fonction. Entre ces deux termes, il y a la différence de l'affirmation à la négation, de la vie à la mort. Que l'on diffère sur l'interprétation des degrés d'aliénation d'une fonction sur les limites de son existence physiologique, cela se conçoit; mais peut-on discuter sur le fait de l'annihilation de cette fonction?... »

M. Bourdin se méprend, et nous dirons, à notre tour, que c'est lui qui déplace la question. Que parle-t-il d'annihilation, de suppression d'une faculté, d'un instinct, d'un pouvoir intellectuel quelconque?

De ce que, dans une circonstance donnée de l'existence, l'instinct de conservation est dominé, maîtrisé par des sentimens d'une autre nature, c'est-à dire, pour cela, que cet instinct soit anéanti, supprimé? Il a cédé, et si j'ose m'exprimer ainsi, il a battu une retraite devant plus fort que lui ; voilà tout. Le résultat final de la lutte a été la mort de l'individu, cela est vrai ; mais ici, la mort n'est qu'un fait matériel, un accident de l'être physique d'où il n'est permis de tirer aucune conclusion relativement à la situation réelle de l'être moral. Ne serait-ce pas cette dernière circonstance qui aurait fait illusion à notre honoré confrère ?

Placé entre le désir de conserver son honneur, de ne pas être plongé à jamais dans la misère, en proie à des souffrances physiques intolérables, etc., et le désir de vivre, tout individu, selon nous, peut parfaitement, librement choisir entre telle ou telle résolution ; et de quelque côté qu'il finisse par être entraîné, je ne vois nulle raison de déclarer qu'il était fou, pathologiquement fou, c'est-à-dire comprenant le bien, hors d'état de faire différemment qu'il ne faisait, fatalement, irrésistiblement, automatiquement.

Il n'en est pas autrement dans une foule de circonstances de notre vie : entre deux biens, entre deux maux, il faut nécessairement choisir ; tiraillé en sens contraire par le désir de vivre, et par l'horreur que lui inspire une vie déshonorée, misérable, l'homme s'agite sur son lit de douleur sans pouvoir trouver le repos, « *versat et reversat*, dit un père de l'Église, *dura sunt omnia.* » A tort ou à raison, il voit dans la mort un remède à ses maux, il se tue; de deux maux il a choisi le moindre, précisément en vertu de son libre arbitre qu'on lui dénie.

Au point de vue où s'est placé M. Bourdin, tout individu qui cède à une passion mauvaise se livre à des actions que sa conscience réprouve, pourrait, tout aussi bien et au même titre que celui qui se donne la mort, être taxé de folie. Chez celui dont le front sait encore rougir, au moment où il va faire le mal, commettre un vol, trahir la foi jurée, etc., deux passions sont en lutte : celle de rester honnête homme, de garder son honneur, l'estime de lui-même et celle dont la satisfaction est inséparable d'une bassesse ; en cédant à cette dernière il devient criminel, mais il ne fait pas preuve de folie.

Encore une fois il est inexact de dire que l'acte du suicide implique la suppression, l'anéantissement de l'un des pouvoirs constitutifs de l'intelligence. Si cela était, l'opinion de M. Bourdin ne souffrirait aucune objection, car alors celui qui met fin à son existence aurait sa place marquée, je ne dis pas parmi les aliénés, mais parmi ces êtres à organisation à peine ébauchée qu'on appelle des idiots.

Rien de tout cela n'est vrai. Le suicide, au moment où il se jette entre les bras de la mort, chérit encore la vie; l'instinct de conservation proteste jusqu'à la fin. Entraîné qu'il est par un instinct plus puissant, à la poursuite d'un bien supérieur à celui de l'existence, le suicide meurt, pour ainsi dire, tout en regrettant de ne pouvoir continuer de vivre.

Je borne ici, Messieurs, mes réflexions sur le travail de M. Bourdin. Nous regrettons de n'avoir pu donner notre approbation aux idées qu'il contient. L'amour de la vérité l'a emporté sur tout autre sentiment. Mais si l'amitié qui nous lie à notre honoré confrère, si l'estime sincère que nous professons pour son talent ont été momentanément réduits au silence, croyez bien que ces deux sentimens n'ont été pour cela ni supprimés, ni anéantis.

Nous avons cru devoir faire une opposition franche et loyale à des opinions que nous ne saurions partager. Ce n'est pas à dire que nous ne rendrions pas justice aux qualités que renferme d'ailleurs le travail de M. Bourdin.

Il faut savoir gré à ce confrère d'avoir soulevé une question qui devrait, pour ainsi dire, rester à l'ordre du jour tant que la solution n'en sera pas trouvée. Le travail de M. Bourdin contient des vérités d'une haute importance; ces vérités y sont exposées avec une clarté et un talent de discussion qui ne permettront pas qu'elles restent plus longtemps sous le boisseau.

Après cette lecture, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. En conséquence, M. le docteur Bourdin est nommé membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de Paris.

Il est ensuite procédé à l'élection des membres du bureau, qui, pour l'année 1852, se composera ainsi qu'il suit :

Président, M. Moreau (de Tours) ;
Vice-président, M. Ségalas ;
Secrétaire général, M. Collomb ;
Secrétaire adjoint, M. Thibault ;
Trésorier archiviste, M. Poulenc.

MM. Mialhe et Forget continueront de former le comité de rédaction.

Le secrétaire général : Dr Collomb.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CONCOURS D'HYGIÈNE. — Le jury du concours d'hygiène s'est constitué hier. Voici sa composition : MM. Gavarret, Orfila, Richard, Bérard, Adelon, Requin, Andral, Trousseau, Rostan, Chomel, pour la Faculté; MM Caventou, Soubeiran, Lecanu, Gérardin, Villermé, pour l'Académie. Les candidats, au nombre de sept, étaient M. Tardieu, Béclard, Guérard, Marchal (de Calvi), Bouchardat, Fleury, Sanson (Alph.). De ces sept candidats un seul s'est retiré, c'est M. Fleury. Par suite de la retraite de M. Richard, parent de l'un des candidats et de l'absence de MM. Chomel et Andral, on a dû procéder au tirage de trois nouveaux juges. Le sort a désigné MM, Laugier, Denonvilliers et Bouillaud.

Un incident inattendu a marqué la fin de la séance. Au moment où l'on tirait de l'urne le nom de M. Bouillaud, M. Andral, retenu à l'Institut pour une nomination académique, est arrivé à la Faculté. Les candidats ont demandé à l'unanimité que l'honorable professeur reprît sa place dans le jury. Après délibération, la composition du jury a été maintenue telle que nous venons de la faire connaître.

La composition écrite aura lieu mercredi procbain et les lectures commenceront lundi à quatre heures de l'après-midi. Les séances auront lieu les lundi, mercredi et vendredi à 4 heures.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Voici les noms des 32 élèves qui ont été nommés internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux. Ce sont MM. Caron, Henry, Marsé, Zapfle, Boucher, Duchaussoy, Leplat, Remilly, Desnor, Masson, Arrachar, Codet, Bidard, Thomas, Gaujot, Bucquoy, Massans, Pied-Noël, Boscredon, Lafargue, Turner, Maurice, Titon, Gaube, Zambaco, Boureau, Ducluzeaux, Dolbeau, Isambert, Cadet-Gassicourt, Blache, Charrier.

Ont été nommés interues provisoires : MM. Liégard, Billoir, Garreau, Bignon, Dupuy, Collot, Tarnier, Parret, Rabaud, Fauvel, Blachez, Amen, Bourcy, Vaullet, Olivier, Fleurot, Luys, Moisant, Quentin, Voisin, Amestoy, Fréminean, Margerie, Boutequoy, Vidal, Godart.

NOMINATIONS. — M. de Sénarmont a été nommé hier membre de l'Institut, dans la section de minéralogie, par 29 voix contre 28 données à son compétiteur, M. Ebelmen.

— Au nombre des réceptions qui ont eu lieu hier soir à l'Elysée, il faut ajouter la commission internationale sanitaire, représentée par de si nombreuses illustrations étrangères et nationales dans la diplomatie et dans la science.

NÉCROLOGIE. — M. le baron Pasquier, inspecteur, membre du conseil des armées, commandeur de l'ordre de la Légion-d'Honneur, est décédé hier, à la suite d'une courte maladie.

Ses obsèques auront lieu le mardi 6 courant, à midi très précis, à l'église St-Roch.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — La Société médicale d'émulation de Paris a procédé, dans la dernière séance de l'année qui vient de finir, au renouvellement de son bureau.

Il se trouve constitué, pour 1852, de la manière suivante :

Président, M. Caffe ;
Président honoraire, M. Depaul.
Vice-Président, M. Barth.
Secrétaire général et archiviste, M. Cherest.
Secrétaires particuliers, MM. Destrem et Hillairet.
Trésorier, M. de Laurès.

Membres du comité de publication : MM. Barth, Larrey et le secrétaire général.

— La Société entomologique de France vient de renouveler son bureau pour l'année 1852 (21e de sa fondation). Ont été nommés : président, M. le colonel Goureau ; vice-président, M. le docteur Boisduval; secrétaire, M. E. Desmarest ; secrétaire-adjoint, M. H. Lucas ; trésorier, M. L. Buquet ; trésorier-adjoint, M. L. Fairmaire ; archiviste, M. Doüé; archiviste-adjoint, M. Bellier de la Chavignerie.

ÉPIDÉMIES. — M. Sénéchault, conseiller à la Cour d'appel de la Martinique, vient de succomber à la fièvre jaune, qui sévit en ce moment à Fort-de-France. Au nombre des victimes emportées par la maladie, nous avons la douleur de citer M. Sentelez, capitaine d'artillerie; M. Martin, lieutenant d'infanterie; M. Dordé, chirurgien de marine ; M. Curet, commis d'administration, embarqué sur le *Castor*; et M. Curet, aide-commissaire, employé au bureau des fonds.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP.,
Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 3. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 8 Janvier 1852.

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37

Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40

Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 JANVIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est par un speach de très bonne façon que M. Mélier a inauguré sa présidence. Son allocution, d'une modestie d'excellent goût, a été très favorablement accueillie. Nous espérons que, pendant sa présidence, M. Mélier fera tous ses efforts pour diriger et pour entraîner l'Académie dans une voie nouvelle et vers des modifications dont l'urgence se fait sentir de plus en plus. La compagnie, nous le disons avec regret, n'a pas commencé l'année d'une manière heureuse. Un de ses membres, une de ses vieilles renommées, un praticien honoré et respecté de tous, et que, par un sentiment de pieuse déférence, nous ne voulons pas autrement désigner, a communiqué une note dont la compagnie s'est vue dans la pénible nécessité de refuser l'insertion au *Bulletin*. Cette erreur, ce *lapsus* d'une des plus grandes réputations médicales de l'époque, a produit une triste impression sur l'assistance.

Un très intéressant mémoire de M. Chatin, de ce jeune savant plein de zèle et d'ardeur, dont les découvertes sur la présence de l'iode dans des plantes, des terrains, des eaux, dans l'atmosphère, font pressentir des applications hygiéniques et thérapeutiques de la plus haute portée; ce nouveau travail de M. Chatin a été à peine écouté à l'Académie de médecine et lu devant une douzaine d'académiciens. Par une prudente précaution, M. Chatin en avait communiqué la veille les principaux résultats à l'Académie des sciences, et celui de nos collaborateurs qui assiste aux séances de cette compagnie nous en dit plus loin son opinion.

Un pharmacien de Nantes a proposé de faire évaporer l'eau de la mer, de recueillir les résidus qui pourraient servir après dissolution dans l'eau commune, à administrer partout des bains présentant la composition chimique de l'eau de mer. M. Jolly, rapporteur, a fort justement fait remarquer que l'action des bains de mer était complexe, qu'il fallait tenir compte aussi bien de l'influence de l'air, des vagues, de la pression que de l'influence de la composition chimique des eaux, et qu'il était peu légitime d'espérer des effets identiques d'un bain de résidu que d'un bain pris sur la plage de Dieppe ou de Trouville. Nous partageons complètement l'avis de M. le rapporteur, et il est pour nous hors de doute que, à l'égard de l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales, les explications exclusivement fondées sur les propriétés chimiques, n'expliquent pas tout.

Amédée LATOUR.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

LA COMPOSITION DU FOIE; — CONTINUATION DES RECHERCHES DE M. CHATIN SUR L'IODE; — Y A-T-IL OU N'Y A-T-IL PAS DU SUCRE DANS L'URINE DES HYSTÉRIQUES ET DES ÉPILEPTIQUES?

Dans un des derniers numéros de l'UNION MÉDICALE, on a donné avec détail, les nombreuses propositions de M. Lereboullet, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, *sur la structure intime du foie*. Si on en juge par la quantité des propositions, qui expriment chacune une condition anatomique, ou un état pathologique de l'organe sécréteur de la bile, l'auteur doit avoir dit tout ce qu'on peut dire sur cette question. Nous ne reviendrons pas sur ces 67 propositions, car il faudrait les reproduire une à une. D'autre part, pour contredire ou pour discuter, il serait nécessaire que, comme M. Lereboullet, nous eussions fait de longues et patientes études d'anatomie microscopique. Nous nous bornerons donc à faire l'observation suivante, qui sera sans doute accueillie par nos lecteurs. Toutes les fois que, dans un travail, on arrive à des résultats dont les uns sont confirmatifs de faits connus, et les autres semblent annoncer des faits nouveaux; toutes les fois que, dans un tel travail, les propositions s'enchaînent avec un accord, avec un ordre qui cadrent avec les lois de la physiologie, cette œuvre mérite assurément quelque attention, car elle ne peut pas être dépourvue de valeur. On nous permettra de prendre en exemple, une de ces propositions, qui n'est pas la moins intéressante :

« Les cellules des foies d'oies engraissées (nous transcrivons la 62me proposition) diffèrent des cellules graisseuses pathologiques, en ce que la graisse qui remplit les premières, reste sous la forme de gouttelettes distinctes accumulées dans la cellule. Tandis que, dans les cellules pathologiques, la graisse se réunit en gouttes plus ou moins volumineuses, et finit par former, le plus souvent, une goutte unique qui distend la cellule comme un ballon. »

On a confondu pendant longtemps l'engraissement des oies avec l'engraissement pathologique. La différence anatomique exprimée dans la proposition qui précède, dissipe toute obscurité sur ce point. Ce n'est pas sans importance, puisque les foies gras tiennent un rang distingué dans les produits alimentaires.

M. Chatin, qui trouve l'iode partout, et qui est doué à cet égard d'un discernement chimique très remarquable, M. Chatin ne cesse pas de communiquer le fruit de ses recherches à l'Académie. Après avoir exprimé sa proposition sur l'ubiquité de l'iode dans les pays où le goître n'existe pas, et son absence relative (car il n'est pas absolument introuvable) dans les lieux où cette difformité existe, il cherche à la confirmer par de nouvelles recherches et par des voyages faits dans différentes directions. Nous ne suivrons pas ce voyageur courant après l'iode contenu dans l'air, dissous dans l'eau, compris dans les plantes, mélangé dans les terres, nous ne le suivrons pas dans son exploration. Il faudrait faire avec lui une géographie de détail qui prouve la conscience qu'il met à ses travaux, mais qui ne peut être bien comprise que le travail de l'autre sous les yeux. Il s'est dirigé de Paris vers les Pyrénées, et du même centre vers les Alpes; et il a trouvé que l'iode diminuait en quantité quand on allait de Paris vers les montagnes, et que cette diminution se caractérisait surtout quand des plaines ou des vallées on montait sur les hauteurs. A ce compte, les plateaux élevés de la Suisse, le sommet des Alpes sont dépourvus d'iode, et le sont d'autant plus qu'ils mesurent une plus grande élévation. Nous acceptons cette proposition, mais en lui opposant une observation qui nous semble être en contradiction avec elle.

Le goître et le crétinisme s'expliquent dans l'état actuel de la science, par l'absence de l'iode. Quand cet élément existe en quantité suffisante dans le milieu habité, ces difformités ne se remarquent pas. Il y a des lieux élevés où on les observe; mais sur le sol granitique des montagnes de la Suisse, l'habitant présente des caractères fort rassurants pour sa santé, sa vigueur et la régularité de ses formes. Cependant l'iode y fait défaut, et malgré cette absence d'un élément qui joue un si grand rôle comme influence physiologique, il n'y a pas de

Feuilleton.

VOYAGE PHARMACEUTIQUE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE LONDRES.

(Suite. — Voir les numéros des 16, 18, 23, 25 et 30 décembre.)

Suifs végétaux. Suif végétal de Singapour, blanc, en boules ovoïdes de 100 à 500 grammes. — Suif végétal de Bornéo, blanc, contenu dans des gourdes. — Piney-Tallow du doop tree, matière blanche en boules de 50 à 1,000 grammes. — Meniake tenkawang, blanc, contenu dans des tubes de bambou de 1 mètre de long. — Huile d'Illipe (Bassia longifolia), solide blanc jaunâtre; (bassia latifolia) apparence de miel blanc, une autre sorte est grise. On obtient aussi une huile fluide noirâtre de la semence de cette espèce, qui sont grosses comme des haricots; mais droites, pointues aux deux extrémités, applaties, de couleur fauve, hile tenant tout un côté; (bassia butyracea) blanc, sous forme de petits pains hémisphériques de 10 à 30 grammes. A côté de cette dernière était de l'acide bassique obtenu à l'aide de la saponification par la potasse, saturation de celle-ci et traitement répété par l'éther. Cet acide, parfaitement blanc, est cristallisé en lames accolées, brillantes. — Beurre de *kokum*, retiré des semences du mangostan (*garcinia purpurea*), arbre de Bombay. Il est jaunâtre, très dur et disposé en cylindre. Les naturels s'en servent comme émollient et comme objet d'économie domestique. — Huile de coco, concrète et parfaitement blanche. — Huile de semence de margosa, concrète, jaunâtre (Tanjore). — Huile de bois de santal, concrète, blanc jaunâtre (Boorg). — Huile de croton, concrète, jaune (?)

Huiles. — Huiles de ricins incolores, blondes, brunes, troubles, limpides. Ces huiles, dans l'Inde, sont bien plus employées dans l'économie domestique que comme médicament. — Huile de *kurrang*, jaune, trouble. — Huile de *kokum*, brun noirâtre (variété du beurre de kokum ci-dessus?) — Huile de *rousuh*, jaune verdâtre limpide. — Huile d'*oondee* (*calophyllum inophyllum*) obtenue des semences; verdâtre; employée comme stimulant à l'intérieur, et à l'extérieur contre la goutte, le rhumatisme.

Huiles volatiles. — Essence de rose (rosa glandulifera) blanche et citrine. — Essence de *khuss-khuss* (*andropogon muricatus*) vert foncé. — Essence de *beyla* (*jasminum sumbac*) d'un beau rouge. — Essence d'*uggur* (de bois d'aloès) jaune rougeâtre. — Essence de *kayu-puteh* ou cajeput, vert bleuâtre. Cette dernière est une véritable panacée pour les Malais. Ils en frictionnent les parties goutteuses, rhumatismales, dolorifiées, la prennent intérieurement contre la paralysie, l'épilepsie, l'hystérie, les coliques venteuses, l'odontalgie, etc.

Une foule d'huiles fixes et volatiles inconnues et non étiquetées.

Capour barros ou camphre de Bornéo; en grains lamelleux et durs. C'est le camphre par excellence en Chine.

Cire végétale de l'archipel indien. En briques d'environ 750 grammes, verdâtre, dure. Elle nous paraît être la nouvelle substance introduite dans le commerce anglais sous le nom de *waxstone* (*cire-pierre*). Cette cire serait à fort bon marché et aurait déjà servi à adultérer la cire d'abeilles à laquelle elle donne une consistance plus grande. Sous son véritable nom, ce corps pourra recevoir d'utiles applications. Nous avons vu un produit analogue en nature et sous forme de bougies, venant de Montserrat (République Dominicaine.)

Tabascher ou *tabashir*. Substance blanche qu'on prendrait pour des débris d'ivoire. Ce sont les concrétions siliceuses des articulations du bambou. Médicament précieux et d'un prix très élevé dans l'Inde, où il est employé contre la colique, la fièvre, le flux de sang, la syphilis, etc.

CEYLAN. Cannelles. — Mousse de Jafna. — Sucre de cacao. — Manioc. Arrow-root. — Musc. — Beaucoup de pierres précieuses.

GUYANE ANGLAISE. — Copahu. — *Résine locuste*, sorte de résine animée. — *Hyawai, arou aou* ou *encens de Demerari*. Ce produit est le résultat de la solidification d'une térébenthine très fragrante qui exsude du tronc de l'*icica heptaphylla*, et qui passe pour remède efficace contre le rhume.

TRINITÉ. Amandes du Brésil. — Copahu. — Epices. — *Raiz de Santa-Maria*, racine contournée à la manière du caïnça, mais plus grosse et moins foncée. — Naphte. — Petrole. — Poix minérale.

BARBADES. Bitumes divers. — Noix de *Guillandina bonduc* (légumineuses), *yellow nickars*. Astringent usité dans la gonorrhée, le bâillement, les convulsions. Les semences qui sont tout à fait rondes, luisantes et grosses comme des balles, réduites en poudre sont un puissant tonique.

BAHAMA. Eponges monstrueuses.

BERMUDES. Corraux. — Arrow-root. — *Hy-yarri*, substance ligneuse ayant l'apparence de la saponaire d'Égypte. Poison pour les poissons. Son nom pourrait faire supposer qu'il entre dans la composition du terrible poison avec lequel les peuplades sauvages empoisonnent leurs flèches et connu sous les noms de *urari*, *worari*, *curare*, mais que des auteurs, eu égard à son mode d'intoxication, considèrent aujourd'hui comme constitué par un venin.

GOLFE DE SIAM. — Gomme gutte en cylindres. — Gutta-percha. — Benjoin en larmes. — Mastic en grosses larmes. — Résine Dammar. — *Cutch*, sorte de kino ou de cachou commun en grosses masses noires recouvertes de feuilles.

AUSTRALIE (occidentale). — *Gomme kauri*. Résine blanchâtre en gros morceaux, semi-opaque. Beau produit. — *Gomme d'Australie*. Marrons blonds, quelques autres rouges comme du sang-dragon, puis larmes blondes, allongées, chagrinées, d'autres blanches et ressemblant à de la gomme de Bassora. Essence obtenue des feuilles de l'*eucalyptus piperita*, ayant des propriétés analogues à celle de cajeput. Bon dissolvant du caoutchouc.

VANDIEMEN. — Cire d'abeilles naturelle, presque blanche. — Manne exsudée par suite de la piqûre d'un insecte, des feuilles et branches du gommier blanc, c'est-à-dire de l'acacia qui fournit la gomme au Sénégal. — Gomme de l'acacia mollisima. — Kino de l'eucalyptus, avec quelques larmes rouges; petits morceaux translucides. — Gomme-résine de Grass tree (Zanthorrea Australis), produit rouge sang-dragon. Nous avons vu de nombreux échantillons de cette substance dans les montres de fabricans de vernis anglais. Etant très inflammable, ils la font surtout entrer dans la composition de la cire à cacheter. (Voir plus haut, résine acaroïde.) — Bois de musc. — Potasse noire et blanche.

CHINE. — Que dirons-nous des produits de la Chine? Il y avait une grande étagère elliptique garnie de bocaux, malheureusement européens, contenant de nombreux produits végétaux, animaux, minéraux, relevant de la matière médicale. Mais ces flacons portaient pour toute indication un numéro. Aussi n'avons-nous à énumérer que les substances que nous avons reconnues par nous-même et que chacun a nommées d'avance, ce sont : la rhubarbe, — le camphre de Borneo, dont nous avons parlé plus haut, — le ginseng, aphrodisiaque ou plutôt panacée chinoise, qui se vend au poids de l'or, lorsqu'elle présente certains caractères. — Le *Thé*, que la légende chino-japonaise fait venir (510 ans avant J.-C.) de la paupière d'un prince en grande vénération dans le pays, qui, dans une de ses méditations contemplatives, s'étant laissé aller au sommeil, se fit l'ablation de cet organe afin de mieux résister à l'avenir. — Le vermillon au rouge éclatant; la cire végétale; le sulfure rouge d'arsenic ou réalgar, qui forme en Chine et au Japon des amas en stalactites considérables. Les habitans en font des pagodes, des petits objets de fantaisie et entre autres des coupes où ils laissent séjourner du

différence bien notable entre cette population alpestre et celle des lieux les plus iodés. Que conclure de cela? ou que des influences antagonistes neutralisent l'influence pathologique causée par l'absence d'un élément important pour l'entretien de la normalité des fonctions, ou que l'iode n'est pas dans ces régions en si petite quantité que le croit M. Chatin. Il semble dès lors que cet auteur ait plutôt hasardé une hypothèse très ingénieuse du reste, que procédé à des expériences avec le soin qu'on doit y mettre. A ce compte on pourrait s'expliquer pourquoi il a dû se tromper.

Ainsi M. Chatin, qui accorde beaucoup d'iode à l'atmosphère de Paris, qui en accorde beaucoup aussi aux atmosphères des lieux bas, établit qu'à mesure qu'on s'élève la quantité d'iode diminue. Il attribue ce fait à la pression qui accumule cet élément en plus grande proportion dans les lieux où elle est forte que dans ceux où elle l'est moins. Il y a une apparence de vérité dans cette manière de présenter la question, mais il n'y a que cela. L'iode étant divisé à l'infini et en dissolution très faible dans l'air en raison de la masse de ce fluide, il ne présente pas assez d'homogénité dans la somme de ses molécules, pour que les effets de cette pression se fassent remarquer. Il faut y joindre l'influence des mouvemens de l'air qui déplacent, qui dissipent, qui transportent au loin ces molécules, et peuvent, en un moment donné, en porter beaucoup, soit à des niveaux, soit dans des régions où il s'en trouvait peu auparavant. Qu'il y ait beaucoup d'iode dans l'atmosphère de Paris, on peut l'accepter; mais que de ce fait M. Chatin en puisse inférer une loi à peu près absolue comme celle qu'il pose, c'est moins facile, et il vaut mieux en appeler à de nouvelles expériences qui pourraient donner des résultats tout différens.

Le chimiste qui s'est occupé avec tant de soin de mettre l'iode en évidence dans des composés où on était bien loin de le soupçonner, n'a pas su se modérer, s'arrêter dans sa découverte. Après avoir fait un travail original, il a voulu en tirer tout le parti possible, le développer sous tous les points de vue, le faire servir de texte à une foule de travaux successifs qui ne font que délayer l'idée première sans en montrer une nouvelle. C'est un tort. Le *Rien de trop* du moraliste est une de ces formules qui trouvent partout et toujours leur application.

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas du sucre dans les urines des épileptiques et des hystériques? M. Alvaro Reynoso dit oui, M. Michéa dit non; M. Alvaro Reynoso a répété oui, nous ignorons si M. Michéa dira une seconde fois non. Mais voici comment le premier prouve l'affirmative.

Lorsqu'on veut découvrir une substance dans un composé, il faut s'y bien prendre. Il y a des réactifs qui ne mettent en évidence que les grandes quantités; il y a des opérations chimiques qui manifestent les plus minimes. M. Michéa a expérimenté par la potasse; c'est un mauvais moyen. M. Alvaro Reynoso, qui se charge de prouver que le sien amène toujours du sucre, dit qu'il faut commencer par traiter les urines avec le sous-acétate de plomb; qu'il faut filtrer et précipiter l'excès de plomb par du carbonate de soude; enfin qu'on doit filtrer, concentrer et faire bouillir avec la liqueur de Bareswill, en opérant au moins sur 30 grammes d'urine pour avoir des réactions dont la netteté ne laisse pas d'incertitude. Comme M. Reynoso offre d'administrer la preuve à M. Michéa, il faut bien croire qu'il y a du sucre dans les urines des épileptiques et des hystériques. Pourquoi n'y en aurait-il pas?

Dr Ed. Carrière.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE OBSERVÉE A DAMAS, ET DE SON TRAITEMENT PAR LE CALOMEL; par M. Lautour, médecin sanitaire du gouvernement turc à Damas.

(Suite. — Voir les numéros des 3 et 6 Janvier.)

Observation IX. — *Fièvre intermittente quotidienne, ayant présenté un caractère typhoïde grave; — emploi avantageux du calomel.*

Antoune Farah, âgé de 40 ans, tempérament sanguin, ordinairement bien portant, est pris d'une fièvre intermittente le 4 octobre 1851.

Le 5, au matin. Apyrexie complète; bouche amère, langue jaunâtre, dégoût des alimens, constipation. (*vomitif.*) Six évacuations. Le soir. Retour de la fièvre. (Froid, pandiculations suivies de chaleur, nausées, sueur). L'accès dura 5 à 6 heures.

Le 6, au matin. Apyrexie (0, gr 40 *de sulfate de quinine.*) L'après-midi accès de fièvre plus long que les précédens.

Le 7. Apyrexie le matin. (Même traitement). Fièvre le soir, sans sueur. L'accès perdit de son intensité et se continua par le mal de tête et la lassitude. Nuit laborieuse.

Le 8. Impossibilité de se lever. Brisement général; vertiges; peu de chaleur à la peau, pouls fort, plein, à 100. Respiration courte et gênée. Langue jaunâtre, humide, nausées, ventre douloureux; défécation presque nulle depuis le commencement de la maladie. (*Limonade, lavemens émolliens.*)

Le soir. Paroxysme violent, stupeur, anxiété, gémissemens, face colorée. Pouls vif à 136. Peau chaude et aride. Respiration bruyante; contractions du cœur tumultueuses. Langue sèche et brune au centre, soif inextinguible. Sensation d'étouffement à l'épigastre, avec douleur poignante dans le dos. (20 *sangsues au creux de l'estomac.*) Soulagement local; la douleur paraît se disséminer, et envahir surtout les articulations.

A minuit (0, gr 80 *de calomel en* 6 *doses à prendre de* 2 *heures en* 2 *heures.*) L'état comateux dure jusqu'au matin, alternant avec des soupirs et des gémissemens.

Le 9, 8 h. du matin. Abattement extrême. La douleur semble avoir épuisé les forces du malade. Ventre météorisé. (*Lavemens de séné rendus tels qu'on les a administrés.*) 3 h. du soir. (Même prescription). Second paroxysme le soir, moins intense que le premier. Les évacuations qui ont eu lieu pendant la nuit paraissent soulager le malade. Il a dormi et sué beaucoup.

Le 10. Mieux marqué. Température normale. Pouls à 80. Langue humide. Déjections alvines comme la veille. Le soir. Nouvelle exacerbation.

Les phénomènes typhoïdes ayant été avantageusement traités par le calomel, je crus devoir reprendre l'administration de la quinine pour combattre le principe même de la maladie.

Le 11 au matin. Apyrexie complète (0 gr 30 *de sulfate de quinine*). Fièvre le soir.

Le 12. (Même prescription.) La fièvre revient encore.

Le 13. (Même traitement.) La fièvre ne reparut plus.

Le 20. Guérison complète.

Observation X. — *Fièvre tierce passant à l'état de fièvre typhoïde; — calomel; — prompte guérison.*

Saïdeh Bérouty, âgée de 12 ans, faible, de petite stature, fut prise de la fièvre dans la matinée de 5 octobre 1851. L'accès dura cinq heures.

Le 6, au matin. Apyrexie, céphalée, bouche amère, langue jaunâtre, constipation. 0, gr 03 *d'émétique et* 0, gr 60 *d'ipéca.*) Vomissemens de liquides verdâtres. Deux selles.

Le 7. Fièvre plus forte.

Le 8. Apyrexie (0, gr 30 *de sulfate de quinine*), le soir.

Le 9, au matin. Fièvre qui se prolonge jusqu'au soir et n'est point suivie de soulagement comme les jours précédens. Le pouls reste à 120. Abattement, soif, borborygmes, constipation.

Le 10. Même état. (30 *gram. de manne;* 15 *de sulfate de soude dans* 120 *gram. d'eau. Lavemens de graine de lin.*) Trois selles.

Le 11. Stupeur, gémissemens, céphalalgie intense; visage livide, contracté; yeux ternes à moitié fermés, peau chaude, pouls à 130. Lèvres sèches, langue brune et râpeuse; dents fuligineuses; soif ardente, nausées, ventre endolori, météorisé. Respiration anxieuse (0 gr 40 *de calomel en six paquets.*)

Le 12. Agitation continuelle, délire sombre, plaintes, carphologie; peau chaude et sèche; pouls comme la veille. Lèvres fendillées. Langue noire, très aride. Les liquides sont bus avec avidité, leur déglutition est accompagnée d'un clapotement semblable à celui qu'ils produiraient en tombant dans un vase inerte. *Evacuations jaunâtres.* (0 gr 40 *de calomel.*) Sueurs froides pendant l'après-midi.

Le 13, 8 h. du matin. (Même dose de calomel). A midi. Langue humide, évacuations abondantes de matières noirâtres d'une fétidité extrême. Le sommeil qui, jusqu'alors avait été presque nul ou pénible, est calme et se termine par une bonne sueur. (*Eau de graine de coings pour boisson.*)

Le 14. Amélioration notable. La petite reconnaît les personnes qui l'entourent, et quoique très faible répond aux questions. Pouls à 100. Chaleur modérée. 25 à 30 selles du 14 au 15. (*Eau de riz.*)

Le 15. Faiblesse extrême, syncopes; pouls presque nul. (*Eau de riz, lavemens de têtes de pavot*). 10 selles jusqu'au lendemain matin.

Le 16. Mieux marqué. Envie de manger. (*Potage d'arow-root. Continuation des mêmes lavemens.*)

Le 17. Calme. 3 selles depuis la veille. (*Même régime.*) Cessation des lavemens.

La dose des alimens est graduellement augmentée les jours suivans.

Le 20. La malade peut quitter le lit pendant plusieurs heures.

Le 25. Rétablissement complet.

Observation XI. — *Fièvre quotidienne passant à l'état de fièvre typhoïde; — administration du calomel; — Salivation, convalescence terminée par l'usage du sulfate de quinine.*

Abou-Serkis, arménien, âgé de 45 ans, d'une constitution lymphatique, presque toujours indisposé ou malade, fut atteint de fièvre intermittente le 17, le 18 et le 19 septembre 1851.

Le 20, 8 h. du matin. Céphalalgie, vertiges. Langue chargée d'un enduit jaunâtre. (0 gr 07 *d'émétique*). Vomissemens bilieux. Ce jour-là, la fièvre a fait défaut.

Le 21. Fièvre plus forte que les jours précédens. Stupeur, délire loquace, peau chaude et aride; pouls à 100; dyspnée, douleurs vagues au dos et aux articulations. Langue sale, nausées, vomissements; ventre ballonné, peu sensible; borborygmes fréquens, constipation. Urines jaunâtres très épaisses. (15 *sangsues à l'épigastre, limonade, lavemens émolliens.*) Soulagement momentané.

Le 22. Chaleur mordicante de la peau. Pouls comme la veille. Douleur épigastrique accompagnée d'un sentiment de pesanteur dans les reins. La constipation persiste malgré les lavemens. (0 gr 60 *de calomel.*) Deux paquets de ce remède furent pris; une exacerbation ayant eu lieu, elle fut attribuée à cette substance dont on ne voulut pas continuer l'usage. Je cessai de voir le malade.

On me fit appeler de nouveau le 26. Je désirai alors qu'on invitât M. Willemin à une consultation.

Nous trouvâmes le malade dans l'état où je l'avais laissé le 22; seulement la dyspnée avait augmenté, la fièvre et le délire continuaient. (0, gr 80 *de calomel en 6 paquets.*)

Le 27. Prostration extrême, face vultueuse, peau brûlante; pouls petit, très fréquent. Langue brune, tendant à la sécheresse, ventre météorisé. Plusieurs selles eurent lieu dans l'après-midi. (Même prescription.)

Le 28. Grande inquiétude; le délire a cessé. Anéantissement complet des forces; peau froide; pouls à 75. Muqueuses pâles. Le malade ne se plaint que d'une grande faiblesse. (0, gr 40 *de calomel.*)

Dès le lendemain, la salivation mercurielle se déclara avec beaucoup d'intensité et dura huit jours.

---

jus de citron ou du vinaigre qu'ils boivent ensuite pour se purger; ce qui a fait dire au célèbre minéralogiste Hauy que ces peuples avaient le privilége de boire leur guérison dans des coupes empoisonnées.

A part une monstruosité végétale étiquetée *monster bean* (pois monstre), énorme gousse cloisonnée, applatie et recourbée en sabre turc, trouvée dans la forêt de Gauths; à part aussi les nids d'hirondelles, salanganes, que l'on suppose formés de divers fucus et gelidium, et qui constituent un mets des plus recherchés, encore dit-on que les Chinois vont demander ces nids aux îles hollandaises de Java; à part ces deux objets, disons-nous, nous n'avons point trouvé dans l'exposition de l'empire du Milieu, cette variété et cette étrangeté que nous offrent les nombreux échantillons que nous avons en notre propre possession. Ces échantillons, recueillis par M. M. Yvan, ancien secrétaire de l'Assemblée nationale, lors de son voyage en Chine en 1845, comme médecin de l'ambassade française, doivent faire l'objet d'un travail spécial.

Notre remarque viendrait-elle appuyer celle déjà faite au point de vue des objets artistiques de l'exposition chinoise, savoir : qu'elle n'était pas aussi authentiquement chinoise qu'on aurait pu le croire et désirer; qu'elle n'était qu'un pacotillage, une razzia faite par des marchands anglais dans les boutiques de Canton? Si cela est, nous ne nous étonnons plus de n'y avoir pas observé ces objets dont l'authenticité se démontre par le facies même; car quel discernement pouvaient mettre des négocians anglais dans le choix d'objets d'histoire naturelle médicale?

Pour compléter l'histoire naturelle de l'exposition universelle, nous aurions encore à parler des minéraux, mais cela nous mènerait trop loin. Qu'il nous suffise donc de dire que tous les pays en ayant envoyés ils étaient innombrables.

INSTRUMENS ET APPAREILS PHARMACEUTIQUES.

Fourneau de laboratoire de pharmacie, par M. Hermann Seel, d'Eberfeld (Prusse). Ce fourneau, que son constructeur dit adopté par la plupart des pharmaciens prussiens, ce qu'il prouve, du reste, par une attestation officielle, nous paraît être conçu sur le même plan que celui de Beindorff, dont nous parlons dans l'*Officine*, et que nous savons être en effet fort répandu dans toute l'Allemagne. Il ne comporte pas moins d'une trentaine de pièces, alambics, bassines, casseroles, creusets, bains-marie, bains de sable, étuve, etc., etc., qu'un seul foyer au besoin fait marcher. En considérant le grand nombre de pièces de ce fourneau et tous les services qu'il peut rendre, nous nous sommes demandé s'il n'exigeait pas un véritable apprentissage pour être dirigé.

Poteries pharmaceutico-chimiques. — De magnifiques collections d'appareils en grès étaient exposées par divers fabricans anglais, et notamment par la maison Green, de Londres. C'étaient des chaudières, des alambics, des serpentins monstrueux, et, malgré cela, d'une perfection de modelé et de détail très grande. Ces objets sont destinés à remplacer les instrumens en platine, dont le prix est si considérable, et ceux de verre, qui sont si fragiles, dans l'évaporation et la distillation des acides, et de tous les corps qui ne peuvent être chauffés dans des vases métalliques. De l'aveu même de quelques-uns de nos fabricans, avec lesquels nous nous en sommes entretenu, et qui cependant se font fort de les reproduire au besoin, ces belles pièces constituent de véritables tours de force céramiques. Après ces grands objets, en venaient de moins importans, mais non moins parfaits; c'étaient des pompes et des bouteilles à acides, des cornues, des creusets, des appareils de Woulf, des fontaines-filtres que l'on trouve dans presque toutes les pharmacies anglaises, des jares pour la préparation des alcoolés, des vases pour la conservation des sangsues.

Galvano-cérames, fonte émaillée. — Si sur des vases en porcelaine ou en verre, capsules cornues, etc., on fait déposer du cuivre par la galvanoplastie, on obtient des vases beaucoup moins fragiles au feu ou par le choc; ce sont des galvano-cérames. Nous avons vu dans la partie anglaise de l'exposition des cornues en verre galvanoplastisées auxquelles on avait eu soin de ménager du jour au sommet, afin que l'œil pût voir au besoin dans l'intérieur la marche de l'opération. Dans la fonte émaillée, au contraire, c'est le vase métallique qui est tout fait. On applique de l'émail en pâte sur les parois intérieures, on chauffe vigoureusement au rouge, l'émail fond, se fixe et forme un vernis inattaquable. Voilà deux heureuses inventions résolues par des industriels et qui certes ne l'eussent jamais été par des théoriciens quelque peu exclusifs. Et pourquoi? C'est que, se fussent-ils dit, si pareille hérésie s'était fourvoyée un instant dans leur cerveau, qu'on ne peut superposer en contact intime et surtout dans des instrumens susceptibles d'être exposés à des degrés de chaleur très différens, que des corps dont la dilatation est la même; or, le cuivre et la porcelaine ou l'émail et le fer ont une dilatation bien différente, donc l'idée est absurde. Voyez cependant, ô fragilité de la théorie! la fonte émaillée fonctionne aujourd'hui dans tous les ménages. Ce fait est bien propre à prouver une fois de plus qu'il ne faut pas trop s'arrêter aux théories, et que lorsque notre intellect s'est frappé de l'excellence d'une invention au point de vue de la pratique, on doit souvent, malgré un semblant d'impossibilité au point de vue de la théorie, pousser au-delà pour s'assurer si celle-là ne triomphera pas de celle-ci. On ne se méprendra pas, nous l'espérons, sur le sens de ces réflexions; tout ce que nous voulons dire, c'est d'être toujours en défiance contre les erreurs des idées spéculatives.

Quoi qu'il en soit, la fonte émaillée a déjà pénétré dans un certain nombre de laboratoires pharmaceutiques. D'ici à quelques années, elle existera dans tous. La préparation des sirops acides, les évaporations salines, les opérations avec ces nombreux liquides qui attaquent le fer, le cuivre, l'étain, le plomb, et nécessitent l'emploi d'ustensiles de verre ou de porcelaine recevront avec avantage cette innovation. Plusieurs pays avaient envoyé de la fonte émaillée. Pour la France, nous citerons les maisons Japy, Brochon, Pâris. Nous espérons que bientôt nos fabricans feront exécuter des modèles exprès pour la pharmacie.

Pilulier rotatoire en cuivre, obtenu sur modèle en bois à l'aide de la galvanoplastie; ingénieuse invention de M. Viel, pharmacien à Tours. — *Mortiers mécaniques* à pommades et pâtes pharmaceutiques. *Idem* à poudres homœopathiques.—*Creusets* infusibles de la maison Deyeux et comp. — *Poteries* en kaolin rose de M. Lecoq de Clermont-Ferrand, qui s'adapteraient très bien à la pharmacie. — *Instrumens en platine* de la maison Quénessen. —*Tannomètre*, c'est-à-dire instrument propre à faire connaître la proportion de tannin contenue dans les dissolutions de cet acide. — Appareils pour l'épuisement des matières extractives, mais dont aucun ne nous paraît présenter les avantages de l'appareil que nous avons décrit et figuré dans la dernière édition de l'*Officine* (p. 786), sous le nom d'*Omnium* ou *extracteur à distillation continue.*—*Appareils à eaux gazeuses.* — *Appareil centrifuge* dit hydro-extracteur, pour la prompte déshydratation (eau d'imbibition) des substances, et aujourd'hui fort employé dans quelques grandes industries, par exemple dans les raffineries pour séparer le sucre liquide (mélasse) du sucre cristallisé; dans les teintureries pour sécher les étoffes. — *Alambic à bain métallique* pour la distillation des graisses; car aujourd'hui, à ce qu'il paraît, les corps gras fixes ou du moins certains de leurs principes fixes se distillent, et que cette propriété est mise à profit dans la fabrication de la bougie stéarique. Voilà encore un fait pratique qui brouille toutes les idées théoriques reçues.

(*La fin à un prochain n°*)

Dorvault.

BIENFAISANCE. — Mme de La Riboisière a institué la ville de Paris sa légataire universelle en nue-propriété; l'usufruit étant réservé à M. le comte de La Riboisière. Ce legs, dont l'importance paraît être de près de 8 millions, est fait à la condition, par la ville de Paris, de fonder un hospice qui portera le nom de *La Riboisière.*

La convalescence avait commencé presque en même temps; elle ne fut interrompue que par quelques accès de fièvre intermittente, dont on triompha par l'usage du sulfate de quinine.

Guérison parfaite le 8 octobre.

Observation XII. — *Fièvre tierce prenant le caractère d'une fièvre typhoïde, avantageusement combattue par le calomel; — on achève la guérison au moyen du sulfate de quinine.*

Khânou Kabrity, âgée de huit ans, faible de constitution, chlorotique, sujette aux catarrhes et aux palpitations, était malade depuis six jours, lorsque, le 22 septembre 1851, je fus invité à lui donner des soins.

La maladie avait commencé par de l'inappétence, des maux de tête, du frisson, des nausées suivies de vomissemens et de la diarrhée. La fièvre revint sous le type tierce.

L'accès du 20 fut marqué par un frisson de deux heures, suivi de chaleur; sueur presque nulle. Céphalalgie et soif intenses; nausées. Diarrhée remplacée par la constipation.

Le 22, 8 h. m. Décubitus dorsal; prostration, face colorée, surtout aux pommettes, yeux à moitié fermés; peau chaude, rude au toucher; pouls à 120. Dyspnée. Lèvres sèches, crevassées, langue très jaune, *humide.* (0, gr 40 *de calomel en* 6 *doses.*)

Le 23, au matin. Même état. (*Calomel à la même dose. Lavemens de séné et de casse.*) La nuit suivante, il y eut quatre évacuations. Le visage était très coloré, le pouls petit, à 120. Sueurs passagères.

Le 24. Rémission. (Même prescription.) Deux selles.

Le 25. État comateux, face colorée, plaintes continuelles; selles involontaires très fétides. Chaleur brûlante à la peau, pouls très petit. Dyspnée. Dents serrées au point de ne pouvoir ouvrir la bouche. A midi, je suis appelé. (10 *sangsues derrière les oreilles.*) Amélioration subite et passagère. A deux heures, grande pâleur; extrémités froides, pouls à 90. (*Application de linges chauffés; infusion de bourrache.*) Nouvelle amélioration.

La nuit fut très laborieuse; tantôt la petite malade retombait dans la somnolence, tantôt elle s'éveillait en sursaut et délirait. Sueurs chaudes alternant avec les sueurs froides. Deux évacuations.

Le 24. Calme, faiblesse. Peau fraîche. Pouls misérable, à 110. Langue toujours couverte d'un enduit jaunâtre, humide. (*Bouillon de poulet.*)

Le soir, elle éprouve du froid et des pandiculations, suivis de chaleur et d'une sueur abondante.

Le 27, 8 h. m. Même état que la veille (0, gr 25 *de sulfate de quinine*), autant pour combattre la faiblesse que pour traiter l'intermittence. Le soir, retour de la fièvre.

Le 28. Amélioration. (La même prescription de sulfate de quinine fut continuée jusqu'au 30.) L'accès du 28 fut le dernier.

Le 4 octobre, Khânou commençait à se lever, quoiqu'elle fût encore d'une faiblesse extrême.

Le 10. Rétablissement complet.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA DILATATION FORCÉE DANS LE TRAITEMENT DE LA CONTRACTURE ANALE;

Par le docteur L. Le Pelletier, ex-interne des hôpitaux.

Convaincu de l'efficacité de la dilatation forcée dans le traitement de la contracture du sphincter anal, j'ai plusieurs fois insisté, dans la presse médicale, sur les avantages réels que la science et l'humanité devaient retirer de cette précieuse méthode opératoire. J'ai consigné dans ma thèse inaugurale quelques-unes des opérations sur lesquelles j'appuyais alors mon opinion, et émis le vœu de voir bientôt cette méthode vulgarisée et adoptée par les chirurgiens qui, même dès le début, s'en étaient montrés les adversaires. L'observation s'est prononcée; les faits ont parlé plus haut que tous les raisonnemens, et le procès de la dilatation est enfin gagné. La Société de chirurgie vient de le déclarer dans la séance du 17 décembre. Je suis heureux que ma thèse, sur laquelle mon honorable maître, M. Maisonneuve, avait été chargé de faire un rapport, ait été le sujet d'une discussion à laquelle ont pris part quelques-uns des chirurgiens les plus distingués de nos hôpitaux.

M. Maisonneuve a défendu avec succès une méthode qu'il a avantageusement modifiée et dont il a vulgarisé l'emploi. Je ne puis aussi passer sous silence l'opinion de deux hommes dont nous apprécions tous le talent, MM. Lenoir et Michon, et dont les noms font déjà autorité dans la science. M. Lenoir a déclaré qu'il ne saurait trop regretter l'espèce d'oubli ou d'abandon dans lequel on laisse une méthode aussi précieuse. Pour son compte, il l'a fréquemment employée, et toujours ou presque toujours avec succès. J'ai recueilli à l'hôpital Cochin, l'observation d'une malade qui est un de ces insuccès dont il a parlé. Après avoir quitté l'hôpital Necker, elle entra dans le service de M. Maisonneuve, où je remplissais alors les fonctions d'interne. Je puis, sans crainte de blesser le talent si connu du chirurgien de l'hôpital Necker, lui assurer que, si la dilatation eût été plus étendue, il aurait observé un insuccès de moins. Le résultat d'une nouvelle opération, pratiquée par M. Maisonneuve, me l'a suffisamment démontré. M. Michon, chirurgien de la Pitié, « a pratiqué la dilatation au moins trente » fois; il a fait suivre les malades aussi longtemps que possible, et il » n'a vu qu'un seul cas de récidive; il est disposé à considérer cette » récidive comme la suite de l'inexpérience qu'il avait encore dans » l'application du traitement. » Cet aveu, qui l'honore, ne doit nullement étonner ceux qui connaissent le caractère de M. Michon. Il est la seule réponse à faire aux praticiens qui, après cette discussion, oseraient mettre en doute la valeur de la dilatation forcée.

J'ai indiqué dans ma thèse, plusieurs cas, dans lesquels cette méthode opératoire avait donné les résultats les plus positifs et les plus avantageux. La constipation opiniâtre que M. Maisonneuve avait bien voulu me signaler, la contracture sans fissure, la contracture compliquée de fissure ou de tumeurs hémorrhoïdales, étaient alors les seules affections qui me paraissaient nécessiter l'emploi de ce procédé. Depuis cette époque, sa sphère d'application s'est étendue sur un terrain nouveau et qui peut être le point de départ de recherches nombreuses et intéressantes.

MM. Maisonneuve et Michon ont opéré par la dilatation forcée deux malades atteints de ténesme et de dyssenterie acquise dans les pays chauds. Cette opération a guéri et le ténesme et la dyssenterie. Si les faits viennent confirmer les résultats déjà obtenus, ce sera une heureuse application de cette méthode opératoire.

Il est donc à désirer que cette opération soit connue et vulgarisée. Elle a eu malheureusement des adversaires et elle en rencontre encore aujourd'hui qui la jugent sans la connaître. L'esprit humain est ainsi fait; il précipite son jugement sans le faire précéder d'un sérieux examen. Je crois donc utile, surtout dans l'intérêt de nos confrères des départemens, d'indiquer la manière de pratiquer la dilatation telle que je l'ai décrite dans ma thèse. Ces détails seraient superflus, s'ils se trouvaient consignés dans nos traités de chirurgie ou de médecine opératoire.

Procédé opératoire. — Cette opération étant assez douloureuse, le chirurgien doit endormir le malade pour ne pas être gêné dans la manœuvre par des mouvemens désordonnés. Il importe, en effet, d'éviter ces mouvemens qui s'opposeraient à la dilatation complète du sphincter, condition indispensable de la guérison. Le malade est placé sur le bord du lit, ainsi que dans l'opération de la fistule à l'anus; pour faciliter la description, je le suppose couché sur le côté gauche. Le chirurgien introduit avec précaution dans le rectum l'index de la main gauche graissé de cérat, et arrive au-dessus du sphincter de l'anus. La sensation d'une résistance vaincue lui apprend qu'il y est parvenu, il tourne alors le doigt dont il place la face palmaire en contact avec la partie postérieure de l'ouverture anale. L'index de la main droite, graissé de cérat, est conduit à côté du premier, pour écarter le moins possible les parois du rectum et éviter de trop vives douleurs qui pourraient peut-être réveiller le malade. Après être arrivé au-dessus du sphincter, sa face palmaire se met en contact avec la partie antérieure de l'ouverture anale. Les deux index se touchent alors par leur face dorsale

Ce premier temps de l'opération exécuté avec soin, le chirurgien recourbe les deux doigts. Dans cette position, ils représentent deux crochets avec lesquels il saisira le sphincter et qui l'empêcheront d'échapper à la pression des doigts. Il les écarte alors doucement et progressivement en sens inverse pour opérer l'allongement des fibres musculaires; il ne s'arrête que lorsque la contracture a cédé; enfin il les tient écartés quelques instans.

La contracture du sphincter anal est-elle trop forte, alors la dilatation dans le sens longitudinal est insuffisante pour la faire disparaître. Le chirurgien doit donner à ses index une position perpendiculaire à celle qu'ils avaient précédemment. La face palmaire de l'index gauche se met en contact avec la moitié droite du sphincter, et celle de l'index droit avec la moitié gauche de ce muscle. Le chirurgien les recourbe et les écarte selon les règles que j'ai déjà données.

Si le malade est couché sur le côté droit, l'index de la main gauche sera d'abord dirigé vers la partie antérieure puis vers la moitié gauche de l'ouverture anale; l'index de la main droite occupera nécessairement des positions inverses.

Tel est le procédé de dilatation forcée appliqué au traitement de la contracture anale.

Jusqu'à quelle limite le chirurgien doit-il porter cette dilatation? La mesure de la dilatation, dit M. Maisonneuve, réside dans la sensation perçue par le chirurgien au moment où le resserrement est vaincu.

Il est un fait qui m'étonne et me démontre encore la nécessité d'insister sur ce procédé opératoire. Presque tous les praticiens auxquels on parle de la dilatation forcée la confondent avec l'opération proposée par M. Récamier, et à laquelle il a donné le nom de *massage cadencé du sphincter*. Ne connaissant pas les résultats de cette méthode, je n'en parlerai pas; je ferai remarquer seulement combien ces deux procédés diffèrent sous le point de vue du manuel opératoire.

Après ces considérations, sur lesquelles j'appelle toute l'attention des praticiens, j'aurai, il est vrai, à examiner les suites de ce mode de traitement, et à le comparer aux nombreux moyens proposés depuis l'incision de Boyer. Cette étude, à laquelle j'ai consacré une partie de ma thèse, mérite des développemens plus étendus; elle sera, je l'espère, le sujet d'un nouveau travail.

PATHOLOGIE.

DIAGNOSTIC DE LA MORVE AIGUE.

Monsieur et cher confrère,

Puisque votre journal est une tribune publique où chacun peut, en toute liberté, discuter les points qui intéressent la science médicale, permettez-moi d'en disposer pour rectifier un diagnostic mentionné dans votre numéro du 18 décembre dernier, sur un cas de morve aiguë suivie de guérison.

Jusqu'à ce jour, la science ne possède pas un seul cas de guérison de morve aiguë bien constatée, cela paraîtra naturel quand on saura que lorsque cette période de l'affection farcino-morveuse apparaît, l'organisme est profondément altéré par la présence du virus, et qu'il ne reste plus au malade que deux ou trois jours au plus à vivre.

L'écoulement des narines, qui a donné le nom à la maladie, a induit en erreur les médecins qui croyaient que cela la constituait toute entière. Avant la publication de l'observation de M. Mackensie, M. le docteur Chatelain, médecin de la maison d'arrêt de Chaumont (Haute-Marne), avait inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 19 août 1845, l'observation d'un détenu qui avait eu une maladie semblable à celle du palefrenier Wilcox, et qu'il avait intitulé aussi morve aiguë suivie de guérison. Ces deux malades, qui étaient dans des conditions hygiéniques presque identiques, ont aussi présenté à peu près les mêmes phénomènes pathologiques; mais aucun d'eux n'a présenté les signes caractéristiques de la morve. C'est ce que nous allons examiner.

L'affection farcino-morveuse se présente toujours d'une manière insidieuse; ce sont des accès intermittens ou des douleurs rhumatoïdes que l'on observe les premiers. Les médecins qui connaissent le mieux la maladie y sont souvent trompés; moi-même qui par ma position à l'école d'Alfort ai eu de trop fréquentes occasions de l'étudier, je me suis une fois trompé, j'ai pris la morve pour un rhumatisme. Remarquez bien que jusqu'alors rien ne saurait faire prévoir la maladie. Ce début, qui manque très rarement, a fait tout à fait défaut dans les deux observations citées plus haut.

Les abcès des diverses parties du corps, avec un appareil fébrile qui n'est pas en rapport avec la lésion matérielle; les exacerbations de la nuit, l'amaigrissement, l'altération de la face qui rappelle tout à fait les individus atteints de résorption purulente; ne sont pas non plus mentionnés. Dans cette période qui est plus ou moins longue, selon la force de résistance des individus, on voit rarement des lésions des fosses nasales, et lorsqu'elles existent elles ont des caractères bien tranchés qui diffèrent absolument de ceux qu'on a observés chez Wilcox et le docteur Pabel, aucun des auteurs qui ont rapporté des cas de morve n'a vu de tumeur sublinguale.

Les individus qui sont arrivés à cette période de la maladie sont encore susceptibles de guérison; mais c'est moins le traitement que la force dont ils sont doués qui procure cette issue heureuse. L'homme a été plus fort que le poison. Les toniques qu'on a beaucoup employés ont pu produire ce résultat, mais ils échouent si souvent, qu'il est permis de croire que la résistance vitale y a coopéré en grande partie.

Les gangrènes, les pustules et l'écoulement des fosses nasales (morve ultime) apparaissent; le malade est voué à une mort certaine. Cette dernière (la morve ultime) passe souvent inaperçue pendant la vie, mais sur le cadavre on l'observe toujours.

Les altérations matérielles des organes et les désordres profonds des principales fonctions que l'on observe, dans les derniers jours de la vie, ne font que trop prévoir l'issue funeste d'une maladie qui agit d'une manière aussi terrible sur l'organisme.

Qu'on compare maintenant les phénomènes que je viens de déduire d'une manière abrégée, avec ceux observés par MM. Mackensie et Chatelain, on verra qu'ils ne ressemblent en rien à ceux de l'affection morvo-farcineuse. Les malades qu'ils ont guéris n'avaient pas la morve; ils n'en ont présenté aucun des caractères pathognomoniques; je n'ai pas à rectifier autrement leur diagnostic.

Quand au mode de production de l'affection morvo-farcineuse, on sait positivement :

1° Que cette maladie ne se développe jamais spontanément chez l'homme;

2° Qu'elle passe toujours des solipèdes à l'homme;

3° Qu'elle peut se transmettre de l'homme à l'homme;

4° Qu'elle se transmet par infection et par contagion.

Cela ne fait plus un doute pour personne : il faut ajouter que cette transmission est moins fréquente qu'on ne le croit, et que, comme cela a lieu dans toutes les contagions, il faut une grande aptitude du sujet pour contracter cette maladie.

Agréez, etc. Dr Marchant (de Charenton),

Médecin-adjoint de l'École nationale vétérinaire d'Alfort.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Janvier. — Présidence de M. Robert.

M. Chatin communique la deuxième partie de ses *Recherches sur l'iode dans l'air, les eaux, le sel et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont.* Cette deuxième partie a pour objet l'étude des eaux.

L'auteur résume ce mémoire en déduisant de la comparaison de l'air et des eaux :

Que sur le sommet et dans les vallées des Alpes, l'air et les eaux douces, tant les eaux légères que celles où dominent les sels terreux, sont également pauvres en iode;

Qu'à une certaine distance des massifs montagneux, l'air et les eaux légères sont médiocrement, mais simultanément iodurées;

Que loin des Alpes, à Paris, par exemple, l'air et les eaux légères sont l'un et l'autre riches en iode;

Que les eaux dures sont toujours peu ou point iodurées, quel que soit l'état de l'air;

Que, par conséquent, il y a toujours parallélisme entre l'air et les eaux potables légères, à l'exclusion des eaux dures; d'où l'on déduit, comme corollaire, la possibilité de déterminer l'état de l'air par celui des eaux légères, et réciproquement;

Et enfin que les eaux minérales, celles du moins qui paraissent se charger de leurs principes au-dessous de la zone de terre perméable aux eaux communes, sont indépendantes et de l'état d'iodurations de ces dernières et de celui de l'atmosphère; observation qui fournit un caractère pour distinguer les eaux minérales *profondes* ou *vraies* de celles qui sont superficielles ou accidentelles.

M. Alvaro Reynoso répond à la note présentée par M. Michéa dans la dernière séance et dans laquelle ce médecin disait n'avoir pas trouvé de *sucre dans les urines des épileptiques et des hystériques* après les attaques, qu'il a repris ses expériences, et qu'il a constamment trouvé du sucre dans les urines. Il croit que la différence qui existe entre les résultats de M. Michéa et les siens tient à ce que M. Michéa s'est servi pour reconnaître le sucre d'un procédé beaucoup moins sensible que celui qu'il a employé.

1° Le procédé par la potasse, employé par M. Michéa, offre une sensibilité moindre que la liqueur de M. Barreswil (tartrate cupricopotassique). Pour le premier il suffit d'écraser légèrement dans un verre d'eau un grain de raisin sec. En prenant la moitié de cette eau et en la traitant par la potasse, on n'a aucune réaction, tandis que l'autre moitié traitée par le tartrate cuprico-potassique, donne un précipité abondant de protoxyde de cuivre rouge.

2° Il faut toujours opérer sur des urines traitées préalablement par l'acétate de plomb et concentrées.

Si on prend un grain de raisin et qu'on l'écrase dans l'eau en divisant cette eau en deux portions, et qu'on étende l'une d'urine ordinaire et l'autre d'une quantité d'eau égale à celle de l'urine, on verra qu'en faisant bouillir la portion étendue d'urine simplement avec le tartrate cuprico-potassique, on aura un précipité sale, peu apparent, tandis que si on la traite préalablement par l'acétate de plomb, on aura une réaction aussi nette que si on l'avait étendue d'eau seulement.

Ainsi il faut commencer par traiter les urines par le sous-acétate de plomb, filtrer, précipiter l'excès de plomb par du carbonate de soude,

filtrer, puis concentrer et faire bouillir avec la liqueur de M. Barreswil.

Il faut opérer au moins sur 30 grammes d'urine si l'on veut avoir des réactions bien nettes.

M. Delafond lit en son nom et celui de M. Gruby, un mémoire *sur les helminthes et en particulier sur le ver filaire qui vit dans le sang du chien domestique.*

Les auteurs résument leur travail dans une série de conclusions dont nous reproduisons celles qui nous ont paru offrir un intérêt plus spécial :

1° Aucun fait basé sur des études helminthologiques rigoureuses ne démontre que le sang de l'homme bien portant ou malade, soit habité par des helminthes, qui y vivent constamment. Les prétendus vers qu'on a rencontrés dans le suc vital humain ne sont que des pseudo-hématozoaires.

2° Les vaisseaux de l'homme et des animaux peuvent recéler des entozoaires appartenant à divers ordres ; mais ces vers sont étrangers au sang et ne circulent point avec ce fluide dans tout le torrent circulaire. Ce sont des hématozoaires accidentels.

3° Les hématozoaires qui vivent dans le sang et sont entraînés avec ce fluide partout où les globules peuvent passer, ou les hématozoaires *voyageurs* ou *transhumains*, appartiennent à la classe des helminthes et des infusoires.

4° Dans le sang de certains chiens domestiques vit et habite constamment un entozoaire nématoïde, appartenant au genre filaire et de l'espèce papillaire. Nous donnons à cette nouvelle espèce de filaire le nom de *filaire papillaire hématique du chien domestique.*

5° Cette filaire se montre dans le sang sous deux états : l'état microscopique et à l'état adulte et visible à l'œil nu.

6° Le développement dans le sang de la filaire microscopique est très lent. Le nombre de ces helminthes dans toute la masse sanguine a pu être estimé, d'une manière approximative, depuis 11,000 jusqu'à 223,000.

7° Les filaires microscopiques, de même que les filaires adultes, habitent constamment le sang. La filaire microscopique, dont le diamètre du corps est moins grand que celui des globules du sang et des globules de la lymphe, ne se rencontre cependant point dans cette dernière liqueur, fait qui tiendrait à démontrer qu'il n'existe aucune communication directe entre les vaisseaux capillaires sanguins et les vaisseaux capillaires lymphatiques.

8° Les liquides sécrétés normalement et anormalement par des chiens à sang vermineux, de même que les cavités closes, les tissus différens ne contiennent ni filaires microscopiques, ni filaires visibles à l'œil nu.

9° Les diverses circonstances hygiéniques et alimentaires, les émissions sanguines, n'apportent aucun changement appréciable dans le développement, l'organisation et les mouvemens des filaires.

10° Les médicamens anthelminthiques les plus renommés employés à forte dose à l'extérieur et à l'intérieur, l'acide arsénieux et l'acide hydrocianique administrés à une dose toxique et mortelle n'influent en quoi que ce soit sur l'existence des filaires microscopiques.

11° Les filaires microscopiques transfusées avec la liqueur globulaire du sang dans lequel elles vivent dans les vaisseaux de chiens n'ayant point de vers dans le sang, continuent à vivre chez quelques-uns de ces animaux pendant trois à cinq ans ou jusqu'à leur mort naturelle.

12° La filaire microscopique transfusée dans le sang du lapin domestique persiste à vivre pendant un certain temps chez cet animal ; transfusée dans le sang des grenouilles, cet helminthe meurt à l'époque où les globules du sang du chien s'altèrent parmi les globules du sang de ces batraciens.

13° Les filaires invisibles à l'œil nu deposées avec le sang qui les charie dans les cavités des séreuses et dans le tissu cellulaire meurent peu de temps après avoir été placées dans ces deux nouvelles conditions.

14° En moyenne, on rencontre un chien dont le sang charie des filaires sur 20 à 25 chiens.

15° La filaire hématique se rencontre plus particulièrement dans le sang des chiens de moyenne taille, adultes et vieux, quels que soient la race, le sexe et l'embonpoint des animaux et les diverses saisons de l'année.

16° La filaire se transmet par voie héréditaire aux descendans soit de père, soit de mère, ayant le sang vermineux, mais ces helminthes n'apparaissent dans le sang des jeunes chiens que lorsqu'ils ont atteint l'âge de 5 à 6 mois.

17° Le nombre plus ou moins considérable de filaires existant dans le sang ne détermine point de changemens bien appréciables dans les caractères physiques et chimiques de ce fluide.

18° L'existence d'un plus ou moins grand nombre de filaires microscopiques ou visibles à l'œil nu dans le sang ne provoque point la naissance de maladies spéciales.

19° Trois chiens ayant des filaires dans leur sang ont eu des attaques épileptiformes. Deux en sont morts, le troisième paraît guéri depuis plus d'un an, bien que le même nombre de vers se montre toujours dans le sang.

— L'Académie, dans cette séance, a procédé au renouvellement de son bureau. M. Piobert, vice-président, est passé président en remplacement de M. Royer, et a été remplacé lui-même pour les fonctions de vice-président par M. de Jussieu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Janvier 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. Leviez, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné du mois de juillet au mois d'octobre dernier, dans la commune de Gouy-en-Artois. (Comm. des épidémies.)

2° Une note de MM. Devay et Guillermond fils, de Lyon, sur un nouveau mode de préparation de la ciguë appliquée au traitement des affections cancéreuses. (Comm. MM. Gibert et Soubeiran.)

3° Une note sur la vaccine, de M. Bebourge, de Rellot (Somme).

4° Une note relative à un nouveau produit chimique, l'iodure de quinine, par M. Damelon, pharmacien à Compiègne.

5° Une lettre de M. Mathieu, fabricant d'instrumens de chirurgie, qui soumet à l'examen de l'Académie un tire-mamelon, destiné à faire saillir les bouts de sein trop rentrés ; il peut également servir de tire-lait. Il est formé d'une boule creuse, en caoutchouc vulcanisé, munie d'une rondelle en ivoire, ou en toute autre substance. De même que pour les ventouses à refoulement de M. Blatin, c'est en pressant la boule avec les doigts qu'on fait le vide au degré voulu.

— M. Mélier remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait de l'appeler à la présidence, et propose de voter des remercimens à M. Orfila, président sortant, et aux trois membres sortans du conseil d'administration. (Voté par acclamation.)

M. le Président rend compte ensuite des visites officielles faites au nom de l'Académie, par une députation, au président de la République, aux ministres du commerce et de l'instruction publique.

M. Dubois, secrétaire perpétuel, lit pour M. Récamier, une note intitulée : *Recherches sur l'ammoniaque et sur le guano.*

M. Jolly lit un rapport au nom de la commission des eaux minérales sur l'emploi de l'eau de mer concentrée comme agent thérapeutique, par M. Moride, pharmacien à Nantes.

L'objet du travail adressé à l'Académie par M. Moride est de chercher à composer des bains de mer au moyen de l'eau de la mer elle-même, en la concentrant, en rapprochant ses principes minéralisateurs et organiques, de manière à pouvoir les conserver et les transporter à des distances voulues, avec autant de garantie dans leur composition que de confiance dans leurs propriétés thérapeutiques. L'extrait de l'eau de mer, ainsi obtenu par voie de concentration et d'évaporation, peut servir à la composition du bain de mer artificiel par son seul mélange à l'eau simple dans des proportions déterminées ou à un degré de saturation convenable, soit : 5 kilog. d'eau de mer concentrée dans 160 litres d'eau de Seine.

L'un des membres de la commission a analysé les produits adressés à l'Académie par M. Moride, lesquels consistent 1° en un résidu salin de consistance pâteuse et de couleur grisâtre ; 2° en un liquide ambré provenant de l'eau mère des marais salans. Il s'est attaché surtout à la recherche des principaux élémens, des élémens réellement actifs auxquels l'eau de mer doit surtout ses propriétés thérapeutiques. Il résulte de cet examen que le produit de l'eau de mer puisée au Croisic et concentrée par les procédés de l'auteur au degré voulu pour l'expédition lointaine, et son mélange avec l'eau simple, peut représenter d'une manière aussi fidèle, aussi identique que possible la même eau de mer prise à son lieu de puisement. Ainsi, à part la présence d'un peu de sulfate de chaux, qui peut n'être qu'un produit de réaction, et quelques gaz qui peuvent s'échapper dans l'opération, ce premier produit contient tous les autres principes constituans de l'eau de mer du Croisic, savoir : des chlorures de sodium, de magnésium et de potassium ; des sulfates alcalins et magnésiens en même temps que de l'acide et du brôme, à l'état de sel sinon abondant, du moins en proportion assez sensible. La commission pense, en conséquence, qu'il y a lieu d'accueillir l'idée de l'auteur sous le double point de vue scientifique et pratique, et elle propose de lui adresser des remercimens et des encouragemens, et de déposer son travail dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions, après quelques courtes observations de M. Cloquet, sont mises aux voix et adoptées.

M. Chatin lit la première partie d'un mémoire sur l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes, de la France et du Piémont. (C'est le même mémoire que M. Chatin a présenté à l'Académie des sciences et dont on trouvera la deuxième partie résumée dans ce même numéro. Voir plus haut le compte-rendu de l'Académie des sciences.)

La séance est levée avant cinq heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le banquet offert à M. Ricord par ses élèves, a eu lieu hier dans les salons de Deffieux. La table était de cent vingt couverts. Des invitations avaient été adressées à M. Bérard, doyen de la Faculté ; à M. Orfila, à M. Jobert de Lamballe, au bureau de la Société de Chirurgie, à M. J.-B. Baillière, à M. Charrière et au rédacteur en chef de l'Union Médicale, qui se sont empressés de se rendre à cette invitation. Au prochain numéro les détails de cette fête cosmopolite où toutes les nations civilisées étaient représentées, et où des toast ont été portés dans toutes les langues.

Le gérant, Richelot.

Extrait de la *Gazette médicale de Toulouse.*

(Livraison de Mai 1851.)

THÉRAPEUTIQUE ; — EMPLATRE ÉPISPASTIQUE.

La faveur et le discrédit dont, jusqu'à ce jour, ont été entourés les médicamens de toute nature, proviennent de ce que leur efficacité a été plus ou moins reconnue et prouvée. On conçoit, sans peine, que le médecin consciencieux ne veuille pas livrer ses malades au hasard d'une médication inconnue ou dont les bons effets n'auraient pas été sanctionnés par l'expérience et patronnés par des noms d'une puissante valeur.

L'*Emplâtre épispastique* dont M. Muguet, pharmacien à Muret, a enrichi la thérapeutique depuis plusieurs années, a subi toutes les épreuves de cette filière expérimentale, et il est sorti victorieux de la totalité des cas difficiles qu'il avait à combattre.

Personne ne conteste plus aujourd'hui les avantages immenses et les résultats avantageux que la médecine retire chaque jour de l'emploi des vésicatoires. Mais souvent le praticien est arrêté dans le choix de l'emplâtre qu'il doit employer, soit par le peu de fixité d'action, soit par le peu d'énergie du médicament qu'il a entre les mains. Or, l'emplâtre de M. Muguet remplit parfaitement le but proposé dans la majorité des cas, celui d'une action prompte, énergique, constante et peu douloureuse, d'un pansement facile et d'un entretien nul. En effet, ce vésicatoire, auquel on donne une forme légèrement conique, de la largeur de 5 centimètres à sa base et de 1 centimètre 1/2 de hauteur, s'applique sur la peau au moyen d'une bande de toile. Il agit du sommet du cône à la base, de manière à procurer une vésication graduée et permanente pendant tout le temps qu'en dure l'application, de manière aussi qu'à mesure qu'une couche du principe actif est fondue, celle qui lui succède immédiatement vienne fonctionner à sa place. On panse ensuite comme il est dit dans le prospectus.

En pharmacien aussi savant que modeste, M. Muguet n'a pas voulu, pour propager sa bienfaisante découverte, avoir recours au charlatanisme de l'annonce et du journalisme à grand éclat ; il voulait laisser parler les faits eux-mêmes, parce que leur parole a plus de valeur aux yeux des vrais praticiens. Maintenant que plusieurs années d'expérience ont consacré le succès de l'*emplâtre* de M. Muguet (1), nous croyons, en satellite vigilant des progrès médicaux et pharmaceutiques, qu'il est de notre devoir d'en faire connaître l'existence au public médical, ainsi que ses principales propriétés : céphalalgies, migraines, otalgies, surdité, amaurose commençante, rhumatismes chroniques, arthrites vertébrales, etc., etc., rien n'a su résister à ce puissant dérivatif.

Le plus bel éloge que nous puissions en faire, c'est qu'il est journellement employé, avec succès, dans nos hôpitaux. Nous ne citerons pas les nombreuses expériences qui ont été faites ; nous ne voulons pour preuve de l'efficacité de ce nouvel agent thérapeutique que le certificat que M. le docteur Ressayre, professeur-adjoint à l'Ecole de médecine de Toulouse, médecin de l'hospice de la Grave, a délivré à l'inventeur de cet épispastique, après l'avoir expérimenté, chaque jour, dans son beau service de l'hospice de la Grave.

« Comme épispastique et dérivatif, l'onguent ou emplâtre de M. Muguet nous a paru produire des effets plus prononcés que les mouches de Milan employées pour satisfaire à cette double indication.

» Cet épispastique produit une sécrétion très abondante pendant toute la durée de son application. Il est accompagné d'une douleur qui, très vive dans les premiers jours, se calme bientôt et devient supportable. La plaie qui lui succède se cicatrise promptement après sa chute, laisse une rougeur qui disparaît bientôt.

» Nous l'avons employé avec une amélioration marquée dans deux cas d'ophtalmie scrofuleuse.

» *Le médecin de la Grave*, Ressayre. »

(1) Se trouve à Muret (Haute-Garonne), chez l'auteur, M. Muguet, pharmacien. Prix 4 fr. le pot, y compris le col. — Remise d'usage à MM. les médecins et pharmaciens:

Paris. — Typographie Félix Malteste et Comp., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 1. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 10 Janvier 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr. :
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An............... 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............. 22 Fr.
1 An............... 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An............... 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

FONDATION DE BAINS ET DE LAVOIRS PUBLICS.

Une grande question d'hygiène publique vient d'être résolue par un décret du président de la République. Une subvention de près de 600,000 f. a été accordée pour l'établissement de bains et de lavoirs publics qui seront ouverts gratuitement aux pauvres. Le bien qui peut en résulter pour la population peut être considérable; c'est à la médecine, c'est à nous qui cultivons cette science par laquelle les questions d'hygiène publique ont été posées et élucidées, à en faire apprécier l'importance et l'étendue.

Dans l'antiquité romaine, les bains faisaient partie des mœurs; ils étaient considérés comme une coutume de première nécessité. Pauvres et riches, prolétaires et patriciens pouvaient se baigner avant le repas et dans la journée, car il y avait des établissemens ouverts pour les uns comme pour les autres, et aussi splendides, aussi brillans pour ceux qui possédaient beaucoup que pour ceux qui n'avaient rien. L'abus des bains ordinaires comme des bains de vapeur ne contribua pas peu à l'amollissement des mœurs et au développement de cette obésité si bien traduite par le ciseau des artistes de la décadence. Mais cette coutume, assujétie à une règle, suivie avec modération, ne peut produire que d'excellens effets pour la santé privée. Les Grecs, qui abusaient moins des bains que les Romains leurs exagérateurs, étaient parvenus, en les secondant par la gymnastique, à réaliser des types de la plus brillante santé représentant l'alliance la plus harmonieuse de la force et de la grâce. Quand le christianisme succéda au polythéisme, il réagit contre lui. En présence de ce culte du corps que la société romaine avait poussé à un si haut degré d'exagération, il voulut le supprimer et il y parvint en ce temps de croyance. Alors les établissemens balnéaires et les coutumes qui en résultaient, disparurent complètement. Comme établissemens d'intérêt public, la société nouvelle ne songea guère qu'à fonder des hôpitaux et des hospices.

A mesure que l'hygiène publique et privée a fait des progrès, on est revenu aux bains dans les villes populeuses; on y est revenu avec modération, sans tomber dans cette imitation servile du passé, qui, au lieu d'être un bien, ne pouvait produire qu'un mal. Mais les malheureux, les pauvres en sont privés. Pendant l'été, ils peuvent, à Paris, se plonger dans les eaux de la Seine. Le peuvent-ils, cependant, quand les bains à meilleur marché coûtent 4 sous? Doivent-ils le faire lorsque la modique somme qu'ils y consacreraient est indispensable à leur subsistance et à celle de leur famille? La fondation qui va s'établir à leur profit écarte tous les obstacles. Les bains seront à la portée des pauvres, puisqu'ils seront gratuits pour tous ceux qui ne pourront pas les payer.

Le mal que produit la privation absolue de bains n'a pas besoin d'être étudié dans l'histoire; nous le voyons assez clairement pour ne pas chercher loin de nous des argumens favorables et des comparaisons démonstratives. Les ouvriers qui manient des matières huileuses, des composés minéralisés, des cardeurs de laines, des broyeurs de couleurs, enfin tous ceux dont le système cutané souffre plus ou moins de leur industrie, ceux-là ont un besoin absolu de bains. S'ils n'en prennent pas de temps en temps, les fonctions de la peau s'altèrent et cette altération sert de point de départ, non seulement à des maladies cutanées, mais ce qui est plus grave, à des désordres nerveux et à des maladies organiques. Pour les ouvriers en général, quelle que soit l'innocuité de leur industrie, un métier quelconque engendre des souillures qu'il faut effacer par des habitudes de propreté. Si elles sont trop difficiles, trop coûteuses, ces habitudes indispensables pourtant, elles conduisent bientôt à l'absence de tout soin. On comprend les inconvéniens qui en sont la suite nécessaire pour les individus comme pour les populations.

Quelle que soit la difficulté d'établir la véritable étiologie des épidémies, il est probable, assurément, qu'une des conditions de leur développement tient au défaut de cette propreté résultant de la privation absolue de bains, dans la classe pauvre. Qu'on suppose une famille enfermée dans un logis étroit, où les transpirations accumulent dans l'air des émanations putrides; s'il règne une constitution épidémique, cette famille ne pourra éviter d'en recevoir des atteintes. Nous avons vu le choléra dans ces derniers temps. Il a sévi dans la classe aisée, dans celle qui s'entoure de tous les soins, de toutes les pratiques d'une bonne hygiène. Mais qu'on compte les victimes faites dans la classe pauvre, et on verra combien le nombre en est grand. Le défaut de propreté, la vie passée dans une atmosphère malsaine, ne sont pas sans doute l'unique cause prédisposante. Mais cette cause en détermine tant d'autres, ou se lie à un si grand nombre, qu'il faut bien lui accorder une certaine valeur.

L'état moral se lie aussi par des liens plus forts qu'on ne croit, aux désordres, à la négligence de l'état physique. En voici un exemple frappant. Dans les filatures pour la fabrication des draps, la malpropreté est à l'ordre du jour; la peau brunie par les déchets de la laine et les impressions de l'huile, donne aux ouvriers un air de famille avec les types de la race noire. Comme ils ne s'occupent guère de se débarrasser de cet enduit, leur peau finit par être altérée dans la fonction la plus indispensable. Il n'y a plus de transpiration insensible; après un temps qui n'est jamais long, une sorte de chloro-anémie se déclare chez les jeunes filles, chez les enfans et même chez les adultes; et avec cela le triste cortége de désordres nerveux de plus d'un genre. Dans cette situation, où les forces sont anéanties, où le moral n'est soutenu par aucune énergie, les habitudes de la vie régulière se dérangent aux moindres provocations. Bientôt le moment vient où le malheureux appartient tout entier au vice.

L'établissement de lavoirs publics a une importance très grande, également. Il complète, en quelque sorte, les avantages produits par les bains mis à la portée des pauvres, et préparant pour eux une vie saine, en leur rendant faciles de saines habitudes.

La propreté du linge est le complément de la propreté de la peau. Mais si les dépenses les plus nécessaires, celles de l'alimentation, absorbent le salaire, comment trouver l'obole pour le superflu! Le superflu, c'est le savon, c'est le feu, c'est tout ce qu'il faut enfin pour mettre le linge en état, ce qui entraîne une foule de complications dans les pauvres ménages de la classe indigente. Que d'inconvéniens, que de maux produisent ces mille difficultés! Ou on blanchit rarement le linge, ou lorsqu'on l'a blanchi on le porte encore humide, ou pour le faire sécher on l'étend dans l'étroite mansarde, qui forme tout le logement. Dans tous les cas, les résultats peuvent être graves pour la santé de l'ouvrier; on les comprend sans doute sans qu'il soit nécessaire d'en compter le nombre.

Avec les lavoirs publics, le pauvre pourra porter du linge propre et sain, sans être obligé à dépenser pour cela l'obole nécessaire à sa nourriture quotidienne; il ne sera pas forcé de faire un séchoir de son habitation, c'est-à-dire à ajouter à l'atmosphère qu'il respire une humidité funeste, puisqu'elle

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

UNE FÊTE MÉDICALE COSMOPOLITE.

La médecine française contemporaine a le bonheur rare de posséder un homme qui, par de longues et patientes études, par une observation soutenue et faite sur un des plus riches théâtres des infirmités humaines, par une expérimentation ingénieuse et sagace, par tous les moyens, en un mot, impérieusement commandés par les exigences de la science moderne, a pu édifier, dans un coin du vaste domaine des sciences médicales livrées encore à la confusion la plus anarchique, des principes, une doctrine, des lois. et, ce qui vaut mieux encore, une règle de conduite et d'application intelligente et rationnelle; un médecin qui, au milieu du scepticisme général, a des croyances et des convictions; un clinicien qui agit en conformité de ses dogmes; un enseigneur qui ose enseigner autre chose que le doute; un praticien, enfin, que le fait seul a conduit à la théorie, et qui n'a demandé la confirmation de sa théorie qu'à l'observation et à l'expérience.

Ce médecin — ai-je besoin de le nommer — est celui qui a été le sujet et le héros d'une fête charmante à laquelle il m'a été donné d'assister mardi dernier, c'est M. Ricord.

Cette fête, s'il m'est permis d'interpréter la pensée de ceux qui l'ont offerte, a été, en même temps qu'un acte de reconnaissance, une protestation contre des faits récens et connus de tous.

Elle a été un acte de reconnaissance : M. Ricord, en effet, vient de terminer un cours de clinique syphilopathique, commencé il y a sept mois, et continué sans interruption tous les jours, soit au lit du malade, soit à l'amphithéâtre. Le hasard a voulu que ce cours, que M. Ricord fait du reste tous les ans, ait eu cette année pour auditeurs un très grand nombre de médecins étrangers, venus de toutes les Universités du monde civilisé. En présence de cet auditoire, que M. Ricord pouvait croire moins familiarisé avec ses doctrines qu'un auditoire exclusivement national, le professeur s'est cru obligé à une exposition complète, méthodique et très soignée de la syphilographie tout entière. Cette exposition, toujours basée sur les faits cliniques actuellement en observation dans les salles de l'hôpital du Midi, et toujours contrôlée par eux, cette exposition faite avec l'attrait et la verve qui caractérisent le talent professoral de M. Ricord, a vivement impressionné nos confrères étrangers. Ils ont été charmés de son zèle et de son dévoûment à toute épreuve; ils ont été touchés surtout de cette complaisance sans bornes, qui lui faisait répéter sous des formes variées et toujours heureuses, ce qu'ils auraient pu ne pas bien comprendre à une première audition. Jamais aussi, et M. Ricord le reconnaît lui-même, il n'avait fait son cours avec la même étendue et les mêmes développemens. La publication complète et textuelle de ces remarquables leçons ferait assurément un admirable traité de syphilographie clinique.

Nos confrères étrangers — car c'est à eux que revient l'idée et l'initiative de cette fête — n'ont pas voulu quitter Paris sans témoigner leur reconnaissance au professeur libre, qui, spontanément et de son plein gré, leur a libéralement ouvert les trésors de son expérience et de son observation.

Cette fête a été aussi une protestation : on a osé accuser M. Ricord d'intolérance, de compression et d'étouffement systématique des idées et des opinions contraires aux siennes, d'abuser de l'autorité de son nom pour paralyser les efforts de ses jeunes émules qu'il craignait, disait-on, d'élever au rang de rivaux dangereux, de fermer prudemment des salles à des regards indiscrets, et de soustraire ses malades à l'investigation de ses adversaires. Or, ces accusations se sont produites alors que nos confrères étrangers ont pu voir M. Ricord introduire dans ses salles ceux qui se vantaient de n'y pénétrer que pour ruiner ses doctrines, prêter la tribune de son amphithéâtre à ceux-là même qui ne se sont servi de la liberté qu'il leur donnait, que pour lever, disait-il, et cela en sa présence, contre lui le drapeau de l'insurrection, que pour lui dire en face, dans un langage plus exalté que sage, que le moment était venu de monter aux barricades pour le précipiter de son autocratie usurpatrice; alors qu'ils ont vu, nos confrères étrangers, M. Ricord écouter avec un calme plein de dignité toutes ces menaces folles, se prêter avec une facilité que d'aucuns ont taxée de faiblesse à tous les expérimens fallacieux qui passaient par la tête d'expérimentateurs illuminés; prendre la peine d'exposer et de discuter comme choses sérieuses des rêveries renouvelées de Paracelse et de Van Helmont, et donner enfin à ces ingrats contradicteurs l'importance et l'autorité de sa critique trop charitablement bienveillante.

Contre ces injustices, la générosité de nos confrères étrangers s'est révoltée; ils ont voulu prouver à M. Ricord leur sympathique communion d'idées avec ses principes et son enseignement; mais cette protestation, ils l'ont voulue pacifique et hospitalière, et ils ont convié leur maître à la fête de mardi dernier.

C'était pour moi un devoir de vérité et de justice d'indiquer d'abord qui a eu l'idée, qui a pris l'initiative de cette fête; je regrette que tout cela ne soit pas éclos dans une tête française, mais j'ai à constater la part qu'y ont pris nos compatriotes, et c'est ce que je ferai dans le courant de ce récit.

Cette fête, offerte par des étrangers, devait avoir quelques allures étrangères; ce banquet, présidé par un médecin de la Grande-Bretagne, devait se passer et s'est passé en effet selon les us et coutumes de l'Angleterre. L'honneur de la présidence était échu à M. le docteur Costello, médecin irlandais d'une grande distinction, qui s'occupe avec succès et grand renom des maladies des voies urinaires, le Leroy-d'Étiolles et le Ségalas de l'Angleterre, ayant toute l'ingéniosité inventive, l'instrumentation brillante de l'un, la pratique prudente et habile de l'autre. M. Costello remplissait en même temps les fonctions de *maître des toast* (j'ai oublié l'expression anglaise); fonctions difficiles, extrêmement pénibles et laborieuses et dont M. Costello s'est acquitté avec un bonheur inouï. C'était merveille de le voir et de l'entendre dans les toast nombreux et développés qu'il a portés, varier ses tours, donner à chacun des convives en faveur duquel il faisait emplir les verres, la caractéristique de son talent, de ses services rendus, de ses découvertes, et

engendre bien des maladies. La fondation de ces établissemens est donc un auxiliaire puissant ajouté à celle des bains publics, pour le bien-être de la classe malheureuse. On ne régénère pas physiquement une classe nombreuse dans les grands centres, où tant de causes l'ont fait déchoir, avec cette rapidité si désirable en toutes choses. Mais bien commencer, c'est se préparer à coup sûr à bien finir.

Ce qu'on doit considérer dans une innovation de ce genre, c'est le résultat final, le bien moral qui en sera certainement le fruit. Nous n'apprendrons rien à nos lecteurs, en leur disant que le bien-être physique est une excellente disposition à l'éducabilité. Donner la santé au corps, c'est préparer le terrain sur lequel on peut faire germer les nobles sentimens. Quand l'hygiène publique répand quelques bienfaits dans la population par des institutions comme celles dont nous venons de parler, elle ne fait pas seulement une bonne œuvre; elle couronne encore celle-ci, par une autre plus grande, plus belle, par une œuvre de véritable et sérieuse civilisation.

Dr Éd. Carrière.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE OBSERVÉE A DAMAS, ET DE SON TRAITEMENT PAR LE CALOMEL; par M. Lautour, médecin sanitaire du gouvernement turc à Damas.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 3, 6 et 8 Janvier.)

Observation XIII. — *Fièvre pernicieuse ayant présenté des symptômes de fièvre typhoïde; — guérie par le sulfate de quinine.*

Hélány, femme d'Hanna Hildany, 30 ans, d'une assez bonne constitution, enceinte de quatre mois, malade depuis douze jours environ. Des renseignemens précis sur le début de la maladie sont impossibles à obtenir. Il y a quelques jours, sur l'avis d'un médecin arabe, on lui pratiqua coup sur coup deux saignées; le mal augmenta. Le 30 octobre, la malade étant constipée depuis plusieurs jours, prit 30 grammes de sulfate de soude, qui ne produisirent aucun effet.

Le 31 octobre, 8 h. m. Décubitus dorsal, expression de prostration et de souffrance, plaintes continues. Pouls vif à 100. Température normale. Dents sèches et luisantes, langue sèche, couverte d'un enduit jaunâtre, épais; ventre météorisé, partout sensible à la pression. Petites quintes de toux. Céphalalgie violente. Lenteur et embarras dans les réponses. (*Calomel, 0, gr 80 en 6 paquets, à prendre de 2 heures en 2 heures. Lavement purgatif.*)

A 5 h. s. Visage décomposé, anxiété très prononcée. Extrémités froides, pouls très petit et fréquent. Langue collante; trois selles. La malade comprend, mais ne peut répondre. (*Sinapisme entre les épaules; 0, gr 50 de sulfate de quinine.*)

Le 1er novembre, 6 h. m. Calme, parole facile et bien accentuée, peau fraîche; pouls faible à 80. Langue très humide et couverte d'un enduit blanchâtre épais. A 3 h. s. (*Sulfate de quinine, 0, gr 50.*) Sommeil d'une heure; deux selles. — 5 h. s. Abattement, anxiété, céphalée. Chaleur à la peau, précédée de frissons. Pouls petit, irrégulier à 90; mutisme, langue blanchâtre, humide. Nuit agitée; deux selles involontaires.

Le 2, 6 h. m. Abattement, mal de tête; peau fraîche; pouls vif, faible à 84. Langue très humide, plus sale qu'à l'ordinaire; douleurs vives par tout le ventre. A midi, râle bronchique; pas de chaleur; pouls petit à 104. (0. gr 40 *de sulfate de quinine.*) Le soir, très peu de chaleur, sans frissons. (*Sinapismes aux jambes.*)

Le 3. Amélioration; appétit, sommeil paisible; une selle.

Le 4. Le mieux continue; l'appétit se développe. Persistance du râle muqueux. (*Vésicatoire sur la poitrine; tisane d'orge.*)

Le 5. Peau fraîche, pouls à 80. La malade accuse une faim dévorante.

Le 6. Même état. Langue nette.

Le 8. Guérison.

RÉSUMÉ.

Pour ne pas allonger cette note, je me bornerai aux considérations suivantes :

Ainsi que je l'ai dit en commençant, l'affection typhoïde, telle que nous l'observons le plus souvent à Damas, et dont je viens de citer quelques exemples, n'est pas exactement identique à la dothinentérie proprement dite, à cette maladie si régulière dans ses symptômes et dans sa marche. Quelques-uns des phénomènes caractéristiques de cette fièvre en Europe manquent ici quelquefois; la sécheresse de la langue est moins fréquente; la diarrhée semble être très rare; les taches lenticulaires ne s'observent presque jamais. Je partage entièrement sous ce rapport l'opinion de M. le docteur Willemin, qui pense que l'absence de ces symptômes peut s'expliquer *par le peu de durée de cette fièvre.* C'est précisément cette diminution dans la durée qui constitue la différence la plus grande entre la dothinentérie d'Europe et celle que nous observons dans ces contrées.

Quant à tout le cortége des autres symptômes de la maladie, la ressemblance est complète : cette fièvre continue qu'on ne peut localiser, cet abattement profond, cette stupeur, cette physionomie typhoïde, en un mot, qu'il est impossible de méconnaître; les phénomènes d'irritation constante que l'on remarque du côté des voies digestives; la scepticité de cette maladie qui, abandonnée à elle-même dans les cas graves, se termine presque infailliblement par la mort : tous ces signes doivent faire reconnaître l'affection que nous étudions pour une véritable fièvre typhoïde, modifiée sans doute par des conditions topographiques spéciales.

Une circonstance toute particulière que nous rencontrons ici, est celle *de la fièvre intermittente*, l'affection dominante à Damas, qui vient compliquer la fièvre typhoïde. C'est ainsi que dans sept de nos observations on la voit former tantôt le début, tantôt la terminaison de la maladie. Dans quelques-unes, le quinquina, employé dès le commencement, a dû être repris à la fin du traitement; dans d'autres, l'affection intercurrente semble avoir détruit l'élément morbide primitif, l'infection paludéenne.

Quant au *traitement* de l'affection typhoïde, nous croyons inutile d'insister sur les avantages que nous avons retirés de l'administration du calomel. De nos douze malades, dont l'affection a atteint en général un haut degré de gravité, *un seul* a succombé, et encore est-ce par suite d'une complication subite, étrangère à la fièvre typhoïde, et survenue lorsque la fièvre intermittente avait remplacé l'affection primitive.

Comment agit ce précieux médicament dont l'administration est si facile? Il est impossible d'y voir, comme M. de Larroque semble le croire, un simple laxatif; et si nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que le calomel est un *spécifique* contre l'intoxication typhoïde, du moins est-il rationnel d'attribuer à ces propriétés *altérantes*, l'efficacité particulière dont il jouit contre une affection qui prélève chaque année dans tant de contrées un si large tribut de mortalité.

C'est sans contredit un des plus intéressans sujets de pathologie médicale que l'étude des diverses influences exercées par les climats sur les maladies, et en particulier sur les fièvres. Sous ce rapport, les observations qui précèdent ne peuvent manquer d'être très favorablement accueillies; qu'il nous soit permis cependant, en raison même du puissant intérêt qui s'attache à cette communication, de soumettre à notre honorable confrère de Damas quelques réflexions qui seront venues certainement à l'esprit de plus d'un lecteur. Nous comprenons parfaitement bien que la fièvre typhoïde d'Orient diffère de la fièvre typhoïde qu'il nous est donné d'observer à Paris; mais nous comprenons aussi que les différences qui accusent l'influence du climat doivent porter sur des symptômes de second ordre, et non sur les caractères fondamentaux qui servent à établir l'individualité de l'entité morbide, appelée fièvre typhoïde. S'il en était autrement, on s'exposerait nécessairement, surtout dans les cas où comme en Turquie le médecin est privé des lumières de l'anatomie pathologique, à comparer non plus deux espèces d'un même genre, deux formes d'une même maladie, mais deux genres distincts, deux maladies différentes. Or c'est là, nous sommes forcé de l'avouer, l'impression générale qui est résultée pour nous de la lecture de la plupart des faits consignés dans le mémoire de M. Lautour. Une fièvre, en effet, qui ne présente ni taches lenticulaires rosées, ni diarrhée, ni gargouillement de la fosse iliaque droite, ni râle sibilant, ni epistaxis, qui ne dure ordinairement que 8 à 9 jours, qui cesse tout à coup, quelquefois complètement, pour reparaître bientôt escortée de symptômes graves tels que syncope, coma, délire, refroidissement des extrémités, sueurs froides, pouls misérable, langue sèche dès les premiers jours, une telle fièvre mérite-t-elle bien le nom de typhoïde? Je ne le crois pas, et j'ajouterai même, que s'il fallait la rapporter à un type connu, c'est avec la fièvre rémittente des pays chauds qu'elle offrirait le plus d'analogie. Remarquons, en effet, que l'auteur lui-même a le soin de nous avertir qu'en cette saison de l'année les fièvres paludéennes sont endémiques et très répandues à Damas; que dans les cas où la rate a été examinée, elle est notée comme ayant subi une hypertrophie considérable, et dépassant le rebord des fausses côtes de 3 à 4 travers de doigt; que plusieurs des malades ont été atteints antérieurement, à diverses reprises, de fièvres intermittentes; et que presque tous ont présenté des rémissions, des intermissions même soit au début, soit dans le cours, soit à la fin de leur affection; que dans plus d'un cas les accidens ont manifesté une grande tendance à la récidive, et qu'ils n'ont cédé qu'à l'administration des préparations de quinquina. On conviendra avec nous que toutes ces raisons sont bien en faveur de l'hypothèse d'une fièvre intermittente; seulement, hâtons-nous de le dire, cette fièvre a emprunté au climat de Damas un masque un peu différent de celui qu'elle revet en Europe, mais tout à fait analogue à celui que l'on observe dans les pays chauds; c'est pour cela que nous la voyons passer avec une grande facilité au type rémittent et même pseudo-continu; prendre la forme bilieuse (rémittente bilieuse) et pouvoir ainsi être avantageusement influencée par le calomel; présenter enfin dans quelques cas des symptômes très graves qui ont pu faire songer à une transformation en fièvre typhoïde, mais qui nous semblent, à nous qui croyons peu à ces transformations de maladies, n'avoir été rien autre que des phénomènes pernicieux (rémittente grave, maligne, pernicieuse).

Ce qui nous confirmerait au besoin dans cette manière de voir, c'est la ressemblance frappante qui existe entre l'affection observée par MM. Lautour et Willemin, et les fièvres

---

cela sous une forme vive, souvent spirituelle, toujours piquante même dans son incorrection et ses anglicanismes.

Il a bu en premier lieu à M. Ricord, le héros de la fête, et son toast très étendu, à tout instant interrompu par des hurahs et des applaudissemens, n'était rien de moins qu'une biographie attachante, qu'une appréciation de haute valeur, qu'une exposition détaillée de la vie, des travaux et des doctrines de notre excellent et savant ami. Trois hurahs provoqués par l'orateur ont fait retentir la salle du plus formidable enthousiasme que jamais j'aie entendu.

M. Ricord, en proie à une émotion visible, a répondu modestement, et son cœur se mettant à battre trop fort, comme péroraison il a embrassé le président. C'était ce qu'il y avait de plus éloquent à dire.

M. Costello a bu ensuite à M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Paris; speach très développé sur l'enseignement de cette école, sur son lustre, sur ses gloires anciennes et modernes, passées et présentes; sur sa renommée qui n'a pas de rivale, et à laquelle contribue pour une large part le doyen actuel, l'élégant, le correct, le lucide professeur de physiologie. Cette allocution a été chaudement accueillie, et l'enthousiasme pour M. Bérard a été aussi sonore que pour M. Ricord.

M. Bérard a répondu comme il sait répondre, avec grâce, avec esprit, avec à-propos, et ses remercîmens ont fait partir une nouvelle et plus retentissante décharge de hurahs. Je signale à notre aimable physiologiste la différence entre la puissance dynamique pulmonaire de nos voisins d'outre-Manche et la nôtre. Qu'est-ce que nos petits cris, notre enthousiasme du bout des lèvres, à côté de ces explosions colossales et soutenues de l'enthousiasme britannique!

Mais, emplissez vos verres, s'écrie le maître des toast! Il s'agit de boire à M. Orfila, à cette gloire plus ancienne, mais toujours jeune, comme a dit M. Mélier, au rénovateur de la médecine légale, au créateur de la toxicologie, à celui qui a su armer la justice et désarmer le crime, qui a su porter la terreur parmi les méchans et la sérénité dans les familles; à M. Orfila! — Cette fois j'ai cru que la salle allait s'écrouler sous les trépignemens et les hurahs.

M. Orfila a répondu très dignement et même avec un certain courage dans les positions officielles. Il est venu s'associer à cette fête pour rendre un hommage libre à celui dont l'enseignement libre a jeté un si grand éclat. Avec M. Bérard il regrette qu'on ait pas fait entrer les matières sur lesquelles M. Ricord a répandu de si vives lumières dans les programmes de l'enseignement officiel. Cette fête honore ceux qui la donnent et celui qui la reçoit; il est heureux d'y avoir été associé et il a tout quitté pour être exact au rendez-vous. — Nouvelle et plus bruyante explosion d'enthousiasme.

Vos verres sont-ils pleins? s'écrie le président. Et à la ronde ils s'emplissent. — Qui de vous, médecins étrangers, venant puiser le complément de votre instruction médicale aux sources si abondantes de Paris, ne visite et ne fréquente l'Hôtel-Dieu? Il y a vingt ans, quand j'y vins pour la première fois, j'y rencontrai Dupuytren. Aujourd'hui, vingt ans après, j'y ai rencontré Jobert, et la mort de Dupuytren m'a paru moins amère. — Ce compliment délicat et fin soulève une telle tempête d'enthousiasme, que les garçons épouvantés s'enfuient de la salle du festin.

M. Jobert répond par quelques mots modestes et bien sentis que les convives acclament de nouveau.

Puis, toujours maître de lui, et trouvant toujours des forces et des inspirations nouvelles, M. Costello porte un toast à M. Charrière, qui est à la chirurgie ce que la main est au cerveau; à M. J.-B. Baillière, l'intelligent éditeur de beaux et de savans ouvrages; à la Société de chirurgie, source féconde de progrès et d'instruction; et à tous ces toast vivement acclamés répondent de leur mieux ceux qui en sont le sujet.

Là ont fini tous les toast du programme; sont venus alors les toast libres et spontanés, et la confusion des langues a commencé. Des speach ont été prononcés, en français, par M. Musset, l'un des internes de M. Ricord; en allemand, par le docteur Kunde; en russe, par M. le docteur Baus; en italien, par M. Ferrari; en grec moderne, par M. le docteur Marcopolos; en anglais des Etats-Unis, par le docteur Chappuy; en allemand-suisse, par M. le docteur Cornetz; en espagnol, par M. le docteur Vicente; et bien d'autres encore pour lesquels la mémoire, ma foi, me fait défaut, car l'office, commencé à six heures et demie, s'est prolongé jusqu'à onze heures.

Je désire, bien-aimé lecteur, que vous voyiez dans ce récit autre chose que l'intention futile de vous faire assister à une fête gastronomique. Je saisis la première occasion qui se présente, et celle-ci en vaut la peine, d'honorer à ma manière une de nos gloires médicales contemporaines, à laquelle des étrangers viennent de rendre un juste tribut d'hommages, consacré par la participation éloquente et significative de plusieurs de nos illustrations médicales. J'y trouve aussi le motif d'une très courte allocution à mon excellent maître et ami M. Ricord, et je lui dis :

Maître,

Dans ce qui s'est passé mardi dernier, vous devez voir l'impuissance, la stérilité des efforts de vos contradicteurs pour ébranler les bases solides sur lesquelles vous avez fondé votre réputation légitime. On vous oppose des faits exceptionnels qu'une rigoureuse interprétation fait rentrer dans la règle; on vous adresse des critiques de détail sans portée, sans relation avec l'ensemble; on veut vous irriter par des taquineries indignes de toute préoccupation scientifique. Laissez faire, laissez passer. Continuez vaillamment votre œuvre sans prendre autre souci de ces piètres attaques. Ne laissez pas dévier l'activité de votre esprit des larges et correctes voies de l'observation et de l'expérience, et abandonnez la polémique hargneuse à ceux qui, impuissans à produire, ne trouvent leur bonheur que dans la destruction.

Amédée Latour.

Le sujet de la leçon écrite pour le concours d'hygiène est celui-ci : *De l'acclimatement.*

— Sur la présentation du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. M. F. Cadet-Gassicourt a été nommé par le préfet de police vice-président de ce conseil pour l'année 1852.

— Les travaux du vaste hôpital en construction au clos Saint-Lazare, sont repris à l'intérieur des bâtimens.

dont Hippocrate nous a laissé la description dans ses livres des épidémics. Or, on sait que M. Littré, dans une discussion aussi savante qu'approfondie, n'hésite pas à ranger dans la catégorie des fièvres rémittentes, le *causus*, le *phrenitis*, le *lethargus* et les autres formes des fièvres paludéennes de Grèce, que quelques auteurs modernes ont essayé, mais en vain, de rapporter à la fièvre typhoïde de notre pays. Au reste, quelle que soit l'opinion que l'on adopte dans ces difficiles questions, le travail de notre honorable correspondant aura eu ce grand avantage d'appeler l'attention des praticiens sur un sujet encore peu exploré quoique d'une haute importance; et nous formons des vœux sincères pour que M. Lautour, et M. le dr Willemin, dont nous connaissons personnellement tout le zèle et le talent d'observation, veuillent bien continuer cette intéressante étude et communiquer à la science le résultat de leurs recherches.

Approuvé par le comité de rédaction.

Dr Hérard,
Médecin du bureau central des Hôpitaux.

TOXICOLOGIE.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

Paris, le 26 décembre 1851.

Monsieur le rédacteur,

Malgré mon vif désir de conserver à votre estimable feuille son véritable but qui est l'instruction et non la polémique, permettez-moi cependant de vous adresser ces lignes en réponse à la lettre que M. Lefort m'a fait l'honneur de m'écrire par la même voie, dans votre numéro du jeudi 18 décembre 1851.

Les principaux traits de la critique que M. Lefort m'a reprochés, portent sur les faits suivans :

1° M. Lefort me fait observer que j'ai d'abord attiré l'attention sur l'oubli que l'on a commis, en ne constatant pas pendant la vie les marques de l'excitation des organes génitaux, et qu'il m'eût suffi de lire à la page 10 du compte-rendu des débats qui ont surgi à ce sujet, pour m'apercevoir que le reproche que je lui adressais n'était pas fondé. Car il y est dit que si les propriétés aphrodisiaques du phosphore ont été en défaut, c'est que la substance a été prise à dose trop élevée.

La citation de M. Lefort est très exacte; mais il sait sans doute que la constatation du fait en question aurait dû être consignée, non dans le compte-rendu de la Société de médecine de Gannat, mais dans le rapport fait à l'occasion de la mort de V..., au chapitre *Exposition des faits*. Car toute rédaction composée à la suite d'une consultation légale doit comprendre quatre parties bien distinctes : 1° le préambule; 2° l'EXPOSITION DES FAITS; 3° la discussion des faits; 4° les conclusions.

2° M. Lefort avoue qu'il n'est pas question, dans son rapport, de la saturation préalable des acides nitrique et phosphorique par la potasse; mais que si ce rapport ne parle pas de cette opération, il ne doit pas s'ensuivre pour cela qu'elle n'ait pas été faite. Il me demande ensuite si je pense qu'un élève en chimie, si novice qu'il soit, puisse ignorer que l'acide phosphorique ne fournit pas de précipités avec le nitrate d'argent et le sulfate de magnésie; il me demande le degré de confiance qu'on accorderait à un expert qui ne saurait pas que le phosphate d'argent et le phosphate ammoniaco-magnésien sont solubles dans l'acide nitrique.

Je répondrai à M. Lefort que les rapports judiciaires se composent généralement de trois parties : le préambule, la description des faits, les conclusions; et qu'il ne devrait pas, ce me semble, supprimer la seconde partie qui ne manque pas pourtant d'une certaine utilité, puisque les auteurs qui ont écrit sur la toxicologie, et notamment M. Devergie (tome I, page 1, *des certificats, des rapports et les consultations médico-légales*) qu'il cite, recommandent de la traiter méthodiquement et avec clarté; les mêmes auteurs prescrivent surtout de ne pas oublier que le rapport doit être rédigé pour être lu par des personnes étrangères à la science.

3° M. Lefort s'étonne de ce que l'on admette qu'il y a eu empoisonnement par le phosphore, lorsqu'on trouve une dose de ce poison variant de 53 à 212 milligrammes; et, pour me prouver que je suis trop affirmatif, il me cite à cet égard l'article sur l'empoisonnement en général, consigné dans le 3me volume de l'ouvrage de M. Devergie, article dans lequel ce savant toxicologue fait mention du développement de phosphate ammoniaco-magnésien, à la suite de la putréfaction ammoniacale.

J'ai tout lieu de croire que le cadavre du sieur V..., examiné par M. Lefort, immédiatement après le décès, n'avait pas encore eu le temps de subir une décomposition bien notable.

4° M. Lefort convient ensuite avec moi qu'il n'existe pas d'acides phosphoreux et phosphorique libres dans l'économie; mais il me demande comment je pourrai reconnaître que l'acidité du liquide de l'estomac, par exemple, appartient plutôt à l'acide phosphorique qu'aux acides chlorhydrique et lactique; car je ne dois pas ignorer, dit-il, que le suc gastrique possède une réaction acide au papier de tournesol, et qu'il contient toujours une petite quantité de phosphate de chaux.

A cela je répondrai en indiquant à M. Lefort les caractères distinctifs des acides lactique, chlorhydrique et phosphorique :

Acide lactique. — Cet acide est un liquide sirupeux, incolore, inodore, incristallisable, déliquescent à l'air, d'une saveur très acide et mordicante, d'une densité de 1,215 à 29°,5 très soluble dans l'eau et dans l'alcool. Il dissout le phosphate de chaux des os; à une très faible dose, il coagule le lait chaud ainsi que l'albumine. Si on le fait bouillir avec l'acétate de potasse, il en dégage l'acide acétique; versé dans l'acétate de magnésie, il forme un précipité blanc grenu, et la liqueur sent fortement le vinaigre; sa composition est exprimée par la formule $C^6H^5O^5$,HO. Soumis à l'action de la chaleur, il abandonne son équivalent d'eau vers 130°, et se change en acide lactique anhydre $C^6H^5O^5$, qui est solide, fusible, très peu soluble dans l'eau, mais qui se dissout facilement dans l'alcool et l'éther, et qui repasse lentement, au contact de l'air humide, à l'état d'acide lactique hydraté. L'acide lactique anhydre se décompose entre 250° et 300°, en laissant distiller de la lactide, et en dégageant un mélange de gaz oxyde de carbone et d'acide carbonique. Tous les lactates neutres sont solubles dans l'eau; les lactates de fer, de magnésie, de zinc sont peu solubles dans ce liquide. Celui de chaux y est également peu soluble, mais il est très soluble dans l'alcool, d'où l'on peut le précipiter par l'éther. Le lactate de cuivre n'est qu'en partie précipité de sa dissolution par la chaux, ce qui le distingue de l'acétate, du tartrate, du racémate et du citrate de cuivre, dont les dissolutions sont complètement débarrassées de leur métal au moyen du même réactif.

Acide chlorhydrique. — Cet acide, à l'état de pureté, est un gaz incolore, qui, au contact de l'air humide, répand d'épaisses vapeurs, d'une odeur suffocante. Ce gaz, dissous dans l'eau, constitue un liquide incolore, d'une odeur piquante, répandant aussi à l'air des vapeurs plus ou moins abondantes, suivant son degré de concentration, et plus ou moins visibles, selon l'humidité ou la sécheresse de l'atmosphère, rougissant fortement la teinture de tournesol, sans la décolorer. L'acide chlorhydrique, même très étendu d'eau, donne par l'addition d'azotate d'argent, un précipité de chlorure argentique blanc, caillebotté, lourd, insoluble dans l'eau et dans l'acide azotique, même à chaud, soluble dans l'ammoniaque. Ce précipité brunit au contact de la lumière. Mêlé à du bioxyde de manganèse, l'acide chlorhydrique dégage du gaz chloré, reconnaissable à sa couleur jaune-verdâtre, à son odeur forte particulière, et à la décoloration qu'il fait subir au papier bleu de tournesol. Enfin l'acide chlorhydrique peut être complètement évaporé sans laisser de résidu.

Acide phosphorique. — J'ai déjà donné (voir l'UNION MÉDICALE du 11 octobre 1851) les principaux caractères de cet acide; j'ajouterai à ces caractères le précieux réactif que MM. Svanberg et Struve ont fait connaître, et qui sert à constater la présence de traces de cet acide; je veux parler du molybdate d'ammoniaque, qui produit un précipité jaune avec le phosphate de soude et un excès d'acide nitrique ou chlorhydrique, à l'aide de la chaleur. Au surplus, si M. Lefort désire avoir des détails plus étendus sur les caractères comparés de l'acide phosphorique et de ses modifications, il peut consulter un excellent mémoire que M. H. Rose a inséré dans le recueil allemand intitulé : *Annalen der physik und chemie*, t. LXXXVI, p. 1.

5° M. Lefort, admettant que, dans quelques cas, je puisse retirer les acides phosphoreux et phosphorique après la mort de l'individu, me demande s'il ne pourra pas se faire que je ne les retrouve plus, quand la putréfaction ammoniacale sera opérée. Il me demande alors si la formation des sels ammoniacaux, qu'il appelle normaux, ne me fera pas adopter des conclusions toutes différentes de celles que j'avais prises, si j'avais eu affaire à un cadavre qui n'aurait subi aucune décomposition.

M. Lefort doit savoir qu'on doit toujours tenir compte des circonstances dans lesquelles on est placé; mais on ne doit pas ignorer que les circonstances dont il me parle, n'étaient pas celles où il se trouvait.

6° M. Lefort ne parle que pour mémoire, dit-il, du conseil de rechercher le phosphore dans les matières fécales. Il pense que si un individu prenait deux ou trois grammes de phosphore, la mort suivrait de peu de temps l'ingestion du poison, qu'il est très probable qu'à l'autopsie, on obtiendrait dans l'estomac du phosphore métallique, et que dès lors, l'analyse des matières fécales serait superflue.

Pour satisfaire M. Lefort, je lui dirai que le conseil de rechercher le phosphore dans les matières fécales a été indiqué en France, par un chimiste toxicologue très distingué, M. Lassaigne (*Journal de chimie médicale*, 3e série, t. VI, p. 206), et que jusqu'à présent personne n'a jugé à propos de le contredire sur ce point.

Quant à ce qui concerne l'ingestion du phosphore à haute dose, je crois en avoir cité (voir l'UNION MÉDICALE du samedi 11 octobre 1851, p. 481, 3e colonne, note première) un exemple recueilli par M. Tillois, sans qu'il en soit résulté d'accident.

M. Lefort a fait erreur en plaçant le phosphore parmi les corps métalliques. Chacun sait, en effet, qu'on range généralement cette substance parmi les métalloïdes.

Pour ce qui regarde l'analyse des matières fécales, que M. Lefort considère comme superflue, alors qu'on a trouvé précédemment du phosphore dans l'estomac, je ferai observer que quand l'autorité confère à un expert la mission d'examiner diverses matières soupçonnées de contenir une substance toxique, s'il se trouve différentes portions du même cadavre à examiner séparément, et que l'expert ait trouvé du poison dans l'une d'elles, il est toujours de son devoir de continuer ses recherches et d'expérimenter sur les autres.

7° Enfin, M. Lefort prétend ne pas s'avancer beaucoup en disant que les quantités de phosphates normaux sont indéterminées et qu'elles varient selon les individus et selon les maladies.

Il est on ne peut plus évident que si, selon M. Lefort, les quantités de phosphates normaux sont indéterminées, on ne puisse affirmer qu'elles varient.

Telles sont, Monsieur le rédacteur, les réflexions que j'ai cru devoir ajouter à la lettre de M. Lefort. Quoi qu'il en soit, la question du phosphore normal ne me semble devoir être résolue que quand les résultats des intéressantes recherches de MM. Lefort et Choisy seront acquis à la science. Car, on conçoit bien que si l'on voulait pousser la question jusque dans ses dernières limites, on pourrait ajouter aux *phosphates normaux* susceptibles de fournir dans telles ou telles circonstances, du phosphore ou des composés oxygènes toxiques phosphorés, dits normaux, des *sulfates*, des *chlorures*, etc., *normaux*, capables de donner naissance dans telles ou telles circonstances, à du soufre, ou à du chlore, ou à d'autres combinaisons, alors normales, plus ou moins toxiques, telles que les acides sulfurique, chlorhydrique, etc. Ne pourrait-on pas alors attaquer également la validité des conclusions affirmatives se rapportant aux empoisonnemens par ces substances?

Agréez, etc. E. COTTEREAU, chimiste.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 7 Janvier 1852. — Présidence de M. LARREY.

De la mort subite pendant les suites de couche.

Il existe déjà dans la science des faits malheureusement assez nombreux de mort survenant subitement pendant les suites de couches et au milieu de la santé apparente la plus parfaite, sans que rien ait pu faire prévoir la possibilité de cette fatale terminaison. Dans la séance de ce jour, M. ROBERT a cité des observations de ce genre en demandant à M. Danyau de vouloir bien dire ce que son expérience avait pu lui apprendre sur ces faits quant à leur cause, quant à la possibilité de les prévoir et de les prévenir. Voici, du reste, la communication de M. Robert.

Dans ses relations de clientèle se trouvait une jeune femme âgée de 25 ans, déjà deux fois mère, qui, impressionnée vivement par la crainte des événemens politiques, se décida à aller faire ses couches à Versailles. Il y a dix jours elle fut très heureusement délivrée et rien de particulier ne survint; la santé était des plus satisfaisantes, lorsqu'au neuvième jour, étant assise sur son lit et se disposant à prendre un repas, elle s'affaissa sur elle-même et mourut subitement sans qu'il fût possible de lui porter le moindre secours.

Déjà M. Robert avait vu deux cas semblables : une jeune femme non primipare, morte au seizième jour, tandis que, encore couchée, elle s'occupait de soins de toilette. Une autre femme, mère aussi de plusieurs enfans, succombe de même au seizième jour, au moment où elle allait prendre son déjeûner.

Rien, dans aucun de ces trois cas, ne pouvait expliquer la mort; l'autopsie, du reste, n'a pas été faite.

Ces faits peuvent-ils être considérés comme de simple coïncidence; la mort est-elle déterminée par les modifications que l'état puerpéral fait naître dans l'organisme; enfin a-t-on des faits suivis d'autopsie? Tels sont les points sur lesquels M. Robert prie M. Danyau de vouloir bien l'éclairer.

M. DANYAU répond que ces faits ne sont pas très rares; il a eu plusieurs fois la triste occasion de les observer. Cette année, il a eu une mort de ce genre dans sa clientèle. Enfin M. Dubois, M. Moreau et M. Baudelocque en ont chacun vu un exemple. Voici le fait de M. Danyau : il a été appelé à accoucher la femme d'un notaire; cette dame jouissait d'une excellente santé; son accouchement fut simple et les suites naturelles. Au vingtième jour, M. Danyau la visita vers onze heures du matin; elle était un peu agitée et tourmentée pour deux motifs; un qui lui était personnel : elle avait reconnu qu'elle présentait un écartement de la ligne blanche; et l'autre motif était puisé dans l'intérêt qu'elle portait à sa belle-mère, dont la santé laissait concevoir des inquiétudes.

M. Danyau la quitta un peu tranquillisée et se disposant à déjeûner. Peu d'instans après, elle passa dans une chambre voisine, et tout à coup elle se plaignit d'étouffer, et s'affaissant sur elle-même, elle mourut.

L'autopsie fut faite, on ne trouva pas d'air dans les veines ni dans le cœur. Le seul fait qu'on nota après avoir interrogé avec soin tous les organes, fut un peu de vascularisation du péricarde et la présence d'une cuillerée de sérosité limpide dans cette cavité.

M. Danyau fait remarquer que la description qu'il a donnée de la manière dont succombent les malades peut être appliquée à tous les cas connus; c'est toujours de la même façon aussi rapide, aussi imprévue; et quant aux lésions, elles paraissent, jusqu'à présent, devoir échapper aux investigations des anatomo-pathologistes. La malade dont il vient de retracer l'histoire était d'un assez remarquable embonpoint; elle faisait peu d'exercice d'ordinaire, et sous l'influence de la marche éprouvait un peu d'oppression. Le cœur était un peu graisseux. Cette dernière disposition du cœur a été notée en Angleterre comme pouvant prédisposer à ces morts subites, et il est assez remarquable que dans le volume des transactions qui contient un certain nombre d'exemples de mort subite par le fait de l'état graisseux du cœur, on trouve deux observations de femmes récemment accouchées. Mais hâtons-nous de dire qu'on ne saurait donner une grande valeur à cette appréciation de l'étiologie de cet accident. Ainsi une femme morte à la Maternité, dans des conditions analogues, était très maigre.

Disons donc avec M. Danyau, en terminant, que sur ces faits, on en est encore réduit aux hypothèses. La mort est évidemment causée par une syncope poussée à l'extrême.

On ne saurait attribuer la mort à l'introduction de l'air dans les veines utérines immédiatement après l'accouchement. Car dans ces cas, qui sont loin d'être encore bien jugés, on doit comprendre que la mort devrait être très rapprochée du moment de l'accouchement,

M. ROBERT ajoute que, dans ces derniers temps, on s'est beaucoup occupé de l'état du sang chez les femmes enceintes, ne pourrait-on pas trouver, dans un état chloro-anémique du sang, une prédisposition à cette syncope finale? Dans les faits qu'il a cités, il croit se rappeler que les femmes étaient dans un état chlorotique apparent.

M. DANYAU, dans l'observation qui lui est propre, assure que l'état général de la malade n'indiquait nullement la chlorose.

Du reste, M. Danyau signale comme un des accidens fréquens de la grossesse, des syncopes plus ou moins fortes. Il les a rencontrées quelquefois poussées à un degré extrême, et, néanmoins, les accouchemens n'ont été influencés en rien. Il cite, entre autres, une malade chez laquelle les syncopes étaient si violentes, qu'elle se condamna volontairement à ne pas quitter le lit pendant toute sa grossesse. Il n'y a donc aucun rapport entre ces syncopes et la syncope ultime dont il est question dans cette discussion.

M. BOINET se demande si le fait d'être couché longtemps, ce qui, même chez les personnes en bonne santé, détermine des étourdissemens, ne pourrait pas, chez des malades qui auraient perdu beaucoup de sang, jouer un rôle dans la production de la syncope mortelle?

A cette demande, on peut dire que les malades se levaient depuis plusieurs jours.

Observation d'une nécrose étendue des os du crâne, suivie de l'élimination de larges portions de ces os.

M. LARREY donne communication de l'intéressante observation sui-

vante, à laquelle, ainsi que nous l'avons dit, il avait fait allusion dans une précédente séance :

Thomas Blackmann, qui servait alors (1845) en qualité de matelot à bord du navire le *Mutine*, à Sierra-Léone, se fit, en tombant de sa hauteur sur le bord d'une marche en pierre, une plaie contuse du péricrâne. On ne soupçonna pas à cette époque que l'os fût lésé.

En octobre de la même année 1845, quand nous vîmes pour la première fois le blessé à l'hôpital de la marine à Plymouth, il nous fut facile d'abord de constater une dénudation considérable de l'os occipital. Peu après il se déclara une inflammation érysipélateuse qui envahit tout le cuir chevelu et la face, et se termina par de nombreux abcès sur divers points de la tête. La nécrose fit des progrès de plus en plus marqués; on vit sourdre de la matière purulente sous les os, et quand ceux-ci se séparèrent les uns des autres au niveau des sutures coronale et sagittale, les pulsations de la masse cérébrale devinrent très manifestes à la vue.

En juillet 1846, le malade est évacué sur l'hôpital Melville, à Chatham.

Il serait presque superflu de retracer les progrès de la maladie pendant six années consécutives; qu'il nous suffise de noter ici les érysipèles fréquemment répétés dont la tête fut le siége, et qui s'accompagnaient souvent d'une excitation fébrile. La santé générale du malade ne fut à aucune époque sensiblement altérée. On crut cependant, pour prévenir les effets fâcheux d'une irritation de longue durée et d'une abondante suppuration, devoir prescrire un régime analeptique (*generous diet*), avec addition d'une légère quantité de vin ou de bière.

Il est à remarquer, dans le développement progressif de la nécrose ou de la carie (car ces deux sortes d'altérations coexistaient), que la maladie en quelques points attaquait simultanément les deux tables de l'os, et en d'autres la table externe seulement. Dans le premier cas, les os se séparaient de la dure-mère dans de larges portions; dans le second, au contraire, quand la table externe était seule attaquée, l'élimination se faisait lentement et par fragmens plus petits. L'altération alors aboutissait plutôt à la carie.

Le travail morbide se poursuit en ce moment encore dans les parties du crâne qui ont été épargnées jusqu'ici, et nous pouvons, à cette occasion, faire observer qu'il ne se manifeste nulle part le plus léger effort de régénération osseuse.

En considérant l'ensemble de la tête, on voit que les tégumens ont perdu leurs rapports normaux, et se sont concentrés en différens points sous forme de masses irrégulières; que la nature, dans sa prévoyance, a revêtu la *membrane fibreuse dénudée*, d'une couche délicate et éminemment vasculaire, à travers laquelle il est facile de distinguer les pulsations de l'encéphale.

Un examen plus minutieux permet de reconnaître les divers degrés d'altération du crâne.

Du côté droit, l'os frontal, le pariétal et la portion écailleuse du temporal ont subi une perte de substance dans l'étendue de cinq pouces carrés environ. L'os occipital tout entier, jusqu'à une petite distance du trou occipital, est détruit, sauf une portion centrale d'environ deux pouces carrés, qui est détachée, mobile, et manifestement en voie d'élimination.

Du côté gauche, une grande partie du frontal, du pariétal et du temporal subsiste encore; mais le travail morbide y est fixé, comme le prouvent les nombreux orifices qui donnent issue au pus, et à travers lesquels il est facile de constater l'existence de la carie.

Une portion de chaque pariétal, à la partie postérieure, est conservée, ainsi qu'une très petite étendue de la convexité du crâne, à la région du vertex.

On ne saurait espérer que le malade sera assez heureux pour résister aux effets fâcheux qui succéderont inévitablement tôt ou tard à une destruction complète des os du crâne. En ce moment, sa santé est très bonne et à peine altérée par les progrès du mal. Ce malade continue à être traité dans notre hôpital.

Deux modèles en cire, faits avec un grand soin, ont été déposés, l'un à l'hôpital Haslar, l'autre au fort Pitt, à Chatam. Ils méritent de fixer l'attention des praticiens qui visitent ces établissemens.

A la suite de cette communication, M. LENOIR cite plusieurs faits de déperdition d'une plus ou moins grande étendue des os du crâne.

Dr Éd. LABORIE.

MÉLANGES.

LES PLONGEURS ARABES. — D'après les observations auxquelles M. Berbrugger, conservateur de la bibliothèque de la ville d'Alger, s'est livré, en parcourant les tribus arabes du Sahara, les puits artésiens qui alimentent les oasis du désert sont l'objet d'une industrie fort intéressante, à laquelle se mêlent des pratiques religieuses qui ont pour but de rendre propices les génies gardiens des eaux. Ces puits se creusent d'abord à larges ouvertures; on leur donne trois mètres en carré et on les soutient par un barrage solide.

Après les avoir approfondis d'environ dix mètres, on les rétrécit à la largeur d'un mètre carré, et on descend ainsi jusqu'à la nappe d'eau qui se rencontre assez ordinairement à trente ou quarante mètres au-dessous du sol, sur les bords de l'Oued-Rir. Mais l'eau ne prend pas d'abord son niveau; elle reste à la moitié du puits, dont le fond est ensablé.

Pour enlever le sable qui s'oppose à l'élévation de l'eau, des plongeurs de profession descendent sous l'eau, y travaillent jusqu'à six minutes sans respirer, et remplissent ainsi des seaux qui sont remontés au jour. Trois seaux seulement peuvent être ainsi remplis dans l'espace d'une journée. Pour descendre sous l'eau, les plongeurs de l'Oued-Rir se bouchent les oreilles avec de la graisse, afin de protéger leur tympan contre la grande pression des couches d'eau inférieures. Mais ils ne se mettent rien dans les narines, comme on l'a dit à tort. Ils descendent ensuite dans le puits en se tenant à une corde fixée solidement le long d'une des parois et retenue au fond par une grosse pierre; ils mettent un instant la tête sous l'eau, puis la ressortent immédiatement; ils toussent, crachent et se mouchent, jusqu'à ce que les voies aériennes soient bien dégagées, puis, la tête renversée en arrière, la bouche à fleur d'eau, ils inspirent et expirent lentement l'air atmosphérique.

Après s'être bien assurés du jeu facile et régulier des poumons, ils aspirent peu à peu le plus d'air qu'ils peuvent; leur provision faite, ils descendent rapidement dans la situation verticale le long de la corde. Ils restent sous l'eau au moins cinq minutes trois secondes, et au plus six minutes cinq secondes. On sait que les pêcheurs de perles n'ont jamais dépassé quatre minutes, et que nos plongeurs les plus habiles ne supportent pas la privation d'air plus de deux minutes et demie. Les plongeurs de l'Oued-Rir meurent presque tous dans les puits; leur santé s'altère promptement, et ils n'arrivent jamais à un âge très avancé.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

PRIX DE L'INTERNAT. — 1re division, *médaille d'or*, M. Mailly.
Médaille d'argent. — M. Axenfeld.
Mentions honorables. — MM. Triboulet et Piachaud.
2me division. — *Médaille d'argent*, M. Duménil.
Accessit (livres). — M. Laboulbène.
Mentions honorables. — MM. Maingault et Grau.

PRIX DE L'EXTERNAT. — *Prix* : M. Caron (Edmond-Charles).
Accessit : M. Henry (Alfred).
Mentions honorables : MM. Marsé et Zapfle.

HOPITAUX. — De nombreuses mutations viennent d'avoir lieu dans le personnel médical des hôpitaux, par suite du décès de MM. Beaudelocque et Honoré, et de la création d'une place de médecin à l'hôpital des Enfans malades.

M. Bouvier, médecin de l'hôpital Beaujon, est nommé médecin de l'hôpital des Enfans malades, en remplacement de M. Baudelocque, décédé.

M. Gillette, médecin de la Salpêtrière, est nommé médecin de l'hôpital des Enfans malades.

M. le professeur Requin, médecin de l'hôpital de la Pitié, est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Honoré, décédé.

M. Valleix, médecin de l'hôpital Beaujon, est nommé médecin de l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. Requin.

M. Grisolle, médecin de l'hôpital St-Antoine, est nommé médecin de l'hôpital Beaujon, en remplacement de M. Bouvier.

M. Barth, médecin de l'hôpital St-Antoine, est nommé médecin de l'hôpital Beaujon, en remplacement de M. Valleix.

M. Guéneau de Mussy (Noël), médecin de l'hôpital Ste-Marguerite, est nommé médecin de l'hôpital St-Antoine, en remplacement de M. Grisolle.

M. Vernois, médecin de l'hôpital Bon-Secours, est nommé médecin de l'hôpital St-Antoine, en remplacement de M. Barth.

M. Barthez de Marmorières, médecin de l'hôpital de Lourcine, est nommé médecin de l'hôpital de Sainte-Marguerite, en remplacement de M. Guéneau de Mussy.

M. Pidoux, médecin de l'hospice La Rochefoucault, est nommé médecin de l'hôpital Bon-Secours, en remplacement de M. Vernois.

M. Cazalis, médecin de l'institution de Ste-Perrine, est nommé médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes), en remplacement de M. Gillette.

M. Tardieu, médecin de la surveillance du traitement de la teigne, est nommé médecin de La Rochefoucauld, en remplacement de M. Pidoux.

Il reste à pourvoir à trois places de médecin, une à La Rochefoucauld, une à Sainte-Périnne, une au traitement des teigneux, pour lesquelles M. le docteur Legendre, M. le docteur Becquerel et M. le docteur Bouchut, médecins du bureau central, ont été désignés, et dont la nomination est soumise en ce moment à l'agrément du ministre.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Ont été nommés élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux les cent quatre-vingt-dix élèves dont les noms suivent :

MM. Dumoux-Pallier, Billard, Colin, Devalz, Grelet de Florelle, Decès, Mancel, Bourgarel, Charnal, De Castro y Bermudez, André, Parrot, Salone, Parisot, Leurché, Lecorney, Leunda, Prevost, Legros, Boulay, Lallemand, Blaevoët, Boudet, Morel (Armand), Petit (Camille), Guichard, Letellier, Binet, Deschamps, Guyot-Léger (Ernest), Heurot, Sarazin, Besnier, Davesne, Dubresay, Leonardi, Chalvon, Daquin, Lorut, Bercioux, Mahieu, Carton, Pestel, Poisson, Rousseau, Agazzoli, Mercier (Zéphirin), Gabriac, Grandvilliers, Kœcklin, Mercier (Jean), Molland, Gouriet, Mollard, Bouvyer, Lhonneur, Pineau, Ramond, Glatigny, Aubrié, Leroy, Liegeois, Clairin, Fayan, Martin (Ernest), Gérard, Pottelain; Wieland, Pain, Barraud, Gleize, Guyot (Charles), Neveu de Rotrie, Couly de la Pommerais, Juillard, Denoyer, Huguet, Leroux, Lobligeois, Vigouroux, Deroque, Guérin (Théophile), Moineau, Devouges, Batailley, Masgana; Méaule, Lacollay, Chenu, Delaye, Delbet, Desprez, Sirost, Suque, Bizet, Cazave, Doudement, Legendre, Lelièvre, Lefébure, Lepaulmier, Rigal, Brunet (Jacques-Léon), Langlois, Jessé, Petit (Alfred), Roudanez, Delord, Leudet, Royer, Aufray, Maître, Topinard, Amelot, Remy (Eugène), Rossignol, Nadaud, Desylets, Brun, Rocque, Desbons, Trotignan, (Maurel (Henri), Moretin, Cady, Fessard, Fourrier, Grasset, Michou, Marcy, Guillabert, Avia, Gilbrin, Gilles de la Tourette, Faray, Regnier, Fouchu-Servinières, Destouches, Dieder, Connétable, Martin (François), Duver, Bezine, Fossard, Vivien, Fauvel. Baudin, Gager, Lequoy, de Madaillon de Montatesso, Dhôtel, Fenerly, Robert, Laborie, Valery, Bizerné, Muller, Violette, Champetier, Guyonnar, Dumeny, Carrère, Fêvre, Roussel (Adolphe), Tassel, Weill, Remy (Al.), Tillot, Foley, Dartigaud, Lenoir, Fouriaux, Sylvestre, Bodereau, Chanet, Ganidel, Cominal, Dehous, Bader, Gourdeau, Perriquet, Milet (Eugène), Favardin, Peton *dit* Bulme, Cramoisy, Ferriès, Houreau, Cavasse, Lajoye, Sailly, Hévin.

— On lit dans la *Gazette de Gênes* :

« Le conseil général de santé maritime de Gênes vient de décider qu'il adopterait les décisions du congrès sanitaire international de Paris. En conséquence, il admettra en libre pratique dans les ports sardes les provenances du Levant avec patente nette, quand le navire aura eu huit jours de traversée et un médecin à bord, ou dix jours de traversée sans médecin; le conseil se conformera aussi aux termes de quarantaine déterminés par ledit congrès à l'égard de la peste, de la fièvre jaune et du choléra-morbus.

Enfin il a décidé que l'admission en libre pratique desdites provenances serait précédée de la visite d'un médecin qui constaterait la bonne santé de toutes les personnes à bord des navires venant du Levant avec patente nette. Cette dernière disposition serait suivie jusqu'à la publication du règlement international définitif.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — La Société médico-pratique, qui tient ses séances à l'Hôtel-de-Ville les second et quatrième lundis de chaque mois, vient de constituer son bureau pour l'année 1852. Elle a nommé :

MM. Trèves, président;
Ameuille, vice-président;
Michéa, secrétaire général;
Perrin, secrétaire annuel;
Janin, trésorier;
Smith, secrétaire trésorier;
Charrier et Hubert-Valleroux, référendaires;
Tessereau, Bauche et Gaide, membres de la commission de publication.

La Société rappelle qu'elle décernera, au mois de mai, un prix de 300 fr. au meilleur mémoire qui lui sera envoyé avant le 31 mars, en réponse à cette question :

« De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine. »

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP.,
Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 5. SIXIÈME ANNÉE. **Mardi 13 Janvier 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois............ 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 JANVIER 1852.

INSTITUTION DES COMITÉS D'HYGIÈNE DANS LES ARRONDISSEMENS DE PARIS.

Un décret a paru depuis peu de jours, pour instituer des comités d'hygiène dans chacun des arrondissemens de Paris. Par suite de cette organisation, le conseil de salubrité, siégeant à la Préfecture de Police, prend le titre de Conseil d'hygiène publique et de salubrité, et forme le comité central des comités d'hygiène rayonnant autour de lui.

Cette nécessité de fonder des comités d'hygiène en France, pour veiller à la santé publique, pour signaler tout ce qui pourrait lui nuire, pour indiquer à l'autorité les moyens de corriger l'insalubrité, avait été comprise, il y trois ans. Le 18 décembre 1848, il parut en effet un décret, qui institua des comités d'hygiène dans les départemens, mais ne toucha pas à l'organisation hygiénique de la capitale. Le conseil de salubrité paraissait devoir suffire à tout et répondre aux besoins d'une ville aussi grande que celle qui comprend avec la banlieue, tout le département de la Seine. A Paris, cependant, les arrondissemens sont des villes importantes. Le conseil de salubrité, sans être insuffisant (on sait les services qu'il a rendus), a besoin de s'appuyer sur des auxiliaires. Ces auxiliaires lui sont attribués par les comités d'arrondissement. L'organisation est donc complète aujourd'hui. Paris est organisé comme la France; l'unité règne dans ce vaste réseau de sociétés d'hygiène qui couvre tous les départemens. Mais cela ne suffit pas; il faut aussi que la machine fonctionne pour le but assigné par son institution; il faut qu'elle rende les services qu'attendent d'elle le pays et le pouvoir.

La France a un grand besoin de ces comités d'hygiène qui doivent être en même temps des comités de surveillance et d'initiative; de surveillance, pour veiller à l'exécution des règlemens de salubrité; d'initiative, pour proposer les améliorations utiles ou indispensables aux conditions hygiéniques des lieux, et par conséquent au bien-être matériel des populations. Mais si la province a sous ce rapport des besoins incontestables, croit-on que Paris en soit exempt? Les pavés de ses rues sont bien tenus; les trottoirs s'élargissent partout; les voies étroites sont agrandies; des rectifications s'opèrent sur tous les points. Ainsi, l'air circule facilement dans la ville, et l'humidité ne persiste pas longtemps sur le sol parisien. C'est vrai; les améliorations ont été nombreuses dans ces derniers temps; le Paris nouveau ne ressemble plus à celui d'il y a cinquante ans. Mais, si sa physionomie est changée, ses traits se retrouvent encore. Qu'on visite, en effet, les arrondissemens habités par la classe pauvre, on y trouve des culs-de-sac, des ruelles; et, sur ces voies étroites et malsaines où l'air épaissi ne permet qu'un jour douteux aux fenêtres qui s'ouvrent sur elles, des maisons de chétive apparence, dans lesquelles vit et respire une population entassée.

Depuis qu'on s'occupe sérieusement d'améliorer la situation du pauvre, quelques-unes de ces maisons signalées comme des foyers de maladies en temps ordinaire, et comme pouvant devenir des foyers d'une influence bien plus redoutable en temps d'épidémie, quelques-unes de ces maisons ont été supprimées. Les propriétaires ont été forcés à jeter bas ces cloaques pour les relever dans des conditions qui ne fissent pas expier aux locataires une imprudence imposée par la nécessité. Le conseil de salubrité, tel qu'il était organisé autrefois, pouvait signaler encore tous ces repaires d'insalubrité et en débarrasser le pavé de Paris. Mais, surchargé de recherches, d'analyses, de travaux de plus d'un genre, il est important qu'il puisse s'appuyer sur les comités d'arrondissement, car ceux-ci, dans bien des circonstances, peuvent faire mieux qu'il ne ferait lui-même.

En effet, les comités pris dans un arrondissement connaissent la circonscription de leur marie et sont connus de la population. Ils peuvent, par conséquent, se livrer à des recherches, à des investigations sans être arrêtés par des obstacles que trouveraient devant eux des fonctionnaires étrangers et d'un ordre plus élevé. Pour les questions d'hygiène publique et de salubrité, il y a des difficultés sans nombre. Ce n'est pas en parcourant la voie publique qu'on peut les résoudre, il faut aussi pénétrer dans les maisons, dans les pauvres ménages, et y prendre des renseignemens que ceux à qui on les demande, hésitent souvent à donner. Avec des fonctionnaires connus, honorés et dont chacun sait le nom, ces obstacles naturels disparaissent. Par la confiance, les inconvéniens disparaissent et la vérité se fait jour aux yeux de ceux qui ont assez de zèle pour la chercher. L'institution des comités d'arrondissement est donc une institution d'une grande utilité. Par leurs concours, ils simplifieront les questions, ils faciliteront les problèmes sur lesquels une autorité plus haute sera appelée à décider. Si le bienfait de cette création ne se dessine pas au bout de quelque temps, ce ne sera pas sa faute assurément, ce sera celle des circonstances et des hommes.

Celle des hommes, nous ne la mettrons pas en suspicion; nous croyons au zèle de ceux qui seront appelés à former ces comités, comme nous croyons à l'habileté des choix du gouvernement qui n'investira de ces fonctions de haute édilité que des hommes reconnus capables. Mais, les circonstances, les conditions peuvent ne pas être assez favorables pour donner des résultats utiles. Ce que nous entendons par conditions, le voici :

Il y a quelque chose qui s'appelle le nerf de la guerre. Ce nerf de la guerre s'applique à tous les genres de combats que l'intelligence humaine livre à l'inconnu. Sans argent, on ne peut rien faire. L'intelligence et la volonté sont prises dans un réseau de liens au milieu desquels ces facultés, si brillantes quand elles sont libres, s'agitent impatiemment sans pouvoir s'en affranchir. Quand les comités d'hygiène furent institués en province, il n'y eut qu'un seul département qui comprit cette impérieuse nécessité: ce fut le Pas-de-Calais, dont le conseil général vota 12,000 f. pour servir de fonds d'allocation au comité, pour ses recherches et ses voyages. Que fera la municipalité de Paris? Ne devra-t-elle pas s'imposer afin d'éviter aux membres des comités des dépenses personnelles qu'on supporte d'abord par patriotisme, mais qu'on n'accepte pas longtemps? Ne faudrait-il pas aussi que des inspecteurs nommés dans chaque arrondissement s'occupassent particulièrement des recherches à faire et des questions à préparer, pour éviter les pertes de temps et d'autres embarras toujours plus nombreux qu'on ne pense? Et ces fonctionnaires, remplissant une fonction sérieuse, et des plus utiles, ne mériteraient-ils pas un traitement, puisque leur travail serait à peu près permanent?

Nous nous bornons à montrer ce qu'il nous semble qu'on doit faire, car nous désirons plus que personne, et parce que nous connaissons l'importance du bien-être des populations sur leur état moral, que l'institution des comités ne soit pas une lettre-morte, mais une innovation qui tienne ce qu'elle promet.

Dr Éd. CARRIÈRE.

Feuilleton.

VOYAGE PHARMACEUTIQUE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE LONDRES.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 16, 18, 23, 25, 30 décembre et 6 janvier.)

OBJETS DIVERS (INCERTÆ SEDIS).

Conserves alimentaires. — Il y avait à l'exposition des conserves de viandes, de poissons, de légumes obtenues par des méthodes différentes, et provenant de différens pays. Le spécimen le plus propre à frapper les yeux était un gros porc conservé entier, et figurant à l'exposition sur ses pattes avec tous ses organes, moins cependant les soies. Mais ce qu'il y avait de plus intéressant par la nouveauté, c'étaient les conserves de légumes de notre compatriote Masson, jardinier en chef de la Société nationale d'agriculture. Les légumes, choux, épinards, céleri, racines, etc., sont desséchés à l'étuve à une température de 48°, ce qui leur fait perdre les 78/100 de leur poids. Dans cet état, ils sont soumis à la presse hydraulique qui les amène à une densité de 550 à 600 kilog. au mètre cube. Sous cette forme de tourteaux, les légumes se conservent facilement et reprennent leur poids, leur odeur, leur saveur et même leur forme par une immersion dans l'eau chaude qui doit précéder la cuisson. Cuits, ils semblent avoir été préparés à l'état frais, ils en ont toutes les qualités. On comprend, sans autres réflexions de notre part, toute l'importance de l'industrie créée par M. Masson, sur laquelle, du reste, les Sociétés savantes et des commissions spéciales ont prononcé après expérimentation.

A propos de conserves, nous dirons, à la satisfaction des botanistes, que nous avons vu des spécimens de *fleurs*, voire même de *plantes grasses conservées* avec leurs formes naturelles par des procédés que, malheureusement, les auteurs ne font pas connaître. Mais c'est déjà quelque chose que de savoir que l'on est sur la voie de la conservation des plantes avec tous leurs caractères botaniques. Les procédés ne tarderont sans doute pas à être vulgarisés. Il y avait des spécimens de plusieurs exposans anglais, dont un, en outre, avait exposé des plantes anatomisées. Un exposant français, M. Sœbné, avait envoyé des fleurs de dahlias. M. Lecoq, de Clermont, déjà nommé pour ses poteries en kaolin rose, et M. Cooke, de Londres, avaient l'un et l'autre exposé de petites *serres* portatives, miniatures fort coquettes et fort ingénieuses.

Éponges métalliques. — M. Chénot, depuis longues années, et avec une persévérance qui n'appartient qu'aux inventeurs qui veulent arriver, quoi qu'il puisse advenir pour eux et leur fortune, à doter l'industrie d'immenses ressources, poursuit un problème dont la résolution pratique commence. M. Chénot est arrivé à calciner les minerais de fer, pour ne parler que de ceux-là, et à les réduire à l'état métallique sans les fondre. Le produit est poreux et comme spongieux. Le fer, ainsi réduit, se trouve dans un état on ne peut plus favorable pour sa réoxydation; si donc on pulvérise ces éponges et qu'on en mêle la poudre avec des fragmens de pierre ou de minéraux de différentes natures, et qu'avec de l'eau on fasse une pâte ferme du tout, au bout de quelque temps on aura des produits de la plus grande dureté, on aura, autrement dit, reconstitué les roches primitives en en dirigeant à volonté les teintes, et, si nous pouvons bien commettre ce mot, le mosaïsage. On peut donner à ces mélanges la forme de briques, de dalles, de meubles, et les polir à la manière du marbre, du porphyre, etc. Cette invention intéresse donc non seulement les arts et l'industrie, mais aussi l'hygiène des habitations. La poudre d'éponge de fer a été appliquée avec succès par feu Marjolin sur des plaies de mauvaise nature. Mais cette expérimentation aurait besoin d'être faite avec plus d'ardeur que n'en pouvait mettre le célèbre professeur dans les derniers instans de sa vie.

Le fer, sous certains états, est, on le sait, un excellent antiseptique. Il faut attribuer cette propriété à une action chimique.

Wasserglass (en français eau-verre.) Tel est le nom allemand d'une invention de même ordre que celle dont nous venons de nous entretenir. L'exposant est un chimiste allemand bien connu, M. Anthon, ce qui doit dissiper toute crainte de mystification ou de charlatanerie. La brochure en attribue d'ailleurs la découverte à M. Fuchs, professeur de chimie à l'université de Munden. Le produit qui constitue cette invention est un silicate de potasse, c'est-à-dire du verre, mais dans des conditions particulières. Ainsi, il est sous forme de pâte ou de gelée, forme qu'il conserve jusqu'au moment où, pour l'employer, l'étendre sur les objets que l'on veut vitrifier, on le mêle avec de l'eau, alors il se solidifie et devient comme le verre ordinaire, inaltérable aux agents extérieurs. On voit, par ce simple exposé, toutes les applications dont le wasserglass est susceptible. Il peut, en effet, servir à enduire les bois de construction et les rendre incombustibles, à les vitrifier à l'extérieur et les garantir de l'humidité ambiante et conséquemment de la moisissure; à délayer les couleurs en place d'huile et d'essence; comme vernis pour les poteries, les papiers de tenture, les statues en plâtre, les murailles; à préserver les métaux de la rouille; comme mastic, à composer des pierres artificielles, etc. Le wasserglass intéresse donc aussi l'hygiène publique.

Sangsues mécaniques. Il y en avait de France, d'Angleterre, d'Allemagne, de Russie et peut-être d'ailleurs encore. Le problème de la substitution d'un mécanisme à la succion de la sangsue est-il résolu? La pratique de ces divers instrumens seule pourra le dire. Les sangsues mécaniques de M. Alexandre, de Paris, qui semblaient cependant bien parfaites, ne paraissent pas faire de progrès dans la pratique. En sera-t-il de même des *sangsues artificielles* de MM. Khussmann et Georgi, qui viennent d'être l'objet d'un rapport favorable à l'Académie de médecine!

Piline et *spongiopiline* de M. Markwick, de Londres. Tissus spongieux qui, imbibés de liquides émolliens, astringens, résolutifs, etc., remplacent les cataplasmes ordinaires. — *Cercueil hermétique* pour la conservation intacte des cadavres. Invention américaine sur le mérite de laquelle nous serions embarrassé de nous prononcer. — *Inhalateur*, de M. Noggerath, de Bruxelles. Instrument pour introduire par les voies aériennes des vapeurs résineuses. — *Canne de promenade*, contenant tout un nécessaire de malade ou de médecin, seringue, forceps, boîte de pilules et autres médicamens, boîte d'allumettes, Voilà

CLINIQUE MÉDICALE.

HÔPITAL NECKER. — Leçons cliniques de M. Natalis GUILLOT.

DES INDICES DE LA PHTHISIE PULMONAIRE CHEZ L'ENFANT EN BAS-AGE.

Il y a eu depuis douze jours, dans la salle des enfans, un petit garçon pâle et maigre, âgé d'un an, sans une seule dent, et ayant été fort mal nourri depuis sa naissance. La poitrine était étroite et paraissait l'être encore plus en raison du développement de l'abdomen qui était tendu et rénitent. Des gaz et des matières fécales remplissaient évidemment l'intérieur du canal digestif. Les matières rendues par l'anus étaient vertes et diarrhéiques.

L'enfant toussait, et l'examen de la poitrine fournissait les caractères suivans : diminution de la sonoréité du côté gauche du thorax, comparé au côté droit ; râle crépitant, diffus des deux côtés ; pas de souffle dans l'inspiration ni dans l'expiration. A part quelques râles humides perçus vers le niveau des grosses bronches, on ne distinguait pas de gargouillement.

La mère de cet enfant fut également l'objet d'un examen attentif. Elle n'avait pas allaité son enfant qui, bien que confié à une nourrice de campagne, n'en avait pas moins dépéri.

Depuis sa grossesse, cette femme n'a pas de règles ; elle était fort irrégulièrement menstruée auparavant, et l'écoulement sanguin était fort peu abondant. Elle est pâle, maigre, sujette à des sueurs nocturnes, a des mouvemens fébriles tous les soirs ; elle tousse constamment et crache du pus. Elle a eu des hémoptysies.

Le sommet de la poitrine est mat de chaque côté, en arrière et en plusieurs points. Sous les clavicules, la voix retentit, et, à droite surtout, la pectoriloquie, le gargouillement et une respiration amphorique très prononcée, annoncent la présence d'une vaste caverne. Cette femme, dont l'âge est de 24 ans, est manifestement phthisique.

Recherchons maintenant comment, à l'aide des diverses circonstances signalées, on a pu établir le diagnostic de la phthisie pulmonaire chez cet enfant en particulier, et comment on peut être conduit à reconnaître la phthisie chez les nouveau-nés en général.

Quoique fréquente, si j'en juge par les nombreuses observations que j'ai recueillies tant à l'hospice des Enfans-Trouvés que dans les salles de cet hôpital, la phthisie ne me semble pas avoir été l'objet d'études suffisantes de la part des observateurs qui se sont occupés des premières années de l'enfance. Difficiles à saisir pendant la vie, les caractères de cette maladie n'apparaissent souvent qu'après la mort, lorsqu'on en cherche les traces sur la matière.

L'enfant dont il est ici question offre une preuve de cette difficulté. Il est mort hier, et les organes respiratoires, placés sous nos yeux, font reconnaître dans les poumons deux ordres de lésions appartenant à deux ordres de détails morbides différens.

D'une part, congestion des lobules pulmonaires, coloration irrégulière de tous ces lobules à droite et à gauche, par des quantités de sang variables. Ces poumons sont perméables à l'air en majeure partie, et peuvent flotter par fragmens sur l'eau. Ils témoignent d'une pneumonie au premier degré, comme on le dit vulgairement.

D'une autre part, au sommet du poumon gauche, et au centre du lobe moyen du poumon droit, existent deux agglomérations tuberculeuses formant une sorte de noyau irrégulier, granuleux, blanchâtre. Ce sont des granulations tuberculeuses placées près les unes des autres, serrées en une masse, du volume d'une aveline environ, dont le centre, déjà ramolli, offre des deux côtés l'apparence d'une petite caverne irrégulière de la dimension de 4 à 5 millimètres.

Dans le reste de chaque poumon, se trouvent disséminées d'autres granulations tuberculeuses fort petites, semées au milieu des tissus enflammés.

Les ganglions bronchiques, volumineux, sont infiltrés de matière tuberculeuse d'une blancheur éclatante.

Le cadavre de cet enfant présente donc les traces de deux maladies, de la pneumonie et de l'affection tuberculeuse. Par quelles inductions a-t-on pu en annoncer l'existence pendant la vie?

Chez ce petit malade, la première étude faisait découvrir, avant toute autre chose, les signes d'une pneumonie pure et simple, telle qu'on la voit chez les enfans : toux, diminution de la sonoréité thoracique, râle crépitant. C'est qu'en effet, et nous en avons la certitude, il existait une pneumonie. Mais c'est généralement la pneumonie qui tue les nouveau-nés et les enfans en bas-âge, tandis que l'adulte meurt de la phthisie elle-même et non des pneumonies intercurrentes.

Vous verrez dans nos salles tous les petits enfans à la mamelle, et tuberculeux, mourir par cette même raison de pneumonie, et, à côté d'eux, dans les salles voisines, vous verrez des adultes phthisiques contracter plusieurs pneumonies successives, ou une plus ou moins longue série de congestions pulmonaires annoncées par des hémoptysies, et arriver néanmoins au dernier terme de la maladie chronique.

L'enfant qui nous occupe ici toussait, et cette toux n'amenait après elle aucune expectoration. Il en est de même chez tous les enfans. Quelquefois seulement, et on l'a remarqué, on observe à la bouche une écume visqueuse teinte d'un peu de sang. Ce sont des crachats adhérens aux lèvres, aux gencives et aux dents.

Si les matières excrétées pouvaient être recueillies pendant la vie, comme on peut le faire après la mort, en analysant les liquides que contiennent les bronches, on retrouverait chez l'enfant en bas-âge beaucoup des caractères que présentent les crachats d'adultes affectés de pneumonie.

Pourquoi les enfans ne crachent-ils pas? Une des premières raisons que l'on peut donner de ce fait, c'est que l'enfant a une tendance particulière à avaler tout ce qui se trouve dans sa bouche, à moins que ce ne soient des choses d'une saveur absolument repoussante.

Une autre raison, plus générale peut-être, est le défaut d'énergie musculaire des parois de la poitrine dans les affections pectorales graves, défaut d'énergie qui se traduira si souvent sous vos yeux par l'accélération, et la brièveté par conséquent, des mouvemens respiratoires. Les chiffres suivans, comparés d'après l'observation d'enfans sains et malades, peut donner une idée de cette accélération et de cette brièveté parfois si grandes :

	Inspirations par minute.		Inspirations par minute.
Fille de 11 mois, double pneumonie.	44	Fille de 4 mois, double pneumonie.	80
	72		68
	82		68
	84		60
	72		40
	82		60
	86		72
	80		52
			68

	Inspirations par minute.		Inspirations par minute.
Fille de 1 mois, saine. .	40	Fille de 1 an, saine. . .	28
	38		26
	36		25
	32		26
	34		26
	10 (1)		27
	42		25

Pour cracher, il faut non seulement tousser, ce qui exige un effort, mais encore agir pour débarrasser la bouche de produits qui y ont été amenés. Un adulte vigoureux rend facilement ses crachats, mais s'il en est ainsi dans nombre de cas, ce n'est pas toujours tout à fait la même chose, lorsque le malade a été débilité soit par le traitement, soit par les conséquences de l'affection. Alors les malades n'ont quelquefois pas la force de tousser ou de cracher. Ils sont brisés de fatigue, et le moindre mouvement musculaire peut déterminer des syncopes.

La faiblesse n'a pas seulement pour effet de s'opposer à l'expulsion facile des crachats ; elle peut encore empêcher de reconnaître certains phénomènes locaux, tels que le souffle ou le râle crépitant. Chez les individus dont la force musculaire est amoindrie par une cause quelconque, il peut arriver que là où l'on avait saisi la veille les signes de la pneumonie, on ne les retrouve plus le lendemain. Cette remarque a été bien souvent faite chez le vieillard. De là ces pneumonies sans signes, dont on a pu se préoccuper. Dans de cas semblables, provoquer la manifestation des signes que l'on ne découvre pas d'abord est une nécessité pour le médecin. Exciter le malade à tousser, à faire un effort, suffit souvent pour que l'apparition des phénomènes caractéristiques devienne évidente.

Chez le vieillard, comme chez l'enfant, il y a défaut d'expectoration résultant de la faiblesse générale. Si l'enfant, plus que le vieillard, avale ses crachats, chez l'un et chez l'autre les matières tendent à séjourner dans les bronches et à y faire obstacle au passage de l'air.

Pourquoi n'avons-nous pas trouvé chez l'enfant soumis à notre examen le souffle tubaire? Comment peut-on expliquer cette absence d'un signe important dans ce cas particulier, ainsi que dans d'autres circonstances analogues à celle-ci? On peut supposer que le cri masque plus d'une fois le souffle produit pendant l'expiration. Quant au souffle produit pendant l'inspiration, il a lieu difficilement, quand les bronches ou les parois thoraciques deviennent inertes, et on l'entend d'autant moins que la respiration est plus accélérée.

S'il a été facile d'arriver à la détermination de la pneumonie de cet enfant, sur quelle base a-t-on pu établir le raisonnement en vertu duquel nous avons conclu à l'existence de la phthisie pulmonaire? C'est à dessein que j'ai fait connaître l'état de la mère. Le rapport de la santé de la mère et de la santé de l'enfant ne saurait être négligé. Plus d'une fois, dans nos salles, vous me verrez en déduire d'utiles et nécessaires indications. Permettez que, sans approfondir ce sujet si intéressant d'étude, je vous expose quelques considérations résultant des recherches qui me sont personnelles.

La phthisie est héréditaire, elle se transmet d'une génération à l'autre, on le sait ; mais quelle loi préside à cette transmission? Des phthisiques naissent-ils indéfiniment les uns des autres, ou bien la lignée, épuisée par une dégradation successive, va-t-elle un jour s'éteindre? Y a-t-il, en d'autres ter-

(1) Après des cris violens.

---

bien une invention anglaise. — *Bouclier métallique*, pour la prévention et la guérison de la sensibilité des mamelles (?). — *Charbon artificiel* de Paris. Tourbe et débris végétaux divers, carbonisés puis réduits en cylindres au moyen de la presse hydraulique.

RÉSUMÉ.

A part quelques-uns de ces misérables points de détail qui viennent immanquablement faire tache aux plus belles choses, l'exposition universelle est un fait considérable. C'est le pas le plus grand, le plus solennel et le plus pratique à la fois qui ait été encore fait vers les idées de paix internationales qui commencent à prévaloir d'une manière si remarquable dans l'esprit des peuples, et qui doivent si fort réjouir les amis de l'humanité. A ce titre, l'exposition universelle mérite toute l'attention des penseurs et des hommes d'état.

Qu'on nous permette donc de reproduire ici les passages suivans de l'introduction historique au grand catalogue officiel de l'exposition universelle, parce qu'ils disent notre pensée mieux que nous ne pourrions l'exprimer. C'est d'ailleurs pour nous tous, membres de la famille médicale, l'hygiène publique prise à sa source.

« Il est impossible de calculer la somme des bienfaits que ce véritable congrès de la paix est destiné à répandre, non seulement sur la génération actuelle, mais encore sur les générations futures, et sans chercher à pressentir l'avenir, constatons quelques-uns des immenses résultats déjà obtenus.

» Tous les pays du globe, — des colonnes d'Hercule aux bords du Don, de la vieille Asie, le berceau du vieux monde, à la Polynésie, qui est née d'hier, — ont répondu à l'appel de l'Angleterre et ont apporté leurs produits choisis à l'exposition universelle de Londres. C'est là que chaque peuple apprend ce qui lui manque, où il peut le trouver, et ce qu'il peut donner en échange ; c'est là que son mérite relatif en agriculture et en industrie, dans les sciences et dans les arts, est proclamé par l'élite des agriculteurs, des industriels, des savans et des artistes du monde ; c'est là enfin que toutes les nations comprennent qu'elles ne forment qu'une seule famille dont tous les membres doivent contribuer, par leur travail, au capital général, c'est-à-dire aux besoins, au comfort et au bien-être de tout le genre humain.

» Le palais de Hyde-Park est aussi le temple et la glorification du travail. Il a ouvert ses portes à tous les enfans du labeur, aux plus grands comme aux plus humbles ; et dans cette immense cathédrale industrielle, le rang de chacun est déterminé exclusivement par le mérite de l'offrande qu'il y a apportée. Il enseigne aussi qu'il existe d'autres luttes que celles de la force brutale, qu'on peut cueillir d'autres lauriers que sur le champ de bataille, qu'on peut remporter d'autres succès que ceux même de l'intelligence. La charrue qui nous nourrit, le métier qui nous habille ; la forge, le marteau et le ciseau qui nous logent ; la machine qui économise la force et multiplie les produits, qui ménage l'homme et le nourrit mieux, qui donne plus et demande moins, viennent tous chercher, dans le sanctuaire de l'industrie, une récompense, un prix, une gloire. Et c'est le plus noble triomphe auquel l'ambition humaine puisse aspirer. Car le vainqueur, par son travail et son génie, assure le bien-être de la famille, agrandit la patrie et contribue au progrès du bonheur de tous. Enfin, les vainqueurs et les vaincus sortent de la grande arène industrielle avec une émulation vivifiée, et s'en vont propager dans tous les coins de la terre l'amour du travail, ce grand régénérateur du monde, qu'ils ont vu encouragé, récompensé et honoré par toutes les classes et par tous les pays. »

C'est maintenant à nous, Français, qui les premiers avons eu l'idée d'une exposition universelle, en faisant progresser cette institution, de prouver que sans les circonstances exceptionnelles où nous nous sommes trouvés, nous pouvions mieux qu'aucun autre peuple, les premiers aussi la réaliser.

Oui, quels résultats immenses, sans parler ici de ceux de l'ordre moral, découleront infailliblement pour le bien-être matériel des populations, de l'exposition universelle ; quelles ressources prodigieuses elle ajoutera à celles déjà créées ou fécondées par l'industrie humaine, et dont le Palais de cristal nous a donné le sublime spectacle!

Oh! diront les sceptiques, — car il y a aussi des sceptiques qui, tout en usant largement des améliorations produites, dénient que l'humanité progresse, — à quoi bon toutes ces choses ; nos ancêtres qui ne les connaissaient pas s'en passaient fort bien ; nous n'en avons nul souci et même nous demandons à revenir à la simplicité d'autrefois. On conviendra que ce septicisme est aussi commode que le scepticisme thérapeutique dont nous avons parlé plus haut ; il évite tout travail rétrospectif de l'esprit et débarrasse de toute reconnaissance envers les hommes d'initiative à qui nous sommes redevables des avantages dont nous sommes en possession. Une négation et tout est dit.

Mais pour celui qui ne refuse pas de voir clair à la lumière, n'est-il pas surabondamment démontré que nous jouissons d'un bien-être général très grand comparativement à ce qui existait jadis? Au point de vue de la santé publique, point qui nous intéresse plus particulièrement, ces famines, ces épidémies, ces pestes qui ravageaient autrefois les diverses populations de notre Europe, se reproduisent-elles aussi fréquentes, aussi terribles? La durée moyenne de la vie ne monte-t-elle pas tous les jours? Bien plus, par suite des applications de la vapeur et de l'électricité, par suite des perfectionnemens apportés à tout ce qui concerne la vie de relation, l'homme, à notre époque, ne vit-il pas réellement plusieurs fois? Voilà des résultats, contre lesquels personne ne s'inscrira en faux, bien évidemment dus aux progrès des sciences, des arts et de l'industrie. Et que sera-ce donc lorsque les gouvernans emboitant le pas avec les peuples, suivront leur impulsion vers les progrès nouveaux et la féconderont par de larges dispositions gouvernementales?

Mais abandonnons ces généralités et arrivons aux applications qui nous intéressent plus immédiatement.

Bien grand était le Palais de cristal, bien nombreux étaient les produits qu'il abritait, nous l'avons répété bien des fois, et cependant celui-là n'était pas encore assez vaste ni ceux-ci assez multipliés pour que l'on puisse juger sainement de l'état d'avancement des arts et de l'industrie des nations qui s'y trouvaient représentées. Nous ferons pleinement ressortir la justesse de cette proposition par le côté de notre programme qui se prête le mieux à une comparaison exacte. La chimie, sous le rapport pratique comme sous le rapport scientifique est incontestablement plus avancée en Allemagne et en France qu'en Angleterre, et cependant à l'exposition universelle les produits chimiques anglais l'emportaient en nombre et en perfection sur deux d'Allemagne et de France!

Toute l'explication de ce fait se trouve dans celui-ci, savoir, que par suite des frais de déplacement, des difficultés de transport, de la crainte des contrefaçons, les individus et les Etats, à part l'Angleterre qui était chez elle, n'ont pas, à beaucoup près, fourni tout ce qu'ils auraient pu. Des industries florissantes dans quelques pays n'étaient représentées que par quelques spécimens infimes, ou même faisaient entièrement défaut.

Concluons donc de ces diverses considérations, que l'on ne pourra constater le niveau artistitique et industriel des nations à notre époque, établir des comparaisons sérieuses et valables que lorsque des expositions générales auront eu lieu chez les principaux peuples, c'est-à-dire alors que chacun d'eux aura été vu sur son propre terrain, c'est-à-dire encore, là où il aura été mis à même d'user de toutes ses ressources.

DORVAULT.

Les épreuves du concours pour la chaire d'hygiène ont commencé aujourd'hui, par la lecture de la composition écrite. MM. Tardieu, Marchal (de Cavlvi) et Bouchardat ont été appelés à lire leur composition,

mes, dans la lignée d'un phthisique, un nombre défini ou indéfini de générations?

Depuis plus de vingt années, et mes premières observations remontent à l'année 1825, j'étudie non pas seulement les phthisiques, mais les lignées de phthisiques. Il est parfaitement clair que de semblables études ne se font pas sur de grands nombres; on peut suivre, dans le cours de sa vie, quelques observations; mais quoiqu'elles soient peu nombreuses, elles n'en sont pas moins assez curieuses pour en appeler d'autres. J'en possède plusieurs d'un intérêt fort grand. Voici le résumé de quelques-unes.

Un homme meurt phthisique à 66 ans. Avant l'âge de 48 ans, tous ses enfans, au nombre de quatre, sont morts phthisiques. Une fille avait succombé avant l'âge de 25 ans. Tous ces enfans ont été mariés. La troisième génération n'est pas parvenue à vivre jusqu'à l'âge de la première dentition. Les petits enfans, tuberculeux également, sont morts de pneumonie consécutive ou de méningite tuberculeuse.

Autre fait. Grand-père mort de la poitrine; filles phthisiques. L'une est morte avant l'âge de 30 ans; l'autre vit encore. Mais trois petits enfans sont morts tuberculeux ou par suite de pneumonie consécutive, ou par suite de méningite tuberculeuse.

Mes notes contiennent d'autres observations semblables que je résume en celles-ci pour abréger; plus tard, lorsqu'elles seront encore multipliées, elles augmenteront la lumière que réclame cet intéressant sujet. Toutefois, elles me permettent déjà de supposer qu'à mesure que la phthisie descend dans l'échelle généalogique, la manifestation de cette maladie s'éloigne davantage des époques avancées de la vie. Un enfant aura donc d'autant plus de chances de succomber aux suites des accidens multiples de l'affection tuberculeuse, que les phthisiques dont il est issu sont d'un âge moins avancé. C'est donc une présomption très grande au point de vue du diagnostic chez l'enfant, que l'existence d'une affection tuberculeuse chez les ascendans jeunes encore. L'importance pratique de cette circonstance est surtout grande en cas de pneumonie, tant il est commun de voir dans le premier âge des tubercules du poumon ou des ganglions bronchiques masqués par les signes de cette affection!

A part cette circonstance de lignée dégradée, à part la faiblesse, la décoloration des tégumens, si manifestes chez l'enfant dont il est ici question, quels étaient les indices de la phthisie pulmonaire que l'examen du cadavre nous révèle?

On n'avait pas de produits expectorés; l'hémoptysie, si exceptionnelle chez les enfans phthisiques, n'avait pas existé ici. La diarrhée, accident si commun du jeune âge, n'avait pu être un indice d'une grande valeur; tous les autres caractères séméiologiques se rapportaient à la pneumonie; le reste était obscur. Cependant, sur des enfans semblables à celui-ci, un œil attentif peut arriver à une certaine connaissance de l'état de la poitrine.

Chez la plupart des enfans nés d'ascendans phthisiques, et en particulier chez celui qui est soumis à votre examen, certains désordres nerveux peuvent être appréciés, même aux époques les plus voisines de la naissance.

Les antécédens de l'enfant dont les poumons sont placés sous vos yeux, vous peindront ce qui se passe chez beaucoup d'enfans. Des mouvemens convulsifs ont existé ici depuis l'enfance; chez quelques autres, ce sont des anesthésies des organes des sens et surtout des yeux. Les enfans ne clignent plus lorsqu'on approche brusquement les doigts des orbites. Ailleurs ce sont des spasmes du larynx, caractérisés par l'effacement du timbre du cri. Ailleurs ce sont des trismus partiels des muscles des doigts, de la mâchoire ou des membres.

Chez un autre enfant de nos salles, qui vit encore, et dont la condition est la même que celle de l'enfant qui a péri, on peut observer l'un de ces accidens nerveux coïncidant avec l'existence de la phthisie pulmonaire; on peut contrôler les observations que je viens de faire par l'examen de cet autre malade.

Cet enfant est âgé de 8 mois. Il descend d'un père âgé de 30 ans et phthisique. Sa mère est saine. Depuis la naissance, l'enfant est sujet à des mouvemens convulsifs des muscles des membres, des yeux et de la mâchoire. La face est paralysée du côté gauche. La bouche est fortement déviée de ce côté. Cet enfant est affecté de pneumonie. Râle crépitant, souffle, retentissement du cri à gauche, matité fort légère du même côté, accélération de la respiration, fièvre, etc. Mais il a de plus, au milieu et en avant du côté gauche, un gargouillement si manifeste lorsqu'il inspire ou qu'il tousse, que je ne doute pas de l'existence d'une petite caverne tuberculeuse en ce point, pas plus que je ne doute, en raison des accidens nerveux, de la tuberculisation des ganglions bronchiques. Il y aura malheureusement lieu de vérifier ultérieurement ce diagnostic. Pour moi, c'est encore un enfant phthisique affecté de pneumonie.

En résumé, l'existence bien constatée de parens tuberculeux, des accidens nerveux remontant à une époque plus ou moins éloignée, souvent ancienne, dans ces différentes circonstances, la pneumonie, et surtout la pneumonie accompagnée de quelques-uns des signes physiques de la phthisie pulmonaire peuvent conduire, même dans plus d'un cas obscur, au diagnostic de la phthisie des premiers âges de la vie. Ces renseignemens servent surtout à découvrir l'affection tuberculeuse des poumons chez les enfans à la mamelle, où les signes physiques si caractérisés chez l'adulte n'apparaissent qu'avec la nuance la plus faible.

Après ces considérations, il reste beaucoup à dire à l'occasion de ces enfans tuberculeux. Je n'ai voulu vous les montrer que comme l'expression d'une génération qui se dégrade. Car les lignées dépérissent et s'éteignent comme les individus. Races et familles disparaissent sous l'empire de ces lois de destruction, dont l'étude est un des objets les plus élevés de l'art médical.

Dr E. Hervieux.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION DE RAGE

Adressée à la Société médicale d'émulation de Paris; par M. le docteur Ferdinand Guyon, de Valence (Tarn-et-Garonne), membre correspondant.

Le nommé Escatafal, cloutier, âgé de 30 ans, d'une robuste constitution, et ayant toujours joui d'une excellente santé, fut mordu à la main vers la fin du mois de mars par un petit chien qui était aux prises avec le sien dans sa boutique, et qu'il avait voulu chasser. Cet animal, après avoir erré quelques instants dans la rue, fut suivi par les voisins dans les autres parties de la ville, et pendant trois quarts d'heure, il ne donna aucun signe de maladie, il n'eut pas d'écume à la gueule, joua avec les autres chiens et rongea des os; après ce temps, on cessa de le veiller, et on n'a su ce qu'il devint: mais Escatafal n'étant qu'à demi rassuré sur les suites de sa blessure, appela son médecin qui put constater, douze minutes après l'accident, trois petites plaies, saignantes encore, situées à la région métacarpienne du côté gauche. Le blessé n'avait cessé de laver ses blessures avec de l'eau froide, de les presser pour en faire écouler le sang. Il refusa de se laisser cautériser avec le fer rouge à cause de la douleur et de l'incapacité de travail qui devait suivre cette opération. De son côté, le médecin, sur le rapport qui lui fut fait que le chien n'avait donné aucun symptôme suspect, n'insista pas beaucoup pour pratiquer cette cautérisation. Ces plaies se cicatrisèrent avec rapidité, mais Escatafal resta néanmoins préoccupé de cet événement pendant 40 jours, terme assigné par les gens étrangers à l'art, à la durée de l'incubation du virus rabique. Après cette époque, il vint trouver son médecin pour se féliciter d'en être *quitte pour la peur*, suivant son expression.

Vers la fin du mois de mai, les voisins d'Escatafal s'aperçurent qu'il était brutal, impérieux. Il s'occupait depuis quelque temps de propagande socialiste, mais il était devenu d'une plus grande exaltation, ce que l'on attribuait à l'usage des liqueurs spiritueuses auquel il se livrait avec peu de modération, sans toutefois aller jusqu'à l'ivresse. Le dimanche 8 juin, à l'occasion de la procession de la Fête-Dieu, dont il troublait le recueillement, il eut une altercation avec le curé, qui le fit chasser des rangs, ce qui parut l'impressionner vivement. Ce même jour, il se plaignit à sa femme d'éprouver à la gorge un sentiment de constriction qui gênait le passage des alimens, mais ne l'empêchait pas de vaquer à ses travaux; dans la journée du 10, et surtout dans la matinée du 11, cette gêne ayant augmenté, il réclama les soins de son médecin habituel. Ce dernier étant absent, un autre fut appelé.

Le malade accusait une douleur au pharynx, avait des envies de vomir, une sputation fréquente, et la pupille dilatée; on crut à la présence de vers dans l'estomac, et on lui fit prendre de l'ipécacuanha. Dès que les vomissemens se furent déclarés, la déglutition devint difficile, l'anxiété extrême, une saignée du bras fut pratiquée à 2 heures de l'après-midi. Cette évacuation sanguine fut suivie de quelques momens de calme, mais l'orage un instant apaisé, se réveilla avec une nouvelle violence, et quand à 6 heures du même jour je fus appelé près de lui pour la première fois, voici l'état dans lequel je le trouvai.

Il était assis sur son lit, en proie à une agitation extrême, ses yeux étaient étincelans et les pupilles considérablement dilatées; cependant l'impression de la lumière ne semblait pas lui être pénible. La rougeur briquetée de ses pommettes contrastait avec la pâleur livide des autres parties du visage; l'on eût dit que ses traits avaient été enduits d'une couche huileuse, sa physionomie portait l'empreinte d'une terreur profonde, mortelle, comme celle des condamnés marchant au supplice. Il avait le pressentiment de sa fin prochaine, et s'écria en me voyant: vous arrivez trop tard, je suis un homme mort. Sa voix était rude, sonore, parfois rauque et voilée. Pendant que je touchais son pouls qui n'était pas encore fébrile, et que je m'informais des antécédens de sa maladie, son œil pénétrant, inquiet, cherchait à lire dans ma pensée. Je ne pouvais lui imposer silence, et il me racontait avec de grands détails tout ce qui se rapportait à son état actuel. Il ne me parlait nullement de sa morsure, et ce souvenir semblait être entièrement sorti de sa mémoire. Les cicatrices de la main étaient à peine apparentes et nullement douloureuses. Il me répéta que depuis une dizaine de jours, il éprouvait à la gorge un peu de douleur, un *resserrement*, que ce mal était allé sans cesse en croissant depuis son début, mais s'était considérablement exagéré depuis le vomitif. Il indiquait la région du larynx, comme siége du mal. Il était tourmenté par une salivation abondante; ses mouvemens étaient d'une brusquerie extrême, irréguliers; il ne restait pas une minute en repos. Ayant examiné avec attention l'état de la bouche et du pharynx, je remarquai que toute la muqueuse buccale, palatine et pharyngienne était d'un rouge très vif et uniforme; ces tissus n'étaient pas augmentés de volume; les amygdales, le voile du palais avaient leur configuration normale, et ne présentaient de particulier que leur coloration.

En déprimant fortement la base de la langue, je ne fus pas peu étonné de voir l'épiglotte redressée, sa pointe recourbée en avant; sa face supérieure devenue antérieure, avait la forme et la couleur d'une petite cerise; sur la partie postérieure du pharynx, j'aperçus quelques stries de salive écumeuse. La pression sous l'arcade maxillaire inférieure déterminait un peu de douleur. Il n'y avait pas de tuméfaction apparente; du côté gauche seulement, il y avait un engorgement ganglionnaire de la grosseur d'une aveline, mais ce n'était pas en ce point qu'il y avait le plus de sensibilité à la pression. Les urines étaient pâles et rares, leur émission facile. Le sang obtenu par la saignée ne présentait pas de couenne inflammatoire; un caillot de consistance moyenne nageait au milieu d'une sérosité jaunâtre.

Avez-vous soif? lui demandai-je, oui, me dit-il, mais je ne puis boire, et pour me le montrer, il saisit avec avidité un verre d'eau sucrée que je lui présentai, le porta vivement à ses lèvres, mais dès qu'il eut essayé d'exécuter le mouvement de la déglutition, il se produisit un spasme des muscles qui concourent à cet acte physiologique, et le liquide qui avait pénétré dans la cavité buccale, s'en échappa avec violence.

Alors commença une horrible scène; la physionomie du malade prit une sinistre expression d'angoisses, ses yeux démesurément ouverts roulaient dans leurs orbites, les conjonctives s'injectèrent de sang, sa bouche et ses narines dilatées semblaient chercher avec avidité à respirer l'air ambiant qui n'entrait pas dans la poitrine. Il retomba sur son lit, ses lèvres devinrent violettes, le thorax était agité par d'irrégulières secousses, la salive s'écoulait de la bouche sans pouvoir être expulsée, et l'asphyxie semblait éminente. Bientôt le corps fut pris d'un tremblement général qui dura une minute. Les dents se mirent à grincer d'une manière stridente, une sueur visqueuse se déclara, après quoi la crise diminua peu à peu, et le malade put se relever portant avec désespoir les mains au gosier: j'ai quelque chose là qui m'étouffe, répétait-il, et il ouvrait la bouche dans toute sa grandeur, pour me prier d'y regarder encore. Avec le manche d'une cuillère j'essayai d'abaisser l'épiglotte, et dès que j'y fus parvenu, il déclara qu'il ressentait un bien-être inexprimable, qu'il respirait avec délices, qu'il était heureux, et dans sa joie, il voulait me remercier en m'embrassant de lui avoir *rendu la vie*.

Cet état de béatitude dura vingt minutes environ, car ayant voulu approcher de sa bouche le verre d'eau la crise recommença plus violente, et se termina, comme la première, par une abondante sueur. Puis les accès se reproduisirent spontanément de demi-heure en demi-heure, sans être provoqués par la présence d'un liquide dans le pharynx. Dans leur intervalle, le malade était calme, il paraissait sensible aux soins dont l'entouraient ses amis, et embrassait sa femme en pleurant. Il était satisfait de l'explication que je lui donnais de son mal, en en attribuant la cause au redressement de l'épiglotte; je l'engageais à rester paisible, à ne pas s'alarmer sur l'issue de cette affection, dont cependant j'avais compris dès les premiers momens la nature et l'incurabilité. Je tâchais de lui faire comprendre que ses cris augmentaient sa maladie, et occasionnaient le renversement de l'organe qu'il me priait sans cesse de lui rabattre. Je ne pouvais pas m'assurer par la vue ni par le toucher si mes manœuvres parvenaient, en effet, à abaisser cet épiglotte que chaque spasme faisait se redresser, car il ne me permettait d'explorer son pharynx que lorsqu'il sentait que cette sorte de soupape était déplacée; mais lorsqu'avec le manche de la cuillère, ou avec une sonde œsophagienne je me prêtais à ce désir, il se disait soulagé, la crise cessait immédiatement, et il m'invitait à ne pas le quitter pour recommencer cette opération à chaque nouvel accès. L'intelligence du malade restait intacte, mais à mesure que le mal continuait sa marche, le pouls s'accélérait, l'exaltation de tous ses sens augmentait, et la crainte de la mort le préoccupait de plus en plus. Il réclama la présence du prêtre qu'il avait offensé trois jours auparavant, et paraissait plein de repentir et de componction. Mais le retour des accidens spasmodiques, qui devenait plus fréquent, ne lui laissa bientôt plus de calme, l'expuition devint difficile et la salive s'écoulait en nappe des lèvres. Je trempai un peu de pain dans l'eau froide et lui en imprégnai la bouche de temps en temps, ce qui paraissait lui procurer une sensation agréable. Vers quatre heures du matin, je m'aperçus que ses joues étaient devenues le siége d'une infiltration gazeuse, qui ne tarda pas à envahir les tégumens du cou et de la partie antérieure de la poitrine. Cet épanchement augmentait considérablement le volume de ces régions, surtout celui du cou dont il avait à peu près doublé les diamètres. Bientôt son agitation si violente fit place à un trémoussement continu, l'asphyxie fit des progrès rapides, ses extrémités devinrent violettes, ses lèvres se tuméfièrent, une sueur visqueuse se déclara plus abondante que celle qui terminait les premières crises, et à 6 heures le malade expira subitement.

Il ne me fut pas possible de faire l'autopsie du cadavre, la famille me permit seulement d'*examiner* le gosier, ce que je fis à mon aise, en enlevant le larynx avec les premiers anneaux de la trachée, et la moitié postérieure de la langue.

La couleur rouge vif du pharynx et de ses dépendances était remplacée par une couleur rose très pâle, qui n'aurait pas laissé soupçonner que cette région avait été pendant la vie le siége d'une congestion des capillaires sanguins. L'épiglotte était d'un blanc nacré et redressée comme je l'avais observé avant la mort; quand j'essayais de la rabattre, elle se relevait aussitôt par l'élasticité de son tissu cartilagineux. Je ne pus constater dans les diverses parties anatomiques qui concourent à former la glotte, la moindre trace d'altération; tous ces tissus avaient la conformation et la densité normales. Quelques stries d'écume placées au fond de l'organe furent tout ce que je remarquai. Mais à la base de la langue, près de son insertion, existait une quinzaine de granulations papuleuses, légèrement déprimées dans leur centre, de la grosseur de très petites lentilles, d'une couleur rouge brique, disposées en plus grand nombre sur les bords de l'organe que sur sa partie moyenne. Leur texture était dense, plus serrée que le tissu sur lequel elles étaient placées. M. Villette a observé et décrit quelque part une lésion analogue.

Il est évident que ces granulations ne sont autre chose qu'un développement anormal des follicules de cette région, tel que je les ai remarquées d'autres fois dans certaines angines chroniques, et comme j'ai pu l'observer hier encore chez un malade menacé de phthisie laryngée. Ces granulations étaient trop profondément situées chez Escatafal, pour que j'aie pu en reconnaître l'existence de son vivant. Je ne remarquai pas ces pustules rabiques ou *lysses*, qui, suivant M. Marochetti, se montrent sur la face inférieure de la langue chez les hydrophobes. En incisant avec le scapel les tégumens du cou, le tissu cellulaire emphysémateux crépitait sous l'instrument, comme eût pu le faire le parenchyme pulmonaire. Cet emphysème s'étendait jusqu'à la hauteur de la sixième côte.

J'eus un grand regret de ne pouvoir pousser plus loin l'autopsie, mais cette observation, toute incomplète qu'elle est, ne laisse pas d'être inté-

ressante à plus d'un égard, et je vais tâcher d'en faire ressortir les principaux traits en suivant l'ordre de ma description :

1° Il résulte de ce cas malheureux, que le chien peut communiquer la rage, alors que sa maladie est encore latente, muette comme on l'a appelée, et que si le liquide sécrété par les glandes salivaires de l'animal est le véhicule du virus rabique, ce liquide pour être virulent, contagieux, n'a pas besoin de s'épancher au dehors, comme le croit le vulgaire, sous forme de bave écumeuse.

2° S'il était besoin d'un argument nouveau pour prouver, contrairement à l'opinion de feu le professeur Bosquillon, mon honoré parent, que le sentiment de la peur, la préoccupation morale, sont étrangers au développement de la rage, on le trouverait dans cette observation, où l'on voit que c'est quinze jours après la cessation de toute appréhension, que le malade a senti cette affection se manifester.

3° Ce redressement de l'épiglotte consécutif au spasme laryngé, n'a été, je crois, remarqué par personne, je ne sais s'il a lieu dans tous les cas de rage, mais il expliquerait d'une manière toute physiologique la production des phénomènes asphyxiques qui terminent cette maladie, sans qu'on ait besoin d'avoir recours à une prétendue lésion des centres nerveux qui n'a jamais été anatomiquement constatée.

4° L'emphysème du tissu cellulaire du cou, de la face, de la poitrine, était dû, selon toute apparence, à la rupture de quelque cellule bronchique pendant les efforts d'une respiration convulsive, comme il se produit quelquefois quand un corps étranger est introduit dans le larynx. C'est, du reste, un exemple assez remarquable de l'existence des communications directes qui existent entre le tissu cellulaire général et celui qui entre dans la composition anatomique des poumons.

Un emphysème semblable a été remarqué par moi l'an dernier sur un enfant de 5 ans; il avait été causé par la chute d'une barrique sur la poitrine. Le dernier compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse en fait mention, page 80.

5° La présence des papules de la base de la langue, dont la texture serrée indiquait une organisation datant déjà de quelque temps, rend compte du sentiment de gêne, de constriction éprouvé par le malade pendant les dix ou douze jours qui ont précédé les symptômes de la rage confirmée.

Ces lésions diverses mais constantes qui existent toujours dans la région pharyngo-laryngienne, et qui ont été notées par tous les observateurs, ce spasme nerveux de la glotte et de ses dépendances, ce trouble si remarquable des fonctions de cet organe, me semblent prouver que si la rage est due à une infection virulente de l'organisme, c'est dans cette partie de l'économie que se localisent les symptômes, et que les désordres qu'on remarque pendant la vie du côté du cerveau ne sont que sympathiques, comme ceux qu'on observe après la mort dépendent (*Compendium de médecine pratique*) de l'espèce d'asphyxie déterminée par les convulsions au milieu desquelles succombent la plupart des enragés.

PRESSE MÉDICALE.

Gaceta medica de Madrid. — Octobre et Novembre 1851.

De l'intoxication saturnine observée chez les mineurs de la Sierra de Gador, comparée avec celle qu'on observe chez les fabricans des diverses préparations de plomb; par le docteur D. Francisco-Jose Bages.

Ainsi que l'indique le titre de ce travail, l'auteur s'est proposé de rechercher les analogies et les différences que présentent les affections saturnines chez les mineurs et chez les fabricans des diverses préparations de plomb. Ses recherches pourront être rapprochées des détails intéressans consignés sur le même sujet par notre honorable collaborateur, M. Th. Roussel, dans ses lettres sur l'Espagne. Ayant habité pendant longues années dans l'Alpujarra, au voisinage de la fameuse Sierra de Gador, laquelle s'élève à 7,000 pieds au-dessus du niveau de la mer, et qui renferme, entre autres produits minéraux, la galène ou sulfure de plomb qui est exploitée sur une grande échelle, aux environs des villes de Berja, Balias, Laujar et Fondon, par une population de 12,000 individus environ, le docteur Bages a eu l'occasion d'observer un grand nombre d'*emplomados*, comme on dit dans le pays pour désigner les personnes affectées de coliques de plomb. Chaque année, on les compte par 4 et 500; mais comme on le verra plus bas, les habitans ont rarement recours aux médecins, à cause d'un remède particulier et très efficace vendu par une famille du pays.

De même, dit M. Bages, qu'il y a des différences très grandes relativement aux phénomènes observés chez les ouvriers qui travaillent au mercure, suivant qu'ils sont employés aux mines ou à la fabrication des diverses préparations de ce métal, il y a des différences analogues entre les accidens observés chez les mineurs qui travaillent à l'extraction de la galène et ceux qui sont employés à la fabrication des préparations de plomb. Ces différences peuvent se réduire à deux principales : l'absence d'accidens saturnins autres que la colique de plomb et la forme particulière, *inflammatoire*, qu'affecte dans quelques cas cette maladie.

Mais ce ne sont pas les seules différences : ainsi, contrairement à ce qui a lieu chez les ouvriers qui travaillent aux préparations de plomb, on ne voit pas les mineurs pâles, maigris, prendre une teinte ictérique; ils conservent leur embonpoint et leur coloration. De même, relativement aux saisons, tandis que parmi nous on observe les accidens saturnins à toute époque de l'année, c'est en été que l'on observe le plus grand nombre de coliques saturnines; mais cela peut bien tenir, ainsi que le fait remarquer M. Bages, à ce que l'hiver est employé à l'extraction du minerai et à ce que les mois de juillet, d'août et de septembre sont réservés pour le bocardage de la mine qui se fait à sec, de sorte que les ouvriers sont continuellement au milieu d'un nuage de poussière. Ce qui tend à prouver que la production de la colique tient à cette dernière circonstance, c'est que c'est principalement dans les endroits mal ventilés que le bocardage à sec est le plus dangereux, et que le bocardage humide est généralement sans danger. Il y a, du reste, de grandes différences pour l'idiosyncrasie à contracter les affections saturnines. Il est des mineurs qui les contractent avec la plus grande facilité, et d'autres qui y résistent indéfiniment. L'alimentation trop riche paraît aussi une prédisposition à contracter la colique de plomb : les ouvriers qui ont une manière de vivre très grossière, à cause de leur salaire peu élevé, y sont bien moins sujets que les surveillans et les employés supérieurs.

Les animaux n'échappent pas à l'intoxication saturnine dans la mine; et dans toute la Sierra il n'y a qu'un seul chat qui ait pu résister à l'influence plombique. En très peu de temps, ils sont pris de tristesse, de paralysie du train postérieur, de tremblement des membres, de douleurs atroces dans le ventre et ils ne tardent pas à succomber, ce que l'auteur attribue aux habitudes éminemment casanières de ces animaux.

Quant à la forme inflammatoire de la colique de plomb, dont il a été parlé plus haut, et dont l'auteur est tenté de rapporter le développement à l'influence de la chaleur et à l'usage du vin pendant le bocardage à sec, elle est caractérisée par les symptômes suivans : augmentation de la sensibilité de l'abdomen, qu'on ne peut comprimer sans douleur, et qui est tendu et douloureux; vomissemens fréquens et rebelles de matières verdâtres ou brunâtres; soif vive, langue sèche, dysphagie, ptyalisme, fétidité de l'haleine, petites ulcérations blanchâtres sur la muqueuse des joues; la face gonflée et comme œdémateuse, les lèvres rouges, la peau injectée, les yeux colorés; mouvement fébrile très prononcé, pouls fréquent et dur, battement des artères temporales et bruit dans les oreilles, prostration des forces. Cet état cède merveilleusement à la saignée, aux bains, aux fomentations émollientes, seulement il faut y joindre ensuite le traitement de la colique de plomb proprement dit. Employée dans ces circonstances et d'emblée, la *tisane d'Ohanes*, remède secret qui est d'un usage vulgaire dans le pays, détermine des vomissemens; il en est de même à plusieurs reprises, jusqu'à ce que l'état inflammatoire ayant cédé, la tisane triomphe des accidens de la colique, ce qui n'a pas lieu avant le troisième ou le quatrième jour.

M. Bages a essayé, contre la colique de plomb qu'il a observée sur une grande échelle, les moyens le plus généralement recommandés contre cette maladie, les antiphlogistiques, les bains émolliens, les acides citrique et sulfurique, l'alun, les narcotiques et les drastiques. Les antiphlogistiques n'ont été employés par lui que dans la forme inflammatoire et pour combattre les symptômes prédominans et non la colique elle-même. Les acides citrique et sulfurique, l'opium, l'huile de ricin, l'huile de croton, la gomme gutte ne lui ont jamais réussi à beaucoup près comme l'alun à la dose de 6 gram. dissout dans un litre et demi d'eau, avec lequel il a pu calmer toujours rapidement les douleurs. Il n'hésite pas à reconnaître cependant que le remède vulgaire empirique, et tenu secret par les inventeurs, qui porte le nom de *tisane de Ohanes*, est infiniment supérieur à tous nos moyens, et mériterait d'être acheté par le gouvernement espagnol, pour la recette en être publiée. En six ou huit minutes, dans les cas appropriés, dit l'auteur, les douleurs sont calmées; le malade se promène jusqu'à ce que les garderobes surviennent, et le soir même il est presque guéri. Quafre ou six jours de convalescence terminent la cure. L'auteur soupçonne que la coloquinte, unie à l'opium et à quelques autres substances, forme la base de ce médicament.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Hôpitaux. — La séance annuelle, pour la distribution des prix aux élèves des hôpitaux et hospices de Paris, et pour la nomination des *internes* et *externes*, a eu lieu ces jours derniers sous la présidence de M. Davenne, directeur-général de l'administration de l'assistance publique; des discours ont été prononcés par M. le directeur, puis par MM. les docteurs Desormeaux, Gubler et Guérin, au nom des membres des jurys des différens concours de 1852. On a proclamé ensuite les noms des lauréats de l'internat et de l'externat.

Après la distribution de ces récompenses, on a proclamé les noms des *internes* et *externes en médecine et en chirurgie*, nommés à la suite d'un concours, pour le service des hôpitaux pendant l'année 1852, et rangés par ordre de mérite. Nous les avons publiés dans notre dernier numéro.

L'hôpital de la République. — Cet hôpital est situé dans le clos St-Lazare; il occupe un terrain de plus de deux hectares de superficie; se compose de neuf corps de bâtimens séparés entre eux par des cours, préaux, jardins, etc. Les deux premiers corps de logis sont destinés à l'administration; puis viennent, sur deux lignes parallèles, de chaque côté de la cour centrale, les six bâtimens destinés à recevoir les malades et élevés chacun de trois étages. Ces bâtimens, dont les jardins et préaux aboutissent aux murs d'enceinte, sont reliés avec ceux de l'administration par une galerie couverte formant cloître, et qui de la porte d'entrée conduit jusqu'au dernier bâtiment, au centre duquel est l'église. A droite et à gauche de l'église sont placés la pharmacie et les bains, le logement des sœurs et ou bunaderie. Des travaux complémentaires, reconnus indispensables après la mise à exécution des premier plans, ont eu pour but de donner plus de grandeur et d'élévation à l'église, d'établir une seconde galerie découverte, et à la hauteur du premier étage, pour faciliter l'accès de l'église aux malades, aux convalescens, sans que ceux-ci soient obligés de descendre jusqu'au cloître. Aujourd'hui, non-seulement tous les travaux de grosse maçonnerie sont terminés, mais, quant à l'église elle-même, il ne reste plus à faire que la décoration intérieure.

Les hâtimens de l'administration sont tous clos, décorés et prêts à la recevoir ; les salles des malades, le logement des sœurs et la pharmacie sont seulement lambourdés; ils attendent encore la pose des fenêtres, des parquets, que plus de soixante voitures ont apportés sur les lieux dans les dernières semaines.

L'acquisition du terrain seul a coûté 1,143,870 fr., plus 69,355 fr. de frais; soit en totalité, 1,213,225 fr. pris sur les fonds de l'administration de l'assistance publique. Aux termes de l'ordonnance du 26 avril 1846, en effet, cette administration devait supporter, dans la dépense du nouvel hôpital, la totalité des frais d'acquisition du terrain, le tiers des travaux de construction et la totalité de l'acquisition du mobilier, le reste étant laissé à la charge de la ville. D'après les devis primitifs, les travaux devaient coûter une somme de 5,384,667 fr.; mais les travaux complémentaires reconnus depuis indispensables, et s'élevant à 751,737 fr. 84 c., de plus une indemnité de 40,875 fr. 16 c., réclamée par l'entrepreneur pour le couvrir des pertes qu'il a éprouvées en 1848 par suite de la suppression du marchandage, portent cette somme à 6,177,380 fr.

En définitive, cet hôpital, avec les 600 lits complets qu'il doit contenir, aura coûté, d'après les devis approximatifs du montant total des

travaux	6,177,380 fr.
Pour prix principal d'acquisition et les frais.	1,212,225
Plus le prix du mobilier, évalué à.	600,000
Dépense totale présumée. . . .	7,990,505

— Nous avons annoncé la mort de M. Pasquier, ancien chirurgien en chef des Invalides, chirurgien de Louis-Philippe et de la famille d'Orléans, membre du conseil de santé des armées, nommé, il y a quelques jours seulement, commandeur de la Légion-d'Honneur. Il a succombé à une pneumonie, à peine âgé de 57 ans. Sa mort a produit une tristesse générale. Malgré sa nombreuse clientèle, et les places élevées qu'il n'a pas cessé d'occuper, il laisse une famille nombreuse sans fortune. Nous sommes heureux d'annoncer qu'en reconnaissance des services rendus par M. Pasquier à la chirurgie militaire, le Président de la République vient généreusement d'accorder une pension de 2,000 fr. à la veuve de ce chirurgien éminent, et de décider que ses cinq enfans seraient élevés à Saint-Denis ou dans un lycée.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 6. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 15 Janvier 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr. :
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 JANVIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

FRICTIONS MERCURIELLES PROPHYLACTIQUES DE LA RAGE.

Un très remarquable rapport de M. Renault sur la rage a fait à peu près tous les frais de la séance de l'Académie de médecine. Le savant professeur d'Alfort a donné la mesure de tout ce qu'un rapporteur intelligent et zélé peut faire à l'occasion des rapports qui lui sont confiés. C'est non seulement une lumineuse discussion des faits, une appréciation rigoureuse et une critique soignée de toutes leurs circonstances, mais encore un excellent mémoire dans lequel M. Renault n'a pas craint de faire entrer et son érudition, et ses observations propres, et les résultats de ses expériences personnelles.

Il s'agissait de faits relatifs à l'emploi des frictions mercurielles pour prévenir les terribles effets de l'inoculation du virus rabique. Un loup, supposé enragé, avait mordu quatre personnes ; de ces quatre personnes, trois ont été soumises aux frictions mercurielles à haute dose, et poussées jusqu'à salivation abondante et même jusqu'à des accidens hydrargiriques assez graves ; ces trois personnes ont été préservées. Une quatrième n'a suivi le traitement que d'une manière incomplète ; elle a succombé, dit-on, à l'hydrophobie. Voilà le fait brut.

Sous l'analyse savante et sévère de M. Renault, ce fait s'est réduit aux plus simples proportions. Rien ne prouve d'abord que le loup fût enragé. Un individu est mort après avoir été soumis à ses morsures, mais l'histoire de sa maladie, la description des symptômes, rien n'indique qu'il ait réellement succombé à l'affection rabique. Trois individus ont été préservés après avoir subi l'intoxication mercurielle, mais d'abord ces trois individus avaient été préalablement et immédiatement cautérisés. Puis, quant à la valeur de l'emploi des frictions mercurielles, M. Renault l'a discutée en maître. Cette méthode n'est pas nouvelle ; les médecins du dernier siècle l'ont beaucoup vantée. Delasonne surtout la préconisa vivement, et l'on sait l'impression que produisirent les expériences de Senlis, suivant lesquelles une proportion considérable de personnes mordues par un chien enragé auraient été préservées de l'hydrophobie après l'emploi des frictions mercurielles. De la discussion à laquelle s'est livré M. Renault, des résultats expérimentaux qu'il a fait connaître, il résulte que les faits de Senlis sont loin de prouver les avantages des frictions mercurielles. Il en est de la rage comme de toutes les maladies virulentes et contagieuses, tous les individus ne sont pas aptes à la contracter, ou plutôt, peut-être, et pour se servir d'un langage plus prudent, il est des dispositions particulières et inconnues de l'économie qui font qu'on est actuellement réfractaire au virus rabique. Ainsi, M. Renault a cité des expériences qui lui sont propres ; des expériences faites dans les Écoles vétérinaires de Toulouse et de Lyon, desquelles il résulte que l'inoculation rabique, pratiquée, soit par morsure, soit par la lancette, ne détermine la rage que sur une proportion à peu près toujours la même des animaux que l'on y soumet. Les oscillations de cette proportion dépendent de l'animal qui fait les morsures et des parties qui sont mordues. Les morsures du loup et du chat sont plus dangereuses que celles du chien, parce que les premiers attaquent leur victime en face, mordent la figure et le cou, parties plus vasculaires et plus absorbantes que celles que le chien peut ordinairement atteindre. Mais le fait capital de ces expériences est celui-ci, que tous les individus mordus par des animaux enragés ne contractent pas nécessairement la rage.

On comprend la portée de ces expériences, relativement à la valeur de tels ou tels agens prophylactiques et thérapeutiques ; conclure de l'absence de la rage à l'efficacité de tels moyens, c'est faire œuvre peu sévère. M. Renault a beaucoup insisté sur cette manière imprudente et dangereuse de raisonner ; dangereuse, car elle peut conduire à négliger la seule précaution rationnelle qu'il faille s'efforcer de propager, la cautérisation immédiate et profonde des plaies.

Nous serions affligé qu'on jugeât par ce résumé squelettique le beau rapport de M. Renault. L'académie en a voté l'impression à l'unanimité ; nous pourrons donc y revenir. Quoique ce ne soit là, à vrai dire, qu'un travail négatif, quoique M. Renault n'ait, hélas ! que trop prouvé que la pratique n'est pas encore en possession d'une prophylaxie certaine contre la rage, ce travail n'en est pas moins digne de toute l'estime et de la considération de ceux qui aiment la science sérieuse et exacte.

Amédée LATOUR.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES CICATRICES VICIEUSES ;

Par M. le docteur LERICHE, de Lyon.

Les cicatrices vicieuses que laissent après elles certaines brûlures dont la cicatrisation n'a pas été convenablement dirigée par le chirurgien ; la difformité qui en est le résultat et qui peut aller jusqu'à entraver les fonctions des parties brûlées, ont de tout temps fixé l'attention des praticiens, qui, dans le but de remédier aux inconvéniens que nous venons de signaler, ont proposé divers procédés opératoires.

Ces procédés reposent sur deux principes généraux ou plutôt se rattachent à deux méthodes. L'une consiste à enlever le tissu inodulaire et à réparer la perte de substance par l'autoplastie ; l'autre cherche à agrandir la cicatrice au moyen d'incisions pratiquées dans son épaisseur et la divisant complètement ; à cette dernière méthode se rattachent les procédés de Dupuytren, de Astley Cooper et de M. Goyrand, d'Aix.

Dupuytren divisait en travers la peau et le cordon fibreux anormal dans un ou plusieurs points, pour arriver à un redressement facile et non douloureux de la partie rétractée. Il s'était fait un précepte de diviser avec soin la bride principale et celles qui étaient situées dans le voisinage.

M. Goyrand incise d'abord les tégumens dans une direction parallèle à la bride cicatricielle, ayant le soin de porter l'instrument dans toute l'étendue de cette dernière. Une fois le cordon mis à nu, et apparaissant sous la forme d'une cloison fibreuse, l'opérateur fait écarter les lèvres de la plaie, incise la bride en travers, d'espace en espace, ou sous un seul point, puis réunit les lèvres de la division par première intention. Enfin, Astley Cooper fait cette opération par ponction, ce qui rappelle assez la section des tendons par la méthode sous-cutanée. Si on examine avec soin les divers procédés que nous venons de rapporter d'une manière succincte, on verra que tous sont loin d'offrir les conditions d'efficacité pour le but qu'ils veulent atteindre. Le procédé de Dupuytren offre le grave inconvénient de diviser la peau dans une grande éten-

Feuilleton.

UN MALHEUR SUR LA VILLE D'HYÈRES.

Le malheur que j'ai à raconter, n'est pas un de ces sinistres qui détruisent une ville, qui la font tomber par morceaux dans la mer, comme Sorrente du golfe de Naples, ou qui la font disparaître comme par cet écroulement prétendu de la cataracte américaine de Niagara, toujours la même, comme on sait, pour le bonheur des amateurs du pittoresque. Ce malheur consiste dans un événement bien difficilement réparable pour Hyères, car cette ville a perdu en grande partie, et est menacée de perdre entièrement le trait par lequel elle ressemblait le plus à l'Italie. Ce n'est pas le ciel, car il conserve toujours la même sérénité et obéit aux caprices des mêmes vents. Ce n'est pas le bassin ; il est toujours le même. Les îles, en effet, ferment le golfe à une courte distance du bord, et n'ont pas disparu sous l'effet de quelque travail sous-marin, comme cela s'est vu bien souvent et comme cela se voit encore. La rive présente les mêmes contours, les collines se distinguent par les mêmes ondulations, les montagnes par les mêmes découpures. Cependant Hyères menace de n'être bientôt plus Hyères. Que dis-je ? Hyères a même déjà baissé, et on a presque de la peine à la reconnaître, si on se souvient de ce qu'elle était il y a quelques années. Que lui manque-t-il pour être cette ville hospitalière bienfaisante aux malades par le climat, par la situation, par la beauté de la campagne, par cette physionomie tout italienne qui rappelait la Péninsule ou la faisait désirer ? Le voici, car il faut bien le dire.

Les orangers qui formaient ces magnifiques jardins assez nombreux pour ceindre la ville, et s'étendre au loin dans la vallée, les orangers disparaissent, ils ont même à peu près disparu. Ils formaient une population de 42,800 pieds, arbres bien au-dessous pour le port et la puissance des orangers des régions méridionales de l'Italie, mais assez beaux cependant pour dérouler au loin une brillante masse de verdure. Maintenant cette verdure est en grande partie fanée. Un mal qu'on n'a pu combattre jusqu'ici, s'est pris à la racine de l'oranger, s'est attaqué au tronc ; et une fois la sève viciée dans sa composition chimique ou dans ses qualités nutritives, l'arbre s'altère, et les rameaux desséchés sont bientôt dégarnis de feuilles et de fruits. Le mal consiste dans le développement d'une plante parasite, un rhysictone, suivi de la formation d'un chancre qui s'étale, qui creuse dans la substance de l'écorce, et élabore ces produits délétères qui vont répandre la mort dans toutes les parties du végétal. M. Victor Rendu, inspecteur-général d'agriculture, est allé dresser cette symptomatologie ; c'est lui qui, dans un Mémoire envoyé à l'Institut, a fait connaître les caractères du mal et les effets destructeurs qu'il ne manque pas de produire. Cette mission est même venue bien tard. Déjà le mal est si grand, qu'il a tué les trois quarts de cette population de 42,800 orangers qui se pressait autour d'Hyères. Le reste, déjà malade, ou près de l'être, n'attend que son tour pour passer de vie à trépas.

La cause du développement de cette épidémie végétale est-elle difficile à signaler ? M. Victor Rendu ne se hasarde pas même à essayer d'une explication ; et cependant il y a quelque chose à dire à ce sujet. Hyères a été frappé depuis un demi-siècle, par quelques terribles hivers qui ont fait subir de cruelles épreuves aux orangers assez vigoureux pour résister à de telles attaques. Je fus surpris, pendant mon séjour dans cette petite ville, qui remonte déjà à plusieurs années, de l'état valétudinaire des plantations. Comparés à ceux que je venais de voir, ces arbres me paraissaient dépourvus de cette force, de cette vitalité propre à ceux qui vivent sous leur véritable climat. J'eus bientôt l'explication de cet état de choses par la triste histoire qui me fut faite des hivers rigoureux et de leurs désastreux effets. Cette cachexie, le signe d'un désordre intérieur, devait avoir les mêmes conséquences chez le végétal que chez l'homme ; elle devait finir par le plein retour à la santé ou par le développement d'une maladie. L'arbre tient de plus à la terre, élément qui doit se modifier dans ses conditions chimiques. Si au lieu d'une température modérée, il reçoit pendant une période de quelques années, l'atteinte répétée de froids excessifs, ces deux sortes d'influences ne sont pas assurément étrangères à la cause de la cruelle épidémie végétale qui frappe à Hyères, les plantations d'orangers.

On avait essayé de quelques moyens pour conjurer le mal et en arrêter les ravages, comme le butage des troncs. Mais cette précaution, très bonne dans les temps ordinaires, n'a été d'aucun effet dans une situation aussi grave. L'épidémie marchait du même pas, passant rapidement d'un arbre à l'autre, et s'acharnant sur sa victime jusqu'à ce que les feuilles jaunies et desséchées des rameaux laissassent à nu le squelette desséché du bois. M. Victor Rendu a pensé que pour en finir avec une maladie qui, dans une année peut-être, aura opéré la complète destruction des jardins d'Hyères, il n'y avait qu'un seul moyen, ressource radicale s'il en fût, mais qui présente au moins l'avantage de n'être pas une demi-mesure. Il s'agit de faire courageusement table rase de ce qui reste d'orangers. Puisqu'on a vu déjà disparaître les deux tiers des 42,800 pieds qui formaient une si brillante couronne de verdure autour de la ville climatérique, il est aisé de faire le sacrifice du reste. Cette opération terminée, M. Rendu conseille de transformer le sol en prairies pour en renouveler les conditions chimiques sous l'influence d'un nouveau système de production, sauf ensuite à transformer les prairies en jardins, par des plantations nouvelles.

Sous le rapport agricole, rien de plus simple, rien de mieux entendu. En soumettant la terre à une production d'une espèce différente, on la repose, on lui donne le temps de recouvrer une énergie altérée, on change ses conditions en facilitant le développement de conditions meilleures. Mais, à Hyères, la question agricole doit être écartée ; pour cette ville, c'est une question secondaire. Sans doute, les oranges sont d'un bon rapport pour elle. Quelque redoutable que soit la concurrence faite par les oranges d'Italie et de la côte piémontaise, surtout depuis que les frais de transport vont en diminuant chaque jour, cette production est d'un revenu assez élevé, pour que toute autre ville en fût heureuse et satisfaite. Le revenu principal pour Hyères, ce ne sont pas les fruits, ce sont les malades. Et les malades iront-ils à Hyères quand les orangers auront entièrement disparu ? Où sera pour eux cette sentinelle avancée

due, et par conséquent d'exposer les extrémitées de la bride incisée à se confondre avec les lèvres de la plaie tégumentaire; ce qui peut exposer au retour de la difformité, par suite de la nouvelle cicatrice. M. Goyrand, dans sa manière d'opérer, s'expose à ne diviser que d'une manière incomplète les lamelles ou cordons fibreux qui avoisinent souvent les côtés de la bride principale. Le procédé d'Astley Cooper a sans doute un grand avantage sur les autres, mais il ne peut être employé que dans des cas rares où la peau a conservé sa mobilité. On voit, par l'insuffisance des procédés qui viennent d'être rappelés, que la chirurgie réparatrice n'a pas dit son dernier mot dans le traitement des difformités dépendant de cicatrices vicieuses et irrégulières. Sur ce terrain il y avait encore un progrès à accomplir, et c'est dans le but d'y concourir, que nous proposons la méthode, dite par glissement. Quel que soit le nombre des cicatrices, quel que soit le lieu qu'elles occupent, quel que soit l'état de mobilité de la peau, le même procédé est applicable, et offre sur les autres l'immense avantage de terminer l'opération de suite, de s'opposer d'une manière certaine à la reproduction plus ou moins partielle de la difformité, et d'abréger de beaucoup le temps de la guérison. Pour mieux faire comprendre notre méthode, nous rapporterons deux exemples à l'appui du moyen que nous proposons.

Observation I. — *Rétraction du pied sur le tibia, à la suite d'une cicatrice vicieuse provenant d'une brûlure.*

Le nommé Gauhé, âgé de 6 ans, demeurant à la Mulâtière, près Lyon, étant en nourrice, reçut sur le pied de l'eau bouillante qui produisit une brûlure du second degré. Sa nourrice craignant des reproches des parens, n'avertit nullement ces derniers de l'accident arrivé à l'enfant, de manière que plusieurs mois se passèrent sans qu'il eût de secours. La plaie occupait la moitié de l'étendue du coude-pied et remontait sur la partie antérieure et inférieure de la jambe droite. A 18 mois, on retira l'enfant de nourrice, et c'est alors seulement que les parens apprirent l'accident arrivé à leur enfant. Dans cet état, il fut amené à Lyon, on consulta un médecin qui fit panser la plaie avec une solution de gomme arabique. Enfin, au bout de trois ou quatre mois, la cicatrisation de la plaie avait eu lieu, mais avec une rétraction du pied sur le tibia, de manière à ce que l'enfant marchait sur la partie postérieure du talon, la plante du pied formant avec la jambe un angle de 45 degrés. C'est dans cet état qu'il nous fut amené dans le mois de mai 1846. En examinant le pied on voit qu'il y a d'énormes brides qui attachent le pied à la jambe.

En présence de semblables accidens, aidé de M. le docteur Greppo, nous eûmes recours au procédé suivant pour remédier à cette difformité. La jambe étant maintenue par un aide, de manière à produire une extension des brides, la main armée d'un bistouri, nous l'avons plongé au-dessus des tissus de nouvelle formation un peu au-dessous de l'articulation du pied, en rasant en quelque sorte les parties sous-jacentes, et nous sommes venu ressortir au devant du tibia, puis nous avons étendu la jambe et le pied, de manière à ce que le membre fût ramené dans son état normal, et que le lambeau unique par son extrémité supérieure vînt s'appliquer sur la plus grande partie de la plaie faite par le bistouri. Il resta de la sorte au-devant du tibia une plaie saignante de 3 centimètres d'étendue.

Cette manière d'opérer nous offrait cet avantage que le lambeau appliqué sur l'articulation tibio-tarsienne s'opposait à ce que la cicatrisation arrivant, il se formât de nouvelles brides. Après cette opération, on pansa la plaie simplement à plat, on plaça une atelle en dedans et en dehors de la jambe, une semelle en bois à la plante du pied, de manière à tenir les parties dans les conditions nécessaires pour maintenir le redressement du membre et la cicatrisation du lambeau. Après quatre jours, on examina le membre, l'adhérence du lambeau était complète, la plaie supérieure était dans de bonnes conditions. On débarrassa l'enfant de l'appareil qu'on avait été obligé de mettre, et au bout de vingt-cinq jours, la plaie de la partie inférieure de la jambe était cicatrisée. L'enfant se servait de la jambe droite comme de la gauche.

Observation II. — *Brûlure de la face; — renversement de la paupière inférieure droite par des brides s'étendant de la partie inférieure de la pommette au bord libre de la paupière.*

M[lle] Bié..., âgée de 12 ans, me fut amenée par sa mère le 8 juillet 1849, pour me demander de remédier à la difformité qu'offrait sa fille. A l'âge de 5 ans, cette enfant, voulant prendre un vase dans lequel était du bouillon que sa mère venait de retirer du feu, le renversa, et il lui en jaillit sur la joue. On pansa la plaie avec un liniment calcaire; mais on ne put s'opposer à la formation de brides qui tenaient la paupière inférieure renversée, et donnaient à la face une expression repoussante.

Après avoir examiné attentivement la plaie, la main armée d'un bistouri étroit, nous l'avons plongé à la partie inférieure de la pommette, base des brides, et en remontant nous avons incisé tous les tégumens et terminé notre lambeau au bord inférieur de la paupière; puis, ramenant la paupière dans son état normal, nous l'avons assujétie au moyen d'agglutinatifs avec la paupière supérieure. Nous avons maintenu le lambeau sur la partie inférieure de la plaie, de manière à ce qu'au-dessus de la partie supérieure du lambeau il restait une plaie saignante d'un demi-centimètre d'étendue environ. Nous avons pansé à plat, et trois jours après, nous avons levé le premier appareil. Le lambeau était soudé. La paupière avait conservé sa position normale; la plaie commençait à donner de la suppuration. Nous avons continué le même pansement, en ayant le soin de tenir les paupières closes. Enfin, quinze jours après, la cicatrisation était complète, et le renversement de la paupière ne s'était pas représenté.

Il nous serait facile de multiplier ces exemples; mais comme ils ne montreraient rien de plus que ce que nous avons déjà fait, nous pensons qu'ils suffiront à l'intelligence de la méthode que nous préconisons.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Janvier. — Présidence de M. Piobert.

M. Fourcault lit un mémoire sur l'*influence des milieux géographiques, géologiques et chimiques sur l'organisation de l'homme et des animaux.*

Les faits énoncés dans ce mémoire et les considérations qui s'y rattachent, engagent l'auteur à conseiller aux agriculteurs et aux horticulteurs qui habitent les contrées où le goître et le crétinisme sont endémiques, de déposer des engrais ou des amendemens iodifères dans le sol; de soumettre les animaux domestiques, qui donnent leur chair et leur lait à l'usage d'un sel iodifère. Ces mesures hygiéniques, comme celle qui a été conseillée par M. Boussingault et ensuite par M. Grange, me paraissent propres à diminuer les ravages du crétinisme et des scrofules, de la consomption pulmonaire dans les contrées où ces affections sont endémiques, et à prévenir le goître, si fréquent dans une foule de localités.

M. Chatin présente les 3[me] et 4[me] et dernière partie de son mémoire *sur la recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont.*

L'auteur résume ce travail, dont l'ensemble prouve que l'air, les eaux, le sol et ses produits à peine iodurés dans les Alpes, varient proportionnellement au goître et au crétinisme, par les propositions statistiques suivantes :

Négligeant les nuances intermédiaires et quelques faits spéciaux, d'ailleurs confirmatifs des observations générales, M. Chatin divise en six zones les pays sur lesquels ont porté les études.

Zone première, normale ou de Paris. — Section *A*. — Le goître et le crétinisme sont inconnus. On trouve en moyenne que, dans cette zone, le volume d'air respiré par un homme en vingt-quatre heures (7,000 ou 8,000 litres, suivant M. Dumas) contient au moins 1/200 de milligramme d'iode; le litre d'eau pluviale, 1/150 de milligramme; le litre d'eau de source ou de rivière 1/300 de milligramme, et 10 grammes de sol arable aussi 1/200 de milligramme du même corps.

Section *B*. — Aux environs de Paris, les eaux potables peuvent ne pas contenir de quantité sensible d'iode (ce qui arrive chez celles d'entr'elles qui sont dures), sans que le goître se manifeste dans la plupart des cas. Si par hasard on l'observe (vallée de Montmorency), c'est principalement comme dans les zones 3[me] et 4[me], chez les femmes habituées à porter des fardeaux sur ou derrière la tête, forcée de se fléchir sur la glande thyroïde, ou à la suite des efforts de l'accouchement.

Zone 2[me] ou du Soissonnais. — Le goître est assez rare; le crétinisme inconnu. Diffère de la première zone par un sol sensiblement moins ioduré, par la fréquence des eaux dures et privées d'iode.

Zone 3[me] ou de Lyon. — Le goître est assez rare; le crétinisme inconnu. L'air, les eaux, le sol sont à la fois médiocrement iodurés; la proportion de l'iode dans 8,000 litres d'air, un litre d'eau de pluie, un litre d'eau potable et 10 grammes de terre arable variant de 1/500 à 1/1000 de milligramme.

Zone 4[me] ou de Turin et de Clermont. — Le goître n'est pas rare; le crétinisme à peu près inconnu. Diffère surtout de la zone troisième par l'iode des eaux potables, qui est généralement au-dessous de 1/1000 de milligramme.

Zone 5[me] ou des hauteurs alpines. — Le goître est assez commun, le crétinisme assez rare. L'air et les eaux pluviales sont parfois et irrégulièrement chargés d'un peu d'iode, le sol et les eaux potables ne contiennent pas 1/1000 de milligramme de ce corps pour 50 grammes du premier et un litre des secondes.

Zone 6[me] ou des vallées profondes des Alpes. — Le goître et le crétinisme sont communs. 10,000 litres d'air, un litre d'eau pluviale, un litre d'eau de source ou de torrent, 50 grammes de terre, ne fournissent pas le plus léger indice d'iode, élément qui ne se trouve dès lors dans ces derniers corps qu'à une dose inférieure à 1/4000 de milligramme.

On peut ramener la proportion de l'iode au *type normal* ou de la section *A* de Paris; dans la section *B* de la zone 1[re] et dans la zone 2[me], en recueillant les eaux pluviales pour les substituer dans tous les usages domestiques aux eaux calcaires;

Dans les zones troisième et quatrième (à Turin notamment), en recueillant aussi l'eau de pluie et en faisant venir les produits alimentaires de contrées riches en iode, telles que la Bric, la Beauce, la Bourgogne, le Bordelais, les basses plaines du Piémont;

Dans les zones cinquième et sixième, où l'emploi des eaux pluviales ne serait que d'une médiocre utilité, en raison du peu d'ioduration de l'atmosphère, on devra préférer les produits étrangers au sol, et surtout utiliser, après les avoir rendues potables par l'exposition à l'air, les eaux minérales iodo-sulfureuses qui jaillissent en grand nombre des contrées les plus affligées par le goître et le crétinisme. Les sels iodurés, dont l'emploi a déjà été conseillé par M. Boussingault et par M. Grange, fourniraient l'iode nécessaire aux populations à portée desquelles il n'existerait ou ne serait découvert aucune source minérale iodurée.

M. Chatin termine en recommandant d'introduire, autant que possible, des produits iodurés dans l'alimentation des animaux destinés à fournir à l'homme une partie de sa nourriture. Autant il est facile, dit-il, d'approprier les eaux sulfureuses aux usages de l'homme, autant on trouvera d'avantages à donner aux animaux les eaux salines, pour lesquelles ils ont un goût prononcé. Le traitement à chaud des terres par une eau alcaline pourrait en outre fournir, au moins aux animaux, une boisson iodurée; les cendres pourraient remplacer l'alcali. Les engrais et les irrigations pourraient encore être des moyens efficaces, en certaines contrées, d'iodurer les alimens tant de l'homme que des animaux. Les dépôts des sources minérales et l'emploi en irrigations de celle de ces dernières, qui ne pourraient être bues, ne devront pas être négligés.

---

de l'Italie? A quoi reconnaîtront-ils ce morceau détaché de Sorrente ou d'Ischia à quelques journées du nord de la France? Leur œil se reposera sur des gazons, sur des terres en friche, sur quelques arbres clairsemés dans la campagne, mais semblables à ceux qui vivent à la température ordinaire de la Provence et du Languedoc. L'ennui les saisira au cœur, et ils partiront pour Nice; ou bien ils se dirigeront plus loin vers l'Orient, si Nice, avec des influences trop rigides et trop capricieuses parfois, ne les force à renoncer aux beaux aspects de son golfe et au riant et magnifique spectacle de ses alentours.

Ce ne serait rien peut-être si le climat restait le même. On passerait sur l'inconvénient de la campagne pour goûter les avantages de l'air. Mais ce climat, qui mérite assurément sa réputation, bien que ses qualités aient été souvent exagérées soit par la reconnaissance des malades, soit par l'absence de termes de comparaison, se conservera-t-il tel qu'il est? Et d'abord, il a des défauts, si la médecine lui reconnaît des qualités précieuses. Le mistral, ce redoutable nord-ouest qui balaye impétueusement la vallée du Rhône, et dont le souffle rapide et froid se fait sentir jusqu'aux côtes des Calabres, le mistral respecte moins Hyères que ne le croit M. Victor Rendu. Les monographies écrites sur le climat, et les livres spéciaux qui traitent cette question si vaste de la climatologie médicale, donnent là-dessus des renseignemens assez exacts pour les admettre et s'en servir. Ainsi, le mistral, qui a déjà quelqu'importance dans les conditions atmosphériques de ce coin de la Provence, n'en aura-t-il pas davantage quand le sol sera dépouillé? Les jardins ne grimpent pas sur les coteaux, sur les aspérités plus ou moins élevées qui bornent le bassin d'Hyères, mais ils sont nombreux autour de la ville et surtout du côté du chemin de Toulon, c'est-à-dire dans un arc de cercle compris entre le nord et l'ouest. Qu'on suppose ces jardins tombés sous la hache, et le sol qui les portait transformé en prairies, le vent, loin de diminuer dans sa force et dans sa rapidité, conservera tout son caractère et aggravera les conditions mauvaises que cette influence fait régner dans le climat.

La nature même de l'aménagement agricole change l'état de l'air; le climat s'en ressent à un tel degré dans certaines conditions, qu'il s'altère profondément, qu'il se transforme, qu'il est loin d'être ce qu'il était. Tout le monde sait quelle a été l'influence sur la France de la coupe exagérée des forêts; il en est résulté les grandes sécheresses, et en partie les caprices qui se remarquent de plus en plus dans les saisons. On n'ignore pas non plus que les défrichemens augmentent aussi les sécheresses et éloignent les extrêmes de la température, de manière à opposer des hivers froids à des étés chauds. Les 42,800 pieds d'orangers ne forment pas une vaste forêt autour d'Hyères; cette population végétale est même d'une importance moins grande qu'on ne pourrait le supposer, pour l'étendue des surfaces vertes, car les arbres sont généralement assez petits comparés à la taille des orangers de Nice, de Menton et des régions méridionales de la Péninsule. Cependant, cette masse d'orangers a sa mesure d'influence qu'il ne faut pas exagérer sans doute, mais qu'il convient d'apprécier à sa juste valeur.

Dans l'hypothèse donc de la transformation du bassin d'Hyères en prairies, il arrivera deux choses : si la sécheresse ne se fait pas sentir par la diminution dans la moyenne annuelle des pluies, elle se dessinera par de notables différences sur l'hygromètre. Je ne crois pas, pour ma part, que l'air sec soit l'air le plus favorable aux malades qui vont hiverner à Hyères; je pense que l'excès de ressort ne peut que nuire, et qu'il doit être tempéré par l'humidité. Ces opinions, qui ont acquis assez d'autorité pour se faire admettre, me conduisent à conclure que, sous le rapport de ce changement, le climat pourrait s'altérer au lieu de s'améliorer. Le second résultat consiste dans l'abaissement de la température comme conséquence du rayonnement nocturne moins fort dans les surfaces plantés d'arbres, que sur les terres non abritées; en d'autres termes, enfin, les hivers deviendraient plus rigoureux. J'ignore si on a relevé quelques observations depuis le déboisement partiel, puisque les orangers sont morts aux deux tiers; en supposant qu'elles ne fussent pas la confirmation de ce que j'avance, la faute en serait sans doute au petit nombre d'années écoulées depuis le commencement de la mortalité.

Ainsi, le malheur qui s'est attaché à la ville d'Hyères, est bien un véritable malheur, un malheur presque irréparable. Si le sacrifice des jardins est nécessaire, et qu'il faille courber la tête sous la nécessité du remède radical proposé par M. Rendu, que deviendra Hyères sans ses malades? Sa réputation sera éclipsée, car sa population périodique n'ira plus l'habiter. Hyères aurait bien sacrifié ses orangers pour conserver ses malades, mais les uns sont presqu'inséparables des autres, car nous avons vu que des plantations dépendaient la conservation de l'état de l'air, la permanence de la température, les conditions ordinaires de l'hygrométrie. Cette question de climat ne s'isole pas d'une autre, très essentielle aussi, qui forme le côté moral de l'influence. Le malade qui va demander la santé aux influences de l'atmosphère et du soleil, la demande aussi à celles qui agissent par la voie de la pensée et de l'imagination. Il lui faut des impressions nouvelles, un spectacle nouveau, quelque chose qu'il ne connaît pas, mais qu'il désire, un peu de cette Italie qu'il aurait voulu visiter, mais qui est trop loin peut-être pour ses forces. Les orangers manquant, la source la plus féconde d'impressions manque, et le malade se retrouve au milieu d'un paysage qui a la forme et surtout l'impuissance de ceux qui lui sont familiers. Il est vrai que lorsque les prairies auront fait leur temps, les orangers refleuriront sur la terre d'Hyères. Mais que d'années il faut pour que ces jardins reprennent leur ancienne beauté! Et d'ici là, une ville voisine, quelque village oublié sur cette côte accidentée, qui s'étend depuis Nice jusqu'à sa rivale de la terre de France, aura hérité peut-être de sa réputation et de la foule de ses cliens! Je voudrais certainement me tromper dans ce présage, car la petite cité provençale a rendu trop de services à l'art de guérir pour jamais être oubliée.

D[r] Ed. Carrière.

Concours pour la chaire d'hygiène. — Aujourd'hui, MM. Béclard, Sanson et Guérard ont été appelés à donner lecture de leur composition écrite.—Vendredi, à 4 heures, commencera la deuxième épreuve, qui consiste en une leçon orale, après trois heures de préparation. MM. Bouchardat et Béclard sont les premiers appelés à subir cette épreuve.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Janvier 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur HULIN, de Mortagne, sur le tannate de quinine dans le traitement des fièvres d'accès. (Comm. nommée.)

2° Un mémoire de M. MOUCHET, de Bône, sur les fièvres des pays chauds. (Comm. MM. Gaultier de Claubry et Gérardin.)

3° Un mémoire de M. CAZIN, de Boulogne, intitulé : De l'emploi des médicamens indigènes, et en particulier du sel ammoniac dans le traitement des fièvres intermittentes. (Comm. des succédanés du quinquina.)

4° Un mémoire de M. OLLIVIER (d'Angers), sur les polypes utérins. (Comm. MM. Hervez de Chégoin et Jobert.)

5° Un mémoire de M. LABOULBÈNE, interne des hôpitaux de Paris, sur la vaccine, la variole, et sur l'action qu'elles exercent l'une sur l'autre. (Commission de vaccine.)

6° Une note de M. JOURDAIN, pharmacien aux Thernes, sur la préparation et l'emploi de quelques nouveaux médicamens. (Comm. MM. Guibourt et Bouchardat.)

7° Une note de M. HERVIEUX, sur la question de l'hérédité dans la phthisie pulmonaire. (Comm. MM. Louis et Grisolle.)

M. RENAULT, au nom d'une commission composée de MM. Barthélemy, Bouley jeune et Renault, rapporteur, lit un rapport *sur le traitement prophylactique de la rage au moyen de la méthode des frictions mercurielles.*

Les faits contenus dans le mémoire de M. Dezauneau, et les conséquences qu'il en déduit, peuvent se résumer dans ces quelques lignes :

Un loup enragé mordit en plusieurs endroits de la face un nommé G..., qui, malgré la cautérisation de ses blessures et l'administration d'un remède prétendu anti-rabique, meurt vingt-deux jours après avec tous les symptômes de l'hydrophobie. Le même loup attaque et blesse plus ou moins grièvement onze animaux de différentes espèces qui sont tous abattus, et quatre personnes qui sont traitées par M. Dezauneau; le traitement consiste dans la cautérisation des plaies à l'aide de l'acide sulfurique, et dans l'administration de frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation. De ces quatre personnes, trois, quoique ayant reçu des blessures profondes sur des parties nues, et se trouvant par conséquent dans des conditions favorables à l'action du virus rabique, ont guéri ; une est morte faute d'avoir suivi les prescriptions du traitement.

Les trois personnes guéries auraient été préservées, d'après l'auteur, par la méthode des frictions mercurielles et la salivation abondante qu'elles ont produites, de la rage à laquelle a succombé G..., le premier mordu, et qui n'y avait pas été soumis. Cette méthode constituerait donc le meilleur traitement à opposer à la rage à l'état d'incubation, et même lorsqu'elle a passé cette période.

Telles sont, en substance, les conséquences explicitement ou implicitement déduites des observations qui forment la base du travail de M. Dezauneau.

M. le rapporteur, examinant si ces conclusions se déduisent rigoureusement des faits observés, ne trouve pas dans leur relation la preuve que le loup dont il est question ait été bien certainement enragé. Il ne voit pas la preuve non plus que le nommé G..., qui a succombé après les morsures du loup, ait présenté les symptômes de la rage. En admettant l'existence de la rage chez le loup, en admettant encore, ce qui ne lui paraît pas fondé, que les trois autres personnes mordues aient été, ainsi que le dit l'auteur, dans les conditions les plus favorables à l'absorption du virus, M. le rapporteur examine ensuite s'il est constant, ainsi que le croit M. Dezauneau, que c'est aux frictions mercurielles administrées à fortes doses et souvent répétées, que ces trois personnes ont dû d'avoir été préservées de la rage, et si cette méthode est réellement la plus efficace qu'on puisse opposer au développement des effets du virus rabique. M. le rapporteur, afin de pouvoir juger jusqu'à quel point ces assertions sont fondées, rappelle quel est aujourd'hui l'état de la science sur cette question; et de cet exposé il infère la mesure d'importance et la valeur réelle des faits produits et des opinions exprimées par M. Dezauneau.

De cette revue des principaux partisans et adversaires du mercure, il ressort : 1° que de 1738 à 1783 il paraissait acquis à la science par une grande masse de faits, et il était professé par les médecins les plus haut placés, que les frictions mercurielles avaient une efficacité réelle, pour quelques-uns, comme moyen curatif; pour le plus grand nombre comme moyen préservatif de la rage.

2° Que de 1783 jusqu'aujourd'hui, une véritable réaction s'est opérée contre ces idées, à ce point que beaucoup de praticiens éclairés ont été jusqu'à révoquer en doute même les vertus préservatrices, même l'innocuité de cette médication.

Les raisons qui ont ébranlé des croyances reposant sur des observations aussi nombreuses et étayées par d'aussi imposantes autorités, sont : 1° le manque de preuves que les animaux qui ont mordu étaient atteints de la rage, et l'invocation de faits dans lesquels on cite comme ayant été préservées des personnes qui n'ont même pas été mordues, et qui, évidemment, n'ont pu être infectées; 2° l'absence de preuve que la salive des animaux enragés a été déposée dans la plaie résultant de la morsure; la plupart des personnes citées comme mordues ne l'ayant été qu'à travers les vêtemens, etc.; 3° enfin, en admettant que l'animal qui a fait les morsures fût enragé, et que celles-ci aient été faites à nu, il eût fallu, ajoute M. le rapporteur, pour argumenter rigoureusement des faits de préservation observés dans ces cas, qu'il fût constant que tous les individus mordus à nu, par des animaux enragés, deviennent nécessairement enragés quand on les abandonne à eux-mêmes. Or, parmi les observations rassemblées dans les divers ouvrages qui ont traité de la rage, les exemples abondent dans lesquels ces sortes de morsures sont restées sans résultat fâcheux sur des personnes ou sur des animaux qui n'ont subi aucun traitement.

Cette opinion, que tous les individus mordus par des animaux enragés n'enragent pas, n'est donc pas nouvelle. Tous les auteurs sérieux, tous les bons observateurs qui ont traité de la rage, l'ont consignée dans leurs écrits. Mais en France, du moins, il n'a été établi par aucun sur des données quelque peu certaines, quelle était, en moyenne, la proportion des cas de rage à ceux des morsures. M. Renault a entrepris ces études dont il expose en ces termes les résultats :

» Pour ne pas jeter de confusion dans ces calculs proportionnels et conserver aux résultats leur valeur propre, il importe de faire deux séries des faits sur lesquels ils ont été établis.

» Dans une première série se trouvent les cas de morsures accidentelles, faites comme cela a lieu tous les jours, par des chiens enragés ou suspects de l'être, à des chiens ou à d'autres animaux que leurs propriétaires ou la police envoient ensuite à Alfort pour y rester en observation. On voit que les résultats des calculs faits sur les animaux de cette catégorie peuvent s'appliquer jusqu'à un certain point aux observations faites sur l'espèce humaine, puisque c'est ordinairement dans des circonstances semblables que sont mordues les personnes qui sont l'objet des observations rapportées par les médecins de l'homme.

» Voici, relativement aux faits de cette première série, les résultats de mes recherches sur l'espèce canine :

» Dans la période décennale de 1827 à 1837, sur 224 chiens amenés aux hôpitaux de l'École, après avoir été mordus dans les rues par des chiens enragés ou regardés comme tels, et qui y sont restés plus de quatre mois en observation sans avoir subi aucun traitement,

» 74 (le tiers à peu près) sont devenus enragés.

» 130 (les deux tiers) n'ont rien éprouvé.

» Mais on conçoit au point de vue scientifique, que ces chiffres ne sauraient donner la mesure d'activité ou de puissance du virus rabique, en ce sens 1° que la certitude de l'existence de la rage sur les chiens qui ont mordu n'a pas toujours existé; 2° que la trace des morsures n'a pas toujours été recherchée et reconnue sur tous les chiens déposés à l'École; et que dès lors, il n'est pas démontré qu'ils ont pu être mordus dans des régions où l'abondance des poils aurait empêché la salive de pénétrer jusqu'à la plaie.

» C'est pourquoi, pour avoir sur ce point des élémens plus rigoureux, j'ai fait un relevé proportionnel semblable sur une seconde série de faits que je vais faire connaître, et dans lesquels ne se trouvent pas ces causes d'incertitude et d'erreur.

» Voici ce que j'ai constaté : depuis 1830 jusqu'aujourd'hui, à des époques différentes et dans des vues diverses, tantôt j'ai fait mordre à plusieurs reprises par des chiens complètement enragés que j'avais sous les yeux, et sur des parties où la peau est fine et dépourvue de poils, des chiens ou des herbivores; tantôt j'ai puisé dans la gueule de ces chiens enragés, au moment de leurs plus forts accès, une certaine quantité de salive que j'ai inoculée sur plusieurs régions sous l'épiderme d'autres animaux.

» 99 individus (chiens, chevaux ou moutons), ont été ainsi mordus ou inoculés. Sur ce nombre, 67 sont devenus enragés; les 32 autres, restés en observation pendant plus de cent jours n'ont, rien éprouvé.

» Ainsi, dans ce cas, où se sont trouvées réunies toutes les conditions favorables à la transmission, le nombre des individus mordus ou inoculés est à celui des individus qui ont contracté la rage :: 3 : 2, c'est-à-dire que les 2/3 des animaux soumis à des expériences sont devenus enragés, et que 1/3, sans avoir été soumis à aucun traitement ou régime préservatif quelconque, a échappé à la rage.

» Dans le but de contrôler ces résultats, qui me paraissent d'un grand intérêt, j'ai consulté les professeurs de clinique des deux autres Écoles vétérinaires de France, pour connaître les remarques, observations ou expériences qu'ils auraient pu faire sur ce point; et voici ce que j'ai appris :

» D'après des relevés faits sur les registres de l'École de Lyon, M. le professeur Rey a établi que les proportions des animaux mordus accidentellement dans les rues et mis en observation à l'École, est, par rapport à ceux qui deviennent enragés :

Pour les chiens :: 5 : 1.

Pour les chevaux :: 4 : 1.

» Pour les animaux qu'on a fait mordre expérimentalement ou qu'on a inoculés, le rapport est :: 3 : 2; semblable, conséquemment, pour les animaux de cette catégorie, à celui que j'ai constaté à Alfort.

» A l'École de Toulouse, M. le professeur Lafosse n'a pu me donner que le résultat de 16 observations ayant trait à des animaux mordus accidentellement, et sur lesquels les morsures avaient été bien constatées.

» Sur 16 animaux (chiens, bêtes bovines ou chevaux) qui ont été mordus, 5 seulement, un peu moins de 1/3 sont devenus enragés. Cette proportion est, comme on le voit, à peu près la même que celles constatées dans les mêmes circonstances à Lyon et à Alfort.

» Voici maintenant ce qui a été observé à la clinique de l'École vétérinaire de Berlin par le savant professeur Hert :

» Sur 137 chiens mordus dans les rues de la ville et amenés aux hôpitaux de l'École pour y être mis en surveillance, 16 seulement sont devenus enragés, 121 n'ont rien éprouvé; c'est-à-dire que le nombre des chiens qui sont devenus enragés a été avec le nombre de ceux qui ont été mordus, à peu près dans le rapport de 8 à 1. 1/8e seulement a contracté la rage.

» Sur 25 chiens qu'il a fait mordre expérimentalement, et qu'il a inoculés avec de la salive recueillie sur des chiens enragés pendant leurs accès, 10 sont devenus enragés, 15 n'ont éprouvé aucun accident.

» On voit que, à Berlin, le nombre des cas où la rage s'est développée dans l'une et l'autre catégorie, a été sensiblement moindre qu'à Alfort, Lyon et Toulouse. Peut-être, mais ce n'est là qu'une supposition que j'exprime, cette circonstance tient-elle à la différence des conditions climatériques?

» Quoi qu'il en soit, il résulte évidemment de ces observations faites dans des lieux divers, par différens observateurs et à des époques qui ne sont pas les mêmes, que, à prendre les choses au pire, les 2/3 au moins des individus mordus accidentellement par des chiens de rue enragés, ou supposés enragés, échappent à la rage, même sans aucun traitement.

» Il en résulte également, toujours, en prenant la proportion la plus forte parmi celles qui ont été constatées, que, dans les circonstances les plus favorables à la transmission, c'est-à-dire quand la salive de chiens manifestement enragés a été déposée par morsure à nu ou par inoculation, dans des plaies d'autres animaux, le tiers au moins de ces derniers abandonnés à eux-mêmes, ne contracte pas la maladie.

» Or, ce sont là des faits considérables pour l'étude de la rage, dans les rapports surtout avec le point que nous examinons en ce moment.

» Toutefois, il ne faudrait pas croire que cette moyenne des résultats obtenus sur un grand nombre d'observations, se représenterait pour les conséquences qu'on serait appelé à constater des morsures de chaque chien enragé; car, et c'est là un fait que j'ai noté bien des fois, et dont je crois avoir trouvé la raison, il arrive souvent que tel chien bien évidemment enragé, mord un certain nombre d'autres animaux, ou fournit de la salive pour les inoculer; et que, sur ce nombre, le 1/6 ou le 1/7 seulement contracte la rage : tandis que, à la suite de morsures ou inoculation de la salive de tel autre chien qui paraîtra dans les mêmes conditions maladives, morsure ou inoculations faites aux mêmes régions, presque tous les individus mordus ou inoculés (les 5/6 ou les 6/7 par exemple) deviendront enragés.

» Enfin, il me paraît susceptible de faire encore une remarque relativement aux circonstances qui influent sur le plus ou moins de danger de développement de la rage à la suite de morsures d'animaux enragés; c'est que, en général, il est reconnu que les morsures faites par les loups sont plus souvent suivies de la rage que celles faites par les chiens. Ainsi, sur 254 personnes mordues par des loups, dont j'ai relevé avec soin les observations dans différens auteurs qui les ont consignées, 164, c'est-à-dire les deux tiers à peu près, seraient devenus enragés.

» Or, nous avons vu que, à la suite des morsures accidentelles faites par les chiens, cette proportion n'était que d'un tiers. Cela tiendrait-il à ce que, sur les loups, la rage serait souvent spontanée? Ou bien, ce qui est fort remarquable, à ce que les animaux mordent presque toujours leurs victimes au visage, au cou ou sur la tête? Il est possible que ces deux circonstances influent sur le résultat que je viens de signaler.

» Que si, maintenant, nous nous servons des données qui précèdent pour apprécier la valeur, au point de vue de la prophylaxie, des observations citées comme démontrant le mieux l'efficacité préservatrice du mercure, nous voyons :

» 1° Que le nombre de ces observations se trouve singulièrement réduit, si on en retranche toutes celles où l'existence de la rage n'a pas été suffisamment constatée sur les animaux qui ont fait les morsures, et celles où il est évident que du virus n'a pu être déposé dans les plaies des individus présentés comme préservés;

» 2° Qu'en admettant comme parfaitement vrai et exact le nombre des individus considérés comme préservés, après avoir été soumis au traitement mercuriel, on trouve que, dans celles de ces observations qui ont eu le plus de retentissement et qu'on a considérées comme les plus probantes, le chiffre des personnes préservées se trouve être précisément, avec celui des personnes mordues, dans le rapport de 2 à 3.

» En effet, à la suite du traitement de Senlis, qui a été tant célébré, sur 15 personnes mordues par un chien, 5 (le 1/3) sont mortes de la rage, et 10 ont été sauvées.

» La proportion des personnes préservées a encore été moins forte entre les mains de M. Blais, qui, lui aussi, nous l'avons dit plus haut, a mis en usage le traitement de de Lassonne, qu'on avait employé à Senlis. Sur 11 personnes qu'il a traitées, 5 sont mortes de la rage; 6 seulement en ont été préservées. Je cite ces deux observations, parce que ce sont elles qui ont été recueillies avec le plus d'authenticité, qui ont le plus occupé les médecins et le public de l'époque, et qu'on a invoqués comme un argument principal et décisif dans tous les ouvrages où l'on a préconisé la vertu préservatrice des frictions mercurielles.

» Or, que prouvent-elles, sinon que, dans ces résultats de Senlis et de Cluny, présentés comme si heureux et si favorables au traitement mercuriel, le chiffre des préservations a été, à Senlis, exactement le même que celui qui se produit quand les individus mordus ne sont soumis à aucun traitement; et que, à Cluny, la proportion de ceux devenus enragés, a été de beaucoup plus forte.

» Mais, continue M. le rapporteur, pour qu'on fût fondé à reporter au mercure les bons effets, si bons effets il y a, des traitemens mercuriels dont nous avons parlé, il faudrait que, dans ces traitements, on n'eût jamais associé à ce médicament, ou employé en même temps que lui, d'autres moyens qui, eux aussi, sont considérés par beaucoup de praticiens comme préservatifs de la rage.

» Or, il est peu d'observations, parmi toutes celles invoquées en faveur des frictions mercurielles, dans lesquelles il ne soit dit que, avant de les employer, on a *lotionné*, fait *saigner* plus abondamment, ou même, et surtout, *cautérisé* les plaies; où il ne soit dit aussi, qu'en même temps qu'on frictionnait le malade avec de l'onguent mercuriel, on entretenait la *suppuration* sur les plaies au moyen de vésicans plus ou moins énergiques, et on lui administrait soit du *camphre*, soit de l'*opium*, soit du *musc*, soit des *purgatifs*, etc.....

» Dès lors, pourquoi attribuait-on l'effet préservatif aux frictions plutôt qu'à tel ou tel des autres moyens employés? Est-ce que, notamment, les scarifications des plaies avec ou sans aspiration du sang par des ventouses; est-ce que par leur longue suppuration; est-ce que certaines poudres vésicantes comme celles de cantharides; est-ce que le musc, le camphre; est-ce que la méthode purgative, n'ont pas été tour à tour vantés comme suffisant seuls à prévenir la rage? Est-ce que la cautérisation n'a pas, à toutes les époques, dans l'opinion du plus grand nombre des praticiens, depuis Galien et tous les médecins grecs, jusqu'à nos jours, été considéré comme le préservatif par excellence?

» Que reste-t-il donc, après ces considérations, de tout ce qui a été dit et écrit de l'évidence, et en quelque sorte de la spécificité d'action préservatrice qu'exerçaient les frictions mercurielles dans les cas de morsures par des animaux enragés? On le voit, rien ou bien peu de chose.

» Est-ce à dire que nous veuillions nier absolument que le mercure puisse être utilement employé soit seul, soit associé à d'autres moyens de traitement dans ces graves occurrences? Telle n'est pas assurément notre pensée et tel n'a pas été notre but. Nous ne nous sommes proposé qu'une chose dans cette discussion, c'est d'établir qu'il est loin d'être aussi clairement démontré qu'on l'a prétendu, que les frictions mercurielles aient, dans l'espèce, une vertu particulière de préservation contre le virus rabique inoculé.

» En cet état de la question, pouvons-nous regarder les observations de M. Dezauneau comme propres à l'éclairer d'un nouveau jour? Nous ne le pensons pas, et l'Académie sera probablement de notre avis quand elle se rappellera :

» 1° Que l'existence de la rage sur le loup qui a occasionné les accidens rapportés par ce médecin, n'a pas été assez positivement établie;

» 2° Que sur les quatre personnes mordues par cet animal, une est

morte après n'avoir pas assez longtemps, il est vrai, fait usage des frictions mercurielles ;

» 3° Que les trois qui ont été considérées comme préservées avaient préalablement, et peu d'heures après leurs morsures, été cautérisées ;

» 4° Que d'ailleurs parmi ces dernières, l'une n'a eu de morsures faites à nu que deux très petites blessures au doigt, lesquelles ont *saigné* abondamment aussitôt après l'accident ; — l'autre n'a également eu qu'une blessure grave, celle qui lui a été faite à travers les cheveux, laquelle, avant d'être cautérisée, a été immédiatement le siége d'une hémorrhagie considérable.

» Quoi qu'il en soit, l'Académie doit savoir gré à M. Dezauneau de ses efforts pour arriver à éclairer une question de médecine aussi grave que celle de la prophylaxie de la rage. Et, pour cette raison, votre commission vous propose de lui adresser une lettre de remercîmens et de déposer honorablement son mémoire dans vos archives. »

La lecture de ce rapport, écoutée avec un vif intérêt, est accueillie avec des marques unanimes d'approbation.

Après quelques observations présentées par MM. Ricord, Villermé, J. Guérin et Delafond, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Sur la demande de plusieurs membres, le rapport de M. Renault est renvoyé au comité de publication.

M. Marchand, pharmacien à Fécamp, dépose sur le bureau un mémoire *sur les eaux potables en général, considérées dans leur constitution physique et chimique et dans leurs rapports avec la physique du globe, la géologie, la physiologie générale et l'hygiène publique, ainsi que dans leurs applications à l'industrie et à l'agriculture*, et en particulier des eaux qui sont employées dans les deux arrondissemens du Havre et d'Yvetot.

L'auteur, en déposant ce mémoire, donne lecture des propositions suivantes, qui le résument :

1. La constitution physique et chimique des eaux varie pour chaque jour de l'année, pour chaque instant de la journée.

2. Aux époques où la température est la plus élevée, la densité des eaux est aussi la plus considérable, une variation brusque dans cette température en amène une aussi dans cette densité.

3. Cette propriété physique des eaux est influencée encore par la pression atmosphérique, mais en raison inverse de ce qu'elle éprouve sous l'influence précédente. Plus la pression est grande, plus la densité est faible. Cependant, lorsqu'une augmentation de pression correspond avec une élévation de température, la densité se trouve fort souvent augmentée encore.

4. La variabilité de la proportion des principes gazeux dissous par les eaux, n'apporte pas seule des modifications dans leur densité, car les principes salins et terreux qu'elles tiennent en dissolution varient également dans leurs proportions, sous les influences que je viens d'indiquer.

5. Les eaux de l'Océan contiennent du chlorure de lithium et 0 gr. 0092 d'iodure de sodium par litre ; mais elles ne contiennent aucune trace de nitrate, quoique ces sels soient versés en abondance dans le bassin des mers, par les courans d'eaux douces qui y affluent.

La cause de ce singulier phénomène est due à deux actions différentes qui agissent simultanément : 1° sous l'influence réductive de l'hydrogène sulfuré excrété par certains mollusques vivant dans les profondeurs de l'Océan, l'acide nitrique de ces sels est transformé en ammoniaque et en eau ; 2° sous l'influence de l'acte respiratoire des poissons, un phénomène analogue se manifeste en donnant encore pour résultat final un produit ammoniacal. L'oxyde ammonique, formé dans ces circonstances, éliminé à son tour du sein de l'eau, sous forme de phosphate ammoniaco-magnésien que l'on retrouve ensuite mélangé dans les dépôts vaseux qui s'accumulent au fond des mers et sur les bords des rivages.

6. Les eaux de pluies, celles des neiges, contiennent généralement des traces appréciables de tous les agens minéralisateurs des eaux de l'Océan. Les premières retiennent toujours aussi des indices d'hydrogène sulfuré.

7. Les eaux des terrains anté-diluviens contiennent généralement de la lithine, et vraisemblablement aussi des phosphates ainsi que des fluorures provenant de la décomposition du mica, dont on retrouve les traces plus ou moins abondantes dans tous ces terrains.

8. Les eaux qui prennent naissance dans les terrains calcaires, contiennent toujours des traces appréciables de carbonate ferreux accompagné souvent par le carbonate de manganèse.

9. L'iode et le brôme se retrouvent constamment aussi, à moins de circonstances particulières que je vais indiquer, *dans toutes les eaux naturelles*. L'on peut facilement et rapidement, par un procédé que j'indique, en reconnaître la présence jusque dans les eaux de pluie et de neige.

10. Ces deux principes peuvent disparaître du sein des eaux en passant à l'état salin, sous l'influence des forces vitales, au nombre des principes minéraux fixés par les végétaux. — Les plantes terrestres, mais particulièrement les arbres de nos forêts, aussi bien que les plantes d'eau douce, contiennent de l'iode et du brôme.

11. L'origine de ces deux corps dans les eaux atmosphériques et terrestres, doit être attribuée surtout à la diffusion de ces mêmes principes condensés aujourd'hui dans l'eau des mers, d'où ils sont enlevés, tant à l'état salin par les vapeurs et les particules aqueuses qui s'en échappent incessamment, qu'à l'état d'acides hydriques libres avec de l'hydrogène sulfuré, qui s'en exhale toujours aussi.

12. L'endémicité du goître et du crétinisme ne saurait être attribué à l'usage des boissons calcaires, magnésiennes ou séléniteuses, mais uniquement à la disposition plus ou moins complète de l'iode, primitivement dissous dans les eaux dont les goîtreux et les crétins font usage pour leur alimentation, ce principe ayant été absorbé alors par les nombreux végétaux baignés par ces eaux. — L'engorgement de la glande thyroïde ne se manifeste d'ailleurs à l'état endémique que dans les pays excessivement boisés et particulièrement dans ceux dont les eaux potables arrosent ou ont arrosé des plantes en grand nombre.

13. Que dans les centres populeux, l'arrosement des rues et des places publiques en temps d'épidémie cholérique, doit être sévèrement prohibé, aussi bien que l'écoulement dans les ruisseaux ou à ciel ouvert, des eaux versées par les bornes-fontaines ou les fontaines publiques.

14. Que les eaux des sources, des rivières et des fleuves se purifient en circulant à la surface du sol, soit par la volatilisation de l'acide carbonique, qui laisse séparer des carbonates insolubles ; soit par l'influence de la vie végétative ; soit encore par la vivification sous l'influence des rayons lumineux des matières organisées qu'elles contiennent, soit enfin par des redoublemens successifs de ces mêmes matières, redoublemens qui s'opèrent alors en provoquant aussi la réduction des nitrates des eaux douces, et leur conversion en ammoniaque.

15. Que dans les terrains calcaires au moins, mais vraisemblablement partout, le volume d'eau des sources, contrairement à l'opinion reçue, est d'autant plus abondant, que la végétation est plus active, et qu'il décroît d'importance au fur et à mesure que la vie végétative s'éteint, surtout dans les pays où le sol supérieur est entièrement livré à la pratique agricole. Dans nos contrées, c'est vers le 15 août que les sources atteignent leur *maximum* de rendement, et elles s'abaissent à leur minimum vers la fin de janvier.

16. Arrivant ensuite aux eaux naturelles des arrondissemens du Havre et d'Yvetot, je déduis de leur analyse que toutes ces eaux qui, sans exception, sourdent des terrains calcaires, contiennent surtout du carbonate de chaux, dont la proportion oscille 0 gr. 153 et 0,381 par litre, des sels de magnésie, du sulfate de chaux, mais en proportion variable et correspondant avec la nature des terrains qui les produisent, de telle sorte que les eaux alimentaires de l'agglomération havraise sont, avec celles des puits de Fécamp, les plus séléniteuses de la contrée, ce qui s'explique, d'ailleurs, quand on sait qu'elles sourdent dans les terrains inférieurs de la formation secondaire, tandis que toutes les autres eaux du pays prennent leurs sources dans l'étage supérieur de la craie ou à la limite des glauconies crayeuses.

Toutes ces eaux contiennent aussi du nitrate de chaux, dont la proportion, oscillant de 0gr, 00081 à 0gr, 22625, devient surtout plus considérable dans celles qui sont versées par les terrains inférieurs de la formation glauconieuse.

Enfin, toutes ces eaux contiennent des traces appréciables de sel et de manganèse, des sels de potasse et de lithium, de l'iode et du brôme, du phosphate d'alumine, et peut-être, je le crois même, des indices de *fluorure de calcium*.

L'auteur termine par des considérations sur les eaux ferrugineuses de cette contrée, dont il indique pour quelques-unes la constitution, puis il démontre que le fer y existe toujours à l'état de crémate et de carbonate ; — que le manganèse y fait rarement défaut, et que le cuivre et l'arsenic se retrouvent aussi, et enfin, dans plusieurs d'entre elles.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Orfila, Henry, Boutron et Boulay.

M. Lesauvage, de Caen, communique par l'entremise de M. Londe, qui en donne lecture, quelques remarques sur une observation de monstruosité par inclusion, envoyée à l'Académie de médecine par le docteur Kulikowski.

La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

— Par décret du président de la République, en date du 13 décembre, le service de santé de l'état-major de la garde nationale de Paris vient d'être organisé de la manière suivante :

MM. Deguise, inspecteur-général du service de santé ;
Filhos, chirurgien principal ;
Huguier, id.
Conneau, id.
Villette, chirurgien-major.
Letalenet, id.
Puche, id.
Chaillou, id.
Philippeau, id.
Parchappe, id.
Blain des Corniers, id.
Tenain, id.

Avis à nos collaborateurs. — Le cahier de janvier 1851 des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, manque aux collections de l'Union Médicale. Nous prions celui de nos collaborateurs à qui ce cahier a été prêté, de vouloir bien le rapporter.

Errata. — En publiant dans un des derniers numéros la composition du bureau de la Société médico-pratique pour 1852, nous avons omis le nom de M. Compérat en qualité d'archiviste.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 7. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 17 Janvier 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. .... 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi .
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 JANVIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

EFFETS GÉNÉRAUX DE L'IODE, PAR M. FOURCAULT ; — CONCLUSION DES TRAVAUX SUR LA MÊME QUESTION, DE M. CHATIN.

Quand une question est soulevée et qu'elle présente quelque chose de neuf et de fécond, ce n'est jamais un homme qui s'en occupe, mais plusieurs qui se jettent à l'envi dans cette voie nouvelle ouverte à l'exploration scientifique. La vérité y gagne toujours. Il est rare qu'un seul esprit ait le privilége presque divin de la voir tout entière. Il faut un concours d'intelligences et surtout de dévoûmens infatigables pour arriver à cet à peu près qui n'est pas la vérité absolue, mais qui s'en rapproche le plus.

Ces réflexions se présentent à l'esprit à propos de tout, et surtout à propos de matières scientifiques. Dans la question du goître et du crétinisme, autour de laquelle tant d'esprit se sont agités, on commence à voir clair, grâce à ce concours de zèles, d'efforts, de savantes investigations dont nous avons pu suivre les périodes depuis deux ou trois années.

On sait comment on a commencé. On se perdait dans l'influence des conditions géographiques, de la profondeur des vallées, de la qualité des eaux. L'iodation des milieux n'était nullement soupçonnée. On ne marchait pas à l'aventure, mais on semblait suivre une voie qui ne pouvait pas conduire à la vérité. Quelques recherches furent faites à la suite, principalement par des membres du haut-clergé du Piémont ; la pensée des influences chimiques commença à y poindre. M. Grange, partant de ces idées nouvelles, et les élaborant de manière à les agrandir, se consacra pendant quelques années, à étudier le sol dans ses rapports avec le développement du goître et du crétinisme, et à relever une carte topographique de ces deux infirmités. On sait ce qu'il trouva. Les terrains dolomitiques, gypseux, tous ceux enfin qui ne portaient pas de l'iode dans leur composition ou qui en contenaient des quantités minimes, correspondaient à des pays habités par des goîtreux et des crétins. Quand cet ordre de terrains manquait, les crétins et les goîtreux manquaient aussi. Puis M. Chatin est venu, découvrant avec une grande science d'analyse chimique, que l'iode était un élément très répandu dans la nature, et à cause de cela, très utile aux conditions normales de l'organisation. De là, à montrer les analogies qui existent entre l'affaiblissement des proportions d'iode et le développement du goître et du crétinisme, il n'y avait qu'un pas, et M. Chatin l'a fait, confirmant de cette manière, et avec des aperçus plus agrandis, parce qu'ils se portaient sur plus d'élémens, les idées justes de M. Grange. Avec MM. Grange, Chatin et quelques autres, il faut compter enfin M. Fourcault, qui a voulu, lui aussi, porter sa pierre à l'édifice, en disant par quel côté il avait vu la question.

Il est impossible de ne pas être d'accord sur l'influence de l'iode dans le développement des difformités physiologiques propres à quelques pays. C'est un fait acquis à la science et désormais irrécusable. Dans sa Note envoyée à l'Académie, M. Fourcault, qui fait l'historique des efforts tentés dans différentes directions pour découvrir des analogies, obscures encore, reconnaît avec tout le monde que le goître et le crétinisme dépendent de causes chimiques. Cette influence de l'iode sur la santé de l'homme, date d'assez longtemps pour être surpris qu'on n'ait pas plus tôt soupçonné les effets qui lui appartiennent. Ainsi M. Boussingault avait remarqué pendant un voyage déjà ancien, dans les Cordillères de la Nouvelle-Grenade, qu'à Sanson, dans la province d'Antiochia, la population était préservée d'affections épidémiques, par l'usage d'un sel iodifère. La lumière est quelquefois allumée pour éclairer la marche de l'espèce humaine dans ses investigations difficiles. Il arrive fréquemment que l'homme n'est pas assez clairvoyant pour en profiter, et même pour mettre cette lumière sous le boisseau. Le fait rapporté par M. Boussingault est en effet resté longtemps inaperçu ; il a fallu que l'attention se fixât sur l'iode et son influence, pour qu'il y prit place au nombre des preuves invoquées pour la démonstration.

D'autres observations ont été rapportées par M. Fourcault, elles donnent à l'iode une influence plus grande encore. En voici deux qui méritent une attention toute particulière. D'après M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, les races d'hommes de la plus haute taille habitent les Archipels ; on les chercherait vainement dans la profondeur des continens. D'après la même autorité, les animaux marins de grande taille ne se trouvent pas près des côtes maritimes ou dans les mers de l'intérieur des terres, comme la Méditerranée ou la mer Noire, par exemple, mais dans les grandes mers comme dans l'Atlantique et l'Océan pacifique. Comme les grandes mers sont très iodées, comme les atmosphères des rivages maritimes surpassent aussi en iodation les atmosphères continentales, ne se pourrait-il pas que l'iode fût pour quelque chose dans le développement physiologique constaté sur les hommes et sur les animaux ? Ce n'est qu'une indication. Un jour conduira-t-elle peut-être à des vues nouvelles et à des résultats inattendus.

La conclusion du travail de M. Fourcault, c'est qu'on fasse de l'iodation le plus possible dans les lieux les moins iodés, et signalés par la coexistence du goître et du crétinisme. Il veut que les populations ne consomment qu'un sel iodifère ; il veut enfin qu'on iodifie les engrais, pour que les terres et les plantes acquièrent une dose plus forte de l'élément chimique qui ne s'y trouve pas représenté en quantité suffisante. Ces conclusions sont identiques à celles présentées par M. Chatin, dans la dernière partie de son travail.

M. Chatin veut, en effet, qu'on iodifie par les engrais, par les irrigations ; en mettant à profit les sources minérales qui portent de l'iode en dissolution, en iodifiant enfin les produits qui servent à alimenter les animaux contribuant à l'alimentation de l'homme. Si cette dernière recommandation était suivie dans cette partie du Jura et du Doubs, où on élève des vaches comme en Suisse pour la fabrication des fromages, il est probable que le goître serait moins répandu dans cette région. Il est vrai que les produits des laiteries sont consommés loin des lieux où on les fabrique ; mais le lait est assez abondant dans ces montagnes, pour qu'il entre pour la plus grosse part dans la consommation.

Ce qu'il y a de remarquable dans la dernière partie du travail de M. Chatin, qui a voulu épuiser la question en ne laissant derrière lui ni faits ni preuves, c'est sa division de la France en zones plus ou moins iodées, avec les moyens de leur donner ce qui leur manque, en tirant des produits des zones voisines ou en utilisant ceux de leur propre sol. Cette étude prouve assurément des recherches consciencieuses et dirigées dans un but que tout le monde applaudira. Il y a sans doute des difficultés d'exécution dans ce plan, dont la réalisation rendrait de si grands services. Ces difficultés peuvent être apla-

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — Nouvelle ornementation du grand amphithéâtre de l'École de médecine de Paris. — Les morts subites d'après les grands journaux. — Une anecdote apocryphe.

S'il faut en croire les journaux, l'ornementation du grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris subirait prochainement de grandes modifications. A la place sans doute de ces grisailles ternes et fort médiocres qui s'étalent sur le mur méridional de cet amphithéâtre, un peintre que les journaux appellent M. Matout, aurait été chargé de peindre trois grandes pages dont voici les sujets : le premier représenterait Ambroise Paré opérant pour la première fois la ligature d'une artère sur un gentilhomme blessé au siége d'Auvillers ; le second, Lanfranc, et non *Laufranc*, donnant sa première leçon orale de chirurgie à l'hospice de Saint-Jacques-la-Boucherie ; le troisième, Desault, et non *Desaltu*, installant la clinique.

J'ai peine à croire à cette nouvelle. D'abord, de ces trois hommes, un seul, Desault, a appartenu à la Faculté de médecine de Paris, comme professeur, et lorsque Desault fonda et installa la célèbre clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, en 1788, il n'était que membre du collége des chirurgiens. Il eut même à lutter contre certaines tracasseries de la part de la Faculté de médecine, qui forcèrent Desault à s'abriter sous le nom d'un docteur pour pouvoir continuer librement les cours particuliers d'anatomie et de chirurgie, très avidement suivis par les élèves, et qui fondèrent sa réputation. Ce ne fut qu'en 1794, un an avant sa mort, lors de la création de l'École de Santé, à laquelle on restitua plus tard le nom de Faculté de médecine, que Desault fut compris parmi les professeurs et institué professeur de clinique chirurgicale. La Faculté, comme on le voit, a peu à revendiquer dans la gloire de Desault, qui était dans toute sa renommée avant de lui appartenir.

Quant à Ambroise Paré, il fallut toute la protection de plusieurs rois de France pour le soustraire aux taquineries et aux petites vexations de la Faculté.

Lanfranc n'est pas Français, il est de Milan. Il est vrai que c'est à la prière de Passavant, doyen de la Faculté de médecine, que cet exilé politique ouvrit à Paris des cours de chirurgie à une époque où cette partie de l'art était encore chez nous dans l'état le plus misérable. Mais enfin ce n'est pas là un trait si éclatant pour la Faculté, qu'il faille en glorifier le souvenir par la peinture.

Et puis, pourquoi trois sujets d'ornementation pris exclusivement dans l'histoire de la chirurgie ? Je concevrais ces peintures sous le portique ou dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu. Est-ce pour rappeler que le monument où siége aujourd'hui la Faculté de médecine a été édifié pour les écoles de chirurgie ? Mais j'ai idée qu'on ne pense pas à ramener la partie médicale de la Faculté à ses écoles de la rue du Fouarre ou de la Huchette, où la Faculté de médecine proprement dite professait encore, pendant que ses puissans rivaux du Collége des chirurgiens, sur les pressantes et actives sollicitations de Mareschal et de Lapeyronie, obtenaient du roi Louis XV l'édification du splendide monument qui abrite aujourd'hui médecine et chirurgie.

En somme, si l'ornementation du grand amphithéâtre doit être refaite, ce à quoi aucun homme de goût ne peut s'opposer, il me semble, c'est mon humble avis, que les murs de la Faculté de médecine peuvent transmettre aussi d'autres souvenirs que ceux des gloires chirurgicales, et que quelques illustrations médicales ne gâteraient rien. Je voudrais aussi, est-ce trop exiger, que ces peintures murales rappelassent quelque grand fait spécial à la Faculté de médecine de Paris, à laquelle je puis me dispenser sans doute d'en indiquer les motifs.

Je remarque d'ailleurs que, depuis quelque temps, nos confrères du grand format n'ont pas la main heureuse dans le récit ou l'exposé des faits qui se rattachent à notre art. Pas plus tard qu'aujourd'hui, outre cette affaire du grand amphithéâtre, je vois une petite nouvelle ainsi conçue : « On remarque depuis quelques jours un grand accroissement dans les morts subites. Les apoplexies foudroyantes sont surtout très communes. On attribue ce résultat à la douceur de la température dont nous jouissons en ce moment. » D'abord, il n'y a ni plus ni moins de morts subites en ce moment qu'à toute autre époque de l'année. Puis, il n'y a pas d'apoplexies foudroyantes, les médecins savent cela, et par des raisons que je n'ai pas besoin de leur dire. Enfin, la douceur de la température serait un motif pour qu'il y ait moins de morts subites en ce moment, car c'est précisément dans les grands extrêmes de température, froid et chaud, qu'on observe le plus fréquemment ces accidens.

En voici une autre du grand format : « Il y a quelques jours M. Rothschild, de Londres, fit demander le célèbre chirurgien Liston — et non pas Lisson — dont il avait à réclamer le ministère. Mais, à la vue de l'instrument tranchant qui devait servir à l'opération projetée, le courage manqua au riche banquier, qui la renvoya à un autre jour, priant d'abord Liston de remettre son couteau dans sa poche. Au jour fixé, il tint bon et se laissa bravement opérer sans souffler mot. La chose faite, le patient se retourna vers Liston et lui dit avec un grand flegme : « Vous avez cru peut-être que j'allais vous payer pour m'avoir fait souffrir ; votre erreur est profonde, et vous n'aurez de moi que ce petit souvenir. » Ce disant, il lui jeta au nez son bonnet de coton, qui n'était pas de première blancheur. Le chirurgien s'en fut, riant de bon cœur de la façon adroite et peu onéreuse dont le banquier israélite usait pour lui payer ses honoraires. Il descendait l'escalier, tenant en main le bonnet dont il était assez embarrassé, lorsqu'en le roulant, il sentit qu'il contenait un objet étranger qui crépitait sous le doigt ; il fouilla la coiffe et en retira un billet de banque de mille livres sterling. Cette façon de s'acquitter est aussi spirituelle que généreuse. » Non, certes ; cette façon de s'acquitter serait fort impertinente. M. Rothschild ne commettrait pas certainement une pareille incongruité de jeter son bonnet de nuit, fût-il bourré de billets de banque, au nez de son chirurgien, et M. Liston, qui était la dignité même, n'aurait pas souffert une pareille inconvenance. Je dis *était ;* en effet, il ne manque qu'une petite circonstance à la vérité de l'anecdote, c'est la possibilité. Or, l'Angleterre a eu le malheur de perdre le chirurgien éminent dont il est ici question, le 7 décembre 1847. Du reste, cette anecdote a déjà couru dans les ana.

Amédée LATOUR.

nies par le gouvernement. Quand il sera constaté que M. Chatin a bien observé, et que les indications qu'il donne sont d'une exécution facile, rien n'est plus simple que de les faire passer à l'état de règlement. Lorsqu'il s'agit d'effacer de la liste des maladies endémiques le goître et le crétinisme, ces difformités, l'une du corps et l'autre de l'intelligence, il n'y a pas d'efforts que l'autorité ne doive être prête à tenter.

Les conclusions dernières de cette dernière partie du travail considérable de M. Chatin, doivent être prévues. Elles ne font que corroborer ce qui est acquis, ce dont personne ne doute désormais, à savoir : que le goître et le crétinisme sont inconnus dans les contrées normalement iodurées, que ces maladies se montrent quand la proportion de l'iode diminue, et qu'en troisième lieu, l'iode est le spécifique du goître.

Il resterait à déterminer maintenant quelles sont les quantités d'iode nécessaires dans le milieu habité par l'homme, pour que celui-ci ne devienne pas goîtreux. La solution de cette question est extrêmement difficile. Des influences antagonistes peuvent à tel point modifier la cause, qu'elle devienne impuissante non seulement à produire, mais à faire pressentir les résultats qui lui sont ordinaires quand elle s'exerce dans toute sa liberté.

Dr Éd. Carrière.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

DU RETOUR DE LA SÉCRÉTION LAITEUSE APRÈS UN SEVRAGE PROLONGÉ;

Par M. A. Gubler, chef de clinique de la Faculté, médecin du bureau central des hôpitaux.

Tout le monde connaît aujourd'hui la déplorable influence du sevrage prématuré et de l'allaitement artificiel sur la vie des enfans. Dans son excellent *Traité d'hygiène* (t. ii, p. 138), M. Michel Lévy déclare l'allaitement artificiel « désastreux » dans les hospices consacrés aux nouveau-nés, funeste dans » les grandes villes, proscrit par les médecins et condamné » par les résultats de la statistique. »

Nous sommes tellement pénétré de cette vérité que, dans le service d'accouchemens dont nous étions provisoirement chargé à l'Hôtel-Dieu, nous insistions toujours auprès des femmes pour les engager à donner le sein, lors même qu'elles devaient confier, quelques jours plus tard, leur enfant à une nourrice étrangère, et malgré les inconvéniens que quelques personnes attribuent à un allaitement commencé.

Aux yeux des hommes compétens, la nourriture au biberon et au petit pot, dans les hospices consacrés aux enfans trouvés, est donc la cause principale de la mortalité effrayante qui règne dans ces établissemens. On peut ajouter, sans crainte d'être contredit, que ce mode d'alimentation est toujours vicieux, quelles que soient les conditions au milieu desquelles on en fait usage.

Ainsi, tandis que, dans la première année de la vie, la mort n'atteint que le quart des enfans nourris à la mamelle, elle frappe au contraire le plus grand nombre de ceux qui subissent un allaitement artificiel. Diminuer le nombre de ceux-ci, ce serait, par conséquent, affaiblir en proportion le chiffre de la mortalité dans le premier âge, et rendre un véritable service à l'humanité.

Or, sans parler des obstacles qui rendent absolument impossible l'allaitement maternel, il est pourtant d'impérieuses circonstances, telles qu'une maladie générale grave, des fissures des mamelons, des abcès mammaires multiples, qui forcent momentanément un grand nombre de femmes à cesser d'allaiter; et toutes n'ont pas une nourrice à leur disposition. Pendant ce temps-là, les enfans dépérissent; et quand leurs mères reviennent à la santé, elles ne songent même pas à leur rendre le sein, sous le prétexte qu'elles n'ont plus de lait.

Depuis longtemps, M. le professeur Trousseau s'est élevé contre ce préjugé partagé par les médecins. Plusieurs fois il a réussi, soit en ville, soit dans son service d'hôpital, à faire reprendre l'allaitement suspendu depuis plusieurs mois, et les résultats dont j'ai été témoin à l'hôpital Necker, me semblent assez heureux pour mériter d'être publiés.

Voici, en substance, quelques-uns de ces faits :

Au no 3 de la salle Sainte-Julie était une femme L..., accouchée pour la seconde fois vers le 20 mars 1847. Elle n'avait pas nourri son premier enfant; elle voulut allaiter le second; mais comme celui-ci devint fort malade dès les premiers jours de sa vie, et que la mère toussait beaucoup, un médecin l'engagea à le sevrer, ce qu'elle fit trois semaines après être accouchée.

Les règles reparurent un instant dans les premiers jours de juin, c'est-à-dire deux mois et demi après l'accouchement.

Cette femme entra à l'hôpital Necker le 10 juin, avec son enfant : elle se portait elle-même très bien, à cela près de quelques étourdissemens. L'enfant était très chétif, très maigre, atteint de diarrhée chronique, et paraissait n'avoir pris aucun développement depuis sa naissance.

Il était évident pour nous que ce malheureux enfant était condamné à périr s'il continuait à être nourri au biberon; d'ailleurs, la compression exercée sur les mamelles de sa mère, faisait sortir une gouttelette d'un liquide lactescent. Aussi M. Trousseau prescrivit-il, avant toute chose, le retour à l'allaitement naturel.

Dès le 11, la mère essaya de donner le sein à son enfant, qui le prit très volontiers. Toutefois, le lendemain, il n'était venu encore que très peu de lait; mais après le deuxième jour, la montée du lait se fit sentir des deux côtés d'une manière très manifeste. Le quatrième jour, le lait monta assez vivement pour que l'enfant pût s'en contenter, et déjà sa santé s'était améliorée. Le mieux se prononça tous les jours davantage, et la santé finit par se rétablir complètement, avec l'aide des moyens les plus simples.

La sécrétion laiteuse s'est donc rétablie, dans ce cas, deux mois après avoir été suspendue.

Chez une autre femme, couchée au no 2 de la salle Sainte-Julie, nous avons vu l'enfant reprendre le sein et la sécrétion du lait se rétablir un mois après le sevrage.

Enfin, nous avions, au no 5 de la salle Sainte-Cécile, une jeune femme très bien portante d'ailleurs, qui avait sevré son enfant, âgé de six mois, pour je ne sais quel motif. L'enfant supporta mal le sevrage et sa santé alla toujours déclinant jusqu'au moment où il entra à l'hôpital.

Il avait alors dix mois; il était sevré depuis quatre.

Comme M. Trousseau faisait observer à cette femme que la cessation prématurée de l'allaitement avait été la cause des accidens qui existaient actuellement chez son enfant, elle essaya à lui donner de nouveau à téter : l'enfant reprit le sein sans difficulté. Dès le premier jour il y eut un peu de sécrétion laiteuse; huit jours plus tard, le lait était revenu aussi abondant qu'auparavant et la santé se rétablissait.

A ces trois cas observés à l'hôpital, nous joindrons un fait dont MM. Trousseau et Pidoux ont été témoins en ville. Il s'agit d'un jeune enfant qui avait été sevré vers huit ou neuf mois et dont la santé s'était depuis lors gravement altérée. Deux mois plus tard, toutes les médications devenant inutiles, on conseilla aux parens de recourir de nouveau à l'allaitement naturel. L'enfant éprouva, les deux premiers jours, beaucoup d'aversion pour le sein; mais on lui refusa toute alimentation, et il se remit à téter. Bientôt la sécrétion du lait, qui n'avait pas été sollicitée depuis deux mois, redevint plus abondante même que par le passé, et la santé de l'enfant en ressentit la plus heureuse influence. Cette nourrice n'avait pas eu ses règles.

Il reste donc prouvé que les glandes mammaires, après plusieurs mois de repos, peuvent recommencer à sécréter du lait, et que leur activité fonctionnelle peut alors égaler ou même surpasser celle dont elles étaient douées dans les premiers temps qui ont suivi la parturition.

Pour quiconque a étudié l'histoire de la sécrétion mammaire à un point de vue général, ce résultat, d'ailleurs si remarquable, n'a rien de surprenant. Les femmes qui ont nourri beaucoup d'enfans, les médecins chargés des services de nourrices dans nos hôpitaux, savent à merveille que les nouveau-nés, à quelque sexe qu'ils appartiennent, offrent constamment, dès les premiers jours de leur existence, un engorgement mammaire avec sécrétion lactée. Nous avons tous les jours l'occasion de constater ce phénomène dans le service des femmes en couche de l'Hôtel-Dieu. Quelquefois la quantité du liquide est telle, qu'on le fait jaillir à une grande distance, en comprimant la mamelle. Son opacité est plus ou moins grande. En l'examinant au microscope, j'ai constaté, après M. Donné, qu'elle était due aux globules gras caractéristiques du lait proprement dit.

A une autre époque de la vie, à l'approche de la puberté, la même poussée se reproduit dans les deux sexes. Pour être incomplète et comme avortée chez les jeunes garçons, elle n'en est pas moins très réelle et s'accompagne parfois d'une tension douloureuse dans les organes qui en sont le siége. Le 12 décembre courant, un jeune garçon de 14 à 15 ans s'est présenté à la consultation publique de l'Hôtel-Dieu pour un cas de ce genre. La mamelle droite, qui était la seule engorgée, avait au moins 3 centimètres de diamètre, et était le siége d'une sensibilité très vive accompagnée d'une nuance rosée de la peau.

Plusieurs d'entre nous ont eu sans doute, dans leur jeunesse, l'occasion d'observer ce curieux phénomène soit sur eux-mêmes, soit sur quelques-uns de leurs camarades. Je dois ajouter toutefois que, dans le cas particulier auquel je fais allusion en ce moment, la glande ne laissait pas suinter la moindre quantité de liquide, même sous une pression assez forte.

Ces faits, purement physiologiques, apparaissant dans des conditions normales, servent pour ainsi dire de transition aux cas beaucoup plus extraordinaires, et presque merveilleux, de sécrétion laiteuse abondante, observés chez des vierges et même chez des hommes. Le hasard nous a fait rencontrer encore dernièrement, à l'Hôtel-Dieu, au no 29 bis de la salle St-Louis, un homme de 45 ans environ, qui offrait un engorgement douloureux des mamelles, surtout de la gauche, dont on faisait sourdre par la pression de très petites gouttelettes d'un liquide séreux. C'est le second exemple dont je suis témoin; et, pour le dire en passant, le dernier sujet ne présentait en aucune façon cette atrophie des testicules, qu'un interne distingué, M. Gaillet, a vu coïncider, dans deux ou trois circonstances, avec le développement exagéré des mamelles.

En définitive, si la sécrétion laiteuse peut avoir lieu en dehors de l'état puerpéral, si elle peut apparaître exceptionnellement dans le sexe masculin, à plus forte raison doit-on la rappeler facilement chez des femmes que quelques mois à peine séparent du moment où elles sont devenues mères.

Dans nos observations, le terme de quatre mois, depuis le sevrage, a été le plus long; mais rien n'indique que la sécrétion du lait ne puisse se reproduire après un laps de temps plus considérable encore : la limite est impossible à prévoir.

Dans trois cas, les enfans n'ont fait aucune difficulté pour reprendre le sein. Le quatrième a seul manifesté une aversion dont on n'a pas tardé à triompher, en lui refusant toute autre alimentation. Cet éloignement de la part de l'enfant ne saurait donc jamais constituer un obstacle sérieux.

Quant au rétablissement de la menstruation, il est probable qu'il ne s'opposerait nullement au retour du lait, puisque l'une des femmes chez qui nous avons observé ce retour avait eu ses règles quelques jours auparavant.

Ces faits portent avec eux leur enseignement; nous n'insisterons pas sur leur importance au point de vue de la pratique médicale. Qu'il nous suffise de les avoir signalés à l'attention de ceux dont la mission est de prévenir le mal aussi bien que d'y porter remède.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 13 Janvier 1852. — Présidence de M. Mélier.

M. Marchal (de Calvi) présente un malade sur lequel il a pratiqué la résection d'une notable portion de la septième côte :

Un soldat du 53me de ligne, étant à Orléansville en 1847, fit une chute de la hauteur de sept à huit pieds, et, dans cette chute, le côté droit de la poitrine, à trois travers de doigt au-dessous du sein, porta sur le bout d'un fort piquet de bois planté en terre. La douleur fut violente, et, pendant quinze jours, le blessé eut des crachemens de sang. On le saigna à l'hôpital d'Orléansville et on lui appliqua 120 sangsues en deux fois. Il se forma néanmoins une tumeur considérable qui fut ouverte un an après à l'hôpital militaire de Lyon, et de laquelle s'écoula environ un demi-litre de pus.

Après plusieurs mois de séjour à l'hôpital militaire de Lyon, le malade entra à l'hôpital d'Auxerre; puis il vint à Paris, où il fut admis successivement à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à la Pitié, finalement à l'hôpital Saint-Louis. Partout on reconnut l'existence d'une lésion costale entretenant de nombreux trajets fistuleux, et l'on essaya un grand nombre de moyens qui n'eurent pas de bons effets. Ce fut alors que le blessé entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans la division de M. Marchal (de Calvi). Après l'emploi infructueux de divers traitemens anti-diathésiques, par le mercure, l'iode et le soufre; après avoir essayé de réduire l'inflammation par les antiphlogistiques réitérés; après avoir, sans succès, fait appliquer, aux limites de l'engorgement, huit cautères qui furent entretenus pendant deux mois; après avoir enfin cautérisé la côte profondément avec le fer rouge, toujours sans résultat avantageux, le chirurgien se trouva placé dans l'alternative suivante : ou bien laisser le malade livré, soit aux chances d'une intarissable suppuration, soit à l'éventualité d'une hépatite par propagation de l'inflammation de dehors en dedans, ce qui avait déjà eu lieu deux fois; ou bien pratiquer une opération grave : la résection de toute la partie altérée de la septième côte. Le choix ne pouvait être douteux, et M. Marchal pratiqua cette opération. Deux pouces environ de la côte, extrêmement épaissie, furent enlevés, tant au moyen de la scie à chaînettes qu'à l'aide de la gouge et du maillet. Au bout d'un mois, la cicatrisation était parfaite; on voit, sur le malade soumis à l'examen de l'Académie, la paroi thoracique, réduite aux parties molles, s'élever et s'abaisser dans l'inspiration et l'expiration.

Un point qui mérite d'être spécifié dans le procédé opératoire suivi par M. Marchal, c'est la séparation de la côte d'avec la plèvre sous-jacente au moyen de l'aiguille de Deschamps, glissée à plat sous l'os, quand celui-ci eût été scié en avant et qu'il s'agissait de le diviser en arrière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 14 Janvier 1852. — Présidence de M. Larrey.

Après la lecture du procès-verbal, M. Demarquay dit qu'un médecin de Paris, qui avait lu le compte-rendu que nous avons publié dans l'Union Médicale, lui a assuré avoir fait l'autopsie d'une femme morte subitement pendant les suites de couches; la seule lésion qu'il ait trouvée consistait en un épanchement séreux très marqué dans le *septum lucidum.*

M. Roux, nommé par acclamation membre honoraire de la Société, est présent à la séance.

M. le professeur J. Cloquet demande également le titre de membre honoraire, en adressant un exemplaire de ses ouvrages. Cette demande est accueillie à l'unanimité.

Rapport. — M. Maisonneuve fait un court rapport sur trois observations manuscrites envoyées par M. Fleury, chirurgien de marine, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant de la Société.

La première observation est relative à un cas de calcul salivaire développé dans le conduit de Warthon. L'extraction, qui fut très simple, fut suivie d'une prompte guérison.

La deuxième offre un exemple intéressant d'un corps étranger (un morceau de verre) qui séjourna huit mois dans la paume de la main. M. Fleury en a fait l'extraction.

La troisième, enfin, est relative à une désarticulation de l'épaule, opérée avec succès par M. Fleury. Le procédé suivi par ce chirurgien se rapproche de celui de Larrey, tel qu'il a été modifié par M. Robert.

Après une courte discussion sur les conclusions du rapport, M. Fleury est nommé membre correspondant.

Tumeur de nature douteuse située dans l'épaisseur du voile du palais; — examen anatomique; — considérations sur les altérations des glandules salivaires.

Une discussion intéressante s'est engagée à la Société à la suite d'une

communication de M. Michon. — Nous allons d'abord reproduire le fait tel qu'il a été exposé par cet habile chirurgien, et nous essaierons de donner une rapide esquisse des opinions et des observations qui ont été émises consécutivement.

Incidemment, M. le professeur Roux, payant pour ainsi dire sa bienvenue dans le sein de la Société, a communiqué plusieurs faits intéressans de maladies du sinus maxillaire. Nous dégagerons de la discussion générale cette partie de la séance qui ne se rattache pas absolument aux faits qui y avaient donné lieu.

Observation. — Dans le service de M. Michon, se trouvait une malade qui présentait une tumeur grosse comme un œuf de poule, logée presque en totalité dans l'épaisseur du voile du palais. Elle gagnait en arrière l'isthme du gosier et avait refoulé la face postérieure du voile du palais vers la paroi postérieure du pharynx. En haut, elle remontait vers la partie postérieure de la voûte palatine, et, soulevant la muqueuse, elle s'était glissée au-dessous d'elle et semblait tout à fait adhérente aux os. En bas et en dehors, elle s'appuyait sur l'apophyse ptérygoïde, et on pouvait craindre qu'elle n'y adhérât. Du reste, indolore, elle ne déterminait par sa présence que des accidens purement mécaniques. Elle était dure, immobile, enchâssée et bridée qu'elle était par la muqueuse palatine. Elle datait de dix ans. Un charlatan, consulté il y a quelques années, avait fendu cette tumeur et l'avait brûlé ensuite, sans qu'il en sortît du sang. De ces opérations était résultée une adhérence entre la face antérieure de la tumeur et la muqueuse. Quelle était la nature de cette affection ? Ce n'était évidemment pas une tumeur sanguine. L'opération inintelligente qu'on avait faite aurait, dans ce cas, déterminé une hémorrhagie. Était ce un cancer ? La malade était restée dans un état de santé tout à fait satisfaisant. Il n'y avait pas de douleur. La tumeur, lisse, égale, offrait partout la même consistance. Son immobilité et sa dureté pouvaient faire croire à une tumeur de nature fibreuse ou fibro-plastique adhérente aux os. Restait à savoir sur quel point se trouverait son pédicule, si elle en avait, et enfin si c'était un polype fibreux parti d'abord des fosses nasales qui se trouvaient obstruées en arrière.

Ce fut donc au milieu de ces doutes que M. Michon, en présence de plusieurs chirurgiens, se décida à faire une opération qui devenait urgente.

Une première incision verticale fut faite sur la tumeur, puis une autre transversale à sa partie la plus élevée. Et quand on fut arrivé aussi sur l'altération elle-même, on reconnut qu'il n'existait aucune adhérence, et le chirurgien put, avec le doigt, dégager la tumeur de toute part et l'énucléer. L'opération fut simple et rapide, et quoiqu'elle ne date que de quelques jours, la malade est en voie de guérison.

Examen de la tumeur. — En examinant la tumeur à l'œil nu, on pouvait immédiatement reconnaître qu'elle avait l'aspect d'une glande hypertrophiée. Elle contenait quelques follicules remplis d'un liquide filant. L'étude microscopique permit de constater d'une manière positive la structure glanduleuse. On avait donc affaire ici à une de ces tumeurs comme on en a décrit depuis quelques années sur presque toutes les glandes, tumeurs prises, jusqu'alors, pour des affections cancéreuses; tandis qu'elles ne sont, en définitive, que le résultat d'une hypertrophie. Ces hypertrophies se sont montrées surtout sur la glande mammaire et sur la parotide.

Les nombreuses glandules salivaires, dites *glandulæ minores*, qui sont situées sous la muqueuse buccale, peuvent donc subir ces altérations, et bien des tumeurs de nature douteuse se trouvent ainsi classées. Voici, du reste, que le jour se fait sur cette question, et si le microscope n'a pas en toutes choses rendu de grands services, dans cette circonstance on en tirera grand parti.

Le surlendemain de l'opération que nous venons de décrire, M. Michon fut consulté par une jeune fille qui portait à la lèvre une tumeur; déjà deux fois on avait opéré cette malade. Cette tumeur était dure, résistante, arrondie, située sous la muqueuse. M. Michon l'enleva; elle s'énucléa avec facilité et on reconnut encore des granulations et l'aspect de glandules salivaires.

M. Nélaton, comme M. Michon attache une haute importance à ces faits, qui, au point de vue de diagnostic et du pronostic, sont appelés à avoir une grande valeur.

Du reste, ces tumeurs ne sont pas excessivement rares; et maintenant que l'attention est éveillée, les faits se multiplieront. Pour son compte, M. Nélaton en a vu deux, et peut-être d'autres encore, qu'il n'a pas pu reconnaître. Un de ces derniers cas a été observé sur un malade admis à l'hôpital des Cliniques. La tumeur, absolument semblable pour le volume et pour la forme à celle que nous venons de décrire, avait été vue par plusieurs chirurgiens, qui avaient pensé qu'elle était de nature fibreuse, adhérente aux os, et qu'elle pénétrait dans les fosses nasales.

M. Nélaton, qui avait déjà rencontré et disséqué une tumeur de ce genre, ne partageait pas cette manière de voir; il se contenta d'une simple incision, et la tumeur fut facilement énucléée.

Le premier fait qui s'offrit à l'observation de M. Nélaton est le suivant; M. Michon a vu cette malade :

Il y a environ quatre ans, ce chirurgien fut consulté pour une jeune religieuse portant également dans l'épaisseur du voile du palais une tumeur grosse comme une petite pomme. La nature de cette tumeur paraissait très suspecte, et M. Nélaton s'attendait à avoir une très grave opération à pratiquer; il était même assez disposé à inciser la commissure labiale pour se donner plus de facilité. Persuadé qu'il était nécessaire de sacrifier le voile du palais, qu'il considérait comme atteint de dégénérescence, il fit une première incision comprenant toute l'épaisseur de cet organe, et le divisant dans toute sa hauteur sur la ligne médiane.

Une autre incision transversale partant de la partie supérieure de cette première incision et suivant du côté de la tumeur le bord postérieur de la voûte palatine, ne comprenait que la partie antérieure de la muqueuse du voile du palais. Ceci fait, l'opérateur reconnut que la tumeur, ainsi débridée, était très peu fixée aux tissus voisins; passant alors le doigt en arrière d'elle, il acquit la conviction qu'elle n'adhérait ni aux os, ni à la muqueuse; il put dès lors la dégager avec facilité et l'opération fut terminée. Le voile du palais avait été divisé inutilement. Plus tard, M. Nélaton fut obligé de pratiquer la staphylorraphie.

Quant à la tumeur, son examen ne pouvait laisser aucun doute sur sa nature. Contre toute attente, on reconnaissait manifestement qu'elle était formée par une glandule hypertrophiée.

Ce premier fait avait dû mettre M. Nélaton en garde contre une nouvelle erreur de diagnostic, et c'est pour cela qu'il n'hésita pas dans le second cas à repousser l'idée d'une affection de mauvaise nature, et à se contenter d'une opération des plus simples.

M. Maisonneuve, en quelques mots, rappelle que les hypertrophies des glandes salivaires ne sont pas très rares. M. Robert a réuni des faits assez nombreux, et pour son compte il a pu deux fois faire l'ablation de tumeurs de ce genre développées sur la glande parotide; les deux faits auxquels il fait allusion offrent ceci de remarquable, c'est que sur les deux malades une première opération avait été faite et que l'on avait cru avoir affaire à une affection squirrheuse, ce qui faisait considérer la reproduction de la maladie comme cas de récidive.

M. Michon insiste sur ce point, que les hypertrophies dans les glandes salivaires ne sont pas rares et sont actuellement suffisamment connues; mais ce qui est encore peu connu, c'est le développement hypertrophique aussi considérable des glandules; et c'est là surtout ce qu'il faut signaler à l'attention du chirurgien.

M. Huguier reconnaît toute l'importance des observations de MM. Michon et Nélaton. C'est une bonne voie qui sera fructueuse pour la thérapeutique chirurgicale; il faut la suivre avec soin. Il a eu dernièrement à enlever à la face interne des lèvres une tumeur grosse comme une noisette, qu'il prenait pour un kyste. A l'examen microscopique, il reconnut qu'elle était formée par une agglomération de grandules hypertrophiées.

Les glandules, qui se rencontrent très nombreuses, surtout sous la muqueuse qui tapisse le voile du palais, peuvent offrir une altération qui serait pour ainsi dire le premier degré de ces hypertrophies. Seulement, dans ces cas, toutes les glandules seraient malades en même temps. M. Huguier signale cette maladie qui acquiert quelquefois des proportions très marquées; alors le voile du palais a perdu sa coloration, il est jaunâtre, on le voit semé d'inégalités, et il se fait à sa surface une sécrétion muqueuse filante, tenace, dont la présence fatigue extrêmement les malades. C'est, dit M. Huguier, une hypertrophie en masse des glandules du palais. Le voile du palais est gonflé, et il y a ceci de remarquable que le gonflement n'envahit pas le raphé, qui alors fait une dépression médiane verticale.

Dans tous les cas de tumeur de ce genre connus jusqu'à ce jour et opérés, nous ferons remarquer l'innocuité de l'opération, M. Demarquay, qui dit avoir vu deux fois M. Blandin enlever des tumeurs aussi situées dans l'épaisseur du palais, a eu dans un de ces deux cas à combattre une hémorrhagie très grave consécutive à l'opération; ce fait est important et doit être signalé; mais pour lui donner une plus grande valeur, il serait nécessaire de savoir s'il s'agissait bien de tumeurs glandulaires.

M. Lenoir a vu dernièrement une dame qui portait sous la muqueuse buccale, au point où elle passe des joues sur le maxillaire, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon; une dent mauvaise se trouvait à ce même niveau, si bien que M. Lenoir croyait à un abcès chronique en communication avec le fond de l'alvéole. Un dentiste avait appelé cette tumeur un ganglion, et avait engagé la malade à aller trouver un chirurgien pour la faire enlever.

M. Lenoir, bien convaincu que c'était un abcès, fit une incision, mais il ne sortit rien, alors agrandissant l'ouverture, il enleva facilement la tumeur. Il n'y eut pas d'hémorrhagie; la guérison fut rapide, et, comme dans les cas précédens, à l'œil nu et au microscope, on reconnut que la partie enlevée était formée par des glandules hypertrophiées.

Quelques considérations sur les tumeurs développées dans le sinus maxillaire.

M. Roux ayant eu l'occasion, depuis une année, de voir quatre cas de tumeurs développées dans le sinus maxillaire supérieur, tumeurs qu'il a dû opérer, a reconnu que bien souvent ces maladies qui, consécutivement, altéraient les os et les déformaient ou les usant, n'étaient en définitive, que des maladies de la muqueuse et, pour les détruire, on peut avantageusement se dispenser d'enlever une partie du squelette de la face.

M. Roux donne une analyse des observations qu'il a recueillies depuis; il insiste surtout sur la dernière, qui est relative à une jeune fille. Le sinus maxillaire droit était envahi par la tumeur qui offrait au dehors le volume d'un œuf; deux dents étaient ébranlées, un jet de la tumeur faisait saillie à la voûte palatine, en partie détruite. M. Roux éclairé par les faits précédens, diagnostiqua une tumeur fongueuse de la muqueuse qui tapisse le sinus, sans altération organique des os. Il ne voulut donc pas amputer le maxillaire supérieur, il se contenta de se donner du jour pour pénétrer dans le sinus, et il parvint facilement à enlever la totalité des fongosités. A l'examen anatomique, on reconnut qu'il n'y avait pas de cancer. M. Roux signale l'importance de ces observations qui démontrent que bien souvent on pourrait ménager les os qui restent sains au milieu de ces désordres, n'ayant subi qu'une véritable usure mécanique.

M. Libert, à l'appui des observations de l'honorable chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dit avoir examiné l'année dernière un maxillaire supérieur enlevé en totalité comme cancereux. A l'aide du microscope, il reconnut qu'il n'y avait aucune trace de cancer, la tumeur était formée par une hypertrophie de la muqueuse, des glandules et des papilles.

M. Roux cite, en terminant, une observation de tumeur fibreuse qu'il a extirpée sur le coude-pied. Le diagnostic n'avait pu être établi avant l'opération,

A la fin de la séance, M. Demarquay présente un appareil ingénieux, construit par M. Garriel, pour remédier aux accidens et aux douleurs qui résultent pour les malades, dans les cas de fractures de jambe, de la pression subie par le talon. Cet appareil est fait en caoutchouc vulcanisé.

Dr Ed. Laborie.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Décembre 1851.

Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle, et sur son traitement; par le docteur L. Gosselin, chef des travaux anatomiques et agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, etc.

Dans ce mémoire, destiné à éclairer l'histoire de l'hydrocèle et de l'hématocèle, l'auteur a étudié surtout les fausses membranes dont la présence a été rapportée à des causes assez diverses. On trouve souvent, dit-il, des fausses membranes dans la tunique vaginale, et elles y présentent des variétés sous le rapport de leur situation, de leur degré d'organisation et de leur épaisseur. Les unes minces et complètement organisées, établissent le plus souvent des adhérences entre les deux feuillets de la séreuse. Ces adhérences sont générales ou partielles : dans le premier cas, la cavité vaginale disparaît; dans le second, il en résulte des modifications dans l'étendue et les dispositions naturelles de la poche; on les rencontre surtout au voisinage du bord externe de l'épididyme, où elles se présentent sous forme de bandelettes verticales, plus ou moins espacées, qui rétrécissent quelquefois d'une manière remarquable la grande ouverture que forme la séreuse pour aller tapisser la face inférieure de l'épididyme. La présence des fausses membranes explique les arrière-cavités sous-épididymaires que l'on rencontre parfois dans l'hydrocèle. Il est peu de sujets adultes et de vieillards sur lesquels on ne rencontre de ces adhérences partielles établies par de fausses membranes très minces, qui diffèrent peu du feuillet pariétal de la séreuse. Ces productions sont la conséquence de phlegmasies légères et souvent inaperçues de la tunique vaginale. Les autres, ou fausses membranes de la deuxième variété, celles qui sont épaisses et incomplètement organisées, sont plus rares que les précédentes; mais elles sont beaucoup plus utiles à étudier parce qu'elles compliquent gravement l'hydrocèle et l'hématocèle.

Sous le point de vue anatomo-pathologique, ces dernières fausses membranes sont remarquables par leur situation et leur étendue; elles tapissent tout le feuillet pariétal de la séreuse et se prolongent quelquefois, mais rarement, sur le feuillet viscéral, ou, si l'on veut, sur le testicule lui-même. Au lieu d'occuper, comme les précédentes, quelques points circonscrits, au niveau desquels elle établirait des adhérences anormales, la fausse membrane est ici comme un revêtement nouveau sur-ajouté aux tuniques naturelles, et double la séreuse à la manière d'une écorce. Sa face interne est ordinairement rugueuse, inégale, d'un aspect comme chagriné, en rapport avec le liquide contenu dans la cavité. Lorsque c'est du sang, elle est tapissée par les caillots fibrineux rouges ou blancs, qu'il est toujours facile de distinguer de la pseudo-membrane, parce qu'ils sont plus mous, plus faciles à détacher et qu'ils ne sont pas organisés. D'autres fois, on trouve, au lieu de caillots ou mélangées avec eux, des exsudations plastiques blanches et molles. La face externe est appliquée sur la séreuse et la double, unie qu'elle est à la séreuse par un tissu cellulaire lâche, assez facile à déchirer, excepté au niveau du testicule, où le décollement n'est plus possible. Tunique séreuse, au-dessous, habituellement un peu épaissie et dépourvue d'épithélium, assez facile à séparer d'un autre feuillet qui est en dehors et qui est la tunique fibreuse commune doublée par le crémaster. L'épaisseur et la consistance de la fausse membrane sont très variables : ainsi elles peuvent différer peu de celles de la tunique vaginale normale, c'est-à-dire que l'épaisseur n'atteint pas un millimètre et que le tissu de nouvelle formation est souple, flexible et revient aisément sur lui-même après l'évacuation du liquide. D'autres fois, la pseudo-membrane est épaisse de plusieurs millimètres, est moins souple, ne revient pas facilement sur elle-même. D'autres fois encore, elle est très épaisse, très dense et inflexible à la manière d'une coque. A l'œil nu, l'aspect de la fausse membrane est celui d'un tissu fibreux très dense, ou d'un tissu fibro-cartilagineux; mais ce n'est qu'une apparence, car la couleur n'est pas tout à fait celle des fibro-cartilages, et la vascularisation est beaucoup plus abondante que dans ces derniers; en même temps il y a plus de dureté que dans les séreuses, une stratification et une couleur rougeâtre qui n'appartiennent pas aux membranes fibreuses. Au microscope, on ne découvre que des fibres courtes, étroites, non réunies en faisceaux, quelquefois très peu nombreuses et comme perdues au milieu d'une matière amorphe, et dans certains cas, par place, des élémens calcaires disséminés qui feraient croire à un commencement d'ossification. Les pseudo-membranes renferment enfin des vaisseaux sanguins qui se continuent avec ceux de la tunique vaginale normale.

Les enveloppes normales ne présentent rien de particulier : il n'en est pas de même du testicule, de l'épididyme et du canal déférent, dont les modifications ne paraissent pas avoir été suffisamment étudiées jusqu'à ce jour. Le testicule est le plus ordinairement situé à la partie supérieure et postérieure de la poche, mais on l'a rencontré quelquefois à la partie antérieure, disposition qui peut conduire à une lésion inévitable et imprévue de l'organe; d'autres fois, il reste à la partie inférieure de la tumeur qui se développe au-dessus de lui et paraît en être distincte. Le testicule n'est pas toujours saillant dans la cavité; il est souvent aplati et refoulé dans l'épaisseur des autres enveloppes et ne fait plus aucun relief qui permette au doigt, porté dans l'intérieur de la poche, de constater sa présence; dans ces cas, il a presque toujours perdu sa forme et même de son volume. L'épididyme est quelquefois à sa place naturelle, le long du bord postéro-supérieur du testicule; d'autres fois, il s'en est éloigné de 2, 3, 4, 5 cent. et même plus, aux dépens du corps surtout, représentant par conséquent une courbe à convexité externe et supérieure, à concavité interne et inférieure; cette disposition l'expose à être coupé et emporté dans les opérations par excision, telles que les ont conseillées et pratiquées le plus grand nombre des chirurgiens. L'épididyme est d'ailleurs modifié dans sa texture : les flexuosités de son conduit sont moins serrées; les groupes qu'elles forment sont plus espacés que dans l'état normal; les cônes de la tête divergent, s'effacent en partie et se déroulent par suite de la distension; les vaisseaux afférens s'allongent considérablement. Le canal déférent et les autres élémens du cordon spermatique peuvent s'écarter au loin et se dissocier, comme pour l'hydrocèle ordinaire.

Quant au liquide renfermé dans la tunique vaginale, il est quelquefois séreux et citrin; d'autres fois épais et mucilagineux, le plus souvent rouge foncé, semblable à une dissolution de chocolat cuit, à de la lie de vin, quelquefois noir comme une infusion de café; dans d'autres cas verdâtre. Il peut renfermer une plus ou moins grande quantité de cristaux cholestériques visibles à l'œil nu; il est en général plus épais et

moins coulant que la sérosité, mais cependant peut trouver une issue par la canule du trois-quarts. Quelquefois des grumeaux fibrineux et même des caillots rouges sont mélangés avec lui.

Abordant ensuite la pathogénie, l'auteur établit que les causes de l'épaississement pseudo-membraneux sont toutes celles qui peuvent donner lieu à une vaginalite chronique sourde et longtemps inaperçue. La maladie est quelquefois spontanée ou de cause interne; d'autres fois, elle est consécutive à une orchite ou à une épididymite chronique, la phlegmasie se propageant alors par continuité du tissu des organes aux enveloppes; ou bien enfin elle est d'origine traumatique, soit qu'elle ait été, comme on l'observe quelquefois, produite par l'injection d'une hydrocèle ordinaire qui n'a pas provoqué une inflammation adhésive franche, soit que le scrotum ait été soumis à une contusion violente ou à une contusion légère, mais souvent répétée, comme celle qui résulte de l'équitation.

Les symptômes de cette affection sont les suivans : tumeur à marche lente, de forme arrondie, souvent indolente, quelquefois douloureuse par instans ou même continuellement, plus lourde que l'hydrocèle ordinaire, plus légère que le sarcocèle, non transparente, d'une fluctuation souvent obscure et douteuse, sans gonflement du cordon spermatique. Si l'épaississement est au premier degré, c'est-à-dire si la fausse membrane n'est encore ni très épaisse, ni très dure, la fluctuation est facile à trouver. Si en même temps le liquide est séreux, il y a quelquefois de la transparence. Lorsque l'épaississement est au deuxième et au troisième degrés, la tumeur peut quelquefois, en s'affaissant sur la première et revenant sur elle-même, donner la sensation de parchemin.

Le diagnostic est souvent obscur; il ne devient ordinairement positif qu'à la suite d'une ponction exploratrice qui, après avoir donné issue à un liquide brunâtre, permet de pincer les enveloppes entre les doigts, d'apprécier leur épaisseur et leur consistance; on sent en outre qu'après l'évacuation la tumeur s'affaisse incomplètement ou ne revient que très lentement sur elle-même. Il vaut mieux, en général, ne faire cette ponction exploratrice qu'au moment où l'on est sur le point de procéder à l'opération définitive. Abandonnée à elle-même, la tumeur fait des progrès plus ou moins rapides, suivant que la fausse membrane est plus ou moins dure et résistante. L'un de ses caractères les plus remarquables, c'est la facilité avec laquelle elle arrive à suppuration, à la suite des plaies les plus simples; mais sa gravité principale est due à ce qu'elle réclame une opération plus compliquée et plus grave que l'hydrocèle simple.

Arrivant au traitement, l'auteur repousse d'abord la *cure palliative* comme inapplicable et même dangereuse dans ses conséquences. Les *injections iodées* lui paraissent pouvoir être essayées dans les cas douteux, lorsqu'après l'évacuation du liquide on ne trouve pas un épaississement bien évident. L'*incision simple* a l'inconvénient d'exposer à une inflammation de mauvaise nature, à des accidens graves et même à la mort, toutes choses d'autant plus à craindre que la tumeur est plus volumineuse et la pseudo-membrane plus mince. L'*excision* a sur l'incision l'avantage de faire disparaître l'organe dangereux, celui dont la phlegmasie est grave et quelquefois mortelle, celui dont la présence retarde la guérison; mais son exécution est mal décrite et mal précisée. Les *incisions multiples* ne paraissent pas encore assez sûres dans leur exécution et dans leurs résultats. La *castration* a le grand inconvénient d'obliger les malades à un sacrifice pénible. Enfin l'auteur propose une opération nouvelle *par ablation de la fausse membrane* ou *décortication* qui se compose de deux temps : 1° l'*ouverture de la poche* dans laquelle on divise les tissus couche par couche dans une incision verticale, et lorsqu'il n'en reste plus qu'une petite épaisseur, on plonge le bistouri au bas de l'incision; le liquide écoulé, on agrandit l'incision de bas en haut avec un bistouri boutonné; 2° le *décollement de la fausse membrane* que l'on opère avec les doigts ou un autre corps mousse; 3° l'*excision* avec le bistouri ou mieux des ciseaux, de la fausse membrane décollée, au niveau du point où elle reste adhérente. Le pansement se fait comme à la suite de la castration. Les avantages principaux de cette opération sont, d'après M. Gosselin : 1° de ne pas exposer à la lésion des organes sécréteurs et excréteurs du sperme; 2° d'éviter les accidens inflammatoires graves que l'on observe à la suite des incisions; 3° de procurer une guérison aussi prompte qu'à la suite de la castration.

Observation de farcin chronique, avec guérison probable; par le docteur Ad. Richard, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, et E. Foucher, aide d'anatomie à la même Faculté, interne à la Charité.

Cette observation est relative à un palefrenier âgé de 28 ans, chez lequel, dans les premiers jours d'août, des boutons poussèrent au fondement; plusieurs autres grosseurs se montrèrent successivement aux jambes, à la poitrine, au dos, à la face, etc. A son entrée à la Charité, dans le service de M. Velpeau, indépendamment d'un empâtement superficiel en haut et en dedans de la cuisse droite, violet à sa surface, couvert de quelques lamelles épidermiques et dont le centre était occupé par une petite escarrhe brune, peu saillante et peu épaisse, facile à détacher et couvrant un enfoncement ou godet grisâtre, d'où suintait une substance glutineuse à peu près incolore, il existait deux tumeurs du volume d'un œuf de pigeon, fluctuantes, s'enfonçant dans la profondeur de la peau, occupant, l'une au-dessus de l'autre, la moitié interne de la fesse droite; une troisième, située au-dessus de la base du sacrum du même côté, ressemblait à un anthrax ou mieux à une gomme prête à s'ouvrir. Elle se vida quelques jours après, en fournissant une faible quantité de pus mal lié, et laissa à sa place un petit noyau semblable à un gros tubercule d'acné. En même temps, le sommet des abcès de la fesse se perça, mais rien n'en sortit; et ce fut dix jours après que M. Velpeau ponctionna le foyer le plus inférieur et donna issue à 30 grammes environ d'un pus épais, bien lié, mélangé à une grande quantité de sang. Trois jours après son entrée, on avait noté vers le milieu de la face interne de la jambe droite une tache, comme une papule, rose pâle, dure, très peu saillante, comme plaquée dans le derme et entourée d'une sorte d'aréole mal limitée, festonnée et irrégulière, jaunâtre, à peine saillante, comme une plaque d'urticaire très dure. Après avoir crevé, cette papule fut remplacée par une bulle de la largeur d'une pièce de 1 franc, offrant à son centre une petite escarrhe un peu plus étendue que la papule elle-même, comme elle faisant corps avec le derme, noire et sèche. Le lendemain, l'escarrhe s'était étendue, et en cinq ou six jours elle avait remplacé entièrement la bulle. Rien du côté des autres fonctions. Les premières tumeurs étaient survenues au milieu de la santé la plus florissante, que le développement successif des tumeurs ultérieures n'avait eu rien altérée. Les antécédens étaient complètement négatifs, relativement à des symptômes morbides antérieurs ou à la communication avec des chevaux morveux ou farcineux. Seulement, douze années auparavant, il avait soigné très probablement un cheval farcineux. En présence de ces renseignemens douteux, le pus provenant de l'abcès fut inoculé à un animal parfaitement sain qui succomba en cinq jours à une affection morveuse des plus aiguës. Néanmoins, le malade quitta l'hôpital le 17 septembre. Les abcès restaient dans le *statu quo*; mais dès le commencement d'octobre, les abcès de la fesse diminuèrent graduellement de volume et disparurent. Le 6 novembre, on ne reconnaissait même plus la place de l'abcès moyen; l'inférieur était reconnaissable à la cicatrice laissée par le bistouri; la grosseur anthracoïde n'offrait qu'une cicatrice fort petite; au lieu de la phlyctène de la jambe, tache blanchâtre irrégulière. Cet homme avait eu trois ou quatre bains simples à la Charité. Depuis sa sortie, tisane amère, deux bains alcalin et sulfureux alternativement par semaine, affusions froides et bon régime; pas d'excès.

Les deux auteurs ont fait suivre ce fait de quelques observations indispensables. Aussi, ils reconnaissent que les antécédens laissent une importante lacune, au point de vue du contact avec des chevaux malades. La conservation parfaite de la santé dans les jours qui ont précédé la formation des abcès, et pendant leur durée, est aussi une circonstance tout à fait exceptionnelle dans l'histoire du farcin chronique. De même, le malade n'a présenté que des abcès multiples, mais offrant toutefois les caractères habituels du farcin, paraissant et disparaissant avec une égale rapidité, demi-aigus, les uns profonds, les autres superficiels, pleins d'un liquide déjà comparé à la boue splénique ou au suc exprimé du poumon hépatisé par l'inflammation. Il faut mentionner de plus la bulle gangréneuse de la jambe droite. Mais, ainsi que le font remarquer les deux auteurs, le trait le plus important de cette observation, c'est évidemment la rapidité de la cicatrisation des abcès, et la guérison se confirmant depuis plus de deux mois, donnant par conséquent l'espérance, presque la certitude, de voir le malade échapper sain et sauf à la terrible maladie dont il a été affecté.

Du coussin bivalve, nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur; par le docteur Laurencet, médecin en chef de l'hôpital civil de Feurs.

Nous reproduisons les conclusions principales de ce travail :

1° Le coussin bivalve est un appareil d'une seule pièce, composé uniquement de deux substances, toile et balouffe. Il est moins compliqué, et peut remplir les mêmes usages que le drap fanon, les attelles de bois et les coussinets dont se composent les anciens appareils.

2° Sa forme se rapporte à celle de la gouttière. En raison de cela, il offre une assiette plus égale, plus solide et plus douce au membre fracturé.

3° Sa supériorité et sa simplicité, qui sont déjà bien évidentes dans le coussin de la jambe, le deviennent encore davantage dans celui de la cuisse, parce qu'il est toujours d'une seule pièce non seulement dans sa largeur, mais encore dans toute la longueur du membre; tandis que les appareils anciens avaient une partie surajoutée ou séparée pour la fracture de la cuisse.

4° Dans tous les anciens appareils, destinés à produire l'extension permanente dans les fractures du membre inférieur, il peut tenir lieu de tout ce qui était coussinets et remplissages formant des pièces séparées et sujettes à se disloquer et à se désunir entre elles. Dans ce cas, il n'y a besoin que d'ajouter deux attelles latérales en dehors des valves du coussin, et de les relier entre elles par dessous lui; les autres dispositions de ces attelles restant comme dans les appareils de Boyer et de la Charité.

5° Il l'emporte encore sur tous les appareils précédens, parce que n'intéressant le membre que par dessous et sur une partie de ses côtés, il laisse toujours accès par la face supérieure pour porter l'œil et le doigt sur le siége de la lésion; sous ce rapport, il peut lutter d'avantages avec la planchette de Sauter, modifiée par M. Mayor.

6° En tant que gouttière, le coussin bivalve se rapproche de l'invention de M. Bonnet (de Lyon); peut-être lui est-il égal ou même supérieur par la douceur de la couchette qu'il offre au membre, et pour l'exactitude avec laquelle il en saisit la forme, grâce à sa facilité à se laisser déprimer par son poids. Il est peut-être encore supérieur dans le traitement des fractures à grande suppuration de la jambe, mais il lui est inférieur, dans les mêmes complications, quand il s'agit de la cuisse. Il lui est aussi inférieur pour les cas où il faut soulever le tronc et les extrémités inférieures en totalité et d'une seule pièce. Le coussin bivalve l'emporte constamment quand il s'agit du bon marché. Du reste, en se combinant avec la gouttière solide de M. Bonnet, il peut lui servir de revêtement interne et abaisser son prix de plus de moitié....

Observations d'ulcère chronique de l'estomac, suivies de quelques remarques; par le docteur Cathcart Lees.

Ce travail, extrait du *Journal de médecine de Dublin*, pourra être consulté avec profit; mais il est à peu près impossible d'en présenter une analyse complète, vu la multiplicité des détails auxquels l'auteur a touché.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Concours pour la chaire d'hygiène. — Aujourd'hui a commencé l'épreuve orale après vingt-quatre heures de préparation, et non après trois heures, comme nous l'avons dit par erreur. MM. Bouchardat et Béclard ont été appelés à subir cette épreuve. Le premier a eu à traiter *du lait*, le second *des vêtemens*.

Société royale de Londres. — Cette Société a tenu sa séance annuelle, sous la présidence du comte de Rosse, ces jours derniers. La médaille Copley a été décernée à M. le professeur Owen, pour ses importantes découvertes en anatomie comparée et en paléontologie, publiées dans le *Philosophical transactions*; une des médailles royales a été accordée à M. le comte de Rosse, pour ses observations sur les nébuleuses, et une autre à M. G. Newport, pour son mémoire sur l'imprégnation de l'œuf. Le bureau est composé, pour l'année 1851-52, de MM. le comte de Rosse, président; le lieutenant-colonel Sabine, trésorier; Hunter, Christie et Thom. Bell, secrétaires; W. Smith, secrétaire pour les communications étrangères.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel légal des pharmaciens et des élèves en pharmacie, ou Recueil des lois, arrêtés, règlemens et instructions concernant l'enseignement, les études et l'exercice de la pharmacie, et comprenant le programme des cours de l'Ecole de pharmacie de Paris, par J.-B.-G. Guibourt, professeur titulaire de l'Ecole de pharmacie de Paris. — Paris, 1852. Un vol. in-12 de 230 pages. Prix : 2 fr.
Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Du charlatanisme, ou Véritables moyens de parvenir dans la pratique de la médecine. Mémoire adressé aux jeunes médecins, aux étudians en médecine, et aux pharmaciens, contenant l'exposé fidèle et succinct de la conduite que le jeune praticien doit tenir dans le monde pour y réussir, d'après nos mœurs et les usages reçus de nos jours; par Arsène Guien, d.-m., etc. Broch. in-12. Paris, 1852. Moquet, libraire-éditeur, 92, rue de le Harpe. Prix : 1 fr. 25 c.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 8. SIXIÈME ANNÉE. **Mardi 20 Janvier 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. .... 32 Fr. :
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 JANVIER 1852.

DE LA POPULATION COMPARÉE DES DIFFÉRENS DÉPARTEMENS ET DE PARIS, D'APRÈS L'ANNUAIRE DU BUREAU DES LONGITUDES.

Nous avons placé dernièrement, sous les yeux de nos lecteurs, quelques considérations sur le mouvement de la population en France, tirées d'un travail de M. Mathieu, du Bureau des longitudes. Nous allons en ajouter d'autres non moins intéressantes qui serviront à le compléter.

Une surface étant donnée, et cette surface étant habitée par une population plus ou moins nombreuse, le chiffre de cette population donne la mesure de la richesse et de la prospérité commerciale et agricole des lieux où elle est placée. Ainsi, avec un tableau qui présenterait la population spécifique de chaque département, on aurait en quelque sorte, l'état financier de chacune de ces circonscriptions territoriales. Nous n'avons pas besoin de dire que ce tableau existe. Les travaux de statistique, faits sur le mouvement de la population en France, sont assez complets pour que la question ait été prise par tous ses côtés, et pour que rien n'y manque, ni sous le rapport des chiffres, ni sous celui des principales conclusions qu'on peut en déduire. Pour donner un exemple de ce rapport entre des départemens très différens sous celui de leur puissance de production, il y a une différence énorme entre le département des Basses-Alpes et celui de la Seine-Inférieure. Le nombre moyen de la population en France étant, en effet, de 67,088 par kilomètre carré, le rapport de celle des Basses-Alpes avec celle de la Seine-Inférieure est pour la même surface comme 0,342 à 1,876 ; en d'autres termes, il y a près de 126 habitans par kilomètre carré dans le département dont Rouen est le chef-lieu ; on n'en compte que près de 23 dans le département dont Gap est la principale ville. En parcourant le tableau dont nous avons extrait ces deux termes de comparaison, l'état de prospérité relative de chaque département se révèle au premier coup d'œil. On peut en tirer quelques réflexions pour une autre question que celle de la part de richesse dont chacun d'eux est en possession.

Les départemens compris dans la série des moins populeux, relativement au chiffre de la moyenne de la population, sont les Alpes, hautes et basses, les Landes, le Loiret, l'Ain, l'Hérault, la Gironde, etc, Quelles sont les influences qui règnent dans ces contrées, où s'élèvent d'ailleurs des villes très populeuses et très florissantes sous le rapport commercial ? Dans l'Hérault, la fièvre intermittente fait un grand nombre de victimes, ainsi que dans le département de l'Ain et dans celui de la Gironde. On sait le nom du désert de sable qui s'étend au midi de la Loire, aux portes d'Orléans ; on connaît aussi la constitution du sol de ces landes, où l'agriculture est dans un si triste état. Il ne faut pas chercher d'autres causes différentes de celles-ci, pour expliquer pourquoi la population reste, dans ces divers départemens, au-dessous de la moyenne. L'activité qui fait produire à l'industrie et crée la richesse privée et publique, n'existe que par la santé. Quand celle-ci décroît, l'autre déchoit ; quand la première s'altère profondément, la dernière est paralysée. Pour que la population augmente, il ne faut pas seulement l'encourager au travail, il faut s'occuper surtout de son bien-être physique, de sa santé. En France, c'est nécessaire plus que partout ailleurs. L'activité est si vivace dans la race, que lorsqu'elle ne se manifeste pas, il y a dérangement dans les ressorts de l'organisme. C'est là, avant toutes choses, que l'attention et le remède doivent se porter.

Le chiffre moyen de la population qui couvre les 527,686,19 kilomètres carrés de la superficie du sol français, étant de 67 habitans par kilomètre carré, la somme des départemens se subdivise ainsi dans ses rapports avec le chiffre moyen. Il y a 35 départemens dont la population spécifique est plus grande que celle de la France entière ; il y en a 51 autres dont la population est plus petite. Au nombre de ces départemens, quelle place tient le département de la Seine, le plus petit de tous sous le rapport topographique, mais le plus important sous le rapport de la population ?

La population absolue du département que Paris couvre dans une grande partie de son étendue, est 3 fois plus grande que celle d'un département moyen ; et l'espace sur lequel se presse cette multitude est 13 fois plus petit que celui d'un département de moyenne grandeur. Mais la population spécifique, celle qui est calculée sur le terme moyen de 67 habitans par kilomètre carré, est autrement importante. Elle se présente avec ces proportions colossales qui donnent une idée juste du chiffre élevé de la population de Paris. Ainsi, la population spécifique du département est déjà de 42 fois 1/2 celle de la France. Paris pris séparément donne, comme on le pense bien, un chiffre autrement considérable ; sa population spécifique, y compris la population flottante, est de 30,779 habitans par kilomètre carré, ou de 308 par hectare : c'est plus de 450 fois celle de la France. En prenant à part les arrondissemens de Sceaux et de St-Denis, qui complètent le département, on trouve également pour eux, une population spécifique considérable : ils contiennent 704 habitans par kilomètre carré, c'est-à-dire une population 10 fois plus grande encore que celle de la France.

Quand on pense que Paris embrasse une superficie de 34 à 35 kilomètres carrés, dont chacun d'eux porte une population spécifique de 30,779 habitans, on se demande pourquoi la mortalité n'y est-elle pas plus grande, et comment la salubrité peut y être entrenue à ce point que les épidémies, en dehors du choléra (épidémie hors ligne), n'y sévissent pas avec plus d'intensité qu'ailleurs.

Pour répondre à cette question complexe, il faudrait comparer le Paris ancien au Paris moderne, et étudier l'économie hygiénique du Paris contemporain. Ce travail a été fait par fragmens ; il n'existe pas à l'état d'ensemble. Ce serait assurément une œuvre très curieuse, et qui jetterait une vive lumière sur l'histoire morale de Paris. En attendant que ce travail se fasse, nous savons qu'une des grandes différences qui séparent le Paris du passé de celui de nos jours, c'est le pavage. Du temps d'Henri IV, il n'y avait qu'une croisée de rues pavées ; elle consistait dans la ligne tracée par la rue Saint-Honoré, et celle qui, descendant la rue Saint-Denis, couperait le fleuve, et remonterait par la rue Saint-Jacques. Sur ces voies, les immondices ne manquaient pas, mais les boues n'y ressemblaient pas à des marécages, comme les rues dépourvues de pavés. Aujourd'hui, il n'y a pas de petit coin de la ville qui ne soit couvert de ce pavé solide et profond sur lequel les eaux s'écoulent sans pénétrer le sol, et qui se dessèche au premier souffle du vent ou au plus petit rayon du soleil. Si le macadam a créé de la boue dans quelques-unes des artères de la circulation parisienne, on sait que ce

Feuilleton.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE DÉDECINE DE PARIS.

I

J'ai l'intention de rendre compte des épreuves du concours pour la chaire d'hygiène. Si je le fais à cette place du journal, cela tient à des convenances typographiques qu'il est inutile d'expliquer ; mon désir est de traiter sérieusement de choses sérieuses, et de parler avec gravité des hommes graves qui prennent part à cette lutte.

Je n'ai pas à faire, je n'ai qu'à rappeler ma profession de foi sur le concours : je crois à la bonté, à l'utilité de son principe ; je crois aussi que son application laisse beaucoup à désirer et que son fonctionnement est vicieux. Des nombreuses attaques auxquelles il est en butte, aucune ne s'adresse à son principe, à sa raison morale d'être ; toutes sont dirigées contre des imperfections et des vices de pratique qu'une meilleure organisation peut faire disparaître. Les sauvages abattent les arbres pour en cueillir les fruits, les adversaires du concours me paraissent plus barbares encore, ils veulent abattre l'arbre avant qu'il n'ait fructifié, et ils se privent à la fois des fruits et de l'ombrage, ils perdent le présent et ruinent l'avenir.

Le concours actuel me fournirait des argumens nouveaux et de plus d'un genre, — mais il en est que je ne veux pas employer, — pour corroborer les convictions de ceux qui partagent les miennes. Il s'agit d'hygiène, c'est-à-dire de cette partie de la science qui n'est ni la chimie, ni la physique, ni l'histoire naturelle, ni la physiologie, ni la pathologie, mais qui est tout cela, ou plutôt la résultante de toutes ces sciences appliquée à l'amélioration, à la conservation de la santé de l'individu ou des masses. Ajoutons-y la connaissance et l'appréciation des mœurs, des habitudes, des lois et des religions des peuples, la topographie, c'est-à-dire la connaissance des eaux, de l'air et des lieux ; et sur tout cela la pensée philosophique qui domine, généralise et systématise ces sciences diverses et fasse converger leurs élémens vers le but, l'amélioration de l'homme, des alimens qui le substantent, des vêtemens qui le couvrent, des demeures qui l'abritent, etc., etc. Voilà l'hygiène.

Mais l'hygiéniste posséderait-il toutes les conditions et toutes les aptitudes qui le rendraient un hygiéniste type et modèle, serait-il à la fois médecin comme Hippocrate, naturaliste comme Cuvier, physicien comme Dulong, chimiste comme Berzélius, philosophe comme Montesquieu, faut-il encore, s'il aspire aux honneurs et à la mission du professorat, qu'il sache enseigner ce qu'il sait. Il faut non seulement qu'il soit savant, mais encore vulgarisateur, et cela par le moyen le plus difficile et le plus rare, par la parole. Si la mission du professeur dans sa chaire n'est pas d'enseigner et de transmettre, qu'est-ce donc ? J'admire et je respecte le savant dans ses recherches, dans ses découvertes, dans ses livres, dans ses communications aux sociétés savantes, dans toutes les manifestations de son génie ; mais si à ce savant Dieu a refusé le don de transmettre ce qu'il sait ; si dans la chaire où il a été inintelligemment placé, sa voix hésite, son geste tremble, sa pensée reste captive dans les circonvolutions de son cerveau, si son exposition est embrouillée et confuse, sa parole traînante et monotone ; s'il fatigue inutilement l'attention à suivre le développement d'idées incohérentes sans lien et sans corrélation logique, je dis que ce savant, s'il m'inspire toujours le même respect, ne m'inspire plus la même admiration, et que c'est un triste et pénible spectacle de le voir luttant contre des difficultés qu'il ne peut vaincre.

Or, adversaires du concours, êtes-vous en possession d'un autre moyen pour apprécier l'aptitude d'un savant pour l'enseignement ? Croyez-vous que cette condition soit insignifiante ou superflue ?

Voilà pour un des points de vue sous lesquels on peut envisager, comme principe, l'institution du concours.

Mais le concours a ses imperfections, et loin de les avoir dissimulées, je ne sache pas qu'on les ait indiquées autrement que moi-même. Je vais en signaler une flagrante et à l'occasion même de ce concours : c'est l'épreuve de la question écrite. Je ne connais aucune bonne raison pour la maintenir ; j'en vois d'excellentes pour la détruire. Le concours, à mon sens, ne doit être qu'une occasion ou une série d'occasions de manifester dans toute leur liberté, dans toute leur spontanéité les aptitudes des compétiteurs, aptitudes essentiellement afférentes au but et à la nature de l'enseignement dont ils ambitionnent d'être chargés.

Or, quand, dans quelles conditions le professeur est-il obligé à une improvision, au bout de la plume, d'une leçon écrite, sans livres, sans notes, sans secours d'aucun genre, et seulement à l'aide d'une mémoire qui peut être capricieuse, infidèle, rebelle ou absente ? Évidemment jamais. Ce n'est là qu'un véritable casse-cou littéraire, un tour de force sur la corde raide de l'esprit, où le succès n'est souvent qu'une affaire d'adresse, où l'insuccès peut donner lieu à d'éclatantes revanches.

Je borne là ces courtes réflexions, et j'arrive immédiatement au compte-rendu des épreuves de ce concours.

II.

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Leçon écrite. — Six heures ont été accordées aux candidats. — Le sujet de l'épreuve, égal pour tous, était DE L'ACCLIMATEMENT.

M. TARDIEU.

On doit entendre par *acclimatement* l'ensemble des modifications qui s'opèrent dans les conditions de la santé, sous l'influence du changement de climat, et par suite desquelles l'étranger acquiert la faculté de résister aux causes de maladie au même titre que l'indigène. L'*acclimatation* est le dernier terme et le résultat définitif de l'acclimatement.

Il serait hors de propos d'insister longuement pour faire comprendre l'importance de cette question, qui, en même temps qu'elle présente une étude des plus attachantes, au point de vue de l'ethnologie et de l'histoire naturelle de l'homme, touche aux plus graves intérêts de la politique et de la civilisation. Elle tire, en outre, une opportunité singu-

genre de pavage a une grande solidité, et qu'avec une administration vigilante, la surface qu'il forme est bientôt desséchée. Au pavage de pierre, qui mérite de servir de modèle, il faut joindre, comme moyen hygiénique de la plus grande puissance, le réseau d'égoûts qui courent sous toutes les rues de Paris, anciennes et nouvelles. Les Romains étaient de grands maîtres dans l'art de construire des cloaques. Mais, s'ils faisaient de ces grands ouvrages dans lesquels pouvaient passer des chars, ils ne leur donnaient pas cette étendue des égoûts de Paris, et ne les ramifiaient pas de manière à les faire pénétrer dans tous les points des villes. Sous ce rapport nous sommes leurs maîtres, car nous comprenons mieux qu'eux tout le parti qu'on peut tirer d'une œuvre d'utilité publique.

Il faut donc voir Paris tel qu'il est, depuis que la science a pu intervenir dans les questions d'hygiène et de salubrité, pour bien comprendre que le chiffre de la mortalité soit moins grand qu'il ne pourrait être, et que la salubrité puisse régner sans trop de variation. Nous l'avons dit dans un des numéros précédens : il y a encore beaucoup à faire pour l'amélioration de Paris, et les nouveaux comités d'hygiène pourront provoquer d'utiles réformes, car ils trouveront bien des vices à réformer. Mais nous savons aussi, que si un peu de mal existe encore, beaucoup de bien a été fait depuis moins de cinquante ans. Quelques contrées de la France, celles qui sont occupées par des marécages, ou des steppes incultes, méritent avant la capitale les préoccupations du pouvoir. Du reste, il s'occupe à corriger ces vices de la topographie qui créent des misères sur les populations; des décrets viennent d'allouer des fonds pour l'amélioration des cours d'eau de quelques-uns de nos principaux fleuves.

Dr Éd. Carrière.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

ÉTUDES NOUVELLES SUR LE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE ET DE LA FAIBLESSE NATIVE DES NOUVEAU-NÉS;

Par M. le docteur A. Marchant (de Charenton), médecin-adjoint à l'École nationale vétérinaire d'Alfort.

DE L'ASPHYXIE.

D'après la théorie de Bichat, la seule admise dans toutes les écoles, l'asphyxie est la suite du passage du sang noir dans tous les organes, lequel les stupéfie et les rend incapables de continuer leur action.

Le système nerveux et le système musculaire suspendent leurs fonctions; tous les deux président aux phénomènes mécaniques de la respiration; de sorte que lorsque la cause qui a produit l'asphyxie a disparu, ils sont encore dans l'impossibilité de recommencer leur action jusqu'à ce que le sang artériel vienne les animer de nouveau.

L'indication principale à remplir dans le traitement de l'asphyxie est donc de suppléer artificiellement à l'action des systèmes nerveux et musculaire suspendue, pour envoyer dans les poumons un air suffisant qui artérialise le sang : l'insufflation pulmonaire remplit parfaitement ce but.

Cela est surtout vrai pour l'asphyxie du nouveau-né, qui, pour être le résultat de circonstances différentes, n'en est pas moins identique à celle de l'adulte; cependant l'insufflation pulmonaire n'est placée qu'en seconde ligne dans l'ordre des moyens propices à combattre l'asphyxie, les auteurs recommandent de n'y avoir recours que lorsque les excitations de la peau ont échoué.

Par une de ces inconséquences dont l'esprit humain donne souvent des preuves, ils prescrivent, pour combattre l'asphyxie, les agens les plus propices à la provoquer, si elle n'existait pas déjà (ammoniaque, vinaigre radical, portés avec les barbes d'une plume dans les narines et la bouche, allumettes soufrées allumées sous le nez. Dans un traité encore entre les mains des élèves, on indique l'ail et l'ognon écrasés!) on veut, par des moyens si peu rationnels, faire entrer en action des organes qui sont dans l'impossibilité absolue de remplir leurs fonctions pendant tout le temps qu'ils sont imprégnés de sang noir.

Toutes ces considérations m'ont engagé à étudier le traitement de l'asphyxie, sous le seul point de vue qui me paraisse rationnel; j'ai dû employer plusieurs années pour rassembler les faits qui ont formé ma conviction; aujourd'hui, elle est fermement arrêtée, et il n'y a pas dans toute la médecine une vérité mieux démontrée pour moi que celle que je formulerai en ces termes :

L'insufflation pulmonaire, aidée des moyens propres à entretenir la chaleur du nouveau-né ou à le réchauffer s'il est froid, suffisent toujours à le ramener à la vie, s'il n'existe pas de lésion matérielle d'organes qui s'y oppose.

Je renvoie aux traités d'obstétrique pour l'étude des causes de l'asphyxie et des divers états morbides qui s'y rattachent; je signalerai seulement un fait oublié sans doute dans ceux qui ont été publiés depuis quelques années : c'est que les voies aériennes contiennent non seulement des mucosités, mais de l'eau de l'amnios; j'en ai rencontré il n'y a pas longtemps un exemple non douteux; et Héroldt, de Copenhague, en avait déjà parlé en 1798.

On distingue dans l'asphyxie des nouveau-nés deux périodes bien marquées :

Dans la première période, le sentiment et le mouvement existent encore.

Dans la seconde, il n'y a ni sentiment ni mouvement.

Cette distinction, facile à saisir, est surtout utile dans le traitement de cette maladie; elle sert à apprécier les divers moyens de traitement qui sont employés dans cet état morbide.

C'est dans la première période de l'asphyxie que réussissent les divers moyens préconisés par les auteurs. Presque tous ont été vantés dans le but d'éviter l'insufflation pulmonaire, alors que l'on croyait cette opération dangereuse ou inutile. Ils supposent toujours la sensibilité de l'enveloppe cutanée peu altérée, et la contraction musculaire apte à être mise en jeu; s'il en est autrement, toutes les excitations que l'on pourra employer seront sans résultat, et, après beaucoup de tentatives, l'enfant, quoique vivant, puisqu'il existe encore des battemens dans la région du cœur, ou sera abandonné comme mort, ou recevra des secours inutiles.

Lorsque l'asphyxie est à sa seconde période, toute sensibilité, et tout mouvement sont abolis, la peau est pâle ou bleuâtre, la circulation y est complètement suspendue; si elle est pâle, elle ne conserve plus l'empreinte du doigt quand on la presse; le cordon a cessé de battre. L'enfant est presque un cadavre, et malheureusement il est abandonné comme tel par un grand nombre de praticiens. Cependant, en auscultant la région du cœur, on entend ses battemens; l'enfant n'est pas mort, on peut espérer de le sauver, si aucune lésion matérielle ne s'y oppose; et l'insufflation pulmonaire est le seul moyen thérapeutique auquel on doive recourir.

Il se présente ici une question à examiner, c'est celle de savoir combien de temps peut durer l'asphyxie du nouveau-né sans occasionner la mort?

Les expériences faites sur les jeunes animaux, dans le but d'élucider la question, n'ont servi qu'à l'obscurcir, et puisque toute expérimentation directe est impossible, il faut avoir recours aux faits qui se présentent à notre observation.

Le nouveau-né résiste à l'asphyxie plus qu'on ne le pense communément; M. Depaul cite un enfant qu'on avait cru mort pendant vingt-cinq à trente minutes, et qu'on avait déposé sous une table (1). Le 10 décembre 1851, j'ai visité une femme qui était accouchée depuis une heure; l'enfant, qu'on croyait mort, était abandonné dans un coin de la chambre. J'ai demandé à le voir pour savoir s'il était mort réellement. Il était flasque, décoloré et *froid*. Par l'auscultation, j'ai reconnu les battemens du cœur. J'ai pratiqué immédiatement l'insufflation pulmonaire; ma montre était devant moi pour apprécier rigoureusement le temps que j'allais employer. Une première inspiration spontanée s'est faite après trente-cinq minutes, et l'enfant respirait seul au bout d'une heure dix minutes. Il a vécu trente heures. Au mois d'octobre dernier, j'ai ramené à la vie un enfant après deux heures et demie de soins. Dugès cite Héroldt, qui a pu faire revivre un enfant après trois heures de soins d'abord infructueux (2).

M. le docteur Grênet de Barbézieux, dans une lettre insérée dans la *Presse* du samedi 29 novembre 1851, s'exprime ainsi :

« Voici un fait qui m'est personnel; en 1844, étant à Paris, j'accouchai une dame d'un enfant présentant les caractères d'environ cinq mois de la vie intra-utérine. Chez cet enfant, il y avait décoloration de la peau, immobilité, flaccidité, absence de respiration et de circulation. Malgré le peu de chances que j'avais de le ramener à la vie, je lui fis des insufflations, des frictions, etc.; tout fut inutile. Au bout de quatre heures, on se préparait à l'ensevelir, lorsque la peau parut prendre une teinte rosée; on renouvela les soins et il finit par respirer. Cet enfant vécut quarante-deux heures. »

Tous ces faits sont authentiques, aucune expérience faite sur les animaux ne peut les infirmer; ils prouvent surabondamment que le nouveau-né est doué d'une très grande résistance aux effets de l'asphyxie; que dans l'état actuel de la science on ne peut pas poser au juste la limite de temps au-delà de laquelle cette résistance peut s'étendre, mais que tout porte à croire qu'on se décide trop tôt à considérer comme mort un enfant qui n'est qu'asphyxié.

Les cas cités plus haut seront considérés comme exceptionnels; cela peut être, mais, encore une fois, il sera plus prudent et surtout plus humain, de se conduire comme l'ont fait les médecins qui nous les ont fait connaître.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

On pratique l'insufflation pulmonaire de trois manières différentes, qui concourent toutes au même but, mais qui sont plus ou moins faciles à exécuter :

1° Le procédé ancien, qui consiste à faire passer l'air respiré dans les poumons de l'enfant au moyen d'un tube introduit dans une de ses narines.

(1) Depaul. Mémoire sur l'insufflation pulmonaire, obs. VI, page 33, 1845.
(2) Duguès *Manuel d'obstétrique*; page 333 (1840).

---

lière du mouvement universel qui entraîne des populations entières dans des migrations lointaines. Les détails qui vont être exposés auront presque exclusivement trait à l'acclimatement dans des pays chauds où se portent surtout les masses d'hommes qui cherchent de nouveaux climats. Les notions de climatologie et de minéralogie qui s'y rattachent doivent être supposées connues.

Les problèmes difficiles et complexes que soulève l'acclimatation, ont reçu les solutions les plus opposées, et ce n'est pas sans étonnement que l'on voit nier d'une manière absolue jusqu'à la possibilité de l'acclimatement, tandis que les faits historiques, économiques et statistiques montrent, au contraire, l'homme fondant sous des climats nouveaux et divers des établissemens durables. Le candidat se propose de chercher où est la vérité entre ces opinions extrêmes, et de montrer que cette divergence tient, comme il arrive souvent, à une confusion dans les idées plutôt qu'à la nature des choses.

Si on jette un regard sur la pathologie spéciale des pays chauds, on est frappé des différences qui existent entre les effets directs des conditions climatoriales et ceux des miasmes qu'y développent la saison chaude et humide et la végétation. C'est pour avoir confondu ces deux influences diverses que M. le docteur Boudin, appuyé à la tribune par M. Desjobert, et dans l'administration par plusieurs des plus éminens généraux de l'armée d'Afrique, a été conduit à nier la possibilité de l'acclimatement. *Mais si l'homme peut résister aux miasmes, il ne s'y acclimate pas*; et l'on doit distinguer avec soin dans l'étude de l'acclimatement ce qui tient aux émanations miasmatiques de l'action propre des climats.

Un grand fait physiologique domine toute cette question et montre que l'homme peut se développer et vivre librement dans un climat nouveau, c'est la merveilleuse aptitude de sa nature à se plier aux influences les plus opposées. Depuis les pôles jusqu'à l'équateur, du niveau de la mer jusqu'aux plus hauts sommets, on le voit supporter des différences de température et de pression atmosphérique excessives. Comment ne s'accommoderait-il pas à des changemens de climat dont les limites sont loin d'être aussi étendues? D'ailleurs, un grand nombre d'espèces végétales et animales peuvent parfaitement s'acclimater; et l'on ne doit pas oublier les curieuses observations de M. le professeur I. Geoffroy-Saint-Hilaire sur l'acclimatation et la domestication des animaux sauvages. On doit donc conclure à la possibilité de l'acclimatement.

Mais, de ce que l'acclimatement est possible, il ne faut pas tirer cette conséquence qu'il soit toujours facile. Il ne s'accomplit qu'à la condition de certaines modifications organiques dont il reste à étudier les lois.

Les effets physiologiques et pathologiques du changement de climat méritent avant tout d'être étudiés; ils portent à la fois sur les formes extérieures et sur les dispositions physiques et morales.

Tantôt ils se font sentir par une brusque secousse à laquelle la santé, la vie ne résistent pas toujours et qui enfante ces affections suraiguës des centres nerveux, ces phlegmasies des organes digestifs et de leurs annexes, ces convulsions si meurtrières pour les enfans. Tantôt l'influence est moins violente mais non moins funeste; des inflammations subaiguës du foie, des dyssenteries à formes paroxystiques, des hydropisies essentielles dont Bontius a donné la curieuse description, viennent altérer profondément et à jamais la santé, à moins qu'un prompt retour ne vienne soustraire l'émigrant à l'épreuve de l'acclimatement. Dans d'autres cas, au contraire, une sorte de révolution pacifique s'accomplit en suivant des phases successives à travers lesquelles l'étranger revêt peu à peu les caractères de l'indigène, et d'où il sort avec une force de résistance aux causes morbifiques égale ou presque égale à celle de l'habitant du pays. La durée de cette révolution, qu'il serait fort intéressant de pouvoir fixer d'une manière précise, peut être évaluée en général à un ou deux ans.

Des circonstances diverses font varier les conditions de l'acclimatement, ce sont : 1° l'âge; 2° le sexe; 3° la constitution; 4° le tempérament; 5° la race; 6° le lieu de séjour antérieur et la durée du voyage; 7° l'époque de l'arrivée au lieu de destination; 8° le choix de la localité où se fait l'établissement; 9° la nature des travaux qu'il nécessite; 10° l'habitation, le genre de vie, l'alimentation, etc.

Chacune de ces conditions est passée en revue, et le candidat signale la mortalité excessive qui frappe les enfans nouveau-nés ou en bas-âge soumis à l'acclimatement; les dangers d'une constitution débile; les avantages d'un tempérament mixte; l'influence de la race plus ou moins rapprochée de celle qui peuple le pays et des croisemens qui peuvent faciliter l'établissement; l'importance de stations successives dans des lieux de plus en plus voisins du climat vers lequel on se dirige, et du mode de voyager par la navigation à voiles, qui, durant plus longtemps, fait passer l'émigrant par des transitions ménagées jusqu'au terme du voyage; l'avantage d'arriver au lieu de destination dans la saison la plus favorable, c'est-à-dire la moins excessive et la moins opposée au climat moyen du lieu du départ; les conditions capitales du choix de la localité où se fait l'établissement, et les moyens de corriger par une bonne exposition et par l'altitude les inconvéniens d'une latitude trop chaude; les dangers des travaux de défrichement qu'exige une première culture; enfin, l'influence qu'exercent sur l'acclimatement l'habitation, l'alimentation, le genre de vie, en un mot, l'observance plus ou moins scrupuleuse des préceptes de l'hygiène.

M. Tardieu termine en faisant remarquer que si l'étranger acclimaté vient, après un séjour plus ou moins prolongé loin de son pays natal, revoir le ciel de sa patrie, il ne le trouvera pas toujours plus clément que celui auquel il s'est accoutumé, et qu'au lieu du repos qu'il vient chercher, il rencontrera trop souvent une mort doublement cruelle due à la nouvelle épreuve qu'exigera ce qu'on peut appeler le réacclimatement.

III.

Ce qui frappe et qui séduit dans ce travail, c'est le plan, ce sont les divisions adoptés par M. Tardieu. Il y a là le canevas d'un beau livre. Évidemment ce candidat a eu conscience de toutes les questions afférentes au sujet, et il les a indiquées avec autant de développement qu'une composition de ce genre, faite dans les conditions imposées, pouvait le permettre. Il faut reconnaître aussi que M. Tardieu a parfaite-

2° Le procédé qu'on exécute en appliquant directement sa bouche sur la bouche de l'enfant.

3° Enfin le procédé de Chaussier, qui nécessite l'emploi d'un tube appelé laryngien, que l'on introduit dans le larynx, et par lequel on fait passer l'air dans les poumons.

PREMIER PROCÉDÉ.

C'est le plus facile et surtout le plus conforme aux données fournies par l'anatomie.

L'enfant étant couché en travers sur une table, la tête tournée vers la gauche de l'opérateur, on introduit dans la narine droite un tuyau de plume, un bout de sonde quelconque, avec la main gauche, dont le bord cubital est appuyé sur le front, on maintient entre le pouce et l'index la sonde, et l'on ferme exactement l'autre narine en la pinçant entre ces deux doigts. La main droite est appliquée à plat sur la bouche de l'enfant, pour s'opposer à la sortie de l'air insufflé ou soufflé par l'autre extrémité du tube ou de la sonde.

L'air poussé par les narines entre nécessairement dans le poumon si l'enfant est vivant, puisqu'il ne rencontre aucun obstacle de ce côté, l'épiglotte étant toujours relevée. On a beaucoup craint le passage de l'air dans l'estomac et les intestins, cela est inévitable dans tous les procédés : mais cela a peu d'inconvéniens; car en pressant à la fois avec les deux mains, l'abdomen et les parois de la poitrine, on fait sortir l'air du poumon et des intestins.

On recommence ces mêmes manœuvres toutes les huit ou dix secondes, de manière à simuler le jeu de la respiration naturelle.

DEUXIÈME PROCÉDÉ.

Dans ce procédé, on applique directement sa bouche sur la bouche de l'enfant. Il est défectueux en ce sens qu'il peut inspirer un dégoût insurmontable à beaucoup de médecins. On recommande, à la vérité, d'interposer un linge propre entre la bouche de l'opérateur et celle de l'enfant.

(La suite au prochain numéro.)

BULLETIN CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. JOBERT (de Lamballe).

CANCER DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE ; — ECTROPION.

Le malade qui doit nous occuper, entré le 10 janvier 1852, salle Saint-Côme, n° 40, est âgé de 54 ans. Il exerce la profession de cultivateur. Sa constitution est robuste.

Il raconte que sa grand'mère est morte d'une tumeur qui se serait développée au cou et à la face. Ce renseignement est important, car on sait que l'hérédité joue un grand rôle dans la production des affections carcinomateuses.

Notre malade nous dit qu'il n'a jamais fait de maladie grave. Depuis son enfance, il a vu paraître trois ou quatre fois par an, et surtout sous l'influence de quelques excès de boisson, une petite tumeur inflammatoire à la paupière supérieure droite. Cette petite tumeur disparaissait au bout de quelques jours, après avoir suppuré à son sommet et ne laissait après elle aucune trace. C'était évidemment un orgeolet; remarquons que ce n'est que par exception que l'orgeolet se montre à la paupière supérieure.

On ne doit pas être étonné de ce que, chez un individu prédisposé au cancer, la répétition d'une tumeur inflammatoire ait pu déterminer dans le même point la production d'une tumeur de mauvaise nature. Il n'y a qu'un an que cette tumeur a commencé à se développer. Elle a débuté par la face conjonctivale de la paupière ; elle était parfaitement circonscrite, elle acquit bientôt le volume d'un haricot, puis elle resta stationnaire.

Au mois de mai dernier, un charlatan, mettant à profit l'horreur du malade pour le bistouri, lui conseilla l'application d'un emplâtre caustique. On renouvelait cet emplâtre tous les huit jours. Au bout de trois ou quatre mois, le malade renonça à l'emploi de ce topique. Il se forma alors une cicatrice qui, par sa rétraction, a produit une encoche au bord libre de la paupière, et par suite un véritable ectropion.

Aujourd'hui, le bord libre de la paupière, comme bifide, est porté en haut et en dehors, immédiatement au-dessous du sourcil. Au-dessus de la perte de substance, il existe un point d'induration qui, évidemment est cancéreux et menace déjà d'une récidive. Au-dessous, on voit la muqueuse conjonctivale hypertrophiée et inégale; le reste de la conjonctive palpébrale offre une rougeur insuitée; la conjonctive oculaire n'offre pas de vascularisation anormale.

L'observation qui nous occupe nous présente un exemple rare de cancer de la paupière supérieure. C'est presque toujours à la paupière inférieure que se développe ce genre de tumeur; de même le cancer, si fréquent à la lèvre inférieure, est très rare à la lèvre supérieure.

Dans la plupart des cas, l'affection débute par une tumeur, et presque jamais par une ulcération. Nous n'avons vu que deux cas dans lesquels il y eût ulcération primitive du bord libre de la paupière.

C'est ordinairement dans l'épaissenr même de la paupière que débute la tumeur. D'abord mobile, elle devient adhérente à la peau, puis elle s'ulcère, fournit un ichor sanieux et se recouvre d'une croûte. L'affection peut gagner rapidement le globe oculaire, aussi doit-on opérer de bonne heure.

Nous n'avons jamais observé le cancer de la paupière chez des hommes jeunes. Il se développe chez des sujets avancés en âge, et généralement après cinquante ans.

Le traitement déjà mis en usage a détruit les tissus dans une grande étendue. La nécessité de porter le bistouri au-delà des limites du mal augmenta encore cette perte de substance. Pour la réparer, nous aurons recours à l'autoplastie. Nous préférons la méthode française ou l'autoplastie par glissement ; elle est plus sûre dans les résultats et expose moins à l'érysipèle que la méthode indienne, qui consiste à aller chercher sur le front un lambeau de peau dont on tord ensuite le pédicule. Après avoir circonscrit la tumeur par deux incisions semi-elliptiques qui se réuniront en V à la partie supérieure, nous décollerons la peau du sourcil, des tempes et de la racine du nez, pour mobiliser toutes ces parties, puis nous réunirons les lèvres de la plaie par deux points de suture entortillée.

L. BLIN,
Interne du service.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

DES RAPPORTS PATHOLOGIQUES QUI SEMBLENT EXISTER ENTRE LA MANIE AIGUE ET LA FIÈVRE INTERMITTENTE; par M. le docteur Edouard CAZENAVE, médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Pau.

S'il est un point de pathologie mentale qui mérite au plus haut degré de fixer l'attention des médecins aliénistes, c'est bien certainement l'étude de ces efforts salutaires, spontanés, inattendus, dont la manifestation est en dehors de l'initiative du médecin, et auxquels la nature a recours pour ramener l'équilibre dans l'état mental du malheureux privé de raison : je veux parler des crises de la folie; car, comme tant d'autres maladies, l'aliénation mentale se juge aussi bien souvent par des crises. Cette partie de l'étude des maladies mentales n'avait point échappé à l'esprit profondément observateur d'Esquirol; car le chapitre qu'il consacre à l'exposé *des modes de terminaisons critiques de la folie*, est bien certainement un des plus remarquables de son ouvrage.

Mon intention n'est pas de faire ici une énumération détaillée de tous les genres de crises, dans le but de prouver une vérité aujourd'hui incontestable. Qui de nous, en effet, n'a vu l'aliénation mentale, quelle que fût sa forme, résister pendant des mois, des années entières, à tous les efforts de la médecine rationnelle, et se terminer brusquement, spontanément par une hémorrhagie, une éruption cutanée, une diaphorèse abondante, une phlegmasie gastrique, intestinale, des parotides, etc. ?

L'impuissance du médecin à provoquer la manifestation de ces crises, dans le cours d'une maladie mentale, tient, ce me semble, en grande partie à l'ignorance dans laquelle il se trouve du mode de terminaison critique qu'affecte telle ou telle variété vésanique : du jour où l'observation aura mis en lumière ce point fort obscur encore de l'étude des maladies mentales, le médecin aura fait un grand pas dans la thérapeutique de ce genre d'affections.

J'ai cru remarquer, soit pendant mon internat à Charenton, soit à l'asile des aliénés de Pau, que la netteté des crises était en raison directe de l'acuité des symptômes vésaniques. La manie aiguë qui, de toutes les formes de l'aliénation mentale, résume au plus haut degré l'exaltation du délire, semblerait devoir confirmer cette appréciation.

OBSERVATION I. — M[lle] Virginie D..., âgée de 21 ans, entra dans mon service dans le courant de mai dernier. Tempérament lymphatique, sanguin. Constitution robuste. Menstruation très irrégulière. Absence d'antécédens héréditaires.

Cette jeune fille est d'une beauté remarquable. Ses traits, fins et réguliers, sont encadrés dans une magnifique chevelure blonde. Fiancée à un jeune homme dont elle était éperdûment éprise, Virginie vit tout à coup s'évanouir ses plus chères espérances. Déçue dans son amour par l'inconstance de son futur époux, elle tomba dans une profonde mélancolie, à laquelle succéda bientôt le délire le plus violent. C'est dans le paroxysme de son accès, que cette infortunée est conduite à l'asile. Pendant le trajet, un horrible accident a enlevé la vie à son père qui l'accompagnait. L'insouciance avec laquelle elle a contemplé cet affreux spectacle, prouve sinon une profonde lésion des sentimens affectifs, du moins la perversion fonctionnelle du système nerveux de cette malheureuse. Un traitement sédatif prolongé ne modifie en rien l'intensité du délire. Les règles ne parurent point. Dans les premiers jours d'août, Virginie fut prise, sans cause appréciable, de vomissemens, de frissons, suivis bientôt de chaleur et d'une abondante transpiration. Le délire éprouva une recrudescence marquée. Cet état morbide dura toute la journée du 5 août, et ne cessa que le lendemain dans la soirée. La nuit suivante et la journée du 7 furent calmes. Le pouls redevint normal; les vomissemens cessèrent.

Malgré le caractère alarmant et l'intensité des phénomènes morbides dont j'étais témoin, je m'abstins de toute médication, persuadé que j'avais affaire à une crise qui, selon toute apparence, prendrait la forme d'une fièvre intermittente.

En effet, mes prévisions ne tardèrent pas à se réaliser ; dans la soirée du 7 août, quarante-huit heures à peu près après la manifestation du premier accès, la fièvre reparut, mais avec un cortège symptomatique

---

ment compris le sujet de la leçon et que c'était bien de cela qu'il devait traiter et non pas d'autre chose. J'ajoute que la forme élégante et distinguée qu'il a donnée à cet écrit trahit des habitudes littéraires qui ne nuisent pas, comme on a pu le voir, à l'exposition sérieuse de la science. M. Tardieu lit d'ailleurs avec beaucoup de charme, ce qui ne gâte rien.

Je ne regrette qu'une seule omission dans ce travail : au nombre des circonstances diverses qui font varier les conditions de l'acclimatement, j'aurais voulu que M. Tardieu indiquât les conditions morales de l'individu expatrié volontairement ou forcément, son état de liberté, d'esclavage ou de réclusion, en un mot qu'il indiquât l'influence que les *causes* de l'émigration peuvent avoir sur l'acclimatement. Ce point de vue, qui a été déjà indiqué par Montesquieu, mériterait l'attention de nos hygiénistes, tous mes lecteurs sentent pourquoi. Ce qui n'empêche pas que ce travail de M. Tardieu ne soit très remarquable et n'ait été considéré comme une excellente épreuve.

J'arrive à M. Marchal (de Calvi).

(La suite au prochain n°.) Amédée LATOUR.

MÉLANGES.

INSTRUMENT POUR LA MENSURATION DE LA FORCE PULMONAIRE. — Tel est le nom donné à un instrument dont il est l'inventeur, par un mécanicien de Vienne, et qui est destiné par lui à servir pour le diagnostic et la guérison des maladies de poitrine. Notre confrère du journal la *Gazette médicale sarde*, auquel nous empruntons cette note, et qui considère cela comme une découverte, ignore probablement qu'il y a dix ou douze années, un médecin anglais, M. Hutchinson, a proposé et fait exécuter un instrument très parfait pour mesurer la quantité d'air expirée et inspirée, auquel il a donné le nom de *spiromètre* et avec lequel il a fait des expériences très curieuses qui ont été consignées dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, t. XXIX, 1846.

PUISSANCE DE SIMULATION. — Nous signalions dans ces derniers temps, d'après un journal italien, le fait d'un petit pâtre qui, sous le coup d'une accusation capitale, avait simulé l'aliénation et l'imbécillité au point d'avoir obtenu une condamnation à deux années d'emprisonnement seulement. Les journaux espagnols nous apportent un fait assez analogue. Un condamné à mort, Antonio Peres, au moment d'entrer en chapelle, tomba dans un état comme cataleptique dont ne purent le tirer les moyens connus de la science, même le cautère actuel, et dans cet état on lui donna l'extrême onction. Néanmoins il fut porté sur le lieu du supplice, et il venait d'être placé sur la fatale chaise lorsque voyant qu'il n'y avait plus rien à espérer, il se mit à crier et à demander qu'on le confessât, en avouant qu'il avait simulé la catalepsie, et en ajoutant que la cautérisation était un si grand supplice que, un bouton de feu de plus, et il eût crié. Deux minutes après, la justice des hommes était satisfaite.

TRAITEMENT DES ALIÉNÉS DANS LES HOPITAUX DE CONSTANTINOPLE. — Nous lisons ce qui suit dans le *Journal de médecine de Boston* : « Deux salles sont consacrées aux aliénés, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. J'entrai dans l'établissement, dit M. Smith, et je demandai à le visiter; on me donna un petit garçon pour me montrer le chemin. Ce ne fut pas sans difficulté qu'il me conduisit à la salle des aliénés, je n'en trouvai pas plus de quarante, tous couchés sur des matelas étendus par terre, et portant au cou un collier de fer duquel partait une chaîne qui allait se fixer à un fort anneau scellé dans le plancher; mais ce moyen de contention était insuffisant pour les empêcher de se toucher les uns les autres. Un enfant de quinze ans que j'aperçus attaché dans un coin, était, me dit-on, un maniaque furieux; il portait à la tête une plaie qu'il s'était faite dans un de ses accès. On m'accompagna ensuite à la salle des femmes, qui étaient traitées de la même manière que les hommes. L'auteur ajoute que dans le voisinage de Beyrouth, les Maures ont une cuve qui jouit d'une grande réputation dans ce pays pour guérir les aliénés et qué l'on y conduit les malades de fort loin. Un pareil traitement des aliénés a de quoi surprendre au dix-neuvième siècle, mais il ne faut pas oublier que la France était dans les mêmes erremens il y a soixante ans, avant que l'illustre Pinel eût fait tomber les chaînes de ces infortunés.

ÉTAT DE LA MÉDECINE EN ÉGYPTE. — Nous lisons dans une série de lettres publiées par le docteur Smith dans le *Journal de médecine de Boston*, que depuis le départ de l'illustre Clot-Bey, l'Ecole de médecine du Caire est entrée dans une voie profonde de décadence. Rien n'est comparable, dit l'auteur, à l'ignorance des prétendus médecins reçus par cette Ecole. J'en rencontrai un, dit l'auteur, à El-Arish, la dernière ville d'Egypte, chargé de la station de la quarantaine, il m'assura franchement qu'il n'était pas médecin et même qu'il ne savait pas un mot de médecine. L'influence française est éclipsée, ajoute-t-il, c'est l'influence italienne qui l'emporte.

NOUVEAU TRAITEMENT POUR LA FISSURE CONGÉNIALE DE LA VOUTE PALATINE. — M. Buchring, neveu de l'illustre professeur Dieffenbach, a inventé une pince à bords coupans dont il place une branche dans les narines et une autre dans la bouche, et de cette manière il coupe la voûte palatine dans toute sa longueur de chaque côté de la fissure, fait passer un fil métallique dans les deux ouvertures, le serre fortement tous les jours de plus en plus, et lorsque les deux bords de la fissure sont près de se joindre, il en avive les bords comme pour le bec de lièvre. M. Buchring n'opère pas avant 10 ans ni après 17 ans. Nous ignorons si son procédé a été employé sur le vivant et quel en a été le résultat.

PROFESSIONS LIBÉRALES EN ESPAGNE. — La progression croissante des titulaires des professions libérales ne s'arrête pas dans ce pays. En 1849, on comptait 3,631 individus ayant pris un titre quelconque pour ces professions; en 1850, il y en a eu 4,326. L'augmentation porte surtout sur l'instruction publique, sur les avocats, les théologiens, et aussi sur ceux qui exercent les professions médicales inférieures; il y a eu au contraire un petit temps d'arrêt pour les titres médicaux supérieurs.

moins alarmant; elle dura environ toute la nuit et disparut avec le jour. Huit accès réguliers de fièvre intermittente, à type tierce, se manifestèrent. Au huitième, la fièvre se jugea *spontanément. A partir de ce jour*, du second accès, une notable amélioration se manifesta dans l'état mental de Virginie. Ses idées devinrent moins incohérentes, son langage plus décent; elle manifesta le désir de travailler, demanda des nouvelles de ses parens, et versa d'abondantes larmes en racontant les tristes circonstances dans lesquelles était mort son père. La convalescence marcha rapidement. Virginie sortit dans le mois de septembre dernier, présentant tous les signes d'une guérison radicale qui ne s'est pas démentie.

Observation II. — Louis D..., âgé de 35 ans, d'une constitution athlétique, d'un tempérament sanguin au plus haut degré. Deux de ses frères sont morts en donnant tous deux des signes non équivoques d'aliénation mentale. La lecture presque exclusive d'ouvrages abstraits, unie aux violentes émotions du jeu, a porté la perturbation dans un organe qu'une influence héréditaire avait déjà fatalement prédisposé.

Impossible de dépeindre l'incohérence d'idées, les gestes désordonnés, les déclamations excentriques auxquels ce malheureux s'est livré pendant les trois mois qu'a duré l'accès. C'est au milieu de cette exaltation que Louis D... fut atteint, le 28 juillet, d'un accès de fièvre avec vomissemens, qui dura près de vingt-quatre heures, et qui fut suivi le surlendemain d'un deuxième dont l'intensité fut moindre. Six accès consécutifs réguliers, à type tierce, se manifestèrent; comme dans l'observation précédente, je les abandonnai aux efforts de la nature; ils furent suivis d'une amélioration sensible. Le délire entra dans une période décroissante. Un mois après, Louis D... sortait avec tous les signes d'un rétablissement complet.

Observation III. — A la suite d'une violente contestation avec un de ses parens, relative à des intérêts pécuniaires, Jean X... est atteint d'un accès de manie aiguë des plus intenses. Il est conduit à l'asile dans les premiers jours de mars. Agé de 30 ans, constitution grêle et délicate, tempérament lymphatique, ce jeune homme ne compte pas d'aliénés dans sa famille. A son entrée, l'acuité du délire est telle, qu'on est obligé de lui mettre la camisole et de le tenir enfermé dans la plus profonde obscurité. Le délire se maintient à ce niveau d'exaltation pendant tout le mois de mars et d'avril; à cette époque, il semble entrer dans une période décroissante pour reparaître dans le milieu de juin avec une intensité nouvelle.

Le 14 juillet, Jean, dont le délire est toujours aussi violent, est tout à coup atteint d'un accès de fièvre dans la soirée. Malgré la violence du délire, l'état congestif de la tête, la force et la fréquence du pouls, je me renferme dans les limites de la médecine expectante. La fièvre reparaît le lendemain soir, moins violente, et disparaît dans la nuit. Huit accès quotidiens sont constatés; au neuvième, la fièvre se juge *spontanément*, et comme dans les deux cas précédens, la disparition de cette affection intercurrente coïncide avec une atténuation notable dans les troubles des facultés mentales. Six semaines après, Jean X... quittait l'asile complètement rentré dans l'exercice de sa raison.

Au moment où j'écris ces lignes, j'ai dans mon service une femme entrée il y a cinq mois avec tous les caractères d'une manie aiguë. Depuis huit jours, elle a été atteinte de deux accès de fièvre bien caractérisés, à type quarte. Je ne doute pas qu'une guérison radicale ne suive la disparition de la fièvre.

Loin de moi la folle prétention de résoudre un des problèmes les plus difficiles de la pathologie générale, en cherchant à approfondir les mystérieuses lois qui président à l'évolution des crises; toutefois, qu'il me soit permis de hasarder une réflexion que me suggèrent les observations que je viens d'ébaucher.

Ne devons-nous voir dans cette sorte de tendance de la manie aiguë à choisir la fièvre intermittente pour mode de terminaison critique, autre chose qu'une simple coïncidence pathologique due au concours de circonstances purement accidentelles? Telle n'est pas mon opinion. Pourquoi ne pas rattacher la raison d'être de ce fait d'observation aux rapports intimes qu'une identité de nature et de siége semble établir entre les deux maladies.

En effet, si nous passons en revue les différentes opinions émises sur la nature de la fièvre intermittente, nous voyons qu'il en est deux bien tranchées qui dominent toutes les autres; l'une, défendue par M. le professeur Piorry, qui rattache cette affection à un engorgement de la rate; et l'autre, et c'est celle vers laquelle je me sens porté, soutenue par MM. Brachet et Rayer, qui considèrent cette maladie comme une névrose. Or, comme il est incontestable pour tous les pathologistes que la moins aiguë ne soit également une névrose, pourquoi, dès lors, l'identité de nature de ces deux affections n'expliquerait-elle pas, jusqu'à un certain point, l'apparition de la fièvre intermittente, l'explosion du délire maniaque, et ne nous amènerait-elle pas ainsi à admettre une guérison par une sorte de voie de *lubritution*, où si l'on aime mieux de *perturbation*?

La doctrine des crises est fort ancienne. Esquirol l'a surtout défendue dans son mémoire des *Terminaisons critiques de la folie* (*Mal. ment.*, t. 1, p. 336). Les auteurs du *Compendium* font observer que beaucoup de cas de folie se jugent sans crises. La plupart des phénomènes rangés au nombre des crises sont également placés au nombre des causes; il est à craindre que l'on ait pris des folies intermittentes pour des folies jugées, et la cessation d'un accès pour une guérison complète. Georget et M. Foville soutiennent également une opinion contraire à celle d'Esquirol. Nous ne saurions partager la manière de voir de ces auteurs; sans être aussi généralisateur que notre maître, nous avons recueilli plusieurs faits où l'apparition de furoncles, d'anthrax, d'une forte suppuration, ont eu une influence décisive et instantanée sur la terminaison heureuse de la folie. La force médiatrice de la nature est un fait incontestable; malheureusement nous ne pouvons la diriger, mais ce n'est pas une raison pour la rejeter.

Quant à la terminaison par les fièvres, elle a été notée par beaucoup d'observateurs. Galien rapporte la guérison d'une manie par la fièvre quarte. Le mémoire d'Esquirol contient plusieurs guérisons après l'apparition de fièvres inflammatoire, gastrique, tierce intermittente, ataxo-adynamique. Le travail de notre zélé confrère vient ajouter de nouveaux faits à ceux que la science possédait. Jusqu'à quel point l'influence des localités a-t-elle pu agir? C'est ce que M. Cazenave ne dit pas dans son travail.

Approuvé par le comité de rédaction.

A. Brierre de Boismont.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 1er ARRONDISSEMENT DE PARIS, PENDANT L'ANNÉE 1851;

Par M. le docteur Foissac, secrétaire général.

Messieurs,

Le principe d'association est si noble dans son but, si fécond dans ses résultats, que je craindrais, en faisant devant vous son éloge, d'être accusé de plaider une cause gagnée et jugée sans appel par l'opinion publique. Aussi, doit-on s'étonner que les médecins honorables ne fassent pas encore tous partie des Sociétés d'arrondissement. Quelles sont les causes d'une abstention aussi préjudiciable à l'intérêt professionnel? Nous les trouvons dans l'indifférence ou l'égoïsme de quelques-uns, et, (pourquoi ne pas le dire), dans la crainte pour quelques autres, de ce contrôle inévitable exercé par des gens d'honneur unis dans l'estime commune, et jaloux de la considération de leurs collègues comme d'un patrimoine de famille.

La plupart des arrondissemens étaient constitués en Sociétés médicales; un seul n'en possédait pas encore, celui-là même au centre duquel se trouve la Faculté. Cette lacune vient enfin d'être comblée, et les médecins du onzième arrondissement se sont réunis en société sous la présidence de M. Paul Dubois. Le nom du savant professeur, ce nom que plusieurs d'entre nous ont honoré et chéri dans la personne d'Antoine Dubois, sera l'un des élémens de succès de la Société naissante, et ralliera les médecins instruits et consciencieux du onzième arrondissement.

Liés par une noble solidarité au succès de toutes les Sociétés, nos sœurs, félicitons-nous de ce qu'après sept années d'existence, la nôtre conserve, dans sa maturité, l'ardeur et la force des convictions qui présidèrent à sa fondation. Après le zèle de chacun de nous, sans lequel tout effort individuel serait impuissant, ce résultat est dû au mérite des collègues éminens que vous avez appelés à l'honneur de vous présider, au vénérable de Lens, le premier d'entre eux, à MM. Leroy-d'Etiolles, Mélier, Fauconneau-Dufresne, Trousseau, Piorry et Letalenet (à ces noms vous allez ajouter bientôt celui de M. Laugier), dont les travaux et les services honorent la science et notre profession. Dans son discours d'installation, M. Letalenet a pu vous rappeler, en connaissance de cause, le zèle infatigable que déployèrent un grand nombre de ses collègues pour la fondation de la société. Il est de mon devoir de signaler ce que la modestie de notre président a passé sous silence: c'est en grande partie, grâces à son initiative et à sa persévérante activité, que la Société du premier arrondissement parvint à se constituer. Nous ne ferons pas difficulté de reconnaître avec lui, qu'il doit à ce souvenir de reconnaissance l'honneur de vous présider. Mais ajoutons toutefois que la Société a voulu également récompenser en lui les qualités du médecin instruit, du collègue bienveillant, et du praticien toujours honorable.

A l'exemple de ses prédécesseurs, M. Letalenet vous a signalé avec force les résultats heureux obtenus déjà par la Société au triple point de vue qu'elle s'était proposé; il a fait ressortir l'avantage d'établir entre les médecins d'un même arrondissement des relations qui, leur apprenant à s'estimer, à se connaître, leur font trouver des collègues, des amis, là où ils pouvaient craindre de rencontrer des rivaux et des envieux. M. Letalenet s'est rendu l'organe du sentiment universel qui pousse le corps médical à s'occuper des intérêts professionnels. Il a fait comprendre la nécessité de l'accord entre tous les membres pour la destruction des abus, la poursuite du charlatanisme et pour les réclamations à faire au sujet de la patente. Sur ce dernier point, il invite chaque Société et la nôtre en particulier, à se concerter avec l'association générale des médecins de Paris, qui avait fait anciennement de nombreuses démarches pour l'abolition d'un impôt non moins injuste en droit que blessant pour notre dignité. Vous avez applaudi, Messieurs, à ces généreuses paroles, et la discussion engagée à vos deux dernières séances sur le mémoire de M. Boulu et le rapport de M. Despaulx-Ader nous fait espérer que vous poursuivrez sans découragement les abus qui vous ont été signalés.

J'ai parlé, Messieurs, du zèle des sociétaires qui se pressent en si grand nombre à vos séances, et vous communiquent leurs travaux, préférant parfois à la publicité des académies les conseils ou l'approbation d'un auditoire modeste de quarante à soixante collègues attentifs et bienveillans. Je ne citerai personne, mais vous aurez remarqué tous l'assiduité du secrétaire particulier, M. Mouzard, qui enregistre avec tant de fidélité les détails de vos séances, faisant ainsi revivre pour les absens les séances passées. Nous devons attacher un grand prix à nos procès-verbaux; sans eux la tradition de nos débats, de nos discussions serait bientôt perdue, comme tombèrent dans l'oubli tant d'événemens historiques avant la découverte de l'art merveilleux qui, suivant la belle expression de Corneille, appliquée aux lettres phéniciennes:

Fixa sur le papier la parole qui fuit.

En présence du zèle de tous, comment oser vous parler du mien? Secrétaire particulier des séances pendant les deux premières années de la fondation de la Société, secrétaire-général pendant les quatre dernières, ne vous devais-je pas en retour, des efforts continuels pour justifier tant de confiance? Dans une séance précédente, je vous ai exposé les raisons qui me forcent à résigner ces fonctions. Ma dette envers la Société ne finit pas; simple membre, mon dévoûment sans bornes ne suffira jamais à l'acquitter.

L'année 1851 n'a pas été moins fructueuse pour la Société que les précédentes. Un membre, M. Blot, ayant quitté l'arrondissement, a cessé d'en faire partie. Après une absence de deux années, pour cause de service, M. Bonnafont, nommé chirurgien du Gros-Caillou, est venu reprendre sa place au milieu de ses anciens collègues. Vous avez prononcé l'admission de sept nouveaux membres, tous honorablement connus dans la science, soit par de brillans concours, soit par des ouvrages ou des découvertes remarquables; voici leurs noms: MM. Duchenne (de Boulogne), Barthez (Ernest), Barthez (François), Matice, Chatin, Wollemier et Leroy-d'Étiolles fils. Pourquoi faut-il qu'à la joie de posséder ces nouveaux collègues se mêle la douleur d'avoir perdu l'auteur du *Traité des gastralgies et des entéralgies*, l'honorable M. Barras. Il est mort à Paris, le 21 février 1851, âgé de 73 ans; sa réception comme docteur en médecine remontait à 1800; c'était donc l'un des vétérans de la science et de l'art. Praticien modeste, bon observateur, il dut à ces qualités une réputation honorable et une clientèle nombreuse. La nature de son esprit le préservait des écarts dont tant d'hommes distingués ne furent point exempts pendant le premier quart de ce siècle. En praticien véritable, il suivit sans prévention comme sans enthousiasme les progrès de la réforme entreprise par notre célèbre Broussais. Au début de son *Traité des gastralgies*, il proclame les services éminens rendus à la médecine par la doctrine physiologique, mais il signale en même temps l'une des erreurs les plus dangereuses de la nouvelle méthode, celle qui consistait à regarder les névroses comme des phlegmasies, et à les traiter constamment par les anti-phlogistiques. Comme tous les tissus organiques, l'appareil nerveux est, sans aucun doute, sujet à l'inflammation; personne ne songe à nier le caractère inflammatoire de l'encéphalite, de la myélite, etc. Dans un excellent Mémoire publié dans le numéro de juin 1824 de la *Revue médicale*, notre collègue, M. Martinet, a fixé l'attention des praticiens sur les symptômes de la *névrite*, dont il trace l'histoire avec un véritable esprit d'observation. Tout médecin judicieux reconnaît maintenant que la névralgie de nature inflammatoire est excessivement rare, et suivant nous, Boerhaave avait raison lorsqu'il a dit: *Nemo unquam vidit inflammationem in nervo; hæc vero si contingat in solâ tunicâ vaginali hæret.* Ces principes, familiers aujourd'hui à la majorité des médecins, étaient presque des témérités dans une certaine école, il y a vingt-cinq ou trente ans. Cependant le règne de l'erreur est passager; la raison un moment égarée se remet bientôt dans sa véritable voie, et Fontenelle a dit avec justesse: *Une vérité est connue dès qu'elle est nommée.* Ces réflexions vous expliquent le succès remarquable du *Traité des gastralgies*, de M. Barras. Cet ouvrage est jugé depuis longtemps; je n'entreprendrai pas une tâche inutile en rappelant à votre souvenir les principes sages et le raisonnement solide dont on trouve les preuves à chaque page.

M. Barras assistait assez fréquemment aux séances de la Société du premier arrondissement, il y prenait quelquefois la parole, mais les soins d'une santé minée par le travail le tinrent bientôt éloigné de ses collègues dont il avait gagné l'affection par sa douceur et sa bienveillance. Si la Société avait été prévenue à temps, une députation de ses membres se fût fait un devoir d'accompagner la dépouille mortelle de notre collègue à sa dernière demeure. Elle aurait uni son propre deuil à celui de la famille de M. Barras et honoré de ses regrets la perte de l'honnête homme et du savant médecin.

Je vous prie de remarquer, Messieurs, que depuis sept années, la Société, composée d'environ 80 membres, en a perdu trois seulement, de Lens, Blandin et Barras. C'est moins d'un décès annuel sur 160 individus, tandis que d'après la statistique de Villot, confirmée par M. Villermé et récemment encore par M. Reis, dans le premier arrondissement, l'un des plus favorisés de Paris, il meurt 1 habitant sur 58, 66, et dans toute la France 1 sur 39, 7. Nous serions heureux de pouvoir signaler cette mortalité peu considérable comme un fait général dans la famille médicale. Il paraîtrait rationel de penser que les hommes voués à l'art de guérir, fussent moins que les autres atteints de maladies ou d'infirmités, et eussent le privilége d'une plus longue existence. Toutefois, il est loin d'en être ainsi, comme l'a prouvé Casper dans un article inséré dans la *Gazette de Berlin* du 3 janvier 1834. Ce savant a comparé la longévité des médecins à celle des théologiens, et il résulte de cet examen qu'à l'âge de 62 ans, sur 1,000 médecins, il en est déjà mort 601, et sur 1,000 théologiens 345 seulement. La table suivante fait ressortir avec plus d'évidence encore les désavantages de la profession de médecin: sur un nombre de 100, ont atteint ou dépassé 70 ans:

Théologiens.	42
Agriculteurs.	40
Employés supérieurs et commerçans. .	35
Employés subalternes et militaires. . .	32
Avocats.	29
Artistes.	28
Professeurs, instituteurs.	27
Médecins.	24

Casper eut soin d'attribuer au sybaritisme des médecins la courte durée de leur vie; il en trouvela cause dans les fatigues corporelles, les influences fâcheuses de l'atmosphère, le trouble du repos de la nuit, les veilles prolongées, l'irrégularité des repas, les désordres de la digestion, et enfin les affections morales de toute espèce. Suivant Casper, parmi les médecins, un nombre plus considérable qu'on ne le pense périt victime de la contagion. Je n'insisterai pas, Messieurs, sur la signification et l'éloquence de ces chiffres; ces tables de la mort elle-même attestent le noble dévoûment du médecin, et les sacrifices que ce dévoûment lui impose dans ce que l'homme a de plus cher: la vie et la santé.

Je me hâte d'arriver au compte-rendu, ou plutôt à l'indication des faits scientifiques qui ont occupé vos séances. Les matériaux sont en si grand nombre, que non seulement je ne puis les mentionner tous, mais

que je dois même me contenter de vous donner, sans commentaire, une simple analyse des plus importans.

M. Shrimpton vous a rapporté une observation de fracture de l'ischion, dont quelques membres cependant contestent le diagnostic. Il s'agit d'un individu qui fit, du haut d'une échelle, une chute sur le siége, regardée d'abord comme peu grave. Il éprouva une douleur légère à la région des muscles fessiers, mais il continua à marcher sans trop de difficulté. Au bout d'un mois seulement, cette douleur ayant augmenté, un médecin fut appelé et constata dans cette région une tumeur molle et fluctuante qu'il ouvrit. Le malade partit ensuite pour l'Allemagne, où la même tumeur s'étant reformée, nécessita une nouvelle ouverture. Plus tard, M. Shrimpton vit ce malade à Paris et lui pratiqua, à travers l'épaisseur des muscles fessiers, une troisième incision qui donna issue à un litre de pus. En même temps il put constater la mobilité de l'extrémité de l'ischion; une esquille même en fut extraite. D'après ces faits, M. Shrimpton ne doute point qu'il n'ait eu affaire à une fracture de l'ischion. M. Morel-Lavallée conteste le diagnostic porté par M. Shrimpton; les détails de l'observation lui paraissent se rapporter à une nécrose occasionnée par la chute chez un sujet scrofuleux, aussi bien qu'à une fracture; dans celle-ci, en effet, on éprouve sinon l'impossibilité, du moins une grande difficulté pour marcher. M. Boulu partage l'opinion de M. Morel; il ajoute que, dans certains cas, rien n'est plus difficile que le diagnostic différentiel des deux affections. D'après M. Shrimpton, depuis sa chûte, le malade, au moindre mouvement, ressentait des espèces de déchiremens qu'il croit pouvoir attribuer au pincement des fibres musculaires entre les fragmens. Mais, ainsi que MM. Morel-Lavallée et Boulu, M. Laugier ne trouve aucun des caractères indiqués par M. Shrimpton suffisans pour justifier le diagnostic d'une fracture.

Dans la séance de septembre, M. Bonnafont a fait une lecture sur le traitement des adénites. Suivant notre collègue, tous les praticiens recommandent au début la méthode antiphlogistique; les dissidences commencent lorsqu'arrive la période de suppuration. Il examine successivement les moyens employés à cette phase de la maladie et montre le peu de succès de la plupart d'entre eux; la compression, dit-il, est douloureuse et augmente plutôt qu'elle ne diminue le foyer purulent; les vésicatoires réussissent rarement, il en est de même des frictions avec la pommade d'iodure de potassium. M. Bonnafont donne la préférence à l'ouverture du foyer purulent; mais il attache une grande importance au mode opératoire. Il emploie le caustique de Vienne quand le décollement est considérable; toutefois, on doit y renoncer quand les parois du foyer sont épaisses. Les caustiques, d'ailleurs, ont cet inconvénient de laisser des traces indélébiles. A la suite des incisions avec l'instrument tranchant, notre collègue a vu survenir des plaies ulcéreuses, difficiles à guérir. M. Bonnafont emploie avec plus d'avantage le séton aidé d'un pansement légèrement compressif pour favoriser l'écoulement du pus. Il n'a jamais vu d'ulcération survenir à la suite de ces petites piqûres, et ce mode opératoire lui a procuré les guérisons les plus promptes et les plus nombreuses.

M. Leroy-d'Étiolles vous a fait plusieurs communications relatives à différens points de thérapeutique des maladies des organes urinaires. Il a démontré les avantages des bougies tordues en spirale pour franchir les rétrécissemens qui refusent le passage aux bougies droites, même les plus fines. Dans certains cas, en effet, il y a non seulement diminution du calibre de l'urètre, mais encore inflexion en zig-zac et excentricité de l'orifice du rétrécissement. Avec la bougie droite, on vient presque toujours buter sur le même point, tandis que la bougie tordue dont la pointe est déviée, rencontre plus facilement l'ouverture excentrique du détroit et en parcourt les sinuosités. M. Leroy rapporte une soixantaine d'exemples à l'appui de l'utilité de cette manœuvre.

La cautérisation directe des rétrécissemens ou cautérisation d'avant en arrière, a été l'objet d'une seconde communication de M. Leroy-d'Etiolles; elle est applicable aux obstacles qu'aucune bougie, même tortillée, ne peut franchir. On pourrait craindre que l'occlusion complète d'un passage aussi étroit ne fût la conséquence de la cautérisation; suivant notre collègue, l'expérience démontre qu'il n'en est rien, et qu'après un certain nombre d'applications des caustiques, dépassant rarement six, le rétrécissement détruit laisse pénétrer tout d'un coup les bougies et les sondes du plus gros calibre. Pour cautériser d'avant en arrière, M. Leroy se sert d'un tube ouvert à ses deux extrémités, aussi volumineux que peut l'admettre la partie libre du canal. Légèrement courbe lorsqu'on agit au-delà du bulbe, ce tube, fermé par un embout, est porté jusqu'à l'obstacle; puis, l'embout retiré, une tige flexible, terminée par un petit porte-crayon de nitrate d'argent, est glissée dans le tube et vient appuyer contre le rétrécissement sur lequel on le laisse fondre en totalité. Ce procédé est celui que Loyseau employa pour guérir Henri IV, sauf le nitrate d'argent qui n'était pas connu et fut remplacé par l'alun. Il a été aussi appliqué par Hunter, puis par Home, mais d'une manière moins rationnelle; car ils faisaient usage d'une bougie armée d'un morceau de nitrate d'argent porté rapidement à nu à travers la partie saine du canal. M. Leroy-d'Etiolles n'a donc ici d'autre prétention que d'avoir fait revivre en le perfectionnant, un procédé délaissé depuis plus de vingt ans.

L'extraction par l'urètre des corps étrangers tombés dans la vessie, doit être considérée comme un complément de la lithotritie qui, chaque chaque jour étend son domaine et rend de plus en plus rare l'opération de la taille. Cette nouvelle conquête est due en grande partie aux efforts persévérans de M. Leroy-d'Etiolles. Les brise-pierres ordinaires peuvent quelquefois réussir; mais le plus souvent il est nécessaire de recourir à des instrumens particuliers. M. Leroy en a imaginé plusieurs appropriés à la forme et à la nature des corps. Est-ce une bougie de petit ou moyen calibre, une tige métallique d'une certaine grosseur comme une épingle à cheveux, etc., qu'il s'agit d'extraire? un instrument les saisit, les ploie en dirigeant en arrière leurs deux extrémités. Est-ce un fragment de sonde métallique, le mors détaché d'un brise-pierre? d'autres instrumens sont employés; si ces corps sont pris par le travers, de petits rateaux d'une construction ingénieuse les font basculer, et les placent dans la direction du canal qu'ils doivent parcourir. Est-ce un cylindre de bois trop long pour pouvoir basculer ainsi? un troisième instrument le coupe en deux, et chacune des extrémités n'a plus qu'un quart de rotation à exécuter pour s'engager dans l'urètre à la suite de l'instrument qui l'y attire. M. Leroy-d'Etiolles en cite un cas fort curieux; il s'agissait d'un manche de cuillère de moutardier extrait par ce procédé de la vessie d'une femme. En présentant ces instrumens à la société, M. Leroy fait un grand éloge de M. Mathieu qui les a exécutés sur ses indications avec beaucoup d'intelligence.

Dans le compte-rendu de 1849, vous avez lu avec tout l'intérêt que méritent les communications de M. Trousseau, plusieurs exemples de thoracentèse pratiquée dans la période aiguë de la pleurésie. Vous avez écouté non moins favorablement une nouvelle observation d'empyème rapportée par M. Charruau.

Le 17 décembre 1850, notre collègue fut appelé rue St-Georges, 52, auprès d'un enfant de 5 ans nommé Touvez, qui présentait l'état suivant: décubitus sur le côté droit, pâleur extrême, infiltration de la face, œdème des membres, peau sèche et terreuse; pouls faible à 130, 135 pulsations par minute; toux incessante, respiration anxieuse et précipitée. L'examen de la poitrine fait découvrir une voussure manifeste du côté droit; la percussion y donne un son mat excepté en haut; le bruit respiratoire est nul dans les 4/5mes inférieurs, assez clair dans le 5e supérieur. On reconnaît facilement que le foie est refoulé dans l'abdomen et que le médiastin et le cœur lui-même sont déjetés à gauche, où l'on entend une respiration puérile.

Indépendamment de ces symptômes, l'enfant présentait une dyphthérite occupant toute la bouche et une partie du pharynx. La faiblesse était extrême, le sommeil presque nul.

La maladie était à son treizième jour. Le traitement employé jusqu'alors consistait en trois applications de sangsues, des bains généraux et la diète. Après le dernier bain l'étouffement avait presque amené une syncope. Avant de tenter le traitement chirurgical, M. Charruau fit appliquer un large vésicatoire sur le côté droit; il prescrivit en outre des frictions sur les membres avec la teinture de scille et de digitale, de l'eau de Bussang coupée avec du vin en boisson, de légers potages, et avant chaque petit repas une cuillerée à café de sirop de quinquina. Plus tard, des frictions avec le vin aromatique; des vésicatoires volans successivement appliqués et des purgatifs répétés déterminèrent une amélioration sensible et dissipèrent sans retour la dyphthérite. Toutefois au vingt-huitième jour de la maladie, la suffocation était plus imminente que jamais; M. Charruau résolut de pratiquer la thoracentèse comme moyen suprême de salut, mais il voulut auparavant avoir l'avis de M. Trousseau, qui, appelé en consultation, confirma de tout point le diagnostic et la nécessité de l'opération. M. Charruau la pratiqua le lendemain; elle fournit un litre et un quart de pus.

Immédiatement après l'opération, le pouls tombait à 115 pulsations, l'enfant respirait à l'aise et le poumon occupait la moitié du côté droit de la poitrine. La nuit suivante fut parfaite et de jour en jour l'état s'améliora. Vers le septième, quelques nouveaux symptômes d'épanchement nécessitèrent l'application de deux vésicatoires qui suffirent pour dissiper les accidens.

Après la lecture de cette observation, M. Trousseau fait remarquer combien la formation du pus est prompte chez les enfans par suite d'un traitement anti-phlogistique exagéré; il fait également remarquer à la Société le développement rapide du poumon après l'opération de la thoracentèse. Il ne dissimule pas les inquiétudes que lui avaient laissé dans l'esprit les suites de l'opération dans un cas aussi grave, et c'est avec satisfaction qu'il vient d'apprendre de notre collègue que le jeune malade, échappé aux périls d'une maladie redoutable, est en pleine convalescence. Ajoutons toutefois que cet enfant mourut huit mois après avec tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire.

La science du diagnostic est portée aujourd'hui à un tel degré d'avancement chez les médecins de l'école de Paris, que dans certaines maladies caractérisées par des symptômes en quelque sorte évidens, une erreur de diagnostic est chose extrêmement rare, je dirai même très instructive; et c'est ainsi qu'en a jugé la Société en recevant communication du fait intéressant rapporté par M. Moutard-Martin.

Une jeune femme de 21 ans, bien réglée, peu maladive quoique d'une constitution délicate, entra à l'Hôtel-Dieu le 5 juillet 1850. Depuis quinze jours elle se plaint de courbatures et d'inappétence; depuis trois, d'une céphalalgie fort intense. La veille, elle a été prise d'une douleur vive au-dessous du sein droit, accompagnée de quelques frissons irréguliers. Examinée le matin même de son entrée, indépendamment des symptômes précédens, elle accuse de la dyspnée, sans toux et sans expectoration. Le pouls bat 96 fois à la minute. La poitrine n'offre aucune déformation; dans toute l'étendue du côté gauche la sonorité est normale, ainsi que dans la partie supérieure du côté droit; mais la matité est complète dans la moitié inférieure en avant et en arrière, presque complète sous l'aisselle. L'auscultation révèle une absence totale de bruit respiratoire dans la moitié inférieure du côté droit en arrière et même latéralement. On entend dans les mêmes points une égophonie très bien caractérisée. Partout ailleurs la respiration est naturelle. En faisant mettre la malade à genoux sur son lit, la matité ne change pas de position et les signes stétoscopiques restent aussi les mêmes.

L'ensemble et l'anomalie de ces symptômes font croire à l'existence d'une pleurésie avec épanchement limité par d'anciennes adhérences. Tel fut le diagnostic porté par M. Moutard-Martin et confirmé le lendemain par M. Chomel. Deux saignées de trois palettes pratiquées dans la journée du 5 fournissent un sang couenneux. Le 6, tous les symptômes s'améliorent, mais les résultats de la percussion et de l'auscultation restent les mêmes. Vésicatoire. L'état général continuant à s'améliorer, la malade est en pleine convalescence le 22 juillet, quoique la matité, l'absence du bruit respiratoire et l'éphogonie n'aient subi aucun changement.

Le 22 juillet la fièvre se rallume, et l'on voit paraître une variole discrète dont la dessiccation s'opère avec rapidité; quelques pustules s'ulcèrent, la fièvre se maintient, les forces sont très déprimées. Le 3 août, nouvelle apparition du point de côté, dyspnée très forte, prostration considérable, douleurs articulaires très vives. Celles-ci augmentent encore d'intensité au point de rendre tout mouvement impossible. 116 pulsations, langue sèche; érysipèle sur le nez et la joue gauche, bulles de pemphygus sur les membres inférieurs. Les jours suivans l'érysipèle s'étend au cuir chevelu et au cou, le délire survient, le pouls s'affaiblit, et la malade meurt le 8 août.

Voici le résultat de l'autopsie cadavérique:

1° Absence totale d'épanchement dans la poitrine; 2° refoulement du poumon droit en avant et aplatissement très prononcé de sa face postérieure; 3° refoulement de la partie postérieure du diaphragme et sensation d'une tumeur fluctuante ayant son siége en arrière entre le diaphragme et les côtes jusque vers la quatrième côte; 4° le foie a éprouvé une sorte de mouvement de bascule, par suite duquel sa face supérieure est devenue antérieure, et son bord antérieur se trouve rapproché de la colonne vertébrale. Le foie enlevé on voit une tumeur située immédiatement au-dessus du rein droit, et se prolongeant par sa partie supérieure jusqu'au niveau de la quatrième côte et coiffée par la capsule surrénale comme l'est habituellement le rein. Cette tumeur aplatie d'avant en arrière présente douze centimètres et demi d'épaisseur, dix de largeur et quinze au moins d'épaisseur. La tumeur ayant été ouverte, il s'en écoule un liquide filant, louche, contenant une grande quantité de fausses membranes analogues à celles de la pleurésie et sans aucune trace d'hydatides. On ne trouve rien dans les articulations.

Nous avons cru devoir retracer les principaux traits de cette intéressante observation; elle donne cependant une explication satisfaisante des symptômes observés pendant la vie et fournit une nouvelle preuve des erreurs inévitables auxquelles n'échappent pas même les praticiens les plus consommés. Toutefois, elle est loin d'être unique dans la science, ainsi que le prouve, entre plusieurs autres, le fait suivant, rapporté par M. Piorry. Une femme, atteinte d'une hypertrophie concentrique du cœur, succomba quelques jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva à la vérité les parois du cœur fort épaisses, mais non le rétrécissement de l'aorte annoncé par l'auscultation; l'orifice aortique était même un peu dilaté; mais il se trouvait comprimé par une tumeur hydatique du volume du poing; c'est ainsi que même dans ses erreurs la science fait admirer la justesse du diagnostic médical et l'exactitude de ses procédés d'investigation.

Notre Société, l'une des premières, Messieurs, reconnut dans le chloroforme une découverte inappréciable qui marque une phase consolante dans les maux de l'humanité. Sur l'invitation de M. Trousseau, notre président d'alors, divers membres citèrent plusieurs exemples de l'emploi local du chloroforme dans des maladies diverses. Je vous rappellerai les communications qui ont fixé, cette année, l'attention de la Société; l'une d'elles appartient à votre secrétaire-général.

Il y a quelques mois, je fus appelé en toute hâte auprès de M. L..., représentant du peuple, que l'on croyait menacé d'une attaque d'apoplexie. A son réveil, il avait été pris de crampes excessivement douloureuses dans la partie latérale gauche du cou. Ces douleurs revenaient par crises se rapprochant continuellement, et quoique M. L... soit d'un caractère très énergique, elles lui arrachaient des cris perçans. Assis dans un fauteuil, n'osant faire aucun mouvement, il craignait même de parler, tant le retour des crises était affreux. Jamais pareille maladie ne s'était présentée à mon observation; je la caractérisai de crampes névralgiques du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. J'envoyai chercher un liniment ainsi composé:

Chloroforme.	10 grammes.
Huile d'amandes douces.	10 »

La moitié fut répandue sur un gâteau d'ouate et appliquée sur la partie latérale du cou. Même application renouvelée dans l'après-midi. En moins d'une demi-heure, les crises avaient diminué d'intensité et s'étaient éloignées. A cinq heures du soir, il n'en restait qu'une appréhension pénible; le malade craignait de les voir renaître s'il faisait le moindre mouvement; mais il ne pouvait assez se féliciter d'un résultat aussi inespéré. Quoique le chloroforme n'eût aucunement provoqué le sommeil, je jugeai prudent de ne point le prescrire pendant la nuit. Il fut remplacé par une potion avec quelques centigrammes de codéine. Le lendemain, le malade put se lever, exécuter avec prudence des mouvemens de tête et prendre de la nourriture. La guérison était complète, et depuis, la maladie ne s'est point reproduite.

M. Laroche a combattu avec succès un cas de rhumatisme aigu par des applications locales de chloroforme et l'emploi intérieur du nitrate de potasse. Quoique, dans ce cas, il soit impossible de révoquer en doute l'efficacité du chloroforme, M. Martinet ne croit pas devoir lui attribuer exclusivement l'honneur de la guérison. Dans cette observation, ajoute notre collègue, il faut distinguer une action mixte; le chloroforme a pu calmer la douleur locale, et le nitrate de potasse guérir les symptômes constitutionnels.

Appelé auprès d'un malade souffrant d'un lumbago aigu, M. Boulu appliqua sur la région douloureuse une serviette imbibée de 15 grammes de chloroforme; quelques instans après, la peau rougit; il se déclara une douleur d'abord légère, qui augmenta graduellement, au point de devenir intolérable au bout de cinq minutes. La serviette fut enlevée; le lumbago avait cessé; il reparut un mois après, et céda au même moyen. Suivant M. Boulu, le chloroforme doit être employé pur, et exempt de tout mélange avec les corps gras.

MM. Thomas et Trousseau sont d'avis que, dans le cas actuel, le chloroforme a agi par son action caustique; d'après ce dernier, lorsqu'on le mêle à l'huile ou à la graisse, on ne conserve aucune incertitude sur l'action anesthésique. Mais, appliqué sur la peau, le chloroforme est un corps fortement irritant; il détermine une fluxion périphérique nuisible à l'absorption du médicament. Aussi, pour ces motifs, préfère-t-il, dans son emploi extérieur, le mêler avec des corps gras.

Les membres de la Société sont invités à faire connaître leur opinion et les résultats de leur pratique, relativement aux cautérisations de l'hélix et du pharynx; ils s'accordent tous à traiter cette méthode de barbare et d'irrationnelle. M. Caffe l'a vue mettre en usage chez trois malades, et chez un seul avec succès. Il rappelle qu'anciennement, un moine italien pratiquait dans la sciatique une cautérisation à l'extrémité du gros orteil, prétendant ainsi agir sur l'extrémité du nerf sciatique. Suivant M. Trousseau, cette dernière méthode est plus logique, tandis que la cautérisation de l'hélix ne s'explique pas. Il confesse cependant l'avoir conseillée une fois à une dame souffrant d'une sciatique rebelle; mais cette opération, horriblement douloureuse, ne fut suivie d'aucun bon résultat, et la maladie persiste encore. M. Trousseau a voulu aussi essayer de la cautérisation dans un cas d'aphonie; mais à peine le pinceau, légèrement trempé dans l'ammoniaque liquide étendu d'eau, eut-il touché le pharynx, qu'il survint une orthopnée épouvantable qui lui

causa des craintes sérieuses, mais fort heureusement passagères. Il voulut cependant cautériser avec précaution le pharynx d'une dame atteinte d'un asthme qui avait résisté à tout. Elle fut presque suffoquée, mais non guérie ni soulagée. Depuis cette époque, il s'est abstenu de tout essai nouveau. Plusieurs membres de la Société n'ont pas été plus heureux que M. Trousseau; cependant M. Bonnafont a eu recours quatre fois à la cautérisation de l'hélix pour des cas de sciatique. Il a réussi deux fois, la douleur fut suspendue chez le troisième malade; il y eut insuccès pour le quatrième. Il déclare qu'à l'avenir il n'hésitera pas à l'employer. M. Laugier ne veut pas qu'on rejette tout moyen extraordinaire, par cela seul que le mode d'action est inexplicable. S'il lui était démontré, par un certain nombre de faits bien observés, que la cautérisation de l'hélix guérit des cas de sciatique rebelle, il ne balancerait pas à la conseiller. Nous ne connaissons encore ni toutes les sympathies, ni les rapports secrets qui unissent dans l'économie tant de phénomènes dissemblables. Il cite un exemple dont il n'est fait mention nulle part. Une personne qu'il connaît parfaitement, éprouve, dans les fortes envies d'uriner, une douleur très vive dans les incisives, douleur qui disparaît aussitôt que le besoin est satisfait. Ce phénomène, dont il atteste la réalité, ne lui semble pas moins extraordinaire que la guérison de la sciatique par la cautérisation de l'hélix avec le fer rouge.

Il est peu de maladies dont la thérapeutique soit aussi précise, aussi certaine que celle des fièvres intermittentes; car si un zèle louable pousse le praticien à chercher de nouveaux anti-périodiques, il sait du moins qu'il possède dans le sulfate de quinine un héroïque remède. Mais contrairement à ce qui arrive pour la plupart des maladies, la question du siége des fièvres intermittentes est bien moins avancée que leur traitement. D'après une opinion fort accréditée, la fièvre intermittente réside dans quelqu'une des grandes divisions du système nerveux; elle compte parmi ses partisans Bellini, Cullen, Boerhaave, Frank, MM. Rayer, Bouillaud, Nepple, Brachet, etc.; suivant d'autres observateurs, la fièvre intermittente dépend d'une lésion des vaisseaux abdominaux. M. Andouard a indiqué la rate comme étant plus particulièrement affectée dans cette maladie, et M. Piorry, dont les travaux importans sont connus de tous les praticiens, soutient qu'il n'y a pas de fièvre intermittente sans engorgement préalable de la rate. Enfin les partisans d'une troisième opinion assimilent la fièvre intermittente à un empoisonnement et voient dans l'infection des fluides le véritable siége de cette maladie.

Pour M. Bonnafont, la question serait près d'être résolue si la thérapeutique possédait des médicamens dont l'action subite se dirigeât spécialement soit sur la rate, soit sur le système nerveux. Aucun, suivant notre collègue, n'agit sur l'organe splénique, tandis que plusieurs dont la science s'est enrichie, agissent directement sur le système nerveux, et c'est aux anesthésiques qu'il donne la préférence.

Il y avait à l'hôpital d'Arras 17 militaires atteints de fièvres intermittentes, dont 5 à type quotidien et 12 à type tierce. 10 avaient la fièvre pour la première fois, 2 pour la seconde et 5 pour la troisième, dont une contractée en Afrique. Pour mieux constater l'efficacité de la méthode nouvelle, M. Bonnafont attendit que chaque malade eût, après son entrée à l'hôpital, depuis quatre jusqu'à huit accès.

Deux fiévreux furent soumis aux inhalations du chloroforme; les autres témoignant de la répugnance à s'y soumettre, le chloroforme fut remplacé par l'éther. Le nombre des éthérisations nécessaires fut en raison directe de l'ancienneté de la maladie. Chez les 10 militaires atteints pour la première fois, une seule suffit; il en fallut depuis deux jusqu'à six chez les autres malades.

Suivant M. Bonnafont, l'époque la plus favorable pour l'éthérisation est la sixième heure avant l'accès. Administrée plus tôt, l'accès avance d'une heure ou deux sans perdre beaucoup de son intensité; plus tard, l'accès est seulement diminué. Chez tous les malades, l'éthérisation fut poussée seulement jusqu'à un commencement de résolution des membres; aussi l'état anesthésique ne durait point au-delà de 3 à 4 minutes. L'action de l'éther sur l'économie fut sans inconvénient, et sauf une légère céphalalgie qui disparut très vite, les malades n'accusèrent aucun malaise. La plupart même en revenant à l'état normal se trouvèrent dans un état d'hilarité remarquable.

Ces faits se passaient au commencement de 1850, et aucun des malades ainsi traités n'eut de rechute dans le cours de l'année, quoique quatre d'entre eux fussent entrés deux fois à l'hôpital dans le dernier semestre de 1849.

M. Bonnafont conclut de ses expériences que l'éthérisation agissant spécialement sur le système nerveux, et les accès fébriles cédant à l'éthérisation, les fièvres intermittentes ont leur siége dans ce système, et non dans la rate dont la turgescence serait, dit-il, la conséquence et jamais la cause première des fièvres. Du reste, suivant notre collègue, *aucun des quinze malades qu'il a traités ne présentait d'engorgement splénique.*

La communication de M. Bonnafont provoque diverses observations soit sur le siége, soit sur la thérapeutique des fièvres périodiques. Dans un voyage de M. Thomas en Italie, M. Capello, de Rome, et M. Salvatore de Rengi, de Naples, ont remis chacun à notre collègue une note sur cette question importante. Il résulterait de leur longue pratique, 1° que l'engorgement de la rate est toujours effet et jamais cause des fièvres intermittentes; 2° que souvent ces fièvres existent sans la plus légère hypertrophie de cet organe. M. Grimaud prétend de son côté que non seulement la rate, mais encore le foie et tous les viscères abdominaux sont malades dans la fièvre intermittente. Il préfère à tous les anti-périodiques connus le sulfate de cadmium, dont il a retiré les plus heureux résultats, même dans les fièvres d'Afrique, rebelles à tout traitement.

M. Bessières convient qu'on peut enrayer un accès avec une potion éthérée et par d'autres moyens encore. Mais l'éther n'ayant aucune action sur la rate, les accès reviennent à coup sûr. Il s'étonne au dernier point que M. Bonnafont n'ait point rencontré l'engorgement de cet organe chez un seul de ses quinze malades. Quant à lui, il a constaté cette altération sur tous ceux qu'il a observés. M. Piorry témoigne sa surprise plus vivement encore que M. Bessières; l'assertion de M. Bonnafont se trouve démentie par les milliers de faits puisés dans sa pratique. Partout où il y a fièvre d'accès, toujours et sans exception, la rate présente de 7 à 8 centimètres de hauteur, et j'affirme, dit notre collègue, que l'organe splénique est le seul qu'on trouve constamment malade. M. Piorry désirerait savoir quelle est la méthode employée par M. Bonnafont pour constater l'état de la rate; ce n'est pas chose aussi facile qu'on le pense; les membres de la commission nommée par la Société, il y a un an, ont pu s'en convaincre. Il ne met point en doute l'habileté de M. Bonnafont, mais connaissant par une longue expérience les difficultés d'un diagnostic exact pour les personnes qui ne sont pas familiarisées avec la plessimétrie, il ne saurait admettre qu'il se soit rencontré quinze malades atteints de fièvres intermittentes sans engorgement splénique.

M. Piorry ne nie point que l'éther, comme le café, ne puisse arrêter un accès de fièvre intermittente, mais on n'obtiendra jamais par ces moyens des guérisons aussi sûres qu'avec le sel marin. Depuis la communication faite à la Société, il a encore employé huit fois le muriate de soude et constamment avec le résultat le plus satisfaisant. Cependant M. Bonnafont ayant guéri quinze fiévreux sans récidive par la seule éthérisation, ce résultat lui paraît digne d'attention, et suivant le vœu que lui expriment divers membres de la Société, il offre ses salles à M. Bonnafont pour y faire de nouvelles expériences.

Dans la séance du 3 avril, M. Fauconneau-Dufresne vous a communiqué une observation sur un cas de *rupture de la rate dans l'estomac*; en voici le résumé. M. D..., capitaine du génie, âgé de 50 ans, avait habité dans sa jeunesse Cayenne, le Sénégal, la Martinique, et payé son tribut aux maladies endémiques de ces parages, dyssenterie, fièvre jaune et fièvres intermittentes. Par suite de ces dernières, il portait une tuméfaction énorme de la rate. Le 28 mai 1851, après des courses fatigantes, il montait péniblement la rue Blanche et fut pris d'un léger vomissement de sang. Rentré chez lui, il rejeta en moins d'une heure une quantité de sang évaluée à 6 ou 7 livres au moins. Le sang se composait de caillots et d'une partie liquide; sa couleur était assez rouge, et sa surface recouverte d'écume. Le docteur Gardet, appelé d'abord, avait prescrit une application de glace sur l'estomac, des morceaux de glace à l'intérieur ainsi qu'une potion calmante, du tannin et du sirop diacode. Lorsque M. Fauconneau-Dufresne arriva auprès du malade, il trouva ses traits décomposés, les extrémités froides, le pouls filiforme. La rate avait disparu, on en sentait seulement une partie assez dure et inégale au-dessous des fausses côtes.

Le lendemain, un peu de réaction s'était établie, le pouls avait repris du volume et battait 84 fois par minute. Il ne s'était déclaré pendant la nuit ni selles ni vomissemens, non plus que de la douleur ou du météorisme du ventre. Les jours suivans, aucun nouvel accident ne se manifesta. Les lavemens amenèrent pendant quelques jours des selles sanguinolentes, provenant sans aucun doute d'un peu de sang qui avait suivi le cours naturel des matières. Le malade fut maintenu par prudence dans la position horizontale, à l'usage du bouillon froid et de l'eau acidulée glacée. Vers le sixième jour, M. Fauconneau-Dufresne lui prescrivit de légers potages, quelques laits de poule et de l'eau rougie; son pouls se remplissait notablement, l'appétit et les forces commençaient à revenir; mais déjà la rate avait repris du volume, et les inégalités mentionnées plus haut étaient descendues des fausses côtes au niveau de l'ombilic. Enfin le malade entra en convalescence et reprit des forces; M. Fauconneau-Dufresne le rencontra vers la mi-août à Vichy et trouva son état général assez satisfaisant. Mais la rate était revenue à ses anciennes dimensions, et si les eaux de Vichy n'en réduisent pas le volume, le malade restera sous le coup des mêmes accidens. Et d'ailleurs, celui qui a fourni la matière de l'observation précédente n'est pas le premier de ce genre. Au mois d'août 1849, M. le capitaine D... s'embarquant pour la Martinique par un très mauvais temps, crut devoir faire un repas copieux pour moins souffrir de la mer. Il n'en eut pas moins des vomissemens d'une violence extrême, suivis d'une hémorrhagie effrayante. Suivant le malade, la quantité de sang rejetée par l'estomac et l'intestin était double de celle qu'il a perdu à sa seconde attaque. Le volume de la rate avait complètement disparu. A la suite de cette première hémorrhagie, il était survenu des désordres graves, une ascite et un œdème presque général, qui cédèrent difficilement à l'emploi de moyens variés, après plusieurs mois de traitement.

Le pronostic porté par M. Fauconneau-Dufresne s'est promptement réalisé; vers le milieu du mois d'octobre, M. D... éprouva une 3me attaque, en quelque sorte foudroyante, et vomit plusieurs litres de sang. Les détails que nous a fournis notre collègue M. Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy, qui a vu le malade à plusieurs reprises, et en dernier lieu le 5 janvier dernier, montrent une analogie complète des symptômes avec ceux des attaques précédentes. Cependant, malgré leur gravité excessive, M. D... s'est rétabli.

D'après ces détails, ajoute M. Fauconneau-Dufresne, il est impossible de ne point admettre que le sang produisant la tuméfaction de la rate ne se soit fait jour dans l'estomac; mais par quelle voie cette communication a-t-elle eu lieu? Ce n'est point assurément par l'intermédiaire des petits rameaux artériels et veineux renfermés dans l'épiploon gastro-splénique; car, malgré le rôle important que les auteurs leur font jouer sous le nom de *vaisseaux courts*, ainsi qu'on peut le voir dans quelques faits assez vagues rassemblés dans la lettre 36me de Morgagni, on comprendrait difficilement comment ces vaisseaux auraient pu donner passage, en aussi peu de temps, à une telle quantité de sang. Il est plus probable que la rate, gonflée depuis longtemps et altérée dans sa substance, a dû contracter des adhérences avec l'estomac, et qu'une perforation a fait communiquer ces organes l'un avec l'autre. Ce résultat ne saurait surprendre le praticien quand on voit le pus se faire jour à de grandes distances, par exemple, un abcès hépatique se vider par les bronches.

Pour montrer la possibilité de l'accumulation d'une aussi grande quantité de sang dans le parenchyme de la rate, notre confrère décrit rapidement les altérations qui constituent la *splénomalaxie*; sous l'influence d'une active et énergique congestion sanguine, cet organe se remplit de sang noir liquide, se ramollit et se réduit en une bouillie rouge noirâtre où l'on ne trouve plus aucune trace d'organisation. Il résulte de plusieurs faits cités dans le *traité des fièvres intermittentes* de Bailly (de Blois), que dans ces circonstances l'enveloppe fibreuse s'est crevassée en plusieurs endroits et dans une assez grande étendue. L'un de ces faits vient à l'appui de l'explication fournie par M. Fauconneau-Dufresne : « *La membrane extérieure*, dit Bailly, *était adhérente au colon transverse; elle ressemblait à une vessie vide, et la substance de ce viscère s'était échappée par un trou qui existait au centre de son adhérence avec le colon.*

M. Fauconneau-Dufresne fait remarquer en outre la rareté dans nos climats de ces ramollissemens extrêmes de la rate, de ces amas de sang qui prennent la place de cet organe, tandis que dans les pays intertropicaux, dans ceux particulièrement où règnent les effluves marécageuses délétères, ces affections sont assez communes. Le foie lui-même peut alors en devenir le siége; notre collègue rapporte à ce sujet une observation tirée de l'ouvrage de James Johnson, intitulé : *De l'influence des climats intertropicaux sur la santé des Européens*, observation dans laquelle on voit ce viscère converti en un véritable caillot. Enfin M. Fauconneau-Dufresne provoque sur sa communication les réflexions de ses collègues, et particulièrement celles de M. Piorry, qui s'est livré avec tant de suite à des recherches approfondies sur tout ce qui concerne les affections spléniques.

M. Piorry s'empresse de répondre à l'appel qui vient de lui être fait. Il insiste sur la fréquence des hémorrhagies dans les splénopathies, et rappelle que dans les *additions* à son travail sur ce sujet, insérées à la fin du sixième volume du *Traité de médecine pratique*, il a cité plusieurs observations de cette nature. Parmi ces hémorrhagies, les unes se manifestent avant que l'on ait fait prendre de fortes doses de quinine, les autres se sont déclarées après une diminution rapide de la rate, produite par l'emploi du sel de quinquina, de sorte qu'on ne saurait les attribuer à l'action de ce médicament. Dans l'une des observations, l'hémorrhagie s'était produite subitement dans le tissu cellulaire de l'aisselle, où apparut une tumeur considérable, fluctuante, non entourée d'indurations, et qu'on aurait pu prendre pour un abcès. Le malade mourut. On trouva l'espace axillaire en quelque sorte disséqué par le liquide; aucun vaisseau n'avait éprouvé de solution de continuité. La rate était énorme, malgré les fortes doses de sulfate de quinine administré contre la fièvre. On y plongea un scalpel qui donna issue à un litre de sang à demi coagulé, tout à fait pur. Dans une autre observation, une hémorrhagie abondante s'était manifestée par l'estomac; *le sang vomi était complètement coagulé, épais, boueux, brun-noirâtre, analogue à celui que, d'ordinaire, on trouve dans la rate.* La réfrigération locale, le ratanhia, la compression locale, furent impuissans pour arrêter les accidens. L'autopsie montra une rate énorme, offrant sur quelques points des concrétions de fibrine décolorée, du volume d'une noisette; l'estomac ne présentait aucune lésion morbide qui ait pu le faire communiquer avec la rate; il contenait du sang à demi-coagulé de la même apparence que le liquide vomi. Les poumons étaient pâles, affaissés le long de la colonne vertébrale, le foie décoloré et volumineux, le cœur pâle, petit et flasque; le sang que contenaient celui-ci et les gros vaisseaux était analogue à celui de la rate et de l'estomac. Ces diverses circonstances font dire à M. Piorry que l'accident signalé dans le fait si intéressant de M. Fauconneau-Dufresne, peut se produire sans qu'il existe une communication fistuleuse entre la rate et l'estomac. Notre collègue cite encore plusieurs exemples d'hémorrhagies qui tenaient à des splénopathies; il les attribue, ainsi que les précédens, à la gêne que cette dernière affection détermine dans la circulation générale, et s'abstient, du reste, d'en donner une explication plus précise.

Depuis la découverte de l'électricité, et particulièrement du galvanisme, il est peu d'observateurs qui n'aient manifesté la tendance d'expliquer les fonctions vitales par l'intervention de cet agent. En considérant sa puissance et son analogie avec le principe animateur de nos organes, il était surtout naturel de croire à son efficacité comme agent thérapeutique. Jallabert, de Genève, publia le premier des *expériences sur l'électricité avec quelques conjectures sur la nature de ses effets.* La guérison d'un paralytique lui avait fait croire, comme à beaucoup de savans, que la médecine avait trouvé dans l'électricité un remède presque universel. La publication de cet ouvrage fut suivie de ceux de Louis, Dehaën, Brydone, Falconer, Thillaye fils, etc., etc.; mais il faut reconnaître que, préconisée dès l'origine avec enthousiasme, l'électricité ne tarda pas à tomber dans un discrédit complet. Depuis, malgré les progrès de la science, malgré les efforts de quelques savans et une application plus intelligente et plus rationnelle de cet agent, il n'a pu prendre rang dans la thérapeutique, et n'a été employé de nos jours qu'à titre de méthode exceptionnelle.

Je ne me propose pas, Messieurs, de reproduire avec détail les deux communications de M. Duchenne, sur cette branche importante de la science. D'ailleurs, toutes les opinions de l'auteur se trouvent dans les mémoires qu'il a présentés à l'Académie des sciences, et la presse a rendu justice aux faits principaux qui forment la base de sa méthode d'électrisation. M. Duchenne s'est efforcé de prouver que les appareils d'induction à double courant sont les seuls qui fournissent une électricité vraiment médicale. Ces appareils sont doués de propriétés qui lui permettent de diriger à son gré la puissance électrique dans chacun des nerfs, des muscles, de la limiter à la périphérie du corps, ou de la diriger au loin dans la profondeur des organes sans l'intervention de l'acupuncture. Indépendamment des applications thérapeutiques nouvelles dans les lésions de la contractilité et de la sensibilité, M. Duchenne est parvenu à démontrer les fonctions de certains appareils musculaires à l'aide de l'électrisation localisée; celle-ci lui a permis, selon l'heureuse expression de M. le professeur Bérard, de créer une sorte de *myologie animée.* La plupart de ces expériences ont été répétées devant vous et appréciées à leur juste valeur. Je passe donc sous silence les découvertes de notre collègue sur les fonctions des interosseux de la main, des muscles de l'épaule, des intercostaux et du diaphragme, pour rappeler à votre attention les deux malades que M. Duchenne vous a présentés, et sur lesquels le traitement magnétique électrique a produit une amélioration vraiment remarquable.

Le premier, appelé Bonnard, est un mécanicien, âgé de 30 ans, d'une vie régulière et sans antécédens maladifs. Mais, après les événemens de 1848, ayant dû forcer son travail, il ne tarda pas à éprouver une grande faiblesse musculaire et moins d'habileté manuelle. Il prolongea dès lors les heures de travail et s'imposa des privations. En quelques mois ses membres s'amaigrirent, le membre supérieur gauche principalement. Il n'en continua pas moins son état jusqu'en 1850, époque à laquelle il dut renoncer à toute espèce de travail; il déclare toutefois n'avoir jamais eu de douleurs musculaires. M. Duchenne le vit pour la première fois

au mois de décembre. Il constata que le membre supérieur gauche était beaucoup plus atrophié que le droit. Les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras avaient presque complètement disparu; on ne retrouve plus les reliefs des radiaux. Les troncs des grands pectoraux sont effacés; les trapèzes n'offrent qu'un petit nombre de fibres sur les bords externes de leur moitié supérieure. Les grands dorsaux sont entièrement atrophiés. Chose remarquable! à côté des muscles ainsi disparus, les muscles voisins sont très développés. Ainsi, les deltoïdes, les sus et sous-épineux, les rhomboïdes offrent une masse considérable. La flexion de l'avant-bras sur le bras est perdue depuis six mois; de sorte que ce malheureux, réduit à l'usage du bras droit, ne peut rien faire pour gagner sa vie.

L'électrisation localisée à haute dose fut appliquée chaque jour sur les muscles du bras gauche, et à la fin de la seconde semaine le malade portait déjà la main à la tête. Le biceps se développa à vue d'œil. Après deux mois de traitement il put travailler quelques heures, et au bout de quatre, il fut en état de pourvoir, par son travail, à la nourriture de sa famille. Malheureusement, M. Duchenne ayant peu de temps à donner à ce malade, concentra le traitement sur les muscles du bras; cependant l'action qu'il dirigea par intervalle sur ceux du tronc, dans un but d'étude physiologique, rendit quelque activité au grand pectoral, aux intercostaux et au diaphragme; aujourd'hui, le malade peut faire de longues courses et monter les escaliers sans la moindre gêne de la respiration, ce qui n'était point autrefois.

Nous regrettons, avec M. Duchenne, que ce malade, forcé de reprendre son travail pour soutenir sa famille, n'ait pu continuer son traitement jusqu'à la guérison complète de l'atrophie musculaire, combattue avec tant de succès par l'application de l'électrisation localisée.

La seconde observation est relative à un étudiant en médecine, qui, étant à la chasse, reçut une charge de plomb à bout pourtant. Celle-ci pénétra par la face palmaire de la main droite au niveau du carpe, et glissant obliquement au-devant de lui, alla s'arrêter sous la peau de la région antibrachiale postérieure, à six ou sept centimètres au-dessus du carpe.

M. X*** éprouva dans la main blessée un grand engourdissement, mais peu de douleurs; durant plusieurs heures après l'accident, il put mouvoir les doigts de la main et leur faire exécuter les mouvemens d'extension, de flexion et d'abduction. Il n'y eut ni hémorrhagie, ni accidens consécutifs, et deux mois après, la cicatrisation était complète. Mais alors la main était considérablement amaigrie et peu apte à ses usages habituels. Aucun changement ne se fit jusqu'au moment où M. X*** s'adressa à M. Duchenne, et voici les particularités que présentait cette main: veines dorsales à peine visibles, température notablement diminuée, sentiment de froid, transpiration nulle; sensibilité obtuse, principalement dans le tiers interne de la main. Les deux dernières phalanges de l'annulaire et de l'auriculaire sont constamment fléchies sur la première, qui se trouve elle-même dans une extension forcée sur les métacarpiens. Le tendon fléchisseur de l'auriculaire est adhérent à la peau du carpe et ne permet pas l'extension des dernières phalanges de ce doigt, tandis que pour l'annulaire ces mêmes phalanges peuvent être redressées immédiatement. Les autres doigts et le pouce jouissent de leurs mouvemens; mais ceux de l'index et du médius sont assez difficiles pour que le malade ne puisse s'en servir pour écrire et dessiner.

L'excitation électrique dirigée sur les muscles de la main deux à trois fois par semaine, pendant un mois, y ramena presqu'à l'état normal la sensibilité, la température et la transpiration. M. X*** écrit maintenant en fléchissant et en étendant les doigts qui tiennent la plume; la force y revient rapidement. La main est moins décharnée, la première phalange de l'annulaire moins renversée sur les métacarpiens; les deux dernières phalanges s'étendent mieux. L'amélioration obtenue au moment où M. Duchenne présenta ce malade à la Société est d'autant plus remarquable, que la lésion provenant d'une cause traumatique datait de 1846. Cette lésion, sans aucun doute, se rapporte au nerf cubital de la partie inférieure de l'avant-bras. Je me vois forcé, Messieurs, à cause de l'étendue de ce rapport, de passer sous silence des considérations physiologiques extrêmement curieuses présentées par M. Duchenne. La Société, captivée par l'intérêt de ses communications, vote des remercîmens à notre collègue, et l'engage à continuer des recherches qui font connaître une action nouvelle et une application rationnelle de l'électricité; les physiologistes et les praticiens y puiseront d'utiles enseignemens.

M. Reis a communiqué à la Société une note sur la statistique des décès constatés dans le quartier des Champs-Élysées, du 1er mars 1850 au 1er mars 1851. Vous connaissez sur cette question les travaux d'ensemble publiés par MM. Trébuchet et Villermé, dont les recherches contiennent, en outre, des indications hygiéniques fort importantes. Quoique borné à un seul quartier, et ne comprenant qu'une seule année, le mémoire de notre collègue montre toute l'exactitude des résultats obtenus par ces deux savans observateurs. Nous y voyons que sur une population de 24,000 habitans environ, la mortalité a été de 402, c'est-à-dire de 16 1/2 sur 1,000. Dans la statistique de M. Trébuchet, pendant la période décennale de 1839 à 1848, elle se trouve de 16,59 pour le premier arrondissement tout entier. Jamais résultats statistiques n'avaient présenté une concordance plus remarquable. Les mois de septembre et de novembre ont offert le plus grand nombre de décès. Comme toujours, la phthisie figure au premier rang parmi les causes de la mortalité générale; elle fournit à elle seule 79 cas: c'est la proportion effroyable de 1 décès sur 5, proportion déjà assignée par Sydenham pour les ravages de cette terrible affection. L'aphorisme d'Hippocrate: *l'automne est fatal aux phthisiques*, s'est trouvé en défaut dans la statistique de M. Reis, comme dans la plupart des observations modernes; c'est le mois de mai qui a présenté le plus grand nombre de décès pour cause de phthisie. J'abrége, Messieurs, car il faudrait reproduire le mémoire tout entier. En le rédigeant, M. Reis n'a pas prétendu enrichir beaucoup la statistique, dont les déductions, pour obtenir quelque valeur, ont besoin de faits nombreux et recueillis durant une longue période; notre collègue a voulu démontrer, et la Société pensera comme lui, que l'étude de la mort elle-même n'est pas stérile pour le médecin, et que l'observation raisonnée du nombre et de la cause des décès présente des déductions précieuses au point de vue de la pathogénie et de l'hygiène publique.

La Société médicale de Chambéry vous a adressé le compte-rendu de ses travaux pendant les années 1848, 1849 et 1850. M. Caffe est chargé de vous en faire un rapport. L'un de vos anciens présidens, M. Piorry, vous a fait hommage d'un exemplaire de son atlas de plessimétrie. En raison de l'importance de ce travail, représentant en 42 planches tous les résultats de la percussion, vous avez désiré que M. Sée vous en rendît compte dans l'une de nos prochaines séances. Vous aviez renvoyé à mon examen le *Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas*, de M. Fauconneau-Dufresne. Le travail que je vous ai lu a été inséré dans l'Union Médicale. J'ai rendu justice à l'auteur de tant de recherches importantes sur les maladies de l'appareil biliaire; le corps médical a sanctionné le jugement que j'ai porté en votre nom sur un traité où se retrouvent à chaque page l'érudition choisie et les connaissances du savant praticien.

M. Moutard-Martin vous a présenté avec son esprit de judicieuse critique, une analyse de la dissertation de M. Sée sur la chorée. Suivant le rapporteur, cette dissertation est la monographie la plus complète que possède la science sur une maladie parfois si capricieuse et si rebelle. M. Sée avait surtout pour but de démontrer la coïncidence fréquente de la chorée avec le rhumatisme et les maladies du cœur, l'une de ces affections dérivant souvent de l'autre. L'Académie de médecine a couronné le mémoire de M. Sée; un tel résultat me dispense de tout autre éloge, il suffit pour faire apprécier son importance pratique.

Enfin, M. Cerise vous a fait un rapport sur la thèse inaugurale de M. Leroy-d'Etiolles fils, que vous avez admis dans la Société à votre dernière séance. C'est une bonne fortune pour notre nouveau collègue d'avoir eu pour appréciateur et pour juge un écrivain qui réunit au charme du style la richesse de l'imagination. La thèse de M. Leroy-d'Etiolles méritait cet honneur; elle a pour titre: *De la paralysie produite par les désordres des organes génitaux-urinaires*. Stanley a vu sept fois cette sorte de paralysie survenir à la suite de néphrites; M. Rayer a également appelé l'attention des praticiens sur cette maladie dont il cite des exemples remarquables. Aux observations de ces deux médecins, M. Leroy-d'Etiolles fils a réuni les siennes propres, et toutes présentent un véritable intérêt. Cette thèse est un heureux début pour notre jeune collègue; il a su rappeler dans un sujet nouveau les découvertes qui ont valu au nom de son père une juste célébrité.

Tel est, Messieurs, le résumé fort incomplet de vos travaux scientifiques pendant l'année qui vient de s'écouler. Mais tout en vous y livrant, vous n'avez pas perdu de vue les intérêts professionnels que vous avez en quelque sorte mission de sauvegarder. La Société du septième arrondissement a appelé votre sérieuse attention sur une question délicate dont il semble urgent de s'occuper. Un de ses membres a été traîné sur les bancs de la police correctionnelle pour n'avoir pas déclaré à la mairie le produit d'une grossesse très peu avancée. Les lois ne disent rien de l'époque où cette déclaration doit être faite. La Société du septième arrondissement réclame le concours des autres Sociétés à l'effet d'adresser une requête collective au ministre de l'intérieur et au conseil d'Etat pour faire juger une question si importante.

Une courte discussion engagée sur cette communication n'a pas été dépourvue d'intérêt. M. Boulu vous a rapporté qu'appelé l'an dernier à donner des soins à une dame qui venait de faire une fausse couche, il était disposé à faire disparaître le petit fœtus; mais par suite des conseils d'un médecin de l'état civil, il changea d'avis, et les employés de la mairie lui dirent que la déclaration était nécessaire à toutes les époques de la grossesse. M. Barthez, inspecteur des décès, fait remarquer combien la question est douteuse; il a été membre d'une commission nommée pour l'examiner; celle-ci se sépara sans avoir pu formuler une opinion capable de servir de guide aux praticiens. Je vous ai cité moi-même, Messieurs, l'exemple d'une jeune Américaine atteinte d'hémorrhoïdes très douloureuses pour lesquelles une opération lui fut pratiquée par l'un des premiers chirurgiens de la capitale. On ignorait son état de grossesse; elle fit une fausse couche de trois mois et mourut de phlébite. Le fœtus ne fut point présenté; l'autorité avertie, dirigea des poursuites contre le médecin qui fort heureusement ne fut pas condamné. Vous le voyez, Messieurs, il est indispensable que cette question litigieuse soit enfin jugée. La loi est muette, aucun règlement d'administration n'en parle; mais en attendant que la législation ait prononcé, le médecin comprendra la nécessité de faire la déclaration des produits de la grossesse à toutes ses périodes. La Société nomma MM. Barthez et Boulu ses délégués auprès de la commission centrale des Sociétés d'arrondissement.

Un médecin qui avait formé le projet d'une association philanthropique sous le nom de *Providence médicale*, vous écrivit afin de vous inviter à désigner deux jeunes praticiens du premier arrondissement pour en faire partie. Il vous fut en même temps donné connaissance du rapport et des conclusions d'une commission nommée par la Société du quatrième arrondissement pour juger l'utilité et la moralité d'une telle association; rapport et conclusion défavorables. Après une courte discussion, la Société ne voyant dans l'institution projetée qu'un système organisé de médecine au rabais, à l'unanimité passa à l'ordre du jour.

Il me reste maintenant, Messieurs, à vous entretenir du mémoire de M. Boulu sur nos intérêts professionnels, et du rapport de M. Despaulx-Ader sur ce mémoire; vous avez encore présentes à la pensée les vives sympathies qu'ils ont rencontrées dans cette enceinte. Je regrette qu'on n'ait pas encore voté sur les conclusions; jusqu'à ce vote définitif, la plus grande réserve m'est imposée, car il ne m'appartient pas de devancer le jugement de la Société; je me bornerai donc à un petit nombre de considérations sur le travail de nos deux honorables collègues.

Dans le mémoire qu'il vous a présenté, M. Boulu a fait ressortir tout le prix de vos séances au point de vue scientifique. Toutefois, suivant notre collègue, nos Sociétés ont rendu de plus grands services encore, en établissant entre les praticiens d'un même arrondissement des rapports de bonne et sincère confraternité. Il serait à désirer que tous, sans exception, en fissent partie. Mais au début de leur carrière les jeunes médecins devraient sentir plus particulièrement le besoin de se réunir à leurs confrères, auprès desquels ils trouveront toujours un bienveillant intérêt et de sages conseils. M. Boulu exprime le désir et le vœu de voir appelés au sein de la Société, non seulement les médecins honorables, mais encore les pharmaciens.

Notre collègue, entrant ensuite dans le vif de la question, attaque de front le charlatanisme dont il signale les plus effrontés et les plus dangereux apôtres titrés ou non titrés. Si on calcule, dit-il, ce que gagnent chaque année tous les charlatans au détriment des médecins et non sans dommage pour la santé publique, on arrive facilement à plusieurs millions. M. Boulu prévoyant d'avance les objections qui lui seront faites sur la difficulté de s'opposer à l'envahissement toujours croissant du charlatanisme, propose de nommer une commission qui se réunirait et se concerterait avec la commission centrale des médecins de Paris. Les journaux scientifiques seraient invités à refuser l'insertion de toute annonce suspecte. On engagerait les pharmaciens à cesser la vente des remèdes secrets et de certaines compositions prétendues spécifiques. Quant aux brochures, aux réclames et aux affiches indécentes, la commission les signalerait à la justice, et si elle ne pouvait obtenir de condamnation contre un genre de culpabilité qui échappe trop souvent à la vindicte des lois, elle les dénoncerait courageusement à l'opinion publique, qu'elle tiendrait en garde contre des annonces fallacieuses et des promesses sans pudeur et sans foi.

M. Boulu désirerait en outre que la commission s'occupât de la question des honoraires; il signale diverses améliorations qui pourraient facilement être introduites dans nos usages, sans que la dignité des médecins pût en souffrir: « Nous rendons assez de services gratuits, ajoute M. Boulu, pour ne pas craindre d'adresser des réclamations à l'autorité chargée de faire exécuter les lois relatives à l'exercice de la médecine. Dans ces derniers temps, nos plaintes se sont élevées avec plus de force; en échange de si nombreux services rendus avec tant de dévoûment, qu'avons-nous obtenu? Le rétablissement de la patente une année après l'épidémie de 1849. » Notre collègue termine en formulant des conclusions pratiques qu'il soumet avec confiance aux délibérations de ses collègues.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler, Messieurs, l'impression que fit sur vos esprits le mémoire de M. Boulu. La Société, comprenant la nécessité de donner une suite sérieuse aux questions soulevées, et de juger les moyens d'application, renvoya ce mémoire à l'examen d'une commission composée de MM. Piorry, Boulu, Caffe et Despaulx-Ader. Dans la séance du 6 novembre, cette commission vous fit son rapport par l'organe de ce dernier. Vous aviez le droit d'espérer que des questions aussi graves pour l'avenir professionnel seraient étudiées avec cet esprit d'élévation et d'indépendance dont ces membres ont donné des preuves multipliées dans le cours de leur honorable carrière. Je ne dirai pas que votre attente a été surpassée, mais elle a été pleinement justifiée, et cela doit suffire.

M. Despaulx-Ader remercie M. Boulu de sa courageuse initiative, au nom de la Commission et de la Société tout entière. L'attitude de celle-ci, en entendant le vigoureux plaidoyer dirigé contre le charlatanisme, permet d'espérer que notre collègue ne sera pas seul à combattre les abus dont nous souffrons tous. Cependant, il faut en convenir, ajoute M. Despaulx-Ader, c'est l'indifférence qui tue notre profession, l'esprit de corps nous manque complètement, et si jamais notre voix ne s'est fait écouter, c'est que jamais nous n'avons été unanimes. La détresse fâcheuse signalée dans presque tous les rangs de la famille médicale, doit être attribuée à notre isolement, et plus encore aux transfuges de notre propre cause, aux détracteurs de nos efforts; ils se taisent parce qu'ils sont heureux, les réformes leur sont indifférentes, parce qu'ils ne souffrent pas. L'honorable rapporteur invite les médecins qui comptent plusieurs années d'exercice, à faire un pas en arrière, à se rappeler les difficultés qu'ils ont rencontrées, les serremens de cœur qu'ils ont éprouvés en voyant s'évanouir tant de douces illusions, avant d'arriver, non pas à la fortune, mais à une position médiocre. En présence de ces souvenirs pénibles, ils n'hésiteront pas à joindre leurs efforts à ceux de leurs collègues moins heureux, pour relever la profession médicale, et la débarasser de tous les parasites qui vivent à nos dépens, en escomptant la crédulité, lui promettant sans cesse du merveilleux et du nouveau. Si tant de médecins de mérite, après de longues et pénibles études, n'obtiennent qu'une position précaire en se produisant dans le monde, c'est que les places sont occupées par ces hommes qui déshonorent la profession, ces charlatans qui usurpent le titre de Docteur pour obtenir la confiance, ou qui le prostituent en participant à de honteuses spéculations. Mais je m'aperçois, Messieurs, que contrairement à mes intentions, et entraîné par l'intérêt de la question engagée devant vous, j'allais vous présenter une analyse complète du rapport de M. Despaulx-Ader. Je m'arrête dès les premières pages; d'abord, parce qu'il est soumis à la discussion et que vous n'en avez pas adopté toutes les conclusions. Et puis je pense, Messieurs, que si vous voulez que toute cette discussion porte quelque fruit, vous voterez l'impression du mémoire de M. Boulu et du rapport de M. Despaulx-Ader. Dans cette prévision, je craindrais, en prolongeant mes citations, d'affaiblir l'intérêt qui s'attachera infailliblement à la lecture de ces deux écrits remarquables. En finissant, je me hâte d'ajouter que jamais la question des intérêts professionnels n'avait été abordée avec une telle vigueur, jamais le charlatanisme n'avait été attaqué avec des armes aussi fortes, jamais la société n'avait manifesté une résolution d'agir plus énergique et plus décidée. Que MM. Boulu et Despaulx-Ader reçoivent d'abord nos remercîmens; le succès pourrait leur mériter ceux du corps médical tout entier.

Il serait dangereux, Messieurs, de fermer les yeux sur les maux de la profession; à aucune autre époque, peut-être, ils ne furent aussi nombreux ni aussi grands. Ce malaise profond s'aggrave chaque année; plusieurs d'entre nous peuvent attester qu'au début de leur carrière les voies étaient plus faciles, le chemin moins âpre. Ceux d'entre nous qui, après des études sérieuses, avaient au cœur l'amour de leur art et la conscience du devoir professionnel, trouvaient une place honorable dans la société. Ne vous y trompez pas, Messieurs, l'encombrement est le vice radical qui nous dévore. Le nombre des médecins s'accroît et ajoute chaque année une nouvelle cause de malaise au malaise passé. En 1849, la Faculté de Paris enregistrait 880 élèves; cette proportion s'élevait en 1850 à 1223; elle a atteint le chiffre de 1300 en 1851. On parle sans cesse de bourgs et de villages où le service médical est insuffisant. Dans la plupart des localités que nous connaissons, le nombre des médecins est deux fois, trois fois plus considérable que ne l'exige celui des malades. Malheureusement alors, le médecin est conduit à chercher ailleurs que dans son art les moyens de pourvoir à l'existence

de sa famille. De là, une concurrence effrénée, l'avilissement des honoraires, et celui de la profession elle-même. L'esprit de corps se perd, et la solidarité, dont le principe chrétien de la fraternité n'est qu'une extension, fait place aux rivalités jalouses. Non seulement le niveau des fortes études s'abaisse, mais encore on arrive bientôt à ne plus écouter la voix sainte de la conscience. Enfin, la perspective et les premières amorces de la fortune dégradent l'âme, comme les délices de Capoue amollirent des courages jusqu'alors invincibles. Certaines natures vicieuses, rebutées par les obstacles de la profession honnête, et impatientes de jouissances matérielles, sont presque fatalement entraînées vers le charlatanisme, cette hypocrisie de la science et du mérite.

Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de suivre nos deux collègues dans leur courageuse attaque contre certains industriels qu'ils vous ont signalés ; il suffit que les deux mémoires, dont, j'espère, vous ordonnerez la publication, appellent sur eux les justes sévérités de l'opinion publique. Je ne me propose pas davantage de tracer l'histoire du charlatanisme ancien et moderne ; une simple notice ne suffirait pas à une telle entreprise ; car vous le savez, chaque siècle a produit des charlatans de vertu, de science, de philosophie, de courage, de désintéressement. Suétone désigne ainsi ces faux stoïciens qui s'attachaient aux riches pour recueillir les miettes de leurs festins. Aristophane se moque d'Édamus qui vendait des bagues pour préserver de la morsure des serpens. Phèdre, Cicéron, Plaute et Térence signalent particulièrement les vendeurs de drogues sur les places publiques. Ménage enfin fait dériver le mot charlatan de *circumlatanus*, par corruption de *circulator*, car ces industriels couraient de ville en ville pour faire des dupes et débiter leurs drogues. Nous conviendrons, toutefois, que le masque emprunté le plus ordinairement par ces imposteurs est celui du médecin. Le bien le plus cher à l'homme c'est la vie ; excitée par le désir de la conserver, la crédulité publique est une mine inépuisable. Que d'efforts pour l'entretenir, la prolonger, la retenir encore, après l'avoir dissipée follement comme l'Enfant prodigue qui consume en un jour les joies et les trésors de plusieurs années ! Combien nous voyons de dupes et d'insensés courir après cette mystérieuse fontaine que nul n'a pu atteindre, mais que l'on poursuit toujours sans se décourager de l'insuccès ! Que le triomphe du charlatan cesse de nous surprendre ; on croit celui qui nous jette l'hameçon doré d'une fausse espérance ; l'honnête homme n'ose promettre plus qu'il ne peut tenir. Si l'on délaisse souvent le médecin pour risquer ce que l'on possède de santé à une loterie toujours ruineuse, on l'appelle constamment au chevet du lit des mourans et lorsque toute illusion est détruite.

A défaut de science, les charlatans possèdent au plus haut degré le génie de l'invention, et prennent tous les masques ; un écrivain voulant entreprendre leur histoire, se proposait de les ranger en groupes réguliers à l'instar des familles végétales dans la nomenclature de Linné. Toutefois, dans sa dissertation inaugurale, intitulée *Essai sur le charlatanisme* (1812), M. Rostan croit pouvoir renfermer les charlatans dans trois classes distinctes ; éclairé par l'expérience, le savant professeur ne jugerait-il pas à propos d'en adopter un plus grand nombre ? Quoi qu'il en soit, M. Rostan permet et prescrit même une sorte de charlatanisme, celui qui consiste à tromper le malade dont la vie va s'éteindre, à lui promettre une guérison impossible, à jeter quelques fleurs sur le chemin qui mène à la tombe, à lui cacher enfin cette heure suprême devant laquelle tremblent souvent les plus fiers courages. Cette médecine morale, ces charitables mensonges ne sont-ils pas préférables à l'atroce austérité de Bouvard, qui disait aux malades : *Vous guérirez, ou vous mourrez.* Quelques médecins enfin autorisent les pilules purgatives de mie de pain, inventées par Tronchin, et la robe de chambre de Montaigne pour dissiper certains enchantemens. Mais il est douteux que la plupart voulussent tolérer les hardiesses de Portal. Ce médecin célèbre, voulant éviter les commencemens trop rudes de la profession, demanda à une habileté parfois risquée, une réputation qu'il devait sceller par de beaux travaux scientifiques, et la création de l'Académie de médecine.

En invoquant l'appui du gouvernement pour réprimer des manœuvres préjudiciables à la santé publique, nous ne voulons pas qu'à l'exemple du calife Aaroun-Al-Raschid, il punisse de mort les charlatans; nous lui demandons seulement de réprimer efficacement l'exercice illégal de la médecine, de proscrire la vente des remèdes secrets, et de sauvegarder par quelques mesures disciplinaires la dignité de la profession souvent prostituée sur les murs et les places publiques. La science, Messieurs, n'a pas besoin de masque, et si elle ne peut se passer entièrement de savoir-faire, accusons la société qui force le dispensateur d'un art charitable à descendre des hauteurs de son ministère pour s'occuper des tristes mais indispensables nécessités de la vie. Il est des médecins favorisés de la fortune, dont la pudeur s'effarouche, lorsque les Sociétés médicales agitent la question des honoraires. Je ne puis en vérité comprendre une délicatesse avec laquelle contrastent les habitudes et les mœurs de la plupart des professions libérales. Les charges ministérielles n'ont-elles pas leurs tarifs ? L'avocat ne stipule-t-il pas souvent d'avance les honoraires de la plus juste des causes ? Le sacerdoce, enfin, est-il avili parce qu'il assigne un prix aux plus saintes cérémonies de la religion ?

Nous ne vivons plus dans les siècles où l'on prenait des dictateurs à la charrue, où la couronne de chêne était la récompense la plus enviée, où le sénat dotait les filles des grands hommes avec quelques pièces de cuivre. Actuellement, la pauvreté, quelque honnête qu'elle soit, inspire, sinon le mépris, du moins la défiance. On n'estime, on ne considère que le riche et le puissant. On n'irait pas consulter dans un grenier un Boerhaave, un Sydenham, un Dupuytren. Et cependant, il n'est pas un seul d'entre nous, qui voulût échanger une réputation intacte pour les trésors du charlatan ; les richesses mal acquises sont un tourment pour la conscience, et tous nous écririons avec un philosophe célèbre : *il vaut mieux perdre que de faire un gain honteux.*

Dans le rapport qui a motivé ces réflexions échappées à ma plume, M. Despaulx-Ader vous a rappelé un passage de Hueland où il est dit : l'essence de la profession de médecin est de vivre pour les autres et non pour soi ; c'est-à-dire que le devoir des médecins est de se dévouer sans cesse au soulagement des souffrances physiques de l'homme, comme le prêtre se consacre au soulagement des souffrances morales. Mais, ainsi que notre collègue vous le fait remarquer, loin de défendre au médecin de s'occuper de ses intérêts matériels, Hueland pense que pour exercer utilement et consciencieusement son art, il doit se trouver à l'abri des premières nécessités de la vie. Et d'ailleurs, pour prix de tant d'études coûteuses et pénibles, de veilles prolongées au chevet du lit des mourans, pour prix des insomnies, des anxiétés que lui causent le spectacle de la douleur, la crainte de voir s'éteindre malgré ses soins des existences précieuses ; pour prix enfin de tant d'angoisses, de sacrifices et de dévoûment, défendra-t on au médecin de désirer, non pas la fortune, mais du moins l'aisance pour sa famille ? Après les jouissances de l'étude, après la satisfaction religieuse du devoir professionnel, c'est là cependant le seul but et la fin unique de sa modeste ambition.

En vous parlant ainsi, Messieurs, avec un complet abandon, il m'a semblé que j'étais l'interprète de vos opinions, et que je m'inspirais de vos sentimens. L'habitude de se voir, de se réunir dans un même lieu, nous a familiarisés avec les pensées de chacun ; il est doux et consolant de vivre et de sentir ainsi que le veut un grand apôtre : *Fratres in unum.* Votre désintéressement m'est connu ; notre ambition est de celles qui peuvent s'avouer ; et contens de peu, honorant la médiocrité dont parle Horace, nous répéterions tous sans arrière pensée cette maxime de Thalès : *Heureuse la famille qui n'a pas trop de richesses et qui ne souffre pas la pauvreté !*

*Avis à MM. les Actionnaires de l'*UNION MÉDICALE.

MM. les Actionnaires de l'UNION MÉDICALE sont prévenus que l'Assemblée annuelle aura lieu le lundi 2 février prochain, à 7 heures 1/2 du soir, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre.

Cette Assemblée a pour but :

1° D'entendre le compte-rendu du Gérant sur l'exercice de 1851;

2° D'entendre le rapport du Comité de surveillance sur le rapport du Gérant;

3° De nommer les membres du Conseil de surveillance pour l'année 1852.

VARIÉTÉS.

EXPÉRIENCES DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE SUR LA NICOTINE;
Par le docteur GASTALDI.

Les recherches cliniques publiées dans ces derniers temps sur la nicotine, donneront peut-être quelque intérêt aux recherches micrographiques faites sur les animaux empoisonnés au moyen de la nicotine, par le docteur Gastaldi. Nous en reproduisons les conclusions principales :

1° Les globules du sang de la grenouille et du lapin tués avec la nicotine ne présentent pas, sous le microscope, la moindre altération dans leur forme. Observée au microscope, la circulation capillaire de la langue de la grenouille offre les phénomènes suivans :

2° Si l'on verse sur une plaie pratiquée à la cuisse d'une grenouille une goutte de nicotine, quelques secondes après le cercle artériel commence à s'accélérer extraordinairement, et l'on voit les globules devenir moins nombreux, tout en conservant leur forme, et se ramasser en grand nombre dans les veines, spécialement dans celles qui sont, par leur calibre, déjà visibles à l'œil nu.

3° Si, au lieu de nicotine, on verse de l'acide hydrocyanique, la circulation alors commence à se ralentir, et trois à quatre minutes après elle a cessé complètement.

4° Si, au moment où le cercle est sur le point de s'interrompre, par suite de l'acide hydrocyanique, on verse dans une autre plaie un peu de nicotine, on voit de nouveau le cercle s'activer et se remettre brusquement en mouvement, et la grenouille succombe en trois ou quatre minutes.

5° Si l'on fait l'expérience inverse, c'est-à-dire si on empoisonne d'abord la grenouille avec la nicotine et ensuite avec l'acide hydrocyanique, celui-ci ne peut plus ralentir le cercle activé par celle là.

6° Les infusoires contenus dans l'intestin de la grenouille empoisonnée par la nicotine, furent toujours trouvés vivans, même quelques heures après la mort de celle-ci.

7° On chercha enfin si la nicotine exerçait quelque influence sur le mouvement ciliaire, et, dans ce but, on empoisonna des grenouilles et des mollusques acéphales ; le mouvement de l'épithélium ciliaire ne fut nullement retardé, bien que les doses de nicotine eussent été très considérables et que l'examen n'ait eu lieu que plusieurs heures après la mort. (*Gazetta med. sarda*, septembre 1851.)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

UN HEUREUX CONFRÈRE. — Les journaux anglais parlent d'un médecin qui a recueilli dans les placers une masse d'or pesant 100 livres. Nous lisons dans les journaux anglais que ce médecin est un Irlandais fort instruit, et neveu d'un praticien éminent de la ville d'Armogh. La fortune ne se trompe donc pas toujours.....

PRIX. — L'Académie chirurgicale de Madrid a décerné un deuxième prix au docteur V. Urquiola, de Deva, et un quatrième prix au docteur V. Martinez, de Vera, auteurs, le premier d'un travail sur les maladies syphilitiques, le second d'un travail sur les usages et les applications du forceps.

HOMMAGES RENDUS AUX GRANDS HOMMES. — Le Collége des chirurgiens de Londres vient de faire placer dans la salle du conseil les bustes de Samuel Cooper, de Liston, à côté de ceux de J. Hunter, de Pott, de Chéselden, de Lizard, d'Astley Cooper, d'Éverard Home.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 9. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 22 Janvier 1852.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens :
1 An. 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois. 22 Fr.
1 An. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An. 50 Fr.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Avis à MM. les Actionnaires de l'Union Médicale.

MM. les Actionnaires de l'Union Médicale sont prévenus que l'Assemblée annuelle aura lieu le lundi 2 février prochain, à 7 heures 1/2 du soir, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre.

Cette Assemblée a pour but :

1° D'entendre le compte-rendu du Gérant sur l'exercice de 1851 ;

2° D'entendre le rapport du Comité de surveillance sur le rapport du Gérant;

3° De nommer les membres du Conseil de surveillance pour l'année 1852.

PARIS, LE 19 JANVIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une question de forceps a mis en émoi les accoucheurs de l'Académie. Une modification proposée par M. F. Hatin, non pas à la construction de l'instrument, mais à son application dans les circonstances où il est nécessaire de porter l'instrument jusqu'au détroit supérieur, modification chaudement approuvée par le rapporteur de la commission, M. Chailly-Honoré, a soulevé une discussion dans laquelle le sujet du rapport a été pour ainsi dire effacé sous la question plus générale de l'emploi du forceps. On fait abus du forceps, ont soutenu les anciens et célèbres accoucheurs de l'Académie. Contre cette proposition vivement soutenue par MM. Moreau, Velpeau et P. Dubois, M. Gerdy seul s'est élevé en émettant et défendant la proposition contraire : on n'emploie pas assez le forceps. En lisant le compte-rendu, on se convaincra qu'en fait et en principe, aucune dissidence sérieuse ne divise nos accoucheurs, et que malgré la discussion d'hier, ils sont tous d'accord sur ce point, qu'il ne faut employer le forceps : 1° que lorsque son application est évidemment nécessaire; 2° que lorsqu'on sait manier cet instrument. C'est à cette vérité un peu naïve qu'a abouti le débat.

Quant au procédé de M. Hatin, improuvé par M. P. Dubois, défendu par M. le rapporteur, il est sorti de la discussion avec une de ces conclusions peu compromettantes et qui laissent l'affaire, juste au point où elle en était.

Amédée Latour.

FIN DES TRAVAUX DE LA CONFÉRENCE SANITAIRE INTER-NATIONALE.

Lundi dernier, la Conférence sanitaire inter-nationale, après une session de six mois, a terminé ses longs travaux. MM. les ministres des affaires étrangères, et de l'agriculture et du commerce ont voulu assister à cette dernière séance, et remercier les membres de la Conférence des longs, difficiles et pénibles travaux, dont le résultat, tout en sauvegardant les intérêts de la santé publique, aura une immense influence sur le commerce, l'industrie, le transit, et la circulation plus libre des hommes et des choses. Les deux allocutions prononcées par les deux ministres, ont eu pour but de rappeler les grandes conséquences de cette réunion toute pacifique, toute civilisatrice, qui, pour n'avoir eu ni grand retentissement, ni cette gloire éphémère de la popularité, n'en doit pas moins être comptée par tous les hommes sérieux au nombre des faits considérables de cette époque. En se séparant, la Conférence a remis aux ministres un projet de *convention* et un projet de *règlement* inter-nationaux. La ratification des divers gouvernemens ne peut manquer d'être bientôt connue. Le gouvernement français, pour récompenser le zèle des médecins et des consuls des états étrangers qui ont pris part à la Conférence, leur a décerné la croix de la Légion-d'Honneur. Nous ne sommes pas encore autorisé à annoncer les récompenses accordées aux délégués de la France.

A l'issue de cette séance de clôture, les membres de la Conférence se sont réunis dans un banquet où ils ont échangé un cordial adieu. Une pensée pieuse et touchante a terminé cette fête, à laquelle le rédacteur en chef et le gérant de l'Union Médicale se trouvent heureux d'avoir été invités, puisqu'ils peuvent ainsi faire connaître cet acte honorable. *Une souscription a été proposée et immédiatement ouverte pour faire un fonds de dotation à l'enfant le plus pauvre qui sera né à Paris le 19 janvier 1851, jour de la clôture de la Conférence sanitaire inter-nationale.*

Un tel fait se raconte et ne se loue pas.

Amédée Latour.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

ÉTUDES NOUVELLES SUR LE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE ET DE LA FAIBLESSE NATIVE DES NOUVEAU-NÉS;

Par M. le docteur A. Marchant (de Charenton), médecin-adjoint à l'École nationale vétérinaire d'Alfort.

TROISIÈME PROCÉDÉ (PROCÉDÉ DE CHAUSSIER).

Ce procédé, le seul mis en usage maintenant, est bien loin de remplir le but qu'on se propose, à savoir : de faire pénétrer directement l'air dans les poumons sans aller dans l'estomac et les intestins. Cependant, en y réfléchissant un peu, on voit qu'il a cet inconvénient comme les deux premiers ; en effet, le tube laryngien est garni, à sa petite extrémité, d'un bourrelet en éponge ou en buffle qui ne s'applique pas exactement sur l'ouverture de la glotte. Pour faire parvenir l'air dans les poumons, il faut employer une certaine force et surtout fermer en même temps les narines et la bouche; sans cette précaution, l'air ne dilate pas les poumons. L'air presse donc sur tous les points, non seulement de la cavité pectorale, mais encore des parois de la bouche et des fosses nasales, en vertu du principe de physique de l'égalité de pression ; et si les côtes ne se soulèvent pas, il doit nécessairement passer dans l'œsophage. On recommande, il est vrai, d'appuyer fortement avec le tube sur le larynx pour le juxtaposer sur l'œsophage ; mais cette précaution n'empêche pas l'air d'entrer dans la cavité abdominale.

En résumé, ce procédé doit être rejeté comme étant d'une exécution plus difficile que les autres, sans en éviter aucun des inconvéniens.

Le procédé ancien, qui l'emporte sur les deux autres en raison de son exécution facile et exempte de danger, doit être préféré dans tous les cas.

L'air expiré, qui n'a perdu qu'une faible partie de son oxygène, est suffisant pour artérialiser le sang du fœtus.

Deux indications principales dominent le traitement de l'asphyxie du nouveau-né :

1° *Faire respirer artificiellement le fœtus jusqu'à ce que la respiration naturelle s'établisse, après avoir débarrassé préalablement les voies aériennes des mucosités ou des eaux de l'amnios qui les obstruent ;*

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Feuilleton.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1).

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Leçon écrite. — Six heures ont été accordées aux candidats. — Le sujet de l'épreuve, égal pour tous, était DE L'ACCLIMATEMENT.

IV.

M. MARCHAL (DE CALVI).

Nous avons vu, dans la composition de M. Tardieu, un modèle et un type de bonne ordonnance, de méthode, de divisions logiquement et classiquement distribuées, un style sobre mais élégant et distingué; voyons par quelles qualités va se caractériser la composition de M. Marchal.

Après avoir défini le sujet et signalé son importance, en montrant ses rapports avec la conservation des individus, avec la grandeur des empires, avec l'avenir de la civilisation, le candidat, se plaçant dès son début aux suprêmes hauteurs de son sujet, se pose cette question : cette Europe, dont Hippocrate au livre fameux *De l'air, des eaux et des lieux*, établissait, il y a vingt-deux siècles, la suprématie sur l'Asie molle, luxuriante et asservie, est-elle destinée à épuiser son activité dans ses propres limites, ou doit-elle se subordonner le globe en y important son génie, ses mœurs, ses lois, sa religion libératrice, en un mot, tous les avantages de sa civilisation, bien supérieurs aux inconvéniens inséparables de la nature humaine, même parvenue au plus haut degré de splendeur ?

Pour résoudre cette question, M. Marchal trace un tableau de la civilisation antique et moderne. Notre terre d'Afrique, dit-il, est toute semée de pierres qui se dressent en faveur du principe de l'acclimatement. Et ce ne sont pas seulement les temples, les aqueducs, les inscriptions votives qui portent ce témoignage; il est écrit dans les cheveux blonds, dans les yeux bleus, dans le visage blanc de cette tribu vandale qui se maintient depuis des siècles avec les opiniâtres caractères de sa race dans le Sahara occidental. Le candidat trace ensuite l'esquisse de la conquête et de l'occupation de l'Inde par les Anglais, et il ajoute : l'acclimatement a fait plus que de courber des peuples innombrables sous l'aune du marchand de la Cité, il a créé un monde, il a donné la vie européenne au vaste corps découvert par le génie puissant et religieux de Christophe Colomb. Et il s'est trouvé un homme, s'écrie M. Marchal, qui, en présence de ces faits écrasans, pesant du poids des trois quarts de la terre, a osé proclamer le dogme du non acclimatement! Cet homme, prenons-y garde ! mérite considération et respect; c'est le même qui a posé, chez nous, la loi d'antagonisme entre les fièvres paludéennes, d'une part, la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde. C'est M. Boudin. Mais ce n'est pas une raison pour approuver cet esprit éminent, lorsqu'il ose se mettre en lutte ouverte contre le génie expansif de l'Europe et contre la loi vitale de la civilisation. Partout, sous toutes les latitudes, au pôle nord avec les Samoièdes et les Esquimaux; au pôle sud avec les Boschismans ; au fort Reliance où Back, naviguant à la recherche du capitaine Ross, constata une température de $-56°$; à Philæ, dans la Haute-Égypte, où Humboldt vit une belle végétation de graminées dans une couche de sable à la température de $+63°$; au bord de la mer, où la pression est de 0,760 ; à Antisana, où elle n'est plus que de 0,470; partout l'Européen, type organique et psychique de son espèce, peut se développer et se survivre dans sa descendance.

Après ces considérations préliminaires, M. Marchal entre dans les détails du sujet. L'idée d'acclimatement suppose la notion de climat. Qu'est-ce qu'un climat ? Il critique la définition généralement admise. Pour lui, le climat n'est pas un espace de la terre ayant des propriétés communes; mais le climat consiste dans ces propriétés mêmes; il est en quelque sorte comme le tempérament d'un espace donné de la terre. Il trace ensuite un tableau rapide des climats : climats de demi-heure et de mois des anciens cosmographes; climats de latitude et d'altitude, qu'il compare; climats de profondeur (mines) ; climats agricoles ; climats zoologiques; lignes isothermes, isothères et isochimènes; climats continentaux, des îles et des côtes; enfin, climats constans (Madère), variables (Paris), extrêmes (Pékin). Il fait remarquer, au sujet des climats maritimes et constans, l'avantage qu'il y aurait à commencer par eux l'acclimatement.

Après quelques mots sur l'acclimatement dans les pays froids, le candidat passe aux modifications physiologiques éprouvées par l'Européen qui passe dans un climat équatorial. La vie, dit-il, est une combustion réglée. Cette combustion est moindre dans les pays chauds, parce que le calorique produit par l'individu doit être moindre. L'air, raréfié, contient moins d'oxygène. Moindre est aussi l'alimentation. Le foie, par suite de la réduction de la combustion respiratoire, voit son action organique s'élever ; d'où l'idiosyncrasie hépatique. La respiration et l'alimentation étant diminuées, les globules diminuent dans le sang; d'où la chloro-anémie des pays chauds, qui joue peut-être un rôle dans la pathogénie de la fièvre jaune. Les globules étant diminués, deux traits de l'organisme créolisé s'expliquent naturellement, à savoir : l'excitabilité nerveuse (*sanguis moderator nervorum*) et la langueur musculaire. Voilà l'effort multiple que les climats équatoriaux demandent aux émigrans des pays tempérés. Cet effort, s'il est sagement dirigé, n'est pas au-dessous des ressources de l'organisme européen. Sans doute, il y a là, sous les rayons ardens du soleil moins oblique, trois grands laboratoires où la destruction distille ses plus sûrs poisons. Nommer les delta du Gange, du Mississipi et du Nil, c'est évoquer trois formes redoutables de la mort : le choléra, la fièvre jaune, la peste ; sans parler de ces pyrexies à formes innombrables, que la pseudo-continue de M. Maillot, *spuria continens* de Torti, et une commune étiologie, rattachent étroitement aux trois terribles fléaux. Mais ce n'est point là le climat, et d'ailleurs pour les fièvres intermittentes, même pour la peste, la prophylaxie se complète de jour en jour.

Passant ensuite à l'examen plus immédiat des objections élevées contre

(1) Voir le numéro du 20 Janvier 1852.

2° *Entretenir la chaleur naturelle à l'aide de linges de laine chauffés, ou réchauffer l'enfant s'il s'est refroidi.*

Lorsque l'enfant naît asphyxié, on constate aisément si l'asphyxie est à sa première ou à sa seconde période, en explorant l'état de la sensibilité générale, ce qui provoque des mouvemens quand elle n'est pas tout à fait abolie. Dans ce cas, il faut s'occuper d'enlever immédiatement les obstacles qui siégent à l'entrée des voies aériennes et empêchent l'air de pénétrer dans le poumon. Avec l'index recourbé en crochet, ou mieux avec une plume munie de ses barbes que l'on enfonce profondément à plusieurs reprises, après l'avoir essuyée, on retire les mucosités filantes qui s'amassent dans cette partie. Si ces mucosités sont en trop grande abondance et s'il y a en outre de l'eau de l'amnios, on place l'enfant sur le ventre, en ayant soin de lever les pieds plus haut que la tête, et on presse en même temps avec les deux mains les parois du ventre et de la poitrine.

On répète deux ou trois fois la même manœuvre et on débarrasse, par ce moyen, la trachée de tout ce qui s'oppose à l'entrée de l'air.

Ces précautions préliminaires sont de la plus urgente nécessité. On doit les mettre en usage dans tous les cas sans exception. Elles suffisent très souvent à ramener les enfans à la vie.

Si l'asphyxie est à sa première période, les moyens conseillés par les auteurs pourront, dans quelques circonstances, la dissiper, et si, après un certain temps, ils ne réussissaient pas, on aura recours à l'insufflation pulmonaire.

Dans la seconde période, il ne faut pas hésiter et perdre un temps précieux. Il faut établir la respiration artificielle, c'est le seul moyen de sauver l'enfant.

Après s'être assuré par l'auscultation de l'existence des battemens du cœur, on commence immédiatement l'insufflation pulmonaire.

Le choix du procédé n'est plus douteux, c'est l'ancien dont on doit faire usage.

L'enfant étant couché de la manière indiquée on introduit avec douceur dans sa poitrine une certaine quantité d'air, de manière à soulever un peu les côtes. L'air, en pénétrant dans la poitrine, produit un bruit particulier. Par une pression exercée à la fois sur l'abdomen et sur la partie inférieure des côtes, on chasse l'air introduit. On continue ainsi toutes les dix secondes, jusqu'à ce que l'on entende une première inspiration de l'enfant, ce qui a lieu souvent au bout de 30, 35, 40 minutes, et quelquefois plus tard. Peu à peu ces inspirations se rapprochent et croissent en intensité. On n'a plus alors qu'à ralentir les insufflations de plus en plus, à mesure que la respiration de l'enfant se rapproche du type normal, pour les cesser tout à fait lorsqu'il respire seul.

Si on abandonne l'enfant trop tôt, la respiration devient de plus en plus lente, et l'asphyxie recommence. On doit alors revenir à l'insufflation, et on voit bientôt la respiration s'établir définitivement et l'enfant vivre.

Voici maintenant la série des phénomènes qu'on observe dans leur ordre de succession.

La pénétration facile de l'air dans la poitrine est d'un bon augure pour le succès de l'opération. Cela suppose un reste de vie dans les muscles inspirateurs.

La face commence à rougir un peu; la circulation de la peau se rétablit, la pression du doigt la fait pâlir; le cœur bat avec plus de force; on aperçoit quelques contractions musculaires sur les ailes du nez; les lèvres se resserrent et la bouche reprend sa forme naturelle; l'expiration se fait par les seules forces de l'enfant; un peu plus tard, l'enfant fait une courte inspiration saccadée et suivie d'une expiration suspirieuse à peine sensible; enfin, les mouvemens respiratoires augmentent en force et en fréquence, et l'enfant respire seul. Ce n'est que plus tard, souvent au bout de deux ou trois heures, qu'il fait entendre les premiers cris.

La seconde indication, qui consiste à maintenir le corps de l'enfant chaud, ou à le réchauffer s'il est froid, n'a besoin que d'être énoncée pour être comprise: on couvrira donc la tête avec un petit bonnet de laine, et on entourera le corps de linges de laine qu'on fera réchauffer à mesure qu'ils se refroidiront.

L'enfant est quelquefois très lent à acquérir la température normale, surtout s'il est faible; en ce cas, le meilleur moyen à employer, c'est de le coucher auprès de sa mère dès que la respiration est tout à fait établie.

Losque l'asphyxie de l'enfant s'est prolongée pendant quelque temps, bien qu'il respire seul, il lui reste encore une grande faiblesse qui peut occasionner la mort; il faut alors recourir au moyen que j'indiquerai plus bas, en parlant de la faiblesse native.

Il est difficile de comprendre comment l'insufflation pulmonaire, si vantée par des autorités que nous avons appris à respecter, a pu être aussi négligée par les accoucheurs modernes. On ne trouve dans aucun traité d'obstétrique la relation d'accidens survenus à la suite de cette pratique; Dugès cite seulement deux cas où il a trouvé de l'air dans les gros vaisseaux de la poitrine, et un emphysème interstitiel des poumons; dans ces deux cas, l'air avait été poussé dans les poumons avec beaucoup de force et de persistance. D'un autre côté, M. Depaul, dans un mémoire que je ne saurais assez louer, n'a rien observé de semblable, bien qu'il ait fait de nombreuses expériences pour s'en assurer, et qu'il se soit servi de la loupe et du microscope.

DE LA FAIBLESSE NATIVE.

Les accoucheurs désignent sous le nom de *faiblesse congéniale* ou *native*, *d'établissement incomplet de la respiration, faiblesse des nouveau-nés*, un état morbide dépendant de causes fort variables, qui est quelquefois primitif, d'autres fois consécutif, existant dès le début de la vie extra-utérine, et qui occasionne le plus souvent la mort des nouveau-nés.

La faiblesse native est:

1° Accidentelle;

2° Symptomatique;

3° Idiopathique.

FAIBLESSE NATIVE ACCIDENTELLE.

La grossesse est arrivée à son terme, le fœtus renfermé dans l'utérus a acquis un développement complet; mais pendant son expulsion, il a beaucoup souffert, par suite des accidens divers qui compliquent l'accouchement (hémorrhagies, longueur du travail, asphyxie, etc.), et qui ont une influence fâcheuse sur l'enfant.

Les nouveau-nés qui sont restés longtemps asphyxiés y sont plus particulièrement sujets.

FAIBLESSE NATIVE SYMPTOMATIQUE.

Les enfans venus au monde avec une maladie contractée pendant la vie intra-utérine, ou avec des vices de conformation des principaux organes, seront considérés comme atteints de faiblesse native symptomatique.

FAIBLESSE NATIVE IDIOPATHIQUE.

On comprendra enfin dans cette catégorie tous les enfans chez lesquels on ne trouve pas dans l'état pathologique des organes une raison suffisante pour expliquer l'affaiblissement que l'on observe chez eux après leur naissance, les fœtus nés avant terme.

La faiblesse native des nouveau-nés se traduit à l'extérieur par une respiration incomplète, et une tendance très grande au refroidissement.

L'imperfection de la respiration est une des principales causes du refroidissement des nouveau-nés; mais elle n'est pas la seule; il en est une autre dont il faut tenir compte, c'est l'abstinence à laquelle ces petits êtres sont soumis par suite de l'impossibilité où l'on est de leur faire avaler la moindre quantité de nourriture.

Cet abaissement de la température extérieure du corps a été souvent constaté chez les aliénés qui refusent de manger.

Les enfans atteints de faiblesse native respirent seulement, et ils ne jettent que des cris faibles ou ne crient pas du tout; les liquides que l'on verse dans leur bouche ne dépassent pas l'ouverture de la glotte; une partie s'y introduit et donne lieu à un accès de suffocation pendant laquelle la respiration se suspend, les yeux se tournent en haut, la face devient livide, les lèvres bleuissent; l'autre partie reste dans la bouche ou se répand sur la face et le cou. Les enfans sont trop faibles pour exercer les mouvemens de succion.

Ces suffocations se reproduisent toutes les fois que l'on veut faire prendre des alimens à l'enfant, et c'est souvent pendant une d'elles que l'enfant meurt. Le médecin assiste à l'agonie de ces malheureux sans pouvoir faire autre chose que ce que lui recommandent les auteurs, savoir de les frictionner et de les réchauffer!!

C'est après avoir été témoin de beaucoup de faits de ce genre, que, dans un cas récent, l'idée m'est venue, trop tard, de recourir à la sonde œsophagienne, pour introduire directement dans l'estomac les liquides destinés à alimenter l'enfant.

Pour parvenir au but qu'on se propose, il faut seulement: 1° une sonde à une seule ouverture au bout, et à bords émoussés, du n° 11 ou 12 (filière de M. Charrière).

2° Une seringue n° 1, piston à parachute, avec une canule ayant le bout en maillechort de M. Charrière.

L'introduction de la sonde dans l'œsophage ne présente pas la moindre difficulté, ce conduit devenant presque droit lorsqu'on met la tête dans l'extension; d'ailleurs les obstacles qui pourraient arrêter la marche de la sonde, se trouvent tous à sa partie antérieure, et en la dirigeant vers la partie postérieure, on peut toujours les éviter.

Après avoir préalablement chauffé la sonde pour la ramollir un peu, on l'enduit avec de l'huile d'amandes douces pour faciliter son glissement, et on l'introduit, par la bouche, dans l'œsophage, à une profondeur de huit à dix centimètres pour dépasser le larynx. On attend quelques minutes pour voir si la respiration est gênée par sa présence; si la sonde est dans l'œsophage, on n'observe aucun trouble dans la respiration.

Lorsque la sonde est bien placée, on n'a plus qu'à injecter doucement avec la seringue 40 à 50 grammes d'un liquide chaud approprié au but que l'on se propose.

---

l'acclimatement, le candidat demande si l'on est fondé à arguer des grandes mortalités observées, soit à Cayenne à une époque ou l'étiologie et le traitement des fièvres intermittentes n'étaient pas connus, soit à Alger, dans les premières années de la conquête, à une époque de fatigues immenses et de privations journalières, à une époque d'ignorance pour tout le monde, pour les administrateurs comme pour les médecins, qui voyaient des inflammations dans les fièvres intermittentes et les traitaient par les antiphlogistiques, au grand et lamentable profit du registre obituaire, dit M. Marchal. Le fait capital, le voici: c'est la mortalité décroissante dans notre armée d'Afrique, depuis que la pathologie et l'hygiène de cette contrée ont été mieux étudiées. Voilà un témoignage éclatant en faveur de l'acclimatement.

Toutefois, si l'acclimatement est possible pour l'Européen, il est fécond en dangers. C'est ici que l'hygiotechnie doit intervenir. Le candidat établit donc dans la dernière partie de son travail les règles que l'émigrant doit suivre pour écarter ces dangers autant que possible, et il passe en revue ces règles relatives aux *circumfusa*, aux *applicata*, aux *ingesta*, aux *gesta*, aux *genitalia;* et revenant à son premier point de vue, il se résume à peu près en ces termes: l'Européen est susceptible de s'acclimater partout, la terre lui appartient; il peut la parcourir et s'y introniser; c'est son devoir et sa loi de travailler au milieu des périls, à l'assainissement du globe tout entier, par la destruction des espèces nuisibles, tant végétales qu'animales, et de leurs produits. Des pôles à l'équateur et de l'équateur aux pôles, s'épandent sans cesse et en sens inverse, des courans d'air chaud et d'air froid, des courans d'eau chaude et d'eau froide: c'est là comme un symbole de l'acclimatement, comme un grandiose exemple donné à l'homme par la nature.

V.

Si cette analyse, dans laquelle j'ai cherché à conserver en plusieurs points le style même de l'auteur, si cette analyse est exacte, le lecteur est en position d'apprécier à la fois et le fond et la forme de cette composition. Ce ne sont pas les idées, comme on peut le voir, qui manquent à M. Marchal, ainsi que je crois l'avoir déjà dit de lui dans une autre occasion, il est à cet égard sous l'imminence pléthorique; heureuse pléthore toutefois, et qui contraste favorablement avec l'anémie intellectuelle, hélas, bien plus commune et bien moins curable!

Je suis parfaitement convaincu que libre de son temps et d'espace, M. Marchal eût fait un excellent travail sur l'acclimatement. Il a eu, plus que ses compétiteurs, le mérite d'envisager la question de son point de vue le plus élevé et le plus philosophique. Son début a été pompeux, trop pompeux peut-être, et il lui était difficile de se tenir à cette hauteur. Il n'a pas eu ce bonheur. Son style éblouissant n'a pas suffisamment dissimulé l'étrangeté de quelques idées, le peu de fondement de quelques autres. Sa définition du climat est ingénieuse, mais est-elle juste? N'est-ce pas une erreur de dire que l'air, dans les pays chauds, contient moins d'oxygène? Le lien pathologique entre le choléra, la fièvre jaune, la peste et les fièvres pseudo-continues des pays chauds est-il aussi étroit que l'assure M. Marchal? Définir la vie par ces mots: une combustion réglée, n'est-ce pas plutôt faire une antiphrase qu'une définition, antiphrase fort à la mode, il est vrai, dont il ne faut pas rendre M. Marchal responsable, car elle date de Lavoisier, car elle se perpétue et se corrobore de jour en jour dans nos écoles sous l'empire des théories chimiques qui asservissent à cette heure la physiologie et la pathologie?

Je prie le lecteur de voir que ce sont des questions que je pose, des doutes que j'expose plutôt que des critiques que j'adresse à M. Marchal. Je tiens la composition pour l'œuvre d'un esprit élevé et distingué, ses défauts ne sont, après tout, que les défauts de ses qualités; sa richesse se traduit quelquefois en exubérance, son style imagé a parfois besoin d'éviter la redondance, et sa diction solennelle doit de temps à autre prendre garde à l'enflure. Mais, somme toute, M. Marchal est un compétiteur qui a le don merveilleux de se faire écouter et chaudement applaudir.

VI.

M. BOUCHARDAT.

Après avoir montré combien est difficile la définition rigoureuse des climats, après avoir établi qu'il était impossible de les déterminer et de les limiter par des lignes purement géographiques, le candidat a développé cette pensée, qu'en adoptant les divisions indiquées par la géographie botanique, on arrivait à des indications réunissant un grand nombre de conditions climatériques de la plus haute importance.

Le candidat énumère et développe les caractères propres à chaque climat, et il montre que sous le rapport de la question spéciale de l'acclimatement, il suffit de diviser les climats en: 1° chauds, 2° tempérés, 3° froids, et enfin qu'il faut ajouter à cette division une quatrième classe, les climats à miasmes paludéens, qu'il a désignés sous le nom de *climats insalubres*.

Climats chauds. — M. Bouchardat expose que si les animaux et les plantes sont confinés sur des bandes limitées du globe, l'homme peut, avec le temps, en changeant ses habitudes, son régime, son genre de vie, se rapprocher, par une transformation graduelle, du type organique des indigènes du pays nouveau qu'il vient habiter. Mais la transformation n'est possible, sans graves dangers, qu'en combattant par des soins hygiéniques bien entendus les fâcheuses influences du climat, quand il diffère d'une manière considérable par sa température moyenne. Se rapprocher le plus possible du régime *bien étudié* des naturels, telle est, pour le candidat, la règle la plus importante pour rendre moins désastreuses les chances de l'acclimatement.

En comparant le régime des différens peuples qui habitent les régions tropicales, le candidat voit que parmi les alimens de la combustion, ce sont les féculens dont ils font un usage pour ainsi dire exclusif. Il montre combien cette indication a d'importance. Les féculens, dit-il, sont dissous lentement dans les intestins et ne fournissent que peu à peu la somme d'élémens combustibles nécessaires pour entretenir la chaleur animale. La dépense étant très faible dans les climats chauds, il faut

Il sera utile de faire asseoir l'enfant sur son séant, ou de lui tenir la tête élevée sur l'oreiller, pour que le liquide tombe par son propre poids dans la capacité de l'estomac.

On répétera la même opération jusqu'à ce que l'enfant soit assez fort pour exercer lui-même les mouvemens de succion.

L'alimentation artificielle à l'aide de la sonde œsophagienne que je propose, est destinée, je l'espère, à rendre de grands services à l'humanité, son exécution facile permettra même aux sages-femmes d'en faire usage ; dans les accouchemens prématurés, artificiels ou naturels, on pourra sauver la vie à des enfans qui, sans elle, ne pourraient pas vivre. Elle complètera, avec l'insufflation pulmonaire, la série des soins à donner aux nouveau-nés, et, si quelquefois elle ne réussissait pas, on ne devrait pas pour cela l'abandonner : on aurait du moins la certitude d'avoir fait tout ce qu'il est humainement possible de faire pour conserver des enfans à l'existence desquels tant d'intérêts sont souvent attachés.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 Janvier. — Présidence de M. PIOBERT.

M. Augustin-Félix ORFILA lit un mémoire qui a pour objet l'étude des trois questions suivantes de toxicologie : 1° *l'élimination de certains poisons;* 2° *comparaison des procédés proposés pour la recherche du plomb, du cuivre et du mercure contenus dans les substances organiques;* 3° *l'action de l'étylamine et de l'amylamine sur l'économie animale.*

Voici en quels termes l'auteur résume la première partie de son travail relative à l'élimination des poisons :

Un grand nombre de poisons, après avoir été absorbés, passent dans les divers produits de sécrétion, urine, sueur, salive, sécrétion gastro-intestinale. Tous ne vont pas dans tous ces produits : le plus grand nombre cependant se trouve dans l'urine.

Il est remarquable que l'arsenic et l'iode ne passent pas dans la bile.

Ce sont les seuls que l'on y ait cherché jusqu'à ce jour, peut-être en sera-t-il de même pour d'autres corps vénéneux.

C'est ainsi que les matières nuisibles sont petit à petit entraînées au dehors, quelques-unes, comme l'arsenic et le mercure, dans un assez court délai; tandis que d'autres se retrouvent encore dans les organes, quatre, cinq et huit mois après leur introduction.

Il est évident que plus les sécrétions entraîneront de poison, plus l'élimination sera rapide. Or, comme l'urine est la principale voie par laquelle s'échappent les substances toxiques, on peut dire, d'une manière générale, que plus l'urine entraînera d'un composé vénéneux, plus ce corps sera promptement expulsé.

Cette idée, dit l'auteur, m'a été suggérée par quelques faits indiqués avant moi et par quelques-unes de mes expériences.

Ainsi, l'arsenic et le mercure passent dans l'urine, même le septième jour après l'introduction; leur élimination se fait en quelques jours; le plomb et le cuivre ne se retrouvent pas dans l'urine, le quatrième jour après l'administration de l'acétate de plomb et du sulfate de cuivre, leur expulsion n'est pas complète en huit mois. Ce qui arrive pour l'argent n'est guère d'accord, il est vrai, avec cette manière de voir, mais il est probable que ce métal, après l'administration du nitrate d'argent, est expulsé par d'autres voies que la sécrétion urinaire.

Lorsqu'un poison est absorbé, l'emploi des diurétiques, des purgatifs et des sudorifiques, en facilitant son expulsion, peut rendre les plus grands services à la thérapeutique, même pour ceux des poisons qui ne sont pas facilement expulsés avec l'urine.

La médication précédente peut et doit accélérer l'élimination.

Les purgatifs peuvent être très utiles pour chasser quelques poisons après leur absorption.

Un poison peut exister dans nos tissus, sans que nous puissions, par l'analyse des urines, en soupçonner la présence.

Un animal peut porter dans ses organes des élémens toxiques, sans qu'on puisse remarquer aucun trouble dans sa santé.

Puisque la partie de poison absorbée va successivement diminuant jusqu'à un certain moment, il est impossible et absurde de vouloir calculer la quantité de poison administrée d'après la quantité de poison trouvée dans les organes, cela en écartant même les mille autres causes d'erreur, telles que les vomissemens, les pertes d'expérience, l'inégale répartition du poison.

Il faut se garder de conclure de ce qu'un poison séjourne très longtemps dans l'économie animale, qu'il y reste indéfiniment, car, lorsqu'on administre du nitrate d'argent à des chiens, il est facile de retrouver l'argent dans leur foie au bout de cinq mois, tandis qu'on n'en découvre pas quand les animaux ont vécu sept mois après l'intoxication.

Comment comprendre ce séjour ?

D'après les faits connus jusqu'à présent et les idées physiologiques généralement admises, il me semble rationnel d'admettre qu'après l'expulsion d'une certaine proportion du toxique absorbé, la portion restante est *tolérée* par certains organes sans aucun accident, tandis que les autres réagissent et s'en débarrassent; c'est dans le foie que les poisons paraissent séjourner le plus longtemps.

Peut-on appliquer les résultats obtenus avec certains poisons à d'autres qui offrent avec eux plus ou moins d'analogie de composition ou de propriétés ? Non. Je n'oserais même pas avancer que l'acétate de cuivre se comporterait de même que le sulfate du même métal au point de vue de l'élimination.

Ne serait-il pas possible, comme l'a fait entrevoir mon oncle dans ses leçons à la Faculté, que des antidotes pussent neutraliser les actions délétères de certains poisons même après l'absorption, lorsque ceux-ci sont déjà dans le sang, le foie, la rate, etc.; et cela de deux façons, soit en formant des composés moins vénéneux, soit en formant des combinaisons plus faciles à éliminer. Deux sortes de preuves peuvent être invoquées pour décider la question : la cessation ou l'amendement des symptômes alarmans, le passage des nouvelles combinaisons dans les produits excrémentitiels. Ce dernier cas se rattacherait intimement à notre travail.

M. Orfila termine par la relation de quelques expériences sur l'action de l'étylamine et de l'amylamine sur l'économie animale. Il résulte de cette étude une grande analogie entre ces corps et l'ammoniaque, au point de vue de l'action physiologique, analogie que leurs propriétés physiques et chimiques devaient faire prévoir.

M. Adolphe BOBIERRE, de Nantes, adresse une note sur *l'influence du chlore humide dans le traitement de la glucosurie*, à propos des communications récentes de M. Alvaro Reynoso, sur la concordance qui existe entre certains phénomènes de l'acte respiratoire et la présence du sucre dans les urines, et de M. Bouchardat sur l'influence favorable des inspirations d'oxygène dans la glucosurie.

L'auteur, après avoir rappelé un travail dans lequel il a établi lui-même que l'action spéciale du chlore humide dans certaines affections du poumon doit être attribuée à l'oxygène mis en liberté par suite de la décomposition de l'eau, s'exprime en ces termes :

J'ai été conduit à me demander si l'emploi de l'oxygène naissant, obtenu par l'inspiration d'une faible quantité de chlore humide, ne pourrait pas être utilement adopté dans le but de remédier aux inconvéniens signalés par M. Bouchardat.

Le seul cas dans lequel j'ai pu faire une observation complète était caractérisé par un emphysème pulmonaire bien déterminé. L'urine, précipitée par le sous-acétate de plomb, filtrée, puis débarrassée de l'excès de sel plombique par le chlorure de sodium, et enfin traitée par la levure de bierre d'une part, et la solution alcaline de tartrate de potasse et de cuivre de l'autre, fournissait les caractères d'un liquide manifestement sucré. Sous l'influence du chlore, dont la dose a été graduellement augmentée, le sucre a diminué jusqu'à ce que les conditions normales de la respiration fussent complètement rétablies.

Si, ce qu'il appartient à la médecine de préciser, les inspirations d'oxygène pouvaient avoir quelque résultat utile dans le traitement de la glucosurie, il serait à désirer que ces inspirations fussent de préférence effectuées à l'aide de l'oxygène naissant, c'est-à-dire obtenu par les fumigations de vapeur d'eau chlorée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 20 Janvier 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Diverses communications du ministre, relatives à des remèdes secrets.

2° Un rapport de M. le docteur BARTHEZ, médecin de l'hôpital militaire de Vichy, contenant des renseignemens sur les malades auxquels les eaux minérales ont été administrées pendant l'année 1851. (Comm. des eaux minérales.)

3° Le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour le mois de novembre dernier.

4° Une lettre de M. GOUPIL, correspondant de l'Académie, à Nemours, qui fait part à l'Académie de la mort de M. Denarp, son correspondant à Bourges.

5° Une lettre de M. SÉDILLOT, de Strasbourg, qui fait hommage à l'Académie d'une brochure intitulée : *Des règles de l'application du chloroforme aux opérations chirurgicales.*

L'auteur indique dans cette lettre l'objet principal de sa brochure, qui est de démontrer que les accidens mortels survenus dans la pratique de l'art, sous l'influence du chloroforme, ne sont pas attribuables à cette substance, mais à la manière dont on en fait usage, et d'indiquer les moyens d'éviter à l'avenir de si regrettables malheurs.

M. GIBERT croit devoir contester ce que les propositions contenues dans la brochure de M. Sédillot ont de trop absolu, en ce qui concerne du moins la constatation de l'innocuité du chloroforme appliqué comme anesthésique. Il déclare que, pour son compte, il persiste dans les assertions toutes favorables au chloroforme, qu'il a émises dans son rapport sur les anesthésiques, à l'occasion du prix proposé par l'Académie sur cette question.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle possède dans son sein M. Reynaud, correspondant à Brest. M. Reynaud est invité à signer la feuille de présence.

La parole est à M. Chailly-Honoré pour un rapport.

M. CHAILLY lit un rapport sur un mémoire de M. Félix Hatin, relatif à un procédé d'application du forceps au détroit supérieur.

Le procédé de M. Hatin consiste à introduire l'une ou l'autre main tout entière et une partie de l'avant-bras dans l'utérus, et de guider, avec cette main, les deux branches du forceps ou du céphalotribe que l'autre main doit introduire.

Par ce moyen, chaque cuiller glissant sur le poignet, puis, de là, dans la main de l'opérateur, ne peut ni se fourvoyer dans le cul-de-sac du vagin, ni perforer le cul-de-sac et déterminer la mort de la femme. Non seulement on devra nécessairement pénétrer avec sûreté dans l'utérus; mais même, on le fera avec bien plus de facilité et de promptitude. La main, en outre, s'assurera du placement régulier de chacune des cuillers, constatera qu'aucune des parties maternelles n'est prise entre les mors de l'instrument, et que la tête seule est saisie et bien solidement prise.

Cette méthode, ajoute M. le rapporteur, a encore pour avantage de permettre de commencer indifféremment par l'une ou par l'autre des deux branches, sans craindre de se trouver dans l'obligation de faire le décroisement.

A l'appui de son procédé, M. F. Hatin cite 18 observations, dont M. le rapporteur donne une analyse succincte, et il termine par la relation du fait suivant qui établit, suivant lui, mieux que tout autre, la supériorité du procédé de M. F. Hatin :

Mme C... est d'une taille de 1 mètre 32 cent. Les membres inférieurs sont fortement incurvés, et le bassin ne présente, au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, que 21 lignes de passage environ.

Parvenue à terme, cette femme fut prise, le 21 octobre dernier, des premières douleurs de l'accouchement; mais le jeudi 23, malgré des contractions énergiques et soutenues, la tête restait fixée au-dessus du

---

que l'alimentation bien réglée ne donne point d'excédant qui, à la longue, pourrait déterminer les altérations les plus funestes dans les fonctions du foie et dans les autres parties de l'appareil digestif.

De cette indication générale ressort nettement le danger de l'abus des liqueurs alcooliques, élémens rapides de combustion qui ont fait tant de victimes dans les rangs des Européens transportés dans des climats chauds.

Le candidat montre ensuite combien l'emploi régulier des bains est utile pour les hommes qui quittent un climat tempéré pour un climat chaud. Les religions de beaucoup de peuples des régions tropicales leur font un devoir des bains et des ablutions; cette prescription religieuse est un excellent précepte d'hygiène.

M. Bouchardat aborde ensuite les questions qui se rapportent à l'exercice, aux travaux intellectuels, et parmi les conditions qui rendent l'acclimatement plus fatal, il insiste sur le danger auquel sont principalement exposés les enfans. Si les femmes courent de moins grands périls à une certaine époque de leur vie, il en trouve l'explication dans l'existence d'une fonction spéciale, la menstruation, qui permet à la nature la régularisation de la nutrition. Si les hommes d'une constitution fort vigoureuse ont plus à souffrir, c'est qu'habitués à un régime abondant et réglé pour les pays tempérés, ils ont oublié que les climats chauds ne donnent lieu qu'à une faible dépense.

Climats froids. — Si, à l'aide de précautions très simples, les hommes des pays tempérés peuvent s'acclimater facilement dans les pays froids, si bien que pour eux on peut dire qu'il n'y a véritablement aucune condition essentielle à noter, il n'en est pas de même pour les habitans des pays chauds émigrant dans des climats froids. S'ils ne règlent pas convenablement leur régime, ils sont le plus souvent atteints par une maladie fatale, la tuberculisation. Le candidat insiste sur la nécessité pour eux de remplacer leur alimentation féculente par l'usage des corps gras qui interviennent utilement pour une si large part dans l'alimentation des peuples du nord. Le candidat développe avec détails cette opposition des alimens de la combustion, féculens au midi, corps gras au nord, en s'appuyant sur les recherches sur la digestion, qui lui sont communes avec M. Sandras.

Climats insalubres. — Un élément nouveau, le miasme paludéen, peut compliquer et rendre plus difficile et plus incertaine la question d'acclimatement. Le candidat, après avoir indiqué les causes principales de développement de ces miasmes, dessèchement des eaux stagnantes, mélange des eaux douces et des eaux salées, état particulier de certains sols d'origine marine, indique les travaux qui doivent être exécutés pour rendre les chances de l'acclimatement moins désastreuses, énumère les précautions qui doivent être prises pour diminuer les dangers qui accompagnent les premiers travaux agricoles dans certaines localités, et il termine en insistant sur cette précaution importante prise par le gouvernement anglais, de faire séjourner les troupes plus ou moins longtemps dans des climats intermédiaires avant de les exposer aux climats des tropiques.

VII.

Cette composition, sage et modeste, si elle ne brille pas par des qualités éclatantes, ne pêche pas non plus par des défauts signalés. Il y a même une partie tout à fait originale et que M. Bouchardat a présentée d'une manière piquante, c'est le contraste que doit offrir l'alimentation, au point de vue des élémens combustibles, dans les pays chauds et dans les pays froids. C'est avec un admirable instinct hygiénique que l'Hindou se nourrit presque exclusivement de riz, aliment féculent d'une digestion lente, aliment plastique bien plus que combustible; c'est avec une prévoyance non moins admirable que l'Esquimau se gorge d'huile de baleine, aliment riche en carbone, aliment éminemment combustible, qui lui permet de réagir par le calorique intérieur qu'il développe, contre l'abaissement extrême de la température extérieure. Cette excellente page de la composition de M. Bouchardat a fait impression.

(*La suite au prochain n°.*) Amédée LATOUR.

DÉCRET SUR LE CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Louis-Napoléon,

Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce ;

Vu le décret du 15 décembre 1851, sur l'organisation du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine,

Décrète :

Art. 1er. — Le nombre des membres titulaires du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, actuellement de douze, est porté à quinze, le nombre des membres adjoints restant fixé à six.

Art. 2. — Provisoirement, et en attendant que le conseil municipal ait pourvu au paiement de l'indemnité ordinaire, les fonctions des nouveaux membres titulaires du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine seront gratuites.

Art. 3. — Le secrétaire général de la préfecture de police, les professeurs et fonctionnaires désignés dans les arrêtés des 24 décembre 1832, 1er mars et 7 septembre 1838, et 24 février 1844, approuvés par le ministre du commerce, seront, à raison de leurs fonctions, membres du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Le titre de membre honoraire ne pourra être accordé qu'aux personnes qui auront été membres titulaires.

Art. 4. — Le décret précité du 15 décembre continuera de recevoir son exécution, en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

Art. 5. — Le ministre de l'agriculture et du commerce est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 19 janvier 1852.

Louis-Napoléon BONAPARTE.

Par le Président :

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

N. LEFEBVRE-DURUFLÉ.

détroit supérieur. Une bosse sanguine considérable proéminait seule dans ce détroit.

Une sage-femme était auprès de la patiente. On en fit appeler une seconde, puis MM. le docteur Bialay et Poterin-Dumotel, puis enfin MM. Belin, Dequevauvillers et le docteur Schley, d'Augusta (États-Unis).

Ces confrères, après avoir procédé à la mensuration du bassin, furent d'avis que le rétrécissement devait faire exclure toute pensée d'agir sur l'enfant, et que l'opération césarienne était seule possible.

Bien que, comme chacun le sait, l'opération césarienne soit des plus facile à pratiquer, cependant, ces messieurs me firent appeler pour me faire prendre ma part de responsabilité dans une opération aussi grave. Lorsque j'arrivai, je constatai l'extrême étroitesse du bassin; mais les battemens du cœur du fœtus étaient rares et faibles; l'eau amniotique, teinte de méconium, s'écoulait au-dehors; tout annonçait que si l'enfant conservait un reste de vie à cause des liens vasculaires qui l'unissaient encore à sa mère, sa viabilité était presque certainement compromise, et que, privé de ces rapports circulatoires après sa naissance, il succomberait très prochainement, si, même, il n'avait pas cessé d'exister avant la fin de l'opération. Cette circonstance militait en faveur de la céphalotripsie; mais comment espérer, même par ce moyen, extraire le fœtus d'un bassin ne présentant que 21 lignes? Chacun jugeait la chose impraticable. Cependant, je regardai comme un devoir de s'arrêter à ce parti, alléguant que l'opération césarienne vouait, à Paris, les femmes à une mort certaine, et qu'il serait toujours temps d'y recourir, si nos tentatives étaient infructueuses. J'ajoutai, qu'à l'aide du procédé de M. Hatin, de quelques autres conseillés par M. P. Dubois, et de certains moyens qui me sont propres, j'espérais parvenir à délivrer la femme en lui laissant des chances probables de guérison. L'opération devant être longue et douloureuse, il fallait déterminer l'insensibilité de la patiente; M. le docteur Schley, très versé dans l'usage du chloroforme, se chargea exclusivement de maintenir l'opérée dans un état d'insensibilité suffisant.

Six applications de céphalotribe, faites suivant le procédé de M. Martin, furent nécessaires pour briser la tête et la réduire en une sorte de pulpe, après quoi toutes les esquilles furent retirées, et une septième et dernière application du céphalotribe, toujours par le même procédé, permit d'extraire le fœtus; l'opération avait duré une heure trois quarts. Les chirurgiens, auxquels la pratique des accouchemens est familière, peuvent seuls comprendre dans quel état d'épuisement moral et physique je me trouvais après cette extraction.

L'enfant, sans la masse cérébrale, pesait cinq livres.

La mère a eu les suites de couches les plus simples : elle a été exempte du plus léger malaise. MM. les docteurs Debout et Dop l'ont visitée le sixième jour, et, trois semaines après, elle-même venait me remercier. Depuis, elle n'a cessé de jouir de la santé la plus parfaite.

Je ne fais ici que citer ce fait, ajoute M. le rapporteur, d'une manière très succincte, afin seulement de faire ressortir l'excellence du procédé de M. Hatin. Quel fait pourrait être, en effet, plus concluant que celui dans lequel, le céphalotribe ayant été appliqué sept fois, dans un bassin aussi rétréci, la femme s'est complètement rétablie? — Sans aucun doute, si je n'avais point eu à ma disposition le procédé de M. Hatin, j'eusse été dans la nécessité de pratiquer l'opération césarienne, et la femme serait morte, presque certainement.

Frappé de l'utilité évidente de ce procédé pour l'application du forceps et du céphalotribe au détroit supérieur, les commissaires proposent d'adresser des remercîmens à l'auteur et de déposer honorablement son mémoire aux archives.

M. Moreau pense que l'application du forceps au détroit supérieur ne peut convenir que dans des circonstances exceptionnelles. Il regrette que M. le rapporteur n'ait pas indiqué ces circonstances. Pour lui, il n'a pas eu l'occasion de faire cette application plus de quatre à cinq fois dans sa longue pratique. Il ne voit pas, en outre, la nécessité d'introduire la main et l'avant-bras, la main seule doit suffire.

M. Chailly : Les cas d'application du forceps au détroit supérieur sont plus communs que ne le pense M. Moreau. Ces cas se rencontrent surtout dans les classes pauvres, où les vices de conformation du bassin sont beaucoup plus fréquens que dans les autres classes. C'est probablement là la cause pour laquelle M. Moreau a eu rarement l'occasion de faire cette application.

M. Velpeau : M. Moreau paraît d'avis qu'on applique le forceps plus souvent que cela est nécessaire; M. Chailly est d'un avis contraire. M. Chailly, en outre, a émis cette autre proposition que les jeunes praticiens et les médecins d'un ordre inférieur avaient plus fréquemment l'occasion de faire cette application.

Ces deux propositions de M. Chailly sont très contestables. M. Velpeau est d'avis, comme M. Moreau, qu'on applique trop souvent le forceps, et qu'on devrait plutôt s'attacher à éviter les occasions de l'appliquer, qu'à imaginer de nouveaux forceps ou de nouveaux procédés d'application. Un forceps, quel qu'il soit, est toujours une machine qu'il faut apprendre à manier, et qu'on n'emploie pas toujours impunément.

M. Chailly s'associe à ce que viennent de dire MM. Moreau et Velpeau des abus de l'application du forceps; mais si ces reproches sont fondés en général, ils ne sauraient s'appliquer en particulier à l'application du forceps au détroit supérieur.

M. P. Dubois regrette que M. le rapporteur n'ait pas cru devoir décrire le procédé de M. Hatin. On y aurait vu qu'au lieu du procédé très simple qui est habituellement en usage, M. Hatin propose un procédé d'une exécution très difficile, et qui peut même devenir dangereux, notamment dans certains des cas de rétrécissemens du bassin, pour lesquels l'auteur le propose précisément.

M. Gerdy, contrairement à l'opinion émise par MM. Moreau et Velpeau, croit qu'au lieu d'abuser du forceps, on ne l'emploie pas assez, et il s'étend longuement sur les inconvéniens qui résultent d'une trop grande temporisation, alors qu'à l'aide du forceps on eût pu terminer aisément l'accouchement.

M. Velpeau insiste sur la nécessité de restreindre, plus qu'on ne le fait généralement, l'usage du forceps. Hors les cas de certains vices de conformation du bassin, d'inertie de l'utérus et d'hémorrhagie, les seuls qui indiquent formellement l'application du forceps, il pense qu'on doit s'en abstenir.

— Plusieurs membres demandant la parole, M. le président les invite à vouloir bien se renfermer dans le point en discussion, qui est l'application du forceps au détroit supérieur.

M. Malgaigne : Il résulte de la statistique de la mortalité des hôpitaux, que la mortalité est beaucoup plus considérable dans les hôpitaux d'accouchement que dans les autres établissemens. Or, cette mortalité excessive tient à ce que les accouchemens sont livrés à des employés subalternes et qu'on n'applique pas assez souvent le forceps.

M. P. Dubois relève avec force l'assertion de M. Malgaigne, et démontre que le surcroît de la mortalité dans les hospices d'accouchemens tient à une autre cause que tout le monde connaît bien d'ailleurs; et non à la manière dont sont faits les accouchemens, toujours confiés à des personnes parfaitement exercées.

La discussion est close et les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Annales des maladies de la peau et de la syphilis.
Numéro de décembre 1851.

De la valeur des maladies intercurrentes dans les maladies de la peau; par le docteur M. Chausit.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Toute maladie aiguë, intercurrente, phlegmasie, fièvre essentielle accidentelle, indépendante de la maladie de la peau qu'elle traverse par sa nature, par sa marche, par sa durée, a sur l'éruption actuelle une influence évidente, immédiate, en vertu d'une action révulsive ou perturbatrice.

2° Cette influence ne semble pas, quant à ses résultats ou bons, ou nuls, ou mauvais, dépendre du degré d'intensité ou de la durée de la phlegmasie elle-même.

3° Elle varie, au contraire, selon certaines conditions d'état, de nature, afférentes à l'éruption.

4° Elle peut être complètement heureuse et durable dans les affections aiguës de la peau, quand celles-ci sont bénignes, ou à leur début, ou de cause accidentelle.

5° Dans les éruptions chroniques, elle est loin d'être toujours la même.

6° Elle peut agir comme un modificateur puissant et heureux dans les cas où la puissance de l'affection cutanée tient à un état local; dans certaines maladies de cause générale où les altérations de tissu jouent un grand rôle; dans les maladies même spéciales, où le principe étant détruit, le symptôme cutané n'est plus qu'un accident local.

7° Elle n'est que passagère dans les cas où la maladie de la peau tient à une cause médiate, comme dans l'eczéma, dans le lichen, ou à un état constitutionnel de la peau, comme dans le psoriasis.

8° Elle est fâcheuse lorsque l'éruption chronique est causée ou entretenue par une débilitation profonde de l'économie, comme le rupia; quand elle est caractérisée par une sécrétion abondante, comme le pemphigus; quand, enfin, la phlegmasie intercurrente peut être considérée comme un phénomène propre à la maladie de la peau elle-même : tel est l'éléphantiasis des Arabes.

Du favus spontané du scrotum; par M. le docteur Cazenave.

Après avoir établi qu'il est aujourd'hui impossible de contester la nature contagieuse du favus, et la facilité avec laquelle cette maladie se développe sous l'influence d'un contact, quelquefois même très léger, M. Cazenave ajoute qu'il ne doute pas cependant que cette maladie ne puisse se développer spontanément, favorisée d'ailleurs par toutes les causes qui altèrent profondément l'économie : la misère, le séjour dans des lieux malsains, la malpropreté, etc. Mais s'il est hors de doute, dit M. Cazenave, que, à la suite d'une détérioration profonde de l'économie, ou d'une perturbation générale produite par des émotions morales vives, l'éruption faveuse puisse se développer en dehors de toute influence contagieuse, j'ai vu depuis plusieurs années des faits curieux de favus tout à fait local, à siége restreint, qui semblait se développer en l'absence de tout moyen de contagion, comme aussi sans influence générale appréciable. C'est le plus souvent aux bourses qu'il a observé l'éruption faveuse dans ces conditions, c'est-à-dire sans qu'il y eût de favus sur un autre point du corps, en dehors de toute contagion possible, et aussi sans trouver dans des troubles généraux, ou dans l'état de l'économie, la raison de son développement. Il a pensé alors que, dans quelques circonstances, le favus pouvait être produit par certaines conditions locales particulières. Du reste, dans la plupart de ces cas, la contagion, tout à fait improbable, pouvait à la rigueur être encore possible.

Après avoir rapporté un fait de favus développé sur les bourses, dans les conditions particulières qui viennent d'être indiquées, M. Cazenave fait remarquer que le favus des bourses se développe ordinairement chez les adultes, et sans qu'il y ait d'éruption faveuse sur aucun autre point. Il s'y présente d'ailleurs avec les mêmes caractères qu'au cuir chevelu; les disques sont ordinairement plus petits, moins épais; le poil manque souvent au milieu du godet, brisé qu'il se trouve de bonne heure par les progrès du disque faveux, qui, de bonne heure aussi, devient sec et pulvérulent. Tous ces caractères sont d'ailleurs en rapport avec les conditions anatomiques locales. L'éruption est souvent accompagnée de cuisson, de douleur même, sans doute à cause du frottement et de la mobilité de la peau des bourses qui est offensée, tiraillée par la présence de ces petits corps secs et durs qui ne se prêtent pas au mouvement.

Développé dans cette région comme sur tous les points autres que le cuir chevelu, le favus est bien loin d'offrir la même résistance que l'on rencontre toujours lorsqu'il occupe son siége de prédilection. Aux bourses, il disparaît avec une grande facilité, et sans qu'au bout de quelques jours on puisse retrouver la moindre trace de son passage. Il cède en peu de jours à des lotions alcalines faites matin et soir, à quelques bains.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE. — MM. Tardieu et Marchal (de Calvi) ont fait lundi leur leçon après vingt-quatre heures de préparation. Le premier a eu à traiter *des vêtemens*, le second *du pain*.

M. Orfila, assez sérieusement indisposé, n'a pu assister à cette séance et ne peut plus, par conséquent, faire partie du jury de ce concours. Nous sommes heureux d'annoncer que l'état du célèbre professeur ne présentait hier rien d'alarmant.

CONCOURS POUR QUATRE PLACES DE MÉDECINS AU BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX. — Ce concours s'est terminé lundi soir, à dix heures, par la nomination de MM. Oulmont, Frémy, Moutard-Martin et Bergeron.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Une dépêche de Boston annonce que le choléra fait de grands ravages à la Jamaïque. Dans un quartier de l'île, la mortalité s'élève journellement de 30 à 40 personnes. La plus grande consternation s'est emparée de l'esprit des habitans.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP.,
Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 10. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 24 Janvier 1852.

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr. :
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An. 37

Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40

Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi .
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Avis à MM. les Actionnaires de L'UNION MÉDICALE.

MM. les Actionnaires de l'UNION MÉDICALE sont prévenus que l'Assemblée annuelle aura lieu le mardi 3 février prochain, à 7 heures 1/2 du soir, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre.

Cette Assemblée a pour but :

1° D'entendre le compte-rendu du Gérant sur l'exercice de 1851 ;

2° D'entendre le rapport du Comité de surveillance sur le rapport du Gérant;

3° De nommer les membres du Conseil de surveillance pour l'année 1852.

PARIS, LE 23 JANVIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

MÉMOIRE DE TOXICOLOGIE DE M. FÉLIX ORFILA ; — L'OXYGÈNE DANS LE TRAITEMENT DE LA GLUCOSURIE.

Un neveu de M. Orfila, suivant les traditions et l'exemple de son illustre maître, a lu à l'Académie un travail remarquable sur les poisons, et en particulier sur l'étylamine et l'amylamine. La manière dont la plupart des poisons se comportent dans l'économie, a conduit M. Félix Orfila à établir que, plus les poisons sont éliminés par les voies ordinaires des sécrétions, et surtout par les urines, plus le toxique s'affaiblit dans l'économie, et plus la tolérance parvient facilement à s'établir. Il n'y a rien que de connu dans cette affirmation, mais elle amène cette conséquence qui, sous le rapport thérapeutique, a une importance considérable : à savoir, qu'il faut éliminer en même temps qu'on s'efforce de neutraliser le poison par les réactifs en usage dans les cas variés d'empoisonnement. Ainsi, il faut agir par les sudorifiques pour déterminer la transpiration, par les purgatifs pour déterminer de fréquentes selles, par les diurétiques, enfin, pour déterminer une abondante sécrétion urinaire. On comprend qu'insister sur tous ces moyens d'action, c'est marcher vers la possibilité de cette tolérance qui peut être considérée comme la guérison. Lorsqu'en effet l'empoisonnement ne laisse après lui qu'un dérangement qui ne trouble plus profondément les fonctions, l'état pathologique ne tarde pas à s'améliorer, et l'équilibre à se rétablir.

Nous n'entrerons pas dans d'autres détails qui sont du domaine spécial des investigations chimiques. Nous nons bornerons à dire que l'étude faite par l'auteur sur le mode d'action de l'étylamine et de l'amylamine place ces deux agens chimiques à côté de l'ammoniaque. Cette analogie dans la composition doit en faire prévoir une autre dans les propriétés thérapeutiques. L'expérience apprendra les services que ces substances peuvent rendre à l'art de guérir.

Les inspirations d'oxigène excitent-elles quelque confiance dans le traitement de la glucoserie ? M. Corbière, de Nantes, a fait un travail sur cette question qu'il résout en faveur du traitement par l'oxigène. Il est sage d'attendre d'autres travaux, d'autres expériences pour formuler une opinion sur une application thérapeutique qui vient seulement d'être entrevue.

Dr Ed. CARRIÈRE.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC, DANS CERTAINES FORMES DE FIÈVRE TYPHOIDE, ET NOTAMMENT DANS LA FORME DITE PECTORALE; par M. le docteur H. THIRIAL (1).

(Deuxième partie.)

Dans la première partie de mon travail, j'ai rapporté deux observations où la fièvre typhoïde avait été méconnue et prise dans le principe pour une phthisie aiguë.

On a pu remarquer que cette erreur de diagnostic, assez peu admissible au premier abord, avait cependant sa raison d'être, son explication naturelle, et même jusqu'à un certain point son excuse.

En effet, deux conditions pathologiques toutes spéciales avaient concouru à la produire. Et d'abord certains troubles fonctionnels de l'appareil respiratoire, en apparaissant des premiers sur la scène morbide, et en appelant sur eux toute l'attention de l'observateur, avaient commencé par faire prendre le change sur le véritable diagnostic; et puis, d'autre part, l'absence à peu près complète de certains indices précieux, qui d'ordinaire mettent immédiatement sur la voie de la fièvre typhoïde, avait encore contribué à favoriser la méprise, en éloignant toute idée et tout soupçon de cette dernière maladie.

L'important ici était donc que cette idée vînt à percer, et ce soupçon à se faire jour. Ce point obtenu, le reste allait de soi. En effet, de ce moment, on pouvait discerner sans peine ce qu'il y avait d'insidieux dans les accidens thoraciques qui avaient eu l'initiative; et la fièvre typhoïde, bien que notablement modifiée dans son expression symptomatique, ne devait plus échapper longtemps à des yeux attentifs et prévenus.

De ces exemples et de quelques exemples analogues que j'ai eu occasion d'observer, il y a lieu, ce me semble, de tirer une règle pratique, savoir : que toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une maladie offrant au premier aspect certaines apparences d'une phthisie aiguë, ce qui n'est pas très rare surtout chez les jeunes sujets, il sera bon de ne pas perdre de vue la fièvre typhoïde de forme pectorale. A la lumière de ce simple rapprochement, il sera généralement facile de reconnaître ce qu'il pourra y avoir de vrai ou de faux dans ces premières apparences.

J'ajouterai toutefois, que si de prime-abord on ne trouvait pas là tout ce qu'il faut pour caractériser la fièvre typhoïde (j'entends la fièvre typhoïde classique), au lieu de conclure prématurément en faveur de la phthisie aiguë, il serait prudent d'attendre et de laisser à la maladie le temps de se mieux dessiner; car ici une méprise ou seulement un peu trop de précipitation serait chose très regrettable, tant sous le rapport du pronostic que sous le rapport du traitement.

Ceux pour qui le diagnostic n'a jamais ni difficultés ni mystères, et qui du premier coup d'œil croient pouvoir juger sûrement de toute maladie, pourront se rire de ces recommandations. Pourtant j'ai la confiance qu'elles doivent être utiles. Je m'en réfère à cet égard à ces praticiens modestes qui savent par expérience combien il est facile, au lit des malades, de s'égarer par suite de la moindre inadvertance, et qui savent aussi que la plus simple indication suffit souvent pour faire éviter une chute ou un faux pas.

Est-ce à dire, toutefois, que même en se tenant sur ses gardes, on sera toujours assez heureux pour échapper à l'erreur? C'est ce que, pour mon compte, je n'oserais affirmer, surtout depuis qu'il m'est arrivé d'être témoin d'un certain fait qui suffirait à lui seul pour montrer que cette question, si simple en apparence, recèle parfois les difficultés les plus imprévues.

Me voici donc amené à invoquer un nouvel exemple d'erreur de diagnostic où je me suis trouvé encore personnellement en cause. Mais cette fois, je dois le déclarer dans l'intérêt de ma thèse, c'est moins sur moi, peut-être, que sur deux de

(1) Voir les numéros des 11, 13 et 16 Décembre 1851.

Feuilleton.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1).

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Leçon écrite. — Six heures ont été accordées aux candidats. — Le sujet de l'épreuve égal pour tous, était DE L'ACCLIMATEMENT.

VIII.

M. BÉCLARD.

On désigne ordinairement sous le nom d'*acclimatement* l'ensemble des changemens qui s'accomplissent dans l'organisme et dont la fin ou le but consiste dans l'équilibre qui s'établit entre les fonctions et le milieu nouveau dans lequel l'homme est appelé à vivre.

Telle est, dit le candidat, la définition des ouvrages d'hygiène; mais comme d'une part, ces changemens organiques, personne ne les décrit, il dira plus, comme personne ne les connaît, et comme d'autre part, des médecins recommandables nient jusqu'à la possibilité de l'acclimatement, le candidat croit devoir s'attacher à ce qu'on appelle l'*hygiène* de l'acclimatement bien plus qu'à l'acclimatement lui-même.

Il définit donc l'hygiène de l'acclimatement, l'ensemble des précautions que l'homme qui passe d'un climat dans un autre climat doit prendre pour se mettre en garde contre les influences nouvelles du milieu dans lequel il se trouve transplanté.

Ces précautions qu'il doit prendre, quelles sont-elles ?

Il ne suffit pas au médecin de se borner à les prescrire, il faut encore qu'elles répondent pour lui à des données scientifiques précises. Or, c'est cette détermination que le candidat va s'efforcer de faire.

Il se pose d'abord cette question : qu'est-ce qu'un climat? Un climat résulte de l'ensemble complexe d'élémens divers, dont les uns sont essentiels et dont les autres ne sont qu'accessoires. Il prend dans ces élémens ceux qui jouent dans la nature le rôle principal : la température et la quantité de vapeur d'eau suspendue dans l'atmosphère. Il montre comment ces deux élémens varient suivant les latitudes, et passant successivement en revue les diverses divisions proposées des climats, il montre que pas une ne répond complètement aux modifications annuelles, saisonnières, mensuelles ou quotidiennes de ces deux quantités. Cependant, les exigences de la composition veulent que le candidat choisisse une division quelconque, et il adopte celle qui, étant la plus générale, est par conséquent encore, dans l'état actuel de nos connaissances, la plus précise. Il oppose donc les climats *chauds* aux climats *froids*; et prenant l'homme dans les conditions climatériques de la France et de l'Europe, il le dirige successivement vers l'équateur ou vers le pôle.

Le candidat étudie l'influence qu'exercent sur l'homme les élévations et les abaissemens de température; et prenant son point d'appui à la fois et surtout dans les expériences physiologiques et dans les relations des voyageurs, il cherche à montrer comment ces élévations et ces abaissemens agissent sur les diverses fonctions de l'économie, telles que l'innervation, la circulation, la respiration, la chaleur animale, les sécrétions, l'absorption, les fonctions de la génération.

Il passe ensuite aux influences exercées par l'état hygrométrique de l'air, en insistant surtout sur les fonctions qui sont le plus immédiatement modifiées par cet état, c'est-à-dire les fonctions de la peau et celles des poumons.

L'acclimatement est-il possible? En supposant que cette question soit encore douteuse, les préceptes hygiéniques qui découlent des effets incontestables des changemens de température et de l'état hygrométrique de l'air ne permettent pas au médecin de rester dans l'inaction. Il montre que l'armée anglaise a conjuré, en partie au moins, l'influence fâcheuse des pays chauds par trois grandes mesures : d'abord en diminuant la durée du séjour de ses troupes dans les Indes, en second lieu en les faisant passer par des stations intermédiaires, ce qui constitue un semi-acclimatement, et troisièmement enfin en corrigeant dans les retranchemens les funestes effets de la latitude par l'altitude des lieux.

Le candidat termine en développant cette pensée physiologique à savoir que si l'homme s'acclimate difficilement et peut-être jamais dans les pays chauds, tandis que cet acclimatement est moins difficile dans les pays froids, cela tient à ce que dans ces derniers l'homme trouve en dehors de lui des moyens artificiels de résistance qu'il peut gouverner à son gré, tels que feu, vêtemens, alimens, tandis que dans les climats chauds, au contraire, c'est par le jeu même de ses fonctions qu'il doit perdre de la chaleur (évaporation cutanée et pulmonaire), et que par conséquent s'il est vrai qu'il ait aussi en lui ses moyens de résistance, il est vrai de dire cependant qu'il n'en est pas le maître.

IX.

La composition de M. Béclard est plutôt l'indication d'un travail à faire qu'un travail fait. Et cette indication n'a pas toujours été suffisamment nette pour que la pensée du candidat pût s'y apercevoir. Il y avait une idée heureuse; au lieu de s'épandre en divisions et en définitions, M. Béclard avait annoncé que prenant un point de départ fixe et connu, les climats tempérés d'Europe, il allait faire passer l'Européen successivement de l'équateur au pôle, étudier les influences et les modifications qu'il allait subir, d'où le candidat aurait tiré une étude véritablement pratique de l'acclimatement. Mais ce plan n'a été que très incomplètement rempli, et si je le remarque, c'est moins pour en faire reproche au candidat que pour signaler encore une fois les impossibilités de toute nature accumulées sur les pauvres compétiteurs pour une semblable épreuve.

Quant à la forme, la composition de M. Béclard fait un contraste complet avec la précédente. Ce candidat semble avoir fait ses efforts pour ne rien sacrifier au charme et à l'attrait du style; cette extrême simplicité de la forme a jeté un peu de froideur sur ce travail, qui aurait gagné aussi à une lecture plus vive et mieux accentuée.

X.

M. SANSON.

D'après la définition du candidat, l'acclimatement est la modification,

(1) Voir les numéros des 20 et 22 Janvier 1852.

nos plus grandes autorités médicales que doit retomber la principale responsabilité.

C'est, il faut l'avouer, une tâche assez ingrate, que d'être condamné à venir étaler tour à tour ou mes propres méprises, ou les erreurs de mes confrères, ou les distractions de mes maîtres; et il m'en coûte assurément d'adresser de telles confidences à un public qui oublie très volontiers qu'il n'est pas infaillible.

Mais, d'autre part, est-il rien de plus instructif et de mieux fait pour former l'expérience, qu'une belle et bonne erreur de diagnostic, quand elle est exposée franchement et bien appréciée dans ses véritables causes, s'il se trouve surtout que ces causes accusent moins une impéritie de la part de l'observateur, qu'elles ne révèlent une lacune de la science ou une difficulté de l'art.

A ces titres, je me ferais presque scrupule de passer sous silence l'observation qui va suivre. On verra qu'elle n'est pas seulement très curieuse, mais qu'elle mérite de fixer l'attention sous bien des rapports.

Cette observation, reproduite dans ses immenses détails, et telle que je l'ai recueillie, eût été nécessairement d'une longueur démesurée et par suite très fastidieuse. Or, comme je tiens à n'être pas tout à fait illisible, je me bornerai à une simple esquisse, et toutefois cette esquisse elle-même ne laissera pas que de présenter encore, malgré moi, une certaine étendue.

Mlle Claire, âgée de 16 ans, réglée pour la première fois depuis deux ans environ, présentait dans l'ensemble de sa constitution certains traits caractéristiques de la diathèse strumeuse. Mais, en même temps, elle tenait de son père une disposition particulière du système nerveux, qui se reflétait aussi bien sur sa vie pathologique que sur sa vie physiologique, et qui déjà avait eu pour effet d'imprimer à quelques-unes de ses maladies antérieures un certain cachet d'anomalie.

Dans l'impossibilité où je suis de m'étendre longuement sur ces antécédens, je me bornerai à noter que depuis près d'une année, la santé de Mlle Claire avait subi plus d'une atteinte; ainsi, elle était sujette à une toux sèche, rude et sonore, revenant à la moindre cause d'excitation ou même sans cause appréciable; cette toux avait plus d'une fois attiré mon attention du côté des organes pulmonaires, et la famille surtout s'en montrait assez inquiète. Ajoutons que de temps à autre on voyait cette jeune fille perdre de sa fraîcheur et de sa belle apparence, se plaindre de maux d'estomac et de quelques palpitations, présenter, en un mot, certains troubles fonctionnels, avant-coureurs de la chloro-anémie. On avait dû, en conséquence, prescrire un traitement légèrement tonique et quelques ferrugineux.

Trois mois environ avant la grande maladie qui va nous occuper, Mlle Claire avait été affectée d'une fièvre gastrique muqueuse, qui s'était annoncée avec des apparences assez graves: état fébrile très intense, épistaxis répétées, troubles cérébraux, etc.; cependant elle avait cédé en peu de jours à l'action d'un éméto-cathartique, qui, d'ailleurs, je ne dois pas l'oublier, avait été immédiatement suivi d'accidens spasmodiques assez inquiétans, mais heureusement de courte durée.

Vers le milieu du mois de mai, Mlle Claire était à sa pension, assez bien portante d'ailleurs, lorsqu'à l'approche de son époque menstruelle, elle fut prise, sans cause connue, d'une grande fatigue, avec mal de tête et diminution de l'appétit.

Au bout de quelques jours, on la ramène chez ses parens, et je la vois pour la première fois le 19. Elle avait pris le lit ce jour-là. Je la trouve se plaignant d'un malaise général et profond, de frissonnemens et d'une céphalalgie frontale. Les règles n'avaient coulé que trois jours au lieu de six, et avec moins d'abondance que de coutume. (Tisanes légèrement diaphorétiques.)

Les deux jours suivans, état fébrile très véhément, avec douleurs très intenses dans les reins et surtout dans les membres inférieurs; légère sensiblité dans le bas-ventre, avec constipation; il survient, en outre, plusieurs épistaxis.

A la même époque, la toux se déclare, toux sèche, *sui generis*, sur laquelle je reviendrai bientôt. Langue chargée d'un enduit blanc assez épais; crachotement continuel; bâillemens fréquens; état habituel de nausées, avec tendance lipothymique au moindre mouvement. Et cependant, malgré la fièvre, l'état saburral de la langue et les nausées, la malade non seulement n'éprouve aucun dégoût pour les alimens, mais elle demande à manger. (Diète, tisanes pectorales.)

Au 4me jour, la fièvre redouble encore, et la poitrine se prend: on commence à entendre quelques bulles de râle sous-crépitant au sommet du poumon droit, au niveau de la fosse sus-épineuse. Les deux jours suivans, ce râle devient plus nombreux, plus caractérisé; on constate dans le même point un peu moins de sonorité. En même temps, apparaissent des râles muqueux et sibilans, disséminés dans toute l'étendue de ce même poumon, et quelques-uns aussi dans le poumon gauche.

Du 6me au 9me jour, les symptômes thoraciques vont croissant, et se dessinent de plus en plus; la toux s'exaspère et devient incessante: parfois elle amène quelques crachats muqueux; la fièvre devient ardente; les pommettes se couvrent d'une rougeur vive qui tranche sur le fond jaunâtre de l'ovale inférieur du visage (je veux pratiquer une petite saignée; mais à peine le sang a-t-il commencé à couler, qu'une défaillance arrive; je ferme la veine.)

Cette maladie s'annonçait à mes yeux comme devant être grave: d'une part je ne pouvais me défendre de la crainte de la fièvre typhoïde, et d'autre part je n'étais pas sans arrière-pensée au sujet de ces symptômes thoraciques qui venaient réveiller les craintes dont nous ne pouvions nous défendre à l'égard de la poitrine. Dans le double but de m'éclairer, et de calmer les inquiétudes trop légitimes des parens, qui, un an auparavant, avaient eu le malheur de perdre de la fièvre typhoïde une fille, sœur cadette de notre malade, je demandai une consultation. M. le professeur X... fut appelé.

A la première vue, je dois le dire, il fut très vivement impressionné par le *facies* de la malade, rappelant assez exactement celui d'une personne atteinte de la poitrine; et puis cette toux incessante, la gêne de la respiration, ce râle sous-crépitant localisé dans le sommet d'un poumon, avec obscurité du son dans le même point, cette fièvre ardente qui s'accompagnait du désir des alimens, c'était à ses yeux autant de symptômes qui venaient militer en faveur de l'idée que le premier aspect de la maladie avait fait naître.

D'autre part, on ne trouvait pas là les signes qui servent le plus ordinairement à faire reconnaître la fièvre typhoïde; ainsi il n'y avait ni taches lenticulaires, ni météorisme, ni diarrhée, ni stupeur, ni hébétude de la face; mais au contraire constipation, conservation de l'appétit, et intégrité à peu près complète des fonctions de relation, malgré la vivacité de l'état fébrile.

Bref, le consultant se croit autorisé tout d'abord à éliminer d'ici toute idée de fièvre typhoïde; et il est d'avis qu'il existe au sommet du poumon droit un point d'inflammation, développé très probablement autour de quelques tubercules, restés latens jusque là; en un mot, son diagnostic est: phthisie aiguë avec pneumonie circonscrite, et bronchite diffuse manifestée par ces divers râles disséminés dans les deux poumons. (On prescrit le calomel à doses réfractées, et le lait d'ânesse.)

Du 9me au 11me jour, tous ces symptômes augmentent encore d'intensité: le pouls monte à 130 pulsations, il prend le caractère un peu redoublé. L'obscurité du son, en arrière et à droite, se prononce encore davantage; le râle sous-crépitant devient de plus en plus abondant et manifeste; la toux se fait entendre nuit et jour presque sans relâche. Il faut dire que cette toux est tout à fait singulière; c'est une sorte de *clangor*, tenant à la fois de l'éternûment et de l'aboiement, qui se manifeste par un seul coup ou un seul éclat très brusque et très criard, si souvent répété et si retentissant, que tout le voisinage en est incommodé, tandis que la malade elle-même en paraît éprouver assez peu de fatigue. (Dans la matinée du 10me jour, saignée de trois palettes; calomel, 10 centigrammes.)

Dans la soirée de ce jour, la peau, jusque là très sèche, se couvre d'une sueur générale. Le pouls est à 130, manifestement ondulant et redoublé. (12 sangsues sur le sternum.)

Le 11me jour, le pouls s'élève jusqu'à 144 pulsations; expectoration de quelques crachats épais, jaunâtres, visqueux, muco-purulens, sécheresse des narines. Malgré tout, la malade continue toujours à demander à manger.

Nouvelle consultation avec le même médecin et un autre professeur de la Faculté.

Le nouveau consultant, après s'être fait rendre compte du passé, et avoir bien examiné l'état actuel de la malade, avoue que le cas lui paraît embarrassant; toutefois, après quelque hésitation, il déclare qu'il penche pour une fièvre typhoïde mal caractérisée, et de forme anomale. Et puis, cédant aux objections qui lui sont faites par son collègue, et fortement influencé surtout par les symptômes spéciaux existant du côté de la poitrine, il se rallie au diagnostic exprimé plus haut. Pour ne rien dissimuler, je dois dire que j'y avais adhéré moi-même, peut-être plus par déférence que par véritable conviction. (On prescrit un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, et un looch avec kermès, 30 centig.)

Les premières cuillerées de ce looch amènent des vomissemens, accompagnés de mouvemens convulsifs qui se répètent ultérieurement; de sorte qu'on est forcé d'en suspendre l'usage.

Le 12me jour. Nuit assez bonne; toux modérée. Le matin, on trouve le pouls tombé à 124; chaleur moindre de la peau; face meilleure; besoin d'alimens encore plus pressant. Deux selles copieuses dues au calomel et au kermès; respiration un peu moins fréquente. En somme, amélioration générale assez marquée.

13me jour. Ce mieux ne se soutient pas. Le pouls s'élève de nouveau; la peau redevient très sèche et très brûlante; et la toux prend une nouvelle violence. (Autre vésicatoire sur le thorax.)

14me jour. Chaleur ardente; pommettes très rouges; face vultueuse. Nouvelle consultation avec le premier médecin et un troisième professeur de la Faculté.

L'un des phénomènes qui avaient le plus contribué à faire croire ici à une affection de nature tuberculeuse, c'était le râle sous-crépitant localisé dans le sommet du poumon droit.

Or, un grand changement s'était opéré à cet égard. En effet, dans ce nouvel examen, fait avec un soin minutieux, il fut permis de constater que ce même râle se faisait entendre actuellement dans les deux poumons à peu près au même degré, et qu'en outre il avait son maximum d'intensité non plus au sommet, mais à la base du poumon droit. Dès lors, ce phénomène perdait nécessairement la signification qui, jusqu'ici, lui avait été attribuée, et il devait en prendre une toute différente.

Je me hâte d'ajouter, d'ailleurs, qu'autour de ce signe important venaient se grouper un certain nombre d'autres symptômes, ou tout à fait nouveaux, ou actuellement mieux appréciés, entre autres un léger gargouillement à la région iléo-cœcale, un enduit nacré aux gencives, et une certaine disposition à la somnolence. N'oublions pas non plus une tache lenticulaire qu'on venait de découvrir sur l'abdomen, et qui, tout unique qu'elle fût, méritait d'être prise en considération.

En résumé, le nouveau consultant, en rapprochant ces différens symptômes de quelques autres qui avaient été constatés antérieurement, et notamment des épistaxis observées au début, crut pouvoir établir, sans s'embarrasser du reste, qu'on avait affaire ici à une fièvre typhoïde, qui, sans doute, avait pu être incertaine jusqu'alors, mais qui, pour lui, n'était plus douteuse en ce moment. Quant à l'affection pulmonaire, il la considérait, avec raison, comme symptomatique. (Du reste, il conseille l'expectation, et il se borne à prescrire une potion légèrement opiacée.)

15me jour. Depuis la veille, l'état de la malade s'est assez notablement aggravé.

Sur ma demande, le docteur Pidoux m'est adjoint pour suivre jusqu'à la fin cette difficile maladie.

Il n'hésite pas non plus à se prononcer pour la fièvre typhoïde.

Il faut d'ailleurs le reconnaître, si déjà les symptômes énumérés plus haut avaient dû ramener dans cette voie le diagnostic, ces mêmes symp-

---

compatible avec la santé, que subit l'organisme sous l'influence d'un climat nouveau. Les conditions diverses du climat, d'une part, la différence de l'état dans lequel se trouve l'individu soumis aux nouvelles influences climatériques, d'autre part, sont les premières données nécessaires pour éclairer cette question complexe, et conduire à rationaliser les règles d'hygiène applicables à l'acclimatement.

La température, la lumière, l'électricité, l'état hygrométrique, le degré de pression, la composition de l'air, les conditions des eaux et du sol, l'action plus ou moins longue et continue de ces diverses influences constituent les premières causes par lesquelles les climats agissent différemment sur l'économie. Les secondes causes sont: la constitution avec les nuances que lui impriment les tempéramens, les idiosyncrasies, le sexe, l'âge, les races, les habitudes, l'état de santé ou de maladie.

Le candidat passe rapidement en revue les diverses conditions des climats, les divisions tracées entre eux sous le rapport de la latitude, de la hauteur au-dessus de la mer, du rapprochement ou de l'éloignement des mers, cours d'eau, eaux stagnantes, marécages; de l'exposition relativement au soleil et à la direction des vents; de la nature du sol, toutes conditions exerçant des influences diverses, selon les constitutions, le tempérament, l'état de l'économie, etc.

Le candidat examine ensuite les phénomènes physiologiques éprouvés par l'habitant des zones tempérées qui émigre dans les pays chauds. Il faut pour être acclimaté, dit-il, que l'individu éprouve un appauvrissement du sang qui donne à la peau une nuance jaune, puis brune, si à la chaleur se joint l'action de la lumière. Si à la chaleur se joint l'action de l'humidité, les modifications physiologiques sont plus marquées encore, et les influences modificatrices viennent se faire sentir de plus en plus par l'action des miasmes qui, selon les localités, produisent le choléra, la fièvre jaune, les fièvres pernicieuses, etc. Le candidat donne quelques résultats statistiques sur la mortalité des colons à Cayenne, de notre armée et des colons en Algérie, des troupes anglaises à Calcutta et à Bombay.

Le candidat passe ensuite aux modifications physiologiques exercées par les pays froids, et il les examine comme il a fait des influences exercées par les pays chauds.

Il examine ensuite la résistance des individus suivant la constitution, le tempérament, l'âge, le sexe, la race, etc. Il pense que les individus à constitution sèche, à tempérament nerveux, à médiocre développement musculaire comme les habitans des provinces méridionales de la France, les Italiens, les Espagnols, sont ceux qui ont présenté le moins de mortalité, soit dans la campagne de Russie, soit dans les colonies. Cette résistance varie selon les âges, le sexe, les habitudes, l'imminence morbide ou l'état de maladie, etc. La nature des alimens doit être en rapport avec les effets physiologiques des climats, azotée dans les climats où une riche hématose doit réagir contre le froid, purement respiratoires, selon Liébig, dans les climats chauds.

Le candidat entre ensuite dans quelques détails relatifs aux effets de certains accidens de localité, et il termine par des conclusions dont voici les principales:

L'acclimatement est en général dangereux;

Celui des pays chauds aux pays froids semble moins dangereux que l'acclimatement inverse, comme il paraît résulter des statistiques et des observations physiologiques établissant que les hommes ne peuvent éprouver une augmentation de chaleur au-delà d'un degré et demi, sans inconvénient pour leur santé; et que, comme il résulte des expériences de M. Magendie, les animaux meurent lorsque la température de leur corps s'est élevée de 5 à 6°, tandis qu'ils peuvent supporter un abaissement d'un tiers du nombre de degrés s'élevant de zéro à leur température normale, avec la possibilité d'être rappelés à la vie.

L'acclimatement doit être établi d'une manière graduelle, et peut-être ne peut-on le faire, pour ne pas augmenter la mortalité, que de générations en générations, en avançant chacune d'elles de 5 à 6 degrés.

Pour ce qui regarde les troupes envoyées en Algérie, il ne peut être qu'utile de les faire séjourner quelques années à Toulon.

Il convient de choisir, pour les régions voisines des tropiques, un lieu éloigné des effluves marécageuses, sur les bords de la mer autant que possible, boisé, ou un endroit élevé dont le terrain soit couvert de végétations.

Les exercices doivent être modérés et aux heures les moins chaudes.

Les habitations disposées de manière à éviter les vents qui pourraient brusquement changer les conditions atmosphériques.

Le régime sera d'autant moins azoté et d'autant plus végétal, que l'air sera plus chaud et humide.

XI.

M. Sanson ayant, dans le précédent concours, décliné la compétence, et contesté le droit de la presse en matière de concours, je crois lui être agréable en m'abstenant de toute réflexion sur sa composition.

XII.

M. GUÉRARD.

Il y a lieu à acclimatement, dit le candidat, toutes les fois que les conditions physiques, au sein desquelles nous avons coutume de vivre, viennent à changer d'une manière durable et importante, soit que ce changement tienne à notre propre déplacement, soit qu'il résulte de mutations survenues naturellement ou accidentellement autour de nous.

D'après cette définition, on voit que l'étude de l'acclimatement doit comprendre l'étude de la majeure partie des *circumfusa*, c'est-à-dire les climats, les saisons, les localités, etc.

Afin d'avoir une unité de comparaison, le candidat prend l'homme de nos climats tempérés, et il indique les conditions physiologiques, physiques et chimiques, au moyen desquelles il se maintient à une température constamment supérieure à celle du milieu ambiant; et, par conséquent, les quantités de carbone et d'hydrogène brûlés par heure, celles d'acide carbonique et d'eau, ainsi que la chaleur produite. Le candidat reproduit ici la division des alimens en *plastiques* et en *respiratoires*, qui en découlait nécessairement, et il indique la quotité de la ration nécessaire à l'entretien de la vie. Il indique enfin le refroidissement résultant des respirations cutanée et pulmonaire.

Ces préliminaires posés, le candidat divise en cinq grandes classes les

tômes en se prononçant de plus en plus, et quelques nouveaux caractères, en apparaissant un peu plus tard, vinrent prêter aide et appui à cette opinion, et lui donner sinon une complète certitude, au moins la plus grande probabilité. Et pourtant, à cet égard, on verra bientôt que tous les doutes n'étaient pas levés, et que toutes les difficultés n'avaient pas disparu.

(La suite à un prochain n°.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 21 Janvier 1852. — Présidence de M. Larrey.

Tumeur fibro-plastique; — discussion sur le diagnostic des tumeurs réputées cancéreuses.

M. Larrey communique une observation intéressante de tumeur fibro-plastique de la région iliaque gauche.

Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans, qui portait depuis l'enfance une petite tumeur qui resta stationnaire pendant longtemps. A peine le malade l'avait-il remarquée lorsqu'il dut entrer au service.

Mais depuis lors, probablement sous l'influence mécanique de la pression du ceinturon et de la poignée du sabre, elle s'accrut, devint gênante et douloureuse.

En 1851, M. Larrey reçut cet homme dans ses salles; la tumeur avait le volume du poing; sa forme était assez régulièrement arrondie; sa surface lisse, sauf une bosselure en avant. La peau était colorée avec injection veineuse, amincie, non altérée du reste.

La consistance de la tumeur était ferme; elle était mobile, et avait en somme l'apparence d'un kyste.

Pas de ganglions engorgés dans la zone anatomique; santé générale parfaite.

M. Larrey diagnostiqua une tumeur de nature fibro-plastique. Le 20 mars, l'opération fut faite, et on put avec facilité énucléer la totalité du mal en moins de deux minutes. Il y eut très peu de vaisseaux à lier.

La tumeur, qui est mise sous les yeux de la Société, est enkystée dans un sac mince cellulo-fibreux; elle présente dans sa texture une masse homogène consistante, ferme, élastique, luisante, non décomposable, jaunâtre, sans aucune vascularisation intérieure, sans exsudation du liquide lactescent, sans ramollissement, n'ayant en aucun point l'aspect cancéreux.

M. Lebert, qui a bien voulu se charger d'analyser la tumeur, expose ensuite les caractères qu'il a pu reconnaître par l'examen microscopique. Nous donnons ci-dessous, avec le plus grand soin, la communication de M. Lebert. Nous dirons, pour terminer ce qui est relatif au malade, qu'il n'y a eu à la suite de l'opération aucun accident ni primitif, ni consécutif, sauf une altération passagère de la plaie, ayant l'aspect de la pourriture d'hôpital.

La cicatrisation, commencée dans les premiers jours d'avril, fut complète vers la fin du mois, et le malade put quitter l'hôpital le 5 mai.

M. Lebert prend la parole, et entre dans les détails suivans :

Il montre d'abord un dessin qui représente le tissu de la tumeur enlevée par M. Larrey. C'est du tissu fibro-plastique dans sa forme typique, composé exclusivement de corps fusiformes allongés, terminés à l'une ou à leurs deux extrémités en pointe effilée, renfermant un noyau oblong, étroit, muni de une à deux nucléoles fusiformes; beaucoup de ces noyaux existent à l'état libre, sans être entourés d'une membrane fusiforme d'enveloppe. Le tissu tout entier est formé par ces élémens, non seulement dans les endroits dans lesquels son aspect est d'un jaune pâle, homogène, élastique, mais aussi dans les endroits très vasculaires un peu moins consistans. La compression ne fait sortir de ce tissu qu'un liquide clair et transparent; on constate l'absence complète de tout élément cancéreux microscopique, et l'absence de pus cancéreux appréciable à l'œil nu.

Ayant pu me convaincre que les idées de plusieurs membres de la Société n'étaient pas encore bien fixées au sujet des tumeurs fibro-plastiques, je vais rappeler les principaux traits anatomiques et cliniques de ces produits accidentels, préparant d'ailleurs pour la Société un travail plus étendu, basé sur l'analyse de tous les faits que j'ai recueillis depuis dix ans sur cette matière.

J'ai donné dans le temps le nom de tissu fibro-plastique au tissu connectif, fibro-cellulaire en voie de formation, soit pendant la vie embryonale, soit comme tissu accidentel. M. Robin a rencontré le tissu fibro-plastique à l'état permanent dans la membrane muqueuse utérine.

Je ne m'occuperai dans ce moment de ce tissu que comme constituant un groupe particulier de tumeurs.

Les tumeurs fibro-plastiques peuvent se former dans l'épaisseur de la peau même, où elles sont connues sous le nom bizarre de kéloïdes qui se développent tantôt spontanément, tantôt dans des cicatrices, reviennent avec opiniâtreté après des opérations, mais n'occupent qu'une région circonscrite lors même qu'il y en a un certain nombre groupés ensemble.

Les tumeurs fibro-plastiques sont surtout fréquentes dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire des membres; la cuisse en est un des siéges de prédilection. Malgré le volume notable que peuvent y acquérir ces tumeurs, on est frappé de la facilité avec laquelle on peut les énucléer. Il serait trop long de décrire ici les divers aspects sous lesquels ce tissu peut se présenter; on le distinguera ordinairement du cancer par l'absence d'un pus trouble et lactescent et par la présence de ces élémens fibro-plastiques dans lesquels on peut suivre tous les passages entre la fibre et la cellule. Ce fait n'offre rien d'extraordinaire pour celui qui a suivi les progrès de la physiologie moderne, d'après lesquels il est démontré que, tant dans le règne animal que dans le règne végétal, presque tous les tissus, quel que soit du reste leur aspect fibreux, dérivent principalement de cellules.

La tumeur fibro-plastique n'est pas très rare dans les enveloppes séreuses et fibreuses du cerveau et y constitue le plus souvent le mal désigné sous le nom de fongus de la dure-mère.

Les tumeurs fibro-plastiques sont habituellement uniques dans l'économie, et exceptionnellement elles sont multiples sur la région affectée. En général, une opération suffisamment étendue peut en triompher définitivement. Toutefois, les cas de récidives locales, au-dessous de la cicatrice, ne sont pas très rares, mais encore y observe-t-on ces deux faits à peu près constans, savoir : l'absence d'engorgement ganglionnaire circonvoisin, et l'état intact de la santé générale malgré la durée prolongée de la maladie. Vous avez tous encore présent à l'esprit, Messieurs, le malade qui vous a été présenté à différentes reprises par M. Chassaignac, et qui porte depuis cinq ans environ une tumeur fibro-plastique à la région thoracique gauche, qui déjà trois ou quatre fois enlevée, revient toujours sous la cicatrice, mais laisse les ganglions de l'aisselle intacts et n'empêche pas le malade de jouir d'une santé générale parfaite.

Dans des cas très exceptionnels, les tumeurs fibro-plastiques, d'abord locales, peuvent se généraliser et engendrer une véritable diathèse fibro-plastique. J'ai pu en recueillir trois exemples dont je dois le plus curieux à l'obligeance de notre honorable président, M. Larrey, qui a communiqué aussi ce fait, dans le temps, à la Société. Mais notez bien que ces trois cas sont les seuls sur plus de cent cas de tumeurs fibro-plastiques sur lesquels j'ai pris des notes. Il est bon que le pathologiste et le praticien soient prévenus de cette possibilité, sans toutefois lui attribuer une importance au-dessus de sa valeur réelle. Beaucoup de maladies, strictement locales dans la généralité des cas, peuvent exceptionnellement se généraliser. Qui de nous n'a pas rencontré des individus atteints d'une véritable diathèse lipomateuse, portant 20, 30, 40 tumeurs graisseuses à la surface du corps. J'ai vu, il y a un an environ, au Val-de-Grâce, dans le service de M. Marchal (de Calvi), un individu qui portait plus de 80 tumeurs enkystées glandulaires à la surface du corps. J'ai vu, il y a plusieurs années, dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital Beaujon, un malade qui portait plus de 100 tumeurs fibreuses à la surface du corps, dont l'une, extirpée, a pu être examinée.

Il résulte de toutes mes recherches sur les tumeurs fibro-plastiques qu'elles constituent une maladie locale qui, dans des cas rares et exceptionnels seulement, peut se généraliser, mais qui ordinairement, lors même qu'elle récidive, ne revient que sur place.

La portée pratique de ce résultat me paraît grande. Le véritable cancer est malheureusement, d'après mes nombreuses recherches, une maladie toujours générale, infectieuse; nos opérations n'ont sur lui qu'une prise palliative, le mal en lui-même est incurable. J'ai vainement cherché jusqu'à ce jour, dans la science, un fait irrécusable d'un cancer guéri.

D'un autre côté, on a confondu avec le cancer beaucoup de maladies curables, hypertrophies glandulaires, tumeurs épidermiques, tumeurs fibro-plastiques. Ces maladies étant de nature essentiellement locale, doivent être poursuivies avec persévérance dans leurs récidives, et souvent le chirurgien éclairé aura raison d'une maladie en apparence fort grave, qu'une erreur de diagnostic aurait rendue incurable.

La connaissance approfondie de ces tumeurs est donc d'une égale importance pour l'anatomiste et pour le clinicien.

M. Maisonneuve, à la suite de cette communication, prend la parole pour appuyer les opinions de M. Lebert. Il signale les différences fondamentales qui séparent le cancer du tissu fibro-plastique. Ces idées sont actuellement en voie de progrès, et dès maintenant elles ont cours dans la pratique. Pour son compte, il a été assez heureux pour guérir des malades après avoir deux, trois et même quatre fois lutté par l'opération contre ces récidives. Ces affections ainsi prononcées lui paraissaient cancéreuses avant les travaux des micographes et il pouvait se faire illusion et croire à une guérison de cancer; mais actuellement il ne lui paraît pas douteux qu'il avait affaire à des tumeurs qui n'étaient pas cancéreuses.

M. Maisonneuve cite un malade sur lequel il a enlevé trois fois une tumeur prétendue cancéreuse de la langue, et il y a enfin guérison; depuis dix-huit mois qu'il suit cet opéré, il n'y a rien eu de nouveau, et les récidives jusqu'alors n'avaient jamais manqué de se montrer après un intervalle de quatre mois au plus.

Les opinions exposées par M. Lebert auront donc une grande influence sur la pratique. On ne peut nier, sans doute, que la science possède des faits positifs indiquant que des tumeurs considérées comme cancéreuses, poursuivies à outrance par le couteau du chirurgien, ont pu enfin disparaître sans retour. Mais ces faits sont exceptionnels, et beaucoup d'opérateurs restent timides devant une récidive qu'ils considèrent comme le stygmate certain de l'affection cancéreuse. Maintenant l'analyse microscopique de la tumeur enlevée, permettra d'agir avec hardiesse et quasi-certitude de succès contre toute repullulation, lorsque sur la pièce examinée attentivement n'existeront aucune trace de cellules cancéreuses.

M. Nélaton, revenant sur le fait de tumeur de la langue enlevée trois fois par M. Maisonneuve, demande quelques détails auxquels ce chirurgien répond immédiatement. Le malade est de ses amis et il ne se passe pas de semaines qu'il ne le voie et qu'il ne passe avec le plus grand soin l'inspection de la bouche, de telle façon que jusqu'à présent la non récidive est parfaitement avérée.

Du reste, M. Maisonneuve possède une autre observation qu'il communiquera plus tard en détail. Il s'agissait d'une tumeur volumineuse de la cuisse. Cette tumeur, déjà enlevée une fois, s'était reproduite au même lieu; l'opération fut très grave, il fallut pénétrer jusque dans la fosse iliaque pour enlever des ganglions engorgés. Pendant deux ans, le malade resta sous les yeux de l'opérateur sans présenter de récidive, mais depuis deux années, M. Maisonneuve ne l'a pas revu, il doit avoir prochainement de ses nouvelles et s'empressera alors de revenir sur ce fait.

M. Robert voudrait savoir ce que M. Maisonneuve a enlevé. Malheureusement les tumeurs n'ont pu être examinées au microscope, c'est, comme on le voit, une lacune bien regrettable, et la valeur de ces observations devient nécessairement moindre. C'est sur ce point que M. Robert insiste surtout.

Il dit qu'il ne faut pas trop s'abuser, et repousser comme non avenues les observations de tumeurs cancéreuses guéries par l'opération.

L'habile chirurgien de Beaujon, à ce propos, signale un fait de tumeur qu'il qualifie de cancer encéphaloïde ramolli du testicule, tumeur qu'il a

---

circonstances qui rendent l'acclimatement nécessaire :

1° La latitude (climats tempérés, froids, chauds);

2° La longitude (climats continentaux, insulaires);

3° L'altitude (montagnes, vallées);

4° Mouvement périodique de translation de la terre autour du soleil (saisons, lesquelles sont fixes, hiver, été; ou de transition, printemps, automne);

5° Localités (amphithéâtres, prisons, ateliers, mines, lieux marécageux, etc.)

1° Partant de nos climats tempérés, le candidat étudie l'action des climats froids, montre que l'homme peut y supporter une température de 57°, grâce à un régime approprié, rappelle les voyages des capitaines Ross et Franklin, indique l'influence d'une alimentation appropriée à ces basses températures, celle des vêtemens en rapport avec la rigueur du climat, et conclut que l'acclimatement dans les pays froids est possible et facile, à la condition d'une activité plus grande des mouvemens interstitiels de décomposition et de recomposition.

Revenant au point de départ et se dirigeant vers les pays chauds, le candidat établit que l'acclimatement est ici plus difficile et souvent impossible. Il rappelle les modifications physiologiques imprimées à l'économie par les climats chauds, la langueur des fonctions de nutrition, l'exagération de l'action de la peau et de celle du foie, etc. De là des conséquences hygiéniques surtout pour l'alimentation qui doit se composer d'alimens plastiques et plus ou moins aqueux, pour les boissons parmi lesquelles on doit rejeter les alcooliques, pour le régime général qui doit éviter les dangers de toute action débilitante.

Après avoir indiqué rapidement les traits propres à l'individu acclimaté, le candidat rappelle que l'acclimatement peut se perdre par le déplacement et doit s'acquérir de nouveau au retour. Il prouve par des exemples que la température propre de l'homme s'élève par le passage dans les contrées plus chaudes, *et vice versa*. La puissance de caloricité, d'ailleurs, est plus grande dans les pays froids que dans les pays chauds.

2° Le candidat donne une simple indication des climats continentaux et insulaires, les premiers étant plus froids en hiver, plus chauds en été, et plus secs que les seconds.

3° Après avoir rappelé le chiffre moyen qui exprime la pression éprouvée au bord de la mer par l'action de l'atmosphère, le candidat donne en regard celui dequelques localités, Mexico, Quito, ferme d'Antisana, et il montre que la différence est assez considérable pour que le chiffre des gaz dissous dans le sang en soit notablement modifié.

4° Les saisons fixes ressemblent aux climats froids et chauds; les saisons de transition sont celles où l'acclimatement tend à s'opérer, celles, par conséquent où les perturbations physiologiques étant les plus considérables, sont suivies d'altérations plus sérieuses de la santé. Le candidat en cite quelques exemples et en déduit quelques préceptes pour le régime et pour le vêtement.

5° Énumération sommaire des observations et expériences de Bichat, sur les gaz absorbés par la peau dans les amphithéâtres, de Blagden, sur les conditions qui permettent de supporter une température élevée, de Triger, sur les effets d'un accroissement considérable de pression barométrique, de Gaspard, sur l'action des émanations putrides, sur l'immunité et l'insensibilité que donne l'assuétude, et à ce sujet, le candidat termine en citant l'exemple des boyaudiers qui se plaignaient qu'on les infectait, quand on leur faisait faire des lotions chlorurées.

XIII.

On aura pu reprocher à cette composition une certaine confusion dans le plan et les divisions; on n'a pas bien compris ce que M. Guérard voulait dire par l'influence de la longitude sur les climats continentaux et insulaires; mais à part ces taches d'ordre et de précision dans les définitions, on a trouvé un caractère véritablement scientifique dans ce travail, qui, s'il n'a pas augmenté la réputation justement méritée de ce savant candidat, ne peut non plus lui rien faire perdre de la considération dont il jouit.

XIV.

Je crois que dans l'analyse que je viens de faire, dans les courtes et sobres réflexions qui la suivent, je crois que là doit se borner le rôle de la presse en matière de compte-rendu de concours. Aller au-delà, tenter une classification, porter un jugement comparatif et assigner une prééminence, j'estime que c'est outrepasser les droits et les devoirs de journaliste et qu'il faut laisser au jury cette délicate et difficile mission pour l'accomplissement de laquelle seul il est institué. Si le compte-rendu du journaliste est impartial et fidèle, si son appréciation est intelligente et éclairée, le lecteur est mis en position de juger par lui-même et de contrôler au besoin la décision des juges. Ce rôle est assez beau pour que le journaliste n'en ambitionne pas un autre. Puissé-je l'avoir rempli, puissé-je le remplir encore dans les conditions que je viens d'indiquer.

Amédée Latour.

P. S. M. Marchal (de Calvi) me fait l'honneur de m'écrire pour me dire qu'en parlant de la diminution de l'oxygène dans l'air des pays chauds, ce n'est pas de la composition chimique de l'air qu'il a voulu parler. L'air, dans les climats chauds, est raréfié, si l'air est raréfié il y a donc moins d'oxygène dans l'atmosphère, voilà comment il faut entendre cette proposition sur laquelle j'avais fait une remarque.

Administration générale de l'assistance publique, à Paris. — Concours. — Le lundi 23 février 1852, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration des hospices, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à une place de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration, du samedi 24 janvier courant au samedi 7 février suivant, et devront justifier qu'ils ont vingt-sept ans accomplis.

L'âge est réduit de deux ans pour les docteurs qui ont exercé, pendant quatre années entières, les fonctions d'élèves internes dans les hôpitaux de Paris.

Le secrétaire général, L. Dubost.

enlevée sur un malade qui avait été mordu par un chien. Cet homme, effrayé de l'idée qu'il devait devenir enragé, devint morose, taciturne, et ce fut dans ces conditions que l'opération fut pratiquée il y a deux ans.

Depuis lors, il n'y a pas eu récidive. Le malade vit toujours, mais il est fou.

M. Robert ajoute que des ulcérations cancéreuses peuvent se cicatriser; il a vu un individu portant sur la langue un ulcère qui lui paraissait évidemment cancéreux, se cicatriser après quelques cautérisations avec le chlorure d'or.

Deux ans après survenait une tumeur cancéreuse au cou et ce malade se suicidait.

Mais l'ulcération cancéreuse ne s'en était pas moins cicatrisée sans retour.

M. Maisonneuve fait observer que M. Robert n'avait pas plus de raison que lui pour considérer le diagnostic comme certain. En effet, dans ces deux cas cités par M. Robert, il n'y a pas eu d'analyse microscopique.

M. Lebert, entrant dans quelques détails sur les tumeurs épidermiques, que l'on confond avec les cancers, établit que dans ces tumeurs les ganglions voisins deviennent engorgés, et en les examinant, on reconnaît qu'ils sont remplis de tissu épidermique. Mais ce qui différencie cette propagation de celle que l'on remarque dans le cancer, c'est qu'elle reste limitée à la zone anatomique.

Comme conséquence pratique, M. Lebert insiste sur ce précepte, dans les tumeurs épidermiques, d'enlever avec soin tous les ganglions malades.

M. Michon, revenant au point de départ de la discussion, dit que lorsque M. Maisonneuve a signalé, comme ayant cours dans la science, les idées exposées par M. Lebert, il n'a malheureusement pas été dans le vrai. Beaucoup d'esprits restent encore rebelles à ces connaissances nouvelles, et tous les jours on peut entendre encore des chirurgiens professer des idées tout à fait surannées. C'est à la Société de chirurgie qu'appartiendra l'honneur d'aider de toute son influence à la propagation des études microscopiques appliquées au diagnostic des tumeurs. Vouloir poser un diagnostic sans ce puissant adjuvant, c'est courir les plus grandes chances d'erreur; et pour trouver un haut exemple à l'appui de cette proposition, on n'a qu'à consulter les travaux publiés par un élève de Blandin. Le regrettable chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait considéré comme des cancers guéris, des tumeurs enlevées par lui. Mais ces mêmes tumeurs, examinées par M. Broca, ont été reconnues non cancéreuses. Les formes cancéreuses les plus tranchées en apparence peuvent être méconnues.

Une malade opérée par M. Michon offrait une tumeur énorme de la cuisse. Tumeur entourée de varices, fluctuante, ayant, en un mot, l'aspect d'une tumeur encéphaloïde. A l'examen microscopique seulement, on reconnut qu'elle était formée par de l'épiderme. La malade est bien guérie. Elle n'a pas eu de récidive.

Quant à l'incurabilité du cancer, j'y crois, dit M. Michon, quant à présent; peut-être plus tard arrivera-t on à le guérir; mais jusqu'alors, je pense que la récidive aura toujours lieu tôt ou tard.

Il n'est pas nécessaire de rayer les faits actuellement acquis à la science, ils ont sans doute leur utilité; mais aussi il ne faut pas négliger un moyen nouveau qui permet de mieux faire le diagnostic que nos devanciers.

Si de véritables cancers ont pu être enlevés avec succès pendant un certain laps de temps, c'est que les affections générales, quelquefois, n'infectent que lentement l'économie, et en opérant on éloigne le moment de cette infection; c'est pour cela que le cancer peut être opéré avec quelque avantage.

C'est déjà un grand pas de fait, dit en terminant M. Michon, d'avoir pu séparer les tumeurs bénignes, même récidivant, des tumeurs qui contiennent la cellule cancéreuse.

M. Demarquay, à propos du fait énoncé par M. Michon, relativement à Blandin, fait remarquer combien l'esprit de cet observateur avait déjà pressenti les différences qui sépareraient un jour les tumeurs que tout le monde appelait cancéreuses, car il avait rangé comme ne donnant pas lieu à l'infection générale les tumeurs qu'il dénommait cancers ou kystes; et on sait que ce sont précisément ces formes qui ne sont généralement pas des cancers.

M. J. Cloquet rend toute justice aux savantes recherches de M. Lebert, et partage complètement l'opinion émise sur la valeur de leur application au diagnostic des tumeurs. Plusieurs fois, M. Cloquet a eu l'occasion d'enlever des tumeurs fibro-plastiques, et par l'expérience personnelle qu'il a acquise, il peut dès maintenant établir que ces tumeurs sont généralement uniques et qu'elles paraissent une affection toute locale; quelquefois elles repullulent, et alors on doit les attaquer de nouveau sans crainte et sans relâche.

Une fille, âgée de 28 ans, portait une tumeur située à la hanche, comme chez le malade de M. Larrey. On l'avait enlevée une première fois; il y avait récidive; M. Cloquet l'enlève. La cicatrice était parfaitement saine et non adhérente; l'énucléation fut facile.

Un an après, deuxième récidive. Toujours la cicatrice reste saine, et, chose remarquable, il n'y a aucun ganglion engorgé. Nouvelle opération.

Sept ou huit mois après, encore récidive. Encore opération et guérison qui paraît maintenant définitive.

M. Cloquet insiste sur ces points, qu'il a toujours constatés sur les malades qu'il a opérés. Constamment après la récidive de ces tumeurs, la cicatrice reste saine et non adhérente; complètement étrangère, par conséquent, à la repullulation. Jamais les ganglions voisins ne sont malades.

M. Lenoir pense que, au point de vue des indications fournies par les connaissances microscopiques, la science n'a rien gagné, quant à la première opération que l'on pratique. On opère donc une première fois sans autres règles que celles qui existent déjà dans la science.

On dit que le signe propre aux tumeurs non cancéreuses est la repullulation sur place. M. Lenoir ne croit pas que cela soit spécial aux tumeurs fibro-plastiques. Et il a opéré une femme douze fois en treize ans, et toujours la tumeur, évidemment cancéreuse, repullulait sur le même point. La repullulation ne s'est faite que cinq ans après la première opération. La malade est morte par l'infection générale cancéreuse.

M. Lebert, à propos du fait de M. Lenoir, dit qu'il est tout à fait exceptionnel; on ne peut lui donner une valeur trop grande; pour établir des proportions scientifiques, il faut une collection de faits, et il s'efforce actuellement d'en réunir. Aussitôt qu'il aura un nombre suffisant d'observations, il donnera les résultats.

M. Forget se range à l'opinion de M. Lenoir. Il n'est pas disposé, quant à présent, à reconnaître la valeur clinique des faits nouveaux. Il demande, en terminant, à M. Lebert s'il est parvenu, à l'aide de signes cliniques, à établir de prime-abord, et sur le malade, le diagnostic des tumeurs.

M. Lebert répond que, comme il vient de l'annoncer, il s'occupe de cette question, et qu'il espère pouvoir avant peu satisfaire aux demandes qui lui sont adressées.

En terminant cette discussion, qu'il nous soit permis, en quelques mots, de résumer les faits qui en découlent. Nos lecteurs savent que nous n'avons jamais été disposé à exagérer les services que peut rendre le microscope appliqué aux études médicales; aussi serons-nous à l'aise pour dire toute notre pensée.

Dans l'histoire des tumeurs, les travaux microscopiques de M. Lebert et de quelques autres micrographes ont dès maintenant trouvé une féconde application. La possibilité de reconnaître après l'opération, d'une manière certaine, la nature intime d'une tumeur, permet de préjuger avec certitude de la santé future de l'opéré. Quand les chirurgiens, plus familiarisés avec ce moyen d'investigation, auront pu suivre une série de faits rapprochés et analysés, il leur sera probablement facile d'arriver d'emblée à un diagnostic sans avoir besoin d'examiner les pièces sous le champ du microscope.

Déjà même nous voyons surgir quelques dissemblances marquées entre les tumeurs cancéreuses et les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques. Ces dissemblances deviendront plus marquées avec l'étude. Nous pensons donc que l'on doit rendre justice aux travaux de M. Lebert, et avec M. Michon, nous appelons l'attention sur ce moyen adjuvant de diagnostic sans lequel il ne saurait y avoir de certitude. A l'appui des difficultés que présente le diagnostic à l'œil nu, nous pouvons, en terminant, rappeler un fait récent que nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié, c'est celui de cette tumeur du testicule considérée par presque toute la Société de chirurgie comme de nature tuberculeuse, tandis qu'il s'agissait d'un cancer qui amenait à récidivé.

Rapport. — M. Maisonneuve donne lecture d'un rapport sur un travail présenté à la Société par M. Bonnet, de Lyon. Il a pour titre : *Nouvelle observation de rupture d'ankilose angulaire du genou, suivant la méthode de M. Palsiano,* modifiée par M. Bonnet, de Lyon.

L'espace nous manque malheureusement pour rendre compte de ce travail qui sera inséré dans les mémoires de la Société. Nous nous contenterons donc de donner les conclusions du rapport de M. Maisonneuve, conclusions qui ont reçu l'unanimité des suffrages :

« Il n'était pas besoin de ce nouveau travail pour vous faire apprécier la valeur chirurgicale de M. Bonnet. Vous connaissez depuis » longtemps les œuvres qui l'ont placé à un rang éminent dans la » science, aussi votre commission vous propose-t-elle : 1° d'accorder à » M. Bonnet le titre de membre correspondant à la Société de chirurgie; 2° d'insérer son mémoire dans le recueil de vos travaux. »

D^r Ed. Laborie.

MÉLANGES.

Nouveau fait de transfusion du sang, pratiquée avec succès. — Nous trouvons dans le *Ranking's half yearly abstract de* 1851, vol. XIII, le fait suivant : Appelé auprès d'une dame de 38 ans, qui avait fait une fausse couche de deux mois, quelques heures auparavant, et qui était réduite par la perte de sang à un état exsangue, avec faiblesse excessive, syncope à chaque instant et vomissemens continuels, l'opération de la transfusion fut décidée immédiatement par M. Bellasis-Masfen et pratiquée de la manière suivante : une seringue de quatre onces en étain fut plongée dans de l'eau à la température de 110° F., et l'on fit tomber dans cette seringue le sang fourni par une saignée pratiquée à une forte et robuste servante qui s'offrit volontairement. Cette injection fut faite dans une veine du bras gauche, en prenant toutes les précautions pour éviter la pénétration de l'air. A mesure que le sang pénétrait, la connaissance reparaissait et le pouls devenait légèrement perceptible à l'autre bras; mais une demi-heure après, nouvelle perte de connaissance et absence de pouls. Injection dans une veine du bras droit de trois onces de sang, retour du pouls et de la sensibilité, mais pour peu de temps. Une heure après, troisième injection de trois onces de sang; cette fois les bons effets furent plus persistans; le pouls se releva graduellement à mesure que l'injection marchait, la face se colora et la malade demanda si on la saignait. Dans la soirée elle eut de la soif, mais ne put garder ni boisson ni alimens; le pouls était redevenu sensible. Le lendemain le pouls à 150 plus fort, langue brune, dure et sèche; à part les envies de vomir, son état était satisfaisant. Dès le troisième jour, le pouls commençait à se ralentir et la malade pouvait prendre un peu de nourriture. Il y eut une ecchymose considérable aux deux bras, autour des veines dans lesquelles on avait fait l'injection. Un mois après, la malade était parfaitement rétablie.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

MM. les Actionnaires de l'Union Médicale sont priés de relire l'avis en tête du journal, qui fixe l'Assemblée annuelle au mardi 3 février, au lieu du lundi 2.

— M. Mélier, délégué du gouvernement français à la Conférence inter-nationale, vient d'être promu au grade de commandeur de la Légion-d'Honneur.

Concours pour la chaire d'hygiène. — Mercredi dernier ont eu lieu les dernières leçons de l'épreuve après vingt quatre heures de préparation. M. Guérard a eu à traiter *du vin;* M. Sanson *de l'eau.*

Concours pour la nomination des élèves en pharmacie des hôpitaux et pour les prix à décerner à ces élèves. — Le concours pour la nomination des élèves en pharmacie des hôpitaux et hospices civils ouvrira le vendredi 20 février prochain.

Les inscriptions seront reçues du 21 janvier au 4 février.

Le concours pour les prix aura lieu le mercredi 18 février.

Les inscriptions seront reçues du 19 janvier au 2 février.

— Par décret du 29 décembre 1851, a été nommé chirurgien aide-major de 2e classe, concours de 1849, M. Massy, chirurgien-aide-major commissionné au 4e de dragons, en remplacement de M. Ranquet, mis en non-activité.

— Depuis deux mois, la fièvre typhoïde sévit avec une incroyable intensité dans la commune du Gouray (Ille-et-Vilaine). Des maisons entières ont été frappées de mort par cette terrible maladie.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 11. SIXIÈME ANNÉE. **Mardi 27 Janvier 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr. ;
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37

Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40

Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Avis à MM. les Actionnaires de L'UNION MÉDICALE.

MM. les Actionnaires de l'UNION MÉDICALE sont prévenus que l'Assemblée annuelle aura lieu le mardi 3 février prochain, à 7 heures 1/2 du soir, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre.

Cette Assemblée a pour but :

1° D'entendre le compte-rendu du Gérant sur l'exercice de 1851 ;

2° D'entendre le rapport du Comité de surveillance sur le rapport du Gérant ;

3° De nommer les membres du Conseil de surveillance pour l'année 1852.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC, DANS CERTAINES FORMES DE FIÈVRE TYPHOIDE, ET NOTAMMENT DANS LA FORME DITE PECTORALE ; par M. le docteur H. THIRIAL (1).

(Deuxième partie.)

Il serait assurément hors de mon sujet de suivre désormais cette longue maladie jour par jour, et pour ainsi dire pas à pas, à travers ses phases nombreuses et ses diverses péripéties. Mais le cas est trop intéressant, pour que je ne me décide pas à retracer au moins sommairement les traits les plus saillans qui, par leur concours tout à fait insolite, donnèrent à cette fièvre typhoïde le caractère le plus anomal qui se puisse imaginer.

1° Nous avons déjà noté les *nausées* continuelles, se montrant presque au début de la maladie : elles persistèrent pendant presque tout son cours. Ces nausées avaient cela de particulier qu'elles n'étaient accompagnées d'aucun dégoût, et qu'elles ne paraissaient nullement tirer leur origine de l'état saburral. Elles se renouvelaient au moindre mouvement de la malade, et il s'y mêlait un état de semi-défaillance.

2° A ces nausées se joignit dès le commencement un *crachotement* muqueux presque continuel, et un peu plus tard ce crachotement devint un véritable *flux salivaire*, qui persista jusqu'à la fin avec une assez grande abondance, et qui, dans les derniers temps, prit le caractère visqueux et même sanguinolent.

3° Malgré les nausées, l'état saburral de la langue et l'intensité de l'appareil fébrile, et ultérieurement malgré les accidens divers, les complications nombreuses, et malgré enfin l'emploi des médicamens de toutes sortes qui auraient dû, ce semble, amener à leur suite l'anorexie, la malade conserva invariablement de l'appétit; et, dans certains momens, cette sensation de besoin s'élevait jusqu'à la véritable *boulimie*. Ce phénomène, assez rare dans la fièvre typhoïde, surtout à ce degré, était évidemment le résultat d'une perversion du sens gastrique ; il commença avec la maladie, et il ne cessa qu'avec la vie.

4° Non seulement il y eut ici absence de diarrhée dans les deux premiers septenaires, comme cela s'observe parfois dans certaines formes de fièvre typhoïde, mais persistance de la *constipation* la plus obstinée du commencement à la fin, malgré tous les médicamens irritans ou évacuans qui auraient pu produire l'effet contraire.

5° Notons toutefois que, malgré cette constipation, il existait vers la région iléo-cœcale un *gargouillement* facile à percevoir à la pression, sans pourtant être aussi apparent que dans les cas ordinaires. Il ne se montra d'ailleurs que vers le milieu du second septenaire, et n'eut pas une longue durée.

6° *Absence* de véritable *météorisme ;* seulement vers le troisième septenaire, il se fit pendant quelques jours un léger soulèvement de l'abdomen, dû peut-être moins à la maladie elle-même qu'aux remèdes employés. Mais à une époque un peu plus avancée, loin de présenter du météorisme, le ventre était tellement affaissé et aplati, qu'on sentait avec la plus grande facilité, et qu'on distinguait même à distance les battemens d'ailleurs très énergiques des artères de la région épigastrique, et même de l'aorte descendante.

7° Nous avons signalé tout particulièrement cette toux *sui generis* qui s'était manifestée dès les premiers jours. On peut ajouter que cette toux fit le désespoir de tout le monde par son éclat et sa ténacité ; elle traversa, sans subir très peu de modification, toutes les phases de cette maladie, et elle ne s'éteignit qu'avec la vie elle-même.

8° Malgré l'intensité de l'état fébrile, il n'y eut jamais de véritable *délire*, ou de trouble permanent et notable des facultés intellectuelles. Seulement, dans la période d'état de la maladie, et pendant les exacerbations de la fièvre la plus ardente, il existait un peu de somnolence et quelques rêvasseries qui cessaient généralement avec le paroxysme.

9° Jamais, à aucune époque de la maladie, on n'observa rien de cette *stupeur* ni de cette *hébétude* de la face, regardées presque comme caractéristiques dans la fièvre typhoïde. Il n'y eut pas non plus de véritable état de *prostration* des forces, mais seulement un abattement plus ou moins notable, augmentant ou diminuant à l'unisson de la fièvre. Remarquons encore que chez cette jeune malade, les facultés intellectuelles et affectives conservèrent à peu près tout leur intégrité. Ainsi en dehors des paroxysmes, elle aimait à s'entretenir avec ses parens et avec les personnes qui l'entouraient; elle prenait part volontiers à ce qui se passait autour d'elle. D'autre part, il lui arrivait souvent de se préoccuper de sa position, et même de manifester parfois des inquiétudes sérieuses sur l'issue de sa maladie, toutes circonstances qui contrastent avec cet état d'apathie, de taciturnité et d'indifférence, si ordinaire dans la fièvre typhoïde.

10° Dès les premiers temps, la malade s'était plainte à moi de ne pouvoir se servir librement de la main droite; mais comme je la savais naturellement un peu mignarde, je ne prenais pas la chose au sérieux. Pourtant, il se trouva qu'elle disait vrai. En effet, un peu plus tard, je constatai positivement un état de *contracture* qui retenait les doigts à demi-fléchis dans la paume de la main droite ; cette contracture persista jusque vers le 35me jour de la maladie.

11° Dès le milieu du deuxième septenaire, la sensibilité de toute la surface cutanée avait commencé à devenir un peu plus prononcée qu'à l'état normal, et peu à peu elle devint tellement vive, qu'on ne pouvait toucher ou remuer la malade dans son lit, sans lui arracher des plaintes et même des cris. Cet état d'*hypéresthésie* générale ne cessa que dans les derniers jours de la vie.

12° A cette lésion du tact général vint s'ajouter, à peu près à la même époque, une lésion toute spéciale de la *motilité*, ayant son siége dans les membres supérieurs. Il ne s'agissait pas ici de ce tressaillement court, saccadé et intermittent qui constitue le vulgaire soubresaut des tendons; mais c'était plutôt un frémissement prolongé, presque continu, une sorte de *trémulation* incessante qui agitait toute la masse fibrillaire des muscles du bras et de l'avant-bras.

13° Chaque jour, le plus ordinairement dans la soirée ou dans la nuit, la malade était prise d'une *crise nerveuse*, caractérisée le plus souvent par des mouvemens spasmodiques avec contraction des mâchoires, renversement des globes oculaires;

(1) Voir les numéros des 11, 13, 16 Décembre 1851 et 24 Janvier 1852.

Feuilleton.

PREMIÈRE LETTRE

A Monsieur le professeur ROSTAN *sur le mot* HYPOCONDRIE ;

Par le docteur DUMONT (de Monteux).

Monsieur et très honoré maître,

« Ce n'est pas la vérité qui persuade les hommes, ce sont ceux qui la disent... ».
(NICOLLE.)

Je m'appuie sur ce texte, que me fournit l'une des grandes illustrations de Port-Royal, afin de vous prier de faire quelques efforts en vue de supprimer du langage médical, une expression que je considère comme fatale. Les mots, vous le savez, ont quelquefois une immense portée, et ce ne serait pas un livre sans intérêt que celui qui traiterait de leur puissance *corticale*.

Le mot que je désire vous faire attaquer n'a rien de sonore, ni d'explosif; il ne dilate pas, tout au contraire il comprime, car il contient quelque chose de sinistre et de louche : *Hypocondrie!..* Sous le rapport scientifique cette dénomination, vous en conviendrez, Monsieur, n'est pas moins absurde que ne l'est, par exemple, dans l'ostéologie du bassin, celle de *trou obturateur*; mais ne l'envisageons point de ce côté ; c'est une tâche que je laisse à M. le docteur Cerise, dans la crainte de ne pas lui rendre toute la part de savante critique qu'il a su mettre en cet endroit lorsque nous nous en sommes entretenus. Je prendrai la question sous un point de vue différent, et qui est tout à fait mien.

Le mot *hypocondrie*, je vous le dénonce, Monsieur, à cause des fausses idées qu'il entraîne dans l'esprit des gens du monde ; et partant, des injustices auxquelles il donne lieu. En effet, que signifie-t-il dans la bouche des personnes étrangères à l'art de guérir, et même dans celle d'un bon nombre de médecins? un vice de l'âme, une *aberration du caractère;* l'homme qui se présente sous cette forme est considéré comme un *égoïste* qui, ne trouvant pas assez de causes de bien-être autour de lui, s'irrite, crie à la fatalité et se met en tête mille maux qu'il n'a pas!.. Nos classiques modernes ont écrit en ce sens. Boileau dit, dans sa huitième satire :

. . . . . . cent fois la bête a vu l'homme hypocondre
Adorer le métal que lui-même il fit fondre !..

Et l'un de ses commentateurs, Brossette, si je m'en souviens, fait remarquer à ce sujet, qu'il faudrait *hypocondriaque*, parce que ce mot signifie au figuré, un *fou* mélancolique et atrabilaire. La Fontaine, dans sa fable intitulée : *La chatte métamorphosée en femme*, La Bruyère dans ses *Portraits*, Dufresny et bon nombre d'autres écrivains ont des touches du même genre. Quant à Molière, il lui était impossible d'éviter cette pente ; aussi, n'y a-t-il qu'à lire la XIe scène du 1er acte de *Pourceaugnac*, scène charmante du reste, pour voir la manière ample avec laquelle il pénètre dans l'erreur que je cherche à combattre. Cette erreur, Monsieur, est contenue dans nos dictionnaires français, depuis Richelet jusqu'à nos jours. Et Richelet d'où la tenait-il? Il est honteux de l'avouer, mais il l'avait prise dans le *Glossaire médical* de Degori. Ce qui me surprend, c'est qu'elle n'ait été relevée par aucun de nos auteurs pathologistes, et qu'elle soit encore en pleine vigueur malgré les nombreux travaux qui ont paru sur la nature des affections nerveuses.

Vous, Monsieur, qui par vos principes antivitalistes, avez tant contribué à renverser les théories en vertu desquelles on admettait l'existence des maladies imaginaires; vous qui, pour l'honneur de la science et pour le vôtre propre, ne considérez pas l'hypocondrie comme *une simple méditation morbide sur la santé*, il vous appartient, plus qu'à tout autre, d'élever la voix en faveur des malheureux qui, livrés à d'invisibles tortures, sont encore accusés de produire eux-mêmes l'état contre lequel ils se débattent. Faites qu'on ne dise plus à l'avenir que leur mal n'est que dans leur esprit; que, pour s'y soustraire, il ne dépend que de leur volonté ; et cela, parce que les gens qui tiennent ce langage, ont lu dans un lexique ou ailleurs.., que les hypocondriaques étaient des êtres *singuliers*, des *visionnaires*, des *mélancoliques*, des *capricieux*, qui *jouaient aux vapeurs* comme il arrive de le faire à certaines coquettes lorsque leur diplomatie se trouve à toute extrémité. Il importait aux Romains de distinguer l'or de Néron d'avec celui de Trajan. Eh bien! il importe à l'humanité de ne pas confondre le faux malade avec celui qui l'est réellement.

N'est-il pas doublement à regretter, Monsieur, que l'une des affections les plus pénibles à supporter soit en même temps la plus révoquée en doute! Les douleurs sans nombre qu'elle impose, les perturbations qu'elle engendre dans l'être sensitif et intellectuel, ne doivent-elles inspirer que la négation et le dédain? Quoi! parce que ces désordres et ces douleurs se trouvent cachés, parce que le plus ordinairement il n'accusent aucun signe de manifestation et qu'ils ne font pas spectacle sous nos yeux, il faut les repousser comme un mythe?... Singulière philosophie, étrange médecine que celle-là! Que les gens du monde n'aillent pas plus loin, c'est chose toute simple et qui leur est pardonnable ; en nous voyant nous-même apporter si peu d'attention à un pareil état et sembler parfois le traiter *comme sur la pointe du pied*, il n'est pas étonnant que leur esprit, complètement dépourvu des données de la physiologie transcendante, méconnaisse les vérités morbides dont je parle. Et quelles sont les natures les plus enclines, les plus prédisposées à subir ces dures vérités, vous le savez, Monsieur, ce sont les plus impressionnables, les plus délicates, et généralement celles dont l'intelligence est le plus occupée, dont le développement est le plus marqué. La biographie universelle dépose en faveur de cette opinion bien vieille, puisqu'elle appartient primitivement à Aristote. En effet, se trouvèrent sur cette ligne de désolation, pour ne signaler que des hommes supérieurs et près de nous, Tasse, Cellini, Simon Browne, Johnson, Swift, Pascal, Goldsmith, Sterne, Zimmermann, J.-J. Rousseau, Vauvenargues, Goldoni, notre bon, spirituel et savant confrère Pierre Roussel; puis Ballanche, Léopold Robert, Lawrence, ce génie fécond de la peinture anglaise... qui sais-je encore? Car je ne prends ici que quelques noms au hasard et des plus aisés à retenir. C'est à la profonde érudition de M. le docteur Brierre de Boismont qu'il faut en demander la liste; je suppose qu'elle doit être fort longue,

L'hypocondrie, mon cher Maître, n'est pas seulement réservée aux personnes chez lesquelles il y a prédominence des facultés de l'esprit, elle est encore, selon moi, le fatal apanage de celles qui ont un cœur généreux, porté à la tendresse et à la pitié. L'a-t-on jamais rencontrée chez les Brunehaut et les Marguerite de Bourgogne, chez les Clotaire et les Borgia? Non! Sainte-Beuve, parlant il y a trois ou quatre mois de l'une des femmes les plus charitables, les plus distinguées de la fin du dix-huitième siècle, de Mme Necker, disait que sa santé, en proie à des angoisses nerveuses et morales, *accusait le travail de son âme*! Il avait raison, et Champfort n'est pas si éloigné du vrai qu'on a voulu le supposer lorsqu'il a écrit que *quiconque n'était pas misanthrope à quarante ans n'avait jamais aimé ses semblables.* Cette proposition, j'en conviens, a besoin d'être paraphrasée et je conçois qu'on la repousse à première vue; je vais essayer, par incidence, de lui donner le complément qu'elle comporte.

Il ne suffit pas, Monsieur, d'avoir un cœur de nature compatissante pour être touché des désordres et des souffrances d'autrui, il faut se trouver en position de les *voir*, de les toucher du doigt; car si nous sommes poussés dans les courans du plaisir, dans ceux des affaires et de la prospérité, des honneurs et de la gloire; si nous n'avons jamais enduré ni la maladie, ni la misère, nous respirons à pleine poitrine, nous sentons le sol résister à nos pas; nous portons la tête haute; finalement, nous dépassons le niveau commun par notre manière d'exister et de sentir. Alors, quelles sont les conséquences de cette situation for-

ou bien la crise se manifestait par des bâillemens, des étouffemens, de la strangulation, des cris aigus. Au sortir de cet état, la malade répandait des larmes, se laissait aller à des paroles attendrissantes, à des pressentimens funestes. En un mot, c'était une attaque d'*hystérie* plus ou moins complète, et revenant d'une manière presque périodique.

14° Enfin après cette longue série de phénomènes nerveux, je ne dois pas omettre de noter la disposition singulièrement *réfractaire* de l'organisme envers les remèdes en général, qui, presque jamais ne produisaient exactement l'effet attendu; et je signalerai surtout l'état d'*intolérance* très caractéristique de l'estomac, qui se manifestait par divers phénomènes spasmodiques généraux, ou même par des vomissemens, chaque fois qu'on avait recours à certains médicamens irritans, tels que les antimoniaux, le calomel, les purgatifs salins, etc. Tout à l'heure on verra une nouvelle preuve de cette intolérance, et ses terribles conséquences.

Après avoir énuméré cette foule presque incroyable de phénomènes, presque tous accidentels, ou étrangers à la maladie, je ne dois pas non plus perdre entièrement de vue cette affection pulmonaire, qui, dans le principe, avait été prise à tort pour l'affection fondamentale; mais qui bien que reconnue un peu plus tard comme purement symptomatique et secondaire, n'en constitua pas moins ici la lésion viscérale prédominante, et une complication très menaçante et très grave.

En effet, pendant l'espace de plus trois semaines, à dater du 15me jour où le diagnostic avait été mieux établi, nous eûmes sous les yeux, M. Pidoux et moi, une succession non interrompue de *pneumonies lobulaires*, très superficielles, très mobiles et pour ainsi dire *volantes*, passant en peu de temps du sommet d'un poumon à sa base, ou du centre à l'une des extrémités; émigrant quelquefois d'un jour à l'autre du poumon droit au poumon gauche, pour revenir au bout de quelques jours au point de départ. Notons pourtant qu'au milieu de cette singulière mobilité, il y eut certains points où la phlegmasie se montra plus fixe et plus profonde, notamment au sommet et à la base du poumon droit, là précisément où elle avait commencé à apparaître.

Quoi qu'il en soit, cette redoutable complication, attaquée et poursuivie sans relâche par les remèdes internes et externes les plus rationnels, surtout par les vésicatoires et les purgatifs, aidés de quelques légères émissions sanguines, finit par céder peu à peu; et vers le 40me jour environ de la maladie, la poitrine, qui nous avait donné tant de soucis, se trouvait à peu près complètement dégagée.

En ce moment tout faisait présager que la malade touchait à la convalescence. Ainsi, le pouls était descendu à 92 pulsations, la fièvre était presque éteinte; il régnait sur la face un air de contentement de bon augure: quelques-uns des phénomènes particuliers, décrits plus haut, notamment la contracture de la main droite, avait sensiblement cédé. Seulement, l'état hystériforme était plus prononcé que jamais, et cette aggravation tenait sans doute à l'état de faiblesse, et au besoin de réparation inséparables d'une longue abstinence et d'une aussi grave maladie. Du reste, il importe de noter que la malade demandait des alimens avec des redoublemens d'instances.

Déjà, commebien on pense, nous avions dû, même dans les premiers temps de la maladie, tenir compte de ces demandes incessantes; et pour nous assurer si c'était un pur caprice de malade, ou une indication de la nature, nous avions accordé à plusieurs reprises quelques tisanes féculentes ou quelques boissons légèrement alimentaires, telles que le lait coupé, le bouillon de poulet, etc.; mais chaque fois l'augmentation de la fièvre, le rejet des substances ingérées, et quelques autres accidens nous avaient fait repentir de notre concession.

Mais cette fois il était permis d'espérer qu'une nouvelle tentative devait être couronnée de succès. Et d'ailleurs, dût-il en résulter quelqu'inconvénient, l'éréthisme nerveux qui allait s'aggravant de jour en jour, au fur et à mesure que la fièvre baissait, nous faisait un devoir de ne plus différer davantage l'alimentation.

Nous prescrivons donc un peu de lait coupé. La malade prend cette boisson avec plaisir; mais quelques heures après, elle la rejette, mêlée d'un peu de bile. Le lendemain, nouvel essai, même résultat. Chaque jour, on change, on varie la substance alimentaire, qu'on associe avec divers médicamens pour les faire mieux supporter; mais toujours sans plus de réussite: l'estomac repousse opiniâtrement tout ce qui lui est offert, et chaque vomissement contient à peu près invariablement de la bile. Et cependant, je dois dire qu'il n'existait alors aucun des signes ordinaires de la phlegmasie de l'estomac, ni rougeur, ni sécheresse de la langue, ni soif vive, ni douleur épigastrique, etc.

N'oublions pas d'ajouter que, depuis le début de la maladie, non seulement il n'y avait pas eu la moindre diarrhée, mais jamais on n'avait pu obtenir de garde-robes qu'à l'aide des lavemens ou des purgatifs; et pour peu qu'on s'abstînt de ces moyens pendant quelques jours, ces garde-robes consistaient en matières moulées, arrondies et noirâtres. Du moment où ces vomissemens quotidiens apparurent, la constipation, loin de céder, devint encore plus prononcée que jamais, et ne se démentit pas jusqu'à la fin.

Comme la maladie datait à cette époque de plus de six semaines, et que par suite de ces vomissemens opiniâtres la réparation était nulle, la pauvre enfant allait s'affaiblissant de jour en jour. La fièvre s'était rallumée avec une intensité nouvelle; cette inanition prolongée outre mesure avait amené après elle un état d'éréthisme excessif, la maigreur, les excoriations au sacrum. C'était un spectacle vraiment déchirant que de voir cette infortunée implorer sans cesse des alimens, et sans cesse rejetant jusqu'à la dernière goutte du liquide ingéré.

Et pourtant il n'était rien qu'on ne fît pour triompher de ce terrible accident. Médicamens de toute sorte à l'intérieur, révulsifs à l'extérieur, vésicatoires sur la région épigastrique, saupoudrés de morphine, etc., glace intra et extra, bains frais, affusions; consultations avec les maîtres de l'art, recettes d'empiriques, moyens rationnels ou extra scientifiques, tout jusqu'au somnambulisme, aux passes magnétiques, aux influences morales de tous genres, tout fut invoqué et mis à contribution, mais tout échoua.

Comme dernière ressource, on eut recours aux lavemens de bouillon, aux bains de matières animales, mais sans le moindre succès. La malade tomba dans la fièvre hectique et dans le marasme le plus complet.

La tête, libre jusqu'alors, finit par se prendre; une des pupilles se dilata outre mesure et il survint du strabisme. La salivation existant depuis le début devint épaisse, visqueuse, souillée de sang. Dans les derniers jours, la malade resta plongée dans un état d'affaissement et de somnolence, souvent entrecoupé de délire, de cris perçans et d'une jactitation automatique de la tête presque continuelle.

Enfin, après soixante-cinq jours de maladie et après plus de cinq semaines du vomissement le plus désespérant, la pauvre enfant expira dans une lente et pénible agonie; et en rendant son dernier soupir, elle exhalait une dernière gorgée de liquide bilieux, et elle faisait entendre un éclat étouffé de cette toux singulière qui, jusqu'au bout, ne lui avait laissé ni trève ni merci.

Voilà assurément une observation intéressante et qui sous plus d'un rapport pourrait fournir matière à bien des réflexions utiles. Mais pour ne pas m'écarter de mon sujet, je me bornerai à faire ressortir les difficultés qu'a présentées ici le diagnostic, et les singulières vicissitudes qu'il a dû subir dans les diverses phases de la maladie.

On se rappelle en effet que si, dès les premiers jours, quelques symptômes avaient fait soupçonner la fièvre typhoïde, ces symptômes n'étaient ni assez nombreux, ni suffisamment caractéristiques pour asseoir un diagnostic; et on a vu d'ailleurs qu'à côté de ceux-ci il s'en trouvait quelques autres qui paraissaient très peu compatibles avec l'idée de cette maladie, et qui tendaient par conséquent à diminuer de beaucoup la valeur qu'on avait été porté à attribuer d'abord aux premiers.

Ajoutez encore que sur ces entrefaites on voyait apparaître du côté de la poitrine certains phénomènes morbides qui, considérés soit en eux-mêmes, soit dans leurs rapports avec la constitution et les antécédens de la malade, étaient véritablement de nature à induire en erreur, au moins à cette époque de la maladie En effet, plusieurs observateurs habiles s'y étaient mépris, et la fièvre typhoïde, à peine entrevue, avait été presque immédiatement rejetée pour faire place à la phthisie aiguë.

Ainsi fourvoyé, le diagnostic avait désormais, pour se remettre, plus d'un obstacle à surmonter.

Faire justice de cette prétendue phthisie, n'était peut-être pas le plus difficile. En effet, par le seul fait de la marche et de l'évolution de la maladie, l'erreur ne pouvait manquer de se trahir bientôt d'elle-même. Mais ici l'erreur reconnue, on n'était pas encore en possession de la vérité. On savait sans doute quelle maladie n'existait pas; mais enfin quelle était cette maladie? Voilà ce qui restait à déterminer.

A cet égard, il y avait plus d'une cause d'obscurité et d'embarras. Ainsi, il fallait d'abord une certaine habileté pour discerner, recueillir et grouper entre eux les quelques symptômes assez mal caractérisés qui appartenaient en propre à la maladie, disséminés et perdus qu'ils étaient dans cette foule de phénomènes morbides qui lui étaient complètement étrangers. Et puis ce triage opéré, il fallait encore un esprit sagace et libre de toute servitude nosographique, pour apercevoir nettement, et pour affirmer avec confiance la fièvre typhoïde, alors qu'elle se produisait sous une apparence si réduite et si effacée, en un mot dans un état si peu conforme à son type classique.

En face de pareilles difficultés, un accord unanime n'était guère possible, aussi vit-on se manifester jusqu'à la fin, relativement à ce diagnostic, des doutes et des incertitudes, et même de véritables dissidences.

En effet, parmi les nombreux médecins qui furent appelés à être témoins de ce fait, il s'en trouva plusieurs qui, tout à fait déconcertés, se refusèrent absolument à reconnaître une fièvre typhoïde dans ce qui ne leur représentait qu'un amas

---

tunée? C'est de ne se trouver jamais, ou presque jamais, en conjonction avec ceux qui gémissent, parce que ceux-là ont la taille rapetissée, parce que leur regard oblique constamment vers la terre, parre que leurs paroles non accentuées n'arrivent pas à nos oreilles, et qu'alors nous ne les *voyons point*!... Si, au contraire, nous sommes à même de vivre auprès d'eux, d'analyser leur condition, si nous nous rendons témoins de la lutte inéessante qu'ils soutiennent contre le sort; si notre pensée se met à mesurer cet océan d'amertume où les dix-neuf vingtièmes de l'humanité s'étiolent et s'étouffent; si, chaque jour, selon le conseil de Victor Hugo, elle fait le tour

. . . . . des misères du monde,

nous ne dépasserons guère l'âge précité sans arriver à la *misanthropie*, et Chamfort sera victorieux par son théorème. Quant à l'expression de misanthropie, il ne faut pas se borner à la prendre ici dans sa seule rigueur étymologique, ce qui serait un non sens, il faut la faire synonyme de toutes celles qui indiquent une perturbation de la sensibilité morale, laquelle amène tôt ou tard des perturbations dans la matière proprement dite.

Ainsi, Monsieur, l'hypocondrie a différentes sources; elle naît soit de l'abus intellertuel, soit de celui de la sensibilité, le plus ordinairement, j'en suis convaincu, de la combinaison de l'un et de l'autre, comme chez J.-J. Rousseau et Bernardin de Saint-Pierre, comme... j'hésite à ajouter à ces noms celui qui l'emporte sur tous les autres, le nom du Christ. M. le docteur Beau, de l'île Saint-Louis, a cherrhé à démontrer l'aliénation mentale dans la personne de Mahomet; il serait plus aisé, ce me semble, de soutenir que le Rédempteur de la véritable liberté humaine a dû passer par toutes les tortures intimes de l'hypocondrie, car il réunissait cette double condition dans sa nature terrestre: le travail incessant, démesuré de l'esprit et du cœur! Oh! ce n'est pas à Gethsémané et sur le mont des Olives qu'il a dû se dire en lui-même pour la première fois: *anima mea tristis es usque ad mortem*.... il a dû se le dire toujours.

Cependant, je suis loin de croire que cette maladie n'ait pas d'autres causes que celles dont je viens de parler; sans doute il en est encore de moins intéressantes et de moins nobles. Telles sont, par exemple, celles qui naissent d'excès commis dans les jouissances d'une vie mal réglée, d'une personnalité orgueilleuse, de l'ambition, de la rivalité, et généralement de toutes les passions viciées, mais je suis persuadé que celles-ci ont une action moins agissante. Quoi qu'il en puisse être de l'étiologie de cette affection et de son siégé, elle n'en est pas moins une affreuse réalité pour ceux qui en sont atteints. Or, il y a de la cruauté à ne point compatir à ce qu'ils endurent, à ne point s'ingénier pour l'amoindrir, et rien n'est rapable d'arriver à ce résultat comme la bienveillance et une sorte de participation sympathique: une conduite opposée peut amener de bien funestes conséquences. Pour ma part, j'en connais un bon nombre, et, à ce propos, je vous demande, Monsieur, de vous transmettre re que j'appris de la femme d'un ancien capitaine de frégate, durant l'hiver de 1836.

Me trouvant, par cirronstance, dans l'un de nos ports maritimes, je fus consulté pour rette dame, digne mère de famille, qui, durant toute sa vie, s'était tenue à l'écart des plaisirs qui énervent les habituées du monde, pour ne se livrer qu'à l'accomplissement de ses devoirs d'intérieur. A la suite de sa quatrième ou cinquième couche, elle fut atteinte de phénomènes hystériques très persistans et très intenses. Sous une telle influence, le carartère le plus jovial, l'humeur la plus égale, la patienre la plus étendue, le courage le plus robuste, se transforment *nécessairement*; r'est ce qui arriva chez elle. Au bout de quelques mois, les personnes qui l'entouraient se fatiguèrent du spectacle de ses arcès; elles furent importunées de ses plaintes; et, peu à peu, leur pitié s'atténua. Oh! la pitié! Monsieur, elle n'est pas tenace de sa nature, elle aime à changer de sujet comme l'amour; et, comme lui, elle est volage; les mêmes traits de physionomie, les mêmes arcens, les mêmes douleurs la fatiguent et l'ennuient, à moins qu'elle n'aille se loger dans des cœurs d'une trempe extraordinaire!... Telles étaient les dispositions des parens et des amis de Mme de R..., dispositions que vint seconder le médecin traitant qui, arrivé au terme de ses ressources pharmaceutiques, prit l'épouvantable responsabilité de conseiller à l'assistance, surtout au mari, de traiter la malade avec indifférence, de ne plus réder aux écarts de son imagination; et que, finalement, un semblable état devait être *brusqué*... Le capitaine, se laissant persuader, tenta de suivre cet avis, en faisant toutefois (je le dis à sa louange) de grands efforts sur lui-même. Mais, dès le premier essai de cette barbare thérapeutique, la malheureuse femme, se redressant convulsivement, et d'un ton de déscspérée, lui dit: « Et vous aussi, vous me traitez de la sorte! Oh! malheur! » Et elle s'élança vers l'une des fenêtres de sa chambre, dans le but de s'y précipiter. Dès lors, elle tomba dans l'idiotisme, car elle n'avait pas sans doute une intelligence suffisamment étendue pour devenir folle.

Voilà, Monsieur, un crime dû à l'ignorance de notre confrère. De semblables hommes ne sont pas plus médecins que ne serait algébriste celui qui, en présence du problème le plus simple, n'arriverait pas à trouver l'inconnue de ce problème. Ce sont des gens auxquels il manque le sens philosophique; *fricoteurs d'officine*, selon l'expression de Guy-Patin, ils agissent auprès de leurs malades en herboristes et en rebouteurs de village: « Ce n'est pas leur faute, ce n'est que leur coutume. »

Je suis, Monsieur, en cet endroit, très peu disposé à l'indulgenre confraternelle, car je tiens pour *intrus* ceux d'entre nous qui ne sont médecins que par la tête et non pas *un peu par le cœur*; je ne les aborde ici que d'une manière tengentielle, me réservant de les attaquer plus au large dans un travail relatif à l'intuition médicale. Je retourne à mon sujet.

On dit: « Les hypocondriaques exagèrent considérablement leurs maux; ils les écoutent et ne les combattent pas avec assez d'énergie. » Et qui donc en est juge? Qui donc a le droit d'apprécier les sensations d'un système nerveux qui ne lui appartient point? Les causes qui produisent la douleur n'ont-elles pas un mode d'action relatif au degré d'irritabilité de chaque individu? Y a-t-il deux idiosyncrasies qui se ressemblent? Chacun de nous n'a-t-il pas la sienne comme il a sa physionomie, son son de voix et son écriture? Or, il nous est interdit de nous taxer réciproquement en fait d'impressionnabilité, car le *doloromètre* est et demeurera toujours au nombre des découvertes impossibles. On juge de l'honnêteté de quelqu'un par sa conduite; de son cœur, par ses actions charitables; de son esprit, par sa conversation et par ses œuvres, mais de ses souffrancs, c'est impossible... « J'ai vu un homme, dit Marc-Antoine Petit, qui venait de se battre avec courage, trembler à la vue d'une lancette préparée pour le soulager. » Cette sorte d'inconséquence, pour qui veut en tenir compte, se rencontre à chaque pas.

Je ne puis, Monsieur, terminer aujourd'hui tout ce que j'ai à vous dire; je le suspends pour en faire le sujet d'une seconde et dernière lettre.

Je vous offre, comme toujours, mes salutations pleines de respect.

Dr DUMONT (de Monteux).

15 décembre 1851.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Plusieurs personnes du sixième arrondissement, qui font du cidre leur boisson habituelle, se trouvaient depuis quelque temps gravement indisposées, et ne savaient à quelle cause attribuer leur malaise. L'une d'elles eut l'idée de faire analyser par un homme de l'art le cidre dont elle faisait usage, et on reconnut qu'il contenait une quantité assez notable de sous-acétate de plomb. Sur la plainte qui a été faite à ce sujet, une enquête vient d'être ouverte par ordre de l'autorité.

confus et incohérent de phénomènes morbides; et comme d'ailleurs il y avait de leur part impuissance complète d'exprimer rien de positif, ils se résignèrent finalement à ne voir là qu'une maladie sans nom, et pour tout dire, une sorte d'énigme ou de monstruosité pathologique.

En définitive, c'était une fièvre typhoïde, mais d'une forme tout exceptionnelle.

Une très courte analyse suffira pour le démontrer.

(La suite au prochain numéro).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 24 Décembre 1851. — Présidence de M. le professeur TROUSSEAU.

M. HORTELOUP communique à la Société l'observation d'une jeune fille qui entra dernièrement dans son service, pour y être traitée d'une variole confluente très grave. Cette malade n'avait pas été vaccinée. Elle était convalescente depuis trois semaines environ, et M. Horteloup l'engageait tous les jours à sortir de l'hôpital, lorsqu'elle fut prise d'une fièvre typhoïde à laquelle elle faillit succomber.

M. Bayard ayant dit qu'en semant la vaccine, on récoltait la fièvre typhoïde, M. Horteloup a cité cette observation, dans le but de savoir si ses collègues avaient observé beaucoup de faits de ce genre; car on pourrait alors se demander si, en semant la variole, on ne récolterait pas la fièvre typhoïde. Il croit, d'ailleurs, que cette question est digne d'attirer l'attention de la Société, et que ses membres seraient à même de recueillir en peu de temps un nombre de faits suffisans pour l'élucider.

M. BECQUEREL a vu il y a quelques mois, dans le service de M. Serres, qu'il remplaçait à cette époque, un homme convalescent d'une fièvre typhoïde, être pris d'une variole confluente très grave. M. Bayard, qui suivait alors ce service, prétendit que ce malade n'avait pas eu de fièvre typhoïde; et cependant le diagnostic n'avait jamais offert le moindre doute. Cette circonstance le mit en garde contre les assertions de M. Bayard.

M. BOUVIER a observé un fait semblable à celui que vient de citer M. Becquerel; mais le malade mourut à la suite de la variole. Il est vrai que la convalescence de la fièvre typhoïde n'avait pas été franche, et qu'il existait encore de la diarrhée à l'époque où la variole se manifesta.

M. HORTELOUP rappelle que M. Carnot a prétendu que la vaccine, en préservant de la variole, ne faisait que retarder la mort, et qu'au lieu de mourir à un an ou deux de cette fièvre éruptive, on mourait à seize ou dix-huit ans de la fièvre typhoïde.

M. TROUSSEAU fait remarquer que cette assertion a peu de valeur, attendu que M. Carnot est étranger à la médecine. Sans cela, il aurait su qu'avant la découverte de la vaccine, on mourait de la fièvre putride, qui n'est autre chose que notre fièvre typhoïde. D'ailleurs, cette opinion n'est pas neuve, c'est un de ces nombreux préjugés traditionnels qui se propagent dans la classe populaire. Peut-être pourrait-on se demander avec plus de raison si l'extension des manufactures n'est pas une cause plus efficace de mortalité que la vaccine. Mais ce n'est pas le moment de soulever cette question. Dans le cas où la Société jugerait à propos de s'occuper de la question qui a été posée par M. Horteloup, M. Trousseau demande qu'elle veuille bien porter également son attention sur la revaccination que l'on pratique aujourd'hui dans bon nombre de pays, et qui est peut-être trop négligée en France. A l'hôpital des Enfans, il a vu mourir de la variole un certain nombre d'enfans qui avaient été vaccinés; un d'eux, entre autres, l'avait été par lui sept semaines avant l'invasion de la variole. Il y a quelques jours, il a observé une variole confluente très grave chez un jeune homme de 24 ans, qui avait aussi été vacciné.

M. HORTELOUP dit que selon M. Bousquet, un individu qui, après avoir été vacciné, serait affecté de la variole, aurait moins de chances de mort que celui qui, après avoir eu la variole, en serait affecté une seconde fois. S'il en était ainsi, la vaccine préserverait donc plus efficacement d'une variole mortelle que la variole elle-même.

M. VIGLA cite un fait de variole suivie de mort, chez un individu qui avait été affecté antérieurement de cette fièvre éruptive.

M. TROUSSEAU fait remarquer que les médecins qui pratiquent aujourd'hui la revaccination, obtiennent souvent un résultat favorable. Pour sa part, sur quatorze demoiselles qu'il a revaccinées dans un pensionnat, onze ont eu l'éruption vaccinale. Mais il désirerait savoir si ses collègues ont revacciné avec succès des personnes âgées de plus de 40 ans.

M. HORTELOUP en cite deux exemples.

M. TROUSSEAU ajoute qu'il fait cette question, parce que la variole paraît atteindre plus souvent, aujourd'hui, les personnes vaccinées que cela n'avait lieu il y a vingt ans. Ainsi, il n'est pas rare de voir les enfans de 4 à 5 ans, bien que vaccinés, être pris de la variole, et peut-être un jour faudra-t-il revenir à l'inoculation.

M. BOUVIER s'est inoculé la variole il y a quelques années, et il l'inocula en même temps à M. Tessier, qui, à cette époque, était interne des hôpitaux. Cette double inoculation ne fut suivie d'aucun résultat. M. Bouvier avait été vacciné au commencement du siècle.

M. Horteloup et M. Trousseau disent qu'ils ont été inoculés en 1824 ou 1825, par M. Husson, sans aucun résultat.

M. TROUSSEAU regarde comme incontestable, d'après le nombre des varioles que l'on observe actuellement chez les individus vaccinés, que la vaccine a moins d'efficacité qu'elle n'en avait au commencement de ce siècle.

M. VALLEIX pense que M. Trousseau pose une conclusion très grave, lorsqu'il propose de revenir à l'inoculation. Pour que cette opinion pût prévaloir, il faudrait, à son avis, posséder un nombre considérable de faits propres à démontrer, sans réplique, l'inefficacité de la vaccine. Il est possible, à la rigueur, que les cas de variole soient plus fréquens aujourd'hui chez les personnes vaccinées qu'ils ne l'étaient il y a vingt ans; mais il ne faut pas oublier que le plus souvent ces varioles, bien que très graves en apparence à leur début, se terminent néanmoins d'une manière heureuse, attendu que la fièvre de suppuration n'a pas lieu. Il pense que les faits analogues à ceux qui ont été cités par M. Trousseau sont encore assez rares, et que, pour arriver à la solution de cette question, il resterait à rechercher: 1° si les individus vaccinés atteints de variole ont eu une bonne vaccine; 2° dans quelle proportion la mort a lieu par le fait de la variole chez les individus bien vaccinés; 3° dans quelle proportion les individus bien vaccinés sont atteints de variole bénigne. Ce qui, jusqu'à plus ample vérification, lui paraît exister dans la majorité des cas. Il ne croit pas que l'inoculation puisse équivaloir à la vaccine, car souvent elle dépassait le but et engendrait une variole mortelle. Eu égard à la revaccination, il est d'avis qu'on peut s'abstenir d'y avoir recours, sans courir pour cela aucun danger, lorsqu'il n'existe pas d'épidémie de variole; mais que, néanmoins, le médecin ne doit jamais refuser de la pratiquer lorsqu'elle lui est demandée.

M. TROUSSEAU ne prétend pas que, dans l'état actuel des choses, il faille recourir à l'inoculation. Seulement, il lui est démontré que la revaccination réussit facilement, puisque dans l'armée prussienne, par exemple, plus du tiers des soldats a été revacciné avec succès. De plus, comme la variole, très rare chez les hommes de 40 à 50 ans qui ont été vaccinés, est au contraire assez fréquente chez les hommes d'un âge moins avancé et même chez les enfans très jeunes, également vaccinés: tout en admettant que la variole soit, en général, plus bénigne après vaccination, on peut craindre néanmoins, selon lui, que dans un certain nombre d'années, la vaccine n'ait plus la même efficacité; et qu'à une époque plus ou moins éloignée, on soit obligé de revenir à l'inoculation. D'ailleurs, selon M. Trousseau, cette inoculation n'est pas aussi grave par elle-même qu'on le suppose; il l'a pratiquée environ cent fois, dans des circonstances déterminées, et il n'a pas eu à s'en repentir.

M. HORTELOUP se demande si, avant de songer à l'inoculation, il ne serait pas utile de revenir de nouveau à la vaccine primitive, au cow-pox.

M. VALLEIX: Selon M. Trousseau, il y aurait aujourd'hui plus d'individus vaccinés atteints de variole que dans les premières années de notre siècle; mais il ne faut pas oublier qu'aujourd'hui le nombre des individus vaccinés est bien plus considérable qu'il ne l'était à cette époque. Dès lors, il est tout naturel que les cas de variole soient eux-mêmes plus nombreux. Quant à la difficulté que l'on éprouve à revacciner avec succès les individus âgés de plus de quarante ans, cela peut tenir à ce que l'aptitude à contracter la variole, diminue à mesure que l'on avance en âge.

M. HARDY a observé, depuis cinq à six ans, au moins quinze cas de variole chez des enfans de 2 à 5 ans; aussi, est-il disposé à admettre un affaiblissement probable dans la vertu préservatrice du vaccin; toutefois, ces varioles étaient toutes bénignes. Quant à l'inoculation, il la regarde comme très grave. Il y a quelques années, il eut l'occasion de consulter l'ouvrage de M. Thompson. Cet auteur établit qu'à Londres, dans une période de dix ans, pendant laquelle on avait pratiqué l'inoculation, la mortalité causée par la variole, avait été plus considérable que dans une autre période de même durée, antérieure à l'époque où l'inoculation fut mise en honneur.

M. BOUVIER fait remarquer que l'on publie aujourd'hui beaucoup plus d'observations qu'au commencement du siècle, et que, par cela même, les faits doivent se produire en plus grand nombre; que de plus, à cette époque, on était disposé à cacher les faits de variole qui survenaient après la vaccine. Pour juger la question de la revaccination, il faudrait aussi tenir compte du vaccin que l'on a employé pour la première vaccination, car il y a aujourd'hui deux vaccins: l'ancien, qui avait passé par un grand nombre de générations; et le nouveau, ou vaccin renouvelé, qui suit dans son évolution une marche différente, et dont les pustules sont plus larges. M. Trousseau affirme que, depuis la rénovation du vaccin, la variole est plus fréquente; mais on ne peut trancher cette question qu'à l'aide d'une statistique très étendue. Il ne faudrait pas non plus accorder une trop grande valeur aux faits observés à l'hôpital des Enfans, car cet établissement se trouve dans des conditions spéciales d'infection, et la variole y règne endémiquement. M. Bouvier a vu à l'hôpital Beaujon un homme de 45 ans, qui portait les marques irrécusables d'une première variole, mourir d'une seconde variole dont il avait été atteint pendant la convalescence d'une pneumonie. Il est convaincu que des faits analogues ont existé à une époque antérieure, et que, faute de publicité, ils ont été perdus pour la science.

M. BOUCHUT a vu, en 1843, à l'hôpital de la Charité, où il régnait alors une épidémie de variole, une jeune femme qui portait à chaque bras trois cicatrices de bonne vaccine, mourir d'une variole confluente au septième jour de l'éruption. L'année suivante, il vit également un homme qui avait été vacciné, mourir de la variole. Enfin, cette année, il eut encore l'occasion d'observer un malade qui offrait des cicatrices très apparentes de vaccine et qui mourut de la variole pendant la première période de l'éruption. Ces faits ne lui laissent aucun doute sur l'affaiblissement du virus-vaccin; ce résultat concorde d'ailleurs, avec la manière dont se comportent les autres virus après de nombreuses transmissions.

M. TROUSSEAU insiste sur ce que, en 1830, quarante ans environ après la découverte de Jenner, il était extrêmement difficile de pratiquer la revaccination avec succès, tandis que depuis huit ans, c'est-à-dire depuis l'emploi du nouveau vaccin, la revaccination est facile et que de plus la variole est beaucoup plus fréquente. Il en conclut que le vaccin a moins d'activité aujourd'hui qu'il n'en avait il y a un certain nombre d'années.

M. BOUVIER rappelle que l'Académie de médecine, avant le renouvellement du vaccin, s'est beaucoup occupée des faits qui semblaient démontrer que les cas de variole, après vaccine, devenaient de plus en plus fréquens. Il croit que cette question ne pourrait être tranchée qu'à l'aide de statistiques très étendues, et qu'il faudrait distinguer avec soin les époques auxquelles la vaccination a été pratiquée. Mais, selon lui, la vaccine n'a pas encore été employée pendant un laps de temps assez long, pour que l'on puisse retirer tout le fruit possible d'un travail aussi considérable.

M. TROUSSEAU dit qu'il ne faut pas oublier que c'est surtout chez les enfans que l'on observe aujourd'hui la variole. Cependant, depuis 1802, la vaccine a été universellement appliquée. Pourquoi donc les adultes sont-ils plutôt exempts de la variole que les enfans? Pourquoi, pendant l'épidémie de 1825, par exemple, cherchait-on des individus vaccinés qui eussent la variole?

Le secrétaire, Ch. LÉGER.

PRESSE MÉDICALE.

La Presse médicale belge. — 18 Janvier 1851.

Nouveau mode d'emploi de la morphine et de la quinine dans le traitement des fièvres intermittentes; par le docteur J. HANNON, professeur à l'Université de Bruxelles.

Ce qu'il faut pour la quinine, *c'est de produire le plus d'effet possible aux moins de frais possible.* Or, c'est ce qui n'a pas lieu aujourd'hui, le sulfate de quinine est généralement donné à des doses trop fortes, on semble ne plus craindre la surdité, l'amaurose, les gastralgies, les diarrhées, et cependant toutes les fois que ces accidens se produisent, le médicament reste sans effets.

On extrait des quinquinas de première qualité, quatre grains environ de sulfate de quinine par gros; or, des fièvres intermittentes très décidées s'arrêtent d'une manière radicale avec six gros de quinquina calisaya, administré chaque jour à la dose d'un gros, délayé dans un verre de vin immédiatement après l'accès. A cette dose correspondent en sulfate de quinine, 24 grains à prescrire par 4 grains après chaque accès, mais on en ordonne ordinairement de 10 grains à 20 grains, renouvelés aux mêmes doses pendant deux ou trois jours. C'est le triple de ce que la méthode de Sydenham exige.

Ces considérations, jointes à l'élévation sans cesse croissante du prix du sulfate de quinine, m'ont depuis longtemps déjà fait rechercher la solution du problème que je posais plus haut et qui consiste à *produire le plus d'effet possible aux moins de frais possible.*

Pour mieux faire comprendre la méthode à laquelle je me suis arrêté, citons une observation remarquable:

M. G..., qui jadis avait eu dans les Flandres des accès fréquemment répétés de fièvre intermittente, habitait Bruxelles depuis longtemps déjà, et plusieurs fois, vers l'automne, il avait senti ses accès lui revenir. Le sulfate de quinine était son remède habituel, il en prenait chaque jour à doses très fortes (de 20 à 25 grammes), et nonobstant la fièvre poursuivait son cours. Le malade, à force de prendre la quinine, avait fini par être insensible à son action, et la fièvre se renouvelait malgré les doses qu'il prenait chaque jour avant l'apparition de l'accès.

M. G... me fit appeler et j'essayai immédiatement ma méthode. Sa fièvre était tierce, et deux paroxysmes s'étaient déjà passés avant qu'il ne me fît appeler. Je prescrivis:

1° Sulfate de quinine. . . . . . 1 gram.
Sucre. . . . . q. s.

Pour faire cinq paquets.

2° Extrait gommeux d'opium. . . 25 centig.
Hydrochlorate de morphine. . 5 centig.
Extrait de valériane . . . . . 1 gram. 50 centig.

Mêlez exact. f. s. a. pil. n° 15.

Voici comment ces médicamens furent employés:

Le 29 septembre, accès à dix heures du matin, frisson suivi de chaleur et de sueur, une pilule au début de l'accès, immédiatement après l'accès un paquet de sulfate de quinine.

Le 30, apyrexie, trois pilules, une de quatre en quatre heures.

Le 1er octobre, accès à six heures du soir, trois pilules, une au matin, une à midi, une au moment du début de l'accès; immédiatement après l'accès, un paquet de quinine.

Le 2, apyrexie, trois pilules.

Le 3, accès très faible vers sept heures du soir; même traitement que le 1er octobre.

Le 4, apyrexie, trois pilules.

Le 5, pas d'accès, un paquet vers huit heures du soir.

Le 6, apyrexie, pas de traitement.

Le 7, pas d'accès, pas de traitement.

Tous les jours suivans, absence de fièvre.

Cette affection ne présenta pas de récidive, comme elle en présentait sans cesse par la méthode vicieuse suivie antérieurement par le malade, pour l'emploi du sulfate de quinine.

En suivant celle que j'ai employée, il est rare de voir les fièvres intermittentes se prolonger au-delà du troisième ou du quatrième accès; il est plus rare encore de les voir récidiver.

Il convient donc, pour guérir plus sûrement et vite que par aucune autre méthode, de donner:

1° Au début de l'accès, une pilule composée comme nous l'avons dit.

2° Immédiatement après l'accès, de quatre à cinq grains de sulfate de quinine en une seule dose.

3° Pendant l'apyrexie, et jusqu'au moment de l'accès, un nombre de pilules opiacées en rapport avec la constitution du malade.

Pour s'expliquer le mode d'action plus efficace du sulfate de quinine administré de cette façon, on doit se rendre compte: 1° de la nature de la fièvre intermittente; 2° de l'action physiologique du sulfate de quinine; 3° de l'action des opiacés.

La fièvre intermittente peut être à juste titre considérée comme une affection fébrile due aux miasmes marécageux absorbés. L'action de cette matière toxique s'exerce directement sur le système ganglionnaire, chargé spécialement de régler les sécrétions internes et la circulation. Tous les symptômes de la fièvre intermittente prouvent cette action directe du miasme sur le nerf sympathique.

Ces sécrétions sont arrêtées, d'autres sont interverties; la circulation est perturbée. La sécrétion biliaire est presque nulle; de là la constipation, le teint jaune, l'anorexie (comme on le voit surtout dans la fièvre jaune); — l'engorgement de la rate ne résulte-t-il pas d'un trouble dans la circulation? Les hydropisies qui accompagnent certaines fièvres intermittentes ne prouvent-elles pas une altération profonde dans les fonctions des reins? La sécrétion cutanée n'est-elle pas perturbée complètement? Or, le système nerveux ganglionnaire préside à toutes ces fonctions, et la fièvre intermittente n'est autre chose que la réaction du

système cérébro-spinal contre l'état de prostration du système ganglionnaire.

Le système cérébro-spinal sera d'autant plus affecté que le système ganglionnaire fonctionnera moins. Moins le foie pourra éliminer de miasmes par sa vésicule biliaire, plus les réactions cérébro-spinales seront intenses, et plus la fièvre sera aiguë. Plus le torrent circulatoire charriera de miasmes, et plus ceux-ci prostreront le système ganglionnaire pour exciter davantage le système cérébro-spinal.

Or, comment se comporteront les préparations opiacées et cinchoniques en cette circonstance.

Nous avons vu les miasmes marécageux prostrer le système nerveux de la vie végétative et surexciter consécutivement le système cérébro-spinal. L'opium, au contraire, prostre tout à la fois ces deux systèmes. Pris à certaine dose, il rend insensibles tous les centres nerveux aux agens extérieurs, comme il les rend insensibles à l'action des substances toxiques qui pourraient se rencontrer dans le sang. Par son action, le miasme marécageux reste sans effet sur les centres nerveux qui ne perçoivent plus leur pernicieuse influence. Mais l'opium ne suffit pas pour guérir la fièvre, il faudrait pour cela qu'il stimulât les fonctions végétatives. Or, il exerce sur elles une action sédative bien prononcée, et pour guérir il faudrait un médicament qui stimulât ces fonctions. Ce médicament, nous le trouvons dans le sulfate de quinine.

Le sulfate de quinine, administré à la dose de quatre ou cinq grains, excite les fonctions du nerf sympathique. Ce nerf se distribue aux vaisseaux sanguins et aux viscères du ventre et de la poitrine. Or, après l'administration de la quinine, tous les organes où ce nerf se rend sont excités et leurs fonctions de sécrétion augmentées. Qu'observe-t-on, en effet, dans le traitement de la fièvre intermittente? Au bout de quelques doses de quinine, les fonctions de sécrétion se rétablissent, tous les désordres fonctionnels disparaissent si la quinine est administrée convenablement. Mais comme le nerf sympathique communique avec la plupart des nerfs cérébraux, et surtout avec les nerfs spinaux, si les doses de quinine sont trop fortes, l'excitation du premier de ces nerfs se transmettra aux centres nerveux de la vie de relation, et la fièvre, loin de guérir, ne fera que s'aggraver. D'où résulte que, dans le traitement des fièvres intermittentes, il sera, donné à trop forte dose, plutôt nuisible qu'utile, puisque venant en aide à l'action des miasmes, il ne fera qu'irriter davantage l'encéphale. A petites doses, au contraire (de quatre ou cinq grains), il rétablit tout simplement les fonctions du sympathique sans réagir sur le cerveau et la moelle épinière.

L'opium et la quinine, administrés comme nous l'avons dit, agiront donc favorablement dans le traitement des fièvres miasmatiques. L'opium empêchera l'action irritante du miasme sur le cerveau par sa puissance sédative, — il rendra le miasme *inerte*; le sulfate de quinine excitera le système sympathique, provoquera les sécrétions internes et favorisera l'élimination des miasmes. Il est donc de toute évidence que dans le traitement des fièvres intermittentes, il faudra, pour obtenir les meilleurs résultats, administrer simultanément l'opium et la quinine.

JOURNAL DE TOUS.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Je viens vous prier d'insérer dans un prochain numéro de votre journal la note suivante, à propos du mémoire de M. Edouard Cazenave, sur les rapports qui semblent exister entre la manie aiguë et la fièvre intermittente, mémoire inséré dans l'UNION MÉDICALE du 20 janvier de cette année.

Dans mon cinquième mémoire *sur l'étude de la folie au point de vue des localisations,* j'ai rapporté, à la page 788, des faits qui prouvent que la folie aiguë se termine par des crises comme les autres maladies, et quelquefois par des accès de fièvre intermittente.

Esquirol était de cet avis, et mon mémoire adressé à la Société médicale de Tours, en 1847, vient corroborer cette opinion. M. Edouard Cazenave a publié de nouveaux faits qui sont venus après les nôtres.

Voici ce que j'ai écrit : « Parmi les crises qui terminent la folie, on » peut signaler la fièvre intermittente; dans ce cas, la folie présente » dès le principe un type intermittent qui ne disparaît que sous l'in» fluence de moyens anti-périodiques, ceux-ci réussissent d'autant » mieux, que la folie a une forme aiguë; ils ne font rien si l'on s'adresse » à une maladie mentale déjà ancienne. »

M. Edouard Cazenave avance aussi que la netteté des crises est en raison directe de l'acuité des symptômes vésaniques; la manie aiguë, qui, de toutes les formes de la folie, résume au plus haut degré l'exaltation du délire, semblerait devoir confirmer cette appréciation.

Ainsi plus de doute que le type intermittent accompagnant le délire aigu, soit une condition favorable à la guérison de la folie, et que des accès de fièvre tierce ou quarte viennent quelquefois terminer cette maladie.

Galien rapporte la guérison d'un accès de manie par la fièvre quarte; Esquirol, dans son mémoire sur les terminaisons critiques de la folie, rapporte également plusieurs guérisons après l'apparition de fièvres inflammatoires, gastriques, et fièvres tierces; moi-même, en 1847, j'ai cité plusieurs faits de guérison de folies plus ou moins aiguës, qui se sont terminées par des accès de fièvre tierce et par l'usage du sulfate de quinine.

Si j'ai pris la plume, mon cher rédacteur, c'est pour rappeler mes observations; il est utile de faire un résumé des faits que notre laborieux confrère, M. Edouard Cazenave, a si bien confirmées par les siennes.

Agréez, etc. BELHOMME, D.-M. P.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE. — Aujourd'hui a commencé l'épreuve de la leçon orale après trois heures de préparation. MM. Guérard et Marchal (de Calvi) ont eu à traiter *de la contagion*.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE. — Par arrêtés du 13 janvier 1852, M. Maissiat, docteur en médecine, agrégé libre, conservateur adjoint des collections de la Faculté de médecine de Paris, est nommé conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Thillaye, démissionnaire, qui rentrera en jouissance de la pension liquidée à son profit le 15 octobre 1844.

M. Oppermann, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Persoz.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — On assure qu'il est question d'établir, dans la banlieue de chaque chef-lieu d'arrondissement, des ateliers d'équarrissage sur le modèle des établissemens de ce genre situés dans les environs de Paris. Cette mesure ne profitera pas seulement à la santé publique, gravement compromise par les émanations fétides des cadavres qu'on a la funeste habitude de jeter dans nos campagnes, où ils séjournent jusqu'à ce qu'ils soient devenus la proie des corbeaux; la spéculation y trouvera aussi son compte.

— La ville va prochainement mettre en vente les terrains vagues situés sur le boulevard du Temple, entre la rue de Ménilmontant et celle de Crussol. Elle a aussi le projet d'établir sur une partie de l'emplacement de l'ancien jardin du couvent du Temple, un établissement de bains et lavoirs publics, création éminemment utile à la classe laborieuse de ces populeux quartiers.

Cet établissement aura son entrée principale sur la rue de la Rotonde. Le pavillon de droite sera occupé par 50 baignoires pour hommes, dont 25 de première classe et 25 de seconde. Le pavillon de gauche contiendra pareil nombre de baignoires à l'usage des femmes. Dans l'une et l'autre seront disposés des cabinets pour bains médicaux, barège, vapeur et douches. Ces deux pavillons seront séparés par une cour plantée avec jet d'eau au milieu. Au fond sera établi le lavoir, contenant 100 places de laveuses, buanderie et bassin à rincer, essoreuses, emplacement de cuves et chaudières, et de chaque côté les séchoirs, d'après le système employé à Westminster, tables à repasser et fourneaux pour les fers.

Une salle d'asile pour les enfans trouvera aussi place dans l'établissement.

Dans un second projet, l'entrée du lavoir est sur la rue de la Rotonde. L'installation de ce lavoir est calculée pour 100 places de laveuses, bureau d'administration, salle d'asile, bassin à rincer le linge et essoreuses, emplacement des chaudières et réservoirs, deux séchoirs, tables à repasser et fourneaux pour chauffer les fers.

Deux établissemens de bains comme dans le premier projet; celui des hommes ayant son entrée sur la place de la Rotonde, avec 104 baignoires, dont 52 de première classe au rez-de-chaussée, et 52 au premier étage. Dans celui des femmes, dont l'entrée serait rue de Bretagne, mêmes dispositions et même nombre de baignoires; bains de barèges, de vapeur et douches dans les deux; au premier, lingerie; au rez-de-chaussée, cabinet de médecin et logement de l'administration. Les cours plantées avec jet d'eau.

BIENFAISANCE. — La ville de Lyon va s'enrichir, grâce à la munificence de l'un de ses concitoyens, d'un nouvel établissement de bienfaisance. M. Richard a fait, dans son testament, un legs qui s'élève, dit-on, à près d'un million, pour la fondation d'un hospice d'incurables, placé sous la direction de l'autorité ecclésiastique. Cette fondation comblera une regrettable lacune.

— M. A. Devergie commencera un cours complet de maladies de la peau, samedi 31 janvier, à 9 heures 1/2, à l'hôpital Saint-Louis, et le contiuuera les samedis suivans, à la même heure, jusqu'au 31 juillet. — La visite des malades a lieu à huit henres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE-PHARMACEUTIQUE DE 1851, supplément à l'*Officine* pour 1852. Recueil annuel présentant le résumé complet de ce que les journaux spéciaux ont publié d'intéressant pour les pharmaciens, les médecins et les vétérinaires, pendant l'année qui vient de finir; en pharmacotechnie, chimie, physiologie, thérapeutique, histoire naturelle, toxicologie, hygiène, économie industrielle, économie domestique, etc., augmenté cette année des articles suivans : 1° De l'organisation de la pharmacie en France dans ses rapports avec la propagation des sciences d'application; 2° La pharmacie en Angleterre; 3° Voyage pharmaceutique à l'exposition universelle de Londres. — Prix : 1 fr, 50 c.
En vente, chez Labé, libraire, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

DU PRONOSTIC et du traitement curatif de l'ÉPILEPSIE, par le docteur T.-J. HERPIN, membre de plusieurs Sociétés savantes; ouvrage couronné par l'Institut de France. Un vol. in-8 de 620 pages. — Prix : 7 fr. 50 c.
A Paris, 1852, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

ESSAI sur la vie et la mort, les maladies, leurs causes et leur traitement déduits d'une moyenne thermométrique normale de l'organisme; par le docteur WANNER. In-8. Paris, 1851, chez Labé.

COURS D'HYGIÈNE fait à la Faculté de médecine de Paris, par Louis FLEURY, professeur-agrégé, etc. (première livraison). — In 8, chez Labé. — Prix : 2 fr.

LETTRES sur les maladies du cœur, à M. Ehrmann, professeur à la Faculté de Strasbourg (première lettre), par M. FORGET, professeur, etc.

DOCTRINE des élémens basée sur les exigences de la pratique; par M. FORGET, professeur, etc. — In-8, Strasbourg, 1852.

Le gérant, RICHELOT.

M. le docteur Delabarre fils et M. Accault, pharmacien, étaient cités, le 3 de ce mois, devant la 8e chambre du tribunal de la Seine, sous la prévention : 1° de composition d'un remède secret; 2° d'annonces et avis imprimés; 3° de vente au poids médicinal.

M. le docteur Delabarre a composé un sirop connu sous le nom de *sirop de dentition*, et qui est destiné à éviter aux enfans les maladies graves souvent causées par la première dentition.

Les annonces et le débit de ce sirop ont donné lieu à la prévention, qui est soutenue à l'audience par M. le substitut Valentin.

Me Langlois, avocat de MM. Delabarre et Accault, a présenté la défense. M. le docteur Delabarre, a-t-il dit, n'hésite pas à assumer sur lui seul toute la responsabilité de la composition qui est dénoncée à votre justice. Cette composition se rattache, en effet, pour lui, à une découverte scientifique dont il doit revendiquer l'honneur; c'est que la première dentition, chez les enfans, n'*est pas une maladie*; elle est, selon lui, et il l'a démontré dans une publication hautement appréciée par les savans et les praticiens, une fonction naturelle des organes dentaires, qui ne demande, pour s'opérer sans douleur et sans accident, que des soins propres à entretenir la santé de ces organes durant les premières années de l'enfance, et faciliter leurs fonctions.

Aussi, la préparation qu'il a trouvée a-t-elle toutes les propriétés odontalgiques désirables, les plus propres à prévenir les maladies des organes de la dentition et des accidens morbides qui peuvent en être la suite; c'est ainsi qu'il est essentiellement anticonvulsif; il ne faut donc pas confondre une œuvre de science et de pratique éclairée avec ces procédés de guérison vulgaire qu'on offre trop souvent au public.

L'avocat soutient ensuite que le sirop de dentition est composé de substances alimentaires indigènes et exotiques, dont l'innocuité est incontestable; que ses propriétés sont à la fois hygiéniques et odontalgiques, et que les médecins dentistes ont toujours eu le droit d'en composer de cette nature. Enfin, que le mode d'emploi du sirop de dentition est externe, et consiste seulement à frictionner plus ou moins souvent les gencives des jeunes enfans.

Quant à l'annonce de ce sirop par avis imprimés, il soutient qu'elle ne saurait être un délit, puisqu'il est établi qu'il n'est pas un remède secret dont la publication soit défendue.

« Le Tribunal,

» Considérant que le sirop de dentition du docteur Delabarre ne présente pas le caractère de remède secret, qu'il ne s'emploie pas à l'intérieur du corps humain, mais que l'on s'en sert pour frotter les gencives des enfans à l'époque de la dentition et comme préservatif des accidens qu'elle occasionne,

» Renvoie les prévenus des fins de la poursuite, sans dépens. »

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP.,
Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 12. SIXIÈME ANNÉE. **Jeudi 29 Janvier 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. . . . . 32 Fr. :
6 Mois. 17
3 Mois. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois . . . . 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois. . . . . 22 Fr.
1 An. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An. . . . . 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Avis à MM. les Actionnaires de l'UNION MÉDICALE.

MM. les Actionnaires de l'UNION MÉDICALE sont prévenus que l'Assemblée annuelle aura lieu le mardi 3 février prochain, à 7 heures 1/2 du soir, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre.

Cette Assemblée a pour but :

1° D'entendre le compte-rendu du Gérant sur l'exercice de 1851 ;

2° D'entendre le rapport du Comité de surveillance sur le rapport du Gérant;

3° De nommer les membres du Conseil de surveillance pour l'année 1852.

PARIS, LE 28 JANVIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un rapport très étendu de M. Piorry, sur l'emploi du chlorure de sodium dans le traitement des fièvres intermittentes, a occupé la plus grande partie de la séance d'hier, à l'Académie de médecine. Nous publions ce travail, nouveau témoignage du zèle toujours ardent de M. le professeur Piorry; mais nous ne croyons pas devoir le faire précéder de quelques réflexions. La discussion qui doit s'ouvrir mardi prochain sur les conclusions de ce rapport, nous fournira sans doute l'occasion d'exprimer notre opinion sur cette œuvre de l'honorable professeur, qu'il faut avant tout, et pour être juste, envisager sous deux points de vue, sous celui de la doctrine et sous celui des faits; le premier toujours discutable et contestable; le second seul intéressant la pratique, et digne par dessus tout de l'attention des praticiens.

M. Chatin a continué la lecture de son savant et intéressant mémoire sur la présence de l'iode dans les diverses productions de la nature. Il est à désirer que M. Chatin réunisse ces derniers travaux en corps d'ouvrage; alors seulement il sera possible d'apprécier toute la valeur, toute l'importance et l'intérêt élevé que présentent ses premières recherches.

Amédée LATOUR.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC, DANS CERTAINES FORMES DE FIÈVRE TYPHOIDE, ET NOTAMMENT DANS LA FORME DITE PECTORALE; par M. le docteur H. THIRIAL (1).

(Deuxième partie.)

C'était, disais-je, une fièvre typhoïde tout exceptionnelle.

Il y avait là une double anomalie. D'une part, cette fièvre typhoïde, ainsi que cela s'observe le plus ordinairement dans la véritable forme pectorale, se montrait dépouillée d'une partie de ses caractères les plus importans, et notamment de ce groupe symptomatique qui constitue, à proprement parler, l'*état typhoïde*; — d'autre part, cette maladie se trouvait envahie et comme surchargée par une foule de phénomènes accidentels, parasites, et, jusqu'à un certain point même, contradictoires à sa nature, qui imprimaient à sa physionomie quelque chose d'insolite, et comme un cachet d'invraisemblance.

Mais cette double anomalie, à quoi tenait-elle? Car enfin rien dans la nature, même dans la nature déviée de l'état normal, n'arrive sans cause et au hasard?

Question difficile, téméraire peut-être, mais dont la solution comblerait certainement une importante lacune de la médecine.

Il fut un temps (et ce temps n'est pas encore loin de nous) où les anomalies de l'ordre physiologique passaient pour autant de mystères, ou pour des jeux de la nature qui devaient être à jamais au-dessus de toute explication. Aujourd'hui, la *tératologie*, science toute nouvelle, est déjà parvenue à pénétrer quelques-uns de ces mystères, et à soumettre à des lois un certain nombre de ces aberrations.

Or, a-t-on fait, a-t-on eu seulement la pensée de faire pour la pathogénie quelque chose d'analogue? Et cependant, est-ce que les anomalies morbides, sortes de monstruosités de l'ordre pathologique, ne doivent pas avoir aussi leurs raisons d'être, leurs conditions de manifestation, en un mot, leurs lois? Car qui peut nier qu'il n'y ait encore de l'ordre jusque dans le désordre de la nature? La pathologie, comme science, ne repose-t-elle pas tout entière sur ce fondement?

A Dieu ne plaise que je m'aventure incidemment dans cette voie scabreuse et encore inexplorée. Mais sans songer le moins du monde à aborder la théorie tératologique des maladies, qu'il me soit permis d'indiquer simplement dans quelle direction doit être cherchée la source de la double anomalie que nous avons reconnue dans notre fièvre typhoïde.

Tout bien considéré, ne se trouverait-elle pas dans la constitution même de la malade, c'est-à-dire dans la double condition qui en formait le caractère, en même temps qu'elle en était le vice? je veux parler de cette complexion lymphatique et strumeuse, qui, chez notre jeune fille, se trouvait associée à un système nerveux mal équilibré, que je ne saurais mieux caractériser qu'en le qualifiant de système nerveux *ataxique*.

Essayons en quelques mots de faire leur part ici à chacun de ces élémens.

Il est une remarque qui n'a pas échappé sans doute aux bons observateurs, c'est que la fièvre typhoïde, à forme pectorale bien tranchée, n'apparaît pas d'une manière indifférente dans tous les temps et dans tous les lieux, ni chez tous les individus indistinctement. En d'autres termes, elle ne se manifeste que dans certaines conditions qu'il est utile d'étudier.

D'abord, il est incontestable que dans la saison froide et humide, la fièvre typhoïde présente plus souvent que dans la saison chaude et sèche des complications du côté de la poitrine; ici, il est entendu que je veux parler de complications véritables, et non pas seulement de ce léger engoûment bronchique ou pulmonaire qui fait comme partie intégrante ou habituelle de la maladie.

Mais peut-être, sous ce rapport, les constitutions atmosphériques ont-elles une action bien moindre encore que les *constitutions* dites *médicales*, c'est-à-dire l'ensemble des influences très positives, quoique très peu connues au fond, d'où résulte tel ou tel règne épidémique.

A ce sujet, je dirai, sans toutefois pouvoir m'étayer sur des résultats statistiques, qu'il m'a semblé que depuis quelques années, et notamment dans le cours de l'année dernière, ces complications graves et prédominantes s'étaient montrées avec plus de fréquence dans la fièvre typhoïde; et j'ajouterai que d'autres observateurs, quoique non prévenus comme je pouvais l'être moi-même, n'ont pas laissé de faire la même remarque. Ce fait, d'ailleurs, n'aurait rien que de rationnel, car il serait la conséquence de cette influence générale qui s'est manifestée à la même époque par une grande épidémie de *grippe*.

Mais, tout en accordant aux circonstances extérieures l'importance qui leur est due, je n'hésite pas, pour mon compte, à attribuer ici le principal rôle à des causes d'un tout autre or-

(1) Voir les numéros des 11, 13, 16 Décembre 1851, 24 et 27 Janvier 1852.

Feuilleton.

DEUXIÈME LETTRE

A Monsieur le professeur ROSTAN *sur le mot* HYPOCONDRIE (1);

Par le docteur DUMONT (de Monteux).

Monsieur et très honoré maître,

Il est une vérité pathologique dont généralement on n'est point assez pénétré, c'est que les hypocondriaques ont des termes de comparaison qui leur appartiennent d'une manière presque absolue. Je veux dire par là, que connaissant les douleurs communes à tous, ils peuvent les mettre en regard avec celles qui leur sont propres, et en sentir toute la différence. En effet, tout le monde a l'idée des angoisses que laissent dans le cœur la perte d'une personne aimée, celle d'une fortune acquise; celles de la déception, de la jalousie ou de la haine : celles surtout d'une contusion, d'une brûlure profonde, d'une névralgie, d'un rhumatisme, etc., parce que chacun a pu en faire l'expérience, mais les phénomènes morbides qui se passent chez les gens névrosés de la tête aux pieds, sont sans analogues; c'est pourquoi on les traite de billevesées... et qu'on accable de ridicule, ou tout au moins d'indifférence, les infortunés qui en sont la proie! Cependant la compassion et la médecine ne doivent se retirer devant aucune souffrance, toutes y ont droit, et celles dont il est question le commandent d'autant plus qu'elles sont un composé particulier, une sorte d'amalgame, pardonnez cette figure, de douleurs organiques et intellectuelles. Il faut que ces douleurs soient bien terribles, puisque, parvenues à un certain degré, elles portent ceux qui en sont le siége, à se débarrasser de l'existence! Vous, Monsieur, si je suis bien informé, n'êtes-vous pas, en ce moment, comme au nombre des exécuteurs testamentaires de l'un de nos bons et vénérés confrères, lequel a succombé, avant l'heure marquée par la Providence, sous le poids de ce qu'il appelait ses *tourmens ganglionnaires!..*

On dit que les hypocondriaques ne réagissent pas, ou ne réagissent que peu, envers leur état; mais c'est encore là une usurpation, une illégalité médicale, car il y a à objecter ce que je soutenais touchant le premier chef d'accusation. Qui est-ce qui peut déterminer le degré dynamique auquel s'élève tel ou tel individu dans une circonstance donnée? Où rencontrera-t-on une mesure et un moyen quelconque d'appréciation? Un cheval est attelé à une voiture extrêmement lourde, la route est difficile; le cheval s'arrête, de grands coups de fouet ne peuvent le faire avancer. Que fait en ce cas son conducteur? Il s'avise d'allumer une poignée de paille sous ses parties génitales, et le pauvre animal trouve immédiatement, dans l'action d'une douleur nouvelle et plus violente, la possibilité d'entraîner son fardeau! Alors le charretier de s'écrier : « Ah fainéant, je te ferai bien aller... » Y a-t-il au monde quelqu'un qui puisse prononcer avec certitude que ce cheval n'avait pas dépensé toute sa réaction possible avant d'être soumis à la cruelle expérience du misérable dont il dépend? Et le paralytique qui, à l'approche d'un incendie, se redresse et court... peut-on dire de lui aussi que, s'il l'eût bien voulu, il ne serait pas resté jusque là dans le repos et l'inaction? A entendre certaines gens — gens parfaitement équilibrés en toute chose — on peut se tirer de tout, et presque guérir de tout, par le secours de la volonté. Sans doute on peut beaucoup par cet agent, mais chacun en a sa dose propre, comme il a celle du bon sens, de la mémoire, de l'intelligence. Or, la question est toujours de savoir quelle est au juste cette dose.

L'homme qui va se battre en tremblant, mais qui se bat néanmoins, met en œuvre plus d'énergie que celui qui y est allé en pleine gaîté et sans la moindre émotion. Voilà où conduit l'analyse vraiment physiologique; à des conclusions qui heurtent singulièrement les idées de la foule, et c'est à ceux qui ont mission de nous initier dans les mystères de la pathologie à appuyer, plus qu'ils ne le font, sur ces hautes considérations qui renferment de si nombreuses inconnues vitales.

D'ailleurs je ferai remarquer, au profit des hypocondriaques, que, chez eux, le système qui dessert l'activité morale n'étant plus dans sa normalité, il est logique d'admettre que leurs efforts de volonté doivent avoir moins de succès que chez les personnes en qui les centres nerveux demeurent intacts. Ils réagissent, et comme ils sont obligés de le faire constamment, ils finissent souvent par se lasser du combat avant d'avoir dépensé tout leur moyen d'action; mais je répète encore : comment s'assurer que cette dépense totale a été faite?

J'ai sous les yeux une femme remplie d'intelligence, de cœur, et d'une énergie peu commune; elle est douée d'une constitution extra-nerveuse, constitution qui vient d'être perturbée sous l'influence d'une opération chirurgicale importante, l'ablation du sein, à laquelle elle ne s'est décidée que par dévoûment pour son mari. Elle est, à cette heure, aux prises avec des phénomènes dits *hypocondriaques*, et ne cesse de me répéter que les souffrances matérielles qu'elle a subies, ne sont rien en comparaison de celles qui leur ont succédé. C'est parfois quelque chose de déchirant que de voir cette pauvre malade en lutte avec elle-même, c'est-à-dire la raison se débattant à outrance contre l'aberration!... Nous, médecins, nous sommes à même d'observer assez souvent ce combat de la dualité humaine; mais franchement, mon cher Maître, y apportons-nous toujours toute notre attention? Persuadés que le patient exagère son récit et ses plaintes; n'ayant, du reste, aucune idée des maux qu'il accuse, n'en connaissant ni l'étiologie, ni la vraie nature, nous passons outre en disant : « *C'est nerveux ;* il faut ne pas se laisser abattre, allons, allons, un peu de courage, cela dépend de vous. » *C'est nerveux* !... Cela équivaut à la réponse de l'un des personnages de Molière : pourquoi l'opium fait-il dormir? *Parce qu'il a une propriété dormitive.* Belle réponse, et très satisfaisante en vérité. Dans les nombreuses maladies de l'enfance, nous avons encore une expression sacramentelle qui, le plus souvent, nous tirer d'embarras à l'endroit du diagnostic et du traitement : *c'est la dentition...* Convenons que, pour couvrir l'insuffisance de notre savoir, nous avons admis des formules bienheureuses, des mots élastiques et commodes, au moyen desquels nous nous échappons par la tangente. S'échapper, cela est permis lorsqu'on se sent convaincu; mais en fuyant, il ne faudrait pas jeter, quelquefois d'une manière aussi assurée qu'on le fait, une condamnation inconsidérée, et dire à celui qui nous demande assistance : « Ce n'est rien, *surge et vade* ! ce qui a pour conséquence de le désespérer et de faire dire aux personnes qui l'entourent : qu'*il est un malade imaginaire* ! Si nous sommes impuissans à le comprendre, à l'alléger, ne contribuons pas, tout au moins, à aggraver sa situation.

Eh quoi, Monsieur, l'hypocondriaque mérite-t-il d'être traité en paria par cela seul que ses tourmens sont invisibles et impalpables, tandis que l'on aura de la pitié et des soins pour l'homme atteint d'une goutte contractée par l'abus des plaisirs de la table, pour l'homme que ronge une syphilis, pour celui qui est blessé dans un duel qu'il a lui-même provoqué? Redressons donc notre jugement et soyons un peu plus philosophes.

Nous ne faisons point *la maison de notre âme*, si j'ose m'exprimer ainsi; seulement, nous pouvons la défaire ou l'améliorer selon la marche que prennent nos facultés. Si de fait nous n'avons reçu en naissant qu'un léger kiosque, nous n'arriverons jamais à le convertir en forteresse, quelque chose que nous fassions, et nous serons sans cesse en butte aux causes mauvaises qui tourbillonnent dans notre atmosphère. Lorsque le chêne sent à peine une raffale, le roseau plie sous la moindre agitation de l'air; et, qu'on n'en doute pas, il ne cède certainement qu'après avoir opposé sa portion de résistence à l'agent qui le maîtrise. Tandis que les *faibles* luttent, les *forts* se reposent...... Il faut féliciter ceux-ci que rien n'émeut et ne trouble, mais s'ils se targuent de leur invulnérabilité et de leur quiétude, il faut les prendre en pitié, car ils

(1) Voir le nnméro du 27 Janvier 1852.

dre, c'est-à-dire aux âges, aux constitutions, aux idiosyncrasies, en un mot, aux conditions internes, inhérentes aux individus malades.

J'irai plus loin, et j'établirai ici une distinction qui pourra paraître subtile, mais que je n'en regarde pas moins comme très fondée; ainsi, je reconnais que les causes externes peuvent aussi souvent, plus souvent même que les causes internes, donner lieu à ce que j'appellerai les *complications* thoraciques de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire à des bronchites aiguës et intenses, à des pneumonies franchement inflammatoires, mais je suis porté à croire que les causes internes seules ont le privilége de déterminer ce qui, à mes yeux, constitue la véritable *forme pectorale;* je réserve cette qualification à celle où les lésions de l'appareil respiratoire, bronchites, pneumonies, etc., revêtent un caractère tout spécial, généralement plus typhoïde qu'inflammatoire, donnent lieu à des troubles fonctionnels moins prononcés, moins manifestes, quoique au fond peut-être plus graves; et dans laquelle surtout la fièvre typhoïde ellemême a subi une modification plus ou moins profonde dans ses symptômes propres, et se trouve dépouillée de quelques-uns de ses attributs les plus caractéristiques, ainsi que nous l'avons vu dans les exemples cités.

Parmi les causes internes qui prédisposent le plus à la forme pectorale de la fièvre typhoïde, telle que je viens de la définir, je crois pouvoir placer en première ligne la constitution lymphatique et la diathèse scrofuleuse, surtout quand cette diathèse porte moins sur le tissu cellulaire extérieur que sur les membranes muqueuses.

Aussi, cette forme s'observe-t-elle principalement chez les jeunes adolescens des deux sexes, qui ont ce qu'on appelle une poitrine délicate, ou qui sont très exposés aux affections muqueuses et catarrhales. Il m'a paru encore qu'elle avait une sorte de préférence pour les jeunes filles douées à la fois d'une complexion molle et fragile, et d'un système nerveux très mobile et très impressionnable, pour celles par exemple qui, sans être véritablement sanguines, sont habituellement hautes en couleur, et sujettes aux mouvemens fluxionnaires, surtout aux congestions vers les organes pulmonaires.

C'est dans ces conditions toutes spéciales qu'on voit assez souvent la fièvre typhoïde se manifester pour ainsi dire d'emblée, sans aucune cause extérieure, par des bronchites diffuses, ou par des congestions pulmonaires profondes, et néanmoins presque *latentes* par le peu d'intensité de leurs symptômes. C'est alors encore qu'on la voit débuter par ces pneumonies lobulaires plus ou moins circonscrites qui, en raison de leur siége et de quelques caractères particuliers, simulent assez bien certaines formes de phthisie, et peuvent masquer pendant les premiers temps la maladie principale, dont elles ne sont en réalité qu'une manifestation insolite, et pour ainsi dire une efflorescence anomale.

Cette variété de fièvre typhoïde est assez commune dans les années qui précèdent ou qui suivent immédiatement l'époque de la puberté, et il importe d'être prévenu que la maladie, survenant dans ces conditions, présente, toutes choses égales d'ailleurs, un caractère plus dangereux.

Notre jeune malade nous a offert de cette vérité un bien triste témoignage; et, pour mon compte, j'ai eu occasion d'en voir bien d'autres exemples non moins probans. Aussi, ai-je appris par expérience à me tenir en garde contre toute fièvre typhoïde, lorsqu'elle coïncide avec la puberté, surtout quand la puberté est ou retardée ou laborieuse, et à me défier principalement, dans ces circonstances, de la fièvre typhoïde qui se présente sous la forme pectorale, car si son diagnostic est parfois insidieux et difficile, son pronostic est assez généralement grave, bien qu'au premier aspect il ne paraisse pas toujours très menaçant.

Ce premier point discuté et établi, il nous resterait à remonter à la source de la seconde anomalie que nous avons reconnue dans notre fièvre typhoïde, c'est-à-dire de ce concours de phénomènes morbides qui, par leur caractère hétérogène, indiquaient, à n'en pas douter, qu'ils appartenaient moins à la maladie elle-même, qu'à la personne malade. Or, où trouver ailleurs leur origine que dans la disposition particulière du système nerveux que nous avons signalée chez cette jeune fille.

Cette disposition, avons-nous dit, était héréditaire dans cette maison. Elle venait du père qui l'avait transmise à ses enfans. Ainsi déjà nous avions eu l'occasion d'en constater les effets malheureux chez la jeune sœur qui, un an auparavant, avait été emportée dans sa quatorzième année par une fièvre typhoïde qui avait également revêtu un caractère anomal et une forme des plus malignes.

Déjà, chez Mlle Claire, nous avons remarqué que cette disposition vicieuse de l'innervation s'était révélée par certaines particularités qui faisaient dire d'elle qu'en santé comme en maladie elle n'était pas comme tout le monde. Aussi son enfance avait-elle été une enfance difficile et en quelque sorte irrégulière sous le rapport de la santé.

Depuis près d'une année surtout, cette sorte d'ataxie nerveuse tendait à se prononcer de plus en plus; c'est ainsi que de temps à autre elle se manifestait par certains désordres fonctionnels ayant de l'analogie avec les symptômes de la chlorose et de l'hystérie; témoin entre autres cette toux de nature spasmodique qui venait surprendre parfois cette jeune fille au milieu de la meilleure santé apparente, se montrait sans motif appréciable et disparaissait de même. C'est cette même toux qui s'était mêlée à la fièvre gastrique dont Mlle Claire avait été affectée quelques mois avant sa fièvre typhoïde; c'est elle encore que nous avons vue éclater au début de cette dernière maladie et persister si opiniâtrement jusqu'au dernier soupir.

Quiconque n'a pas entendu résonner à ses oreilles cette toux singulière comme je l'ai entendu moi-même, presque nuit et jour, pendant plus de deux mois; et quiconque n'a pas vu naître sous ses yeux et se succéder sans cesse cette multitude d'accidens nerveux de tous genres, si disparates et si étranges dans une fièvre typhoïde, ne pourra jamais se faire une idée de l'étonnement mêlé d'incertitude et d'embarras que ce spectacle inusité devait causer aux médecins qui en étaient les témoins assidus.

Il y avait là, en effet, quelque chose d'irrégulier et pour ainsi dire de choquant.

S'il est en pathologie une loi consacrée par l'expérience, c'est celle assurément qui établit une sorte d'incompatibilité d'existence entre les affections nerveuses d'une part, et la fièvre de l'autre. Ainsi, personne n'ignore que si une maladie fébrile vient à se déclarer chez un individu affecté d'une névrose jusque là rebelle, il y a chance pour que cette névrose s'apaise ou cesse au moins temporairement, et que parfois même elle s'éteigne et disparaisse d'une manière définitive: *febris spasmos solvit*.

Ici, au contraire, admirez comme la loi se trouve non seulement contredite, mais renversée.

On voit, non pas une simple maladie fébrile, mais une affection continue, grave, caractérisée par un appareil fébrile des plus véhémens, compliquée en outre d'une phlegmasie pulmonaire très intense et très prolongée; susciter par elle-même toute la cohorte des affections nerveuses; on voit, en un mot, au milieu d'une fièvre typhoïde, les troubles les plus divers de la sensibilité, de la motilité et des sécrétions, tels qu'on les observe chez les véritables hystériques, s'accumuler sur la même tête, et se succéder sans interruption du commencement à la fin de la maladie.

L'hystérie avec la fièvre typhoïde! Voilà une association pour le moins étrange et qui suppose nécessairement dans le système nerveux une propriété morbide, une disposition ataxique portées à un bien haut degré!!

En résumé, quelle que fût leur cause ou leur origine, ces deux élémens morbides, en se greffant presque dès le début sur la fièvre typhoïde, avaient exercé ici la plus fâcheuse influence; car c'est de là que la maladie avait tiré à la fois et son obscurité et son danger. Ainsi, d'une part, la phlegmasie pulmonaire, complication grave par elle-même, avait eu tout d'abord pour résultat de faire faire fausse route au diagnostic; et d'autre part, la disposition originellement mauvaise du système nerveux avait imprimé à la maladie son caractère réfractaire, sa forme ataxique, et décidé sans doute de sa terminaison funeste. En effet, peut-on ne pas considérer comme une dernière anomalie nerveuse ce vomissement existant sans lésion apparente de l'estomac, mais s'accompagnant au contraire d'un besoin impérieux de réparation, ce vomissement qui se déclarait au moment même où tout faisait présager la convalescence, ce vomissement enfin, si incoercible, si opiniâtre et si prolongé, qui avait pour conséquence et pour terme, la mort par inanition, mort assurément très exceptionnelle à la suite de la fièvre typhoïde!

Tant il est vrai que dans ce drame pathologique, tout devait être anomal et même extraordinaire, depuis la première scène jusqu'au dénoûment.

(*La fin prochainement.*)

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE STRASBOURG.

Audience du 4 Décembre 1851.

Président, M. ADAM. — Ministère public, M. GAST.

Sommaire. — Mort par le chloroforme. — Accusation d'homicide par imprudence; inobservation des règlemens, défaut de précautions, etc.

Nous croyons devoir reproduire, d'après le dernier numéro de la *Gazette médicale de Strasbourg*, l'exposé suivant d'une poursuite judiciaire provoquée par l'emploi malheureux du chloroforme. Nos lecteurs comprendront facilement tout l'intérêt pratique et professionnel qui se rattache à ce fait important:

Cette audience ne présente pas l'aspect accoutumé des audiences de police correctionnelle. Un public plus choisi s'y est donné rendez-vous. Les bancs, qui ordinairement ne contiennent que des curieux désœuvrés, ou des parens ou amis des prévenus, suivant avec émotion les phases des débats, ont reçu cette fois un certain nombre d'adeptes de la science médicale; des professeurs de la Faculté de médecine, des praticiens de la ville et les étudians ont fourni leur contingent, et tous se préparent à assister avec recueillement aux différentes péripéties de l'intéressante cause qui les a attirés.

Le prévenu déclare se nommer Kobelt (Jean-Chrétien), âgé de 46

---

blessent le bon sens philosophique.

A l'accusation de faiblesse et de pusillanimité que l'on fait peser sur les malades dont je me fais en ce moment le champion, il en est une autre encore que je relèverai, et ce sera la dernière. On dit qu'ils sont personnels et profondément égoïstes...... Mais tous les malades sont égoïstes.

. . . . . . « Le seul pli d'une fleur
Blesse, *en réalité*, le sein de la douleur;
Le contact le plus doux avec le temps irrite,
Et tout homme souffrant devient un sybarite.... »

Ces vers, comme facture, n'ont rien de somptueux; mais Marc-Antoine Petit, en les écrivant, s'est rendu l'écho d'une vérité éternelle. Si les hypocondriaques paraissent généralement plus concentrés dans l'amour d'eux-mêmes, cela tient tout à la fois à la spécialité de leur état qui a quelque chose de si nauséabond et de si détériorant; au sentiment de gravité que cet état fait naître tout naturellement dans leur esprit; surtout enfin, à sa prolongation à perte de vue. Que l'on réfléchisse sérieusement à ces causes, et l'on verra si elles ne doivent pas nécessairement élargir le *moi* et l'élever peu à peu à une haute puissance. Or, Monsieur, en bonne et juste médecine, on ne rend pas les malades responsables des symptômes inhérens à leur affection.

Je vais m'appuyer sur des exemples, car j'ai la manie de les aimer beaucoup. Je suppose que l'homme le plus généreux du monde, et ne sachant point nager, vienne à tomber dans l'eau; quelqu'un se précipite pour le sauver, mais les mouvemens auxquels il se livre sont inconsidérés (ceci est un attribut de sa situation comme l'égoïsme en est un des douleurs chroniques), ces mouvemens sont dangereux pour celui-là même qui cherche à le secourir et qui l'en avertit. Le patient n'en tient aucun compte; le sentiment vicié de sa propre conservation l'en empêche, et, à son insu, il lui importe peu qu'un autre se noie, pourvu que lui puisse parvenir au rivage!...

Vous direz, Monsieur, que je choisis là une situation extrême! Non, elle me semble appropriée parce que les hypocondriaques sont sujets à des accès de nécrophobie dans lesquels les phénomènes qu'ils éprouvent ont pour effet de les convaincre d'un danger imminent et positif. Mais vous, mon cher Maître, qui êtes si bon, si porté pour votre prochain, je vais vous rendre très égoïste en vous mettant, par la pensée, sur l'un des navires qui louvoient dans le golfe de Gascogne, à moins cependant que vous ne soyez du petit nombre de ceux qui sont réfractaires aux doubles mouvemens du tangage et du roulis. Mais si vous ressemblez à la généralité des passagers, je vous vois tomber dans une insouciance complète à l'égard de tous vos compagnons de voyage, y eût-il, parmi eux, les êtres qui vous sont le plus chers; tout simplement sous l'empire d'une cause appréciable, limitée et de nature fort innocente. Pourquoi? Parce que vous serez perturbé et que vous ne serez plus *vous*.

Ainsi, Monsieur, qu'on ne reproche pas tant aux hypocondriaques d'être égoïstes. J'en ai rencontré plus d'un qui auraient donné des leçons de générosité et de patience à des malades d'un autre ordre, et à beaucoup de gens bien portans. Que l'on garde cette accusation pour les hommes de puissance et d'équilibre sur lesquels tombent plus de rayons de soleil que de pluie; songer aux autres est une obligation qu'ils ont la facilité de remplir et dont ils ne doivent pas perdre l'instinct. Mais nous sommes d'ordinaire plus indulgens pour ceux qui jouissent que pour ceux qui pleurent!...

Très cher Maître, je me rappelle vos beaux jours de la Salpétrière, qui furent également les miens..... jours d'illusion et de faciles labeurs dans lesquels vous nous recommandiez avec instance de faire participer tous nos sens à la recherche du diagnostic; c'est une recommandation que bien certainement vous ne manquez pas de faire encore à la foule qui vous suit à l'Hôtel-Dieu. Eh bien! permettez-moi de vous demander d'enseigner bien haut à vos disciples qu'en présence des affections mystérieuses du système nerveux, on n'arrive à rien, le plus ordinairement, avec la seule ressource des sens; qu'il faut, pour pénétrer de tels mystères, recourir à l'intuition de l'esprit et à la prescience du cœur. Vous avez, soit dit sans reproche, passablement matérialisé la science médicale dans l'amphithéâtre de vos brillans débuts, il vous reste, permettez-moi de vous le dire très humblement, à la mélanger d'un peu de platonisme; c'est-à-dire de cette philosophie transcendante qui connaît des choses sous-entendues et dont la ténuité échappe au scalpel non moins qu'au microscope.

Vous avez la faculté de fasciner vos auditeurs, de les pousser comme il vous plaît dans vos propres courans, et il vous serait facile, je le crois, de les initier à cette philosophie dont je parle. Faites-leur comprendre que la pensée ne suit pas les lois de la gravitation, que les attributs métaphysiques de l'homme ne s'attirent point en raison des masses, et que pour être réellement médecin, il faut savoir outrepasser le cercle géométrique que forment autour de nous les objets pondérables. Dites-leur, avec Zimmermann, « que pour passer du connu à l'inconnu, il faut toujours penser *plus qu'on ne voit*; se représenter ce qui n'est pas visible comme s'il l'était; conclure de ce qui est à ce qui peut être; souvent deviner et faire de fréquentes tentatives avant de pouvoir deviner. »

Lorsque vous aurez pu, Monsieur, amener vos élèves jusque-là, vous leur aurez fait accomplir ce que Pascal appelle la dernière démarche de la raison humaine; et votre école, se purgeant des capacités vulgaires qui ne comprennent que ce qui est palpable, ne sera plus qu'un composé d'hommes sérieux, véritablement dignes de la haute mission que la loi nous confie. Alors nous aurons des médecins qui ne ricaneront plus sur les infirmités occultes du système nerveux, et qui redresseront, à ce sujet, le jugement des personnes étrangères à l'art de guérir: on pourra reconnaître de *faux* malades, mais on n'en admettra plus d'*imaginaires*.....

En attendant que vous ayez formé cette génération médicale si désirable, tâchez, Monsieur, de faire promulguer une nouvelle dénomination de la maladie complexe que l'on désigne sous le nom d'*hypocondrie*.

Ici se termine mon plaidoyer. A vous de féconder les vérités qu'il renferme, et vous rendrez un éminent service à une classe d'êtres souffrans, laquelle mérite une bien vive compassion. Daignez le faire, Monsieur, EFFLAGITATU MEO.....

Votre très humble et reconnaissant élève,

Dr DUMONT (de Monteux).

Ce 15 janvier 1852.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE. — MM. Béclard et Bouchardat ont eu à traiter aujourd'hui *des poussières*.

— Par suite du décret du 19 janvier courant, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine avait à élire trois nouveaux membres. Sur 26 votans, M. Vernois, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a réuni 23 suffrages; M. Félix Boudet, chimiste, 16, et M. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, 14. M. le ministre de la police générale, sur la présentation de M. le préfet de police par intérim, vient d'approuver ces trois nominations.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 26 décembre 1851, ont été nommés médecins principaux de 2me classe:

M. Angelot, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital militaire de Lyon, en remplacement de M. Boudin, nommé à la 1re classe; M. Rollet, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, en remplacement de M. Judas, nommé à la 1re classe.

aus, *officier de santé*, né à Auenheim, grand-duché de Bade, à Strasbourg depuis l'année 1825.

Sur l'invitation de M. le président, il prend place à côté de son défenseur, Me Schæffer.

M. LE PRÉSIDENT : Êtes-vous autorisé à résider en France?

Réponse : J'ai demandé ma naturalisation en 1848, sans pouvoir l'obtenir.

M. LE PRÉSIDENT : Kobelt, vous êtes accusé d'avoir causé la mort de Mme Simon en lui faisant application du chloroforme pour l'extraction de plusieurs dents, sans avoir pris les précautions nécessaires en pareil cas et sans avoir observé les règlemens qui fixent vos attributions.

M. le procureur de la République procède à l'appel des témoins dans l'ordre suivant :

Babet H..., femme de chambre de la défunte; M. Stoltz, professeur à la Faculté de médecine; M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg; M. Simon, veuf de la victime, ce dernier à la requête du prévenu.

M. le président s'informe si M. Sédillot a été cité comme témoin. Le procureur de la République déclare le vouloir faire assister aux débats comme expert. M. Sédillot prête serment en cette qualité.

Les autres témoins prêtent serment également.

Premier témoin. Babet H..., 30 ans, femme de chambre. (Le témoin, ne parlant pas le français, est assisté d'un interprète.) Le témoin raconte que Mme Simon était tourmentée de fréquens maux de dents. On pria le médecin ordinaire, M. le professeur Stoltz, à peu près quinze jours avant l'événement, de donner son avis sur ce qu'il y avait à faire. M. Stoltz donna quelques conseils, entre autres celui d'arracher les dents malades. Mme Simon avait une grande peur des douleurs ainsi que des opérations. Finalement elle se décida à l'extraction, et alla trouver elle-même, le dimanche (c'est-à-dire deux jours avant la catastrophe), M. Kobelt pour convenir avec lui du jour de l'opération. Depuis lors elle ne cessa d'être en proie à des transes continuelles. Lorsque M. Kobelt arriva, elle passa subitement à un état d'égarement complet, la terreur s'empara d'elle, et elle eut l'idée de se sauver. Elle était pâle comme la mort. Dans ces circonstances, M. Kobelt déclara vouloir renoncer à l'opération; mais Mme Simon, redoutant encore bien plus la prolongation de ses souffrances, insista vivement pour que l'opération fût faite. Elle s'opposa surtout à ce qu'on appelât un autre médecin, de peur que celui-ci ne conseillât de remettre l'opération à un autre jour. M. Kobelt alors s'éloigna pour chercher du chloroforme, ce qui fit penser à Mme Simon qu'on l'avait définitivement renvoyé, et la fit retomber dans un nouvel état d'exaspération. Enfin M. Kobelt revint, plaça Mme Simon sur une chaise, versa du chloroforme sur un mouchoir, en expliqua l'action à la malade, puis le rapprocha successivement du nez et de la bouche. Au moment où il pouvait être encore à un centimètre des narines, Mme Simon parut morte aux assistans. Là-dessus l'opération fut faite; mais à l'extraction de la troisième dent, on conçut des inquiétudes et on s'empressa de porter remède à l'état de la malade.

Le greffier donne ensuite lecture de la déposition faite par le témoin dans l'instruction. Il en résulte que le témoin lui-même s'est fait arracher deux dents par M. Kobelt après l'éthérisation; que Mme Simon a donné la préférence au chloroforme, ayant entendu vanter cet agent; qu'il y a quatre ans, s'étant fait arracher une dent par le même opérateur, elle avait demandé l'éthérisation et avait éprouvé un refus. Les autres circonstances concordent avec la déposition orale, sauf la version concernant l'application du mouchoir.

Dans l'instruction le témoin avait déclaré que le mouchir avait été appliqué à la fin *exactement* sur le nez et la bouche, tandis qu'à l'audience elle affirme qu'il est resté à une certaine distance de ces parties.

Le témoin ajoute encore que lorsqu'on s'est aperçu de l'action délétère du chloroforme, Mme Simon fut placée horizontalement sur un canapé; qu'on la frotta avec du vinaigre et de l'eau de Cologne; que M. Kobelt fit chercher à la pharmacie un liquide blanc qu'elle ne sait nommer; qu'il essaya de faire une saignée qui n'eut pas de résultat; qu'il fit appliquer des sinapismes aux mollets, et que l'on courut chez tous les médecins dont on se rappelait le nom et l'adresse.

Le prévenu déclare n'avoir point d'observations à faire sur cette déposition.

M. LE PRÉSIDENT : Vous êtes-vous informé auprès de M. ou de Mme Simon si M. Stoltz n'avait pas manifesté le désir d'être présent à l'opération, et comment, dans l'affirmative, n'avez-vous pas tenu à attendre son arrivée ?

Réponse : J'opère toujours sans l'assistance d'un docteur en médecine, à moins qu'on ne le réclame absolument. J'ai fait cinq ou six cents fois la même chose sans avoir jamais eu le moindre accident.

M. LE PRÉSIDENT : Mais ne deviez-vous pas attendre l'arrivée du médecin pour connaître sa manière de voir, les obstacles qui pourraient s'opposer à la chloroformisation, et enfin pour entourer de toutes les garanties possibles la personne qui allait remettre sa vie entre vos mains?

Réponse : Ce sont les insistances de Mme Simon qui m'ont vaincu, je n'aurais jamais osé lui refuser,

M. LE PRÉSIDENT : Les insistances d'un malade ne sauraient être une loi pour le médecin.

Réponse : Mais, Monsieur le Président, ce que j'avais à faire était si peu de chose.

M. LE PRÉSIDENT : Vous avez malheureusement pu vous convaincre que la chloroformisation était une opération très sérieuse et très importante.

Réponse : Je n'ai pas employé trop de chloroforme.

M. LE PRÉSIDENT : Quand on soumet un malade à l'action du chloroforme, toute l'attention doit se fixer sur les progrès de l'anesthésie, sur l'état du pouls et de la respiration. Au lieu de cela, vous faites l'extraction de plusieurs dents sans vous préoccuper de l'état de votre malade; vous agissez seul, quand on voit les maîtres de l'art se faire assister constamment d'aides.

Réponse : Je fais toujours ainsi, je n'ai jamais employé d'aides. (Sourires.)

M. LE PRÉSIDENT : Il paraîtrait, d'après certains indices, que Mme Simon était à l'époque menstruelle?

Réponse : Cela est trop délicat à demander à une dame. (Stupéfaction générale.) D'ailleurs, Mme Simon ne voulait pas attendre; moi, j'ignorais cette circonstance; et puis, d'ailleurs, j'ai fait si souvent cette opération, que je ne me doutais de rien.

M. LE PRÉSIDENT : Quand vous opérez, êtes-vous ordinairement muni d'ammoniaque ou d'autres substances qui peuvent faire cesser l'anesthésie?

Réponse : J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération en présence de médecins très distingués, il n'y a jamais été question de pareilles substances.

M. LE PRÉSIDENT : Il paraît que vous avez complètement intercepté l'air avec le mouchoir?

Réponse : Je n'ai point fait ainsi. Il faut toujours que l'air circule un peu entre les organes et l'appareil.

M. le président rappelle le premier témoin, et l'engage à montrer au tribunal comment le mouchoir a été appliqué. Le témoin approche successivement son mouchoir de sa bouche, mais ne l'applique pas tout à fait.

M. LE PRÉSIDENT : Monsieur Sédillot, vous êtes l'un des juges de cette affaire. On vous demandera si la mort de Mme Simon est le résultat de l'usage du chloroforme, et s'il y a eu faute commise. Peut-être y a-t-il des détails qu'il vous serait nécessaire de connaître, et qui auraient pu échapper au tribunal. Avez-vous une question à adresser au témoin ou au prévenu?

Réponse : Non, Monsieur le Président.

Deuxième témoin, M. le professeur Stoltz.

Demande : Faites-nous connaître tous les détails?

Réponse : Absent lors de l'événement, je ne connais aucun détail de la catastrophe.

Demande : Vous avez cependant été consulté antérieurement?

Réponse : Peu de temps auparavant, j'avais été consulté par Mme Simon. Elle avait un certain nombre de dents cariées que je lui conseillai de faire enlever. Elle était pusillanime, nerveuse, craintive, et redoutait surtout les opérations. Je lui prescrivis alors des remèdes pour combattre et calmer ces douleurs. Cependant je me vis obligé de lui déclarer finalement qu'il n'y avait plus que l'extraction des dents qui pût mettre fin à ses tourmens. Je m'offris à l'assister pendant cette opération, et à la chloroformiser moi-même, car je redoutais beaucoup chez elle une action irrégulière de l'anesthésique. Mais dans son impatience d'être délivrée de ses douleurs, et redoutant les obstacles que la prudence aurait pu apporter à l'opération, elle profita de mon absence pour y faire procéder, et quand je revins elle était morte.

Demande : Vous teniez à ce que l'opération ne se fît pas sans vous. Si vous aviez assisté, comment auriez-vous fait?

Réponse : J'aurais fait à peu de chose près comme M. Kobelt; seulement j'aurais examiné attentivement le pouls, la respiration; je me serais entouré des plus grandes précautions.

Demande : Auriez-vous procédé seul à l'opération?

Réponse : Je ne le pense pas; je n'ai pas l'habitude de le faire, surtout si j'avais dû opérer l'extraction des dents moi-même.

Demande : Le médecin doit observer les progrès de l'anesthésie, il ne faut donc pas qu'il soit seul?

Réponse : Cela est très vrai; cependant pour l'extraction des dents cela arrive fréquemment.

Demande : Puisqu'il s'agissait de l'extraction de plusieurs dents, on pouvait exiger plus de prudence de la part de l'opérateur?

Réponse : Certainement.

Demande : Il paraîtrait que Mme Simon se trouvait dans une position qui aurait dû faire différer l'opération. L'auriez-vous questionnée sur ce sujet, et, dans l'affirmative, auriez-vous permis l'opération?

Réponse : Le premier devoir du médecin est de s'informer de toutes les circonstances qui doivent déterminer sa manière d'agir. Aucun phénomène vital n'est indifférent, et il importe d'éloigner toutes les chances contraires. Je me serais donc bien certainement informé si Mme Simon ne se trouvait pas par hasard à sa période cataménique, et dans l'affirmative, j'aurais différé l'opération.

M. LE PRÉSIDENT : Prévenu, avez-vous une question à adresser? Vous voyez bien que M. Stolz aurait pris des informations que vous avez négligé de prendre.

Réponse : Cela n'a pas duré cinq secondes; lorsqu'on n'emploie pas le chloroforme, l'opération dure bien plus longtemps.

M. LE PRÉSIDENT : M. Sédillot a-t-il une observation à faire?

Réponse : Non, Monsieur le Président.

Le premier témoin est rappelé; on lui demande s'il sait si Mme Simon était menstruée à l'époque de l'opération. Le témoin répond qu'il croit que Mme Simon l'était huit jours auparavant.

M. LE PRÉSIDENT à M. Sédillot : Admettez-vous que pour une personne aussi sensible l'influence de l'époque menstruelle sur l'organisme ait pu se prolonger?

Réponse : Cela est très possible.

Troisième témoin, M. Simon. M. le président explique au témoin que ce n'est point le ministère public qui l'a fait citer, que c'est à regret que le tribunal s'est vu obligé de l'appeler au milieu de ces débats si douloureux pour lui, mais que la défense, dans l'intérêt du prévenu, n'a pu renoncer à son témoignage.

Me SCHÆFFER : Nous avons certes compris comme le tribunal la position de M. Simon, et ce n'est qu'après de longues hésitations que nous nous sommes décidé à le faire citer. Mais il y a un point obscur contradictoirement relaté par un témoin, et qui est de la plus haute importance pour nous d'éclairer. Un témoin a déclaré dans l'instruction que le mouchoir a été appliqué exactement, tandis qu'à l'audience le même témoin a dit que le mouchoir est resté à quelque distance du nez et de la bouche. Or, il n'y a que ce témoin et M. Simon qui assistaient à l'opération, il n'y a donc que M. Simon seul capable de lever tous les doutes.

M. SIMON : J'étais très calme, j'ai bien observé; le mouchoir me paraît être resté à peu près à 1 centim. de la bouche. Le tout n'a pas duré une minute. M. Kobelt a commencé par bien expliquer l'action du chloroforme. Lorsque l'anesthésique commença à agir, ma femme dit : *Oh! cela vient;* puis une seconde après : *cela vient plus fort;* puis elle ne dit plus rien. Je l'observai attentivement pendant ce temps, et le caractère que prit tout à coup sa physionomie me donna des appréhensions. J'en fis l'observation à M. Kobelt, qui me tranquilisa et continua à arracher les dents. Après la troisième, pourtant, il partagea ma manière de voir, suspendit l'opération, et procéda à différentes manœuvres indiquées par la circonstance. Le tout en vain. Si j'avais pu différer l'opération, je l'aurais certainement fait; mais il m'a paru impossible de décider ma femme à renoncer à l'opération. Je craignais qu'elle ne perdît la raison.

M. LE PRÉSIDENT : Monsieur Sédillot, vous aurez à décider si M. Kobelt a été imprudent, ignorant ou maladroit. La justice n'a négligé aucun moyen pour arriver à la connaissance de la vérité. Elle s'est entourée des lumières des hommes de l'art. On a posé diverses questions à des experts, toutes relatives à l'action du chloroforme. Il va être donné communication des pièces et rapports. Veuillez y prêter la plus grande attention. Vous aurez à déclarer ensuite si vous voulez donner votre opinion immédiatement et verbalement, ou bien sous forme de rapport écrit.

Le greffier procède à la lecture des pièces suivantes, lecture dans laquelle il est remplacé bientôt par M. le procureur de la République lui-même, qui, familiarisé avec le langage de la science, rencontre beaucoup moins d'obstacles et rend sans les défigurer les termes techniques employés dans ces pièces.

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Janvier 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. BOUILLAUD, qui transmet de la part de M. PEIXOTO, de Rio-Janeiro, deux observations d'éléphantiasis du scrotum. (Comm. MM. Bally et Gibert.)

2° Une lettre de M. MUNARET, de Brignais (Rhône), sur l'usage des granules et leurs avantages dans la pratique rurale surtout. (Com. MM. Gibert et Soubeiran.)

3° Une note de M. GIRBAL, de Montpellier, sur l'introduction de l'air dans les veines. (Comm. MM. Malgaigne et Velpeau.)

4° Une note de M. RENAULT, pharmacien, sur une nouvelle préparation d'iode. (Comm. MM. Hervez de Chégoin, Réveillé-Parise et Lecanu.)

5° Un travail de M. CLERTAU, de Dijon, sur la capsulation de l'éther. (Comm. MM. Boullay et Guibourt.)

— M. PIORRY a la parole pour un rapport sur l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes, et s'exprime ainsi :

Messieurs,

M. Scelle Montdézert, médecin à Carentan, vous a adressé un mémoire sur l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes.

Vous avez chargé MM. Velpeau, Lecanu et moi, de vous rendre compte de ce travail. Avant tout, ne voulant pas rendre responsables les autres membres de la commission des opinions émises dans ce rapport, je dois avouer que la plupart d'entre elles, ainsi que les recherches sur lesquelles elles sont fondées me sont propres, et que ces messieurs n'en sont en rien solidaires.

Dès les premiers temps où je me suis occupé du mémoire de M. Scelle Mondézert, il m'a été facile de voir qu'il ne s'agissait pas ici de simples allégations, ni de faits mal observés, mais bien de résultats importans et qui méritaient une attention sérieuse. Depuis bien des années je connaissais ce médecin; il avait été mon élève; c'était lui qui avait assisté à mes premières investigations sur l'état couenneux du sang; et les expérimentations auxquelles nous nous livrâmes conjointement datent de 1829, elles démontrèrent dès lors que dans les affections inflammatoires, la fibrine est en excès dans le sang et qu'elle est contenue et suspendue dans le sérum, d'où elle se sépare pour former les membranes et les produits accidentels; c'est près de vingt ans plus tard que MM. Andral et Gavarret ont mesuré les chiffres de cette augmentation de fibrine.

M. Scelle Mondézert a pensé que, dans les fièvres d'accès, la fibrine se trouve dans le sang en quantité trop considérable et qu'elle y circule aussi bien en suspension et non en dissolution dans le sérum que dans l'état désigné par moi sous le nom d'*hémite*; de là une théorie sur les causes des accès fébriles et sur le mode de production des fièvres intermittentes.

M. Scelle Mondézert pensa aussi que le chlorure de sodium pouvait dissoudre la fibrine tenue en suspension dans la partie aqueuse du sang; il en administra dans les affections périodiques de cause paludéenne : il en guérit un grand nombre et il vous soumit les résultats de ses investigations.

Ainsi, c'est par la théorie que M. Scelle Montdézert est arrivé à un résultat pratique; s'il s'agissait de la discuter, peut-être ne vous paraîtrait-elle pas fondée.

Hors les cas de complications phlegmasiques, en effet, le sang, dans les fièvres d'accès, n'est en aucune façon couenneux, et l'addition de sel marin au sérum trouble de l'*hémite* ne détermine en rien la dissolution de la fibrine.

Mais ce n'est pas ici de théorie dont je veux vous parler, c'est de faits cliniques d'une tout autre importance; les raisonnemens, les inductions sont sujets à l'erreur et passent, la véritable expérience bien fondée sur la rigoureuse observation reste, et sous ce rapport les faits annoncés par M. Scelle Montdézert sont au-dessus de toute contestation et d'une application pratique de premier ordre.

Malheureusement, M. Scelle-Montdézert s'est borné dans les recherches dont il vous a adressé les résultats, à noter si à la suite de l'administration du chlorure de sodium dans les fièvres paludéennes, les accès se calment, s'éloignent ou cessent; il ne s'est point occupé de l'état de la rate, il n'a pas constaté si cet organe est ou non influencé par le sel marin; il ne l'a mesurée ni pendant, ni avant, ni après l'administration de cet agent chimique, il a négligé ainsi le seul moyen de s'assurer promptement, positivement de l'action du médicament qu'il proposait et qu'il avait vu réussir dans un grand nombre de cas.

Il ne faut pas lui en faire un grand reproche, il est tombé dans le même écueil contre lequel sont venus se heurter récemment la plupart de ceux qui ont cherché des succédanés au quinquina; les uns faute

de savoir assez bien percuter l'organe splénique pour être juges compétens des opinions en litige sur le siége des fièvres intermittentes ; les autres, obéissant à une conviction préconçue, qu'il est indifférent de savoir si la rate est ou non malade alors qu'existent des accès fébriles périodiques, n'ont point dit quelle était l'influence des médicamens qu'ils proposaient sur le retour de l'organe splénique à ses dimensions normales.

Ce n'est pas ainsi qu'il faut faire ; la science moderne suit une route plus sûre ; elle recherche l'état organique, elle le mesure, elle en suit les phases d'accroissement ou de diminution, elle étudie les effets thérapeutiques le compas et le crayon à la main, et à quiconque ne procède pas ainsi, elle reproche d'avoir laissé planer le doute et l'obscurité là où il était possible de porter le positivisme.

Pénétré de ces pensées, estimant très haut la personne, les travaux et les affirmations de M. Scelle-Montdézert, je me suis livré pendant plus d'une année à une série de recherches sur l'influence que pouvait exercer le sel marin, non seulement sur les fièvres d'accès, mais encore sur la rate elle-même ; ce sont les résultats de ces travaux que je vais avoir l'honneur de vous soumettre.

Permettez-moi, Messieurs, de vous dire que ces recherches scientifiques sont d'une extrême authenticité, qu'elles ont été faites publiquement, soit dans ma clinique privée à l'hôpital de la Pitié, soit à la clinique médicale de la Charité ; que des médecins nombreux versés dans la pratique de la percussion, qu'un auditoire d'élèves laborieux ont été présens aux expériences dont il s'agit, que toujours un résultat n'a été noté comme positif qu'autant qu'il avait été constaté par plusieurs observateurs.

Permettez-moi surtout de rendre ici un hommage public à la commission nommée par la Société du premier arrondissement de Paris, et composée de MM. Charruau, Bessières et Cherest, rapporteur de cette même commission, à laquelle est souvent venu se joindre M. Despaulx-Ader. Pendant plusieurs mois ces honorables médecins n'ont pas craint de se rendre presque tous les matins à l'hôpital de la Pitié, de s'exercer au plessimétrisme des divers organes et notamment de la rate, et de s'enquérir ou de constater avec le plus grand soin, soit l'état de cet organe dans les fièvres, soit l'influence qu'exerceraient sur lui la quinine, le sel marin et diverses substances réputées anti-périodiques.

Le rapport de la commission, rédigé par M. Cherest, est écrit avec tant de talent et dans un si bon esprit, qu'en vérité je n'aurais rien de mieux à faire que de le transcrire si je n'avais d'ailleurs des faits plus nombreux et plus variés à ajouter aux observations qui ont été faites par la commission, commission qui a constaté comme moi, l'influence que le sel marin exerce sur les fièvres d'accès et sur la rate.

Trente-sept observations recueillies avec soin dans les cliniques de la Pitié et de la Charité, actuellement déposées sur le bureau de l'Académie, sont les matériaux principaux qui m'ont servi à établir les réflexions et les propositions qui vont suivre.

Un plus grand nombre de faits analogues ont été vus avec soin, soit dans les services publics, soit dans ma pratique particulière, mais leur histoire n'a pas été rédigée. Je tirerai parti de ces derniers documens comme souvenirs propres à confirmer les résultats des observations détaillées dont il vient d'être parlé. Dans ces souvenirs, en effet, aucun n'a infirmé les résultats logiquement déduits des faits recueillis par les élèves.

Ce rapport sera malheureusement très étendu. L'abondance des faits dont il fait mention ne me permet pas d'être plus court ; pour abréger, je présenterai ce travail sous forme de questions que je chercherai à résoudre. Je me donnerai garde de vous lire le fastidieux récit des observations précédentes, et je me bornerai à signaler les résultats auxquels conduisent les réflexions qu'elles suggèrent.

PREMIÈRE PARTIE.

INFLUENCE DE L'INGESTION DU SEL MARIN SUR L'ÉTAT DE LA RATE.

1° Le sel marin exerce-t-il une action quelconque sur la rate saine ?

Dans un assez grand nombre d'expériences, j'avais précédemment constaté que, sous l'influence du sulfate de quinine (à la dose d'un gramme dans 30 grammes d'eau), la rate à l'*état normal* diminue très promptement de diamètre et d'épaisseur ; or, dans l'observation première, sur un homme (vu par la commission du 1er arrondissement), dont la rate n'avait que 7 centimètres de haut en bas dans le diamètre vertical, et qui n'ayant pas de fièvre d'accès, n'éprouvait que de légers accidens d'*hémitarthrite*, il y eut dans ce diamètre et sous l'influence de 30 grammes de sel marin, une diminution presque instantanée de 2 centimètres.

Sur un jeune homme âgé de 24 ans, et dont l'organisation était fort peu développée, la rate ayant seulement 4 centimètres et demi, diminua très promptement, alors que l'on fit prendre 10 grammes de sel marin (Obs. II.).

Dans plusieurs autres faits qui n'ont pas été recueillis, les résultats de l'action du sel marin sur la rate saine ont été analogues aux faits précédens.

La conséquence forcée de ce qui précède est que le sel marin exerce sur la rate saine, ainsi que cela a lieu pour la quinine, une action telle, que cet organe diminue de volume.

On voit d'ailleurs que l'alcoolé de quinine, dans les expériences de MM. Piédagnel et Pagès, que la noix vomique, dans les faits observés par M. Magendie, injectée dans le sang d'animaux vivans, font aussi brusquement diminuer la rate.

2° La rate, récemment ou anciennement tuméfiée, ayant acquis un volume médiocrement considérable, comme il en arrive dans les fièvres intermittentes légères, de types quotidien, tierce et quarte, diminue-t-elle d'une manière prompte, alors qu'on administre le sel marin ?

Des rates de 7 centimètres 1/2 (obs. III), de 8 centimètres (obs. IV, IX et X), de 8 centimètres 1/2 (obs. V et VI), de 10 centimètres (obs. VII, VIII, XVII), ont manifestement diminué de volume en deux ou trois minutes, sous l'influence de 14 grammes et moins de sel marin ; cette diminution a été portée à 2 centimètres et plus.

Il en a été de même dans des cas plus ou moins anciens et rebelles, alors que la rate présentait 11 centimètres (obs. X, XI, XII, XIII), 12, 12 et 14 centimètres (obs. XIV, XV, XXI), 16 centimètres (obs. XVI).

Il est donc évident que la réponse à la question précédente est complètement affirmative.

3° En combien de temps l'action du sel marin sur la rate s'exerce-t-elle ?

Dans tous les cas, *sans exception*, où l'on a recherché, immédiatement après avoir fait prendre le chlorure de sodium, si la rate diminuait réellement, on a constaté, en se servant d'une montre à secondes, que vers la demi-minute ou la quarantième seconde, la rate décroissait, soit dans son diamètre de haut en bas, soit horizontalement ; dernier fait qu'il était facile de reconnaître en percutant le rebord antérieur de l'organe, et en appréciant la distance qui séparait ce rebord de la ligne médiane.

C'est à peu près vers la cinquième minute après l'administration du sel, que le maximum du décroissement de la rate a lieu.

Cette hypertrophie ou mieux cette *hypomégalie* avait tout aussi bien lieu dans le sens de l'épaisseur que dans celui de la largeur et de la hauteur, car la matité diminuait sur tous les points de l'organe.

La diminution dans les dimensions de celui-ci continuait quelquefois encore dans les vingt-quatre heures qui suivaient l'administration du médicament, ce qui, dans nos observations antérieures, n'a jamais eu lieu à la suite de l'emploi de la quinine soluble.

4° La diminution dans les dimensions de la rate, à la suite de l'administration du sel marin, est-elle seulement momentanée, et l'organe revient-il à des dimensions plus considérables que celles qu'il présentait après l'injection du chlorure de sodium ?

Dans l'immense majorité des cas précédens et de ceux de même genre qui n'ont pu être recueillis sous forme d'observations, le lendemain et les jours qui suivirent celui de l'administration du sel marin, la rate restait précisément circonscrite sous les figures qui avaient été tracées lors de la diminution primitive de l'organe. Il n'en était pas de l'action du chlorure de sodium comme de celle des douches.

M. le docteur Fleury a vu celles-ci promptement diminuer le volume de l'organe splénique et partant fréquemment guérir les fièvres d'accès, mais dans bien des cas, le décroissement de la rate qui survient à la suite des douches n'est pas de durée, et quelques heures ou quelques jours après, l'organe reprend en partie ses proportions morbides.

Est-ce que le sel marin, comme la quinine soluble agiraient sur la trame intime de la rate, modifieraient dans sa profondeur le tissu malade, tandis que les douches froides détermineraient seulement une destruction, un resserrement momentané du *périspline* ou membrane d'enveloppe de cette même rate ?

Non seulement la diminution de la rate survenue après l'administration du sel marin persiste dans les jours qui suivent immédiatement celle-ci, mais encore, dans la très grande majorité des cas, elle a duré chez des individus qui ont séjourné à l'hôpital pendant plusieurs semaines.

5° L'ancienneté de la lésion splénique s'oppose-t-elle au retrait immédiat survenu dans la rate à la suite de l'emploi du sel marin ?

Dans l'observation X, une rate de onze centimètres (cas dans lequel il y avait eu plusieurs récidives) ; dans les XII, XIII, XVI, XVII observations où il s'agissait de *splénomégalies* contractées en Afrique depuis plus ou moins longtemps, la rate a tout aussi promptement diminué de volume que dans le VIIe fait, où le mal datait de quatre-vingt-seize heures, et que dans le IXe, où la fièvre remontait à huit jours seulement.

Néanmoins, il faut observer que quand la lésion, fort ancienne d'ailleurs, est accompagnée d'une modification organique profonde, telle que des indurations fibreuses du périsplène, des phymies, des carcinies spléniques, la rate diminue peu et pas plus que ne le comportent les altérations de texture dont il vient d'être fait mention.

Dans quelques-uns des cas précédens, où la rate était récemment tuméfiée, malade, la diminution a été complète et si rapide, que l'on n'a eu que deux ou trois doses de sel à administrer.

Mais le 18 novembre 1851, il y eut à la Clinique (salle Saint-Charles, n° 24) un fait remarquable ; une rate énorme était malade depuis un an, et cela à la suite d'un séjour en Sologne de celui qui la portait ; en moins d'un quart d'heure, sous l'influence successive du sel marin et de la quinine dissoute dans l'alcool, l'organe splénique reprit son état normal.

6° Mais, dans les observations précédentes, est-on bien sûr de ne pas s'en être laissé imposer par des opinions préconçues ; les résultats signalés ne seraient-ils pas, par exemple, la conséquence de dégagement de gaz à la suite de l'ingestion de liquides dans l'estomac, dégagement d'où résulterait une sonorité plus marquée dans l'hypocondre gauche ?

Si l'on venait dire, en physiologie, que la déglutition de l'eau non gazeuse et son abord dans l'estomac y font dégager des gaz, on ferait répéter une telle proposition à l'effet de s'assurer qu'on l'admet sérieusement. Je tiens trop aux formes académiques pour en dire davantage, et cependant c'est avec une telle assertion que l'on a non seulement cherché à mettre en doute, mais encore à détruire le fait le plus positif qui se puisse voir ou entendre, je veux dire la diminution en quelques secondes ou quelques minutes du volume de la rate, alors que l'on vient d'administrer de l'alcool ou du sulfate de quinine.

Percutant mal, ne dessinant pas la circonférence splénique, et étant, il faut le dire, inhabile à le faire, confondant une question de circonscription d'organe avec celle qui est relative au degré de sonorité, on a dit que si le côté gauche donnait plus de son à la suite de la déglutition du sulfate de quinine, c'était seulement aux fluides élastiques dégagés dans l'estomac qu'il fallait en rapporter la cause ; cette étrange allégation fut même faite dans un moment où il s'agissait d'un grand prix pour l'auteur de ce rapport, et elle ne trouva que trop de crédules.

(*La fin au prochain numéro.*)

Le gérant, RICHELOT.

Extrait de la *Gazette médicale de Toulouse.*
(Livraison de Mai 1851.)

THÉRAPEUTIQUE ; — EMPLATRE ÉPISPASTIQUE.

La faveur et le discrédit dont, jusqu'à ce jour, ont été entourés les médicamens de toute nature, proviennent de ce que leur efficacité a été plus ou moins reconnue et prouvée. On conçoit, sans peine, que le médecin consciencieux ne veuille pas livrer ses malades au hasard d'une médication inconnue ou dont les bons effets n'auraient pas été sanctionnés par l'expérience et patronnés par des noms d'une puissante valeur.

L'*Emplâtre épispastique* dont M. MUGUET, pharmacien à Muret, a enrichi la thérapeutique depuis plusieurs années, a subi toutes les épreuves de cette filière expérimentale, et il est sorti victorieux de la totalité des cas difficiles qu'il avait à combattre.

Personne ne conteste plus aujourd'hui les avantages immenses et les résultats avantageux que la médecine retire chaque jour de l'emploi des vésicatoires. Mais souvent le praticien est arrêté dans le choix de l'emplâtre qu'il doit employer, soit par le peu de fixité d'action, soit par le peu d'énergie du médicament qu'il a entre les mains. Or, l'emplâtre de M. MUGUET remplit parfaitement le but proposé dans la majorité des cas, celui d'une action prompte, énergique, constante et peu douloureuse, d'un pansement facile et d'un entretien nul. En effet, ce vésicatoire, auquel on donne une forme légèrement conique, de la largeur de 5 centimètres à sa base et de 1 centimètre 1/2 de hauteur, s'applique sur la peau au moyen d'une bande de toile. Il agit du sommet du cône à la base, de manière à procurer une vésication graduée et permanente pendant tout le temps qu'en dure l'application, de manière aussi qu'à mesure qu'une couche du principe actif est fondue, celle qui lui succède immédiatement vienne fonctionner à sa place. On panse ensuite comme il est dit dans le prospectus.

En pharmacien aussi savant que modeste, M. MUGUET n'a pas voulu, pour propager sa bienfaisante découverte, avoir recours au charlatanisme de l'annonce et du journalisme à grand éclat ; il voulait laisser parler les faits eux-mêmes, parce que leur parole a plus de valeur aux yeux des vrais praticiens. Maintenant que plusieurs années d'expérience ont consacré le succès de l'*emplâtre* de M. MUGUET (1), nous croyons, en satellite vigilant des progrès médicaux et pharmaceutiques, qu'il est de notre devoir d'en faire connaître l'existence au public médical, ainsi que ses principales propriétés : céphalalgies, migraines, otalgies, surdité, amaurose commençante, rhumatismes chroniques, arthrites vertébrales, etc., etc., rien n'a su résister à ce puissant dérivatif.

Le plus bel éloge que nous puissions en faire, c'est qu'il est journellement employé, avec succès, dans nos hôpitaux. Nous ne citerons pas les nombreuses expériences qui ont été faites ; nous ne voulons pour preuve de l'efficacité de ce nouvel agent thérapeutique que le certificat que M. le docteur RESSAYRE, professeur-adjoint à l'Ecole de médecine de Toulouse, médecin de l'hospice de la Grave, a délivré à l'inventeur de cet épispastique, après l'avoir expérimenté, chaque jour, dans son beau service de l'hospice de la Grave.

« Comme épispastique et dérivatif, l'onguent ou emplâtre de M. MUGUET nous a paru produire des effets plus prononcés que les mouches de Milan employées pour satisfaire à cette double indication.

» Cet épispastique produit une sécrétion très abondante pendant toute la durée de son application. Il est accompagné d'une douleur qui, très vive dans les premiers jours, se calme bientôt et devient supportable. La plaie qui lui succède se cicatrise promptement après sa chute, laisse une rougeur qui disparaît bientôt.

» Nous l'avons employé avec une amélioration marquée dans deux cas d'ophtalmie scrofuleuse.

» *Le médecin de la Grave*, RESSAYRE. »

(1) Se trouve à Muret (Haute-Garonne), chez l'auteur, M. Muguet, pharmacien. Prix : 4 fr. le pot, y compris le col. — Remise d'usage à MM. les médecins et pharmaciens.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP.,
Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 13. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 31 Janvier 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens :
1 An........... 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois........... 20 Fr.
1 An........... 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois........... 22 Fr.
1 An........... 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An........... 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Avis à MM. les Actionnaires de L'UNION MÉDICALE.

MM. les Actionnaires de l'UNION MÉDICALE sont prévenus que l'Assemblée annuelle aura lieu le mardi 3 février prochain, à 7 heures 1/2 du soir, au siége de la Société, 56, rue du Faubourg-Montmartre.

Cette Assemblée a pour but :

1° D'entendre le compte-rendu du Gérant sur l'exercice de 1851 ;

2° D'entendre le rapport du Comité de surveillance sur le rapport du Gérant ;

3° De nommer les membres du Conseil de surveillance pour l'année 1852.

BULLETIN CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. JOBERT (de Lamballe).

ABCÈS FROID DE LA CUISSE; — INJECTION DE TEINTURE D'IODE.

Le malade qui doit nous occuper, âgé de 38 ans, est né de parens bien portans, et il assure n'avoir pas offert, pendant son enfance, de signes d'affection scrofuleuse.

Il est d'un tempérament lymphatique; sa constitution est éminemment détériorée. Il tousse depuis quatre ans; depuis cette époque, il a eu plusieurs fois des hémoptysies abondantes, et la respiration est un peu gênée.

Il y a trois ans, il vit se développer, à la partie supérieure de la cuisse gauche, une petite tumeur qui, après avoir acquis le volume d'une noix, resta stationnaire pendant près d'un an. Cette tumeur était dure, elle siégeait au niveau du sillon qui sépare le scrotum de la cuisse. Au bout d'un an, elle augmenta rapidement de volume et s'étendit dans une largeur de trois ou quatre travers de doigt; mais elle resta indolente et sans changement de couleur à la peau. Elle ne causait de douleur que quand le malade se fatiguait beaucoup dans son travail. En même temps des douleurs de reins se manifestèrent; bientôt une gibbosité apparut au bas de la région dorsale de la colonne vertébrale.

Le malade entra une première fois à l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1850; il fut admis dans une salle de médecine. On lui fit prendre des pilules de Vallet et de l'huile de foie de morue. Il sortit au bout de quarante-quatre jours de séjour à l'hôpital.

Le 10 février 1851, il fut admis dans mon service, salle St-Côme, n° 12. Le siége de la tumeur, la coïncidence d'une gibbosité dorsale, pouvaient faire croire qu'on avait affaire à un abcès par congestion. Nous fûmes éloignés de cette idée par l'impossibilité de réduire la tumeur par la pression ; une ponction fut faite par le trocart; il sortit plus d'un litre d'un liquide séro-purulent et grumeleux. Quand la tumeur fut vidée, on fit une injection de teinture d'iode pure. La tumeur se reforma rapidement, mais le liquide qui la remplissait, éminemment plastique, fut résorbé avec la plus grande facilité. Il ne resta de la tumeur qu'un engorgement peu saillant à la partie interne et supérieure de la cuisse, qui n'a ni augmenté ni diminué depuis.

En même temps que nous traitions la tumeur de la cuisse, nous avons fait appliquer deux cautères de chaque côté de la gibbosité dorsale.

Il y a quatre mois, une nouvelle tumeur se forma à la partie interne et antérieure de la cuisse, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Elle s'accrut graduellement sans causer de douleur, pour acquérir le volume qu'elle a maintenant.

Rentré à l'Hôtel-Dieu le 1er janvier, le malade nous a offert l'état suivant : son teint est jaune et cachectique. Toutefois, il a conservé de l'appétit, et n'a jamais de dévoiement. La voix est altérée. La respiration est un peu gênée; la toux et l'expectoration sont peu considérables. La percussion dénote de la matité dans la clavicule du côté droit. L'auscultation révèle l'existence de quelques craquemens, surtout quand on fait tousser le malade. Les membres inférieurs sont faibles. La démarche est pénible, quoique l'incurvation du tronc ne soit pas très considérable. Au niveau des dixième et onzième vertèbres dorsales, on voit une saillie formée par les apophyses épineuses, et qui est due à l'affaissement d'une ou plusieurs vertèbres.

La tumeur de la cuisse droite doit surtout attirer notre attention. A la partie interne et supérieure de la cuisse, on sent dans l'épaisseur du tissu cellulaire quelque chose de dur; c'est le vestige de l'ancien abcès, dont les parois se sont mises en contact, après la résorption du contenu. C'est au-dessous de cette induration qu'existe la nouvelle tumeur. Cette tumeur est du volume d'une tête de fœtus, régulière, sans changement de couleur à la peau et fluctuante. Cette fluctuation est plus nette que celle de l'abcès phlegmoneux, en raison de la nature du liquide contenu, qui est moins dense. La tumeur s'étend d'une manière diffuse latéralement; elle est mieux circonscrite en haut qu'en bas. Son volume paraît augmenter quand on fait fléchir la cuisse. Elle n'est pas réductible; évidemment, il n'existe pas de communication entre elle et l'abdomen. La pression n'en est nullement douloureuse.

A ces signes, nous reconnaissons un abcès froid, développé sous l'influence d'un mauvais état de la constitution. Il s'est développé dans un point où les mouvemens sont très répétés, en dessous du siége d'une ancienne tumeur de même nature. C'est à tort que l'on a dit que ces sortes de tumeurs se montrent là où il existe des ganglions; elles se développent partout, mais surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané, si exposé aux violences extérieures. Qu'un peu de sang ou même un peu de lymphe s'épanche dans le tissu cellulaire, c'en est assez pour donner lieu à un véritable kyste purulent, chez un sujet doué d'une mauvaise constitution. Le volume de ces tumeurs varie beaucoup d'un jour à l'autre; elles peuvent être le siége d'une absorption très active, qui diminue leur volume, et fait espérer aux malades une guérison rapide. Néanmoins, la tumeur persiste; et pour que la guérison ait lieu, il faut que la membrane pyogénique soit détruite.

Que devons-nous faire pour combattre une pareille lésion? Sans négliger une bonne hygiène, l'emploi des amers et des ferrugineux, il faut avant tout faire disparaître cette tumeur qui est une cause d'épuisement pour le malade. On pourrait chercher à diminuer le volume de la tumeur par des applications successives de vésicatoires ; mais, par ce procédé, il faut beaucoup de temps pour arriver à un résultat satisfaisant. Lisfranc a conseillé de pratiquer une large incision, et de faire suppurer le sac qui forme la tumeur. Une pareille incision expose à l'infection putride, pour peu que le pus croupisse; et d'ailleurs le traumatisme doit être évité chez un individu ainsi débilité. Nous préférerons la ponction suivie de l'injection de 200 grammes de teinture d'iode pure, qui nous a déjà si bien réussi sur le même malade. Nous employons l'injection iodée, en pareil cas, depuis plusieurs années; elle ne nous a pas moins bien réussi que dans l'hydrocèle. Elle est exempte des dangers qu'on lui a attribués. La teinture d'iode n'agit pas seulement comme irritant, elle a une sorte d'action spécifique. Sous son influence, la tumeur se remplit bientôt de nouveau,

Feuilleton.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Deuxième épreuve. — Leçon orale après vingt-quatre heures de préparation.

I.

L'utilité de cette épreuve est moins contestable que celle de la précédente. Pendant vingt-quatre heures de préparation, lesquelles sont cependant bien réduites par les exigences de la profession et par la satisfaction à donner à tous les besoins de la vie, le candidat peut au moins se faire un cadre, arrêter ses divisions, assurer ses citations, se rapprocher un peu des conditions dans lesquelles peut se trouver le professeur. Mais pourquoi ne pas lui donner la liberté complète dans le choix de son sujet? Pourquoi le renfermer dans le cercle ou trop étroit ou trop étendu d'une question? Libre de son sujet, il ne ferait choix que de ceux dont le développement oral pourrait se faire dans les limites du temps qui lui est accordé, tandis que dans les conditions qui lui sont faites, si le sujet est étroit, on le voit se livrer aux plus grands efforts pour remplir son heure; s'il est trop étendu, en sacrifier plusieurs parties pour ne traiter que celles qu'il croit les plus importantes ou qui s'arrangent le mieux avec ses études et ses aptitudes.

C'est, du reste, dans ce dernier excès, l'étendue et la complexité des questions, que le jury est généralement tombé dans le choix des sujets de cette épreuve. Ce n'est pas un reproche que j'adresse au jury, car je ne crois pas possible qu'un jury quelconque puisse, dans les conditions actuelles du concours, choisir des sujets d'épreuves tellement déterminés et circonscrits, que le candidat puisse à son tour atteindre ou ne pas dépasser les limites imposées. Voilà précisément pourquoi il est irrationnel de faire un choix et d'y soumettre les candidats. Il n'est pas de cours dont le programme soit si sévèrement arrêté, qu'un sujet important qui n'aura pu être complètement traité dans une leçon, ne puisse être renvoyé à une leçon suivante. Nous allons voir dans cette épreuve presque tous les candidats, aux prises avec l'étendue et l'importance des plus hautes questions d'hygiène, s'imposer des amputations cruelles ou n'arriver qu'à la moitié de leur tâche.

II.

M. BOUCHARDAT. — *Le lait.*

Cette dernière remarque n'a pas été faite pour la leçon de M. Bouchardat. Cet honorable compétiteur a annoncé un cadre qu'il a complètement rempli. Voici comment le candidat a divisé son sujet : 1° caractères physiques du lait; 2° composition chimique ; 3° digestion du lait ; 4° variations de la composition du lait chez les différens animaux ; 5° variations selon diverses conditions, la traite, l'alimentation, etc. ; 6° falsification du lait; 7° qualités que doit présenter le lait d'une bonne nourrice ; 8° conservation du lait.

Sur ce canevas, M. Bouchardat a brodé une des meilleures et des plus agréables leçons de ce concours. On voyait que le candidat avait pris ce sujet *con amore*, et il l'a traité avec une chaleur, une verve d'enthousiasme qui ont fait de sa leçon une sorte d'hymne à la louange du lait. La partie chimique, et on devait s'y attendre, a été traitée de main de maître. Le candidat a aussi très bien exposé la physiologie de la digestion du lait, qu'il a divisée en trois phases : coagulation immédiate, dissolution lente du coagulum par le ferment de l'estomac, absorption dans l'intestin seulement d'abord des matières grasses préalablement émulsionnées par le suc pancréatique, selon les belles recherches de M. Bernard, puis des sels et autres élémens alibiles. Peut-être le candidat a-t-il donné trop d'importance et de développement à toute cette partie de la question. A mon sens, ce n'est pas la monographie du lait qu'il avait à faire; mais ce qu'on lui demandait surtout, c'était de traiter du lait au point de vue de l'hygiène. Eh bien, j'ai regret de le dire, l'hygiène a été un peu sacrifiée à la chimie et à la physiologie. Sans doute, le candidat a indiqué tous les points afférens à la question, mais quelques-uns de ces points, et les plus importans, sont restés à l'état d'indication. Je citerai par exemple les fraudes exercées sur le lait et les falsifications que l'on fait subir à cet aliment de première nécessité pour l'enfance, les convalescens et les valétudinaires. M. Bouchardat n'ignore pas que dans les grandes villes, à Paris notamment, le lait pur est une chimère, un mythe, une sorte de tradition qui se perd dans la nuit des temps. On a calculé le nombre des vaches qui existent à Paris et dans les départemens environnans, et l'on a vu que la quantité de lait qui se débite à Paris seulement, exigerait pour sa production un chiffre deux fois et demi aussi considérable de vaches que le nombre existant. On a calculé que les braves habitans de Paris paient tous les matins un impôt de 8,000 fr. à la fraude exercée sur le lait, ce qui fait, bon an mal an, un impôt de deux millions neuf cent vingt mille francs pour boire de l'eau au lieu de lait. L'administration de l'assistance publique, sur laquelle M. Bouchardat a donné dans le temps de bons renseignemens, a trouvé des adjudicataires qui lui fournissent tout son lait au prix de quatorze centimes le titre. Or, M. Bouchardat, qui, à ses nombreuses connaissances, joint une science agronomique étendue, aurait pu dire qu'il est matériellement impossible que l'on puisse produire et fournir du lait pur à ce bas prix. Pénétrant plus avant dans la partie hygiénique de son sujet, M. Bouchardat aurait pu s'étendre bien plus qu'il ne l'a fait sur les inconvéniens de l'établissement des vacheries dans les grandes villes, sur l'insalubrité du lait produit par des vaches constamment emprisonnées, privées d'air et d'exercice, et presque toutes rongées par la tuberculisation. Mais les développemens trop étendus que le candidat avait donnés à la partie chimique et physiologique de son sujet ne lui ont pas permis d'être aussi complet sur la question hygiénique proprement dite. Néanmoins, cette leçon, écoutée avec un grand plaisir, a été généralement considérée comme une des bonnes épreuves de ce concours. D'ailleurs, il y a tant de bonhomie, d'enthousiasme vrai dans M. Bouchardat, que les défauts, les exagérations de sa parole et de son geste ne nuisent pas, au contraire, à l'effet qu'il produit. L'originalité, l'excentricité même de son discours lui semblent être plus favorables que nuisibles. Cependant j'oserai conseiller à ce candidat un peu plus de correction, une attention moins distraite sur le sexe de ses substantifs, et un peu moins

mais le liquide qu'elle contient alors se résorbe, et permet le rapprochement des parois du kyste.

Louis Blin,
Interne du service.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE STRASBOURG.

Audience du 4 Décembre 1851.

Président, M. Adam. — Ministère public, M. Gast.

Sommaire. — Mort par le chloroforme. — Accusation d'homicide par imprudence; inobservation des règlemens, défaut de précautions, etc. (1)

I. Rapport médico-légal *sur l'autopsie cadavérique de la dame Simon, et sur l'analyse du sang et des différens viscères provenant du corps de cette dame. par* MM. G. Tourdes, *professeur de médecine légale;* Rigaud, *professeur de clinique externe, et* Caillot, *professeur de chimie à la Faculté de médecine de Strasbourg.*

En vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction de l'arrondissement de Strasbourg, en date du 12 juin 1851, nous soussignés, etc., avons procédé aux opérations suivantes :

1° A l'examen et à l'ouverture du corps de la dame Simon, décédée subitement le 10 juin, pendant une inhalation de chloroforme, pratiquée à l'occasion d'une extraction de dents;

2° A l'analyse chimique du sang et de différens viscères extraits du corps de cette dame,

A l'effet de déterminer si la mort a été le résultat de l'inhalation du chloroforme ou si elle doit être attribuée à une autre cause.

Renseignemens. — Les renseignemens suivans nous ont été donnés sur les faits de la cause.

M[me] Simon, âgée de 36 ans, mère de trois enfans, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, était en général d'une bonne santé; elle souffrait seulement de douleurs dentaires presque habituelles, provenant de la carie de plusieurs dents. Il y a quelques années, on lui avait extrait quatre dents molaires, et cette opération avait été l'occasion d'une vive exaltation morale. Depuis cette époque, M[me] Simon se préoccupait sans cesse des conséquences que pouvaient entraîner les caries dentaires dont elle était atteinte. Les douleurs se renouvelant, elle redoutait une maladie des os maxillaires; elle pensait qu'une nouvelle extraction de dents était nécessaire pour la garantir de ce danger, et en même temps elle craignait au plus haut point les douleurs de l'opération. Cette double préoccupation fut portée à un tel degré dans ces derniers temps, que sa santé générale en reçut une atteinte notable; elle perdit l'appétit et le sommeil, elle maigrit de manière à donner des inquiétudes à sa famille. Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'extraction des dents gâtées, et elle exigea, comme condition expresse, que l'on fît usage des inhalations de chloroforme. Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était en proie à l'agitation la plus vive, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentimens sinistres. L'opération fut pratiquée par un officier de santé, en présence du mari et d'une servante. La malade fut assise sur une chaise. On allait commencer l'opération quand elle se leva éperdue et parcourut la chambre en proférant des paroles incohérentes. On parvint à la calmer; elle déclara elle-même qu'elle était décidée à l'opération, et elle se replaça sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir qu'on approche des narines et des lèvres. La malade annonce presque aussitôt qu'elle ressent les effets du chloroforme; on pratique rapidement l'extraction des trois dents. Pendant cette opération qui ne dure qu'un instant et qui se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme : la face devient cadavéreuse; elle est morte, dit-il, et elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigue restent inutiles. La quantité de chloroforme employée avait été très faible; on nous a représenté l'ordonnance de l'officier de santé portant 10 grammes de chloroforme que l'on avait cherchés dans une pharmacie voisine; le vase en renferme encore 6 gr.,75, ce qui réduit à 3 gr.,25 la quantité de chloroforme employée.

Autopsie. Le 13 juin, à onze heures du matin, soixante-douze heures après la mort, nous avons procédé à l'ouverture du corps de la dame Simon.

Nous avons constaté les faits suivans :

1° Le corps est celui d'une femme assez robuste et bien constituée. La décoloration de la peau est générale, si ce n'est à la partie postérieure du tronc, où les lividités cadavériques sont assez prononcées; la face est pâle, son expression est calme; les yeux sont flasques, les pupilles sont fortement dilatées.

2° La rigidité cadavérique existe encore aux orteils, aux pieds, aux genoux et faiblement aux doigts. La putréfaction commence à peine; le corps n'exhale qu'une faible odeur putride; le ventre est un peu météorisé; il présente aux deux flancs une légère teinte bleuâtre.

3° Beaucoup de dents manquent; celles qui restent sont cariées; trois dents ont été recemment extraites à la mâchoire supérieure, l'incisive médiane gauche, la première molaire gauche, la troisième molaire droite. Les cavités alvéolaires sont largement ouvertes; les deux premières ont leurs parois injectées et rouges, celles de la troisième sont décolorées. L'os maxillaire est un peu tuméfié et carié dans sa lame externe, au niveau de l'alvéole de la troisième molaire droite. Le périoste est épaissi et décollé.

4° La langue est fortement rétractée; sa convexité touche la voûte palatine; sa pointe est éloignée des arcades dentaires, sa base n'est pas injectée. L'épiglotte est abaissée et couvre l'ouverture de la glotte, dont les lèvres sont écartées l'une de l'autre.

5° La muqueuse du larynx a sa coloration normale, celle de la trachée est un peu injectée; les bronches ont une teinte d'un rouge assez vif. On ne trouve d'écume que dans une des grosses divisions de la bronche droite et dans quelques rameaux plus petits du même côté.

6° Les poumons sont très volumineux; ils présentent à l'extérieur une teinte rosée en avant, rouge vineuse en arrière; deux taches rougeâtres sous-pleurales se remarquent dans la scissure qui sépare les lobes gauches. Le tissu pulmonaire incisé est d'un rouge vif qui devient d'autant plus foncé, qu'on se rapproche de la partie postérieure de l'organe; une grande quantité de sang, mêlée de peu d'écume, s'écoule de la surface des incisions. La partie supérieure des deux poumons offre de nombreuses saillies emphysémateuses formées par la dilatation de plusieurs lobules et par quelques plaques d'emphysème sous-pleural. Le bord antérieur de ces lobes est surtout dilaté par de l'air. Les lobes inférieurs présentent aussi, mais à un moindre degré, des traces d'emphysème. Toutes les parties du poumon, même les plus gorgées de sang, crépitent et surnagent. Un épaississement assez notable, trace d'une altération ancienne, existe au sommet de la plèvre du poumon droit.

7° Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité citrine. Le cœur est flasque et d'un volume médiocre. Les cavités droites sont remplies d'un sang liquide, d'une teinte foncée, mêlé de quelques caillots fibrineux. Les cavités gauches renferment une quantité beaucoup moindre d'un sang qui a les mêmes caractères physiques. Le sang n'est point spumeux. Les veines caves et les veines jugulaires contiennent beaucoup de sang; on remarque aussi une quantité notable de ce liquide dans l'aorte pectorale et ventrale, dans les iliaques primitives et dans les artères rénales.

8° L'estomac ne contient qu'une petite quantité de mucosités brunâtres; le tube digestif, légèrement injecté à l'extérieur, n'offre rien de particulier. Le foie a une teinte foncée et renferme beaucoup de sang; il en est de même de la rate qui est un peu ramollie.

9° L'utérus est volumineux; sa cavité est remplie de sang poisseux. L'ovaire gauche offre deux foyers hémorrhagiques du volume d'une fève; un foyer semblable existe dans l'ovaire droit. Les pavillons des trompes ne reposent pas sur les ovaires.

10° On distingue quelques bulles d'air dans les veines qui rampent à la surface du cerveau et dans l'artère basilaire; la pie-mère n'est pas injectée. Le parenchyme cérébral, très ramolli et d'une consistance huileuse, n'exhale point d'odeur fétide, et n'offre qu'une très légère sablure; sa coloration est normale. Les ventricules renferment très peu de sérosité. La protubérance annulaire, le cervelet, la moelle allongée et la moelle épinière, examinée jusqu'au bas de la portion dorsale, n'offrent rien de particulier.

11° Nous avons mis à part, et renfermé dans des vases cachetés et scellés, pour être soumis à l'analyse chimique, du sang provenant du cœur et des gros vaisseaux, une partie des poumons, du foie et de la rate.

Analyse chimique. — Nous étant réunis au laboratoire de la Faculté de médecine. nous avons procédé le 14 juin et jours suivans à diverses expériences préliminaires et à l'analyse du sang et des viscères extraits du corps de la dame Simon, à l'effet d'y rechercher la présence du chloroforme.

Nous avons mis en usage le procédé suivant :

Un gazomètre communiquait à l'aide d'un tube de verre avec une cornue tubulée qui renfermait les matières à examiner; ce tube plongeait au fond de la cornue. De cette cornue partait un tube de verre aboutissant à un tube de porcelaine rempli de fragmens de même matière. A ce tube était adapté un tube à trois boules contenant une solution de nitrate d'argent. Un courant d'air de sept à huit litres a traversé dans chaque opération les matières à examiner, à l'effet d'entraîner à l'état de vapeur le chloroforme qu'elles pouvaient contenir. Le tube de porcelaine étant chauffé au rouge, le chloroforme se décomposait sous l'influence de la chaleur, et la présence de l'acide hydrochlorique et du chlore libre était annoncée par un précipité qui se formait dans la solution de nitrate d'argent. Le tube de porcelaine a été chauffé au rouge, à l'effet de décomposer le chloroforme que le courant d'air aurait pu entraîner, et la solution de nitrate d'argent, se troublant, ou restant claire, offrait la réaction qui caractérisait la présence ou l'absence du chloroforme. Des essais comparatifs ont été faits sur du sang et sur des organes provenant de cadavres humains et d'animaux. Dans chaque opération, pour éviter toute cause d'erreur, l'appareil a d'abord été éprouvé avec du sang et des portions de viscères qui ne renfermaient pas de chloroforme. Nous avons obtenu les résultats suivans :

Première opération. — 50 grammes de sang de bœuf, introduits dans l'appareil, et traités suivant le procédé indiqué plus haut, ne fournissent aucune réaction. Une goutte de chloroforme, ajoutée au sang, détermine immédiatement un précipité très abondant dans la solution de nitrate argentique.

Deuxième opération. — 30 grammes environ du sang d'un lapin, tué par insufflation d'air dans les poumons, ne fournissent aucune réaction. Une même quantité du sang d'un lapin que l'on avait fait périr par injection de quelques gouttes de chloroforme liquide dans la trachée artère, est introduite dans l'appareil. Un précipité abondant se produit presque aussitôt dans la solution de nitrate argentique. Le sang d'un lapin tué par inhalation du chloroforme détermine la même réaction.

Troisième opération. — 50 grammes de sang de bœuf ne produisent aucune réaction; 50 grammes du sang d'un homme amputé de la jambe, après inhalation du chloroforme, introduits dans le même appareil déterminent d'une manière presque immédiate un précipité abondant.

Quatrième opération. — 50 grammes de sang provenant d'une saignée faite à une personne atteinte de maladie interne, ne déterminent aucune réaction. 50 grammes de sang extrait du corps de M[me] Simon, sont introduits dans le même appareil; la solution de nitrate d'argent se trouble au bout de quelques instans d'une manière très manifeste.

Cinquième opération. — 200 grammes environ de poumon, provenant du corps d'une femme qui avait succombé à une maladie interne, sont coupés en fragmens très petits, comprimés avec force, mêlés à de l'eau distillée et introduits dans l'appareil; aucune réaction ne se produit. Une même quantité de poumon, extraite du corps de M[me] Simon, et traitée de la même manière, est introduite dans le même appareil; il se forme d'une manière presque immédiate un précipité très manifeste, plus abondant que celui qui provenait du sang.

Sixième opération. — Une portion de rate, provenant du cadavre

(1) Voir le numéro du 29 Janvier 1852.

---

de sympathie pour certains adjectifs dont l'apparition est franchement trop fréquente.

M. BÉCLARD. — *Des vêtemens.*

Les considérations générales sur la nécessité pour l'homme d'avoir recours aux vêtemens, soit pour se garantir contre les influences des agens extérieurs, soit pour réparer les pertes de calorique que lui font subir le rayonnement, le contact, l'évaporation pulmonaire et la perspiration cutanée, ont absorbé la plus grande partie de la leçon de ce candidat. Il s'est livré à une longue discussion physico-physiologique sur la température du corps, que plusieurs fois de suite il a élevée à 47°, sur les modifications et les influences de la transpiration cutanée et de l'évaporation pulmonaire. Arrivant à la question en elle-même, le candidat ne croit pas utile de décrire les diverses transformations qu'ont subies les vêtemens, il les prend tels qu'ils sont; et après quelques indications de classification fondée soit sur la nature de leur matière, soit sur leur conductibilité plus ou moins grande de calorique, il aborde les diverses parties de l'habillement, en commençant par la coiffure. Il assure que les Grecs et les Romains, dans la vie civile, n'avaient pas de coiffure; que le premier chapeau qui a paru en Europe a été porté sous Charles VIII. Il s'occupe un instant des perruques, dit un mot de la cravate, et arrive à la ceinture en même temps que sonne l'heure de la fin de sa leçon.

Pour atténuer, autant qu'il est au pouvoir du critique, l'impression produite par cette leçon, je dirai qu'elle a paru généralement *insuffisante.* Je ne signalerai pas toutes les omissions qui s'y sont fait remarquer, elles ressortent de la courte indication que je viens de faire. J'ajoute, avec peine, que le candidat n'a pas racheté cette insuffisance de la matière par l'agrément et le fini de la forme. M. Béclard n'a certainement pas affronté les périls de cette lutte sans une préparation sérieuse et des études achevées; mais il lui manque évidemment l'art de faire valoir tout ce qu'il sait, de l'exposer avec ordre et clarté, et de le vulgariser avec plaisir et attrait pour celui qui l'écoute.

M. TARDIEU. — *Des appareils de chauffage.*

Comment le membre du jury, qui a mis cette question dans l'urne, a-t-il pu supposer que dans le court espace d'une heure il fût possible de traiter un sujet qui exige à la fois l'application des notions de la physique, de la chimie, de la mécanique, de la construction, de l'ingénieur, de l'économiste et de l'hygiéniste? Cette question ferait le sujet d'un bel et long ouvrage; mais d'une leçon, d'une leçon d'une heure!.... En vérité, le jury n'y a pas pensé; et, dans tous les cas, pouvait-il s'attendre à ce que cette question fût complètement traitée?

M. Tardieu a dû lui occasionner une agréable surprise; fort ingénieusement et fort habilement il a fait tout ce qu'il pouvait faire. Il a tracé un programme, il en a parcouru toutes les divisions; ne pouvant tout dire, il a tout indiqué, ne s'étendant que sur les points les plus directement afférens à la question hygiénique proprement dite.

Embrassant dans une première division très générale les appareils de chauffage, selon qu'ils sont destinés à l'élévation de la température, aux besoins culinaires, ou aux exigences de l'industrie, le candidat subdivise en quatre parties le sujet de sa leçon. Dans la première, il traite des diverses espèces de combustibles, de leur origine, de leur nature; dans la deuxième, il fait la description des divers appareils de chauffage; dans la troisième, il expose les effets généraux des influences des divers modes de chauffage sur l'homme sain et sur l'homme malade; dans la quatrième, enfin, il donne les règles relatives à l'appropriation des divers modes de chauffage aux habitations diverses, aux divers climats, aux industries, aux professions.

Dans ce cadre heureux, M. Tardieu a fait entrer tout ce que le médecin hygiéniste a intérêt à savoir sur cette question complexe. Le candidat ne s'est montré étranger à aucune des connaissances nécessaires à la solution des problèmes hygiéniques soulevés par la question. Les avantages, les inconvéniens et les dangers de chaque combustible, de chaque mode de chauffage en particulier, les moyens de remédier aux inconvéniens et aux dangers par des appareils appropriés, ont été surtout l'objet des considérations présentées par M. Tardieu. Il a étudié avec grand soin l'action des gaz délétères, produits de la combustion, en indiquant toutes les précautions à prendre, dans la construction des appareils de chauffage, pour se soustraire à leurs dangers. Les ingénieux appareils, inventés dans ces derniers temps pour chauffer les grands établissemens au moyen de la vapeur d'eau ou de l'air chaud, ont été exactement décrits par le candidat, qui s'est montré très au courant de toutes les inventions les plus récentes et les mieux accréditées.

Je ne vois aucune omission à signaler dans cette belle leçon. Dans ce sujet, que l'on pouvait croire fort ingrat pour un développement oral, M. Tardieu a trouvé l'occasion de montrer une aptitude professorale d'une grande valeur. Sa diction toujours élégante et correcte, son exposition facile, ses descriptions claires, quelques digressions heureuses, par ci par là quelques traits d'esprit ingénieux et fins, une exquise convenance de ton et de manières, une animation contenue dans les limites du bon goût, des appréciations annonçant un jugement droit et juste, des connaissances solides et variées, telles sont les qualités que l'on s'est plu généralement à reconnaître dans cette épreuve, qui a été écoutée dans un religieux silence et chaleureusement applaudie.

(*La suite au prochain n°.*) Amédée Latour.

— Par décret du 27 décembre 1851, a été nommé chirurgien aide-major de 2[e] classe, concours de 1849, M. Moretti, chirurgien aide-major commissionné au 13[e] de ligne, en remplacement de M. Pagès, retraité.

Ont été nommés médecins ordinaires de 2[e] classe : ancienneté, M. Tellier, médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Saint-Jean-Pied-de-Port, en remplacement de M. Burnet, décédé; — choix, M. Collin, médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Briançon, en remplacement de M. Fabre, démissionnaire; — ancienneté, M. Bolu, médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Strasbourg, en remplacement de M. Riboulet, nommé à la 1[re] classe; — choix, M. Ganderax, médecin-adjoint aux ambulances de la division d'Alger, en remplacement de M. Souriguère, nommé à la 1[re] classe; — ancienneté, M. Frasseto, médecin-adjoint aux ambulances de la division d'Oran, en remplacement de M. Mayer, nommé à la 1[re] classe.

d'un individu qui avait succombé à une maladie interne, est divisée en petits fragmens, comprimée avec force, mêlée à de l'eau distillée et introduite dans l'appareil; il ne se produit aucune réaction. Une même quantité de rate, provenant du corps de Mme Simon, est traitée de la même manière et introduite dans le même appareil; elle fournit une réaction manifeste, quoique moins prononcée, que celles qui provenaient du sang et du poumon. Cette rate, ouverte pendant l'autopsie, avait séjourné plusieurs jours dans un vase, et le liquide qu'elle contenait s'était écoulé en grande partie.

Septième opération. — Nous avons traité par le même procédé, dans un appareil préalablement essayé, le sang putride provenant du vase où avaient été conservés des fragmens de rate, de foie et de reins extraits du corps de la dame Simon. Un précipité très abondant s'est produit d'une manière presque immédiate. Cette dernière opération a été faite dix jours après l'autopsie.

Conclusion. — Les faits qui précèdent nous paraissent établir :

Que l'autopsie n'a fait reconnaître aucune cause de mort qui puisse être considérée comme indépendante de l'action du chloroforme;

Que les altérations pathologiques constatées sont analogues à celles que l'on a observées dans plusieurs des cas où la mort a été le résultat de l'action du chloroforme;

Qu'elles sont analogues aux lésions que l'on rencontre chez la plupart des animaux que l'on fait périr par l'action de cette substance;

Que l'analyse chimique a démontré la présence du chloroforme dans le sang, dans les poumons et dans la rate extraits du corps de la dame Simon.

Nous concluons de l'ensemble de ces faits :

1° Que la mort de la dame Simon a été le résultat de l'inhalation du chloroforme;

2° Que les circonstances dans lesquelles cette mort a eu lieu nous paraissent exceptionnelles, mais que, pour déterminer par quelles causes et sous quelles causes l'action du chloroforme a été mortelle, il est nécessaire de connaître les détails du fait, tels qu'ils ont été établis par l'instruction, et les résultats de l'analyse chimique à laquelle a été soumis le chloroforme dont on a fait usage (1).

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Janvier. — Présidence de M. Piobert.

M. le docteur Adolphe Richard, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, communique un mémoire ayant pour titre : *Essai sur l'anatomie philosophique et l'interprétation de quelques anomalies musculaires du membre thoracique dans l'espèce humaine.*

L'auteur essaie de montrer toute l'importance que peut offrir l'étude trop négligée en France des anomalies des muscles. Il en a recueilli un très grand nombre sur l'homme.

Déjà Meckel a fait voir que souvent les anomalies des muscles les rapprochent des dispositions normales chez les animaux, et que dans la même espèce, chez l'homme, par exemple, elles conduisent à des rapports analogiques entre les deux paires de membres. Partout, l'auteur a trouvé une confirmation de cette idée de Meckel. Choisissant une région restreinte du corps humain, le membre thoracique, l'auteur montre que, si l'on compare celui-ci à l'abdominal, il est des muscles qui existent à la cuisse, à la jambe, au pied, et manquent totalement au bras, à l'avant-bras, à la main.

Eh bien! ces muscles, négligés dans le type normal du membre thoracique, y apparaissent de temps en temps de toutes pièces, souvent avec le développement en tout proportionné du membre homologue; d'autres fois à l'état rudimentaire.

Ces muscles anormaux, véritables *espèces tératologiques*, fixes et invariables dans leurs caractères fondamentaux, sont décrits par l'auteur au nombre quatre.

M. Ad. Richard voulant caractériser ceux qu'il a jusqu'ici découverts les nomme :

Muscle tibial postérieur de l'avant-bras,
Muscle pédieux de la main,
Muscle grand fémoro-adducteur du bras,
Enfin *rotulien du coude.*

Il en doit exister d'autres qu'une étude persévérante découvrira à coup sûr au membre thoracique comme à l'abdominal.

L'auteur termine en montrant que le résultat de ses recherches est une confirmation des lois de la philosophie anatomique auxquelles est attaché le glorieux nom des Geoffroy Saint-Hilaire.

M. Camille Dareste, préparateur à la Faculté des sciences de Rennes, adresse un mémoire *sur les circonvolutions du cerveau.*

Ce travail a pour objet de faire ressortir quelques vues générales résultant de la comparaison de tous les faits que la science possède au sujet des circonvolutions du cerveau des mammifères.

L'auteur croit être arrivé à démontrer que le plus ou moins de développement des circonvolutions n'est point en rapport avec le développement des facultés intellectuelles, mais qu'il suit uniquement le développement de la taille.

Les ordres de la classe des mammifères dont la taille est très élevée présentent un cerveau très riche en circonvolutions; tandis que le cerveau est lisse ou à peu près lisse dans les groupes des rongeurs et des insectivores, dont la taille est très petite. Ainsi, la relation que l'auteur cherche à démontrer peut s'appliquer à l'ensemble de la classe des mammifères quand on la considère à un point de vue très général; mais cette relation acquiert un bien plus haut degré d'évidence quand on l'applique à chaque groupe en particulier. Là, en effet, en comparant les petites espèces aux grandes, on voit toujours et partout que les grandes espèces diffèrent des petites par le nombre et la complication des circonvolutions du cerveau.

Ce qui a lieu pour le cerveau paraît aussi avoir lieu pour le cervelet. M. Dareste a en effet recueilli un certain nombre de faits qui montrent que le nombre des lamelles du lobe moyen de ces organes est en rapport avec la taille de l'animal.

On peut expliquer ces faits en comparant dans chaque famille naturelle la série des cerveaux depuis ceux qui présentent une surface lisse jusqu'à ceux qui possèdent des circonvolutions nombreuses et très développées, aux divers degrés de développement des hémisphères cérébraux des plus grandes espèces. On sait, en effet, que les circonvolutions ne se développent que tardivement à la surface du cerveau, et qu'elles sont d'abord très simples, même sur les cerveaux où elles ont, à l'âge adulte, un développement considérable.

Les petites espèces doivent donc, en ce qui concerne leur cerveau, être comparées aux jeunes individus des grandes espèces des mêmes familles, comme elles l'ont été depuis longtemps déjà d'après d'autres considérations, par M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Enfin, l'auteur fait remarquer en terminant que l'étude attentive des tables que les physiologistes ont dressées sur la mesure des rapports du poids du cerveau à celle du poids du corps, conduit à ce résultat que dans un même groupe naturel, le cerveau est proportionnellement plus volumineux chez les petites espèces et chez les jeunes individus des grandes espèces que chez les grandes espèces parvenues à l'âge adulte. Comme les relations du poids du cerveau avec le développement de l'intelligence, sont des faits admis par tous les physiologistes, il en résulte que, toutes choses égales d'ailleurs, le développement de l'intelligence est plus considérable chez les petites espèces que chez les grandes.

Ce résultat est tout à fait contraire à l'opinion généralement admise que le développement des circonvolutions est une condition du développement de l'intelligence, puisque les petites espèces qui ont relativement la plus grande masse cérébrale ont le cerveau lisse ou presque lisse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Janvier 1852. — Présidence de M. Mêlier.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

M. Piorry continue ainsi :

Il n'est besoin de rien faire prendre à un malade couché sur le côté droit, pour qu'après un certain temps l'hypocondre gauche devienne plus sonore tout d'abord. Un semblable effet est constant et est dû au déplacement des matières contenues dans l'estomac et l'intestin; matières qui tombent vers les points déclives, tandis que les gaz restent en haut vers le côté gauche. Qui sait convenablement percuter tient compte de ce fait et attend quelques secondes ou même quelques minutes avant que cet effet du changement de position se soit opéré. C'est sans doute ce que n'aura pas fait l'auteur de l'expérience singulière que l'on a opposée aux milliers de faits observés sur le décroissement rapide de la rate; on ne l'aura pas fait parce que l'on ne connaissait pas ce qui vient d'être dit; on s'est borné à percuter l'organe sans le circonscrire; car si l'on eût circonscrit la rate, on aurait vu que l'eau, la limonade gazeuse, que l'eau de Seltz, que l'acide carbonique dégagé du bicarbonate de soude ingéré dans l'estomac, que la potion dite antiémétique de Rivière ne font pas diminuer la rate, tandis que le sulfate et l'alcoolé de quinine et le sel marin déterminent, en quelques secondes et en quelques minutes, une décroissance très considérable dans l'étendue de la circonférence splénique, diminution qui persiste et que l'on retrouve le lendemain et les jours suivans, tout aussi bien que le jour même où ces médicamens ont été donnés.

Les changemens de forme et de volume restant les mêmes pendant un temps aussi long, et cela bien que l'estomac contienne ou ne contienne plus d'alimens ou de gaz, il faut bien que le décroissement de volume presque instantané dont nous parlons soit réel.

Il m'est arrivé peut-être cent fois, devant un auditoire composé de personnes qui savaient tenir un plessimètre et le percuter, de rechercher si, à la suite de l'ingestion de l'eau, de la salicine, du café, du houx ou de toute autre substance réputée fébrifuge, la rate diminuait de volume et jamais nous n'avons pu constater un tel fait.

Dans l'observation IV, la commission du premier arrondissement constate, comme elle l'a fait dans plusieurs autres cas, que la rate reste la même lorsque l'eau pure est portée dans l'estomac.

Dans l'observation XXX, on expérimente encore sur les suites de l'administration de l'eau sans obtenir un résultat différent; dans la XIIe, on n'en obtient pas davantage de la salicine, tandis que dans tous les cas le sel marin fait immédiatement diminuer le volume de la rate.

7° Le sel marin exerce-t-il sur la rate une action plus prompte ou seulement aussi rapide que les préparations de quinine ?

Si l'on jette un coup-d'œil d'ensemble 1° sur les faits qui ont été observés relativement à l'action des diverses préparations de quinine; 2° sur ceux qui sont en rapport avec l'influence que le sel marin exerce sur cet organe, voici les résultats que l'on obtient :

Dans la trentième ou la quarantième seconde à partir de l'ingestion du chlorure de sodium, on observe une diminution marquée dans la dimension de la circonférence splénique, et c'est particulièrement en haut qu'on le constate, elle est alors de quelques millimètres. Ce décroissement continue successivement dans les trois ou quatre minutes suivantes, de sorte qu'en cinq minutes la diminution est portée à son maximum, et que tout décroissement ultérieur, quand il s'en opère, est très lent.

Ce sont à peu près les mêmes faits que l'on observe, alors que l'on fait prendre en une seule dose un gramme de quinine dissout dans l'alcool.

Le sulfate de cet alcaloïde végétal agit avec plus de lenteur que l'alcoolé ou que le sel marin, il faut que deux ou trois minutes se passent avant que le premier retrait de la rate soit bien appréciable et ce n'est qu'après sept ou huit minutes que l'on obtient le maximum de la diminution de l'organe splénique; il serait, du reste, impossible, dans l'état actuel de la science, de dire en quoi le maximum de diminution produite par le sel marin différerait de celui qui est en rapport avec l'administration de la quinine soluble.

8° Quel est le résultat sur la rate malade, de l'action combinée du sel marin et des préparations de quinine?

Dans un assez grand nombre de cas (observation XXI, XXII, XXIII,) on voit qu'après plusieurs doses de sel marin administrées en quelques jours, la rate, qui d'abord avait considérablement diminué de volume, ne plus décroître ensuite à chaque prise que beaucoup moins, et, par exemple, de quelques millimètres seulement; il arrive même qu'elle ne diminue un peu alors que pour reprendre ensuite et lentement le volume qu'elle présentait avant la dernière injestion du sel. Si alors on donne un gramme de quinine dissout dans l'alcool, il survient dans la rate une nouvelle diminution de volume quelquefois portée à deux ou trois centimètres.

Indépendamment des observations XXIV, XXVI, XXVII citées dans ce travail, il y a eu tout récemment à la salle Saint-Charles, n° 24, un fait de ce genre des plus remarquables. Il s'agit d'un homme qui avait été atteint en Sologne, et un an auparavant, d'une fièvre intermittente tierce, et qui en fut incomplètement guéri dans l'un des hôpitaux de Paris. Depuis la disparition des accès aigus, qui eut promptement lieu, il resta soumis à des frissons et à des sueurs irrégulièrement renouvelées; il éprouvait en outre, habituellement, un sentiment pénible dans le côté gauche. Un mois avant son entrée à l'hôpital de la Charité, il fut exposé à l'action des vapeurs qui s'élèvent le soir de la Seine; la fièvre reparut chez lui et fut de nouveau caractérisée par des accès très marqués. Le jour de la première visite à la clinique, on constata que la rate présentait 14 centimètres dans son diamètre vertical, le teint avait une couleur grisâtre et semblable à celle qu'il offre dans la cachexie splénique que j'ai désignée sous le nom d'hémosplénémie. Or, après avoir dessiné avec le plus grand soin le pourtour de la rate, je fis prendre au malade 20 grammes de sel marin; en trois minutes, cet organe était diminué de 4 centimètres; cinq minutes plus tard, 1 gramme de quinine dissout dans l'alcool étendu d'eau, fut administré au malade, et en deux minutes il y eut encore un nouveau décroissement de près de 3 centimètres, et l'organe donna dans toute son étendue moins de matité qu'auparavant; tout aussitôt le malade se trouva débarrassé du sentiment de pesanteur qu'éprouvait depuis longtemps le côté gauche; le diamètre splénique vertical fut alors réduit à un peu moins de 8 cent., et, depuis ce temps, il y a eu à peine quelques frissons fébriles qui bientôt se sont entièrement dissipés. La diminution obtenue dès les premiers jours persista, bien que les dimensions de la rate restassent toujours un peu au-dessus de celles que l'on observe à l'état normal (7 centimètres et souvent moins).

Le sulfate de quinine ne diminue pas toujours le volume de la rate; parfois la splénomégalie et la fièvre, malgré l'administration de ce médicament persistent; alors, dans quelques cas fort rares d'ailleurs, le sel marin a parfois réussi à faire diminuer la rate et cesser la fièvre. (Obs. XXIV.)

Dans un assez grand nombre de faits, le sel marin, donné exclusivement, a ramené en peu de jours la rate à ses dimensions normales. (Obs. IV, V, VI.)

Dans quelques autres, soit que les malades aient mal supporté le chlorure de sodium qui cependant avait diminué l'organe splénique, soit que le goût très désagréable qu'offrait ce médicament les eût conduits à le refuser absolument, soit enfin que la rate fût restée volumineuse, bien que l'on eût longtemps administré du sel marin, il a fallu, pour guérir, avoir recours à une ou plusieurs doses de quinine rendue soluble par l'acide sulfurique ou l'alcool.

9° Mais ces diminutions de volume observées dans les cas précédens ne seraient-elles pas survenues de la même façon si l'on n'eût employé ni sel marin ni sulfate de quinine?

La réponse à cette question se déduit de quelques centaines de faits et de plusieurs de mes observations dans lesquelles on abandonne pendant plusieurs jours à elles-mêmes et sans traitement aucun, des rates volumineuses. L'organe splénique conserva dans ces cas le même volume, qui ne décrut que sous l'influence d'un traitement par le sel marin ou par la quinine.

10° La complication d'*hydropéritonite* et de *splénomégalie* s'oppose-t-elle à l'emploi du sel marin? Voit-on l'hydropisie se dissiper sous l'influence de la diminution du volume splénique déterminée par le chlorure de sodium aussi bien qu'à la suite de celle qui résulte de l'emploi de la quinine rendue soluble?

L'observation XVII, ainsi qu'une autre non recueillie en ville, prouvent que l'effet est dans les deux cas absolument le même.

Je crois avoir le premier démontré que certaines hydropéritonites reconnaissant pour cause une splénomégalie guérissent promptement lorsque l'on fait dissiper la tuméfaction splénique.

J'avais observé de tels faits en 1838 et 1840, et dans les années suivantes, je les avais publiés; M. le docteur Leroy, notre honorable collègue, en a recueilli plus tard du même genre.

11° Dans des cas de splénomégalie accompagnée des symptômes analogues à ceux que l'on observe au début des fièvres graves et lorsqu'il y a tout lieu de penser qu'existe une affection des plaques de Peyer (*iléospilosie*) et une modification du sang par les agens putrides (*septicémie*) *septiosemie*), on voit, sous l'influence du sel marin, la rate diminuer tout aussi promptement et tout aussi complètement que si la tuméfaction de cet organe était simple. La fièvre rémittente des auteurs cesse alors, mais leur fièvre continue persiste. Il s'est même trouvé plus d'un cas où d'abord l'on croyait à l'existence de ce que l'on appelle fièvre typhoïde accompagnée d'une intumescence de la rate; on traitait ce que l'on voyait; on donnait du sel pour remédier à la splénopathie, celle-ci se dissipait et la prétendue fièvre typhoïde ne se développait pas.

12° Il résulte manifestement de ce qui précède que le sel marin, administré comme cela a eu lieu dans les observations précédentes, à la dose de 10 à 30 grammes, détermine une diminution considérable dans le volume de la rate; que, même à l'état normal, il en arrive ainsi; que, par conséquent, ce n'est pas sur une maladie ou une cause cachée de maladie, mais bien sur l'organe splénique que s'exerce l'action de ce médicament; que l'effet dont il s'agit est très rapidement obtenu; qu'il est aussi prompt que celui de la quinine dissoute dans l'alcool, et qu'il semble même se prolonger quelquefois davantage; que dès la trentième ou la quarantième seconde, on s'aperçoit déjà au moyen du plessimétrisme que l'organe splénique commence à diminuer; que le sulfate de quinine agit moins vite, puisque c'est seulement une minute et demie ou deux minutes après son ingestion dans l'estomac que la rate éprouve un décroissement considérable.

13° Il est évident encore, d'après le plus grand nombre de nos ob-

(1) L'analyse chimique a démontré la pureté du chloroforme, qui ne présentait que des traces à peine appréciables d'huile chlorée.

servations, qu'une diminution primitivement obtenue persiste, en général, indéfiniment; il faut ajouter qu'elle a lieu alors même qu'après cinq ou six minutes d'injection, la plus grande partie du sel marin est rejetée par le vomissement; nouvelle preuve encore de la rapidité avec laquelle ce médicament agit.

14° Introduit dans le rectum, alors que les malades ne peuvent le supporter autrement, le chlorure de sodium produit encore, ainsi qu'il en arrive pour le sulfate de quinine dissout dans l'acide sulfurique alcoolisé (avec un léger excès d'acide) une diminution prompte dans le volume de la rate.

15° Ce décroissement a lieu pour le sel ainsi que pour la quinine, seulement, dans les cas où la rate normale ou bien hypérémiée, ou encore enflammée, ou malade de quelque façon que ce soit, a conservé sa texture primitive. Un cancer, des tubercules, une induration fibreuse ou cartilagineuse, une métamorphose quelconque ne diminuerait pas plus sous l'influence du chlorure de sodium, dans une rate malade, que dans toute autre partie de l'organisme. Seulement, on voit dans les *spléno*-CARCINIES, PHYMIES, SCLÉROSIES, etc., l'organe diminuer d'abord, alors qu'on administre la quinine ou le sel, et cela dans la proportion de l'action de cette substance sur les tissus encore conservés et qui n'étaient encore qu'hyperhémiés.

Ce qui reste après de la spléno-mégalie ne diminue plus ensuite d'étendue ou d'épaisseur; c'est même là un caractère précieux de diagnose, en ce sens, que lorsque la rate reste grosse après plusieurs doses de sel marin ou de quinine, et reste telle, quelque chose que l'on fasse, il faut bien qu'il y ait dans l'organe quelque lésion profonde de tissu, cancer, tubercules, etc., qui s'oppose au retour de l'organe à ses dimensions naturelles. En général, il est même probable qu'il en est ainsi, alors que l'on voit la rate qui d'abord, et sous l'influence du sel marin ou de la quinine, avait diminué de volume, augmenter les jours suivans et de diamètre et d'épaisseur.

16° Dans nos observations, les doses auxquelles le sel marin a été donné, ont en général varié de dix à trente grammes; je ne pourrais dire d'une manière positive et absolue si la rate décroît davantage et plus vite alors qu'on administre la première proportion ou qu'on donne la seconde; il est certain cependant que le plus souvent on voit une forte dose de ce médicament agir plus énergiquement qu'une dose faible.

Pour savoir au juste à quoi s'en tenir sur ce sujet, il faudrait employer des proportions différentes de sel sur des individus qui seraient exactement dans les mêmes circonstances; c'est ce que nous n'avons pas fait, et ce qu'il est même fort difficile de faire.

17° Dans le plus grand nombre des cas le sel marin est assez mal supporté; administré par la bouche, il reste, en général, dans l'estomac pendant quelques minutes, durant un quart d'heure, et trop souvent il est alors rejeté par le vomissement. Ce temps de séjour dans le tube digestif ou angibrôme, suffit le plus souvent, comme je l'ai dit, pour que son action atrophiante sur la rate se soit exercée; c'est cependant là, il faut le dire, un très grave inconvénient à reprocher à l'emploi du chlorure de sodium. Pour l'éviter, j'ai eu recours à un grand nombre de moyen. J'ai fait prendre le sel dans du bouillon de bœuf, dans des potions diverses, dans des boissons aromatisées de différentes manières, et je n'ai point obtenu la tolérance de l'estomac que je recherchais.

Le goût de chlorure de sodium à haute dose est très désagréable, les malades le refusent souvent à son administration, et préfèrent de beaucoup la saveur du sulfate de quinine; ce n'est point le café dans lequel ont le dissout qui masque l'amertume du sel de quinine. Il est un moyen bien plus commode qui réussit très bien: on fait mâcher à demi un fragment de chocolat, puis on engage le malade à le conserver entre les dents et les joues, alors on fait rapidement avaler le sulfate de quinine en solution, et immédiatement après le malade finit de triturer et d'avaler le chocolat; dans ces circonstances il éprouve à peine la sensation désagréable qui résulte de la déglutition du sel à base de quinine.

J'ai cherché à obtenir le même effet pour le sel marin, croyant d'abord que le goût désagréable du sel était la cause des vomissements, j'ai fait aussi mâcher du chocolat, mais sans succès, et fréquemment encore le chlorure de sodimm a été vomi. De tous ses véhicules, celui qui m'a le mieux réussi est le bouillon à l'oseille dans une tasse duquel je faisais dissoudre dix, vingt ou trente grammes de sel marin, et que je faisais avaler d'un seul coup.

18° Administré en lavement, le chlorure de sodium excite souvent, d'une manière assez prompte, les contractions du rectum, et est ainsi rejeté en dehors. Quelquefois, cependant, vomi de cette façon, il est conservé. Il séjourne en général assez dans l'intestin pour qu'une action manifeste ait lieu sur la rate, et ici elle est presque aussi prompte que dans le cas où le médicament est porté dans l'estomac.

19° Dans les observations qui font l'objet de ce travail, je n'ai point vu que le sel marin causât des accidens aigus du côté du tube digestif; tout au plus s'est-il déclaré quelquefois à la suite de son administration une légère entérorrhée ou diarrhée qui ne persista que pendant le temps que le chlorure de sodium mettait à traverser l'angibrôme.

Jamais je n'ai observé dans de tels cas de phénomènes, dits phlegmasiques, et que l'on peut rapporter à la gastrite ou à l'entérite.

Bien plus, dans plusieurs observations de fièvres graves, dans lesquelles la maladie des plaques de Peyer ou Héospilosis était le caractère principal, je n'ai pas vu que l'usage du chlorure de sodium qui faisait dissiper la splénomégalie concomitante fût le moins du monde exaspérée par l'usage du chlorure de sodium.

DEUXIÈME PARTIE.

ACTION DU SEL MARIN SUR LES ACCÈS FÉBRILES.

M. Scelle Mondézert a le premier, du moins à ma connaissance, bien constaté l'action du sel marin sur les fièvres d'accès.

Voici comment s'exprime ce médecin: « Les résultats de l'action du » chlorure de sodium sont tels, qu'aujourd'hui ce médicament peut être » regardé comme partageant avec le quinquina la prérogative d'arrêter » les accès de fièvres intermittentes. Il suffit d'en administrer 15 gram. » le matin à jeun, pendant l'apyrexie, dans un demi-verre d'infusion » de café. L'usage doit en être ainsi continué pendant trois jours.

» Enfin, des résultats heureux, des faits nombreux observés pendant » plusieurs années, sont venus confirmer notre opinion. »

Les membres de la commission de la Société médicale du 1er arrondissement, MM. Charruau, Bessières et Cherest, ont constaté que sur huit cas bien tranchés de fièvres intermittentes, dont la moitié provenait d'Afrique, il y a eu six guérisons par la seule administration du chlorure de sodium; qu'une des fièvres d'accès qui ont résisté à ce traitement, a cédé au sulfate de quinine. Qu'une autre, enfin, a complètement résisté à cette médication.

L'honorable docteur Charruau m'a assuré aussi avoir observé dans sa pratique particulière des faits analogues; quelques cas du même genre ont été publiés dans les journaux de médecine; quant à moi, voici ce que j'ai constaté:

Dans les observations jointes à ce travail, dans celles plus nombreuses qui n'ont pas été recueillies, il est arrivé que, dans la très grande majorité des cas, les accès qui avaient continué jusqu'au moment où le chlorure de sodium a été administré, se sont, immédiatement après son ingestion, calmés, éloignés, ou qu'ils ont même entièrement cessé d'avoir lieu. L'influence heureuse que ce médicament avait sur la fièvre correspondait très exactement à celle que le sel marin exerçait sur le volume et sur l'état de la rate.

Quand il s'agissait d'une simple hypérémie récente de cause paludéenne ou éliésique et même dans un cas de cause traumatique, accompagnés d'accès fébrile manifeste, le chlorure de sodium déterminait promptement le retrait de l'organe et l'amélioration ou la cessation des phénomènes pyréniques.

Quand il s'agissait de lésions profondes, avec atteinte grave portée au tissu splénique, alors la rate diminuait plus lentement, ou même finissait par ne plus décroître; la fièvre persistait, bien que moins intense; elle s'éloignait, changeait de type, et ne pouvait même parfois se dissiper, quelque chose que l'on fît.

Dans d'autres circonstances, comme dans le cas signalé par la commission du 1er arrondissement, et, comme dans plusieurs de nos observations, le sulfate et l'alcoolé de quinine faisaient alors dissiper la splénomégalie et la fièvre.

Ailleurs encore, les préparations de quinquina ne réussissaient pas plus que le sel marin.

Parfois il nous a paru utile, pour guérir plus tôt des accès de fièvre, de combiner à la fois et l'emploi du sel, et l'usage de la quinine.

Je n'ai pas vu le chlorure de sodium réussir dans les fièvres intermittentes, conséquence non d'une splénomégalie, mais de névralgie intercostale à gauche ou de splénalgie; il est vrai que je ne l'ai peut-être pas assez employé dans de pareils cas, pour pouvoir établir sur leur action, dans de telles circonstances, un jugement positif; il en est ainsi des fièvres d'accès liées à une affection du rein gauche et des voies urinaires.

(La fin au prochain numéro.)

MÉLANGES.

MOYEN SIMPLE POUR PRÉCIPITER LE COTON CONTENU DANS LE COLLODION. — En mêlant du bisulfure de carbone avec du collodion, on obtient immédiatement, dit M. Th. Cattell, la séparation ou précipitation du coton; il reste un liquide limpide formé seulement par le dissolvant et le précipitant. Le coton présente alors le même aspect fibreux que s'il n'eût pas été déjà en solution, exactement comme de la poudre-coton qu'on aurait transportée dans l'eau. Desséché avec du linge et du papier brouillard, il rappelle la pâte sèche des cartonniers ou des fabricans de papier. Cette singulière réaction de bisulfure de carbone sur le collodion tendait à faire supposer que la poudre de coton joue le rôle d'une base par rapport à l'oxyde d'éthyle (éther); car cette substance est privée en même temps des propriétés particulières qu'elle possédait avant la solution; elle peut servir aussi à expliquer plus clairement la composition chimique de la poudre-coton en liquide, telle qu'elle est produite par l'action de l'acide nitrique ou nitro-sulfurique.

ENCORE LE NON-RESTRAINT. — On sait que sous le nom de *non-restraint*, on a introduit dans les établissemens d'aliénés, en Angleterre, une doctrine qui consiste à ne jamais mettre en usage pour contenir les aliénés aucun moyen qui sente la force et la violence, pas même l'innocente camisole de nos hôpitaux. Il ne manque qu'une chose à ce système, c'est la possibilité de la mise à exécution; or, d'après ce qui nous a été dit par des personnes compétentes, il s'en faut de beaucoup que dans les établissemens anglais, même dans les établissemens modèles, on se soumette rigoureusement aux principes du *non-restraint*. Néanmoins le vent de l'opinion publique en Angleterre souffle de ce côté, et nous lisons dans les journaux de médecine, que le promoteur de ce système philanthropique, le docteur Robert Gardiner Hill, vient de recevoir des nombreux partisans de son système, un magnifique service d'argenterie, comme témoignage de leur admiration pour les talens, pour l'énergie et la persévérance avec lesquels il a poursuivi la réalisation d'un but simple et si généreux. M. Hill est le médecin de l'asile des aliénés de Lincoln.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE. — Aujourd'hui, MM. Sanson et Tardieu ont eu à traiter la question suivante: *Des marais.*

— M. Dubessey, préfet du Loiret, généreusement secondé par le conseil général, a organisé, dans le département qu'il administre, un double service destiné à secourir d'une part les malades indigens des campagnes en leur assurant gratuitement les remèdes et les soins de la médecine, et de l'autre les vieillards et les incurables en les plaçant en pension dans les hospices ou chez des particuliers. Nous avons fait connaître cette ingénieuse organisation, qui atteint le but que doit toujours poursuivre la bienfaisance, celui de soulager la souffrance sur les lieux mêmes, par les moyens les mieux appropriés au mal et en perdant le moins de temps et d'argent possible en formalités administratives. Le double service établi par M. Dubessey fonctionne depuis près d'un an dans le département du Loiret, et il a produit tous les bienfaits qu'on en devait attendre. Une seule chose manque pour qu'il soit complet: un fonds qui permette l'acquisition de quelque instrumens et de quelques appareils; en un mot d'un petit matériel médical qu'on puisse mettre à la disposition des médecins des campagnes. Cetargent, M. Dubessey a résolu de le demander à la charité privée, en ouvrant une souscription et en autorisant une loterie. Nous ne doutons pas que cet administrateur distingué ne trouve partout un concours empressé, et qu'il ne parvienne à compléter dans le Loiret, au profit des habitans laborieux des campagnes, une organisation que beaucoup de départemens envieront et feraient bien d'imiter.

NOMINATION. — Par arrêté du 13 janvier 1852, M. le docteur Allibert est nommé provisoirement médecin du lycée Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Gillette, appelé à d'autres fonctions.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ÉDIMBOURG. — Cette Société a élu pour l'année 1851-52 les quatre présidens dont les noms suivent: MM. Th. Spencer Cobbold, W. H. Broadbent, W. Murray Dobbie, J. M'Grégor Maclagan.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

DES DEVOIRS du médecin, par le docteur CHARDON, ancien praticien, etc. In-8, Paris, 1852, Labé.

APHORISMES de thérapeutique, par le docteur S. FELDMANN. In-8, Paris, 1852, J.-B. Baillière.

MÉMOIRE sur l'hygiène et l'industrie de la peinture au blanc de zinc, par M. E. BOUCHUT, médecin des hôpitaux, etc. In-8, Paris, 1852, J.-B. Baillière.

DE L'INTERDICTION des aliénés et de l'état de la jurisprudence en matière de testamens dans l'imputation de démence, par A. BRIERRE DE BOISMONT, avec des observations de M. ISAMBERT, conseiller à la Cour de cassation. In-8, Paris, 1852, J.-B. Baillière.

L'EAU, méthode spéciale de son emploi curatif, par le baron de PONTE RENO. In-8, Paris, 1852, Victor Masson.

ÉTUDES CLINIQUES sur les maladies mentales, considérées dans leur nature, leur traitement et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés, par M. MOREL, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville, etc. In-8 (troisième livraison). Paris, Victor Masson.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 14. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 3 Février 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :
Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois............ 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE STRASBOURG.

Audience du 4 Décembre 1851.

Président, M. ADAM. — Ministère public, M. GAST.

Sommaire. — Mort par le chloroforme. — Accusation d'homicide par imprudence; inobservation des règlemens, défaut de précautions, etc. (1)

II. CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE par MM. G. TOURDES, RIGAUD et CAILLIOT, *professeurs à la Faculté de médecine de Strasbourg.*

En vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction de l'arrondissement de Strasbourg, en date du 15 août 1851, nous soussignés, professeurs à la Faculté de médecine, avons délibéré et arrêté en commun les réponses suivantes aux questions qui nous ont été adressées sur les effets et sur le mode d'emploi du chloroforme : nous les avons résolues d'une manière générale, telles qu'elles nous étaient posées, tout en faisant nos réserves relativement à l'application qu'on en pourrait faire aux cas particuliers, qui tous réclament un examen spécial; les circonstances qui leur sont propres pouvant apporter des modifications à la formule des préceptes généraux.

Première question. Il y a-t-il des règles particulières à observer pour administrer le chloroforme à un malade ?

L'application du chloroforme comme moyen anesthésique est une découverte récente; la science ne s'est pas encore prononcée d'une manière définitive sur les différentes conditions qui doivent en régler l'emploi, sur le mode d'action de cette substance, ainsi que sur l'énergie relative de ses effets. Aucun traité dogmatique ne résume d'une manière positive les règles qui doivent présider à l'application du chloroforme. Mais l'expérience d'hommes compétens est aujourd'hui connue par des publications nombreuses, et il existe un certain nombre de points sur lesquels les praticiens sont tombés d'accord et que l'on peut considérer comme des règles généralement acceptées, sauf les modifications qu'elles subissent dans les cas spéciaux.

Deuxième question. Quelles sont ces règles de l'art consacrées par l'expérience déjà acquise ?

Ces règles sont relatives aux indications, aux contre-indications, au choix du chloroforme, au manuel opératoire, aux soins consécutifs.

(1) Voir les numéros des 29 et 31 Janvier 1852.

Les indications sont : une opération chirurgicale d'une certaine gravité et devant entraîner beaucoup de douleurs, ou bien une maladie particulière que l'on suppose pouvoir être avantageusement modifiée par l'action du chloroforme. En général, la prudence commande de ne pas employer un moyen aussi actif pour une opération légère; mais la gravité même d'une opération résulte d'élémens complexes; elle dépend du manuel opératoire et des dispositions mêmes du sujet.

En général, pour les simples extractions de dents, il vaut mieux s'abstenir de l'emploi du chloroforme, mais cette règle est elle-même subordonnée à deux conditions, à l'état du malade qui peut se trouver dans l'impossibilité de supporter sans inconvénient une trop vive douleur, et à la nature même de l'opération; il est évident que si plusieurs dents doivent être extraites à la fois d'un maxillaire déjà malade, on pourra recourir très légitimement à l'emploi du chloroforme.

Les contre-indications dépendent de maladies antérieures ou de dispositions individuelles. Cette détermination rentre dans la septième question qui nous est adressée. Nous constaterons seulement ici que s'il existe des contre-indications évidentes, il en est quelques-unes qui ne peuvent être reconnues *à priori*.

Le choix du chloroforme est déterminé par certaines conditions physiques et chimiques relatives à sa pureté. Des principes étrangers, mélangés à cette substance, peuvent en rendre les effets plus pénibles et plus dangereux.

Les règles qui concernent le manuel opératoire, se rapportent à l'attitude du malade, à la quantité du chloroforme, au mode d'application, à la durée de l'inhalation, à l'observation du malade pendant l'opération, aux signes qui annoncent l'action plus ou moins rapide et plus ou moins complète du chloroforme, au choix des aides. La plupart de ces questions sont posées dans les paragraphes qui suivent. Nous insisterons ici seulement sur la nécessité d'appliquer avec prudence le chloroforme au début de l'opération, l'observation ayant constaté que la mort a eu lieu le plus souvent dans les premiers momens de l'inhalation. Nous rappellerons encore que la prudence commande de surveiller sans cesse l'état du malade pendant l'inhalation, d'examiner l'état du pouls, l'état de la respiration, l'expression faciale, la situation du globe de l'œil, la résolution des membres, tous les signes qui peuvent servir à mesurer le degré d'action du chloroforme et l'imminence du danger. Nous devons cependant constater que, dans quelques faits malheureux, ces précautions paraîtraient avoir été prises, sans qu'on ait pu éviter un résultat fatal.

Les soins consécutifs à donner au malade seront examinés à l'occasion de la douzième question.

Troisième question. Quelle doit être la position du corps de l'opéré lorsque le chloroforme lui est administré ?

En général, on doit recommander la position horizontale; mais il est des cas particuliers, tels que certaines opérations sur la face et sur la bouche, et notamment les extractions de dents, dans lesquelles on ne peut éviter de donner au malade une position verticale.

Quatrième question. A quelle distance du nez et de la bouche le chloroforme doit-il être approché pour produire ses effets sans danger ?

L'application doit être faite de telle sorte que le passage de l'air ne soit pas intercepté.

Cinquième question. Y a-t-il danger à l'appliquer immédiatement sur les organes extérieurs de la respiration ?

Cette question est résolue conformément au même principe que la précédente. On peut appliquer immédiatement le mouchoir ou la compresse qui renferme le chloroforme sur le nez et sur les narines, en ayant soin de ne pas fermer d'une manière complète l'entrée des voies respiratoires, et en laissant toujours à l'air un passage suffisant. On évite en général l'application tout à fait immédiate par la forme que l'on donne au linge arrosé de chloroforme.

Sixième question. Dans quelle proportion cette substance peut-elle être administrée ?

La dose de chloroforme, nécessaire pour annihiler la sensibilité ne peut être déterminée d'une manière absolue; elle varie suivant la nature du sujet, et suivant le procédé opératoire. Il est évident qu'une grande partie du chloroforme est presque toujours perdue dans chaque opération; cette substance s'évapore ou pénètre dans les linges que l'on emploie. La quantité de chloroforme employée varie encore suivant la durée de l'inhalation et le temps pendant lequel on veut conserver le malade insensible. Il est impossible de déterminer avec précision la quantité de chloroforme que le malade inspire, et celle qui se perd. On verse ordinairement en une fois 3 à 4 grammes de chloroforme sur le linge; et pendant la durée de l'opération, nous avons souvent employé 20 à 30 grammes de chloroforme et même davantage. La question importante se trouve non dans la dose que l'on verse sur le linge, mais dans la manière d'administrer le chloroforme; il faut surtout l'appliquer avec prudence, avec précaution, graduellement, permettre l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, cesser l'inhalation dès que les phénomènes d'anesthésie se sont produits, et surveiller avec le plus grand soin le malade pendant toute la durée de l'opération.

Septième question. L'âge, le tempérament, le sexe du sujet sont-ils à considérer dans la chloroformisation pour modifier d'une manière ou d'une autre l'administration du chloroforme ?

On a administré le chloroforme sans danger à des individus de tout âge, de tout sexe et de tout tempérament. Il faut de plus grandes précautions chez les enfans qui ressentent très rapidement les effets du chloroforme; cette substance agit aussi avec plus de facilité sur les personnes d'un tempérament nerveux. Ces conditions doivent être prises en grande considération dans l'emploi du chloroforme; elles conduisent à en diminuer la dose, à restreindre la durée de l'inhalation, et à redoubler de surveillance.

Huitième question. L'époque des menstrues chez la femme est-elle un obstacle à ce qu'elle soit chloroformée ?

Feuilleton.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1).

Deuxième épreuve. — Leçon orale après vingt-quatre heures de préparation.

V.

M. MARCHAL (DE CALVI). — *Du pain.*

Cette belle question, *du pain*, est échue à M. Marchal (de Calvi); j'ai hâte d'ajouter que le candidat s'est montré à la hauteur de la question.

Il faudrait n'avoir été ni séduit ni entraîné par la brillante parole du candidat, pour pouvoir présenter, en ce moment, une froide analyse de cette épreuve; j'avoue qu'il n'en a pas été ainsi; le crayon à la main, je me suis laissé aller au charme de cette diction abondante et colorée; et le feuillet de mon carnet, vierge de toute remarque et de notes, s'il n'est pas une excuse, est au moins un éclatant témoignage du plaisir que m'a fait éprouver cette leçon. A peine si, dans le scintillement de ce discours, je peux apercevoir, au milieu de mes souvenirs, le plan et les divisions de l'orateur. Sauf erreur, il me semble que M. Marchal a présenté sept chefs de considérations : 1° Qu'est-ce que le pain ? 2° Comment le fabrique-t-on, et avec quoi ? 3° Quel est le pouvoir nutritif et réparateur du pain ? 4° De la digestibilité du pain. 5° De l'usage du pain, selon les âges. 6° Des altérations du pain. 7° De la distribution géographique du pain.

Ce cadre vaste et beau M. Marchal l'a rempli. Comment? D'une façon brillante, étincelante. La critique importune et chagrine a bien su remarquer quelques taches, certains aperçus plus ingénieux que vrais, des propositions plus hardies que sérieuses, des chiffres contestables et des conclusions téméraires. Elle aurait bien le droit, cette critique aux yeux de lynx, de reprocher au candidat de s'être un peu trop longuement appesanti sur les détails techniques de la fabrication du pain, d'avoir adopté sans critique suffisante quelques opinions récentes sur la puissance réparatrice plus grande du pain noir que du pain blanc, de lui signaler quelques contradictions entre son hygiène du pain et sa physiologie de la digestion de cet aliment; d'avoir accepté avec trop de complaisance les chiffres et la théorie de certains économistes sur la production du blé, sur les moyens de prévenir les disettes, sujets que l'on ne doit aborder qu'avec recueillement, que l'on ne doit développer, surtout devant un auditoire ardent et généreux, qu'avec la réserve et la circonspection exigées par de pareilles matières; enfin, d'avoir visé plus peut-être à l'effet oratoire et à l'ovation populaire qu'à l'exposition véritablement scientifique et à l'enseignement sérieux et solide.

Mais, pour mon compte, je n'ai pas le cœur entouré d'un airain assez triple, pour troubler, si peu que ce soit, le triomphe de M. Marchal. Triomphe légitime pour ceux que le succès de la forme rend indulgens pour quelques vices de fond. Car est-il possible de trouver un discoureur plus attrayant, qui s'empare le mieux de son auditeur, qui le captive et le subjugue plus complètement par la hardiesse du verbe, l'audace du geste, la chaleur et l'entraînement du discours, l'éloquence abrupte mais spontanée et saisissante de sa diction ? M. Marchal réaliserait à coup sûr le beau idéal du professeur, si..... Mais taisez-vous encore une fois, critique taquine. D'ailleurs, bien s'en faut que je veuille épuiser aujourd'hui ce que j'ai à dire sur ce candidat, si remarquable à tant de titres. La troisième épreuve me fournira une occasion nouvelle d'apprécier ses facultés brillantes, comme aussi de revenir sur ses péchés capitaux. Ce que je peux dire d'avance, c'est que des trois épreuves qu'il a déjà subies, sa leçon sur *le pain* est incontestablement la meilleure.

IV.

M. GUÉRARD. — *Du vin.*

M. Guérard, candidat aussi modeste que savant, semble se préoccuper moins du bruit flatteur qui accueille la fin de certaines leçons, que de prouver au jury et à l'assistance que la science sérieuse, que la science enseignante, peut à la rigueur se passer des ressources des grands effets oratoires et de la pompe du style. Peut-être même ce candidat néglige-t-il un peu trop ces moyens extrinsèques; peut-être son exposition, d'ailleurs toujours claire et correcte, gagnerait-elle à un peu d'accentuation et à tant soit peu de mise en scène. Mon Dieu, comme dirait M. Bouchardat, il ne faut rien négliger.

Quoi qu'il en soit, M. Guérard a fait très simplement une bonne et savante leçon sur le vin. Il en a étudié d'abord la composition selon les diverses provenances. Il a exposé ensuite sa fabrication, sans omettre, ce qui était bien dans son sujet, de parler des dangers qui peuvent résulter de la fermentation du raisin et des moyens de les prévenir et de les combattre. Il a traité des effets physiologiques du vin. Il a indiqué les conditions qui en réclament l'emploi, il s'est longuement appesanti sur les conséquences de l'excès de cette boisson, et il a terminé par de bonnes considérations sur les falsifications du vin.

Ce plan très simple et très net a été bien rempli. Sans doute le candidat n'est pas sorti des notions bien connues et ne s'est aventuré dans aucune digression plus ou moins philosophique. Il s'est borné à l'exposition naïve de la science acquise et certaine. Cependant j'aurais aimé, je l'avoue, que le candidat indiquât au moins quelques questions très afférentes à son sujet. Ainsi, par exemple, les différences intellectuelles, morales et pathologiques des peuples, selon qu'ils boivent ou non du vin; les modifications physiologiques connues sous l'influence des préceptes des sociétés de tempérance, qu'il discutât plus amplement cette grande question hygiénique du degré d'utilité du vin. A propos de l'ivrognerie, j'aurais voulu connaître l'opinion de M. Guérard sur le traitement dit suédois de cette infirmité morale; traitement qui consiste d'abord dans la séquestration et puis dans l'imprégnation de tous les alimens par la boisson dont le malade fait ordinairement excès. Si l'on en croit quelques écrits récens, cette méthode, appliquée surtout dans l'armée suédoise, produirait des effets tels, que les ivrognes les plus invétérés, ar-

(1) Voir le numéro du 31 Janvier.

En général, on doit s'abstenir à cette époque, à moins d'urgence, de toute opération chirurgicale, et par conséquent aussi de l'application du chloroforme.

L'irritabilité nerveuse des femmes se trouvant augmentée sous l'influence de cette fonction, il est vraisemblable qu'elles ressentiront avec plus d'énergie l'action du chloroforme, mais on ne peut voir dans cette circonstance la cause d'un résultat fatal.

Neuvième question. Une personne dont l'imagination est vivement frappée, dont le système nerveux est violemment surexcité, chez laquelle cette surexcitation et ses vives appréhensions se manifestent d'une manière non équivoque par des paroles presque délirantes et par des mouvemens du corps involontaires, tels que des soubresauts, peut-elle être chloroformée sans danger au moment même ?

En général, dans des circonstances de ce genre, la prudence commande de calmer d'abord l'exaltation du malade et d'attendre le retour de l'état normal de l'intelligence et la cessation de l'excitation nerveuse, avant de recourir à l'emploi du chloroforme. Nous devons cependant faire remarquer qu'au moment de subir une opération chirurgicale, beaucoup de malades, les plus nerveux et les plus pusillanimes, ceux qui réclament surtout l'emploi du chloroforme, sont dans des conditions inévitables d'excitation et d'inquiétude qui n'empêchent pas de passer outre, et de les chloroformer sans danger. Quelquefois même, des malades qui consentaient d'abord à l'application du chloroforme, résistent ensuite ; et c'est malgré leur résistance qu'on les jette dans l'anesthésie. On a d'ailleurs fait usage du chloroforme sans inconvénient dans diverses névroses, dans le tétanos, dans l'aliénation mentale, notamment dans des attaques de manie furieuse.

Dixième question. Spécialement une femme dans ce cas est-elle à ménager plus qu'un homme ?

Les femmes peuvent ressentir plus vivement que les hommes l'action du chloroforme, par suite de la prédominance chez elles du tempérament nerveux et de l'existence d'une affection hystérique. Les mêmes règles de prudence sont d'ailleurs applicables aux deux sexes.

Onzième question. Est-il du devoir de l'opérateur de résister à la volonté du malade qui demande à subir une opération avec le secours du chloroforme, lorsque l'état nerveux de ce malade ou toute autre circonstance, dont il est le seul appréciateur, devait, dans sa pensée, faire ajourner l'opération ?

Il est de toute évidence que le médecin est le seul juge de la convenance d'une opération et de l'application du chloroforme. Sa règle de conduite est basée sur les indications et sur les contre-indications ; la volonté du malade ne peut être considérée que comme une circonstance favorable qui rend les chances de l'opération d'autant meilleures, qu'il s'y soumet avec plus de confiance ; cette bonne volonté rend aussi plus facile le mode d'application du chloroforme.

Douzième question. En cas d'opération chirurgicale, le chirurgien manque-t-il à la prudence, s'il ne se fait pas assister, pendant l'opération, d'un homme de l'art qui puisse concourir à atténuer les effets fâcheux de l'opération, en cas de besoin ?

La prudence exige que le médecin ne procède pas seul à l'application du chloroforme comme moyen anesthésique ; il est nécessaire qu'il se fasse assister d'un homme de l'art compétent, ou au moins d'un aide intelligent et exercé qui puisse concourir avec lui à diriger et à surveiller l'inhalation, et lui prêter secours dans le cas d'accidens. L'urgence peut évidemment entraîner des exceptions à cette règle.

Treizième question. Le chloroforme ne peut-il et ne devrait-il pas, en raison des dangers que peut offrir son emploi, n'être administré que sous la surveillance et avec le concours d'un docteur en médecine ?

L'application du chloroforme entraînant du danger et exigeant des connaissances médicales étendues et des précautions minutieuses, il serait à désirer qu'elle fût exclusivement réservée aux docteurs en médecine. Peut-on considérer l'application du chloroforme comme une grande opération chirurgicale interdite aux officiers de santé ? Cette interprétation sera examinée à l'occasion de la quinzième et dernière question.

Quatorzième question. — La prudence la plus ordinaire n'exige-t-elle pas que l'homme de l'art qui administre le chloroforme s'entoure d'avance de tout ce qui pourra lui devenir nécessaire, pour le trouver sous sa main, dans le cas où il deviendrait urgent d'en combattre les effets ?

Un chirurgien doit préparer à l'avance tous les objets qui lui sont nécessaires pendant une opération, ou qui pourront lui être utiles pour remédier aux accidens consécutifs. En ce qui concerne l'application du chloroforme, les principaux moyens de traitement sont la position horizontale, l'abaissement de la langue, l'insufflation pulmonaire, l'inhalation de l'ammoniaque, les affusions froides, l'application de substances irritantes sur la peau et sur les muqueuses. La science ajoute tous les jours de nouvelles ressources à celles dont elle dispose déjà, mais nous ne croyons pas qu'il soit possible d'incriminer la conduite d'un médecin pour l'omission de l'un ou de l'autre de ces moyens, ou pour avoir donné la préférence à l'un d'eux. Nous ne pouvons également considérer comme une circonstance annonçant l'imprudence ce fait qu'à l'avance le médecin ne s'est pas muni d'ammoniaque.

Quinzième question. — Une opération chirurgicale n'est-elle point à considérer comme une grande opération, dès que la douleur qu'elle entraîne fait recourir à l'emploi du chloroforme ? L'application du chloroforme peut-elle être considérée comme une grande opération chirurgicale ?

La loi du 19 ventôse an XI interdit aux officiers de santé toute grande opération chirurgicale hors la présence d'un docteur en médecine ; elle ne pose au contraire aucune limite à la pratique médicale, même dans les cas les plus difficiles ; elle n'interdit pas, et par conséquent elle autorise l'administration des médicamens les plus actifs. On ne peut assimiler l'application du chloroforme, comme moyen anesthésique, à une grande opération chirurgicale ; le manuel opératoire que cette application nécessite ne suffit point pour autoriser cette assimilation ; ce manuel est d'une exécution facile ; il exige plutôt de la prudence et des connaissances médicales que de l'habileté chirurgicale. L'application du chloroforme nous paraît devoir être plutôt assimilée à l'administration de toute autre substance d'une grande énergie, dont l'emploi n'est pas interdit aux officiers de santé, quelle que soit la voie par laquelle le médicament pénètre dans l'organisme.

Nous croyons donc que, dans le sens rigoureux de la loi, l'application du chloroforme ne peut être considérée comme une grande opération chirurgicale interdite aux officiers de santé, mais la loi n'a pu prévoir les progrès de la science en ce qui concerne l'emploi des moyens anesthésiques, et dans l'intérêt de l'humanité, nous devons émettre le vœu que l'application d'agens aussi redoutables soit réservée aux docteurs en médecine, aux hommes de l'art qui donnent par leur éducation médicale complète les garanties les plus sérieuses à la Société.

M. LE PRÉSIDENT : M. Sédillot pense-t-il nécessaire de demander une remise pour se donner le temps de rédiger un rapport, ou de donner une réponse verbale plus longuement méditée, ou se croit-il éclairé par les dépositions des témoins et les rapports des premiers experts, pour donner immédiatement son opinion ?

M. SÉDILLOT : Mon opinion est parfaitement arrêtée et je suis prêt à l'exposer immédiatement.

M. LE PRÉSIDENT : Dans ce cas, le tribunal vous écoute et vous prie de répondre à ces deux questions :

1° La malade a-t-elle succombé à l'action du chloroforme ?

2° Faut-il accuser de ce résultat l'imprudence et l'impéritie de l'opérateur ?

M. SÉDILLOT : Oui, dans mon opinion la chloroformisation a été la cause de la mort, mais je ne pense pas que M. Kobelt soit coupable d'imprudence ni d'impéritie, parce que cet officier de santé a suivi une pratique très habituellement employée et même recommandée par des médecins considérables, dont l'exemple et l'autorité devaient suffire à lui inspirer une sécurité suffisante et le met à l'abri de tout reproche.

Je demande cependant la permission d'entrer dans quelques détails, pour rassurer l'opinion publique et montrer que la science n'est pas restée impuissante devant les dangers révélés par l'emploi du chloroforme, et qu'elle a découvert les moyens de les conjurer.

Tous les jours on remplace les procédés de l'art par d'autres procédés plus efficaces et moins périlleux. Telle est la voie du progrès, et ce sont les accidens survenus qui activent les recherches et conduisent à des résultats plus heureux. L'emploi du chloroforme ne pouvait échapper à cette loi de perfectionnement, et la grande voix de l'expérience proclame chaque jour de nouvelles précautions à prendre et de nouvelles ressources à appliquer. M. Kobelt a suivi un procédé que l'on croyait bon et qui avait réussi plusieurs centaines de fois. M. Kobelt n'est donc pas coupable, mais il est important de prouver que le mode de chloroformisation auquel il a eu recours est vicieux, et qu'il faut l'abandonner si l'on veut se mettre à l'abri de malheurs semblables à celui qu'il a eu à déplorer.

Deux méthodes distinctes se partagent l'emploi du chloroforme.

L'une exige peu de temps et une très petite quantité de l'agent anesthésique. Il suffit, pour produire l'insensibilité, de rendre les inhalations concentrées. Le malade respire peu d'air atmosphérique, et si l'on continue l'action du chloroforme sans tenir compte de la gêne respiratoire et de l'agitation des mouvemens, un ronflement caractéristique se fait bientôt entendre et indique que la sensibilité et la conscience ont disparu.

Ce sont là, sans doute, de grands avantages ; mais ils sont compensés par d'inévitables dangers. Quelques personnes plus irritables et plus susceptibles sont frappées d'asphyxie ou de syncope et succombent, dans le cas particulièrement où on les chloroformise assises. Ces exemples de terminaisons funestes sont très rares et véritablement exceptionnels, mais ils ont inspiré une terreur légitime à quelques-uns de nos confrères qui, n'en connaissant pas la cause, n'ont plus osé chloroformiser leurs malades. Je serais de leur avis, si l'on ne possédait pas les moyens d'éviter de si regrettables accidens. Mais ces moyens existent et constituent la seconde méthode de chloroformisation dont nous dirons quelques mots.

Dans cette méthode, on commence par faire inspirer le chloroforme mêlé à une très forte proportion d'air atmosphérique ; on maintient la régularité, la normalité de la respiration ; on n'augmente que lentement et peu à peu la concentration des inhalations, et on les suspend à la moindre imminence d'accidens.

L'insensibilité est huit ou dix minutes à se produire, et on consomme de 12 à 20 grammes de chloroforme ; il y a perte de temps et perte de l'agent anesthésique, mais ces inconvéniens sont compensés par l'absence du danger.

Avec cette méthode on peut continuer les opérations les plus délicates pendant une heure, sans que les malades en aient conscience ; on consomme 100 grammes et plus de chloroforme, si on le juge nécessaire, et l'on n'a pas eu de mort à déplorer.

La question est donc tranchée : c'est à cette méthode qu'il faut recourir, et nous le faisons en toute confiance, puisque dans notre opinion le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais.

Une objection s'est néanmoins présentée. On a dit : M. Kobelt s'est conformé à ces règles et n'en a pas moins perdu sa malade.

Nous démontrerons facilement, je crois, le peu de fondement de cette assertion.

Un des témoins a rapporté, il est vrai, que le mouchoir sur lequel on avait versé le chloroforme avait toujours été tenu à trois ou quatre travers de doigt de distance de la dame Simon. Je n'accuse pas le sentiment consciencieux de ce témoignage, mais je n'hésite pas à affirmer qu'il manque d'exactitude, et doit être attribué à une confusion de souvenirs bien naturelle au milieu des émotions d'un tel événement.

Il est impossible d'anesthésier complètement les malades avec 3 g. 75 de chloroforme versés sur un mouchoir que l'on tient écarté de la figure.

Il a donc fallu que M. Kobelt ait agi autrement, ou qu'il se soit trouvé en présence de conditions tout à fait exceptionnelles. Or, cette dernière hypothèse n'est pas soutenable.

M. Kobelt avait demandé 10 grammes de chloroforme. Il en a consommé près de 4 grammes, a chloroformisé lui-même la malade, l'a opérée dès l'apparition de l'insensibilité.

---

riveraient en huit jours à un tel degré de répugnance et d'horreur pour la boisson enivrante, que son odeur seule les ferait fuir. Les récidives seraient extrêmement rares. Cette question intéressante, discutée par M. Guérard, ne pouvait pas manquer de captiver vivement l'auditoire. Il y a peu de temps, un homme du monde, d'une grande naissance et d'une grande fortune, jeune encore et possédant toutes les conditions pour remplir un rôle distingué dans la société, est venu me consulter pour cette infirmité alcoolique dont il était honteux, mais à la puissance de laquelle il ne pouvait spontanément se soustraire. Je lui proposai, en le lui faisant connaître, le traitement suédois. Il voulait bien le suivre, mais j'exigeai l'accomplissement de certaines formalités légales, en vue de la séquestration, auxquelles il ne consentit pas à se soumettre. Il est bien évident cependant que le commissaire de police devait passer par là.

Telle quelle, la leçon de M. Guérard a été justement appréciée, et je répéterai volontiers ce que me disait un auditeur très compétent : avec une petite pointe de son sujet, c'est-à-dire avec un peu plus d'animation, M. Guérard eût fait une des meilleures épreuves de ce concours.

VII.

M. SANSON. — *De l'eau.*

Une circonstance impérieuse m'a privé du plaisir d'entendre M. Sanson.

VIII.

Cette deuxième épreuve a été généralement brillante. Quand sur six leçons on peut en citer quatre comme véritablement remarquables, on doit se trouver très satisfait de ce résultat. Du reste, jamais assistance plus nombreuse n'a suivi avec plus d'intérêt les incidens d'un concours. Le grand amphithéâtre regorge d'auditeurs ; et je remarque avec plaisir que si les élèves y arrivent en foule, une bonne partie de l'auditoire se compose aussi de médecins de la ville, de membres de l'Académie de médecine et de savans qui, quoique étrangers à notre profession, ne le sont pas aux graves questions d'hygiène qui s'agitent. Les adversaires du concours ont beau dire, ils ne peuvent pas faire que ces grandes luttes scientifiques n'inspirent un très vif intérêt. Ces nombreux jeunes gens qui, trois fois par semaine, viennent emplir le grand amphithéâtre, ne s'y rendent pas pour assister seulement à un spectacle, ils y viennent parce qu'ils y trouvent encore profit et instruction ; et cela se voit par le grand nombre d'entre eux qui, fort attentivement, prennent des notes ; ils s'y forment à l'art de bien dire, de grouper les pensées, de les enchaîner logiquement, de bien disposer un plan, tout en se procurant la petite satisfaction de s'ériger en juges et de voter à leur manière.

L'empressement et l'intérêt qu'inspire la lutte actuelle, ne seraient-ils pas aussi comme une protestation pacifique, mais éloquente, contre les attaques dirigées contre le concours, contre les bruits alarmans qui courent sur la suppression prochaine de cette institution ? Je le voudrais. Il serait beau que le concours, si décrié par quelques-uns, trouvât une arme défensive puissante dans une de ses applications. Sauvons le principe, dirai-je sans cesse ! Dans des momens plus calmes et moins préoccupés par les intérêts généraux, il sera temps de penser à régulariser, à modifier son fonctionnement. Une seule chose est à faire dans ce moment, et ici c'est au jury que je m'adresse.

IX.

Je n'ai ni le désir ni l'ambition d'indiquer au jury un plan ou une ligne de conduite. Je vois parmi ses membres les preuves les plus éloquentes et les plus décisives en faveur du concours. C'est au concours que son président, M. Bérard, doit la chaire autour de laquelle se pressent les élèves. C'est au concours que MM. Bouillaud, Rostan, Trousseau, Denonvillers, Laugier, Requin, doivent la position éminente qu'ils occupent. Comment ces savans professeurs pourraient-ils être les adversaires du concours ? Si M. Adelon doit sa chaire à un autre mode de nomination, le savant professeur de médecine légale n'avait rien à craindre des luttes du concours et aurait pu y figurer avec succès. Je ne le sais pas, mais j'ose assurer que M. Adelon n'est pas un adversaire du concours, et j'en ai pour garant la religieuse attention qu'il prête aux incidens de la lutte actuelle et les notes nombreuses qu'il prend à chaque épreuve. On ne prend pas tant de souci d'une institution que l'on dédaigne. Serait-ce parmi les honorables membres de l'Académie qui siégent dans le jury que le concours pourrait trouver des adversaires systématiques ? Comment concevoir cette pensée lorsqu'on sait que c'est une des plus graves et des plus élevées prérogatives de l'Académie de participer à la nomination du corps enseignant officiel. Qui pourrait croire que ceux de ses membres à qui incombe en ce moment l'immense honneur et l'immense responsabilité de faire un professeur soient hostiles à une institution qui donne à l'Académie une aussi grande influence. Cela ne peut pas être et cela n'est pas, et la preuve c'est que ces honorables membres siégent parmi les juges. Les adversaires du concours n'eussent pas accepté d'être juges d'un concours.

Donc, si je ne peux voir dans le jury que des partisans, des amis, des défenseurs du concours, blesserai-je aucune convenance en lui disant : faites que du concours actuel apparaisse pour tous cette grande conséquence qu'il n'est pas vrai que cette institution ne soit qu'un mensonge, qu'il n'est pas vrai que l'on fasse servir les formes sacrées de la justice à couvrir les efforts de l'intrigue, à consacrer l'iniquité ; qu'il n'est pas vrai qu'il y ait dans tous les concours un parti pris d'avance, une détermination arrêtée, contre lesquels viennent se briser, impuissans, les efforts du talent et le succès des épreuves. Amis du concours, souffrez que je vous avertisse ; dans les circonstances actuelles, un choix contesté et contestable serait un terrible argument fourni aux adversaires de l'institution ; il dépend de vous peut-être de tuer le concours ou d'assurer son existence ; et pour cela que faut-il faire ?...

Vous le savez bien.

Amédée LATOUR.

Jusqu'à ce moment les conditions de l'anesthésie avaient donc été semblables à celles dont il était journellement témoin. Autrement il eût été frappé par la différence des phénomènes, et au lieu d'opérer, il se fût occupé de remédier à l'imminence des accidens.

Si l'insensibilité est survenue très promptement chez Mme Simon, malgré la très petite quantité de chloroforme employée, sans étonner ni surprendre M. Kobelt, c'est qu'il était habitué à ces résultats, et comme il est impossible de les obtenir en chloroformisant les malades à distance, nous sommes en droit d'affirmer que le mouchoir a été directement porté sous le nez de la malade, et que les inhalations ont été brusques et concentrées.

La confiance de M. Kobelt était si grande, qu'il n'a pas ajouté foi aux craintes exprimées par M. Simon, et qu'il a cru au retour prochain de la sensibilité.

Il est donc évident par la rapidité de l'anesthésie, la petite dose de chloroforme employée, et la confiance de M. Kobelt, que l'on a mis en usage la première méthode dont le danger nous paraît incontestable. Nous résumons ces considérations en disant :

1° Il est regrettable que le chloroforme n'ait pas été mieux préparé.

2° M. Kobelt a employé un procédé vicieux, qui est généralement en usage et qu'il pouvait se croire autorisé à pratiquer, d'après les résultats heureux de sa propre expérience et l'autorité des hommes de l'art qui y ont encore recours.

3° M. Kobelt n'est pas coupable, puisqu'il a imité la conduite et partagé l'opinion d'hommes haut placés dans notre profession ; mais cette conduite et cette opinion constituent une méthode erronée et dangereuse qu'une connaissance plus approfondie des phénomènes anesthésiques fera nécessairement abandonner.

4° Ce n'est pas le chloroforme qu'il faut accuser de la mort de Mme Simon, mais le mode vicieux d'inhalation dont on s'est servi.

A la suite de cette communication, M. le procureur de la République déclare abandonner l'accusation à l'égard de M. Kobelt, et, après une courte délibération, M. le président prononce le jugement suivant :

« Attendu que l'emploi du chloroforme n'est pas une des opérations chirurgicales qui soient interdites aux officiers de santé, *qui, en général, toutefois, quoiqu'il n'y ait point encore de règle à cet égard, doivent regarder comme un devoir de ne l'administrer qu'après avoir pris l'avis et appelé le concours d'un docteur* ;

» Attendu qu'il résulte des débats et des explications fournies par un homme de l'art dont l'opinion doit faire autorité, que si, au point de vue scientifique, le mode de procéder employé par Kobelt peut être critiqué, au point de vue pratique il n'a point commis de faute,

» Le tribunal renvoie Jean-Chrétien Kobelt des fins de la prévention. »

Dr Eissen.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Janvier 1852. — Présidence de M. Mélier.

(Voir les deux derniers numéros. — Suite et fin du Rapport de M. Piorry.)

TROISIÈME PARTIE.

L'ACTION DU SEL MARIN SUR LA RATE ET LES FIÈVRES D'ACCÈS PEUT-ELLE JETER QUELQUES LUMIÈRES SUR LA PATHOLOGIE DES FIÈVRES INTERMITTENTES ?

C'est seulement la thérapeutique qui démontre que la rate est le point de départ des accès fébriles. Tous les argumens tirés des effets de la quinine sur l'organe splénique et sur les fièvres se retrouvent à propos des résultats du sel marin dans les mêmes cas ; cela doit être, car on ne peut saisir de différence entre les conséquences de l'ingestion du premier et du second de ces médicamens.

Des deux côtés, la rate normale (de 6 centimètres 1/2 à 7 centimètres 1/2 dans son diamètre mesuré dans le trajet tiré d'une ligne tirée de l'aisselle au rebord iliaque) diminue notablement.

Des deux côtés, tant que l'organe splénique malade n'est pas revenu à la dimension de 7 centimètres 1/2, on ne peut compter sur la guérison absolue du mal et de la fièvre.

Dans toutes les observations de son remarquable mémoire sur les fièvres d'accès, M. le docteur Fleury a vu que les douches faisaient momentanément décroître la rate, et guérissaient cet organe augmentant de nouveau de volume, et restant à 8 centimètres 1/2 ou même 9 à 9 1/2 ; il a constaté, comme je l'ai fait en me servant de la même expérience ou mode de traitement, qu'ordinairement, les douches font bien diminuer l'organe splénique, mais ne le ramènent pas complètement à l'état de santé ; que les lésions organiques persistent. Il n'arrive que trop souvent que les jours suivans la splénopathie ne se dissipe pas, et que la fièvre reparaît avec opiniâtreté. Est-ce que les douches n'agiraient que sur la membrane fibreuse de la rate, et qu'elles ne remédieraient point à la lésion moléculaire qui, existant dans le tissu splénique, serait la cause réelle de son hypérémie et de son accroissement de volume ?

Puisque la rate décroît dans l'état de santé sous l'influence du sel et de la quinine, il est évident que ce n'est pas en agissant alors sur une fièvre qui n'existe pas, que cet effet organique est produit.

Quand on ne peut remédier à l'état morbide de la rate, soit au moyen du sel, soit par le quinquina, alors la fièvre dure, et le contraire a lieu dans une circonstance opposée, etc. ; donc c'est la lésion splénique qui entretient la fièvre.

Qu'on ne revienne pas encore sur cet argument usé, que l'on voit des rates depuis très longtemps volumineuses, sans qu'il existe actuellement d'accès fébriles ! Invoquer de telles raisons, c'est méconnaître ce grand fait physiologique et très général ; qu'un organe étant chroniquement malade, étant profondément modifié dans son tissu, étant même métamorphosé, ayant éprouvé des altérations dans sa trame nerveuse, ne donne plus lieu aux mêmes symptômes qu'il présentait à l'état aigu. Un œil dont la rétine est lentement détruite, ne voit plus ; un foie changé de texture ne donne plus lieu à la cholémie ; une tumeur intra-crânienne ne donne souvent lieu à aucun indice de sa présence ; l'estomac cancéreux ne manifeste pas toujours la souffrance ; les tubercules existent souvent en masse au sommet des poumons, sans qu'il y ait eu de la toux ou de la dyspnée, etc., etc. Or, la rate hétérotrophiée, volumineuse depuis longtemps, ne cause plus de ces fièvres régulières à accès fixes, à sueurs et à frissons quotidiens, tierces ou quartes, que déterminent des splénémies récentes. A chaque organe ses symptômes morbides, à chaque lésion son expression ; et ce qui sera vrai d'une splénopathie datant de huit jours, ne le sera plus d'une chronosplénie incurable, telle que des phymies, des carcinies ou des sclérosies spléniques.

C'est si peu sur la fièvre qu'agit le sel marin, qu'il ne paraît pas réussir dans les cas où des accès périodiques sont liés à des névralgies intercostales ou à des splénalgies, et que dans ceux où une splénite a déterminé des frissons et des sueurs revenant à une époque fixe, il est arrivé que l'emploi du chlorure de sodium diminuant la rate a fait aussi dissiper la fièvre.

QUATRIÈME PARTIE.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENS DE L'EMPLOI DU SEL MARIN DANS LES FIÈVRES D'ACCÈS ; — QUELS SONT LES CAS DANS LESQUELS IL PARAIT CONVENABLE D'EMPLOYER CE MÉDICAMENT ?

L'expérimentation la plus positive ayant démontré l'efficacité très grande du sel marin dans le traitement des splénopathies et des fièvres intermittentes, efficacité au niveau de celle du sulfate de quinine ; voici quels sont les principaux avantages et les inconvéniens que présente l'usage du chlorure de sodium :

1° *Avantages :* Le sel marin est très commun, tandis que le sulfate de quinine est très rare ; il n'est pas dangereux, comme l'est l'arsenic ; son mode de préparation est simple et très facile ; c'est le médicament à bon marché par excellence, tandis que la quinine est fort chère et l'on est, dit-on, exposé à en voir augmenter le prix. Le chlorure de sodium n'exerce pas sur le système nerveux une action toxique ainsi qu'il arrive pour la quinine donnée à haute dose ; sans doute cette dernière action n'a rien de grave, mais toujours est-il bon de l'éviter.

2° *Inconvéniens :* Le goût du sel est insupportable ; les malades préfèrent de beaucoup l'usage de la quinine, substance qui présente un volume de beaucoup moins considérable ; le dégoût qu'éprouvent certains individus pour le chlorure de sodium est tel, qu'ils se refusent entièrement à en faire usage, et qu'ils aiment mieux sortir de l'hôpital que d'en prendre. Le grand volume représenté par 30, 20 ou même 10 grammes de sel marin ne permet pas qu'on en puisse faire des pilules, et d'ailleurs sous cette forme, ou même aussi concentré que possible en dissolution, ne pourrait-il pas exercer sur l'estomac ou l'intestin une action toxique d'où résulterait une inflammation, au moins momentanée, du tube digestif. Une faible proportion de ce médicament ne suffirait pas pour obtenir son effet atrophiant sur la rate, qui, seule, constitue la preuve matérielle de la guérison de la fièvre, et, encore une fois, des proportions considérables de sel prises par la bouche peuvent avoir quelque inconvénient. Rarement, enfin, le sel marin est supporté facilement par le rectum ; tandis que le sulfate de quinine, rendu même très soluble par un léger excès d'acide sulfurique, séjourne pendant un certain temps dans l'intestin sans qu'il en résulte d'accidens, et ce temps est suffisant pour que la rate décroisse.

D'après ce qui précède, les cas dans lesquels il faut employer le sel marin sont les suivans :

1° Quand on n'a sous la main ni sulfate, ni alcoolé de quinine, ou lorsque l'état de fortune des malades ne lui permet pas d'avoir recours aux sels de quinquina.

2° Quand les malades sont très irritables et lorsque la quinine soluble, donnée à hautes doses, donne lieu à des phénomènes toxiques (bourdonnemens d'oreilles, troubles de la vision, hallucinations, démarche vacillante, etc.) plus prononcés que cela n'a lieu chez le plus grand nombre des hommes.

3° Quand les fébricitans se refusent à l'emploi de la quinine.

4° Quand on a employé pendant plus ou moins longtemps et avec peu de succès les préparations de quinine, et alors surtout que les sels de quinquina ne provoquent plus, après un certain temps, la diminution de la rate.

5° Quand l'on veut obtenir brusquement le décroissement de ce viscère, et que, pour arriver à ce but, on veut combiner l'action de la quinine avec celle du sel marin.

6° L'administration du chlorure de sodium peut être d'une extrême utilité dans le plus grand nombre des cas simples, et alors qu'on peut, sans faire courir de risques aux malades, attendre quelques jours sans employer la quinine à haute dose ; mais dans les circonstances et dans les pays où l'on a à redouter des accidens pernicieux, il ne faudrait pas se tenir à l'emploi du sel marin, mais avoir recours au moins en même temps qu'à lui, à l'usage des préparations de quinine données à de fortes doses.

7° Dans les hôpitaux civils et militaires, dans les établissemens de bienfaisance et de secours à domicile, dans les armées, et notamment en Algérie, dans les pays pauvres tels que la Sologne et la Bresse ; dans les lieux enfin où les splénopathies sont endémiques et aussi fréquentes que sujettes à récidives, l'emploi du chlorure de sodium peut être d'une immense utilité. Il fait diminuer considéralement les frais du traitement des fièvres d'accès, et permet d'appliquer à l'autre genre de secours les dépenses considérables auxquelles entraîne l'emploi de la quinine sulfatée ou alcoolisée.

8° Le sel marin est particulièrement indiqué alors que le traitement par la quinine échoue ou lorsqu'après avoir diminué le volume de la rate et calmé les accidens fébriles, il ne parvient pas entièrement à remédier à l'état organique qui cause et entretient le mal.

9° Tout porte à croire qu'il y a des nuances à établir entre le mode d'action du sulfate de quinine et celui du sel marin ; plus tard il pourra arriver que l'on distingue nettement les lésions précises où le chlorure de sodium convient de préférence aux sels de quinine, et réciproquement ; jusqu'à présent, on l'ignore d'une manière complète.

En vérité, je ne saurais dire quel est le mode d'action du sel marin et de la quinine sur la rate ; bien des raisons me portent à croire que l'un et l'autre agissent soit sur l'enveloppe, soit sur le tissu fibreux de cet organe. M. Bourgery considérait, en effet, le périsplène comme musculaire et rétractile. Quant au mécanisme de l'action dont il s'agit, il est inconnu comme celui de la plupart des substances qui ont sur les divers organes une action spéciale.

10° Au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie, les faits qui précèdent ont une immense portée ; il serait difficile de persuader aux personnes qui habitent les localités où les fièvres intermittentes sont endémiques, de faire, comme préservation, usage du sulfate de quinine, et encore ne parviendrait-on peut-être pas, en l'employant, à se préserver des résultats toxiques de l'action des miasmes paludéens auxquels j'ai cru devoir donner le nom d'*éliose*. Mais il n'en est pas ainsi de l'emploi du sel marin ; les habitans d'une contrée marécageuse, une armée cantonnée dans un pays où régnent des splénopathies, peuvent aisément faire entrer dans leur régime journalier une proportion de chlorure de sodium dépassant de quelques grammes la proportion de cette substance qui entre ordinairement dans le régime.

S'il arrivait qu'à des doses modérées le chlorure de sodium portât sur la rate une action plus ou moins analogue à celle que des quantités plus considérables exercent à l'état normal ou maladif sur cet organe ou sur cette affection, il paraîtrait incontestable que le sel marin fût, dans les lieux marécageux, d'une grande utilité pour la santé publique. Jusqu'à présent, aucun fait constaté n'est venu confirmer ces données théoriques. J'ai cherché à provoquer des recherches en ce sens et je n'ai pas eu de réponse satisfaisante ; il en devait du reste être ainsi, car ce n'est qu'avec le temps et avec une longue expérimentation que l'on peut parvenir à résoudre la question proposée.

11° Sans doute, quand l'estomac ou même les intestins sont malades, enflammés, il est peu convenable d'avoir recours à l'emploi du sel marin ; mais le plus souvent son usage est à peu près inoffensif ; or, quand on compare cette innocuité d'un médicament que l'on peut, sans de graves inconvéniens, employer par onces, ainsi qu'il en arrive pour le chlorure de sodium, à l'extrême danger dont peut être suivie l'administration de l'arsenic, de la noix vomique et autres agens thérapeutiques proposés par divers médecins comme des remèdes propres à combattre les fièvres d'accès et les splénopathies, on voit tout d'abord que le sel marin, à efficacité égale, est de beaucoup préférable à l'administration de tels poisons. C'est cette grave raison qui m'a depuis longtemps empêché d'expérimenter dans le traitement des fièvres intermittentes les préparations arsénicales.

Bien plus, les faits recueillis sur les résultats de l'action de l'arsenic dans les affections fébriles périodiques sont bien loin d'être complets ; on n'a presque jamais constaté avec les détails nécessaires et avec des notions suffisantes de plessimétrisme, les effets de l'ingestion d'arsenic sur la rate ; on s'en est tenu à dire que les accès se calment alors, s'éloignent ou cessent. On n'a pas recherché si, après un temps plus ou moins long, ils ne reviennent pas ; enfin, dans la très grande majorité des cas, on fait entrer le sulfate de quinine comme élément dans le traitement des fièvres paludéennes combattues par l'arsenic.

Dans nos observations, il en est un grand nombre, au contraire, où l'on a donné exclusivement le sel marin et suivi assez les malades pour ne pas craindre de rechûtes.

Un des grands avantages du sel marin sera peut-être de remplacer l'arsenic considéré comme un succédané du quinquina ; car, fût-il vrai que ce terrible poison, à faible dose, fût tout à fait innocent, il tuerait à coup sûr les malades s'il arrivait, par suite de quelque erreur de prescription ou d'exécution de formule, qu'on en donnât une quantité trop considérable.

12° Ainsi qu'à la suite du retrait de la rate par les préparations de quinquina, il peut se faire qu'ultérieurement à la diminution de cet organe par le sel marin, il survienne des hémorrhagies graves et même mortelles. Dans un cas où la rate était volumineuse, une hémorrhagie mortelle survint ; à la mort, je trouvai les veines remplies par un liquide très analogue à celui que l'on appelle *boue splénique*, liquide auquel j'ai donné le nom d'*hémosplène* ; serait-ce donc la pénétration de ce liquide dans les veines qui déterminerait ces exhalaisons sanguines considérables qui font parfois brusquement périr le malade ?

Je n'ai jamais rien observé de semblable à la suite de l'emploi du sel marin donné en grande proportion.

Quoi qu'il en soit, l'état du sang dont il s'agit mérite bien qu'on s'en occupe. Il me semble analogue à celui qui existe dans le scorbut et qui est désigné en nomenclature sous le nom d'*hypoplastémie* (diminution dans la fibrine du sang).

Pratiquement, et guidé par l'analyse, j'ai tiré, dans des cas pareils, un très grand parti des sucs de végétaux frais donnés en grandes proportions, et je n'ai point vu, en les faisant administrer, survenir d'hémorrhagies chez les gens dont la rate, très grosse, diminuait brusquement par l'emploi de la quinine à hautes doses. Ce moyen a également prévenu ou fait cesser des hémorrhagies chez des personnes atteintes d'accidens *septicémiques* ou typhoïdes, et qui présentaient une splénomégalie considérable. Il résulte de ceci que dans les cas de rate volumineuse que l'on traite par des doses très élevées de sel marin, il serait prudent d'administrer en même temps des sucs d'herbes à doses élevées.

CONCLUSIONS.

D'après ce qui précède, on peut conclure :

1° Que le sel marin, donné à la dose de 10 à 30 grammes dans 100 à 150 grammes de véhicule (café, bouillon à l'oseille, etc.) diminue en général la rate d'une façon très rapide ; et que, dans un grand nombre de cas, il prévient le retour des accès fébriles ;

2° Qu'il agit sur la rate avec la même énergie que la quinine soluble ;

3° Qu'il est un remarquable succédané du quinquina ;

4° Que son peu de prix, la facilité extrême avec laquelle on peut se le procurer, font de ce médicament un des plus précieux agens thérapeutiques de la médecine du pauvre ;

5° Qu'il peut être employé conjointement avec le sulfate et l'alcoolé de quinine, la quinine ; et que, dans les cas où l'un de ces moyens de traitemens échoue, on peut avoir utilement recours aux autres ;

6° Que de la combinaison de l'emploi du sel à hautes doses, et de l'alcoolé de quinine administré en de fortes proportions, résulte quelquefois un effet tel sur la rate, que cet organe éprouve promptement une diminution considérable ;

7° Qu'on ne pourrait encore préciser tous les cas où les préparations devraient être préférées au sel marin, et réciproquement ; mais qu'il en est déjà où il semble que l'on doit employer l'un plutôt que l'autre ;

8° Enfin, qu'au point de vue du prophylaxisme et de l'hygiène publique, l'emploi du sel marin dans les pays marécageux, serait peut-être d'une grande utilité.

Messieurs, c'est à M. Selle Mondézert que l'on doit d'avoir attiré l'attention sur ce sujet; or, jamais cet observateur n'a prétendu avoir le premier employé le chlorure de sodium dans les fièvres d'accès.

D'après un travail remarquable de M. Jules Lemaire (*Revue médicale*, novembre 1851), Celse et Van Swieten conseillent l'eau salée pour combattre les fièvres intermittentes; dans la Bretagne, il paraît que quelques familles traitent ces affections avec le sel marin, qui leur fait, disent-elles, *vomir la fièvre*; Manget parle des sels à alcali fixe comme fébrifuges; Cullen dit que l'on emploie communément le sel dans les fièvres intermittentes; Desbois de Rochefort en parle comme d'un moyen fort utile dans les cas d'engorgemens du foie et de la rate, et dans les fièvres intermittentes; il en est ainsi d'Hirschell cité par Gmelin, etc. Mais il en est de ces assertions d'anciens auteurs comme de tant d'autres; ce sont là des allégations fort peu différentes de celles que débite un public routinier, ou une garde-malade stupide; ce n'est pas ainsi qu'il faut faire de la thérapeutique. La science moderne se fonde sur des faits bien observés, bien mesurés, bien appréciés, et M. Selle Mondézert, dont je laisse de côté à dessein les théories très contestables, a rendu un très grand service en publiant les résultats de son observation personnelle sur l'action d'un médicament oublié, inusité et vraiment utile.

Votre commission propose à l'Académie de porter ce médecin distingué sur la liste des candidats qui aspirent au titre de correspondans nationaux de cette compagnie.

Permettez-moi, Messieurs, de m'excuser auprès de vous de la longueur de ce travail; peut-être penserez-vous que l'importance du sujet méritera votre indulgence?

Sur la demande de M. Piorry, la discussion de son rapport est renvoyé à une autre séance.

M. Chatin lit la dernière partie de ses recherches sur l'iode dans l'air, les eaux et le sol des Alpes, etc. (Comm. MM. Orfila, Bussy, Ferrus, Pâtissier et Caventou.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 27 Janvier 1852. — Présidence de M. Larrey.

Au commencement de la séance, à la suite de la lecture du procès-verbal, une nouvelle discussion s'est engagée sur l'appréciation des services que peuvent rendre les études microscopiques dans l'histoire des tumeurs.

A cette discussion ont pris part MM. Roux, Michon, Giraldès, Lebert et Forget. Dans notre dernier article, nous nous sommes suffisamment étendu sur cette question; aussi ne croyons-nous pas utile d'y revenir. Cependant, à l'appui de ce que nous avons déjà dit sur les erreurs commises par le simple examen anatomique des tumeurs, après l'opération, nous dirons que M. Giraldès a signalé un grand nombre de tumeurs conservées dans des musées, et entre autres dans le fameux musée Huntérien, tumeurs considérées et étiquetées comme cancéreuses, qui cependant ne présentent aucune trace de cellules cancéreuses. Cette simple observation confirme donc de tout point la valeur que nous avons attribuée à l'examen microscopique comme pouvant seul, quant à présent, permettre d'établir un diagnostic certain; et en outre elle permet de n'accepter qu'avec des doutes fondés tous les faits dans lesquels manque ce mode ultime d'appréciation.

Exostose des os de la face et du crâne.

M. Giraldès présente au nom de M. Rebel, étudiant en médecine, une pièce d'anatomie excessivement curieuse. Il s'agit d'une énorme exostose éburnée de la face, ayant déformé les mâchoires, détruit les sinus, les fosses nasales, et gagnant même les os de la voûte du crâne. Cette tête pèse huit livres: c'est une exostose éburnée tout à fait type.

Un dessin très exact de cette pièce d'anatomie se trouve reproduit dans le livre de Jourda *sur les maladies de la bouche*; en outre, le grand-père de M. Rebel en a fait le sujet d'une étude spéciale dans sa thèse inaugurale.

Névrômes fibreux se rencontrant sur tous les nerfs de l'économie.

M. Houel présente un cas remarquable de névrômes fibreux s'étendant à tous les nerfs de l'économie. Dans la science, on compte six cas analogues. Deux premiers faits ont été observés en 1847 par M. Serres, qui les a consignés dans les bulletins de l'Académie des sciences sous le titre de transformations ganglionnaires de la vie animale et organique. Deux autres faits ont été observés par Schiffener et Wurtzer; enfin, Smith, dans son excellente monographie, en décrit deux exemples analogues à celui que M. Houel a présenté à la Société.

Le malade sur lequel ont été trouvées ces altérations, était entré le 16 mars 1851 à l'hôpital des Cliniques, pour se faire opérer d'une tumeur qu'il portait dans l'aine du côté droit. M. Gosselin, alors chargé du service, trouva d'autres tumeurs sur la paroi abdominale, au cou, aux bras et à l'aisselle, le malade ne se doutait pas qu'il en portait un si grand nombre, elles ne lui avaient jamais occasionné de douleurs vives. Celle de la cuisse, qui l'inquiétait le plus, le gênait seulement dans la marche, et, à l'époque des changemens de temps, elle devenait un peu douloureuse. M. Giraldès, au 1er avril, prit le service de la clinique, et il enleva la tumeur de la cuisse, la cicatrice ne fut complète qu'au mois d'août, plus de trois mois après. Sur ces entrefaites, M. le professeur Nélaton succédant à M. Giraldès, trouva ce malade dans les salles, il reconnut parfaitement la nature de ces tumeurs multiples et en découvrit même de nouvelles, mais vu leur grand nombre, il pensa qu'il n'y avait rien à tenter d'utile pour ce malade, qui s'éteignit le 17 décembre 1851, sans avoir jamais accusé de douleurs bien vives dans ces tumeurs *névromateuses*. Il existait cependant un peu de contracture avec un aigrissement considérable.

A l'autopsie tous les viscères furent trouvés sains, les centres nerveux examinés avec soin, le cerveau, le cervelet et la moëlle épinière ne contenaient aucune tumeur, les nerfs de la queue de cheval seuls, en contenaient un grand nombre; sur un seul filet, M. Houel a pu compter vingt névrômes. Déjà Bischoff avait constaté un fait analogue, il avait même trouvé quelques petits névrômes sur la racine des nerfs craniens encore renfermés dans la boîte osseuse, la septième paire cérébrale contenait une tumeur qui égalait le volume d'une fraise. M. Houel n'a rien trouvé de pareil, mais tous les nerfs sur leur trajet, à l'exception des olfactif et optique, sont le siége de nombreux névrômes. On en trouve également sur le nerf moteur oculaire et la quatrième paire, la cinquième en présente également sur différens points de ses trois branches; ils sont surtout nombreux sur le nerf lingual et sous-orbitaire, la disposition est à peu près identique des deux côtés, la septième paire, à la face, est le siége de nombreuses tumeurs, mais c'est principalement parmi les nerfs craniens, le pneumo-gastrique qui est le plus profondément atteint, il a la forme d'un chapelet, les plexus œsophagiens pulmonaire et cardiaques sont également criblés de petits névrômes; tous les nerfs spinaux, aussitôt après être sortis du trou de conjugaison, deviennent le siége de nombreuses tumeurs. M. Houel en a constaté un grand nombre dans le plexus cervical pour les branches superficielles et profondes, le plexus axillaire et brachial en contiennent aussi un grand nombre, c'est même sur un de ces nerfs que se rencontre la tumeur la plus volumineuse, elle offre le volume et la forme d'un œuf de poule. Toutes les branches terminales à droite et à gauche, musculaires et cutanées, offrent de nombreux névrômes. Les nerfs dorsaux sont tous, sans exception, profondément atteints par cette diathèse fibreuse, quelques-unes de ces tumeurs ont même usé profondément les côtes.

Le plexus lombo-sacré des deux côtés est le siége de tumeurs beaucoup plus nombreuses que le plexus axillaire, il semble que la lésion soit plus avancée pour les membres inférieurs, où l'on retrouve sur le trajet de tous les nerfs de nombreuses tumeurs, principalement dans le sciatique, qui est considérablement hypertrophié. Un fait intéressant et sur lequel M. Houel a attiré l'attention de la Société, c'est que les nerfs ont pris un aspect variqueux, ils semblent plus longs et sont repliés, il est même dans la dissection facile de les déplisser, ils reprennent alors leur direction normale. Le grand sympathique est hypertrophié d'une manière très notable, mais on ne trouve aucun névrôme sur le trajet de son cordon central, le grand splanchnique en présente quelques-uns, et M. Houel en a trouvé en petit nombre dans le plexus mésentérique, mais ces névrômes sont peu volumineux. L'examen microscopique de ces tumeurs, fait par M. Robin, a démontré qu'elles étaient constituées en grande partie de tissus fibreux, il n'a rencontré qu'en très petit nombre des élémens fibro-plastiques.

Cette pièce d'anatomie, très bien disséquée par M. Houel, fera l'objet d'un rapport. La commission nommée se compose de MM. Robert, Nélaton et Lebert, rapporteur. Toute discussion a été renvoyée après le rapport de M. Lebert.

Dr Ed. Laborie.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Nous rappelons à MM. les Actionnaires de l'Union Médicale, que l'assemble annuelle a lieu ce soir, mardi, à 7 heures 1/2. Ceux de MM. les Actionnaires qui ne pourraient assister à la séance, sont priés de se faire représenter, afin d'éviter une deuxième convocation.

— Le tirage au sort du sujet des thèses est ajourné par suite d'une indisposition de M. Marchal (de Calvi).

— Par décrets individuels et motivés, en date du 24 janvier 1852, rendus par M. le président de la République, sur la proposition de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, ont été nommés dans l'ordre national de la Légion-d'Honneur:

Officier: M. Cloquet (Jules), professeur à l'Ecole de médecine de Paris, pour les émineus services qu'il a rendus à la science.

Chevaliers: MM. Désormeaux (Antonin), chirurgien des hôpitaux de Paris, pour les services rendus en qualité de secrétaire, nommé par M. le ministre de l'agricultre et du commerce, près la conférence sanitaire internationale;

Revelle, médecin en chef de l'hospire d'Elbeuf, pour ses services militaires en 1813 et 1814, qui lui valurent d'être proposé, à cette époque, pour la décoration, ainsi que pour ceux qu'il a rendus depuis comme docteur en médecine depuis 1818, ayant obtenu deux prix et une médaille d'honneur pour la vaccine, comme médecin du bureau de bienfaisance, médecin adjoint de l'hospice d'Elbeuf, et médecin en chef du même établissement;

Baillière (Jean-Baptiste), libraire-éditeur, à Paris, pour les services qu'il a rendus, non seulement par la publication et l'introduction à l'étranger des ouvrages scientifiques et médicaux des savans français, mais encore par la traduction et la publication, en Franre, des ouvrages d'anatomie et de physiologie des savans éminens de l'Allemagne.

Bonnet de Malherbe, médecin du ministère de l'agriculture et du commerce, pour les services qu'il a rendus depuis vingt ans, tant comme chirurgien militaire que comme inspecteur des eaux minérales de Paris.

— M. le professeur Magendie, membre de l'Institut, vient de recevoir de S. M. la reine d'Espagne les insignes de chevalier de l'ordre royal de Charles III, en témoignage de la valeur et du caractère d'utilité générale de ses travaux scientifiques.

— M. Valleix commencera ses conférenres cliniques, à l'hôpital de la Pitié, le mercredi 11 février, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Les leçons cliniques commenceront à 9 heures, dans l'amphithéâtre de M. Laugier. La visite des malades sera faite tous les jours à 7 heures 1/2 (salles Saint-Michel et Sainte-Marthe).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Agenda a l'usage des médecins, pharmaciens et vétérinaires, pour 1852, contenant un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires de Paris et des environs; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins-inspecteurs des eaux minérales; les maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; la Faculté de médecine, l'École de pharmacie, l'Académie de médecine, la Société de chirurgie et autres sociétés; un *Mémento du praticien* pour l'emploi des médicamens dangereux, des principales formules magistrales, et des agens nouveaux introduits dans la thérapeutique, par le docteur Alphée Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc.; la liste des poisons et contre-poisons, avec l'indication des secours à administrer aux noyés et asphyxiés; des modèles de rapports et certificats; le tableau des eaux minérales; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent, etc. Prix: 1 fr. 75 c. broché, et 3 fr. et au-dessus, suivant la reliure, dont indication ci-dessous:

Reliures diverses: N° 1. Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier, 3 fr. — N° 2 Id. à patte id. id. 3 fr. 50 c. — N° 3. Id. à coulisseau id. doublé en soie, 4 fr. — N° 4. Id à patte id. id. 4 fr. 50 c. — N° 5. Id. id. id. et petite trousse, 5 fr. — N° 6. Id. à serviette avec trousse et portefeuille, 6 fr. — N° 7. Id. id id. à trimestres, 7 fr. — N° 8. Chagrin id. id. et portefeuille, 7 fr. — N° 9. Id. id. id. à trimestres, 8 fr.

Supplément aux formulaires publiés jusqu'à ce jour, contenant près de 300 formules extraites des journaux français et étrangers qui ont paru en 1851, recueillies par l'un des rédacteurs du *Journal de chimie médicale*. In-8. Prix: 1 fr. 25 c., franco par la poste.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23, à Paris.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP.,
Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 15. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 5 Février 1852.

PRIX DE L'ABONNNEMENT :
Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 FÉVRIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une discussion qui pouvait avoir le plus grand intérêt s'est ouverte hier d'une manière incidente à l'Académie de médecine. En indiquer le véritable caractère nous serait chose fort difficile, car il s'est agi d'une foule de questions très diverses dont aucune n'a été menée à fin. L'emploi du forceps, dans les maisons d'accouchement, est-il trop rare? La mortalité qui règne dans ces établissemens ne dépend-elle pas de ce que les moyens actifs de l'art y sont trop tard employés? Quelle est la mortalité véritable dans la Maternité? La fièvre puerpérale reconnaît-elle des causes particulières indépendantes de l'influence épidémique? Telles sont les diverses questions qui ont été soulevées, mais dont aucune, après une discussion fort agitée et fort passionnée, n'a reçu un semblant ou un commencement de solution.

Il était difficile qu'il en fût autrement. Les documens statistiques officiels relatifs à la solution de ces questions font complètement défaut. On ne sait qu'indirectement et peut-être inexactement ce qui se passe dans les établissemens consacrés aux femmes en couches. La porte en est rigoureusement interdite à tout médecin qui n'appartient pas à la maison. Les précautions les plus minutieuses sont prises pour qu'aucun œil indiscret ne puisse plonger dans ces asiles, et les honorables médecins qui y dirigent les secours médicaux n'ont pas encore fait connaître les résultats de leur vaste et savante expérience.

De sorte que M. le professeur Malgaigne, qui a eu l'honneur et le courage de porter ces questions graves devant l'Académie de médecine, n'a pu, à vrai dire, qu'en montrer de loin tout l'intérêt, toute l'importance, et que, faute de renseignemens suffisans, il n'a pu en élucider aucune.

Cependant nous éprouvons le regret de dire à l'éloquent professeur qu'avec un peu plus de mémoire il aurait trouvé dans les collections de l'UNION MÉDICALE un document digne de son attention. Dans les numéros 136 et 138 de l'année 1850, M. Richelot a présenté une analyse étendue d'un ouvrage fort curieux de M. le docteur Faye, professeur d'accouchement à l'université de Christiania, et médecin en chef de l'hôpital de cette ville; ouvrage intitulé : *De l'état hygiénique de plusieurs hôpitaux étrangers, principalement de ceux de ces hôpitaux qui sont consacrés aux femmes et aux enfans.*

M. le professeur Faye, ainsi qu'il le raconte, éprouva les plus grandes difficultés pour pénétrer dans la Maternité, et pour y prendre, sur les registres officiels, les notes qu'il a publiées plus tard. Il ne fallut rien moins qu'une intervention diplomatique, pour qu'il pût librement recueillir ses renseignemens. Nous engageons M. Malgaigne à relire l'analyse de M. Richelot. Il y trouvera des renseignemens très précieux. Veut-il savoir, par exemple, combien de fois le forceps a été appliqué dans cet établissement, dans un espace de cinq années, de 1843 à 1848, sur un chiffre de 17,657 accouchemens? Il trouvera que l'application du forceps n'a été faite que 87 fois, soit 15 fois par an en moyenne, sur une moyenne de 4,400 accouchemens.

Veut-il connaître au juste la mortalité dans cet établissement pendant ce même espace de temps? Il trouvera les proportions suivantes : 1844, 1 sur 20; 1845, 1 sur 25; 1846, 1 sur 23; 1847, 1 sur 28; 1848, 1 sur 33. Mêmes renseignemens sur l'hôpital des Cliniques, où, sur un espace de 14 années, la mortalité des femmes en couches a oscillé dans cet établissement entre 1 sur 14 et 1 sur 48.

M. Faye ne s'est pas borné à visiter les établissemens de Paris, il a vu la plupart des établissemens analogues de l'Europe, partout il a colligé des renseignemens; et, chose pénible à dire pour notre orgueil national, c'est qu'il arrive à ce résultat, que Paris occupe l'un des échelons les plus élevés, relativement à la mortalité des femmes en couches.

Quant à la partie pathologique et pratique du débat, elle se trouve suffisamment exposée dans le compte-rendu, pour que nous n'ayons pas besoin d'en présenter l'analyse. Nous nous féliciterions, sans oser l'espérer, que le lecteur y trouvât une indication à saisir ou une ligne de conduite à suivre.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL NECKER. — Leçons cliniques de M. Natalis GUILLOT.

DE LA NOURRICE ET DU NOURRISSON.

Choisir une nourrice, déterminer la quantité de lait que doit prendre un enfant pendant une période donnée, sont deux circonstances sur lesquelles l'attention du médecin est quotidiennement fixée.

Existe-t-il un moyen de recherche dont la valeur soit suffisante pour éclairer en pareil cas? N'y a-t-il rien de plus à faire que ce que l'on a enseigné, que ce que l'on répète chaque jour?

De tels sujets peuvent être considérés comme vulgaires. Cependant je ne crois pas me tromper en regardant les questions qui s'y rattachent non seulement comme curieuses, mais encore comme des sujets importans d'étude. Questions curieuses, car elles touchent à la physiologie; questions importantes, car les solutions auxquelles elles conduisent instruisent à la fois l'observateur sur l'alimentation de l'enfant en santé, sur l'alimentation et la nutrition de l'enfant, lorsqu'il est malade.

Que l'on examine dans les bureaux de nourrices toutes les femmes qui s'y présentent. Tourangelles ou Normandes, Flamandes ou Bourguignonnes, plus ou moins fraîches, plus ou moins robustes, brunes ou blondes, les unes ont le sein développé, plein de lait; le sein des autres est flasque; un réseau de veinules soulève les tégumens mammaires de celles-ci; d'autres ont le sein privé de toute apparence vasculaire; le mamelon est effacé, court ou long; l'aréole jaunâtre, brune ou rose est garnie ou dépourvue de poils. Trouve-t-on dans ces caractères de suffisantes indications pour déterminer un choix? Tout le monde en doute, et mon expérience m'autorise à partager l'opinion commune.

De ce qu'une nourrice aura les mamelles pleines de lait, de ce qu'en pressant les conduits galactophores on aura fait jaillir du lait par trois ou quatre points du mamelon, pourra-t-on conclure que la femme offrira plus tard à l'enfant ce qu'elle peut fournir au moment de l'examen. Bonne nourrice aujourd'hui, en supposant qu'elle le soit, le sera-t-elle encore demain?

La distension du sein peut tenir à ce que la nourrice aura laissé le lait s'accumuler dans les conduits qu'il traverse. Elle pourra n'avoir pas laissé téter son nourrisson, supercherie semblable à celle des marchands de vaches laitières auxquelles on a lié les tétines avant de les conduire à l'acheteur.

C'est généralement entre la vingtième et la trentième année que la femme peut être bonne nourrice. Toutefois, j'ai vu de bonnes nourrices âgées de plus de trente ans; mais négligeons les extrêmes.

Trop jeune à son premier enfant, la femme manque d'expérience; plus âgée et ayant déjà nourri, elle peut entourer le nourrisson d'assiduités mieux comprises. Il en est des jeunes mères comme des jeunes poules qui cassent leurs œufs; elles ressemblent en certains côtés aux jeunes animaux qui ne savent pas élever leurs petits. La part de l'expérience de la nourrice est grande et il ne faut pas l'oublier. Je me suis plus d'une fois adressé à de vieilles nourrices pour rendre des enfans à la santé; elles réussissaient là où d'autres plus jeunes auraient échoué. Il y avait entre autres femmes, à l'hôpital des Enfans-Trouvés, deux ou trois nourrices qui s'y trouvaient depuis plus de deux ans, entre les bras desquelles les enfans renaissaient avec une merveilleuse rapidité. La part de l'expérience et des soins doit être fort grande dans des circonstances semblables, mais ne pourrait-on aussi attribuer ces résultats à la qualité du lait?

Généralement, si le médecin savait à l'avance que la menstruation n'est pas interrompue chez une nourrice, je crois qu'il la refuserait. Néanmoins, quoique je partage cette manière de voir, je dois dire que j'ai vu et que je vois dans les salles des nourrices parfaitement réglées; et il ne m'est pas démontré que l'apparition de cette fonction entraîne tous les dangers qu'il est permis de redouter en pareil cas.

Le lait diminue pendant l'époque menstruelle; l'enfant, moins bien nourri, peut souffrir; mais je n'ai pas encore vu qu'il en advint de sérieux accidens. Sur les vingt-cinq nourrices placées à l'hôpital des Enfans-Trouvés, j'en ai vu quelquefois plusieurs qui étaient réglées en même temps; et malgré cette circonstance si redoutée, dissimulée par les nourrices autant qu'elles le peuvent faire, les enfans qui étaient entre leurs mains ne paraissaient pas souffrir.

D'autres conditions dépendantes de maladies, telles que le rachitisme, la scrofule, la syphilis, doivent être regardées comme mauvaises. Les préceptes enseignés à cet égard sont excellens; il ne faut pas s'en écarter. Je n'insiste sur ce point que pour avoir le droit d'appeler votre attention sur les remarques suivantes :

Une nourrice scrofuleuse transmet-elle à l'enfant le germe de la maladie scrofuleuse? Cela est possible, mais rien ne le démontre. En évitant de choisir ces nourrices, il faut savoir que nos études nous donnent fort peu de renseignemens sur ce point.

Une nourrice rachitique communique-t-elle au nourrisson la disposition à contracter le rachitisme? Rien ne le démontre, et certains faits m'autorisent à croire le contraire.

J'ai vu des enfans au sein de nourrices bossues; j'ai observé des nourrices déformées par le rachitisme : les unes et les autres faisaient de bons élèves. Mais le monde se refuse à de pareils choix, et la nécessité seule prépare ces observations.

Il n'est pas de médecin qui consente à confier un enfant sain à une nourrice affectée de syphilis récente ou ancienne. Pour les uns, la maladie pourrait être transmise de la nourrice à l'enfant par le contact des mamelons malades et des lèvres de l'enfant; pour d'autres, la maladie se propagerait non seulement par ces contacts, mais encore par les altérations secrètes du lait; pour d'autres, enfin, le danger que court l'enfant ne serait pas démontré; il n'y aurait de réel que le dégoût qu'une semblable nourrice peut inspirer à ceux qui la connaissent.

Je ne crois pas qu'il soit encore possible d'avoir une opinion arrêtée sur ces diverses manières de voir. Malgré l'intelligence de quelques-uns des hommes qui les ont soulevées, elles demandent encore de longues et attentives études; mais comme c'est surtout dans ces questions obscures que l'esprit humain aime à pénétrer; que surtout aujourd'hui elles exercent la sagacité d'hommes d'un grand mérite, il faut que chacun de nous fournisse pour les éclairer la somme même la plus minime de lumières. La digression suivante résumera ce que j'ai vu sur cette matière depuis plusieurs années.

J'ai observé deux nourrices syphiliques à l'hôpital des Enfans-Trouvés, toutes deux affectées de plaques muqueuses à l'anus, aux parties génitales et sur les tégumens, sauf les mamelons, sans quoi la maladie syphilitique eût été reconnue; ces femmes, qui avaient eu des gerçures aux seins, cachaient l'état de leur santé. Le hasard seul conduisit à la découverte des accidens qu'elles éprouvaient. L'une de ces femmes resta dans l'établissement pendant huit mois, l'autre près de deux ans; l'une et l'autre firent des nourrissons très convenables et nullement syphilitiques.

Mon savant collègue, M. Cullerier, a eu, je crois, l'occasion de traiter à l'hôpital de Lourcine l'une de ces deux femmes qui lui fut adressée. Quoiqu'il ne soit pas démontré que le lait puisse être le véhicule du poison syphilitique, il n'en est pas moins très sage de refuser un aliment sorti d'une source impure.

A ce sujet, je dois ajouter que, s'il ne me paraît pas prouvé qu'une nourrice puisse transmettre le poison syphilitique par le lait, ou par le contact de tégumens affectés des lésions secondaires de la maladie contagieuse, il ne m'a pas été davantage possible de reconnaître que l'infection syphilitique de l'enfant, antérieure à la naissance, se fût propagée, par le contact des lèvres, au mamelon de la nourrice. Tout ce que j'ai pu étudier de ce sujet a été négatif. Dans nos salles, vous pourrez voir des enfans syphilitiques téter des mères parfai-

ement saines. Hier encore vous pouviez observer un enfant affecté d'ecthyma, d'ulcérations profondes et nummulaires des jambes, de la région lombaire, des joues et de la bouche. L'enfant têtait depuis huit mois, et la mère était saine. Des particularités analogues se reproduiront chaque mois sous vos yeux.

A l'hospice des Enfans-Trouvés, les enfans nés de provenance suspecte sont administrativement désignés sur les rapports des médecins et des sages-femmes par le signe D (douteux). Parmi ces enfans, les uns n'offrent ultérieurement aucun signe d'infection. Chez d'autres, le corps se couvre, du douzième au trentième jour, de vésicules de pemphygus, de pustules d'ecthyma qui peuvent s'ulcérer, ou de plaques muqueuses sur la peau, ou vers l'anus et les nymphes. Les ganglions du cou se tuméfient. Tous ces enfans ou au moins un grand nombre sont donnés à des nourrices. Malgré cela, pendant un séjour de deux années à l'hospice des Enfans-Trouvés, je n'ai pas vu, dans ces circonstances, d'accidens survenir chez les nourrices, quoique, tout le monde les redoutant, on les eût constamment cherchés.

Mon honorable confrère, M. Boys de Loury, dont le savoir est fort grand sur ces matières, m'a envoyé de la prison de Saint-Lazare des enfans infectés nés de filles publiques chancreuses. Ces enfans, couverts de plaques muqueuses même aux lèvres, têtaient des nourrices depuis plusieurs jours lorsque j'en connus la provenance. On continua, car il n'y avait pas d'accidens, et il n'en survint pas. J'ai eu l'occasion de voir ces détails avec M. Boys de Loury, avec M. le docteur Lacaze du Thiers, et, si ma mémoire me sert bien, avec M. Cullerier. Sans rien affirmer donc à l'égard de ce que je ne connais pas, ce que j'ai vu me conduit à croire que la contagion syphilitique de l'enfant à la nourrice, par le contact de parties affectées de lésions non primitives, n'est pas encore plus démontrée que la contagion de la nourrice au nourrisson dans de semblables circonstances.

L'état de gestation est une condition mauvaise pour la nourrice. A part de rares exceptions, le lait des femmes enceintes diminue de quantité, et la nutrition des enfans qu'elles allaitent en souffre. Sur ce point, je crois que tout le monde est unanime.

Je suppose l'appréciation de la santé d'une nourrice parfaitement établie ; elle a plus de vingt ans et moins de trente ; elle est saine, expérimentée et donne du lait. Il faut encore connaître le lait. Or, connaître le lait, c'est non seulement en apprécier la qualité, mais encore en déterminer la quantité, afin que l'on sache si la somme de lait fournie en vingt-quatre heures suffira chaque jour à l'enfant.

Pour déterminer la qualité du lait, les uns ne font rien, et c'est le grand nombre; les autres le goûtent, dégustation fort incertaine; d'autres le pèsent avec un densimètre; d'autres encore l'examinent avec le tube lactoscopique du docteur Donné. En goûtant ce liquide, on n'apprend pas grand'chose; avec le densimètre, on en sait davantage peut-être, mais on ne sait pas si le chiffre de la densité est dû à l'un ou à plusieurs des élémens du lait, au sucre, au beurre, au caséum ou aux sels. A l'aide du lactoscope, on n'apprécie que le degré de l'opacité produite, dans un tube garni de verres aux extrémités, par les globules de beurre que le lait tient en suspension. On ne peut avoir de renseignemens sur le sucre et surtout sur le caséum qui est la véritable viande du lait; car ces corps sont en solution dans l'eau, tandis que le beurre y est à l'état de suspension, ou divisé en un nombre considérable de globules microscopiques.

Précipiter le caséum à l'aide d'un acide dans un tube gradué, et répéter le procédé communiqué dernièrement à l'Académie de médecine, par M. le docteur Duchêne, serait encore le meilleur moyen d'apprécier rapidement et suffisamment, pour l'usage ordinaire, la somme de caséum ou de matière nutritive contenue dans un volume donné de lait. Sinon, il faudrait opérer lentement.

Dessécher un volume de lait dans le vide, pour connaître le poids qu'il contient; séparer du résidu sec le beurre par l'éther, le caséum par l'alcool; mesurer le sucre à l'aide d'une liqueur titrée de bitartrate de potasse et de sulfate de cuivre; incinérer une portion de matière pour apprécier le poids et la qualité des matériaux inorganiques, sont des opérations à tenter dans le silence du laboratoire, mais impraticables dans les circonstances où se trouvent les médecins.

Il n'y a donc, si je ne m'abuse, que des moyens peu précis à employer, lorsqu'il s'agit d'apprécier rapidement la qualité du lait.

Que si l'on demandait au médecin d'indiquer la quantité de lait que doit fournir une nourrice pour alimenter un enfant pendant vingt-quatre heures, si on lui demandait de régler la ration d'entretien d'un enfant, il est probable qu'il serait aussi muet que le sont les livres. Personne ne me paraît s'être occupé de ce sujet, et cependant c'est là un des points capitaux de la médecine des enfans. Chez ces petits êtres, la nourriture est l'alpha et l'oméga de la médecine. C'est pour remédier à cette ignorance dans laquelle j'étais relativement à la somme de lait fournie par les nourrices, et à la quantité de lait prise par les enfans, que j'ai essayé d'établir le rapport de la nourrice et du nourrisson par la constatation de l'accroissement du poids de celui-ci à l'aide de la pesée, avant et après la tétée.

De cette façon j'ai tenté de connaître : 1° ce qu'une nourrice peut donner de lait dans une tétée à un enfant sain; 2° ce qu'un enfant malade prend de lait; 3° ce que les uns et les autres peuvent en prendre en vingt-quatre heures; 4° ce que la femme produit de lait.

Ces expériences m'ont également conduit à rechercher les variations du poids d'un enfant s'accroissant régulièrement en pleine santé, ou dépérissant sous l'influence de la maladie. Je n'ai certainement pas la prétention d'avoir analysé toutes les particularités qu'une longue pratique de ces sortes de recherches fera connaître ; mais ce que j'ai appris m'autorise à vous dire que l'on n'apprécie convenablement le rapport de la nourrice et de l'enfant qu'en *pesant* le nourrisson.

(La suite à un prochain n°.) Dr E. HERVIEUX.

ORGANOGRAPHIE.

OBSERVATIONS SUR LA STRUCTURE INTIME DU FOIE, A L'OCCASION DU MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR LEREBOULLET.

A M. le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur le rédacteur,

Dans le dernier numéro de l'Union Médicale (3 janvier 1852), je viens de lire, au compte-rendu de l'Académie des sciences, les 67 propositions résumant le travail de M. Lereboullet, professeur à la Faculté de Strasbourg, sur la structure intime du foie. Ces propositions, données ainsi sans détails, pourraient faire supposer que toutes ces conclusions indiquent autant de résultats nouveaux, de découvertes nouvelles sur la structure de cet organe. Permettez-moi de revendiquer, pour les prédécesseurs de M. Lereboullet dans ces études anatomiques, ce qui revient à chacun d'eux. Ce sera d'autant plus justice, je crois, que dans toutes circonstances leurs noms et leurs travaux paraissent également avoir été mis en oubli.

Portal, Muller, Kiernan et Cruveilhier ont tour à tour démontré que les deux substances *corticale* et *médullaire*, des granulations du foie, décrites pour la première fois par Ferrein, ne sont que des colorations différentes de la même substance,

Ce fait est depuis longtemps généralement admis dans la science.

Les *granulations* du foie, connues depuis Wepfer et Malpighi (1665), qui les comparait aux lobules du poumon, ont été particulièrement étudiées par Kiernan, qui les a le mieux mises en lumière. Depuis cet anatomiste anglais, il n'a rien été ajouté à la description qu'il nous a donnée de la structure grossière des élémens du foie.

Ainsi, d'après Kiernan, les *lobules* ou *granulations* polyédiques du foie sont groupés autour des *veines hépatiques*; ils reposent tous, par leur base, sur les divisions de ces veines, qui, en raison de cette disposition, ont été appelées par lui *veines sub-lobulaires.* Celles-ci fournissent à chacun des lobules dont elles sont respectivement entourées, une petite veine qui le pénètre par le centre de sa base pour se répandre dans l'intérieur de cette granulation, c'est la veine *intra-lobulaire.* Elle se voit parfaitement à l'œil nu et sans préparation, au centre de toutes les granulations de la surface du foie.

La *capsule de Glisson* enveloppe tout le foie; puis elle pénètre, par le hile ou la scissure transverse, dans l'intérieur des *canaux portes* qu'elle tapisse, en accompagnant dans toutes leurs ramifications la veine porte, l'artère hépatique et les conduits biliaires; enfin elle forme toutes les cloisons du foie en fournissant une enveloppe propre à chacune des granulations hépatiques. C'est dans ces enveloppes que se ramifient à l'infini les vaisseaux sanguins avant de pénétrer les granulations, et qu'ils forment ce que Kiernan appelle *vaisseaux et plexus inter-lobulaires.* Ces enveloppes, ou prolongemens de la capsule de Glisson, jouent donc, vis-à-vis de chaque granulation, le rôle d'une pie-mère; observons cependant que cette coiffe n'est pas complète, car la capsule de Glisson n'enveloppe pas les lobules du côté de leur base immédiatement appliquée sur les veines sub-lobulaires.

En résumé, chaque granulation ou lobule repose par une de ses faces sur une veine *sub-lobulaire* ; cette base exceptée, il est entouré de toutes parts par un prolongement de la capsule de Glisson qui la renferme comme dans une espèce d'alvéole; dans cette coiffe se divisent les dernières ramifications de la veine porte, qui forment les *vaisseaux* et *plexus inter-lobulaires.* Au centre de chaque lobule se trouve la veine hépatique *intra-lobulaire* qui débouche directement dans la veine *sub-lobulaire* correspondante. Ces faits anatomiques, parfaitement décrits par Kiernan, et vérifiés par tous les auteurs qui ont écrit après lui, sont passés dans le domaine de la science.

Comme un lobule est la partie élémentaire du foie et résume en lui tout cet organe, rechercher la structure intime du foie revient donc à déterminer la structure intime d'une granulation, autrement à connaître la structure de la substance comprise entre ces plexus portes inter-lobulaires et la veine hépatique intra-lobulaire.

Voici les opinions qui ont été successivement émises sur la structure intime de la partie élémentaire du foie.

Pour Malpighi, la partie élémentaire du foie est formée par des *acini*, espèces de follicules ou poches membraneuses dans la cavité desquelles les vaisseaux sanguins viennent verser, par de petits pores, les matériaux de la bile, pour y être élaborés, puis rejetés au dehors par le conduit excréteur propre à chaque acini.

Selon Ruysch, les radicules de la veine porte communiquent avec les veines sus-hépatiques et avec les canaux biliaires. Ce sont les extrémités pulpeuses (*extremitates succosæ*) des vaisseaux sanguins qui préparent le produit de la sécrétion et le versent tout formé dans de petites lacunes d'où partent des canaux excréteurs.

Ferrein dit que les deux substances du foie (corticale extérieure et médullaire renfermée par la précédente) sont, comme celles des reins, formées par un grand nombre de vaisseaux blancs cylindriques, diversement repliés, qui se continuent d'une part avec les vaisseaux sanguins, de l'autre avec les canaux excréteurs.

Suivant Mascagni, les granulations sont formées d'un amas de cellules, pourvues chacune d'un conduit excréteur. Les parois de ces cellules, ainsi que celles de tous les canaux biliaires, sont formées de trois membranes. La membrane externe est constituée par un lacis de vaisseaux sanguins fournis un peu par l'artère, mais principalement par la veine porte et par les veines hépatiques ; ces lacis sont soutenus par du tissu cellulaire, on y trouve également des vaisseaux lymphatiques et des nerfs. La seconde membrane, c'est-à-dire la moyenne, est composée de la même manière, seulement les divisions des vaisseaux qui forment ces lacis sont plus entortillées, plus contournées et d'une finesse et d'une ténuité plus grandes. La troisième, ou membrane interne, est également formée par des lacis, mais ces vaisseaux sont arrivés à leurs dernières divisions; les absorbans y sont en très grand nombre. Elle est criblée de petits pores pour laisser passer le produit biliaire qui est exclusivement sécrété par la membrane moyenne et qui arrive ainsi dans la cavité des cellules et dans l'intérieur de tous les canaux excréteurs.

D'après Autenrieth, Mappes et Meckel, les lobules du foie sont formés par de petits amas de substances médullaire et corticale réunies. Les dernières divisions de la veine porte et de l'artère se ramifient dans la substance corticale et vont se terminer sur la surface des principales circonvolutions de la substance jaune ou médullaire. Les divisions les plus ténues des veines sus-hépatiques se répandent entre les granulations de cette dernière substance, sans jamais pénétrer dans l'intérieur de ces granulations. Les radicules des conduits hépatiques tiennent le milieu entre ces deux ordres précédens de vaisseaux ; elles sont placées entre les deux substances, mais elles se répandent surtout à la surface de la substance jaune. Pour Autenrieth et Mappes, la substance granulée est la partie essentielle à la sécrétion biliaire; Meckel, au contraire, dit : la portion la plus essentielle du foie est constituée par les vaisseaux biliaires et par le tissu muqueux qui les enveloppe.

Kiernan décrit ainsi la structure intime de la granulation hépatique. « Les branches inter-lobulaires de la veine porte entourant les lobules de tous côtés, excepté à leur base, se divisent en branches qui pénètrent dans les corps, forment dans chacun d'eux un plexus dont les branches se terminent dans la veine hépatique intra-lobulaire située au centre du lobule. Ce plexus interposé entre les veines portes inter-lobulaires et la veine intra-lobulaire, constitue la partie veineuse du lobule et peut être appelée *plexus veineux lobulaire.* » Les conduits biliaires inter-lobulaires émettent des branches qui entrent dans les lobules, se divisent et se subdivisent en petits conduits qui s'anastomosent entre eux et forment un plexus réticulé que Kiernon appelle *plexus biliaire lobulaire.* Les portions circulaires, ovoïdes et oblongues de ce plexus vues entre les branches du plexus veineux ressemblent beaucoup à des cellules quand on les examine au microscope: « En résumé, dit-il, chaque lobule est composé d'un plexus de conduits biliaires, d'un plexus veineux formé par les branches de la veine porte, d'une veine intrà-lobulaire, branche d'une veine hépatique sub-lobulaire et de petites artères. On peut présumer que des nerfs et des vaisseaux lymphatiques entrent aussi dans leur formation; mais on ne peut les y apercevoir. Les tuniques des conduits lobulaires sur lesquelles se ramifient les vaisseaux sanguins constituent la substance propre sécrétoire du foie, comme les conduits corticaux du rein, et celle des conduits serminifères constituent la substance sécrétante de leurs organes respectifs. »

En 1841, j'ai publié dans les *Archives de médecine* (janvier et février), un mémoire sur la structure intime du foie, par lequel je crois avoir démontré que dans la granulation hépatique, la substance (d'aspect moëlle de jonc, suivant Cruveilhier), comprise d'une part entre les plexus inter-lobulaires ramifiés dans la portion de la capsule de Glisson qui enveloppe respectivement tous les lobules, et d'autre part la veine intra-lobulaire qui se trouve au centre de chacun d'eux, je crois avoir démontré, dis-je, que cette substance est formée par de véritables *cellules* ou *utricules.*

Ces cellules de forme ovoïde, ellipsoïde et mieux polyédrique, sont rangées plus ou moins régulièrement autour de la veine intra-lobulaire. Elles laissent entre elles de petits intervalles que nous avons appelés *espaces inter-utriculaires.* Ces espaces sont pour nous des capillaires spéciaux interposés entre le plexus inter-lobulaire ou extrémité des veines portes et les veines intra-lobulaires ou radicules des veines sus-hépatiques. Quand on pousse une injection par la veine porte, la liqueur pénètre ces espaces inter-utriculaires et les colore en marchant de la circonférence du lobule vers le centre, puis passe dans les veines sus-hépatiques. Quand on injecte au contraire ces dernières veines, la pénétration de ces capillaires ou leur coloration commence par le centre pour se porter à la circonférence et passer dans les plexus inter-lobulaires puis dans les branches de la veine porte.

Le sang de la veine porte, poussé par la vis à tergo qui fait jouer à cette veine le jeu d'une artère, traverse donc ces capillaires pour passer dans les veines sus-hépatiques. Ce sang remplit tous les espaces *inter-utriculaires*, c'est-à-dire qu'il circule autour de toutes les cellules et se trouve ainsi en rapport immédiat avec leur membrane sécrétante, puisque les parois seules des cellules forment les parois de ces capillaires. — Cette disposition est remarquable, en ce que la cellule ou organe sécréteur de la bile, chez les animaux supérieurs, plonge, pour ainsi dire, au milieu du liquide sanguin, comme chez les animaux inférieurs à circulation vague, doués d'une sécrétion biliaire si active.

Les cellules biliaires communiquent les unes avec les autres, et finalement déversent le produit de la sécrétion dans le canal biliaire *unique* qui part de chaque lobule ou granulation hépatique.

En vertu d'une force élective particulière, les parois des cellules extraient du sang avec lequel elles sont dans un rapport immédiat, les matériaux qui, par leur réunion, constituent le liquide biliaire.

Si j'ai bien compris les propositions de M. Lereboullet, il me semble que les résultats auxquels il est arrivé se retrouvent presque tous dans les travaux de Kiernan ou dans mes recherches.

Je ne saurais dire également si (10e proposition), les élémens qu'il a trouvés dans les cellules biliaires : « 1° un noyau sphérique avec un » nombre variable de petites nucléoles punctiformes transparentes; » 2° des granulations grises ou fauves éparses dans la cellule ou ac» cumulées en petits tas (granules biliaires); 3° des vésicules graisseu» ses très petites répandues au milieu des granules précédens, » diffèrent des *globules glutineux* et des *granules huileux* déjà décrits par MM. Dujardin et Verger (Thèse inaugurale soutenue à Paris, le 23 août 1838.)

mais il paraît avoir démontré le premier que, dans les foies gras, la graisse s'accumule dans l'intérieur des cellules, plutôt que dans leurs interstices ou leurs parois, et qu'il est un moyen de distinguer l'engraissement artificiel du foie de son engraissement pathologique ou de sa dégénérescence graisseuse comme à la suite de la phthisie, du caucer et de la cirrhose. Dans l'engraissement artificiel, celui qu'on obtient chez les oies, par exemple, la graisse se réunit en gouttes de plus en plus volumineuses et finit par former le plus souvent une grosse goutte unique qui détend la cellule comme un ballon.

Mais je ne saurais admettre sa 47e proposition : « Les réseaux que » forme l'artère hépatique à la surface du foie ne diffèrent pas des ré- » seaux de la veine porte sous-jacente ; ils ont exactement les mêmes » dimensions, et l'on peut assurer facilement que les deux réseaux se » continuent l'un dans l'autre et ne forment en réalité qu'un seul. »

Je puis assurer à mon savant confrère que ces réseaux n'appartiennent pas à l'artère ; que, si on injecte ce vaisseau sans détacher le foie du corps de l'animal et avec les précautions que j'ai indiquées, jamais l'injection ne pénétrera les réseaux de la surface du foie sans que préalablement elle ne soit sortie des artères pour entrer dans les bronches et même dans les grosses divisions de la veine porte.

Il me semblerait également difficile d'admettre que les cellules biliaires ne s'ouvrent pas les unes dans les autres ; MM. Bonamy, Verger et moi, nous n'avons jamais trouvé qu'un seul conduit pour chaque lobule hépatique.

Enfin, je ne saurais m'expliquer comment M. Lereboullet dit (7e proposition) : que dans l'homme on ne peut démontrer aucune trace des enveloppes lobulaires (prolongemens de la capsule de Glisson). Il est cependant bon nombre de préparations qui mettent facilement à découvert cette coiffe vasculo-fibreuse des lobules.

Agréez, etc.

Dr D. Lambron,
Médecin à Levroux (Indre.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Février 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon, sur l'épidémie de scarlatine angineuse qui a régné dans la commune de Fretoy (Nièvre). (Comm. des épidémies.)

2° Un certificat de puisement et des échantillons d'une source sise au Roncas blanc, commune de Marseille. (Comm. des eaux minérales.)

3° Le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour le mois de décembre dernier.

4° Un rapport sur le choléra épidémique qui a régné en 1849, à Louviers, par M. Girard.

5° Un mémoire de M. Carron du Villards, contenant l'histoire d'une tumeur éléphantisiaque de la paupière supérieure, enlevée sur un Indien du Cuba. (Comm. MM. Velpeau et Gibert.)

6° Une lettre de M. Dezauneau, relative au traitement de la rage par les frictions mercurielles. (Comm. M. Renault.)

— M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire d'un de ses membres fondateurs, M. Girard, de la section de médecine vétérinaire. Une députation de l'Académie a assisté à son convoi ; mais, conformément à la volonté exprimée dans son testament, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

M. Chailly a la parole pour répondre à la dernière argumentation de M. P. Dubois, au sujet d'un rapport sur un mémoire de M. F. Hatin, relatif à l'application du forceps au détroit supérieur.

M. Chailly rappelle que le procédé de M. Hatin se compose de deux temps ; le premier consiste dans l'introduction de la main dans l'utérus, le second dans le mouvement de supination imprimé à la main pour la porter au côté opposé. Le conseil d'introduire la main dans l'utérus a été donné par M. Hatin pour les personnes peu exercées, et ce sont les plus nombreuses, dans le but de faciliter l'application des branches du forceps. C'est à tort que M. P. Dubois a dit que ce procédé était connu, il n'est inscrit nulle part. Quant au mouvement de rotation que M. Dubois trouve difficile et dangereux, M. Chailly ne doute pas que M. Dubois ne l'eût trouvé facile s'il l'avait expérimenté. Du reste, pour répondre aux objections de M. Dubois, il soumettra à l'Académie une collection de 14 observations d'application de forceps ou de céphalotripsie par le procédé de M. Hatin.

M. le Président propose de clore la discussion ; mais, sur la réclamation de quelques membres, l'Académie est consultée et vote pour la continuation de la discussion.

La parole est à M. Malgaigne.

M. Malgaigne a dit, à l'occasion du rapport de M. Chailly, que dans les grands établissemens consacrés aux accouchemens, les femmes ne recevaient pas les mêmes soins que dans la pratique civile. M. Dubois a paru prendre cela pour une personnalité. C'est à tort, c'est sur sa propre pratique pendant les quatre années qu'il a été chargé du service de la maternité à l'hôpital St-Louis, qu'il s'est fondé pour énoncer cette proposition. Dans l'impossibilité où se trouve le chef de service de s'occuper des accouchemens, ce soin revient aux internes, généralement très peu expérimentés en matière d'accouchement ; il résulte de là que la plupart du temps les accouchemens sont livrés aux soins de la nature, et que le forceps n'est pas appliqué dans tous les cas où il serait utile de le faire ; de là des accidens fréquens, qui résultent d'un travail trop prolongé et qui contribuent à rendre la mortalité plus grande. Eh bien ! ce qui se passe à St-Louis a lieu également dans les établissemens spécialement consacrés aux accouchemens. A la Maternité, sans doute, il y a des personnes très expertes, mais il s'y fait en moyenne douze accouchemens par jour ; or, il est impossible que tous ces accouchemens soient faits par les chefs de service. Il en est de même à la Clinique, où la maîtresse sage-femme ne prend pas la peine de se lever la nuit s'il y a une application de forceps à faire.

Cette influence de la prolongation du travail sur la mortalité des grands établissemens, M. Dubois ne peut pas la nier, car il l'a reconnue lui-même dans son article *sur la fièvre puerpérale*. D'ailleurs, dans une conversation particulière à la Faculté, M. Dubois est convenu qu'il appliquait le forceps plus souvent en ville qu'il ne le fait à la Clinique ; de sorte que le professeur d'accouchement ne donnerait pas à ses élèves le précepte qu'il suit lui-même.

Non, la mortalité ne dépend pas uniquement de la fièvre puerpérale, comme le prétend M. Dubois ; mais il faut reconnaître cependant qu'elle a sa part d'influence. Or, l'une des causes qui produisent la fièvre puerpérale, c'est le refroidissement. Les accouchées, faute d'assistance, sont fréquemment obligées de se découvrir ; elles sont prises de froid ; de là la fièvre puerpérale. S'il en est ainsi, que faut-il faire ? Empêcher les femmes de se refroidir ; et, lorsqu'elles ont pris froid, chercher à rétablir la transpiration supprimée. Cette pratique, adoptée dans le service de M. Malgaigne, à Saint-Louis, a produit les plus beaux résultats.

M. Malgaigne expose ici un relevé statistique de cinq années de la pratique obstétricale de l'hôpital Saint-Louis, des quatre années de son service et de l'année qui les a précédées, et il résulte de ce relevé que tandis que la mortalité dans l'année précédente avait été de 1 sur 15, elle a graduellement diminué dans les années suivantes, et s'est trouvée réduite jusqu'à 1 sur 93.

M. P. Dubois : L'argumentation de M. Malgaigne repose sur deux points principaux. M. Malgaigne fait jouer un très grand rôle à la prolongation du travail dans la production de cette plus grande mortalité. Cette opinion est en opposition avec ce qu'ont dit tous les auteurs qui font autorité en matière d'accouchemens. Tous les accoucheurs sont unanimes pour accuser de ce résultat l'encombrement des femmes, mais avec le concours d'une autre cause extérieure plus générale, qui n'est point exclusive aux maisons d'accouchemens, mais qui se fait sentir aussi en ville en même temps qu'elle sévit avec plus d'intensité dans ces établissements, c'est-à-dire une influence épidémique. C'est à cette cause qu'il faut attribuer principalement cet excès de mortalité. Quant à la prolongation du travail, c'est une expression bien vague. Qu'entend-on par prolongation de travail ? Il faudrait au moins en distinguer la prolongation qui résulte d'un simple ralentissement dans la succession des douleurs, par exemple, d'avec celle qui est produite par un vice de conformation du bassin, seule cause de prolongation susceptible d'amener les accidens graves dont il est question.

Quant à la statistique de M. Malgaigne, M. Dubois en conteste la valeur, en raison de la difficulté de comparer les résultats d'une année à l'autre, ces résultats pouvant varier par une foule de causes.

M. Gerdy revient aussi en quelques mots sur l'influence de la prolongation du travail sur la mortalité des femmes en couches ; et il prend occasion de la reprise de cette discussion, pour mettre sous les yeux de l'Académie le forceps à cuillers plus courtes, qu'il a fait confectionner pour en faciliter l'application aux divers cas de déformation du bassin.

M. Moreau ne croit pas, non plus, la statistique de M. Malgaigne concluante, cette statistique ne portant pas sur des unités semblables et comparables. L'influence épidémique est évidemment la principale cause de l'excès de mortalité dans les maisons d'accouchement ; et il est si peu exact de l'attribuer à la prolongation du travail, qu'on voit souvent, pendant le règne d'une épidémie, succomber des femmes qui ont accouché avec une très grande rapidité ; tandis que d'autres, dont le travail a été extrêmement prolongé, n'ont éprouvé aucun accident.

M. Moreau n'accepte pas les principes de MM. Gerdy et Malgaigne sur l'application du forceps, et loin de croire avec eux qu'on ne l'applique pas assez souvent, il pense au contraire que les praticiens sont généralement trop enclins à en faire usage.

Quant à l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, qui fait l'objet spécial de la discussion, M. Moreau cite un passage de Baudelocque, duquel il résulte que cette pratique n'est pas nouvelle et que cet accoucheur l'avait conseillée lui-même dans quelques cas, mais avec cette différence qu'au lieu d'introduire la main tout entière, il conseillait d'introduire les doigts seulement entre le col de l'utérus et la tête de l'enfant.

M. Piorry émet, à cette occasion, quelques considérations sur la putridité comme cause de la fièvre puerpérale, et sur la nécessité de recourir aux injections et aux lavages réitérés pour en prévenir le développement.

M. Gibert s'élève avec force contre les conséquences que M. Malgaigne voudrait déduire de la statistique appliquée à des faits qui ne sont pas susceptibles d'une pareille application.

M. Bérard regarde comme fausse et dangereuse la proposition de M. Malgaigne, qui consiste à attribuer la fièvre puerpérale à un refroidissement. Il signale au contraire comme un grave inconvénient la température presque toujours trop élevée des salles d'accouchées, et il a souvent donné le conseil à M. Dubois de faire aérer ses salles.

M. Gerdy revient sur le procédé de M. Hatin, dont il cherche à démontrer les avantages, et reproche à M. Dubois de ne l'avoir pas expérimenté.

M. Dubois n'a pas expérimenté ce procédé et en voici, dit-il, la raison : Si l'on disait à M. Gerdy, vous faites l'opération de la cataracte en vous servant de la main droite pour l'œil gauche, et de la main gauche pour l'œil droit, changez de méthode et opérez les deux yeux de la même main ; M. Gerdy se croirait-il obligé de changer sa méthode ? — C'est là à peu près le cas du procédé dont il prend la défense. Ce procédé est destiné pour des cas difficiles, où, avec une grande habitude, l'application ordinaire offre elle-même déjà d'assez grandes difficultés pour qu'on ne doive pas chercher à les compliquer encore. M. Dubois démontre ici que cette application est à la fois difficile et inutile.

M. Danyau a employé trois fois le procédé de M. Hatin, mais dans le but de faire une application plus régulière du forceps au détroit supérieur. Il n'a pas rencontré une très grande difficulté ; mais le but qu'il s'était proposé, une plus grande régularité dans l'application, n'a pas été atteint.

M. Chailly n'est point étonné de ce résultat, car la régularité d'application, telle que l'entend M. Danyau, n'est pas possible avec ce procédé.

La discussion est close.

M. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, deux rapports : le premier sur une eau minérale du lac Villers, commune de Besançon (Doubs), dont les propriétés ferrugineuses crénatées la rapprochent de l'eau de Forges. Le rapport conclut à l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

Le deuxième rapport a trait à une demande d'introduction en France, en franchise des droits de douane, de l'eau de source de Coise, en Savoie. Cette introduction n'offrant aucun avantage pour la thérapeutique, et devant faire concurrence aux produits nationaux, la commission propose de déclarer qu'il n'y a pas opportunité à accorder la demande. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéro du 15 Décembre.

Considérations nouvelles sur le principe actif des fleurs de la reine des prés (l'acide saliciteux) ; par le docteur Hannon, professeur à l'Université de Bruxelles.

Dans ce travail qui a paru en premier lieu dans la *Presse médicale belge*, M. Hannon a confirmé ce qui avait été dit des propriétés diurétiques de la spirée ulmaire, et cherché quel pouvait être le principe qui, dans la reine des prés, pouvait avoir un effet aussi prompt et aussi efficace. Il a donc voulu isoler le principe actif de la spirée ulmaire ; et en distillant une infusion des fleurs de cette plante, il a obtenu une essence oléagineuse, très parfumée, et d'un goût très agréable, qui, traitée par la potasse ou par la soude, et évaporée convenablement, donne des sels. Il y a douc, dans cette plante, un acide qui n'est autre que l'acide spiroïlhydrique de Lewig, et auquel Piria donna le nom d'*acide saliciteux*, parce qu'il l'avait obtenu en distillant une partie de salicine, une partie de bichromate de potasse, deux parties d'acide sulfurique concentré et vingt parties et demie d'eau.

Les fleurs récentes de la reine des prés, prises en infusion, dit M. Hannon, ont une saveur aromatique et agréable, nullement irritante ni âcre comme celle de la digitale ou de la scille ; elles ne sont pas non plus vénéneuses, à quelque dose qu'on en use ; quelque temps après leur ingestion, une action sédative plus ou moins prononcée, suivant l'idiosyncrasie, se manifeste ; bientôt après la diurèse commence. Les effets physiologiques sont trop peu caractérisés par l'emploi de l'infusion, pour qu'il soit possible d'en rendre un compte bien précis. Mais il n'en est pas de même si l'on emploie l'huile essentielle d'ulmaire ou l'acide saliciteux. Ces corps, à l'état de pureté, exercent une action locale irritante. Appliqués sur une membrane muqueuse ou sur le derme dénudé, ils y produisent une irritation cuisante suivie d'une inflammation plus ou moins grave. A l'intérieur, à la dose de 6 ou 8 gouttes, ils produisent un pyrosis intense et une irritation gastrique, bientôt suivie de vomissemens et de diarrhée ; à dose élevée, nul doute que ces corps ne produisissent la mort. La sédation qui suit l'emploi de quelques gouttes, après l'excitation produite en premier lieu, est fortement caractérisée. Elle est assez analogue à celle que produirait une forte dose de camphre ; employés à dose thérapeutique, l'action bienfaisante seule du médicament se produit ; pas de saveur brûlante ; légère âcreté à l'arrière-gorge ; pas d'irritation de l'estomac ni des intestins ; pas de nausées ; pas d'effet purgatif. L'action sédative est en général peu marquée. Mais la diurèse est en revanche fortement prononcée ; l'urine est limpide, peu dense, très peu colorée.

Les effets thérapeutiques de l'acide saliciteux sont en rapport avec l'action physiologique de ce médicament. Tous les praticiens connaissent l'utilité de la digitale, dans les hydropisies dues à certaines affections organiques du cœur. Toutes les fois qu'il y a hypertrophie des cavités cardiaques, que les contractions sont violentes, qu'il y ait dilatation ou rétrécissement des cavités, la digitale est presque infaillible ; mais elle devient nuisible, dangereuse même, toutes les fois que les parois de l'organe sont amincies et flasques, en même temps que les cavités sont dilatées. Ici commence le rôle de l'acide saliciteux. C'est dans ce dernier cas, où presque dès le début les extrémités deviennent froides, pour s'infiltrer bientôt après, en même temps que la teinte violacée se manifeste aux joues et au nez, qu'il faut recourir à l'acide saliciteux ; sous son influence, l'action du cœur se ranime ; la diurèse s'établit rapidement ; la sérosité accumulée dans les diverses parties du corps s'élimine ; les épanchemens cellulaires et splanchniques disparaissent.

L'action de l'acide saliciteux ne se borne point cependant à cette seule forme pathologique : que l'hydropisie soit déterminée par une affection chronique ou aiguë, de la membrane séreuse, qui est le siége de l'épanchement, comme le sont toutes les hydropisies symptomatiques d'une phlegmasie des séreuses, ou qu'elle soit déterminée par un obstacle à la circulation veineuse, l'acide saliciteux est indiqué. Ce médicament l'est encore dans les hydropisies dues à une altération du sang, comme on en observe dans certaines anémies, dans certaines pléthores, etc.... L'emploi de ces médicamens a encore été utile dans les œdèmes ou dans les épanchemens séreux qui se manifestent dans le cours des affections chroniques, qui entraînent une cachexie profonde, comme le cancer de l'estomac, de l'utérus, etc., la phthisie pulmonaire, les diarrhées et les sueurs colliquatives, les suppurations et les ramollissemens cancéreux des viscères intérieurs.

L'acide saliciteux, comme tous les autres diurétiques, est contre-indiqué dans les affections graves des reins, telles que la maladie de Brigt, ou dans les hydropisies dues à des transpirations arrêtées brusquement.

L'action physiologique et thérapeutique des sels que forme l'acide saliciteux avec la potasse ou la soude ressemble beaucoup à ce que l'on observe pour l'acide. Cependant l'action sédative de ces substances médicamenteuses, bien que moins prononcée que celle de l'acide seul, semble de plus longue durée. La diurèse est en même temps plus abondante et plus certaine que celle qui succède à l'ingestion de l'acide.

Les préparations saliciliques se prescrivent sous forme de teinture ou de sirop d'acide saliciteux (la teinture contient 4 grammes d'acide pour 30 grammes d'alcool ; le sirop salicilique contient 5 gouttes d'acide pour 45 gouttes de teinture par 30 grammes), ou bien sous forme de pastil-

les, de pilules, de sirop ou de poudres de salicilates, de potasse ou de soude. Pour un adulte, la dose de teinture est de 20 à 30 gouttes, celle du sirop de 30 grammes; les pastilles de salicilate, de potasse ou de soude sont administrées aux adultes, en commençant par 4 pastilles par jour, de quatre en quatre heures; puis les doses augmentent de 2 pilules chaque jour, jusqu'à 10. Elles sont ingérées d'heure en heure (ces pastilles contiennent 1 centigramme 1/2 environ de salicilate). On peut encore administrer les salicilates en pilules, en poudre ou en sirop.

Sur l'emploi des bains d'air comprimé dans les cas de déformations du thorax et de la colonne vertébrale consécutives à un épanchement pleurétique ancien et résorbé; par M. le docteur DEBOUT.

Dans ce travail, M. Debout a voulu jeter un coup-d'œil sur l'application ingénieuse qu'a faite M. Pravaz des bains d'air comprimé, au traitement des déviations rachidiennes, consécutives à la rétraction de la poitrine, qu'entraîne la résorption des épanchemens pleurétiques abondans et anciens. M. Pravaz avait déjà indiqué dans son traité sur l'emploi de l'air comprimé, l'application qu'on pouvait faire de ce moyen au redressement de la colonne vertébrale inclinée latéralement, dans ces cas de rétraction du thorax. Mais plus récemment, dans une communication faite à la Société de chirurgie, il a fait connaître l'observation d'un jeune garçon de 18 ans, chez lequel, à la suite d'un épanchement pleurétique, il était survenu une dépression considérable de la poitrine, avec inclinaison marquée du corps du côté correspondant, essoufflement et transpiration au moindre exercice. Soumis pendant deux mois, de trois en trois jours, à l'emploi des bains d'air comprimé, l'enfant vit se modifier heureusement son état général: appétit plus soutenu, transpiration plus rare, lassitude et anhélation moindres. Cette amélioration correspondait à un élargissement graduel du côté déprimé de la poitrine; quinze jours plus tard, les forces étaient revenues; l'exercice même forcé ne déterminait ni essoufflement ni sueurs; bon appétit, embonpoint revenu; mais par dessus tout, la colonne vertébrale était rectiligne, et les deux côtés de la poitrine présentaient partout le même niveau. Ajoutons que chez ce jeune malade, des exercices de gymnastique spéciale avaient été joints à la médication pneumatique.

Quelle est la part qui doit être faite aux bains comprimés dans la guérison de ce jeune malade? Telle est la question que M. Debout s'est posée, et qui l'a conduit à examiner le mode d'action de la médication pneumatique elle-même. Pour M. Pravaz, les variations de la pression atmosphérique, lorsqu'elles ont une certaine étendue, doivent faire varier l'ampliation des cellules pulmonaires; puis, à mesure que le champ de la respiration augmente par cette ampliation des surfaces, il doit se faire un apport plus considérable des matériaux nutritifs qui aide au développement du poumon et doit le ramener à ses formes normales; enfin la diminution de l'affaissement des côtes, produit par l'épanchement pleurétique résorbé, ainsi que de la déviation spinale consécutive sont forcément la conséquence du développement du poumon. M. Debout pense, au contraire, que c'est moins l'action mécanique sur le déplissement, l'ampliation des cellules pulmonaires que la condensation de l'air dans son action intime sur l'hématose, et par conséquent sur l'ensemble de la constitution, à laquelle il faut rapporter les effets favorables des bains d'air comprimé; si, comme on l'a dit, la fonction fait l'organe, le moyen de M. Pravaz ne peut-il pas être considéré comme la mise en action de ce principe? N'est-ce pas un appel fait à la fonction respiratoire dans le poumon sain comme dans celui refoulé dans la rétraction de la poitrine au moyen de la pénétration de l'air comprimé à plusieurs atmosphères? La mise en jeu de la fonction n'est pas forcée, comme cela a lieu pour la guérison de plusieurs affections chirurgicales. Mais l'action intime qui se passe dans le poumon sous l'influence de la condensation de l'air, but final du moyen thérapeutique, ne viendrait-elle pas compenser la moindre fréquence des mouvemens respiratoires?

Considérations sur la luxation du pouce en arrière et sur un nouveau procédé de réduction, par M. le docteur DEMARQUAY.

Bien que nos lecteurs connaissent en partie le travail de M. Demarquay, nous croyons devoir rappeler brièvement les bases du mode opératoire à suivre pour la réduction de la luxation du pouce en arrière. Pour obtenir cette réduction, dit M. Demarquay, il faut 1° exercer une traction suffisante sur la partie luxée en suivant l'axe du pouce; 2° repousser avec le pouce ou avec l'indicateur de la main gauche, la tête du métacarpien en arrière et le maintenir fortement, afin que dans le mouvement de flexion, il ne se porte pas davantage dans la paume de la main en fuyant devant la partie postérieure de la première phalange; 3° quand l'extension est suffisamment faite, imprimer un mouvement de rotation en dehors ou en dedans, de manière à dégager la tête du métacarpien de la portion musculaire externe qui l'étrangle; 4° ce temps étant accompli, continuer les tractions jusqu'à ce que la partie postérieure de la dernière phalange soit arrivée au niveau de la tête du métacarpien; fléchir alors en même temps que, du pouce de la main gauche, on repousse en arrière la partie déplacée du premier métacarpien.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIENS AU BUREAU CENTRAL. — MM. les docteurs en médecine et chirurgie sont avertis :

1° Que le nombre des places de chirurgiens du Bureau central d'admission mises au concours, est porté à *deux*;

2° Que par suite de cette disposition, l'ouverture du concours, qui devait avoir lieu le lundi 23 février prochain, est remise au lundi 1er mars suivant;

3° Que le délai fixé pour l'inscription des candidats, est prolongé jusqu'au samedi 14 février 1852 inclusivement;

4° Et que sur les deux places, qui feront l'objet du concours, une est déjà vacante et l'autre le sera au 1er janvier 1853.

Le secrétaire général, L. DUBOST.

— *Concours public pour la nomination à quatre places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.* — Ce concours sera ouvert le mercredi 3 mars 1852, à midi précis, dans la salle des concours de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, rue Neuve-Notre-Dame, 2.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de ladite administration, depuis le mardi 3 février jusqu'au mercredi 18 du même mois, pour y justifier de leur âge et y déposer leurs titres.

— Comme nous l'avons déjà annoncé, la conférence sanitaire internationale a tenu sa dernière séance sous la présidence du ministre des affaires étrangères, et la négociation de la convention collective qui doit en consacrer les travaux est entrée sur le champ dans la voie diplomatique. Les commissaires de S. M. le roi de Sardaigne étant dès à présent munis de pleins pouvoirs de leur souverain, ont signé, ce matin même, avec M. le marquis Turgot, la convention dont le protocole demeure à la signature des autres parties contractantes. Le ministre n'a pu que se féliciter, avec les plénipotentiaires sardes, de ce premier et heureux résultat d'une négociation si profitable aux intérêts commerciaux et maritimes de la France et de ses alliés. Il s'est plu également à rendre, à cette occasion, un honorable témoignage du concours spécial qu'il a reçu de M. de Lesseps, directeur des consulats et des affaires commerciales, dont le zèle et les lumières ont justifié une fois de plus, en cette circonstance, la confiance du gouvernement. (*Moniteur.*)

— Par décret individuel et motivé, en date du 19 janvier 1852, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. Mélier (François), officier de l'ordre national de la Légion-d'Honneur depuis le 24 octobre 1849, président de l'Académie de médecine, a été promu au grade de commandeur dans le même ordre pour ses travaux importans et les services qu'il a rendus en qualité de délégué par le ministère de l'agriculture et du commerce près la conférence sanitaire internationale.

HOPITAL DU NORD. — Les travaux de construction de l'hôpital du Nord sont poussés avec une telle activité, qu'on peut espérer d'y voir installer les malades dans le courant de cette année. Mais cette installation soulevait une des questions les plus importantes que l'administration pût avoir à résoudre; nous voulons parler du chauffage et de la ventilation de ce vaste établissement. Au mois de juillet 1850, le conseil municipal de Paris, appelé à donner son avis sur le choix du système à adopter, avait demandé qu'il fût ouvert un concours et qu'une commission scientifique en dressât préalablement le programme. C'est conformément à cet avis qu'une commission, composée de plusieurs savans et des hommes de l'administration les plus propres à répandre quelque lumière sur la question, a été constituée sous la présidence de M. Victor Regnault, membre de l'Institut.

Comme dans cet hôpital, où tous les services sont à créer, il y avait nécessité d'établir un grand nombre de chaudières à vapeur pour les bains et la buanderie, la commission a pensé qu'il y aurait avantage à prendre un système de chauffage et de ventilation ayant pour base les appareils analogues, puisqu'on trouverait la facilité de les combiner d'ensemble et de façon à suffire aux besoins de tout genre de l'établissement. Elle a, en conséquence, conclu à l'adoption du système de chauffage à la vapeur avec poêle à l'eau chaude, de M. Grouvelle et de la ventilation mécanique par projection d'air pur, de M. Farcot.

Le conseil a donc autorisé l'exécution des travaux relatifs à l'application de ces systèmes, qui paraissent devoir assurer avec régularité le chauffage et la ventilation des bâtimens des malades et fournir en outre la force motrice nécessaire pour faire monter l'eau aux différens étages du bâtiment et tirer parti de l'excédant de la vapeur pour chauffer l'eau des bains et desservir la buanderie.

NOMINATION. — M. Lory, docteur ès-sciences naturelles, chargé de la chaire d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Grenoble, est nommé professeur de ladite chaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Sappey, connu par ses recherches sur la respiration des oiseaux et par son *Traité d'anatomie*, est nommé conservateur-adjoint des collections de la Faculté, en remplacement de M. Maissiat, nommé conservateur titulaire.

PRIX. — La Société de médecine de Nîmes a, dans sa séance du 8 octobre, entendu le rapport de la commission chargée de lui rendre compte des mémoires qui lui avaient été adressés sur la question mise au concours pour l'année 1851, et ainsi conçue :

« 1° Quel rapport existe-t-il entre le développement des fièvres intermittentes et l'hypertrophie de la rate?

» 2° L'affection générale précède-t-elle la maladie locale, ou n'en est-elle qu'une manifestation? »

Le prix consistait dans une médaille d'or de 100 fr.

Un seul mémoire lui a paru mériter son attention, et elle a décerné à l'auteur, M. Louis Jourdan, ex-chef interne des hospices, docteur-médecin à Aix (Bouches-du-Rhône), une mention honorable et le titre de membre correspondant, en lui exprimant le regret que son travail consciencieux, et basé sur l'observation sévère des faits, n'eût pas entièrement répondu à ses intentions.

Elle propose pour l'année 1852 la question suivante :

« 1° *Le tartre stibié et l'ipécacuanha, employés à haute dose dans le traitement des maladies de poitrine, ont-ils le même mode d'action thérapeutique?*

» 2° *S'il n'en est pas ainsi, préciser les cas qui réclament l'une ou l'autre de ces médications.* »

Le prix consiste en une médaille d'or de 200 fr.

Les mémoires devront porter en tête une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant : 1° le nom et le domicile de l'auteur; 2° être adressés, *franco*, avant le 15 décembre 1852, terme de rigueur, à la Société de médecine de Nîmes, Hôtel-de-Ville.

Le secrétaire : MUTRU, d.-m.

ÉPIDÉMIES. — L'*Écho de Vésonne* annonce que la petite-vérole continue à sévir avec intensité dans le département de la Dordogne. Concentrée pendant quelque temps à Périgueux, elle s'est ensuite repandue dans les campagnes voisines, et y a fait un certain nombre de victimes. Dans le canton de Thiviers, plusieurs membres d'une même famille sont morts atteints de cette épidémie, qui n'épargne même pas les personnes vaccinées.

AVIS. — L'administration de l'UNION MÉDICALE rachète, à de bonnes conditions, les collections épuisées des années 1849, 1850 et 1851, complètes ou incomplètes. S'adresser au bureau.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 16. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 7 Février 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL NECKER. — Leçons cliniques de M. Natalis GUILLOT.

DE LA NOURRICE ET DU NOURRISSON (1).

Voici comme je m'y prends pour faire ces études : j'ai une romaine sur le plateau de laquelle on peut étendre et fixer l'enfant. Toute balance serait bonne, à la condition d'être assez large et forte pour supporter un enfant. On tare les vêtemens dont on doit habiller l'enfant; lorsqu'il est vêtu, on le pèse, puis on le met au sein. On le laisse téter à son gré. Dès qu'il est repu, on le pèse de nouveau. La différence des deux poids obtenus exprime la somme de lait prise pendant la durée du repas.

L'augmentation du poids de l'enfant, après chaque tétée, représente exactement la somme de lait introduite dans l'économie.

Les chiffres suivans vous indiqueront la quantité de lait prise dans quelques tétées par des enfans, tels que ceux que l'on apporte dans nos hôpitaux. Comme il n'est pas possible de les peser après chaque repas, la pesée a été faite le matin, et le nombre de repas indiqué par la mère à l'aide d'un pointage sur une carte. Rarement une bonne nourrice donne moins de trente tétées par jour. On comprend que, pour avoir des résultats rigoureusement exacts, relativement au nombre des tétées, et aussi à la quantité très précise qu'un enfant peut prendre en vingt-quatre heures, il faudrait s'astreindre à passer près des nourrices, non seulement des journées (jour et nuit compris), mais des semaines entières :

Enfant mâle tétant 20 à 30 fois par jour.

Age.	1re pesée.	Durée du repas.	2e pesée.	Lait pris.	Ration probable pour 24 heures.
	K.	H. MIN.	K.	K.	K.
2e jour..	3,800	0,10	3,827	0,27	0,675
3e jour..	3,790	1,10	3,845	0,55	1,375
4e jour..	3,748	0,10	3,856	0,108	2,700
5e jour..	3,810	0,10	3,910	0,100	2,500
6e jour..	3,743	0,15	3,772	0,29	0,725 (1)
7e jour..	3,778	0,15	3,820	0,42	1,050 (1)
8e jour..	3,710	0,14	3,743	0,33	0,825 (1)
9e jour..	3,725	0,15	3,748	0,23	0,575 (1)
10e jour..	3,748	0,14	3,805	0,57	1,425 (1)
11e jour..	3,803	0,10	3,850	0,47	1,175 (1)
12e jour..	3,810	0,10	3,835	0,25	0,525 (1)
13e jour..	3,846	0,08	3,870	0,24	0,600
14e jour..	3,870	0,08	3,913	0,43	1,075
15e jour..	3,890	0,08	3,953	0,63	1,575
16e jour..	4,022	0,10	4,124	0,103	2,510
17e jour..	4,052	0,15	4,208	0,156	3,900
18e jour..	4,070	0,12	4,229	0,159	3,975

(1) Voir le numéro du 5 Février.

Cet enfant part pour la campagne, en bonne santé; il a gagné en dix-sept jours 270 grammes; et en six jours, depuis la terminaison de l'érythème des fesses, 260 grammes.

On voit déjà, par cette courte observation, quelle influence énorme sur la santé d'un enfant peut avoir un phénomène aussi léger en apparence, qu'un érythème semblable à celui qui fut observé sur ce nourrisson. Qu'est-ce donc, si, comme dans les observations que je possède, on examine des enfans affectés de pneumonie ou d'exanthèmes fébriles? Dans ces cas graves, les oscillations du poids sont l'un des phénomènes les plus curieux qu'on puisse analyser. Je me réserve de vous entretenir de ce sujet dans d'autres leçons; j'aurais trop peu de temps pour en parler aujourd'hui.

Enfant mâle sain de 30 jours, tétant de 30 à 40 fois par jour.

Age.	1re pesée.	Durée du repas.	2e pesée.	Lait pris.	Ration de lait en 24 heures.
	K.	H. MIN.	K.	K.	K.
30e jour..	3,904	0,10	4,000	0,96	2,400
31e jour..	3,940	0,15	4,043	0,103	2,575
32e jour..	3,990	0,15	4,072	0,92	2,030
33e jour..	4,020	0,15	4,108	0,88	2,200
34e jour..	4,040	0,15	4,099	0,59	1,375
35e jour..	4,061	0,15	4,100	0,74	1,850
36e jour..	4,082	0,15	4,140	0,58	1,480
37e jour..	4,100	0,15	4,148	0,48	1,200
38e jour..	4,140	0,15	4,204	0,64	1,600
39e jour..	4,173	0,15	4,249	0,76	1,800
40e jour..	4,283	0,15	4,331	0,98	2,450
41e jour..	4,258	0,12	4,395	0,79	2,075

L'enfant a quitté l'hôpital. Ce n'était pas un nourrisson des plus robustes parmi ceux que l'on peut observer. Cependant, le lait était pris en grande quantité; car je n'ai fait que multiplier par 25 la somme de lait prise à la tétée du matin, et le nombre des tétées était de beaucoup supérieur à trente. L'augmentation de poids a été de 354 grammes en douze jours. La somme probable de lait fournie par la nourrice a pu être de 23 k. 0,25. Plus on étudie les chiffres que nous venons de mettre sous vos yeux, plus l'horizon qu'ils viennent de nous ouvrir s'agrandit, et plus on y découvre d'aperçus nouveaux. Ainsi, en réfléchissant à la quantité énorme de lait fournie par la nourrice, on arrive, par le calcul, à reconnaître qu'en un mois, par exemple, elle a donné une quantité de ce liquide équivalente au poids de tout son corps, en admettant même que cette nourrice soit d'une taille et d'une force au-dessus de la moyenne.

(1) Érythème léger des fesses.

D'un autre côté, si un enfant a pris en un mois une quantité de lait équivalente en poids au poids du corps de sa nourrice, n'est-il pas évident qu'il a perdu par les diverses sécrétions, par l'évaporation, par les urines, par les évacuations alvines, la différence qui existe entre la quantité de lait absorbée pendant son temps et son poids actuel? Il y aurait encore là matière à des considérations intéressantes que nous ne pouvons qu'indiquer.

L'observation suivante fournira un nouvel exemple des changemens que peut apporter dans le poids des enfans la plus légère indisposition, et de la rapidité avec laquelle ces pertes de poids se réparent aussitôt que ces indispositions ont disparu.

Enfant mâle âgé de 24 heures.

Age.	1re pesée.	Durée de la tétée.	2e pesée.	Lait pris.	Ration de lait en 24 heures.
	K.	H. MIN.	K.	K.	K.
1er jour.	2,010 (1)	»	»	»	»
2e jour..	2,090	0,10	2,130	1,40	0,800
3e jour..	2,100	0,10	2,140	0,40	0,800
4e jour..	2,020	0,10	2,070	0,50	1,000
5e jour..	2,040	0,10	2,090	0,50	1,000 (2)
6e jour..	2,015	0,10	2,060	0,45	1,095
7e jour..	2,055	0,12	2,090	0,45	1,095
8e jour..	2,105	0,09	2,135	0,30	0,750 (3)
9e jour..	2,155	0,10	2,175	0,30	0,750 (3)
10e jour..	2,140	0,10	2,170	0,30	0,750 (3)
11e jour..	2,150	0,12	2,170	0,25	0,525 (3)
12e jour..	2,150	0,09	2,200	0,50	1,250

(1) Ne peut téter, boit de l'eau coupée de lait.

(2) A vomi plusieurs fois.

(3) Chute du cordon ombilical; très léger muguet, cautérisé et guéri en trois jours.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — Dignités et honneurs envers le corps médical et ses annexes. — M. Magendie. — M. Mélier. — M. J. Cloquet. — M. J.-B. Baillière. — Maladie et rétablissement de M. Orfila. — Mort de M. Girard. — Candidatures et discussions académiques. — Le banquet Seutin. — Petite question à la *Revue médicale*. — Un calembourg à l'Académie des sciences.

Il semble au feuilleton que le corps médical et ses annexes n'ont pas trop à se plaindre de la part qui leur est faite dans la distribution des dignités et des honneurs. Depuis deux mois, ça ne va pas trop mal de ce côté. Récapitulons un peu. Dans le Sénat, nous avons un des nôtres. N'y regardons pas de trop près; ne demandons pas au Prince-Président si c'est bien à M. le *docteur* Dumas, ou même à M. le *professeur* Dumas qu'il a accordé cette dignité suprême; ne soyons pas si exigeans; le fait est que M. Dumas est médecin, professeur de la Faculté de médecine, et cela doit nous suffire. L'ancien Sénat ne comptait qu'un seul confrère, l'illustre Cabanis. Il en était de même à la dernière Chambre des pairs, où notre compagnie n'était représentée que par M. Flourens. Nous ne baissons pas en nombre, c'est là l'essentiel, car personne n'oserait dire qu'il y ait décadence en fait de qualité. Donc, la médecine a un sénateur. A la Commission consultative, on avait mieux fait les choses : ici, il en est jusqu'à trois que je pourrais citer; mais comme je n'ai pas la liste sous les yeux, je vous laisse le plaisir d'y chercher les noms de nos trois confrères désignés pour cette éminente dignité. Au Conseil municipal de Paris, nos excellens confrères, MM. Ségalas et Thierry, ont été maintenus, et nous devons nous en féliciter, car nos confrères ont plusieurs fois, et avec succès, pris la défense de nos intérêts professionnels, toujours plus ou moins sacrifiés dans tous les conseils administratifs ou politiques. Le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine vient de s'enrichir aussi de deux de nos confrères, MM. les docteurs Vernois et Bouchardat, tous les deux jeunes, actifs et savans, en position par conséquent de rendre d'utiles services à cette institution si utile. Voilà tout, je crois, pour les fonctions publiques. En deux mois, ce n'est pas mal!

Le chapitre des honneurs purs est un peu plus long. Par ordre de date, je rappellerai le cordon de commandeur passé autour du cou de notre illustre physiologiste, M. Magendie. Ce spirituel professeur est trop savant, ce savant académicien est trop spirituel pour avoir reçu ce cordon avec une émotion plus grande qu'il ne convient à un amant de la nature. On ne peut honorer la science qu'en honorant ceux qui la cultivent et la font progresser; qui donc, sous ce rapport, avait plus de droits à être honoré que l'infatigable et ingénieux expérimentateur dont les méthodes, les procédés et les résultats ont révolutionné toute une science? Pareil honneur, pareil cordon, est échu au patient, au laborieux médecin qui, dans un autre ordre de travaux également utiles, a rendu des services non moins éminens; je veux parler de M. Mélier, qui vient de remplir le rôle le plus pénible, le plus actif et le plus important dans cette longue conférence sanitaire internationale, dont les travaux sont à peine terminés. Quiconque parcourra, comme j'ai pu le faire, la volumineuse collection des procès-verbaux de cette conférence, sera profondément surpris du travail énorme qui a été fait, des difficultés innombrables qui ont été vaincues, des résultats inespérés qui ont été obtenus; et tout en restituant à chacun des membres de ce Congrès la part considérable qui lui revient dans les travaux d'ensemble, on ne pourra pas s'empêcher de rendre une éclatante justice au zèle, au dévoûment, à l'intelligence et à l'habileté dont M. Mélier a fait preuve dans cette Conférence.

A l'aimable et bienveillant professeur — quand il professe, le petit paresseux — à M. J. Cloquet a été donnée la rosette d'officier. Ç'a été un de mes étonnemens. Savez-vous pourquoi? c'est que je croyais M. Cloquet officier depuis longtemps. Entre nous, ne le méritait-il pas à l'égal de tant d'autres. Quant aux chevaliers, si nombreux ils sont à Paris comme dans les départemens, que craignant d'en oublier quelqu'un ou de ne pas faire à tous bonne mesure de ce petit ruban rouge si envié, je ne rappellerai pas ici leurs noms. Il n'en est qu'un auquel je veuille donner une franche et sincère accolade, quoique ce nouveau chevalier n'appartienne qu'à ce que j'appelle les annexes du corps médical. Vous avez dû frémir de plaisir, ombres vénérables des bibliopoles célèbres, en voyant un de vos dignes successeurs, M. J.-B. Baillière, recevoir une distinction bien due à une longue et honorable carrière. Il ne faut pas voir seulement dans M. Baillière le libraire habile, qui, par d'heureuses spéculations, est arrivé à la fortune. Ce n'est pas cela que le gouvernement a voulu récompenser en lui. Il a voulu honorer l'éditeur désintéressé qui, pouvant accumuler et grossir cette fortune, en a consacré une part considérable à élever de véritables monumens à la littérature médicale, à publier de magnifiques éditions, qui font la gloire d'un éditeur, mais qui n'augmentent pas ses revenus, à imprimer de splendides ouvrages qui flattent l'amour-propre national, mais qui n'enrichissent pas le libraire. Croyez-vous que M. Baillière ne serait pas encore plus riche s'il se fût abstenu de publier la savante édition des œuvres d'Hippocrate par M. Littré? Est-ce pour augmenter sa fortune qu'il autorisa M. Malgaigne à nous donner cette belle édition d'Ambroise Paré, que notre savant confrère a illustrée d'une introduction et de notes précieuses? Pensez-vous qu'il ait fait ce qu'on appelle *une affaire* en publiant le grand traité d'anatomie pathologique de M. le professeur Cruveilhier, les grands atlas sur les maladies de la peau et des reins de M. Rayer, et tant d'autres beaux ouvrages? Ce sont là des entreprises dans lesquelles on ne s'aventure sans doute que lorsqu'on a les *reins très forts*, comme on le dit commercialement, mais qui ne donnent aucun bénéfice, qui, dans des mains moins habiles, se transformeraient en véritables *bouillons* (terme de librairie), et pour lesquelles on est fort heureux de retirer purement et simplement les capitaux considérables qu'il a fallu mettre en œuvre; voilà — c'est mon interprétation que je crois juste — les actes de générosité commerciale que le gouvernement a voulu honorer en M. Baillière. C'est ainsi que l'ont compris, c'est en ces termes que l'ont sollicité les professeurs de la Faculté de médecine, les membres du Conseil d'administration de l'Académie de médecine,

13e jour..	2,170	0,10	2,245	0,75	1,795
14e jour..	2,190	0,09	2,270	0,80	2,000
15e jour..	2,250	0,10	2,327	0,77	1,825
16e jour..	2,300	0,10	2,370	0,70	1,750
17e jour..	2,360	0,12	2,420	0,60	1,500
18e jour..	2,400	0,12	2,498	0,58	1,480
19e jour..	2,470	0,10	2,519	0,49	1,225
20e jour..	2,540	0,10	2,595	0,55	1,375

Cet enfant part pour la campagne en bonne santé. On voit que, dans cette observation, l'accroissement du poids et de la somme de nourriture de l'enfant n'a été troublé que lors de la chute du cordon et de l'apparition d'une tache de muguet sur la paroi interne de la joue. Cet enfant a gagné 530 grammes en vingt jours, et 390 grammes en huit jours, depuis la disparition du muguet et la chute du cordon ombilical.

Ces enfans pouvaient être considérés comme sains, quoique le poids initial de leur corps ait été faible. Mais les hôpitaux ne renferment pas de ces races vigoureuses que les médecins de la ville peuvent observer ; et je ne doute pas que les enfans des personnes riches ne soient capables de boire beaucoup plus de lait que n'en prennent les enfans placés sous nos yeux. Chez les enfans nés de parens sains et robustes, la somme de nourriture, prise en vingt-quatre heures, est bien au-delà de ce que je supposais moi-même; et je ne crois pas exagérer en disant qu'il y a des enfans qui prennent à la fin du premier mois plus de *deux kilogrammes* de lait par jour, et qui s'accroissent régulièrement dans la période diurne de plus de *cinquante grammes*.

Si l'on considère les enfans malades, on trouve de telles variations dans la somme de nourriture prise, et dans l'accroissement diurne, que ces phénomènes inconstans font aussitôt naître dans l'esprit une foule de conjectures intéressantes.

Examinons les conditions suivantes :

Un enfant mange à peine et ne croît pas.

Jusqu'à quelle limite son poids diminuera-t-il? Quel est le poids de matière nécessaire à la vie de l'enfant dans un âge donné? Nous l'ignorons dans l'état actuel de la science. Voici ce que nous apprend la pesée :

Enfant mâle âgé de 36 heures, affecté d'érythème aux fesses et d'ictère.

Age.	Poids.	Durée de la tétée.	Poids après la tétée.	Somme de lait prise.
	K.	H. MIN.	K.	K.
2 jours. .	3,075	0,25	2,085	0,60
3 jours. .	2,120	N'a plus tété et n'a pu boire. Cet enfant n'avait pas la force d'avaler.		
4 jours. .	1,690			
5 jours. .	1,670			
6 jours. .	1,640			
7 jours. .	1,620	pesé mort.		

Il a perdu en quatre jours 455 grammes, en cinq jours 500 grammes.

J'ai pesé un nombre assez considérable de ces enfans faibles ou indurés qui ne peuvent téter et meurent de faim, même lorsqu'on leur verse du lait dans la bouche. Ils ne peuvent digérer. Tous ces enfans perdent de jour en jour ; le poids de leur corps diminue avec une rapidité remarquable, jusqu'à ce qu'il soit arrivé au terme de 1,700, de 1,600 et quelquefois de 1,500 grammes. Lorsque le poids de l'enfant diminue à chaque pesée, *on peut prévoir la mort.*

Les exemples suivans sont curieux, et représentent ce qu'est le poids d'un grand nombre de petits enfans qu'on amène dans les hôpitaux.

Enfant mâle âgé de trois jours. Sclérème. Les membres et la face sont durs comme du liége. On ne peut sentir les pulsations artérielles. La température du corps est de 32°. L'allaitement naturel ne se peut faire. On ingurgite du lait de vache à l'enfant :

3 jours . .	1 kil. 750 grammes.		
4 jours . .	1 » 730 »		
5 jours . .	1 » 660 »		
6 jours . .	1 » 590 »		
7 jours . .	1 » 582 »	Mort.	

Et ce sont les enfans dont les pertes sont les moins rapides. Car les enfans diarrhéiques diminuent de poids avec une rapidité beaucoup plus grande.

Voici l'observation d'un enfant très faible auquel la nourrice prétendait fournir du lait, et qui mâchonnait tout uniment le sein sans en rien tirer. L'enfant était faible, et la nourrice offrait une mauvaise apparence. Elle ne voulait pas pointer les tétées, comme c'est l'ordinaire chez les mauvaises nourrices, à moins que la nourrice ne soit la mère de l'enfant.

Enfant de 20 jours, très faible, vieillot.

Age.	1re pesée.	Durée de la tétée.	2e pesée.
	K.	H. MIN.	K.
20 jours. . . .	2,113	0,25	2,120
21 jours. . . .	2,098	0,30	2,102
22 jours. . . .	2,058	0,25	2,062
23 jours. . . .	1,950	Ne tète plus.	
24 jours. . . .	1,948		
25 jours. . . .	1,920		
26 jours. . . .	1,892		
27 jours. . . .	1,846	Mort.	

Cet enfant perdit en dix jours 267 grammes, et en cinq jours 212 grammes.

Lors donc que la pesée ne servirait qu'à faire connaître les pertes successives subies par le corps d'un enfant, elles auraient un degré d'utilité capable d'instruire le physiologiste et le médecin.

Les oscillations du poids d'un enfant sont des plus intéressantes à connaître en bonne santé et avec une parfaite nourrice. Il s'élève chaque jour avec une certaine régularité. Il décroît au contraire avant et pendant le cours des diverses maladies, pour se régulariser ensuite, en même temps que la maladie s'efface et disparaît.

J'ai vu des affections, telles que la rougeole et la pneumonie, être précédées d'une diminution croissante de poids pendant quelques jours, jusqu'à ce qu'enfin l'apparition de la maladie, écrite en gros caractères sur les organes, eût permis d'expliquer ces pertes incessantes.

J'ai vu en regard, dans d'autres observations que je possède, des *augmentations* extraordinaires de poids précéder une diarrhée, et l'annoncer à l'avance. En voici un exemple :

Enfant mâle de 8 jours, très faible.

Age.	1re pesée.	Repas.	2e pesée.	Lait pris.	Lait pris en 24 heures.
	K.	H. MIN.	K.	K.	K.
19 jours. .	2,525	0,10	2,540	0,15	0,375
20 jours. .	2,595	0,20	2,595		
21 jours. .	2,545	0,20	2,550 (1)		
22 jours. .	2,525	0,20	2,610	0,85	
23 jours. .	2,505 (2)				
24 jours. .	2.475				
25 jours. .	2,453				
26 jours. .	2,368				
27 jours. .	2,394				
28 jours. .	2,358				
29 jours. .	2,209				
30 jours. .	2,190				
31 jours. .	2,140	Mort.			

(1) N'a pas tété ; diarrhée le soir et pendant la nuit.

(2) L'enfant tète si lentement, que l'observation est impossible. La diarrhée continue jusqu'à la mort.

Cet enfant a perdu de son poids 385 grammes en douze jours, et l'augmentation de poids survenue à la troisième pesée n'était due qu'à l'accumulation des matières dans l'intestin.

A quelque point de vue que l'on se place pour apprécier l'enfant sain ou malade, des détails intéressans se révèlent en grand nombre ; mais peut-être qu'en considérant les choses aussi matériellement que je le fais, trouvera-t-on plus encore que par un autre procédé d'investigation des aperçus curieux à analyser.

Je ne saurais tout dire dans une aussi rapide leçon ; mais les observations que je possède me conduisent déjà à affirmer que parmi les moyens d'appréciation de l'état de santé ou de maladie de l'enfant, de la valeur de la nourrice, de la quantité de lait fournie, des pertes ou de l'accroissement de l'individu, nul n'est aussi strictement exact que celui que je vous soumets.

Ce procédé n'a pas acquis, je dois le dire, dans mes mains, tout le degré de précision possible. Je commence à l'employer et à en conseiller l'usage. Voilà tout. Mais si chacun de vous, expérimentant sur un seul enfant, avait la patience de répéter l'observation après chaque tétée, on arriverait à mieux connaître ce que je ne fais qu'entrevoir. Le premier qui suit une voie ignorée s'y égare d'ordinaire.

Si donc, pour résumer cette leçon, il vous était proposé de résoudre cette question : quelle est la somme de lait qui doit être fournie par une nourrice pendant une période de vingt-quatre heures? Vous ne devriez pas hésiter à répondre que, pour un enfant sain, elle doit être supérieure à 1,000 grammes. Résultat probablement inférieur à ce que l'on doit observer sur les enfans placés en dehors des hôpitaux, résultat dont les livres ne donnent aucune idée, et que cependant vous devez connaître.

Plus tard, ces observations se mûriront encore et s'accroîtront. Je serai peut-être alors en mesure, à l'aide du même procédé, de vous montrer une foule de variations intéressantes dans le poids des enfans, celles qui résultent de l'évaporation en quelques minutes, celles qui proviennent des déjections, celles qui succèdent à certains soins de propreté ou à quelques opérations chirurgicales, sujets non moins dignes de votre attention que celui dont j'ai voulu vous entretenir.

Dr E. HERVIEUX.

BIBLIOTHÈQUE.

ÉLÉMENS D'ANATOMIE GÉNÉRALE; description de tous les tissus ou systèmes organiques qui composent le corps humain; par P.-A. BÉCLARD (d'Angers), ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris. 3me édition, revue et augmentée de nombreuses additions, avec figures intercalées dans le texte, par M. Jules BÉCLARD, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris; accompagnée d'une notice sur la vie et les ouvrages de P.-A. Béclard, par M. C.-P. Ollivier (d'Angers), et ornée d'un portrait d'après le buste de David. — Un volume in-8° de 676 pages; Paris, 1852 ; chez Labé.

Les *Élémens d'anatomie générale* de Béclard sont un de ces livres dont le temps n'a fait que mettre davantage en relief l'utilité et la valeur intrinsèque. La première édition en fut publiée il y a près de trente années, et deux ans après la mort si regrettablement prématurée de l'auteur, cet ouvrage fut réimprimé sans changemens et tel qu'il était sorti de ses mains. Ces deux éditions furent rapidement épuisées; et comment en eût-il été autrement? Doué d'une admirable facilité d'élocution et d'exposition, Béclard rassemblait autour de sa chaire de la Faculté, comme il l'avait déjà rassemblée autour de son enseignement particulier, toute la génération médicale avide de puiser dans les leçons

---

les membres du Conseil de santé des armées, qui se sont vivement intéressés à cet honneur pour M. Baillière. C'est bien une dette à la science qu'a cru payer M. le ministre de feu le département de l'agriculture et du commerce, car en écrivant officieusement à un membre de l'Institut, signataire de la demande, ce ministre, homme d'esprit, lui disait : « M. Baillière est nommé, soyez heureux et tout le *doctum corpus* avec vous. »

La Faculté a été émue, ces jours derniers, par une maladie d'abord assez sérieuse de M. le professeur Orfila; il s'agissait d'une bronchite profonde et générale. Des secours prompts et énergiques ont triomphé du mal. Le célèbre professeur assistait, mardi dernier, à la séance de l'Académie; et la pâleur de son visage attestait que l'indisposition avait été assez intense.

L'Académie de médecine a été attristée par la mort de M. Girard, savant vétérinaire, dont la nomination remontait à la fondation de la compagnie. Voilà deux pertes coup sur coup dans la section de médecine vétérinaire, qui, devant être composée de six membres, n'en possède plus que quatre aujourd'hui. Il y a donc deux places vacantes dans cette section. Une candidature est actuellement ouverte pour une place vacante dans la section d'accouchemens. Comme toujours, cette candidature donne lieu à toutes sortes de sollicitations, d'allées et venues. Éloignons-nous prudemment de ce terrain glissant.

Deux discussions sont imminentes à l'Académie : l'une sur le rapport fait par M. Piorry, sur l'emploi du chlorure de sodium dans le traitement des fièvres intermittentes; l'autre à l'occasion d'un rapport à faire par M. Cazeaux, sur un des points les plus graves de pratique obstétricale, l'avortement provoqué. Il sera bien difficile de maintenir la première dans les limites du sujet, à savoir l'emploi du sel contre la fièvre d'accès. Dans son savant rapport, M. Piorry les a déjà étendues et développées; il a mis en cause toute la pathogénie des fièvres marémateuses. Et comment empêcher les orateurs de pénétrer sur ce terrain où les a bravement appelés M. Piorry? Attendons-nous donc, à moins que l'Académie ne tranche hardiment dans le vif, à la répétition du long débat qui s'agita, il y a quelques années, devant la même compagnie, sur le rôle de la rate comme cause ou effet des fièvres d'accès. Quant à la seconde discussion qui se prépare, espérons qu'elle sera aussi sérieuse, aussi solennelle que l'exige le sujet, et qu'il en sortira pour les praticiens, aujourd'hui fort inquiets, fort tourmentés, fort anxieux sur la conduite à suivre dans de graves circonstances, une solution qui fixe leurs incertitudes. Il faut se féliciter, du reste, qu'un rapport semblable soit échu à M. Cazeaux, dont l'esprit lucide et positif dégagera sans doute la question des obscurités qui l'environnent.

Les médecins belges nous ont donné un grand et bel exemple de confraternité. Après un long voyage dans lequel il a visité le plus grand nombre d'établissemens hospitaliers de l'Europe, où presque partout il a été appelé à exposer sa méthode de déligation chirurgicale, M. le professeur Seutin, de retour à Bruxelles, a reçu des médecins ses compatriotes une magnifique fête dont la description a rempli plusieurs colonnes de la *Presse médicale belge*. De longs discours ont été prononcés dans lesquels peut-être, *inter pocula*, on pourrait relever quelques exagérations, disons le mot, quelques gasconnades. Mais la circonstance excuse tout, et il ne faut voir dans cette fête que l'intention, que le résultat, toutes choses que je me prends à envier chez nos confrères belges, car, je le dis avec un profond sentiment de regret, pareille fête serait chez nous bien difficile à organiser, pour ne pas dire impossible, quelle que fût l'illustration médicale qu'il s'agirait d'honorer par une ovation confraternelle. Je ne m'étends pas sur ce sujet parce qu'il ne m'inspirerait que de tristes pensées. Je demanderai cependant à cette occasion à la *Revue médicale* ce qu'elle a voulu dire, après avoir reproduit, d'après nous, le fait touchant de la souscription ouverte au banquet de la Conférence sanitaire en faveur de l'enfant le plus pauvre qui naîtrait ce jour là, ce qu'elle a voulu dire en ajoutant : « Pourquoi les journaux de mé- » decine ne répètent-ils pas avec empressement, comme la *Revue mé-* » *dicale*, cette pensée pieuse et touchante? Ces nobles étrangers ne » s'expliqueront pas ce silence; que Dieu les conserve dans leur sim- » plicité. Six mois de séjour au milieu du journalisme parisien eût pu » leur apprendre pourtant qu'une exception particulière est plus sensible » que mille injustices générales. » A qui et à quoi cela s'adresse-t-il, s'il vous plaît?

L'eussiez-vous cru? Le calembourg a pénétré jusque dans la grave enceinte de l'Académie des sciences. Lundi dernier, le docte aréopage venait de nommer M. Plateau, savant étranger, en qualité de membre associé. Un illustre académicien n'avait pas voté pour lui. Un de ses collègues le lui reprochait avec douceur. Que voulez-vous? lui répondit le savant : *Amicus* Plateau *sed magis amica veritas.* Le mot a fait une grande fortune dans le palais Mazarin.

Amédée LATOUR.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE. — Les sujets de thèses ont été distribués mercredi, et sont échus dans l'ordre suivant aux divers candidats :

M. Marchal, *Des épidémies;*

M. Bouchardat, *De l'alimentation insuffisante;*

M. Béclard, *Hygiène de la première enfance;*

M. Tardieu, *Voiries et cimetières;*

M. Sanson, *De l'influence de la lumière sur le développement de la santé;*

M. Guérard, *Du choix et de la distribution des eaux dans une ville.*

— Quelques contrées de la Sologne sont affligées, depuis quelque temps, d'une épidémie de petite-vérole qui se présente avec un caractère particulier. Elle atteint des personnes de tout âge, même celles qui ont été vaccinées, et laisse des traces profondes de son passage.

— On lit dans la *Vigie de Dieppe :*

« L'établissement des bains de mer de Dieppe a été vendu samedi aux enchères publiques, sur une mise à prix de 152,000 fr. L'immeuble et les dépendances ont été adjugés au prix de 166,650 fr. M. Sellier, ancien maire de Dieppe, et président de la Chambre de commerce, a été déclaré adjudicataire. Une autre Société a été formée pour l'exploitation de l'établissement. »

du brillant professeur la connaissance de cette science moderne dont Bichat avait posé les bases et dont les travaux ultérieurs ont tant étendu les limites. Il ne nous a pas été donné à nous, pas plus qu'à beaucoup de médecins de la génération médicale actuelle, d'entendre les leçons de cet illustre professeur; mais qui de nous, en faisant appel aux souvenirs des contemporains et des collègues de Béclard, n'a entendu louer ses qualités éminentes de professeur, sa vaste érudition, la netteté, la justesse et la sûreté de son jugement? Il nous reste, d'ailleurs, comme un écho affaibli de cette voix puissante, ses *Élémens d'anatomie générale*, devenus un livre classique dès leur apparition et n'ayant pas cessé de l'être, malgré les trente années qui nous séparent de l'époque où ils virent le jour. C'est en parcourant même aujourd'hui ce livre où chacun de nous puisa les premières connaissances de l'anatomie générale, qu'on s'explique la situation élevée et la haute réputation à laquelle était parvenu son auteur. Malgré les incontestables progrès qu'a faits depuis trente ans l'anatomie générale, en lisant ces pages si claires et si élégantes où tout est à sa place, on se demande s'il était possible de mieux faire, s'il était possible surtout de rendre plus abordable pour les élèves une science si riche en détails, et dont toutes les parties sont loin de s'enchaîner parfaitement.

Nous ne pouvons donc qu'applaudir pour notre part à l'idée heureuse qu'a eue le fils de l'illustre professeur, M. Jules Béclard, de publier une troisième édition des *Élémens d'anatomie générale*. Professeur agrégé de la Faculté pour les sciences anatomiques et physiologiques, familiarisé par ses études avec les recherches de la science moderne, nul plus que lui ne pouvait apporter au livre de son père les additions que trente années écoulées rendaient indispensables; nous dirons plus, il fallait la main pieuse et hardie à la fois d'un fils pour oser apporter des changemens et même des modifications profondes à une œuvre aussi importante. Hâtons-nous d'ajouter que M. J. Béclard a montré, dans les nombreuses additions et dans les quelques rares suppressions qu'il a cru devoir se permettre, une respectueuse réserve; nous serions même tenté de regretter que sur quelques points et en particulier sur ce qui a trait à l'anatomie pathologique, il n'ait pas tranché plus fortement dans le vif; et comme nous ne doutons pas que les *Élémens d'anatomie générale* aient une quatrième édition, nous signalons d'avance comme un chapitre à retrancher, parce qu'il n'est pas digne de son auteur et même parce qu'il nous paraît difficile de le mettre à la hauteur de la science sans sortir des limites de l'anatomie générale, tout le chapitre XI où il est traité des *productions accidentelles*.

M. Jules Béclard a disséminé les additions dont il est l'auteur dans le corps même de l'ouvrage, au lieu de les placer en notes ou de les rejeter dans un supplément final. C'est là une excellente idée; car il ne faut pas se faire illusion, les notes placées au bas de la page sont rarement lues, et à plus forte raison ne consulte-t-on guère celles qu'on relègue à la fin d'un volume. M. J. Béclard a eu également la précaution de faire imprimer les additions en caractères plus fins, donnant ainsi au lecteur la facilité de distinguer le texte primitif du texte additionnel. Quant aux additions elles-mêmes, dire que l'auteur a consulté, pour les rédiger, les travaux modernes les plus renommés, ceux de Muller et de Valentin, les *Traités d'anatomie générale* de MM. Henle, Gerber, Bruns et Mandl, la *Physiologie générale* de Gunther, les mémoires et les travaux particuliers de MM. Weber, Wagner, Schwann, Dujardin, Lebert, Robin, c'est indiquer qu'il a puisé aux meilleures sources et qu'il a apporté à leur rédaction tout le soin convenable; nous pouvons ajouter que sur certains points particuliers, des recherches qui lui sont personnelles lui ont permis d'apporter des éclaircissemens nouveaux qui ne manquent pas d'intérêt.

Pour donner une idée du travail considérable que ces additions ont entraîné, nous nous bornerons à dire que tout ce qui est relatif à l'anatomie micrographique des tissus, et l'on sait combien ce genre de recherches a été poursuivi dans ces derniers temps, a dû être entièrement transformé par des additions souvent plus longues que le texte original. Le chapitre IV, celui qui traite du système vasculaire et qui renferme l'histoire du sang, du chyle, de la lymphe; le chapitre V, qui traite de la texture des glandes, ont exigé des additions très considérables pour lesquelles l'auteur a été obligé à des recherches très nombreuses et très délicates. La structure du système musculaire et celle du système nerveux ont dû également être mises au courant de la science qui compte aujourd'hui tant de travaux nombreux et intéressans sur ces deux points de l'anatomie de texture. Enfin nous croyons pouvoir, sans exagération, évaluer les matières contenues dans les additions à la moitié au moins du texte primitif. Et tout cela sans que la pensée originale de l'auteur ait souffert, sans qu'on ait brisé le faisceau, la continuité de ses pensées fécondes, de sorte que, n'était le changement de texte, on croirait presque entendre toujours la même voix. La tâche était certainement rendue facile à M. J. Béclard, tant par la connaissance qu'il avait de l'ouvrage de son père, que par le mérite intrinsèque du livre lui-même, qui n'a pas véritablement vieilli, abstraction faite des découvertes modernes. M. Béclard n'en a pas moins rendu aux élèves un véritable service, en leur redonnant, sous une forme plus appropriée aux besoins de notre époque, l'un des ouvrages d'anatomie générale dans lequel ils pourront trouver l'exposition la plus claire et la plus précise de cette science. Cette nouvelle édition ne sera pas moins bien accueillie par les admirateurs du talent de Béclard, qui seront heureux de retrouver dans cet ouvrage l'association des idées modernes d'anatomie générale avec celles que leur professait il y a trente années l'illustre professeur de la Faculté.

D[r] Aran.

PRESSE MÉDICALE.

Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand. — 1851.

Nouveau fait confirmant l'efficacité de l'huile de foie de morue à hautes doses contre le lupus; par M. le docteur Ch. Teirlinck, membre de la Société.

Déjà, à une autre époque, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société une série de faits établissant l'efficacité de l'huile de foie de morue à hautes doses contre le lupus. Ces faits étaient concluans et de nature à porter la conviction dans vos esprits. J'aurais pu peut-être me dispenser d'apporter de nouvelles preuves en faveur de la puissance curative de l'agent médicamenteux en question, mais il règne aujourd'hui à l'égard des résultats thérapeutiques, qu'on voit annoncer tous les jours, un scepticisme tel que les vertus les mieux constatées d'un médicament ne sont accueillies qu'avec une défiance extrême. Ce scepticisme, quelque déplorable qu'il soit, est bien excusable, si l'on considère les déceptions nombreuses qui ont suivi l'acceptation faite trop à la légère, sur la foi d'une expérimentation incomplète et non suffisamment répétée, d'effets curatifs merveilleux. C'est pour dissiper les doutes que vous pourriez conserver encore à l'égard de l'huile de foie de morue comme moyen curatif du lupus, que j'ai cru convenable de recueillir de nouveaux faits, et de rassembler de nouvelles preuves. Depuis que, pour la première fois, j'ai appelé l'attention de la Société sur cet effet thérapeutique important de l'huile de foie de morue, j'ai eu souvent l'occasion de vérifier ce que j'écrivais alors et je pourrais produire de nombreuses observations de lupus où ce médicament a produit des effets vraiment étonnans. Un jour je les mettrai en ordre et je vous les communiquerai. Aujourd'hui, je me bornerai à vous en faire connaître une seule, que j'ai choisie parmi les autres, à cause des conditions spéciales qu'elle a offertes. Ici, en effet, le mal se présentait avec des caractères tranchés, saillans. Il était remarquable par sa gravité et par l'étendue de la surface qu'il avait envahie. Il a offert une opiniâtreté extraordinaire, qui a nécessité un traitement très long, pendant lequel une quantité énorme d'huile de foie de morue a été consommée, sans qu'il en soit résulté quelque inconvénient sérieux. Enfin, cette observation confirme, de la manière la plus concluante, et l'efficacité du remède et sa parfaite innocuité.

Le nommé Joseph Bollaert, garçon de ferme à Nazareth, est, sur la demande de l'administration de cette commune, admis à l'hôpital de Gand le 6 décembre 1850. Il est âgé de vingt-trois ans, et célibataire. Il est d'une taille moyenne, bien conformé, et présente tous les attributs du tempérament lymphatique exagéré et d'une constitution passive. Interrogé sur l'histoire de sa famille, il ne peut donner que des renseignemens très vagues sur les maladies de ses parens et de ses frères et sœurs. Seulement il dit se rappeler fort bien que personne chez lui n'a jamais souffert d'une affection analogue à la sienne. Il n'a qu'un souvenir très imparfait des maladies de son enfance et de son adolescence. Cependant il dit avoir eu, à différentes époques, des engorgemens des glandes cervicales, mais qui n'ont jamais suppuré. Il a toujours mené un genre de vie fort misérable, ne se nourrissant que de lait battu, de pain noir et de pommes de terre, et étant exposé continuellement au froid, à l'humidité et à toutes les intempéries de l'air.

A treize ans, il quitta ses parens pour aller travailler dans une ferme. Il y a quatre ans, il reçut, sur la joue gauche, un coup de bâton. C'est à cette violence qu'il rapporte la cause et l'origine de son mal. Il dit qu'à l'endroit frappé, la peau resta dure et gonflée pendant plusieurs semaines, et qu'au bout de ce temps elle finit par s'ulcérer. L'ulcération une fois établie, et complètement abandonnée à elle-même, fit des progrès rapides et envahit toute la joue. Le fermier, chez lequel il était employé comme vacher, craignant que cette maladie pût être contagieuse, le congédia. Il fut obligé de retourner chez ses parens qui, à cette époque, étaient réduits à la plus profonde misère et habitaient une masure placée sur un terrain bas et humide. Pendant les années calamiteuses de 1847 et 1848, il eut beaucoup à souffrir du froid et de la faim. Pendant ce temps, son mal continua à s'étendre et de nouvelles ulcérations s'établirent sur divers points de la face et du cou. Alors il s'adressa à divers médecins qui eurent successivement recours à plusieurs moyens généraux et locaux, sur la nature desquels il ne peut fournir aucune indication précise, mais dont quelques-uns, d'après ses dires, doivent avoir été énergiques et violens. Rien n'y fit. Le mal fit des progrès incessans. De temps en temps, il se manifesta bien une tendance à la guérison; dans quelques points les ulcérations présentèrent un commencement de cicatrisation, mais, sans cause connue, le travail ulcératif s'exaspéra, il envahit de nouvelles parties et détruisit la cicatrice commencée des autres. Enfin, il finit par entraîner, dans sa sphère de destruction, la paupière inférieure gauche qui disparut complètement. Ainsi défiguré, repoussé partout comme un objet d'horreur et de dégoût, en proie à la plus affreuse misère, le malheureux jeune homme sollicita et obtint son admission à l'hôpital de Gand.

A son entrée, voici l'état dans lequel il se présente à nous : à la partie supérieure du sternum il porte une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Sous le bord de la mâchoire inférieure, à droite, il existe un second ulcère de la même étendue que le premier. Un troisième s'étend depuis la partie postérieure et inférieure du pavillon de l'oreille gauche sur la partie latérale et postérieure du cou, jusque vers la partie moyenne de cette région et sur une largeur d'un pouce et demi. Un quatrième, beaucoup plus étendu que les autres, occupe toute la joue gauche, s'étendant depuis le bord inférieur de l'orbite et la tempe jusqu'à l'angle de la mâchoire et depuis le pavillon de l'oreille jusque sur les côtés du nez. Il contourne inférieurement le pavillon de l'oreille, et va se confondre avec le précédent. Tous ces ulcères présentent les mêmes caractères. Ils ont un contour irrégulier et sont recouverts, à leur surface, de croûtes d'un brun noirâtre, très adhérentes, fendillées et crevassées, laissant suinter, à travers ces crevasses, un pus fétide et ichoreux. Sur le bord de ces ulcérations, on observe de petits tubercules d'un rouge livide qui sont le siége d'une exfoliation épidermique et qui, par leur réunion, constituent une espèce de bourrelet inégal et comme œdémateux, circonscrivant les surfaces ulcérées. La paupière inférieure du côté gauche est entièrement détruite. L'ulcère de la joue se continue avec la conjonctive oculaire. Celle-ci est injectée et le siége d'une rougeur intense, amenée par l'irritation continue du globe oculaire qui a perdu son enveloppe protectrice. Le point et le conduit lacrymal gauche, étant détruits, il y a un épiphora continuel. La cornée même a perdu sa transparence dans son segment inférieur, et la vue, de ce côté, n'est plus nette.

A ces caractères, il était impossible de méconnaître l'existence chez ce sujet d'un lupus ou dartre rongeante, détruisant en surface.

Tel était l'état local du sujet. Quant à son état général, il offrait tous les signes d'une profonde débilitation. La physionomie du malade était amaigrie, d'un aspect terreux. Cependant, toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement, et devaient faire croire à une parfaite intégrité des principaux viscères. Les voies digestives en particulier étaient en bon état. L'appétit était vif, la langue fraîche, la digestion facile, et les selles régulières. Enfin, la santé générale n'avait été que médiocrement influencée par les progrès du lupus, et Bollaert avait même pu continuer à travailler.

En présence de la constitution scrofuleuse du sujet, et conformément à l'opinion qui nous fait considérer le lupus comme une des formes de la maladie scrofuleuse, nous résolûmes de le soumettre à l'huile de foie de morue à hautes doses.

Voulant l'habituer d'abord au régime de l'hôpital et mettre les voies digestives dans les meilleures conditions possibles pour tolérer l'huile de poisson, nous commençâmes par purger Bollaert, nous lui fîmes prendre une infusion de houblon, et nous le mîmes au quart de portion.

Le 11 décembre, il commença à faire usage de l'huile, qu'il prit dès l'abord à la dose d'une demi-livre, en deux fois, matin et soir; il fut soumis à un régime tonique et réparateur : le bouillon, viandes rôties et grillées, bière et vin.

Le 16 décembre. L'huile étant bien supportée et n'ayant occasionné aucun effet fâcheux, à part quelques nausées, la dose est augmentée et portée à une livre, qu'il prend également en deux fois. Les croûtes ayant été détachées des ulcères par l'application de cataplasmes émolliens, on toucha les surfaces granuleuses, qui en résultèrent, deux fois par jour avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode pure, et on les recouvrit d'un linge cératé, sur lequel fut placé un gâteau de charpie, fixé convenablement par une compresse et une bande. La suppuration est abondante.

Le 25 décembre. Le remède étant bien supporté, je crois pouvoir en donner une quantité encore plus forte, et j'en porte la dose à une livre et demie, que le malade prend toujours en deux fois.

Le 31 décembre. Le médicament continue à être parfaitement toléré. Cependant, l'appétit diminue et le malade refuse les alimens solides. Il ne prend que du bouillon aux herbes et une pinte de bière. Un commencement de cicatrisation se manifeste sur le bord interne de l'ulcération de la joue. La surface des ulcères continue à être touchée avec la teinture d'iode, et les points où la cicatrisation commence sont légèrement cautérisés avec la pierre infernale, afin de réprimer les bourgeons charnus exubérans, et d'égaliser la cicatrice.

Le 6 janvier. Cette énorme dose d'huile de foie de morue est très bien supportée. Elle ne détermine ni nausées, ni vomissemens, ni diarrhée. La langue reste parfaitement nette. Toutes les autres fonctions s'exécutent avec la plus grande régularité. L'aspect des ulcères continue à s'améliorer d'une manière sensible, mais lente. La cicatrisation s'opère sur tout le pourtour des ulcérations. La dose d'huile est portée à deux livres par jour.

Le 15 janvier. La suppuration est beaucoup moindre. La cicatrisation gagne lentement. Il n'est plus fait qu'un pansement par jour. Le médicament ne détermine pas d'accidens. L'appétit est revenu, et le malade fait remarquer qu'il acquiert de l'embonpoint.

Le 1[er] février. Le travail de cicatrisation continue à s'opérer lentement. L'ulcération qui existe à la partie supérieure du sternum est presque guérie. On continue le même traitement général et local.

Le 15 février. Le malade a vomi l'huile de foie de morue. Il se plaint d'inappétence, de douleur de ventre, de diarrhée. Le pouls est fébrile. L'huile est supprimée; diète, boissons délayantes et acidulées, purgatif salin. Le travail de cicatrisation s'arrête. Quelques points, qui étaient déjà guéris, s'exulcèrent.

Le 1[er] mars. Le dérangement des voies digestives a disparu. Le malade reprend l'usage de foie l'huile de morue à la dose d'une livre par jour. Portion complète. Vin.

Le 10 mars. L'huile est de nouveau portée à la dose d'une livre et demie. La formation de la cicatrice recommence.

Le 25 mars. J'élève la dose d'huile à deux livres. Je fais cesser les attouchemens des surfaces ulcérées avec la teinture d'iode, et j'y substitue des lotions avec le suc de citron, répétées quatre fois par jour.

Le 15 avril. Le même traitement local et général est continué. Il ne se manifeste aucun dérangement dans la santé générale de Bollaert. Il acquiert, au contraire, un embonpoint remarquable, et son teint devient frais et fleuri.

Le 1[er] mai. Même traitement local. La dose d'huile est portée à trois livres par jour. L'appétit se perd. Il n'y a pas de signes de dérangement de l'estomac. Mais le malade n'a pas faim. Il dit que son médicament le nourrit.

Le 10 mai. Le mal éprouve une recrudescence. Plusieurs points qui étaient cicatrisés, s'exulcèrent et se rouvrent. Les lotions avec le suc de citron sont abandonnées, et l'ulcération est pansée deux fois par jour avec des plumasseaux de charpie, imbibés d'une solution de nitrate d'argent, à raison de 20 grains par once d'eau distillée.

Le 20 mai. L'ulcération prend un meilleur aspect. Sa surface devient vermeille et se couvre de bourgeons charnus, elle tend rapidement vers la cicatrisation. L'huile de foie de morue est toujours bien supportée.

Le 1[er] juin. Les plumasseaux imbibés de la solution de nitrate d'argent sont abandonnés, parce qu'ils adhèrent trop fortement aux bords de l'ulcération, et qu'on ne peut les enlever sans déchirer la pellicule de cicatrice. On cautérise avec le crayon de nitrate d'argent, et on panse avec un plumasseau cératé. L'huile est toujours prise à la même dose.

Le 15 juin. La cicatrisation fait des progrès rapides. Il survient une diarrhée. L'huile est supprimée.

Le 20 juin. La cicatrisation est complète. L'huile est de nouveau donnée à la dose de deux livres par jour, et est bien supportée.

Le 13 juillet. Bollaert, que nous avions gardé à l'hôpital, dans la crainte d'une récidive, et pour donner à la cicatrice le temps d'acquérir plus de solidité, retourne dans son village complètement rétabli, promettant de revenir nous voir, si le moindre accident survenait, et ne conservant de son mal qu'une cicatrice semblable à celle d'une brûlure.

Aujourd'hui, 1[er] octobre, nous ne l'avons pas encore revu, ce qui nous fait croire que la guérison ne s'est pas démentie.

Le point le plus saillant de cette observation, c'est l'énorme quantité d'huile de foie de morue qui a été journellement consommée. Si nous calculons la quantité totale d'huile qui a été prise par Bollaert, nous trouvons que, du 6 décembre 1850 jusqu'au 13 juillet 1851, il en a ingéré et digéré 265 livres.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 4 Février 1852. — Présidence de M. LARREY.

Correspondance. — M. DEMARQUAY fait hommage d'un mémoire sur la ligature du voile du palais, des amygdales et de la langue, d'après le procédé de Blandin.

M. DEMARQUAY dépose aussi un mémoire intitulé : Considérations physiologiques sur les modifications que subit la température animale sous l'influence de l'introduction dans l'économie de différens agens, par MM. Duméril, Demarquay et Lecointe.

M. BOUVIER adresse une note sur un cas de paralysie partielle des muscles de la main, suivie de nouvelles remarques sur la disposition anatomique de ces muscles.

M. BONNAFONT adresse : 1° un mémoire sur la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête, servant à juger le degré de sensibilité des nerfs acoustiques.

2° Un mémoire sur les polypes de l'oreille, et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison.

Corps étranger introduit volontairement dans l'urètre.

Les exemples de corps étrangers introduits dans l'urètre, par suite d'un véritable délire vénérien, sont assez communs dans la science. Il est peu de chirurgiens qui n'aient eu l'occasion, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, de rencontrer des faits de ce genre.

Ainsi, on a pu extraire de l'urètre des épingles, des morceaux de plumes, des fragmens d'os, des allumettes, etc., etc.

Dans la séance de ce jour, le chirurgien de l'hôpital de Blois, M. Baché, a communiqué une observation très intéressante, démontrant à quel degré de dépravation imbécile peut conduire la fureur de l'onanisme.

Un vieillard, âgé de 70 ans, ne trouvant plus aucun moyen suffisant pour se procurer des jouissances vénériennes, eut l'idée de s'introduire dans le canal une branche de sapin. On sait que sur ces branches squammeuses se trouvent des feuilles liniaires étroites, appliquées presque parallèlement sur la tige dans les jeunes pousses. C'est une branche ainsi garnie de ses feuilles que cet homme s'introduisait dans l'urètre. Cette introduction était facile, car il avait soin de ne pas faire pénétrer le corps étranger par son extrémité terminale, et les feuilles s'appliquaient contre la tige. Quand la branche, longue de 27 à 28 centimètres, ayant près de 8 millimètres de diamètre, se trouvait ainsi engagée dans le canal, il la retirait, et, dans ce mouvement, les feuilles se renversaient en s'arrêtant par leur extrémité pointue sur la muqueuse urétrale. C'était précisément dans ce temps de la manœuvre que cet homme éprouvait, disait-il, les plus grandes jouissances.

Il y a environ un mois, la branche se rompit dans son milieu pendant ces mouvemens d'extraction.

L'extrémité antérieure du fragment ainsi resté dans l'urètre, répondait, au dire de M. Baché, au bulbe. Le malade, honteux, ne voulant point avouer son mal, se résigna, pendant quinze jours, à n'implorer aucun secours. Mais la présence du corps étranger déterminant un certain degré d'irritation et d'inflammation, M. Baché fut mandé, et le malade lui avoua alors toute la vérité.

Le chirurgien, examinant la verge, reconnut que le canal offrait un degré de dilatation suffisant pour pouvoir espérer d'y introduire une pince à polype.

Il se servit des pinces ordinaires, et il dut les engager jusqu'au-delà de leur articulation. Puis il parvint à saisir l'extrémité de la branche, et fut assez heureux pour l'amener au dehors. Nous avons pu l'examiner, elle a été conservée dans l'alcool; elle est encore munie de toutes ses feuilles, et présente une longueur de 12 centimètres.

Les suites de cet accident, contre toute prévision, ont été des plus heureuses : le malade n'a présenté aucune inflammation sérieuse ni dans la longueur du canal, ni dans la vessie, où, évidemment, le corps étranger avait dû pénétrer; et cependant il avait séjourné pendant quinze jours dans le canal.

Ne faut-il pas admettre que cette tolérance était due à l'habitude qu'avait contractée le malade de s'introduire fréquemment des corps étrangers dans l'urètre.

M. ROBERT, après cette communication, dit qu'il a eu déjà souvent l'occasion de procéder à l'extraction de corps étrangers introduits dans l'urètre. Et il insiste sur la nécessité, pour ne pas refouler le corps étranger dans la vessie, de le fixer, pendant l'opération, dans la partie de l'urètre qu'il occupe, soit dans la longueur de la verge, en le pressant avec les doigts de la main gauche, soit, s'il est plus profondément engagé, en pratiquant cette compression à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum.

M. DEMARQUAY, à propos des faits de dépravation vénérienne, cite un exemple remarquable qu'il a observé. Il est relatif à un homme d'un certain âge, qui se présente à l'Hôtel-Dieu pour se faire arrêter une hémorrhagie dont le siége de départ était dans la région scrotale; il existait, en effet, dans ce point, une plaie assez profonde qui avait intéressé l'artère testiculaire. Cette artère étant liée, on examina avec soin la partie malade, et il fut permis de reconnaître un certain nombre de cicatrices.

Le blessé, interrogé à plusieurs reprises, finit par avouer que lorsque, par le fait de la masturbation, il était arrivé au paroxysme vénérien, il augmentait sa jouissance en pratiquant une incision dans la région scrotale; et l'incision, cette dernière fois, avait été poussée un peu plus loin qu'il ne le voulait, de là une hémorrhagie pour laquelle il venait réclamer les secours de la chirurgie.

Nouveau cas de croup récidivant après avoir été guéri une première fois par la trachéotomie; — deuxième opération; — guérison.

M. GUERSANT communique un second cas de croup récidivant après une première guérison obtenue par la trachéotomie. Il a dû faire une seconde fois cette opération, et avec le même succès. C'est le deuxième fait de ce genre que M. Guersant communique à la Société.

Dr Ed. LABORIE.

ERRATUM.

La fin du compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine doit être rétablie dans les termes suivans :

M. DANYAU a employé trois fois le procédé de M. Hatin, mais dans le but de faire une application plus régulière du forceps au détroit supérieur. Il a trouvé ce procédé facile. Mais le but qu'il s'était proposé, une plus grande régularité dans l'application, n'a pas été atteint.

M. CHAILLY n'est pas étonné de ce résultat, car la régularité de l'application du forceps, telle que la cherchait M. Danyau, n'est possible au détroit supérieur par aucun procédé. C'est ce que chacun sait. M. P. Dubois a dit qu'il ne comprenait pas la nécessité de l'introduction entière de la main dans l'utérus, puisqu'il suffisait, pour guider les branches du forceps, de les faire précéder de quelques doigts, et qu'il se ferait même fort d'appliquer le forceps sans l'introduction de ces quelques doigts. Puis, comprenant de quelle gravité pourraient être ces paroles si elles étaient prises à la lettre par un opérateur encore peu exercé, il a ajouté qu'au reste il avait toujours introduit toute la main, que c'était le procédé de tout le monde. Non, Messieurs, continue M. Chailly, ce procédé n'est conseillé nulle part. M. Dubois vous a dit que ce procédé était difficile, impossible, un tour de force. M. Danyau vient de vous dire qu'il l'avait trouvé facile. Tous ceux qui l'ont essayé en disent autant. Que M. Dubois l'expérimente et il l'exécutera encore bien plus facilement que nous-même, j'en suis certain. Il vous a dit aussi qu'il était contraire aux règles établies, qui veulent que chaque branche du forceps soit introduite avec la main qui lui correspond. Mais je ne crois pas qu'il y ait un arrêté, une *loi* qui s'opposent à ce que la branche gauche soit appliquée de la main droite, et *vice versâ*, si l'on trouve ainsi plus de facilité, et si l'on fait courir à la mère moins de dangers. Enfin, il vous a dit que ce procédé était dangereux. Comment peut-il être plus dangereux de faire passer la main entre la tête et l'utérus pour la placer du côté opposé ou de retirer les doigts de cet organe pour les reporter de l'autre côté sans sortir du vagin, que de retirer toute la main gauche pour réintroduire toute la main droite? J'avoue que je ne le comprends pas. C'est surtout, Messieurs, dans les cas difficiles, où l'application de l'instrument peut être grave, que ce procédé rend d'immenses services. C'est là surtout qu'il se distingue par les qualités qu'on lui dénie : *Facilité, innocuité.*

La discussion est close... Etc., etc.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

BAINS PUBLICS. — Il existe actuellement à Paris 125 établissemens de bains publics, sans compter les bains chauds donnés sur la Seine dans les quatre grands établissemens du pont National, du Pont-Neuf et du pont Marie, ainsi que les bains froids pris en rivière pendant l'été. On distribue annuellement dans ces établissemens 1 million 818,500 bains. Si l'on ajoute le nombre des bains pris dans les quatre grands établissemens cités plus hauts, et qui peut s'élever à 297,825, on arrive à un total de 2 millions 116,325, ou deux bains à peu près par habitant et par année, non compris les bains qui se distribuent dans les hôpitaux. Tous ces établissemens sont groupés dans les quartiers habités par la population aisée et riche, et leurs prix sont assez élevés, car la moyenne par bain est de 60 c., le minimum 40 c., et enfin le maximum 80 c.

— M. le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital St-Louis, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie de médecine de Turin.

Le gérant, RICHELOT.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ÉLECTRICITÉ MAGNÉTIQUE.

Une commission, composée de MM. Bérard, Bouvier, Gaultier de Claubry, Guéneau de Mussy, Longet, Poiseuille et Soubeiran, a été chargée par l'Académie de lui faire un rapport sur divers appareils électriques.

L'Académie a reçu l'appareil magnéto-électrique de MM. Breton frères, et les chaînes voltaïques de M. Pulvermacher..... Ces divers instrumens lui ont été présentés comme propres à remplir les indications jugées nécessaires à l'application médicale de l'électricité. La tâche de la commission a été de reconnaître les mérites et les défauts de chacun d'eux.....

La première question qui se présente est celle-ci : Est-il indifférent d'électriser avec toute espèce de courant? Au point de vue de la commodité, évidemment non. Les piles voltaïques, construites d'après les systèmes connus, demandent des soins et une attention que le médecin peut rarement leur accorder; leurs effets s'affaiblissent rapidement, et si aux appareils ordinaires on substitue les piles à courant constant, on retrouve au même degré la nécessité de consacrer beaucoup de temps à les monter, la dépense des matières nécessaires à leur entretien, le renouvellement assez fréquent de quelques-unes de leurs parties, et, de plus, le désagrément des gaz et des vapeurs qu'elles exhalent presque toujours. Par tous ces motifs, les appareils établis sur ce système sont presque complètement abandonnés.

..... A la place des courans électriques produits directement par la pile, on n'a guère recours aujourd'hui qu'aux courans d'induction. Ils possèdent le remarquable caractère de n'avoir qu'un instant de durée. Ils se suivent, mais en laissant entre eux un intervalle de temps..... C'est aux dispositions particulières des appareils à régler la durée des ce intermittences qui peuvent être très éloignées, ou se rapprocher tellement qu'elles simulent un courant continu.

L'appareil magnéto-électrique des frères Breton est connu de la plupart des membres de l'Académie. C'est lui qui, depuis quelques années, est presque *exclusivement* employé dans les hôpitaux de Paris. Le courant qu'il donne est un courant d'induction de premier ordre.

La partie essentielle de cet appareil est un aimant en fer à cheval; le fil conducteur dans lequel doit se développer le courant d'induction est roulé en hélice sur l'aimant, ce qui augmente l'effet, tout en simplifiant la construction.

L'appareil des frères Breton ne fait pas craindre une stimulation trop vive de la peau ou la surexcitation de la rétine.....

Tel qu'il est, cet appareil a rendu, et il est appelé à rendre encore de bons services si l'on en limite l'emploi, comme on le fait presque toujours, à produire une stimulation modérée de la peau, ou l'excitation des muscles et de la sensibilité. Il restera dans la pratique.

Cet appareil réalise deux excellentes améliorations, savoir : l'enroulement direct du fil conducteur sur l'aimant; ce qui augmente l'intensité des effets et simplifie la construction et la mobilité de l'aimant, qui, en se rapprochant plus ou moins du fer doux, active ou affaiblit le courant. Ces courans sont très propres à produire les phénomènes de contraction musculaire.....

La commission propose à l'Académie de faire adresser à MM. Breton des remercîmens pour leur intéressante communication. — Adopté.

(Extrait du rapport de M. Soubeiran, séance du 1er avril 1851.)

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 17. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 10 Février 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. . . . . 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois . . . . 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois. . . . . 22 Fr.
1 An. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An. . . . . 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR QUELQUES FAITS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE CONCERNANT L'ÉTAT DE LA RATE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES DE MADAGASCAR; par M. le docteur ROCHARD, ancien chirurgien de la marine nationale, médecin-adjoint de la prison des Madelonnettes.

L'UNION MÉDICALE, nous l'avons souvent dit et nous le prouvons sans cesse, est une tribune libéralement ouverte à toutes les opinions consciencieuses, à tous les faits intéressans, à quelque doctrine qu'ils appartiennent. A ce titre, après avoir publié le savant rapport de l'honorable professeur, M. Piorry, nous devons accueillir la note suivante, qui nous a été adressée à l'occasion de ce rapport, et mettre sous les yeux de nos lecteurs les faits intéressans qu'elle renferme. C'est ainsi, ce nous semble, que nous remplissons la véritable mission de la presse, qui consiste à ne cacher aucun document utile et à les exposer tous sans préférence et sans partialité. Nous répondons aussi, nous en sommes convaincu, aux intentions de l'esprit élevé et libéral de M. Piorry.

Amédée LATOUR.

Depuis longtemps, M. Piorry cherche à démontrer, par des observations cliniques, que le point de départ des accès fébriles est dans la rate. Je ne discuterai pas la valeur de ses recherches, je viens seulement exposer des faits d'anatomie pathologique, complètement opposés aux principes que préconise l'honorable professeur.

En 1830, pendant mon séjour à Teintingue, port situé sur la côte orientale de l'île Madagascar, par 14° latitude sud, j'eus occasion de voir, durant l'hivernage, un grand nombre de malades atteints de fièvres intermittentes d'une gravité extrême. Les causes d'insalubrité de cette localité, pendant la saison des pluies, étaient d'abord une chaleur humide, une température variant souvent de plusieurs degrés du jour à la nuit; — le thermomètre marquait, par exemple, 32° centig. à midi; le soir et pendant la nuit il descendait à 20, 18, 17°; — puis, à la suite d'une pluie abondante, le mélange des eaux douces avec les eaux salées; la mer submergeant une grande étendue de lieux bas, où séjournait une grande quantité de détritus d'animaux et de végétaux, que les pluies torrentielles entraînaient du haut des montagnes; enfin, pour les besoins de notre installation coloniale, un vaste terrain mis à découvert par le déboisement; telles étaient les causes d'infection miasmatique très activées d'ailleurs par le climat. L'action délétère des miasmes était telle, que les accès fébriles prenaient le plus souvent le caractère pernicieux, et occasionnaient la mort très rapidement. Parfois, elle survenait dès le premier accès. Je ne tracerai pas ici l'histoire des fièvres intermittentes de Madagascar, me réservant de l'écrire dans un travail plus complet. J'aborde donc directement la question qui nous occupe, en parlant de l'état de la rate dans ces maladies paludéennes.

Sur 153 autopsies faites avec soin, j'ai constaté 31 fois que la rate était réduite à un volume positivement moindre que son état normal, ou que tout au moins cet organe avait conservé son volume ordinaire. J'en ai trouvé une de la grosseur d'un marron. Dans cet état, la texture de cet organe avait acquis plus de densité, et on sentait, par la pression, une dureté assez notable. Cette diminution du volume de la rate a eu lieu chez 22 individus morts sans avoir pris la plus petite dose de sulfate de quinine, surpris qu'ils avaient été par la fièvre dans des postes éloignés, ou parce qu'ils avaient négligé de parler de leur premier accès.

Dans ces 22 cas, comme dans les 9 qui vont suivre, le mouvement congestionnaire s'était fait de la manière la plus évidente vers les intestins, et principalement vers le cerveau.

Chez les 9, dont quelques-uns avaient pris le sel de quinine à une dose élevée, 2 grammes et plus, je n'ai trouvé aucun état anormal dans le volume de la rate, avant l'administration du médicament. Qu'il me soit permis de dire ici que le sulfate de quinine, pris à haute dose dans les pays intertropicaux, est plus facilement toléré que dans nos climats. A la dose de 1, 2 grammes, je n'ai jamais vu se manifester aucun symptôme d'intoxication, comme cela a été quelquefois observé dans les hôpitaux de Paris.

Sur les 122 individus qui avaient pris le sulfate de quinine à la dose de un gramme en moyenne, et continué pendant plusieurs jours, j'ai constaté chez tous que non seulement la rate n'avait point diminué de volume, mais, au contraire, qu'elle avait subi un développement énorme. Il en a été de même chez quelques-uns qui n'avaient point pris de sel de quinine. Le volume de la rate avait acquis des proportions considérables, avec ramollissement de tissu, dont l'aspect était couleur de lie de vin et qui tombait en putrilage à la moindre pression des doigts. Chose remarquable! il s'échappait de cet organe ainsi altéré et divisé, une odeur infecte qui rappelait celle qui s'élève des marais.

Le plessimètre n'était point connu alors; je ne doute pas qu'il ne m'eût révélé des faits intéressans. Mais en présence de ceux que l'anatomie pathologique m'a montrés avec tant d'évidence, je ne crains pas de m'avancer en disant que la rate n'a rien de spécial dans les accès fébriles. Comme tous les autres organes, elle subit le mouvement congestionnaire qui modifie, altère sa texture en augmentant plus ou moins son volume. Son tissu spongieux est, sans doute, la cause de la production plus fréquente de ce phénomène, car le foie, les voies digestives, le cerveau, les poumons peuvent tout aussi bien, suivant les prédispositions, devenir le siége plus spécial de la congestion d'accès. Je citerai, à cette occasion, le cas d'un matelot, âgé de 30 ans, d'une constitution très vigoureuse, à poitrine large, qui avait éprouvé une grande fatigue pendant le déchargement d'un navire. Cet homme était depuis un mois dans la colonie, lorsqu'il fut pris d'un accès de fièvre. Apporté immédiatement à l'hôpital, je le vis au moment de la réaction, le sang se portait avec une telle violence sur les poumons, qu'il éprouvait une dyspnée considérable, son pouls était très concentré et dur. La congestion pulmonaire se prolongea de telle sorte, que je fus obligé de saigner le malade cinq fois dans l'espace de trois heures avant d'obtenir l'expansion libre des poumons et le développement plus régulier du pouls. Je profitai d'un moment de rémittence pour lui administrer une dose élevée de sulfate de quinine, qui empêcha les accès suivans de devenir pernicieux. Pendant cette violente congestion pulmonaire, l'exploration de la rate ne me donna ni dureté, ni augmentation de volume.

Moi-même, atteint de ces fièvres d'accès, après quatre mois de séjour dans la colonie et vers la fin de l'hivernage, la congestion fébrile se porta avec violence sur l'estomac d'abord, puis sur le cerveau. Ce dernier organe, profondément affecté, est resté depuis prédisposé à des récidives fréquentes de congestion, ce qui m'oblige à me saigner souvent. Quoi qu'il en soit, je me hâte de dire que je n'ai jamais senti rien d'anormal du côté de la rate pendant les dix-huit mois que j'ai habité la presqu'île de Teintingue. A l'occasion de l'observation qui me concerne, j'ajouterai que je dois probablement mon existence

---

Feuilleton.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

(Assemblée générale annuelle.)

Compte-rendu par M. PERDRIX, secrétaire général.

Messieurs,

Grâce à vos persévérans efforts, grâce au zèle et à la volonté forte de notre honorable président fondateur, M. Orfila, l'acte le plus important de notre existence s'est accompli au commencement de l'année qui vient de s'écouler.

Devenue, vous le savez, par une délibération spontanée et d'un consentement unanime, Association des médecins du département de la Seine, notre Association, fondée à Paris en 1833, a été reconnue comme établissement d'utilité publique par décision du conseil d'Etat, et instituée par un décret en date du 16 mars 1851, inséré au Bulletin des lois.

A cette nouvelle situation se rattachent des avantages que vous connaissez et que vous appréciez sans que j'aie besoin de vous les rappeler et de les faire valoir. Cette situation d'ailleurs a déjà porté ses fruits, ainsi que j'aurai l'honneur de vous le faire remarquer plus loin, dans l'indication et l'énumération des dons faits cette année à la Société.

Notre Association est désormais entrée dans une voie d'extension et de progrès. Ses affaires sont dans un état prospère.

Les recettes se sont effectuées sans difficulté, elles s'élèvent à un chiffre supérieur à celui des dernières années. Il y a donc amélioration sensible de nos finances et partant augmentation de ressources pour les besoins.

Le nombre des demandes en 1851 égale à peu près celui des années précédentes.

Les secours, distribués avec discernement et dans une sage mesure, n'en ont pas moins été efficaces :

Cinq sociétaires, cinq veuves de sociétaires, seize personnes étrangères à l'Association, y ont participé.

Les frais d'administration, qui, en raison de circonstances extraordinaires, auraient pu atteindre un chiffre assez élevé, ont à peine dépassé celui que vous remarquez annuellement, pour les besoins de la gestion, dans la colonne des dépenses et emploi. Vous verrez tout à l'heure comment ces frais pouvaient devenir considérables relativement à nos ressources, et vous saurez en même temps à qui nous sommes redevables de cette économie de nos deniers.

Nous vous présentons immédiatement le tableau de la situation de la caisse depuis le 1er janvier jusqu'au 31 décembre 1851, bien que ce travail, dû à l'esprit judicieux de notre zélé trésorier, M. le docteur Vosseur, ait été récemment adressé, par ses soins, à chacun des membres de l'Association, qui a pu en prendre connaissance avant la séance générale.

Tableau de la situation de la Caisse du 1er Janvier au 31 Décembre 1851.

RECETTES.	fr. c.	DÉPENSES, EMPLOI.	fr. c.	BALANCE.	fr. c.
Le 1er janvier 1851, en caisse.	1,143 00	Secours aux personnes étrangères à l'Association	1,430 00	Recettes	14,045 00
Cotisations.	5,256 00	Sommes allouées à 5 sociétaires et à 5 veuves de sociétaires. . .	4,580 00	Dépenses, emploi . . .	12,670 00
Dons et admissions . .	2,951 00	Dépenses de gestion, imprimés, actes notariés, timbre, etc. . . .	822 30	Reste. . .	1,375 00
Sept dons	830 00	Achat de 315 francs de rentes 5 p. 100. . . .	5,837 70	Le 1er janvier 1852, il reste en caisse.	1,375 00
Rentes, 2 semestres. .	3,865 00				
	14,045 00		12,670 00		

En résumé, nous remarquons dans ce tableau que les recettes de 1851 ont été de 14,045 fr. : 1° qu'une somme totale de 6,010 fr. a été consacrée aux secours; 2° qu'une somme de 5,837 fr. 70 cent. a servi à l'achat de 315 fr. de rentes 5 p. 100; 3° que les dépenses de gestion pour imprimés ordinaires et extraordinaires, distribution de ces imprimés, recouvrement de cotisation, ports de lettres, commissions, frais d'actes publics, etc., ont nécessité l'emploi d'une somme de 822 fr. 30 cent., ce qui donne un total de dépenses et emploi de 12,670 francs, et laisse en caisse 1,375 fr.

Le 1er janvier 1852, le capital de l'Association est de 4,150 francs de rentes 5 p. 100, inscrits, au nom de l'Association des médecins du département de la Seine, sous les numéros 136,416, série 7e, et 142, 372, série 7e.

Permettez-moi, Messieurs, et c'est ici le lieu, de vous parler des circonstances et des obligations dans lesquelles votre bureau s'est trouvé, des formalités que nous avons eu à remplir, et surtout de vous faire connaître le concours bienveillant et désintéressé des hommes honorables auxquels je suis heureux de rendre hommage au sein de cette assemblée générale.

Après la décision du conseil d'État qui venait de reconnaître notre Association comme établissement d'utilité publique, le ministre de l'agriculture et du commerce, ainsi que vous l'avez su dans l'assemblée générale extraordinaire du 23 février 1851, informait M. Orfila, président, des nouvelles formalités que la Société avait à remplir pour qu'il fût donné suite au projet de décret. Il fallait convertir les statuts en acte public; l'intervention d'un notaire devenait indispensable. M. Orfila, à qui vous aviez donné pouvoir spécial, remit à M. Sebert, notaire, le soin de dresser cet acte et de remplir toutes les conditions qui s'y rattachaient, afin de répondre à la demande du ministre, et de le mettre à même de préparer le décret qui devait être soumis à la signature du Président de la République.

Ces opérations terminées, M. le trésorier invita M. Sebert à lui faire connaître le chiffre de ses honoraires. M. Sebert répondit que le caractère et le but de notre œuvre charitable ne lui permettaient pas de demander des honoraires, qu'il se bornerait à rentrer dans ses déboursés pour frais d'expéditions, droits de timbre et d'enregistrement, qui ne se sont élevés qu'à la somme de 78 francs.

Par suite du décès de M. Fouquier, dépositaire et titulaire des inscriptions de rentes de l'Association, et en raison de notre nouvelle situation, votre bureau a dû se mettre en mesure de transférer les rentes au nom de l'Association, ayant désormais acquis le droit de posséder nominalement. Or, ce transfert a nécessité un acte notarié et d'autres formalités qui ont été remplies par M. Piet, notaire de la succession de M. Fouquier. M. Piet, sachant qu'il opérait pour une Association de bienfaisance, n'a pas voulu recevoir d'honoraires. C'est encore d'après son conseil et par son intervention qu'une demande, signée d'une part par les héritiers de M. Fouquier, et d'autre part par MM. Orfila, président, et Vosseur, trésorier de l'Association, a été adressée au ministre des finances pour que l'Association fût dispensée de payer les droits de mutation de l'inscription de rentes portée, de son vivant, au nom de M. Fouquier. Une lettre du directeur de l'enregistrement et des domaines, en date du 2 mai 1851, adressée à M. Orfila, président de l'Association, lui a annoncé que l'administration des domaines avait accédé à cette demande.

Vous voyez, Messieurs, qu'un concours sympathique a sauvegardé les intérêts de notre œuvre charitable. En vous signalant ces scrupules honorables qui ont respecté le pieux dépôt dû à votre bienfaisance et destiné à soulager le malheur, je ne fais que remplir les intentions de votre commission générale, qui a voulu que MM. Sebert et Piet fussent honorablement mentionnés dans le compte-rendu. Je suis d'ailleurs convaincu que l'assemblée générale a déjà devancé ma pensée, et qu'elle saisit avec empressement et bonheur cette occasion de rendre hommage au désintéressement et au caractère de MM. Piet et Sebert, et de leur voter des remercîmens.

à un phénomène morbide qui était généralement regardé d'un augure favorable pour ceux qui le voyaient apparaître. Ce phénomène consistait dans le développement presque spontané de plusieurs boutons à bases larges, et enflammés, qui marchaient rapidement à suppuration et se traduisaient en ulcères, avec suppuration abondante et engorgement des tissus environnans. Ces ulcères, souvent très étendus, occupaient constamment la partie inférieure des jambes, immédiatement au-dessus des malléoles. Chez tous les malades qui, comme moi, furent affectés de ces ulcères, qu'on se gardait bien de tarir, la rate n'a jamais présenté aucun signe anormal dans son volume, ni dans sa texture.

De ces faits, je conclus :

1° La rate n'est pas le point de départ des accès fébriles; comme tous les organes intérieurs, elle peut être congestionnée; et très souvent son volume, au lieu d'être augmenté, est diminué notablement;

2° Si le volume de la rate augmente plus fréquemment, c'est que son tissu très spongieux permet à la congestion fébrile de la gorger davantage de sang;

3° L'emploi du sulfate de quinine ne produit pas toujours une diminution dans le volume de la rate congestionnée;

4° Les variétés individuelles que présente le volume de la rate, aussi bien chez l'homme que chez les animaux, les variations de volume que cet organe éprouve, soit dans l'état sain, soit dans l'état de maladie, s'opposent à ce qu'il soit toujours facile de préciser d'une manière exacte l'influence du sel de quinine ou du chlorure de sodium sur la diminution du volume de la rate;

5° Enfin, les antipériodiques arrêtent les accès fébriles, non en diminuant le volume de la rate, mais en modifiant d'une manière spéciale l'ensemble de l'économie.. De cette modification résulte un équilibre réactionnel contre l'influence délétère des miasmes qui sont chassés en grande partie hors de l'économie par une crise naturelle des organes qui tendent toujours à se débarrasser des élémens inassimilables.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

ENGORGEMENT DU CORPS DE L'UTÉRUS, AVEC ANTÉVERSION; — MÉNORRHAGIE; — ANÉMIE COMPLÈTE; — GUÉRISON PAR L'HYDROTHÉRAPIE.

Mme ***, âgée de 42 ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, entre à l'établissement de Divonne le 6 mars 1851. Après avoir joui d'abord d'une parfaite santé, elle se marie à l'âge de 26 ans; un an plus tard, elle eut une fausse couche qui put être considérée comme le point de départ du dérangement général de sa santé; en effet, depuis ce moment, l'utérus a été le siége de fréquentes congestions, combattues par le repos et les saignées révulsives d'après la méthode de Lisfranc. Le mouvement fluxionnaire répété, dont la matrice était le siége, a déterminé dans cet organe un état d'engorgement occupant exclusivement le corps. En vue de s'opposer à cet état pathologique, son médecin traitant établit un cautère à chaque cuisse.

Depuis ce moment, Mme *** est devenue deux fois enceinte; elle accoucha heureusement, mais elle ne jouissait plus d'une bonne santé; il y avait chez elle des alternatives de bien-être relatif : tantôt une menstruation tellement abondante que, dans le mois elle ne laissait que cinq ou six jours d'intervalle, et tantôt suspension des règles pendant deux et même trois mois.

En 1850, après un séjour prolongé au lit et des pertes qui, par leur odeur infecte, auraient pu faire admettre quelqu'altération de mauvais caractère, son médecin eut l'idée de faire usage de l'eau froide, soit en frictions ou injections; elle en retira de suite d'assez bons effets sous le rapport de la santé générale, mais l'état local resta le même. Les moyens hydriatriques n'ayant pas été appliqués d'une manière continuelle et graduée, la malade retomba bientôt dans le même état de faiblesse qu'auparavant, et, séduit par cette amélioration passagère ou peut-être en désespoir de cause, on se décida à me l'envoyer à Divonne, malgré les grandes difficultés que présentait ce transport, on y parvint heureusement sans accident, en marchant avec lenteur et en la tenant couchée sur un matelas placé dans l'intérieur de la voiture.

Etat général de la malade à son entrée. — Depuis huit mois, elle garde le lit; la station assise ou verticale est absolument impossible; maigreur et pâleur extrêmes; bruit de souffle très prononcé aux carotides, quelques palpitations; aucun aliment ne peut être supporté, c'est à peine si elle digère quatre ou cinq cuillerées de bouillon dans la journée; tous les tissus sont flasques et décolorés, la langue est blanche, soif fréquente; pouls faible, petit et fréquent; constipation opiniâtre depuis plusieurs années; urines tantôt très claires, tantôt fortement colorées avec sédiment d'un blanc grisâtre; peau chaude, très sèche et rappelant, par sa couleur, les tons mats de la cire; la faiblesse est si grande, que la malade a de la peine à répondre quand on l'interroge; l'œil est éteint, le moindre mouvement, la plus légère secousse ou une porte qui se ferme avec bruit, la font tomber en syncope; elle est toujours triste et mélancolique; elle a de fréquentes envies d'uriner, des tiraillemens aux lombes et dans les aines; douleur à l'hypogastre, s'étendant aux cuisses; sentiment de pesanteur au fondement; l'écoulement ménorrhagique, qui avait duré un mois sans interruption, est suspendu depuis six jours.

Etat local. — Après avoir fait uriner la malade et vider l'intestin, je constate l'inclinaison de la matrice en avant avec une légère obliquité latérale droite, par l'introduction de l'indicateur dans le vagin et la palpation hypogastrique, je reconnais, en outre, un développement considérable de l'utérus qui s'appuie en avant sur le fond de la vessie; au toucher anal, je sens le col, dirigé en arrière, qui presse sur le rectum; aidé du spéculum, je trouve le vagin et le col parfaitement sains, le museau de tanche entr'ouvert et rempli d'une matière muco-purulente visqueuse, d'un blanc jaunâtre qui a de la peine à s'écouler.

Tous ces signes physiques et physiologiques réunis ne me laissent aucun doute sur la nature de l'affection et sur ses complications, et les difficultés que la faiblesse excessive de la malade avait apportées à l'exploration locale se présentent encore plus grandes pour l'application du traitement hydriatrique; car, comme je l'ai déjà dit, le moindre mouvement provoque une syncope; je ne me décourage pas, je débute, la malade étendue sur une grande toile cirée placée sur son lit, par des frictions générales à l'aide de serviettes trempées dans de l'eau à 18° centig. répétées trois fois par jour. Au bout de quarante-huit heures, la malade semble déjà ranimée; elle a une selle naturelle, dure et assez copieuse; elle peut s'asseoir sur son lit pendant quelques instans; je la fais envelopper dans un grand drap mouillé à 16° et recouvert de deux couvertures de laine; après le premier frisson, une douce chaleur paraît et augmente bientôt. Elle reste ainsi trente minutes; je la fais découvrir et replacer dans un autre maillot humide, disposé d'avance sur un lit voisin; elle y reste vingt minutes. On la découvre de nouveau, la chambre se remplit de la vapeur condensée qui s'élève du drap; je la fais frictionner vigoureusement avec un drap mouillé à 15° pendant au moins dix minutes, puis on la remet dans son lit. La réaction se maintient, la peau est rosée, d'une fraîcheur agréable, le pouls est relevé et déjà moins fréquent. Depuis longtemps la malade ne s'est trouvée dans un tel état de bien-être; au bout de deux semaines, cette opération, renouvelée deux fois par jour, permet à Mme *** de se lever et de faire sans douleur quelques pas dans sa chambre. Je recommence alors la douche vaginale à 12°, puis plus tard à 8°; la grande douche en plein latérale et dirigée sur le pourtour du bassin, la douche à colonne, les bains de siége d'abord tempérés, puis à courant continu, c'est-à-dire à 6° 1/2 centig. Les douches rectales, la ceinture mouillée en permanence et renouvelée autant de fois qu'il est nécessaire, et de l'eau froide pour seule boisson (1).

Cinq semaines après son entrée à Divonne, les règles paraissent, le sang est pauvre et décoloré; pendant les *quatre* premiers jours, la malade pouvant soutenir la réaction par la marche, je lui fais faire avec le drap mouillé une friction qui est très bien supportée; le *cinquième jour*, après l'évolution normale des règles, m'apercevant que l'écoulement ne tend pas à diminuer et que déjà la pâleur et tous les phénomènes de l'hémorrhagie apparaissent, j'applique en permanence sur l'hypogastre des compresses mouillées d'abord à 18°, puis graduellement à 12°, et je conseille le repos sur une chaise longue, en ne couvrant que la partie inférieure du corps; je facilite par le toucher la sortie de quelques caillots, et le huitième jour, à partir de l'apparition des règles, tout est arrêté et le traitement général recommence.

La constipation a cessé ainsi que les fréquentes envies d'uriner, ce qui peut permettre de supposer que le déplacement de l'utérus est moins considérable; l'appétit a reparu, la malade est gaie, pleine de courage et d'espoir en voyant ses forces augmenter chaque jour; elle peut, en effet, faire déjà de longues promenades à pied. Une course en voiture, faite sans mon avis, rappelle pour quelques heures des douleurs et des pesanteurs au fondement; c'est une leçon. Les fonctions de la peau, depuis si longtemps abolies, se faisant mieux, je suspends les enveloppemens dans le drap mouillé, et je les remplace, le matin, par la douche en plein générale, le demi-bain à courant continu à midi et le soir, la douche à colonne dirigée surtout vers les lombes et l'hypogastre; les douches rectales et vaginales se continuent.

Après un intervalle de trente-deux jours, pendant lequel la malade remarqua de fréquentes pertes leucorrhéiques, les règles surviennent; le cinquième jour après leur apparition, elles semblent déjà diminuer; je renouvelle, comme le mois précédent, les applications froides hypogastriques, et le sixième jour l'écoulement est suspendu sans causer le moindre malaise.

Après quatre mois de traitement, j'applique le spéculum : le museau de tanche est moins entr'ouvert, l'écoulement purulent a disparu, l'excrétion urinaire, très limpide, se fait sans gêne et sans douleur; les selles sont naturelles et régulières; à l'exploration anale, j'ai de la peine à sentir le col qui auparavant pressait sur le rectum; et l'utérus, moins volumineux, paraît être dans un état normal. Les forces acquises sont telles, que la veille de son départ, la malade gravit à pied une des plus hautes montagnes du Jura, et en descend le même jour sans avoir ressenti trop de fatigue. Les règles ont reparu le troisième mois d'une manière régulière et n'ont duré que *quatre jours*, sans qu'il soit besoin de recourir à la réfrigération; le sang est coloré, les chairs sont fermes, et la guérison paraît tellement assurée, que depuis un an bientôt Mme *** a quitté Divonne, et qu'aujourd'hui elle est en parfaite santé, pouvant, sans inconvénient, faire de longues courses en voiture.

Je ferai remarquer que, contre mon habitude, pendant l'évacuation menstruelle, j'ai cru devoir, chez cette malade, continuer une partie du traitement, et même chercher d'enrayer l'écoulement : la *friction avec le drap mouillé*, pendant les quatre premiers jours, avait pour but de maintenir les forces déjà acquises, et la *réfrigération graduelle* sur l'hypogastre celui d'éviter une perte débilitante et tous les accidens consécutifs d'une véritable hémorrhagie. C'est d'ailleurs le moyen que j'emploie, dans tous les cas *seulement* où l'évacuation des règles, trop abondante, devient une cause de faiblesse et d'appauvrissement, c'est-à-dire que, lorsque pendant les trois ou quatre premiers jours, j'estime que la quantité de sang évacuée est en rapport avec la constitution plus ou moins riche du sujet, je n'hésite pas le jour suivant à rompre, au moyen des compresses froides et à température graduée, avec un état de choses d'autant plus fâcheux, qu'il semble ordinairement trouver en lui des conditions d'habitude et de durée. Par ce moyen bien simple, il est rare que je n'obtienne pas peu à peu une plus grande régularité dans cette fonction si importante, et le succès que j'ai presque constamment obtenu jusqu'à ce jour,

(1) Voir, pour la description des procédés hydriatriques : *Etudes pratiques sur l'hydrothérapie*, par le docteur Paul Vidart. Un vol. in-8, Paris, 1851, Germer-Baillière.

A peine ai-je terminé ce que j'avais à cœur de vous dire des actes qui précèdent, qu'un nouveau souvenir de libéralité vient éveiller de nouveaux sentimens de gratitude. Cette fois, je l'avoue, ma pensée craint de ne pas trouver la même liberté d'expression en présence de celui qui devient l'objet de nos félicitations, et dont je voudrais respecter la modestie en les lui adressant avec cette délicatesse qu'il a su mettre dans ses procédés à notre égard comme dans le succès de sa défense pour les droits du corps médical.

L'Association, Messieurs, vous le savez, bien que préoccupée du but charitable de son œuvre, ne perd jamais de vue les intérêts professionnels. Elle en a donné les preuves dans plusieurs circonstances, et les arrêts des cours et tribunaux sont là pour attester son intervention dans des questions de principe et pour démontrer évidemment, ainsi que nous l'avons déjà dit, qu'elle s'est toujours attachée à soutenir les vrais principes.

Cette année, une nouvelle occasion s'est présentée. Une question était soulevée devant la 2me chambre du tribunal de première instance de la Seine, dans l'intérêt de l'un de nos honorables sociétaires. Il s'agissait de la question *de priorité de privilége du médecin dans les frais de dernière maladie*, question fréquemment soulevée et des plus controversées. Notre honorable confrère, guidé bien plus par l'intérêt général que par son propre intérêt, crut devoir en informer la commission générale et demander des avis.

La commission générale, convaincue que la question intéressait le corps médical tout entier, pensa qu'il était du devoir de l'Association d'intervenir dans le débat. Elle réclama le concours et les lumières de son honorable Conseil et lui confia le soin de défendre ses intérêts. Une savante consultation pour l'Association des médecins du département de la Seine, remarquable par les développemens juridiques donnés au point de droit, fut rédigée par M. Paillard de Villeneuve et distribuée au tribunal. Quelques considérations morales furent ajoutées à la consultation au nom des membres du bureau dans des termes que vous me permettrez de vous citer : « Le privilége du médecin pour frais de dernière » maladie repose sur un principe d'humanité, nous pouvons dire aussi » de dignité professionnelle; il protége les intérêts si précieux du malade » en même temps qu'il sauvegarde la considération du corps médical. » En assurant au médecin le prix légitime de ses soins, il fait obstacle » à des exigences anticipées contraires tout à la fois aux sentimens de » l'humanité et à la réserve imposée à l'homme de l'art dans l'exercice » de sa profession. »

M. Paillard de Villeneuve a plaidé pour l'Association, et, dans une lumineuse défense, a soutenu le privilége du médecin.

Le tribunal a prononcé son jugement et a décidé que *le privilége général du médecin pour frais de dernière maladie devait primer le privilége spécial du propriétaire dans la contribution ouverte sur le prix du mobilier*. Cette solution, conforme aux règles du droit et aux principes de l'équité, a répondu à notre légitime attente.

C'est donc à M. Paillard de Villeneuve que l'Association des médecins de la Seine, et je ne crains pas de le dire, le corps médical tout entier, est redevable de cet heureux résultat. J'éprouve véritablement de l'embarras, Messieurs, à vous parler de la délicatesse de notre honorable Conseil, qui, à son dévoûment si connu à nos intérêts, à son empressement à nous éclairer et à nous seconder, a voulu encore ajouter le plus entier désintéressement pour les services qu'il nous a rendus. Déjà, Messieurs, le savant Conseil de l'Association a reçu nos félicitations; mais aujourd'hui, dans cette circonstance opportune et solennelle, vous voudrez vous unir à votre bureau pour offrir à M. Paillard de Villeneuve la nouvelle expression de notre gratitude et de notre sympathie.

Honneur donc aux hommes de bien qui nous ont si généreusement secondés! Honneur aussi à ceux qui, cette année, ont mérité d'être inscrits parmi les bienfaiteurs de l'œuvre, et que je m'empresse de vous faire connaître!

Mme veuve Mérat, pour remplir une dernière volonté exprimée verbalement par son mari, membre fondateur, a fait don à l'Association d'une somme de 500 fr., qui, par décision de la commission générale, a été employée à constituer une rente de 27 fr.

Mme Bourgeois, veuve du docteur Bourgeois, membre fondateur, a remis à M. le trésorier une somme de 50 fr., en lui exprimant de pieuses intentions pour l'avenir en faveur de l'œuvre. Mme Bourgeois veut honorer la mémoire de son mari, si plein de zèle pour l'Association; laissez-moi vous dire ici, Messieurs, ce que notre trésorier ne nous a appris qu'après la mort de ce digne confrère, c'est que le docteur Bourgeois payait en secret, depuis dix ans, la cotisation d'un de nos sociétaires peu favorisé de la fortune!

Une rente perpétuelle de 25 fr. a été fondée, cette année, par un honorable sociétaire, M. le docteur Rony.

Mme veuve Blandin a continué la cotisation de son mari, 20 fr.

M. Cazenave, gendre de M. Fouquier, a remis à M. le trésorier la cotisation de son beau-père, 50 fr.

La Société des agrégés de la Faculté de médecine a fait don à l'Association d'une somme de 100 fr.

La Société médicale du dixième arrondissement a versé dans la caisse une somme de 50 fr.

Un honorable sociétaire, M. le docteur Fauconneau-Dufresne, a fait don à l'Association du montant de la vente des vingt premiers exemplaires de son *Traité des affections calculeuses du foie*, 60 fr.

Votre secrétaire général est heureux d'avoir, l'année dernière, rappelé cette idée, dont l'application peut devenir féconde; déjà, il y a quelques années, un de nos sociétaires, M. le docteur Renouard, a fait don à la Société du montant de la vente de plusieurs exemplaires de son *Histoire de la médecine*.

La discrétion ne me permet pas d'anticiper sur l'annonce de résultats plus heureux encore, sur lesquels l'Association peut compter. Patience est sagesse, il est d'ailleurs facile d'attendre quand il y a lieu d'espérer. L'Association des médecins du département de la Seine est évidemment dans une voie de prospérité, sous le point de vue financier. N'oubliez pas, Messieurs, que depuis sa fondation, l'Association a distribué en secours plus de cent mille francs, et qu'elle possède aujourd'hui un capital inaliénable qui, bientôt, aura atteint, au cours actuel de la rente, un chiffre de cent mille francs. Quels heureux résultats, quelle sage et admirable gestion!

Notre œuvre, sous le rapport moral, gagne chaque jour, car le principe de l'association bien compris et bien appliqué, est un principe fécond. Si nous nous efforçons, chaque année, de faire comprendre tout le bien qu'on peut attendre de l'Association, nous sommes heureusement secondés, j'aime à le reconnaître et à le dire ici, par *la presse médicale*, qui s'est montrée, cette année surtout, animée d'un bienveillant empressement à donner de la publicité à nos actes, à rendre justice à nos vues et à s'associer à nous.

Votre secrétaire général, Messieurs, a été l'objet d'éloges beaucoup trop flatteurs, pour ne pas croire qu'ils s'adressaient bien plus à l'Association tout entière qu'à lui-même; il n'en est pas moins profondément reconnaissant, et saisit cette occasion pour remercier l'un des organes les plus éminens de la presse médicale, l'honorable rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, M. le docteur Amédée Latour, et le féliciter de son adhésion, d'ailleurs bien connue, à nos principes, et de son entrée dans nos rangs. M. Amédée Latour a voulu s'associer à notre œuvre comme il s'était associé depuis longtemps à nos vœux pour son extension et ses progrès. Puissions-nous, en effet, entrer dans une voie plus large! Pourquoi notre Association, après avoir donné l'exemple et l'impulsion aux départemens, ne serait-elle pas appelée à devenir un jour le point central où viendraient converger toutes les associations médicales de la France? Mais je n'ai point à développer ici cette pensée; le temps est un grand modificateur, peut-être aussi pourrait-il sembler téméraire d'anticiper sur l'avenir!...

Vous me pardonnerez, Messieurs, si mon compte-rendu n'a presque

m'a démontré dans une foule de cas, l'innocuité et l'importance de cette méthode au point de vue thérapeutique.

Paul VIDART, D.-M.

Divonne, près Genève, le 21 Janvier 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 14 Janvier 1852. — Présidence de M. BOUVIER, vice-président.

M. MOISSENET donne lecture d'une observation qu'il intitule : *somniation spontanée avec convulsions hystériformes et chlorose consécutive, développée chez une enfant de neuf ans sous l'influence de causes morales, et momentanément guérie par le fer. Récidive (à l'occasion de la première menstruation qui a lieu à dix ans et demi) caractérisée surtout par des accès de manie furieuse avec convulsions épileptiformes, et guérie par la méthode d'intimidation.*

M. Moissenet résume ainsi son observation :

Une enfant de neuf ans et demi, d'une constitution délicate et nerveuse, sous l'influence d'émotions tristes, pendant le cours d'une fièvre typhoïde bénigne, devine en songe la mort de son grand-père, et, après cinq mois de santé parfaite, présente des accidens nerveux très variés : d'abord ce sont de simples défaillances, puis des attaques de nerfs consistant en une perte subite de connaissance, accompagnée ou suivie de convulsions cloniques. Maintes fois, dans l'intervalle des accès convulsifs, la malade tombe dans une sorte d'extase au souvenir de son grand-père mort et de sa tante absente.

Plus tard, l'état extatique et les convulsions se confondent en une seule attaque et se compliquent de phénomènes nouveaux. Quatre à cinq fois par semaine d'abord, puis sept à huit fois par jour et jamais pendant la nuit, l'enfant est prise d'un besoin irrésistible de dormir, ferme les yeux, perd promptement l'usage de ses sens et s'entretient avec le défunt ; puis cette vision ne tarde pas à s'effacer à peu près complètement et fait place à une autre qui ne se traduit plus seulement en paroles, mais encore en gestes et déambulations très animés. Poursuivant sa tante qu'elle croit arrivée à Paris, elle mord les mains qui la retiennent, et à défaut de celles-ci les siennes propres. Puis surviennent des convulsions générales cloniques qui tantôt signalent la fin du rêve, tantôt marchent pour ainsi dire de pair avec lui.

Lorsque ces attaques sont arrivées à leur summum d'intensité et de fréquence, deux phases nouvelles se manifestent : 1° l'erreur du rêve se continue pendant leurs intervalles et l'on peut croire à un commencement de folie ; 2° des symptômes de chlorose se développent. Le traitement ferrugineux modifie et fait disparaître en quelques jours ces derniers, et en même temps tous les troubles nerveux si variés qui constituent l'affection primitive. Après un mois de guérison survient une toux convulsive qui, six semaines plus tard, est remplacée par le retour d'un état nerveux très prononcé que compliquent bientôt des accès de délire apyrétique. Ces accès, merveilleusement comprimés par un premier essai d'intimidation, ne sont point guéris par la première apparition des règles, qui a lieu à dix ans et demi. Au contraire, l'excitation cérébrale redouble d'intensité, s'élève jusqu'à la fureur et est bientôt suivie de convulsions plus tétaniformes que cloniques, de perte de connaissance, de sommeil extatique, et, une fois même, de prédiction qui ne se réalise pas. Ces attaques de nouvelle forme se répètent quatre jours de suite, périodiquement durant quinze à vingt minutes chaque fois, et s'arrêtent avec la reprise du traitement ferrugineux pendant trois jours seulement ; alors un nouvel accès caractérisé par la manie de battre, et traité par les coups rendus avec usure, avorte et n'est point suivi, comme les précédens, de convulsions ni de sommeil extatique. Une menace très sérieuse de séquestration complète la guérison qui se soutient pendant le reste du séjour en France, c'est-à-dire pendant un mois. Deux mois plus tard, le 12 janvier de cette année, j'apprends qu'il n'y a pas eu de récidive, et que le séjour au pays natal auprès de la tante chérie et si souvent rêvée, paraît devoir consolider la cure.

RÉFLEXIONS. — Tels sont, ajoute M. Moissenet, les principaux faits qui vont servir de base aux réflexions que je dois vous soumettre sur le diagnostic, les causes et le traitement de cette singulière affection.

Je ne dirai rien du songe révélateur qui, pendant le cours de la fièvre typhoïde, avertit à temps la jeune fille de la mort de son grand-père. Les faits de ce genre ne sont pas rares, et il n'est personne qui ne puisse en citer de semblables. Sans avoir la prétention d'expliquer le mécanisme mystérieux de leur production, on peut admettre que si les pressentimens pendant le sommeil ou pendant la veille peuvent s'élever jusqu'à la vision claire et précise de faits actuels ou futurs, c'est surtout lorsqu'ils s'exercent sur l'objet d'une affection vive, passionnée, ou de préoccupations incessantes. Aussi, en relatant cet antécédent éloigné de la maladie qui nous occupe, ai-je pensé donner une idée de la place que l'amitié du vieillard tenait dans les pensées et les sentimens de sa petite-fille. Mais ce qui paraît plus extraordinaire, peut-être, que le songe lui-même, c'est sa reproduction sous une forme nouvelle, non plus pendant le sommeil, mais au milieu d'accidens nerveux les plus variés, après cinq mois d'une santé parfaite. Est-il possible que pendant tout ce temps la jeune fille ait été réellement aussi saine d'esprit qu'elle paraissait l'être de corps ? Il y a lieu de supposer, au contraire, que la perte irréparable qu'elle venait de faire en déterminant dans son existence un changement complet accompagné de maintes petites privations très impatiemment supportées, a dû prendre peu à peu sur son esprit tout l'empire d'une *idée fixe*. C'est là sans doute la transition, l'anneau caché qui relie entre eux le rêve divinateur et l'affection nerveuse dont nous allons nous occuper.

En l'absence de tout symptôme caractéristique de lésions matérielles des centres nerveux et d'affections d'autres organes unis à ceux-ci par des sympathies plus ou moins étroites, on peut tout d'abord établir la nature idiopathique des convulsions qui ont signalé le début de la maladie. Leur forme clonique, la perte de connaissance qui les précèdent et les accompagnent permettent de les rapprocher des attaques hystériques ; mais on ne peut pas dire que la malade fût une hystérique ordinaire. Jamais, en effet, elle ne nous a présenté ni l'oppression, ni l'angoisse qui résultent de la sensation d'étranglement guttural ou de constriction épigastrique, ou de la boule hystérique. Enfin, dès que nous avons pu être témoins de ses attaques, nous avons constaté un phénomène qui ne s'observe pas au début des paroxismes hystériques, le sommeil. Puis survenaient les mouvemens convulsifs, et, avec eux, d'autres accidens nerveux également étrangers à l'hystérie simple.

Reconnaissons toutefois que le développement si précoce des facultés affectives, de l'intelligence et de la sensibilité de la malade, que ses allures dans les intervalles des accès semblaient déceler une nature hystérique. Nous désignerons donc sous la qualification d'*hystériformes* les convulsions observées dans la première période de l'affection qui s'étend de son début à la disparition des attaques pendant le traitement ferrugineux.

Mais ce caractère change dans la seconde période qui comprend la récidive jusqu'à la guérison par la combinaison de la méthode de répression avec les ferrugineux. Alors les combinaisons deviennent plus toniques que cloniques ; elles sont plus prolongées et tétaniformes. L'extension du tronc et des membres augmente par secousses successives, par saccades ; enfin l'expression de la face rappelle davantage l'épilepsie que l'hystérie. Ces convulsions peuvent être dites épileptiques, mais cependant la malade n'est pas épileptique ; car nous n'avons jamais constaté chez-elle ni l'*aura épileptique*, ni l'écume à la bouche, ni la morsure de la langue, ni la flexion du pouce, ni le coma, ni l'état d'aberration mentale ou d'hébétude qui lui succède. Ceci posé sur la nature et la forme des convulsions, passons en revue les autres accidens nerveux qui les compliquent. Ce sont des troubles cérébraux qui se manifestent tantôt isolément, tantôt dans le cours des attaques convulsives. D'abord nous voyons la malade souvent immobile sans mot dire, les yeux fixes, et puis sortant de cet état de stupeur pour pleurer, s'endormant quelquefois lorsqu'elle était assise, puis se levant en sursaut pour appeler son grand-père mort ou sa tante absente, et pleurant à chaudes larmes lorsqu'on la rappelait à la réalité. Le plus souvent étrangère aux conversations qui avaient lieu devant elle, ou n'y prenant part qu'accidentellement et brusquement comme si elle sortait d'un rêve. Plus tard, au début de la récidive, nous voyons survenir encore, indépendamment de tout mouvement convulsif, un accès plus nettement caractérisé que les précédens. Le 16 août, la jeune fille s'étant assise à table, reste immobile, la tête penchée sur son assiette, paraît endormie, et un moment après, se met à converser avec les personnes qui font la compagnie habituelle de ses rêves, etc. A mesure que l'affection première ou la récidive font des progrès, ce singulier état se confond avec les convulsions hystériques ou épileptiformes. Mais, en même temps que ces attaques compliquées se multiplient, la malade, de plus en plus absorbée par sa vision et privée de l'usage normal de ses sens, ne se contente plus de parler ; elle crie, gesticule, marche et court aussi bien qu'elle pourrait le faire étant éveillée, dans une direction et vers un but déterminés par la nature même de sa vision.

Avant d'aller plus loin, cherchons à classer et à dénommer cet ensemble de phénomènes nerveux :

Au début, la malade, ayant l'attention concentrée sur un seul objet et les sens fermés momentanément aux impressions du dehors, nous paraît être dans cet état désigné par Calmeil sous le nom d'*extase mystique*. L'accès dont elle a été prise à table se rapproche beaucoup de la seconde forme d'extase décrite par le même auteur sous le nom d'*extase cataleptique* ; mais pour être en droit d'appliquer cette dénomination à cet accès, il faudrait en avoir été témoin et avoir constaté que la malade, restée sans mouvement comme une statue, dans l'attitude d'une personne qui va manger, était en outre susceptible de recevoir et de conserver de nouvelles positions, comme cela a lieu chez les cataleptiques. Dans sa thèse sur la catalepsie, l'extase et l'hystérie (*thèses de Paris*, 25 j. 1844), un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur Favrot admet une troisième espèce d'extase dans laquelle il fait rentrer tous les cas où les malades, absorbés par leurs idées, croient s'entretenir avec des êtres surnaturels ou voir des êtres ou des objets absens. Cette forme d'extase, que l'auteur appelle *somnambulique* et dont il puise les exemples dans l'histoire des saints, me paraît susceptible d'être confondue avec les hallucinations véritables et certaines manies, et ne pas comprendre exactement le fait dont il est ici question. Car ces accès que nous avons décrits commencent par le sommeil. Or, dans l'extase vraie, *il n'y a pas apparence de sommeil, bien que les sens soient dans l'inaction* (J. Franck). D'ailleurs, nous pouvons nous passer de néologisme quand nous trouvons dans J. Franck (chap. 13 du *Traité des maladies nerveuses*), sous le titre de *somniation* une description parfaitement applicable à notre observation. Cet auteur appelle ainsi une maladie appartenant à l'état de veille et souvent périodique, présentant presque l'image du sommeil, et durant laquelle le malade tout à la fois gesticule, se promène, écrit, parle, fait des vers, chante, danse et devient presque devin, sans qu'après le paroxisme il lui reste le moindre souvenir de tout ce qui s'est passé. Il admet deux espèces de somniation. Sans nous occuper de la somniation artificielle dans laquelle il fait entrer tous les cas de sommeil magnétique, voyons ce qu'il dit de la somniation spontanée. Celle-ci se montre *au milieu de la veille*, soit instantanément, soit après quelques prodrômes, la *tristesse*, une douleur de tête, des *lypothymies*, *divers mouvemens convulsifs*, surtout des yeux, de la catalepsie ou de la danse de Saint-Guy. Bientôt le malade présente plus ou moins l'image d'une personne près du sommeil. En effet, s'il n'a pas les yeux toujours fermés, au moins sont-ils insensibles. Le *pouls est souvent sain* ou il est plus lent qu'à l'état normal, et la chaleur du corps est naturelle ; la respiration est à peine perceptible, et lorsque l'accès est passé, ils reviennent à eux *comme sortant d'un sommeil* ; d'autres fois, *ils marchent comme des somnambules*, mais pendant le jour, et font même des voyages, rendent des oracles sans qu'ils conservent *pour cela le moindre souvenir de ce qu'ils ont fait*. Les paroxismes se montrent tantôt d'une manière régulière, tantôt irrégulièrement, en laissant souvent après eux de la faiblesse.

La somniation ne doit pas être confondue avec le somnambulisme. Le somnambulisme arrive pendant le sommeil ; la somniation a lieu pendant la veille. Le sommeil pendant lequel se montre le somnambulisme est normal ; il est sain et naturel en soi ; le phénomène qui accompagne

---

été qu'un continuel éloge des hommes de bien qui ont si généreusement servi nos intérêts. Quelle meilleure occasion de répondre tout à la fois aux vœux de la commission générale et à mes propres impressions ! Et pensez-vous que je ne doive pas encore payer un tribut d'hommages à ceux de nos honorables confrères de Paris et des arrondissemens de Saint-Denis et de Sceaux qui sont venus, cette année, se joindre à nous, et dont vous entendrez les noms avec plaisir ? Ce sont, par rang d'admission :

Pour Paris : MM. les docteurs Valleix, Goujon, Foucaud, Mandl, Foucart, Alquié, Thirial, Lemaire, Amédée Latour, Camille Piron, Delasiauve, Villette de Terzé, Dehout, Belin, Richard, Roy, Delpech fils, Mongeal, Josse, Rotureau, Hupier ;

Pour l'arrondissement de Saint-Denis : MM. les docteurs Frébault, à Passy ; Foucault, à Nanterre ; Denarp, à la Villette ;

Pour l'arrondissement de Sceaux : M. le docteur Dupertuis, à Champigny.

Qu'ils soient les bienvenus parmi nous ! Que nos confrères de la banlieue assistent autant que possible aux séances de la *commission générale*, pour qu'ils convient à notre œuvre leurs voisins, en leur apprenant comment l'Association des médecins de la Seine entend et fait le bien !

Après avoir honoré les vivans, rendons un pieux hommage à la mémoire de ceux que la mort nous a enlevés cette année. L'Association a perdu huit de ses membres : MM. Mérat, Bourgeois, Honoré, Joubert, Baudelocque, Lambert aîné, Thibert, Pasquier..... A ce dernier nom, Messieurs, nous ne pouvons nous défendre d'amères réflexions ! Tant d'honneurs, de dignités, de places élevées, la force de l'âge..... Puis la mort, cinq orphelins et la détresse !..... Comme en ce moment la pensée aime à se reposer sur l'Association, ce refuge pour les mauvais jours, et à former des vœux pour son avenir et sa prospérité !

Messieurs, en écrivant cette partie nécrologique de mon compte-rendu, j'apprends la mort d'un nouveau sociétaire, le docteur Denarp, de la Villette, qui s'était empressé de demander son admission aussitôt qu'il eut connaissance de nos derniers statuts. M. Denarp aurait été plein de zèle et de dévoûment à notre œuvre. Homme des plus honorables, savant distingué, ancien professeur des sciences physiques, officier de l'Université, M. Denarp faisait paraître, quand la mort est venue le surprendre, une monographie accompagnée d'un vaste tableau iconographique des plus remarquables des cicatrices de la vaccine, dont il avait bien voulu nous faire hommage.

Messieurs, j'ai peu de choses à vous dire de nos relations avec les Associations médicales des départemens. Il est probable que leur organisation s'est ralentie. Le besoin de ces institutions avait paru se faire généralement sentir, si nous en jugeons par les nombreux documens qui nous ont été demandés et que nous avons envoyés sur presque tous les points de la France ; il y avait lieu de croire que chaque département aurait bientôt son Association médicale. Dans le cours de l'année, nous avons reçu quelques communications qui nous ont péniblement impressionnés. Des demandes de secours nous ont été adressées des départemens les plus éloignés, de l'Aveyron et du Lot. Or, Messieurs, les malheureux confrères qui en étaient l'objet étaient âgés l'un de 93, l'autre de 96 ans. Ce dernier, après avoir exercé pendant plus de soixante-dix ans dans les communes pauvres, et par conséquent sans rémunération, pour ainsi dire, de ses services, après avoir donné de longues preuves de dévoûment pendant les épidémies si communes dans les localités, ce vieillard se trouvait dans un dénûment absolu ! Et que penserez-vous, quand je vous dirai que la demande de secours avait été faite et adressée à l'Académie de médecine, qui nous l'a renvoyée, par les maires des sept communes où ce pauvre confrère avait donné tant de preuves d'humanité et de désintéressement ? Ces sept communes et les sept magistrats étaient donc bien dénués de ressources, pour ne pouvoir ouvrir un asile si bien mérité à cette grande infortune ! Pourquoi faut-il qu'une Association médicale n'existe pas dans les départemens d'où nous viennent de si tristes renseignemens ? Je n'ai pas besoin de vous dire, Messieurs, que nous avons imité l'Académie de médecine, et que nous avons recommandé chaleureusement ce vénérable médecin à M. le ministre de l'intérieur, au nom de l'Association des médecins de la Seine, et appelé sur lui l'intérêt et la bienveillance de l'autorité. Tant qu'à l'autre confrère, qui ne nous a pas paru dans d'aussi dures conditions, nous avons dû nous retrancher dans notre règlement.

L'Association médicale de la Sarthe poursuit son œuvre. Nous devons à son honorable secrétaire, M. le docteur Suhard, d'en être informé chaque année par l'envoi du compte-rendu des actes de cette Société, fondée une des premières en France.

Par une omission involontaire, nous sommes privés depuis quelques années des comptes-rendus de l'Association des médecins de Toulouse, que nous envoyait fidèlement son regrettable secrétaire général le docteur Amédée de Clausade. Nous avons été informés directement par l'honorable secrétaire-adjoint, M. le docteur Gasc-Hadancourt, que cette Association se maintenait à la hauteur de sa mission, et que l'Association des médecins de la Seine recevrait désormais ses comptes-rendus.

M. le docteur Gasc-Hadancourt a fait hommage à l'Association des médecins de la Seine de remarquables et savans mémoires sur plusieurs questions humanitaires, entre autres sur des plans et projets d'Association départementale et générale, où sont développées, avec un sentiment de conviction et un rare talent, les idées les plus élevées et les plus généreuses.

Messieurs, je me promets, chaque année, de vous présenter un compte-rendu tout rendu succinct, et, malgré moi, je dépasse les limites que je m'impose d'abord. Il faut pourtant donner à chacun la part légitime qui lui revient de sa coopération et de son concours, et, si je suis bien pénétré de l'esprit qui vous anime, je ne dois pas omettre de vous rappeler que, l'année dernière, à pareil jour, nous déplorions ici la perte de l'un de nos vice-présidens, M. le professeur Fouquier, et que vous avez voulu le remplacer dignement en portant vos suffrages sur M. le professeur Bérard. C'était donner tout à la fois un témoignage de sympathie et de gratitude à l'honorable doyen de cette Faculté, qui, à l'exemple de son illustre prédécesseur, M. Orfila, nous accorde une généreuse hospitalité dans son cabinet pour nos réunions mensuelles, et dans cet amphithéâtre pour nos assemblées générales.

Enfin, Messieurs, nos derniers remercîmens s'adresseront à votre *commission générale*, qui nous a si bien secondés, ainsi qu'à votre digne trésorier, M. le docteur Vosseur, qui s'attache avec un soin indicible au développement et à la prospérité de nos finances.

Nous ne pouvons oublier ce que nous devons à notre président fondateur, M. Orfila, tout heureux des résultats de son œuvre ; si quelque chose vient ajouter à nos regrets de ne pas le voir présider cette assemblée, c'est assurément le motif qui l'en empêche, mais c'est encore de ne pouvoir lui exprimer ici nos sentimens. En nous séparant de vous, Messieurs, nous lui porterons vos regrets et vos vœux, et nous tâcherons ainsi de rendre moins sensible pour lui-même la privation que son état lui impose.

Il ne me reste donc plus, Messieurs, qu'à réclamer pour moi votre indulgence accoutumée, et à former des vœux pour que nous restions toujours étroitement unis d'intentions dans la double pensée de bien faire et de faire le bien.

NOTA. L'impression et la distribution de ce compte-rendu aux médecins du département de la Seine ont été votées par l'assemblée.

Dans cette séance ont été réélus :

Président, M. Orfila ;
Vice-président, M. le professeur Adelon ;
Id. M. Bérard, doyen de la Faculté.

la somniation sous l'apparence du sommeil, est morbide, anormal, et diffère entièrement du sommeil naturel. Le somnambule, assez souvent, se souvient au moins d'avoir rêvé ce qu'il a fait; après la somniation, il ne reste pas le moindre souvenir de ce qui s'est passé.

Je ferai observer, en outre, que, dans le somnambulisme, on n'observe pas de convulsions, tandis que ce symptôme accompagne presque toujours la somniation. Du moins en a-t-il été ainsi dans la plupart des cas observés ou cités par Frank, et dans le fait que nous croyons pouvoir en rapprocher.

Les *accès de somniation*, accompagnés de convulsions hystériformes, qui ont constitué la première phase de la maladie, ont été considérablement modifiés dans la seconde, lorsque sont survenues les convulsions épileptiformes. Alors nous voyons se déclarer des accès de délire ou de manie furieuse, dans le cours desquels l'extase et la somniation, d'abord réduites à l'état de rêve passager, finissent par s'effacer tout à fait au milieu des accidens convulsifs. On ne peut pas dire que la maladie ait complètement changé de nature, mais la métamorphose qu'elle a subie est telle, que si cette seconde phase eût été observée chez un autre sujet, on eût pu le classer parmi les manies et les hallucinations, et méconnaître complètement les caractères de la somniation.

Pour compléter tout ce qui a trait à la symptomatologie de cette affection nerveuse, protéiforme par excellence, rappelons que notre malade, dans les intervalles de ses attaques, comme avant leur première apparition, a été toujours plus ou moins tourmentée par cet état nerveux, si bien décrit par M. le docteur Sandras, et qui est comme un fond commun sur lequel croissent et se développent la plupart des névroses.

Un mot maintenant sur les causes et le traitement de la maladie. Une constitution éminemment nerveuse, une éducation vicieuse, des habitudes de bien-être et des privautés exceptionnelles; puis des revers de fortune, des chagrins de famille, auxquels l'intelligence et la sensibilité précoces de la jeune enfant prenaient une part toujours trop grande; le changement de climat et de coutumes; l'éloignement des grands parens, c'est-à-dire de cette partie de la famille qui dispense les témoignages d'un amour aveugle sans le moindre mélange de sévérité. Voilà des conditions plus que suffisantes pour expliquer le développement de l'état nerveux chez notre jeune malade. La mort du grand-père, l'émotion vive d'abord, puis les changemens dans la manière de vivre qui en résultent, peuvent être considérés comme la cause déterminante des premières attaques. Plus tard, des symptômes de chlorose se développent, en même temps que les accès d'extase et de somniation se multiplient et s'aggravent; enfin, immédiatement avant et après la première apparition des règles, des accès de manie furieuse se manifestent. En vérité, il m'est impossible de ne pas considérer la chlorose et la manifestation précoce des menstrues comme causes, la première de l'aggravation, et la seconde de cette modification importante de l'affection nerveuse.

Ici, comme dans beaucoup d'autres cas de névroses, la médication antispasmodique est restée impuissante. Malgré l'éther, le quinquina et la valériane, les bains simples et la belladone, la névrose suivait son cours et semblait s'aggraver par le seul fait de sa durée (*vires acquirit edo*). Au bout de quatre mois, l'état général commence à souffrir, et nous sommes en présence d'une chlorose mal caractérisée, il est vrai, mais exigeant néanmoins un traitement spécial. Le fer est un de ces médicamens héroïques qui nuisent s'ils ne servent pas; son administration, dans ce cas, ne pouvait avoir lieu qu'avec une extrême réserve. Car les attaques, arrivées à leur summum d'intensité, ne se répétaient pas moins de sept à huit fois par jour; et l'on pouvait redouter les dangers de ce traitement s'il était inopportun. Si, au contraire, la gravité des accidens était accrue par la chlorose, les préparations ferrugineuses, en déterminant une prompte amélioration de cette affection secondaire, devaient exercer une influence des plus favorables sur la névrose. Mais nous n'osions pas en attendre la guérison complète. Cependant ce traitement interne, combiné avec les bains sulfureux, produisit, au bout de quelques jours, une cure merveilleuse. La guérison se soutint pendant près de deux mois et demi; mais une céphalalgie gravative, une bronchite simple, devenue plus tard spasmodique, le retour de l'appétit et des forces m'ayant mis dans le cas de suspendre l'usage du fer et des bains, je ne tardai pas à voir succéder à la toux convulsive les extases qui furent bientôt après suivies de troubles nerveux d'une autre espèce. Cette rechute et ces complications nouvelles s'étant manifestées dans d'assez bonnes conditions de santé, je fus naturellement conduit à demander leur guérison à une méthode de traitement différente de celle employée quand la malade était chlorotique; c'est alors que je fis un premier essai d'intimidation dont les beureux résultats furent compliqués de la première apparition des règles. La manifestation tout à fait inattendue de cette nouvelle fonction, chez une jeune fille de dix ans et demi, paraissait tout naturellement ne pas pouvoir être étrangère à la cessation des accidens nerveux auxquels elle avait été en proie précédemment. J'avoue que, méconnaissant tout d'abord la valeur réelle du traitement par intimidation, j'attribuai surtout à la modification organique en question la suspension des accès de manie, et que j'allai même jusqu'à espérer qu'ils ne se reproduiraient plus si les règles s'établissaient définitivement; mais je m'aperçus bientôt que je m'étais trompé, car huit jours après l'époque menstruelle, les accès de manie compliqués de convulsions tétaniformes se répétaient avec une intensité nouvelle, affectant dans leur apparition journalière une sorte de périodicité qui n'avait point existé pour les convulsions hystériformes compliquées d'extase et de somniation. Convaincu par ce fait que la menstruation n'avait apporté aucune heureuse modification dans la maladie, je me demandai au contraire si elle n'avait pas pu contribuer à son retour sous une forme nouvelle. Cette dernière interprétation acquiert un certain degré de probabilité aux yeux des praticiens qui ont été à même d'observer les accidens nerveux parfois si bizarres qui précèdent, accompagnent ou suivent la menstruation chez les adultes. D'ailleurs, nous avions affaire à une jeune fille dont le développement physique général paraissait loin de répondre à l'importance de la nouvelle fonction qui s'établissait chez elle, et il était raisonnable ou plutôt physiologique d'admettre qu'une aussi grande anomalie dût amener des perturbations nerveuses d'une gravité proportionnée. Quoi qu'il en soit de la valeur de cette appréciation, elle a influé sur ma thérapeutique, et, dans le but d'aider la nature en augmentant les forces de la malade, je me suis décidé à lui faire reprendre les préparations ferrugineuses qui avaient déjà si bien réussi. Cette fois encore les accès qui duraient depuis cinq jours s'arrêtèrent, mais trop brusquement pour qu'il fût possible d'attribuer cette suspension au traitement. Trois jours après, les accès ayant reparu avec une nouvelle intensité, je crus devoir, tout en continuant l'usage du fer, revenir au traitement par intimidation; et, comme on a pu le voir, c'est lui qui, en dernier lieu, a déterminé la cessation des attaques. Les coups rendus, la menace de séquestration dans une maison de santé, ont agi sur la malade, comme la douche froide et la crainte seule de la douche agissent sur les aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il y a eu à la fois une véritable dérivation physique et morale. La guérison s'est soutenue jusqu'au moment du départ pour l'Amérique; et les nouvelles que j'ai reçues il y a quelques jours, sous la date du 15 décembre, me confirment dans l'espérance qu'elle sera définitivement consolidée, d'abord par l'habitation avec les parens, qui, après la mort du grand-père, ont été l'objet constant des visions extatiques ou somniatiques et des pensées de la jeune fille dans les intervalles des accès; ensuite par les conditions hygiéniques nouvelles au milieu desquelles elle va se trouver dans le pays natal, conditions dont l'effet le plus important, sans doute, sera de fortifier la constitution, et par suite de déterminer l'établissement régulier de la menstruation.

Sur la proposition de M. Roger, la Société décide que l'observation de M. Moissenet sera renvoyée au comité de publication des actes de la Société.

(Dans un prochain numéro, nous publierons la discussion qui a eu lieu sur ce sujet.)

Le secrétaire : Henri Roger.

PRESSE MÉDICALE.

Annales de la Société de médecine d'Anvers. — Janvier 1852.

Quelques mots sur l'angine aiguë et sur son traitement au moyen de l'acétate de plomb cristallisé; par M. le docteur Rul-Ogez, membre de la Société.

..... Après avoir eu recours, dans l'angine tonsillaire aiguë, à un grand nombre de gargarismes différemment combinés, sans en obtenir de résultats avantageux soutenus, j'ai été conduit à essayer l'acétate de plomb cristallisé, par les bons effets obtenus de ce moyen dans les ophthalmies catarrhales aiguës, et par analogie des tissus malades dans les deux affections. Je n'ai pas tardé à me convaincre que ce moyen produisait des effets merveilleux, et que c'était bien là le remède spécifique pour guérir promptement, sûrement et doucement l'angine tonsillaire la plus aiguë, *citò, tutò et jucundè*. Il y a plus de dix ans que je l'emploie, à l'exclusion de tout autre, dans cette maladie; et je dois dire que, constamment, il m'a rendu des services éminens.

J'ai donc pensé que le moment était venu de livrer ce procédé à la publicité.

Voici la formule que j'ai adoptée pour son usage : cinq onces d'eau distillée, une demi-once de gomme arabique, six à dix grains d'acétate de plomb cristallisé, une once de sirop simple. Cette mixture est parfaitement claire et sans précipité; elle ne l'est pas si on substitue l'eau ordinaire à l'eau distillée.

Le malade se gargarise toutes les heures avec ce moyen, qui n'a rien de désagréable et ne présente d'autre inconvénient que de noircir parfois un peu la langue. Dans les intervalles, je recommande les gargarismes préconisés par nos ancêtres, c'est-à-dire la décoction de carottes et quelquefois un purgatif. Je n'ai jamais dépassé la dose de deux grains d'acétate de plomb cristallisé par once de liquide, et cependant, lorsque la maladie est prise au début, elle se trouve ordinairement enrayée au bout de 24 ou 36 heures; mais lorsqu'elle a déjà acquis une violente intensité, il faut quelquefois deux ou trois jours d'usage du remède avant que la guérison ne soit accomplie. Ce n'est pas comme astringent que la préparation saturnine agit dans cette circonstance, c'est comme antiphlogistique, résolutif et hyposthénisant. Depuis que j'emploie cette médication dans les angines gutturales aiguës, ces maladies que ci-devant je rencontrais assez souvent sous des formes redoutables et fréquemment lentes et insidieuses, sont devenues pour moi des affections éphémères, et les suppurations tonsillaires tellement rares, que je puis presque dire que je n'en rencontre plus. Plusieurs de mes cliens, qui ci-devant avaient périodiquement une angine tonsillaire des plus douloureuses, avec formation d'abcès, ont réussi depuis plusieurs années à prévenir toute récidive en faisant usage de ce gargarisme au moindre indice d'angine.

Lorsque les sujets atteints d'angines gutturales sont trop jeunes pour pouvoir se gargariser, je fais tremper un tampon de linge dans la solution saturnine, pour en humecter le gosier toutes les heures. La dose du sel saturnin est trop faible, pour que le passage dans les premières voies d'une petite quantité du gargarisme puisse offrir quelque inconvénient.

Lorsque je suis appelé trop tard, que l'angine tonsillaire dure déjà depuis plusieurs jours, que la violence des symptômes, le gonflement et la rénitence des tonsilles, la douleur lancinante et pulsative, l'empâtement sous-maxillaire externe et les frissons dorsaux fébriles, me dénotent qu'il y a formation d'abcès, je suspends le gargarisme saturnin et j'emploie un gargarisme maturatif composé de six onces d'eau de pluie, de deux gros de gomme arabique, d'une demi-once de crème de tartre, rendue soluble par la coction avec le borax, d'une demi-once de moutarde commune et d'une once de sirop de mûres. Ce gargarisme conduit ordinairement la suppuration à maturité au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, et rarement on est obligé de recourir à la ponction des amygdales ou au vomitif, pour provoquer l'évacuation du pus, qui, ordinairement, se fait spontanément.

Mais dès que cette évacuation a eu lieu, je m'adresse de nouveau à mon gargarisme saturnin, lequel met promptement fin au reliquat de cette affection, qui, sans cela, se prolonge encore parfois pendant plusieurs jours, ou passe d'une amygdale à l'autre.

Tel est le traitement de l'angine gutturale, que j'ose recommander avec confiance à mes confrères, car, depuis plus de dix ans, il m'a procuré des résultats si constamment avantageux, que je n'hésite pas à considérer l'acétate de plomb cristallisé comme le remède spécifique dans cette maladie.

Il n'en est plus de même dans les angines chroniques de l'arrière-bouche, où les gargarismes alumineux sont si efficaces; ni dans les angines pharyngées folliculeuses, dans lesquelles le nitrate d'argent en gargarisme, un demi-grain par once d'eau distillée, jouit d'une vertu curative remarquable. Toutefois, dans les chancres de la gorge, le gargarisme saturnin reprend son efficacité. Combiné avec le traitement antisyphilitique, il produit, comme adjuvant local, des effets curatifs prompts et incontestables.

Outre les angines aiguës de l'arrière-bouche, il est une autre maladie plus grave et plus sérieuse, dans laquelle l'usage local de l'acétate de plomb cristallisé m'a procuré des guérisons remarquables, je veux parler de la cystite chronique.

J'ai eu, dans ces derniers temps, trois cas de cette maladie à traiter, et je dois attribuer trois guérisons à l'usage de l'acétate de plomb cristallisé en injections dans la vessie.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le jeudi, 19 février, à six heures du soir, chez Lemardelay, 100, rue Richelieu.

La souscription, qui est du prix de 11 fr., restera ouverte jusqu'au mardi, 17 février, inclusivement.

S'inscrire ou écrire au bureau du journal.

— MM. les membres de la Société anatomique sont prévenus que la séance annuelle se tiendra le lundi 16 février, à trois heures et demie précises, à la Faculté (salle des thèses).

Le banquet aura lieu le même jour, à six heures et demie, chez Véfour-Hamel (Palais-Royal).

On souscrit chez :

MM. Houel, à l'École pratique;
Blain des Cormiers, rue Monsieur-le-Prince, n° 58;
Sainet, rue Duphot, n° 18.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 18. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 12 Février 1852.**



PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois............ 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 FÉVRIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance pleine d'intérêt et même d'émotions. Le rapport attendu sur l'avortement provoqué a été lu hier par M. Cazeaux. Nous mettons aujourd'hui, tout en entier, sous les yeux de nos lecteurs, ce beau travail. Malgré son étendue, nous n'avons pas voulu en fragmenter la publication. Très sagement, et cédant en cela aux fréquentes sollicitations de la presse à cet égard, l'Académie a renvoyé la discussion de ce travail après son impression. La compagnie veut se donner le temps de méditer sur cette grave question. On ne peut qu'approuver une pareille prudence. Nous l'imiterons nous-même et nous nous bornons aujourd'hui à appeler l'attention de nos lecteurs sur le rapport de M. Cazeaux, qui répond à toutes les espérances que le talent de son auteur avait fait concevoir. Une seule observation est dès aujourd'hui importante à faire, c'est que les opinions exprimées dans ce rapport ne doivent pas être encore considérées comme formulant la doctrine de l'Académie sur l'avortement provoqué; le rapport n'expose que les opinions propres à la commission, et pour mieux dire, particulières au rapporteur. La discussion peut modifier, changer même les conclusions. Ce n'est donc qu'à titre de document indispensable, document d'une grande valeur et qui doit servir de base à la discussion prochaine, qu'il convient de considérer le rapport de M. Cazeaux; c'est dans ces conditions que nous le publions nous-même.

C'est à M. Lenoir que la science et la pratique seront redevables de voir cette question soumise enfin à la discussion scientifique. Une occasion s'étant présentée pour lui d'opérer l'avortement *médical*, il a voulu soumettre sa conduite à l'approbation de l'Académie, et c'est la relation de ce fait, avec les réflexions qui l'accompagnent, qui a fourni le thème au remarquable rapport de M. Cazeaux. On doit féliciter M. Lenoir de cet acte de courageuse initiative.

La part de l'émotion est venue de la discussion qui s'est ouverte sur le rapport de M. Piorry, relativement à l'emploi du chlorure de sodium dans le traitement des fièvres intermittentes. Contre ce rapport, c'est M. Grisolle qui a ouvert le feu. Cet honorable académicien paraît appartenir à cette variété d'argumentateurs prenant peu de souci des ambages et des circonlocutions, dédaigneux de ce qu'on appelle les formes académiques, et fort négligent à l'endroit de l'aménité du langage. M. Grisolle va droit au but, très vivement, on pourrait dire presque brutalement; il a fait un réquisitoire en forme. Contre M. Piorry, il a élevé trois chefs d'accusation (cette expression n'est pas de nous); il l'a accusé d'avoir manqué aux trois conditions capitales d'une bonne expérimentation thérapeutique : 1° M. Piorry n'a pas précisé le diagnostic; 2° Il n'a pas administré le médicament en expérience seul, et n'a pas isolé son action de celle des autres médicamens administrés; 3° il n'a pas tenu compte de la marche naturelle de la maladie et a inexactement attribué à l'influence du médicament la terminaison naturelle des cas soumis à l'expérimentation.

M. Grisolle a développé énergiquement et âprement ces trois chefs d'accusation. Nous ne voulons exprimer sur ce point ni blâme ni critique. Une seule remarque nous importe à faire, et nous la faisons sans détour : si un malheureux journaliste publiait un article aussi violent, aussi âcre, aussi pénétrant que l'allocution de M. Grisolle, il ouvrirait sur lui toutes les cataractes de l'indignation. Il paraît que l'Académie a pensé qu'il était une circonstance atténuante de dire ces aménités en face de M. Piorry. Nous donnerions des félicitations sincères à M. Grisolle si son discours avait pour résultat de rendre certains académiciens un peu plus tolérans envers la presse et envers les journalistes.

M. Piorry, visiblement ému, n'a pu que commencer sa réponse. Un mot malheureux a échappé à son émotion. Avec un tact exquis des convenances, M. Mélier, voyant la discussion s'égarer dans des personnalités pénibles, a prié M. Piorry d'ajourner sa réplique, et la séance a été levée au milieu d'une émotion rare dans la paisible enceinte de l'Académie.

Amédée LATOUR.

OBSTÉTRIQUE.

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ;

Rapport lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 10 Février 1852, sur un mémoire de M. Lenoir;

Par M. CAZEAUX, rapporteur.

Messieurs,

Quand on se rappelle les discussions si longues et si animées auxquelles donna lieu la proposition de l'accouchement prématuré artificiel; quand on se souvient de l'espèce d'anathème lancé, dans cette enceinte même, sur ceux qui, les premiers, osèrent importer en France une pratique depuis longtemps admise chez presque tous nos voisins, on ne peut se défendre d'une certaine émotion, en abordant à cette tribune la question beaucoup plus grave de l'avortement provoqué.

Si, en effet, l'intérêt bien entendu de la mère et de l'enfant semblait justifier *à priori* une opération dont le but évident était de les sauver tous deux, si déjà de nombreux faits recueillis à l'étranger démontraient la possibilité d'atteindre ce but dans la plupart des cas, il n'en est pas de même lorsque l'expulsion du fœtus est provoquée dans les six premiers mois de la grossesse : à cette époque, en effet, le nouvel être n'a pas encore puisé dans le sein maternel les élémens nécessaires au développement et à l'entretien de la vie indépendante; et si quelques faits permettent de ne pas considérer comme complètement impossible la viabilité d'un enfant né dans les deux premiers tiers de la gestation, ces faits sont trop rares et trop exceptionnels pour laisser la moindre espérance à celui qui se détermine à provoquer l'avortement.

Il y a donc cette différence immense entre l'accouchement prématuré artificiel et l'avortement provoqué, que le but de l'accoucheur, en pratiquant la première de ces opérations, est de rendre l'accouchement plus facile en sauvant à la fois et la mère et son fruit, tandis que, par la seconde, il sacrifie sûrement et volontairement la vie du fœtus, pour éviter à la mère une opération presque toujours mortelle.

Cette différence, nous tenons à l'établir en commençant ce rapport : non pas pour rendre notre tâche plus facile, mais pour éviter une confusion qui seule peut expliquer la fâcheuse décision prise par la compagnie en 1827. Dans des questions de cette importance, il est toujours utile de limiter nettement le terrain de la discussion.

Ces limites sont, du reste, celles que s'est imposées M. Lenoir, dans l'intéressant mémoire dont l'Académie nous a chargé de lui rendre compte.

Appelé à donner ses soins à une pauvre femme rachitique, dont le bassin offrait à peine cinq centimètres dans son diamètre sacro-pubien, M. Lenoir n'avait qu'à choisir entre l'opération césarienne, qui seule eût été proposable au terme de la grossesse, et l'avortement qui, pratiqué en temps opportun, mettait presque sûrement la femme à l'abri de tout danger. C'est à ce dernier parti que s'arrêta M. Lenoir, après avoir pris l'avis de plusieurs collègues des plus honorables. Les tentatives qu'il fit dans ce but furent couronnées d'un plein succès. Mais, songeant alors et depuis, dit-il, aux embarras que pourraient éprouver ceux de mes confrères, qui, ne se trouvant pas dans les conditions heureuses où j'étais, seraient abandonnés à eux-mêmes, j'ai pensé qu'il y aurait peut-être quelque utilité pour la pratique, à provoquer de la part de l'Académie une approbation ou un blâme, qui, empruntant à la haute position que ce corps savant occupe, une autorité incontestable, servirait pour toujours de règle absolue.

Votre commission ne peut que donner son assentiment à la courageuse initiative prise par M. Lenoir, et elle a pensé faire chose utile, nécessaire même dans l'état actuel de l'opinion en France, en soumettant à l'appréciation de la compagnie la conduite de notre confrère. La question qui nous est soumise est en effet des plus importantes. Elle intéresse à la fois le théologien, le légiste et le praticien, et il est impossible de chercher à la résoudre sans tenir compte des considérations religieuses, médico-légales et professionnelles qui s'y rattachent. Mais, avant de la discuter au fond, nous demandons à l'Académie la permission de lui rappeler sommairement le fait qui sert de base au travail de M. Lenoir.

La nommée Julie Gros, âgée de 35 ans, n'était pas à sa première grossesse, lorsqu'elle vint, dans le courant de novembre 1850, réclamer les soins et les conseils de M. Lenoir. Déjà, en juin 1846, étant enceinte pour la première fois, elle était entrée à l'hôpital des Cliniques, où votre rapporteur, chargé par intérim du service des accouchemens, crut devoir provoquer l'avortement à trois mois et demi de grossesse. Huit ou dix mois plus tard environ, elle se présenta de nouveau au même hôpital, où M. le professeur Dubois se décida à pratiquer la même opération : et cette fois encore les suites ne furent pas moins heureuses.

Ces antécédens, racontés par cette malheureuse femme, après quelques hésitations, devaient naturellement faire soupçonner une mauvaise conformation du bassin; et bientôt l'examen minutieux des difformités offertes par la colonne vertébrale, l'incurvation des membres inférieurs, les résultats de la mensuration pratiquée à l'extérieur et à l'intérieur de la cavité pelvienne, ne laissèrent aucun doute dans l'esprit de notre confrère. Il resta convaincu, comme nous l'avions été nous-même, comme l'avait été plus tard le savant professeur de la Clinique, qu'un enfant à terme ne pouvait être extrait par les voies naturelles, à travers un bassin dont le plus petit diamètre offrait cinq centimètres; et qu'en laissant la grossesse se développer jusqu'aux derniers mois, l'opération césarienne devenait l'unique ressource.

Effrayé par les conséquences si graves et malheureusement si ordinaires de l'hystérotomie, encouragé par les résultats des deux opérations que la malade avait déjà subies, M. Lenoir se décida pour l'avortement. Et cette troisième fois encore les suites de l'opération furent des plus simples; car, huit jours après, la malade quittait la maison de santé, parfaitement guérie.

Telle est, Messieurs, l'analyse succincte de l'observation de M. Lenoir. Quant aux détails très circonstanciés et très curieux qu'il a donnés sur la santé de cette femme pendant ses quinze premières années, sur l'âge auquel ont commencé à se manifester les difformités du squelette, et sur leur mode de production; quant aux résultats si précis obtenus à l'aide de la plessimétrie, nous croyons pouvoir nous dispenser de les reproduire ici, car ils vous ont déjà été communiqués par notre confrère, et tout le monde pourra les lire dans le mémoire dont nous vous demanderons, en finissant, l'insertion dans nos *Bulletins*.

D'ailleurs, les considérations qui se rattachent à l'étiologie et au diagnostic des vices de conformation du bassin, sont trop nombreuses pour être convenablement traitées dans un rapport; et, pour ne pas abuser de la bienveillante attention de l'Académie, nous nous renfermerons dans la question spéciale de l'avortement.

Dans les rétrécissemens du bassin, assez prononcés pour rendre absolument impossible l'extraction d'un enfant viable par les voies naturelles, est-il permis au médecin de provoquer l'avortement, dans le but d'éviter à la mère les chances si périlleuses de l'opération césarienne? En le supposant permis, les rétrécissemens du bassin en sont-ils les seules indications? Telles sont les deux propositions que nous nous proposons d'examiner.

§ I. — *Dans les cas extrêmes de rétrécissement du bassin, est-il permis au médecin de provoquer l'avortement, dans le but d'éviter les chances si périlleuses de l'opération césarienne?*

De nos jours, Messieurs, poser cette question, c'est évidemment demander s'il est des circonstances qui donnent au médecin droit de vie ou de mort sur l'enfant intra-utérin. Nous ne sommes plus au temps, en effet, où théologiens, philosophes et médecins, disputaient à l'envi *de animatione fœtûs in utero*. Pour les uns, partisans des idées d'Aristote, l'embryon vivait successivement de la vie des plantes et de la vie des animaux, et ne recevait qu'à une époque plus ou moins éloignée de la conception, le principe divin qui seul pouvait en faire un être humain. L'époque de l'adjonction de l'âme au produit de la génération variait suivant les écoles, et, dans chaque école, suivant le sexe du germe fécondé; car quelle que soit la date fixée, l'embryon mâle jouissait, sous ce rapport, d'une prérogative sur l'embryon femelle, qui ne recevait le souffle céleste que dix, vingt, parfois même quarante jours plus tard que le mâle.

Pour les autres, au contraire, l'ovule recevait le principe vivant en même temps qu'il subissait l'influence du fluide fécondant; car sans l'âme elle-même, dit Albertus, la conception n'est pas possible, et c'est elle qui, comme un architecte, préside à l'organisation et au développement des diverses parties du corps.

Cette dissidence, sur l'époque de l'animation du germe fécondé, entraînait nécessairement de grandes différences dans l'appréciation morale et médico-légale de l'avortement; car, puni de mort lorsqu'il était pratiqué à une époque avancée de la gestation, il n'était passible que d'une peine correctionnelle quand on pouvait supposer le fœtus encore inanimé.

Les progrès de la science ont mis un terme à toutes ces discussions. Le germe reçoit, au moment de la conception, le principe vital, le souffle divin, et il n'est pas possible, sous ce rapport, d'assigner aucune différence entre l'enfant qui vient de naître et celui qui est encore renfermé dans le sein maternel, entre le fœtus de neuf mois et l'œuf fécondé depuis quelques heures.

Aussi la législation actuelle, d'accord sur ce point avec la physiologie, a-t-elle mis de côté toutes les distinctions mal fondées, et considère-t-elle l'avortement comme également criminel, quelle que soit l'époque à laquelle il est provoqué.

Tuer le fœtus est donc un fœticide à deux mois comme à neuf, et le droit de provoquer l'avortement implique évidemment le droit de tuer le fœtus à terme. Aussi, croyons-nous pouvoir, pour résoudre plus clairement la question en litige, en modifier un peu les termes. La considérant d'une manière plus générale, nous nous demanderons si, dans le but de soustraire la mère à un danger de mort imminente, il est quelquefois permis au médecin de sacrifier celle de l'enfant.

Mais d'abord est-il vrai que l'opération césarienne, la seule praticable au terme de la grossesse dans ces cas extrêmes de rétrécissement, soit aussi grave pour la mère, et l'expose à une mort au moins très probable?

Si, pour éclairer le pronostic de l'hystérotomie, nous ne consultions

que les résultats des opérations pratiquées dans les grands centres de population, là par conséquent où aucune opération grave ne peut rester inconnue, là où les succès et les revers sont immédiatement livrés à la publicité, nous arriverions à cette triste conviction que l'immense majorité des opérées est vouée à une mort certaine. A Paris, par exemple, depuis cinquante ans, on ne peut citer un seul cas heureux, et à Londres, sur vingt-cinq malheureuses femmes livrées au couteau césarien, une seule a été sauvée.

Mais hâtons-nous de dire que l'effrayante mortalité dont nous venons de parler, doit être attribuée, au moins en partie, aux conditions toutes particulières dans lesquelles se trouve la population des hôpitaux des grandes capitales, et que la pratique de la province donne des résultats beaucoup plus satisfaisans. Toutefois, quand, à l'exemple du docteur Kayser, on consulte tous les faits connus et présentant un caractère d'authenticité, on arrive à cette triste conclusion que soixante-dix femmes sur cent ont succombé. En supposant donc, et malheureusement c'est une supposition toute gratuite, qu'on a toujours mis autant d'empressement à publier les insuccès et les cas heureux, on reste convaincu que, sur quatre femmes soumises à l'opération césarienne, trois sont vouées à une mort certaine.

Il est vrai que les partisans de l'hystérotomie attribuent ses insuccès au retard qu'on met à la pratiquer. Si, au lieu de laisser la femme s'épuiser en vains efforts contre un obstacle reconnu insurmontable, disent-ils, si, au lieu de tenter des manœuvres qui nécessairement doivent échouer, on procédait à l'opération avant ou très peu de temps après la rupture des membranes, les résultats seraient beaucoup plus favorables. Sans doute cela est incontestable, et les faits connus prouvent que la mortalité est d'autant plus grande qu'on opère à un moment plus éloigné de celui où s'est écoulé le liquide amniotique; mais il importe de faire remarquer que ce retard ne doit pas toujours être attribué au chirurgien; qu'il n'est pas toujours le maître de fixer irrévocablement l'heure la plus favorable. La femme, sans le consentement de laquelle il est impossible d'agir, ne sait pas aussi bien que l'accoucheur combien sont grandes les difficultés. Pour se convaincre de la nécessité d'une opération aussi effrayante, il faut, qu'épuisée par les angoisses d'un travail longtemps prolongé, elle ait pu constater l'impuissance absolue de ses efforts, et souvent même l'inutilité de toutes les manœuvres obstétricales. Si forte que soit la conviction de l'homme de l'art, il lui sera bien difficile de ne pas faire quelques concessions aux craintes si légitimes de la malade, et malgré lui, l'opération ne sera pratiquée le plus souvent que plusieurs jours après le début du travail. Nous savons tous, en effet, combien il est difficile d'apporter dans la pratique la rigueur des préceptes théoriques.

Mais au moins cette affreuse opération assure-t-elle la vie de l'enfant? Peut-on, en compensation de tant de souffrances et de tant de dangers, avoir la certitude de pouvoir offrir à la mère autre chose qu'un cadavre? Malheureusement il n'en est rien; et les partisans de la section césarienne sont obligés d'avouer qu'ils ne sont pas toujours assez heureux pour extraire un enfant bien vivant, alors même que l'opération est pratiquée au moment d'élection. Ainsi, dans 37 cas dans lesquels celle-ci a été faite avant ou 6 heures au plus après la rupture des membranes, 3 enfants ont succombé; et Kayser, à qui nous empruntons cette statistique, ajoute que, pratiquée de 7 à 24 heures après la rupture des membranes, l'opération donna 7 enfants morts sur 32, et que la mortalité fut de 18 sur 37, *la moitié à peu près*, quand on opéra plus de 24 heures après l'écoulement des eaux.

Nous connaissons maintenant les résultats de l'hystérotomie, nous les utiliserons plus tard pour justifier nos conclusions; mais, auparavant, examinons les considérations religieuses, médico-légales et humanitaires que soulève le fœticide pratiqué dans un but médical.

A. Peu de questions ont été aussi vivement discutées par les théologiens; mais quand on étudie ce qu'ils ont écrit sur ce sujet, on s'aperçoit bien vite que, dépourvus des plus simples notions de physiologie et d'obstétrique, ils ont comparé des faits très dissemblables et raisonné d'après des documens entièrement erronés. De nos jours encore ils sont dans une ignorance complète des résultats comparatifs de l'opération césarienne et de l'embryotomie, et, me disait tout récemment un professeur de la faculté de théologie, je suis convaincu que, mieux éclairée, l'autorité ecclésiastique modifierait la rigueur trop absolue de certains principes.

Toutefois, on peut distinguer trois opinions différentes : les uns, en très petit nombre, croient, avec Tertullien, pouvoir autoriser le sacrifice de l'enfant toutes les fois qu'il est nécessaire au salut de la mère; les autres, plus préoccupés de la vie spirituelle que de la vie matérielle, ne permettent de mutiler le fœtus que lorsqu'on aura pu le baptiser auparavant; enfin l'immense majorité se prononce contre l'infanticide, quel que soit d'ailleurs le danger auquel la mère est exposée.

Ces derniers, invoquant les textes sacrés, fondent leur opinion sur les deux principes suivants : 1° *non occides*; 2° *non facienda mala ut eveniant bona.*

Examinons donc ces deux objections :

Il suffit, messieurs, de parcourir la Bible pour être convaincu que ce précepte : *non occides*, ne doit pas être pris à la lettre et ne menace des vengeances divines que le meurtre commis dans un but criminel. Depuis Moïse, qui, pour venger un de ses co-religionnaires des insultes d'un Égyptien, tua celui-ci et cacha son corps dans le sable, ne voyons-nous pas Phinées, petit-fils du grand-prêtre Aaron, surprenant un enfant d'Israël dans la couche d'une femme madianite, les percer tous les deux du même coup, et cependant Dieu récompenser ce double homicide en délivrant les Hébreux de la plaie dont ils avaient été frappés. Le législateur des Israélites n'ordonne-t-il pas à ses soldats le massacre des Madianites vaincus, massacre dont les filles vierges sont seules exceptées. Enfin, après le meurtre d'Holopherne, Judith n'entend-elle pas Osias, prince du peuple d'Israël, s'écrier : Vous êtes celle que le Seigneur a bénie plus que toutes les femmes qui sont sur la terre.

Inutile de multiplier ces citations; nous n'aurions évidemment que l'embarras du choix, car la Bible est pleine de faits semblables. Ceux-ci suffisent pour prouver amplement que, dans la pensée du législateur, le *non occides*, si souvent invoqué dans cette question, ne peut avoir le sens exclusif que lui prêtent les partisans de l'opération césarienne.

Il en est de même, à notre avis, du second précepte : *Non facienda mala ut eveniant bona.* Celui-ci, en effet, trouve un éclatant démenti dans ces saintes croisades qui, si longtemps, ont ensanglanté le monde, dans ces guerres reconnues légitimes par le pouvoir spirituel lui-même, bien qu'elles n'aient eu souvent qu'un prétexte futile, dans ces exécutions capitales enfin que le magistrat reconnaît nécessaires pour rassurer la société ou maintenir la tranquillité publique, et que le bourreau exécute sans scrupule.

Tous les malheurs du champ de bataille sont, en effet, justifiés par le bien qu'ils produisent, et l'échafaud est bien moins une expiation qu'une leçon très propre à garantir la société contre de criminelles agressions. Dans tous les cas : *Ut eveniant bona.*

Nous savons bien que, pour échapper aux conséquences logiques des faits mentionnés plus haut, les théologiens distinguent le meurtre qu'ils appellent *de droit public* et l'homicide commis *d'autorité privée.*

Bien qu'à notre avis cette distinction porte plus sur la moralité de l'acte que sur sa nature, car dans les deux cas il y a mort d'homme, et par conséquent homicide, nous l'acceptons, et croyons y trouver un argument en notre faveur. L'embryotomie, en effet, pratiquée dans le but d'éviter à la mère une opération si souvent funeste, ne peut être envisagée par nous comme un acte *d'autorité privée.* Ces médecins éclairés appelés auprès de la malade, cette famille dont les plus chères affections sont en litige, ne constituent-ils pas aussi un tribunal dont les décisions ont droit au respect de tous? Leur magistrature est-elle moins sainte, et leur décision n'a-t-elle pas tous les caractères d'un acte d'utilité publique?

Ces textes bibliques qu'on oppose sans cesse nous fourniraient d'ailleurs, en cherchant bien, quelques préceptes difficiles à concilier avec les précédens.

Dans l'espèce, par exemple, la femme peut se refuser absolument à l'opération césarienne; elle peut, en effet, quelle que soit la confiance inspirée par le chirurgien, elle peut de très bonne foi ne pas croire à la nécessité absolue de s'y soumettre : Sans doute, dit le cardinal Gousset, archevêque de Reims, si l'opération est jugée nécessaire, le confesseur prudent mettra en avant les motifs les plus capables de l'y déterminer; mais il ne l'y obligera pas sous peine de refus de l'absolution; car, en supposant même qu'elle fût obligée de subir l'opération, il faudrait la laisser dans la bonne foi. Eh bien! nous le demandons en toute humilité, que fera alors le médecin, qui, obéissant au *non occides*, se rappellera qu'en ne sauvant pas celui qu'il peut arracher à la mort il le tue : *Quem non servasti dùm potuisti, illum occidisti.* En renonçant à l'embryotomie, en abandonnant par conséquent la mère aux ressources de la nature, il voue les deux individus à une mort certaine, quand il pouvait, en mutilant l'enfant, sauver presque sûrement la mère. Il se rend donc alors coupable de la mort de celle-ci, car, suivant le texte sacré, c'est lui qui l'aura tuée : *Illam occidisti.*

En supposant les textes inflexibles, il n'aura donc plus qu'à choisir entre le sacrifice direct de l'enfant, que lui interdit le sixième commandement, et l'inaction qui cause à la fois la mort de deux individus, et le rend ainsi deux fois homicide.

On le voit, une pareille logique conduit à l'absurde, ce qui ne peut tenir évidemment qu'à une fausse interprétation des lois divines.

B. C'est encore, suivant nous, à une fausse interprétation du code pénal qu'il faut attribuer l'opinion des médecins légistes qui croient voir dans l'article 317 une interdiction formelle de l'avortement médical. Cet article est ainsi conçu : Quiconque, par alimens, breuvages, médicamens, violences, ou par tout autre moyen, aura provoqué l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion. — La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement a eu lieu.

Nous pensons, avec M. P. Dubois et le docteur Simonart (de Bruxelles) que cet article, quelque précis qu'il soit, ne s'applique qu'à l'avortement occulte et criminel, et non à celui qui, provoqué par l'art, est une opération pratiquée au grand jour et avec l'intention de conserver une des deux existences compromises.

Le législateur, dit M. Dubois, qui a prévu et puni la provocation de l'avortement criminel, n'a probablement pas pressenti que cette opération pût jamais être employée dans un but salutaire et devenir une des ressources de la médecine. Mais, lors même qu'il en aurait eu la pensée, il n'aurait pas fait une exception, que la raison proclame et qui devait résulter d'une interprétation logique de la loi; nous ferons d'ailleurs remarquer, continue le même auteur, que la provocation de l'avortement n'est pas la seule opération qui ait besoin d'être légitimée par l'intention : les blessures, les mutilations diverses, infligées par le chirurgien, ne seraient-elles pas des crimes si elles étaient pratiquées par d'autres mains et dans un but coupable? La castration elle-même, qui est nominativement prévue et punie par l'art. 316, n'est-elle pas une des opérations fréquentes de la chirurgie; et malgré les dangers de mort auxquels elle expose le malade, a-t-elle été jamais l'objet de poursuites judiciaires?

Ce n'est donc pas l'acte en lui-même, mais l'intention et le but de celui qui le commet qui constitue le crime. Or, c'est le crime seul que la loi défend et punit.

Ajoutons enfin, avec le professeur de la clinique, que cette interprétation est depuis longtemps adoptée par les accoucheurs d'un pays voisin, non moins éclairé et non moins moral que le nôtre. En Angleterre la mutilation du fœtus est pratiquée sans hésitation, toutes les fois que le rétrécissement du bassin est assez prononcé, pour que la conservation de l'enfant ne puisse être espérée qu'en pratiquant une opération gravement compromettante pour la vie de la mère; et cependant la provocation criminelle de l'avortement, pour employer l'expression des légistes anglais, le fœticide, est qualifié par les lois de *crime capital*, et puni de mort quand il a été commis à une époque où déjà les premiers mouvemens de l'enfant s'étaient fait sentir. (*Gaz. Méd.* 1843)

La plupart des médecins allemands ont adopté les mêmes opinions, et nous aurons plus tard à citer souvent la savante dissertation dans laquelle le très regrettable Nœgèle, de Heildelberg, a longuement exposé les raisons qui militent en faveur de cette pratique.

Après avoir cherché à démontrer que les prescriptions de la loi religieuse, et les articles du Code pénal ne sauraient, sans fausse interprétation, s'appliquer à l'avortement provoqué dans un but médical, voyons si, considérée en elle-même, cette opération est immorale et contraire aux intérêts bien entendus de la société. Tout ce qui, en effet, n'est pas défendu par la loi n'est pas permis, et, dans les questions délicates qui se rattachent à la pratique de son art, le médecin vraiment digne de ce nom, doit puiser dans sa conscience seule les élémens de ses déterminations. En un mot, la dignité professionnelle, la moralité médicale lui imposent des devoirs tout aussi impérieux que les obligations dictées par la loi civile ou religieuse. Essayons donc de rassurer sur ce point les consciences les plus timorées.

C. Les raisons alléguées par ceux qui ont cherché à légitimer l'embryotomie ou l'avortement provoqué dans les cas extrêmes de rétrécissement du bassin, sont de deux ordres : les unes ont pour but bien marqué de diminuer l'importance de l'enfant intra-utérin, comme être vivant; les autres tendent à démontrer qu'en supposant les deux vies égales en valeur, il est de l'intérêt de la société de sacrifier le fœtus au salut de la mère, et que, dans tous les cas, la mère a le droit d'en décider en dernier ressort.

Toutes sont loin d'avoir, à nos yeux, la même importance : il en est même quelques-unes, parmi les premières, qui nous semblent avoir peu de valeur. C'est ainsi que, dans son beau poème sur la vie et la mort, notre illustre Bichat, après avoir démontré que dans le fœtus la vie animale est nulle, et que tous les actes attachés à cet âge sont dans la dépendance de la vie organique, ajoute : Le fœtus n'a pour ainsi dire, rien dans ses phénomènes de ce qui caractérise spécialement l'animal; son existence est la même que celle du végétal; sa destruction ne porte que sur un être vivant, et non sur un être animé. Aussi dans la cruelle alternative de le sacrifier ou d'exposer la mère à une mort presque certaine, le choix ne doit pas être douteux.

Admettre ce raisonnement, c'est implicitement admettre qu'il est plus criminel de tuer un homme éveillé que de l'assassiner pendant son sommeil, parce que dans ce dernier état, il ne vit que de la vie organique!

Et pourtant c'est ce qu'ont fait la plupart des auteurs qui lui ont succédé en paraphrasant, sans modifications bien importantes, l'argument de Bichat. En mourant, dit le docteur Osborn, longuement réfuté par Dwees, le fœtus ne supporte aucun dommage réel, puisqu'il perd une vie dont il n'avait pas la conscience : ne pouvant pas prévoir le coup dont il va être frappé, il n'a aucune des appréhensions qui assiégent l'adulte menacé d'une mutilation sanglante, et la sensibilité animale est chez lui si peu développée qu'il souffre à peine des violences dont il est victime.

Dans une alternative aussi grave, dit Fodéré, on ne saurait comparer l'existence frêle et imparfaite d'un fœtus, à peine doué de quelque sensibilité physique, ne jouissant d'aucune faculté morale, et qui ne tient encore au monde par aucun lien extérieur, avec l'existence de sa mère, dont les facultés sont développées, qui tient à la société par de nombreux rapports, et dont la conservation à ce titre est infiniment plus précieuse.

Pour moi, dit M. Velpeau, j'avoue qu'il m'est impossible de mettre en balance la vie précaire d'un fœtus de trois, quatre, cinq ou six mois, qui ne tient encore par aucun lien au monde extérieur, avec celle d'une femme adulte que mille rapports sociaux nous engagent à conserver.

Si j'avais à me prononcer, en matière aussi grave, écrivait notre rapporteur en 1840, je n'hésiterais pas à admettre l'avortement provoqué, ne concevant pas qu'on puisse balancer à détruire un embryon si faible, dont la vie future est si incertaine, pour épargner à la mère, les chances si périlleuses de l'opération césarienne.

Depuis cette époque, MM. Dubois, Chailly, Jacquemier, en France; Van Huevel, Simonart, Lutens, en Belgique, se sont prononcés dans le même sens, en reproduisant à peu près les mêmes observations.

M. P. Dubois, dans une introduction purement historique, fait judicieusement remarquer que tous ces argumens, s'adressant au sentiment bien plus qu'à la raison, sont moins propres à convaincre qu'à émouvoir, Et il promet une série d'articles qui auront pour but de traiter scientifiquement ce sujet. Malheureusement il n'a pu jusqu'à présent tenir sa promesse, et le savant Nœgèle nous paraît être le seul qui, dans un écrit fort remarquable, intitulé : *De jure vitæ et necis quod competit medico in partu*, ait envisagé la question sous son véritable point de vue.

La femme qui n'a qu'à choisir entre la mort de son enfant et une opération très dangereuse pour elle, peut-elle opter pour l'embryotomie? Le médecin a-t-il, dans ce cas, le droit d'exécuter la volonté de la mère? Peut-il, dans l'accomplissement de ce devoir, invoquer l'intérêt de la société? Répondre à ces questions, c'est évidemment résoudre le problème qui nous est proposé.

Il est, dit Cicéron, une loi non écrite, mais naturelle, *quam non didicimus legimus, accipimus; varum ex neturâ ipsâ arripuimus, hausimus, expressimus : ad quam non docti, sed facti; non instituti, sed imbuti sumus; ut si vita nostra in aliquas insidias, si in vim, si in telâ aut latronum aut inimicorum incidisset; omnis honesta ratio esset expediendæ salutis* (Cicéro. promilone). Cette loi suprême, impérieuse, est l'instinct de la conservation, et nous donne le droit de faire tout ce qui est nécessaire à la conservation de notre être. C'est le cas de nécessité.

La femme placée dans la cruelle alternative de sacrifier sa vie à celle de son enfant, ou de l'immoler à sa propre conservation est bien évidemment dans le cas de nécessité. Ce sont deux naufragés, qui perdus au milieu des flots, se disputent une même planche trop faible, hélas! pour les sauver tous deux : l'un ou l'autre doit probablement périr : qui oserait blâmer celui qui sortira vainqueur de cette lutte homicide? n'est-ce pas pour ainsi dire un cas de légitime défense, un cas de nécessité.

Le cas de légitime défense n'existe pas seulement; en effet, lorsque le danger résulte d'une attaque volontaire, raisonnée et dirigée par l'agresseur dans le but bien réfléchi de porter atteinte à notre existence, il suffit que la vie soit compromise pour qu'on ait le droit de se défendre, et s'il n'est d'autre moyen de se garantir des attaques d'un fou furieux, il est permis de le tuer. Le pauvre insensé n'est pourtant pas plus coupable des coups dirigés contre nous, que le fœtus n'est responsable des dangers auxquels il expose sa mère, dangers dont il n'a nullement conscience.

Mais ce droit de vie ou de mort accordé à la mère, peut-il être aussi accordé au médecin? Cela nous paraît incontestable. La loi naturelle

nous donne, en effet, le droit de voler au secours de nos semblables et de défendre leur vie menacée, même en tuant leur agresseur. Peu importe que l'attaque soit l'acte d'un criminel ou d'un maniaque en délire. Et d'ailleurs, l'impossibilité où se trouve la mère de se sauver elle-même, ne rendrait-elle pas complétement illusoire le droit que nous avons reconnu, si elle ne pouvait le transmettre à celui qui seul peut employer les moyens propres à la sauver.

Mais, dit M. Nœgèle, on pourra nous objecter qu'en sacrifiant ainsi aux intérêts de la mère, le médecin déserte une cause sacrée qui lui était également confiée. Il se fait arbitre de deux existences qu'il a mission de protéger avec une égale sollicitude. Ceux qui raisonnent ainsi, ajoute le même auteur, supposent que les droits du fœtus intra-utérin sont égaux à ceux de la mère : or, la loi civile elle-même a fait sous ce rapport une grande différence; et, bien qu'elle lui accorde certaines prérogatives, elles sont bien inférieures à celles qu'elle donne à l'enfant déjà né. Ainsi, par exemple, celui-ci peut transmettre à ses parens ses droits héréditaires, et la même faculté est refusée au fœtus qui n'a pas encore vu le jour. Aux yeux de la loi ce dernier n'a donc pas encore, dans toute leur intégrité, les droits qu'il aura après sa naissance.

En se soumettant à la volonté de la mère le médecin obéit au droit naturel. Voyons maintenant s'il défend encore les intérêts de la Société.

Je ne rappellerai pas, Messieurs, que la vie, si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a encore ni sentiment, ni affection, ni crainte, ni espérance, peut être difficilement mise en balance avec celle d'une jeune femme que mille liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent. Je ne dirai pas avec Rhamsbotham, qu'en politique, si ce n'est en morale, nous sommes pleinement justifiés de préférer le fort au faible, l'homme sain à l'homme malade, et par conséquent la mère de famille à l'enfant qui n'est pas encore né, toutes les fois que nous sommes dans la cruelle nécessité de sacrifier l'un ou l'autre. Je n'invoquerai pas, enfin, le plus ancien de tous les principes de morale, la base de toute justice médicale, c'est qu'il faut traiter les malades comme nous traiterions nos parens les plus chers, et qu'il n'est peut-être aucun de nous, qui, forcé de choisir entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein, hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier.

Non, je veux parler à la raison, et c'est la logique rigoureuse du chiffre que seule je veux invoquer. Nous avons dit quels étaient pour la mère les tristes résultats de l'opération césarienne. Les trois quarts des femmes au moins ont succombé, et tous les enfans n'ont pas été extraits vivans. Mais en admettant un instant que, pratiquée peu de temps avant ou après la rupture des membranes, l'opération permettrait de sauver les enfans, il n'y aurait pas encore compensation des chances si défavorables qu'on fait courir à la mère.

Vous accordez que les trois quarts des femmes succombent, mais pouvez-vous au moins garantir que la moitié des enfans que vous sauvez par la gastrotomie vivront assez longtemps pour faire oublier les pleurs versés sur leur berceau ? Eh bien lisez les tables publiées sur la moyenne de la vie humaine, et dites-nous si sur cent nouveau-nés cinquante atteindront leur 30me année. Interrogez notre savant collègue, M. Villermé, et il vous répondra qu'en France il est mort à un an les 20/00e des individus dans les départemens riches, les 22/00e dans les départemens pauvres : à quatre ans les 31/00e dans les départemens riches, les 33/00e dans les départamens pauvres : à vingt ans enfin un peu plus des 42/00e dans les premiers, et les 49/00e, c'est-à-dire très près de la moitié, dans les seconds.

Et pourtant, dans cette statistique, ne sont pas compris les enfans abandonnés, parmi lesquels, quel que soit le zèle de la charité publique, il en meurt à Paris jusqu'à 60 pour 100 dans le cours de la première année.

Consultez les recherches de Benoiston, de Châteauneuf, et il confirmera les résultats de notre collègue.

Ce n'est donc pas le résultat immédiat de la gastrotomie qu'il faut faire valoir, quand on veut juger de son utilité sociale, mais bien ses conséquences éloignées. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle tue immédiatement les trois quarts des femmes; et qu'en supposant tous les enfans vivans au moment de leur naissance, vous n'en verrez pas la moitié atteindre l'âge auquel vous avez sacrifié la mère.

A ne considérer que la question de chiffre, l'avantage serait donc à l'embryotomie.

Mais, a-t-on dit, en immolant cet enfant, vous privez peut-être la société d'un Socrate, d'un Alexandre, d'un Corneille ou d'un Buffon? Je la débarrasse peut-être d'un Néron, d'un Lacenaire ou d'un idiot. Les chances sont au moins égales.

Dans tous les cas, par l'opération césarienne, c'est l'arbre dans toute sa vigueur que vous coupez pour conserver le fruit. Vous sacrifiez un adulte dont la famille et la société pouvaient attendre de nombreux services, pour conserver un enfant qui, pendant longtemps encore, imposera de nombreux sacrifices à la société et à la famille. L'intérêt de l'une et de l'autre se réunissent donc pour militer en faveur de la mère. Et puisque nous avons déjà démontré que la loi suprême, la loi inhérente à tout notre être, l'instinct de la conservation, en un mot, loi antérieure et supérieure à toutes les conventions sociales et religieuses, légitime, quand il ne blesse en rien les intérêts de la société, tout effort fait pour son propre salut; je crois pouvoir conclure que la femme, et par conséquent le médecin, peuvent sacrifier la vie de l'enfant toutes les fois que, très probablement, elle est incompatible avec celle de la mère.

Le droit de mutiler le fœtus étant reconnu légitime, deux mots suffiront pour démontrer la légitimité de l'avortement provoqué. Dans ce dernier cas, en effet, on sacrifie l'enfant, seulement l'opération, alors nécessaire, ne fait courir à la mère aucun des graves dangers auxquels l'exposera l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse. Ajoutons que, en dehors de certaines limites, le rétrécissement du bassin peut rendre impossible l'embryotomie, quand l'enfant est complètement développé, et rendre ainsi l'opération césarienne indispensable. C'est une raison de plus, à notre avis, à faire valoir en faveur de l'avortement.

Il nous reste maintenant à examiner quelles sont les indications de l'opération.

§ II. — *Indication de l'avortement provoqué.*

Les rétrécissemens extrêmes du bassin, ceux qui, offrant environ 6 centimètres et demi, ne laissent à la femme parvenue à son terme que la triste alternative de l'embryotomie ou de l'opération césarienne ; ceux qui offrant à peine 5 centimètres, ne permettent l'extraction du fœtus mort ou vivant que par l'incision abdominale, constituent, pour nous, l'indication la plus positive de provoquer l'avortement. Si en effet, comme nous avons cherché à le démontrer, le sacrifice de l'enfant à terme est évidemment justifié, à plus forte raison, ce sacrifice sera-t-il rationnel à une époque de la grossesse où les manœuvres nécessaires à la provocation de l'avortement seront beaucoup moins fâcheuses que celles que nécessiteraient la mutilation et l'extraction d'un fœtus à terme.

Mais les rétrécissemens du bassin ne sont pas les seuls cas dans lesquels on a proposé l'avortement. Une foule d'accidens liés à la grossesse, une foule d'états morbides coexistant et recevant de cette coïncidence une gravité très compromettante pour la mère, ont paru être, à quelques médecins, des indications aussi rigoureuses que les rétrécissemens. Nous ne saurions partager cette manière de voir, au moins dans la plupart des cas, et tout en protestant de notre respect pour des opinions qui ne sont pas les nôtres, nous demanderons à l'Académie la permission de lui exprimer franchement toute notre pensée. — En traitant à la fois de l'expulsion artificielle du fœtus à toutes les époques de la grossesse, en groupant ainsi les indications de l'avortement et de l'accouchement provoqués, on est arrivé à confondre des cas, très dissemblables à notre avis, et à donner des préceptes très justifiables quand la femme est arrivée aux deux derniers mois de la grossesse, mais qui doivent être profondément modifiés, quand il s'agit de l'avortement. Dans un cas grave, en effet, mais dont l'issue n'est que *probablement* fâcheuse, on peut, après le septième mois, se décider à provoquer l'accouchement. Le danger auquel, *probablement*, la mère est exposée, légitime certainement une opération qui laisse à l'enfant de nombreuses chances de vie. Il n'en saurait être de même de l'avortement provoqué, qui tue inévitablement le fœtus. Il ne suffit plus ici que la vie de la mère soit *probablement* compromise, mais il faut qu'il y ait *presque certitude* d'une mort prochaine. A ce titre, les hémorrhagies que rien n'a pu arrêter, les tumeurs des parties, molles ou dures, qui ne sont pas susceptibles d'être déplacées, ponctionnées, incisées ou extirpées, nous paraissent les seules indications admissibles de l'avortement. Quant aux phénomènes nerveux, aux maladies chroniques ou aiguës, compliquant la grossesse ; quant aux vomissemens assez intenses pour mettre la vie de la femme en danger, nous croyons que, dans l'état actuel de la science, le médecin doit s'abstenir.

Cette dernière partie de notre opinion, Messieurs, trouvera probablement dans cette enceinte quelques adversaires : nous savons, en effet, que plusieurs de nos honorables collègues, parmi lesquels je citerai M. P. Dubois, ont proposé ou pratiqué l'avortement dans des cas semblables ; aussi demanderons-nous à l'Académie la permission de lui exposer en peu de mots les raisons sur lesquelles nous croyons pouvoir fonder notre réserve à cet égard. Heureux, du reste, de modifier notre opinion, si les faits et les raisons produits dans la discussion nous paraissent suffisans pour détruire nos scrupules.

A. En présence d'un rétrécissement très prononcé du bassin, l'accoucheur sait très bien qu'en laissant la grossesse arriver à son terme, il n'aura qu'à choisir entre l'embryotomie et la section césarienne, et que, dans quelques cas même, cette dernière opération sera la seule ressource. Si, après avoir mûrement pesé dans sa conscience les suites inévitables de l'une et les conséquences probables de l'autre, il se décide pour la mutilation du fœtus, il lui paraîtra sans doute raisonnable de ne pas attendre que le volume notablement augmenté de l'enfant vienne ajouter aux difficultés et aux dangers de l'embryotomie, et l'avortement, provoqué dans les quatre premiers mois, lui semblera pleinement justifié.

Mais les conditions ne sont plus les mêmes lorsque la vie de la femme est compromise par des vomissemens, par exemple, quelque violens qu'ils soient.

Dans le premier cas, en effet, le danger est inévitable ; à moins d'un avortement spontané, l'opération césarienne est la seule ressource. Mais les vomissemens, malgré leur intensité, malgré l'état d'épuisement dans lequel ils ont placé la femme, ne sont pas, grâce au ciel, le plus ordinairement mortels. On a vu des malades dont l'état inspirait les plus vives et les plus légitimes inquiétudes, résister assez longtemps pour atteindre les derniers mois, ou même le terme de leur grossesse, et accoucher d'enfans vigoureux et bien portans. Chez quelques autres, les vomissemens, après avoir placé la malade dans une position désespérée, ont tout à coup cessé, soit spontanément, soit sous l'influence de quelque nouvelle médication. Il y a fort longtemps déjà, j'ai vu un cas analogue, et tout récemment j'ai donné des soins à la femme d'un de nos confrères, épuisée par dix-huit jours de vomissemens continuels, chez laquelle le spasme du tube gastro-intestinal était si grand, qu'une simple cuillerée d'eau ingérée par la bouche, ou un demi-verre de bouillon poussé dans le rectum était immédiatement suivi des contractions les plus violentes de l'estomac. Eh bien, après quatre ou cinq jours de l'emploi de l'extrait de belladone, que j'eus la pensée de porter, à l'aide du spéculum, jusque sur le col de la matrice, les vomissemens diminuèrent graduellement de fréquence et d'intensité, et la jeune femme, chez laquelle le moindre mouvement provoquait parfois une syncope, est aujourd'hui parfaitement guérie.

Le fait suivant, que j'ai entendu raconter à M. P. Dubois, est trop important pour que l'Académie ne me pardonne pas de lui en présenter l'analyse :

Une jeune dame allemande, enceinte de deux mois et demi, n'avait pas cessé, depuis la première quinzaine de la grossesse, d'être tourmentée par les vomissemens les plus opiniâtres. Depuis six semaines surtout cette malheureuse vomissait à chaque instant, et la moindre cuillerée de liquide sollicitait les contractions les plus énergiques de l'estomac. Elle était d'une maigreur et d'une faiblesse excessives, avait une haleine d'une fétidité repoussante ; en un mot, offrait des symptômes si graves, que M. Dubois, appelé en consultation, voulut encore avoir l'avis de M. Chomel. Tous deux portèrent un pronostic désespéré et quittèrent la malade pensant qu'elle n'avait plus que quelques jours à vivre. Le surlendemain de la consultation, la jeune femme fut prise d'un dévoiement très intense, et à partir de ce moment, plus de vomissemens. La pauvre agonisante put prendre et garder quelques alimens ; leur quantité, augmentée peu à peu, rétablit promptement ses forces ; et, après avoir été si près d'une mort que deux hommes aussi expérimentés avaient crue inévitable, elle s'est complétement rétablie et est accouchée à terme.

Je laisse à nos savans collègues Moreau, Dubois et Danyau le soin de raconter à l'Académie des faits à peu près semblables.

B. Lorsque, dans les rétrécissemens du bassin, on provoque l'avortement, on a la certitude qu'une fois l'expulsion du fœtus accomplie, tous les dangers qui menaçaient la fin de la grossesse disparaissent, et les suites, ordinairement assez bénignes des fausses couches, sont les seules conséquences possibles de l'opération pratiquée ; en supposant même que l'opération ajoute à la gravité ordinaire des avortemens spontanés, toujours est-il qu'on a sûrement atteint le but en faisant cesser une grossesse dont les progrès offraient à la mère tant de chances défavorables.

Or, il n'en est pas de même dans les cas de vomissemens opiniâtres. Si l'on consulte, en effet, les cas connus, on verra que l'opération est loin de faire cesser le danger. Je n'oserai pas affirmer que je n'ai laissé échapper aucun fait ; mais, parmi ceux qui ont été publiés, et dont j'ai eu connaissance, je n'ai trouvé qu'un seul cas, cité par Churchill, dans lequel l'avortement provoqué ait sauvé la mère ; dans tous les autres elle a succombé plus ou moins longtemps après l'opération. Dans les leçons faites en 1848, par M. Dubois, et que le docteur Laborie a publiées, on trouve le récit de plusieurs tentatives faites par ce professeur, mais toujours sans succès.

Bien mieux, la provocation de l'avortement n'a pas toujours fait cesser les vomissemens. Ainsi, dans une des observations de M. Dubois, les vomissemens reparurent après l'opération, et la malade mourut. J'ai moi-même su que, dans un cas où j'avais refusé de pratiquer l'avortement, opération qui fut faite quelques jours après par un autre confrère, les vomissemens avaient persisté, et la malade avait succombé.

On voit donc que, dans ces fâcheuses conditions, l'avortement est loin d'offrir les mêmes chances favorables que dans les cas de rétrécissemens.

C. Sans doute, on peut dire que l'opération a été faite trop tard, et alors qu'un défaut de nutrition trop prolongé avait épuisé les sources de la vie, qu'en provoquant plus tôt la déplétion de l'utérus, on l'eût fait plus heureusement. C'est possible ; mais c'est ici que se présente le problème le plus difficile à résoudre. A quel moment l'opération sera-t-elle opportune ? Si vous agissez trop tôt, ne pourra-t-on pas dire, en invoquant les faits si nombreux dans lesquels les vomissemens se sont arrêtés spontanément, comme dans les faits cités plus haut, ne pourra-t-on pas dire que vous avez tué inutilement le fœtus ? Si vous agissez trop tard, ne pourra-t-on pas, en rappelant l'insuccès des opérations connues, nous reprocher une tentative au moins inutile, et qui, peut-être, a avancé l'heure fatale ?

Où le praticien prudent placera-t-il la limite de l'expectation ? Si l'on se rappelle que les accoucheurs anciens déclarent presque tous avec Mauriceau et Delamotte que les vomissemens peuvent déterminer l'avortement, mais n'offrent rien de dangereux pour la mère ; que beaucoup de médecins disent avec Burns et Désormeaux qu'ils ne les ont jamais vus se terminer par la mort, on sera certainement peu tenté de faire l'opération avant que la gravité des symptômes ait détruit toutes nos espérances. Nos espérances ! Mais la nature parfois ne semble-t-elle pas se rire de toutes nos prévisions ? La malade de MM. Dubois et Chomel ne paraissait-elle pas condamnée à une mort certaine ?

Mais, peut-on nous objecter, c'est au tact, à l'habileté du praticien à méditer et à choisir en toute conscience entre les dangers de l'expectation et les chances de l'opération. Ces difficultés se présentent dans une foule de cas de chirurgie : il n'est pas, presque pas d'amputation qu'on puisse légitimer en affirmant d'une manière absolue que la guérison spontanée est complètement impossible. La conservation exceptionnelle d'un membre ne prouve rien contre l'opportunité de l'amputation dans la plupart des cas.

Sans doute, tout cela est vrai ; mais qu'on ne se hâte pas de conclure, car le rapprochement est loin d'être rigoureux.

En présence d'une lésion traumatique grave, le chirurgien n'a en vue que les intérêts de son malade : après lui avoir exposé les raisons qui le déterminent, il peut, dans les cas embarrassans, consulter sa volonté, et le laisser libre, après tout, de disposer d'une vie qui lui appartient. Pour l'accoucheur, deux intérêts graves sont en présence, et si le sentiment de la conservation fait taire chez la mère la voix du sang, il n'en doit pas moins songer, dans la limite du possible, aux intérêts du fœtus.

Une lésion traumatique étant donnée, il est démontré par l'expérience des siècles, que la guérison spontanée est une rare exception ; l'expérience des accoucheurs est là pour prouver que la cessation spontanée des vomissemens est la terminaison presque constante.

Enfin, lorsqu'un chirurgien se décide à une grave opération, non seulement il est convaincu qu'elle offre à son malade plus de chances favorables que l'expectation, mais il est enhardi par les résultats qu'elle a déjà donnés.

Jusqu'à présent l'avortement provoqué, pour remédier aux vomissemens, n'a que très exceptionnellement prolongé la vie de la mère ; souvent même il a hâté sa fin.

On voit donc que la position du chirurgien et de l'accoucheur n'est pas la même, et que la difficulté soulevée par nous subsiste tout entière.

S'il faut en croire M. le docteur Laborie, M. Dubois aurait professé que l'opération devait être pratiquée au début de l'affection, c'est-à-dire, après la première période de la maladie, sous peine de faire une opération inutile. Nous hésitons à croire qu'il ait fidèlement reproduit la pensée du professeur, et, avant de discuter cette opinion qui emprunterait à son auteur une si grande autorité, nous désirons l'entendre de M. Dubois lui-même.

En résumé, Messieurs, tant que, dans un cas déterminé, on ne pourra pas dire : la malade offre un ensemble de symptômes qui, abandonnés à eux-mêmes, doivent, suivant toutes les probabilités, se terminer par la mort ; et, *ces symptômes existans*, il est probable que l'avortement provoqué les fera cesser et permettra à la malade de se rétablir, je pense que cette opération doit est rejetée.

La même conclusion me paraît applicable, aux phénomènes nerveux de toutes sortes, et aux maladies chroniques ou aiguës qui peuvent compliquer la grossesse.

Avant de formuler les conclusions générales qui nous semblent résulter de tout ce que nous venons de dire, permettez-nous, Messieurs, une réflexion. En songeant aux antécédens de notre malade, dit M. Lenoir, un scrupule nous arrêta longtemps. Cette malheureuse, enceinte pour la troisième fois, n'abusait-elle pas du sentiment d'humanité que sa position vous inspirait et ne changerait-elle pas plus sûrement de conduite, si elle trouvait désormais moins de complaisance dans les accoucheurs.

Cette pensée avait déjà été exprimée par le célèbre Denman, et probablement elle est venue à l'esprit de tous ceux qui se sont trouvés dans la situation du docteur Lenoir. Votre commission pense qu'il a sagement fait de passer outre. Nous n'avons pas le droit de nous instituer juges de la moralité et des antécédens de la malade qui réclame notre assistance. En supposant même que nous ayons affaire à une de ces malheureuses qui, foulant aux pieds les sentimens les plus sacrés, se livrent d'autant plus à leurs passions qu'elles comptent trouver dans l'humanité du chirurgien l'impunité de leur mauvaise conduite, nous ne lui devons pas moins tous nos soins ; et pour nous, la seule question à résoudre à la seconde, à la troisième comme à la première grossesse, est celle-ci : La conformation de cette femme permet-elle d'espérer l'extraction d'un enfant viable ?

Qu'il nous soit permis de faire encore une observation. Par cela même que le texte des lois civiles et religieuses ne fait aucune distinction entre l'avortement criminel et l'avortement médical, et qu'en pré-

sence d'un avortement constaté, il est du devoir des magistrats de s'enquérir des motifs qui ont déterminé le médecin à agir; celui-ci ne saurait prendre trop de précautions pour se mettre à l'abri de tout soupçon. Votre commission pense donc qu'avant de pratiquer l'opération, non-seulement l'homme de l'art doit constater avec tout le soin possible les conditions dans lesquelles se trouve la femme, mais qu'il est encore de son devoir et de son intérêt de faire appeler en consultation un ou plusieurs confrères. Nous pensons qu'il doit, autant que possible, prendre l'avis de ceux qui, par un long enseignement antérieur ou une longue pratique dans les hôpitaux, offrent au public et aux magistrats une garantie suffisante. Dans tous les cas, le médecin serait blâmable d'agir seul et sans avoir pris l'avis de plusieurs consultans.

De tout ce qui vient d'être dit, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° C'est par suite d'une fausse interprétation que les lois divines et humaines relatives à l'avortement ont été appliquées à l'avortement pratiqué dans un but médical.

2° Les lois punissent le crime, elles ne peuvent donc atteindre, sans injustice, un acte accompli avec les intentions les plus pures.

3° Placée dans la cruelle alternative de choisir entre la vie de son enfant et sa propre conservation, la femme a, de par la loi naturelle, le droit d'opter pour la mutilation du fœtus.

4° Dans ce cas, le médecin peut et doit sacrifier l'enfant au salut de la mère.

5° L'avortement provoqué étant beaucoup moins grave pour la mère que, l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut et doit lui donner la préférence.

6° Les rétrécissemens dans lesquels le bassin offre moins de six centimètres et demi dans son plus petit diamètre, les hémorrhagies que rien n'a pu arrêter, les tumeurs des parties molles ou dures, qui ne sont pas susceptibles d'être déplacées, ponctionnées, incisées ou extirpées, sont les seules indications de l'avortement provoqué.

7° Le médecin ne doit jamais s'y décider, sans avoir préalablement pris l'avis de plusieurs confrères éclairés.

Vous voyez, Messieurs, que ces conclusions répondent aux questions posées par M. Lenoir, et donnent une approbation complète à la conduite qu'il a suivie. Mais en s'arrêtant là, votre commission croirait ne pas avoir rendu justice au remarquable travail de notre savant confrère : elle a l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser des remercîmens à M. le docteur Lenoir; 2° de renvoyer son très intéressant travail au comité de publication.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Février 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Savy, de Lodève, sur une épidémie de fièvre catarrhale qui a régné dans la commune de St-Maurice pendant les mois de septembre et octobre derniers.

2° Un rapport supplémentaire sur les eaux minérales et les boues de Viterbe.

3° Une lettre sur la vaccine, de M. Petiteau, médecin aux Sables-d'Olonne (Vendée).

4° Un mémoire de M. Chardon, sur les fièvres. (Comm. MM. Collineau et Bousquet.)

5° Une lettre de M. Devilliers fils, sur l'application du forceps au détroit supérieur. (Comm. M. Cazeaux.)

— M. Cazeaux lit au nom d'une commission composée de MM. Villeneuve, Gerdy et Cazeaux, un rapport sur un mémoire de M. Lenoir, *sur l'avortement provoqué*. (Voir plus haut.)

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Piorry. La parole est à M. Grisolle.

M. Grisolle : Le rapport que M. Piorry vous a lu dans l'avant-dernière séance renferme deux questions distinctes : l'une de théorie pure, l'autre de pratique. La première, qui n'est autre que la question même du rôle que jouerait la rate dans la fièvre intermittente, a été plusieurs fois agitée dans cette enceinte. Il y a dix-huit mois, j'ai combattu avec plusieurs de nos collègues les idées de M. Piorry, et d'autres débats plus solennels encore avaient eu lieu en 1848. Personne de vous n'a oublié, sans doute, l'argumentation si vive, si pressante, si remarquable à tant de titres de notre honorable collègue M. Bouillaud, qui, dès cette époque, n'avait laissé sans réplique aucun des argumens de M. le rapporteur. Cette question est donc jugée, et jugée sans appel possible; elle n'a plus d'intérêt ni pour l'Académie, ni pour le public. La théorie de M. Piorry n'a trouvé, d'ailleurs, de sympathie nulle part; elle n'est enseignée ni dans les cours, ni dans nos traités; je ne sache pas non plus que notre collègue ait fait parmi vous un seul prosélyte. Si pourtant j'étais dans l'erreur, si un nouveau converti venait nous apporter quelque argument en faveur des idées que nous avons si unanimement repoussées autrefois, je n'hésiterais pas alors à descendre encore dans l'arène pour le combattre. J'arrive donc sans préambule à la question pratique.

Le sel marin est-il un fébrifuge, les faits produits par M. Piorry sont-ils suffisans pour établir comme il l'a fait que le chlorure de sodium était un bon succédané du quinquina, un médicament qui aurait l'efficacité du sulfate de quinine lui-même? Je ne le crois pas. Mais avant d'entrer dans le cœur de la question, je ferai une déclaration à l'Académie, je lui dirai que, n'ayant jamais employé le sel dans les mêmes circonstances, je ne viens pas en ce moment opposer mon expérience propre à celle de M. Piorry, mais rechercher seulement si M. le rapporteur s'est placé dans des conditions d'expérimentation assez rigoureuses pour donner à ses résultats la précision que nous devons exiger dans toutes les questions scientifiques, mais plus spécialement peut-être dans celles qui touchent à la thérapeutique. Messieurs, je n'hésite pas à répondre négativement.

Si l'on étudie l'histoire thérapeutique de la fièvre intermittente, on est surpris du nombre considérable de médicamens qui ont été préconisés comme antipériodiques. Je n'exagère pas en disant qu'on en compterait aisément plusieurs centaines, et cependant à combien d'entre eux auriez-vous confiance! Combien en compterez-vous dont l'action fébrifuge soit clairement démontrée? Tous, je n'en doute pas, vous me répondrez, il n'y en a qu'un seul, le quinquina. En faveur de tous ces remèdes tour à tour préconisés et proscrits, on pourrait pourtant invoquer des faits cliniques. Comment se fait-il qu'après avoir été regardés comme souverains, ils aient été presque aussitôt, et souvent dans les mêmes lieux, trouvés inefficaces? Les premiers expérimentateurs auraient-ils trompé sciemment? Non, la chose est impossible. Je ne saurais y croire, car un mensonge en thérapeutique serait plus qu'une faute, ce serait un crime. Mais il faut admettre qu'il y a eu erreur de leur part, et ceci ne saurait surprendre ceux qui comme vous comprennent si bien toutes les difficultés de l'expérimentation en thérapeutique, tout ce qu'elle exige de circonspection, de prudence, pour conduire à des résultats précis.

Ce n'est pas ici le lieu, Messieurs, d'énumérer toutes les conditions requises pour bien expérimenter un médicament; mais il en est *trois* qui, essentielles, ont été le plus souvent méconnues par les expérimentateurs dont je parle. Il faut : 1° que le remède soit appliqué réellement à la maladie qu'il est censé guérir, c'est-à-dire qu'il faut préablement porter un diagnostic précis; 2° il faut que le remède qu'on expérimente soit donné seul ou du moins qu'il ne soit pas associé à un autre médicament actif; 3° il faut enfin prendre garde d'attribuer au remède des effets qui peuvent dépendre de la marche naturelle de la maladie ou de conditions individuelles ou extérieures auxquelles les malades sont soumis.

M. Piorry a-t-il manqué à une de ces conditions essentielles? Oui, Messieurs; et je dirai même qu'il a été assez malheureux pour les négliger toutes les trois : c'est ce que j'espère vous prouver pièces en main. Je prie donc l'Académie de me prêter quelques instans de bienveillante attention.

J'accuse d'abord M. Piorry d'avoir souvent donné le sel marin à des états morbides qui n'appartiennent pas à la fièvre intermittente. Comment procède M. Piorry? Un individu entre à son hôpital, accusant du malaise, divers troubles fonctionnels, il dit qu'il a de la fièvre, des frissons réguliers ou irréguliers; on percute alors sa rate, et si on lui trouve plus de 7 centimètres, en voilà bien assez pour que cet individu soit justiciable du sel marin ou de la quinine.

Pour nous, nous établissons qu'il y a fièvre intermittente lorsque nous voyons un état pyrétique dont les symptômes cessent et se reproduisent à des intervalles rapprochés, à peu près égaux et entre lesquels existe une apyrexie complète. Que la fièvre soit subintrante, qu'elle soit anormale pour le nombre et la succession des stades, peu importe. Le diagnostic reste le même, l'affection a ses mêmes caractères, et on ne saurait, dans ce climat, surtout dans les constitutions médicales que nous avons, prendre pour une fièvre intermittente le malaise qui accompagne la courbature, l'embarras gastrique ou intestinal, une hémorrhagie, et l'état pyrétique qui existe dans une fièvre éruptive ou catarrhale.

Nous reconnaissons la fièvre par les troubles fonctionnels qui existent et par leur ordre de succession et de reproduction. M. Piorry, au contraire, a bien moins égard à ces caractères qu'à l'état de la rate. Après avoir donné un volume arbitraire à cet organe, croit-il constater la plus légère intumescence, il n'y a plus de doute pour lui, la fièvre intermittente existe, du moins il se conduit comme s'il l'avait positivement reconnue, il donne le sel ou la quinine. Cependant l'état de la rate ne saurait être l'élément principal du diagnostic; il l'éclaire certainement quelquefois dans les fièvres pernicieuses, délirantes ou comateuses, lorsque le malade nous est abandonné sans renseignement, ou bien dans ces fièvres des très jeunes enfans, qui ne peuvent exprimer leurs sensations, qui sont entourés de gens peu attentifs ou inintelligens. Lorsque la fièvre subintrante simule si facilement chez eux une fièvre continue, une intumescence de la rate peut mettre sur la voie du diagnostic, c'est une indication utile comme le serait dans ces mêmes circonstances un petit frisson, un refroidissement, une légère cyanose des doigts; comme le serait un peu de moiteur se reproduisant périodiquement au milieu d'accidens graves. Mais se fier exclusivement à la rate pour le diagnostic de la fièvre intermittente, c'est une prétention que la saine clinique repousse, car la fièvre intermittente peut exister sans lésion aucune vers la rate.

M. Piorry lui-même a vu des cas pareils; non seulement la fièvre simple, bénigne, peut se montrer indépendamment de toute lésion splénique, mais même la fièvre qui tue, la fièvre pernicieuse. Deux médecins militaires des plus distingués, MM. Jacquot et Sonvier, vous ont parlé, en 1848, des fièvres mortelles au premier, au deuxième et au troisième accès, sans que la rate présentât une augmentation notable dans son volume. Et puis, ne sait-on pas que, dans les pyrexies graves, dans la peste comme dans la fièvre jaune, dans le typhus, dans notre fièvre typhoïde surtout, une des lésions les plus constantes, est une intumescence de l'organe splénique, et cela jusqu'après le 25e jour dans la dothinentérie, sans qu'à cette lésion se rattachent des phénomènes d'intermittence ou de rémittence? Si je suis surpris d'une chose, c'est que, raisonnant et agissant comme il le fait, M. Piorry ne vous ait pas apporté un plus grand nombre d'observations. Vous savez que notre collègue s'est fait une rate à son usage. Cet organe, que l'anatomie nous montre si poreux, si extensible, cette espèce de tissu caverneux capable de recevoir beaucoup de sang, à en juger par le volume de son artère, plus volumineuse que l'artère hépatique elle-même; cet organe, que des expériences précises, faites à Alfort, nous montrent pouvoir acquérir, par l'absorption de l'eau dans l'estomac, des dimensions considérables; cet organe, que l'abstinence seule amoindrit, comme des faits recueillis récemment en Angleterre l'ont établi; cet organe que nous rencontrons tous les jours sur le vivant, d'un volume variable, ayant chez des individus morts de la même affection un volume très différent; la rate qui, de l'avis de tous les anatomistes, est le viscère qui présente les variétés les plus grandes, les plus nombreuses, et qui toutes, pourtant, sont compatibles avec la santé; un organe, enfin, si peu semblable à lui-même, que si, prenant deux animaux de même espèce, de même âge, et si, les plaçant dans les conditions les plus identiques, on les sacrifie, et si on les ouvre aussitôt, rarement, dit M. Assolant dans son excellente thèse, vous trouverez à leur rate le même volume, il pourra varier de 1 à 10; eh bien! malgré ces faits, M. Piorry, chose presque incroyable, plus confiant dans les résultats plessimétriques que dans ceux bien autrement précis que donnent et la vue et le compas, n'hésite pas à assigner à la rate les limites les plus restreintes, limites qu'elle ne saurait franchir impunément.

Après nous avoir dotés longtemps, dans son *Traité de percussion*, de 12 centimètres de rate normale, M. Piorry ne nous en octroie plus que 10 à 11 dans son *Traité du diagnostic*; et aujourd'hui, notre rate normale ne pourrait pas dépasser 7 centimètres; tandis que M. Assolant déclare qu'ayant mesuré un grand nombre d'hommes sains et morts subitement, il avait trouvé une moyenne de 13 à 14 centimètres.

C'est pourtant, Messieurs, sur des données si arbitraires, données que l'anatomie, que la physiologie, que la clinique repoussent, que M. Piorry s'appuie pour changer toutes les règles du diagnostic, et entraîner par suite l'expérimentation thérapeutique dans des voies insolites.

Je ne suis pas le seul, d'ailleurs, à accuser M. Piorry d'agrandir arbitrairement la sphère de la fièvre intermittente. D'autres, et de ses amis, l'ont fait avant moi. M. Cherest, par exemple, dans son rapport lu à la Société du 1er arrondissement, travail que M. Piorry vous a cité avec éloge, établit une catégorie de malades, qui, fiévreux pour M. le rapporteur et traités par lui avec le sel marin, n'auraient été considérés par personne autre comme atteints de fièvre intermittente et comme devant être soumis à l'action des anti-périodiques.

Pour résumer ce premier chef d'accusation, je dis : M. Piorry a manqué à la première règle de toute bonne expérimentation en ne précisant pas toujours le diagnostic, en donnant le sel marin dans des états morbides qui n'ont aucun rapport, ni éloigné, ni prochain avec la fièvre intermittente. Le deuxième vice capital, dans beaucoup d'expérimentations, est l'association de plusieurs remèdes actifs, pouvant agir de la même manière. N'a-t-on pas vu souvent des médecins proposer gravement des pilules, des opiats fébrifuges composés de plusieurs drogues insignifiantes, mais auxquelles on accordait une certaine action, pourvu pourtant qu'elles fussent associées à une préparation de quinquina. M. Piorry n'a pas été aussi loin; cependant, dans une dixaine de cas au moins, il a, dans un but différent, administré alternativement le sel et la quinine. Tantôt les malades se révoltaient et préféraient garder la fièvre ou sortir de l'hôpital plutôt que de se soumettre à l'action du chlorure de sodium, dont la saveur est désagréable, et qui excite très souvent des vomissemens. Tantôt M. Piorry, dans un but d'expérimentation comparative, donnait alternativement et à peu de distance l'un de l'autre, 30 grammes de sel et 1 gramme de quinine, de sorte qu'il est impossible, dans la plupart de ces faits, de déterminer ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces médicamens.

. . . .

(La fin au prochain numéro.)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Élection d'un académicien libre a l'Académie des sciences. — L'Académie a élu lundi, 9, un académicien libre en remplacement de M. le baron Maurice. Aux deux premiers tours de scrutin, M. Fr. Dubois a obtenu 12 voix; mais le scrutin de ballottage a dû se faire entre MM. Ch. Bonaparte et Fr. Delessert. Le premier a obtenu 24 voix, et le second 37. En conséquence, M. Fr. Delessert a été élu membre libre de l'Académie.

— M. Orfila, qui avait été obligé d'interrompre son cours et de faire faire quelques leçons par M. Wurtz, agrégé, a repris aujourd'hui ce cours devant un nombreux auditoire. A peine le professeur était-il dans l'enceinte de l'amphithéâtre, que les applaudissemens les plus nombreux et les *bravos* ont éclaté de tous côtés. Lorsqu'après plusieurs salves le silence a été rétabli, M. Orfila s'est exprimé en ces termes :

« A cet accueil si bienveillant, si sympatique et si flatteur, je répondrai par les remercîmens les plus sincères et par l'assurance de consacrer ce qui me reste de force à votre instruction, afin d'aplanir, en ce qui me concerne, les obstacles que vous aurez à surmonter pour conquérir un titre que vous saurez honorer. J'ajouterai que, de toutes les positions, sans en excepter les plus élevées, aucune, à mes yeux, ne vaut celle que vous me faites en ce moment; aussi, comme chez moi la mémoire du cœur n'a pas encore faibli, je n'oublierai pas de si tôt la manifestation éclatante dont je viens d'être témoin, et pour laquelle je vous rends de nouveau mille grâces. »

Cette courte allocution a été couverte d'applaudissemens.

Le gérant, Richelot.

Paris, — Typographie Félix Malteste et Comp., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 19. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 14 Février 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.:
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

QUELQUES REMARQUES SUR LE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL DES TUMEURS.

« La science du diagnostic, a dit Louis, tient le premier » rang entre toutes les parties de l'art et en est la plus utile » et la plus difficile (1). » Cette opinion, légitime et fondée à l'époque où la formulait le savant secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie, n'a pas cessé de nos jours d'être une vérité; à chaque instant la pratique en donne de nouveau la preuve. C'est aussi, sans aucun doute, la pensée de la Société de chirurgie, à en juger par l'insistance qu'elle met à reprendre en toute occasion les questions relatives au diagnostic en général, et au diagnostic des tumeurs en particulier. Dernièrement encore, à propos d'un semblable produit pathologique, d'un volume considérable, habilement extirpé des profondeurs de la région inguinale par M. Larrey, qui le soumettait à l'examen de cette Société savante, un débat intéressant s'est engagé, et cette fois, comme cela avait eu lieu précédemment, c'est le microscope appliqué comme moyen de diagnostic qui a fait les principaux frais de la discussion et en a eu les honneurs.

Est-ce à dire que les notions acquises à l'aide de ce précieux instrument d'investigation, aient simplifié beaucoup l'étude clinique des affections chirurgicales, et que, grâce à son intervention, le praticien puisse plus sûrement reconnaître les propriétés, les caractères, enfin la nature intime des productions anormales qu'il a mission d'explorer, de définir; et comme conséquence de cette exploration, de cette définition, de guérir, soit qu'il les extirpe avec l'instrument tranchant ou qu'il les détruise de toute autre manière. A coup sûr, revendiquer pour le microscope une semblable lucidité et attendre un tel avantage de son emploi, ce serait aggrandir outre mesure sa puissance, et en compromettre l'utilité en exagérant ses résultats. C'est pour cela que nous n'avons pas hésité à prendre parti dans cette discussion contre l'importance du rôle que l'on veut lui faire jouer, et qu'aujourd'hui nous croyons utile de soutenir l'avis ouvert par notre collègue, M. Lenoir, savoir : que la microscopie n'a rien fait pour éclairer le diagnostic clinique des tumeurs qui puisse lui faire sacrifier les procédés d'examen, d'appréciation et de jugement suivis de tout temps, et à l'aide desquels se sont souvent réalisées des merveilles de pénétration et de sagacité.

Non, il n'est pas juste de prétendre qu'en l'absence de l'investigation microscopique, il n'y ait plus que doute, hésitation et erreur probables dans les déterminations de l'homme de l'art, en face d'un produit pathologique qu'il doit caractériser par la nature des élémens qui le composent; non, il n'est pas vrai qu'un semblable produit étant donné, le chirurgien, le plus souvent, agisse au hasard et sans trop savoir à quelle maladie il s'adresse, lorsqu'après un examen attentif et une discussion approfondie, il pose l'indication d'un acte opératoire. Sans doute, on rencontre des difficultés insolubles; et il y a par conséquent des erreurs qu'on ne saurait éviter; mais, en matière de diagnostic, loin de faire règle, cela constitue au contraire l'exception; et, il faut le dire, autant pour rendre hommage à la vérité que dans le but de maintenir l'étude du diagnostic rationnel à cette hauteur de vues et d'inductions, à laquelle l'ont élevée l'observation persévérante et l'expérience éclairée de nos maîtres.

On ne peut donc trop répéter que les sources auxquelles le chirurgien va, de temps immémorial, puiser les élémens de ses convictions, ne sont ni taries, ni aussi infidèles que les partisans du microscope voudraient le faire croire; et rien, dans les applications qui en ont été faites jusqu'à ce jour, ne justifie la prééminence absolue que quelques personnes semblent disposées à lui accorder.

Le micrographe fait du diagnostic *à posteriori*; le praticien porte un jugement *à priori*. Or, en saine logique, subordonner celui-ci à celui-là, c'est commettre un contre-sens qui aurait pour conséquence immédiate en pratique de prescrire l'ablation de tous les produits morbides, pour pouvoir ensuite les placer dans le champ du microscope et en déterminer la nature. Notion trop tardivement acquise, qui, en démontrant au chirurgien l'inopportunité de l'opération qu'il a pratiquée, deviendrait souvent pour lui une source de déceptions et de regrets amers! Donc, à chacun son œuvre : au microscope le soin d'étudier le cadavre de la maladie; au clinicien l'intelligente et philosophique mission d'en déterminer la nature par les caractères qu'elle présente, alors qu'elle est encore soumise aux lois générales de la vie qui régissent l'organisme, et sous l'influence desquelles elle a pris, en se développant, une forme particulière, une physionomie déterminée, revêtu enfin les traits caractéristiques qui n'échappent pas d'ordinaire à la clairvoyance d'un esprit attentif et expérimenté.

Si j'insiste autant sur ce point de la discussion soulevée au sein de la Société de chirurgie, c'est qu'un de ses membres les plus distingués a prétendu *qu'on ne connaissait une tumeur, qu'on ne savait au juste si elle était oui on non cancéreuse* qu'après l'avoir soumise à l'examen microscopique. Or, cette opinion, absolue dans la forme sinon dans la pensée de son auteur, conduirait directement, si elle était acceptée sans contrôle, à nier l'utilité de l'observation guidée par les sens et éclairée par le raisonnement, à réduire dans la plupart des cas la chirurgie à un acte purement manuel; enfin à porter le matérialisme dans l'art à sa plus haute expression.

Ces considérations générales suffiraient sans doute, aux yeux de la plupart de nos lecteurs, pour justifier l'opinion que je cherche à faire prévaloir; mais puisque l'occasion s'en présente, entrons dans quelques détails de la discussion, et voyons s'ils ne nous donnent pas raison.

Sous la dénomination de tumeurs squirrheuses ou cancéreuses, les chirurgiens, disent les micrographes, comprennent divers produits pathologiques que différencie surtout la présence ou l'absence de la cellule cancéreuse caractéristique, et de là en pratique une confusion qui tend à faire accepter comme possible la non récidive de tumeurs cancéreuses qui, en réalité, appartiennent à un autre ordre de tissus anormaux. Parmi ceux-ci, c'est le tissu fibro-plastique qui est le plus commun; c'est celui, par conséquent, qui en aurait le plus souvent imposé aux chirurgiens et dont la nature leur aurait surtout échappé.

Mais ce tissu fibro-plastique, dont M. Roux a pu dire avec quelque raison qu'il ne savait pas bien encore ce qu'il était, et que, de par le microscope, vous rejetez de la catégorie des cancers, ce qui peut être justifié si on le considère au point de vue exclusif de l'anatomie, qui apprend qu'il n'est autre, souvent, que le tissu fibreux; ce tissu, dis-je, considéré sous le rapport clinique, mérite-t-il bien, dans beaucoup de cas, la distinction que vous établissez en sa faveur? Quoi, vous reconnaissez que lorsqu'il a été extirpé il peut se reproduire sur le lieu même

(1) Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. v, p. 1. In-4.

Feuilleton.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

TROISIÈME ÉPREUVE. — Leçon orale après trois heures de préparation. — Même sujet pour deux candidats.

I.

Cette épreuve a été généralement brillante. Mais que peut prouver une épreuve semblable? Enfermer sous clé un pauvre candidat, le soustraire à toute à toute communication extérieure, le priver de livres et de toute espèce de ressources pour préparer sa leçon, je dis que c'est là un amusement cruel pour le jury, un tour de force inutile pour le candidat, que c'est placer celui-ci dans des conditions où, professeur, il ne se trouvera jamais, et que c'est donner à une seule faculté, la mémoire, une prééminence qui ne devrait être accordée qu'à des facultés plus importantes. Cette épreuve devrait être bannie d'un concours bien organisé. Je le répète, parce que c'est chez moi une conviction profonde, parce que l'application de cette idée ferait immédiatement tomber une des objections contre le concours, à savoir, l'éloignement de ces luttes des grandes réputations déjà faites; je répète donc que le choix des sujets de ces leçons orales, aussi bien que des thèses, devrait être laissé au candidat. Le concours, à mon sens, ne devrait plus être une lutte et un combat, mais bien une occasion splendide pour les aspirans à l'enseignement supérieur de manifester tout ce qu'ils peuvent, tout ce qu'ils savent, toutes leurs aptitudes, leurs doctrines, leur tendance, leur philosophie. Ce n'est pas une joute puérile, sans élévation, sans dignité, sans profit; ce n'est pas davantage cette sorte de jeu de hasard où les atouts ne vont pas au plus digne, mais au plus heureux; c'est moins encore ces exercices d'écolier, où le meilleur point est donné à la plus riche mémoire; non, mille fois non, ce n'est pas à cette organisation justement compromise que je voudrais prêter mon faible appui.

Si le principe du concours trouve ici des défenseurs, c'est parce que nous voudrions soustraire le haut enseignement aux périls mille fois plus redoutables de la nomination directe ou de la présentation, aux chances mille fois plus perfides du caprice, de l'intrigue, de la faveur, du népotisme et des influences de toute nature, étrangères aux intérêts de la science et de l'enseignement. On peut à peine s'en garantir avec la publicité et sous la pression des épreuves d'un concours; jugez quels pourraient être leurs résultats, si le mystère et la clandestinité protégeaient de leur ombre leurs obscures manœuvres. Je le dis avec un sentiment de profond regret, nous sommes condamnés à voir revivre, et très prochainement peut-être, le système de recrutement pour le haut enseignement, que l'intelligence de l'empereur Napoléon avait détruit; mais c'est aussi mon espérance, le principe résistera aux chances de mort qui le menacent, et la nouvelle expérience qui se prépare, est destinée à changer bien des idées à cet égard. Il en est de tout ainsi dans notre malheureux pays; c'est par l'excès du mal qu'il nous arrive un peu de bien. Résister aujourd'hui au courant qui entraîne, en matière de concours, non pas l'opinion publique; consultée, elle se lèverait en masse pour sa défense, mais certaines individualités très agissantes, et complètement égarées sur les avantages qu'elles se promettent de sa suppression; résister, dis-je, à ce courant, serait peine inutile. Nous subirons avec une résignation d'autant plus facile, que nous n'avons aucun intérêt direct à sauvegarder, dans cette question, tout ce qu'il plaira au pouvoir d'imposer à cet égard; mais nous voulons remplir ce que nous considérons comme un devoir, de défendre jusqu'au bout ce que nous croyons être les droits de la justice et de la vérité.

Poursuivons, en attendant, l'examen des épreuves du concours actuel.

II.

MM. GUÉRARD et MARCHAL (DE CALVI). — *De la contagion.*

Je crains que M. Guérard ne se soit pas suffisamment rendu compte des intentions du jury qui a donné cette belle question. L'honorable candidat semble n'y avoir presque exclusivement vu et n'a à peu près traité qu'un sujet de pathologie, quand, très probablement, le jury lui demandait des considérations d'hygiène à propos de la contagion.

Au point de vue où s'est placé M. Guérard, il a fait certainement une bonne leçon, bien ordonnée, bien classique, de pathologie générale, mais plus que prudente à l'égard des grandes questions si litigieuses, si controversées sur la propriété contagieuse ou non contagieuse de la peste, de la fièvre jaune, du choléra asiatique, sur les mesures sanitaires à prendre pour se préserver de l'importation de ces maladies, sur le degré d'utilité de ces mesures, enfin sur tous les points d'hygiène publique afférents à ces hautes questions.

Ce que je viens de dire me dispense, je crois, d'analyser cette leçon de médecine pure, de sage médecine, je le reconnais, et qui eût été bien à sa place dans un concours de pathologie interne. — Chose vraiment étonnante et qui prouve comment, en prenant un point de départ erronné, l'esprit le plus sagace fait aisément fausse route, M. Guérard s'est si peu douté du thème qu'il avait à développer, qu'il n'a pas prononcé une seule fois, pendant sa leçon, les mots de quarantaine, de lazaret, de mesures sanitaires, etc. Assurément personne ne peut douter que ces questions ne soient familières à un aussi savant hygiéniste que M. Guérard; mais entièrement préoccupé et entraîné par le côté médical du sujet, qui ne devait être qu'un accessoire de sa leçon, il en a complètement laissé dans l'ombre le sujet principal. Je le regrette beaucoup; c'est un devoir très pénible à remplir envers un candidat d'un aussi grand mérite que M. Guérard, d'avoir à signaler une semblable erreur de sujet; jamais je n'ai mieux senti qu'en ce moment combien est quelquefois désobligeant le rôle d'analyste d'un concours.

La leçon de M. Marchal a été, comme toujours, entraînante par la forme, l'élévation et l'éloquence du discours. De quel admirable et puissant instrument est doué ce candidat! Et, puisque je parle d'instrument, que M. Marchal ne se blesse pas d'un souvenir qui me revient à l'esprit. On rapporte qu'une chanteuse célèbre, au moment de dire un grand air dans un concert à la cour du dernier roi, dit à M. Auber : Cet

où il existait primitivement; que cette récidive peut se multiplier; vous admettez qu'il se généralise quelquefois et donne lieu à une véritable diathèse; et vous concluez de ces prémisses que c'est à tort que l'on range de semblables productions morbides au nombre des cancers. Sans doute vous auriez raison si, avant l'intervention des recherches microscopiques modernes, la chirurgie avait assigné aux maladies cancéreuses une physionomie fatalement la même. Mais depuis longtemps l'observation clinique avait saisi ces différences qu'elle a cherché à exprimer par des dénominations plus ou moins justes, mais dont chacune a pour but de caractériser le produit morbide par son symptôme dominant. Assurément on ne peut prétendre que le microscope ait découvert la récidive sur place ou à distance; c'est une remarque qui a été faite par tous les chirurgiens qui ont quelque habitude de notre art. Ne savait-on pas aussi que certaines tumeurs bien délimitées, bien circonscrites, sans adhérences avec les parties cellulo-fibreuses, au centre desquelles elles sont distinctes et mobiles, peuvent subsister très longtemps sans que l'économie en soit notablement modifiée et sans que les ganglions lymphatiques qui y confinent en ressentent une atteinte appréciable; n'est-ce pas pour résumer ces traits caractéristiques qu'ont été créés les noms de cancer enkysté, par opposition au cancer diffus; et enfin le cancer local, ainsi désigné en raison de sa marche et surtout de ses suites, ne répond-il pas à la variété de tumeur fibro-plastique dont le caractère propre serait de se circonscrire dans l'atmosphère où elle s'est produite.

Bien plus, ce même tissu s'associe au cancer proprement dit, M. Lebert y a trouvé la cellule caractéristique de ce dernier, et il admet qu'il est susceptible de dégénérescence, ce qui veut dire que, tissu fibreux aujourd'hui, il peut être cancer demain. Or, dans l'intervalle qui sépare ces deux termes si voisins l'un de l'autre, surtout lorsque vous avouez que, malgré l'examen le plus attentif d'une tumeur de cette nature, quelques cellules cancéreuses peuvent aisément échapper à l'exploration; on est mal venu à contester au clinicien le droit de proclamer la malignité d'une semblable tumeur.

Je sais bien que les dénominations de tumeurs malignes ou bénignes sonnent mal aux oreilles du micrographe; cependant il faut bien qu'il s'y résigne, tant qu'il n'aura pas démontré la supériorité d'une classification ayant exclusivement l'anatomie pour base. Or, il s'en faut que le microscope ait atteint un tel degré de certitude et de clairvoyance qu'il n'y ait plus place au doute dans ses déterminations. Nous pourrions, à cet égard, rappeler les contradictions fréquemment survenues entre micrographes appliqués à l'étude de tissus identiques, et prouver ainsi que pour ceux même qui ont l'habitude de l'y chercher, la vérité au foyer du microscope n'est pas toujours une, indivisible et absolue; mais j'aime mieux faire intervenir ici M. Lebert, qui a lui-même reconnu qu'il pouvait se trouver, dans certaines tumeurs, des élémens dont la nature et la composition ne peuvent pas être rigoureusement précisées. Voici comment, dans une des séances de la Société de chirurgie du mois de septembre 1850, il s'exprimait à l'occasion de l'examen qu'il avait fait d'une tumeur dont l'ablation avait été précédée de la ligature de l'artère iliaque primitive: « *Elle se compose*, disait-il, *d'un tissu difficile à déterminer; ce n'est pas la cellule cancéreuse, ce n'est pas non plus la cellule fibro-plastique, c'est quelque chose d'indéterminé et d'indécis.* » Eh bien! ce tissu, quel est-il, en dernière analyse? A défaut de lumières suffisantes pour en affirmer la nature, peut-on préjuger de son aptitude à se reproduire et des conséquences qu'il peut avoir pour la santé générale si on le laisse subsister au sein de l'économie? Assurément non, et cela est si vrai que M. Lebert, en pareil cas, n'hésite pas à reconnaître que toutes les fois que le doute se fait sous le champ du microscope, c'est à l'observation clinique qu'il appartient de venir au secours de celui-ci et d'éclairer ce qu'il laisse d'incertain et d'obscur. Le temps seul apprendra si la maladie était ou non cancéreuse; la récidive sera le critérium consulté en dernier appel; ce qui prouve que le micrographe, sur le terrain de l'anatomie pathologique, peut rencontrer, comme le chirurgien sur celui de la clinique, des difficultés qui lui prescrivent le doute, l'abstention et lui commandent d'interroger l'avenir pour avoir le dernier mot de la maladie soumise à son observation.

D'autres faits sur lesquels les limites de ce travail ne nous permettent pas d'insister, pourraient encore servir à mettre en évidence la sagacité et la puissance du diagnostic chirurgical. N'a-t-il pas su, par exemple, sans le secours du microscope, reconnaître la diversité des produits pathologiques qui forment les tumeurs composées? N'est-ce pas lui qui, avec les procédés ordinaires d'examen dont il dispose, a découvert les dégradations successives par lesquelles peuvent passer les tissus organiques, et qui a signalé les conditions différentes qu'ils présentent depuis la forme pultacée du cancer, jusqu'à l'induration hypertrophique simple. Portant plus loin l'analyse, n'a-t-il pas reconnu et décrit d'une manière précise les lois de développement de ces tumeurs, les rapports réciproques des divers élémens qui les constituent; comme il avait aussi remarqué la prédominance des tissus cancéreux à leur centre, et son rayonnement incessant vers les divers points de la circonférence. A-t-on oublié que ce sont ces notions anatomo-pathologiques, acquises en dehors de tout enseignement microscopique, et vérifiées plus tard par celui-ci, qui ont servi de base à Lisfranc pour instituer le traitement général des tumeurs sur cette idée bien souvent justifiée par la pratique, qu'il est possible, en combinant les antiphlogistiques, les résolutifs et les fondans, de diminuer le volume de ces mêmes tumeurs, d'en obtenir la fonte partielle; finalement, de resserrer le champ de la médecine opératoire, et de simplifier beaucoup l'acte chirurgical qu'elles exigent?

En résumé, et c'est là seulement ce que les remarques qui précèdent, ont eu pour objet de démontrer; si le microscope a permis de pénétrer plus avant dans la structure des tissus anormaux, et d'en mieux apprécier la composition anatomique, il n'en est pas moins vrai qu'en clinique, son utilité est très secondaire; et que, dans la plupart des cas, la nature des produits pathologiques n'y échappe pas à la sagacité du praticien.

Enfin, prétendre que hors des recherches microscopiques, il n'y a point pour les tumeurs de diagnostic certain, c'est faire bien gratuitement table rase de toutes les notions dues à l'observation de nos devanciers; et c'est sans motif enlever au chirurgien sa plus belle prérogative, qui est de saisir la vérité pathologique à l'aide de cette puissance d'intuition philosophique et raisonnée que confère le jugement, que l'habitude perfectionne, et qui, en définitive, n'est autre que ce qu'on appelle le tact en chirurgie.

Dr Am. Forget,
Membre de la Société de chirurgie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Février 1852. — Présidence de M. Mélier.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

M. Grisolle continue ainsi :

Une des causes d'erreur les plus communes, la plus commune, peut-être, a été de rapporter au remède expérimenté des effets qui tenaient exclusivement à la marche de la maladie ou à une influence exercée par les conditions extérieures. Ainsi, souvent le remède a été donné lorsque les accès, déjà moins longs et moins intenses, indiquaient une décroissance dans la maladie. M. Piorry a-t-il commis souvent cette faute? Je n'en sais rien, je ne l'accuse pas, mais je ne l'absous pas non plus; car les faits qu'il nous donne, tous recueillis par des élèves zélés, sans doute, mais qui ne semblent pas avoir encore une grande habitude de l'observation, pèchent par le manque de détails et de précision. Ce qui me fait craindre que le sel n'ait été parfois donné lorsque la fièvre était en décroissance, c'est qu'il a été prescrit même lorsque la fièvre intermittente (si toutefois c'en était une) était déjà guérie. . . . .

Ce en quoi M. Piorry a surtout et le plus gravement péché, c'est de n'avoir pris aucune précaution pour ne pas attribuer au remède des effets dépendant de quelque influence extérieure. Il est de notoriété, par exemple, qu'un grand nombre de fièvres cèdent sous le seul changement de lieu. Des fièvres opiniâtres ayant résisté à tous les traitemens disparaissent spontanément si l'on fait émigrer les malades.

Mais ce qu'on sait moins, ce que les médecins des hôpitaux de Paris savent mieux que d'autres, c'est qu'il n'est pas nécessaire de transporter les individus à de grandes distances; mais les laissant dans le même pays, dans la même ville, dans la même rue, il suffit de changer les conditions hygiéniques pour voir la fièvre céder ou s'amoindrir, et cela dans un grand nombre de cas. Ne croyez pas que ces effets se remarquent seulement pour ces fièvres printanières généralement bénignes, et ne prenant pas racine chez l'individu, non, on le constate également pour les fièvres les plus rebelles, les plus invétérées.

Notre conquête d'Afrique nous envoie souvent de malheureux colons que la persistance de la fièvre ramène en France. Les accès continuent souvent malgré le changement de climat. Ces individus entrent à l'hôpital, jaunes, affaiblis, avec une rate volumineuse, et souvent, très souvent, sous l'influence du repos, des conditions hygiéniques nouvelles, ces fièvres disparaissent ou s'amendent.

De là, Messieurs, le précepte de ne jamais donner un remède dont on veut constater les vertus fébrifuges dans les premiers jours qui suivent l'entrée des malades dans nos salles. On doit attendre deux, trois ou quatre accès, les étudier dans chacune de leurs stades et ne donner le remède qu'autant qu'il conserve l'intensité et la durée qu'ils avaient avant l'admission des malades à l'hôpital. M. Piorry a toujours manqué à cette règle, et cet oubli d'un principe aussi essentiel suffirait à lui seul pour frapper de nullité les résultats qu'il nous apporte.

Pour vous prouver l'importance de cette règle, permettez-moi de vous rappeler une statistique, qui aura d'autant plus d'importance près de vous, qu'elle émane d'un homme dont le nom fait justement autorité dans cette enceinte et ailleurs.

Il y a vingt-cinq ou trente ans, on vantait beaucoup, vous le savez, la poudre de houx, comme succédané du quinquina. M. Chomel, voulant expérimenter ce remède nouveau, demanda au bureau central qu'on lui désigne des malades atteints de fièvre intermittente. 22 individus lui furent adressés. M. Chomel, comme tout médecin éclairé, connaissant parfaitement l'influence qui pouvait être exercée par le changement de lieu, attendit, pour administrer le prétendu spécifique, qu'il s'écoulât quelques jours, afin, d'une part, que le diagnostic fût bien établi, et surtout pour s'assurer que les accès ne seraient pas modifiés par les conditions nouvelles auxquelles les malades étaient soumis. Or, voici ce qui arriva : sur les 22 malades admis, il y en eut 7 dont les accès ne revinrent pas. Ils furent guéris aussi vite et aussi sûrement que s'ils eussent pris la quinine. Chez 4, il y eut des accès décroissants. Chez 8, on constata que

---

air est écrit trop bas pour ma voix, faites-le accompagner un demi-ton plus haut. — Impossible, artiste, s'écria M. Auber. Mais la capricieuse artiste, ne tenant pas compte de l'intonation donnée par l'orchestre, chanta son air un demi-ton plus haut, mais elle le chanta avec tant de charme et de passion, ses traits furent si bien réussis, ses vocalises si hardies et si heureuses, qu'elle excita un véritable enthousiasme, et que personne, si ce n'est les musiciens de l'orchestre, ne s'aperçut de l'erreur volontaire d'intonation.

Toute excuse adressée pour cette comparaison saugrenue, je serais tenté de croire que M. Marchal a voulu faire un tour de force semblable. Le sujet ne lui paraissait pas sans doute assez élevé, il s'est envolé vers les hauteurs les plus inexplorées de la pathologie philosophique; il s'est fait un thème pour lui tout seul, auquel le jury n'avait certainement jamais pensé; mais aussi, comme l'artiste célèbre dont je parlais tout à l'heure, il a obtenu un prodigieux succès et une ovation véritable.

Je demande à M. Marchal la permission d'oublier un instant les bravos de l'assistance, de rester à l'orchestre, et d'examiner si sa doctrine est bien au diapason de la science et de la vérité.

J'éprouve un premier embarras. Je trouve sur mes notes une définition des maladies contagieuses et de la contagion tellement étrange, tellement en désaccord avec les idées généralement acceptées, qu'en vérité je crains d'avoir mal entendu ou mal traduit. Ce ne serait pas d'un demi-ton que M. Marchal aurait haussé, mais il aurait sauté de la tierce à la quinte, ce qui produirait une dissonnance trop forte pour une oreille aussi exercée. Donc, par justice autant que par prudence, je ne me servirai pas de cette définition dont, ce n'est pas ma faute, M. Marchal le sait bien, si je n'ai pas le texte pur.

M. Marchal a divisé son thème en deux grandes parties : une partie médicale, une partie hygiénique. Malheureusement, comme M. Guérard, c'est à la partie médicale qu'il a donné le plus grand développement; mais, plus que son compétiteur, il a su jeter un puissant intérêt sur cette partie de sa leçon, par des considérations dont on peut contester quelquefois la justesse, mais non l'attrait véritable. Cette question, si obscure et si confuse de la contagion des maladies, M. Marchal a fait de brillans efforts pour l'élucider au moyen de classifications. Il en a proposé plusieurs. D'abord, d'après la nature du principe morbide, il a divisé les maladies contagieuses en *parasitiques*, *virulentes*, *miasmatiques*, *mixtes*, ou produites par un virus volatil passé à l'état de miasme. Cette classification doit plaire beaucoup aux contagionistes purs. Elle n'a pour nous qu'un défaut, c'est d'affirmer précisément ce qui est en question; c'est de confondre ce que les efforts de la science moderne ont tant cherché à séparer; c'est de doter les maladies *miasmatiques* de la propriété contagieuse, sujet de tant de débats depuis trente ans; c'est de confondre l'influence épidémique avec l'influence contagieuse; c'est, en un mot, de faire un peu audacieusement table rase de tout ce qui a été dit et fait sur ce sujet dans le monde scientifique, depuis le commencement de ce siècle. Et M. Marchal a-t-il légitimé cette classification par des preuves saisissantes, par des preuves péremptoires? Non, la vérité veut que je dise qu'il est resté dans l'affirmation pure, dans l'assertion impérieuse; mais de démonstration, point. Son tableau a une élégante bordure, les accessoires y sont bien traités; mais regardez la toile, la composition est vicieuse, les personnages mal accusés, le modelé absent; la couleur est éclatante, mais le dessin est incorrect.

Parallèlement à cette définition, M. Marchal en a tenté une autre par mode d'action du principe morbide. Il a divisé les maladies contagieuses en celles par *simple contact*, par *inoculation*, et par *infection*. Ici encore même confusion entre ce que les observateurs modernes ont tant voulu séparer, la *contagion* et l'*infection*, division qui n'est pas une puérilité grammaticale, mais qui conduit aux conséquences et aux applications prophylactiques les plus importantes.

On conçoit que de semblables classifications indiquent chez M. Marchal une doctrine pathologique fort arrêtée sur la contagion de ces grandes maladies qui s'épandent de temps à autre dans le monde. C'est ce que l'éloquent candidat n'a pas manqué d'assurer relativement à la fièvre jaune et au choléra-morbus. Pourquoi s'arrêter là? A quel titre exonère-t-il de la propriété contagieuse les fièvres intermittentes de la Sologne, de la Bresse, de l'Algérie, des polders des Flandre, etc.? Ne sont-ce pas là des maladies miasmatiques comme celles qu'engendrent les deltas du Gange, du Nil et du Mississipi? Il est de fait qu'avec la classification si complaisante adoptée par M. Marchal, il n'est pas de maladie tant soit peu populaire, d'affection qui prenne le caractère épidémique, qui ne puisse et qui ne doive logiquement rentrer dans la classe des maladies contagieuses. Comment échapperaient-elles, par exemple, à la division des *mixtes*, c'est-à-dire à celles qui sont produites *par un virus volatil passé à l'état de miasme?* Voilà une division qui fera tressaillir de joie l'ombre vénérée de Pariset.

J'aurais beaucoup d'autres remarques à faire sur cette leçon, où la partie hygiénique s'est trouvée un peu étranglée par la partie médicale. Il eût été heureux pour M. Marchal que l'heure trop lente eût sonné cinq minutes plus tôt; il eût évité le piége que lui tendait son imagination ardente en l'attirant sur le terrain perfide de la syphilisation. Oui, j'ai regret de le dire, cette doctrine dangereuse a trouvé un éloquent défenseur en M. Marchal, qui n'a pas craint, dans ce grand amphithéâtre de l'Ecole de Paris, où ne devraient retentir que de sages et prudentes paroles, de lui prêter l'appui de son langage séduisant. Ses amis véritables, ceux qui sont obligés de faire taire, en faveur de la vérité, la sympathique émotion qu'inspire cette splendide intelligence, ont éprouvé une affliction véritable de voir tant de talent se fourvoyer ainsi. Ce n'est pas, il est vrai, de la syphilisation préventive que M. Marchal s'est fait le défenseur, non, celle-là il la déteste, a-t-il dit énergiquement; mais ce à quoi il croit, c'est à la syphilisation curative; ce qu'il pratique, c'est l'inoculation syphilitique pour guérir la syphilis! Étrange et bizarre assemblage des facultés de l'esprit! Et comme il a raison ce grand observateur qui a écrit ceci : « Il y a très loin de l'intelligence qui saisit rapidement les choses, à l'intelligence qui en trouve sûrement les rapports justes et vrais; l'une fait les hommes d'esprit, l'autre les hommes de génie. »

(*La suite à un prochain n°.*)

Amédée Latour.

les accès étaient symptomatiques de phlegmasies peu intenses des membranes muqueuses, ils cédèrent aux délayans, au repos, à la diète, à quelques antiphlogistiques. Restèrent 3 malades dont la fièvre essentielle conserva toute son intensité dans les trois ou quatre accès qui suivirent l'admission à l'hôpital. Or, ces 3 malades prirent d'abord le médicament à la dose prescrite par l'inventeur, puis on en donna successivement 2, 5, 6, 8 fois plus, et cela sans modifier la fièvre. Certes, ces trois faits étaient insuffisans pour prouver que la poudre de houx ne guérissait pas la fièvre; ils devaient inspirer déjà quelques doutes; mais réfléchissez à ce qui fût advenu, si M. Chomel eût procédé comme M. Piorry l'a fait. L'administration de la poudre de houx n'eût pas empêché la fièvre de cesser tout à fait chez les 7 premiers malades, de s'amender chez les 4 autres. Vous admettrez bien que les 9 individus qui avaient des accès symptomatiques, et qui ont guéri par le repos et les délayans, eussent non moins bien guéri en prenant un peu de poudre de houx; de sorte qu'on aurait conclu que sur 22 malades, la poudre de houx réussissait chez 19; les 3 cas d'insuccès eussent été regardés comme exceptionnels. On aurait donc considéré le remède comme un succédané remarquablement efficace. De pareils résultats n'ont pas besoin d'être commentés.

Il suffit de les énoncer pour prouver combien l'expérimentation thérapeutique est difficile, combien il faut de prudence et de réserve pour ne pas se laisser induire en erreur. Et combien aussi vous devez, Messieurs, exiger de garanties avant de donner votre sanction à un remède.

En résumé, je crois que les résultats énoncés par M. Piorry n'ont pas la valeur qu'il leur accorde, et cela, parce que M. le rapporteur a commis dans l'expérimentation trois fautes capitales, dont une serait à elle seule capable d'infirmer ses conclusions. Je vous ai prouvé, je crois :

1° Que M. Piorry a administré le remède à des malades atteints de toute autre affection que la fièvre intermittente.

2° Il a souvent donné concurremment le sel et le sulfate de quinine à haute dose.

3° Il n'a tenu aucun compte de l'influence qu'ont pu exercer sur la marche de la maladie les changemens de lieu, de régime, d'habitation.

M. Piorry, je le sais, va vous objecter que l'action fébrifuge du sel lui est prouvée d'une manière positive par l'influence que le médicament exerce sur la rate. M. le rapporteur prétend que cette action est rapide, à peu près instantanée, puisqu'on parle (obs. IV) d'un malade qui, prenant le sel assis sur son lit et se couchant aussitôt après sur le côté droit, vit, dans un intervalle de temps aussi court, sa rate perdre 1 centimètre de son volume. J'aime le merveilleux, Messieurs, mais je m'en méfie, je me méfie aussi de M. Piorry lorsqu'il nous parle de la rate, car je crains que sa prédilection pour cet organe ne l'aveugle, ne l'égare quelquefois.

Comment admettre de confiance l'action instantanée du sel sur la rate, lorsque nous savons que les hommes les plus habiles, les plus éclairés, n'ont point confirmé tout ce que M. Piorry raconte depuis si longtemps sur l'action analogue que la quinine exercerait? Mais qu'importe, d'ailleurs, que le sel fasse diminuer la rate ; je concède à M. Piorry que cette action existe, qu'elle est aussi instantanée qu'il le dit; mais on ne saurait logiquement en inférer que le sel est un fébrifuge; et la preuve, c'est que la substance qui exerce l'action la plus prompte, la plus sûre sur la rate, qui fait diminuer cet organe quand on l'injecte dans les veines, la strychnine n'est pourtant pas un fébrifuge. Il en est peut-être de même de l'acétate de morphine et du camphre, qui, d'après Defermon, auraient aussi le pouvoir de contracter la rate, et qui, cependant, quoiqu'on en ait dit, ne guérissent pas la fièvre intermittente. Si l'action que le sel exercerait sur la rate était la preuve que cet agent a des vertus antipériodiques, on devrait en conclure que ses propriétés sont égales pour le moins, et supérieures peut-être à celles de la quinine, puisque, d'après M. Piorry, le sel ferait diminuer la rate dans un temps plus court que ne le fait la quinine, et son action se prolongerait plus longtemps que pour celle-ci.

Cependant, malgré toutes ses affirmations, M. Piorry se méfie du sel marin. N'est-ce pas, en effet, douter de son action, que de ne pas vouloir qu'on l'administre dans les fièvres pernicieuses. Je loue certainement M. le rapporteur de cette prudente réserve. Mais alors, pourquoi de si pompeux éloges, et pourquoi dire que le sel est un remarquable succédané du quinquina ; pourquoi dire surtout qu'il a une efficacité égale à celle du sulfate de quinine?

M. Piorry voudrait qu'on l'administrât déjà en Algérie et dans nos campagnes. Pour moi, au contraire, je veux qu'on le proscrive de tous ces lieux, du moins momentanément et jusqu'à ce que M. Piorry soit venu, par de nouveaux faits mieux observés, plus sévèrement recueillis, justifier pleinement les éloges qu'il a donnés. Je proscrirais le sel du traitement des fièvres d'Afrique, parce que, dans ce climat, la fièvre pernicieuse est commune, et que ce caractère se révèle quelquefois tout à coup dans le cours de fièvres qui ont commencé par être simples. Il faut donc, dans ce pays, un médicament qui agisse promptement et sûrement, et jusqu'à présent il n'y a que la quinine. Je proscrirais encore le sel du traitement des fièvres qui désolent quelques-unes de nos campagnes, car l'homme qui n'a d'autre patrimoine que ses bras, doit être guéri le plus promptement possible, et le médicament le moins cher pour lui est celui qui économise le plus ses forces et qui lui rend le plus vite sa santé. Ceci est également applicable aux malades qui sont traités dans nos établissemens hospitaliers. Pour être autorisé à administrer le sel, il ne suffit pas qu'il soit fébrifuge, mais il faut encore que sa vertu égale à peu près celle de la quinine, car si ce sel était souvent infidèle, s'il n'avait pas une action prompte, s'il usait la fièvre au lieu de la couper, s'il agissait seulement moitié moins vite que la quinine, ce sel ne coûtât-il rien à l'administration, il n'en serait pas moins un médicament encore fort cher du moment qu'il forcerait les malades à prolonger leur séjour à l'hôpital. Je regrette vivement que cette question, qui est à la fois une question d'humanité et d'économie, n'ait pas préoccupé M. le rapporteur : elle doit pourtant être agitée toutes les fois qu'on propose un nouveau fébrifuge.

Il y aurait encore à déterminer quelle est la proportion des rechutes chez les malades traités par le sel marin comparativement à ceux qui ont pris la quinine. Administré dans la convalescence des fièvres, serait-il aussi utile que l'a dit M. Thomas, de la Nouvelle-Orléans, dans une séance de la Société d'Indre-et-Loire, en 1839. C'est aux faits à éclairer encore cette question. On comprend d'ailleurs fort bien l'utilité du sel chez des individus étiolés, affaiblis, et dont les fonctions digestives participent à l'atonie générale.

En résumé, les faits sur lesquels s'appuie M. Piorry sont insuffisans, et ne sauraient légitimer ses conclusions.

L'Académie doit faire appel au zèle de tous les médecins, pour éclairer une question thérapeutique qui offre un puissant intérêt. Mais là doit se borner, suivant moi, son rôle. L'Académie ne saurait user de trop de prudence, de circonspection, quand il s'agit de recommander l'emploi d'un médicament. Des médecins, et des plus éminens, se sont si souvent trompés, ils ont donné si souvent des vertus fébrifuges à des substances qui n'en avaient point, que leur exemple doit nous rendre non incrédules, mais prudens.

En agissant avec trop de précipitation, en adoptant les conclusions de M. Piorry, vous pourriez courir le risque de compromettre votre autorité, et, avant tout, la vie de vos semblables. Dans le jugement que vous allez porter, n'oubliez pas que la fièvre intermittente, dans beaucoup de localités, tue fréquemment, et que nous possédons contre elle un médicament sinon infaillible, du moins assez certain, pour qu'on ait pu dire qu'avec lui le médecin était l'arbitre de la vie ou de la mort. On nous propose aujourd'hui, pour ces mêmes affections, un remède qui existe partout, dans tous nos ménages, et qu'on serait, par conséquent, tenté d'employer à cause de son prix peu élevé, et la facilité qu'on a à se le procurer. C'est une raison, Messieurs, pour nous rendre d'autant plus circonspects.

Je propose donc à l'Académie de remplacer les conclusions de M. Piorry par les deux suivantes :

1° Adresser des remercîmens à l'auteur, et déposer honorablement son travail dans les archives ;

2° L'engager à poursuivre ses recherches, en suivant les règles d'une expérimentation rigoureuse, les faits qui ont été produits jusqu'à ce jour étant insuffisans pour démontrer quel est le degré d'utilité du sel marin dans le traitement des fièvres intermittentes.

M. Piorry répond par quelques mots à l'esprit général de l'argumentation de M. Grisolle. L'heure étant trop avancée, M. Piorry remet à mardi prochain la fin de sa réponse.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 11 Février 1852. — Présidence de M. Larrey.

Présentation de malades.

Au début de la séance, ont été présentés plusieurs malades :

1° M. Robert fait examiner à la Société une malade sur laquelle il a enlevé une série de névrômes situés sur la région palmaire de l'avant-bras et de la main. Il reste encore quelques petits névrômes. L'opération a dû être faite en trois fois. Actuellement, la malade peut se servir de son membre et travailler.

2° M. le docteur Pasquier présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la tête de l'humérus gauche et du tiers supérieur de cet os, pour un coup de feu qui aurait traversé l'omoplate, brisé le col chirurgical et séparé la portion articulaire de la tête humérale dans le col anatomique. La balle avait traversé les tubérosités de l'os et s'était présentée à la face antérieure de l'épaule, d'où elle a été extraite. L'opération a été pratiquée, le 12 juin 1849, sur un militaire du 16me léger, blessé dans la tranchée du siége de Rome.

Actuellement, le malade se sert très bien de son bras.

3° M. Michon présente une jeune femme qui porte une division du voile du palais et de la voûte palatine. Il s'agit de savoir si cette malade doit être opérée.

4° M. Lenoir fait voir un jeune garçon sur lequel il a réduit une luxation en avant de la première phalange du pouce sur le métacarpien.

Nous reviendrons sur ce fait, qui sera exposé en détail dans la première séance.

Après la lecture du procès-verbal, M. Roux, à propos du fait de laryngotomie pratiquée deux fois avec succès par M. Guersant, revient sur l'idée qui avait été exprimée par un des membres de la Société, à savoir : que les opérations pratiquées pour une deuxième fois sur le même malade, offrent moins de gravité.

M. Roux appuie sur idée, et cite surtout des faits remarquables de taille pratiquée trois fois et même sept fois sur les mêmes malades. Les accidens étaient évidemment bien moins graves dans les opérations qui suivaient la première.

Correspondance. — M. Gerdy adresse ses ouvrages à la Société, et demande le titre de membre honoraire. Cette demande est accueillie par acclamation.

Rapport. — M. Demarquay lit un rapport sur une observation de M. Leroy-d'Étiolles, intitulée : *Calculs volumineux ayant séjourné pendant vingt ans dans l'urètre ; essais infructueux de la lithotritie ; extraction par une incision.*

Le malade qui fait le sujet de cette observation est âgé de 70 ans ; il a été vu par M. Michon. M. Leroy-d'Étiolles, après avoir essayé la lithotritie, fit l'extraction des calculs par une incision recto-urétrale. Ces calculs, au nombre de trois, formaient le volume d'un œuf.

L'opération fut pratiquée au mois d'août dernier, et il n'y a pas encore guérison. Il y a eu de très graves accidens ; infiltration d'urine, gangrène, etc.

M. Demarquay, pour remédier aux inconvéniens de ces opérations pratiquées sur le canal, a fait des recherches nombreuses, et il est arrivé à régler le procédé suivant. Nous laissons parler M. Demarquay :

« Une incision courbe partant des parties latérales de l'anus et intéressant toute la circonférence antérieure de cet organe, comme si le chirurgien voulait en faire l'ablation, passant au-dessous du bulbe dans sa partie antérieure et coupant les fibres du sphincter anal qui vont au bulbe, conduit dans l'espace triangulaire compris entre le rectum et l'urètre. Le doigt porté dans cette incision donne la sensation du cathéter ou du calcul urétral ; le rectum, dans ce point, étant réuni à l'urètre par un tissu cellulaire lâche, se laisse disséquer avec facilité ; lorsque cette dissection a été poussée jusqu'à une certaine limite, le doigt, en déprimant la paroi antérieure de cet organe, fait apercevoir les fibres antérieures du releveur de l'anus, la portion membraneuse de l'urètre, la partie postérieure du bulbe et la partie antérieure de la prostate.

» L'œil et le toucher permettent de reconnaître à coup sûr les parties que je viens d'indiquer.

» Si donc on veut extraire un calcul de la région membraneuse de l'urètre, une incision d'avant en arrière permettra aisément cette extraction, si même il se prolonge du côté de la prostate; il est encore facile de l'extraire en intéressant la partie antérieure de cette glande, de la même façon que s'il s'étendait du côté du bulbe; une incision, faite sur la ligne médiane et perpendiculaire à l'incision courbe, permettrait encore au chirurgien de l'atteindre, en intéressant le bulbe, il est vrai, ce qui ne serait point une chose bien grave, en raison de l'importance de l'opération. Cette opération est facile à exécuter, elle n'expose point à l'hémorrhagie, car les hémorrhoïdales antérieures seules sont intéressées, et le chirurgien peut les lier avec facilité; de plus, elle permet d'attaquer le calcul par sa partie médiane, avantage que n'ont pas les incisions médianes et courbes, dans lesquelles on n'intéresse que la partie antérieure de l'urètre. »

M. Robert fait remarquer que le procédé de M. Demarquay est semblable, quant à la forme et à la situation de l'incision, au procédé de Dupuytren pour la taille bilatérale ; cependant, si l'on devait s'en rapporter au dessin que M. Demarquay a fait faire, il semblerait que l'incision semi-lunaire se trouverait un peu plus proche de l'anus, probablement dans l'intention d'éviter la lésion du bulbe. Mais cette blessure n'a pas de très graves inconvéniens; et, en mettant aussi près du rectum l'incision, on devrait craindre la lésion de l'intestin, ce qui aurait beaucoup plus de gravité. Il est donc préférable de maintenir l'incision plus éloignée de l'ouverture anale.

A ce premier reproche, M. Demarquay répond que le dessin qu'il a présenté n'a pas reproduit exactement le lieu de l'incision qui reste le même que dans la taille bilatérale.

M. Robert, abordant ensuite, à propos d'un fait cité par M. Demarquay, la question des rétrécissemens calleux avec fistules urinaires, dit que, sans rejeter la boutonnière, opération d'origine française, et qui, actuellement, est fort en estime en Angleterre, il pense que, dans beaucoup de cas, on peut se dispenser avec avantage d'y recourir. Il a pu, par des autopsies, se convaincre de la possibilité de rétablir facilement le cours des urines à l'aide du cathétérisme pratiqué avec une sonde à dard.

Il a vu en effet que, dans les cas en apparence les plus graves, la lésion était le plus souvent bornée à une très petite étendue du canal. Sur un nègre mort dans son service, avec des altérations très graves des voies urinaires (périné induré, lardacé, offrant de nombreux orifices fistuleux), on ne trouva, en résumé, que quelques lignes du canal oblitéré.

Éclairé par ce fait, M. Robert ayant à traiter un malade qui avait été successivement soigné en vain dans plusieurs hôpitaux, se décida, au lieu de pratiquer la boutonnière, à recourir à l'emploi de la sonde à dard; il la fit avancer jusqu'au rétrécissement, et alors dégageant le dard, il traversa la partie sur laquelle paraissait résider le rétrécissement infranchissable ; puis, après avoir ramené au dehors le dard, il put pousser par la sonde restée en place une bougie qui pénétra facilement dans la vessie, en suivant le chemin préalablement ouvert par l'instrument piquant.

M. Robert introduisit progressivement des sondes jusqu'au n° 10, et le malade quitta l'hôpital. Il n'en a plus entendu parler depuis.

M. Michon a vu le malade qui fait le sujet de l'observation de M. Leroy, et il avait établi positivement que, dans ce cas, la lithotritie serait impraticable. Si immédiatement je n'ai pas procédé à une autre opération, dit M. Michon, ce n'est pas par hésitation, c'est parce que j'ai voulu laisser au malade le temps de réfléchir et même de prendre d'autres conseils. C'est alors que M. Leroy fut consulté. Contre mon opinion, il a cru à la possibilité de pratiquer la lithotritie ; mais les faits lui ont donné tort.

Actuellement, au point où en est l'observation, elle est trop incomplète encore pour être définitivement jugée. Le malade a été excessivement mal ; il y a eu des désordres, de la gangrène, et il reste encore une fistule urétro-rectale non guérie. On devra donc attendre pour publier le travail de M. Leroy.

Quant à l'opération, proposée et très bien décrite par M. Demarquay, il a eu raison de dire qu'elle était déjà venue à l'esprit des chirurgiens. Pour son compte, M. Michon se disposait à la pratiquer sur un malade que M. Guersant a connu, le professeur Durosoir. Il portait aussi des calculs, et de même que pour le malade de M. Leroy, j'avais reconnu, dit M. Michon, l'impossibilité de recourir à la lithotritie. Mais un mathématicien, ami de Durosoir, ne partageait pas mon opinion : il fit venir un lithotriteur, et on se décida à broyer les pierres. Ces opérations furent faites avec habileté. Mais la constitution vigoureuse du malade s'altéra, il y eut des accidens, de la suppuration. Et, quelques jours avant sa mort, Durosoir m'écrivait qu'il n'était pas encore guéri.

En résumé, de ces faits, il faut déduire les conclusions suivantes :

La lithotritie a ses limites, et ne doit pas être appliquée dans des cas de calculs volumineux ou nombreux, situés profondément dans le canal ;

La chirurgie non spéciale pose des diagnostics qui, basés sur l'expérience, mériteraient d'être pris en considération.

M. Huguier fait l'éloge du procédé de M. Demarquay. Il ne craint pas, comme M. Robert, la lésion de l'intestin-rectum, ni sa dénudation. Ces accidens, quand ils sont dus à l'instrument tranchant, ne lui paraissent pas avoir beaucoup de gravité. Du reste, il est toujours très facile d'éviter la lésion de l'intestin-rectum. Il a pu impunément, dans deux cas d'imperforation du vagin, remonter jusqu'à l'utérus, à une profondeur de quatre pouces, sans avoir lésé le rectum.

M. Guersant a, dans deux circonstances, pratiqué une opération assez semblable à celle de M. Demarquay.

Sur un de ses malades, existait une fistule vésicale hypogastrique, suite d'une ponction, et, pour s'aider dans ses recherches, il faisait pénétrer d'arrière en avant, dans le canal de l'urètre, une sonde introduite dans la vessie par la fistule hypogastrique.

M. Morel rappelle que déjà des faits de ce genre ont été signalés ;

et il pense que, dans certains cas, on devrait tirer un grand avantage de ce cathétérisme pratiqué par la vessie.

M. Roux entre dans quelques considérations pratiques sur le cathétérisme forcé, soit par la sonde conique, soit par la sonde à dard; pour lui, il est peu partisan de ces procédés, il rejette surtout la sonde à dard. Quant à la ponction hypogastrique, il ne l'a pratiquée que deux fois.

M. Cloquet ayant eu à traiter un malade qui présentait de nombreuses fistules urinaires périnéales, avec rétrécissement infranchissable de l'urètre, parvint à faire cesser les accidens par un procédé ingénieux. Il commença par rechercher une des fistules à l'aide de laquelle il pût pénétrer dans la vessie. Par cette fistule, successivement il introduisit des sondes de plus en plus fortes. Pendant ce traitement, les autres fistules guérirent; puis une sonde introduite dans le canal fut violemment poussée et conduite vers l'orifice de la fistule. Quand les deux fragmens du canal furent convenablement dilatés, la sonde introduite par le méat urinaire fut engagée dans la partion du canal située en arrière de la fistule, et après un certain temps cette fistule se guérit.

M. Lenoir fait remarquer que l'inconvénient grave qui subsiste après toutes ces opérations, c'est une tendance constante à la récidive. Si les malades cessent quelques jours seulement l'emploi des sondes, le rétrécissement reparaît. Ainsi le malade opéré par M. Robert est mort dans un état très peu satisfaisant.

Comme nos lecteurs en jugeront à la suite du rapport de M. Demarquay, la discussion a dévié, et l'on s'est étendu sur les rétrécissemens et les fistules, qui n'étaient pas en question. Mais ce qui ressort surtout de la discussion, quant à la question principale, c'est que, pour la grande majorité des chirurgiens, la lithotritie ne doit pas être appliquée aux calculs de la prostate.

Après cette discussion, la Société a voté des remercîmens à M. Leroy-d'Étiolles; et, sur la proposition de M. Robert, le rapport de M. Demarquay sera inséré dans les *Bulletins*.

Polype fibreux.

M. Huguier présente à la Société les débris d'un volumineux polype fibreux, enlevé chez une femme récemment accouchée. Nous reviendrons sur ce fait intéressant. La malade avait été vue par MM. P. Dubois et Danyau.

Dr Éd. Laborie.

RÉSUMÉ
DE LA STATISTIQUE GÉNÉRALE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE FRANCE.

XLI.

LOIRE (453,786 habitans).

Le département de la Loire renferme 139 médecins (108 docteurs et 38 officiers de santé), et 41 pharmaciens, ce qui donne :

1 médecin. . . . . pour 3,264 habitans.
1 pharmacien . . . pour 11,067 —

ARRONDISSEMENT DE MONTBRISON (131,296 habitans).

Dans cet arrondissement on compte :

47 méd. (31 doct. et 16 off. de santé). . 1 méd. p. 2,793 h.
8 pharmaciens . . . . 1 phar. p. 16,412 h.

Cantons de l'arrondissement de Montbrison.

Boën.	14,056 h.	3 docteurs.	1 m.p. 4,685 h.
Feurs.	19,289	9 m. (6 doct. et 3 off. de s.)	1 m.p. 2,143
Montbrison. . .	18,460	8 m. (7 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 2,307
Noirétable. . .	8,605	7 m. (3 doct. et 4 off. de s.)	1 m.p. 1,229
Saint-Bonnet-le-Château. . .	16,443	6 m. (4 doct. et 2 off. de s.)	1 m.p. 2,740
St-Galmier. . .	19,191	7 m. (4 doct. et 3 off. de s.)	1 m.p. 2,741
St-Georges-en-Couzan . . .	8,094	3 m. (2 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 2,698
St-Jean-Soleymieux. . . .	10,190	pas de médecins.	
St-Rambert. . .	16,968	4 m. (2 doct. et 2 off. de s.)	1 m.p. 4,242

ARRONDISSEMENT DE ROANNE (134,109 habitans).

Dans cet arrondissement on compte :

42 méd. (33 doct. et 9 off. de santé). . 1 méd. p. 3,193 h.
9 pharmaciens. . . . . 1 phar. p. 14,901 h.

Cantons de l'arrondissement de Roanne.

Belmont. . . .	12,170 h.	1 officier de santé	1 m.p. 12,170 h.
Charlieu. . . .	15,946	7 docteurs.	1 m.p. 2,278
La Pacaudière.	8,168	2 officiers de santé.	1 m.p. 4,084
Néronde. . . .	11,568	2 docteurs.	1 m.p. 5,784
Perreux. . . .	10,135	2 m. (1 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 5,067
Roanne	21,409	13 m. (11 doct. et 8 off. de s.)	1 m.p. 1,646
St-Germain-Laval	10,816	3 docteurs.	1 m.p. 3,605
St-Hâon-le-Chatel.	11,871	5 m. (4 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 2,374
St-Just-en-Chevalet. . . .	10,809	2 m. (1 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 5,404
St-Symphorien-de-Lay. . . .	21,208	5 m. (4 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 4,241

ARRONDISSEMENT DE SAINT-ÉTIENNE (188,381 habitans).

Dans cet arrondissement on compte :

50 méd. (44 doct. et 6 off. de santé). . 1 méd. p. 3,767 h.
24 pharmaciens . . . . 1 phar. p. 7,849 h.

Cantons de l'arrondissement de Saint-Étienne.

Bourg-Argental	9,161 h.	2 m. (1 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 4,580 h.
Chambon. . . .	19,832	2 docteurs.	1 m.p. 9,916
Pélussin. . . .	14,199	1 officier de santé	1 m.p. 14,199
Rive-de-Gier. .	26,555	7 docteurs.	1 m.p. 3,793
St-Chamond . .	23,005	5 m. (4 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 4,601
St-Étienne. . .	74,609	24 m. (22 doct. et 2 off. de s.)	1 m.p. 3,108
St-Genest-Malifaux. . . .	8,916	1 officier de santé	1 m.p. 8,916
St-Héaud. . . .	12,104	8 docteurs.	1 m.p. 1,513

RÉPARTITION DES DOCTEURS ET DES OFFICIERS DE SANTÉ.

Chefs-lieux de préfecture et d'arrondissement (grandes villes).	40 doct.	4 off. de s.
Chefs-lieux de canton, communes, etc. .	68 doct.	34 off. de s.

D'après ce premier tableau, dans le département de la Loire, les grandes villes renferment près des deux cinquièmes des docteurs, et environ le neuvième des officiers de santé.

Villes, bourgs, etc., de plus de 1,000 hab.	104 doct.	34 off. de s.
Villes, bourgs, villages, etc., de 1,000 hab. et au-dessous (petites localités). . . .	4 doct.	4 off. de s.

D'après ce second tableau, le vingt-septième des docteurs habitent les petites localités, et les huit-neuvièmes des officiers de santé séjournent dans des villes ou bourgs plus ou moins importans.

PHARMACIENS.

Chefs-lieux de préfecture et d'arrondissement. .	24
Chefs-lieux de canton.	14
Communes.	3

Le département de la Loire est un département pauvre; il n'occupe que le 71me rang pour la richesse parmi les départemens français. Or, dans ce département pauvre, les officiers de santé sont rares, et ils ne sont pas plus nombreux que les docteurs dans les communes rurales.

Nota. — Dans la statistique de M. Lucas-Championnière, ce département est noté pour 115 médecins (85 docteurs et 30 officiers de santé).

G. Richelot.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le jeudi, 19 février, à six heures du soir, chez Lemardelay, 100, rue Richelieu.

La souscription, qui est du prix de 11 fr., restera ouverte jusqu'au mardi, 17 février, inclusivement.

S'inscrire ou écrire au bureau du journal.

— Par décret impérial, M. Ricord vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Sainte-Anne de Russie, et membre de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg.

— La dernière descendante d'Ambroise Paré, *père de la chirurgie française*, Mlle Renée-Julienne-Ambroise Paré, vient de mourir à Laval à l'âge de 77 ans.

Épidémies. — La fièvre typhoïde a, pendant quelque temps, sévi à Dinan avec une intensité inquiétante. Quelques-uns des sujets atteints de cette maladie ont succombé; le plus grand nombre est heureusement hors de danger.

— Une épidémie de fièvre inflammatoire vient de se manifester sur les élèves de l'école communale des Forges (Vosges); près d'une quarantaine d'entre eux en sont atteints. Au premier avis qu'il en a reçu de l'instituteur, M. le préfet a chargé M. Thiriat, médecin cantonal à Épinal, de se transporter sur les lieux pour donner ses soins aux malades. Tout porte à croire que le mal n'occasionnera pas de graves accidens.

— Par arrêté du 29 janvier 1852, M. Druhen, docteur en médecine, est nommé professeur-adjoint de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Ordinaire, démissionnaire.

— On écrit de Lyon, 8 février :

Depuis quelque temps une épidémie de fièvre typhoïde sévit sur la population de St-Etienne.

Il semble que les jeunes gens, et surtout les enfans, soient plus particulièrement atteints. Après eux, les militaires de la garnison paraissent subir d'une manière plus remarquable l'influence de cette désastreuse maladie.

Jeudi 5, au matin, le nombre des militaires à l'hôpital s'élevait de 112 à 115, chiffre énorme, sur deux bataillons d'infanterie et deux escadrons de cavalerie.

— M. Alquié, commandeur de la Légion-d'Honneur, inspecteur-membre du conseil de santé des armées, et directeur de l'École d'application de la médecine militaire au Val-de-Grâce, vient d'être nommé par le Saint-Père commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand. C'est une récompense méritée des importans services qu'il a rendus à l'armée d'occupation et au Saint-Siége, à l'époque où il fut envoyé à Rome par le gouvernement français. La mission de M. Alquié consistait à organiser les hôpitaux et à prendre des mesures préventives contre les fièvres.

Nominations dans les asiles d'aliénés. — M. Dumesnil, docteur-médecin de l'asile de Dijon, est nommé directeur-médecin de l'asile de nouvelle création de Quatre-Mares, près Rouen, aux appointemens de 4,000 fr. Ce nouvel établissement est destiné aux hommes qui s'y livreront aux travaux de la culture.

M. de Smyltère, médecin de la division des hommes, à Rouen, est nommé médecin à Fains (Meuse), aux appointemens de 2,500 fr.

M. Teilleux, docteur-médecin de Pontorson (Manche), est nommé directeur-médecin de l'asile de Dijon, aux appointemens de 3,000 fr.

M. Fornasari, médecin de Fains, est nommé directeur-médecin de l'asile de Pontorson, aux appointemens de 2,400 fr.

M. Dugrand-Saunay, docteur-médecin de Pontorson, est nommé directeur-médecin de l'asile de Rhodez, aux appointemens de 3,000 fr.

M. Binet, médecin, demeurant à Pontorson, est nommé médecin du quartier de la Roche-Gandon (Mayenne), en remplacement de M. Teilleux, aux appointemens de 2,000 fr.

(*Annales médico-psychologiques.*)

Mutations dans le personnel de santé militaire. — MM. Feuillet, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour être détaché aux ambulances de la division d'Alger; Boudin, médecin principal de 2e classe à l'hôpital du Roule, est nommé à la 1re classe au même poste; Judas, médecin principal de 2e classe, secrétaire du conseil de santé, est nommé à la 1re classe au même poste; Castelli, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bastia, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Alger; Angelot, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital de Lyon, est nommé principal de 2e classe au même poste; Rollet, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital de Bordeaux, est nommé médecin principal de 2e classe au même poste; Souriguière, médecin ordinaire de 2e classe en Algérie, est nommé à la 1re classe au même poste; Mayer, médecin ordinaire de 2e classe, détaché à la division d'occupation d'Italie, est nommé à la 1re classe au même poste.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des loupes et de leur cure radicale, par A. Lebatard, d.-m., médecin du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement, etc. In-8, Paris, 1852, imprimerie de Napoléon Chaix.

Observations de clinique médicale, par A.-T. Chrestien, docteur et professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, etc. — Un vol. in-8, Montpellier, 1852, Ricard frères.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 20. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 17 Février 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens :
1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois........ 20 Fr.
1 An........ 37
Pour l'Espagne et le Portugal.
6 Mois........ 22 Fr.
1 An........ 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An........ 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CONSULTATION MÉDICALE.

PULSATIONS ABDOMINALES IDIOPATHIQUES.

Sancergues (Cher), 22 janvier 1852.

Monsieur le rédacteur,

L'UNION MÉDICALE, journal si éclairé de la presse médicale, et qui rend de si éminens services à l'art de guérir, deviendrait bien plus complet encore si son comité de rédaction venait en aide aux praticiens qui auraient recours à lui pour en obtenir des conseils et des lumières dans les maladies obscures et encore peu connues. Les *pulsations abdominales idiopathiques* sont dans ce cas. Il n'existe point encore de travail *ex-professo* sur cette affection, qui se présente, du reste, très rarement à l'observation des médecins. Morgagni et Alberti sont les seuls, que je sache, qui se soient occupés de ce point de pathologie, et encore n'ont-ils fait que l'indiquer.

Voici l'histoire du malade pour lequel je réclame vos conseils :

Ferry Louis, vigneron, est âgé de 19 ans, grand, maigre, d'une forte constitution, et jouissant, avant l'affection dont il est atteint aujourd'hui, d'une excellente santé.

Il y a vingt mois, il fut pris, sans cause connue, de pulsations abdominales avec céphalalgie, tintemens d'oreilles, étourdissemens, etc. Aujourd'hui, ces pulsations s'étendent depuis la partie inférieure de l'épigastre jusqu'au nombril, un peu sur le côté gauche de la ligne médiane de l'abdomen; elles battent soixante fois par minutes, et sont isochrones aux battemens du pouls et du cœur. Elles ont leur siége dans l'aorte. Ce vaisseau, examiné avec tout le soin dont je suis capable, ne présente sur son trajet aucune tumeur anévrismale; lorsqu'on le comprime dans le creux épigastrique, ou un peu au-dessous, les pulsations sont suspendues et reparaissent aussitôt que la compression cesse, à la manière des anévrismes. Dans la moitié inférieure du corps, depuis l'épigastre jusque sous la plante des pieds, la sensibilité de la peau est parfois très exaltée, à ce point que le moindre attouchement est douloureux. Cette exaltation n'est pas continue et permanente, elle va et vient sans cause connue : elle dure un ou deux jours, et reste sept à huit jours sans reparaître. Le cuir chevelu est en même temps très sensible. Alors la bouche est amère, pâteuse, l'appétit diminue, et l'estomac est le siége d'une vive douleur; un seul moyen peut la calmer, c'est celui de se plier en deux. Du reste, toutes les autres fonctions s'exécutent régulièrement, à l'exception du sommeil qui est bref, interrompu et troublé par des rêves pénibles. Il y a, en outre, des crachottemens continuels.

C'est le quatrième malade atteint de pulsations abdominales que j'ai eu occasion d'observer dans le cours de ma pratique, qui date depuis plus de huit années. J'ai traité les trois premiers à l'exemple de Morgagni, par des purgatifs répétés, qui triomphèrent plus ou moins rapidement de la maladie. Celui-ci a résisté jusqu'à présent au même traitement; j'ai essayé, en outre, la digitale, les calmans, les antispasmodiques, mais le tout sans succès. Tel est le malade pour lequel je viens réclamer vos soins éclairés.

Que faut-il faire? Quels moyens faut-il employer pour le guérir de ses souffrances, souffrances qui l'empêchent de vaquer à ses occupations, et le plongent de plus en plus dans un profond désespoir?

Je vous saurais un gré infini, Monsieur et honoré confrère, si vous vouliez bien répondre, par la voie de votre excellent journal, aux questions que j'ai l'honneur de vous adresser.

Agréez, etc. Dr MACARIO.

RÉPONSE.

Le comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE m'a confié le soin de répondre à la demande de notre honoré confrère, et je saisis avec un empressement justifié par l'incommodité et la ténacité de quelques affections pareilles à celle dont il est question, l'occasion d'exposer ici ce que l'observation et l'expérience m'ont appris sur les cas analogues que j'ai traités en assez grand nombre.

Le comité de rédaction sera toujours heureux de pouvoir répondre à la confiance de ses honorés correspondans.

Dans le fait rapporté par M. Macario, il y a plusieurs circonstances à noter, outre les pulsations épigastriques; telles sont : la céphalalgie, les tintemens d'oreilles, les étourdissemens, les exaltations locales de la sensibilité de la peau se montrant par intervalles irréguliers et sans cause connue, soit aux extrémités inférieures, soit dans le cuir chevelu, la diminution de l'appétit et les vives douleurs de l'estomac avec bouche pâteuse et crachottemens continuels, enfin les irrégularités du sommeil.

Tous ces symptômes me frappent parce qu'ils se rencontrent presque tous et presque toujours, quand les pulsations épigastriques montrent un développement considérable, qu'elles sont perceptibles douloureusement pour les malades; toutes les fois que ces pulsations pathologiques s'observent dans la *chlorose* avec *gastralgie*. Mon service de Beaujon, où les névropathiques abondent, en présente constamment de curieux exemples. Il est rare que les pulsations épigastriques ayant pris un développement morbide, ne s'y montrent pas accompagnées d'un assez grand cortége d'accidens nerveux comme ceux dont M. le docteur Macario a tenu compte. Ces derniers phénomènes y sont d'autant plus fréquens et plus marqués, que la digestion aura été plus longtems pénible et tourmentée, par conséquent incomplète et insuffisante. C'est justement ce qui est arrivé pour le malade dont nous nous occupons.

Deux points seulement semblent manquer à l'histoire de ce malade, telle que notre honoré confrère nous l'a donnée; je veux parler des signes les plus saillans de la cachexie chlorotique, la diminution des forces et le désordre dans la circulation.

Du premier point, M. Macario ne dit rien, si ce n'est que le malade, âgé de 19 ans, est *grand* et *maigre*, d'une forte constitution, jouissant, *avant la maladie présente*, d'une parfaite santé. Mais, d'après ces termes même, et d'après les troubles de la digestion mentionnés plus loin, d'après les symptômes nerveux de la maladie, je ne crois pas que les forces aient été conservées; je suis convaincu que tous les efforts sont devenus impossibles au malade; qu'il s'essouffle rapidement, surtout quand il veut marcher vite et en montant; que le travail lui devient de plus en plus difficile ou même impossible; qu'en un mot, cette constitution, primitivement forte en apparence, a été modifiée avec le temps et progressivement détériorée dans le sens de la chlorose.

Pour le second point, le trouble de la circulation, M. Macario a parfaitement étudié l'aorte et les environs de ce vaisseau; par conséquent nous sommes en droit d'admettre avec lui qu'aucune lésion matérielle locale de l'artère ou des organes voisins ne cause le mal dont il s'agit. Mais nous regrettons que notre confrère ne nous ait pas donné des renseignemens précis sur la force, la plénitude, la dureté des pulsations artérielles; sur les bruits qu'on entend en auscultant le cœur, la crosse de l'aorte, les carotides, surtout la droite, en arrière du muscle sterno-cléido-mastoïdien non contracté ni tendu. L'*ensemble de l'histoire du malade* et *une circonstance notée avec soin par l'auteur*, me font présumer que le pouls radial doit être mou et facilement dépressible, que des souffles chlorotiques doivent s'entendre aux points vasculaires que j'ai indiqués plus haut. Je dis l'*ensemble de l'histoire*, parce que les symptômes énoncés ci-dessus se présentent dans presque tous

Feuilleton.

CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1).

TROISIÈME ÉPREUVE. — Leçon orale après trois heures de préparation. — Même sujet pour deux candidats.

III.

MM. BÉCLARD et BOUCHARDAT. — *De l'influence des poussières.*

MM. Béclard et Bouchardat se seraient donné le mot, qu'ils n'eussent pas mieux réussi à tracer le même plan, à suivre les mêmes divisions, à se circonscrire dans le même cadre. Le fond n'a pas plus varié que l'ordonnance. Ça été de part et d'autre la même série de considérations sur l'influence des poussières minérales, végétales et animales (M. Bouchardat a ajouté à cette division les poussières toxiques); tous les deux ont étudié d'abord le véhicule des poussières; ils ont recherché ensuite sur quelles surfaces elles agissaient, peau, poumons, la manière dont elles agissent, soit selon leur degré de solubilité, soit par leurs propriétés mécaniques; ils ont ensuite passé en revue les diverses poussières nuisibles, et ils ont terminé par des considérations générales sur la prophylaxie, selon les métiers et les industries.

Ces deux leçons ont été bonnes. M. Béclard a gagné dans cette épreuve, et M. Bouchardat n'a rien perdu. La leçon du premier, outre une bonne distribution du sujet et une exposition exacte de la matière, a été encore satisfaisante par une forme plus pure et une diction moins froide que celles de la précédente épreuve. Je suis tout disposé à faire la part de l'émotion et de la timidité qui congèlent dans le cerveau les plus belles idées et arrêtent à la gorge les plus beaux discours. Je ne demande pas mieux que de croire à l'influence de ces fâcheuses conditions sur les épreuves de M. Béclard, comme aussi d'ajouter foi à ce que ses amis disent à sa louange. N'ayant pas l'honneur de connaître cet honorable candidat, je n'ai pu l'apprécier que d'après ses épreuves, et ce sont ses épreuves seules, d'ailleurs, que j'ai appréciées. Eh bien! sous ce rapport, je persiste à dire, malgré le progrès sensible de sa dernière leçon, que M. Béclard a de grands efforts à faire encore pour devenir professeur éminent et vulgarisateur habile. Mais je reconnais un grand, un précieux avantage à M. Béclard, c'est qu'il est fort jeune. Heureux et charmant privilége!

Puis-je le croire? On m'a dit que M. Bouchardat s'était irrité de ma dernière appréciation. Cela m'étonne de cet homme d'esprit et de ce confrère ordinairement si bienveillant. Je viens de relire mon article, j'ai voulu le soumettre à l'analyse, et voici le résultat qu'elle m'a donné, et que je prie ce compétiteur, savant chimiste, de vouloir bien vérifier :

Sur 1,000 parties en poids :

Éloge pur.	850
— mêlé d'un peu de critique. . .	100
Critique mélangée de bienveillance. .	50
Malice.	des traces.
Total.	1,000

Est-il beaucoup de produits de ce genre aussi riches en ce quelque chose qui plaît tant aux candidats d'un concours, et qu'il est d'ailleurs si rare de rencontrer absolument pur de tout mélange?

La leçon de M. Bouchardat, sur les *poussières*, n'a fait que me corroborer dans le jugement que j'ai eu à porter sur cet honorable candidat. Grande science, exposition facile, originale, trop originale quelquefois, voilà le lot que je peux faire à M. Bouchardat, dont le mécontentement, en vérité, n'aurait ni prétextes, ni motifs.

IV.

MM. SANSON et TARDIEU. — *Des marais.*

Je regrette que M. Sanson se soit placé au-dessus de la juridiction de la presse; il m'eût été agréable de dire que sa leçon sur *les marais*, sans être absolument parfaite, a été infiniment supérieure à ses autres épreuves.

Il ne peut convenir ni à M. Tardieu ni à moi-même que j'embouche la trompette de la louange pour celébrer cette leçon. Le talent sérieux, élevé et pur de ce savant candidat répudierait toute exagération. Je me borne donc à dire, avec la plus grande simplicité possible, que tout a été remarquable et attrayant dans la leçon de M. Tardieu : définition précise, limitation rigoureuse du sujet, plan méthodique, exposition savante et élégante, voilà les qualités qui ont été unanimement reconnues à cette épreuve.

En hygiène, le marais n'a pas la même signification qu'en langage or-

(1) Voir le numéro du 14 Février.

nos chlorotiques arrivés à un certain degré de la maladie sous forme chronique et d'origine gastralgique; et j'ajoute, *une circonstance mentionnée par M. Macario*, parce que je suis frappé de la facilité avec laquelle on fait *disparaître les pulsations aortiques en comprimant dans le creux épigastrique*. L'aorte, dans l'état normal du sang, ne se laisse pas si aisément comprimer; et cela n'arrive guère que chez des sujets dont les pulsations artérielles sont dépressibles et molles, quelles que soient leur apparence de vivacité et l'espèce de percussion qu'elles exercent sur les organes qui entourent plus ou moins médiatement ce vaisseau. En un mot, il me semble qu'il arrive dans ce cas pour l'aorte ce qu'on observe si souvent sur de petits vaisseaux aux environs d'une névralgie bien caractérisée, le développement et l'endolorissement de la pulsation, quoique le calibre du vaisseau soit facile à déprimer par une pression directe.

L'histoire de cet intéressant malade, ainsi analysée, me semble conduire logiquement aux conclusions suivantes :

1° Ces pulsations épigastriques sont liées à une cachexie chlorotique, quelle qu'en soit la cause, abus de quelques fonctions, ou excès de travail, ou croissance trop rapide, ou dérangement dans les digestions stomacales.

2° Elles se lient aussi primitivement ou secondairement avec les douleurs de l'estomac, assez vives pour obliger le malade à se plier en deux.

Les indications thérapeutiques les plus importantes me paraissent résulter de cet ensemble de symptômes, et en même temps des organes explorées dans cette maladie.

Et voici comment, sur ces données, j'instituerais le traitement :

1° Tous les jours à déjeuner et à dîner, deux pilules contenant 0,20 d'un proto-sel de fer, ou 0,10 de fer précipité par l'hydrogène.

2° Après chaque repas, une cuillerée à café de magnésie, dite anglaise; ou, si cet agent causait de la diarrhée et du ballonnement du ventre, deux pilules composées de miel et de 0,15 de poudre d'yeux d'écrevisse.

3° Application, entre l'épigastre et le nombril, d'un emplâtre d'extrait aqueux d'opium, qu'on renouvellerait surtout au moment des crises douloureuses de l'estomac.

4° Administration, chaque soir, d'une dragée contenant 0,001 de digitaline; au bout de quelques jours, on augmenterait de une ou de deux la dose de ces dragées, suivant l'effet obtenu sur la circulation.

5° Régime analeptique non irritant, et exercice modéré de tous les organes.

6° Je réserverais les bains froids et les irrigations de même nature, pour une saison plus douce et plus fixe dans sa température.

L'expérience m'a appris que ce traitement, suffisamment continué, soulage sûrement et guérit presque toujours de semblables affections.

Approuvé par le comité de rédaction.

Dr S. Sandras,
Médecin de l'hôpital Beaujon.

BULLETIN CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. Jobert (de Lamballe).

NÉCROSE DU TIBIA A LA SUITE D'UN COUP DE FEU; — EXTRACTION D'UN SÉQUESTRE INVAGINÉ A L'AIDE DU TRÉPAN.

Au n° 32 de la salle St-Côme, est couché le nommé Cairol, âgé de 31 ans, qui nous offre un exemple remarquable de la guérison d'une nécrose du tibia, et des accidens qu'elle avait amenés à sa suite.

Né de parens bien portans, cet homme est d'une constitution robuste, et a joui d'une santé parfaite jusqu'à l'accident, qui fut l'origine de sa maladie.

Soldat dans l'armée de Don Carlos pendant les guerres qui ensanglantèrent l'Espagne, il fut, en 1839, blessé d'un coup de feu à la jambe gauche. Au dire du malade, la balle, entrée par la partie externe de la jambe, sortit par la partie interne, en brisant le péroné et dénudant le tibia. Transporté à l'hôpital de Vergne, petite ville de la Catalogne, il y resta six mois; pendant ce temps, on lui retira quatre esquilles tant par l'ouverture d'entrée que par l'ouverture de sortie. Puis, il quitta Vergne et fut conduit à Perpignan, où le chirurgien fit encore l'extraction de nombreuses esquilles. Fatigué du séjour dans les hôpitaux, il regagna son domicile, quoiqu'il eût encore des fistules à la jambe; il pouvait marcher à l'aide de béquilles. Il fit lui-même l'extraction de cinq ou six esquilles. L'ouverture de sortie de la balle resta toujours fistuleuse; l'ouverture d'entrée, située à la partie externe de la jambe, se fermait durant un certain temps, pour ne s'ouvrir que lorsqu'un nouvel os saillant en dehors devait y trouver passage.

Le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de novembre. Un accident particulier le détermina à venir demander de nouveau les secours de la chirurgie. Depuis quelques jours, il perdait par deux trajets fistuleux de la partie interne de la jambe une certaine quantité de sang. Cette hémorrhagie, quoique peu abondante, devenait inquiétante par sa continuité, et affaiblissait le malade déjà épuisé par une longue suppuration.

M. Jobert, après avoir reconnu qu'un séquestre invaginé était la cause de cet accident, se décida à en faire l'extraction par un procédé déjà proposé par lui en 1827, et qu'il a souvent mis en pratique depuis. Les trois trajets fistuleux de la partie externe et supérieure de la jambe furent réunis par une incision longitudinale de 12 centimètres. A chaque extrémité de cette incision, on en fit arriver deux autres d'une longueur de trois centimètres, formant un angle obtus par leur rencontre; de la sorte, on put disséquer deux lambeaux latéraux. Ces deux lambeaux ayant été rejetés, l'un en avant, l'autre en arrière, on arrive sur l'os malade. Après s'être assuré de la mobilité du séquestre invaginé, M. Jobert appliqua, dans l'intervalle des fistules que présentait l'os nouveau, cinq couronnes de trépan de 1 centimètre 1/2 de diamètre. Après l'extraction des rondelles osseuses, on fit sauter les ponts intermédiaires; on pratiqua ainsi, dans l'épaisseur de l'os, une perte de substance longue de 7 à 8 centimètres, qui mit le séquestre à découvert dans presque toute son étendue. Ce séquestre fut extrait de la cavité osseuse qui le renfermait à l'aide d'une forte pince; il avait été segmenté par le trépan en deux parties, l'une avait 8 centimètres, l'autre, détachée ensuite n'avait que 1 centim. 1/2. Ce séquestre correspondait au centre du tibia, car on peut y constater une partie du canal central de l'os.

Après l'opération, loin de chercher à rapprocher les bords de la plaie, on laissa les deux lambeaux écartés l'un de l'autre, et l'on pansa mollement avec des lamelles d'agaric. Les jours suivans, la suppuration s'établit et prit un bon caractère. Toute hémorrhagie avait cessé de se reproduire.

Le 10 décembre, on vit apparaître, à la surface de la plaie, quelques pseudo-membranes pultacées; la suppuration prit une odeur fétide. Ces symptômes fâcheux disparurent bien vite au moyen de cautérisations légères au nitrate d'argent, et en pansemens avec le vin aromatique.

Le 17 décembre, M. Jobert aperçoit au fond de la plaie un nouveau fragment osseux qu'il extrait facilement. Ce fragment est long de 7 centimètres, et porte la trace des couronnes de trépan.

Depuis cette époque, la plaie a marché rapidement vers la guérison. Aujourd'hui, le sillon creusé dans l'épaisseur de l'os, est comblé en partie par les bourgeons charnus; la cicatrisation fait des progrès rapides, et tout porte à croire qu'elle sera bientôt complète.

Louis Blin,
Interne du service.

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATION DE PORRIGO FAVOSA GUÉRIE PAR LES BAINS ET LES AFFUSIONS D'EAU DE MER.

Un enfant de 4 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle, assez bien développé pour son âge, était atteint depuis huit mois d'une teigne, qui avait résisté à diverses médications. Les croûtes, qui recouvraient toute la tête et s'étendaient jusque sur le front, laissaient facilement voir sur le cuir chevelu, après qu'on les avait enlevées, leur place formant une espèce de godet. Ces croûtes, d'un jaune clair, se réduisaient en une espèce de poussière à la superficie et n'en adhéraient pas moins assez fortement à la peau du crâne.

Cet enfant, dès son arrivée à Biarrits, fut soumis au traitement suivant :

1° Larges cataplasmes de farine de graine de lin sur la tête, préalablement rasée, pour ramollir les croûtes et faciliter leur chute.

2° Vésicatoire au bras, pour produire une dérivation et suppléer à la sécrétion abondante qui survient après le ramollissement des croûtes, produit par les cataplasmes.

3° Deux bains de mer froids chaque jour, de dix minutes chaque, et durant les bains, des affusions d'eau de mer sur la tête pendant quatre à cinq minutes.

Après dix bains de mer et autant d'affusions, les croûtes commencèrent à disparaître pour se reformer petit à petit. A trois reprises les croûtes semblèrent disparaître et se reformèrent, mais moins abondantes. Enfin, après quarante bains et autant d'affusions, elles disparurent complètement et elles furent remplacées par une exfoliation de l'épiderme, que des soins de propreté firent cesser assez rapidement. Le petit garçon était entièrement rétabli, lorsque sa mère trouva desséchés et adhérens sur la tête une multitude considérable de poux.

Depuis trois ans, cette guérison d'un favus bien caractérisé, ne s'est pas démentie.

Cette observation, ainsi que plusieurs autres qui n'ont offert aucune particularité extraordinaire, prouve, d'une manière évidente, l'efficacité des bains et des affusions d'eau de mer. La présence de ce grand nombre de poux morts et desséchés ne pourrait-elle pas, jusqu'à un certain point, justifier l'opinion de quelques auteurs, qui prétendent que la plupart des dermatoses sont causées et entretenues par des insectes différens, suivant la nature et le caractère de la maladie? Je soumets cette idée à vos sages lumières.

Dr Affre,
Inspecteur des bains de mer de Biarrits.

Mugron (Landes), le 27 janvier 1852.

dinaire; tout amas d'eau grand ou petit, tout sol humide donnant lieu à la décomposition de matières animales ou végétales, et produisant des miasmes capables de faire naître des maladies, est un marais pour l'hygiéniste. Les bords et l'embouchure de certains fleuves, les canaux, quelques ruisseaux, le sol sur lequel vient d'être opéré le défrichement des forêts, un simple tonneau où l'eau croupit, sont, dans le sens de l'hygiène, des marais aux mêmes titres que les Marais-Pontins ou de la Bresse. M. Tardieu indique d'abord la distribution géographique des marais, il en indique ensuite la constitution qu'il étudie dans le sol, dans l'eau, dans les matières végétales et animales, dans l'air, toutes choses sur lesquelles il expose avec développement l'état actuel des connaissances; il passe ensuite à l'étude de la dispersion des miasmes; il étudie les effets des miasmes sur les êtres vivans, et il termine par des considérations sur les moyens de les combattre.

Tel est le squelette de cette belle leçon, que je ne puis revêtir des riches vêtemens dont M. Tardieu l'a couvert et auquel je ne peux rendre sa parole limpide, précise et d'une éloquente clarté. La critique n'a pas à mordre, et elle en est heureuse, sur ce tissu compacte, sur cette exposition feutrée qui n'a pas laissé le plus petit pertuis par où l'erreur pût se glisser. M. Tardieu a fait preuve, en outre, d'une grande érudition, mais érudition châtiée, de bon goût, épurée par une savante critique. L'assistance a fait grand accueil à cette belle leçon.

V.

Telles ont été les épreuves de ce concours, car il n'est pas probable que je puisse m'occuper des thèses et de leur argumentation; pour pareille besogne, il me faudrait d'autres limites que celles qui me sont imposées par les exigences de ce journal. Ce concours a inspiré un grand intérêt; toutes les séances ont été suivies avec un empressement remarquable, l'amphithéâtre n'a pas désempli, ce qui prouve au moins que l'opinion publique n'est pas tellement dédaigneuse ou saturée du concours qu'on voudrait le faire croire. Celui-ci a mis en lumière des talens de premier ordre, et je ne sais si, le concours absent ou supprimé, MM. Bouchardat, Marchal et Tardieu, eussent rencontré une occasion aussi solennelle de montrer avec autant d'éclat leur valeur respective. Je puis ajouter, sans blesser aucune convenance, que par tout autre mode de nomination que par le concours, ce n'est à aucun de ces trois candidats que l'on eût donné le plus de chances.

VI.

Que si maintenant on me demandait de faire un choix et de me livrer à une appréciation comparative, je répondrais par ce que j'ai déjà dit en commençant le compte-rendu de ce concours, que je ne me crois ni le droit, ni le devoir d'aller plus loin. Le reste est besogne du jury. Si mes appréciations ont été justes et dictées par le sentiment de l'équité; si, selon la belle expression de Luther, la parole est une épée dont la science est le fourreau, le jury et mes lecteurs savent aussi bien que moi dans quel fourreau se trouve cette épée-là.

Amédée Latour.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

La liste de souscription pour le banquet annuel de l'Union Médicale, qui aura lieu le jeudi, 19 février, à six heures du soir, chez Lemardelay, 100, rue Richelieu, sera close mercredi, 18 février, à cinq heures du soir.

S'inscrire ou écrire au bureau du journal.

EMPOISONNEMENT PAR LE CIDRE. — Le cidre, à Paris, est fabriqué par les brasseurs. Un certain nombre d'entre eux, au lieu de faire fermenter les pommes dans des cuviers en bois, étaient dans l'habitude, depuis quelque temps, de se servir de chaudières étamées. Comme le jus de pommes se combine avec le sulfate de plomb qui se trouve en grande partie dans l'étain, le cidre en était ainsi saturé. Beaucoup de personnes ont été grièvement indisposées par suite de cette imprévoyance. En dernier lieu, le sieur François M..., demeurant rue des Deux-Écus, fut atteint d'un mal subit qui l'emporta en quarante-huit heures, et que les médecins chargés de l'autopsie reconnurent pour un empoisonnement, connu dans la science sous le nom d'encéphalo-saturnin; la fille de M. François M..., dont le rétablissement sera long, a failli succomber comme son père. Plusieurs brasseurs se trouvent compromis, et auront à répondre de ces faits devant la justice.

COLLÉGE MÉDICAL EN JUPONS. — Décidément le collége médical femelle de Boston ouvrira ses cours de médecine au mois de février. Les professeurs seront au nombre de six.

PHARMACIE. — Les colléges de pharmacie des différens États de l'Union américaine sont dans l'intention de tenir prochainement à New-York un congrès dans lequel ils fixeront les qualités-types des substances médicamenteuses pour les adresser ensuite aux inspecteurs de la pharmacie. Cette mesure semble des plus utiles dans un pays où la falsification des drogues pharmaceutiques est poussée à une perfection qui dépasse tout ce qu'on peut imaginer.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 14 Janvier 1852. — Présidence de M. BOUVIER, vice-président.

(Suite. — Voir le numéro du 10 Février.)

M. ROGER (Henri) demande à présenter quelques considérations sur le fait précédent. Il désire savoir si, en présence des phénomènes nerveux extraordinaires qu'a présentés la jeune fille dont l'histoire vient d'être racontée, M. Moissenet n'a point eu l'idée qu'il pouvait y avoir simulation, et si, par quelques épreuves, il n'a point cherché à s'en assurer.

M. MOISSENET croit que la lecture de l'observation tout entière, dont le résumé seulement vient d'être présenté, suffirait pour montrer qu'il n'y a pas eu simulation dans les faits précités : l'idée d'une affection simulée s'est, en effet, présentée à son esprit; mais, après examen attentif, il ne lui est pas resté de doute sur la réalité de la maladie de la jeune fille.

M. ROGER : J'aurais désiré que des épreuves, complètement décisives, eussent été faites pour arriver à la vérité. Pour moi, quand je me trouve en face d'un fait merveilleux, la disposition de mon esprit, disposition fâcheuse peut-être, est le scepticisme. Eh bien ! l'observation rapportée par notre honorable confrère M. Moissenet, me semble rentrer dans la catégorie de celles où le doute est permis. Ainsi, les phénomènes que sa jeune malade a présentés, ont offert quelque chose de si étrange, qu'il n'a pu lui-même les rapporter à une affection précise. Ce n'était pas de l'épilepsie, mais des convulsions épileptiformes; ce n'était pas non plus de l'hystérie, mais des attaques hystériformes; puis, je suis frappé de cette circonstance que tous les médicamens échouèrent et que l'intimidation seule réussit. Remarquons, en outre, que l'extase est une manifestation morbide qui est très rare, et que chez les enfans l'aliénation mentale est une affection véritablement exceptionnelle. Au contraire, la simulation des maladies n'est pas rare, même chez les sujets très jeunes. M. Blache a vu en consultation, avec un médecin d'aliénés, un petit garçon de huit à dix ans, qui simulait parfaitement des attaques épileptiformes; au moment où l'on s'y attendait le moins, il se laissait tomber par terre et paraissait agité de mouvemens convulsifs; il finit par avouer qu'il avait fait semblant d'être malade, parce qu'il avait vu qu'on s'occupait alors de lui et qu'on faisait toutes ses volontés. M. Lainé, qui donne des leçons de gymnastique depuis quelques années aux épileptiques et aux hystériques de la Salpêtrière, a acquis la certitude qu'un assez grand nombre de ces jeunes filles simulaient des attaques; il en a rencontré une surtout, si habile dans ce genre de simulation, qu'elle mit au défi le médecin de la division et le professeur de gymnastique, et qu'il était véritablement impossible de ne pas croire, chez elle, à la réalité de l'épilepsie.

Je me rappelle avoir été moi-même dupe, pendant plusieurs jours, d'une jeune fille de douze à treize ans, de famille excellente, d'une éducation parfaite, et qui simulait de l'extase. La première fois que je la vis, elle paraissait endormie d'un sommeil dont on ne pouvait pas la tirer : elle n'entendait point, ne répondait pas aux questions; elle restait immobile et muette dans son lit; des pincemens assez forts, des excitans, appliqués extérieurement, ne semblaient déterminer aucune sensation; les bras, levés en l'air, retombaient comme une masse inerte, etc.; en un mot, je crus positivement avoir affaire à un exemple d'extase, et je me félicitais d'avoir été témoin d'un fait aussi rare et qui me semblait offrir tous les caractères de l'authenticité; plusieurs jours de suite, je revins voir cette jeune fille, et toujours, malgré la médication antispasmodique que je mettais en usage, les phénomènes extatiques persistaient. Ne me doutant en aucune façon d'une supercherie, j'observais avec soin, me promettant de publier une observation aussi curieuse; et, chaque fois, sans méfiance, je causais tout haut devant la jeune personne endormie, et de l'extase, et des affections nerveuses analogues. A l'une de mes visites, je venais de constater, comme les jours précédens, la paralysie du mouvement des bras, lorsque la mère de la malade me demanda s'il ne s'agissait pas, dans le cas présent, d'une catalepsie? — Non, Madame (répondis-je), car, dans la catalepsie, les bras levés en l'air conservent la position qu'on leur donne; et, au contraire, vous avez vu tout à l'heure qu'ils sont retombés quand, après les avoir levés, je ne les ai plus soutenus. — Puis je continuai ma conversation, et je prolongeai ma visite quelque temps encore. Au moment de sortir, je voulus m'assurer si la paralysie persistait encore : je pinçai la peau, et la jeune fille ne bougea point; je levai un bras, et voici qu'à mon grand étonnement ce bras resta suspendu en l'air : je fis de même avec l'autre bras, et de même il se soutint tout seul, dans une raideur cataleptique. Dès ce moment, je compris que j'avais été mystifié; je me retirai, mais en ayant soin de dire tout haut à la mère de cette petite comédienne que la maladie était assez sérieuse; qu'il faudrait probablement en venir, le lendemain, à une application de cautères multipliés dans le dos; que ce moyen était fort douloureux, mais infaillible. Il le fut en effet, car dès le soir même, le sommeil finissait et les accès d'extase ne revinrent plus. J'appris, deux ou trois semaines plus tard, que le matin même du jour où la maladie avait commencé, il avait été question de mettre la jeune fille en pension dans un couvent; désormais, l'extase m'était clairement expliquée; et mon observation, que je recueillais de bonne foi et que j'aurais publiée de même, perdait son caractère merveilleux : c'était tout simplement un cas de simulation.

M. MOISSENET répond que sa malade, à une certaine époque de l'affection, n'avait aucune raison pour simuler. De plus, il l'a fait surveiller, pour découvrir, s'il y avait lieu, quelque supercherie; il s'est livré à quelques épreuves, telles que l'application d'un flacon d'ammoniaque sous le nez, etc.; et finalement il est arrivé à cette conviction que la simulation des attaques par un enfant, telles qu'elles se présentaient, était impossible.

M. ROGER objecte que les expériences destinées à révéler la vérité dans des cas de ce genre doivent être non seulement multipliées, mais encore dirigées dans un certain sens; il faut pour ainsi dire tendre des piéges aux malades, les tromper pour être bien sûr de ne pas être trompé soi-même.

M. GUILLOT (Natalis) insiste sur la difficulté de recueillir les observations semblables à celle que M. Moissenet a communiquée à la Société et en même temps sur l'importance qu'il y a de les publier : ces faits sont de nature à en provoquer d'autres plus ou moins analogues. Pour lui, il ne met pas en doute la possibilité de la somniation spontanée; il en a vu un exemple fort curieux; c'est celui d'un médecin, assez distingué d'ailleurs, qui était atteint de manie, qui avait des extases de somnambulisme, et qui, dans une de ces promenades, passa par sa fenêtre, fit quelques pas sur un mur et finit par tomber et se tuer. Relever et consigner ces cas extraordinaires et obscurs (en se mettant en garde contre les supercheries dont on pourrait être dupe), c'est rendre un véritable service à la science.

M. ROGER, tout en s'associant à ces idées pour ce qui a rapport au fait de M. Moissenet, fait dont il a proposé l'insertion dans les actes de la Société, dit avoir lu avec soin les histoires de somnambules consignées dans l'ouvrage du docteur Bertrand, et que ces histoires lui ont semblé dépourvues de toute garantie d'authenticité.

M. MOISSENET cite au contraire plusieurs observations d'extase, de somniation, rapportées par des auteurs dignes de foi et qui lui semblent mériter croyance : il en a donné l'indication dans le travail plus développé d'où il a extrait l'histoire de sa malade.

M. BARTH présente quelques considérations sur les diverses épreuves auxquelles on soumet les hystériques qui accusent une diminution de la sensibilité. On se contente, la plupart du temps, de pincer ou de piquer légèrement la peau, et l'on est surpris que ces femmes ne manifestent point de douleur, et l'on regarde cette insensibilité apparente comme une démonstration suffisante. Mais cette preuve est incomplète. Cette insensibilité légère existe réellement chez les hypocondriaques, chez certains individus affectés d'embarras gastrique, chez d'autres dont l'esprit seulement est préoccupé; dans ces cas, l'action de la volonté est diminuée. La volonté intervient au contraire souvent chez les femmes nerveuses, chez les hystériques, mais pour tromper. J'ai vu, il y a quelques semaines, à l'infirmerie de la Salpêtrière, une jeune fille qui présentait des phénomènes nerveux bizarres hystériformes, et dont les accès se renouvelaient toujours au moment de la visite. Le doute me vint de quelque supercherie; j'engageai à ne plus faire attention à ces attaques, et si celles-ci se manifestaient de nouveau de les combattre par une douche d'eau froide; elles cessèrent à partir de cette prescription. Il y a certes quelque chose de réel chez ces jeunes filles si nerveuses; il y a des troubles positifs de l'innervation, mais fréquemment aussi il y a exagération volontaire.

M. GILLETTE a observé après M. Barth, la malade dont l'histoire vient d'être citée, et il ne partage pas les mêmes doutes. Si les accès hystériques se renouvellent plus fréquemment parce que cette jeune fille veut se rendre plus intéressante, toujours est-il que plusieurs de ces accès lui ont semblé d'une réalité incontestable. Une de ces attaques, entre autres, a duré trois jours et trois nuits, et, pendant ce temps, il y avait simultanément une vive sensibilité de la tête et du cou, avec insensibilité des membres, dans la profondeur desquels on pouvait impunément enfoncer une aiguille : la malade pendant tout ce temps resta comme étrangère au monde extérieur, et il fallut une médication active pour faire cesser cet état. Sennert, dans un passage où il discute l'existence des possédés du démon, dit : la preuve que ces femmes sont possédées du démon, c'est que si l'on vient à toucher quelque partie du corps, elles ne sentent rien, et si on les pique, il ne sort point de sang. M. Gillette croit avoir remarqué pareillement que les piqûres faites chez les hystériques fournissent moins de sang. En résumé, il pense qu'on doit se tenir en garde contre les hystériques, mais qu'il ne faut pas non plus croire qu'elles trompent toujours.

M. BARTH n'a pas prétendu contester la réalité des accès d'hystérie; mais on a cité des exemples fort merveilleux de troubles de l'innervation, l'on s'est demandé si ces faits étaient rares ou communs, et l'on a signalé des cas de simulation; pour lui, il a indiqué quelques phénomènes qui sont regardés comme des preuves d'insensibilité et qui ne lui paraissent pas convaincans.

Pourquoi y a-t-il un si grand nombre d'accès hystériques simulés; c'est que l'amour du merveilleux a, chez les femmes, une puissance infinie. La simulation est parfois si parfaite que tout le monde est trompé, parens et médecins. C'est surtout lorsque plusieurs médecins se réunissent pour observer un fait prodigieux que les hystériques redoublent d'habileté; témoin la femme dont M. Fauvel a raconté l'histoire et qui prétendait vivre sans manger; d'autres, qui vomissaient du sang, des matières fécales préalablement avalées, dont les urines laiteuses redevenaient naturelles lorsqu'on les sondait. Dans ces cas, la supercherie a été poussée d'autant plus loin, que les femmes étaient surveillées de plus près. Je ne récuse pas toutes les observations insolites de troubles de l'innervation comme fausses (j'ai moi-même publié un fait de catalepsie que je crois authentique parce qu'il s'agissait d'une personne de 40 ans, et parce que ce fait, par ses circonstances antérieures et présentes, offrait toute garantie); mais je répète que, tout en admettant ces histoires extraordinaires, je crois qu'elles sont fort rares et qu'il est très facile de se laisser tromper.

M. MOISSENET connaît très bien les observations d'urines prétendues laiteuses et de faux vomissemens, etc.; mais chez les femmes qui en étaient le sujet, le mobile était moins l'amour du merveilleux que le désir d'un séjour prolongé à l'hôpital. Chez une jeune fille comme celle dont il a parlé, qui se trouve dans une position sociale différente, lorsqu'on a écarté tout motif plausible de simulation, on est bien obligé de croire à la réalité des phénomènes qui se passent devant vos yeux.

M. BOUVIER relève dans le récit de M. Moissenet une phrase qui semblerait faire croire qu'il admet la possibilité chez les hystériques, de deviner l'avenir. Dans les cas où des pressentimens, où des rêves, des divinations pareils se sont réalisés, il y a eu seulement coïncidence et pur hasard.

M. BARTHEZ (François) énonce plusieurs circonstances qui lui semblent infirmer l'authenticité du fait rapporté par M. Moissenet : les preuves données contre la possibilité d'une simulation ne lui ont pas paru concluantes.

M. MOISSENET rappelle les détails les plus saillans de son observation qui le font persister dans son opinion première, relativement à l'impossibilité de la simulation.

Le secrétaire : Henri ROGER.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séances de Janvier 1852. — Présidence de M. le docteur TRÈVES.

M. le docteur Gaide, en quittant le fauteuil de la présidence, adresse à la Société des remercîmens vivement sentis, pour le bienveillant concours qu'elle n'a cessé de lui prêter, en lui rendant sa tâche agréable et facile. Il regrette que le retard apporté dans la publication du *Bulletin* ne lui permette pas d'entretenir la Société de ses travaux de l'année. Il fait appel à l'exactitude des membres pour assister régulièrement aux séances, et augmenter ainsi l'intérêt de nos réunions bimensuelles.

M. le docteur Trèves remplace M. le docteur Gaide au fauteuil présidentiel, et remercie, à son tour, ses collègues de l'avoir appelé, par leurs bienveillans suffrages, à ce poste d'honneur. Au milieu des changemens qui se pressent en foule autour de nous, il espère que la Société continuera, comme par le passé, à s'occuper sérieusement des études pratiques de notre art. Il termine son allocution en remerciant notre ancien président pour les soins qu'il a apportés dans la direction des travaux de l'année qui vient de finir, et félicite en même temps le bureau tout entier du zèle qu'il a constamment montré dans l'accomplissement de ses devoirs.

Le bureau, pour 1852, se compose de :

MM. Trèves, président;
Ameuille, vice-président;
Michéa, secrétaire général;
Perrin, secrétaire particulier;
Janin, trésorier;
Smith, secrétaire trésorier;
Compérat, archiviste;
Charrier et Hubert-Valleroux, référendaires.

M. le secrétaire général rappelle les articles du règlement, relatifs à l'admission des membres de la Société :

ART. 3. — Pour faire partie de la Société médico-pratique (fondée en 1805), il faut être revêtu du titre de docteur en médecine et en chirurgie. Toutefois, la Société peut admettre trois pharmaciens ou les savans connus par leurs travaux dans l'une des branches accessoires dans l'art de guérir.

ART. 6. — Tout candidat qui se présente doit faire sa demande par écrit. Cette demande doit être apostillée par deux membres de la Société. Les candidats au titre de membre correspondant sont dispensés de cette dernière formalité.

ART. 7. — Tout candidat au titre de membre titulaire ou correspondant, doit joindre à sa demande écrite un travail médical manuscrit ou imprimé, indépendamment de sa thèse inaugurale, à moins que celle-ci ne contienne elle-même un travail original.

La Société entend ensuite les communications suivantes :

M. MICHÉA lit une note sur le délire dans ses rapports avec les maladies aiguës, et rapporte entre autres l'observation d'un fou dont le délire et la folie cessèrent par l'apparition d'une fièvre typhoïde grave dans laquelle le pouls se montra très lent, et qui finit par succomber.

M. le docteur CHARRIER dit qu'une chose l'a frappé, c'est la lenteur du pouls dans cette affection typhoïde. Il l'a vue chez un malade qui arriva au dernier degré du marasme, et ne se releva qu'à force de quinquina, la peau était fraîche et le pouls lent. Pierre Franck décrit cet état sous le nom de *fièvre lente nerveuse*. On l'appelle encore, selon M. Dreyfus, *fièvre lente d'Huxham*. M. Charrier fait remarquer en passant que la folie est un désordre moral essentiel, et la preuve qu'elle n'est point toujours liée à une lésion organique, c'est qu'une maladie aiguë survenant, une fièvre typhoïde, par exemple, la folie disparaît.

M. AMEUILLE a également observé cette lenteur remarquable du pouls chez deux individus atteints de fièvre typhoïde. L'un est un monsieur de 35 ans, habitant habituellement près Paris. La maladie parcourut toutes ses périodes; épistaxis, bronchite, gargouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée abondante, pétéchies, et dura près d'un mois, sans que le pouls dépassât 64 à 68 pulsations, les trois premiers jours exceptés. La peau était fraîche.

Chez l'autre malade, garçon de café, Auvergnat, âgé de 24 ans, la maladie fut légère et dura une quinzaine de jours seulement. Le pouls, après avoir offert une certaine fréquence durant les premiers jours, tomba de 80 à 50 pulsations par minute. L'état s'améliorait, la diarrhée était moindre, la peau fraîche, l'œil moins vitreux, notre confrère fut plus étonné qu'inquiet. Il soupçonna que chez ce malade le pouls était peut-être très lent à l'état normal. En effet, depuis, il a constaté que le pouls ne donnait chez ce jeune homme, ainsi que chez un de ses cousins, âgé de 30 ans, que de 44 à 50 pulsations.

M. PERRIN lit une observation sur un cas curieux d'oblitération spontanée de la cavité de l'intestin grêle, par un peloton d'ascarides lombricoïdes et des débris de gras-double, chez un enfant de deux ans. La mort arriva rapidement en quelques heures, avec des vomissemens incessans, sans garde-robes, et avec tous les symptômes les mieux tranchés de l'étranglement intestinal. L'obstacle situé sur la limite des deux tiers inférieurs de l'intestin grêle était formé par une vingtaine de lombrics pelotonnés les uns sur les autres, et sept ou huit fragmens assez gros de gras-double avalés dans leur entier par l'enfant, trente-six heures environ avant sa mort, et dont quatre, circonstance remarquable, étaient embrochés par des ascarides; cette masse, moitié inerte, moitié vivante, avait donc, à un moment donné, pendant l'existence de l'enfant, déterminé tout à coup une oblitération complète du canal digestif, puis bientôt amené à sa suite tous les accidens rapidement mortels et ici foudroyans de l'étranglement interne par obstacle au cours des matières intestinales.

Sur des questions de MM. Thirial et Homolle, M. Perrin répond que l'enfant n'a rien présenté antérieurement dans sa santé qui appelât l'attention. Il ajoute que son observation est surtout digne d'être signalée à cause de cette singulière circonstance de lombrics perforant des morceaux de viande de nature fibreuse, dense, résistans, avalés dans leur envier, trente-six heures auparavant, par le petit malade, sans une mastication préalable et suffisante. Cette observation plaiderait ainsi en faveur de l'opinion de Mondière, qui admet que, dans certaines circonstances, « les lombrics peuvent se frayer directement un chemin à travers les parois intestinales, non pas en rongeant les tissus, mais simplement en en écartant les fibres au moyen de leur extrémité antérieure, laquelle, au rapport de M. Blainville, est susceptible de s'ériger et d'acquérir une force qu'augmente encore les valvules à bords durs et tranchans dont elle est garnie. »

M. Gaide émet quelques doutes sur la réalité de la perforation des morceaux de gras-double par les lombrics, et il regrette que les autres morceaux non embrochés par les vers, n'aient pas été examinés pour savoir s'il n'y avait pas également de perforation. Quant à la possibilité de la perforation de l'intestin par les helminthes, il ajoute que, le canal digestif étant vivant, il doit opposer plus de résistance encore qu'une masse inerte.

M. Perrin répond que M. Gaultier de Claubry a cité un cas de perforation dans lequel un lombric était à moitié dans l'intestin et à moitié dans le péritoine, et cela, sans maladie appréciable des parois intestinales.

M. le docteur Dreyfus cite, en outre, Hufeland, qui admet la perforation de l'intestin par les vers.

M. Dreyfus demande la parole pour rapporter quelques cas heureux de l'emploi du collodion. Il a employé ce moyen dans un cas d'ulcération du sacrum, chez un individu atteint d'une fièvre typhoïde arrivée à la période de réparation. Le quinquina, le camphre, la poudre de charbon, tout échonant, notre confrère lava bien l'ulcération, et la recouvrit d'une bonne couche de collodion. En trois jours, la guérison était obtenue.

Un vésicatoire, appliqué sur la région du cœur d'une jeune dame affectée d'hydro-péricardite, ne veut pas sécher, quoiqu'on fasse; on l'enduit de collodion, et, en quelques heures, il est déjà en voie de guérison.

Une engelure ulcérée tourmente une jeune personne. Pansement au collodion. Au bout de quelques heures, le changement est très notable, et la guérison est complète en trois jours.

M. Charrier dit que lorsqu'on a introduit le collodion dans la pratique, on avait surtout pour but de mettre une plaie à l'abri de l'air. L'emploi de ce moyen réussira toutes les fois que cette indication se présentera. Mais on ne doit pas oublier qu'il faut autre chose que l'abri du contact de l'air pour guérir une plaie. Il est, en effet, nécessaire qu'elle soit en voie de réparation, autrement la cicatrisation attend pour se faire. M. Charrier emploie le collodion en l'étendant sur une batiste, ce qui, selon lui, est préférable.

M. Homolle demande à faire une autre communication pratique à la Société. Il y a quelques mois, les journaux ont parlé de la mort subite d'une femme qui a succombé à la suite d'une rupture d'une varice à la jambe. Dernièrement, notre confrère a été appelé chez une fruitière de son voisinage, qu'il trouva couchée, sans connaissance, sur le sol de sa chambre, littéralement inondé de sang. Il s'agissait également d'une varice rompue à la jambe. Un bas lacé, déchiré inférieurement, serré en haut, entretenait et favorisait l'écoulement sanguin. Enlever ce bas, faire une simple compression un peu ferme à l'aide d'une bande roulée jusqu'au dessus de la varice, furent l'affaire d'un instant. L'hémorrhagie s'arrêta en même temps, Puis on coucha la malade, évanouie, pâle, décolorée. L'état syncopal et même convulsif persista. Le cœur ne donnait qu'un seul battement assez fort heureusement. Notre confrère fit allumer du feu, entoura les membres de linges chauds, et donna une potion stimulante avec l'alcoolat de mélisse, de canelle, l'éther et le sirop de quinquina. Peu à peu la malade revint à elle. Le lendemain, au moindre mouvement, le cœur battait avec force, mais sans bruit de souffle. Ce qui prouve bien que la grande impulsion du cœur ne provient pas toujours de la quantité de sang et de sa richesse.

M. Smith demande quelle a été la cause de la rupture de cette varice?

M. Homolle répond que, pendant quelque temps, le bas lacé avait été quitté, et que quelquefois, par suite de cette imprudence, un petit jet de sang avait eu lieu. Dans ce cas, cette femme se contentait de mettre une compresse, de resserrer son bas lacé, et l'hémorrhagie s'arrêtait. Il ajoute encore, qu'au moment de l'accident, cette femme était enceinte de 7 mois, ce qui augmentait encore le volume des varices, et les prédisposait à la rupture. Enfin M. Homolle termine l'histoire de sa malade en disant qu'à partir du moment de l'hémorrhagie, elle cessa de percevoir tout mouvement de l'enfant, et que, huit jours après, elle accoucha d'un fœtus en partie atteré. La malade put se rendre à pied chez la sage-femme, d'où elle revint le lendemain. Elle est aujourd'hui parfaitement guérie.

A l'occasion du fait de M. Homolle, M. le docteur Bauche raconte qu'il a vu mourir une vieille femme de 73 ans, d'une hémorrhagie, suite d'une rupture de varice.

M. Delcroix a été appelé à pratiquer une ablation de sein dans des circonstances assez remarquables pour l'engager à en faire part à la Société. Sa malade, opérée d'abord à Brest, le fut une seconde fois, deux ans après, par M. Velpeau. Le même chirurgien, deux ans plus tard, fut obligé d'opérer de nouveau. Enfin, il y a quelques mois, deux nouvelles années après la troisième opération, notre confrère a pratiqué la quatrième. L'aspect de cette dame n'a rien de cancéreux, elle est fraîche, en dépit de ses 74 ans. Malgré quatre opérations successives, le sein est presque entièrement conservé, la maladie s'étant développée chaque fois d'une manière très circonscrite, et toujours de dedans en dehors. Cette fois c'était sous le menton. L'incision fut plus grande que les précédentes. Notre confrère a disséqué les filamens fibreux, durs, qui s'épanouissaient autour de la tumeur, et il espère être plus heureux que ses devanciers. L'appareil a été enlevé au bout de quatre jours, la cicatrice est linéaire, il n'y a pas une seule goutte de pus. M. Delcroix attribue ce résultat, qui lui est assez habituel, à ce qu'il ne réunit pas sa plaie immédiatement après l'opération, il la laisse sécher, et au bout de trois quarts d'heure environ, quand elle est bien sèche, il la réunit, la matelasse largement avec de la charpie, et applique un bandage de corps qu'il coud avec soin pour éviter tout dérangement ultérieur, et prévenir toute compression inégale.

La séance est levée.

Le secrétaire, Dr Perrin.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéro du 30 Décembre 1851.

Du traitement des hydropisies passives, et en particulier de celles qui sont déterminées par les affections organiques du cœur; par le docteur Jaegerschmit, de Lectoure (Gers).

Dans ce travail, l'auteur a eu pour but de faire connaître les bons résultats qu'il a obtenus de la médication employée par M. Debreyne, médecin de la Grande-Trappe, dans le traitement de ces maladies. On sait que cette médication se compose : 1° d'un *vin diurétique majeur*, préparé avec jalap concassé 8 grammes, scille concassée 8 grammes, nitrate de potasse 15 grammes, que l'on fait macérer pendant vingt-quatre heures dans un litre de vin blanc, et que l'on administre de la manière suivante : le premier jour, trois cuillerées à bouche en trois fois; une le matin, une à midi et une le soir, toujours une heure ou deux avant le repas; tous les deux jours on augmente graduellement d'une cuillerée à chaque dose, jusqu'à neuf également prises en trois fois. 2° D'un *vin diurétique mineur* préparé avec nitrate de potasse 12 grammes, baies de genièvre 60 grammes, que l'on fait macérer pendant vingt-quatre heures dans un litre de vin blanc, et qui s'administre à la dose d'un verre par jour, divisé en trois fois, un tiers le matin à jeun, un tiers à midi et un autre tiers le soir, une heure au moins avant les repas. 3° De *pilules diurétiques*, qui deviennent aussi quelquefois purgatives hydragogues, et qui sont composées de 12 grammes de poudre de digitale, de 6 grammes de scammonée, d'autant de scille pulvérisée et d'une suffisante quantité de genièvre, pour 120 pilules; une le premier jour le matin, puis deux le second jour, une le matin, une le soir; trois le troisième, une le matin, une à midi, une le soir, ainsi de suite en augmentant d'une chaque jour jusqu'au complément de six, qu'il ne faut pas dépasser. On prend, par-dessus chaque dose, deux ou trois cuillerées de vin blanc, dans lequel on a fait dissoudre 12 grammes de nitrate de potasse pour un litre.

Il est bien entendu qu'on ne met pas ces différentes préparations en usage à la fois; on choisit l'une et l'autre, suivant les circonstances et les besoins. M. Jaegerschmit les a employées successivement toutes. Le vin diurétique majeur et les pilules sont, ainsi qu'on le pense bien, les plus actives; en sorte que dans leur administration il faut apporter beaucoup plus de prudence, tout en ayant égard à l'âge, au sexe, au tempérament et à l'idiosyncrasie du sujet. Ils produisent, l'un et l'autre, un amendement considérable dans les symptômes, la disparition complète, souvent presque subite de l'épanchement séreux, soit par la voie des urines qui est préférable, soit par les selles. Cette amélioration dure un temps plus ou moins long et simule parfois un retour complet et permanent à la santé. Chez l'une des malades dont l'auteur a rapporté l'observation, la guérison se maintient depuis plus de sept années.

Si le vin majeur agit avec efficacité, il faut reconnaître d'un autre côté qu'il fatigue quelquefois; ce qui fait que l'auteur lui préfère d'ordinaire, particulièrement dans les hydropisies occasionnées par une affection du cœur, les pilules diurétiques comme plus agréables, moins incommodes à prendre, et de plus comme remplissant alors une double indication; à savoir la sédation du mouvement circulatoire et l'évacuation de la collection séreuse.

Relativement à ces pilules hydragogues, une trop grande faiblesse, un ralentissement trop considérable du mouvement circulatoire s'opposent formellement à leur emploi, et un médecin prudent doit s'en abstenir dans les cas où, par la digitale qui entre dans leur composition, elles pourraient occasionner de graves accidens. En toute circonstance, il faut, pendant le cours de la médication, soit par le vin majeur, soit par les pilules, en surveiller attentivement les effets. C'est ainsi que, dans un cas, ces dernières ont constamment déterminé une cécité complète et momentanée, disparaissant après que la malade en cessait l'usage, pour reparaître quand elle les reprenait. (Le vin majeur est préférable aux pilules dans les hydropisies qui ne reconnaissent pas pour cause une affection du cœur.)

De l'emploi du SEDUM ACRE *(petite joubarbe) dans les tumeurs du sein.*

Dans cette note, l'attention du public médical est appelée de nouveau sur l'emploi du *sedum acre* dans le traitement de certaines tumeurs du sein, dont le diagnostic n'était pas bien établi. Dans l'un des faits qui y sont rapportés, il est question d'une dame qui portait au sein une tumeur volumineuse qui, jusqu'à la ménopause, était restée stationnaire. A cette époque, et sans que la tumeur eut fait des progrès notables, la malade conçut des inquiétudes et consulta. Divers remèdes furent mis en usage, qui n'exercèrent aucune influence. Ce fut alors qu'elle eut recours à l'application d'un cataplasme composé, dont la partie active était le *sedum acre*. Dès les premières applications de ces moyens, la douleur intermittente dont la tumeur était le siége avait perdu de sa fréquence et de son acuité. La malade continua ce moyen pendant plusieurs mois. Le volume de la tumeur diminua peu à peu et disparut complètement.

L'auteur de cette note fait remarquer que ce moyen a été employé pour la résolution des tumeurs du sein par Linné, Marquet, Vogel, Lombard (de Strasbourg), Tournon et Verney, et à une époque plus éloignée par Fothergill, Hunter, Cullen, etc.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

L'*Univers*, dans son numéro de dimanche, a publié un article contenant les accusations les plus graves contre la Faculté de médecine de Paris et son enseignement. Nous nous proposons d'examiner, sous peu, la valeur de ces attaques. Amédée Latour.

HOSPICES. — La construction du nouvel hospice israélite de Paris, dû à la libéralité de M. de Rothschild, avance rapidement, et cet édifice sera inauguré sous peu.

EXEMPLE A SUIVRE. — L'une des plus grandes maisons de librairie scientifique de l'Angleterre, la maison Highley et fils, libraires du collége royal des chirurgiens, vient de prendre l'engagement public de refuser à l'avenir toute publication sur l'homœopathie, l'hydropathie et autres charlatanismes de même force. Avis à nos libraires français.

CATALEPSIE. — Un fait de catalepsie très bizarre s'est présenté à Caumont (Aisne); la dame Dubilly, tombée en léthargie le mercredi 24 décembre, à cinq heures du matin, est demeurée sans mouvement jusqu'au samedi 27, à deux heures de l'après-midi, où elle a pu articuler quelques sons. Dans son état de sommeil, elle entendait et comprenait ce qu'on lui disait; elle a conservé le sentiment pendant toute la durée de la crise.

— Par décret du Président de la République, du 12 janvier 1852, a été nommé à un emploi de chirurgien aide-major de 2e classe, concours de 1849, M. Delaunay, chirurgien aide-major commissionné au 14e de ligne, en remplacement de M. Gremaud, mis en non-activité.

— M. Martenot de Cordoux, chirurgien aide-major de 1re classe en Algérie, est désigné pour le 5e bataillon de chasseurs à pied.

Le gérant, Richelot.

Nous recommandons avec la plus vive instance, à nos confrères de Paris et des départemens, les ceintures hypogastriques de Mme Girard, sage-femme, rue Saint-Lazare, n° 3.

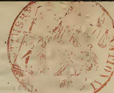
Ces ceintures, destinées aux femmes enceintes et à celles affectées de l'abaissement de l'utérus, d'antéversion, rétroversion, chute de matrice, écartement de la ligne blanche, hernie ombilicale et hydropisie, n'offrent plus rien à désirer sous tous les rapports, et elles SONT LES SEULES APPROUVÉES PAR TOUT LE CORPS MÉDICAL.

Elles n'ont rien de commun avec toutes celles fabriquées jusqu'à ce jour.

Nous faisons cette recommandation à nos confrères, dans l'intérêt de leurs cliens.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 21. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 19 Février 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois........ 20 Fr.
1 An........ 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois........ 22 Fr.
1 An........ 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An........ 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 FÉVRIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'assistance très nombreuse qui s'était rendue hier à l'Académie de médecine, s'attendait peut-être à des débats orageux, à quelque discussion passionnée et dramatique, voire même à quelques grains de scandale. Alléchée par les incidens, très inusités, il en faut convenir, de la dernière séance, elle supposait que M. Piorry, à qui la parole avait été réservée, allait faire explosion de colère contre M. Grisolle. Cette attente a été déçue, cette supposition n'a pas été réalisée. M. Piorry a été calme, modéré, presque courtois envers son adversaire, et de cela nous le félicitons sincèrement, quoique la séance ait un peu perdu du piquant qu'on en attendait.

L'honorable professeur a cherché à répondre à toutes les objections de son pressant adversaire. Au défaut de précision dans le diagnostic qui lui a été reproché, M. Piorry a opposé d'abord son habitude et son expérience cliniques, qui ne permettent pas d'admettre qu'il puisse se tromper sur le diagnostic d'une fièvre intermittente. Puis, tout dépend de ce qu'on entend par ces mots : fièvre intermittente. Pour M. Grisolle, la fièvre, avec ses élémens : frisson, chaleur, sueur, constitue la maladie. M. Piorry ne l'envisage pas ainsi ; c'est l'état de la rate qu'il considère surtout ; est-elle augmentée de volume, il y a splénopathie, quels que soient les phénomènes symptomatiques par lesquels elle se traduit. De sorte que l'accuser d'un diagnostic vague et peu précis, parce que ses observations ne relateront pas la présence des symptômes par lesquels on est dans l'habitude de caractériser la fièvre intermittente, c'est méconnaître les principes fondamentaux de sa doctrine organopathique, et se placer sur un terrain différent du sien.

Lui reprocher de n'avoir pas administré le chlorure de sodium seul, c'est lui opposer quelques faits exceptionnels très rares, en regard des masses de faits où cette condition de l'expérimentation a été observée.

L'accuser de n'avoir pas tenu compte de la marche naturelle de la maladie, c'est ignorer qu'il n'a expérimenté le remède qu'après quinze jours de séjour des malades à l'hôpital.

Que s'il a varié dans les dimensions qu'il a assignées à la rate normale, c'est que, dans le principe, il avait accepté les chiffres donnés par Meckel ; c'est que la plessimétrie s'est perfectionnée depuis ; et, qu'homme de bonne foi avant tout, il n'a pas voulu persévérer dans une erreur.

M. Piorry a terminé en se félicitant d'avoir fait tomber toutes les objections de son contradicteur.

Ce n'était pas l'affaire de M. Grisolle, qui a voulu prouver *illicò* que tous ses argumens restaient debout. C'est ainsi, du reste, que cela se pratique dans toutes les discussions. — J'ai tué mon adversaire, dit l'un. — Les gens que vous tuez se portent assez bien, dit l'autre ; et le combat recommencerait vingt fois, qu'il n'y aurait jamais pour les combattans ni vainqueur ni vaincu.

M. Grisolle, qui avait voulu prouver dans l'autre séance que M. Piorry s'était fait une rate à son usage, a cherché à démontrer hier que l'honorable professeur s'était fait une fièvre intermittente pour lui tout seul. Pathogénie, symptomatologie, rien ne ressemble à la science vulgaire, enseignée et admise par tous. Ça été là le fond de l'argumentation nouvelle de l'honorable académicien qui a soutenu classiquement tous les droits de la fièvre intermittente à ne pas être dépouillée des symptômes et des phénomènes dont elle est en possession depuis qu'il y a des fièvres.

Nouvelle replique de M. Piorry qui se tient ferme sur le terrain splénopathique.

La discussion, roulant dans ce cercle, était évidemment épuisée quand M. Michel Levy a pris la parole. Ce savant académicien, que l'Academie entend trop rarement, a, dès le début, agrandi et élevé le débat. Ce n'est pas à Paris, dont le climat favorisé ne produit que la fièvre bénigne, qu'il faut étudier les grandes questions étiologiques, pathologiques et thérapeutiques afférentes à la question des fièvres palustres. M. Lévy, a qui d'anciennes observations et un tout récent voyage en Corse, en Algérie, dans le bassin de Rome, donnent une grande expérience, a montré combien il serait peu médical de n'envisager sur ce sujet soit que la rate, soit que l'accident fièvre. C'est l'empoisonnement miasmatique, dans sa synthèse la plus élevée, qu'il faut considérer pour prendre un point de départ véritablement médical. M. Lévy en a tracé un tableau saisissant de vérité et il en a tiré une conclusion thérapeutique des plus importantes. On ne considère, on ne recherche dans les succédanés du quinquina que l'élément anti-périodique. C'est là un tort grave de pratique. La périodicité enlevée, on n'a pas guéri la maladie, on n'a pas agi sur l'influence profonde et intime produite par l'élément paludéen, sur la cachexie palustre, qui donne une physionomie particulière à tous les accidens par lesquels elle se produit. Le quinquina, ce médicament seul, par sa double action tonique et antipériodique, a fourni jusqu'ici au praticien les ressources nécessaires pour combattre et l'élément périodique et l'élément cachectique. Toutes les expériences faites en Algérie et en Corse ont démontré ce fait pratique d'une haute importance.

Nous regrettons que l'espace nous manque aujourd'hui pour publier la note de M. Michel Lévy, nous la mettrons sous les yeux de nos lecteurs samedi prochain.

M. Bouvier a fait au commencement de la séance un rapport sur le tannate de quinine, préparation nouvelle, due aux recherches de M. Barreswil, chimiste, connu par d'importans travaux. Les propriétés de ce sel, indiquées par le rapport de M. Bouvier, paraissent dignes de l'attention des praticiens.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DISCOURS D'OUVERTURE.

Messieurs,

Je ne peux commencer ces conférences cliniques, sans vous exposer d'abord les principes qui, à mon avis, doivent nous guider dans les difficiles études que nous allons entreprendre. Vous vous tromperiez beaucoup si vous vous imaginiez que la clinique consiste uniquement à observer les divers cas des maladies, sans ordre, et pour ainsi dire au hasard, à mesure qu'ils se présentent à vous, et en vous contentant de noter ce qu'ils offrent d'intéressant sous le rapport des causes, de la marche des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement. Sans doute, ce sont là des sujets d'étude bien importans, éminemment utiles, et qui forment les premiers élémens d'une bonne clinique ; mais la clinique a aussi un but plus élevé : c'est d'arriver à la connaissance des faits généraux par l'analyse et l'examen des faits particuliers. Or, Messieurs, comment, d'une part, convient-il d'étudier les faits particuliers, afin que, tout en servant à nous éclairer dans la pratique journalière, ils aient une valeur suffisante pour entrer dans cette analyse définitive? Et comment, d'autre part, arriverons-nous de la manière la plus sûre à la connaissance des faits généraux, à l'aide de ces faits particuliers? C'est ce que je veux examiner aujourd'hui avec vous, persuadé que je suis que c'est le meilleur moyen de déterminer quelles doivent être les bases de la clinique.

De ces deux questions, la dernière est la plus importante, et c'est aussi celle qui a été le plus controversée, surtout dans les trente dernières années. Ne soyez donc pas surpris si c'est par elle que je commence, et si je lui consacre la plus grande partie de ces considérations préliminaires.

Je me suis déjà servi plusieurs fois de l'expression : *faits généraux*, et, quoique sa signification ne soit pas très difficile à comprendre, je crois qu'il est bon de la bien préciser, afin de ne laisser aucune équivoque dans vos esprits.

On doit, en médecine, comme dans toutes les sciences qui ont pour base l'observation et l'expérience, entendre par ce mot *faits généraux* le résultat définitif, ou, en d'autres termes, le produit, la *somme* d'un certain nombre d'observations ou d'expériences qui, prises isolément, pourraient nous induire en erreur à cause de la très grande variabilité des faits et de la multiplicité des coïncidences fortuites. Quelques exemples ôteront à ces expressions ce qu'elles paraissent avoir de trop abstrait au premier abord :

Il y a des faits généraux d'étiologie, de symptomatologie, de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique. Il me serait très facile d'accumuler les exemples de faits généraux d'étiologie. Quand on vous dit que les coryzas, les bronchites se montrent le plus souvent dans les saisons froides et humides ; que la pneumonie est plus fréquente chez les enfans et chez les vieillards que chez l'adulte ; que les déviations de l'utérus se montrent particulièrement après la parturition, on énonce des faits généraux qui supposent nécessairement la connaissance d'un plus ou moins grand nombre de faits particuliers.

En symptomatologie, nous arrivons de la même manière à connaître les symptômes dominans d'une maladie, car ce sont ceux qui apparaissent dans tous les cas ou dans le plus grand nombre des cas de cette maladie. C'est ainsi également que nous arrivons à savoir l'ordre de succession de ces symptômes, car il faut évidemment que, dans la majorité des cas, nous ayons constaté l'existence de cette succession, pour être certains que nous ne nous sommes pas laissés tromper par des faits exceptionnels, dont chaque affection présente toujours un certain nombre. Enfin, comment savons-nous que dans la phthisie, la fièvre typhoïde et d'autres maladies fébriles, la gastrite qui se déclare souvent est une affection secondaire, si ce n'est par l'étude que nous avons faite des cas particuliers, étude qui nous a appris que ces affections surviennent après une plus ou moins longue durée de la maladie principale?

Lorsque vous voyez, dans les livres, un symptôme qualifié de pathognomonique, n'est-ce pas comme si on vous disait que *toutes les fois* que ce symptôme se présente, il doit vous faire immédiatement diagnostiquer une maladie déterminée? Mais le diagnostic n'est pas très riche en symptômes pathognomoniques ; c'est bien plus souvent d'après l'ordre de succession des symptômes, et d'après les divers groupes qu'ils forment, que nous parvenons à distinguer les maladies les unes des autres. Or, je vous le demande, n'est-ce pas en accumulant les faits, et en cherchant *dans quelle majorité des cas* on observe leurs diverses successions et les divers groupes qu'ils forment, qu'on arrive à ce résultat?

Quant au pronostic, qu'il me suffise de vous citer la plupart des aphorismes d'Hippocrate dont je ne veux pas apprécier la valeur, mais qui prouvent que cette numération dont je vous parle a été de tout temps une opération indispensable pour arriver à une conclusion légitime. Lorsque Hippocrate vous dit : tel symptôme est de bon augure, tel autre est de mauvais augure, c'est évidemment qu'il l'a vu suivi d'une bonne ou d'une mauvaise terminaison, soit dans la totalité, soit dans la plupart des cas. La science du pronostic est tout entière dans le résumé succinct d'une observation ou d'une expérimentation répétée un plus ou moins grand nombre de fois.

Reste enfin la thérapeutique. C'est là le point le plus controversé. Mais il me serait bien facile de vous démontrer que, sous ce rapport encore, le procédé est le même. Sans doute, lorsqu'on veut instituer un traitement nouveau, on peut être guidé par des inductions particulières et qui ne demandent pas des observations multipliées. Mais dès qu'on veut persuader aux autres que ces inductions ne sont pas trompeuses, quel autre moyen a-t-on que de rassembler des observations, de les comparer, de les grouper et de faire voir à l'aide des faits particuliers qu'on n'était pas la dupe d'une illusion, d'une fausse analogie ou d'un faux raisonnement? Je n'en veux pas d'autre preuve que le soin que prennent les auteurs de vous indiquer le grand nombre des observations recueillies et la constance plus ou moins grande des effets obtenus.

C'est donc une vérité qui ressort de tout ce qui a été fait d'important en médecine dans la suite des siècles : *que l'on n'arrive soit à la connaissance, soit à la preuve de l'exactitude des faits généraux qu'en rassemblant et en énumérant les faits particuliers.* Vous voyez dans tous les écrits l'expression tantôt vague, tantôt précise de cette énumération, et vous n'avez qu'à ouvrir presque au hasard un traité de pathologie pour

y trouver ces mots : souvent, le plus souvent, ordinairement, parfois, etc., qui représentent évidemment des nombres.

Cela posé, nous devons maintenant rechercher quelle est la meilleure manière d'arriver à la connaissance de ces faits généraux qui, lorsque leur existence est rigoureusement constatée, acquièrent la valeur de *lois pathologiques*. Pour moi, Messieurs, et j'espère faire passer cette conviction dans vos esprits, il n'y en a qu'une : c'est de mettre en usage la *méthode analytique* aidée du *procédé numérique*, ce qui constitue la véritable *statistique médicale*.

Il est possible, Messieurs, que vous ayez été prévenus contre la *Statistique médicale*, car, il n'est rien qui ne soit contesté, et la statistique médicale, subissant le sort commun, a rencontré d'ardens adversaires. Pour moi, je ne peux voir dans la plupart des attaques qui ont été dirigées contre elle, que le résultat d'un véritable malentendu. Si on avait bien compris quel est le rôle qu'elle est destinée à jouer dans les recherches médicales, on n'aurait assurément eu aucune répugnance pour elle. Mais, au lieu de s'en enquérir d'une manière précise, on a préféré combattre une prétendue substitution du chiffre brut et sans interprétation, à l'étude attentive des divers cas de maladie, on a dit que c'était soumettre l'esprit humain au despotisme inintelligent des chiffres. On s'est grandement trompé. Il ne fallait qu'un peu d'attention pour voir que la statistique médicale n'est qu'un procédé utile, indispensable pour suppléer à la faiblesse de notre esprit, et rien de plus.

Vous avez vu, et il est inutile de revenir sur ce point, qu'on ne peut arriver à la connaissance des faits généraux que par la connaissance exacte d'un certain nombre de faits particuliers. Que faudrait-il donc pour que l'analyse exacte aidée, du procédé numérique, fût inutile? Il faudrait que notre esprit pût embrasser d'un seul coup d'œil dans leur ensemble et dans leurs détails, une multitude de faits variables, complexes, difficiles à observer, comme ceux qui passent journellement sous nos yeux; il faudrait, qu'après les avoir ainsi disséqués jusque dans leurs plus petites fibres, s'il m'est permis de parler ainsi, nous fussions doués d'une mémoire assez vaste pour les retenir tous, pour les rapprocher, pour les comparer dans leurs rapports si multipliés, et pour ne pas en omettre un seul dont l'oubli pourrait compromettre la rigueur de nos jugemens. Si l'esprit de l'homme était ainsi fait, assurément il n'aurait nul besoin des divers procédés inventés pour lui venir en aide. Mais est-il nécessaire que je vous fasse observer combien la tâche que je viens d'indiquer est immense, et combien d'un autre côté notre intelligence et notre mémoire, livrées à leur propre force, sont au-dessous d'elle? Vous avez entendu parler de ces individus qui étonnent les mathématiciens par la facilité avec laquelle ils résolvent, sans le secours de la plume, les questions d'arithmétique les plus compliquées; eh bien, Messieurs, cette faculté si surprenante dont ils sont doués, ne serait qu'une aptitude des plus vulgaires en comparaison de celle que posséderait l'homme doué de la pénétration, de la certitude de mémoire et de la profondeur d'analyse dont je vous parlais tout-à-l'heure.

Ainsi donc, la statistique médicale n'a pas été instituée pour remplacer le raisonnement et les spéculations de l'esprit; mais pour leur fournir une base solide et bien connue sur laquelle ils puissent élever leur édifice. Si vous avez tenu une note exacte des faits observés, si vous les avez analysés, groupés, comparés et comptés, il vous sera ensuite permis de vous livrer à toutes les interprétations que vous voudrez, car si votre imagination vous trompe et vous égare, d'autres auront la connaissance exacte de ces faits pour redresser vos erreurs, et si, au contraire, votre esprit juste ne vous fait voir en eux que les vérités qui s'y trouvent, tous ceux à qui vous vous adresserez seront convaincus, puisque, à côté de l'assertion, vous pourrez toujours placer la preuve.

Je ne m'arrêterai pas à quelques autres objections qu'on a faites à la statistique médicale et qu'il me serait très facile de réfuter. Je n'ajoute qu'un mot à propos d'une de ces objections qu'on a bien souvent répétée. Si l'on vous dit que la statistique médicale ne tient compte que des majorités et sacrifie les minorités, qui ont aussi leur importance, puisqu'enfin les malades qui s'y trouvent compris ont droit à notre attention comme les autres, ne vous laissez pas troubler par cettea ccusation. Rien n'est, en effet, plus erroné. Et comment a-t-on pu penser qu'on pouvait étudier attentivement tous les faits pour connaître à fond leurs rapports et leur manière d'être dans la majorité des cas, sans découvrir dans la minorité des aperçus nouveaux, souvent imprévus et toujours importans? Lisez tous les ouvrages qui ont été faits d'après les principes que je viens d'exposer, et vous verrez qu'on y tient toujours très grand compte, non seulement des minorités, mais encore des exceptions qui sont étudiées avec plus de soin qu'on ne l'avait jamais fait.

(*La suite au prochain numéro*).

PHYSIOLOGIE.

DE L'ÉPOQUE OU L'ALLAITEMENT PEUT ÊTRE REPRIS APRÈS SON INTERRUPTION.

Blois, 10 Février 1852.

Monsieur le rédacteur,

L'excellent article de M. le docteur Gubler, *sur le retour de la sécrétion laiteuse après un sevrage prolongé*, publié dans l'UNION MÉDICALE du 17 janvier dernier, m'a rappelé l'ingénieuse théorie de M. Tyler Smith (1), relative aux phénomènes physiologiques de la reproduction, théorie qui se trouve en harmonie avec les faits cités par M. Gubler, et qui augmente, par conséquent, la valeur de leurs conséquences pratiques.

Après avoir expliqué la périodicité fonctionnelle des trois organes qui constituent le système génésique: ovaires, utérus, mamelles, par une alternance d'action à laquelle le centre nerveux spinal sert d'intermédiaire, M. Tyler Smith, comparant en quelque sorte l'évolution des phénomènes successifs de la reproduction à ceux de la gravitation astronomique, divise la période entière pendant laquelle la femme est apte à la génération et qu'il nomme *cycle sexuel*, en trois cycles ou périodes secondaires :

Cycle cataménial,
Cycle de la gestation,
Cycle de la lactation.

Le premier, — le seul qu'on observe chez les femmes non fécondées — opère sa révolution en 28 jours;

Le second s'accomplit en dix fois plus de temps, ou 280 jours;

Et le troisième, ou cycle de la lactation, aurait aussi une durée déterminée.

« Probablement, dit l'auteur, la durée physiologique de la lactation » est aussi un multiple de la période cataméniale, égal à la durée de la » gestation. Dans l'espèce humaine la durée de la lactation est variable, » modifiée qu'elle est par plusieurs causes; mais la physiologie com» parée fournirait des exemples de durée fixe. »

Par une bizarre unanimité, aucun des naturalistes dont je consulte les ouvrages ne fait mention de la durée de la lactation dans les différentes espèces de mammifères; cependant l'observation fournira sans doute des preuves à l'appui de l'hypothèse du physiologiste anglais; et il sera logique d'en conclure que l'espèce humaine est soumise à la même loi.

L'acte de la fécondation ferme le cycle cataménial et amène fatalement l'évolution du cycle de la gestation et de celui de la lactation. L'imprégnation de l'ovule est le signal de la révolution complète du système génésique. Puis, cette révolution accomplie, les organes de la génération rentrent dans le cycle cataménial, pour procéder de nouveau dans le même ordre, « absolument comme la lune, suivant le cycle méto» nique, revient au même point au bout de dix-neuf ans, fait sur lequel » sont basés les *nombres d'or* du calendrier (2). »

Il résulterait de là que lorsque l'allaitement n'a pas eu lieu immédiatement après l'accouchement, ou qu'il a été suspendu pour une cause quelconque, il pourrait être commencé ou repris pendant la durée du cycle de la lactation. Cette conséquence n'est pas rigoureuse, sans doute, mais elle tend à expliquer les faits publiés par M. Gubler, lesquels ne devraient plus être regardés comme exceptionnels, mais au contraire comme parfaitement normaux.

D'où il suivrait qu'il serait très rationnel de tenter de rendre l'enfant au sein maternel, même lorsqu'il en a été éloigné pendant un espace de temps qui faisait croire la sécrétion du lait arrêtée, l'allaitement passant pour un stimulus nécessaire de la lactation.

Dans combien de circonstances les médecins n'auraient-ils pas à se féliciter d'un pareil résultat? Nul doute que la voie ouverte par M. le professeur Trousseau ne soit désormais généralement suivie et féconde en heureux résultats.

Une autre conséquence pratique fort importante découle de la théorie de M. Tyler Smith : c'est l'utilité de l'allaitement dans l'intérêt de la santé de la mère, sauf les contre-indications graves; c'est aussi le danger pour elle d'une nouvelle grossesse succédant à la dernière, avant le terme de la période de la lactation.

En effet, ce n'est peut-être pas impunément que le cycle génésique est interrompu, et que les ovaires et l'utérus sont rendus prématurément à l'ovulation et à la menstruation.

« Sans doute, la nature a voulu que, dans le grand cycle génésique, » les ovaires, l'utérus et les mamelles eussent leurs périodes alternatives » de repos. Ce repos nécessaire de l'utérus et des ovaires, après le tra» vail formidable de la gestation et de la parturition, manque complè» tement lorsque l'enfant est confié à une nourrice mercenaire. De là, » une prédisposition plus grande aux maladies des ovaires et de l'uté» rus. »

Vous jugerez, Monsieur le rédacteur, si cette note est susceptible d'exciter l'intérêt des lecteurs de l'UNION MÉDICALE.

Agréez, etc.

Dr DUFAY.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Février. — Présidence de M. PIOBERT.

M. Cl. BERNARD lit un mémoire intitulé : *Recherches d'anatomie et de physiologie comparées sur les glandes salivaires chez l'homme et les animaux vertébrés.*

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

De l'ensemble des faits contenus dans ce mémoire, il résulte :

1° Que l'anatomie nous montre le groupe des glandes salivaires comme un appareil homogène dont les divers organes sont identiques par leur texture.

2° Que l'analyse physiologique, expérimentale, au contraire, en nous signalant la diversité des produits sécrétés et surtout en nous faisant remonter aux influences nerveuses qui régissent ces sécrétions, nous apprend que chaque glande est annexée à un acte spécial et que sa fonction s'exerce sous des influences séparées et indépendantes. Malgré le déversement et le mélange des différentes salives dans la bouche, leurs usages restent distincts et l'expérience nous fait voir que le rôle caractéristique de la parotide est de sécréter pour la mastication, celui de la sous-maxillaire de sécréter pour la gustation et celui de la glande sublinguale et des glandules buccales de sécréter pour la déglutition.

C'est à l'aide de ces données physiologiques seulement, qu'on pourra étudier et comprendre dans leur signification réelle les modifications qu'éprouvent les organes salivaires dans les diverses classes d'animaux vertébrés. Ce qui doit caractériser les glandes salivaires entre elles, ce n'est pas leur structure anatomique, ni leur volume, ni leur forme, c'est la nature de la fonction à laquelle elles se trouvent annexées. On commettrait donc un contre-sens physiologique si, à l'exemple de quelques anatomistes tels que J.-F. Meckel, on voulait encore trouver chez les oiseaux des glandes parotides et sous-maxillaires qui ne sauraient exister, puisque chez ces animaux, les deux fonctions correspondantes, la mastication et la gustation manquent généralement. Il est évident dès lors que les usages de toutes les glandes salivaires qu'on rencontre chez les oiseaux, doivent être rapportés à la seule fonction qui persiste, c'est-à-dire à la déglutition; et en effet le liquide visqueux et gluant que sécrètent leurs glandes n'a rien de commun avec les salives parotidienne et sous-maxillaire et ressemble en tout point aux fluides que fournissent la glande sub-linguale et les glandules buccales chez les mammifères.

Les diverses glandes salivaires ayant chacune un rôle spécial à remplir, ne doivent pas pouvoir se suppléer ou se remplacer les unes les autres. Toutes les fois qu'une glande salivaire augmente, disparaît ou diminue, c'est que la fonction spéciale subit des variations correspondantes. Chez les mammifères qui mâchent des substances dures et sèches, la parotide est à son summum de développement, tandis que chez ceux qui, comme le phoque, par exemple, vivent dans l'eau et se nourrissent d'alimens humides, cette glande s'atrophie ou disparaît même complètement, bien que, dans ce cas, les autres glandes salivaires aient conservé un développement normal par rapport à la fonction à laquelle elles correspondent. Enfin cette déduction naturelle des expériences m'a conduit à examiner une assertion émise dans les traités d'anatomie comparée, à savoir que chez le surmulot la glande sublinguale manquerait et serait suppléée par la sous-maxillaire. La glande sublinguale du surmulot existe parfaitement distincte comme je l'ai fait représenter dans un dessin. Ainsi se trouve rectifiée une erreur anatomique et confirmée l'utilité des notions de physiologie au développement desquelles ce travail a été consacré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Février 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'intérieur, qui demande un envoi de vaccin pour la maison centrale de Fontevrault, où quelques cas de variole grave viennent de se manifester.

2° Un mémoire de M. FRANÇOIS, ingénieur en chef des mines, sur les moyens employés pour purifier l'air dans les travaux d'exploitation de la fontaine Lucas, à Vichy. (Comm. des eaux minérales.)

3° Une nouvelle lettre de M. SÉDILLOT, de Strasbourg, sur le chloroforme et sur les règles de son application aux opérations chirurgicales.

4° Une lettre de M. CAZENAVE, de Bordeaux, contenant la formule d'un remède qu'il emploie depuis quelques années, avec succès, contre la migraine et les névralgies faciales; c'est une pommade au chloroforme dont voici la composition :

R. Chloroforme pur. . . . . 12 grammes.
Cyanure de potassium. . 10 grammes.
Axonge récente. . . . . 60 grammes.
Cire, quant. suffis. pour obtenir la consistance d'une pommade.

(Comm. MM. Bousquet et Gerdy.)

5° Une note de M. CABIROL, accompagnant un nouvel envoi de bougies en gutta-perka perfectionnées, qu'il soumet à l'examen de l'Académie. (Comm. M. Robert.)

— M. GIBERT lit un rapport officiel sur une communication de M. le docteur Margoton, relative à un remède qu'il a soumis à l'examen de l'Académie, et qu'il qualifie de *puissant spécifique pour la cure radicale des engelures*. Ce remède est composé comme il suit :

R. Eau commune. . . . . 192 grammes.
Acide sulfurique concentré . . 3 grammes.
Teinture de safran. . . . . . xv gouttes.

Mêlez, pour imbiber une compresse en deux doubles, que l'on applique sur la partie malade durant vingt-quatre heures, en la renouvelant de quatre en quatre heures.

Ce remède n'ayant qu'une valeur analogue à celle de beaucoup d'autres astringens généralement employés, M. le rapporteur conclut en proposant de répondre au ministre qui consulte l'Académie sur la valeur du remède proposé par M. Margoton, que ce remède peut, comme les autres topiques astringens et repercussifs, remplir certaines indications utiles dans le traitement des engelures, mais qu'il ne mérite pas plus que ceux-ci le titre de spécifique.

Cette conclusion est adoptée.

M. BOUVIER, au nom d'une commission composée de MM. Orfila, Bussy, Bouvier rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Barreswil, relatif aux *propriétés thérapeutiques du tannate de quinine.*

La commission a fait à ce sujet des recherches desquelles il résulte :

1° Que le tannate de quinine est un antipériodique.

2° Qu'il paraît posséder, sous le même poids, une activité égale, mais non supérieure à celle du sulfate de quinine officinal, pour guérir les fièvres d'accès.

3° Qu'il ne met pas plus que le sulfate de quinine à l'abri des récidives.

4° Qu'il présente infiniment peu d'amertume, ce qui rend son administration facile, même chez les personnes les plus délicates et chez les enfans.

5° Que les observations cliniques tendent à prouver qu'il exerce moins d'action que le sulfate de quinine sur les voies digestives et sur le système nerveux.

6° Que de même qu'il participe, suivant la remarque de M. Barreswil, de la nature du quinquina par ses principes constituans, et du sulfate de quinine par la fixité de sa composition, il se rapproche de l'un et de l'autre par son action thérapeutique.

(1) *On parturition and obstetrics.* Ouvrage dont M. le docteur Chereau a fait une appréciation si méritée dans le numéro du 14 février 1850 de ce journal.

(2) La théorie de Méton, célèbre astronome athénien, excita l'admiration de ses compatriotes au point qu'on grava les chiffres qui en résultaient en caractères d'or sur les places publiques : d'où l'expression de *nombres d'or*.

En résumé, sauf quelques réserves relatives à l'inconvénient qu'a ce sel de se prêter facilement aux falsifications, en raison de son état amorphe, et au défaut d'expériences suffisantes pour les cas de fièvre intermittente pernicieuse, M. le rapporteur conclut que le tannate de quinine agit sur les fièvres d'accès, à la manière du quinquina et du sulfate de quinine, et qu'il peut, dans certains cas, remplacer avec avantage cette dernière substance. Il propose, en outre, d'adresser des remercîmens à l'auteur, et de l'engager à continuer ses recherches et à en communiquer les résultats à l'Académie.

Après quelques observations de M. Caventou, qui insiste sur l'un des inconvéniens signalés dans le rapport, savoir : l'état amorphe et insoluble du tannate de quinine, et la facilité qui en résulte de falsifier ce produit, les conclusions du rapport sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Piorry, relatif à l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes.

La parole est à M. Piorry.

M. Piorry : Messieurs, l'étendue de l'argumentation écrite de M. Grisolle, dans la dernière séance, ne me laissait plus que dix minutes pour une réponse verbale. Je traiterai aujourd'hui du fond de la question ; je n'avais, jusqu'à présent, reproché à notre collègue que la forme de son discours qu'il avait rédigé avec réflexion. Je prendrai successivement toutes ses assertions, je chercherai à en faire apprécier la valeur ; si la réponse est étendue, c'est que l'attaque, ou, comme le dit M. Grisolle, l'accusation, l'était elle-même.

Je ne sais, en vérité, si les membres de l'Académie n'adoptent pas la théorie que j'ai proposée sur le point de départ des accès fébriles périodiques et sur le rôle que la rate peut avoir dans leur production ; certes, je n'ai pas la prétention d'avoir ramené toutes les opinions à ma manière de voir, mais je ne crains pas de dire que bien des convictions depuis longtemps assises sur l'essentialité des fièvres paludéennes, sont ébranlées par mes travaux, et que des esprits sérieux hésitent et attendent des faits et les résultats de la discussion pour se prononcer ; or, c'est là ce que j'espérais, ce que j'ai obtenu, et, persuadé que je suis, de la force des raisons que je fais valoir, je n'en demande pas davantage.

Si M. Bouillaud (que M. Grisolle traite cette fois plus doucement qu'à l'ordinaire) n'adopte pas toutes mes idées, il pense, comme moi, que l'examen de l'état de la rate est, dans le diagnostic et dans le traitement des fièvres intermittentes, d'une très grande importance, ce que M. Grisolle est lui-même forcé d'avouer ; un grand nombre de médecins partagent ma manière de voir ; et quand je serais seul de mon avis, si les faits et la raison me conduisaient à le faire, je croirais devoir y persister.

Messieurs, quand vous me faites l'honneur de me nommer rapporteur d'une commission, je cherche à observer par moi-même, à interroger l'expérience, et à vous soumettre les résultats de mon observation ; de cette façon, on transforme parfois un rapport stérile en un mémoire utile. M. Grisolle, médecin d'hôpital, fait autrement : il préfère la critique à l'argumentation ; il vous dit n'avoir pas employé le sel marin, il discute des opinions, combat des doctrines ; mais il ne vous apporte pas le fruit des travaux qui lui soient propres ; à chacun son rôle, je garde le mien.

Que l'on ait proposé et vanté une multiplicité de remèdes contre les fièvres d'accès, que tous ces remèdes aient plus ou moins été abandonnés, cela ne dit rien sur l'action du sel marin ; comme on voulait combattre les symptômes des accès fébriles périodiques, sans remonter à leurs causes organiques assez variables, il en résultait que l'on ne trouvait pas de spécifique constant ; et la quinine elle-même n'étant pas applicable à toutes les lésions, il en résultait qu'elle n'était pas toujours un médicament utile. On n'avait pas recherché si les substances dont on se servait agissaient ou non sur la rate, et de là l'impossibilité d'être irrévocablement fixé sur l'action définitive de tel ou tel médicament expérimenté.

Je n'ai en aucune façon manqué aux conditions d'une expérimentation thérapeutique. D'abord, quoi que dise M. Grisolle, le diagnostic des cas observés a été on ne peut plus précis. Trente-sept observations recueillies par les élèves et que j'ai déposées sur le bureau, notent, pour la plupart, que l'on s'est assuré qu'il y avait eu chez les malades des accès fébriles ; MM. Charruau, Cherest, Despaulx-Ader, Delaunay, etc., les ont constatés plusieurs fois ; j'affirme que, dans plus de cent autres cas, j'ai pris toutes les précautions nécessaires pour être bien certain qu'il y avait des accès fébriles ; seulement, et encore une fois, j'attache plus d'importance aux signes fournis par l'état matériel de la rate qu'à de petits frissons, à des chaleurs et des sueurs qui, souvent, ne sont reconnus que plus difficilement, je préfère enfin m'en rapporter à ce que je vois, à ce que je touche, à ce que je mesure, qu'à des renseignemens souvent fallacieux.

Comme M. Grisolle, j'admets qu'il y a fièvre intermittente lorsqu'il y a des accès constitués, des stades plus ou moins réguliers, séparés par une apyrexie ; mais la fièvre rémittente est pour moi une fièvre intermittente réunie à une fièvre continue, c'est-à-dire que, dans certains cas, la rate malade donne lieu à des accès périodiques chez des gens qui portent d'autres lésions qui donnent lieu à une fièvre persistante. Seulement encore il arrive que des splénopathies chroniques donnent lieu à des accès intermittens moins bien caractérisés que les affections aiguës de la rate. Un organe lentement malade ne peut produire les mêmes phénomènes qu'un récemment enflammé ou hypérémié.

Eh bien ! dans plus de cent cas, il y avait chez nos malades fièvre intermittente, forte ou faible, parfois entée sur une affection continue, et cet état fébrile intermittent, bien constaté, très bien constaté, a cédé à l'emploi du sel marin.

Je l'ai dit, je le répète, M. Grisolle n'est pas en droit de le nier. Notre jeune collègue ne s'est pas rappelé que la première partie de mon rapport n'a trait qu'à un seul fait : la diminution de la rate à la suite de l'emploi du sel marin. Il n'a pas recherché s'il obtiendrait un seul résultat, et il s'est borné à mettre en doute des faits incontestables, et qui, depuis plus d'un an, se renouvellent presque chaque jour ; mais ces faits restent ; ils ont eu d'innombrables témoins, et l'argumentation de M. Grisolle ne peut même les ébranler ; ainsi le fond des choses reste : le sel marin, ainsi que la quinine, font très promptement diminuer le volume de la rate, et cela en santé comme en maladie, c'est en quarante secondes que cette diminution commence à devenir apparente, quoique l'un des élèves, rédacteur d'une observation, l'ait dit dans une forme hyperbolique, je ne suis responsable que de ce que j'ai dit moi-même, et de ce que je prouverais dès demain à qui voudrait venir expérimenter à la Charité ; une semblable expérimentation peut-être faite sans crainte, car le sel marin n'est en rien un médicament dangereux.

M. Grisolle, confondant toujours ce qui a rapport au simple retrait de la rate, par suite de l'emploi du sel marin avec la question relative au point de départ des accès fébriles, cite les observations 9, 20 et 32, dans lesquelles le diagnostic de la fièvre intermittente n'a pas été, suivant lui, suffisamment caractérisé. Ces faits n'étaient relatifs qu'à l'action qu'exerce sur l'organe splénique le médicament dont il s'agit, et nullement à la fièvre considérée en elle-même. Les reproches de notre jeune collègue à ce sujet, tombent donc d'eux-mêmes. Encore une fois, et je me répète à dessein, la question relative au décroissement de la rate, devait, dans mon rapport, être distraite de celle qui a trait aux causes organiques des fièvres d'accès ; et c'est sous ce point de vue que j'ai cité ces observations.

Obéissant à des convictions anciennes, à des idées générales sur la pathologie, reniant les idées organiques, faisant toujours de la maladie, de la nosographie, M. Grisolle ne veut voir de fièvre intermittente que là où des symptômes bien nets, bien francs, bien dessinés, tout-à-fait caractérisés se déclarent ; il ne voit plus de maladie du même genre quand il n'y a plus de périodicité absolue, à heure tout-à-fait fixe, quand un stade manque, quand les frissons sont faibles, quand leur retour présente quelqu'irrégularité. S'il existe un état continu sur lequel vient s'enter tout l'état intermittent, cela n'est plus une fièvre périodique. Il admet bien qu'une pneumonie aiguë ait des symptômes différens de ceux de la pneumonie latente ou chronique, mais il veut que la rate, quelle que soit sa lésion, donne toujours lieu à des phénomènes absolument identiques, je veux dire : à une fièvre d'accès légitime. Pour moi qui ne conçois pas une entité, fièvre intermittente, mais qui vois des accès fébriles intermittens ayant lieu sous l'influence d'une rate malade, j'admets que des lésions récentes, aiguës, de cet organe, des splénémies causées par les miasmes des marais, produisent des accès intenses et bien caractérisés, tandis que d'anciennes splénies peu prononcées donnent lieu à des frissons, à des chaleurs, à des sueurs mal dessinées, à peu près périodiques. C'est que M. Grisolle recherche la maladie, moi je m'occupe surtout de l'organe malade ; voilà la différence fondamentale entre nous. Elle n'est pas seulement sur un point de la science, elle s'étend sur la médecine entière.

Je n'ai pas dû fonder mon diagnostic sur l'existence d'une fièvre intermittente très régulière et très aiguë, mais sur celle d'accès fébriles parfois peu prononcés, et dès lors, mes observations, amèrement critiquées par M. Grisolle, conservent toute leur valeur.

Il est si important au point de vue clinique d'en agir ainsi, que dans un très grand nombre de cas, des malades restent à l'hôpital durant des mois entiers sans que l'on reconnaisse les accès fébriles légers qu'ils éprouvent ; tout aussitôt que l'on constate l'intumescence splénique, la source du mal est trouvée, on donne du sel marin ou du sulfate de quinine, et l'on guérit en deux jours des gens que rien ne soulageait. Notons comme pratique qu'une névralgie frontale est un des symptômes les plus constans de ces petites fièvres intermittentes qui jusqu'ici ont été si peu étudiées, et dont la connaissance est l'un des plus grands avantages pratiques qui soit résulté de l'étude attentive des splénopathies.

Quoi qu'en dise M. Grisolle, il n'existe point de fièvre intermittente, d'accès fébriles périodiques, sans qu'il y ait splénopathie ou souffrance des plexus nerveux qui correspondent directement avec ceux de la rate (plexus nerveux, spermatique, névralgies intercostales à gauche, etc.) MM. Jacquot et Saunier ont vu les miasmes des marais faire mourir par un empoisonnement du sang à un second accès fébrile, sans que la rate, dit M. Grisolle, ait été trouvée volumineuse ; mais des cas pareils sont très exceptionnels, et dans la manière d'observer de M. Grisolle, lui qui veut toujours attendre pour le diagnostic qu'un très grand nombre d'accès se soient succédé, le poison paludéen ou *éliose* aurait fait périr avant que l'on ait pu constater l'existence d'une fièvre intermittente. Presque tous les observateurs disent d'ailleurs unanimement que dans les fièvres pernicieuses la rate est très malade. D'après tout ceci, la détermination organique d'une splénomégalie est donc un diagnostic d'une grande importance, et c'est un très grand tort à un médecin que de la négliger.

Laissons M. Grisolle m'accuser de faire une rate à mon usage ; — l'Académie jugera de la valeur de cette expression. Suivons notre collègue dans ses argumens.

La rate, dit-il, est érectile, caverneuse ? Est-ce que je l'ai nié ?... Mais c'est pour cela qu'elle se gonfle rapidement sous l'influence des miasmes des marais, et qu'elle décroît si vite sous l'influence du sel marin ou des sels de quinine solubles. Elle augmente, ajoute-t-il, par l'action de l'eau ?.. (bien que M. Gouraud dise l'avoir vue diminuer quand on porte de l'eau dans l'estomac). Mais ce phénomène observé, non pas sur l'homme, mais sur des animaux, n'a pas de durée et n'élude en rien la question. La rate diminue, dit-il, par l'abstinence ; cela doit être, puisqu'il en est ainsi de tous les organes. Mais en quoi cela tranche-t-il les difficultés et contredit-il mes opinions ? Les anatomistes ont trouvé sur les cadavres des rates de volumes très variables ? Mais connaissaient-ils les affections que les malades qui les portaient avaient présentées avant de périr, et ces variations ne pouvaient-elles pas tenir à des lésions spléniques ayant existé pendant la vie et qui auraient eu pour symptômes des accès fébriles périodiques ? Si l'on fait sur l'état normal des organes une déplorable statistique : que l'on veuille prendre pour unité fixe, des organes de cadavres de gens ayant succombé à des lésions très dissemblables, on fait de ces additions menteuses et si dangereuses au point de vue pratique, qu'elles avaient embrouillé, il y a quelques années, les questions médicales les plus claires et obscurci les vérités les plus incontestables.

Assolant, dit M. Grisolle, a vu les rates de chiens de même âge et de même espèce varier comme dimension dans des proportions de 1 à 10, mais ces chiens étaient-ils de même poids et de même taille ? Un roquet a une rate plus petite qu'un boule-dogue ; les circonstances de la mort étaient-elles les mêmes ? Quand on aurait de telles variations normales sur les chiens, seraient-elles du même genre chez l'homme ? Si M. Grisolle voulait critiquer la thèse d'Assolant comme *il accuse* et *condamne* mon rapport, et si Assolant n'était pas là pour lui répondre, en vérité il pourrait exercer parfaitement son rôle d'accusateur. Il vaut, encore une fois, mieux, pour se faire une idée juste du volume de la rate, la mesurer plessimétriquement sur des gens sains, alors que l'on a établi mille fois par des expériences cadavériques que la limitation des organes par la percussion est certaine, que de s'en tenir à des vivisections et à des faits d'anatomie pathologique qui se rapportent à des cas inconnus comme renseignement pendant la vie.

Les mesures que Meckel donne à la rate sont de 4 pouces de long sur 3 *de large* ; j'avais admis ces dimensions (*Percussion médiate*, p. 218) sur la foi de cet auteur qui s'était fondé, dans ses mesures, sur des faits cadavériques dont je viens de signaler les inconvéniens. Je ne donnais donc alors que 9 centimètres dans le diamètre, où maintenant je trouve qu'il y en a de 6 1/2 à 7 1/2. Ce n'est donc pas 12 centimètres, comme le dit M. Grisolle, qui confond ici la mesure de la longueur de l'organe avec celle de la largeur que je lui attribuais.

Je citais plus loin les expériences cadavériques dans lesquelles je limitais et circonscrivais l'organe splénique avec des carrelets, et où aucune erreur n'avait été commise. M. Grisolle se donne garde de parler de tels faits et de centaines de cas du même genre, répétés par moi, par MM. Mailliot, de Montauban, et une foule d'autres, et ne fait pas même attention que c'était en arrière surtout que je percutais la rate (p. 225), et non pas dans la direction où je le fais aujourd'hui ; il oublie que les premières mesures données correspondent au commencement des recherches plessimétriques (1827 et 1828), et que, depuis, une expérience de vingt-quatre ans m'a dû donner plus d'habileté. M. Grisolle veut que tout en médecine reste stationnaiae, les doctrines comme la science et comme l'art, il veut que les artistes ne se perfectionnent pas ; et, cependant, je suis persuadé que l'expérience de M. Grisolle progressera. Eh bien ! je pense que mon habitude, et par conséquent ma dextérité plessimétrique, ont augmenté, et que certains faits que j'avais d'abord incomplètement vus, sont maintenant pour moi bien autrement positifs. Or, voici ce qui est arrivé :

Quand je percutais le côté gauche, me dirigeant de haut en bas, suivant le trajet de la ligne verticale qu'il convient de suivre, je trouvais d'abord une matité légère et profonde, sans résistance au doigt, que j'ai cru longtemps appartenir à la rate, et qui se rencontre à peu près dans l'étendue de 2 à 3 centimètres ; depuis, il a été pour moi évident qu'elle dépendait de la présence du tube digestif recouvert par le diaphragme, et que si même, la rate était là placée profondément, ces points offraient trop de variations pour servir de mesures exactes. Plus bas que les régions occupées par cette matité, se rencontre une autre sensation plessimétrique marquée par un son beaucoup plus sourd, par une résistance spéciale au doigt, et dont le caractère et le siége exacts sont beaucoup plus faciles à saisir que ceux de la matité première. C'est à partir de cette dernière limite que l'on trouve une étendue de 6 centimètres 1/2 à 7 1/2, jusqu'au point où se rencontre le bord inférieur de la rate, encore très mat. Plus bas se trouvent les sons divers dus à l'intestin. Je soumets à l'Académie deux dessins à peu près copiés de mon atlas de plessimétrisme, publié il y a plusieurs mois, et dans lequel il sera facile de se représenter les faits dont il vient d'être parlé. Or, en 1827, 1828 et beaucoup plus tard même, je comprenais toute l'étendue des deux matités précédentes dans mes mesures, qui donnaient ainsi 9 centimètres à peu près, tandis que pour être plus précis, je ne tiens maintenant compte que de la matité la plus marquée. Je remercie M. Grisolle de m'avoir fourni l'occasion de donner l'explication d'une différence de mensuration qui n'est qu'apparente ; car si l'on veut encore tenir compte, comme je le faisais en 1828, de ce que j'appelle la matité abdominale, on aura encore la même mesure. Vous voyez donc, Messieurs, que je n'ai pas fait de rate à mon usage, je l'ai bien étudiée comme il fallait le faire, et comme il est d'usage que je traite une question, c'est-à-dire avec beaucoup de zèle pour la science, et d'amour pour la vérité. La seule erreur à laquelle un examen trop rapide de la rate m'avait conduit, est celle-ci, et M. Grisolle n'en parle pas :

Préoccupé comme le sont encore la plupart des médecins, de cette idée, que la rate augmente d'ordinaire lors du frisson fébrile, me fondant sur un trop petit nombre de faits, j'avais admis la réalité de cette assertion ; il a fallu, pour me faire changer d'opinion à cet égard, que des expérimentations multipliées me démontrassent que le plus souvent il n'en arrive pas ainsi ; tant il est vrai qu'il faut savoir se défier des assertions émises sans preuves formelles, et qu'il n'y a de vérités dans les sciences, que celles qui sont sanctionnées par l'expérimentation attentive.

Non, Monsieur Grisolle, M. Cherest ne m'a pas accusé d'avoir considéré comme des fièvres légitimes, des accès fébriles légers ; car il savait bien que j'étudiais principalement alors l'action du sel marin sur la rate, et il a été si loin de m'accuser, que je n'oserais pas dire les choses bienveillantes que cet honorable médecin, que MM. Charruau, Despaulx-Ader, Delaunay, Letalenet, Fauconneau-Dufresne, ont bien voulu donner de mon rapport. Je ne puis que faire une chose, remercier la Société du 1[er] arrondissement de sa bienveillance, et que louer les formes polies que ses membres savent mettre dans les discussions de bonne compagnie auxquelles ils se livrent.

M. Grisolle m'accuse de n'avoir pas toujours administré exclusivement le sel marin ; mais il avoue lui-même que, dans la majorité des cas observés, il en a été ainsi. Que devient donc alors son reproche ? Que devient-il, alors que j'avais déclaré donner le chlorure de sodium seul, et dans un très grand nombre d'autres faits ? Me blâmerait-il d'avoir voulu savoir si l'on pouvait être plus utile en donnant successivement le sel marin et la quinine aux malades qu'en leur administrant un seul de ces médicamens ? En vérité, l'argumentation de M. Grisolle ne me paraît pas ici supportable. Dans la plupart des cas que j'ai vus, le chlorure de sodium a été administré seul, parfois il a été utile de recourir à la quinine ; quelquefois, la quinine n'a agi que faiblement, et le sel marin a réussi. Voilà ce que j'ai vu, ce que j'affirme, et ce que l'expérience confirmera.

M. Grisolle cite les observations 24, 26, 27, 30 et 31, dans lesquelles les élèves parlent peu de la fièvre et beaucoup de la diminution de la rate à la suite de l'emploi du sel marin ; mais cela est tout naturel ; on cherchait par ces faits non pas à prouver que la fièvre cessait, mais que a rate décroissait. Ces observations ont rempli leur but. A mon tour,

j'accuse M. Grisolle d'avoir mis beaucoup de légèreté dans ses reproches.

M. Grisolle, ne se rappelant pas que j'ai cherché à apprécier l'influence du sel marin sur la rate à l'état normal, dans l'observation 3, blâme très à tort d'avoir parlé de ce fait comme d'un cas de fièvre intermittente, alors qu'il était considéré par moi comme très douteux. La rate ne présentait, en effet, que 7 centimètres 1/2, et à peine y avait-il eu deux accès fébriles.

Je n'ai pas, le moins du monde, à *demander* à l'Académie l'absolution du gros péché que M. Grisolle me reproche, c'est-à-dire d'avoir tout d'abord donné le sel marin, et cela avant d'attendre quelques jours à l'effet de bien savoir si la fièvre serait dissipée d'elle-même.

Très fréquemment il est arrivé que des malades sont restés plusieurs jours dans le service avant qu'on leur ait donné de médicamens, et la fièvre durait toujours avec opiniâtreté; on donnait du sel, la rate diminuait tout d'abord, les accès fébriles étaient moins forts, on continuait l'usage du chlorure de sodium, l'organe reprenait son volume normal et la fièvre ne reparaissait pas. Souvent il s'agissait de fièvres très anciennes contractées en Algérie, en Sologne, etc., fièvres qui avaient réitéré un nombre plus ou moins considérable de fois, qui même avaient résisté, non seulement au changement de lieu, à de nouvelles circonstances hygiéniques, mais à des doses assez considérables de quinine; fallait-il attendre pour ces malades, fallait-il les laisser souffrir, leur faire passer de nombreuses journées à l'hôpital, quand, d'ailleurs, on n'avait pas de doutes sur le caractère du mal, et quand on pouvait, avec du sel marin, remédier à leurs souffrances; en agissant ainsi aurait-on fait de la pratique consciencieuse? N'aurait-on pas fait au contraire de cette expérimentation mauvaise contre laquelle un honnête médecin doit s'élever? Mais, de ce que la fièvre eût été suspendue, les malades en eussent-ils été réellement guéris et aurait-on été fondé à dire que le mal ne serait pas revenu?

Certes, on voit une foule de substances, d'agens hygiéniques prévenir un ou plusieurs accès fébriles; on voit même ceux-ci se dissiper spontanément, ce qui, du reste, est assez rare, comme on ne le savait que trop avant la découverte du quinquina. Mais on ne peut compter sur la guérison réelle qu'autant que la rate a repris ses dimensions normales, voilà la vérité, voilà ce que notre collègue ne veut pas voir, voilà les motifs de notre manière d'agir. On conçoit dès-lors que nous ayons souvent fait passer l'étude de la splénopathie avant celle de la fièvre et que nous ayons tenu peu compte d'un rapport lu à l'Académie sur l'efficacité de la poudre de houx, rapport qui, de l'aveu de M. Grisolle, n'avait en rien prouvé que ce médicament ne pouvait pas réussir dans certains cas.

Si ce rapport avait été redigé par M. Piorry, je ne crois pas que notre collègue en eût parlé avec tant de bienveillance.

M. Grisolle m'accuse d'avoir considéré comme fièvres intermittentes des frissons erratiques; je répète encore une fois qu'il n'en est pas ainsi et que, dans aucun cas, je n'ai appelé fièvre intermittente que celle qui a été marquée par plusieurs accès fébriles constitués par des stades bien dessinés. Certes, que je n'ai pas été témoin de tous ces accès, certes, je m'en suis souvent rapporté, pour en admettre l'existence, au dire du chef de clinique, de l'interne, des sœurs et des malades eux-mêmes, qui savent, tout aussi bien que le médecin, s'ils ont ou non éprouvé les trois stades fébriles; mais j'ai agi, en ceci, comme tous les médecins d'hôpitaux et mieux qu'un assez bon nombre d'autres. J'ai trouvé, dans le diagnostic de l'augmentation de volume de la rate, un document d'une extrême importance. Encore une fois, je le dis et le répète avec assurance, je n'ai pas vu, depuis plus de vingt ans, de fièvre intermittente sans qu'il y ait de splénopathie ou d'indices de souffrance des nerfs ou des plexus nerveux en rapport avec ceux de la rate.

Lors donc que je trouve une lésion marquée de cet organe, je dois rechercher s'il existe une fièvre d'accès, et presque toujours alors je retrouve celle-ci plus ou moins bien accusée.

M. Grisolle veut bien que le sel marin diminue la rate; mais, dit-il, d'autres médicamens produisent cet effet sans guérir la fièvre, et il parle de la strychnine; il suppose que le camphre et l'acétate de morphine produisent cet effet. Mais sait-il bien si ces médicamens ne remédient pas aux accès fébriles, lui qui met tout en doute? Pourquoi admet-il tout d'abord que la strychnine n'est pas un fébrifuge? N'a-t-on pas vu récemment en Allemagne (M. Kuchinmeister) la gentianine diminuer la rate et remédier à la fièvre?

Les douches qui font cesser l'état organique, splénomégalie, ne suspendent-elles pas aussi les accès, etc.?

Voilà maintenant que beaucoup de médicamens font diminuer la rate; hier, encore, on niait cette diminution qu'il est impossible de contester aujourd'hui.

Et, en désespoir de cause, on vient dire actuellement que le décroissement de la rate n'est pas lié à l'amélioration ou à la cessation de la fièvre. Mais il n'est pas besoin de mon expérience personnelle qui, du reste, a été, sur ce sujet, très variée et très étendue.

Pour déterminer que le sel marin remédiait à la fièvre elle-même, M. Scelle-Mondézert, médecin d'hôpital, déclare que, depuis quatorze ans, il a réussi à faire dissiper les accès au moyen du sel, tout aussi bien que par la quinine; il ajoute que beaucoup de ses confrères, habitant la même localité, ont eu les mêmes succès, et que plusieurs brigades de douaniers, dont il est le médecin, ont compté beaucoup de fébricitans guéris par ce remède. M. Thomas, cité par M. Grisolle lui-même, se loue de cette médication dans les fièvres d'accès; plusieurs observations ont été publiées dans les journaux, à l'appui de l'efficacité du chlorure de sodium.

M. Charruau, ainsi que plusieurs autres médecins de la Société du 1er arrondissement, m'ont dit avoir également réussi.

Sans doute, il est bon de réunir de nouveaux faits à ceux qui sont déjà connus. Mais, dans l'état actuel de la question, on en sait assez pour que les conclusions de mon rapport soient maintenues.

Ma confiance dans le sel marin est grande, mais est-ce une raison pour que, dans le traitement des fièvres pernicieuses, il faille actuellement le préférer à la quinine soluble? Non, sans doute; quand la vie est compromise, on doit avoir recours aux moyens les mieux consacrés par l'expérience et par le temps, pour combattre un mal funeste dans ses effets.

M. Grisolle aurait dû voir, dans les opinions émises par moi, sur ce sujet, une preuve de ma prudence, il n'en a parlé que pour engager les médecins à ne point se servir du sel marin dans le traitement des fièvres d'accès.

Puisque toutes les objections de M. Grisolle sont tombées, ses conclusions ne sont pas un moment soutenables; mais ce qu'il y a surtout à noter, c'est de voir notre jeune collègue engager d'abord les médecins à n'employer le sel ni en Algérie, ni dans les campagnes, ni dans les hôpitaux, et proposer presqu'aussitôt à l'Académie, *de faire appel au zèle de tous les médecins pour éclairer une question thérapeutique qui offre un puissant intérêt*. Cette énorme contradiction juge l'argumentation de M. Grisolle dans son ensemble, indique l'esprit dans lequel elle a été écrite et fait voir que notre collègue attache lui-même un très grand intérêt à la question de l'emploi du sel marin dans les fièvres d'accès.

Je persiste donc, Messieurs, dans les conclusions de mon rapport, et je crains bien qu'il ne reste des objections de M. Grisolle que la forme dont il a entouré son argumentation.

(*La suite au prochain n°.*)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

NÉCROLOGIE. — M. Dezeimeris (J.-E.), bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, ancien membre de la Chambre des députés et de l'Assemblée constituante, vient de mourir à Paris, à l'âge de 52 ans. La médecine et l'agriculture perdent un savant dévoué et infatigable. M. Dezeimeris partagea sa vie entre les travaux du cabinet et les devoirs de la vie publique. Les principaux ouvrages de M. Dezeimeris, sont: *Dictionnaire de la médecine ancienne et moderne*; *Lettres sur l'histoire de la médecine*; *Conseils aux agriculteurs*; le *véritable Guide des cultivateurs*.

M. Dezeimeris était né à Villefranche-de-Longchapt, département de la Dordogne, le 22 mars 1799. En 1848, il fut élu représentant du peuple, dans ce département, par 107,000 voix. Il a succombé à une affection organique du foie, et il a supporté l'épreuve d'une longue maladie avec le calme et la résolution la plus stoïque.

La science médicale perd en lui une de ses lumières; l'agriculture, le promoteur zélé et infatigable d'une réforme destinée à doubler la fécondité du sol de la France. Savant modeste avec l'érudition la plus rare, citoyen courageux, dévoué sans faste au bonheur et à la liberté de son pays, homme d'un commerce aimable et sûr, M. Dezeimeris partagea sa vie entre les travaux du cabinet, les devoirs de la vie publique et les soins de l'amitié. Il laisse à sa famille l'héritage d'un nom pur et honoré, à tous des regrets et de nobles exemples.

VALEUR RELATIVE DES MÉDECINS ET DES VÉTÉRINAIRES. — A une des dernières réunions de l'Union d'Ulingford (Angleterre), la proposition fut faite de nommer un médecin de plus pour un district qui en était dépourvu. L'un des membres de l'Union déclara, sans ambage, qu'un médecin pour les vaches serait bien plus utile dans le district qu'un médecin pour les hommes. Il faut rendre justice aux membres du comité: cette étrange proposition fut trouvée mal sonnante et honnie comme elle le méritait.... Combien de paysans, dans nos campagnes, qui pensent de même que le membre de l'Union d'Ulingford et qui n'envoient jamais chercher le médecin pour leur femme, pour leurs enfans ou pour eux-mêmes, alors que pour la maladie de leur vache ils ne craignent pas de dépenser le petit écu pour consulter le vétérinaire, le maréchal-ferrant, ou à son défaut quelque vieux berger du voisinage!....

INOCULATION DE LA VARIOLE. — Dans le cours d'une épidémie de variole qui avait éclaté parmi les Indiens Sac et Fox, l'inoculation a été pratiquée au moment où déjà 110 individus avaient succombé à la maladie. 1,500 individus ont été inoculés sur 2,600; pas un des inoculés n'a succombé. Aucun des Indiens vaccinés n'a pris la petite-vérole.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP.,
Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 22. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 21 Février 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr. :
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

(Suite. — Voir le numéro du 19 Février.)

Je crois vous avoir fourni, Messieurs, des raisons suffisantes pour vous faire adopter sans restriction la méthode analytique et numérique. Maintenant j'aurais à vous faire connaître les règles tracées par les maîtres pour se servir utilement de cet instrument précieux. Mais sur ce point je ne peux pas entrer dans des détails qui me conduiraient trop loin. Je dois me borner à quelques indications.

A un de nos maîtres, à M. Louis appartient l'honneur d'avoir fait connaître toute la valeur de cette méthode en médecine. Si avant lui on avait fait quelques tentatives louables, il restait à poser les grands principes et à les ériger en système. Lisez le mémoire intitulé : *De la recherche des faits généraux* et vous saurez tout ce qu'il importe de savoir sur cet important sujet. Après lui sont venus des médecins qui ont apporté soit les mêmes raisons sous une autre forme, soit de nouvelles raisons d'une valeur réelle. Je peux vous citer la thèse de M. Danvin, divers écrits de M. Marc d'Espines, de M. Martins et de plusieurs auteurs que j'aurai l'occasion de citer dans le cours de ces conférences.

Si de la théorie nous passons à l'application, combien de travaux excellens je pourrais vous signaler ! Les *recherches sur la fièvre typhoïde*, sur la *phthisie pulmonaire*, sur l'*emphysème*, sur la *fièvre jaune*, vous sont assez connues. Vous avez entre les mains le *Traité de la pneumonie* de M. Grisolle, le traité de MM. Barthez et Rilliez sur les *maladies des enfans*. Un des auteurs qui vous sont le plus familiers, car c'est dans l'ouvrage auquel il a coopéré que vous apprenez les principes de l'auscultation et de la percussion, M. Barth, a publié également des recherches statistiques sur plusieurs maladies. Vous citerai-je les magnifiques études de M. Bizot, de Genève, sur le cœur et sur les artères; celles de M. Lebert sur les scrofules, les tubercules, le cancer? de M. Maunoir sur la cataracte, de M. Rufz sur la méningite granuleuse, de M. Voillemier sur la fièvre puerpérale, et tant d'autres qu'il serait beaucoup trop long d'énumérer?

La statistique médicale s'est exercée avec succès sur tous les points de la pathologie. En étiologie nous avons le mémoire de M. Chaponnière sur les *causes des névralgies de la face*; celui de M. Marc d'Espine sur les *causes de la fièvre typhoïde* et tous ceux qui traitent de diverses maladies envisagées sous leurs divers points de vue.

En symptomatologie, je peux vous citer les travaux précédens, ceux de M. Fauvel sur la *bronchite capillaire*, de M. Legendre sur les *maladies des enfans*, de M. Becquerel sur diverses affections, de M. Landouzy *sur l'hystérie*, de M. Durand-Fardel sur le ramollissement cérébral, de M. Woillez *sur la mensuration de la poitrine*, etc., etc.

Jamais le diagnostic, les élémens d'un bon pronostic et l'anatomie pathologique, n'avaient été étudiés avec plus de soin que par les auteurs que je viens de citer. C'est au point qu'on leur a fait un reproche de s'être trop appesantis sur ces détails. Singulier reproche qui leur fait un crime d'avoir apporté un plus grand degré de précision dans la solution de ces problèmes si difficiles!

Mais serait-il vrai, Messieurs, que les défenseurs de la statistique médicale eussent nié la thérapeutique? Ce reproche leur a été adressé, et pour quiconque connaît leurs travaux, rien ne pouvait paraître plus surprenant. Est-ce que le soin qu'ils prennent chaque jour d'étudier ces faits, au point de vue de l'action des médicamens, ne démontre pas jusqu'à l'évidence qu'ils ne nient pas la thérapeutique? Pourquoi donc s'occuperait-on de ce que l'on nie? Je pourrais vous citer de nombreux travaux qui prouvent non seulement qu'ils ne nient pas la thérapeutique, mais qu'ils lui ont rendu de vrais services en déterminant d'une manière précise le degré d'action d'un bon nombre de ses agens. Un seul exemple me suffit, il est récent. Lisez l'ouvrage de M. Herpin sur l'épilepsie, et en particulier sur le traitement de cette maladie. Vous y verrez à quel degré de précision cet auteur est parvenu, et quelle conviction il fera passer dans votre esprit.

A cette indication bien incomplète des auteurs français auxquels la méthode analytique et numérique a été si utile, je pourrais joindre beaucoup de noms de médecins étrangers, car cette méthode a trouvé de nombreux partisans dans tous les pays où la science médicale est cultivée. Je pourrais vous citer M. Stokes, de Dublin; MM. Walshe et Jenner, de Londres; MM. Gerhard, Shattuck, Jackson, de l'Amérique du nord; mais, je le répète, je dois me borner, et cette multitude d'auteurs, qu'à mon grand regret je suis obligé de passer sous silence, vous seront signalés plus tard, à mesure que les sujets qu'ils ont traités seront abordés par nous.

Je ne puis m'empêcher, pour vous démontrer toute la puissance de cette méthode qui a déjà tant fait pour la science médicale, de vous citer un fait qui me paraît significatif. Il m'est personnel, mais je peux en parler sans que vous m'accusiez de chercher à me glorifier moi-même, puisque, dans cette occasion, je n'ai été qu'un instrument. Il y a quelques années, mon ami, M. le docteur Shattuck, de Boston, se trouvant en Angleterre, voulut étudier le typhus sur lequel M. Gerhard, de Philadelphie, avait déjà publié un mémoire important. Il recueillit quelques faits, comme un homme qui connaît toutes les difficultés de l'observation, et qui sait les vaincre. Ne pouvant, dans ce moment, consacrer un temps suffisant à leur étude, il me les envoya. Je les analysai en me servant du procédé numérique, et, quoique je n'eusse jamais vu le typhus fever d'Angleterre, je parvins à démontrer que, dans ces faits, il y en avait un certain nombre qui appartenaient à cette maladie, tandis que quelques autres étaient des cas de fièvre typhoïde absolument semblables à ceux que nous nous voyons en France; et, ce qui est plus important, je fis voir qu'en Angleterre le typhus fever pouvait être très bien distingué de la fièvre typhoïde, comme celui que M. Gerhard avait étudié en Amérique. Eh bien! les recherches de M. Stewart et de quelques autres médecins, parmi lesquels il faut placer en première ligne celles de M. Jenner, de Londres, ont conduit ces observateurs à ce même résultat, qui avait bien pu être entrevu par quelques autres, mais qui était complètement inconnu à l'immense majorité des médecins anglais, bien que, comme vous le savez, la médecine ait dans ce pays un grand nombre de représentans du plus haut mérite. Ainsi, cette méthode a pu me faire distinguer, à moi qui n'avais pas vu la maladie, des différences qui avaient échappé aux hommes distingués qui l'observaient journellement, mais qui ne possédaient pas les mêmes moyens d'arriver à la vérité.

J'ai maintenant à vous dire quel parti nous pouvons tirer de ces principes. Il semble, au premier abord, que la clinique ne peut fournir que des matériaux aux faits généraux, puisque ce sont des faits particuliers que nous avons journellement à observer. Mais vous verrez qu'à propos de ces faits particuliers on peut toujours rappeler les faits généraux pour rechercher si les phénomènes que l'on constate sont dans la règle ou dans

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le Banquet annuel de l'UNION MÉDICALE.

L'UNION MÉDICALE a célébré hier le sixième anniversaire de sa fondation. C'est un usage auquel elle a la faiblesse de vouloir rester fidèle, et la foule de ses amis, d'année en année plus considérable à cette fête annuelle, lui prouve que cette idée est sympathiquement accueillie. A quelles objections, à quelles attaques, à quelles plaisanteries l'UNION MÉDICALE n'a-t-elle pas été en but pour ses tentatives de resserrer par un lien confraternel une portion considérable du corps médical de Paris! L'UNION MÉDICALE a laissé dire et faire, elle a persévéré dans ses efforts, elle a meilleure opinion du corps médical que ses adversaires, et l'événement prouve, toutes les fois que les circonstances l'exigent, qu'il est possible et facile de réunir les médecins.

Je n'ai pas à embellir par le récit la fête d'hier; je n'ai qu'à la décrire dans sa vérité pour indiquer son éclat et sa portée.

Plus de 80 personnes se sont trouvées réunies à sept heures du soir dans les beaux salons de Lemardelay. La salle du banquet, décorée avec goût, offrait un coup d'œil magnifique. Six invitations seulement avaient été adressées par l'UNION MÉDICALE. L'une à M. Orfila, en sa qualité de fondateur et de président de l'Associatiou de prévoyance des médecins de la Seine; une autre à M. Serres, en sa qualité d'ex-président du Congrès médical de 1845; une troisième à M. le professeur Bérard, en sa qualité de doyen de la Faculté de médecine de Paris; une quatrième à M. Dubois (d'Amiens), en sa qualité de secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine (l'UNION MÉDICALE ayant l'honneur de compter parmi ses membres fondateurs le président actuel de l'Académie, M. Mêlier); une cinquième à M. le professeur Roux, en remercîment de sa bienveillance envers le journal auquel il a bien voulu confier la publication de son beau discours sur *Boyer et Bichat*; la sixième enfin, à M. Léon Prévost, avocat et conseil de l'UNION MÉDICALE.

Tous nos invités ont gracieusement accepté, et ont été exacts au rendez-vous.

Outre le plus grand nombre de nos sociétaires, la réunion a été honorée par la présence de professeurs de la Faculté de médecine, MM. Cloquet et Requin; de plusieurs membres de l'Académie, MM. Danyau, Oudet, Chailly; de médecins des hôpitaux, de praticiens distingués, de savans confrères, MM. Sichel, Duchenne de Boulogne, Daremberg, Devergie, Duparcque, Rochard, Charrier, E. Auber, Tournié, Désormeaux, Filhos, Pressat, Toirac, Durand-Fardel, Demarquay, Guersant, Bonnet de Malherbe. Nous avons même eu le bonheur que nos confrères des départemens pussent être représentés à cette fête; M. le docteur Camille Bernard, d'Apt, en ce moment à Paris, a voulu nous faire l'honneur de souscrire à notre banquet. La librairie médicale y a été représentée par MM. J.-B. Baillière, Germer-Baillière et E. Baillière, que la Société a vus avec satisfaction participer à cette fête.

Parmi nos actionnaires, nous comptions MM. Richelot, Fauconneau-Dufresne, Moreau (de Tours), Foissac, Aran, Ach. Chereau, Brierre de Boismont, Homolle, Despaulx-Ader, Ch. Petit, Amédée Forget, Sandras, Bécourt, Domange, Fougeirol, Belhomme, Malteste, Compérat, Robert, Ricord, Nicolas, Dreyfus, l'abbé Bernard de Charpieux, Velpeau, Mêlier, Cerise, Lisle, Hérard, Piorry, Delcroix, Lucien Boyer, Blatin, Leroy-d'Étiolles, Charrière, Valleix, Mialhe, Silberling, Frédéric et Amédée Latour.

Le menu du banquet a satisfait les plus fins gourmets; il avait été indiqué par MM. Belhomme et Mialhe, commissaires, à qui la Société doit les plus sincères remercîmens pour l'ordonnance, le bon goût et la parfaite distribution de toutes choses. Le dîner a été très animé, très gai, très cordial; l'esprit et les bons mots partaient et pétillaient comme le champagne.

Mais l'heure des toast avait sonné. M. Richelot, qui remplissait les fonctions de maître des toast a débuté par le suivant :

« A l'UNION MÉDICALE!

» A ceux qui sont ses soutiens, à ses actionnaires, à ses collaborateurs, à ses abonnés, — à tous ses amis, nos vœux et notre concours!

» A ses actionnaires!... — Assise sur l'association, l'UNION MÉDICALE est fière des patrons qui se sont groupés autour d'elle; elle les remercie par ma voix. Membres de l'Institut et de l'Académie, professeurs de la Faculté de médecine de Paris, médecins et chirurgiens des hôpitaux, élite des praticiens de la capitale, commerçans et industriels de haute distinction, pharmaciens dont les noms sont devenus célèbres dans les sciences, tels sont ses points d'appui, telle est sa famille. Et, par un heureux mélange, à tant de personnalités éclatantes elle a su réunir l'ouvrier laborieux et intelligent, le prêtre inspiré par la charité chrétienne... — Aux actionnaires de l'UNION MÉDICALE!

» A ses collaborateurs!... — A ces hommes de savoir et de goût, qui réussissent si bien à rendre attrayant par la correction et les charmes du style l'enseignement austère de la science; à ces médecins désintéressés, qui ne veulent se montrer avides que pour le succès si pur qui émane du mérite et des bienfaits répandus sur la pauvre humanité; à MÉDICALE si haut dans l'estime publique..... — Aux collaborateurs de l'UNION MÉDICALE!

» A ses abonnés!... — Nous leur devons, à eux aussi, notre reconnaissance. Grâces soient rendues au corps médical de France pour son concours bienveillant et fidèle, malgré tant et de si graves préoccupations générales!

» Messieurs,

» En parlant du corps médical, je m'aperçois que vous en êtes une brillante représentation, vous qui réunissez ici à ce que l'enseignement présente de plus célèbre ce que la profession possède de plns honoré; nous vous remercions de la pensée sympathique qui vous a attirés à ce banquet confraternel; nous vous remercions d'avoir bien voulu concourir à cette fête de famille; votre présence est notre plus beau triomphe. Permettez-moi de résumer, si je puis ainsi dire, tous les sentimens que je sens naître en moi à la vue d'une si magnifique assemblée, dans ce cri de l'intelligence et du cœur, que vous répéterez avec moi : à l'union confraternelle, à l'UNION MÉDICALE! »

Chaleureusement applaudi, M. Richelot a donné la parole à M. Amédée Latour, qui a porté le toast suivant :

A L'ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE PARIS.

« Messieurs,

» Le toast que je vais avoir l'honneur de vous proposer, ne s'adresse pas au savant toxicologiste, dont les travaux et les découvertes ont immortalisé le nom. — Ce ne sera pas non plus au professeur éminent autour de la chaire duquel plus de vingt générations d'élèves se sont succédé; — ce ne sera pas encore à l'administrateur intelligent et habile qui a doté la Faculté d'institutions si précieuses; — ce ne sera pas enfin au membre illustre du Conseil supérieur de l'Université; — non, Messieurs, devant l'élévation et l'étendue de cette tâche, je sens trop mon insuffisance.

» Mais vous permettrez et vous approuverez, Messieurs, que tous ces titres, tous ces honneurs, toutes ces gloires, je les réunisse et les confonde dans un seul titre, un seul honneur, une seule gloire;

» Vous permettrez à un propagateur, très humble, sans doute, mais actif et convaincu des principes de l'*association*; vous permettrez à un membre de la Société l'UNION MÉDICALE, qui émane de l'association, qui subsiste par l'association, et qui doit à l'association de pouvoir annuellement se réunir dans une fête confraternelle, et de voir tant d'illustres convives autour de cette table amie;

» Vous me permettrez, dis-je, de porter ce toast au fondateur d'une institution qu'il considère, j'ose l'assurer, comme un de ses plus beaux ti-

l'exception, et pour en tirer des conséquences légitimes. C'est ce que nous aurons toujours soin de faire, et parmi les résultats de l'observation, ce sont ceux qui ont été obtenus par la méthode analytique et numérique que nous signalerons avec le plus de soin et qui nous seront de la plus grande utilité.

Quant à ceux que nous pourrons obtenir nous-mêmes, soit pour corroborer les lois déjà connues, soit pour servir à en établir de nouvelles, s'il nous est donné de le faire, c'est dans des *résumés généraux* exposés dans nos dernières conférences cliniques qu'ils seront signalés.

Il me reste maintenant, Messieurs, à vous indiquer la manière d'étudier avec fruit les faits particuliers qui doivent vous servir d'exemple dans vos observations ultérieures et dans votre pratique. Ici, je n'éprouve plus aucun embarras, car tout le monde est d'accord sur les principes, bien qu'on ne les suive pas toujours dans l'application.

Interroger les malades avec le plus grand soin sur leurs antécédens; fixer avec précision le début de la maladie; explorer avec la plus grande attention tous les organes et toutes les fonctions; noter avec rigueur les principaux symptômes, sans négliger ceux qui, au premier abord, peuvent paraître accessoires; suivre dans ses phases la sucession des phénomènes morbides; rechercher après la mort toutes les lésions et les décrire avec exactitude, voilà la première partie de cette tâche.

La seconde partie, qui n'est pas la moins importante, consiste à discuter le diagnostic à l'aide de la comparaison des symptômes avec ceux des maladies qui se rapprochent le plus de celles que nous étudions, et des connaissances que nous fournissent les recherches antérieures; à établir le pronostic sur des bases semblables, et enfin à apprécier la valeur des divers modes de traitement, d'une part d'après leur action dans des cas semblables, en second lieu d'après leur action antérieure dans le cas même que nous observons, et troisièmement, d'après les diverses particularités que nous aurons pu découvrir dans le génie et dans la marche de la maladie même qui sera placée sous nos yeux comme un problème à résoudre.

Telles sont, Messieurs, les règles que je me propose de suivre dans le cours de ces conférences cliniques. Je ne me dissimule pas toutes les difficultés que j'aurai à vaincre. Plus d'une fois, sans doute, dans leur cours, vous noterez des omissions, des erreurs même qui me seront échappées; mais n'oubliez pas que les hommes les plus habiles ont reconnu qu'ils s'étaient parfois trompés, ce qui est presque inévitable dans des sujets bien souvent obscurs et presque toujours épineux. D'ailleurs ces imperfections et ces erreurs, je serai le premier à les signaler, afin qu'elles nous servent à en éviter, s'il est possible, de pareilles à l'avenir. Il faut que dans de semblables études tout serve, même les fautes.

Permettez-moi, Messieurs, de vous donner un conseil en terminant. Si vous voulez tirer de ces études tout le fruit possible, prenez des notes; exercez-vous à l'observation la plume à la main. L'observation demande une grande habitude et une attention soutenue. De cette manière seulement, vous pourrez réunir un certain nombre de faits d'une importance incontestable, et si quelqu'un vous faisait le reproche d'agir contrairement au précepte de Morgagni, c'est-à-dire de compter les faits au lieu de les peser, vous prouveriez en produisant des faits dont la valeur ne pourrait être niée, que vous savez à la fois *et les compter et les peser*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Février 1852. — Présidence de M. Mélier.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

M. Michel Lévy : Messieurs, l'une des conclusions qui terminent le rapport de l'honorable M. Piorry, est ainsi formulée : « Dans les hos- » pices civils et *militaires*, dans les établissemens de bienfaisance et » de secours à domicile, dans les armées, et notamment en Algérie; » dans les pays pauvres, tels que la Sologne et la Bresse; dans les » lieux, enfin, où les splénopathies sont endémiques et aussi fréquentes » que sujettes à récidives, l'emploi du sel marin peut être d'une im- » mense utilité, il peut diminuer considérablement les frais du traite- » ment des fièvres d'accès, etc. »

Il y a là, comme vous le voyez, une sorte d'appel à la médecine militaire; mon devoir est d'apprendre à l'Académie que cet appel a été devancé; mais, avant d'exposer les résultats obtenus dans l'armée, je demanderai la permission de faire remarquer à l'honorable rapporteur, que les hôpitaux militaires ne peuvent être rigoureusement classés parmi les établissemens de charité publique; les jeunes gens que la loi appelle annuellement sous les drapeaux, ont droit aux soins qui leur sont donnés avec un si noble dévoûment dans les établissemens hospitaliers de l'armée; l'État acquitte envers eux une dette sacrée et par la préservation de leur santé, et par le traitement de leurs maladies. Cette différence, qui porte sur le principe même des institutions civiles et militaires, n'était pas inutile à noter ici; car elle marque la limite des préoccupations d'économie que permet le traitement des soldats malades; elle fait comprendre dans quelle mesure la médecine militaire peut se prêter aux innovations et aux expérimentations; le conseil de santé des armées s'est toujours appliqué à étudier avec impartialité, à fixer avec prudence la limite sévère du progrès et du hasard dans la thérapeutique des hôpitaux militaires.

Quant au sel marin, tout médecin militaire peut le prescrire, sous sa responsabilité, dans le traitement des fièvres intermittentes, comme toutes les substances inscrites au formulaire de nos hôpitaux. Dès 1849, M. le docteur Collette, médecin en chef de l'hôpital militaire de Béfort, l'a fait prendre à un certain nombre de fiévreux; je n'ai point trouvé, dans les documens du conseil de santé, des renseignemens exacts sur les résultats que lui a fournis cette médication; mais ils n'ont pas dû répondre à son attente, puisqu'il y a renoncé. En 1850, pendant que j'étais encore médecin en chef du Val-de-Grâce, M. le docteur Cazalas, ancien professeur de cette École, y a donné le chlorure de sodium à 7 malades atteints de fièvre intermittente : 4 ont guéri, 3 n'en ont retiré aucun avantage. Hâtons-nous d'ajouter que les fièvres qui ont guéri après l'administration du sel marin se sont montrées en octobre et en novembre; qu'en moyenne, ces 4 malades avaient éprouvé chacun 6 accès environ avant d'entrer à l'hôpital; qu'après leur admission, ils ont eu encore 4 à 5 accès fébriles; et que l'administration du sel marin n'a pas été suivie de la cessation immédiate des accès; la guérison a exigé trois doses de sel, et l'on a compté encore 2 accès après la première dose; la dose moyenne de chlorure de sodium a été de 39 grammes, et la quantité totale par traitement et pour chaque malade, s'est élevée à 148 grammes. — Sur les 3 cas de fièvre qui ont résisté au sel marin, 2 étaient de première invasion, un seul était récidivé.

On voit que dans les 4 cas heureux, la guérison n'a été obtenue qu'après le 12e ou 13e accès, dans la saison où les fièvres offrent le moins de résistance; peut-on assurer qu'elle est due au sel marin? N'est-on pas fondé à croire que les fièvres qui paraissent avoir cédé si tardivement au sel marin, se sont épuisées spontanément, mode de terminaison très fréquent à Paris, même en été, et plus fréquent encore pendant l'hiver.

Que si l'on veut absolument faire honneur au sel marin de ces 4 guérisons lentes et laborieuses, on ne contestera pas au moins ces deux conclusions que nous tirons tout de suite : 1° au Val-de-Grâce, la proportion des guérisons aux insuccès a été de 3/7es; 2° un fébrifuge dont l'action ne paraît assurée que dans cette proportion et se manifeste avec cette lenteur, ressemble peu à un spécifique; et ne saurait trouver place dans la thérapeutique des endémies palustres de l'Afrique; son emploi y serait aventure et péril.

Au mois de juillet 1851, M. le docteur Herbin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Mont-Louis, a adressé au conseil de santé deux observations de fièvre intermittente guérie par le chlorure de sodium; la première se rapporte à une fièvre double quotidienne, accès le matin, accès le soir; la première dose de sel marin (20 grammes) provoque un vomissement et deux garderobes en diarrhée; après trois doses, suppression de l'accès du matin; celui du soir ne disparaît qu'après la quatrième dose : est-ce là un succès? La seconde observation est trop incomplète pour autoriser une appréciation. Enfin, dans ma récente tournée d'inspection en Afrique, un médecin m'a déclaré avoir tenté sans succès l'emploi du sel marin; la même déclaration a été faite par trois autres médecins des hôpitaux de la province d'Oran à mon honorable collègue, M. Vaillant, qui inspectait cette province en même temps que je visitais celle de Constantine.

Je regrette de n'avoir pu prévoir cette discussion et de n'avoir pas recueilli sur place des renseignemens détaillés; mais le fait de l'abandon du chlorure de sodium en Algérie est assez significatif; soyez certains que si nos médecins qui ont l'esprit tourné à la recherche des succédanés du sulfate de quinine, avaient tiré quelque parti du sel marin, ils auraient insisté sur l'usage de cette substance et se seraient appliqués à le faire prévaloir.

Au demeurant, le sel marin a été essayé et abandonné par les médecins militaires à Béfort, à Paris, et dans trois ou quatre localités des provinces d'Oran et de Constantine; il compte deux succès douteux à Mont-Louis, que son climat et sa situation ne sauraient ranger dans la catégorie des localités véritablement marécageuses.

Si les résultats de la pratique militaire infirment les propriétés fébrifuges que l'on prête au sel marin, les observations de M. Piorry sont au moins insuffisantes pour les démontrer; je n'examinerai pas la méthode qui a présidé à ses recherches et à la rédaction de son rapport; cette tâche a été remplie par notre collègue, M. Grisolle, qui n'a rien laissé à faire à la critique; il s'est souvenu fort à propos des préceptes que M. Chomel a si judicieusement développés dans le chap. XIX de ses *Élémens de Pathologie générale*, et il en a fait une stricte application à l'analyse du travail de M. Piorry; à ces principes régulateurs de l'expérimentation thérapeutique, je voudrais en ajouter un qui trouve ici sa place : Il est des médicamens qui ne peuvent être expérimentés partout avec la même efficacité; il est des épreuves thérapeutiques qui ne deviennent complètes que dans certaines conditions de climat et de localité. Paris est-il un théâtre bien choisi pour juger à fond l'action des fébrifuges? Est-ce dans les salles des hôpitaux civils de Paris que le médecin est autorisé à proclamer les succédanés du quinquina? — Vous savez, Messieurs, qu'une commission nommée par la Société de pharmacie de Paris est appelée, elle aussi, à prononcer sur la valeur de plusieurs substances ou préparations proposées comme succédanées du sulfate de quinine; la plupart de ces médicamens paraissent avoir été essayés avec quelque avantage dans des localités de province où les fièvres sont bénignes; l'un d'eux l'a été à Paris, et, dit-on, avec succès. Le ministre de la guerre, sur l'avis du conseil de santé, s'est intéressé à ce concours et a autorisé des épreuves qui ont eu lieu simultanément à Perpignan, en Corse, et récemment sous mes yeux, à Rome; eh bien! Messieurs, les résultats n'ont pas répondu à ceux de Paris. C'est qu'à Paris les fièvres d'origine locale ont peu de gravité, et celles qui y sont importées, tendent à décroître, à s'éloigner; les fièvres de première invasion que j'ai traitées en si grand nombre, pendant 14 ans, au Val-de-Grâce, n'ont offert qu'une minime proportion de cas rebelles; elles cèdent pour la plupart à des médications variées; le régime hygiénique, l'exportation ont souvent suffi pour les guérir. Les fièvres de Corse et d'Afrique s'améliorent rapidement à Paris; rien n'est plus facile que d'en couper les accès; ce qui résite, c'est l'engorgement splénique, c'est l'anémie qui l'accompagne, c'est l'état cachectique qui résulte de leur invétération ou de la fréquence et de l'intensité de leurs atteintes antérieures. Voici des chiffres que j'emprunte à un travail de M. le docteur

---

dû rafraîchir son cœur blessé par l'injustice; d'une institution digne du respect, des hommages et du concours de tout membre de la famille médicale.

» Au fondateur de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine;

» A Monsieur Orfila, Messieurs, que la Société de l'Union Médicale remercie par mon organe d'avoir bien voulu participer à ce banquet confraternel. »

Les applaudissemens qui ont suivi ce toast ont dû prouver à M. Orfila que les sentimens de l'orateur traduisaient fidèlement les sentimens de l'assistance.

M. Orfila a répondu :

« Messieurs,

» Je suis vivement touché de l'accueil que vous me faites et des sentimens qui viennent d'être exprimés. M. Amédée Latour l'a dit avec raison, et je l'ai répété souvent moi-même : Je mets au premier rang des choses utiles qu'il m'a été possible de faire, la fondation de l'*Association de prévoyance*. Cette institution a eu aussi ses embarras, ses difficultés, ses contradicteurs; rien n'a pu me décourager ou me détacher de cette pensée utile. Aujourd'hui, une assez longue expérience me prouve que j'étais dans le vrai, et les services rendus journellement par l'*Association* répondent éloquemment à ses contradicteurs. Encore une fois, je remercie l'Union Médicale de son concours, et je remercie personnellement M. Amédée Latour de s'être associé à notre œuvre. Ce sera un grand bonheur pour moi quand je pourrai réaliser ses vœux et les miens en faveur de l'extension de l'association dans tous les départemens. »

Des bravos prolongés ont accueilli ces simples et belles paroles.

La parole a été donnée à M. Foissac, qui s'est exprimé en ces termes :

« Messieurs,

« Nos collègues Richelot et Amédéée Latour viennent de porter deux toasts chaleureusement applaudis; j'ose espérer que vous ne ferez pas un moins sympathique accueil à celui que j'ai l'honneur de vous proposer :

» Au président du Congrès médical de 1845,

» A Monsieur Serres, membre de l'Institut.

» Les principes que représentent l'Union Médicale, le Congrès de 1845 et l'Association générale des médecins sont trois anneaux de la même chaîne. L'un des derniers actes du *Congrès* fut le mandat confié à quelques-uns de ses membres d'organiser l'*Association générale des médecins*, et le journal l'Union fut fondé pour développer et poursuivre cette idée féconde.

» A une époque où les hommes et les idées vieillissent vite, permettez-moi de rappeler un instant à vos esprits cette grande manifestation de 1845 que j'appellerai les premiers états-généraux de notre profession. Dans l'isolement où, par le vice des institutions, vivaient les médecins, la proposition d'un congrès où ils seraient tous représentés, regardée comme l'utopie d'un cœur honnête, devint un fait considérable dans son exécution et dans ses résultats, résultats non moins utiles pour la société qu'honorables pour le corps médical.

» Les séances d'une assemblée aussi nombreuse d'hommes, la plupart inconnus entre eux, et liés seulement par la noble solidarité de la science et de l'intérêt public avaient besoin d'une direction intelligente et forte. L'opinion avait désigné M. Serres, médecin de la Pitié et membre de l'Institut; le choix d'un tel nom fut une suite de cet instinct de réussite qui avait dirigé la pensée et les opérations du Congrès. La place à part qu'il occupe dans le monde médical le rendait digne de présider cette assemblée de savans et de praticiens, l'élite des médecins de la capitale et des provinces. Le premier ouvrage de M. Serres décèle le génie créateur du grand clinicien, et ses magnifiques travaux d'anatomie lui avaient ouvert les portes de l'Institut regardé avec raison comme la couronne scientifique du médecin. Reconnaissons que M. Serres a choisi la meilleure part dans notre vie de labeur; d'un côté la médecine de charité et d'observation dans les hôpitaux, de l'autre l'étude et la méditation dans l'amphithéâtre et le cabinet.

» On ne saurait assez louer, Messieurs, les hommes désintéressés qui dédaignent les succès faciles de la clientèle à outrance et préfèrent mériter cette noble devise : *Lauri plus quàm auri*. Comment, en effet, dans un tourbillon sans relâche, se recueillir, sonder les lois de la vie, forcer comme le veut Bacon la nature à nous rendre ses comptes, trouver ce fil d'Ariane à travers le labyrinthe d'une organisation la plus merveilleuse entre toutes les merveilles du créateur? L'homme qui voyage sur les ailes de la vapeur peut-il étudier le paysage et les mœurs dans les contrées qui, à peine visibles, se perdent dans le lointain?

» Honneur donc aux médecins philosophes comme j'en vois plusieurs ici, dont les trésors de l'étude comblent la modeste ambition, et qui échappent aux séductions d'une fortune dont la possession laisse parfois tant de vide au cœur du savant!

» Nous avons pensé, Messieurs, que les praticiens intelligens réunis à ce banquet, qui eux-mêmes consacrent de longues veilles à la science, et plusieurs heures de leur journée laborieuse à des soins charitables, accueilleraient avec un cordial assentiment le toast que j'ai l'honneur de porter à Monsieur Serres, au président du Congrès médical de 1845! »

M. Serres a répondu :

« C'est un souvenir toujours vivant dans mon esprit et dans mon cœur, que celui du Congrès médical de 1845. L'honneur d'avoir présidé cette grande assemblée, est celui qui m'a le plus touché dans ma carrière, et la mémoire ne s'en effacera jamais. N'était-ce pas avec un orgueil bien légitime que l'on pouvait voir cette réunion imposante, l'élite de la science française, discutant sur ses intérêts les plus chers avec tant de désintéressement, tant de préoccupation des intérêts généraux de la Société! C'est ce bel exemple qu'a donné la famille médicale française. A sa prospérité, Messieurs, au corps médical de la France. »

Applaudissemens unanimes et répétés.

La parole est une seconde fois donnée à M. Amédée Latour, qui propose le toast suivant :

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

« Messieurs,

« Le journaliste a des jours malheureux, ce sont ceux où d'impérieux devoirs, où d'inexorables exigences lui imposent l'obligation de combattre ou de critiquer des institutions qu'il respecte et des hommes qu'il aime.

» Ce malheur est quelquefois arrivé à l'Union Médicale, à l'égard de la Faculté de médecine et de son savant doyen. Je n'aurai pas la faiblesse de chercher à pallier ce fait; ce ne serait digne ni de la Faculté, ni de vous, Messieurs, ni de moi-même.

» Mais, Messieurs, le critique a aussi des jours heureux : ce sont ceux où les institutions qu'il respecte et les hommes qu'il aime, accomplissent des actes qu'il peut louer sans réserve ou défendre contre d'injustes aggressions.

» Ce bonheur est aussi quelquefois arrivé à l'Union Médicale vis-à-vis de la Faculté de médecine et de son habile doyen.

» Il ne m'appartient pas de dire si le critique a su toujours tempérer, par la bienveillance et la courtoisie, l'amertume de son blâme; mais il m'est permis d'assurer que ses éloges, et cette condition seule a pu leur donner quelque valeur, ont été toujours spontanés et libres.

» C'est que, Messieurs, l'Union Médicale, fille de la Faculté, fille émancipée, il est vrai, considère comme une partie de son patrimoine la gloire et la prospérité de sa mère; c'est que de ses illustres professeurs, que nous ayons été les disciples ou que nous soyons les contemporains, nous sommes toujours les élèves, parce qu'ils sont toujours nos maîtres; c'est que nous n'avons pas ici ces aspirations vagues, ces désirs chimériques, ces espérances dangereuses pour une prétendue liberté d'enseignement de la médecine que nous avons combattue, que nous combattrons encore comme un péril social des plus graves; c'est que nous tenons, par les liens de la reconnaissance, à cette Faculté où nous

Cazalas, adressé au conseil de santé : sur 150 cas de fièvres traitées au Val-de-Grâce par l'expectation, par les amers ou par les évacuans, 130 ont guéri, et sur ces 130 malades guéris, 13 seulement ont présenté des rechutes, sur 74 cas de fièvre soumis à l'action du sulfate de quinine, ce médicament n'a échoué qu'une seule fois ; or, en Corse, en Afrique, à Rome, l'efficacité du sel de quinine ne se manifeste pas dans cette proportion, et c'est là, comme vous le voyez, une contre-épreuve de la bénignité des fièvres observées à Paris. Pour moi, je n'hésite pas à le dire, Paris n'est pas le terrain normal de l'expérimentation des fébrifuges ; je ne prétends pas que l'on ne puisse y réunir une somme de cas propres à vérifier leur action ; il se rencontre dans les hôpitaux civils et militaires, des exemplaires de fièvre intermittente qui méritent de servir à la mesure du pouvoir fébrifuge de la quinine elle-même ; mais faire entrer dans l'expérimentation la série ordinaire des faits que chaque jour présente au hasard, c'est en compromettre les bases et justifier dès l'abord le doute qui s'attache aux conclusions.

Personne n'a plus d'estime que moi pour les travaux de M. Piorry, et la science inscrira son nom parmi ceux des médecins qui ont contribué à l'élucidation des problèmes du diagnostic médical ; mais s'il lui plaît de soutenir avec conviction une doctrine pyrétologique que les faits repoussent, il n'est pas autorisé à s'écarter des règles de l'expérimentation clinique. Il avait à étudier l'action du sel marin dans la fièvre intermittente, et il commence par la détermination de celle qu'il exerce sur la rate ; conclure de l'une à l'autre, c'est conclure de la partie au tout, c'est confondre deux résultats thérapeutiques qui ne sont pas nécessairement liés. Une pareille méthode ne sera acceptée que par ceux qui admettent, avec M. Piorry, que l'engorgement splénique est la cause organique de la fièvre ; nous prévenons l'honorable rapporteur que parmi les médecins militaires qui observent sur une si grande échelle les épidémies des pays chauds marécageux, pas un seul ne partage cette vue pathogénique ; pour eux, comme pour nous, l'intumescence de la rate est l'un des symptômes profonds, l'un des caractères anatomiques de la fièvre ; elle représente d'une manière palpabe les localisations congestionnelles que détermine l'état fébrile et qui ne se bornent point à la rate. Aussi, est-il des médicamens qui modifient le volume de la rate sans guérir la fièvre, et réciproquement, on trouvera peut-être des fébrifuges qui resteront sans action sur cet organe ; tel est d'ailleurs assez fréquemment le sort du sulfate de quinine ; il suffit de visiter, pendant le règne des fièvres endémiques, l'un des hôpitaux de la Corse ou de l'Afrique pour y rencontrer un grand nombre de malades qui se débarrassent de leur fièvre par le bienfait du sulfate de quinine et conservent des rates volumineuses. Sont-ils atteints de rechutes, le même sel guérit encore leurs accès sans diminuer l'engorgement de leur rate ; cette lésion persiste ensuite indéfiniment sans ramener la fièvre. M. Piorry a prévu cette objection, et il explique la cessation des accès fébriles par les modifications profondes que la rate a éprouvées dans sa texture, par ses métamorphoses de tissu, par l'altération de sa trame nerveuse. Tous les termes de ce raisonnement sont contestables ; rien ne prouve que chez les individus à grosse rate et qui n'ont plus d'accès fébriles, la rate soit profondément altérée dans sa texture, et même métamorphosée ; nos médecins d'Afrique ont souvent l'occasion de vérifier le contraire par des ouvertures cadavériques ; sans doute la rate peut se montrer ramollie, indurée, etc., mais interrogez ceux qui ont observé sur les théâtres des grandes endémies palustres, le cas ordinaire est celui du simple engorgement splénique, autre objection non-prévue par le savant rapporteur ; il est des engorgemens spléniques d'emblée, je veux dire non précédés de fièvre, et qui sont l'expression d'une sorte d'acclimatement exagéré ; dans les pays chauds et marécageux, tous les nouveaux venus ne subissent pas suivant un mode uniforme les effets de l'impaludation : les uns, et c'est le plus grand nombre, réagissent et développent la série progressive des types fébriles depuis la fièvre éphémère jusqu'à l'accès pernicieux, depuis l'intermittence la plus tranchée jusqu'à la continuité ; d'autres éprouvent graduellement et sans troubles manifestes, une sorte d'imprégnation miasmatique ; ils s'altèrent dans leur constitution, ils se décolorent, ils arrivent à un état analogue à celui que les paysans de la Bresse désignent sous le nom de *traîne* ; si vous percutez chez eux l'hypochondre gauche, vous constatez la tuméfaction de la rate, quoiqu'ils n'aient pas eu la fièvre : c'est là une forme lente de l'intoxication palustre.

Considérer la lésion splénique comme la cause des manifestations fébriles, c'est se refuser à la vue d'ensemble de tous les élémens d'un état morbide ; prendre l'engorgement de la rate pour la pierre de touche des fébrifuges, c'est déplacer la base de l'expérimentation clinique.

Mais, en refusant à cette lésion l'importance pathogénique que lui accorde M. Piorry, et tout en reconnaissant qu'on l'observe dans d'autres affections qui n'ont point d'affinité constatée avec les fièvres de marais, nous la notons comme l'un des phénomènes organiques les plus constans qui coïncident avec les accès fébriles ; et, sans disserter sur les dimensions mathématiques de la rate, sans faire valoir des différences de volume qui se traduisent en millimètres, nous affirmons que, dans les fièvres intermittentes de récente invasion, et alors que la rate n'a pas encore subi d'altération permanente de texture et de volume, la percussion, journellement exercée, permet de vérifier le rapport de ses variations de dimensions avec l'état fébrile et l'apyrexie, souvent même avec le nombre et l'intensité des accès fébriles qui se succèdent. Que M. Piorry ait varié lui-même dans l'appréciation des dimensions normales de la rate, peu importe ; il n'est pas facile d'arriver exactement à ce genre de détermination, et l'on ne peut que louer les efforts persévérans d'un investigateur dont personne ne méconnaît la ferveur et l'habileté. Quoi qu'il résulte des expériences des physiologistes et des vétérinaires, c'est un fait depuis longtemps acquis à l'observation clinique, que le gonflement de la rate est sous l'influence des accès fébriles ; ce fait se montre plus constamment encore quand les accès se sont répétés, et il ne manque presque jamais chez les sujets atteints de la cachexie de marais. Hippocrate le signalait chez les habitans des rives du Phase, et il n'est pas un praticien des pays marécageux qui ne l'ait vérifié. Une mission officielle m'a conduit récemment dans trois pays également connus par la gravité de leurs endémies palustres, la Corse, que je revoyais pour la troisième fois, l'Algérie et le bassin de Rome ; partout j'ai constaté l'engorgement splénique chez les fébricitans et chez les malades qui, guéris de la fièvre, restaient pâles et débilités ; partout, quand la palpation ne suffisait pas pour le constater, la percussion, avec ou sans plessimètre, le mettait hors de doute ; rien de plus fréquent, dans ces contrées, que le développement de la rate jusqu'au-dessous de l'ombilic. Et à Rome, en Afrique, nous avons retrouvé, comme il y a vingt ans en Morée, et il y a dix-sept ans à Calvi, des rates qui, par leur bord inférieur, atteignaient à la crête iliaque. Un fait si général ne paraîtra pas indifférent aux praticiens qui ont l'habitude de ne négliger aucun élément de diagnostic et de pronostic ; gardons-nous d'en exagérer l'importance, mais évitons aussi de discréditer, par une critique spirituelle, les résultats même provisoires de la plessimétrie ; plus ou moins contestables, quand ils affectent une précision que ne comporte point ce genre de recherche, et que l'art n'exige point, ils ont cependant le mérite de fixer l'attention sur un signe diagnostique dont M. Grisolle a lui-même déduit d'excellentes indications.

Dans la question pratique qui a été soulevée à l'occasion du sel marin, M. Piorry n'a vu pour ainsi dire que l'état de la rate ; je serais tenté de reprocher à M. Grisolle de s'être arrêté à la considération exclusive de la fièvre. L'état fébrile à différens types, comme l'intumescence splénique, n'est qu'un élément de l'endémie des pays marécageux ; il faut regarder au-delà des fièvres bénignes qui guérissent, au-delà des fièvres pernicieuses qui tuent en quelques heures ; les unes, quoique faciles à couper, récidivent et finissent par altérer l'état général ; les autres, quand elles cèdent aux hautes doses de quinine, laissent dans l'organisme plus de traces qu'on ne pense et le tiennent longtemps sous l'imminence des rechutes. Pour avoir une idée complète de l'action des miasmes marécageux, il faut envisager la série entière des phases pathologiques que parcourent ceux qui restent exposés indéfiniment à leur influence ou qui ont subi d'emblée une imprégnation si énergique que, même après les accès guéris, ils ne cessent d'être malades et marchent, soit par des rechutes, soit par l'impulsion continuée de la première atteinte vers l'état cachectique.

Or, Messieurs, le quinquina répond à la série des indications thérapeutiques, parallèle à la série des phases pathologiques de l'endémie des marais ; il n'en est aucune où sous une forme quelconque il ne trouve utilement sa place ; si son alcaloïde est l'agent par excellence pour rompre l'enchaînement des accès fébriles, pour combattre la fièvre à type intermittent, rémittent et sub-continu, les diverses préparations qui contiennent toute la substance du quinquina, décoction, poudre, électuaire, extrait sec et mou, riz de quinquina, contribuent efficacement à relever les forces, à corriger l'inertie fonctionnelle du tube digestif, à prévenir les rechutes ; beaucoup de nos médecins, en Afrique, préfèrent le quinquina au sulfate de quinine pour combattre les fièvres récidives, les fièvres invétérées, celles qui s'accompagnent d'anémie, d'atonie du tube digestif, etc. Le riz de quinquina est utilement employé à toutes les les époques de la maladie endémique des pays marécageux.

Donc, quand on vient nous proposer un nouvel agent pour le traitement des fièvres de marais, il faut qu'il puisse remplacer non seulement la quinine, mais le quinquina tout entier ; il ne suffisait pas que le sel marin fût un fébrifuge pour devenir un succédané du quinquina. Permis aux médecins qui n'ont à combattre que les fièvres intermittentes de Paris, de se préoccuper exclusivement de la suppression des accès ; ils ne sont pas témoins de ces fièvres rémittentes et sub-continues qui, après une durée de sept à quatorze jours, laissent à leur suite une débilitation profonde avec pâleur générale, signes certains de l'altération du sang et de l'atteinte du système nerveux ; ils n'ont pas à lutter contre les rechutes incessantes et la progression des phénomènes cachectiques : anémie, torpeur, engorgement du foie et de la rate, diarrhée, œdèmes de la face et des extrémités, puis ascite et anasarque, hémorrhagies passives, quelquefois accidens scorbutiques ultimes. Tels sont les caractères les plus saillans de cette cachexie qui, lente à se produire dans nos climats, se multiplie en Afrique vers la fin de chaque saison épidémique et se prolonge en hiver.

Les hommes qui présentent ces divers degrés de délabrement, s'ils restent sur les lieux, sont des victimes désignées aux fièvres de l'été suivant ; pendant l'hiver, où la santé générale est excellente, beaucoup d'entre eux sont atteints d'épanchemens pleurétiques, d'œdèmes pulmonaires, de pneumonies qui n'offrent plus de prise à la thérapeutique. Voilà les malades qui font le désespoir de la médecine dans les pays chauds marécageux et que j'ai vus récemment en grand nombre à Philippeville, à Bône, à Batna, à Sétif et jusqu'à Biskara, mais nulle part plus détériorés et plus nombreux que dans l'insalubre presqu'île de Gigelli ; voilà des états morbides secondaires, tertiaires qui dérivent d'une seule et même cause, l'impaludation, et qui se renforcent mutuellement ; un médicament qui ne serait que fébrifuge comme le sel marin, répondrait-il à toutes leurs indications ? Non, parce que la fièvre, avec ou sans tuméfaction primitive de la rate, n'est que l'un des élémens du problème thérapeutique, comme elle n'est que l'un des côtés de la question pathologique. Fébrifuge et tonique, le quinquina, s'il n'est point le spécifique de l'affection palustre à tous ses degrés, offre, tant par la complexité de ses principes que par ses divers modes d'appropriation pharmaceutiques, des ressources que l'on a vainement cherchées jusqu'à ce jour dans une série innombrable de prétendus succédanés.

Le sel marin aura-t-il une meilleure fortune ? Les observations de l'honorable M. Piorry auront le mérite de le signaler à l'attention des praticiens ; mais, en présence des résultats douteux ou négatifs que son usage a donnés aux médecins militaires, j'oserai conseiller à l'Académie de n'adopter provisoirement aucune conclusion qui engage l'autorité de son jugement, et je crois répondre à ses habitudes de haute réserve en lui proposant de renvoyer les documens qu'elle a reçus et qu'elle pourra recevoir encore au sujet du sel marin considéré comme fébrifuge, à l'examen définitif de la commission chargée de prononcer sur la valeur des succédanés du quinquina.

Je propose en outre d'adjoindre M. Piorry à cette commission.

M. Piorry est frappé d'une chose, dans l'argumentation de M. Michel Lévy, dont il se plaît, d'ailleurs, à louer le bon sens et la courtoisie, c'est le petit nombre de faits qu'il oppose au sel marin. De ce que quelques médecins d'Afrique n'auraient pas réussi avec le sel, qu'est-ce que cela

---

avons puisé notre instruction médicale ; c'est que, loin d'être les adversaires de cette institution, nous voudrions contribuer, au contraire, à l'agrandissement, à l'élévation de son enseignement comme à l'extension de son autorité.

» C'est vous dire, Messieurs les professeurs de la Faculté, combien la Société l'Union Médicale est heureuse de vous voir aujourd'hui parmi nous. Il nous serait agréable de porter, à chacun de vous ici présent, un toast d'affectueuse estime et de respect ; nous le devrions peut-être ; mais j'ai craint d'abuser trop longtemps de la parole, car aurais-je pu être bref en parlant de vos mérites ?

» Permettez-moi donc, savans et honorés professeurs, de réunir dans un seul toast les vœux que nous formons pour votre bonheur personnel comme pour la prospérité de la Faculté ; et ce toast, j'ai l'honneur de le proposer :

» Pour le doyen habile ;
» Pour le professeur éloquent ;
» Pour le bienveillant confrère,
» Et pour l'homme aimable ;

» A Monsieur le professeur Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Paris. »

Le nom de M. Bérard, qui termine ce toast, est accueilli par une triple salve d'applaudissemens.

Je regrette de ne pouvoir reproduire dans ses termes la chaleureuse, éloquente et spirituelle réponse de M. Bérard. La faculté, a-t-il dit à peu près, s'est rendue à l'invitation de l'Union Médicale, parce que, comme ce journal, elle est attentive aux *intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels* du corps médical. Sa présence à ce banquet emprunte un intérêt d'actualité à une circonstance récente. L'enseignement de la Faculté vient de subir les attaques les plus graves et les plus injustes de la part d'une feuille qui a puisé ses renseignemens on ne sait à quelles sources. M. Bérard proteste énergiquement contre ces accusations mensongères. Il voit avec bonheur que l'Union Médicale lui prêtera son concours pour repousser d'inqualifiables agressions, il la remercie et il propose un toast à sa prospérité croissante.

Ces lignes ne donnent qu'une faible et pâle idée de la brillante improvisation de M. le doyen, que l'assistance a par trois fois couverte d'unanimes applaudissemens.

M. Sandras propose en ces termes un toast à l'Académie de médecine :

» Au nom de l'Union Médicale, je porte un toast à l'Académie nationale de médecine.

» Dans le laboratoire universel où la pensée humaine se développe suivant la loi du progrès, toute institution, toute distinction scientifiques sérieuses impliquent une fonction sociale. Les institutions prennent plus d'importance en raison de la moralité, de l'utilité et de la générosité d'application de la science appelée à fonctionner ; et, par conséquent, en raison du labeur et du dévoûment des hommes choisis pour la représenter.

» Sous tous ces rapports, l'Académie de médecine mérite d'occuper une large et belle place parmi les créations utiles des temps modernes.

» Soit qu'elle travaille elle-même indivuellement ou collectivement ; soit qu'elle appelle du dehors le concours de tous sur les questions les plus graves de la science contemporaine ; soit qu'il faille conseiller et diriger l'autorité sur les grandes mesures d'hygiène publique ; qu'il s'agisse de maintenir les traditions d'honneur, de dignité et de dévoûment ; ou bien qu'il faille régulariser par un jugement impartial et solennel le mouvement scientifique ; nous trouvons toujours et partout l'Académie de médecine en action ; nous reconnaissons incessamment son influence salutaire, sa sagesse et son autorité ; nous les éprouvons et les apprécions mieux que personne.

» A Monsieur Mêlier, qui nous appartient par tant de titres, président de l'Académie, dont les utiles travaux viennent enfin d'aboutir à l'heureuse solution d'une des plus graves questions de paix et de rapports fructueux entre les nations.

» A Monsieur Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie, gardien si intègre et si dévoué des fonctions du corps dont il constitue en quelque sorte l'unité, homme de science et de lettres, capable de tous les devoirs que le choix de ses collègues lui a dévolus.

» A l'Académie nationale de médecine ! »

M. Dubois (d'Amiens) se lève et décline l'honneur de répondre au nom de l'Académie. La réunion possède le président de la compagnie ; or, d'après le règlement, qu'il cite, c'est le président qui doit parler en son nom, et après avoir remercié l'orateur de ce qu'il a lu de personnellement agréable dans son toast, il cède la parole à M. Mêlier, qui répond par une allocution vivement applaudie.

M. Amédée Forget propose le toast suivant :

« L'Union Médicale, heureuse et fière de posséder dans son sein les plus illustres représentans de la chirurgie française, vous propose de leur porter un toast dans la personne de notre vénéré maître, M. Roux.

» Honorons en lui, Messieurs, le savant professeur, dont la vaste expérience a été pour chacun de nous une source précieuse d'enseignement et de lumières ;

» Le clinicien sagace et l'opératenr habile, qui, par ses conceptions brillantes et hardies, a su plus d'une fois reculer les limites de l'art, et ouvrir ainsi à l'humanité des voies nouvelles de guérison et de salut ;

» L'historien fécond et ingénieux qui, naguère en faisant revivre au milieu de nous les grandes figures de Boyer, de Bichat, donnait aux jeunes générations l'exemple de la reconnaissance envers les maîtres et du respect pour l'autorité consacrée en matière de science et d'art.

» Honorons enfin et surtout l'homme de bien, qui, pensant avec Morgagni que les revers instruisent autant que le succès, n'a cessé, dans le cours de sa longue carrière, de pratiquer ce précepte qui résume tous les devoirs du médecin :

» Vérité dans la science, moralité dans l'art.

» A Monsieur le professeur Roux ! »

M. Roux rejette modestement les éloges qui viennent de lui être adressés et les revendique pour ses collègues, MM. Velpeau et Cloquet, dont les travaux excitent à si juste titre l'admiration du monde savant, et dont l'honnêteté scientifique ne connaît pas de rivale. M. Roux termine par un compliment adressé au rédacteur en chef de l'Union Médicale, compliment si flatteur, qu'il m'est impossible de le reproduire.

A M. Roux succède M. Fauconneau-Dufresne, qui propose le toast suivant :

« Messieurs,

» L'administration de l'Union Médicale a encore une dette de reconnaissance à acquitter.

» Elle vous propose de porter un toast à M. Prévost, notre avocat et notre invité, à l'ancien et savant magistrat, qui, dans nos affaires litigieuses, nous prête généreusement l'appui de son expérience et de son talent.

» Je porte ce toast à M. Prévost ! »

M. Prévost répond quelques mots bien sentis, vivement applaudis par les convives.

M. Velpeau demande la parole et s'exprime à peu près en ces termes :

» Messieurs,

» Dépouillons-nous de nos honneurs, de nos titres ; nous restons médecins ; et de quel honneur, de quelque titre que nous soyons revêtus, nous appartenons toujours et encore à la grande famille médicale, dont les intérêts doivent nous préoccuper avant tout. J'ai donc l'honneur de vous proposer ce toats :

» Aux intérêts généraux de la famille médicale. »

Les bravos éclatent de toutes parts, et l'assemblée quitte la table en accueillant avec sympathie le dernier mot qui termine le banquet, et prononcé par M. Richelot :

« Messieurs, à l'année prochaine ! »

J'ai promis de ne rien ajouter du mien à ce récit, et je le clos sous la douce impression des confraternelles espérances que la fête d'hier a laissée dans mon esprit.

Amédée Latour.

prouve contre le grand nombre d'expériences consignées dans le rapport? M. Lévy objecte que Paris n'est pas propre à l'expérimentation des remèdes proposés contre les fièvres intermittentes. Ce n'est pas l'opinion de M. Piorry, qui croit, au contraire, qu'on peut étudier toutes les espèces et toutes les variétés de fièvres à Paris, mieux qu'en Afrique ou en Sologne, où l'on n'observe généralement qu'une seule espèce de fièvre, la fièvre marécageuse. Quant aux cas de gonflement de la rate d'emblée, sans accès fébrile, dont a parlé M. Lévy, M. Piorry ne voit pas en quoi ils attaquent sa doctrine. Ne voit-on pas tous les jours des phthisies d'emblée, sans toux ni symptômes généraux? Il en est de même pour les maladies de la rate, comme pour celles du foie ou de tout autre organe.

M. Piorry termine en remerciant M. Lévy de lui avoir rendu justice sur l'exactitude et la précision de ses diagnostics. Partout, dit-il, où l'on peut porter la mesure et le compas, c'est le progrès; c'est moins à l'esprit qu'il faut s'en rapporter, qu'au doigt qui palpe et à l'oreille qui écoute.

M. Grisolle persiste dans les opinions qu'il a émises dans la précédente séance, aucune des objections qu'il a présentées n'ayant été réfutée par M. Piorry. Il se croit toujours fondé à dire que M. Piorry a procédé d'une manière défectueuse à l'expérimentation du sel; qu'il a appliqué cette médication à des cas mal déterminés et qui n'étaient point des cas de fièvre intermittente; que M. Piorry s'est fait une fièvre intermittente à lui, comme il s'est fait une rate à son usage. La preuve en est dans le rapport lu à la Société de médecine du 1[er] arrondissement, par M. Cherest, un de ses amis, où l'on voit que, pour M. Piorry, il y a deux catégories de fièvres intermittentes, l'une qui comprend les fièvres telles que tous les médecins les entendent; l'autre qui comprend un deuxième ordre de fièvres, telles que M. Piorry seul les entend, et qu'aucun médecin instruit ne voudrait admettre.

Quant au reproche d'inhumanité que M. Piorry lui a adressé pour avoir dit que quand on voulait expérimenter un médicament contre la fièvre, il fallait attendre et laisser passer quelques accès, M. Grisolle ne croit pas le mériter plus que tout autre. Tous les médecins des hôpitaux savent bien que les accès se dissipent quelquefois d'eux-mêmes, et il vient d'en voir tout récemment un nouvel exemple à l'hôpital Beaujon, où un homme, atteint d'une fièvre intermittente depuis deux mois, a vu cesser sa fièvre après un accès, par le seul fait de sa translation à l'hôpital. Du reste, dans sa pratique, M. Grisolle n'agit pas autrement que tous les médecins : il prescrit le sulfate de quinine dès le premier accès; mais il persiste à penser que, quand il s'agit d'expérimenter un nouveau médicament, il faut attendre quelques accès, sous peine d'annuler d'avance la valeur des résultats obtenus.

Après quelques mots de M. Piorry, qui déclare persister dans toutes ses opinions, un grand nombre de membres demandent la clôture de la discussion.

La clôture est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une voix.

M. le Président donne lecture des conclusions du rapport et des amendemens proposés par MM. Grisolle et Michel Lévy.

L'amendement de M. Lévy, étant le plus éloigné des conclusions du rapporteur, va être mis aux voix le premier.

M. Piorry déclare y adhérer.

M. Grisolle se range aussi à la conclusion de M. Lévy.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 18 Février 1852. — Présidence de M. Larrey.

M. Huguier donne quelques détails sur la malade qui, récemment accouchée, portait un énorme polype fibreux de l'utérus. Cette femme est actuellement dans un assez bon état. Nous aurons lieu de revenir sur ce fait, qui sera l'objet d'une discussion.

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'observation intéressante communiquée par M. Rigal, relative à un malade qui demandait l'avis de la Société pour une affection nerveuse du bras. Ce malade, après avoir épuisé tous les moyens imaginables pour combattre les douleurs intolérables qu'il éprouve, était décidé à se faire amputer. Les détails de l'observation étant insuffisans, il n'y a pas eu de conclusions adoptées. M. Gosselin écrit à la Société qu'il a reçu une nouvelle observation plus complète; cette question va donc de nouveau être discutée.

D'un nouvel instrument d'optique pour examiner l'intérieur de l'œil.

M. Follin, prosecteur de la Faculté, présente à la Société un ingénieux instrument à l'aide duquel on peut explorer la rétine, le cristallin et les différentes parties de l'œil. Nous donnons un extrait de la note lue par M. Follin :

Après avoir cherché quels essais avaient été faits par les chirurgiens pour explorer facilement sur l'homme vivant la surface si profonde et si obscure de la rétine, M. Follin n'a trouvé qu'un appareil de M. Helmholtz, professeur à Kœnigsberg. Mais cet instrument est incomplet, d'un assez difficile usage; et avec l'aide de M. Nachet, l'un de nos plus habiles opticiens, M. Follin a construit un appareil qui répond à la plupart des conditions qu'exigent les observations pathologiques. Une bougie, placée en arrière d'une lentille, envoie un faisceau de rayons lumineux à la surface d'un miroir qui les réfléchit dans l'œil. Un oculaire de numéro variable, placé en arrière du miroir, permet d'apercevoir le fond de l'œil éclairé et grossi. Voilà tout l'appareil.

Le fond du globe oculaire est éclairé par une lumière douce, partout d'égale intensité. Ce n'est plus, comme dans l'appareil du professeur allemand, l'image d'une flamme (flemmenhulde) qui, réfléchie dans l'œil, n'éclaire que des parties très restreintes de la rétine. La fixité de l'appareil, la projection constante et toujours égale des rayons lumineux, ont permis de constater les dispositions suivantes : quand l'appareil a été convenablement adapté, tout le fond du globe oculaire paraît lumineux, et cette lumière est jaunâtre. Puis, dès que l'oculaire est placé au point de vision de l'observateur, on aperçoit sur le fond lumineux une teinte rouge générale, et bientôt des vaisseaux assez nombreux, d'un rouge très vif, formant souvent un très élégant réseau. Il est facile de distinguer dans ces vaisseaux leurs deux bords et leur contenu sanguin. On les voit tantôt parallèles comme marchent les artères et les veines, tantôt disposés d'une façon réticulée. Plus d'une fois M. Follin a pu voir le centre vasculaire de la rétine, et reconnaître le point d'où l'artère et la veine centrale s'épanouissent en rameaux. Là, les vaisseaux semblent coupés nets et disparaissent.

M. Helmholtz a cru distinguer dans ces vaisseaux les battemens rhythmiques. M. Follin n'a rien vu d'analogue à des pulsations. Mais souvent un vaisseau, même volumineux, s'affaisse pour reparaître quelques instans après, sans qu'il y ait de régularité dans ce phénomène. Quelque soin qu'il ait mis à rechercher la tache jaune, il n'a pu y parvenir; il pense, avec M. Nachet, pouvoir arriver à ce résultat, en projetant dans l'œil des lumières de colorations autres que la couleur jaune.

Après avoir indiqué principalement les résultats obtenus sur un œil normal, M. Follin signale quelques faits pathologiques. Sur un malade entré à l'Hôtel-Dieu, pour une plaie de la cornée, une hernie de l'iris, avec affaiblissement de la vision, et vue double du côté de l'œil blessé, M. Follin a reconnu, avec M. Nachet, que le champ lumineux était divisé par une ligne noire dont il n'a pu encore préciser la nature.

Un autre malade, atteint d'une sensibilité très vive à la lumière, due à un état congestif de l'œil, a montré aux observateurs une rétine fortement vascularisée.

Chez deux cataractés (salle Saint-Jean, à l'Hôtel-Dieu), dont l'un portait seulement aux deux yeux une opacité centrale et peu étendue, les résultats ont été des plus nets. Le champ lumineux, interrompu par les opacités cristallines, les traduisait très exactement à l'observateur.

En résumé, à l'aide de cet appareil, M. Follin croit qu'on pourra apprécier les différens états de congestions de la rétine, ses ecchymoses, ses varices, les productions cancéreuses qui débutent parfois à sa surface, etc. L'état du cristallin, que doivent traverser les rayons lumineux, n'échappera pas non plus à l'observateur, quoique l'examen soit ici presque négatif. Dès lors, l'appareil serait encore utile dans les cataractes noires ou commençantes.

(*La suite au prochain n°.*) D[r] Éd. Laborie.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Concours pour deux places de chirurgien du bureau central. — Voici la composition du jury chargé de prononcer sur ce concours : MM. Danyau, Malgaigne, Ricord, Chassaignac, Jobert (de Lamballe), Guersant, Cruveilhier, Gillette et Grisolle, juges titulaires; Gerdy et Falret, juges suppléans.

Les candidats, au nombre de dix-sept, sont MM. Blot, Boinet, Boyer (Lucien), Broca, Demarquay, Depaul, Dequevauviller, Deville, Fano, Follin, Houël, Jamain, Laborie, Richard, Sappey, Triquet, Verneuil.

Concours pour quatre places de médecin du bureau central. — Le jury de ce concours est composé de MM. Barth, Rochoux, Léger, Andral, Trélat, Legroux, Marjolin, Michon, Velpeau, juges titulaires; Delasiauve, Gosselin, suppléans.

Les candidats, au nombre de trente-deux, sont : MM. Bernard, Boucher-de-la-Ville-Jossy, Cahen, Caillault, Chammartin, Champeaux, Chapotin de Saint-Laurent, Christophe, Davasse, Delpech, Destouches, Frédault, Gabalda, Guibout, Hervieux, Hillairet, Homolle, Lallier, Lasègue, Matice, Milcent, Poterin du Motel, Racle (Charles), Racle (Alex.), Richard, Rotureau, Sanson (Alph.), Sée, Simonet, Viollet, Woillez.

Nomination. — M. le docteur Raige-Delorme a été nommé à l'unanimité bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Dezeimeris, dont nous avons annoncé la mort prématurée et regrettable.

Concours pour la chaire d'hygiène. — L'argumentation des thèses commencera lundi prochain, à quatre heures.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 23. SIXIÈME ANNÉE. **Mardi 24 Février 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 FÉVRIER 1852.

LA PRESSE SCIENTIFIQUE ET LE DÉCRET DU 18 FÉVRIER.

Nous n'avons pas dit un seul mot encore du décret du 18 février et de ses conséquences sur la presse scientifique. Ces conséquences sont si graves, qu'il ne nous paraît pas possible de croire que le gouvernement ait voulu porter une atteinte aussi considérable à des entreprises qui ne lui ont jamais occasionné le plus petit embarras, et qui ne peuvent lui susciter le moindre ombrage.

C'est avec une vive satisfaction que nous voyons cette opinion partagée par un éminent publiciste, par un de nos confrères, M. le docteur Véron, directeur du *Constitutionnel*. La presse scientifique doit de vifs remercîmens à notre confrère, pour sa généreuse initiative en faveur de nos publications. L'article qu'il a consacré à ce sujet, dans le *Constitutionnel*, présente la question sous son point de vue le plus net et le plus topique. Nous ne saurions mieux faire que de le reproduire. Qu'il nous soit permis d'ajouter, sans prétention d'immixtion dans des affaires hors de notre domaine, que la candidature de M. Véron au Corps législatif se présente avec un favorable antécédent aux médecins, aux pharmaciens et aux vétérinaires de l'arrondissement de Sceaux. Ce que M. le docteur Véron vient libéralement de tenter pour les intérêts de la presse scientifique, peut être considéré comme une preuve de ce qu'il pourrait faire, en qualité de député, en faveur des intérêts généraux des professions scientifiques. Ceci soit dit en dehors de toute intention ou de toute préoccupation politique, dont notre devoir, comme notre désir, est de nous tenir éloigné.

Amédée LATOUR.

Voici l'article de M. Véron :

« Nous appelons avec confiance la sollicitude du gouvernement sur les conditions faites à la presse scientifique française et étrangère, par le décret du 18 février. L'intention du gouvernement n'a pas pu être de faire subir aux journaux exclusivement consacrés aux sciences, les mêmes restrictions, les mêmes mesures fiscales qu'à la presse politique. Cependant, par une lacune regrettable et par l'absence de toute désignation spéciale dans le décret organique de la presse, il serait à craindre que l'administration du timbre n'interprétât en faveur du trésor cette absence de dispositions relatives à la presse scientifique. Ce résultat serait fatal aux nombreuses publications de ce genre qui, s'éloignant soigneusement de toute discussion politique et d'économie sociale, ne tendent qu'à populariser et à répandre les découvertes scientifiques et leurs applications utiles à l'humanité.

» La protection éclairée accordée par le gouvernement aux sciences et aux savans, l'acte tout récent de haute munificence du prince-Président en faveur d'un jeune savant, dont il vient d'encourager les travaux d'une façon si délicate et si magnifique à la fois, nous sont un sûr garant qu'il suffira d'appeler l'attention du pouvoir sur le fait que nous lui signalons respectueusement, pour qu'il s'empresse de rassurer les entreprises périodiques scientifiques, fort alarmées à cette heure par le décret du 18 février.

» Les conséquences de ce décret, rigoureusement appliquées aux journaux et écrits scientifiques périodiques, seraient désastreuses pour la plupart de ces entreprises. Il se publie en France un grand nombre de journaux et recueils de médecine, de pharmacie, de médecine vétérinaire, de physique et de chimie, d'histoire naturelle, de géologie, de mécanique, de mathématiques pures et appliquées, etc., etc. Toutes ces publications, en raison, d'une part, du nombre relativement limité de leurs lecteurs, d'autre part, des frais considérables qu'elles exigent de composition, de rédaction, de dessins et de gravures, ne peuvent pas baisser leur prix d'abonnement.

» Les soumettre aux droits de timbre réunis aux droits de poste, ce serait leur imposer une dépense de 10 centimes par feuille, ce serait les forcer à élever considérablement le prix de leur souscription, et leur faire perdre immédiatement les trois quarts de leurs abonnés. Les médecins, en effet, et la plupart des hommes qui cultivent les sciences, sont obligés déjà de s'imposer des sacrifices pour recevoir un journal qui leur porte le mouvement de la science et les progrès de leur art.

» Ces journaux accomplissent pacifiquement une mission utile; loin de leur imposer des entraves, il faudrait au contraire encourager leurs efforts. Leur but civilisateur et moral est de détourner les esprits des stériles et dangereuses agitations politiques, pour les concentrer dans l'étude des sciences et dans de féconds travaux.

» Ce n'est pas seulement aux journaux et aux écrits périodiques scientifiques publiés en France, que l'application du décret du 18 février serait préjudiciable. L'interprétation rigoureuse de ce décret pourrait encore priver la France de toute communication scientifique venue de l'étranger. Tout échange entre les journaux du même genre serait immédiatement interrompu. Evidemment, le gouvernement de Louis-Napoléon n'a pas voulu élever cette sorte de grande muraille de la Chine entre la science française et la science étrangère. Il n'y a dans tout cela qu'un léger malentendu facile à réparer. Nous prenons la liberté de soumettre à l'appréciation intelligente et bienveillante du gouvernement la proposition suivante :

» Les journaux et écrits périodiques, français et étrangers, quels que soient leur mode de publicité et leur format, exclusivement consacrés aux matières dont s'occupent l'Académie des sciences et l'Académie nationale de médecine, sont exonérés des dispositions du décret du 18 février 1852, relatives au timbre.

» Dr L. VÉRON. »

PATHOLOGIE.

SUR LE DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Lettre à M. le docteur THIRIAL.

Une fois déjà, très honoré confrère, nous nous sommes rencontrés dans l'arène scientifique : c'était à l'occasion de ce sclérème des adultes, de cette scléro-sténose cutanée que vous avez vue avant moi, que j'ai distinguée après vous; de sorte que nous pourrions ainsi vider le litige :

Eh bien ! vous l'avez vue, et moi je l'ai sentie.

Du reste, des érudits se sont faits forts de nous prouver que nous ne l'avions inventée ni l'un ni l'autre, ce que vous n'accorderez peut-être pas, ni moi non plus. Heureusement, ce n'est plus d'un procès qu'il s'agit ici, mais bien d'une simple conversation sur un sujet bien débattu, bien obscur, et que, bien candidement, vous et moi, nous nous efforçons de fixer et d'éclaircir.

Peut-être vous souvient-il, cher confrère, que vers l'année 1841, parut un assez gros volume, intitulé : *Traité de l'entérite folliculeuse*. Vous avez bien pu l'oublier, car la presse parisienne en fit promptement raison : il fut reconnu que cette œuvre mal sonnante, et sentant l'hérésie, était un anachronisme scandaleux, une hallucination absurde et dangereuse (*sic*). Si bien que, depuis lors, il n'en est plus question, comme vous l'allez voir. Le pauvre auteur se résigna, car ou lui rendra cette justice de reconnaître qu'il n'essaya pas le plus petit mot de justification, il attendait..... Or, voilà qu'un de ceux-là mêmes qui l'avaient traité avec le plus de sévérité, mû, sans doute, par quelque voix intérieure, eut la générosité de publier les lignes suivantes :

« En 1841, parut le *Traité de l'entérite folliculeuse*, du professeur Forget. Cet ouvrage ne fit pas la sensation qu'on de-
» vait attendre d'un livre largement pensé, rempli d'une éru-

Feuilleton.

PRIESNITZ ET L'HYDROTHÉRAPIE.

Divonne (Ain), 29 Janvier 1851.

Monsieur,

L'*Illustration*, qui, dans son numéro du 1er au 8 janvier 1852, a publié un article critique très sévère envers l'hydrothérapie, à propos de la mort de Priessnitz (1), n'ayant pas pour habitude d'insérer les réfutations que doit toujours faire naître une injuste agression, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien ouvrir à cette réponse une place dans les colonnes de votre estimable journal.

Sans doute, je partage l'avis de mon honorable confrère, M. le docteur Roubaud, auteur de cet article : *L'histoire a le droit de rendre ses arrêts sur toutes les tombes qui se ferment*; mais il serait à désirer que ses arrêts fussent prononcés en son nom avec un esprit équitable et impartial, exempt de toute prévention, qu'à côté du blâme on présentât l'éloge, et qu'en regard des fautes commises on fît ressortir les services qui ont pu être rendus. Or, à propos de l'article précité, je dois assurer que la mordante et spirituelle critique dont il est empreint m'a paru beaucoup trop sévère et capable d'égarer, par ses fausses interprétations, tous ceux qui n'auraient pas encore apprécié l'importance et la valeur de l'hydrothérapie. Du reste, les assertions peu bienveillantes et même injustes que M. le docteur Roubaud semble avoir puisées dans l'ouvrage du docteur Ehrenberg, publié en 1842, doivent céder devant les témoignages d'hommes éminemment instruits, honorables et désintéressés, tels que les docteurs Scoutteten, Schedel, Bachelier, Heidenhain, etc., qui ont tous vu Priessnitz à l'œuvre, au milieu de ses malades, et qui, sans passion et sans enthousiasme, ont rendu compte de leurs investigations.

Ainsi, en débutant, mon honorable confrère convient, comme le fait observer M. le docteur Boyer, qu'il existe deux sortes d'hydrothérapie; l'hydrothérapie rationnelle et l'hydrothérapie excentrique, et que Priessnitz, à qui le public attribue généralement l'invention de ce mode de traitement, n'a inventé ni l'une ni l'autre, pas même l'hydrothérapie excentrique; il cherche aussi à établir une sorte de corrélation entre ce dernier et le capucin Bernard de Castrogianna, qu'on peut considérer, dit-il, comme le devancier immédiat de Priessnitz. Que mon honorable confrère me le pardonne, mais il y a pour moi, dans ces deux assertions, une grave et profonde erreur, ou une idée préconçue; j'accorde volontiers que Priessnitz n'a pas inventé l'usage de l'eau froide dans le traitement des maladies, puisque M. Roubaud convient lui-même que cet usage remonte à la plus haute antiquité; mais ce que l'autorité des faits me permet d'affirmer, c'est que Priessnitz est le premier qui, à l'empirisme le plus aveugle, ait fait succéder une véritable méthode; bien plus, *il a créé* plusieurs modes d'application de l'eau froide; dignes de fixer l'attention de tous les praticiens. Je conviens que l'idée de l'enveloppement dans les couvertures de laine, produisant la sueur, et suivi de l'immersion dans l'eau froide, lui a été probablement suggérée par cette ancienne coutume, introduite de temps immémorial, dans l'hygiène populaire de la Russie et des pays voisins; mais ce mode de traitement qui, dans le principe, reçut le nom d'hydrosudopathie, ne fut plus employé par Priessnitz que dans certains cas exceptionnels, et remplacé par l'enveloppement dans le drap mouillé, dont il avait déjà retiré de plus grands avantages, soit comme puissant antiphlogistique, soit en l'employant comme tonique, en diminuant la durée de l'opération, en le renouvelant à propos et en le faisant suivre d'une immersion ou d'ablutions *à une température plus ou moins basse*, suivant la constitution et l'impressionnabilité du malade. Ici, déjà, l'empirisme disparaît, l'observation commence et l'expérience et la raison dirigent. N'est-ce pas un peu là toute notre histoire médicale depuis Hippocrate !

M. le docteur Schedel considère avec raison l'enveloppement dans le drap mouillé comme une des plus belles découvertes de Priessnitz : « Par
» ce moyen, dit-il, il remplit une foule d'indications; en effet, ce procédé
» peut remplacer avec avantage les affusions de Currie, comme moyen
» antiphlogistique; car, par la méthode de Priessnitz, la réaction est
» plus assurée, puisqu'elle se trouve soutenue par des moyens artifi-
» ciels qui, empêchant la chaleur de s'échapper, la concentrent autour
» du corps. La transpiration et l'enveloppement simple dans le drap
» mouillé, sont donc tout à fait de l'invention de Priessnitz, ou plutôt
» une conséquence de son esprit éminemment observateur. »

M. le docteur Scoutteten dit lui-même dans son ouvrage, à propos de l'enveloppement dans le drap mouillé : « Il est surprenant que les
» médecins ne se soient pas avisés de recourir plutôt à ce moyen.......
» L'introduction de ce nouvel agent, dans la thérapeutique médicale,
» rend les plus grands services dans les fièvres typhoïdes; les résultats
» heureux que j'en ai obtenus sont si surprenans, qu'ils paraîtraient
» exagérés lors même qu'ils seraient racontés avec la plus grande sim-
» plicité. »

Il en est de même de la friction avec le drap mouillé, ou *abreibung*, opération très simple et si utile pour activer les fonctions de la peau, qu'à l'heure où j'écris ces lignes, il est peu de médecins qui, dans leur pratique, n'emploient ce moyen comme sédatif ou tonique dans les convalescences des fièvres typhoïdes, ou dans d'autres affections adynamiques ou nerveuses.

Je ferai donc observer à M. Roubaud que, si Priessnitz, comme il l'avance, *n'a pas même inventé l'hydrothérapie excentrique*, il doit avoir, à nos yeux, un bien autre mérite, celui d'avoir fondé une doctrine nouvelle qui repose exclusivement sur ces trois grands principes hygiéniques sous la dépendance desquels l'homme se trouve : l'*eau*, l'*exercice* et le *régime*, et dans laquelle l'art de guérir ne manquera pas de trouver des ressources précieuses et des idées neuves et utiles.

Ainsi, comme le dit ailleurs le docteur Schedel : « Ni la pratique
» scientifique de Currie, ni l'empirisme extravagant de Pomme, deux
» hommes qui résument en eux tout ce que leurs prédécesseurs avaient
» fait sur ce point, ne nous offrent une complète analogie avec la nou-
» velle doctrine de Priessnitz; c'est à l'énergie et à la persévérance de
» celui-ci *que la science est redevable* d'avoir pu recueillir des faits qui
» ont donné à l'hydrothérapie une extension jusqu'ici inconnue. »

Notez que le docteur Schedel n'est pas un enthousiaste de cette doctrine, il la critique, au contraire, mais sans passion et avec cette impartialité et cette réserve qui le maintiennent toujours à la hauteur du sujet qu'il traite.

Nous voici maintenant bien loin du capucin Bernard de Castrogianna, qui, d'après M. Roubaud, serait le devancier immédiat de Priessnitz. Nouvelle erreur que je m'empresse de détruire. Le capucin sicilien nommé Fra Bernardo Maria de Castrogianna, qu'on désigne communément sous le nom de Père Bernard, était élève de Rovida; il passa à l'île de Malte en 1724, *et son traitement ne variait que sous le rapport de la quantité d'eau ingérée*. Or, de 1734 à 1829, époque à laquelle surgit Priessnitz, nous voyons, en 1729, le célèbre professeur de Naples, Nicolas Cyrillo, publier un mémoire inséré dans les *Transactions philosophiques*, et qui, à propos du traitement par l'eau froide, se termine par ces mots : « Telle est la méthode qui est accompagnée d'un
» si grand succès dans nos climats, qu'il n'y a point maintenant de re-
» mède plus communément employé. » Le docteur Vallisneri fait ensuite l'histoire médicale de l'eau froide, et, rappelant ce qu'en ont dit les médecins de l'antiquité, il déclare qu'il professe une haute estime pour

(1) Et signé par M. le docteur Roubaud.

dition bien choisie, écrit avec pureté et élégance, parfois » entraînant, remarquable par une grande habileté à présen» ter les preuves, et émané d'une profonde conviction..... Les » journaux de Paris ne consacrèrent généralement que des » notes bibliographiques un peu lestes, il faut le dire, à cet » ouvrage de réelle valeur..... » — (Félix Jacquot, *Recherches sur la fièvre typhoïde*. Gaz. méd. de Paris, 16 août 1845.)

Un peu leste! Vous êtes bien bon, mon cher défenseur. Les critiques furent si *pesantes*, au contraire, que le pauvre livre ne s'en est plus relevé. Jugez-en : en 1846, M. Bouillaud, qui, certes, n'en ignorait pas, commit le tour de force de faire dans sa *nosographie* l'histoire complète des fièvres, sans dire un mot du livre susdit. Il y a quelque temps, qu'un médecin étranger, le docteur Macario, a publié, dans l'Union Médicale, un travail sur la fièvre typhoïde, où il parle de tout le monde, excepté..... Je me trompe, il donne un relevé statistique de l'état du sang, qu'il emprunte au *Traité de l'entérite folliculeuse*, mais si discrètement, que personne ne s'en douterait. Plus récemment encore, un de nos anciens maîtres, le docteur Bally, dans ses pérégrinations consignées dans la *Gazette des hôpitaux* (9 décembre 1851), s'exprime ainsi sur la fièvre typhoïde : « Si l'on avait réservé le nom de fièvre typhoïde à une » maladie partant d'un point principal, comme l'iléon..... Si » l'on avait nommé la maladie iléo-spilosse, comme Piorry; » dothinentérie, comme Bretonneau; entérite folliculeuse, » comme Cruveilhier; iléo-déclidite (comme lui, Bally), vous » ne seriez pas plongé dans une erreur qui peut devenir fa» tale. » Vous voyez bien que mon pauvre livre n'existe plus, puisqu'il est délaissé par ceux-là même dont il sert les opinions, dont il appuie les doctrines. Pourquoi cette réprobation? M. Jacquot l'attribue, avec raison, à la localisation et au solidisme trop exclusifs que professe l'auteur à une époque où les esprits ont une tendance toute contraire; mais il est un autre motif que je vous dirais à l'oreille, si vous n'étiez de Paris.

Je me serais bien gardé d'exhumer cette œuvre défunte, si mes entrailles paternelles n'avaient tressailli à la lecture d'un travail très bien pensé, que vous êtes en train de publier dans l'Union Médicale, et où vous faites ressortir les difficultés qu'on rencontre assez souvent pour distinguer la fièvre typhoïde des nombreuses affections qui peuvent la simuler. Vous citez les fièvres pseudo-continues, la plupart des phlegmasies fébriles, les fièvres éruptives, la phlébite, la lymphite, etc.; mais vous insistez particulièrement sur la phthisie aiguë. Eh bien! cette inextricable confusion est précisément un des points à l'élucidation desquels l'*entérite folliculeuse* est consacrée, c'est l'opportunité si flagrante, et que vous faites si bien ressortir, qui m'inspire l'outrecuidance de vous indiquer cette cette source où, peut-être, trouverez-vous des idées sympathiques, sinon lumineuses. Là, en effet, reposent des observations de pneumonie, de péritonite, de méningite, d'abcès du foie, d'urticaire, de mammite, de panaris, de dyssenterie, et particulièrement de tuberculisation à divers degrés qu'on a pris, ou qu'il eût été facile de prendre pour des fièvres typhoïdes. Page 150 est une observation intitulée : *Phthisie aiguë avec symptômes typhoïdes*. Il est dit, page 147 : « Les cas de phthisiques » morts avec des symptômes typhoïdes ne sont pas rares..... » Nous avons commis à cet égard des erreurs, et observé des » cas de simple phthisie, que nous avions candidement rangés » parmi les cas de mort par entérite folliculeuse, etc. » Voilà, dites-vous, ce que personne n'ignore, et ce que pourtant tout le monde paraît ignorer. Je crois donc vous être utile en vous indiquant quelqu'un qui n'est pas comme tout le monde.

Il y a mieux : la question qui vous préoccupe si vivement, mon cher confrère, la difficulté du diagnostic, a été compendieusement débattue dans les vingt-quatre pages du même livre, consacrées spécialement au *diagnostic différentiel* (de la page 379 à 402); là, vous pourriez voir, si vous daignez y jeter un coup d'œil, non seulement que le diagnostic est souvent difficile et l'erreur facile, mais encore pourquoi les choses sont ainsi. Je vous prierai même de parcourir auparavant le chapitre des *rapports des lésions avec les symptômes* (page 374) : vous y verrez comment l'état typhoïde étant un symptôme banal, commun à une foule d'affections, cet état n'appartient à aucune lésion particulière; que l'entérite folliculeuse n'ayant point de signes pathognomoniques, il est très facile de la supposer là où elle n'existe pas, et de la méconnaître quand elle existe. Vous y trouverez cette proposition incontestable, quoi qu'on en dise : « L'adynamie et la stupeur ne prouvent qu'un fait, la » souffrance d'un organe; cet organe est ordinairement l'ap» pareil folliculaire de l'intestin, voilà tout. » (Page 378.) Car la bouche fuligineuse, le gargouillement, la douleur droite elle-même, etc., ne dérivent pas nécessairement et rigoureusement de l'entérite *folliculeuse*.

Les maladies les plus faciles à confondre avec la fièvre typhoïde, ou plus exactement avec l'entérite folliculeuse (que l'École de Paris reconnaît bien être le caractère *anatomique* de la fièvre typhoïde), sont d'abord les autres maladies du tube digestif; car les follicules, encore une fois, n'ont pas d'expression fonctionnelle propre. Je pose en fait « qu'il est absolu» ment impossible de distinguer l'embarras gastrique ou intes» tinal simple, de l'entérite folliculeuse au début. » De là sans doute tant d'embarras gastro-intestinaux donnés comme fièvre typhoïde.

La fièvre bilieuse est une mystification réactionnelle ou d'opposition, car toute fièvre bilieuse qui s'aggrave et se prolonge devient entérite folliculeuse plus ou moins typhoïde. Donc, même impossibilité de distinguer l'une de l'autre la prétendue fièvre bilieuse et la fièvre typhoïde (entérite folliculeuse).

L'entérite villeuse, la colite, la péritonite peuvent, dans certains cas, mentir exactement l'entérite folliculeuse (fièvre typhoïde).

Nous avons déjà parlé de la phthisie et de la pneumonie.

« L'encéphalite est peut-être de toutes les maladies celle » qu'il est le plus facile de confondre avec l'entérite follicu» leuse de forme *ataxique* ou *cérébrale*. » (Page 387.) Je vous recommande ce paragraphe.

Même difficulté pour la phlébite et la résorption purulente de source *latente*, car, nous le répétons : toute localisation latente peut simuler la fièvre typhoïde.

Non content de cet examen en masse, j'étudie le diagnostic différentiel aux diverses périodes de la maladie. Dans celle du début, impossibilité, le plus souvent, de distinguer l'entérite folliculeuse soit des maladies ci-dessus, soit surtout des fièvres éruptives avant l'éruption.

Puis nous revenons à l'examen spécial de ce grand problème, celui-là même que vous vous êtes proposé sans doute : *Existe-t-il des symptômes pathognomoniques de l'entérite folliculeuse* (fièvre typhoïde). Eh bien! non, 1° parce que, encore une fois, le follicule intestina n'a pas d'expression fonctionnelle propre; 2° parce que cette expression, lorsqu'elle existe pour un organe, indique bien la souffrance, mais non telle ou telle lésion spéciale de cet organe; 3° parce que lorsqu'un organe n'exprime sa souffrance que par l'intermédiaire des autres, comme le follicule intestinal, ceux-ci peuvent lui faire faux bond (fièvre typhoïde latente), ou bien masquer la lésion initiale par leurs anomalies (fièvre typhoïde larvée). Ce dernier cas est celui de l'*observation* que vous avez si bien analysée dans l'Union Médicale du 27 janvier dernier.

Conclusion : Lorsqu'un organe n'a pas d'expression propre, on arrive avec plus ou moins de certitude à constater sa lésion en groupant un certain nombre de phénomènes : ainsi, nous déduisons l'entérite folliculeuse de la fièvre, de la prostration, du sub-délire, des épistaxis, des taches rosées (lesquelles ont un peu perdu de leur valeur), coïncidant avec certains symptômes digestifs : bouche fuligineuse, douleurs, gargouillement dans la région iléo-cœcale, diarrhée, etc. Que si cet appareil est démembré, le diagnostic s'obscurcit en raison directe du déficit. Que si des complications, des phénomènes insolites viennent à se produire, l'obscurité peut devenir impénétrable.

Pour ma part, je ne rougis point de confesser mon embarras et d'avouer bon nombre d'erreurs, en pareille occurrence. Que si l'on m'accusait d'insuffisance, je répondrais : que celui de vous qui se sent exempt de péché me jette la première pierre.

Tels sont, mon cher confrère, les linéamens de ce que vous pourrez rencontrer dans le livre en question, au sujet de votre thèse. Je me suis fait un devoir de vous indiquer cette source autant, croyez-le bien, pour vous témoigner mes sympathies que pour réhabiliter une œuvre morte les livres, non plus que les humains, ne repassent les sombres bords (vieux style).

Agréez, etc. Professeur Forget,
de Strasbourg.

DE L'OPINION DES ANCIENS RELATIVEMENT AU GONFLEMENT DE LA RATE DANS LE COURS DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

L'honorable professeur, M. Piorry, a lu, comme chacun sait, devant l'Académie de médecine, à la fin du mois dernier, un rapport très étendu et très méthodique sur l'emploi du sel marin dans le traitement des fièvres intermittentes et sur les modifications que l'ingestion de ce sel fait subir à la rate.

Il établit sur un grand nombre d'observations recueillies dans son service à l'hôpital de la Charité :

1° Que le sel marin, administré à la dose de 10 à 30 grammes dans les intervalles apyrétiques de la fièvre intermittente, en calme les accès, les éloigne, et même, dans un grand nombre de cas, en prévient le retour avec autant d'efficacité que la quinine alcoolée ou sulfatée;

2° Que l'heureuse influence de ce médicament sur la fièvre intermittente correspond exactement à celle qu'il exerce sur la rate, dont il opère promptement la rétraction, comme il arrive, selon l'honorable professeur, lorsqu'on administre le sulfate de quinine en pareil cas.

D'où M. Piorry conclut de nouveau, à l'appui de sa doctrine, que *la rate est le point de départ des accès fébriles* et que ces accès sont toujours provoqués par la *splénomégalie*.

Cependant, un observateur non moins rigoureux et non moins ardent dans ses recherches, M. le professeur Bouillaud, déclare, dans son traité de *nosographie médicale*, t. III, p. 144, que, chez un grand nombre de sujets atteints de fièvres intermittes bien caractérisées, il a exploré la rate en présence de nombreux élèves, au moyen de la palpation et de la percussion les plus exactes, et que, dans plusieurs cas, il n'a pas constaté de très notable tuméfaction splénique; que, lorsqu'il a cons-

---

cette doctrine; c'était cependant un critique de Cyrillo. Plus tard, en 1771, nous voyons paraître une lettre de Samoïlowitz, adressée aux médecins célèbres de l'Europe, renfermant plusieurs cas de peste uniquement traités par les frictions avec l'eau froide; en 1772, un ouvrage de Portal parle de l'emploi avantageux des affusions froides; en 1777, l'ouvrage du docteur Wright vint rappeler l'attention publique sur l'utilité de l'eau froide dans le traitement des maladies graves; Tissot, de Lausanne, dans son *Avis au peuple*, publié en 1780, vante l'usage des bains froids; les guérisons obtenues en 1701, à l'aide de l'eau froide, par les docteurs Brandreth et Gérard, déterminèrent le docteur Currie, de Liverpool, à publier sur cette méthode son important ouvrage, qui ne parut qu'en 1798; les résultats de la pratique du professeur Gregory, d'Edimbourg, et du docteur Moc Lean, à propos du traitement par l'eau froide du typhus contagieux, furent publiés en 1791; l'ouvrage de Pomme parut en 1799; celui de Giannini en 1805; en 1821, Hufeland, qui avait recommandé l'eau froide dans un grand nombre de ses écrits, propose un prix de 50 ducats au meilleur mémoire sur l'emploi externe de l'eau froide dans les fièvres aiguës; le prix fut remporté par Frœlich, qui s'était déjà fait connaître par un ouvrage fort intéressant sur les avantages des bains froids dans la fièvre nerveuse, la scarlatine et plusieurs autres maladies aiguës et chroniques.

D'après cet exposé, même incomplet, on peut se rendre compte de l'énorme distance qui, *sous tous les rapports*, sépare le capucin Bernard de Priessnitz, et je me crois dispensé d'insister davantage sur ce point.

J'aborde franchement la partie la plus importante de ma lettre, celle qui a trait aux succès de Grœfemberg, contestés par le docteur Ehrenberg, dont l'esprit sceptique et railleur n'a saisi ni le sens, ni la portée de la méthode de Priessnitz; en effet, dans son injuste critique contre l'hydrothérapie, publié en 1842, il prétend qu'il a constaté *plusieurs cas* de mort pendant les trois mois qu'il a passés près de Priessnitz, et que *tous ceux* qu'il a vus partir de Græfemberg, l'ont quitté *très souffrans*. Or, il y avait à Græfemberg, en 1840, 1,576 malades; en 1841, 1,400, et *plusieurs cas* de mort constatés pendant trois mois, supposeraient, sur une population de malades aussi nombreuse, un chiffre proportionnel assez considérable pour l'année entière; pour répondre à une assertion aussi exagérée, il me suffira, je pense, de mettre en regard quelques lignes du rapport publié en 1843, par M. le docteur Scoutteten, auquel sa mission toute spéciale du ministre de la guerre, et sa qualité de médecin français doivent donner un cachet de sincérité et de désintéressement dans la question hydriatique : « Depuis 1829 jusqu'à » ce moment, Priessnitz a perdu douze malades; toutes les circonstances » de la mort de ces personnes ne me sont pas connues; mais ce qui me » frappe, c'est que la mortalité soit si faible parmi une population » composée d'individus atteints, presque tous, d'affections chroniques » graves. Depuis l'origine de l'établissement, 8,414 malades ont été » traités à Græfemberg; en divisant le nombre par douze, on trouve un » mort sur 701 individus; on est loin d'être aussi heureux dans les » conditions les plus favorables de la vie. » Puis plus loin : « Ce que je » dois déclarer, c'est que, à côté de *quelques* insuccès, j'*ai vu* à Græ» femberg, des guérisons très remarquables, et quelques cures presque » merveilleuses. »

Il est douloureux d'avoir à répondre à des attaques aussi injustes et aussi graves, lorsqu'un seul fait, un seul chiffre, viennent sans effort renverser l'échafaudage de l'accusation; une réfutation facile est ordinairement la preuve du peu de solidité des argumens contraires; mais il faut s'en consoler et dire avec le docteur Heidenham, collaborateur du docteur Ehrenberg, que la méthode hydriatique a subi le sort commun à toutes les choses humaines, où la vérité a toujours des luttes à soutenir contre la sottise et les préjugés. Elle a effrayé une foule d'intérêts qui n'ont pas manqué de se soulever; plus elle gagne dans l'opinion, plus on l'attaque violemment; s'il ne s'agissait que de critiques *loyales*, que d'un examen rigoureux fait dans l'esprit et au profit de la science, on n'aurait rien à dire; mais tel n'a point été encore le mobile des hostilités. En effet, après avoir affecté de dédaigner l'œuvre du campagnard silésien, on n'épargne rien maintenant pour la déprécier, et dès qu'un malade meurt à Græfemberg, les gazettes retentissent de cet événement, comme s'il était plus extraordinaire que ceux dont l'allopathie pourrait chaque jour enregistrer des milliers.

Enfin, si tous les nombreux malades atteints d'affections chroniques graves, ordinairement abandonnées par la Faculté, et qui ont été se placer sous la direction de Priessnitz, n'avaient pas eu à se féliciter des guérisons obtenues, non seulement leur nombre ne se serait pas accru chaque année d'une manière aussi prodigieuse, mais encore ils n'auraient pas fait élever à grands frais des témoignages immortels de leur reconnaissance : les Hongrois, un lion en fonte supporté par un immense piédestal également en fer, et sur lequel sont gravées en lettres d'or des inscriptions en l'honneur de Priessnitz; M. de Blaremberg, Valaque distingué, une pyramide en granit avec les initiales en or du nom de Vincent Priessnitz; tous les malades présens à Grœfemberg, en 1842, une autre pyramide en pierre, servant de fontaine, à laquelle ils donnèrent le nom de source de Priessnitz; le prince de Nassau, une route carossale de Græfemberg à Freywaldau, en reconnaissance de sa guérison inespérée; et plusieurs autres monumens élevés par des malades heureux d'être débarrassés de leurs maux. Certes, quand, sans sollicitations, et dans une position sociale si peu élevée, un homme parvient à obtenir de semblables honneurs; quand, par sa perspicacité, son esprit observateur et son rare génie, il se trouve être l'inventeur d'une méthode appelée à rendre chaque jour de si éclatans services à ceux qui souffrent, on doit le considérer comme un homme éminemment supérieur et qui a bien mérité de l'humanité. On doit respecter sa vie, regretter sa mort, et ne pas jeter sur sa tombe le mépris et l'injure.

En reproduisant quelques passages erronés publiés dans le mémoire du docteur Ehrenberg, à propos de Græfemberg, mon honorable confrère, M. le docteur Roubaud, s'est fait, peut-être sans le savoir, l'interprète d'une fort mauvaise cause, que je crois avoir victorieusement combattue par l'histoire, par des faits et par des chiffres; et si je me suis placé comme le champion de cet homme de bien, c'est que j'ai toujours eu horreur de l'injustice, et que, plein d'une conviction profonde, j'ai pensé remplir un devoir sacré, en rendant hommage à la vérité et à la mémoire de Priessnitz.

Veuillez agréer, etc. Dr Paul Vidart,
Directeur de l'établissement hydrothérapique,
à Divonne (Ain).

LONGÉVITÉ. — On écrit de Strakonitz (Bohême), le 11 février :

« Ces jours-ci est mort le doyen des habitans de notre ville, M. François Murgel, à l'âge de 108 ans.

» M. Murgel a servi pendant 50 ans comme fantassin dans l'armée autrichienne, où il a pris part aux dernières campagnes de la guerre de Sept-Ans, et à presque toutes celles de la guerre de Turquie. A l'âge de 70 ans, il prit son congé et vint en notre ville, où il a travaillé comme journalier jusqu'en 1848, époque où ses forces l'abandonnèrent et l'obligèrent à se livrer à un repos absolu. La municipalité de Strahonitz accordait une pension annuelle de 150 florins (990 fr.) à ce centenaire, qui a vécu sous six souverains d'Autriche, savoir : Marie-Thérèse, Joseph II, Léopold II, François Ier, Ferdinand Ier et François-Joseph, empereur actuel.

taté ce gonflement chez des sujets qui en étaient encore aux premiers accès de leur fièvre intermittente, il n'était pas porté très loin et qu'il disparaissait complètement ou à peu près dans l'apyrexie.

Voici maintenant le docteur Rochard, ancien médecin de la marine nationale, qui, ayant été en mesure d'observer, en 1830, sur la côte orientale de l'île de Madagascar, un grand nombre d'individus atteints de fièvres intermittentes d'une extrême gravité, nous apprend (UNION MÉDICALE du 10 février) que sur 153 autopsies faites avec soin, il a constaté 31 fois *que la rate était réduite à un volume positivement moindre que dans son état normal;* qu'il en a trouvé une de la grosseur d'un marron, et que cette diminution du volume de la rate a eu lieu chez 22 individus morts sans avoir pris la plus petite dose de sulfate de quinine; qu'enfin sur les 122 individus qui avaient pris le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme en moyenne, continuée pendant plusieurs jours, il avait constaté chez tous que non seulement la rate n'avait point diminué de volume, mais au contraire qu'elle avait acquis un développement énorme; et il en conclut que la rate n'a point une part spéciale dans la production des accès fébriles, mais qu'elle subit, durant ces accès, comme tous les autres organes, et plus particulièrement que les autres, à cause de sa texture spongieuse, une véritable congestion qui augmente plus ou moins son volume et peut même altérer ses tissus.

Enfin, dans la séance de l'Académie de médecine du 10 février dernier, le docteur Grisolle, reprenant la question avec vivacité, n'a pas craint de dire que la théorie de M. Piorry est basée sur une expérimentation inexacte, ou tout au moins arbitrairement dirigée par des idées préconçues et des vues systématiques; que l'honorable professeur s'est fait *une rate à son usage*; et qu'il ne compte pas au sein de l'Académie un seul prosélyte.

Le docteur Grisolle affirme que l'hypertrophie de la rate n'est pas une lésion propre à la fièvre intermittente; qu'elle peut manquer et manque, en effet, quelquefois dans des cas promptement mortels, ainsi que l'ont établi en 1848, par le résultat de leur propre expérience, MM. Jacquot et Souvier; et qu'on l'observe, au contraire, presque constamment dans la peste, dans la fièvre jaune, et surtout dans la fièvre typhoïde.

Au milieu de tout ce conflit et de ces affirmations contradictoires, je n'ai pas été peu surpris de rencontrer dans les *Œuvres de Plutarque*, que l'on peut à juste titre considérer comme l'*Encyclopédie de l'antiquité*, le passage suivant :

« L'enflure de la rate, *qui n'est qu'un accident de la fièvre*, » la rend cependant moins forte à mesure qu'elle diminue, » comme le dit Hiéronyme. » (Voyez *Œuvres morales*, *des moyens de réprimer la colère.* »

Les anciens, bien que privés du plessimètre, n'avaient donc pas méconnu la tuméfaction de la rate dans les cours de fièvres intermittentes et de certaines fièvres continues, et notre père Hippocrate dit à ce sujet :

« Quand la rate reste enflée par suite de la fièvre, ce qui » arrive lorsque le corps est dans un état d'épuisement, car » les mêmes causes qui produisent le gonflement de la rate » produisent aussi le marasme; lors donc que le corps est » épuisé et la rate enflée, le malade qui a été réduit à cet état » est près de retomber dans un état plus grave, à moins qu'il » ne soit convenablement traité, et même dans ce cas, il n'est » pas exempt de danger, etc... » (Hippocrate, *De loc. in homine sec*, IV, p. 417. Foës.)

Hippocrate et Plutarque me paraissent être tout à fait dans le vrai, quand ils disent que la tuméfaction de la rate n'est qu'*une suite, un accident de la fièvre, mais qu'en faisant cesser cet accident, on simplifie la maladie; tandis que s'il persiste, il aggrave l'état du malade, rappelle et perpétue la fièvre.* Voilà, selon moi, la vérité même, c'est-à-dire l'exposé des faits dégagés de tout esprit de système.

En admettant cette participation de la rate dans la marche, le développement et la durée des fièvres intermittentes, on ne préjuge rien sur le véritable caractère et la nature de la fièvre intermittente, que quelques modernes, et entre autres M. le professeur Bouillaud, sont disposés, *non sans grand fondement*, à considérer comme une névrose et plus particulièrement comme une névrose du grand sympathique, voyant :

Que la fièvre intermittente se manifeste par un trouble plus ou moins prononcé des fonctions auxquelles préside cet appareil nerveux;

Qu'elle laisse, comme les névroses, entre les accès des intervalles de santé;

Et qu'elle peut céder instantanément, comme les névroses, à des moyens perturbateurs de diverse nature, tels que des émotions de joie ou de peine, des sensations vives, des changemens brusques d'habitudes, tandis que les maladies qui tiennent à une lésion organique appréciable ne se comportent point de la sorte.

D[r] BERTRAND DE ST-GERMAIN.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 18 Février 1852. — Présidence de M. LARREY.

(Suite. — Voir le numéro du 21 Février.)

Luxation en avant de la première phalange du pouce sur son métacarpien.

M. LENOIR communique l'observation détaillée du jeune malade sur lequel il a réduit une luxation ancienne du pouce en avant. On sait combien ce déplacement en avant est rare; aussi nous empressons-nous de donner à nos lecteurs cette observation en son entier. Nous laissons parler M. Lenoir :

J'ai l'honneur de présenter à la Société le cas rare d'une *luxation en avant de la première phalange du pouce, sur son métacarpien.* Le dessin que j'ai fait faire de la difformité que présentait le malade, lors de son entrée à l'hôpital, établira la réalité de ce déplacement articulaire, et l'examen du malade lui-même que j'ai amené ici au commencement de la dernière séance, vous a montré qu'on peut réduire ce déplacement, même après cinq semaines d'existence.

Voici cette observation :

Louis C***, âgé de 13 ans, peu développé pour son âge, mais bien portant du reste, a été conduit à l'hôpital Necker le 2 février 1852; il portait au pouce gauche une difformité sur laquelle il nous donne les détails suivans :

Le 25 décembre dernier, il traversait un pont en tenant dans sa main gauche un sou. Éloigné un instant de son père avec qui il était et voulant le rejoindre, il fit un faux pas et tomba en courant. Il serrait alors cette pièce de monnaie entre la paume de sa main et la face palmaire de son pouce, dont la seconde phalange était fortement fléchie sur la première. C'est dans cette position que sa main gauche rencontra le plancher du pont; il est dès lors facile de comprendre que tout le poids de son corps porta sur la face dorsale de son pouce fléchi, et que ce poids dut être augmenté par la vitesse de la course à laquelle il se livrait alors. Ce fut seulement en se relevant qu'il s'aperçut de l'accident qui lui était arrivé, car pendant sa chute il n'avait entendu aucun craquement et n'avait ressenti que peu de douleur. Conduit immédiatement chez un pharmacien voisin, on lui appliqua sur la main un cataplasme de racines de grande consoude.

Quelle forme avait alors son pouce, nous l'ignorons : mais voici ce que nous constatâmes le 2 février, c'est-à-dire 38 jours après l'accident, époque à laquelle il nous fut présenté par le docteur Thayer, médecin à St-Cloud.

A la face dorsale du pouce gauche il existe une assez forte saillie terminée par la tête du premier métacarpien. Cette saillie semble plus proéminente en dehors qu'en dedans, ce qui augmente un peu le diamètre transversal de cette tête. Du côté de la face palmaire il existe une autre saillie placée un peu au dessus de la précédente, et formée, celle-là, par la base de la première phalange de ce doigt. Quoique non fléchi, le pouce entier, par suite de ce déplacement, est sensiblement raccourci, et de plus il a subi un mouvement de rotation sur son axe, qui a amené la pulpe de sa dernière phalange directement en face du côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Il n'y a pas de mouvemens possibles, ou du moins ceux qu'on veut communiquer sont très douloureux. Du reste il n'existe plus de gonflement ni de traces de contusion sur ce doigt. Il était facile de reconnaître dans ce cas une *luxation en avant* de la première phalange du pouce. Je cherchai immédiatement à en opérer la réduction. A cet effet, je saisis la première phalange du pouce entre les deux mors de la pince à fourche inventée il y a quelques années par M. Luër. Pinces dont vous connaissez tous les avantages, si vous avez réduit avec elles des luxations de doigts ou d'orteils; après avoir fait immobiliser par un aide le premier métacarpien, j'exerçai sur cette phalange des tractions diverses en avant en même temps qu'avec le pouce de mon autre main je poussais sa base dans le même sens. Cette tentative n'eut aucun succès; j'eus alors l'idée d'exagérer la flexion de cette même phalange sur le métacarpien et d'amener la base du premier de ces os au niveau de la tête du second; puis, quand à l'aide de tractions ménagées et faites avec les pinces, je crus avoir mis les partis articulaires de ces os en contact, je redressai vivement la phalange, et par ce mouvement de traction continué et combiné avec un mouvement de torsion en dedans, je donnai au pouce sa longueur et sa direction normale. La réduction fut ainsi obtenue, et j'ajoute même sans douleur, car l'enfant avait préalablement été rendu insensible par l'inspiration de quelques gouttes de chloroforme. Cette dernière manœuvre de réduction m'avait été suggérée par ce que m'avait appris la dissection d'une main, sur laquelle j'avais produit à la hâte quelques instans auparavant, une pareille luxation, et qui m'avait montré que l'obstacle le plus grand à la réduction de la première phalange venait du tendon du long fléchisseur propre du pouce, soulevé par la phalange déplacée, et par conséquent mis dans un état de tension. Or, dans la flexion du pouce sur son métacarpien, cet obstacle disparaît, de même que celui que peut produire en même temps la rigidité des muscles court fléchisseur et court abducteur du pouce.

Les suites de cette réduction furent très simples. Je maintins la phalange en place avec deux petites attelles de carton soutenues par une bandelette de diachylon, et je m'opposai ainsi à un déplacement consécutif qui était très facile. Vous avez vu le malade huit jours après cette réduction, il ne restait qu'un peu de gonflement au côté externe de son métacarpien.

Je vous ai présenté cette observation avec quelques détails, parce que la lésion qu'elle a pour sujet est assez rare. En effet, notre collègue Nélaton, écrit dans son livre qu'il n'en a trouvé que 4 cas bien authentiques, consignés dans les annales de la science, et dans lesquels on n'a pu réduire qu'une seule fois. J'aurais voulu rendre cette communication moins aride en l'accompagnant de recherches suivies sur le mécanisme de la luxation de la première phalange du pouce en avant et sur la meilleure manœuvre qu'il convient d'employer pour obtenir sa réduction. Malheureusement le temps me manque; mais je prends engagement de faire ces recherches et de vous les communiquer.

M. CLOQUET rappelle qu'il y a une thèse du docteur Paillot, sur les luxations des doigts et leur mode de réduction. L'auteur considère les ligamens latéraux comme constituant le plus fort obstacle à la réduction.

M. MARJOLIN, signalant la faculté qu'ont certains individus de pouvoir produire sur eux-mêmes volontairement une luxation incomplète en avant du pouce, sur le métacarpien, demande si le malade de M. Lenoir se trouvait dans ces conditions. M. Lenoir répond négativement.

M. ROUX rappelle un fait de réduction du pouce, mais il s'agissait d'une luxation en arrière, déplacement bien moins rare. C'est à propos de ce cas que M. Demarquay a fait d'intéressantes recherches sur les causes qui rendent la réduction difficile, et sur les moyens d'y porter facilement remède par un procédé particulier.

Des polypes fibreux du pharynx.

A propos d'une opération faite par M. Robert, pour enlever un polype fibreux du pharynx, nous avons reproduit une intéressante discussion sur le traitement de ces polypes. Nous avons dit que la chirurgie moderne ne redoutait pas de faire sauter une partie du squelette de la face pour aller atteindre ces productions jusqu'au lieu de leur implantation. Dans la séance de ce jour, M. MAISONNEUVE présente un polype fibreux enlevé par ce procédé si hardiment tracé par Flaubert. Voici le fait :

Un jeune homme présentait une tumeur fibreuse qui, née du pharynx, avait envahi la fosse nasale *droite*, s'était échappée en arrière du maxillaire supérieur et venait soulever la joue, remplissant en outre tout le pharynx.

Du reste, le maxillaire n'était ni détruit, ni déformé, ce qui permettait d'établir que le point de départ n'était pas dans le sinus maxillaire. M. Maisonneuve se décida, pour enlever plus sûrement la tumeur avec toutes ses ramifications, à faire l'amputation du maxillaire supérieur droit.

Un instant, le chirurgien avait eu la pensée de réaliser le procédé conseillé par M. Gosselin, à savoir, de se contenter d'enlever toute la partie supérieure de l'os, en laissant la voûte palatine en entier. Mais il renonça à cette idée, dans la crainte de ne pas avoir assez d'espace pour opérer l'extraction complète du polype.

L'opération fut simple et rapide. Voici en quelques mots les différens temps suivis par l'opérateur :

Incision médiane partant du creux nasal et s'étendant sur le milieu de la lèvre; incision transversale de 4 centimètres partant de la commissure labiale.

On relève le lambeau, sans cependant disséquer la paupière; avec une grande aiguille, une scie à chaînette est engagée par la fente sphéno-maxillaire pour détacher l'os latéralement; une autre scie à chaînette est engagée par le nez et vient ressortir en arrière de la voûte palatine par un trou fait à la muqueuse au-devant du voile du palais. On sépare ainsi la voûte palatine, sans préalablement couper la muqueuse palatine.

Avec des pinces de Liston, on coupe l'apophyse montante; ceci fait, l'os ne tenant plus qu'à l'apophyse ptérygoïde, fut facilement extrait; et le polype largement mis à nu. Il s'insérait au haut du pharynx par un large pédicule de près d'un pouce de diamètre; on l'enleva facilement avec toutes ses branches. L'opération avait duré 4 ou 5 minutes.

A côté du polype principal s'en trouvait un bien moins fort, situé tout à fait en haut; il était à craindre qu'il ne se soit engagé dans les sinus sphénoïdaux, d'après la direction qu'il prenait.

Il y eut peu d'hémorrhagie. Le nerf facial ne fut pas touché. Un nerf traversait la tumeur et dut être enlevé; c'est le nerf buccal probablement.

Cette observation serait le quatrième cas de polype fibreux ainsi enlevé après l'amputation préalable de la mâchoire supérieure.

Mais, ce qui est spécial à ce fait, c'est l'intégrité absolue de l'os.

M. GIRALDÈS fait remarquer que cette observation vient aider à compléter l'histoire des tumeurs des fosses nasales. Elle démontre que les polypes situés dans cette région peuvent avoir pris naissance loin d'elle et n'y être parvenus que consécutivement. Dans ce cas, M. Maisonneuve avait par avance reconnu le siége réel et primitif de la tumeur, mais il n'en a pas été de même dans deux cas, l'un appartenant au docteur Prescott Tlewett, chirurgien de l'hôpital St-Georges. On avait diagnostiqué une tumeur développée dans le sinus maxillaire. Une fois l'os enlevé, on reconnut qu'il était sain. Le malade succomba, et M. Giraldès a pu lui-même examiner les pièces pathologiques. Un autre fait d'erreur de ce genre est indiqué dans le dernier volume des *Transactions médico-chirurgicales.*

M. HUGUIER, dans un cas de polype peu volumineux, a pu conserver la voûte palatine, s'étant donné un jour suffisant en n'enlevant que la partie supérieure de l'os maxillaire. Il pratiquait cette opération au moment même où M. Gosselin la proposait dans sa thèse.

M. ROUX reconnaît tout l'intérêt qui s'attache aux observations de ce genre. L'honorable chirurgien insiste sur l'inutilité dans tous ces cas des règles précises pour l'opération. Il faut, le plus souvent, adapter le procédé aux circonstances spéciales de la maladie que l'on traite, maladie qui peut se présenter dans les conditions les plus dissemblables.

M. GERDY, tout en reconnaissant que l'opération pratiquée par M. Maisonneuve a été habilement faite et heureusement terminée, se demande si elle était vraiment indispensable. L'honorable professeur fait ressortir tous les dangers qui, suivant lui, peuvent suivre les opérations pratiquées sur la face et surtout sur les os. Il insiste sur les conséquences physiologiques fâcheuses qui suivent l'ablation d'une si forte partie du squelette. Il cite plusieurs cas de mort survenue après des opérations de bien moins d'importance. Et, en résumé, il pense que M. Maisonneuve aurait dû tenter l'extraction partiellement et successivement de son polype. Un simple débridement du nez eût peut-être ouvert une voie suffisante pour enlever la partie nasale. Puis, en fendant le voile du palais, il eût pu extraire la partie pharyngienne.

M. MAISONNEUVE ne partage pas les opinions de M. Gerdy, sur la gravité des opérations qui attaquent le maxillaire. Il a fait déjà neuf fois cette opération, et il n'a pas eu un revers.

Quant à l'opération partiellement faite, il la croit au contraire très grave. Il a eu des revers quand il a ainsi voulu enlever des polypes par

fragmens. Il y a des hémorrhagies, des inflammations, des suppurations, et, de plus, on n'est jamais sûr d'avoir guéri le malade, la tumeur qui n'a pas été totalement extirpée récidive.

En outre, dans ce cas spécial, les difficultés eussent été très grandes. Le polype, ayant un jet considérable, remplissait toute la fosse zygomatique; un autre dans la fosse nasale droite; il eût fallu des opérations multiples et des mutilations graves.

M. Cloquet rappelle que M. Roux s'était demandé si les polypes fibreux naissaient de la muqueuse ou du périoste. Le point de naissance de ces productions est très difficile à établir; cependant M. Cloquet pense que bien certainement le point de départ peut être, dans quelques cas, au périoste, et il rattache à cette classe de polypes deux faits qu'il rapporte.

Dans ces deux cas, il trouva un noyau osseux dans le centre des polypes. Suivant l'honorable professeur, ces productions osseuses auraient été engendrées par une partie du périoste entrant comme élément dans la structure de la tumeur.

Dr Éd. Laborie.

PRESSE MÉDICALE.

Monthly Journal of medical sciences. — Octobre 1851.

De l'emploi du persesquinitrate de fer, dans le traitement des fièvres intermittentes; par le docteur William Kerr.

Exerçant la médecine au Canada, sur les bords du lac Ontario, dans un pays où les fièvres intermittentes sont extrêmement communes et extrêmement rebelles, tant sous les types tierce et quotidien que sous les formes rémittente et larvée, l'auteur n'a pas tardé à se convaincre des effets fâcheux des récidives de la fièvre sur la constitution des personnes qui habitent ces pays, et de la nécessité de joindre, à l'emploi des moyens destinés à interrompre les accès, un traitement qui affermisse l'organisme, et le rende moins accessible à l'action des miasmes paludéens.

C'est en quelque sorte par hasard que M. Keer a été conduit à employer les ferrugineux dans le traitement des fièvres intermittentes. Il avait proposé, il y a quelques années, l'introduction dans la pratique d'un nouveau sel de fer, auquel il avait donné le nom de persesquinitrate de fer. Ce médicament lui avait donné de bons résultats dans le traitement des affections de la peau, qui se lient à quelques troubles de la digestion. Au mois de mai 1849, il fut consulté pour un cas de cette espèce. Mais, avant que le traitement pût être commencé, le malade fut pris de fièvre tierce. Pensant que la maladie de la peau avait peut-être quelque relation avec l'affection intercurrente, M. Keer prescrivit du calomel, puis 15 grains de sulfate de quinine en trois doses, ainsi que le persesquinitrate de fer, dans l'intervalle de la pyrexie. L'accès ne revint pas, le persesquinitrate seul fut continué à la dose d'une cuillerée trois fois par jour, l'appétit et les forces reparurent, et l'éruption cutanée guérit parfaitement.

Éclairé par ce fait, M. Keer et son ami, M. Macpherson, ont essayé le persesquinitrate de fer sur une grande échelle, en commençant par quelques doses de quinine, pour couper les accès, et en continuant par le persesquinitrate de fer pour déraciner la maladie. Voici, au reste, d'après M. Keer, le traitement auquel ils se sont arrêtés:

Si le malade a des accès de fièvre intermittente, on lui donne 50 centigrammes de sulfate de quinine en deux ou trois doses dans l'apyrexie; à savoir, une dose dans la soirée du jour qui correspond à l'accès, et les deux autres le lendemain matin à deux heures d'intervalle, chacune avec une cuillerée de persesquinitrate de fer. Ce traitement réussit presque toujours à empêcher le retour des accès; le traitement ultérieur consiste à continuer l'usage du persequinitrate, à la dose de trois cuillerées par jour, une heure avant le repas.

Chez quelques individus, la quinine ne suspend les accès que pour une quinzaine de jours environ, la fièvre reparaissant ensuite sous le type tierce. Si l'on craint une rechute, il convient de donner, à cette époque, quelques grains de quinine. Cela est surtout indiqué chez les personnes qui ont présenté déjà des rechutes après plusieurs traitemens. Ces personnes doivent, en outre, persévérer dans l'emploi du persesquinitrate, jusqu'au rétablissement parfait de la santé. D'après M. Mac Pherson, le quart seulement des individus traités de cette manière, doivent prendre une troisième dose de quinine, à la fin de la seconde quinzaine. Mais, dans la moitié des cas environ, une dose de quinine et l'usage continué du fer, suffisent à la guérison.

Si le médecin est appelé pendant l'accès, l'administration de deux ou trois cuillerées de persesquinitrate de fer a pour résultat d'abréger notablement la durée des phénomènes fatigants de l'accès, et souvent de faire cesser les vomissemens. Lorsque la fièvre n'est pas réglée et qu'elle est irrégulière, le persesquinitrate de fer fait cesser tous les accidents en quelques jours, et guérit entièrement le malade, en quatre ou six semaines, sans qu'il soit nécessaire de faire usage de la quinine ou de l'arsenic.

Pendant l'emploi de ce traitement, les malades doivent éviter avec soin la fatigue et l'exposition à l'humidité jusqu'à ce que la santé et les forces soient rétablies. Il faut aussi combattre la constipation, si elle existe. Parmi les faits les plus intéressans, rapportés par M. Keer, il faut citer ceux qui sont relatifs à une école d'orphelins, située sur les bords du lac Ontario, et dont tous les enfans, indépendamment des accès de fièvre auxquels ils étaient forts sujets, présentaient l'aspect languissant et une coloration jaunâtre, qui indiquaient une intoxication paludéenne. Dans cet établissement, on employait d'une manière courante, pour couper la fièvre, une solution d'arsenic avec la teinture de gentiane. Les accès étaient coupés, mais à la moindre exposition à l'humidité, ils reparaissaient. Ce fut dans cette circonstance que M. Keer proposa l'emploi du persesquinitrate de fer. Sous son influence, non seulement 15 enfans affectés de fièvres en furent débarrassés, mais encore 37 autres, dont la face jaunâtre et maladive annonçait l'action des miasmes paludéens, reprirent leur vigueur et leur coloration normale; de sorte que l'on put s'abstenir, à leur égard, de toutes les précautions que l'on prenait pour éviter les rechutes.

Pour compléter ce qui précède, nous devons donner le mode de préparation du persesquinitrate de fer. La voici:

R. Fil de fer du n° 17.	30 grammes.
Acide nitrique. . .	90 grammes.
Eau distillée. . .	3500 grammes.

Mêlez l'acide nitrique avec 450 grammes d'eau distillée dans un vase de terre ou de verre. Jetez-y le fil de fer coupé en plusieurs morceaux, et tordu de diverses manières, de sorte qu'il soit atteint par toutes les parties du liquide. Laissez le vase dans un endroit chaud : 8 ou 12 heures après, la solution est complète. On sépare le liquide du fil de fer en excès; et l'on ajoute le reste de l'eau, de manière à avoir 3,600 grammes de solution. La dose habituelle est de 3 cuillerées à café ou à bouche dans les 24 heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — Par arrêté, en date du 14 février 1852, M. Hulin Origet, ancien professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, en remplacement de M. Duclos.

Longévité. — Parmi les médecins dont la vie a été la plus agitée et en même temps la plus honorable, il faut citer un médecin anglais, aujourd'hui âgé de 82 ans, au service de la Russie depuis plus de 60 ans, le docteur sir James Wylie. Inspecteur général du département médico-chirurgical de l'armée russe, membre du Conseil privé de l'Empereur, baron. Sir James Wilie n'est arrivé à cette position élevée que par les grands services qu'il a rendus sous les quatre règnes de Catherine II, des empereurs Paul, Alexandre et Nicolas. Pas une grande bataille où l'armée russe ait figuré, et où il n'ait occupé sa place. En 1793 et 1794, il est en Courlande et en Lithuanie; en 1805, à Wischau et ensuite à Austerlitz, en 1807 à Ankendorf, à Heilsberg, à Friedland; en 1812, à Vitepsk, à Smolensk, à Borodino, à Krasnoë, à Vilna et sur les bords du Niémen; en 1813 et 1814, à Lutzen, à Bautzen, à Dresde, à Leipsick; en France, à Brienne, à Bar-sur-Aube, à Arcis et sous les murs de Paris; en 1828, en Turquie, à la prise des forteresses de Brailoff, de Shumla et de Varna. Le docteur Wilie a reçu de tous les rois de l'Europe des décorations pour les services rendus aux blessés de leurs nations respectives sur le champ de bataille. Il n'évalue pas à moins de 200,000 verstes (50,000 lieues), la route qu'il a faite en suivant l'armée, tant à pied qu'à cheval, en voiture ou en traîneau, et le nombre des malades auxquels il a été appelé à donner des soins dans sa longue carrière et en sa qualité d'inspecteur en chef des affaires médicales, a été au moins de 600,000, tant en Europe, l'Espagne exceptée, qu'en Asie. Enfin, dans ces nombreuses guerres, M. Wilie a été blessé trois fois, la première d'un coup de lance à la cuisse droite, la seconde d'une balle à l'épaule gauche, la troisième à la main gauche; cette blessure a rendu nécessaire l'amputation de l'index. A l'occasion du 50e anniversaire de l'Académie médico-chirurgicale de St-Pétersbourg, l'empereur a écrit de sa main au docteur Wilie pour lui témoigner sa gratitude des services qu'il a rendus à l'Empire russe pendant les trente années pendant lesquelles il a été placé à la tête de cette institution, d'où sont sortis tous les chirurgiens du corps de santé de l'armée impériale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison; par M. Bonnafont, chirurgien-major à l'hôpital du Gros-Caillou, etc. In-8 de 40 pages, avec figures. Prix : 1 fr. 25 c.

Mémoire sur la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête, servant à juger le degré de sensibilité des nerfs accoustiques; par le même. In-8 de 28 pages. Prix : 1 fr.

Ces deux mémoires se trouvent chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 24. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 26 Février 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr. :
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 FÉVRIER 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie n'a pas interrompu ses travaux, malgré la solennité du Mardi-Gras. Deux de nos honorés confrères des départemens ont fait les principaux frais de cette séance. M. le docteur Reybard, de Lyon, a lu un mémoire sur un nouveau procédé pour le traitement de la fistule lacrymale. M. le docteur Camille Bernard, d'Apt, a présenté des considérations sur le taxis.

Entre ces deux communications, M. Bricheteau a fait un rapport, que l'Académie, par des motifs fort sages, a renvoyé à la commission.

CLINIQUE.

HOPITAL DES ENFANS MALADES. — Clinique de M. GUERSANT.

DU CROUP ET DE LA TRACHÉOTOMIE.

Le croup est une maladie qui se présente très fréquemment dans cet hôpital, aujourd'hui même vous avez pu en observer un cas pour lequel nous avons pratiqué la trachéotomie; la gravité de cette maladie et l'instantanéité du traitement qu'elle peut réclamer nous engagent à vous en entretenir avec quelques détails.

La trachéotomie et l'opération de la hernie étranglée ont ceci de commun, qu'il y a toujours avantage à les pratiquer de bonne heure dans les cas qui les réclament, mais avec cette différence que la seconde peut souffrir un retard de quelques heures, pendant que le moindre délai pourrait être très funeste lorsque l'indication de la trachéotomie est formelle.

Cette considération suffit pour faire comprendre aux internes de cet hôpital que chacun d'eux doit être parfaitement exercé à la pratiquer, afin de pouvoir, au besoin, remplacer le chirurgien, qui, dans le plus grand nombre des cas, ne peut arriver que trop tardivement.

Avant d'entrer dans les détails de cette opération, il me paraît utile d'esquisser devant vous l'histoire de la maladie. Je serai bref sur la partie médicale à proprement parler, car vous pourrez l'entendre traiter dans cet hôpital avec tous les détails qu'elle comporte, par mes collègues les médecins de l'hôpital, qui s'en occupent d'une manière spéciale; il me suffira de vous bien faire saisir les indications.

Distinguons d'abord deux espèces de croup : le *vrai* et le *faux* croup; cette distinction n'est pas nouvelle, puisqu'on la trouve bien posée dans la première édition du *Dictionnaire de médecine*, elle fut établie alors d'après les travaux de M. Bretonneau, dont les recherches sur ce sujet sont si remarquables. Que les désignations de *vrai* et de *faux* croup aient été critiquées avec plus ou moins de raison, peu nous importe; les deux états morbides qu'on a voulu leur faire exprimer n'en restent pas moins parfaitement tranchés.

Le *vrai* et le *faux* croup atteignent également les enfans depuis 10 mois jusqu'à 12 et 15 ans, et quelquefois même plus tard, comme nous l'avons observé; mais le faux croup est une maladie commune et qu'on peut observer plusieurs fois sur le même sujet; le vrai croup est plus rare et n'atteint deux fois le même enfant que d'une manière exceptionnelle; nous croyons en avoir donné un exemple incontestable en publiant l'histoire d'un enfant sur lequel nous avons pratiqué deux fois la trachéotomie avec extraction de fausses membranes à chaque opération; et vous avez pu observer aujourd'hui même, dans nos salles, un second cas de récidive non moins authentique que le précédent.

Les caractères anatomiques du faux croup ne sont pas bien connus, car on n'en meurt pas ordinairement; on s'accorde seulement à penser que la muqueuse laryngée est légèrement phlogosée, ce qui entraîne la gêne de la respiration. Le faux croup débute ordinairement brusquement après une longue course, après le refroidissement auquel s'exposent parfois les enfans, qui ont mis leur habit bas pour jouer, courir et crier en plein air; ils sont pris alors d'une toux rauque, et subitement d'un peu de gêne dans la respiration; principalement dans la nuit, ces symptômes deviennent plus marqués et s'accompagnent d'une altération de la voix qu'on appelle *voix de coq*, et d'une toux très sonore; souvent aussi les enfans ont cette voix rauque qu'on désigne vulgairement sous le nom de voix de rogomme.

Vous remarquez, Messieurs, qu'ici la voix est seulement modifiée sans être éteinte, comme dans le vrai croup, et que nous n'observons pas de symptômes précurseurs.

Les parens, effrayés, font appeler le médecin; mais tout d'abord la brusquerie du début doit le rassurer en l'éclairant sur la nature de la maladie; s'il constate que la voix persiste, que la bouche et le pharynx ne présentent pas de fausses membranes, que l'enfant n'a pas de fièvre, mais seulement une oppression légère et momentanée, il portera un pronostic favorable, car la maladie, ainsi caractérisée, est très rarement suivie du croup vrai; bien plus, abandonnée aux seules forces de la nature, elle se terminera souvent de la manière la plus heureuse.

Telle n'était pas, cependant, l'opinion des médecins il y a vingt-cinq ou trente ans; mon père, au début de sa pratique, combattait ces symptômes par des moyens énergiques; il croyait avoir à traiter des croups. Bientôt il remarqua qu'il guérissait cette forme du croup jusqu'à deux, trois et quatre fois chez un même sujet, ce qui la lui fit beaucoup moins redouter; il n'employa plus alors que des moyens plus simples, et bientôt il arriva à penser que, le plus souvent, toute médication active est au moins inutile, sinon nuisible. Je vous conseille néanmoins, jusqu'à ce que l'expérience ait donné une grande certitude à votre diagnostic, de vous tenir en garde contre de tels symptômes au début; mais dans les cas ordinaires, gardez-vous d'une médecine active, il vous suffira presque toujours de prescrire de l'eau sucrée tiède, l'application d'un cataplasme autour du cou, des bains de pieds, quelquefois un vomitif. Avec cette simple médication, votre malade sera guéri au bout d'un jour ou deux, pendant que des moyens plus actifs pourraient le retenir une semaine et plus.

Sachez encore qu'il pourra vous arriver de rencontrer cette même maladie avec plus d'intensité et de persistance dans les symptômes, une fièvre légère et une oppression assez considérable pourront se continuer pendant trois ou quatre jours. Ne soyez pas alors plus uniformes dans le traitement que la nature ne l'est dans l'expression symptomatique, et n'hésitez pas à prescrire quelques sangsues, surtout si l'enfant est fort, vigoureux et sanguin.

Dans les cas ordinaires, le lendemain même de son début, la maladie sera à son déclin, et quelquefois un catarrhe léger en marquera le terme.

Le vrai croup présente, pour caractère anatomique, des

Feuilleton.

DES PRESSENTIMENS;

Par le docteur A. BRIERRE DE BOISMONT.

Plus on avance dans l'observation du système nerveux, plus on est forcé de reconnaître, comme l'a très bien dit M. Max Simon « que si la statistique est vraie, quand elle s'applique à tout ce qui est grandeur et quantité, il n'en est plus ainsi de ce qui est vie et force. Peut-on chiffrer la vérité, la vertu, la justice, la santé, la sensibilité, etc.? Non, mille fois non, à moins de les identifier à la matière (1). »

La sensibilité, en effet, est un clavier dont il est impossible de saisir, d'exprimer tous les tons, et qui produit les effets les plus étonnans et les plus imprévus. Je lisais dernièrement dans les *Souvenirs d'une aveugle-née*, qu'une jeune fille élevée dans la campagne, au pied des montagnes, était parvenue au milieu du bruissement confus auquel contribuent les mouvemens divers de tous les êtres, à y démêler les sons distincts hors de la portée de ceux qui l'entouraient. C'était un sourd grondement qu'elle entendait retentir entre les sommets des Pyrénées, et que venait vérifier dans la nuit un orage qui éclatait avec fureur dans la vallée; ou bien tout à coup lui arrivait le pas cadencé d'un cheval qui frappait au loin le sol; et l'on était fort surpris de voir, quelques heures après, un voyageur venir, en demandant l'hospitalité, rendre témoignage qu'elle n'avait pas été abusée par l'illusion d'un sens exalté jusqu'au prodige (2).

Le même phénomène se remarque pour d'autres sens; ainsi la finesse de l'odorat est quelquefois poussée si loin, que des personnes nomment des substances placées à des distances considérables, et dont les assistans n'avaient aucune idée.

(1) L'*Opinion Reine du monde*. UNION MÉDICALE, 2 août 1851.

(2) *Souvenirs d'une Aveugle-née*, recueillis et écrits par elle-même, publiés par M. Dufau, directeur des aveugles, p. 45. Paris, 1851.

On a voulu nier les influences atmosphériques sur certaines organisations; les faits se chargent de démontrer qu'il y a des natures si impressionnables, qu'elles sentent, longtemps à l'avance, les changemens qui vont avoir lieu dans l'air.

Dans le monde moral, le champ de l'observation n'est pas moins curieux. Tous ceux qui ont fortement aimé, savent qu'il y a dans la passion une vision surnaturelle qui fait que l'on reconnaît la femme qu'on adore ou celle qu'on hait, à des signes insaisissables; on ne la voit pas, mais on se dit : C'est elle.

Aux pressentimens se rattachent les *antipathies* et les *sympathies*. Des faits incontestables mettent hors de doute que des individus ont éprouvé une sorte de frémissement à l'approche d'un ennemi ou d'un danger inconnu. Nous avons eu l'occasion, depuis plusieurs années, d'observer très attentivement une dame chez laquelle existe un sentiment instinctif qui se manifeste à l'instant même qu'elle est en rapport sérieux pour la première fois avec un personnage quelconque. L'impression qu'elle éprouve a toujours été justifiée par les événemens. Nous avons désiré magnétiser cette dame pour étudier les conséquences de cette singulière disposition; mais elle a témoigné une telle inquiétude de cette opération, qu'il nous a été impossible de l'y soumettre.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur les *pressentimens*; nous n'entrerons pas dans de plus amples développemens à cet égard. Les esprits froids et sérieux les rejettent, mais les âmes sensibles, impressionnables, y croient. Dans le plus grand nombre des cas, ils ne se réalisent pas; dans ceux où l'événement les justifie, ils ne sont qu'une réminiscence, une simple coïncidence; nous tombons d'accord sur tout cela. Il n'en est pas moins vrai qu'un événement imprévu, une préoccupation forte, une inquiétude vive, un changement subit dans les habitudes, une crainte quelconque, font naître à l'instant dans l'esprit des pressentimens qu'il serait souvent fâcheux de repousser avec une incrédulité systématique.

Cette explication ne nous paraît blesser en rien les règles du bon sens et de l'observation; et, pour faire au scepticisme la part la plus large possible. nous allons citer une lettre, insérée dans le *Mercure galant* de janvier 1690 :

OBS. 86. — « La meilleure preuve, mon ami, que je puisse vous donner de la vanité des songes, c'est que j'existe encore après l'apparition que j'eus le 22 septembre 1679. — Ce jour-là, m'étant éveillé sur les cinq heures du matin, je m'endormis presque aussitôt..... Bientôt je rêvai que j'étais dans mon lit et que la couverture était retirée (circonstance vraie, mais fortuite); je vis alors entrer dans ma chambre une de mes parentes, morte depuis quelques années; sa figure était aussi triste qu'elle avait été gaie autrefois. Elle s'assit aux pieds de mon lit, et me regarda avec compassion. Comme dans mon rêve, j'avais aussi la conviction qu'elle était morte; je jugeai, à son air chagrin, qu'elle allait m'annoncer quelque mauvaise nouvelle, et peut-être la mort. Indifférent à cet événement : — Eh bien! lui dis-je, je dois donc mourir? — C'est vrai. — Quand? — Aujourd'hui. — Je vous avoue que le temps me parut court. Mais, sans m'effrayer, je l'interrogeai de nouveau. Comment? Elle murmura quelques mots que je n'entendis pas, et je m'éveillai.

» L'importance d'un rêve aussi précis, me fit examiner attentivement la situation dans laquelle je me trouvais. Je remarquai que j'étais couché sur le côté droit, le corps étendu et les deux mains sur l'estomac. — Je me levai pour écrire mon rêve, de peur de l'oublier; et, trouvant qu'il présentait toutes les circonstances particulières aux visions divines et mystérieuses, je ne fus pas plus tôt habillé, que j'allai dire à ma belle-mère que si les rêves sérieux étaient des avertissemens infaillibles, elle n'aurait plus de beau-fils d'ici à vingt-quatre heures. Je lui racontai ensuite ce qui m'était arrivé; j'en informai également quelques-uns de mes amis, mais sans trahir la moindre alarme et sans rien changer à mes habitudes, m'abandonnant à la volonté de la providence.

» Peut-être si j'avais été assez faible pour croire à cette idée, serais-je mort en effet, et mon sort eût été celui de ces hommes dont parle l'historien grec Procope. La perte de la vie eût été la punition de ma croyance aux rêves, superstition défendue par Dieu. »

ausses membranes dans le larynx; mais il débute rarement d'emblée, et souvent il est précédé de diphtérite dans le pharynx, la trachée ou les bronches; la pièce que je mets ici sous vos yeux, est un tube pseudo-membraneux qui revêtait à la fois la trachée et les bronches; il a été expulsé par la bouche et par une double exception bien rare; *le malade n'a eu aucun des symptômes propres du croup, et a guéri sans traitement.* Il avait une trachéo-bronchite pseudo-membraneuse sans croup.

Le croup peut encore être précédé de fausses membranes dans les fosses nasales et sur les amygdales; elles peuvent y exister isolément et constituer ainsi des affections distinctes par leurs symptômes; mais, le plus souvent, elles envahissent successivement toutes les voies respiratoires, et leur apparition dans un point doit les faire redouter pour les autres.

Ces fausses membranes forment des tubes entiers, ou seulement des portions de cylindres, quelquefois très minces, d'autres fois très résistantes; il n'est pas rare de les voir former un arbre entier dans les ramifications bronchiques; la muqueuse sur laquelle elles sont situées, est ordinairement rosée.

Deux mots seulement sur les causes: nous ne pouvons admettre qu'un simple refroidissement produise le croup; nous croyons toutes les causes locales très secondaires; et il nous paraît beaucoup plus rationnel d'invoquer une cause générale, inconnue dans la nature, il est vrai, mais se traduisant par des symptômes qui décèlent une maladie spécifique. Très souvent, en effet, nous trouvons les fausses membranes loin du larynx, sur les vésicatoires, les ulcérations derrière les oreilles; au conduit auditif, à l'anus. Une petite fille se présenta ici à la consultation, pour une vulvite diphtéritique; j'examinai aussitôt le pharynx, les amygdales étaient couvertes de fausses membranes; vous verrez aussi la surface des vésicatoires appliqués dans le cours de la maladie, démontrer la réalité de cette cause générale.

Les prodrômes du croup sont souvent peu marqués, et peuvent passer inaperçus pour les parens, quelquefois même pour le médecin; nous diviserons sa marche en trois périodes: la première, qui est parfois très courte, dure ordinairement de deux à quatre jours; un peu de fièvre, une petite toux, un léger mal de gorge, quelquefois des vomissemens, de la chaleur à la peau et un malaise général le caractérisent; ces symptômes peuvent être si légers, qu'ils ne fixent pas l'attention des personnes étrangères à l'art; il existe quelquefois, dès le début, des fausses membranes sur les amygdales; mais, le plus souvent, on ne songe pas à explorer le pharynx, dont l'examen est d'ailleurs mal supporté par les enfans; il faut pourtant être prévenu que, même à cette période, des points isolés peuvent apparaître sur les amygdales, et ne pas négliger de s'en assurer.

Dans la deuxième période, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés; le volume des amydales est augmenté; les fausses membranes s'étendent et finissent par recouvrir l'épiglotte; la voix est plus *basse* et plus faible; l'auscultation des poumons fait entendre une respiration normale, s'il n'est pas encore survenu de complication; mais la fièvre s'allume, la peau devient chaude, et ordinairemene une toux fréquente et sèche vient compléter cet appareil de symptômes. Il ne faut pas croire cependant que cette période soit toujours aussi marquée.

Si la maladie continue ses progrès par la *troisième période*, les fausses membranes du pharynx ont pu se trouver détruites pendant les quatre ou cinq jours de la période précédente; mais les symptômes locaux, déterminés par la présence des fausses membranes dans le larynx, se prononcent de plus en plus; l'aphonie est complète, et le malade est en proie à une dyspnée qui va toujours croissant; ordinairement elle est continue; mais quelquefois il survient un étouffement violent pendant la nuit; puis, un instant de calme bientôt suivi d'une nouvelle imminence de suffocation; il en résulte une coloration violacée des lèvres de la face, la dilatation des ailes du nez, l'appendice xyphoïde se déprime, l'épigastre s'enfonce, les côtes s'élèvent irrégulièrement, et l'enfant se cramponne et cherche en vain à faire pénétrer un peu d'air dans ses poumons; les inspirations sont rares; si, dans ce moment, on percute la poitrine, elle résonne bien; *mais l'auscultation n'y fait pas entendre le bruit de l'expansion pulmonaire.* Si l'art n'intervient pas, on conçoit que la mort ne tarde pas à mettre un terme à l'anxiété de l'enfant. On l'a vue survenir en une demi-heure ou trois quarts d'heure, quelquefois plus, et toujours alors il existait des fausses membranes sur les cordes nasales; nous ne regardons cependant pas comme impossible l'existence d'un croup spasmodique, bien que nous ne l'ayons jamais observé.

Le pronostic, toujours fort grave, varie néanmoins avec les complications et la période de la maladie. Ainsi un coryza couenneux, une pneumonie ajouteront à sa gravité, pendant que la première période laissera de grandes chances de guérison, et la seconde plus que la troisième. La trachéo-bronchite pseudo-membraneuse est un peu moins redoutable que la laryngite couenneuse, l'enfant peut encore parler et même respirer assez facilement; il se peut que le larynx ne soit pas atteint consécutivement et que les fausses membranes soient rejetées. C'est ainsi qu'on a vu un enfant se présenter, il y a plusieurs années, à l'hospice de l'École, avec un peu de toux et un léger mal de ventre; on prescrivit quelques sangsues à l'anus et de l'eau de gomme; six jours après il revint sans avoir fait d'autre traitement, et son père raconta qu'à la suite d'une quinte de toux, il avait expectoré l'arbre membraneux que je vous présente. La maladie s'est bornée là, et l'enfant a parfaitement guéri. Mais gardez-vous de croire qu'une si heureuse terminaison s'observe souvent dans la trachéo-bronchite membraneuse. Le plus ordinairement le croup survient avec elle.

Le traitement à opposer au croup est *médical* et *chirurgical*; suivant qu'il y a ou non, imminence d'asphyxie.

Lorsqu'on est appelé à la première période et que l'inspection de la gorge fait reconnaître des fausses membranes sur les amygdales ou la luette, on ne peut encore regarder le malade comme atteint de croup, mais on doit dès lors le redouter, car c'est ainsi qu'il débute 90 fois sur 100; si l'on observe de plus une disposition à la toux et un peu d'altération dans la voix, les craintes augmenteront, et l'on devra, sans hésiter, faire le traitement suivant:

Dans la grande majorité des cas, nous nous abstenons d'évacuations sanguines, et je fais allusion ici tant à ma pratique propre qu'à celle des autres médecins de cet hôpital. — Dès 1825, M. Bretonneau écrivait que les sangsues hâtaient l'instant fatal, ou tout au moins jetaient l'enfant dans un état de débilité très préjudiciable à sa guérison, et mon père avançait aussi, dans la 1re édition du *Dictionnaire*, que les sangsues ne lui avaient paru utiles que dans quelques cas de faux croup, dont la guérison spontanée est d'ailleurs fréquente. N'allez pas cependant proscrire d'une manière absolue les émissions sanguines; si le malade est fort, d'une bonne constitution, s'il présente des symptômes non équivoques de congestion encéphalique, et qu'il ait en outre de la fièvre, elles pourront vous être utiles.

Mais alors nous préférons la saignée générale aux sangsues, parce qu'avec ces annelides on ne peut jamais apprécier exactement la quantité de sang qui sera perdue par le malade, que leurs piqûres peuvent couler pendant douze ou quinze heures si on ne les surveille avec la plus grande attention, qu'elles jettent ainsi les enfans dans un affaissement extrême, et qu'il ne se passe pas d'années que nous n'ayons eu à déplorer des cas de mort occasionnée de la sorte; avec la saignée, on tire ce qu'on veut de sang, une palette et plus, etc.

Les *vomitifs* sont les premiers médicamens auxquels il faut avoir recours; notre expérience personnelle confirme les avantages qu'on leur a attribués depuis longtemps; puis vient la cautérisation de tous les points sur lesquels la diphtérite s'est développée. Cette cautérisation peut se faire avec l'acide chlorhydrique sans excipient, ou avec cet acide uni au miel rosat. M. Trousseau a fait généralement adopter le nitrate d'argent que l'on peut employer sous forme solide, en cylindre ou en solution. Le premier mode d'emploi est dangereux, car le cylindre peut se briser pendant les mouvemens de l'enfant, tomber dans le pharynx, être même avalé et déterminer ainsi les accidens les plus formidables. Il serait pourtant permis d'y avoir avoir recours si l'on était pris au dépourvu, mais alors on fera parfaitement tenir l'enfant, et l'on n'emploiera qu'un cylindre très court et bien fixé dans son étui; cette précaution de faire tenir les enfans par des aides doit s'appliquer à tous indistinctement, car il faut toujours s'attendre à de la résistance quand on voudra leur abaisser la langue. Pour y bien réussir, il faut porter du premier coup, et sans hésitation, l'abaisse-langue à la base de cet organe, où son contact provoque l'ouverture complète de la bouche.

Aucun médecin ne s'est plus occupé, que M. Bretonneau, de la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent en solution; il a imaginé un grand nombre de formes pour les éponges et les baleines; une tige droite suffit souvent, mais si l'on veut porter la cautérisation au-dessous du niveau des amygdales, on emploiera avec avantage une baleine assez épaisse pour ne pas plier, taillée en spatule et recourbée, sur les deux faces latérales, une éponge fine est fixée avec de la cire à cacheter, car des fils seraient brûlés par la solution. Quand on croit le larynx malade, on peut, à l'aide de cet instrument, faire tomber quelques gouttes de liquide dans la glotte.

Ces moyens ont quelquefois suffi pour enrayer la marche du croup, c'est ainsi qu'ayant été appelé dans deux cas différens par M. Baudelocque, pour pratiquer la trachéotomie, je proposai l'emploi de ce traitement avant d'en venir à l'opération, et les deux malades guérirent. Vous comprenez, d'ailleurs, que les vomitifs et les cautérisations s'associent bien naturellement, car les premiers, par les secousses qu'ils impriment au pharynx et à la trachée, débarrassent ces organes des fausses membranes, et la cautérisation modifie directement la muqueuse; mais ce sont là deux moyens purement locaux; en traitant des causes du croup, nous avons reconnu un état général, c'est à lui qu'il faut maintenant s'adresser.

Depuis longtemps déjà, dans l'intention de modifier cet état général, on administrait les mercuriaux. Il y a quâtre ans environ, M. Miquel, d'Amboise, reconnaissant toute l'importance de cette indication, a cru trouver un moyen puissant de la

---

Les pressentimens s'expliquent donc, dans un grand nombre de cas, par des causes naturelles; mais, sans être taxé d'un penchant au merveilleux, ne peut-on pas dire qu'il y a des événemens qui semblent sortir des lois communes, ou qui, du moins, dépendent des rapports encore mal connus du moral et du physique, de la surexcitabilité nerveuse, ou se lient aux phénomènes constatés dans le magnétisme et le somnambulisme?

Obs. 87. — Mlle R..., douée d'un excellent jugement, religieuse sans bigoterie, habitait, avant d'être mariée, la maison de son oncle, médecin célèbre, membre de l'Institut. Elle était alors séparée de sa mère, atteinte, en province, d'une maladie assez grave. Une nuit, cette jeune personne rêva qu'elle l'apercevait devant elle, pâle, défigurée, prête à rendre le dernier soupir, et témoignant surtout un vif chagrin de ne pas être entourée de ses enfans, dont l'un, curé d'une des paroisses de Paris, avait émigré en Espagne, et dont l'autre était à Paris. Bientôt, elle l'entendit l'appeler plusieurs fois par son nom de baptême; elle vit, dans son rêve, les persounes qui entouraient sa mère, s'imaginant qu'elle demandait sa petite-fille, portant le même nom, alla la chercher dans la pièce voisine; un signe de la malade leur apprit que ce n'était point elle, mais sa fille qui habitait Paris, qu'elle désirait voir. Sa figure exprimait la douleur qu'elle éprouvait de son absence. Tout à coup, ses traits se décomposèrent, se couvrirent de la pâleur de la mort: elle retomba sans vie sur son lit.

Le lendemain, Mlle R.., parut fort triste devant D..., qui la pria de lui faire connaître la cause de son chagrin; elle lui raconta dans tous ses détails le songe qui l'avait si fortement tourmentée. D..., la trouvant dans cette disposition d'esprit, la pressa contre son cœur en lui avouant que la nouvelle n'était que trop vraie, que sa mère venait de mourir; il n'entra point dans d'autres explications.

Quelques mois après, Mlle R..., profitant de l'absence de son oncle pour mettre en ordre ses papiers, auxquels il n'aimait pas qu'on touchât, trouva une lettre qui avait été jetée dans un coin. Quelle ne fut pas sa surprise, en y lisant toutes les particularités de son rêve, que D... avait passées sous silence, ne voulant pas produire une émotion trop forte sur un esprit déjà si vivement impressionné!

Ces renseignemens nous ont été donnés par la personne elle-même, en laquelle nous avons la plus grande confiance.

Il convient, sans doute, de se tenir ici dans une réserve prudente, et l'explication donnée pour le songe du ministre dont parle Abercrombie (p. 291), pourrait, à la rigueur, être invoquée dans ce cas; mais nous dirons franchement que ces explications sont loin de nous satisfaire, et que ce sujet, dont nous nous sommes beaucoup occupé, touche aux plus profonds mystères de notre être; si nous voulions citer tous les noms des personnages connus, ayant une haute position dans la science, un jugement excellent, des connaissances très étendues, qui ont eu de ces pressentimens, il y aurait matière à plus d'une réflexion!

A l'appui de ces réflexions, nous citerons l'anecdote suivante, empruntée au docteur Sigmond, qui la tenait de la veuve de M. Colmache, secrétaire intime de M. de Talleyrand.

Obs. 88. — On parlait un jour devant l'ancien ministre de ces avertissemens instantanés qu'on prendrait pour les communications du monde invisible avec l'homme; quelqu'un faisait observer qu'on trouverait difficilement un personnage célèbre qui, dans ses mémoires ou son intimité, n'ait fait allusion à quelque événement surnaturel dans sa vie. Prenant à son tour la parole, le prince s'exprima ainsi: Je n'oublierai jamais que je fus doué, pendant un moment, d'un pouvoir inconnu, extraordinaire, qui me sauva la vie. Sans cette inspiration soudaine et mystérieuse, je ne serais pas ici à vous raconter ces curieux détails. J'étais intimement lié avec un de mes compatriotes, M. Beaumets; nous avons toujours vécu dans les meilleurs termes, et, dans ces temps orageux, il ne fallait pas seulement de l'amitié pour unir les hommes, mais montrer de l'amitié était déjà même un courage presque divin. Je n'avais pas le moindre sujet de douter de son attachement. Il m'avait donné, au contraire, dans plusieurs occasions, la preuve la plus positive de son dévoûment à ma personne et à mes intérêts. Nous avions fui ensemble de la France à New-York, et nous y avions vécu dans une harmonie parfaite pendant notre séjour. Désirant augmenter notre petit capital, j'avais frêté un navire, de moitié avec lui, pour aller tenter la fortune aux Indes. Tout était prêt pour notre départ; nous attendions un vent favorable avec la plus grande impatience. Cet état d'incertitude parut aigrir le pauvre B... à un degré extraordinaire. Incapable de rester en place, il parcourait la ville avec une activité fébrile qui, par moment, excitait ma surprise, car il s'était toujours fait remarquer par son grand calme et la placidité de son caractère. Un jour il entra dans notre appartement, évidemment en proie à une grande exaltation, quoiqu'il fît tous ses efforts pour rester maître de lui. J'écrivais des lettres pour l'Europe. Se penchant par-dessus mon épaule, il me dit avec une gaîté forcée: « Pourquoi perdre le temps à écrire ces lettres? Elles n'iront jamais à leur destination. Venez avec moi et faisons un tour sur la batterie; le vent pourra devenir favorable; nous sommes peut-être plus près de notre départ que nous ne le pensons! » Le jour était magnifique, quoique le vent fût violent; je me laissai persuader. B..., comme je me le rappelai après, montra une complaisance extraordinaire à fermer mon pupitre, ranger mes papiers, à m'offrir mon chapeau et ma canne, ce que j'attribuai à un besoin incessant d'activité dont il paraissait dévoré depuis notre départ forcé. Nous traversâmes des rues remplies de monde, jusqu'à la batterie. Il m'avait donné le bras et hâtait la marche, comme s'il eût été pressé d'arriver. Lorsque nous fûmes sur la large esplanade, B... précipita encore plus le pas, jusqu'à ce que nous touchassions presque le bord. Il parlait haut et vite, admirant en termes énergiques les beautés de la scène. Tout à coup, il s'arrêta au milieu de son discours incohérent. Je m'étais débarrassé le bras de son étreinte, et je me tenais immobile devant lui. Je le regardai fixement; il se retourna de côté comme intimidé et abattu. « *Beaumets*, lui criai-je, *vous avez le projet de me tuer, vous voulez me jeter de cette hauteur dans la mer! Niez-le, monstre, si vous l'osez*! L'insensé me regarda en face avec des yeux hagards pendant un moment; mais j'eus soin de ne pas le perdre de vue, et il baissa la tête. Il murmura quelques mots incohérens, chercha à me dépasser, je lui barrai le passage en étendant le bras. Après avoir lancé quelques regards vagues à

remplir, en faisant prendre le calomel et l'alun à haute dose. Nous reconnaissons l'efficacité de la médication dans la première période du croup ; elle consiste à faire ingérer alternativement, de deux heures en deux heures, 10 centig. d'alun et 10 centig. de calomel, qu'on présente à l'enfant dans du miel ou des confitures. Pour éviter les petits inconvéniens qui résultent de ce grand nombre de paquets, nous les remplaçons par un miel à l'alun et un miel au calomel, 30 grammes d'excipient pour 1 gramme du médicament ; on donne alternativement une cuillerée à café toutes les deux heures. Il est bon de donner un adjuvant à cette médication, en frictionnant les parties latérales du cou, dont les ganglions sont tuméfiés avec l'onguent napolitain.

(*La suite au prochain numéro*).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 Février. — Présidence de M. PIOBERT.

M. FOURCAULT lit un mémoire ayant pour titre : *Caractères tératologiques et pathologiques du crétinisme, traitement prophylactique de cette affection.*

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

La description que j'ai donnée de la constitution physique des habitans des deux versans de la vallée de l'Isère, les faits exposés dans cette dernière partie de mon travail, démontrent, d'une manière évidente, que les anomalies organiques qui caractérisent le crétinisme, résultent d'un arrêt, d'un retard, d'une aberration de développement dont la cause initiale se trouve dans la composition élémentaire des tissus.

L'arrêt de développement est indiqué par la petitesse de la taille. Les crétins qui habitent les profondes vallées des Alpes, ont rarement plus d'un mètre, et ceux qui sont placés dans des circonstances plus favorables, atteignent à peine un mètre et demi ; il ne faut pas confondre, avec ces êtres rabougris, les idiots d'une taille ordinaire qui vivent dans les mêmes contrées. Cependant, l'idiotisme et le crétinisme peuvent s'unir par une foule de nuances intermédiaires.

Le *retard de développement* s'annonce par la lenteur de l'ossification, de la dentition, de l'accroissement des forces physiques. A cinq mois, l'enfant peut à peine maintenir la tête dans sa rectitude ordinaire ; à six ou sept ans, il marche difficilement ; la seconde dentition ne peut toujours s'accomplir, les muscles sont grêles, sans énergie ; les crétins, comme la plupart des nains, passent de l'adolescence à la vieillesse sans offrir les attributs de l'âge adulte.

L'aberration de développement est caractérisée par la conformation défectueuse du crâne, ordinairement aplatie d'avant en arrière par le défaut de symétrie des hémisphères du cerveau, par la disposition vicieuse et la diminution de volume des parties, se montrant en relief à sa surface dans ses cavités intérieures et à sa base, tels que les couches optiques, les corps striés, les éminences mamillaires, l'infundibulum, la voûte à trois piliers, les pédoncules cérébraux et les cérébelleux, le bulbe rachidien. Cette aberration se remarque dans les appareils de la vie de relation, dans la conformation vicieuse du cou, de la poitrine, de la colonne vertébrale, des membres, des pieds, des mains, des doigts, des ongles ; elle se manifeste surtout dans le développement anormal du corps thyroïde et des organes de la génération.

Parmi ces anomalies, il en est une qui mérite plus particulièrement de fixer l'attention des anatomistes et des naturalistes.

Les circonvolutions cérébrales sont généralement peu prononcées ; les anfractuosités intermédiaires ne sont ni profondes ni multipliées, et souvent même le cervelet, réduit à un petit volume, est lisse à la surface. Ces dispositions anatomiques rappellent celles du cerveau des animaux supérieurs, et confirment les belles recherches de M. Serres, relatives au développement embryonique du cerveau des mammifères.

M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon, adresse un mémoire intitulé : *De l'absorption et des effets généraux de l'iode employé dans les pansemens et les opérations chirurgicales.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'iode appliqué sur des ulcères ou injecté dans la cavité des abcès et des membranes séreuses, est absorbé et se retrouve dans divers produits d'excrétion, spécialement dans l'urine et la salive.

2° L'absorption à la surface des cavités closes, et l'élimination par les produits excrétés peut s'élever, pendant plusieurs semaines, et sans altération de la santé, à plus d'un gramme d'iode par jour.

3° Cette absorption et cette élimination modifient l'économie tout entière et peuvent améliorer notablement des maladies scrofuleuses constitutionnelles, pourvu qu'à l'aide de précautions spéciales dans les pansemens, on maintienne, au moins pendant un mois et demi à deux mois, une élimination d'iode par les urines telle, que les réactifs y déterminent, sans évaporation préalable, une teinte bleu-foncé.

4° Des vésicatoires, des cautères et des moxas absorbent avec la plus grande facilité l'iode que l'on dépose à leur surface ; et à la suite de pansemens quotidiens, celui-ci peut être retrouvé dans les urines et la salive, tant que les plaies artificielles ne sont pas cicatrisées.

5° A l'aide de la médication iodique sur des vésicatoires éloignés des yeux, on peut guérir des ophthalmies scrofuleuses, sans remèdes intérieurs et sans applications locales. Des modifications constitutionnelles profondes sont possibles, si l'on fait absorber, pendant plusieurs mois, sur des moxas ou des cautères une telle quantité d'iode que les urines puissent toujours prendre une teinte bleue foncée par l'amidon et le chlore.

6° Parmi les préparations iodées, les seules dont l'absorption soit constante à la surface des ulcères ou des vésicatoires, sont les vapeurs d'iode suivant le procédé de M. Goin (de Saint-Alban), et l'iode ioduré mélangé à l'axonge. Les pansemens avec une pommade qui contient : axonge, 30 grammes ; iode, 1 gramme ; iodure de potassium, 2 grammes, sont préférables à tous les autres, et spécialement à ceux que l'on fait avec la teinture d'iode.

7° On peut se contenter, pour rechercher l'iode dans les urines et la salive, de la solution d'amidon et de celle d'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque) ; et comme les liquides animaux, spécialement l'urine, décolorent l'iodure d'amidon, l'intensité et la persistance plus ou moins prolongée de la couleur bleue produite par les réactifs, permettent de juger approximativement de la proportion d'iode.

8° En faisant absorber par la méthode endermique, non seulement les préparations iodées, mais divers révulsifs, tels que le chlorhydrate d'ammoniaque, le nitrate de potasse, la ciguë, etc., on peut obtenir des résolutions plus rapides et plus sûres qu'en appliquant ces substances sur la peau recouverte d'épiderme.

M. NIVET, professeur-adjoint à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, adresse une note sur le *goître estival épidémique.* L'auteur énonce en ces termes les résultats principaux auxquels il est arrivé.

Le goître peut régner d'une manière épidémique pendant l'été ou l'automne ; il peut se développer rapidement sous l'influence des causes agissant d'une manière toute locale, chez des individus qui n'avaient offert, antérieurement, aucun symptôme de cette maladie.

Ce goître accidentel guérit promptement quand on le traite à son début, par des moyens convenables ; il est très imprudent de boire de l'eau froide ou d'exposer le col à l'action de l'air extérieur lorsque le corps est fortement échauffé ; l'eau n'agit pas par les sels qu'elle tient en dissolution, mais bien par sa température qui est relativement trop froide si le corps est en sueur.

M. le docteur TAVIGNOT adresse à l'Académie un travail intitulé : *Nouvelles recherches sur l'amaurose névralgique,* dont voici les conclusions :

« Je donne le nom d'*amaurose névralgique*, à la paralysie complète ou incomplète, partielle ou générale de la rétine, survenue sous l'influence de la névralgie de la cinquième paire de nerfs.

» Le mode d'action exercé sur l'œil par la cinquième paire atteinte de névralgie est soumis à certaines lois que je vais essayer de formuler.

» J'admets deux espèces d'amauroses névralgiques très distinctes par leurs caractères. L'une reconnaît pour cause un état névralgique des branches extra-orbitaires du trijumeau : c'est l'*amaurose névralgique extra-orbitaire ;* l'autre survient sous l'influence d'un état névralgique des nerfs ciliaires de la cinquième paire : c'est l'*amaurose névralgique intra-orbitaire.*

» La névralgie circum-orbitaire de la cinquième paire me paraît agir sur la rétine en produisant une paralysie de cette membrane.

» Cette paralysie résulte d'un défaut d'équilibre dans la distribution de l'influx nerveux, comme si la déperdition exagérée de ce fluide par les branches extra-orbitaires avait lieu aux dépens des nerfs ciliaires, qui en seraient plus ou moins privés.

» La marche de l'amaurose névralgique extra-orbitaire reste subordonnée à l'intensité des accès névralgiques, à leur durée, à leur fréquence.

» Elle dépend encore de la persistance plus ou moins grande, pendant l'intervalle des accès, de *points douloureux* existant au niveau des divisions terminales des nerfs, spécialement vers le sommet de la tête, sur les parties latérales du nez, à la paupière supérieure, etc.

» Lorsque la névralgie a pour siége les nerfs ciliaires, que cette névralgie soit simple ou associée à un état névralgique des branches extra-orbitaires, il survient encore une perturbation fonctionnelle de la rétine, non plus par absence, mais bien par excès d'influx nerveux.

» L'une et l'autre forme d'amauroses névralgiques paraissent avoir une origine analogue, bien qu'elles diffèrent complètement par leurs symptômes.

» La cause de l'*amaurose névralgique, considérée d'une manière générale,* est un état anormal du sang résultant d'une assimilation irrégulière ou d'une désassimilation vicieuse.

» Le traitement local n'offre des chances réelles de succès qu'à la condition d'être associé à un traitement général. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Février 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un grand nombre de lettres ministérielles relatives à des rapports d'épidémies, à des demandes d'avis sur des eaux minérales et sur des remèdes secrets.

2° Une note de M. MAYER, de Belfort, sur un traitement nouveau de la vaginite chronique par des cylindres médicamenteux. (Comm. M. Hervez de Chégoin.)

3° Un mémoire de M. BOURGUET, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix, sur le siége de l'étranglement herniaire et la méthode de débridement en dehors du sac. (Comm. MM. Cloquet et Laugier.)

4° Une lettre de M. BRACHET, de Lyon, relative à la vaccine.

5° Une note de M. LETELLIER, de St-Leu-Taverny, sur l'application méthodique du forceps sur les côtés de la tête. (Com. M. Cazeaux.)

6° Une note de M. GRANDVAL, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, sur des extraits obtenus au moyen d'un appareil de son invention. (Comm. MM. Bouchardat et Soubeiran.)

— M. RAYBARD, de Lyon, lit un mémoire *sur un nouveau procédé pour guérir la fistule lacrymale.* Le procédé de M. Raybard a pour objet de créer un canal artificiel conduisant directement les larmes aux fosses nasales. Il a imaginé, à cet effet, un instrument, sorte d'emporte-pièce, composé de deux parties assemblées, mobiles l'une sur l'autre et parfaitement distinctes par leur usage : l'une est une tige d'acier montée sur un manche et terminée par une pointe en forme de vrille ou de tire-bouchon, laquelle après avoir traversé l'unguis à la manière d'une percerette, a encore pour usage d'offrir un point d'appui à cet os. L'autre partie est une canule tranchante avec laquelle on coupe l'unguis, ainsi que les membranes qui lui sont adhérentes. Elle se meut sur la tige au moyen d'un pas de vis, de sorte qu'on ferme et qu'on ouvre l'instrument en le vissant et en le dévissant alternativement.

---

droite et à gauche, il se jeta à mon cou et fondit en larmes. « *C'est vrai, c'est vrai, mon ami ! La pensée m'a hanté jour et nuit, comme une flamme d'enfer. C'était dans ce but que je vous ai conduit ici ; voyez, vous n'êtes qu'à un pied du bord du parapet ; dans un instant, la besogne eût été faite.* » Le démon l'avait abandonné : ses yeux étaient sans expression ; une écume blanche couvrait ses lèvres desséchées ; l'exaltation était passée. Je le reconduisis à la maison. Quelques jours de repos, une saignée, la diète, le rétablirent complètement, et, ce qu'il y a de plus extraordinaire, jamais nous ne parlâmes de cet événement. — Le prince était persuadé que ce jour-là sa destinée avait été décidée, et il ne parlait jamais de cette circonstance sans éprouver une grande émotion. Cette espèce d'exaltation momentanée, qui ne se reproduit point, mais laisse dans l'imagination un souvenir ineffaçable, est, dit M. Sigmond, ce qu'on désigne sous le nom de *fantasia*, et ce qu'en France nous nommons *pressentiment.* Nous en avons rapporté des exemples curieux. (*Annales Médico-psycologique,* 2e série, t. 2, p. 315-317, traduit du *Psycological*, journal de M. Forbis-Winslow.

Nous avons lu dans les *Souvenirs de Mme de Créqui* le récit suivant :

OBS. 89. — Le prince de Radzwil avait adopté une de ses nièces, orpheline. Il habitait un château en Gallicie, et ce château avait une très grande salle qui séparait les appartemens habités par le prince de ceux occupés par les enfans, en sorte que pour communiquer des uns aux autres il fallait traverser cette salle, à moins de passer par la cour.

La jeune Agnès, âgée de 5 à 6 ans, jetait toujours des cris déchirans toutes les fois qu'on lui faisait traverser la grande salle. Elle indiquait, avec l'expression de la terreur, un énorme tableau suspendu au-dessus de la porte, lequel représentait la Sybille de Cumes. On tenta pendant longtemps de vaincre cette répugnance qu'on attribuait à quelque obstination d'enfance ; mais des accidens sérieux résultant de cette violence, on finit par lui permettre de ne plus entrer dans cette salle, et la jeune fille aima mieux, pendant dix ou douze ans, traverser par la pluie, la neige et le froid, la vaste cour ou les jardins, plutôt que de passer sous cette porte, qui lui faisait une impression si désagréable.

L'âge était venu de marier la jeune comtesse, et déjà fiancée, il y avait un jour réception au château. La société voulut, dans la soirée, se livrer à quelque jeu bruyant, et on alla dans la grande salle où, d'ailleurs, le bal de la noce devait avoir lieu. Animée par la jeunesse qui l'entourait, Agnès n'hésita pas à suivre les conviés. Mais à peine a-t-elle franchi le seuil de la porte, qu'elle veut reculer et qu'elle avoue sa frayeur. On l'avait fait passer la première, suivant l'usage, et son fiancé, ses amis, son oncle, riant de son enfantillage, ferment la porte sur elle. Mais la pauvre jeune fille veut résister, et en agitant un battant de porte, elle fait tomber le tableau qui était au-dessus. Cette énorme masse lui brise le crâne par un de ses angles et la tue sur le coup.

Il peut donc se manifester, dans certains cas, une disposition du système nerveux, telle que les individus qui l'éprouvent aient le sentiment d'un événement inattendu, danger quelconque d'une chose anormale. Tous les voyageurs qui ont traversé les forêts du Nouveau-Monde, ont observé les peuplades sauvages, ont parlé des mouvemens extraordinaires des animaux, de la mimique des sauvages aux approches de quelque grande catastrophe, lorsque les Européens en sont encore à se demander la cause de ces agitations. Sans faire intervenir l'action de l'esprit sur la matière, nous avons la ferme conviction que les agens impondérables, et l'électricité en particulier, ont des rapports encore inconnus avec l'organisation de l'homme.

En résumé, les pressentimens s'expliquent souvent d'une manière naturelle ; mais il y a des cas où ils se rattachent à des rapports inconnus du physique et du moral, aux phénomènes réels du somnambulisme et du magnétisme.

— Le président de la République, sur le rapport du ministre de l'instruction publique, a rendu, le 23 février, un décret ainsi motivé et formulé :

Considérant qu'au commencement du siècle, la pile de Volta a été jugée le plus admirable des instrumens scientifiques ;

Qu'elle donne : à la chaleur, les températures les plus élevées ; à la lumière, une intensité qui dépasse toutes les lumières artificielles ; aux arts chimiques, une force mise à profit par la galvanoplastie et le travail des métaux précieux ; à la physiologie et à la médecine pratique, des moyens dont l'efficacité est sur le point d'être constatée ; qu'elle a créé la télégraphie électrique ; qu'elle est ainsi devenue et tend à devenir, comme l'avait prévu l'Empereur, le plus puissant des agens industriels ;

Considérant, dès lors, qu'il est d'un haut intérêt d'appeler les savans de toutes les nations à concourir au développement des applications les plus utiles de la pile de Volta,

Décrète :

Art. 1er. Un prix de *cinquante mille francs* est institué en faveur de l'auteur de la découverte qui rendra la pile de Volta applicable avec économie,

Soit à l'industrie, comme source de chaleur,
Soit à l'éclairage,
Soit à la chimie,
Soit à la mécanique,
Soit à la médecine pratique.

Art. 2. Les savans de toutes les nations sont admis à concourir.

Art. 3. Le concours demeurera ouvert pendant cinq ans.

Art. 4. Il sera nommé une commission chargée d'examiner la découverte de chacun des concurrens, et de reconnaître si elle remplit les conditions requises.

— M. Édouard Robin commencera, le 1er mars, un cours de chimie générale raisonnée, suivi d'applications nouvelles à la toxicologie, à la physiologie, à la thérapeutique, à la botanique et à l'agriculture. Ce cours aura lieu à sept heures du soir, et sera continué les lundis, mercredis et samedis.

Il ouvrira le même jour, à une heure et demie, des cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences, au 1er examen de fin d'année et au 3me examen définitif. Ils seront continués tous les jours, le jeudi et le dimanche exceptés.

Le procédé de M. Raybard se compose de quatre temps : dans le premier, il ouvre le sac lacrymal avec un instrument tranchant, suivant la méthode de J.-L. Petit ; dans le second, il introduit l'instrument dans le sac lacrymal ; dans le troisième, il fait pénétrer la vrille dans la cavité nasale ; dans le quatrième, il coupe cet os et lui fait éprouver une perte de substance, d'où résulte l'ouverture cherchée, qui se cicatrise sans le secours d'aucun pansement, et qui n'est pas susceptible de se rétrécir et de se fermer, ce qui équivaut, dit M. Raybard, à la guérison radicale de la fistule.

M. Bricheteau lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Barruel, sur *la jusée* et ses préparations, et leur emploi en thérapeutique.

M. le rapporteur propose, au nom des commissaires, de déclarer que M. Barruel a concouru à introduire, dans la matière médicale, un médicament utile et propre à combattre plusieurs accidens graves de la phthisie pulmonaire ; que les préparations officinales, dont il est l'auteur, offriront un supplément avantageux à la thérapeutique dans une maladie longue, où les praticiens se trouvent souvent dans la nécessité de varier les médications ; et d'adresser des remercîmens à l'auteur.

Sur les observations présentées par MM. Caventou, Dubois (d'Amiens), Bussy, Louis, Soubeyran, Nacquart et Boulay, observations desquelles il résulterait que la jusée ne paraît point offrir les caractères d'une préparation pharmaceutique régulière, et que le rapport laisse à désirer au double point de vue pharmaceutique et médical, ce rapport est renvoyé à la commission, à laquelle, sur la proposition du bureau, seront adjoints MM. Louis et Soubeiran.

M. Camille Bernard lit un mémoire sur le *degré de force dans le taxis*. L'auteur part de cette proposition : *que souvent le taxis ne manque son effet que parce que la force déployée, quoique méthodiquement émise, reste au-dessous du degré fixé par une sage réserve.*

Dans une première partie, il énumère les circonstances qui rendent le taxis vicieux ; dans la seconde, il traite de l'insuffisance réelle de l'agent dynamique bien distribué.

Sur 54 observations de taxis recueillies dans sa pratique, le taxis n'est resté sans effet que trois fois, et sur les 51 hernies dont il s'est rendu maître, 13 avaient résisté aux tentatives faites par plusieurs confrères. Dans quelques cas, M. le docteur Camille Bernard n'avait été appelé que pour opérer le débridement.

Devant ces résultats différens, dus évidemment à l'appréciation personnelle sur le degré de force que chacun a cru pouvoir déployer, l'auteur se demande si le taxis sera toujours livré à une puissance aveugle s'exerçant sur un terrain inconnu ; et il émet le vœu que quelque habile inventeur donne au chirurgien le moyen de calculer le degré de résistance aux prises avec la force déployée pour la vaincre. Quelque difficile que soit la solution du problème, M. Camille Bernard ne désespère pas qu'on ne l'opère un jour. Déjà la réduction des luxations à l'aide des moufles s'est éclairée des lumières du dynamomètre. L'adoption que M. Sédillot a faite du pondérateur de la force à l'instrument, qui réduit les luxations, M. Camille Bernard l'attribue à une inspiration venue de lui et communiquée à M. Sédillot, qui n'a pu citer l'auteur, attendu qu'il ignorait le nom de son confrère.

L'auteur réclame donc un moyen à l'aide duquel le chirurgien puisse se rendre compte du degré de force qu'il déploie dans le manuel opératoire en général, et dans le taxis en particulier.

(Commisaires : MM. Gerdy, Roux, Bégin.)

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Janvier.

Du traitement de l'ophthalmie, notamment par l'occlusion des paupières ; par le professeur Forget, de Strasbourg.

Travail dans lequel M. Forget a insisté sur les avantages des applications froides, surtout de l'occlusion des paupières. L'auteur rapporte plusieurs observations de succès ; une d'iritis, une autre d'ophthalmie avec chémosis. Il indique l'occlusion palpébrale comme surtout applicable à l'ophthalmie d'un seul côté, et rejette l'emploi du collodion, proposé dans ces derniers temps, comme s'opposant à l'inspection journalière du globe de l'œil, nécessaire pour juger de son état et pourvoir aux accidens qui pourraient se produire, tels que les ulcérations de la cornée, etc.

Nouveau procédé du traitement des fractures de la portion alvéolaire de la mâchoire inférieure ; par M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Voici le procédé employé par ce chirurgien, dans un cas qu'il a eu à traiter dernièrement : une plaque de plomb, d'un millimètre d'épaisseur, fut exactement moulée sur la forme et la direction du bord lingual de l'os maxillaire, dépassant en arrière les fragmens osseux. Pour maintenir cette plaque en place, une aiguille armée d'un fil d'argent fut glissée le long de la face interne du maxillaire et vint traverser le plancher buccal, puis fut abandonnée au dehors ; l'autre extrémité du fil, conduite par le même procédé sur la face externe de l'os, vint sortir, à son tour, par le même trou. Les deux bouts du fil, ainsi amenés sous le menton, embrassant les fragmens dans leur anse, furent fixés sur un petit rouleau de sparadrap, et serrés par torsion jusqu'à ce que la plaque métallique se trouvât solidement fixée. Aucune trace d'inflammation ne survint sur le trajet de la suture métallique pendant toute la durée du traitement. Malgré sa présense, le malade put, au bout de quelques jours, manger sans difficulté. Le 47[me] jour, on enleva le fil et la plaque ; la consolidation était parfaite ; toutes les dents étaient solidement fixées dans leurs alvéoles, à l'exception de la canine qui, placée entre deux fragmens, est restée mobile.

Considérations pratiques sur la susceptibilité et l'état réfractaire de la peau à l'action locale des irritans en général, et en particulier à celle du tartre stibié ; par M. le docteur Duparcque, membre de la Société de médecine.

L'état réfractaire de la peau, à l'action locale des irritans, peut être naturel, tenir à une idiosyncrasie particulière, être provoqué artificiellement, ou bien enfin se manifester spontanément à l'occasion de certaines conditions morbides ou pathologiques. Ce dernier, ou l'état réfractaire de la peau se produisant dans le cours des maladies, fait l'objet de ce travail.

L'auteur étudie d'abord l'état réfractaire, pathologiquement acquis, de la peau, avec persistance des actions absorbantes, et pose les bases de la méthode d'administration de l'émétique par cette voie, comme contre-stimulant et résolutif. Voici les principales propositions, établies à cet égard, par M. Duparcque :

1° Dans les phlegmasies viscérales violentes, qui concentrent la puissance vitale, comme dans les fièvres graves qui la perturbent profondément, la peau n'est plus sensible parfois à l'action des médicamens irritans ; mais alors l'absorption persiste, ainsi que l'imbibition.

2° Dans ces conditions morbides, le tartre stibié, employé en frictions ne provoque pas la pustulation ; et le médicament absorbé va produire, dans l'économie, les mêmes effets, donner les mêmes résultats que quand on l'administre par l'estomac, d'après la méthode rasorienne.

3° Dans les phlegmasies séreuses avec épanchement, soit simples (pleurésies, péritonites), soit compliqués (pleuro-pneumonie, métro-péritonite), les propriétés curatives du tartre stibié, employé par absorption cutanée, ne sont pas moins efficaces que contre les phlegmasies parenchymateuses (pneumonie, métrite, etc...)

5° Comme la tolérance de l'estomac n'est pas constante, et qu'on pourrait craindre, dans certains cas que la méthode rasorienne ordinaire ne fût plus nuisible qu'utile, à cause du siége même de la maladie, l'absorption par la peau trouve une heureuse application, comme présentant les avantages de la méthode rasorienne, sans en avoir les inconvéniens.

6° La disposition que la peau acquiert à ne pas répondre à l'action locale des irritans, elle la perd avec la cessation des conditions morbides qui l'avaient engendrée.

7° Cette cessation de tolérance de la peau à l'égard des irritans, et particulièrement du tartre stibié, s'observe également par les voies digestives, dans le traitement rasorien.....

9° A côté de cette tolérance idiosyncrasique, ou acquise, se montrent des dispositions toutes contraires. Très souvent des frictions stibiées, même à proportions réduites, et employées avec ménagement, développent de larges et profondes pustules, frappent la peau de gangrène, etc....

Dans une seconde partie de son travail, l'auteur étudie l'imprégnation des médicamens irritans, tolérés dans les tissus avec lesquels ils sont en contact, par laquelle il explique les effets curieux, et parfois très fâcheux, qui se montrent vers les parties, sur lesquelles ont été faites des applications irritantes, quand la maladie tend vers sa terminaison.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

NOUVELLES LETTRES SUR LA CHIMIE, considérée dans ses applications à l'Industrie, à la physiologie et à l'agricutture ; par M. Justin **Liebig**, édition française publiée par M. Charles **Gerhardt**. — Un vol. in-12.

Paris, 1852. Prix : 3 fr. 50 c.

Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

CLINIQUE CHIRURGICALE de l'Hôtel-Dieu de Montpellier ; par Al. **Alquié**, professeur à la Faculté de Montpellier, etc. — Un vol. In-8. Montpellier, 1852, chez l'auteur.

LETTRES à M. le professeur ROSTAN sur le mot **Hypocondrie** ; par le docteur Dumont (de Monteux), médecin à l'état civil de Grenelle, etc. In-8, Prix : 1 fr. Paris, 1852, J.-B. Baillière, et au bureau de l'Union Médicale.

Ces lettres sont reproduites dans l'intérêt des personnes atteintes d'affections nerveuses que nul phénomène extérieur ne révèle, et qu'à cause de cela l'on considère comme *malades imaginaires*.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 25. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 28 Février 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. .... 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE.

HOPITAL DES ENFANS MALADES. — Clinique de M. GUERSANT.

DU CROUP ET DE LA TRACHÉOTOMIE [1].

Après avoir insisté sur cette médication pendant vingt-quatre heures ou quarante-huit heures, on observe si elle a produit de la diarrhée. Dans ce cas, on diminue les doses de calomel et on continue l'alun, *et vice versâ*, s'il y a constipation. Il faut savoir que les enfans ne prennent pas toujours facilement ces médicamens, surtout l'alun.

Si le malade atteint la deuxième période, on continue le même traitement ; il est bien entendu qu'on peut lui adjoindre des boissons adoucissantes de toutes espèces ; mais si les symptômes de la troisième période apparaissent, et que la suffocation devienne imminente, force est bien d'abandonner, comme inutiles, les vomitifs, la cautérisation et les calmans, et de recourir à la chirurgie pour la trachéotomie.

Peut-être qu'au moment de prendre ce parti, vous pourriez vous trouver arrêtés par un fait curieux : votre malade présente les symptômes tranchés de la 3me période du croup, et cependant vous ne découvrez nulle part de fausses membranes ; il est parfaitement certain que les fausses membranes du pharynx peuvent se trouver détruites, vous pourrez en acquérir la preuve dans les cas qu'on présente journellement à l'hôpital, sans avoir été traités ; aussi, M. Bretonneau croit-il que si l'on ne trouve pas de fausses membranes, c'est qu'on est appelé à une période trop avancée, car on ne meurt pas ordinairement du croup en vingt-quatre heures ; sa marche est moins rapide, et souvent les premiers symptômes n'ont pas été observés.

Mais que vous découvriez ou non de fausses membranes, si la suffocation menace votre malade, la trachéotomie n'en est pas moins urgente. Rappelez-vous bien seulement qu'avant de procéder à l'opération, il est de la plus haute importance de distinguer la *suffocation continue*, de la suffocation *passagère, intermittente*, car ce dernier caractère serait une contre-indication. Je regarde comme passagère, une suffocation qui cesse après une demi-heure ou trois quarts d'heure, et je n'hésite pas au contraire à opérer lorsqu'elle dure depuis une heure ou deux d'une manière continue et avec aggravation. Un exemple vous convaincra de l'utilité de cette distinction : appelé, dans la nuit, pour un petit malade qui avait la voix éteinte, rendait des fausses membranes, et suffoquait depuis quelques instans, je différai l'opération jusqu'au lendemain matin, et fis administrer un vomitif, il fit cesser cet accès de suffocation. Vers quatre heures du matin, l'enfant est en proie à un nouvel accès : cette fois je juge la trachéotomie urgente, et cet avis est partagé par MM. Hérard et Roger, tous deux médecins des hôpitaux ; mais les parens s'y refusent ; la suffocation cesse vers huit heures, et, plus tard, l'enfant guérit à l'aide du calomel. L'intermittence de la suffocation doit donc faire différer l'ouverture de la trachée.

Je dois encore vous signaler une autre contre-indication, rare, il est vrai, mais que j'ai observée deux fois. Un enfant arrive à la période ultime du croup, a la face violette et suffoque ; tout à coup, les symptômes de suffocation cessent, et sont remplacés par un affaissement si considérable, que la mort le suit de près, l'enfant s'éteint sans être asphyxié. Opérer dans de telles circonstances, serait compromettre l'art, puisque l'enfant ne suffoque pas, et doit d'ailleurs inévitablement mourir.

Les affections concomitantes, la pneumonie, la rougeole, par exemple, constituent-elles des contre-indications ? Il est évident que si votre enfant étouffe, vous le placez toujours dans des conditions moins mauvaises en le faisant respirer facilement. Nous en dirons autant pour les maladies chroniques, même la phthisie pulmonaire ; elles laissent bien peu de chances, il est vrai, mais l'opération lui en donne quelques-unes qu'il n'aurait pas sans cela.

DE LA TRACHÉOTOMIE.

Voici comment nous composons l'appareil instrumental pour la trachéotomie dans les cas de croup un bistouri droit et un bistouri boutonné. Le bistouri droit peut suffire à la rigueur ; une sonde cannelée dont on peut pourtant se passer ; des érignes mousses ou un élévateur des paupières pour écarter les lèvres de la plaie ; une pince à disséquer et une pince à écartement plus ou moins coudée, cette dernière est indispensable. Il y en a de deux sortes ; les unes sont terminées par une olive plate, ce qui leur permet d'entrer très facilement dans la plaie, mais rien ne les retient pour les empêcher d'en sortir ; d'autres présentent un rebord, ou un crochet dont la pointe regarde en arrière et en dehors, on les introduit avec plus de peine ; mais on court moins le risque de les voir s'échapper de la plaie ; une canule double, dont le volume est proportionné à l'âge de l'enfant. Nous faisons toujours faire ces canules avec un pavillon et deux grandes ailes latérales, parce que les pavillons ronds et étroits finissent par écarter les bords de la peau et pénètrent dans la plaie. A cette canule nous ajoutons un mandrin, c'est tout simplement une sonde de gomme élastique courbée, et qui glisse facilement dans la canule ; nous regardons ce mandrin comme très utile après l'opération, car sans lui, si les lèvres de l'incision faite à la trachée sont trop peu écartées, la canule les rencontre et ne peut pénétrer au-delà, le mandrin plus petit et arrondi à son extrémité, entre au contraire plus facilement, et ouvre la voie à la canule.

C'est surtout pendant le premier et le second jour qu'on a lieu de vérifier cette remarque. La supériorité de la canule double sur toutes les autres est évidente, car si les mucosités viennent à obstruer la canule interne, on la retire en laissant l'externe en place, et on la nettoie avec un écouvillon de crin qui ne sert jamais à la trachée, bien qu'on l'ait écrit. L'appareil est complété par une petite baleine flexible et courbée, dont l'extrémité porte une éponge pour écouvillonner la trachée ; j'ajoute aussi une pince à pansement, aussi courbée, de telle sorte qu'elle constitue une petite pince œsophagienne qui nous paraît très utile.

Avant de rien entreprendre, on placera le malade d'une manière convenable, c'est-à-dire de telle sorte qu'il ne puisse faire de mouvemens, et que la région sur laquelle on doit opérer se présente bien. Pour cela, on l'étend sur un matelas roulé à une extrémité et posé sur une commode qui offre un point d'appui solide, la tête repose sur l'extrémité la plus élevée, un aide la saisit par les parties latérales ou par les angles des mâchoires, la renverse en arrière et tend ainsi le cou ; un second aide, placé à l'extrémité opposée, peut maintenir les pieds d'une main et les deux mains réunies de l'autre ; un troisième aide, placé du côté opposé à l'opérateur, aura pour fonction d'absterger la plaie et d'en écarter les lèvres.

Le chirurgien, placé à la droite du malade, se rappelle qu'il doit successivement diviser de haut en bas, sur la ligne médiane du col, au-dessous du cartilage cricoïde, dans l'étendue d'un pouce ou plus, suivant l'âge de l'enfant, la peau, une

(1) Voir le numéro du 26 Février.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

De plusieurs côtés, on a la bonté de me demander : quand donc répondrez-vous à l'*Univers* et à ses attaques contre l'enseignement de l'Ecole de Paris? On ajoute : ce n'est pas un, mais deux articles que ce journal a publiés ; et, dans le dernier, vous êtes personnellement mis en cause à l'occasion de la simple annonce faite par vous d'une réponse.

Puisque ce sujet paraît intéresser un certain nombre de mes lecteurs, je leur dois, avec toute sincérité, l'expression de ma pensée. J'hésite à m'aventurer dans une discussion dont je n'aperçois pas bien le but, l'intention et la portée. Je n'ai l'honneur ni de connaître les écrivains de l'*Univers*, ni d'être connu d'eux. On aime assez à savoir et le chemin qu'on va suivre, et avec qui l'on se trouvera en voyage. L'auteur des articles de l'*Univers* n'a pas d'ailleurs fini ses malles. Il annonce n'avoir pas tout dit, et vouloir s'expliquer plus au long. Il me semble de bonne polémique d'attendre cette explication nouvelle. Il me serait très désobligeant de m'entendre dire : mais je n'ai pas écrit cela, vous avez mal compris, mal interprété, et le reste. Évitons ces accusations par un peu de patience. Seulement, puisque M. Roux-Lavergne, de l'*Univers*, me fait quelquefois l'honneur de me lire, ce qu'il a prouvé en citant un passage d'un de mes articles, je lui demande la permission, afin de bien limiter le terrain de la discussion, de lui poser quelques questions auxquelles je serais très honoré qu'il eût la bienveillance de répondre :

Il y a deux sortes de matérialismes ; le matérialisme philosophique, sur la signification duquel tout le monde s'entend ; et le matérialisme scientifique, à l'égard duquel une certaine confusion s'aperçoit dans beaucoup d'esprits, et, je le crains, dans l'esprit même de M. Roux-Lavergne. Croit-il que le matérialisme scientifique implique nécessairement le matérialisme philosophique ?

Pense-t-il que le matérialisme scientifique soit autre chose, en dernière analyse, qu'une pure méthode d'étude, qu'un simple procédé d'observation des phénomènes de la matière ?

Connaît-il une autre méthode, un autre procédé pour arriver à la connaissance des faits et des lois de l'organisation et du fonctionnement de la matière?

Y a-t-il, selon lui, une science d'observation qui se serve d'une autre méthode et qui emploie un autre procédé?

La science médicale est-elle pour lui une science d'observation?

Admet-il que la médecine pratique ait jamais autre chose à traiter que des organes malades ou des fonctions perturbées?

Confierait-il sa santé au médecin qui aurait l'impiété de vouloir administer une pilule d'aloès à son âme?

Suppose-t-il qu'en dehors de certains devoirs prescrits par la religion, le médecin, auprès d'un malade, ait jamais à se préoccuper d'autres choses que de la matière souffrante et déviée dans ses fonctions ? S'il est des circonstances où le médecin doive s'occuper de l'âme du malade, — en tant que médecin, entendons-nous, — quelles sont ces circonstances?

Admet-il comme fait que les organes sont les instrumens des fonctions?

Si M. Roux-Lavergne avait la bonté de me faire connaître la solution qu'il donne à ces questions, questions posées, je veux le dire, quoique rien ne soit plus pénible que de parler de soi, par un spiritualiste en philosophie, par un chrétien catholique en religion, fort attaché à ses croyances, dont il éprouve le regret et le repentir de ne pas suivre toutes les observances, je prendrais la liberté de lui en soumettre quelques autres d'un ordre différent.

M. Roux-Lavergne réclame la liberté de l'enseignement de la médecine ; qu'entend-il par ces mots?

Connaît-il une doctrine, une philosophie, une pratique médicales dont l'enseignement soit interdit ou comprimé?

La Faculté de médecine de Paris est-elle en possession d'un dogme qui serve de base à un enseignement homogène, et de ce dogme, M. Roux-Lavergne peut-il indiquer la formule ?

M. Roux-Lavergne pourrait-il indiquer par des citations, par qui a été professé le matérialisme philosophique dans la Faculté de médecine de Paris? — Si M. Roux-Lavergne était disposé à répondre à cette question par le nom et par des citations de Broussais, je le prierais de considérer que la Faculté de Paris a été en lutte perpétuelle avec ce grand agitateur médical ; qu'il ne fallut rien moins qu'une révolution énorme pour qu'il entrât à l'École, où une chaire nouvelle lui fut créée, et que son cours de phrénologie n'a jamais été qu'un cours officieux, donné en dehors de la Faculté, loin de son amphithéâtre ; que c'était un cours *libre* donné à un auditoire *libre*.

Mon Dieu ! j'ai fort à redouter que le sévère accusateur de l'enseignement officiel de la Faculté ne trouve ces questions bien humbles, un peu vulgaires, et peu dignes de l'élévation de son esprit. Mais je le prie de descendre un moment des hauteurs de sa philosophie, c'est le seul moyen de nous rencontrer dans les régions plus basses que j'habite ; ma philosophie, un peu débile, ne peut marcher que dans un sentier bien droit et bien tracé, et encore lui faut-il, en guise de bâton d'appui, qu'elle sache bien de quoi il s'agit et où on veut la conduire.

Enfin, et pour tout dire, je prie M. Roux-Lavergne de considérer que, par la nature et la spécialité de ce journal, je ne pourrais le suivre, sans contravention et sans délit, sur un terrain différent de celui que j'ai pris la liberté de lui indiquer.

Cette affaire ainsi réglée, je reviens à mes petits incidens du monde médical. Ce qui occupe beaucoup, à cette heure, les médecins d'une certaine région, c'est la formation présumée de la maison médicale du

couche mince de tissu cellulaire, l'espace intermusculaire des sterno-tyroïdiens et la trachée; on trouve assez souvent sous le bistouri, les veines tyroïdiennes juxtà-posées ou isolées, quelquefois une artériole peu importante, anastomose transversale des deux tyroïdiennes; il faut bien savoir que chez quelques enfans très jeunes, le tronc brachio céphalique monte assez haut pour qu'on le sente battre au-dessus de la fourchette du sternum. Il faut s'attendre à beaucoup de variété dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané, les corps tyroïdes peuvent être tellement rapprochés, qu'on soit obligé de les diviser sur la ligne médiane.

Cette opération ne doit être pratiquée ni trop vite, ni trop lentement; dans le premier cas, on s'exposerait à ne pas agir régulièrement; dans le second, on pourrait laisser suffoquer le malade. Si l'on entend par opérer vite ne pas perdre de temps, on conçoit que nous ne condamnerons pas celui qui agira de la sorte. On incise franchement la peau et on arrive sans crainte jusqu'à l'espace intermusculaire; là, on s'arrête un peu pour écarter les muscles et s'assurer de la position des veines; de peur de les blesser, on laisse le bistouri et on se sert du doigt ou de la sonde cannelée; quand on a découvert les veines, on les voit se gonfler. Cette première incision doit avoir un pouce ou un pouce et demi, suivant l'âge et suivant l'épaisseur des tissus à traverser. Arrivé sur la trachée, le chirurgien écarte l'une des lèvres de la plaie, fait écarter l'autre par l'aide qui absterge en même temps, puis l'index gauche du chirurgien est introduit dans la plaie et appliqué sur l'angle inférieur pour préserver le tronc brachio-céphalique, et le bistouri est porté au-dessous du cartilage cricoïde, on fait une ponction en étendant les doigts comme pour la saignée, et un second temps d'élévation de haut en bas achève de donner à l'ouverture l'étendue convenable; on incise trois ou quatre anneaux de la trachée.

Aussitôt, l'enfant fait violemment sortir par la trachée de l'air, du mucus, des fausses membranes, mais en même temps il aspire le sang de la plaie qui peut continuer de couler malgré l'abstersion; on porte alors le doigt sur la trachée, et la main droite introduit une pince à écartement dans l'ouverture; aussitôt, l'aide donne à l'enfant une position assise. Il faut être prévenu que pour cette manœuvre on agit toujours un peu à tâtons, à cause de la profondeur de la trachée et du sang qui vient obstuer la plaie. Au lieu de la pince à crochet que je vous ai fait voir et qui est assez courte, j'emploie toujours la pince dont l'extrémité est en olive; elle est aussi plus longue, ce qui permet de baisser le poignet et de voir la plaie; avec une petite pince courte, la main est trop près de la plaie et l'opérateur est gêné.

Quand la pince est introduite, on agrandit la plaie avec le bistouri boutonné si cela est nécessaire; on laisse expulser le sang et les mucosités, on écouvillonne si on le juge convenable, puis on passe la canule. Dans les cas où des lambeaux de fausses membranes flottent dans la trachée, on peut les saisir avec la longue pince coudée, qui permet d'atteindre jusqu'à la bifurcation des bronches, et ce procédé d'extraction vaut beaucoup mieux que l'écouvillonnement, qui bourre les fausses membranes dans la trachée, comme fait une baguette de fusil sur la bourre.

On peut indiquer d'autres procédés que celui que je viens de vous faire connaître. Le procédé de M. Chassaignac, qui, pour prévenir les mouvemens de la trachée, enfonce une érigne au-dessous du cartilage cricoïde, est sans doute très brillant, puisqu'il permet d'arriver d'un seul coup de bistouri dans le tube aérifère, mais il expose à blesser des vaisseaux, et ne peut être pratiqué que par des chirurgiens hardis et exercés.

Quelques opérateurs commencent par faire un pli à la peau, et M. Trousseau a procédé longtemps ainsi; c'est sans doute un bon moyen pour ceux qui n'ont pas l'habitude d'opérer, parce qu'il permet d'inciser d'emblée toute l'épaisseur de la peau; mais ce pli n'est pas indiqué dans cette région, parce que la trachée n'est pas située immédiatement sous la peau. Et, d'ailleurs, on peut se dévier un peu de la ligne médiane, et l'incision de la peau ne pas être en rapport avec l'espace intermusculaire médian.

Ordinairement, aucun accident ne vient compliquer la trachéotomie; cependant, il peut parfois s'en présenter. Nous les diviserons en deux classes : *accidens pendant l'opération*, *accidens après l'opération*.

Dans la première, nous rangerons :

1° L'*hémorrhagie*. — On peut couper involontairement les veines tyroïdiennes, surtout si l'on est mal éclairé, ce qui est très fréquent pour cette opération, qu'on pratique surtout dans la nuit, et le sang peut jaillir comme d'une saignée; on porte le doigt dans la plaie et on absterge; mais le sang revient si vite, qu'on peut se croire obligé de lier la veine; nous nous abstenons toujours de cette ligature, convaincus que le rétablissement de la respiration suffira pour arrêter l'hémorrhagie; nous continuons l'opération par l'incision de la trachée, mais avec la précaution d'y porter immédiatement le doigt pour empêcher l'entrée du sang; on fait asseoir le malade sur son séant; on introduit le dilatateur, la respiration s'établit et le sang cesse de couler.

On opposerait la ligature à la division d'une artériole; quant au tronc brachio-céphalique, la précaution que je vous ai indiquée empêchera toujours sa lésion; sachez pourtant qu'un médecin de Paris a été assez malheureux pour ouvrir l'artère carotide, le sang a jailli au plafond, et le malade a promptement expiré.

2° La *piqûre de la trachée*. — Il peut arriver qu'après avoir plongé la pointe du bistouri dans la trachée, un mouvement de l'enfant la fasse sortir, et qu'on ne retrouve plus l'endroit piqué, bien qu'on entende l'air passer; il ne faut pas trop s'inquiéter de cet accident, et l'on peut inciser sur un autre point; la piqûre pourra tout au plus occasionner un peu d'emphysème, ce qui n'est pas grave.

3° L'*emphysème*.— D'autres circonstances que la précédente peuvent le produire : une incision trop petite fait qu'on a de la difficulté à introduire la canule, l'enfant chasse l'air avec violence, la canule fait obstacle à sa sortie, il s'infiltre dans le tissu cellulaire voisin; l'agrandissement de la plaie fait cesser cet accident, et quand l'emphysème est peu considérable, il disparaît avec le temps.

4° *La trop grande étendue de l'incision*. — Si elle comprend plus de 4 à 5 anneaux, la canule bascule dans la plaie et son extrémité inférieure sort de la trachée; le malade étouffe, on replace la canule, mais le déplacement ne tarde pas à se reproduire et ceci peut avoir des conséquences très graves, car la suffocation peut s'en suivre; l'emphysème se produit encore dans des cas par la résistance que la canule déplacée oppose à la sortie de l'air. Le seul moyen de remédier à cet accident est d'employer une canule plus longue, qui, descendant davantage dans la trachée, ne puisse s'échapper.

5° *Épanchement de sang dans la trachée*. — On l'évite ordinairement en mettant le doigt sur la piqûre aussitôt après l'incision; on place l'enfant sur son séant, et en introduisant de suite la pince à écartement, le sang est expulsé par les efforts de toux. Mais si l'on agit timidement, l'enfant aspire le sang, et s'il est très affaibli, et asphyxiant, il peut mourir immédiatement. On doit alors se servir de la sonde de gomme élastique et faire sortir le sang de la trachée par des aspirations répétées; mais le croup est contagieux, et cette manœuvre peut n'être pas sans danger; on remplacera donc la bouche par une seringue quand on le pourra.

ACCIDENS QUI SURVIENNENT APRÈS L'OPÉRATION.

1° *Hémorrhagie*. — Elle n'est jamais bien grave, en ce sens qu'on peut aisément s'en rendre maître; pour cela, il suffit de retirer la canule, de laver la plaie, de s'assurer s'il y a une artériole ouverte, de la lier ou de toucher la plaie fortement avec le nitrate d'argent; on prévient le retour du sang en plaçant une ou deux rondelles d'amidon saupoudré de colophane, derrière le morceau de taffetas gommé qui empêche le contact du pavillon avec la plaie, et en serrant les rubans un peu plus fortement que d'ordinaire; ces moyens hémostatiques sont simples, mais ils ont leur importance, car nous avons vu mourir un malade chez lequel on avait négligé de les employer.

2° L'*épuisement du sujet* peut être tel qu'il *n'a pas la force d'expulser* les fausses membranes au moment de l'opération; plus tard, elles se détachent et viennent obstruer la canule; on conseille alors de retirer la canule interne et d'introduire l'éponge dans celle qui reste, sans toutefois dépasser son orifice inférieur. Pour nous, nous préférons instiller deux gouttes d'eau dans la canule et provoquer ainsi une toux qui chasse les fausses membranes au dehors; si ce moyen ne suffit pas, on enlève les deux canules, et après avoir écarté convenablement les lèvres de la plaie, on extrait les fausses membranes à l'aide d'une pince ou d'une petite baleine garnie d'une éponge.

3° *La déglutition se fait mal*. — Cet accident survient rarement dans les premiers jours, parce que la présence de la canule s'oppose au passage des liquides dans la trachée; mais on l'observe souvent après qu'on a retiré la canule, et alors il est très grave, car la totalité des boissons peut ainsi sortir par la plaie; on comprend, du reste, que la gravité du pronostic est en raison de la quantité d'alimens qui est ainsi rejetée au dehors. Quand il n'y en a qu'une petite portion, on insiste sur les alimens solides ou demi-solides, et cet accident disparaît peu à peu; quand au contraire tout passe par le larynx, l'enfant est exposé à périr d'inanition; il ne faut pas hésiter alors à recourir à la sonde œsophagienne; on l'introduira par les narines, car son introduction par la bouche est difficile, les enfans se débattent et la serrent entre les dents au point de la briser. On peut ainsi injecter dans leur estomac, sans violence, du vin, du bouillon, de la semouille. Chez les enfans très jeunes, l'étroitesse des narines fait que le passage de la sonde y détermine quelquefois une légère irritation.

DES SOINS CONSÉCUTIFS A L'OPÉRATION.

On peut les diviser en *soins locaux* et *soins généraux*.

Quand la canule est convenablement fixée, il faut avoir la précaution de placer autour du cou une cravate légère que l'on croise au-devant du pavillon, sans toutefois le boucher complètement; cette cravate agit comme le fait un cache-néz. Elle empêche l'air d'arriver brusquement dans les voies respira-

---

Prince-Président. On assure que, sur ce point, demandes, sollicitations, pétitions pleuvent à l'Élysée. Cela doit peu surprendre. Les médecins ne dédaignent pas plus que les autres classes de la société les titres, les honneurs et les bonnes places. Si le Prince-Président suit à cet égard les traditions impériales, il a de quoi faire de nombreux heureux. J'ai sous les yeux l'*Almanach impérial* de l'année 1812, et j'ai lu avec curiosité l'article intitulé : *Service de santé de la maison de l'Empereur*. Peut-être ce souvenir rétrospectif aura-t-il quelque intérêt pour le lecteur. Je transcris :

Médecins.

M. le baron Corvisart, premier médecin.
M. le chevalier Hallé, médecin ordinaire.
M. Bourdier, médecin ordinaire de S. M. l'impératrice.

Médecins par quartier.

M. le ch. Lanefranque.
M. Lerminier.
M. Bayle.
M. Foureau.

Médecins consultans.

M. Lepreux.
M. Pinel.
M. Andry.
M. Bourdois.

Médecin oculiste.

M. de Wenzel.

Chirurgiens.

M. le baron Boyer, premier chirurgien.
M. le baron Yvan, chirurgien ordinaire.
M. le baron Dubois, chirurgien-accoucheur de S. M. l'impératrice.

Chirurgiens par quartier.

M. Horeau.
M. le ch. Varcliaud.
M. Lacournère.
M. Ribes.

Chirurgien-adjoint.

M. Jouan.

Chirurgien de St-Cloud.

M. Lassoujade.

Chirurgiens consultans.

M. Pelletan, membre de l'Institut.
M. le baron Percy, id.
M. Dubois.
M. Deschamps, memb. de l'Institut.

Chirurgien dentiste.

M. Dubois.

Pharmaciens.

M. Deyeux, premier pharmacien, membre de l'Institut.
M. Clarion, M. Cadet, M. Bouyer, } pharmaciens ordinaires.

Telle était la maison médicale de l'Empereur, en 1812. Hélas! après quarante ans, aucun de ces hommes ne survit.

Cette triste pensée revient à chaque page de cet almanach. Quelle immense nécrologue! De la Faculté de médecine de ce temps, un seul professeur est encore vivant, M. Duméril. A l'Académie des sciences, je ne retrouve que trois noms, MM. Biot, Arago et Thénard. De la Société de médecine de Paris, qui était l'Académie de médecine de cette époque, trois seuls survivans, MM. Husson, Roux et Thillaye. Parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux, reviennent encore les noms de MM. Husson et Roux, et puis celui de M. Récamier, comme les seuls survivans de leurs collègues.

Mais c'est surtout dans la liste générale des médecins et chirurgiens de 1812, exerçant à Paris, qu'il faut voir les terribles ravages de la mort en quarante années!

Et d'abord, savez-vous combien il y avait de docteurs en médecine ou en chirurgie exerçant à Paris en 1812? Le nombre s'en élevait à 537. Le dernier chiffre donné par l'almanach Domange, pour 1851, est de 1,352. Augmentation en quarante ans, 815! La population de Paris était, en 1812, de 547,756 habitans, ce qui faisait 1,018 habitans par médecin. Elle est aujourd'hui de 900,000 habitans, ce qui ne donne plus que 666 habitans par médecin. Le beau progrès qu'a réalisé la profession!

Je reviens à cette liste de 1812. Chose singulière, le premier nom qui l'ouvre en 1812 est encore le même qui l'ouvre en 1852. C'est le vénérable M. Abraham, qui semble avoir hérité plus que le nom de son patriarchal homonyme. Parmi les noms connus qui survivent, s'y rencontrent notre honoré professeur M. Adelon, M. Baffos, de l'Académie de médecine; M. Burdin, id.; M. Cayol, M. Collineau, de l'Académie; Desportes, id.; Devilliers, id.; M. Fizeau, M. Gondret, M. Gueneau de Mussy, de l'Académie; M. Keraudren, id.; M. Macartan, id.; M. Nacquart, id.; M. Piorry, que j'ai été tout étonné de rencontrer sur cette liste; M. Renauldin, de l'Académie; M. Villeneuve, id. Voilà à peu près tous les survivans de la liste de 1812. En restera-t-il autant de la liste actuelle en 1892?

Le concours pour la chaire d'hygiène sera terminé vers la fin de la semaine prochaine. Les argumentations des thèses sont brillantes, animées, quelquefois dramatiques. Une foule immense encombre l'auditoire; après quatre heures, on est condamné à rester dans les couloirs.

M. Raige-Delorme a succédé, en qualité de bibliothécaire de la Faculté, à M. Dezeimeris, de regrettable mémoire. Ce choix est juste et mérité. A ce savant et bienveillant confrère cet héritage échoit très légitimement. C'est avec satisfaction que j'apprends l'élévation en grade de M. le docteur Bell, sous-bibliothécaire, bibliographe de la plus grande valeur, et dont la modestie égale le mérite.

Que va devenir la belle bibliothèque de M. Dezeimeris? Quel dommage qu'une collection semblable doive être disséminée! Mais la Faculté n'a pas de fonds pour une acquisition pareille. Y a-t-il un seul médecin à Paris qui ait le désir ou le pouvoir de l'acquérir? Oui; mais ceux qui ont le désir n'ont pas le pouvoir, et ceux qui ont le pouvoir n'ont pas le désir.

N'en est-il pas un peu ainsi de toutes choses?

Amédée LATOUR.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Il résulte du relevé publié par cette École, que l'augmentation croissante du nombre des élèves ne s'est pas arrêtée depuis plusieurs années, et que l'année dernière, 1851, 331 inscriptions ont été prises par 92 élèves, et si l'on ajoute 8 à 10 auditeurs non inscrits, on peut porter à plus de 100 le nombre des jeunes gens qui ont suivi les leçons de cette École. 46 se sont présentés aux examens de fin d'année, et 36 ont été admis à continuer leur inscription.

toires à la température ambiante, et lui permet de s'échauffer avant d'être inspiré; d'un autre côté si la température de l'appartement était trop élevée, elle dessécherait les mucosités, la cravate obvie encore à cet inconvénient en faisant au-devant de la trachée un bain de vapeur qui maintient les mucosités dans une liquidité favorable à leur expulsion.

Si la canule interne s'obstrue, on la retire et on la nettoie pour la replacer; quand cette canule glisse bien, cette manœuvre se fait avec tant de facilité, que si l'enfant dort, on peut ne pas le réveiller.

Les écouvillonnemens seront rares après l'opération; on les fera rapidement, avec une petite baleine garnie d'une éponge, et en roulant la tige entre les doigts, ce qui enroule quelquefois les fausses membranes sur l'éponge; il est bien entendu que cette dernière aura été préalablement imbibée d'eau, dont on exprime la plus grande partie avant d'écouvillonner.

Autrefois on l'imbibait d'une solution de nitrate d'argent, même dans des proportions considérables; c'est une pratique à laquelle M. Bretonneau n'a pas encore renoncé. Quant à nous, de même que notre honorable collègue M. Trousseau, nous ne l'employons plus qu'exceptionnellement. On conçoit que si le liquide était trop abondant dans l'éponge, et coulait le long des bronches, il pourrait occasionner des accidens sérieux; aussi, nous abstenons-nous en général de ces cautérisations, à moins qu'il n'y ait récidive dans la production des fausses membranes, et qu'elles ne soient rejetées qu'avec beaucoup de difficulté.

Une autre cautérisation qu'il est très utile de pratiquer, est celle de la plaie, qui se couvre souvent de fausses membranes le lendemain de l'opération et les jours suivans; nous n'attendrons pas, pour cautériser, que cette complication soit survenue.

Dans les cas où des vésicatoires auraient été appliqués, il faudrait les faire sécher; et le meilleur moyen d'y réussir, est de toucher avec le nitrate d'argent, et de saupoudrer avec de la fécule.

La canule doit être retirée le plus tôt possible, c'est-à-dire aussitôt que le malade cesse de rendre des fausses membranes et qu'il peut respirer par le larynx; on rapproche les bords de la plaie avec les doigts, et on voit si le malade peut respirer, on essaie de lui faire éteindre une chandelle; alors, en général, on peut ôter définitivement la canule et appliquer un pansement simple. Pour donner aux parties profondes le temps de se réunir, et pour permettre au malade d'expectorer par la plaie, nous continuons ce pansement pendant quatre ou cinq jours, et c'est alors seulement que nous cherchons à rapprocher les parties superficielles à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre, qui donne moins lieu à l'érysipèle que le diachylon.

Les soins généraux consistent à relever les forces du malade dans les premiers jours, avec du lait, du bouillon, et plus tard à l'aide d'une alimentation tonique, potages, œufs gelés, légumes, etc.; une fièvre légère ne nous empêche pas d'alimenter les enfans. S'il survient des complications, on les combattra, suivant les circonstances; nous croyons que l'opération n'exclue, ni les vomitifs, ni les purgatifs, ni les vésicatoires, ni même l'émétique, qui est si utile dans les pneumonies qui succèdent souvent à la trachéotomie.

Duchaussoy,
Interne du service.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 25 Février 1852. — Présidence de M. Larrey.

Après la lecture du procès-verbal, M. Roux fait part à la Société de plusieurs cas intéressans de luxation du coude en arrière, qu'il a pu réduire, malgre l'ancienneté des déplacemens qui, chez quelques-uns des malades, remontaient à plusieurs mois.

M. Roux possède déjà 12 observations de ce genre de luxation; il les réunira pour en faire un corps de mémoire.

Des polypes fibreux du pharynx.

Nous avons plusieurs fois parlé des tumeurs fibreuses du pharynx, et nous avons dit que dans la Société de chirurgie l'opinion assez générale des chirurgiens qui la composent, était favorable à l'opération de Flaubert. Le fait que nous avons reproduit dans notre dernier compte-rendu avait soulevé une discussion dans laquelle M. Gerdy s'était posé en adversaire contre cette opération. Dans la séance de ce jour, M. Robert, absent il y a huit jours, répond aux critiques de M. Gerdy, et l'habile chirurgien de Beaujon nous a paru jeter sur la question une vive lumière. Il a exposé sur l'étiologie et sur la forme toute spéciale de ces polypes des aperçus nouveaux.

Il signale d'abord la ressemblance qui existe entre le fait de M. Maisonneuve et ceux qui lui sont propres. Le caractère spécial, tout à fait pathognomonique de ces polypes, qu'il convient même d'appeler tumeurs fibreuses, est de fuser en arrière de l'os maxillaire, pour lancer une végétation dans la fosse zygomatique au-dessous de la joue. Ce caractère est si constant, que M. Robert a pu diagnostiquer un de ces polypes rien que par le fait de la présence d'une tumeur sous la joue. Ces tumeurs se développent de la manière suivante: elles ne naissent pas comme on le croit dans le pharynx même, soit en haut sur la ligne médiane, soit sur la face postérieure. C'est en haut, mais latéralement, qu'elles se développent. Elles naissent dans cet espace où l'on rencontre un tissu cellulo-fibreux qui remplit le trou déchiré, et dans la scissure qui existe entre le rocher et l'occipital. Elles viennent donc dans un point où, pour se développer, elles ne trouvent pas encore l'obstacle apporté par les fibres musculaires; car, comme on le sait en ce lieu, les fibres supérieures des constricteurs supérieurs du pharynx décrivent une espèce d'arceau, et laissent ainsi sans paroi musculaire un espace assez étendu.

De ce point, le corps fibreux se dirige d'abord, et sans rencontrer d'obstacle bien résistant, dans le pharynx, ne déplaçant pas les muscles constricteurs qu'il laisse au-dessous de lui; une fois dans le pharynx, il trouve pour se loger et la fosse nasale et la fosse zygomatique, dans laquelle il fuse, comme nous l'avons dit, en arrière de l'os maxillaire.

Ainsi, pour arriver à déraciner ce corps étranger, il faut donc pénétrer jusqu'à la base du crâne; et pour y introduire les instrumens nécessaires, il faut se faire du jour. L'opération fractionnée paraît à M. Robert dangereuse et tout à fait insuffisante; il pense que le seul moyen de réussite, dans cette opération, consiste à faire sauter l'os maxillaire supérieur.

Cette amputation, M. Robert, comme M. Maisonneuve, ne la croit pas grave. Sur dix malades opérés par lui, il n'a pas eu encore d'insuccès.

Ainsi, en résumé, l'espèce de polype fibreux, à laquelle fait allusion M. Robert, polype caractérisé par le fait de la présence d'une de ses branches dans la fosse zygomatique, naît à la base du crâne, en dehors du pharynx, dans l'espace que nous avons indiqué; ensuite, en se développant, il pénètre dans cette cavité, puis, successivement, dans les fosses nasales et jusque sous la joue.

Contre cette espèce de polype, les moyens chirurgicaux ordinaires sont insuffisans. Le pédicule ne peut être attaqué que par une vaste perte de substance pratiquée à l'aide de l'ablation du maxillaire supérieur.

Sans cette mutilation on ne saurait atteindre le polype à sa racine, et par conséquent on ne saurait guérir le malade.

Ces polypes ont toujours de très larges pédicules. Celui que M. Robert a enlevé offrait plus d'un pouce de largeur; une fois le polype enlevé, l'opérateur a dû ruginer et cautériser l'os, et malgré toutes ces précautions, il y a eu récidive.

M. Gerdy, tout en rendant pleine justice aux aperçus nouveaux signalés par M. Robert, et tout en acceptant comme démontrée la description qu'il donne du siége et du mode de production du polype, reste néanmoins dans les mêmes convictions sur l'inutilité de l'ablation du maxillaire supérieur.

Citant la remarquable observation de Manne, il rappelle que ce chirurgien a pu réussir à enlever la totalité de son polype par des opérations laborieuses et multipliées, il est vrai, mais enfin il a guéri son malade et sans enlever du squelette de la face.

L'honorable professeur indique successivement les différens temps de l'opération à l'aide desquels, suivant lui, il est possible d'atteindre et le pédicule et les embranchemens de la tumeur.

Et s'il devenait nécessaire de se donner du jour, il serait suffisant de détruire une partie seulement de l'os, sans l'enlever en entier.

M. Robert connaît la belle opération de Manne, mais il pense que ce n'était pas un polype du genre de ceux qu'il décrit; il n'y avait pas, en effet, de ramification dans la fosse zygomatique.

M. Robert ajoute ensuite que les tumeurs fibreuses, auxquelles il vient d'assigner une origine fixe, tiennent avec une extrême solidité au lieu de leur implantation, et on essaierait en vain de les arracher; il faut donc absolument pouvoir pénétrer sans gêne jusqu'au pédicule pour le couper sûrement et en totalité.

M. Gerdy revient encore sur son argumentation, qu'il développe dans une brillante improvisation.

L'espace nous manque pour reproduire cette discussion en totalité. Nous pensons, cependant, avoir suffisamment exposé l'état de la question, pour que nos lecteurs puissent eux-mêmes établir leur jugement.

Nous terminerons donc ici notre compte-rendu, et nous nous contenterons de fixer l'attention des chirurgiens sur la description intéressante donnée par M. Robert, description qui permet d'admettre une nouvelle classe de polype fibreux, jusqu'alors non signalée dans les auteurs.

Rapport verbal. — M. Larrey fait un rapport verbal sur l'intéressant ouvrage de M. Seutin. Sur les conclusions de ce rapport, des remercîmens sont adressés à M. Seutin, qui est nommé membre correspondant.

Des difformités des orteils, produites par l'action des chaussures.

M. Broca lit un travail sur ce sujet.

L'importance de cette question, généralement peu connue, nous engage à donner une analyse assez étendue du mémoire de M. Broca.

Il annonce, en commençant, qu'il ne s'occupera pas des déviations des orteils dans le sens vertical, affection qui a été bien décrite par Boyer. Il se propose d'étudier seulement les déviations dans le sens latéral.

Ce sujet, sans doute, est loin d'être neuf, beaucoup d'autres l'ont effleuré depuis la publication du mémoire de Camper sur la meilleure forme des souliers. Mais la description précise des pieds déformés et des nombreuses variétés que l'on observe, n'a encore été donnée par personne, et de plus on n'a pas encore étudié par la dissection l'état anatomique des parties malades. Le mémoire de M. Broca a pour but de combler cette double lacune.

Après quelques considérations sur la forme naturelle du pied, et après quelques remarques critiques sur les assertions de plusieurs auteurs qui ont pris pour type de l'état normal des pieds déformés par les chaussures, M. Broca entre en plein dans son sujet.

Les chaussures trop étroites pressent latéralement les orteils les uns contre les autres. Pour fuir cette pression, les orteils cessent d'être placés sur le même plan; ils se disposent sur deux couches, l'une dorsale, l'autre plantaire. Toute déviation latérale commence nécessairement par là.

Quant à la constitution de ces deux couches d'orteil, elle ne présente rien de fixe. La disposition la plus fréquente est la suivante: le deuxième et le troisième orteil sont refoulés en haut; les trois autres se rassemblent sous la plante du pied et finissent par venir en contact. Un pareil rapprochement suppose un changement dans la direction des orteils. En effet, le gros orteil s'incline en dehors; le cinquième orteil s'incline en dedans; le troisième reste seul dans sa direction première.

L'auteur a noté cette disposition 14 fois sur 22. Elle est plus fréquente à elle seule que toutes les autres ensemble. Celles-ci, considérées une à une, se présentent assez rarement; M. Broca a cependant rencontré la plupart de ces variétés; elles sont décrites dans son mémoire et figurées dans l'atlas de 22 planches qui l'accompagne.

La couche dorsale est en général constituée par deux orteils, et les trois autres forment la couche plantaire. Cependant il arrive quelquefois que deux orteils passent au-dessous des trois autres. Enfin, quelquefois aussi un seul orteil se déplace, tantôt vers la plante, tantôt vers la face dorsale du pied. Le plus souvent alors, c'est sur le gros orteil que porte exclusivement la déviation.

Certaines causes prédisposantes favorisent l'inclinaison latérale des orteils, qui, néanmoins paraît toujours déterminée par la pression des chaussures. Il suffit, par exemple, que le gros orteil soit tenu dans une extension ou dans une flexion permanente par une cause quelconque, pour que cet orteil, n'étant plus appuyé sur son voisin, soit refoulé en dehors par l'action des chaussures. Certaines rétractions, certaines paralysies musculaires, produisent ce résultat, que l'auteur a constaté en particulier dans un cas de pied-bot consécutif à l'altération graisseuse primitive des muscles de la jambe.

Une dernière cause qui paraît beaucoup plus rare, mais que l'auteur a eu l'occasion de constater, à deux reprises différentes, c'est l'hypertrophie congéniale du gros orteil. Après avoir prouvé par trois observations qu'il a trouvées dans les recueils périodiques, que cette hypertrophie congéniale existe quelquefois sur les doigts de la main, M. Broca cite trois observations qui lui sont propres, et dans lesquelles une hypertrophie considérable du gros orteil existait simultanément sur le pied droit et sur le pied gauche. Dans le premier cas, l'hypertrophie était pour ainsi dire à son premier degré; à l'aide d'une chaussure convenable, le malade avait pu préserver ses orteils de toute déviation. Mais dans les deux autres cas, la longueur du gros orteil était telle, que le pied n'avait pu être reçu dans une chaussure sans perdre sa forme primitive. Le gros orteil s'était incliné en dehors et s'était couché transversalement au-dessous des quatre autres. Malgré cela, son extrémité onguéale dépassait encore un peu le bord externe du cinquième orteil.

Après avoir décrit ces différentes variétés de déviation latérale, M. Broca donne le résultat des nombreuses dissections qu'il a eu l'occasion de faire à l'école pratique.

L'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil a surtout fixé son attention. La déviation de cet orteil s'accompagne à peu près constamment de la déviation du premier métatarsien. Tandis que la phalange se porte en dehors, la tête du métatarsien se porte en dedans. Il en résulte que les deux os se rencontrent sous un angle obtus, ouvert en dehors. L'auteur, s'appuyant à la fois sur l'anatomie et sur la physiologie, explique d'une manière satisfaisante cette déviation consécutive du premier métatarsien.

La phalange étant appliquée sur le côté externe de la tête du métatarsien, le côté interne de cette tête n'est plus soumis à ces pressions réciproques qui sont indispensables pour la nutrition régulière des cartilages. Il en résulte une altération constante dans la consistance, la densité, la couleur, en un mot dans la structure de la couche cartilagineuse.

Indépendamment de sa déviation en dedans, le premier métatarsien subit un mouvement de rotation autour de son axe, et entraîne avec lui les deux premiers cunéiformes.

L'état des muscles et des tendons n'est pas moins intéressant à constater. Le tendon extenseur et le tendon fléchisseur, qui vont s'insérer à la deuxième phalange, décrivent d'abord une courbe à convexité dirigée en dedans. Peu à peu cette courbe se redresse, les tendons abandonnent leur situation première; ils se placent sur le côté externe de l'articulation en s'appliquant sur les chairs de l'espace inter-osseux. Dès lors ils perdent leur première action et deviennent simplement abducteurs.

Puis il arrive un moment où l'os sésamoïde interne, qui donne insertion à l'abducteur et au court fléchisseur, glisse de dedans en dehors sous la tête du métatarsien; ces deux derniers muscles tendent alors à enfoncer la phalange dans le premier espace inter-osseux, et finissent à leur tour par devenir abducteurs.

C'est-à-dire que toutes les puissances musculaires du gros orteil cessent de produire des mouvemens variés, et n'agissent plus que dans le sens de l'abduction, circonstance qui, bien que consécutive, est de nature à entretenir et à exagérer la déviation.

M. Broca a disséqué également la petite tumeur qui se développe en pareil cas sur le côté interne de la tête du premier métatarsien, et qui est connue vulgairement sous le nom d'oignon. Il a trouvé que cette tumeur revêt des formes différentes, la forme calleuse et la forme inflammatoire. Constamment une bourse muqueuse accidentelle se développe au-dessous de l'oignon. Cette bourse muqueuse, qui est quelquefois le siége d'un épanchement de liquide, repose sur le ligament latéral interne de l'articulation. Deux fois M. Broca l'a vue communiquer avec la synéviale articulaire à travers une éraillure de ce ligament; circonstance qui doit faire rejeter l'idée d'enlever la tumeur de l'oignon.

Enfin, en terminant son mémoire, M. Broca annonce que les déviations latérales des orteils s'observent principalement sur les femmes; que ces déviations, d'après les documens qui existent dans la science, semblent n'avoir pas été également fréquens dans tous les temps ni dans tous les pays, et que ces particularités s'expliquent par la nature des chaussures qui ont été usitées aux diverses époques, et par la forme des chaussures actuelles des femmes. Ces considérations feront le sujet d'un prochain mémoire de l'auteur.

Une commission sera chargée de rendre compte de cette première communication.

Dr Éd. Laborie.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Janvier. (Suite. — Voir le dernier numéro.)

Remarques sur certaines tumeurs de la bouche, formées par l'hypertrophie des glandules salivaires de la muqueuse buccale; procédé très simple pour leur ablation.

Résumé de la discussion qui a eu lieu récemment à ce sujet, à la

Société de chirurgie et dont nous croyons utile de reproduire les conclusions :

1° Les glandes salivaires qui entrent dans la composition de la muqueuse buccale, peuvent subir un développement hypertrophique considérable.

2° Ces tumeurs, d'une nature bénigne, renfermées dans une sorte d'enveloppe kystique, celluleuse, peuvent être énucléées à l'aide d'une simple incision de la muqueuse, qui constitue la paroi antérieure du kyste. Ce procédé opératoire, outre la facilité de la mise en œuvre, offre le meilleur moyen de prévenir la reproduction de ces sortes de tumeurs, puisqu'il permet de les extirper entièrement; le doigt suffit le plus souvent à cette énucléation.

3° Enfin, un signe précieux pour la détermination de la condition si importante de l'enkystement, résulte du glissement à la surface de la tumeur de la muqueuse, que l'on a saisie vers la partie antérieure avec une érigne. On peut encore, pour s'assurer que la tumeur n'a pas contracté d'adhérences avec les parois osseuses, engager le malade à exécuter un mouvement de déglutition, la bouche largement ouverte, la vue plongeant dans l'arrière-bouche. On voit alors la tumeur se mouvoir avec le voile du palais.

Du polypode de chêne, comme succédané du seigle ergoté.

M. Stanislas Martin appelle l'attention des médecins, comme moyen destiné à remplacer, dans certains cas, le seigle ergoté, en tant qu'agent obstétrical ou hémostatique, sur la racine ou *rhizome* du *polypodium vulgaris*, qui, dans ces derniers temps, a été trop souvent employé par les charlatans et par les sages-femmes, pour commettre un acte contraire à la morale publique, que la religion condamne et réprouve, que la loi punit comme crime.

Moyen très simple d'extraction des fragmens d'une sonde de gutta-percha, rompue dans l'urètre; par M. de Montozon, chirurgien en chef de l'hôpital de Château-Gonthier.

Chez un malade, chez lequel une sonde de gutta-percha s'était rompue dans l'urètre, ce médecin, n'ayant à sa disposition ni la pince de Hunter, ni celle d'Amussat, eut l'idée de se servir d'une érigne très fine, et d'une moyenne longueur, qu'il introduisit comme dans une gaîne, dans le fragment de sonde qui était resté aux mains du patient; l'ayant ainsi poussée dans le canal de l'urètre, à la rencontre de la portion restée dans ce canal, après s'être assuré que les deux extrémités étaient bout à bout et parfaitement ajustées, il poussa l'érigne, et, lui faisant exécuter un mouvement de bascule, accrocha avec une grande facilité la portion de sonde engagée, et la retira immédiatement. Il fallut recommencer cette opération pour en extraire un second fragment, long de 5 centimètres environ. Il en restait un troisième, long de 8 centimètres, en deux morceaux, contre lequel l'érigne fut impuissante. Pour l'extraire, M. de Montozon introduisit le doigt indicateur dans l'anus, et parvint, par des pressions sagement ménagées, à faire progresser la sonde vers le méat urinaire, de manière à débarrasser complètement le malade.

Annales des maladies de la peau et de la syphilis.
Numéro de Janvier 1852.

De l'ecthyma, compliquant l'urticaire; par le dr M. Chausit.

La coïncidence de deux éruptions est un phénomène assez curieux en pathologie cutanée. Cette coïncidence n'est, le plus souvent, qu'une complication; celle-ci peut, dans certains cas, aller jusqu'à la conversion. Relativement au premier de ces phénomènes, il est bien évidemment le résultat d'influences différentes, en vertu desquelles se développe, dans telle ou telle circonstance, l'éruption accidentelle. Ainsi la coïncidence n'est souvent qu'un effet de la simple extension de l'inflammation. On comprend très bien que celle-ci gagne de proche en proche, envahisse des organes contigus et détermine de nouveaux accidens. Ajoutons que, alors, les choses ne se passent ainsi qu'à la condition d'une éruption franchement aiguë. D'autres fois, l'inflammation n'est pas assez marquée pour expliquer l'apparition de phénomènes nouveaux; et alors la maladie nouvelle ne trouve, dans la première, qu'une cause occasionnelle de développement : elle se manifeste comme complication, et sous l'influence d'un état général, d'un tempérament lymphatique exagéré, par exemple, d'une complexion détériorée; ou bien encore à côté de l'inflammation, qui ne joue plus qu'un rôle secondaire, il y a un autre élément prédominant, qui a la plus grande part d'influence dans la production de l'éruption secondaire, le prurit, par exemple.

L'ecthyma semble résumer toutes ces considérations, sans parler même des cas où il apparaît comme crise d'une maladie grave, de la variole, entre autres; et où il semble être essentiellement symptomatique.

A la suite d'inflammations vives, surtout de celles qui ont été déterminées directement par l'application des topiques irritans, si l'on voit se développer un érythème, ou un eczéma, il est très ordinaire de voir apparaître un ecthyma. En dehors de cette circonstance, l'ecthyma peut se développer, sous l'influence générale de la constitution et du tempérament, chez des individus atteints déjà d'une autre éruption. Rien de plus commun chez les personnes affaiblies par des excès ou par des privations. Mais le développement de l'ecthyma, comme complication d'une autre maladie cutanée, est surtout remarquable là où le prurit est l'élément dominant, où l'inflammation serait insuffisante pour expliquer l'apparition d'un phénomène nouveau. C'est ce qui a lieu pour la gale, pour le prurigo. Ainsi, à moins d'une irritation locale très vive, l'ecthyma se montre principalement pendant le cours d'une maladie chronique de la peau. Il est rare, au contraire, de le voir compliquer une éruption franchement aiguë de cause générale, à moins de quelque élément local, du prurit, par exemple.

On comprend les différences qui peuvent résulter de telle ou telle de ces conditions de coïncidence ou de complication, et pour le pronostic, et pour le traitement. L'éruption pustuleuse, survenant pendant le cours d'une autre maladie de la peau, a une valeur différente, selon qu'elle est influencée ou par une cause générale, ou par l'action d'un élément local, selon qu'elle résulte de l'extension de l'inflammation, ou qu'elle vient à la peau exprimer, sous une forme accidentelle, leur état constitutionnel. L'éruption doit aussi, suivant ces indications diverses, nécessiter l'emploi des moyens différens. Ainsi, pour ne parler que des cas où l'ecthyma complique une maladie de la peau essentiellement aiguë, il n'a alors aucune espèce de gravité, et il ne demande pas d'autre traitement que celui de la maladie première, avec laquelle il disparaît. M. Chausit fait suivre ces réflexions d'une observation intéressante d'ecthyma compliquant l'urticaire.

De l'huile animale de Dippel, comme topique dans le traitement du lupus; par le docteur M. Chausit.

L'huile animale de Dippel, comme topique, n'est pas évidemment douée de propriétés énergiques; à ce titre, elle est de tous les agens extérieurs celui qui paraît offrir et le moins de ressources et le moins de chances de succès. Son action est peu sensible, de courte durée, se réduit à une action toute superficielle, passagère, et qui donne la mesure exacte des effets que l'on doit en attendre. A peine si son application détermine quelque cuisson légère et toujours fugace; sur des surfaces non ulcérées, elle se dessèche en adhérant à la peau, sans susciter ni irritation ni suintement; puis elle se détache après quelques jours, sans former de lamelles noires. Aussi son application peut-elle être renouvelée presque tous les jours. Sur des surfaces ulcérées, elle détermine une légère excitation toute superficielle, mais suffisante, toutefois, dans certaines conditions locales, et surtout selon le siége des ulcérations, pour provoquer d'heureux résultats.

L'expérience a démontré, dit M. Chausit, que l'huile animale de Dippel, si elle est impuissante contre les tubercules encore intacts, dont la disparition ne saurait être obtenue que par l'emploi d'agens énergiques, capables de susciter localement un travail actif de résorption ou une destruction immédiate; si elle échoue encore, ou du moins si ses résultats sont très incertains, quand il s'agit de combattre l'engorgement hypertrophique des tissus, peut être au contraire efficacement employée à titre de modificateur superficiel, sur des surfaces ulcérées, dont le siége, dans certaines régions, doit faire exclure de la thérapeutique locale l'emploi d'agens trop énergiques; par exemple, lorsque le lupus attaque les muqueuses intérieures, lorsque les ulcérations, dans leur marche envahissante, ont pénétré dans les fosses nasales, dans l'intérieur de la bouche, etc. Son action, quoique peu énergique, est suffisante pour raviver les surfaces, les modifier heureusement, et amener la cicatrisation.

MÉLANGES.

STATISTIQUE OBSTÉTRICALE.

L'un des médecins accoucheurs les plus distingués de la Grande-Bretagne, le docteur Ramsbotham, si connu de la profession par son ouvrage sur les *signes de la grossesse*, poursuit activement la louable habitude qu'il a prise, depuis plusieurs années, de noter exactement les nombreux faits obstétricaux qui passent sous ses yeux, et de les livrer à la presse. C'est au *Royal Maternity Charity*, dont une partie est confiée à son talent et à son zèle infatigable, qu'il puise les élémens de ses statistiques. Nous avons pensé que la presse médicale française ne devait pas laisser passer ces faits si intéressans pour la science obstétrique; et c'est au *Medical Gazette* que nous empruntons les chiffres suivans, en mettant de côté les détails qui ne nous semblent être que d'une importance secondaire. D'un autre côté, M. Ramsbotham consacre un travail particulier pour chaque année, pendant laquelle il fait ses observations. Nous avons cru, pour éviter des répétitions fastidieuses, réunir, fondre tous ces mémoires en un seul, et additionner les résultats statistiques obtenus. Les faits accumulés par le professeur d'obstétrique anglais, portent sur l'espace *septennal* compris entre les années 1844-1850. Pendant ce laps de temps, il y a eu, au *Royal Maternity Charity*, 13,253 femmes délivrées. Sur cette masse imposante de parturitions, on compte :

Grossesses doubles	151
Grossesses triples	2
Garçons	7,010
Filles	6,387
Présentation d'une partie quelconque de la tête	13,064
Présentation des fesses ou des pieds	290
Présentations transverses	53
Délivrance par le forceps	25
Délivrance par la crâniotomie	28
Mort de la femme pendant le mois puerpéral	44
Enfans nés vivans	11,947
Enfans mort-nés	460
Implantation du placenta sur le col utérin	31

Maintenant, les grossesses doubles ont fourni :

Deux garçons	49 fois.
Deux filles	55
Un garçon et une fille	46

Ce qui vient corroborer encore une fois cette assertion émise il y a longtemps, que, dans la majorité des cas, les grossesses doubles donnent naissance à deux filles, et aussi que, le plus souvent, les deux fœtus sont du même sexe.

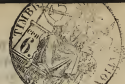
Enfin, parmi les présentations de la tête, on en compte 23 qui ont eu lieu par la face.

Que l'on compare cette statistique avec les tableaux que Baudelocque a ajoutés à son *Art des accouchemens*, et qui ont rapport à 12,605 femmes délivrées à la Maternité de Paris, on y trouvera des corrélations très remarquables, non seulement sur les faits généraux, mais encore sur les détails.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 26. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 2 Mars 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois............ 20 Fr.
1 An.............. 37

Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An.............. 40

Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er MARS 1852.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ AVANT LE TERME DE LA VIABILITÉ, A L'OCCASION DU RAPPORT DE M. CAZEAUX; par M. CHAILLY-HONORÉ, membre de l'Académie de médecine.

Cette note n'a pas pour but d'entrer dans la discussion du rapport de M. Cazeaux, — car j'adopte complètement le principe admis dans le travail remarquable de cet honorable académicien, — mais de fixer un instant l'attention des médecins sur quelques considérations pratiques qui ressortent de ce principe, qui ne sont qu'un complément du rapport de M. Cazeaux, et qui sont de nature à éclairer la discussion qui va s'ouvrir au sein de l'Académie.

L'avortement spontané est un accident grave qui, quelquefois, a entraîné la mort.

A quoi tient la gravité de cet accident?

A l'hémorrhagie qui le précède, le suit ou l'accompagne presque toujours, hémorrhagie d'autant plus grave, que la grossesse est moins avancée.

Les dispositions vasculaires de l'œuf rendent très bien compte de cette circonstance.

En effet, dans les premiers temps de la vie intra-utérine, toute la périphérie de l'œuf a des connexions vasculaires avec la surface interne de l'utérus, et ces connexions ne peuvent cesser, dans quelque point que ce soit, sans donner lieu à un écoulement sanguin; on comprend alors que la perte sera souvent considérable, quand toutes les surfaces de l'œuf cesseront d'être en rapport avec la surface interne de l'utérus.

A une époque plus avancée, au contraire, l'appareil vasculaire se circonscrit, et la perte est en général modérée, et ne se manifeste le plus souvent qu'après l'expulsion du produit et des annexes; mais alors l'utérus, débarrassé de tous les produits qui étaient contenus dans sa cavité, peut revenir sur lui-même, et l'hémorrhagie se trouve arrêtée.

Il est, en outre, une autre cause qui vient ajouter à la gravité de l'hémorrhagie, et qui peut déterminer aussi d'autres accidens redoutables, c'est le séjour plus ou moins prolongé des annexes du produit dans la cavité utérine, après l'expulsion de ce dernier.

Cette circonstance grave se présentera aussi d'autant plus souvent, que l'accident se manifestera à une époque plus rapprochée de la conception. Car dans les fausses couches peu avancées, le produit est presque toujours expulsé seul, le premier, et souvent sans que la femme s'en aperçoive; il n'en est pas de même des annexes, elles mettent un temps plus ou moins long à être expulsées, et quelquefois la gravité de l'hémorrhagie oblige à hâter cette expulsion, à déterminer même l'extraction de ces annexes pour soustraire la femme à une hémorrhagie mortelle et aux autres accidens qu'une résorption putride peut déterminer; enfin, dans quelques cas rares où cette extraction n'a pu être opérée, on a vu les femmes succomber.

Si donc, il est démontré que ces accidens sont d'autant moins à craindre dans la fausse couche spontanée, que la grossesse est plus avancée, l'indication pratique se trouve tout nettement tracée dans l'accouchement provoqué avant le terme de la viabilité; c'est celle de n'opérer qu'à une époque assez éloignée de la conception, et cependant pas trop rapprochée de l'époque de la viabilité, dans la crainte que l'enfant n'ait acquis un volume qui cesserait d'être inférieur au rétrécissement.

Cette époque, la plus favorable, se rencontrerait, en général, entre le quatrième et le cinquième mois. On ne devrait agir avant ce terme, que dans le cas où le rétrécissement du bassin serait assez considérable pour qu'un produit de quatre à cinq mois ne pût le franchir facilement.

En agissant ainsi dans cette opération, où on se résigne à faire le sacrifice de l'enfant, on ménagera aussi sûrement que possible les intérêts de la mère, en rendant l'hémorrhagie plus rare et l'extraction du placenta plus facile. De plus, bien que, jusqu'à présent, je n'aie pratiqué l'accouchement prématuré artificiel qu'après l'époque où la viabilité est probable, je crois qu'en opérant à une époque aussi éloignée que possible de la conception, les modifications subies par la partie inférieure de l'utérus, rendront l'opération plus facile pour l'opérateur et plus exempte de danger pour la mère.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC, DANS CERTAINES FORMES DE FIÈVRE TYPHOÏDE, ET NOTAMMENT DANS LA FORME DITE PECTORALE; par M. le docteur H. THIRIAL (1).

(Troisième partie.)

Réponse à M. le professeur FORGET, de Strasbourg.

Très honoré confrère,

En retour des choses obligeantes pour moi que contient votre lettre, il m'en coûte, croyez-le bien, d'avoir à vous répondre par un aveu fort peu gracieux, que d'ailleurs vous avez dû pressentir : c'est qu'au moment où j'entreprenais mon travail sur la fièvre typhoïde, votre ouvrage sur l'*entérite folliculeuse* ne m'était guère connu que d'après ces analyses critiques dont vous avez tant à vous plaindre, et que même à l'heure qu'il est, j'ai le malheur de n'être pas encore plus avancé.

C'est assez vous dire que j'ignorais complètement que vous eussiez étudié le diagnostic de la fièvre typhoïde, au point de vue tout spécial où je me plaçais moi-même.

Toutefois, si je m'en rapporte aux indications consignées dans votre lettre, il me semble que le terrain que j'ai choisi n'est pas exactement le vôtre.

En effet si, comme vous le dites, vous avez compendieusement traité des maladies qui peuvent *simuler* la fièvre typhoïde, rien n'annonce que vous vous soyez beaucoup occupé des maladies qui peuvent la *dissimuler*, et notamment des affections thoraciques.

Or, c'est précisément cette seconde partie de la question, la moins connue sans contredit, que je me suis attaché à étudier d'une manière sinon exclusive, au moins tout à fait spéciale.

Il en résulte que, chacun de notre côté et chacun suivant notre méthode, nous aurons cultivé une portion différente, bien que très voisine du même champ; et qu'ainsi mon travail pourra, à la rigueur, servir de complément au vôtre.

Je regrette toutefois de n'avoir connu que trop tard ce rapport de voisinage, persuadé que votre exemple et votre expérience ne pouvaient que tourner à mon profit.

Du reste, comme j'ai le dessein, dans une dernière partie de mon travail, de jeter un coup d'œil général sur cette intéressante question de Diagnostic, où il reste encore beaucoup à dire et beaucoup à faire, ce sera pour moi une occasion naturelle d'étudier et d'apprécier vos idées sur ce sujet; et bien *que je sois de Paris*, j'espère qu'aucun motif ne m'empêchera alors de rendre justice au professeur de Strasbourg.

Agréez, etc. H. THIRIAL.

Lorsque parmi les maladies qui peuvent apporter des difficultés dans le diagnostic de la fièvre typhoïde, je mentionnais la phthisie aiguë, il n'est personne, sans doute, qui ait pu se méprendre sur ma pensée.

En effet, par les observations que j'ai citées, on a vu clairement qu'il s'agissait non d'une phthisie réelle, mais de ce que par erreur on croyait être une phthisie.

Il y avait, d'ailleurs, une raison péremptoire pour ne pas faire intervenir en cette occasion la phthisie véritable; c'est qu'il ne m'est jamais arrivé d'observer pour mon compte, et qu'il n'est pas à ma connaissance que d'autres aient observé un seul cas de fièvre typhoïde qui serait venue se développer chez un individu atteint d'une phthisie confirmée, ou, en d'autres termes, d'une phthisie arrivée à ce point où les symptômes, tant généraux que locaux de l'affection pulmonaire, pussent par eux-mêmes jeter de l'obscurité sur le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Ici, qu'on me permette une observation. Autant la phthisie pulmonaire est une suite fréquente de certaines fièvres éruptives, qui s'accompagnent ou se compliquent habituellement de lésions des organes respiratoires (la rougeole, par exemple), autant, au contraire, cette maladie succède rarement à la fièvre typhoïde, même dans les cas où les complications du côté de la poitrine ont été les plus intenses et les plus prolongées : voilà un résultat des plus remarquables, que les recherches des anatomo-pathologistes modernes, et notamment de MM. Louis et Andral, ont mis tout à fait hors de doute.

De ce fait bien notoire, quoique encore inexpliqué, il n'y avait, ce semble, qu'un pas pour arriver à reconnaître un autre fait qui lui est si étroitement uni, que je serais tenté de voir, dans le premier, une simple conséquence du second : je veux parler du défaut de coïncidence entre la phthisie et la fièvre typhoïde.

Et pourtant, cette circonstance, si curieuse et si digne d'intérêt, n'a pas été signalée d'une manière expresse; ou, du moins, si elle est mentionnée quelque part, je n'ai pu en trouver la moindre trace dans nos auteurs classiques qui ont traité spécialement de ces deux grandes maladies.

Toutefois, il faut ici bien nous entendre! Loin de moi la pensée qu'un individu, portant des tubercules dans les poumons ou ailleurs, jouisse, par ce seul fait, d'une immunité complète et absolue contre la fièvre typhoïde! Non, assurément; je n'ignore pas, en effet, que, chez des personnes ayant succombé à la fièvre typhoïde, il est arrivé parfois de trouver des tubercules; mais alors c'étaient des tubercules à l'état latent, qui, jusque-là, n'avaient suscité autour d'eux le moindre travail morbide, en un mot, qui n'étaient pas encore une véritable maladie. Là n'est donc pas la question.

Mais chez un individu présentant des tubercules à l'état de ramollissement, et actuellement en proie à la fièvre hectique, en un mot, chez un véritable phthisique, a-t-on vu se développer une fièvre typhoïde bien positive? Voilà ce qui est douteux, voilà au moins ce qui est rare, et tellement rare, qu'il serait peut-être permis de voir entre ces deux affections une sorte d'incompatibilité.

On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, de la question de l'antagonisme entre divers états morbides. Malheureusement, la plupart des exemples qu'on a invoqués à ce sujet étaient loin d'être à l'abri de toute contestation. Or, comme cette doctrine me paraît contenir une idée pathologique de premier ordre, je me féliciterais de pouvoir apporter en sa faveur un fait nouveau qu'elle pût utiliser.

Cela dit, je rentre dans mon sujet.

Les affections de l'appareil respiratoire, qui peuvent amener à leur suite l'erreur de diagnostic que je m'étudie à faire connaître et surtout à prévenir, se réduisent, en définitive, à certaines formes de bronchite et de pneumonie.

Les trois exemples que j'ai rapportés antérieurement, rentrent au fond dans ces deux catégories, si on veut bien se les rappeler. Seulement, dans ces trois cas, il y avait eu cela de particulier, que, par un concours de circonstances tirées principalement des antécédens des malades, du siége primitif de la lésion pulmonaire, etc., etc., les observateurs avaient été induits à rapporter cette lésion à la diathèse tuberculeuse.

Aussi, en était-il résulté une erreur de diagnostic double; puisque non seulement on avait méconnu la fièvre typhoïde existante, mais qu'on avait encore supposé une phthisie pulmonaire qui n'existait pas.

Au point de vue du diagnostic où je me suis placé, il est une chose que je veux surtout faire ressortir : c'est que le caractère insidieux des affections thoraciques coexistant avec la fièvre typhoïde (bronchites ou pneumonies), tient beaucoup moins à leur intensité considérée d'une manière absolue, qu'à leur intensité relative, c'est-à-dire à leur prédominance sur les autres phénomènes morbides.

Ceci exige quelques explications.

Personne n'ignore que la fièvre typhoïde, même à l'état simple, s'accompagne à peu près constamment d'un certain degré de congestion de la membrane muqueuse des bronches, ou autrement dit d'un peu de catarrhe. Comme ce catarrhe, à son début, ne s'annonce ordinairement ni par la toux, ni par des crachats, il était à peu près complètement méconnu avant la découverte de l'auscultation. Mais aujourd'hui, grâce à certains signes physiques, rien de plus facile que de le constater d'une manière positive, alors même qu'aucun trouble fonctionnel ne conduit même à en soupçonner l'existence.

En même temps que la séméiologie moderne apprenait à reconnaître à sa naissance le catarrhe typhoïde, elle permettait encore d'en apprécier la véritable nature. C'est ainsi qu'au

(1) Voir les numéros des 11, 13, 16 Décembre 1851, 24, 27 et 29 Janvier 1852.

lieu d'y voir une lésion accidentelle, un simple épiphénomène, ou une complication, on considère maintenant ce catarrhe comme un symptôme presque constant, ou comme un élément constitutif de la fièvre typhoïde, à peu près au même titre que la diarrhée, le gargouillement, la stupeur, les taches, ou tel autre phénomène morbide qui sert à manifester cette maladie.

Est-il nécessaire de faire remarquer que sous cette forme obscure et à cet état *latent*, le catarrhe typhoïde ne peut être susceptible d'induire en erreur le diagnostic?

Ne sait-on pas au contraire qu'il peut devenir un utile auxiliaire? Ainsi, dans les cas assez fréquens dans la pratique, où la fièvre typhoïde est encore obscure et douteuse, si l'on vient à constater un certain râle disséminé dans les deux poumons, râle sibilant ou ronflant, à peine accompagné de toux ou d'expectoration, etc.; ce signe, rapproché de quelques autres symptômes non suffisamment caractéristiques par eux-mêmes, sert à leur donner une plus grande valeur, et parfois même il décide du diagnostic.

Ce que je viens de dire du catarrhe typhoïde peut s'appliquer exactement à l'engouement du parenchyme pulmonaire, considéré à son degré le plus faible.

Supposons maintenant qu'au lieu de ce catarrhe pour ainsi dire *latent*, vous ayez sous les yeux une bronchite aiguë, aussi intense et aussi généralisée que possible; supposez que ce léger engouement pulmonaire s'élève jusqu'à la congestion sanguine la plus profonde, ou même jusqu'à la pneumonie la plus décidée; grossissez ces lésions tant qu'il vous plaira, exagérez même à dessein le nombre et la violence des symptômes; eh bien! tout cela importera peu au diagnostic, si vous admettez en même temps que les phénomènes propres à la fièvre typhoïde sont eux-mêmes bien prononcés, bien manifestes; en un mot, si les phénomènes sont montés en quelque sorte à l'unisson de l'affection thoracique.

Si intense et si accentuée que soit dans ce cas la lésion pulmonaire, loin de masquer ou de dissimuler la fièvre typhoïde, elle ne peut que la mieux caractériser et assurer davantage le diagnostic; car c'est un signe important qui s'ajoute à tous les autres signes, et qui sert à compléter le tableau.

En définitive, je ne reconnais pas à ces traits la véritable forme pectorale, car elle ne m'apparaît pas avec ses deux attributs essentiels: d'une part la priorité et la prédominance des phénomènes thoraciques, et d'autre part la modification notable de la fièvre typhoïde elle-même, exprimée par l'absence ou l'obscurité de ses symptômes les plus ordinaires et les plus caractéristiques.

Pour faire bien connaître cette véritable forme pectorale, et surtout pour en populariser le signalement, qu'on me permette de reproduire la description qu'en ont donnée dans le *Compendium de médecine* MM. Monneret et Fleury.

« Le malade, après avoir offert de la fièvre, un frisson initial, de la courbature et de la céphalalgie, commence à tousser; quelquefois il accuse des douleurs pectorales vers le sternum, dans le dos ou vers les hypochondres; la respiration est un peu accélérée; si l'on ausculte, on constate l'existence de râles aigus ou graves, plus rarement humides, disséminés dans tout l'arbre aérien.

» Dans quelques cas, le râle sibilant est rare; cependant la respiration est fréquente et il y a de la toux. Les symptômes bronchiques peuvent durer de huit à douze jours et plus encore, sans que les autres signes de la fièvre typhoïde soient bien tranchés. Nous avons observé cinq cas de ce genre et nous voyons, d'après nos notes, que si un diagnostic exact a été porté dès le début, cela tient à ce que nous avons toujours attaché la plus grande valeur séméiologique aux râles et aux autres symptômes pectoraux dans la fièvre typhoïde. On aurait cru facilement à l'existence d'une bronchite aiguë et générale. Du reste, en même temps que ces signes se manifestent, on trouve une réaction fébrile fort intense. La peau est chaude, sèche, mordicante; le visage coloré, le pouls fort et assez plein; la fièvre s'accroît dans la soirée et dans la nuit. »

Après cette description de la forme pectorale que j'appellerai *bronchique*, les auteurs arrivent à celle de la forme *pneumonique*, et ils continuent ainsi :

« Dans le cas où le parenchyme pulmonaire se congestionne à son tour, la gêne de la respiration augmente, et l'on peut soupçonner déjà l'existence de la lésion pulmonaire en s'approchant du malade qui respire 40 ou 50 fois par minute; les ailes du nez se dilatent avec force à chaque respiration, et le sujet est contraint de se tenir à demi-couché ou d'avoir la tête relevée par des oreillers. On trouve à l'auscultation le souffle tubaire ou des bruits rudes d'inspiration et d'expiration, s'il reste encore une couche de tissu pulmonaire perméable à l'air entre l'oreille de l'observateur et le point congestionné. »

« C'est dans les cas de ce genre que l'on trouve un mélange des râles sonores et muqueux, qui occupent la base de l'un ou des deux poumons, où bientôt ils sont remplacés par le souffle tubaire... Parvenue à ce point, la maladie détermine la coloration violacée de la face, le refroidissement des extrémités, des alternatives de chaleur et de froid sur la surface cutanée, une sueur froide, visqueuse; le pouls conserve plus de force et se laisse moins facilement déprimer que dans la forme adynamique. »

Après avoir fait remarquer que les autres symptômes de la maladie sont moins en saillie que les phénomènes pectoraux, les auteurs ajoutent : « Cependant ces phénomènes se montrent, quoique à un faible degré; la stupeur, les bourdonnemens d'oreilles, les vertiges sont modérés; l'intelligence reste présente jusqu'à la fin, ou s'affaiblit seulement un peu; le ventre est peu douloureux à la pression, peu météorisé; on trouve du gargouillement; les selles ne deviennent fréquentes que plus tard; on observe même chez plusieurs sujets de la constipation. »

Il y a de la vérité dans ce tableau de la forme pectorale considérée dans sa double variété bronchique et pneumonique. J'y vois d'abord un résumé fidèle de ce qu'ont dit les autres auteurs, mais, de plus, j'y remarque un certain nombre de traits pris d'après nature, parfaitement exacts, et qui concordent de tout point avec les résultats de ma propre observation.

Il me semble pourtant que cette description laisse quelque chose à désirer, relativement à la variété que j'appelle *pneumonique*, et qu'il y avait là une distinction utile à établir, sous le rapport symptomatique, suivant que la lésion consiste dans une pneumonie lobaire ou dans une pneumonie lobulaire.

En effet, il fallait montrer que, dans cette dernière variété, la lésion pulmonaire est le plus souvent disséminée dans les deux poumons, superficielle et mobile; que ses symptômes généraux et locaux sont d'une nature toute spéciale; qu'ici, par exemple, on ne rencontre aucun de ces phénomènes de semi-asphyxie, si caractéristiques dans la congestion profonde ou dans la pneumonie bâtarde typhoïde; que cette lésion pulmonaire peut rester un temps très long sans passer à l'hépatisation, et même persister quelquefois jusqu'à la fin à l'état de simple engouement dans les lobules affectés, et par conséquent, ne donner lieu nulle part au souffle tubaire, etc. Il était bon, enfin, de faire remarquer que cette variété de la forme pectorale, caractérisée par la pneumonie lobulaire, est celle qu'on observe de préférence chez les enfans atteints de fièvre typhoïde, et que, par ses symptômes et par sa marche, elle offre un caractère peut-être encore plus insidieux que la variété lobaire, qu'on rencontre le plus ordinairement sur les adultes.

(*La suite au prochain n°.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. DEPAUL.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.

De la chorée; — rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives; par M. SÉE. — (Rapport par M. GILLETTE.)

Tel est le titre du mémoire sur lequel M. Sée, notre collègue, désire appeler l'attention de la Société. Chacun sait que ce mémoire a mérité d'être couronné par l'Académie de médecine, et que la voix publique qui juge en dernier ressort a ratifié le jugement de l'Académie. Il ne s'agit pas seulement d'une habile compilation où les diverses questions ayant trait à la chorée soient exposées avec méthode et lucidité; au mérite d'avoir analysé, résumé avec une rare fidélité tous les matériaux antérieurement acquis, d'avoir discuté avec indépendance et sagacité les opinions présentées par les différens auteurs sur les causes, les symptômes et le traitement de la chorée, M. Sée joint le mérite plus grand d'un travail original fondé sur de nombreuses observations; mais ce ne sont point des éloges qu'est venu nous demander notre honorable collègue: s'il a voulu que son ouvrage vous fût soumis, c'est qu'il désirait livrer à la discussion et à l'examen de ses confrères les questions nouvelles introduites par lui dans la science. C'est donc sur ces points que je vais particulièrement insister. J'essaierai ausside soumettre à l'auteur quelques réflexions, je n'ose dire des critiques. Pour critiquer un travail fondé sur un aussi grand nombre d'observations, il faudrait des matériaux qui me manquent, et l'on est assez peu fondé à attaquer par des conjectures et des raisonnemens ce qui repose sur une statistique étendue. Quant à vous présenter une analyse détaillée, elle serait toujours incomplète, et ne paraîtrait peu propre d'ailleurs à vous donner une juste idée de ce mémoire, car elle confondrait nécessairement dans un récit uniforme les points déjà connus et ceux sur lesquels notre confrère a jeté une lumière nouvelle. Au reste, tout médecin qui veut se trouver sur ce sujet au niveau de la science, a lu ou lira M. Sée, car depuis 1810, époque où Bouteille fit paraître le premier en France un traité sur la chorée, il n'a été publié aucun travail aussi complet, aussi important.

Historique. — Les anciens ne paraissent avoir eu aucune notion de la chorée. — M. Sée, avec raison, ne voit dans le Scélotyrbe de Pline (livre V, chap. 3), qu'une espèce de scorbut avec perturbation de mouvemens dans les membres inférieurs, par suite de paralysie; c'est d'ailleurs la définition que Galien en a donnée, et avant Pline, Strabon au liv. 16 de sa géographie, l'avait qualifiée de paralysie des jambes, commune chez les Arabes.

La grande danse de St-Guy, cette choréomanie qui, au XIVe siècle entraînait des populations entières à renouveler les fureurs des Bacchanales, est distinguée de la véritable chorée et rangée parmi ces folies épidémiques, nées de la superstition, du libertinage, surtout de l'imitation, et qui se repétèrent à diverses époques, et sous divers noms, même dans le XVIIIe siècle et jusqu'au jour où fut inscrit sur le cimetière St-Médard :

De par le roi, défense à Dieu,
De faire miracle en ce lieu.

Pour avoir une idée juste de la chorée, il faut arriver jusqu'à Sydenham; il n'est personne qui ne connaisse sa description pittoresque. Mais déjà un de ses compatriotes, Willis, à qui peut-être on n'a pas rendu suffisamment justice, en avait parlé sous le nom de convulsions perpétuelles, au chap. 1 de la pathologie du cerveau et du genre nerveux. Ce traité est de 1669 et le mémoire dans lequel se trouve la description de Sydenham (schedula monitoria) est postérieure à l'année 1785. Permettez-moi de citer le passage de Willis que je n'ai vu encore indiqué nulle part : *videmus quosdam convulsionibus admirandis ac perpetuis affectos, ut necesse habuerint membra huc illuc jactitare et distorquere, saltare, discurrere, humum manibus aut pedibus contundere, aliasque gesticulationes exerere haud secus ac si sagarum præstigiis lœderentur;* plus loin il en donne quelques observations détaillées. Quant à son traitement, il ne diffère point de celui de Sydenham, la saignée, les purgatifs dabord, puis les antispasmodiques.

Caractères anatomiques. — Il n'en est aucun qui corresponde directement à la chorée, et cependant l'auteur a rassemblé d'après divers auteurs, et comparé 82 nécropsies. Mais que de variétés dans les lésions, tantôt (16 fois sur 82) on ne trouve que les lésions d'une maladie intercurrente, et l'examen du système nerveux ne donne que des résultats complètement négatifs, tantôt (32 fois sur 82) il existe, soit isolément, soit concurremment avec toute autre lésion, quelque désorganisation nerveuse, quelque épanchement arachnoïdien ; mais la désorganisation a porté sur les tubercules quadrijumeaux, sur un hémisphère, sur le septum lucidum, sur la glande pinéale, sur la moëlle, elle a présenté la forme d'une induration ou d'un ramollissement; quant aux épanchemens séréum auxquels les anciens à partir d'Hippocrate (*de morbo sacro*) rattachaient les phénomènes convulsifs; ils dépendent bien plus des complications qu'apporte la maladie terminale que de la chorée qui avait précédé l'apparition de ces symptômes. Toutefois, parmi les lésions encéphaliques qui semblent avoir été le plus souvent et le plus évidemment liées, sinon à une chorée bien complète, au moins à des phénomènes choréiques, il faut signaler celle des tubercules quadrijumeaux : Georget, M. Andral, l'auteur du mémoire et quelques autres médecins ont pu constater par l'autopsie, ce rapport qui, sans être absolu, n'en est pas moins digne d'attention. Une des choréiques dont Willis a donné l'histoire (chap. 9), finit par mourir phthisique, elle avait au commencement de la maladie ressenti une céphalalgie atroce revenant périodiquement.

Enfin dans une 3e catégorie (34 fois sur 82), l'auteur a rangé les inflammations isolées ou réunies des tissus séreux. Ce sont des péricardites, des endocardites, des méningites cerébro-spinales, des péritonites. Ces diverses lésions se sont présentées rarement isolées; elles apparaissaient le plus souvent combinées les unes avec les autres comme dans les cas où elles sont soumises à l'influence rhumatismale. C'est ce premier ordre de faits qui a conduit l'auteur à examiner quels rapports pouvaient exister entre le rhumatisme, les maladies du cœur et la chorée.

Symptômes. — Le plus souvent les phénomèmes précurseurs de la maladie, sont une grande mobilité de l'esprit, des passages subits de la gaité au chagrin, et de la tendresse à la colère; des douleurs vagues dans les membres, le dérangement de l'appétit.

Quelque temps après et peu à peu, arrive d'abord une certaine inquiétude, un besoin d'agitation auquel succèdent les mouvemens saccadés et tout le désordre choréique.

On voit parfois, mais rarement (1|15) la maladie débuter par une attaque épileptiforme, par des symptômes de méningite;

Le bras se prend ordinairement en premier lieu, et la claudication, quoi qu'en aient dit Sydenham et Bouteille, ne précède que très rarement l'agitation du membre supérieur. Au début également, la chorée affecte particulièrement un côté, plus tard elle se généralise; mais il est rare qu'elle ne continue à prédominer dans le côté primitivement affecté. Ce côté est plus souvent le gauche. Sur 154 cas bien observés, il y avait 97 chorées localisées ou plus marquées à gauche.

Après le désordre des muscles des membres, viennent les troubles de ceux qui servent à la formation des mots. Quelquefois les muscles du larynx, du pharynx et même les sphincters de la vessie et du rectum, se trouvent eux-mêmes affectés; la voix devient rauque et s'éteint, les alimens ne peuvent être avalés qu'avec de grands efforts, et les matières excrémentitielles s'échappent involontairement.

Le sommeil, comme l'avaient déjà remarqué Willis et Sydenham, en supprimant les contractions musculaires, amène ordinairement le calme des mouvemens. Cependant il est quelques enfans chez lesquels le sommeil peut être troublé par des rêves effrayans et une agitation musculaire. M. Sée en a noté 5 cas sur 158. J'en avais dernièrement un exemple chez une petite fille de sept ans.

Aux émotions morales qui aggravent si fort les symptômes, l'auteur joint les vicissitudes atmosphériques et surtout l'influence du froid humide. Cette opinion mérite d'être remarquée; car elle est en contradiction avec celle de M. Blache, qui dit, à l'article CHORÉE du *Dictionnaire de médecine* : les variations de l'atmosphère ne paraissent pas apporter de différences notables dans les mouvemens choréiques. La même année (1834), M. Rufz (*Archives générales de médecine*) signalait les mois les plus chauds de l'année comme ayant donné le plus de choréiques.

Les mouvemens musculaires, malgré leur continuelle intensité, ne paraissent point fatiguer les malades. Quelquefois, il existe des douleurs articulaires avec gonflement et sensibilité à la pression, s'augmentant par le mouvement, et se reproduisant à plusieurs reprises.

On a noté aussi, mais d'une manière très irrégulière, la céphalalgie, les engourdissemens des membres, de l'anesthésie, une exagération de la sensibilité, la douleur spinale se produisant par la pression des gouttières vertébrales.

Les troubles intellectuels consistent particulièrement dans la diminution ou la perte de la mémoire; l'obtusion réelle de l'intelligence, moins commune qu'on ne le pense généralement, peut cependant se rencontrer.

Les fonctions organiques peuvent participer à ces troubles nombreux et variés.

On a observé des accès de dyspnée, analogues à ceux de l'angine de poitrine, les palpitations, des douleurs épigastriques, le ballonnement du ventre.

Marche, durée et terminaison. — La marche est celle d'une maladie continue. Elle peut bien présenter des exacerbations, soit par elle-

même, soit le plus souvent par l'influence de causes diverses; mais il n'existe jamais une intermittence légitime.

La maladie paraît durer environ deux mois et demi. Sur 117 malades, chez lesquels on a déterminé l'époque du commencement de la maladie, l'auteur a établi une moyenne de 69 jours. M. Dufossé, sur un nombre de 11 seulement, avait donné 57 jours. M. Rufz, ne comptant que le séjour des malades à l'hôpital, 31 jours.

La maladie ne disparaît que peu à peu, et même alors que les mouvemens sont devenus naturels.

Un effort suffit pour ramener quelque trouble momentané. La guérison n'est complète que lorsque l'intelligence a recouvré ses fonctions, la physionomie son expression naturelle, et que les symptômes dépendant de l'anémie concomitante, ont complètement disparu.

Quelquefois, les accidens ayant cessé, la chorée laisse après elle un certain degré d'hébétude, une paralysie partielle, une susceptibilité nerveuse. Les récidives sont communes. L'auteur en a compté une sur quatre malades.

C'est ordinairement dans la même année, et vers l'automne, qu'ont lieu les récidives. On peut être averti de cette tendance à la récidive par la longueur de la première attaque, qui dure alors le double du temps ordinaire; les attaques suivantes vont en décroissant.

La chorée peut passer à l'état chronique. L'auteur n'en a observé que chez les adultes et les vieillards. Ces chorées sont presque toujours générales, et ne sont pas ordinairement accompagnées d'altérations graves des fonctions intellectuelles.

Enfin, la chorée s'est terminée par la mort, 9 fois sur 158 cas, soit par l'effet de la maladie qui avait provoqué les phénomènes choréiques, soit par suite des progrès de la perturbation nerveuse, soit parce que le sujet fût atteint d'une maladie intercurrente.

Cette symptomatologie, dont l'analyse ne peut donner qu'une idée fort incomplète, est appuyée soit sur les observations propres à l'auteur, soit sur toutes celles qu'il a relevées dans les divers ouvrages et dans les remèdes périodiques. Elle est faite, du reste, avec tant de soins, qu'il me paraît difficile d'y relever quelque omission; et, si on peut y reprocher quelque chose, c'est plutôt le luxe et la surabondance. Expliquons-nous: tous les symptômes que l'auteur énumère, se sont rencontrés chez des choréiques, sans doute, mais appartiennent-ils à la chorée? Par exemple, les attaques épileptiformes ou hystériques, les palpitations violentes et les troubles de la circulation, l'amaurose, la paralysie musculaire persistante, celle des sphincters de la vessie et du rectum, sont des phénomènes qui peuvent s'expliquer par des maladies concomitantes, par les lésions que l'on trouve chez certains choréiques après leur mort, mais qui se rencontrent chez un bien plus grand nombre de sujets n'ayant jamais eu la chorée. Pour la même raison, est-on bien en droit de rapporter aux chorées chroniques cette forme de tremblemens musculaires que l'on observe chez quelques vieillards demi-paralytiques, et qui diffère de la véritable chorée, par une certaine constance dans le désordre même des mouvemens, qui, tout irréguliers qu'ils sont, se répètent à peu près les mêmes, par l'absence des altérations de la sensibilité et de l'intelligence, par sa complète incurabilité?

Quand il s'agit d'un fait aussi grave que celui de la mortalité, pourquoi transformer en loi générale un résultat accidentel, et dire 9 fois sur 158, les malades succombent; mais comment? Soit par la maladie qui a provoqué les phénomènes choréiques, soit par une maladie intercurrente, soit par les progrès de la chorée elle-même. Ne serait-il point juste, pour établir une proportion réelle dans la mortalité, de séparer complètement les deux premières catégories de la dernière?

Il me semble, en un mot, que la symptomatologie eût gagné en précision, si l'auteur eût distingué les symptômes, la durée, la marche, les terminaisons de la chorée vulgaire, de ceux qui n'arrivent que rarement et accessoirement. Et je suis tenté de regretter la division de Bouteille en chorée essentielle, secondaire, et pseudo-chorée.

J'ajouterai une courte observation sur ces phénomènes, que l'auteur signale dans certaines chorées chroniques, la diminution et enfin l'atrophie des muscles affectés. Cette atrophie ne dépendrait-elle pas de ce que justement ces pseudo-chorées se rencontrent chez des individus affectés de paralysie. De plus, quand la chorée est partielle et latérale, il peut arriver au contraire qu'un muscle opposé, tiraillé sans cesse, prenne un développement anormal. C'est ainsi qu'il existait, il y a quelques années, à la Salpêtrière, une femme affectée de mouvemens choréiques, portant continuellement le cou à gauche. Le muscle peaussier droit offrir des faisceaux de fibres énormément augmentés et faisant saillir la peau comme autour de cordes tendues.

Me voici arrivé à la partie la plus originale du travail de M. Sée, celle où il examine les rapports de causalité et de coïncidence que la chorée peut avoir avec les autres maladies: pour mettre en relief les résultats auxquels il est arrivé, je vais les résumer en quelques propositions:

1° Les maladies fébriles, quelles qu'elles soient, ont pour effet général d'aggraver, pendant leurs périodes d'exacerbation, les symptômes spasmodiques. Il peut arriver aussi que chez des sujets qui n'avaient manifesté encore aucune agitation du système nerveux, la perturbation apportée par la fièvre soit telle, qu'elle détermine plus tard et au moment de la résolution du mouvement fébrile une chorée. L'auteur en a rassemblé ainsi 20 cas qui ont succédé à des maladies pyrétiques.

2° Les affections gastro-intestinales que Broussais disait avoir observées chez la moitié au moins des choréiques, loin d'en être la cause, n'en sont qu'un phénomène concomitant ou consécutif.

La présence des vers dans le tube intestinal doit être plutôt considérée comme l'expression de la débilitation générale que comme une cause de chorée.

3° La grossesse prédispose quelques jeunes femmes au développement ou au retour d'accidens choréiques; mais c'est moins en agissant comme cause directe, qu'en créant un des états morbides sous l'influence desquels se produit particulièrement la chorée.

4° Les tubercules et les scrofules peuvent déterminer des lésions cérébrales qui donneront lieu à des accidens choréiformes. Ils peuvent aussi, par les cachexies qu'ils amènent, contribuer à la perturbation des fonctions nerveuses; mais ils ne semblent avoir aucune influence immédiate.

5° Influence rhumatismale. De toutes les conditions morbides qui agissent le plus efficacement pour produire la chorée, l'auteur s'est attaché à démontrer que la première était le rhumatisme, considéré non plus comme maladie locale, mais comme cause morbifique générale. L'observation clinique d'une part, l'analogie de l'autre, sont invoquées à l'appui de cette démonstration.

En effet, sur 128 chorées, 61 ont coïncidé avec les inflammations ou les douleurs rhumatismales, proportion d'autant plus remarquable, que le rhumatisme chez les enfans est une maladie rare. Ainsi, sur 11,500 enfans qui ont été admis en quatre années à l'hôpital des Enfans, il n'y a eu que 48 rhumatismes simples contre 61 qui étaient liés à la chorée.

D'autre part, l'on ne saurait s'étonner que le rhumatisme puisse produire une affection convulsive; car on ne saurait mettre en doute qu'il affecte fréquemment le système nerveux, et simule les symptômes de diverses névroses. Ainsi, on le voit, selon la portion du système nerveux qu'il atteint et selon son intensité, déterminer des accidens semblables à ceux de la méningite cérébrale ou spinale, une attaque apoplectiforme ou convulsive, du tétanos, des contractures, de la paralysie.

Ces chorées rhumatismales sont rangées en trois catégories, selon la forme qu'a prise le rhumatisme et l'époque où il a apparu.

1re catégorie. — Caractérisée par les douleurs arthritiques qui précèdent, soit la première attaque de chorée, soit chaque récidive. Ce sont les cas les plus fréquens.

2me catégorie. — Le rhumatisme articulaire apparaît après la chorée.

3me catégorie. — Ce n'est plus l'arthrite qui est le signe pathognomonique de la diathèse rhumatismale; qu'elle existe ou qu'elle manque, le caractère dominant, c'est l'irritation des membranes cardiaque, pleurale ou péritonéale; en un mot, c'est le rhumatisme viscéral.

Cette manière d'envisager un bon nombre de chorées, regardées jusqu'à présent comme produites sans cause appréciable est neuve et mérite toute l'attention des observateurs; et les exemples cités par l'auteur, les 61 cas rassemblés sur 148 suffisent bien pour établir une coïncidence qui, jusqu'à présent, était restée inaperçue. Mais se trouve-t-on obligé d'admettre avec lui un rapport nécessaire de causalité entre le rhumatisme et la chorée; j'avoue que, malgré les nombreux argumens présentés dans le mémoire, ma conviction hésite encore.

J'admets bien volontiers avec lui, quoique ce ne soit pas l'opinion de tous les médecins, que le rhumatisme est plutôt une cause générale de maladies qu'un simple genre morbide; mais, toutefois, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne peut guère être rangé que parmi les causes de nature occulte, et nous ne pouvons en reconnaître la présence que par ses effets. Or, quand ces effets manquent ou qu'ils sont peu tranchés et d'origine incertaine, est-on en droit de proclamer l'action rhumatismale par simple analogie? Eh bien, je reprocherai à l'auteur une certaine facilité à croire au rhumatisme dans des cas qui eussent paru douteux à d'autres médecins; je citerai en preuve de ce que j'avance les passages suivans:

Ainsi, page 52, deuxième catégorie: « Que les douleurs soient assez fugitives pour passer inaperçues ou qu'elles manquent en réalité, il arrive quelquefois que la chorée prend un faux air de maladie essentielle, et suit ses diverses phases jusqu'à ce qu'il se déclare une arthrite ou une fièvre rhumatique, ou des douleurs qui viennent révéler la nature intime du mal. » Dans la première catégorie, qui comprend les faits où ce principe rhumatismal se manifeste avec le plus d'évidence, voici comment sont résumés les vingt-deux faits propres à l'auteur (page 52): 10 rhumatismes apyrétiques, dont 1 complètement indolent; 12 rhumatismes fébriles qu'on désignait ordinairement sous le nom de fièvre de croissance, (et page 48) l'irritation arthritique s'est rencontrée dans 32 cas de chorée, et presque toujours sous l'apparence d'une affection bénigne et de courte durée.

Est-ce sous la forme de douleurs bénignes que nous observons les rhumatismes qui troublent profondément l'économie, qui produisent rapidement l'anémie, même sans qu'aucune saignée ait été pratiquée, ou bien qui attaquent l'endocarde, ou se jettent subitement sur les méninges cérébrale ou spinale? De plus, toutes les fois que perdant la mobilité qu'il offre dans l'arthrite aiguë, le rhumatisme vient à se localiser, que voyons-nous? Une lésion matérielle des plus évidentes, épanchement purulent, fausses membranes, épaississement, ramollissement, végétation des tissus, quelquefois l'altération s'étendant plus loin que la membrane; comme, par exemple, quand de la méninge l'inflammation passe à la moelle elle-même, celle-ci vient à se ramollir. Si parfois, comme dans la méningite rhumatismale, on ne trouve point de lésion manifeste, c'est que la mort est arrivée dans la première période de l'irritation et avec une extrême rapidité.

Voilà donc ce qu'on observerait dans les maladies cardiaques, dans les arthrites, dans les péritonites, dans les paraplégies d'origine rhumatismale. Mais dans la chorée, en l'envisageant sous le même rapport, on ne trouverait qu'exception: chorée assez fréquente dans l'enfance, justement à l'époque où le rhumatisme est très rare; action rhumatismale prolongée longtemps sur les centres nerveux, point de lésion appréciable: rhumatisme le plus souvent fébrile, au moins à son début; chorée toujours apyrétique: rhumatisme attaquant surtout le sexe masculin, chorée le sexe féminin. Ces objections n'atteignent nullement le fait de la coïncidence; car il pourrait se faire que la prédisposition nerveuse qui est nécessaire pour le développement de la chorée fût également propre à favoriser la venue du rhumatisme, sans que pour cela on pût établir entre les deux affections une cause et un effet. Si le sulfate de quinine peut modifier le rhumatisme articulaire comme la fièvre intermittente, est-ce à dire que celle-ci soit sous la dépendance de l'autre? Non, sans doute, mais probablement le médicament porte dans le système nerveux, également troublé par l'une et l'autre maladie, une modification salutaire.

Si j'élève ces difficultés contre la loi que l'auteur cherche à établir, c'est pour appeler nos confrères à la vérifier; il serait, par exemple, très important de constater si des observations recueillies sur les enfans de la classe aisée, où les conditions hygiéniques sont meilleures, et où cependant la chorée n'est pas rare, fourniraient autant de cas de rhumatisme?

Quoi qu'il en soit, l'auteur a le mérite entier d'avoir provoqué l'investigation médicale sur un fait non étudié; les recherches ultérieures pourront seules décider si la vérité est aux limites qu'il a posées.

Après avoir étudié les autres causes qui, telles que le sexe, l'âge, l'hérédité, la constitution, le régime, les passions, les climats et les saisons, peuvent contribuer à la chorée, l'auteur établit le diagnostic des différentes formes de la chorée vraie et des chorées anomales; il la distingue d'autres névroses comme l'hystérie, la paralysie agitante, les convulsions, les tics et les tremblemens.

Puis il se livre à un examen comparatif des divers traitemens qui ont été employés pour combattre la maladie.

Ces traitemens peuvent être partagés en deux grandes classes: remèdes externes: la gymnastique, les bains frais, les bains sulfureux, l'électricité, les irritans cutanés.

Remèdes internes: les antiphlogistiques, les purgatifs et vomitifs, les toniques, les narcotiques, les excitans, les contre-stimulans, les antispasmodiques.

Mais avant de passer en revue les diverses médications, l'auteur soulève une question toujours méconnue par ces médecins qui, selon Galien (*Comment. sur l'aliment.*, liv. 3, § 15), se croient obligés en conscience dès qu'ils approchent d'un malade, de le cataplasmer, de l'affuser, de le saigner, de le ventouser, de le clystériser, de le frictionner.

Cette question est simplement la suivante: la maladie ne se passerait-elle point d'elle-même? La réponse est négative. Chez des malades abandonnés à eux-mêmes depuis plus d'un mois, la mobilité choréique persistait ou allait en augmentant. Au contraire, par un traitement convenable, la guérison peut arriver dans un espace de trois semaines.

L'auteur n'adopte exclusivement aucune méthode de traitement, mais il choisit, parmi les médications qui ont été sanctionnées par l'expérience, celles qui, d'après les indications particulières, semblent le mieux s'appliquer au malade; en première ligne, sont placés les bains sulfureux, les toniques ferrugineux, l'iodure de potassium et les exercices gymnastiques. Il faut éviter, toutefois, d'insister trop longtemps sur le même traitement et varier les ressources thérapeutiques, mais en ayant soin de ne pas débuter par les remèdes trop actifs, comme les toniques, et surtout de ne pas terminer par des débilitans, comme les purgatifs; ce serait augmenter encore les dangers de la cachexie chloro-anémique qui s'observe ordinairement à la fin des chorées.

Si, dans le traitement des mouvemens choréiques, le médecin ne peut guère que faire de l'empirisme, il n'en est plus de même pour les maladies concomitantes ou pour les états morbides qui tiennent la maladie sous leur dépendance, et dont il ne pourra triompher qu'en déterminant avec précision les indications thérapeutiques. C'est là que la saignée, les purgatifs, les vermifuges, les antispasmodiques, le sulfate de quinine, les révulsifs, pourront trouver une utile application,

Dans une maladie d'aussi longue durée, l'hygiène est en grande aide à la thérapeutique; elle est indispensable pour prévenir les récidives, et le médecin doit insister sur le régime tonique, les exercices gymnastiques, les vêtemens de laine, les bains frais et la natation.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Janvier 1852.

Mémoire sur une affection cérébrale qu'on peut appeler paralysie générale aiguë; par le docteur J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

L'affection que je vais décrire, dit M. Beau, ressemble assez à la paralysie générale dite des aliénés; mais elle en diffère surtout par sa marche qui, au lieu d'être chronique, comme dans la paralysie générale, est au contraire extrêmement rapide. Les trois principaux symptômes de cette affection sont les soubresauts des tendons, dégénérant bientôt en tremblemens, le bégaiement et le délire. Les soubresauts des tendons, que l'on retrouve sur tous les membres, à la face, etc., en se multipliant et en devenant plus marqués, impriment des tremblemens qui deviennent facilement apparens à la simple vue. Ces tremblemens sont surtout marqués quand le malade veut saisir quelque chose, ou encore quand il se lève et qu'il essaie à marcher; enfin arrive un moment où le tremblement est très intense, même dans le repos le plus parfait. Avec les soubresauts des tendons ou le tremblement musculaire, on observe un embarras de la langue, une sorte de bégaiement qui, d'abord léger, n'affectant que quelques syllabes de certains mots, finit par devenir presque général. Le délire est très partiel; dès lors il peut passer inaperçu dans le commencement. Il se reconnaît à quelques mots qui ont l'air d'échapper au malade, au milieu de ses réponses, et qui trahissent des idées bizarres, extravagantes ou excentriques. Il s'accompagne, dès le premier jour, d'une altération légère de la physionomie, d'une espèce d'égarement qu'il est plus facile de signaler que de décrire. La proportion des mots délirans, dans les réponses du malade, va en augmentant à mesure que marche la maladie. Ordinairement, vers le troisième jour, il est somnolent et a les yeux fermés quand on ne lui parle pas. Interrogé, il répond en général d'une manière juste, mais en entremêlant ses réponses de mots incohérens. Ce n'est que le dernier jour que le coma devient profond et qu'on ne peut plus réveiller le malade. Avec les phénomènes précédens, pas de plaintes, pas de malaises ni de douleur; pas même de céphalalgie. Appétit nul, soif peu marquée, langue humide se desséchant dans les derniers jours, constipation, rétention d'urine, fièvre marquée surtout par la fréquence du pouls. Durée de la maladie, de trois à six jours. Marche essentiellement continue et progressive, sans exacerbation aucune. Terminaison constante par la mort.

Les lésions anatomiques ne diffèrent pas de celles de la paralysie générale chronique. La plus constante est un ramollissement de la substance corticale des hémisphères du cerveau, avec injection sanguine de la pulpe cérébrale, même des petits foyers hémorrhagiques.

Cette maladie s'est montrée constamment après une autre affection qui en a été pour ainsi dire la condition préparatoire; dans les convalescences difficiles principalement, surtout dans celles des fièvres typhoïdes. M. Beau n'a rencontré cette maladie que chez les hommes. Sous ce rapport, elle partage ce cachet exceptionnel avec quelques autres affections cérébrales, telles que la méningite épidémique et la paralysie générale chronique. Les individus affectés étaient âgés de 23 à 60 ans.

Voici en quels termes M. Beau présente le parallèle de cette affection et de la paralysie générale chronique: dans cette dernière comme dans

la paralysie générale aiguë, mouvemens saccadés des membres, bégaiement et altération de l'intelligence, marche continue, intensité des symptômes fatalement progressive; pronostic excessivement grave, terminaison constante par la mort. Les lésions anatomiques les plus ordinaires : ramollissement périphérique du cerveau. Toutes deux atteignent surtout les hommes; voilà les caractères communs. Voici maintenant les différences : la paralysie générale chronique dure longtemps, des mois, même des années; elle survient le plus souvent dans le cours de l'aliénation mentale. Elle ne s'accompagne pas de fièvre; l'individu affecté ne s'alite que vers la fin de sa maladie. Au contraire, la paralysie générale aiguë a une marche très rapide, dure de trois à six jours; survient après une maladie quelconque, s'accompagne toujours de fièvre et force le malade à garder le lit. Cet alitement, en empêchant d'observer la démarche choréique du malade, a probablement empêché, jusqu'à ce jour, de remarquer la ressemblance capitale qui existe entre cette affection et la paralysie générale chronique.

Sur une nouvelle espèce de luxation du métatarse (luxation incomplète du métatarse en dehors); *remarques sur les luxations déjà connues de cette partie du pied;* par S. Laugier, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris.

Voici les caractères que donne M. Laugier de la luxation latérale incomplète en dehors : 1° la saillie du premier cunéiforme en dedans, sans que cet os ait changé de rapport avec le scaphoïde; 2° la saillie exagérée en dehors de la tubérosité du 5me métatarsien; 3° la mobilité anormale de tout le métatarse sur le tarse; et 4° enfin s'il était permis de prendre une fracture pour signe d'une luxation, et si un seul fait pouvait suffire à une conclusion générale, la fracture du deuxième métatarsien, puisque sans elle, dans le cas observé par M. Laugier, le premier métatarsien n'aurait pu être porté en dehors. Cette luxation s'était produite dans le cas rapporté par ce professeur dans une chute d'environ 4 mètres, sur la partie antérieure du bord externe du pied ou du coude-pied; et c'était par un véritable mouvement de torsion du métatarse sur le tarse, combiné à l'effet d'un choc violent, appliqué près des orteils, que s'est produit ce déplacement. Dans ce mouvement, le premier métatarsien, dont l'extrémité antérieure avait été violemment portée en dedans, eut son extrémité tarsienne portée en sens opposé, c'est-à-dire en dehors. Les deux derniers métatarsiens quittèrent le cuboïde, pour se diriger vers le bord externe du pied; et le troisième suivit ce mouvement. Mais le deuxième métatarsien n'ayant pas cédé à ce double effort fut brisé dans sa diaphyse, en se déplaçant, ce qui avait permis le déplacement du premier os du métatarse. La réduction fut extrêmement facile, une fois le malade plongé dans le sommeil chloroformique, à l'aide d'une pression simultanée sur le côté externe du métatarse, d'une part, et sur le bord interne du tarse de l'autre. La réduction ne fut suivie d'aucun accident.

De la cautérisation par dilution, au moyen de la potasse caustique; par le docteur Bourgeois, médecin en chef de l'hôpital d'Étampes.

Ce procédé, que M. Bourgeois n'a employé jusqu'ici que pour combattre trois genres d'affections, qui sont : 1° la pustule maligne; 2° les taches de naissance, dites *nœvi materni*; et enfin, 3° certains ulcères ou tumeurs de nature carcinomateuse, que la poudre arsénicale ne pourrait attaquer que d'une manière incomplète; ce procédé, disons-nous, consiste à promener circulairement sur les parties malades un crayon de potasse caustique, maintenu dans un porte-nitrate, ou à l'aide de pinces à pansement. La vive irritation déterminée par le caustique, amène ordinairement une sécrétion séreuse, qui le fait dissoudre et pénétrer les chairs. Celle-ci ne tarde pas à se délayer et à former une sorte de bouillie brunâtre, qui s'amasse circulairement autour de l'espèce de fonticule, qu'on creuse de cette manière, aussi largement et aussi profondément que le nécessite le genre de mal auquel on a affaire. Dans le cas où les parties ne s'humecteraient pas, sous l'influence du caustique, on pourrait les mouiller légèrement d'eau ou de salive. L'auteur rapporte quatre observations de *nœvi materni*, traitées avec succès chez de très jeunes enfans, et cinq observations de cancer superficiel guéri de la même manière.

MÉLANGES.

Maladies des soldats de l'armée anglaise, en Angleterre. — Il est curieux d'étudier la physionomie pathologique des affections qui atteignent l'armée anglaise dans ses foyers; c'est en même temps un moyen de prendre une bonne idée de la nature des influences du climat et de la gravité que les maladies acquièrent sous cette influence. L'auteur des recherches, auquel nous empruntons ces résultats, le docteur F. Robinson, a pris pour type un régiment d'infanterie qu'il a suivi pendant cinq années en qualité d'aide-chirurgien. Il résulte de ses recherches que sur un total de 800 hommes composant le régiment, indépendamment des officiers, il y a eu en moyenne à l'hôpital, chaque année, 980 entrées, 12 décès et 33 réformes.

Sur ce nombre de malades, les affections aiguës en réclament beaucoup. Les plus communes sont la bronchite aiguë, qui compte 80 malades annuellement; les fièvres continues, qui figurent pour plus de 60 malades; les angines pour 23, la diarrhée pour 25, les coliques pour 11. Les fièvres intermittentes ne comptent que 5 malades annuellement, la pneumonie 6, la pleurésie et le rhumatisme articulaire aigu 4 chacun, ainsi que l'érysipèle. La dyssenterie vient après pour 2, et la scarlatine pour autant; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que la mortalité n'a porté que sur les fièvres, et en particulier sur les fièvres typhoïdes; pas un seul décès par pneumonie ou par pleurésie.

En fait d'affections choniques médicales, le rhumatisme chronique et la bronchite chronique sont les deux affections qui comptent le plus de malades; la première figure pour 44, la seconde pour 39. La scrofule et la phthisie pulmonaire ont un contingent moins considérable : 8 pour la première, 7 pour la seconde. La dyspepsie compte de son côté 15 malades.

En revanche, la syphilis fait de grands ravages dans l'armée anglaise; sur 800 soldats, on compte annuellement 78 cas de syphilis primitive, 20 de syphilis consécutive, 44 d'ulcères non syphilitiques des parties génitales (?), 40 de bubons, 85 gonorrhées, 23 épididymites; c'est donc plus d'un quart des soldats atteints de syphilis dans le courant d'une année. Rien ne prouve mieux, à notre avis, l'utilité des réglemens sévères adoptés par la France contre la prostitution. D'un autre côté, on ne compte pas moins de 35 cas de gale.

Parmi les affections chirurgicales, les ophthalmies occupent le premier rang : 90 malades. Les abcès et les phlegmons viennent après pour 66, les ulcères pour 38, les plaies pour 12, les sub-luxations pour 11, les contusions pour 4, les brûlures pour 3, les fistules à l'anus et les hernies chacune pour 2, les fractures pour 1. On remarquera combien la proportion des hernies est faible chez des sujets soumis à des travaux aussi fatigans.

En résumé, dit M. Robinson, du mois d'avril 1845 au mois d'avril 1850, sur 800 soldats composant le régiment, on a compté 4,901 entrées à l'hôpital, ou en moyenne 180 1/3 par année, 60 décès, ou en moyenne 12 par année, 116 réformes ou 23 1/5 par année, c'est-à-dire près de 2 entrées par homme et par année à l'hopital, 1 décès sur 81 et 1 réforme sur 160.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Concours de clinique médicale. — Les sujets des thèses échus aux candidats pour la chaire de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, sont : *Déterminer le rôle que joue le régime alimentaire, dans le traitement des maladies,* M. Dupré; — *De l'influence que les progrès de la physiologie, depuis le commencement du XIXe siècle, ont exercé sur la médecine pratique,* M. Dozous; — *Comparer l'humorisme moderne à l'humorisme ancien; déterminer l'influence qu'il a exercée; celle qu'il peut exercer sur les progrès de la médecine pratique,* M. Pons; — *De l'immunité et de la susceptibilité morbides, au point de vue de la clinique médicale,* M. Chrestien; — *De la généralisation et de la localisation des maladies,* M. Quissac.

— La tête de l'assassin de la reine d'Espagne, Martin Mérino, a été moulée par le docteur Didier, médecin français établi à Madrid; un exemplaire en plâtre vient d'arriver à Paris; il est destiné au musée anatomique de Paris, où se trouve la plus belle collection des têtes des criminels célèbres.

Instruction supérieure. — *Faculté de médecine de Montpellier.* — Par arrêté du 25 février 1852, M. Chancel, docteur ès-sciences physiques, chargé de la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé professeur de ladite chaire.

Nomination. — M. le marquis de Pastoret est nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'assistance publique, à Paris, en remplacement de M. le duc de Luynes, démissionnaire.

Épidémies. — L'hôpital des fiévreux de Londres n'a reçu, en 1851, que 877 malades atteints de typhus ou de fièvre typhoïde; sur ce nombre, on a compté 740 guérisons, 83 décès; et 103 sujets restent encore en traitement. Ce petit nombre de malades, et surtout le chiffre peu élevé des décès, indique combien a été satisfaisant, pendant l'année dernière, l'état sanitaire de la ville de Londres. L'hôpital des fiévreux est, en effet, un établissement créé en vue de ces terribles épidémies de typhus qui ont ravagé les grandes cités industrielles de l'Angleterre; et par une disposition qui n'existe pas chez nous et qui n'est pas, du reste, nécessitée par la nature des maladies qui règnent dans notre pays, tous les fiévreux, et surtout ceux atteints de typhus, sont traités exclusivement dans cet hôpital; il s'en suit que dans certaines années cet établissement est à peine rempli, tandis que dans d'autres il est littéralement encombré. On sait que c'est à cet hôpital qu'est attaché l'un des pathologistes les plus distingués de l'Angleterre, M. le docteur Tweedie.

Nécrologie. — Encore un médecin victime de son zèle. M. le docteur Armorer, de Newcastle, jeune chirurgien d'un grand mérite, s'étant piqué par hasard en disséquant, a été pris d'accidens d'infection purulente auxquels il a succombé en quelques jours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

DICTIONNAIRE des altérations et falsifications des substances alimentaires médicamenteuses et commerciales, avec l'indication des moyens de les reconnaître. — 2 volumes in-8. Paris, 1852, Béchet.

ÉLOGE DE M. HALLÉ, par M. Fr. **Dubois** (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine. — In-4. Paris, J.-B. Baillière.

LETTRES à M. le professeur ROSTAN sur le mot **Hypocondrie**; par le docteur Dumont (de Monteux), médecin à l'état civil de Grenelle, etc. In-8, Prix : 1 fr. Paris, 1852, J.-B. Baillière, et au bureau de l'Union Médicale.

Ces lettres sont reproduites dans l'intérêt des personnes atteintes d'affections nerveuses que nul phénomène extérieur ne révèle, et qu'à cause de cela l'on considère comme *malades imaginaires*.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Comp., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 27. SIXIÈME ANNÉE. **Jeudi 4 Mars 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois............ 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 MARS 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

C'est avec un certain embarras que nous allons exposer ce qui s'est passé dans cette première séance. Nous avons quitté l'Académie, profondément étonné de ce que nous venions d'entendre. M. P. Dubois a plaidé en quelque sorte l'incompétence de la compagnie à s'occuper d'un sujet semblable. Il a nié l'utilité et l'opportunité de la discussion. Si M. P. Dubois a été dans le vrai en ce qui concerne l'Académie, le rôle de la presse, à plus forte raison, devrait être terminé, car son action est plus générale et bien plus étendue que celle d'une séance académique.

Cependant, nous avons interrogé notre conscience et elle ne s'est pas sentie troublée par le discours de M. P. Dubois; aussi l'embarras dont nous parlions tout à l'heure vient moins de ce que nous avons à dire que de la manière dont il nous faut le dire. Nous éprouvons le malheur, en effet, d'être en complet désaccord avec le savant professeur de clinique obstétricale. Nous approuvons ce qu'il blâme, nous blâmons ce qu'il approuve, et c'est toujours chose pénible pour le journaliste d'avoir à lutter contre l'autorité d'un si grand maître.

Mais avant tout qu'a dit M. Dubois?

Le lecteur se rappelle qu'un savant chirurgien, M. le docteur Lenoir ayant eu à pratiquer l'avortement provoqué sur une femme dont l'étroitesse du bassin ne permettait pas d'espérer l'accouchement naturel, a présenté la relation de ce fait à l'Académie de médecine, se soumettant, disait-il avec courage et modestie, au jugement de ce corps savant, heureux, ajoutait-il, si cette communication pouvait être l'occasion pour l'Académie de fixer les esprits sur la grave question de l'avortement provoqué et de dissiper les incertitudes et les inquiétudes des praticiens sur ce sujet délicat.

Le travail de M. Lenoir, renvoyé à une commission, a été le sujet d'un rapport très étendu fait par M. Cazeaux, rapport que nous avons publié tout entier dans notre numéro 18, le 12 février dernier.

L'académie, vu l'importance et la gravité de cette question, renvoya la discussion de ce rapport à une séance ultérieure, et c'est hier que cette discussion a commencé par un discours de M. P. Dubois.

Tout a été l'occasion de blâme pour M. Dubois. Au lieu de s'en tenir au fait pur et simple de M. Lenoir, M. Cazeaux a étendu et agrandi le sujet de la discussion ; il n'y était pas autorisé. Pourquoi, par exemple, avoir traité la question des vomissements incoërcibles comme motif de provoquer l'avortement? C'est un point, du reste, que M. Dubois séparera de la discussion actuelle pour en faire le sujet d'une lecture prochaine devant l'Académie. Quant à la communication de M. Lenoir, elle était inutile et inopportune : inutile, car M. Lenoir trouvait dans des faits antérieurs tout ce qu'il fallait pour rassurer sa conscience ; inopportune, car la question de l'avortement provoqué n'est pas purement une question obstétricale, c'est surtout une question de morale que l'Académie ne peut pas résoudre, qu'elle ne doit pas résoudre.

La question de l'avortement provoqué a été importée de l'Angleterre sur le continent. Les praticiens anglais, douloureusement frappés de ce fait, que sous leur climat l'opération césarienne ne réussissait jamais, ont soulevé la question de l'avortement provoqué et l'ont résolu affirmativement. Mais en Allemagne, où l'opération réussit quelquefois, l'avortement provoqué a rencontré autant d'adversaires que de partisans. S'il est vrai qu'à Paris l'opération césarienne ne réussisse jamais, il en est pas de même pour les campagnes où l'on sait que cette opération est assez souvent pratiquée, est souvent aussi suivie de succès. Comment dès lors ériger en principe, en devoir, l'opération de l'avortement quand les praticiens ruraux sont en possession d'une autre ressource de l'art qui peut sauver à la fois et la mère et l'enfant?

L'académie, ajoute M. Dubois, a entendu exposer une doctrine étrange, celle qui, assimilant le fœtus à une sorte d'assassin, à un fou furieux, place la mère dans des conditions de légitime défense et lui permet de souscrire à la mort de son enfant pour sauver ses jours. Cette doctrine révolte M. Dubois, d'abord parce qu'elle est fausse. Il serait plus vrai de dire, en effet, que le fœtus pourrait accuser la mère qui l'a conçu librement et volontairement de l'avoir voué à une mort certaine lui qui n'a pas été libre de n'être pas conçu. D'ailleurs, cette doctrine, exposée par M. Cazeaux, n'est pas nouvelle et ne lui appartient pas, il l'a prise tout entière dans Nægèle, autorité respectable, sans doute, mais qui, dans ce cas, est complètement en défaut

M. Dubois termine en priant l'Académie de rejeter toutes les conclusions du rapport de M. Cazeaux et de se borner à un simple vote de remercîmens pour M. Lenoir.

C'est avec un grand étonnement, nous le répétons, que nous avons entendu M. Dubois exposer une semblable opinion. Si la doctrine de l'avortement provoqué a fait quelques progrès en France, à qui le doit-on, si ce n'est à M. P. Dubois, à son enseignement, à ses écrits. Ce qu'il a trouvé convenable d'enseigner, de publier, de laisser publier, il trouverait inutile, inopportun, dangereux que l'Académie cherchât à s'en occuper à son tour ! Cela ne nous paraît pas soutenable. Loin de blâmer M. Lenoir d'avoir saisi l'Académie de cette question grave, on doit au contraire féliciter et remercier cet habile chirurgien d'avoir donné ce courageux exemple. Par sa position justement acquise, M. Lenoir a donné plus d'importance encore à sa communication, et si un chirurgien de ce mérite et de cette réputation s'est cru obligé à chercher une sanction et une garantie morale derrière l'autorité de l'Académie, on doit juger par là des inquiétudes qui peuvent troubler la conscience des praticiens plus humblement placés.

D'ailleurs, de quoi s'agit-il? M. Cazeaux élève-t-il la prétention de faire voter l'Académie sur les propositions qui résument son beau rapport? Pas le moins du monde, et M. Cazeaux s'en est nettement expliqué à la grande satisfaction de tous. Il y a deux parties fort distinctes dans le rapport de M. Cazeaux : l'une, exclusivement relative au fait communiqué par M. Lenoir, à la conduite tenue par ce chirurgien dans un cas bien déterminé, et cette partie se termine par une conclusion directement afférente à cette communication, conclusion qui approuve la conduite de M. Lenoir et lui donne des remercîmens. L'autre partie est une sorte de traité sur l'avortement provoqué, M. Cazeaux y examine la question sous toutes ses faces, au point de vue théologique et moral, de médecine légale et de médecine pratique, et, après une dissertation lumineuse et saisissante d'intérêt, M. Cazeaux la résume et la termine par des propositions (qu'il a eu le tort d'appeler conclusions) qui sont comme les corollaires de la longue discussion à laquelle il vient de se livrer.

L'Académie reste entièrement libre de voter sur ces propositions ; à notre sens, et en cela nous ne partageons pas l'opinion de M. Cazeaux, la compagnie ferait peut être une imprudence, dans les circonstances actuelles, d'engager sa responsabilité par un vote solennel. D'ailleurs, quelque clarté que M. Cazeaux ait jetée sur son travail, le sujet ne nous paraît pas encore assez mûr, assez complétement étudié, les documens scientifiques ne sont pas assez suffisamment nombreux, pour que l'Académie soit autorisée à rédiger un corps de doctrine sur ce point et à formuler des règles de conduite. Mais ces raisons qui militent en faveur de l'abstention d'un vote, vote qui ne pourrait avoir lieu, ce nous semble, que si l'Académie était invitée à y procéder par le garde des sceaux, toutes ces raisons militent en faveur d'une discussion étendue et approfondie. Plus le sujet est obscur, plus il faut tâcher de l'entourer de lumières ; plus il est délicat et grave, plus il faut que, non pas l'Académie, mais les académiciens viennent en aide par leur expérience aux praticiens aux prises avec les difficultés de l'art. Nous ne voyons donc aucune raison sérieuse qui puisse empêcher l'Académie de discuter le rapport de M. Cazeaux, et nous n'avons pas compris, nous le redisons, l'opposition de M. Dubois à cet égard.

M. Cazeaux a fait une vigoureuse réplique à son contradicteur ; nos lecteurs la trouveront dans le compte-rendu, ainsi qu'ils y trouveront le discours de M. P. Dubois.

Comme on le voit, la question véritablement intéressante, la question pratique, n'a pas encore été abordée. M. P. Dubois ayant plaidé une sorte de fin de non-recevoir, M. Cazeaux a dû d'abord s'occuper de cet incident. Maintenant, l'Académie abordera-t-elle la question au fond? Oui, sans aucun doute. La réflexion portera ses fruits ; et, loin de s'opposer au développement de la discussion, nous oserions affirmer que M. P. Dubois y apportera, dans la prochaine séance, toute sa science spéciale, son expérience si grande et sa parole si écoutée.

Un autre incident, qui concerne l'UNION MÉDICALE et l'un de ses honorés collaborateurs, a été aussi soulevé par M. Dubois : M. Cazeaux s'autorisait des leçons de M. Dubois, sur l'avortement provoqué, publiées en 1848, dans l'UNION MÉDICALE, par M. le docteur Ed. Laborie, ancien chef de clinique de M. Dubois. M. Dubois a semblé décliner la responsabilité de ce travail, et jeter quelques doutes sur la parfaite exactitude des opinions qui lui sont attribuées. Nous devons laisser à notre honoré collaborateur le soin de répondre lui-même, devant l'Académie, aux assertions bien tardives de M. Dubois.

Amédée LATOUR.

L'espace nous manque aujourd'hui pour reproduire la partie de la séance qui a été consacrée à l'exposé de l'historique et de l'issue du procès intenté à l'Académie de médecine, par les exécuteurs testamentaires du marquis d'Argenteuil. Nous en rendrons compte dans le prochain numéro.

PATHOLOGIE.

DE LA DIPHTÉRITE DU GLAND CHEZ QUELQUES PARALYTIQUES ;

Par le dr HÉRARD, médecin du Bureau central des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer deux fois la diphtérite dans des circonstances qui ne nous paraissent pas avoir encore été signalées par les auteurs. Les malades qui font le sujet de ces observations étaient tous deux affectés d'une hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie, et dans les deux cas la région du corps sur laquelle se manifestait l'exsudation morbide était l'extrémité du gland au pourtour du méat urinaire. Quoique cette production pseudo-membraneuse n'ait été qu'un épiphénomène sans importance et presque inaperçu au milieu des symptômes graves de l'apoplexie, il nous a semblé que la singularité de son siége, la cause présumée de son développement donnait à ces faits quelque intérêt et étaient peut-être de nature à éclairer l'étiologie de la diphtérite.

OBSERVATION I. — G... (Georges), 58 ans, facteur, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 10, pour y être traité d'une hémorrhagie cérébrale récente qui avait déterminé l'hémiplégie du côté droit du corps. Nous constatâmes l'impossibilité absolue des mouvemens des membres supérieur et inférieur ; une diminution très notable de la sensibilité de ces mêmes parties ; la paralysie du sphincter de l'anus et de la vessie avec incontinence des matières fécales et surtout de l'urine, telle, que le malade était réduit à tenir constamment la verge dans l'urinal en plomb dont se servent habituellement les malades des hôpitaux. Deux mois environ s'étaient écoulés depuis que G... avait été admis au service de la clinique, et les symptômes de paralysie, loin de s'amender, allaient s'aggravant quand, il se plaignit à nous d'une assez vive douleur qu'il ressentait depuis quelques jours à l'extrémité de la verge. Nous l'examinâmes et nous reconnûmes une production pseudo-membraneuse, de couleur blanc jaunâtre, très adhérente, développée sur l'extrémité du gland, tout autour du méat urinaire, dans l'étendue d'une pièce de 1 franc environ. Cette plaque couenneuse n'avait été précédée, au dire du malade, d'aucune lésion spéciale du tissu muqueux du gland (plaie, ulcération, écoulement, etc.) ; jamais il n'avait remarqué rien de semblable en cette région ou ailleurs. Pendant plusieurs jours la fausse membrane diphtérique augmenta en surface ; mais bientôt, sous l'influence de quelques soins hygiéniques, et surtout de cautérisations avec le nitrate acide de mercure, la production accidentelle diminua d'étendue, puis disparut complètement. Le malade succomba deux semaines plus tard aux progrès de la paralysie que l'autopsie nous démontra avoir été produite par une hémorrhagie cérébrale du lobe gauche du cerveau.

Observation II. — Dans cette observation, qui offre une grande analogie avec la précédente, il s'agit d'un homme âgé de 65 ans, journalier, couché au n° 15 de la salle Saint-Charles (hôpital de la Charité), également frappé d'hémiplégie du côté droit et présentant les symptômes suivans : paralysie complète du mouvement dans les membres supérieur et inférieur ; paralysie incomplète du sentiment dans ces mêmes parties, déviation des traits de la face, langue fortement déviée à droite, perte de la parole avec conservation de l'intelligence, constipation, lenteur et difficulté de l'excrétion urinaire. Le traitement antiphlogistique énergique auquel fut soumis le malade parut d'abord avoir un résultat très avantageux, et les phénomènes de paralysie diminuèrent notablement ; mais bientôt ils reprirent avec une nouvelle intensité, et à la constipation et à la dysurie succéda l'incontinence d'urine et des matières fécales. Un matin, à la visite, le malade accusa une douleur cuisante à l'extrémité du pénis. Nous constatâmes dans cette région, au pourtour de l'urètre une exsudation particulière, de couleur jaunâtre, très adhérente à la muqueuse, et qu'il était impossible d'enlever sans déterminer de vives souffrances et l'écoulement d'un peu de sang. Cette exsudation pénétrait dans le méat urinaire, mais ne paraissait pas s'étendre profondément. Les lotions chlorurées, le quinquina furent sans efficacité ; les cautérisations avec le nitrate acide de mercure, les soins de propreté, la recommandation faite au malade de tenir la verge éloignée de l'urinal, amenèrent bientôt la guérison de cette production pseudo-membraneuse. La mort survint un mois après.

Réflexions. — On ne saurait, je crois, élever de doutes sur la nature de la lésion que nous avons observée chez ces deux malades. Il n'y a à songer ni à une escarre gangréneuse, ni à une simple concrétion pultacée. C'était bien au contraire la couleur de la diphtérite, sa densité, son adhérence au tissu muqueux sous-jacent, sa marche, son extension en surface, sa facile disparition sous l'influence des caustiques, etc.... Mais quelle était la cause qui avait présidé à son développement ? Fallait-il accuser l'affection cérébrale ? Cela était peu probable. L'hémorrhagie du cerveau n'est pas rare, le symptôme hémiplégie moins encore ; la diphtérite du gland, dans cette hypothèse, devrait être fréquemment observée, et cependant elle n'a pas été signalée, que je sache, par les auteurs qui ont étudié cette maladie avec tant de soin dans toutes ses conditions de siége, d'origine, etc.... D'ailleurs si les modifications apportées à la myotilité, à la sensibilité, et consécutivement à la circulation du gland avaient été le point de départ tout à fait exceptionnel de cette fausse membrane, il est à présumer qu'elle eût été limitée au côté paralysé, et, comme on l'a vu, l'extrémité du gland était envahie aussi bien à gauche qu'à droite. Nous pensons donc que l'hémiplégie n'est entrée pour rien dans la production de la diphtérite, et qu'il faut recourir à la supposition de causes particulières générales ou locales. Pour ce qui est d'une cause générale, aucune épidémie de diphtérite ne régnait à l'hôpital ; la salle affectée à nos malades, le lit qu'ils occupaient n'offrait aucune condition d'insalubrité ; et d'ailleurs il eût été difficile d'expliquer pourquoi ce siége bizarre et exclusif de la maladie, aucun autre point du corps n'ayant été atteint. Aussi nous arrivâmes bientôt à cette conclusion que l'influence morbide, quelle qu'elle fût, qui avait amené la diphtérite avait dû exercer une action topique sur le gland ; et lorsque nous apprîmes du malade que la verge était constamment plongée dans l'atmosphère infecte qui s'exhale du vase métallique contenant une urine décomposée, il nous parut inutile de chercher ailleurs l'explication des accidens locaux que nous avions observés.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er Mars. — Présidence de M. Piobert.

M. Sédillot adresse les *résultats statistiques des amputations pratiquées par lui pendant la dernière année scolaire* 1850-1851, suivis de considérations sur les moyens d'assurer la réussite des amputations des membres.

Ces amputations ont été au nombre de 10, ainsi réparties :

	Opérés.	Guéris.	Morts.
Amputations de cuisse.	3	3	0
— de jambe.	4	3	1
— du pied, tarso-tarsienne.	1	1	0
— des os métacarpiens. . .	2	2	0
Totaux. . .	10	9	1

Si nous réunissons, dit M. Sédillot, ces cas particuliers à ceux que nous avons déjà communiqués à l'Académie, nous trouvons 4 morts sur 40 amputations ou 1 mort sur 10 amputations.

	Opérés.	Guéris.	Morts.
Amputations de cuisse.	7	7	0
— de jambe.	14	12	2
— de bras	2	2	0
— d'avant-bras.	4	4	0
— de pied en totalité. . . .	1	1	0
— partielle du pied.	2	1	1
— carpo-métacarpiennes et métacarpo-phalangienne	5	5	0
— des phalanges	5	4	1
Totaux. . .	40	36	4

Sept succès continus d'amputation de cuisse sont dignes d'attention, ajoute l'auteur, si l'on réfléchit à l'extrême gravité habituelle de cette opération, et les guérisons se sont en général accomplies avec tant de régularité et de promptitude, qu'on ne saurait méconnaître l'influence toute particulière de la méthode opératoire sur ces heureux résultats.

La possibilité de n'imprimer aucun mouvement aux malades, de n'exercer aucune constriction sur le moignon, de supprimer des pansemens inutiles et douloureux, de maintenir la plaie spontanément fermée et de laisser une libre issue à la suppuration, expliquent hautement les avantages de notre méthode.

M. Grange adresse des *observations sur la présence de l'iode et du brome dans les alimens et les sécrétions*, pour faire suite aux mémoires de l'auteur sur les causes du goître et du crétinisme.

L'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les bromures et les iodures sont constamment mêlés à notre alimentation, comme les chlorures, mais en quantité infinitésimale.

Ces quantités sont si petites, et les procédés d'analyse comparative si imparfaits, qu'il est impossible d'obtenir autre chose que des approximations, sur lesquelles toute théorie est au moins prématurée.

2° Les bromures et les iodures ne se trouvent pas en quantité appréciable dans les eaux des vallées supérieures *où on ne trouve jamais de goître*, dans les vallées au pied des glaciers, vallée du Rhin, de l'Aar, du Rhône, de l'Aroe, de l'Arc, de l'Isère, de la Romanche, du Pô, là où la théorie et les analyses de MM. Cantu, Chatin et les miennes n'indiquent pas des traces sensibles d'iodures. On trouve l'iode plus abondamment dans les eaux et les sources de Lyon, de Genève, où l'on rencontre des goîtreux. Les iodures augmentent dans les eaux, à mesure qu'on s'éloigne des hauteurs ; le goître augmente ses ravages en partant des hauteurs où il est à peine sensible, jusqu'à la limite des grands bassins.

La distribution de l'iode n'explique point la distribution du goître. Il n'est pas douteux que les iodures n'aient une influence préservatrice ; mais de là à admettre que leur absence soit la cause du goître, il y a une distance immense.

Dans un prochain mémoire, l'auteur se propose de donner, outre les cartes détaillées de la distribution du goître et la carte géologique correspondante du département de l'Isère, la série des analyses les plus importantes.

M. Colin, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'Ecole d'Alfort, adresse des *recherches expérimentales sur la sécrétion de la salive chez les solipèdes*. De ces recherches, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les diverses glandes qui composent le système salivaire des solipèdes, agissent toutes ensemble pendant la mastication. Cependant, chacune d'elles a son activité spéciale mise en jeu, et modifiée par certaines influences.

2° Les parotides sécrètent inégalement dans un temps déterminé, bien qu'elles paraissent toutes les deux dans des conditions identiques. Elles alternent l'une avec l'autre. Celle du côté sur lequel s'opère la mastication, produit au moins un tiers de plus que l'autre. Mais ordinairement elle donne le double et quelquefois même le triple de cette dernière.

3° Quand le sens de la mastication vient à changer, c'est-à-dire quand l'animal, qui broyait les alimens sous les molaires droites, vient à les broyer sous les molaires gauches, il s'opère une inversion correspondante dans la sécrétion parotidienne. La glande, qui d'abord était très active, ralentit brusquement sa sécrétion, et l'autre achève la sienne avec la même rapidité.

4° Les alternatives d'accélération et de ralentissement dans l'action des parotides se succèdent suivant l'ordre de changemens qui surviennent normalement dans le sens de la mastication. Elles sont aussi prononcées lorsque ces changemens se renouvellent à des intervalles de quelques minutes, que lorsqu'ils se produisent toutes les demi-heures ou toutes les heures.

5° Ces inégalités alternatives de la sécrétion sont tellement inhérentes au mode d'action des parotides, qu'elles se manifestent encore pendant le temps assez court de la persistance de la sécrétion après le repas.

6° La sécrétion des glandes maxillaires ne présente pas le caractère de celle des parotides. Elle est régulière, sensiblement égale pour les deux, et sans variation correspondante à celle de la mastication.

7° La somme de salive versée dans la bouche par toutes les glandes réunies est en moyenne de 5 à 6 mille grammes par heure lorsque l'animal mange des fourrages desséchés ; elle augmente d'un tiers ou d'un quart, quand il consomme des grains, mais elle se réduit au 5me ou au quart pendant la mastication des graines aqueuses. Cette quantité varie du reste suivant les momens du repas ; elle n'atteint son maximum qu'au bout d'un certain temps, diminue quand la mastication se ralentit et se réduit à très peu de chose quand cette dernière s'arrête.

8° Les parotides donnent à elles seules plus des deux tiers de cette somme totale, les maxillaires le 20me seulement, les sub-linguales, les molaires et les glandules buccales, le reste.

Cette proportion entre les produits de diverses glandes est donc très différente de celle que semblent indiquer les rapports périodiques.

9° La sécrétion des parotides et des maxillaires est à peu près complètement suspendue pendant l'abstinence, si ce n'est dans les momens qui suivent immédiatement le repas. La salive épaisse et visqueuse qui humecte alors la bouche pour être ensuite déglutée provient des sublinguales, des glandules buccales et palatines ; elle représente environ la 37me partie de celle que fournit tout le système salivaire pendant la mastication.

10° La sécrétion de la salive paraît, pour toutes les glandes sans exception, excitée par suite de l'impression gustative des alimens sur la muqueuse buccale. Cette impression suffit sans le secours de la mastication pour faire affluer dans la bouche la salive parotidienne et la maxillaire.

La mastication n'agit, selon toute apparence, qu'en rendant cette impression plus forte et plus étendue par la division qu'elle opère dans les substances sapides.

11° Le mouvement des mâchoires et la mastication de substances sans saveur n'ont pas d'action sensible sur la sécrétion salivaire.

12° La vue des alimens, même pour les animaux qui souffrent de la faim, ne produit pas de salivation appréciable, ni de la part des parotides et des maxillaires, ni de la part des autres glandes.

13° Les substances excitantes, telles que le sel marin, le poivre, le girofle, le vinaigre, l'asa-fœtida, etc., mises en contact avec la muqueuse buccale, n'augmentent que dans une proportion très faible la sécrétion qui a lieu pendant l'abstinence. Elles portent spécialement leur action sur les maxillaires, les sub-linguales et les divers glandules de la bouche, quelquefois même aussi sur les parotides ; mais en somme elles sont loin d'agir d'une manière aussi efficace qu'on le pense généralement.

14° Les irritations produites sur les canaux excréteurs par l'injection des liquides stimulans, n'amènent pas de salivation sensible. La gêne apportée dans la circulation des glandes par la ligature de la jugulaire ne produit pas non plus de salivation pendant le repas ainsi que l'avait annoncé Lower. La ligature de la carotide reste aussi, du moins immédiatement, sans influence sensible sur cette sécrétion.

15° La salive secrétée par les diverses glandes n'est pas identique. Celle des parotides est constamment très fluide et sans viscosité ; celle des maxillaires est épaisse, visqueuse et filante comme un solutum de gomme concentré ; enfin celle des sub-linguales et des glandules sous-muqueuses, que l'on obtient isolée après avoir établi des fistules aux parotides et aux maxillaires, possède une viscosité encore plus considérable.

16° Ces diverses salives, bien qu'ayant des propriétés physiques dissemblables, peuvent se suppléer réciproquement, puisque la mastication et la déglutition continuent quand on fait couler à l'extérieur les salives parotidiennes et maxillaires.

M. le docteur Camille Bernard, médecin des épidémies pour Vaucluse, lit sous le titre de : *Nouvelle méthode de céphalo-sciage chez le fœtus qui a cessé de vivre*, un mémoire tendant à prouver la supériorité d'une nouvelle méthode qu'il suit dans la division de la tête à l'aide de la chaîne à scie.

Cette méthode consiste à diviser la tête d'arrière en avant, contrairement à ce que pratique l'ingénieux inventeur des forceps-scie, M. le docteur Van-Huevel qui la divise de bas en haut. M. Camille Bernard rappelle qu'en 1836 il présenta à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine un forceps fondé sur un nouveau principe : *l'introduction simultanée des deux branches*. Au point de vue théorique, cette invention reçut la sanction de l'Académie de médecine. Aujourd'hui l'importance en est démontrée par cinquante applications pratiques.

Après avoir servi à rendre plus méthodique et plus souvent possible l'extraction du fœtus vivant, le nouveau principe complète ses services entre les mains de son auteur en rendant le céphalo-sciage plus sûr, plus facile et plus prompt. Pour faire acte de justice, M. Camille Bernard passe en revue les modifications apportées récemment au forceps à sciage. Il trouve que dans l'instrument ingénieux, mais compliqué de M. Van-Huevel, la scie agit dans le sens le moins favorable ; que la grande simplification apportée par M. Mathieu à l'instrument du sciage ne change point le système sur lequel il repose et que la nouvelle méthode de sciace d'arrière en avant, adoptée par une illustration médicale belge, M. le docteur Seutin, perd une grande partie de ses avantages par son association au forceps ordinaire. Cette méthode n'est autre que celle de M. Camille Bernard.

Cette communauté de pensées entre lui et M. Seutin, l'auteur s'en applaudit et s'en fait une autorité en faveur de sa conception. Toutefois, il n'hésite pas à s'attribuer la priorité de l'exécution, « attendu, dit-il, qu'au » moment où notre honorable confrère a demandé à Paris la réalisa- » tion du nouveau principe, l'instrument pour lequel nous l'avions déjà » réalisé depuis près d'un an en province, a été représenté à M. Seutin. »

L'auteur termine par ces conclusions :

Le *forceps assemblé* nous permet :

1° Sans secours étranger, d'introduire et de placer simultanément les deux branches aux plus grandes hauteurs ;

2° De porter d'emblée la chaîne à scie sur la tête du fœtus ;

3° De la faire agir dans les meilleures conditions, c'est-à-dire directement et d'arrière en avant, soit par un mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement, soit à l'instar d'un nœud qui scierait, en serrant.

(Comm. MM. Velpeau, Roux et Lallemand.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. Devilliers fils, intitulé : Essai historique et critique sur l'avortement provoqué, considéré au point de vue de la morale chez les peuples de l'Italie, suivi de la traduction d'un mémoire du docteur Cazzani contre l'avortement provoqué. Ce travail est renvoyé comme document à la commission dont M. Cazeaux est rapporteur.

2° Un travail de M. le docteur Ed. Carrière intitulé : Études sur les propriétés médicales des eaux salées et des eaux-mères de Salins (Jura), suivies d'un aperçu sur le sol et le climat de la contrée. (Comm. des eaux minérales.)

3° Un travail de M. Liégey, de Rambervillers, intitulé : Nouvelles observations de fièvres intermittentes par l'effet d'une cause traumatique dans un milieu fébrile. (Comm. MM. Louis et Michel Lévy.)

— M. le Président, avant de faire connaître l'ordre du jour, expose à l'Académie le résultat du procès qui vient d'être soutenu en son nom contre le légataire et les exécuteurs testamentaires du marquis d'Argenteuil. Le jugement a été rendu le 28 février dernier. La défense des intérêts de l'Académie avait été confiée à M. Orfila. M. le président invite M. Orfila à vouloir bien rendre compte lui-même de l'affaire et à lire sa plaidoirie. (Nous publierons ce travail dans notre prochain numéro.)

— M. Lecanu lit au nom d'une commission un rapport favorable sur un mémoire de M. Gobley, ayant pour titre : *Recherches chimiques sur la matière grasse du sang veineux de l'homme*. Les commissaires pensent que le mémoire de M. Gobley est digne de figurer dans le recueil des travaux de l'Académie, et proposent en conséquence d'en ordonner le renvoi au comité de publication. (Adopté.)

M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des eaux minérales et des demandes d'exploitation, dont les conclusions sont adoptées.

M. Fleury lit une note *sur le traitement de la fièvre intermittente par les douches froides*. Voici comment s'exprime l'auteur :

Messieurs,

Un médecin auquel vous avez accordé l'honneur d'une commission

académique chargée de répéter ses expériences, trace ainsi l'historique de sa découverte dans une brochure destinée à faire prévaloir un nouveau mode de traitement des maladies périodiques.

« Pendant l'été très chaud de 1847, dit M. le docteur Baud, la commune de Meudon, où j'exerçais la médecine, fut soumise à une épidémie de diverses affections paludéennes, dont toutes les phases furent évidemment calquées sur celles de l'abaissement de niveau, par évaporation, des nombreux étangs disséminés sur le territoire de la commune. Bien rares et bien privilégiés furent les malades qui n'eurent pas à lutter, par d'incessans retours, à l'usage du sulfate de quinine, contre les incessantes récidives d'une fièvre incoercible.

» Je ne fus pas de ce petit nombre, et pourtant c'est avec une consciencieuse vigueur que je m'étais administré le spécifique au début, aussi bien que dans les rechutes multipliées d'une fièvre tierce qui m'enlevait à mes malades au moment où je leur étais le plus nécessaire.

» A bout de moyens, lisant le fatal : *Medice cura te ipsum* sur la figure des nombreux récidivés qui gémissaient autour de moi de l'*impuissance du quinquina*, j'eus recours aux douches froides, moins désireux encore d'obtenir ma guérison définitive que de faire jouir mes compagnons d'infortune du résultat de ma tentative si elle réussissait. *Une seule douche*, prise au moment même du début d'un accès qui s'annonçait très intense, suffit *pour me guérir sans retour*. Des cures *radicales*, un peu moins rapides seulement, furent obtenues sur divers fiévreux, cures dont le docteur Fleury a donné la relation dans une notice adressée à l'Académie des sciences. »

Vous pensez, sans doute, Messieurs, qu'après un aussi beau résultat obtenu sur lui-même et sur plusieurs de ses malades, la reconnaissance, à défaut de tout autre sentiment, fit de notre confrère un ardent propagateur des douches froides ? Il n'en fut rien ; l'efficacité si bien constatée de ce modificateur ne servit qu'à faire éprouver à M. le docteur Baud le besoin de chercher un succédané au quinquina ! De là l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, dont les merveilles ne paraissent pas devoir résister à l'épreuve d'une expérimentation suivie et rigoureuse.

C'est aujourd'hui le tour du sel marin. Puisse-t-il être plus heureux que son prédécesseur ! Et je n'aurais élevé aucune réclamation en faveur d'une médication que je considère comme beaucoup plus simple et plus sûre, si l'honorable M. Piorry n'avait inséré dans son rapport, à propos des douches froides, une proposition dont on pourrait tirer des inductions qu'il importe de prévenir, dans l'intérêt de la vérité, de la science et de l'humanité.

« La diminution dans les dimensions de la rate, à la suite de l'administration du sel marin, dit M. Piorry, est-elle seulement momentanée et l'organe revient-il à des dimensions plus considérables que celles qu'il présentait après l'ingestion du chlorure de sodium ? Dans l'immense majorité des cas, le lendemain et les jours qui suivaient celui de l'administration du sel marin, la rate restait précisément circonscrite dans les figures qui avaient été tracées lors de la diminution primitive de l'organe. Il n'en était pas de l'action du sel marin comme de celle des douches.

» M. le docteur Fleury a vu celles-ci promptement diminuer le volume de l'organe, et partant, *fréquemment* guérir les fièvres d'accès ; mais *dans bien des cas* le décroissement de la rate, qui survient à la suite des douches, n'est pas de durée, et quelques heures ou *quelques jours après, l'organe reprend, en partie, ses proportions morbides.* »

Messieurs, dans le mémoire que j'ai présenté à l'Académie des sciences et inséré dans les *Archives générales de médecine* (n° de mars 1848), j'établis :

Que tous les malades soumis à l'action des douches froides ont guéri.

Dans les cas de fièvre intermittente récente, avec ou sans augmentation du volume de la rate, deux ou trois douches ont suffi pour amener une guérison radicale.

Que dans les cas où la rate a présenté une augmentation de volume ancienne et considérable, les douches froides ont *constamment* exercé sur cet organe une action régulière, s'accomplissant suivant une *loi* qui peut être formulée ainsi : « Chaque douche amène instantanément dans le volume de la rate une diminution considérable, qui persiste pendant un temps d'autant plus long, que le nombre des douches administrées est plus grand ; dans les intervalles qui séparent les douches les unes des autres, l'organe augmente de nouveau, *sans atteindre, toutefois, dans aucun intervalle, les dimensions qu'il présentait dans l'intervalle précédent*, et en passant ainsi par des alternatives de décroissement et d'accroissement de moins en moins considérables, *il revient enfin définitivement à ses limites physiologiques.* »

Ainsi, Messieurs, votre honorable rapporteur a dit avec raison qu'à la suite des douches, la rate reprend, en partie, ses proportions morbides, mais il faut ajouter que le résultat ultime du traitement est *de ramener définitivement l'organe à ses dimensions physiologiques.*

Cette addition a une importance facile à saisir, car c'est elle seule qui permet de comprendre comment j'ai pu obtenir, par les douches froides, la guérison *radicale* de fièvres d'accès et de splénomégalies anciennes, graves, ayant résisté à l'administration méthodique du sulfate de quinine ; et c'est aussi en m'appuyant sur elle que j'espère en guérir qui auront résisté à l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, voire même au sel marin.

Cherchant à se rendre compte de l'action différente des modificateurs, votre savant rapporteur se pose les questions suivantes :

« Est-ce que le sel marin, comme la quinine soluble sur la trame de la rate, modifierait, dans sa profondeur, le tissu malade, tandis que les douches froides détermineraient seulement une constriction, un resserrement momentané du périsplène ? »

Mais, quelques pages plus loin, on lit dans le rapport de l'honorable M. Piorry :

« En vérité, je ne saurais dire quel est le mode d'action du sel marin et de la quinine sur la rate ; bien des raisons me portent à croire que l'un et l'autre agissent soit sur l'enveloppe, soit sur le tissu fibreux de cet organe. Quant au mécanisme de l'action dont il s'agit, il est inconnu, comme celui de la plupart des substances qui ont sur divers organes une action spéciale. »

Je ne me charge pas, Messieurs, de découvrir le mécanisme de l'action exercée par le sulfate de quinine et le sel marin ; mais il me semble que la physiologie explique parfaitement celui de l'action exercée par les douches froides ; il s'agit tout simplement ici d'une *révulsion* puissante, à la fois mécanique et vitale, dont les effets se font sentir non seulement sur la rate, mais sur tout organe qui est le siége d'une congestion sanguine non inflammatoire, sur l'utérus, les poumons, le foie.

Le 8 mai 1851, je présente un malade à MM. Andral et Piorry, en les priant de vouloir bien déterminer le volume du foie. La percussion est pratiquée par M. Piorry, des lignes sont tracées avec le nitrate d'argent, et ces honorables confrères constatent que l'organe hépatique a 18 centimètres verticalement, au niveau du mamelon, et que, transversalement, il dépasse la ligne médiane de 11 centimètres. Une douche est administrée séance tenante, et, immédiatement après, MM. Andral et Piorry reconnaissent que le volume du foie a diminué de 6 centimètres 1/2 verticalement, et de 5 centimètres transversalement.

Dans un prochain travail, j'étudierai, avec tout le soin qu'elle mérite, cette importante action révulsive et anticongestionnelle des douches froides. Ici, je veux seulement, Messieurs, reproduire les conclusions de mon mémoire sur les fièvres d'accès :

« 1° Dans le traitement de la fièvre intermittente récente, simple, périodique, avec ou sans engorgement de la rate, les douches froides *peuvent être substituées* au sulfate de quinine.

» 2° Dans le traitement de la fièvre intermittente ancienne, périodidique ou irrégulière, ayant récidivé plusieurs fois, accompagnée d'un engorgement considérable et chronique de la rate ou du foie, d'anémie, d'un état cachectique, c'est-à-dire dans le traitement de l'intoxication paludéenne chronique, les douches froides *doivent être préférées* au sulfate de quinine. Plus rapidement et plus sûrement que celui-ci elles coupent la fièvre, ramènent les viscères à leur volume normal, font disparaître les phénomènes d'anémie et de cachexie, sans que l'on ait à redouter les accidens que les hautes doses de sulfate de quinine produisent, parfois, du côté du système nerveux et des voies digestives.

» 3° L'action curative des douches froides est complète ; car non seulement elle guérit la maladie, mais elle en prévient encore les rechutes. »

Permettez-moi, Messieurs, pour terminer, de vous faire remarquer qu'en proclamant la supériorité des douches froides pour guérir, non seulement la fièvre et les congestions viscérales, mais encore, et ceci est bien plus important, l'empoisonnement miasmatique, l'anémie, la cachexie paludéennes, je n'entends établir cette supériorité qu'à l'égard *du sulfate de quinine* et nullement quant *au quinquina*, que je n'ai pas expérimenté comparativement.

C'est qu'en effet, sans contester les précieux avantages justement attribués au sel de quinine, je crois, avec tous les hommes qui ont pratiqué dans les grands foyers endémiques, que l'introduction de ce médicament dans la thérapeutique a exercé une influence funeste sur un grand nombre de médecins, en leur faisant oublier que, si le sulfate de quinine est le remède de la fièvre intermittente, le quinquina reste celui de l'intoxication paludéenne.

(Renvoyé à la commission des succédanés.)

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Cazeaux, relatif à l'accouchement prématuré artificiel.

La parole est à M. Cazeaux.

M. Cazeaux : Avant de commencer à discuter mon rapport, je prie l'Académie de me permetttre une courte observation.

Depuis la publication de mon travail, quelques-uns de nos honorables confrères ont paru craindre qu'en adoptant les conclusions de la commission, l'Académie s'engageât dans une voie périlleuse et un peu compromettante pour sa dignité. Tout en remerciant plusieurs confrères de la bienveillance avec laquelle ils m'ont fait cette observation, je ne saurais admettre leur opinion ; et voici pourquoi :

La question dont nous avons à nous occuper étant très importante, nous avons cru devoir la traiter avec quelques détails ; et, pour résumer en quelques mots les longs développemens dans lesquels nous sommes entré, nous avons terminé notre travail par des propositions qui en sont comme la table analytique, le véritable résumé. Ces propositions sont, comme le rapport lui-même, l'œuvre particulière de la commission. C'est un document qui se joindra aux autres documens fournis probablement dans la discussion qui va s'ouvrir ; mais ils ne font nullement partie des conclusions définitives qui sont relatives au travail de M. Lenoir. Voter sur ces dernières, ce n'est donc pas voter sur notre rapport ou sur les conclusions qui en sont le résumé ; tel n'est pas au moins l'usage de l'Académie ; et nous ne comprenons pas pourquoi on ferait une exception dans ce cas particulier.

Ce n'est pas que nous retirions rien des conclusions qui résument notre travail. Nous sommes prêt à les soutenir si elles sont attaquées ; mais nous n'avons nullement la prétention de les imposer à la compagnie, et de lui demander un vote à leur sujet.

Si toutefois, vu l'importance de la question, vu l'incertitude qui règne encore dans de très bons esprits, l'Académie croyait devoir sortir, dans cette circonstance, de sa réserve habituelle, et fixer par un vote la jurisprudence médicale, elle ferait, à notre avis, chose utile ; s'il nous était permis de dire ici toute notre pensée, nous croyons qu'il est de la dignité, nous dirions presque du devoir du premier corps médical de France, de réglementer, autant qu'il le peut, toutes les questions qui sont de nature à troubler la conscience du praticien.

Mais ce n'est, nous le répétons, qu'une opinion personnelle ; et nous n'avons pas assez d'autorité pour engager nous-même l'Académie dans cette voie. Aussi n'en avons-nous pas parlé dans les conclusions finales, qui se bornent, comme on l'a vu : 1° à remercier l'auteur de son intéressante communication ; et 2° renvoyer son travail au comité de publication.

La parole est à M. P. Dubois.

M. P. Dubois : L'explication que vient de donner notre collègue ne change rien au fond des choses ; que les conclusions du rapport soient l'œuvre particulière du rapporteur ou l'œuvre collective de la commission, elles n'en sont pas moins le développement du désir exprimé par M. Lenoir à la fin de son travail, de voir l'Académie juger la question. Or, l'acceptation de la conclusion finale du rapport, si les conclusions doctrinales qui la précèdent n'avaient pas été combattues, équivaudrait à l'adoption de ces conclusions.

Le rapport de M. Cazeaux comprenait deux parties, l'une relative à la provocation de l'avortement dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, l'autre relative à la provocation de l'avortement dans les cas de maladies très graves de la mère, et en particulier dans les cas de vomissemens opiniâtres. La première de ces deux questions était l'objet essentiel du rapport ; la seconde était une partie incidente, une digression qui me paraît avoir le double inconvénient, celui d'éparpiller la discussion sur des sujets divers, et celui d'ajouter à une question déjà grave et difficile une autre question qui peut paraître plus grave et plus litigieuse encore. Quoi qu'il en soit, lorsque j'ai demandé la parole après la lecture du rapport, c'était pour répondre à cette seconde partie du travail de notre collègue. Mais comme le sujet que je veux traiter est très délicat et très difficile, j'ai pensé que je n'en devais pas abandonner l'exposé et la discussion aux hasards de la parole et à l'expression peut-être incomplète et insuffisante de ma pensée, et j'en ai fait le sujet d'un travail écrit que je demanderai à l'Académie la permission de lui communiquer dans la prochaine séance, si la discussion actuelle n'est pas close. Néanmoins, puisque je suis à cette tribune, je présenterai quelques observations sur la première partie du rapport ; qu'il me soit permis de rappeler d'abord et très succinctement les faits.

Une fille enceinte pour la troisième fois, et dont le bassin était très rétréci, réclama les soins de M. Lenoir ; elle était alors peu avancée dans sa grossesse. Notre confrère, après quelques hésitations, se décida à provoquer l'avortement, afin d'éviter à cette malheureuse les chances trop graves d'une opération césarienne ou de l'embryotomie. L'avortement provoqué qu'elle avait subi déjà deux fois, mais par d'autres mains que celles de M. Lenoir, fut heureux quant à la mère. C'est l'observation de ce fait que notre confrère a communiquée à l'Académie. Il l'avait terminée par cette phrase : « J'ai pensé qu'il y aurait peut-être quelque utilité, pour la pratique, à provoquer de la part de l'Académie un vote qui, empruntant à la haute position que ce corps savant occupe une autorité incontestable, servirait pour toujours de règle absolue. »

Chargé de faire un rapport sur ce sujet, M. Cazeaux, après avoir puisé à des sources nombreuses et variées des argumens favorables à la provocation de l'avortement, dans le cas où M. Lenoir y avait eu recours, a cru devoir donner son entière approbation à la conduite suivie par notre confrère, et a terminé par les conclusions suivantes :

1° C'est par suite d'une fausse interprétation, que les lois divines et humaines, relatives à l'avortement, ont été appliquées à l'avortement pratiqué dans un but médical.

2° Les lois punissent le crime ; elles ne peuvent donc atteindre sans injustice un acte accompli avec les intentions les plus pures.

3° Placée dans la cruelle alternative de choisir entre la vie de son enfant et sa propre conservation, la femme a, de par la loi naturelle, le droit d'opter pour la mutilation du fœtus.

4° Dans ce sens, le médecin peut et doit sacrifier l'enfant au salut de la mère.

5° L'avortement provoqué étant beaucoup moins grave pour la mère que l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut et doit lui donner la préférence.

J'ai rappelé à dessein ces conclusions et la dernière phrase qui termine le travail de M. Lenoir, parce que les conclusions sont évidemment la formule du jugement demandé par M. Lenoir, et parce qu'à ce titre elles indiquent le caractère et l'importance de la décision qui est réclamée de l'Académie.

Etait-il nécessaire, comme le pense M. Lenoir, que la question fût soumise au jugement de l'Académie ?

La proposition de provoquer l'avortement pour soustraire la femme enceinte et difforme aux dangers de l'opération césarienne, cette proposition n'est pas nouvelle. C'est vers le dernier tiers du siècle dernier qu'elle a été d'abord faite en Angleterre, qu'elle y a été acceptée et exécutée. Produite plus tard en Allemagne, elle y a rencontré des partisans et des adversaires.

Elle ne fut exprimée en France que beaucoup plus tard, parce que, aussi longtemps que l'autorité toute puissante de Baudelocque et de ses successeurs immédiats resta prédominante, toute intervention de l'art ayant pour but de provoquer l'expulsion du fœtus avant le terme naturel de la grossesse, fut énergiquement repoussée ; ce fut même sous cette influence que beaucoup plus tard, en 1827, l'Académie, consultée par M. Costa, sur la question de savoir s'il serait permis de provoquer l'accouchement prématuré chez une femme parvenue à une époque avancée de la grossesse et menacée de suffocation, l'Académie, dis-je, répondit formellement par la négative à cette question. Cependant, Fodéré, en 1813, dans son *Traité de médecine légale*, n'hésite pas à déclarer que la provocation de l'avortement, par un accoucheur, était licite quand la conformation vicieuse du bassin était assez prononcée pour exposer la femme à la nécessité de subir l'opération césarienne. Marc exprima la même opinion à l'article avortement dans le *Dictionnaire de médecine*, en 25 volumes. Lorsque notre collègue M. Velpeau publia, en 1829, la première édition de son *Traité d'accouchemens*, il déclara qu'il ne balancerait pas à conseiller la provocation de l'avortement pour soustraire une femme mal conformée aux dangers futurs de l'opération césarienne.

Moi-même, en 1843, je publiai dans la *Gazette médicale* un article dans lequel je m'étais attaché surtout à établir une différence capitale entre l'avortement provoqué par l'art dans un but salutaire, et l'avortement provoqué dans une intention criminelle. J'avais établi aussi nettement que je l'avais pu les droits du médecin. Ce premier article attendait, il est vrai, une suite qui n'a pas paru, mais cet article contenait des prémisses dont les conclusions favorables à l'avortement provoqué par l'art ne pouvaient pas être douteuses. D'ailleurs j'avais fait plus que d'exprimer ces conclusions, car ce travail n'avait été publié qu'à l'occasion d'un avortement que, le 14 septembre 1842, j'avais provoqué publiquement à la Clinique d'accouchemens, chez une femme dont le bassin n'avait que cinq centimètres et demi dans la direction du diamètre sacro-pubien.

J'avais donc, il y a près de dix ans, publié, enseigné et mis en pratique la provocation de l'avortement dans les cas de rétrécissemens extrêmes du bassin. Quelques années après, M. Cazeaux pratiqua la même opération, précisément sur la même femme qui a été le sujet de l'opération de M. Lenoir, et je la répétai une fois encore après lui. Enfin M. Lenoir la pratiqua à son tour. Vous voyez donc, Messieurs, que les praticiens qui voudraient aujourd'hui suivre l'exemple que M. Cazeaux, M. Lenoir et moi nous avons donné, ne manqueraient pas de précédens et d'autorités médico-légales valables pour les justifier, puisque M. Lenoir lui-même n'en a pas demandé d'autres. Il n'était donc pas réellement néessaire que la question fût soumise au jugement de l'Académie.

L'appel qui lui est fait par M. Lenoir, et, pour me servir des expressions du rapport, la courageuse initiative de notre confrère était-elle opportune et pouvait-elle aboutir à un résultat ? Je ne l'ai pas prouvé à l'époque où, venant de provoquer l'avortement pour la première fois, j'aurais pu soumettre la question au jugement de l'Académie. Je ne le pense pas encore, et je vais en exposer les motifs.

L'Académie n'est pas consultée en ce moment sur une question d'obstétrique ou de chirurgie, à proprement parler. Elle n'a pas à se prononcer sur le mérite relatif de l'avortement provoqué, de l'embryotomie ou de l'opération césarienne, considérés au point de vue de l'art ; la question qui lui est réellement soumise, c'est celle de savoir si, placé dans l'alternative de sacrifier la vie du fœtus ou de compromettre très sérieusement la vie de la mère, l'accoucheur peut et doit sacrifier l'existence du premier au salut de la seconde. Or, cette question est toute morale, et elle est, en conséquence, de celles dont la solution doit être abandonnée à la conscience et aux lumières du médecin. C'est lui seul qui peut et doit la résoudre, selon les circonstances particulières et la nature des cas qui se présentent à lui. Voilà ce qui me semble devoir être en principe ; j'ajouterai qu'il en doit être nécessairement ainsi dans l'espèce, et voici pourquoi.

La provocation de l'avortement a été surtout conseillée et mise en pratique dans les pays où les opérations césariennes ont été presque toujours mortelles ; c'est ainsi qu'elle a, pour ainsi dire, pris naissance en Angleterre, parce que tous les cas d'hystérotomie, moins un, ont eu pour résultat la mort des opérées. En Allemagne, où les succès de l'o-

pération césarienne ont été plus nombreux, la provocation de l'avortement a rencontré de nombreux adversaires. En France, c'est surtout dans l'École de Paris que cette opération a été acceptée et appliquée, parce que jusqu'à présent aucune opération césarienne n'y a été heureuse pour la mère. Si la pratique des grandes opérations obstétricales s'exerçait partout dans de telles conditions, les conclusions proposées par le rapporteur de la commission pourraient être assurément acceptées.

Mais ces conditions si défavorables aux résultats de l'hystérotomie ne sont pas, heureusement, générales, on les rencontre, en effet, à un moindre degré dans les villes de second et de troisième ordre, et surtout dans les petites localités et à la campagne. Aussi, ne se passe-t-il presque pas d'années sans que l'Académie reçoive quelques observations d'opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, par quelques-uns de nos confrères qui exercent dans des lieux éloignés des grandes villes. Il est donc certain que les conclusions du rapport ne sauraient être considérées rationnellement comme établissant une règle absolue pour ces localités relativement privilégiées. Supposons que l'Académie déclarât, par son vote, que le médecin, non seulement peut, mais même doit provoquer l'avortement pour n'être pas, plus tard, dans la nécessité de pratiquer une opération césarienne, n'infligerait-elle pas sans le vouloir le reproche d'imprudence au moins au médecin qui, ayant pu se conformer à la décision de l'Académie, aurait donné la préférence à l'opération césarienne, et l'aurait pratiquée avec succès. Il y aurait là une inconséquence que l'Académie évitera certainement.

Indépendamment des raisons que je viens d'exposer, il en est une autre qui doit rendre l'Académie très circonspecte à l'égard de la décision qu'elle prendra, car elle pourrait involontairement paraître adopter une doctrine grave que sa raison me paraît réprouver et qui est exprimée dans le rapport. C'est celle qui consiste à transformer l'enfant que la femme porte dans son sein et qu'elle a volontairement procréé, en un ennemi contre lequel elle a le droit de légitime défense. Dans cet ordre d'idées, l'enfant serait assimilé à un assassin, à un fou furieux qui se précipiterait l'épée à la main sur une personne inoffensive. Une telle doctrine peut elle être acceptée à titre d'argument favorable à la provocation de l'avortement. Je ne le pense pas. Mais notre collègue n'a vu certainement ici qu'un des côtés de la question, ou plutôt l'un des deux intérêts engagés dans cette sorte de lutte. Si le pauvre enfant, qui n'est pas assurément coupable de sa procréation, et qui a déjà des droits que la loi lui garantit, pouvait défendre sa cause, ne dirait-il pas que ce n'est pas lui qui est l'ennemi de sa mère, et qu'il en est bien plutôt la victime. Je ne veux pas insister davantage sur cet argument d'une nature trop délicate, et qui aurait dû paraître suspect à l'esprit judicieux de M. Cazeaux. Je crois qu'il eût été plus sage de ne pas l'offrir à la discussion. L'abus qu'on en pourrait faire est trop facile à prévoir, et il n'était pas d'ailleurs nécessaire à la défense de l'avortement provoqué, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin. Mais, pour être juste, je dois ajouter que cette partie de l'argumentation de notre collègue ne lui est point propre; et, ainsi qu'il l'a indiqué dans son rapport, c'est un emprunt, mais un emprunt malheureux, à mon sens, qu'il a fait à l'œuvre d'un homme d'un très grand mérite, de Naegèle, l'auteur du mémoire *De juri vitæ et necis quod compatit medico in partis.*

En terminant, je propose à l'Académie de réduire à ces termes les conclusions du rapport :

La commission propose de remercier M. Lenoir de la communication qu'il lui a faite, et de déposer son travail dans les archives de l'Académie.

M. Cazeaux : Je n'ai que très peu de mots à répondre à ce que vient de dire M. Dubois, car il n'a nullement attaqué le travail de la commission.

Avant qu'il ait pris la parole, j'avais déjà répondu au reproche qu'il nous fait, de vouloir faire voter par l'Académie les propositions qui résument notre rapport; et je ne comprends pas, après l'explication très nette du rapporteur, qu'il ait cru devoir insister aussi longtemps sur un reproche qui n'avait plus aucun fondement. Je ne répéterai donc pas ce que j'ai dit dès l'ouverture de cette discussion.

M. Lenoir, dit M. Dubois, n'avait traité la question de l'avortement que dans les cas de rétrécissement; la seconde partie du travail de M. Cazeaux, qui s'occupe de l'avortement dans les cas de maladies graves pendant la grossesse, est donc un hors-d'œuvre complètement inutile, et M. Cazeaux a eu tort de s'y arrêter si longtemps.

En vérité cette objection me paraît bien puérile; et je ne comprends pas que, dans une question aussi grave, on vienne reprocher au rapporteur d'avoir agrandi le terrain de la discussion, en l'étendant dans toutes ses applications pratiques et en l'envisageant sous toutes ses faces. Si c'est une faute par moi commise, j'avoue que je ne m'en repens pas, et la bienveillante attention que m'a prêtée l'Académie me rend moins sensible à la tristesse de notre collègue.

M. Dubois fait remarquer que dans la seconde partie de mon travail, je lui avais adressé une provocation. Je ne me permettrai jamais de provoquer M. Dubois, mais en faisant l'inventaire de la science, j'ai trouvé une opinion qui lui était propre, j'ai cru que je ne pouvais sans injustice la passer sous silence, et que j'avais le droit, que dis-je, le devoir d'en faire la critique.

Notre honorable collègue a prétendu que j'avais altéré sa pensée, qu'il n'avait jamais été aussi explicite, que les discours publiés par M. le docteur Laborie, dans l'Union Médicale, n'avaient pas été revus et corrigés par lui, et que par conséquent il n'en était nullement responsable: en un mot, que sur cette question délicate de l'avortement, il était loin d'avoir une *opinion arrêtée.*

Oh! sur ce point, Monsieur, permettez-moi de ne pas vous croire, ou plutôt de penser que cette malheureuse expression vous est échappée. Comment, vous praticien illustre, qui sept ou huit fois au moins avez provoqué l'avortement, vous n'avez pas d'opinion arrêtée. Comment, vous professeur, qui avez en 1848 fait une série de leçons sur ce sujet, leçons dans lesquelles vous avez conseillé à vos élèves de provoquer l'avortement dans plusieurs cas, précisés par vous avec le plus grand soin, vous n'avez pas d'opinion arrêtée: vous écrivain, qui dès 1843 avez publié un mémoire sur ce sujet, qui avez laissé publier par M. Laborie les leçons recueillies à votre clinique, vous venez nous dire que vous n'avez pas d'opinion arrêtée, oh! retirez bien vite cette malencontreuse phrase.

M. P. Dubois qui, si longtemps ajoui du bénéfice de cette dernière publication, la désavoue aujourd'hui comme inexacte. Je dois ce pendant vous faire remarquer, Messieurs, que le docteur Laborie a la précaution de dire en commençant que tous les paragraphes soulignés sont textuellement empruntés aux leçons orales, et que, bien que ces comptes-rendus se soient prolongés pendant près d'un mois, M. Dubois qui, d'un mot adressé verbalement à M. Laborie, pouvait les corriger et les faire cesser, en a cependant permis la continuation.

Notre honorable confrère m'a très sévèrement reproché d'avoir introduit dans mon rapport des argumens indignes d'être invoqués dans cette enceinte, d'avoir blessé le sentiment maternel dans ce qu'il y a de plus sacré.

Je ne réponds à cette objection, Messieurs, que parce qu'elle s'adresse non à moi, mais au plus illustre accoucheur des temps modernes, au célèbre Nægèle de Heidelberg. C'est à lui en effet que j'ai emprunté ce paragraphe de mon rapport. Je n'ai pas besoin de faire voir tout ce qu'il y a d'exagéré dans ce que vient de dire notre collègue, il a involontairement, j'espère, et probablement pour s'en faire une arme d'opposition, donné aux rapprochemens faits par notre zèle, un sens qu'ils ne sauraient avoir. Mais, pour vous mettre à même de juger de la valeur de cette interprétation, permettez-moi de vous lire ce qu'écrivait M. Dubois lui-même en 1843, en parlant du travail de M. Nægèle. « Un accoucheur du plus grand mérite, et dont l'opinion jouit dans la science d'une autorité justement méritée, notre honorable ami le professeur Nægèle, a complètement adopté le même principe dans une *dissertation lumineuse* sur le droit de vie et de mort, etc., etc. » Or, Messieurs, j'atteste que le seul argument propre à M. Nægèle dans cette lumineuse dissertation, l'argument capital est celui que M. Dubois regarde aujourd'hui comme indigne de figurer dans un rapport académique.

Mais lui appartient-il bien en vérité de faire du sentiment dans une pareille question; lui qui a écrit les lignes suivantes (*Gaz. Méd.*, 1849, page 137) : « Quant aux argumens (produits par les auteurs) qui sont fa»vorables à la provocation de l'avortement, ils nous paraissent s'adresser »plutôt au sentiment qu'à la raison, et quoiqu'ils ne soient pas sans mé»rite à nos yeux, *nous ne croyons pas, cependant, qu'ils aient une* »*valeur décisive dans une discussion de cette nature.* »

M. P. Dubois a déclaré que M. Lenoir avait eu tort de porter une pareille question devant l'Académie, et que la commission avait eu le plus grand tort d'appeler courageuse l'initiative prise par notre confrère. Nous ne pouvons accepter ce reproche, et nous sommes d'un avis tout différent. Quand un esprit aussi distingué, un praticien aussi éminent que M. Lenoir, s'est trouvé en présence d'une pareille nécessité, il a vivement senti toutes les difficultés de la situation. Bien qu'il les ait habilement surmontées, il a compris que bon nombre de confrères, moins favorisés par les circonstances, pouvaient hésiter et reculer devant ce qu'il croit être un devoir. Peut-on le blâmer, en vérité, comme le fait M. Dubois, d'avoir provoqué une discussion qui, certainement, est de nature à dissiper bien des préjugés et des hésitations.

Nous avons justement fait en qualifiant de courageuse l'initiative qu'il a prise, et nous maintenons l'expression. Oui, il y a du courage à provoquer de pareils débats, et la meilleure preuve que je puisse invoquer, c'est que vous, Monsieur, malgré votre juste autorité en pareille matière, vous n'avez jamais osé saisir l'Académie d'une pareille question; et que 9 ans après la publication d'une introduction purement historique, dans laquelle vous faites seulement pressentir votre opinion, comme pour sonder le sentiment public, nous attendons encore les articles dans lesquels vous promettiez de formuler nettement votre opinion.

Je m'arrêterai là pour aujourd'hui. J'ai répondu, je crois aux reproches de M. Dubois; reproches qui ne s'adressent nullement au rapport. J'attendrai, pour demander la parole, qu'il ait enfin formulé une objection sérieuse.

La discussion est renvoyée à huitaine et la séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Au moment de mettre sous presse, nous sommes *officieusement* informé que, dans un des derniers conseils des ministres, présidé par le Prince-Président, il a été décidé que M. le ministre des finances adresserait immédiatement une circulaire à tous les agens de l'administration du timbre, pour leur enjoindre de laisser les journaux scientifiques dans la même position où ils se trouvaient avant le décret du 17 février dernier.

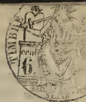
NÉCROLOGIE. — La profession vient de perdre encore un de ses vénérables représentans. Nous apprenons la mort, dans sa 74me année, de Jacques-Louis Chereau, officier de santé, ancien chirurgien de l'armée impériale. M. Chereau appartenait à ce fameux 46me régiment de ligne dans les rangs duquel Cambronne gagna ses premiers grades, et qui fut encore illustré par le choix qu'en fit La Tour d'Auvergne pour y prendre rang comme *premier grenadier de France.*

— M. Devergie a l'honneur de prévenir ceux de ses confrères et les élèves qui veulent bien assister à son enseignement, qu'il ne peut reprendre sa clinique et son cours, à l'hôpital Saint-Louis, que le samedi 13 courant.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 28. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 6 Mars 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. . . . . 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois . . . . 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois. . . . . 22 Fr.
1 An. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An. . . . . 50 Fr

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC, DANS CERTAINES FORMES DE FIÈVRE TYPHOÏDE, ET NOTAMMENT DANS LA FORME DITE PECTORALE ; par M. le docteur H. THIRIAL (1).

(Troisième partie.)

S'il est vrai que la forme pectorale de la fièvre typhoïde se trouve décrite dans quelques ouvrages classiques ; s'il est vrai encore qu'on en fasse mention dans l'enseignement officiel, il s'en faut bien pourtant qu'on l'étudie dans les cours, et qu'on la signale dans les cliniques, de manière à solliciter fortement l'attention des élèves. Cela se borne généralement à une description sèche, sans vues pathologiques, sans intentions pratiques. D'un côté, on en parle comme d'une pure distinction d'école, on l'oublie de l'autre comme une véritable inutilité. Voilà peut-être ce qui explique pourquoi cette forme de maladie, malgré son importance, est si peu familière à la généralité des praticiens.

Sans doute, il n'est guère de médecin, tant soit peu au courant de la science, qui ne sache que la fièvre typhoïde se complique souvent dans son cours d'accidens thoraciques plus ou moins graves. Mais ces complications, je le répète, ne sont pas la forme pectorale vraie ; elles pourraient même, à certains égards, en être considérées comme la contre-partie. En effet, à l'inverse de ce qui se passe dans la véritable forme pectorale, ce n'est pas, dans ce cas, la fièvre typhoïde qui risque d'être méconnue, mais bien la lésion pulmonaire elle-même, par la raison qu'ici cette lésion se traduit ordinairement par des troubles fonctionnels assez obscurs, c'est-à-dire qu'elle revêt la forme dite *latente*. Aussi, pour le dire en passant, il est bien de ces complications qui échappent totalement, faute d'attention ou de sagacité de la part des observateurs, ou bien qui ne sont malheureusement reconnues que trop tard !

Mais il ne s'agit nullement de ces cas vulgaires, et pour ainsi dire de cette pseudo-forme pectorale, que je suppose connue de tout le monde.

Je veux surtout parler ici de ces cas tout spéciaux, beaucoup moins communs que les précédens, où la maladie vient à éclater pour ainsi dire d'emblée, soit par une bronchite fébrile, soit par une de ces formes de pneumonie que nous avons signalées plus haut.

Ici, j'en appelle à mes confrères, en est-il beaucoup qui, sous cette bronchite et sous cette pneumonie, savent reconnaître tout d'abord, ou même soupçonner seulement la fièvre typhoïde qui se cache, et qui peut tarder plus ou moins longtemps à se manifester ? Et à qui, dans ces circonstances, n'est-il pas arrivé de prendre la lésion la plus apparente pour l'affection principale, et le symptôme prédominant pour le corps même de la maladie ?

Mais il faudra bien, dira-t-on, que tôt ou tard la réalité finisse par se faire jour, et que la fièvre typhoïde apparaisse avec une telle évidence que le plus aveugle ne puisse manquer de l'apercevoir.

Cela est vrai en général ; mais même alors tous les yeux ne seront pas dessillés. En effet, voici comment les choses vont se passer :

Les uns, n'ayant erré que par simple distraction, reconnaîtront sans peine et leur erreur et la cause de cette erreur ; aussi, c'est une leçon qui profitera à leur expérience.

Les autres, au contraire, qui n'auront pas bien vu, mais faute de lumière, croiront de bonne foi, et s'efforceront de persuader à qui voudra les entendre, que l'affection pulmonaire constatée dès le début, était bien la maladie et toute la maladie ; mais qu'elle a eu le malheur de se compliquer plus tard d'une fièvre typhoïde, ou mieux encore, de se transformer, de dégénérer en fièvre typhoïde.

Ici pas d'illusion. Ces complications, ainsi entendues, ne sont pas chose commune au lit des malades ; et ces transformations de maladies, bonnes tout au plus du temps des nosographes et des ontologistes, ne sont plus guère admissibles dans l'état où en est arrivée la science. Si cette manière d'interpréter peut avoir son utilité dans l'occasion, pour masquer une erreur compromettante, et pour battre le mieux possible en retraite sous les yeux d'un public peu disposé à l'indulgence, il importe, toutefois, que le médecin ne soit pas la dupe de son propre prétexte, et qu'il n'ajoute pas ainsi une grosse erreur de pathologie à ce qui pouvait n'être, à la rigueur, qu'une faute de diagnostic très excusable.

A cet égard, je ne veux rien dissimuler, et je dirai que, d'après les communications et les confidences qui m'ont été faites spontanément par un certain nombre de mes confrères, surtout depuis que ce travail est en cours de publication, je me regarde comme autorisé à croire que ces sortes de méprises, ainsi que les fausses interprétations à la suite, sont beaucoup plus communes que je ne l'aurais présumé moi-même.

Malgré le dessein où j'étais de ne donner ici que des observations dont j'avais été témoin moi-même, je ne puis, en vérité, résister à la tentation de citer, au moins sommairement, un fait que je dois à l'obligeance d'un médecin de mes amis, fait d'une nature telle, qu'il peut suffire à lui seul pour prouver qu'en m'exprimant comme je le fais au sujet de ces méprises, il n'y a de ma part aucune exagération.

Je laisse parler ici cet excellent observateur :

Dans le cours du mois de décembre dernier, je suis appelé dans une maison d'éducation auprès d'une jeune fille de 15 ans, scrofuleuse, sujette à des affections catarrhales des bronches, à des ophthalmies, etc.

Quinze jours auparavant, elle avait été prise des symptômes d'une fièvre catarrhale d'apparence plus grave que les précédentes. Il s'y était joint des épistaxis, de la diarrhée, une fièvre intense, un peu de délire nocturne, de la dyspnée, des râles muqueux fins dans les deux poumons.

Pour le médecin de la maison, la maladie consistait dans une bronchite profonde, mais idiopathique, et c'est sous cette prévention que je procédai moi-même à l'examen de la malade.

Il faut noter qu'il n'y avait pas la moindre stupeur, ni la moindre prostration : la malade exécutait même des mouvemens dans son lit avec une certaine vivacité. L'intelligence était intacte, les réponses nettes et faciles ; peut-être existait-il un peu de loquacité, et une certaine agitation cérébrale, plus fébrile que naturelle. — Râles sibilans et muqueux plus ou moins sous-crépitans, disséminés dans les deux poumons.

Ces râles, je dois le dire, ont un caractère musical qui éveille un soupçon dans mon esprit. C'est alors qu'en examinant les choses de très près, je recueille plusieurs des symptômes dothinentériques rapportés plus haut. Bientôt il m'est facile de constater une dizaine de taches lenticulaires du type le plus pur, existant sur l'abdomen météorisé, — un gargouillement

(1) Voir les numéros des 11, 13, 16 Décembre 1851, 24, 27, 29 Janvier et 2 Mars 1852.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Il est un point relatif au concours actuel pour la chaire d'hygiène, sur lequel je m'étais permis *in petto* de revenir. Mais je n'ai pas trouvé convenable de le faire plus tôt. Aujourd'hui, toute interprétation désobligeante pour moi n'aurait aucune raison d'être. Les épreuves du concours sont terminées ; à cette heure, la nomination est faite, ou tellement décidée dans l'esprit du jury, que je serais absurde d'avoir la prétention de modifier en quoi que ce soit la disposition des juges. Non, en fait de prétention, j'élève celle de posséder une pleine connaissance de la véritable action de la presse ; je ne grandis ni n'abaisse son influence plus qu'il ne le faut ; je sais ce qu'elle peut, ce qu'elle ne peut pas, et je cherche, autant que cela est possible, à rester dans les limites de sa puissance et du bon sens.

Ce que je sais aussi, et de reste, c'est qu'il est impossible au journaliste de s'occuper d'une question de fond et de principe, sans blesser, sans irriter quelques individualités trop susceptibles et pas suffisamment calmes, pour dégager la question générale de la question de personnes. Ce malheur m'est arrivé quelquefois, et notamment à l'occasion de la nomination des juges de ce concours par l'Académie de médecine. Sous une forme que j'abandonne à une juste critique, je fis remarquer qu'il était singulier que, pour un concours de la Faculté de médecine, où la première condition demandée aux compétiteurs était d'être docteurs en médecine, l'Académie eût nommé des juges qui ne remplissaient pas cette condition. Je trouvais là un défaut de logique que je signalai à ma manière. J'aurais pu ajouter d'autres considérations prises dans un ordre d'idées plus élevées, et montrer qu'il y avait peut-être quelque danger à introduire dans le jury en trop grand nombre l'élément *chimie* ; que la chaire d'hygiène était avant tout, et par dessus tout, une chaire de *médecine*, et qu'il y aurait, pour l'enseignement, de bien plus graves inconvéniens à nommer un professeur chimiste mais peu médecin, qu'un hygiéniste médecin mais peu chimiste.

Tout ce que j'écrivis alors, soit sous forme directe, soit seulement sous forme d'indication, n'était et ne pouvait être considéré que comme une question générale et de principe. Les hommes, les individualités n'étaient pour rien dans tout cela, et la pensée ne m'était même pas venue, je l'avoue, qu'on pût y trouver des personnalités directes et blessantes.

C'est cependant ce qui est arrivé. Je le regrette infiniment. Si je n'ai rien à modifier à mes convictions précédemment exprimées, il ne m'en coûte pas le moins du monde de reconnaître et de déclarer que rien de personnellement désobligeant ne se trouvait dans ma pensée à l'égard de M. Caventou, un des bienfaiteurs du genre humain, l'un des inventeurs du sulfate de quinine ; de M. Lecanu, savant chimiste, hématologue si distingué ; de M. Soubeiran, l'un des pharmacologues dont les travaux sont entourés d'une si grande autorité. Pour ces honorables membres de l'Académie, j'ai la respectueuse considération qui leur est acquise, et je les prie d'en agréer ici l'hommage spontané.

Mais, mon Dieu ! n'est-ce pas une pénible et fatale condition de l'écrivain de blesser sans intention et sans motif, en discutant les opinions les plus sages, les idées les plus vraies, les principes les mieux fondés !... Il faut en prendre son parti. Heureusement, ainsi qu'on l'a dit si souvent, la plume, tenue par une main honnête et bien intentionnée, est comme la lance d'Achille, qui pouvait guérir les blessures qu'elle avait faites. Je voudrais bien qu'il en fût ainsi pour mes compte-rendus du concours d'hygiène. Je n'ignore pas que quelques candidats ont trouvé la lance trop aiguë et la blessure trop profonde. Mais, en conscience, j'assure que ces candidats sont des hommes fort douillets, et j'ajoute fort ingrats, car ils savent aussi bien que moi que je pouvais être plus sévère et plus pénétrant. Je n'ai pas tout dit, tout signalé, tout indiqué. Ainsi donc, qu'on me laisse tranquille à cet égard. Nous parlons ici entre nous et en famille ; Eh bien ! il m'est permis de dire, sur la foi d'hommes fort sages, très calmes et complètement étrangers aux passions de la lutte, que je n'ai manqué ni de charité, ni de piété dans mes appréciations.

Du reste, cela se confirme de partout, ce concours sera le dernier souci qui sera donné à la presse. La suppression du concours paraît être décidée. Nous sommes destinés à voir fonctionner un autre mode de nomination aux chaires du haut enseignement. C'est une expérience que l'on veut recommencer, et celle-ci sera la bonne et la dernière. Les vœux des adversaires du concours vont être satisfaits. Il sera curieux de les entendre et de les lire dans quelques années d'ici. C'est là que, pour mon compte, je vais les attendre avec patience, bien convaincu du résultat que je pourrais prophétiser aujourd'hui. La religion du Pouvoir est indignement trompée sur cette question du concours ; si une enquête était ouverte sur ce sujet, si tous les élémens de la question étaient présentés dans leur vérité, si tous les faits étaient connus, si la statistique du professorat, avant et pendant le concours était dressée, on pourrait apprendre de quel côté est la raison, des adversaires ou des partisans du concours. L'avenir dissipera les préventions. Ainsi soit-il !

Amédée LATOUR.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Al. Mackensie Dowerie, ancien médecin du landgrave de Hesse Homberg, médecin du duc de Cambridge, baronnet, chirurgien de la légation anglaise à Francfort-sur-le-Mein, vient de mourir à l'âge de 41 ans. M. Mackenzie était auteur de plusieurs ouvrages de médecine estimés.

très spécial dans la fosse iliaque droite, — et sur le linge de la malade des taches de matières fécales, couleur d'abricot, etc.

Dix jours après cette visite, la jeune malade succombait, et dans cet espace de temps, elle avait offert tous les symptômes qui caractérisent les fièvres typhoïdes funestes.

Dans le même dortoir, était couchée une autre petite pensionnaire, âgée de 9 à 10 ans. J'ignore si elle avait eu des antécédens de scrofule catarrhale ou autre.

Alitée depuis trois semaines au moins, elle m'est présentée comme atteinte d'une phthisie à marche aiguë, sur le point de se terminer fatalement.

Au premier aspect, je trouve dans cette jeune malade les signes du marasme, que je caractériserai de *marasme aigu*. — Stupeur profonde, regard typhoïde, pupilles dilatées. Langue croûteuse où commence une desquammation épithéliale, comme au début des convalescences des fièvres putrides. Ventre pâteux et en bateau. Peau sèche et terreuse. Diarrhée souvent involontaire. Odeur des fièvres graves. Pouls petit, fréquent, inane; peu de fièvre. *Presque pas de toux*, très peu de dyspnée. Râles disséminés. Absence complète des bruits morbides caractéristiques de cavernes ou de cavernules.

Bref, cette malade m'offre l'ensemble d'une fièvre grave vers son déclin, avec des restes d'entérite et de catarrhe typhoïde.

En conséquence de ce diagnostic, je conseille les crêmes de riz au bouillon, le cachou et le quinquina, le jaune d'œuf, et les bains alcalins.

Ultérieurement, j'eus la satisfaction d'apprendre que la convalescence avait été rapide, et la guérison parfaite un mois au plus après la consultation.

Ainsi donc, par une singulière fatalité, voilà un médecin, d'ailleurs instruit et capable, qui trompé par les apparences, commet une double erreur de diagnostic et de pronostic chez deux jeunes malades couchées à peu de distance l'une de l'autre. Chez la première, il croit à une fièvre catarrhale, là où il existe en réalité une fièvre typhoïde de forme pectorale, dont l'issue est bientôt funeste; tandis que chez la seconde, qu'il considère comme atteinte d'une phthisie aiguë, et comme vouée à une mort imminente, la maladie n'est autre qu'une dothinentérie avec grave complication thoracique, mais qui, au moment même où il la croit désespérée, touche à la convalescence, et qui guérit en effet assez rapidement.

Signaler des faits de cette nature, n'est-ce pas le plus sûr moyen de mettre les praticiens sur leur gardes, et de les préserver à l'avenir de ces diagnostics fautifs, et de ces pronostics compromettans?

On a sans doute remarqué que la plupart des exemples que j'ai cités jusqu'ici, se rapportaient à de jeunes sujets. C'est qu'en effet, chez eux, les méprises sont plus faciles et plus fréquentes que chez les adultes. Il y a à cela plusieurs raisons qu'il est utile de faire connaître.

Dans le jeune âge, et surtout vers l'époque de la puberté, la fièvre typhoïde s'accompagne peut-être encore plus fréquemment, que dans l'âge adulte, d'affections thoraciques; ou plutôt on voit alors ces affections prendre plus souvent l'initiative, et s'élever dès le début, avec une plus grande facilité, à un degré d'intensité telle, qu'elles dominent tout aussitôt la scène morbide, et qu'elles tendent à s'emparer exclusivement de l'attention de l'observateur.

A côté de cette première source d'erreur, il en est une autre que voici:

La fièvre typhoïde, chez les enfans, n'a pas exactement la même expression symptomatique que la fièvre typhoïde des adultes. Cette modification, qui n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps, avait fait croire cette maladie beaucoup plus rare qu'elle ne l'est réellement dans le jeune âge, et aujourd'hui encore elle contribue à la faire méconnaître bien souvent à ceux qui ne sont pas au courant des recherches importantes faites à ce sujet. Sans entrer ici dans de grands détails, il me suffira de dire que la modification la plus notable porte sur les phénomènes abdominaux qui, dans la fièvre typhoïde des enfans, sont généralement plus obscurs ou plus tardifs qu'ils ne le sont d'ordinaire chez les adultes. Ainsi, chez eux, il n'est pas rare de trouver de la constipation au lieu de la diarrhée, non seulement pendant les deux premiers septenaires, mais même au-delà; le gargouillement n'est plus aussi constant, ou, du moins, il est beaucoup moins apparent, et par conséquent facile à méconnaître; la sensibilité de l'abdomen est moins prononcée, etc.

Notons encore que, chez les très jeunes sujets, les épistaxis sont moins fréquentes au début de la maladie; que les taches lenticulaires manquent plus souvent, ou du moins sont moins nombreuses et plus fugaces, et, par suite, peuvent échapper facilement.

Eh bien! ces divers phénomènes, qui sont généralement moins prononcés chez les enfans dans la fièvre typhoïde ordinaire, et qui, par cela même, tendent à obscurcir le diagnostic à cet âge, surtout dans la première période, ces phénomènes, dis-je, se trouvent encore très notablement amoindris ou même effacés dans la forme dite pectorale.

Ajoutez, d'un autre côté, que, chez les enfans, les symptômes cérébraux, tels que la stupeur, l'hébétude, la faiblesse musculaire, etc., qui, dans la fièvre typhoïde ordinaire, sont généralement assez prononcés, et qui servent à caractériser le mieux la maladie, se trouvent très peu marqués dans la forme pectorale, ou même font quelquefois complètement défaut.

Voilà donc une modification importante, dépendant de l'âge des malades, qui vient s'ajouter à une modification très analogue apportée par la forme particulière de la maladie; et, de ces deux influences combinées, il doit résulter bien souvent une fièvre typhoïde mal caractérisée, anomale même, et par conséquent plus facile à méconnaître.

Rien d'étonnant alors si l'observateur, qui n'est pas bien au fait de toutes ces choses, ou qui ne se tient pas sur ses gardes, se laisse prendre aux premières apparences, et si, à ses yeux, l'affection thoracique, toute secondaire qu'elle est, vient usurper la première place; et si le symptôme ou la complication se substitue à la véritable maladie!

Pourtant, si modifiée et si obscure que puisse être la fièvre typhoïde en général, et si insidieuse que soit la forme pectorale chez les enfans, il existe presque toujours quelques signes qui sont de nature à donner l'éveil à l'observateur, ou à lui inspirer quelques soupçons.

Ainsi, l'affection thoracique, prélude de la fièvre typhoïde, est le plus souvent annoncée par des symptômes prodromiques, très peu ordinaires dans une affection thoracique simple et idiopathique.

Quand, par exemple, on a sous les yeux une bronchite qui a été précédée, pendant quelques jours, de tout ce qui constitue l'état fébrile le mieux caractérisé, et qui, actuellement encore, s'accompagne d'une fièvre très intense, avec chaleur vive et sécheresse insolite de la peau, s'il s'y joint un sentiment de malaise profond et un accablement inusité, quand cet état surtout vient à persister quelque temps, sans que l'affection locale paraisse en rapport avec le développement des symptômes généraux, etc., il faut se tenir en défiance, songer à une pyrexie, et veiller sur tout ce qui peut aider à éclairer ultérieurement le diagnostic.

Toutefois, il faut savoir qu'il est certaines bronchites qui présentent une très grande analogie, dans les premiers temps, avec les catarrhes symptomatiques de la fièvre typhoïde: ce sont ces bronchites à *forme grave* qui viennent surprendre des individus profondément débilités, ou placés antérieurement dans des conditions mauvaises. A défaut des signes différentiels tirés de l'état général, qui peuvent être à peu près identiques dans les deux cas, il faudra ici chercher à s'éclairer de l'âge du malade, des circonstances particulières où il se trouvait avant l'invasion de la maladie, et surtout de l'absence ou de la présence de certains phénomènes plus particulièrement propres à la fièvre typhoïde.

La même difficulté peut encore exister au début de certaines bronchites qu'on voit régner sous certaines constitutions médicales, comme dans la grippe. Mais, à côté des analogies, il se trouve ici des différences assez notables, tirées de la nature toute spéciale de la toux et des râles, et généralement de l'ensemble des symptômes qui revêtent dans cette affection un caractère non moins spasmodique que catarrhal ou inflammatoire.

Toutefois, il ne faut pas le dissimuler, sous l'empire de certaines conditions générales, par exemple dans les années où règne la grippe, alors que l'épidémie tend à mettre son empreinte sur un grand nombre d'autres maladies, et notamment sur la fièvre typhoïde, les erreurs sont assez difficiles à éviter. Ainsi, pour mon compte, je ne fais pas difficulté d'avouer que cette année même, il m'est arrivé de croire, pendant quelques jours, à l'existence d'une grippe pure et simple, lorsqu'en réalité j'avais affaire à un catarrhe bronchique intense, avant-coureur d'une fièvre typhoïde qui tardait un peu à se caractériser. J'ajouterai que bientôt la maladie prit une gravité extrême, et que la jeune malade succomba, à l'hôpital de la Charité, d'une pneumonie typhoïde double.

Ce que je viens de dire de la bronchite, doit nécessairement s'appliquer à la pneumonie et surtout à la pneumonie lobulaire, qui, assez souvent aussi, prend les devans sur la fièvre typhoïde, attire sur elle les regards de l'observateur, et parvient ainsi à masquer très facilement la maladie dont elle relève.

Dans la question qui nous occupe, je n'ai pas la prétention d'indiquer un moyen infaillible qui permette de reconnaître immédiatement la vérité. A cet égard, l'expérience et le tact médical peuvent beaucoup plus que tous les préceptes et toutes les indications de la théorie. Cependant, à défaut d'un signe pathognomonique qu'on chercherait en vain, il est une chose qui peut aplanir singulièrement la difficulté de diagnostic, c'est précisément de savoir et d'avoir présent à l'esprit qu'il existe là une difficulté et une cause d'erreur. Grâce à cette connaissance et aux souvenirs des erreurs qui s'y rattacheront, la vue seule d'une affection thoracique qui aura en soi quelque chose de particulier, soit par certains prodrômes, soit par un certain abattement insolite, soit par quelques phénomènes locaux assez di ficiles à décrire et à préciser, cette vue seule devra vous suggérer l'idée d'une pyrexie. Une fois cette idée en tête et l'attention en éveil, il s'agira d'en vérifier la justesse et d'aller à la recherche de certains signes qui, malgré la modification qu'aura pu subir la fièvre typhoïde, ne feront jamais complètement défaut.

Ainsi, bien que dans la forme pectorale bien tranchée les troubles fonctionnels du côté de l'abdomen soient généralement peu prononcés, il en reste pourtant encore quelques-uns qui ne laisseront pas de fournir d'utiles indices.

Il ne sera pas rare, par exemple, de trouver dans cette affection thoracique typhoïde la langue rouge à la pointe et sur les bords, offrant cet aspect lisse, et cette tendance à la sécheresse, qu'on observe au début de beaucoup de pyrexies. La stomatite avec l'enduit nacré des gencives ne sera pas non plus chose à négliger.

Mais le phénomène qui me paraît ici le plus important à constater, c'est le gargouillement au lieu d'élection.

En effet, l'expérience démontre qu'il est presque constant, même en l'absence de la diarrhée. J'ai vu M. Bouillaud insister avec raison sur cette particularité clinique, si indifférente qu'elle paraisse à d'autres praticiens; et j'ai pu me convaincre bien des fois, à son exemple, qu'on pouvait en tirer grand parti dans certains cas obscurs.

Mais il faut être bien prévenu que ce phénomène n'est pas toujours très apparent ni toujours facile à percevoir immédiatement.

Dans la forme pectorale, surtout au début de la maladie et en l'absence de la diarrhée, il ne faut pas s'attendre à trouver ce gargouillement vulgaire, que j'appellerai le gargouillement à gros bouillons. Celui qu'on entendra consistera, le plus souvent, dans un bruit moins éclatant, et formé par des bulles moins grosses et en quelque sorte moins humides. Parfois même ce phénomène, réduit à sa plus simple expression, donnera une sensation analogue à celle qui résulterait d'une infiltration gazeuse dans les aréoles d'un tissu cellulaire très lâche. Ce gargouillement, pour ainsi dire *emphysémateux*, je l'attribue, dans ce cas, à une multitude de petites bulles de gaz emprisonnées dans le mucus intestinal, stagnant au niveau de la valvule iléo-cœcale, et déplacées par la pression de la main.

Qu'il me soit permis de recommander à l'attention des observateurs ce signe, qui, tout minime qu'il soit en lui-même, m'a rendu service en plus d'une occasion (1).

Il est encore un phénomène qui manque assez rarement dans les cas où la fièvre typhoïde est le plus obscure et même encore latente, c'est l'insomnie nocturne ou le sommeil agité par des rêves.

Je dois donner ici une mention toute spéciale aux épistaxis. Sans doute, chez les jeunes sujets, surtout vers l'adolescence, les épistaxis sont assez communes au début de diverses maladies fébriles; pourtant elles ne laissent pas que d'être un indice très utile pour le diagnostic de la fièvre typhoïde, surtout quand elles sont précédées et accompagnées d'une forte céphalalgie et qu'elles ne sont pas manifestement soulageantes.

Enfin, je ne dois pas oublier les taches lenticulaires qui, sans doute, peuvent manquer, surtout chez les enfans, ou n'apparaître qu'en très petit nombre, ou s'effacer très vite. C'est un signe précieux qui, lorsqu'il existe, peut servir à lever les doutes; et nous avons vu que dans deux cas il avait suffi pour nous ouvrir les yeux. A cet égard, il importe donc d'être toujours aux aguets.

(*La suite au prochain n°.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

CORYZA INTERMITTENT REBELLE; — GUÉRISON INSTANTANÉE.

Par M. A. Menudier, docteur-médecin, à Saintes.

Mme X..., charmante jeune femme de 24 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, mariée à 18 ans, était, depuis sept ou huit ans, en proie à un coryza qui la prenait deux et trois fois par semaine, et durait entre douze et trente-six heures; le nez enflait, devenait chaud et douloureux, les yeux étaient rouges, larmoyans, un flux nasal abondant survenait, accompagné d'un sentiment de compression autour de la tête; si Mme X... se couchait aussitôt et parvenait à s'endormir, quelquefois la résolution s'en suivait au bout de quelques heures, pourvu, toutefois, que le coryza ne promît pas d'être intense, mais c'était là le cas le plus rare.

Bien souvent, l'inflammation gagnait le pharynx et les bronches, et alors quelques jours étaient nécessaires pour la terminaison de cette affection qui durait plus longtemps l'hiver, moins l'été. Bien des fois Mme X... m'avait consulté, bien des fois émolliens, excitans, résolutifs, alun, ammoniaque, rubéfians aux extrémités, vésicatoire au bras, étaient venus échouer devant ce maudit coryza.

Je m'étais bien gardé de proposer un vésicatoire ou un séton sur la nuque; pour une femme du monde, le remède est inacceptable et serait pire que le mal.

Le 18 novembre dernier, à huit heures du matin, Mme X... me fait mander à la hâte; j'arrive et je la trouve dans son lit, le nez enflé, les yeux rouges; elle venait, à son réveil, d'être prise d'un coryza qui, à le

(1) Je viens de lire l'ouvrage de M. Forget, de Strasbourg. Sans partager toutes ses idées sur la fièvre typhoïde, je ne puis me dispenser de rendre hommage à son talent comme observateur.

Pourquoi faut-il que son livre ne soit pas plus connu parmi nous? Il en est résulté, qu'observant au même point de vue, je me suis rencontré plus d'une fois avec lui sans m'en douter le moins du monde. Toutefois, il lui reste l'avantage de la priorité. Ainsi ce gargouillement tout spécial sur lequel je viens d'appeler l'attention des praticiens, M. Forget le décrit sous le nom très juste de *crépitation intestinale*. D'autre part, M. Forget a encore le mérite d'avoir su reconnaître cette extrême rareté de coïncidence entre la fièvre typhoïde et la phthisie, que je signalais dans le numéro précédent; de plus, il a cité un cas curieux de cette coïncidence.

Ce petit compte une fois réglé, je crois avoir le droit de dire que M. Forget m'a laissé à peu près intacte la tâche que j'ai entreprise au sujet de la *forme pectorale* de la fièvre typhoïde.

juger par son début, paraissait devoir être d'une grande intensité. Ce qui rendait, par-dessus tout, cet accident si fâcheux, c'est que Mme X... devait, dans la matinée même, se rendre à 15 kilomètres pour assister à la noce d'une de ses parentes, qui avait lieu à onze heures.

Docteur, me dit Mme X..., j'allais partir pour cette fête à laquelle ma présence est indispensable, lorsque la fatalité, ou plutôt mon coryza est venu s'acharner sur moi. Vous comprenez, sans nul doute, mon désespoir; employez donc tous les moyens possibles, des plus énergiques si vous le voulez; je me soumets à tout, pourvu cependant que vos médicamens ne laissent pas de marques apparentes; mais je vous le répète, docteur, je *veux* être guérie avant une heure, — Ce petit speech fut dit d'un ton napoléonien auquel il n'y avait rien à répliquer.

J'envoyai de suite chercher *farine de moutarde* 140 *grammes*, je fis, avec de l'eau très chaude, un large cataplasme que j'appliquai moi-même et qui s'étendait des scapulum jusqu'aux lombes. La douleur se manifesta bientôt vive et aiguë; un quart d'heure après, Mme X... me dit qu'elle sentait son coryza diminuer; trois quarts d'heure après, la douleur occasionnée par la moutarde devint tellement cuisante, qu'on me supplia en grâce d'enlever le cataplasme. La peau était, dans une large étendue, d'un rouge cramoisi foncé, mais le coryza ne laissait plus de traces. Mme X... s'habilla à la hâte, se rendit à la noce, et depuis trois mois, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

La relation de cause à effet m'a paru dans ce cas-ci tellement évidente, qu'il m'est impossible de ne pas attribuer la guérison de ce coryza si rebelle à la puissante révulsion produite par la moutarde.

Saintes, le 19 février 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

M. Orfila monte à la tribune, et s'exprime en ces termes :

« Messieurs,

» L'an dernier, pendant ma présidence, l'Académie reçut, des exécuteurs testamentaires de la succession du marquis d'Argenteuil, une assignation portant que son président serait tenu de comparaître devant le tribunal de première instance, à l'effet d'entendre condamner l'Académie pour n'avoir pas exécuté les volontés du testateur, et notamment pour n'avoir pas encore décerné le prix fondé par lui.

» La cause, appelée en décembre 1851, fut remise d'audience en audience jusqu'à la fin du même mois. Votre président, qui n'avait jamais jusqu'alors manqué à l'appel, devait remettre ses pouvoirs à l'honorable collègue qui l'avait remplacé au fauteuil dès le commencement de cette année, et rester étranger à l'affaire. Il n'en fut pourtant pas ainsi. Votre conseil d'administration, et le nouveau président lui-même, qui, d'ailleurs, m'a continuellement assisté de sa présence, se fondant sur les avantages qui pourraient résulter de confier la défense de nos intérêts à celui de vos collègues qui s'était en quelque sorte préparé de longue main à les faire valoir, insistèrent tellement auprès de moi pour m'engager à soutenir le procès, que je ne balançai pas à accepter une délégation qui m'honorait. Je me rendis donc de nouveau, en janvier dernier, au tribunal, qui, après plusieurs nouvelles remises, retint définitivement la cause pour le mercredi 18 février dernier. J'ai cru qu'il était de mon devoir d'exposer d'abord à la compagnie les motifs de mon intervention officieuse, dans une affaire qui l'intéressait à un si haut degré.

» Dès l'ouverture des débats, la parole fut donnée à Me Villepin, avocat des exécuteurs testamentaires, dont la plaidoirie détaillée, nerveuse et passablement incisive, ne devait pas manquer de produire sur les magistrats une impression défavorable à nos justes prétentions. Vous la trouverez textuellement reproduite dans le numéro du samedi 28 février du *Droit* et de la *Gazette des Tribunaux*, ce qui doit me dispenser de vous la faire connaître en détail. Je crois pourtant indispensable, pour que vous puissiez juger de la valeur de ma réponse, de vous en présenter le sommaire :

» 1° L'Académie devait donner le prix, dit-il, en 1844 et en 1850, ce qu'elle n'a pas fait et pourtant, en 1846, la commission d'Argenteuil avait jugé que les maladies du canal de l'urètre avaient été l'objet de perfectionnemens importans, et que l'un de ces perfectionnemens était plus important que les autres, puisqu'elle reconnaissait qu'il y avait lieu d'accorder 4,000 fr. à M. Perrève, tandis qu'elle ne donnait à M. Béniqué qu'une somme de 1,000 fr.

» 2° En 1850, l'Académie décide qu'elle n'accordera que des mentions honorables, malgré l'esprit si formel du testament, qui ne reconnaît pas de pareilles mentions.

» 3° L'Académie a institué un concours, ce que n'a jamais voulu M. d'Argenteuil, puisque, suivant lui, il fallait donner le prix au travail le plus important, dans quelque partie du monde que ce travail eût pris son origine. En appelant des concurrens, c'était forcément limiter la lutte entre ceux qui voudraient prendre part au concours.

» 4° Dans la commission nommée par l'Académie pour le prix de 1838 à 1844, figurent quatre spécialistes bien connus. Peut-être, en consultant les passions des hommes, leurs intérêts, leurs rivalités, pourrais-je expliquer jusqu'à un certain point les hésitations, les incertitudes, les scissions qui se sont manifestées dans la commission; mais ma mission n'est pas d'insister à cet égard, et je préfère rester à la superficie des choses.

» 5° L'Académie de médecine prétendra-t-elle qu'il n'y a pas eu, depuis treize ans, des travaux importans et dignes d'être récompensés? Mais, Messieurs, voici un travail, émané d'une commission spéciale, qui témoigne au plus haut degré que l'importance des perfectionnemens dans la partie de guérir, que le marquis d'Argenteuil a voulu encourager, ne pouvait être méconnue. Il s'agit d'un rapport du savant M. Lagneau, dont les conclusions, adoptées par l'Académie, renferment ce passage :

« Un de nos savans compatriotes a reçu naguère, de la plupart des Académies de l'Europe et de l'Institut de France, ainsi que de plusieurs souverains étrangers, des félicitations pour avoir découvert une étoile qui, jusqu'à ces derniers temps, était restée inaperçue. Nous aussi nous avons pris part à la satisfaction, je dirai presque à l'admiration générale; mais si, comme l'a dit un des plus grands génies dont s'honore la France, Voltaire la découverte d'une plante utile à l'humanité est beaucoup plus importante que la découverte d'un astre nouveau, M. G..., auteur d'une méthode nouvelle, au moyen de laquelle on guérit aujourd'hui complètement et radicalement une maladie aussi grave qu'elle est fréquente, et qui, avant lui, était tout à fait incurable, doit être encouragé à persévérer dans ses travaux. »

» 6° M. Villepin dit, en terminant, que le tribunal doit prévoir le cas où l'Académie ne se prêterait pas à l'accomplissement du legs tel qu'il l'aurait interprété, et dire aussi quelle commission, quels hommes, quel mode seront adoptés pour la distribution du prix d'Argenteuil.

» Après cette plaidoirie, Me Chaix-d'Est-Ange, chargé des intérêts de l'Académie, se lève et se borne à donner lecture des conclusions tendant à faire rejeter la demande de MM. Dugon et Lambert, et à les condamner aux dépens.

» Le tribunal m'ayant accordé la parole, je le fis en ces termes :

» Je remercie le tribunal de m'avoir permis de lui présenter quelques simples observations en réponse aux attaques dirigées contre l'Académie. C'est toujours une question très ardue et très difficile que celle de la distribution des prix et récompenses; pour les Académies, c'est souvent un véritable embarras. On sait qu'il arrive ou que l'on donne les prix, ou qu'on ne les accorde pas, ou bien enfin qu'on les partage. Quand les travaux ne sont que d'un ordre et d'un mérite secondaires, les prix ne sont pas décernés. Je pourrai faire connaître des précédens nombreux d'Académies qui ont agi de la sorte; je me bornerai à en citer quelques-uns choisis parmi ceux qui concernent l'Institut. En 1838, l'Académie des sciences refuse d'accorder le prix de mécanique fondé par Monthyon, ainsi que le prix de statistique. En 1837, le même corps savant remet la distribution du grand prix des sciences physiques à l'année 1839, et de cette année à 1843.

» L'Académie des sciences morales et politiques ne donne pas, en 1837, le prix Beaujon. Enfin l'Académie des inscriptions et belles-lettres n'avait pas voulu décerner, en 1836, le prix Volney, et pourtant de nombreux mémoires avaient été envoyés à ces Académies. On devrait s'étonner s'il en était autrement à l'Académie nationale de médecine; nous ne voulons pas plus nous déshonorer que les autres corps savans, en signalant à l'attention publique des travaux qui n'ont pas une importance suffisante, et ici je ferai remarquer au tribunal que nos décisions doivent être sans appel parce que nous sommes juges souverains.

» Avant de répondre à M. Villepin, que j'ai entendu avec plaisir, et afin de mieux faire ressortir la force de mes argumens, il me sera permis de faire un examen critique de la disposition testamentaire du marquis d'Argenteuil.

» Conçoit-on qu'il entre dans l'esprit d'un homme de fonder à *perpétuité* un prix qui devra être donné tous les six ans sur un sujet aussi restreint que celui qui a été choisi; et comment supposer qu'actuellement et dans les siècles à venir on produira à chacune des périodes sexennales un travail digne d'une aussi belle récompense? On ne commande pas au génie, et tout le monde prévoit que 10, 15, 20, 30 années et plus peuvent s'écouler sans qu'il ait surgi, je ne dirai pas un travail très important, mais même des travaux d'une certaine importance. Voyez avec quelle sagesse nos Académies cherchent à éviter cet écueil quand elles proposent des sujets de prix; elles choisissent des questions qu'elles varient à l'infini et qui ont besoin d'être élucidées. Mais les difficultés dont je parle, et qui tiennent à la nature du sujet indiqué par M. d'Argenteuil, seraient considérablement aggravées s'il fallait partager l'opinion émise par Me Villepin, savoir : qu'il faut faire un choix parmi les travaux publiés dans le monde entier. A coup sûr le prix ne serait jamais donné si, comme l'ont voulu toutes les commissions d'Argenteuil, on tient à juger avec connaissance de cause. En effet, comment ces commissions ont-elles opéré? Vous croyez peut-être, Messieurs, que l'on s'est borné à lire les travaux des auteurs, à examiner leurs instrumens? Non, certes; on a voulu voir et peser, pour ainsi dire; non seulement on a exigé que les procédés fussent appliqués devant la commission, mais encore on a suivi les malades afin de mieux apprécier les résultats. Comment appliquer cette méthode si probante et si rigoureuse à des malades éloignés quelquefois de plusieurs centaines de myriamètres, et que l'on ne pourrait pas soumettre à l'observation? En voilà assez sur ce point que je tenais pourtant à établir parce qu'il justifie l'Académie de n'avoir pas encore donné le prix d'Argenteuil. Vous dites que l'Académie a établi un concours malgré le désir et la volonté du testateur. Il n'en est rien. Lorsqu'on institue un concours scientifique, on fait un appel à un certain nombre d'individus réunissant des conditions spéciales d'âge, de grade, et on trace un programme des épreuves à subir. Ici, on s'est borné à publier, et il le fallait, le texte du testament en faisant à tout le monde la liberté de se présenter.

» Me Villepin, à l'occasion du rapport de la commission, en 1846, blâme l'Académie de n'avoir pas adjugé le prix, puisque cette commission reconnaissait des mérites divers à quatre candidats, et surtout à l'un d'eux. La réponse est toute simple : la commission proposait de partager le prix, et suivant l'Académie, d'accord sur ce point avec un avocat célèbre dont elle avait demandé l'avis, Me Paillet, ce prix devait être donné à un seul prétendant. Mais, dites-vous, il fallait alors rémunérer celui des quatre docteurs dont les travaux iraient en première ligne. Je répondrai que l'Académie ne devait pas agir ainsi dès qu'elle ne considérait pas ces travaux comme offrant un mérite qui fût en rapport avec la beauté du prix.

» A l'occasion des jugemens rendus par les diverses commissions d'Argenteuil, je ne laisserai pas passer, sans la repousser, une insinuation blessante pour ses divers membres.

» M. L'avocat, après avoir fait connaître que plusieurs des académiciens qui les composaient étaient des spécialistes bien connues, a voulu faire planer sur eux un reproche qu'il n'a pas qualifié, mais qu'il a suffisamment caractérisé en disant qu'il préférait rester à la superficie des choses. Si l'honneur et la loyauté de mes collègues n'était pas si généralement reconnus et si justement appréciés, je me donnerais peut-être la peine de répondre à une assertion de cette nature; il me suffira de dire que toutes ces commissions renfermaient dans leur sein un certain nombre d'hommes qui n'étaient pas spécialistes et dont quelques-uns n'exercent même pas la chirurgie. Qui ne sait que l'une de ces commissions était présidée par le docteur Rayer, dont le savoir et la probité ne seraient contestés par personne.

» C'est d'ailleurs mal reconnaître le zèle des commissaires, tous haut placés dans la pratique médicale, tous par conséquent très occupés et qui viennent consacrer avec un désintéressement que les honore, un temps précieux et fort long, à l'effet d'accomplir un devoir qu'ils n'ont souvent accepté qu'à leur corps défendant. Il faut que le tribunal sache que telle des commissions d'Argenteuil s'est réunie plus de cinquante fois, à plusieurs heures par séance.

» J'arrive à la partie la plus délicate de ma mission, à celle qui a pour objet de mettre dans tout son jour une observation faite par M. l'avocat et qui a pu impressionner le tribunal d'une manière fâcheuse pour l'Académie. Il s'agit du compétiteur dont les travaux ont été signalés avec tant d'éloge par notre honorable collègue, M. Lagneau.

» Voici comment les choses se sont passées :

» Après la lecture du mémoire du docteur G..., l'Académie nomma une commission de cinq membres et désigna M. Lagneau pour rapporteur. Au moment où le rapport allait être lu à la commission, celle-ci ne se composait plus que de trois membres, deux ayant succombé depuis quelque temps. Sur ces trois membres, l'un déclara qu'il ne signerait pas le rapport, un autre consentit à le signer s'il était modifié; on peut donc dire que le rapport était tout au plus l'œuvre de deux de nos collègues. Mais qu'importe, la jurisprudence constante de l'Académie a été de ne jamais adopter le corps d'un rapport qu'elle considère comme exprimant l'opinion des commissions, voire même celle du rapporteur, mais seulement de donner sa sanction aux conclusions. Or, dans l'espèce, les conclusions n'étaient pas celles qui ont été lues au tribunal par Me Villepin, mais bien celles-ci, en substance du moins : L'auteur sera remercié, et son mémoire sera renvoyé comme document à la commission d'Argenteuil.

» Est-ce la faute de l'Académie si cette commission n'a pas jugé le travail dont il s'agit digne d'être placé à la hauteur à laquelle il aurait dû se trouver d'après M. Lagneau. Ainsi s'évanouit cette grande objection dont Me Villepin avait cru pouvoir tirer un si grand parti.

» Je terminerai comme cet avocat, en parlant de la commission que le tribunal devrait nommer pour désigner le prix d'Argenteuil. Si cette mesure est dans les attributions du tribunal et qu'il la prenne, l'Académie sera ravie de ne plus être chargée d'un travail pénible, fastidieux et onéreux pour elle. Mais tant que les choses resteront en l'état, l'Académie ne procédera pas autrement qu'elle ne l'a fait jusqu'à ce jour. Tel est, Messieurs, le sens des paroles que j'ai cru devoir prononcer en qualité de délégué du conseil d'administration. Je m'estimerai très heureux si elles obtiennent votre approbation.

» Me Chaix-d'Est-Ange, n'ayant pas cru nécessaire d'ajouter de nouvelles considérations, s'est abstenu de plaider. »

Cette lecture est accueillie par des marques unanimes d'approbation.

M. le Président donne ensuite lecture du jugement qui déboute MM. Dugon et Lambert de leur demande et les condamne aux dépens. Sur sa proposition, l'Académie vote par acclamation des remercîmens à M. Orfila.

Voici le texte du jugement :

Le Tribunal, sur les conclusions conformes de M. le substitut Gouget, a rendu le jugement suivant :

« Attendu que les intentions de d'Argenteuil, exprimées dans son testament, ne présentent rien d'obscur ni d'ambigu; que le testament contient : 1° une disposition principale, à savoir : l'institution d'un prix qui doit être décerné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important, apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre; 2° une disposition subsidiaire (pour les cas seulement où, pendant la période de six ans, les moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre n'auraient pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix institué), à savoir : la faculté pour l'Académie d'accorder ce prix à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant cette même période de six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires;

» Attendu que dans l'une comme dans l'autre hypothèse, le testateur a entendu s'en rapporter exclusivement au jugement de l'Académie de médecine; qu'elle ne peut être tenue de décerner un prix qui ne lui paraît pas mérité, de récompenser des œuvres médiocres ou des perfectionnemens insignifians;

» Qu'il appartient donc à l'Académie et à elle seule d'apprécier si, dans un espace de six ans, il a été apporté aux moyens curatifs des rétrécissemens un perfectionnement assez notable, assez important, pour mériter le prix, et subsidiairement, en cas de négative, si, dans la même période, il a été apporté, au traitement des autres maladies des voies urinaires, un perfectionnement assez notable, pour que l'Académie use de la faculté que lui laisse le testament;

» Attendu que le testateur n'a point prévu le cas où l'Académie ne croirait devoir appliquer ni la disposition principale, ni la disposition subsidiaire;

» Attendu que l'Académie a décidé qu'il n'y avait point lieu de décerner le prix pour la première période (1838-1844), et que les fonds destinés à ce prix seraient réservés pour augmenter le prix de la période suivante;

» Attendu que si les héritiers, légataires ou exécuteurs testamentaires de d'Argenteuil, jugent le mode adopté par l'Académie contraire aux volontés du testateur, ils peuvent, dans leur intérêt personnel ou dans celui de la succession, en tirer telles conséquences que de droit, et se pourvoir s'il y échet, ainsi qu'ils aviseront, pour inexécution des conditions du legs accepté par l'Académie;

» Mais, attendu qu'il est interdit aux tribunaux de prononcer par voie de disposition générale et réglementaire sur les causes qui lui sont soumises; qu'ainsi, le Tribunal ne peut statuer sur les prix à échoir ultérieurement, c'est-à-dire sur des faits non accomplis, et qui peuvent ne pas se réaliser;

Attendu, pour ce qui concerne les prix relatifs aux deux périodes accomplies, que le Tribunal ne peut ni s'immiscer lui-même, ni conférer à des tiers le droit de s'immiscer dans l'appréciation de travaux ou la distribution de récompenses qui ne relèvent que de l'Académie;

» Déboute Dugon et Lambert ès-noms de leur demande, et les condamne aux dépens. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 3 Mars 1852. — Présidence de M. Larrey.

Au commencement de la séance, M. Huguier présente une pièce d'anatomie pathologique relative à l'histoire des polypes fibreux. Nous n'avons pas à revenir sur ce fait, qui est parfaitement connu des lecteurs de l'Union Médicale, car il a été publié en entier par M. Am. Forget

A la suite de cette présentation, une nouvelle discussion se réveille sur la thérapeutique de ces tumeurs. Nous avons dit l'opinion de chacun des honorables membres qui ont pris part aux précédentes discussions. Nous passons outre, car nous n'aurions qu'à recopier ce que nous avons déjà écrit.

Ulcération vénérienne serpigineuse consécutive.

M. VIDAL communique, en quelques mots, la relation d'un fait qu'il a pu observer dans son service à l'hôpital du Midi.

Un malade, qui avait eu un chancre induré, fut pris d'infection constitutionnelle, qui d'abord se manifesta par des syphilides superficielles, puis enfin successivement des syphilides papuleuses et pustuleuses, avec ulcérations dans la gorge.

Après un traitement rationnel par les préparations d'iodure de mercure, il parut guéri.

Il y a quelques semaines, apparurent à la jambe des pustules qui suppurèrent et laissèrent à leur suite une ulcération qui prit la forme serpigineuse pure. Rien ne put arrêter la marche de ces ulcérations dévorantes, et en peu de temps la jambe et la cuisse présentèrent de larges surfaces de plaies horriblement douloureuses. Aucun traitement ne put arrêter un seul instant la marche de cette affection, et la constitution du malade était profondément altérée.

On proposait de syphiliser le malade; M. Vidal s'y opposa formellement.

Alors il eut l'idée de recourir à l'emploi de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*. Il fit faire des bandelettes recouvertes de cette emplâtre et pansa son malade suivant le mode ordinaire des ulcères des jambes.

A peine le premier appareil fut-il appliqué, que les douleurs cessèrent. Au troisième jour, quand on enleva les bandelettes, la plaie était considérablement modifiée; et bref, en moins de vingt jours, il y eut guérison.

M. Vidal fait remarquer, en terminant, que l'action de ce traitement dût être locale et en même temps générale, car le malade éprouva un commencement de stomatite mercurielle.

M. MOREL-LAVALLÉE, qui a vu le malade de M. Vidal, signale le mode de cicatrisation qui, au lieu de procéder de la circonférence au centre, apparaissait au contraire dans le milieu de la plaie, par plaques, d'abord isolées, qui ensuite s'unissaient.

M. VIDAL, en communiquant cette observation, ne donne pas ce mode de traitement comme nouveau; seulement il engage ses collègues à y recourir, persuadé qu'ils y trouveront de très grands avantages.

Tumeur de la cuisse; — ablation; — nature de la tumeur.

M. DEMARQUAY présente, au nom de M. le professeur Denonvilliers, une énorme tumeur enlevée sur une femme de 50 ans. Cette tumeur, grosse comme la tête d'un enfant à terme, était située à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, dans l'aine, et s'appuyant sur la branche horizontale du pubis.

Elle avait déplacé l'artère fémorale, que l'on pouvait sentir, au dehors d'elle.

Quant à la nature de la tumeur, il était difficile de l'apprécier sur le vivant. Elle offrait, en effet, à sa périphérie des duretés comme formées par des noyaux osseux, et profondément elle paraissait semi-fluctuante.

Une ponction exploratrice donna issue à une petite quantité de liquide roussâtre.

On enleva la tumeur; la dissection fut assez longue, et l'on dut détacher des lambeaux qui adhéraient.

Nous avons pu examiner la tumeur, elle présente trois élémens bien appréciables: du tissu fibreux, de la graisse et des dépôts calcaires; ce serait là une de ces tumeurs que les Allemands désignent sous le nom d'ostéostéatome. C'est l'opinion de M. Lenoir, qui a déjà vu plusieurs faits de ce genre.

Nous profiterons de l'occasion pour dire quelques mots sur ces singulières tumeurs, qui, d'abord isolées des os, ne tardent pas à contracter adhérence avec eux. Nous empruntons à un travail de M. Lenoir les détails qui suivent:

Ces tumeurs ont été surtout trouvées dans le bassin, et ont été décrites comme des exostoses du bassin.

On trouve une intéressante observation du docteur Pellegrini, traduite dans le tome V de la quatrième série des *Archives de médecine* (1844). Dans ce cas, la malade qui portait une tumeur de ce genre dans l'intérieur du bassin, étant devenue enceinte, lors de l'accouchement, cette cause de dystocie fut insurmontable. Après avoir en vain proposé à la malade de lui faire subir l'opération césarienne, on dut extraire l'enfant après avoir préalablement broyé le crâne.

La malade mourut trente-six heures après.

A l'autopsie, on trouva la tumeur adhérente contre la symphyse du pubis. Et cette adhérence, en apparence très solide, put être détruite *par une dissection attentive*. Ainsi, comme le fait remarquer M. Lenoir, ces tumeurs ne naissent pas du périoste, elles viennent s'accoller à lui, et peu à peu y adhèrent plus ou moins solidement.

Quant à la structure de la tumeur, elle était ossifiée à sa base et dans plusieurs points de son intérieur.

On trouve une observation analogue, donnée par Draw, dans le *Journal médico-chirurgical d'Edimbourg*, observation traduite en français par M. Danyau, dans les notes qu'il a ajoutées au *Traité du bassin*, de Nægele. Une autre observation est consignée par J. Burns dans son *Traité des accouchemens*.

M. Lenoir signale également une observation de Gensoul, de Lyon: la tumeur prenait naissance au milieu du ligament large de l'utérus.

En résumé, ces tumeurs sont fort rares, et, à cause de cela, encore mal connues dans leur étiologie et dans leur symptomatologie.

Leur structure et leur composition sont parfaitement indiquées dans l'observation du docteur Pellegrini (observation dont nous avons donné un court extrait), et dans la description d'une pièce anatomique que l'on trouve au musée Dupuytren.

Leur siége est toujours primitivement le tissu cellulaire du petit bassin, surtout dans le voisinage des symphyses.

Le diagnostic des ostéostéatomes est toujours très difficile à établir, par deux raisons: d'abord, parce que leur véritable caractère anatomique n'est, le plus souvent, susceptible d'être reconnu que par un examen direct de leur structure intérieure; et, ensuite, parce qu'ils peuvent se présenter à l'observateur, soit à l'état mou et libre, soit durs et adhérens.

M. Lenoir, en étudiant ces tumeurs, les considère spécialement au point de vue de la dystocie. Par conséquent, il ne parle que des ostéostéatomes contenus dans le bassin.

Le fait de M. Denonvilliers serait relatif à un ostéostéatome extra-pelvien. Nous faisons remarquer, en terminant, combien cette tendance à adhérer aux os est manifeste dans ces tumeurs; car nous voyons que, dans ce cas, il existait déjà de l'adhérence entre la tumeur enlevée et la branche horizontale du pubis.

Plaie par arme à feu; — accidens nerveux consécutifs.

Lors des événemens du 2 décembre 1851, un jeune enfant se trouvant sur le boulevard, reçut dans la cuisse une balle qui, pénétrant à la fesse, vint ressortir à la partie interne du genou, en suivant le trajet du nerf sciatique; l'ouverture d'entrée de la balle était plus grande que l'ouverture de sortie.

Le 19, dans la nuit, il se fit une hémorrhagie assez considérable. M. HUGUIER, qui donnait des soins à ce jeune malade, pratiqua la ligature de la crurale, presqu'au niveau de l'arcade crurale, au-dessus de la naissance de la musculaire profonde.

Le 31, onze jours après l'opération, la ligature tomba.

Dès le lendemain de la blessure, le malade avait ressenti dans la jambe, et surtout dans le pied et dans les orteils, des douleurs atroces que rien n'a pu calmer.

Lorsque l'on fit la ligature de la crurale, ces douleurs cessèrent, mais cinq jours après elles reparurent avec une intensité intolérable. Actuellement, le membre sain lui-même est affecté et le pauvre malade est forcé de s'humecter continuellement avec de l'eau froide pour s'aider à supporter la douleur.

M. Huguier a employé contre cette affection nerveuse tous les moyens; il demande que quelques-uns de ses collègues veuillent bien visiter le malade avec lui.

Nous reviendrons sur ce sujet.

D[r] Éd. LABORIE.

MÉLANGES.

GONFLEMENT DE LA RATE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES. — Aux renseignemens donnés par M. Rochard sur le gonflement de la rate dans les fièvres intermittentes des pays chauds, nous pouvons ajouter les suivans, puisés par M. Smith dans l'observation d'une épidémie de fièvre intermittente qu'il a eu à traiter dans l'Inde, en 1847-48 à Goomsoor. Sur 100 cas de fièvres intermittentes, tierces et quotidiennes, 12 seulement présentaient à l'examen plessimétrique une augmentation de volume qui pouvait aller jusqu'à 4 pouces; et sur plus de 700 cas, pas un seul dans lequel il y eût de la douleur à la région splénique, même dans une pression forte.

Bien que M. Smith reconnaisse que la fréquence de l'engorgement de la rate augmente avec la fréquence du retour de la maladie, sur 19 cas de rechute, une seule fois il a pu constater le gonflement de la rate; et sur 45 cas parvenus à une troisième attaque et au-delà, 8 fois seulement la rate était augmentée de volume d'une manière sensible. Enfin, sur 200 cas pris indistinctement à la fin de l'épidémie, on en comptait seulement 35, ou 17 1/4 pour cent qui offraient cet engorgement.

M. Smith a recherché, dit-il, sans succès, de déterminer si la rate augmentait de volume dans l'accès et diminuait dans l'apyrexie. Jamais l'intensité des accès ne lui a paru en rapport avec l'augmentation de volume de l'organe splénique; jamais non plus il n'a vu la rate diminuer immédiatement de volume sous l'influence de la quinine. Il n'en a pas été de même par l'usage continué de cet agent, et son influence sur le gonflement de la rate lui a paru un peu mieux établie, quoique moins constante que l'a dit M. Piorry; cependant, dans 17 cas, après de larges doses de quinine, il y en a eu 11 dans lesquels on a pu constater une diminution plus ou moins considérable.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

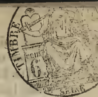
FALSIFICATION DE LA BIÈRE. — Dans une des leçons d'hygiène publique qu'il fait avec le plus grand succès au Conservatoire des arts et métiers (1), M. Payen a appelé l'attention sur une fraude qui, fort heureusement, n'est pas employée en France; car c'est à tort qu'on a dit qu'à Paris on se servait de bois ou de bourgeons de sapin dans la fabrication de la bière. Mais ce qui est vrai, c'est qu'en Angleterre, il y a eu des falsifications considérables et qui avaient leur source à Paris. Pour donner à la bière l'amertume requise, certains fabricans anglais se sont servis d'une matière dont l'amertume est extrême, la strychnine, qui est un poison très violent. L'emploi n'en a pas eu lieu en France; on eût été trop promptement découvert, et la peine à subir eût été trop forte; mais c'est bien en France qu'on a fabriqué des quantités considérables de strychnine dont on ne connaissait pas alors la destination future. On ne l'a su que quand on a appris plus tard que cette strychnine avait été envoyée en Angleterre, et que là elle avait servi d'élément à une fraude qui avait eu tout le temps de prendre des développemens très étendus, grâce à l'absence de moyens de surveillance.

(1) Publiées dans le *Constitutionnel*.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP.,
Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 29. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 9 Mars 1852.**



PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

DES CARACTÈRES QUI PERMETTENT DE DISTINGUER LA PERVERSION MALADIVE DE LA PERVERSITÉ MORALE.

Première Lettre.

A M. LÉLUT, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Institut.

Très honoré confrère et maître,

Le procès de l'assassin Jobard va soulever le 18 de ce mois, devant la Cour d'assises du département du Rhône, une question médico-légale du plus haut intérêt, le problème si délicat et si grave de la liberté morale.

Il paraît certain que les experts appelés à se prononcer sur l'état mental du prévenu, au moment de la perpétration de l'acte qui a mis fin aux jours de l'infortunée dame Ricard, sont divisés d'opinion.

Tout en formulant leur avis dans les termes d'une réserve extrême, tout en se gardant bien de l'exprimer comme le résultat d'une conviction absolument exempte de quelque doute, deux de ces experts, MM. les docteurs Gromier et Tavernier soutiennent que Jobard était frappé d'aliénation mentale. Un troisième médecin, M. le docteur Magaud, qui a examiné l'assassin immédiatement après le meurtre, émet une opinion tout à fait opposée. Enfin, M. le docteur Gensoul, appelé en dernier lieu, paraîtrait disposé à se prononcer dans le sens des deux premiers experts.

Vis-à-vis de ces assertions contradictoires, dans l'intérêt de la science comme dans celui de la justice, il est du devoir des médecins spécialistes d'intervenir officieusement.

En cette qualité, très honoré maître, je viens soumettre à votre jugement le résultat de certaines recherches entreprises dans le but de savoir s'il est possible de mieux distinguer qu'on ne l'a fait jusqu'à présent la perversité morale de la perversion maladive.

Avant d'apprécier l'homicide commis par l'inculpé Jobard, voici, en peu de mots, le fait rapporté dans ses principales circonstances :

Le 15 septembre 1851, aux premières galeries du théâtre des Célestins, de Lyon, alors que commençait le deuxième acte du drame intitulé : *Adrienne Lecouvreur*, une jeune femme, la dame Ricard, assise à côté de son mari, sur le troisième rang de l'amphithéâtre, est frappée d'un coup de couteau-poignard au sein gauche. L'assassin, âgé de vingt ans, employé dans une maison de commerce de Dijon, placé sur la quatrième banquette, avait plongé tout d'un coup la lame de l'instrument, jusqu'au manche, entre la clavicule et la première côte. Arrêté immédiatement et sans résistance par le mari, qui l'interpelle en ces termes : « Que vous ai-je fait pour frapper ma femme? » Le meurtrier répond avec le plus grand sang-froid : « *Rien, je ne vous connais même pas.* » Conduit au poste le plus voisin, pendant que la victime rendait le dernier soupir, et interrogé par le commissaire de police, il avoue qu'il avait quitté Dijon le matin même, avec l'intention de commettre un crime prémédité par lui depuis assez longtemps, celui de tuer quelqu'un. Il ajoute qu'il avait d'abord eu la pensée d'assassiner le président de la République, lors de son passage à Dijon, au mois de juin ; mais qu'il n'avait pas donné suite à ce projet, d'abord parce qu'il ne voulait pas chagriner sa mère qui habite cette ville, ensuite parce qu'il n'aurait pu parvenir jusqu'au chef de l'État.

Dans ses réponses au juge d'instruction, il donne d'autres raisons. Il dit qu'il avait renoncé à tuer le président de la République, après avoir assisté au bal que lui offrait la ville de Dijon; qu'il avait été désarmé d'une part, par l'expression de bonté, répandue sur la physionomie de Louis-Napoléon Bonaparte, et de l'autre par l'idée que sa mort occasionnerait une trop grande perturbation dans les affaires politiques.

Il résulte aussi de ses interrogatoires, qu'il voulait commettre un homicide, afin d'échapper à une vie qui lui était à charge; qu'il n'avait pas choisi le suicide, parce qu'il tenait à mourir en état de grâce, et qu'en périssant sur un échafaud, il aurait tout le temps de se repentir et partant d'obtenir son pardon devant Dieu.

Un magistrat lui ayant fait observer que, désirant mourir sans recourir au suicide, il avait d'autres moyens à sa disposition : que, par exemple, il pouvait insulter et provoquer quelque spadassin qui l'aurait facilement débarrassé de la vie, Jobard répond : Monsieur, vous n'avez pas de religion.

Un médecin, qui assistait à un de ses premiers interrogatoires, lui ayant dit qu'il y avait pourtant un mode de suicide, qui lui aurait laissé tout le temps de se repentir, l'empoisonnement. Oui, fit le meurtrier, mais dans ce cas on succombe au moment où on s'y attend le moins, et j'aurais été *pincé*.

Il affirme, en outre, avoir eu l'intention de tuer un prêtre au sortir de l'autel, pensant qu'un homicide commis dans ces circonstances conciliait davantage son but avec ses sentimens religieux : il se dévouait ainsi à une mort certaine, et il ne compromettait pas le salut de sa victime qui, venant de célébrer le sacrifice de la messe, se trouvait très probablement en état de grâce.

Les meurtres exécutés par des individus qui allèguent des raisons plus ou moins analogues à celles que Jobard avance, ne sont pas excessivement rares. M. Brierre de Boismont en a rassemblé tout récemment plusieurs exemples puisés dans différens recueils.

En présence des aveux si étranges de ce jeune prévenu, de deux choses l'une : ou c'est un pauvre insensé atteint de folie raisonnante, ou c'est un individu jouissant de l'intégrité de son libre arbitre, qui a pris plaisir à verser le sang humain, et qui cherche à jouer la monomanie homicide, afin d'échapper aux conséquences de son crime abominable.

Il faut l'avouer à la honte de l'espèce humaine, il est des êtres sains d'esprit, en assez petit nombre heureusement, qu'un goût de cruauté bizarre, qu'un instinct monstrueux de férocité entraîne à une soif voluptueuse du sang de leurs semblables. Or, qu'un homme tue son pareil par cupidité, par ambition, par vengeance, par fanatisme, etc., ou qu'il l'assassine exclusivement par amour de l'homicide, le meurtrier n'en est pas moins responsable aux yeux de la morale et de la justice, et cela parce qu'il avait en vue la satisfaction d'une passion antisociale.

Georget a eu grand tort de nier ce fait psychologique soutenu par le ministère public dans le procès de Papavoine. Non, il ne suffit pas d'établir qu'un assassin n'avait aucun intérêt *ordinaire* a commettre son crime, pour démontrer qu'il agissait sous l'influence d'une impulsion irrésistible. C'est parce que, obéissant à des sentimens de philanthropie fausse ou exagérée, des médecins ont conclu trop légèrement, devant les tribunaux, à l'existence de la folie raisonnante, que tant de magistrats ont cru devoir réagir contre des prétentions qui leur semblaient dangereuses; qu'ils ont accusé ces médecins de placer les questions d'humanité individuelle au-dessus des principes absolus de morale et de justice; qu'ils leur ont adressé le reproche de préférer le salut de quelques membres du corps social au salut de la société tout entière.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de la médecine mentale, beaucoup de magistrats français ne mettent plus en doute l'existence de la monomanie; ils sont revenus ou ils tendent à revenir chaque jour de l'opinion injuste qui leur faisait regarder naguère cette affection comme une ressource moderne inventée pour arracher un coupable au glaive de la loi, ou pour priver un citoyen de sa liberté individuelle. Ils ne disent plus ironiquement que si la monomanie homicide existe, c'est une maladie qui doit être guérie en place de Grève. Il faut le proclamer, à l'honneur de leur savoir et de leurs sentimens d'équité, non seulement ils n'hésitent plus à consulter les hommes de l'art, dans la crainte de voir mettre en question le fait de monomanie en faveur de l'inculpé, mais ils s'empressent même de provoquer l'expertise des médecins, pour peu qu'il s'élève un doute sur la moralité de l'action du prévenu.

Aussi, ce qu'il importe aux médecins de chercher à établir aujourd'hui, ce n'est plus le fait nosologique, mais bien les caractères qui permettent de distinguer la perversion maladive de la perversité morale, l'aliéné de l'homme vicieux ou criminel ; car de toutes les espèces d'aliénation mentale, la folie affective est la moins difficile à simuler.

Or, quand on parcourt tous les auteurs qui, jusqu'à présent, se sont occupés de la monomanie dans ses rapports judiciaires, on est péniblement surpris, il faut l'avouer, de la faiblesse, de l'incertitude et de la pauvreté des signes sur lesquels ils font reposer son existence. A la vue d'une telle insuffisance scientifique, on s'explique jusqu'à un certain point qu'un avocat à la Cour de Paris ait publié, en 1828, une brochure où il nie le degré de compétence des médecins dans les questions judiciaires relatives à la folie ; et, aujourd'hui que la monomanie est presque admise dans le droit criminel, non plus comme un mot, mais bien comme un fait, on a lieu d'être étonné que certains coupables, les scélérats lettrés, par exemple, ne s'ingénient pas à jouer plus souvent cette maladie devant les tribunaux.

Un aliéné est en butte à une folie affective dans son état de plus grande simplicité, à une monomanie dangereuse pour le corps social. Il a de l'ordre et de la logique dans les discours, il n'a ni hallucinations ni illusions des sens ; comment distinguerez-vous cet insensé de l'homme pervers ou criminel ?

Cette alternative est précisément celle dans laquelle se trouve Jobard. Cet assassin a l'intelligence lucide, le raisonnement exempt de toute apparence de désordre. Il ne semble pas avoir commis le meurtre dont il est inculpé, sous l'influence d'aucun genre de délire sensorial. Or, s'il était privé de sa liberté morale, s'il a cédé à l'entraînement d'une impulsion irrésistible, comment peut-on le prouver?

La comparaison, a-t-on dit, des habitudes présentes du prévenu avec ses habitudes antérieures doit guider l'expert dans l'appréciation des faits. Il faut prendre surtout en sérieuse considération les oppositions de caractère. La violence, par exemple, succédant à l'humeur pacifique ; la mélancolie à la gaîté ; la continence remplacée par le libertinage, la sobriété par l'intempérance sont aux yeux des médecins aliénistes des argumens d'une grande puissance en faveur de l'existence de la monomanie instinctive.

Dans sa consultation médico-légale sur le meurtre commis par Henriette Cornier, le docteur Marc décidait que cette fille était dans un état d'aliénation d'esprit qui avait détruit chez elle toute liberté morale, parce qu'il était survenu un changement dans son caractère, parce que cette inculpée avait des accès de caprice et de violence.

On a dit aussi que les meurtriers qui agissent sous l'influence d'un entraînement irrésistible avouaient spontanément le fait incriminé, qu'ils n'opposaient aucune résistance à leur arrestation, qu'ils réclamaient eux-mêmes le sort réservé aux coupables, tandis que ceux qui tuent avec discernement ou liberté morale prennent ordinairement la fuite, ne se reconnaissent pas pour les auteurs du crime ou ne l'avouent jamais de prime-abord.

Le docteur Prichard a cherché à établir psychologiquement le passage de la raison à la monomanie, et il a cru trouver cette transition dans la dépravation d'un ou de plusieurs sentimens ; mais ses recherches n'éclairent en rien le côté médico-légal de la question, parce qu'il n'indique et ne précise pas le moment où l'agent libre et volontaire a perdu le pouvoir de se dominer lui-même.

Tous les signes dont il vient d'être question, le changement d'humeur et d'habitudes, l'aveu spontané du fait antisocial, l'indifférence vis-à-vis des résultats que ce fait peut avoir pour les prévenus, etc., etc., tous ces signes ont assurément une certaine valeur en psychologie pathologique ; mais il faut convenir aussi qu'ils sont peu propres à engendrer la conviction dans l'esprit des magistrats et des jurés.

Les médecins aliénistes ont donc eu tort de se préoccuper presque exclusivement des signes psychologiques dans le diagnostic médico-légal des monomanies. Les élémens fondamentaux de ce diagnostic doivent être puisés ailleurs, si les experts tiennent à convaincre les juges : ils doivent être recherchés parmi les phénomènes sur lesquels la volonté ne puisse exercer aucun empire.

La pathologie mentale comprend deux ordres de phénomènes, des symptômes *psychiques* ou moraux, et des symptômes physiques ou *somatiques*, comme on dit en Allemagne. La liaison de ces deux ordres de faits est une question fort impor-

tante, qui divise malheureusement beaucoup d'aliénistes.

Selon certains auteurs, le délire n'est jamais un état primitif ou idiopathique, mais toujours un phénomène consécutif à une lésion ayant son siége dans un organe quelconque de l'économie. Suivant d'autres, c'est au contraire un ensemble de phénomènes qui dérivent exclusivement du moral, et qui n'ont avec le physique que des relations accessoires et purement accidentelles.

Il y a beaucoup d'exagération dans chacune de ces manières de voir. L'école dite *somatique*, qui a Jacobi, de Siegbourg, pour principal chef au-delà du Rhin, et l'école *psychique*, dont Ideler, de Berlin, est le représentant le plus célèbre, ont l'une et l'autre des théories qui dépassent les faits.

L'observation attentive et dégagée de tout esprit de système, démontre que si l'élément générateur ou initial de la folie dérive parfois exclusivement du moral, les lésions du physique se lient bien plus souvent avec le délire, soit comme causes, soit comme conditions de causalité.

Chaque jour, en effet, le champ de la folie symptomatique semble s'agrandir. Le délire consécutif ne coïncide pas seulement avec l'état puerpéral, l'épilepsie, l'intoxication alcoolique, saturnine ou narcotique; on sait de plus, actuellement, que la spermathorrée, le rachitisme, la tuberculisation, les affections organiques du cœur, les fièvres intermittentes, les engorgemens du col de l'utérus, les affections de la prostate, les maladies aiguës à l'époque de la convalescence, notamment la pneumonie et la fièvre typhoïde, peuvent avoir des relations de cause à effet avec l'aliénation mentale. Mais ce qu'on méconnaît encore journellement, c'est la part énorme qui revient aux troubles du système nerveux périphérique dans la production du délire. Combien de vésanies n'auraient jamais eu raison d'être sans le fait antérieur d'une gastralgie, d'une entéralgie, d'une névralgie occipito-cervicale ou intercostale, d'une migraine et même d'une simple odontalgie!

Les affections du physique ne se bornent pas à précéder les troubles du moral : elles peuvent les accompagner et même leur survivre. Aussi, selon nous, est-ce presque exclusivement aux signes de l'ordre physiologique ou somatique qu'il faut attacher de l'importance dans le diagnostic médico-légal de la folie affective ou raisonnante.

En principe, on doit établir que chez l'inculpé qui ne jouit pas de l'intégrité de son libre arbitre, le désordre mental coïncide toujours avec des phénomènes de physiologie pathologique. Pour nous, c'est là ce qui distingue la perversion maladive de la perversité morale.

S'il n'existe aucun de ces phénomènes chez le prévenu, il est responsable. Dans le cas contraire, il n'y a plus imputabilité.

Y a-t-il, avant ou après l'homicide commis par un individu dans un état de folie affective, des signes physiologiques assez tranchés et assez constans, pour permettre d'affirmer que cet individu ne jouissait pas de son libre arbitre au moment de l'acte dont il est inculpé? Cette question si importante, à laquelle je crois pouvoir répondre par l'affirmative, permettez-moi de la réserver pour la très prochaine lettre que j'aurai l'honneur de vous adresser.

Veuillez agréer l'assurance de mes sentimens les plus dévoués,

Le docteur Michéa.

Paris, ce 8 mars 1852.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC, DANS CERTAINES FORMES DE FIÈVRE TYPHOÏDE, ET NOTAMMENT DANS LA FORME DITE PECTORALE; par M. le docteur H. Thirial (1).

(Troisième partie.)

Bien que, dans tout ce travail, mon principal but ait été de démontrer la facilité et la fréquence des erreurs de diagnostic dans la forme pectorale de la fièvre typhoïde, je suis bien loin pourtant de m'en exagérer les conséquences et les dangers.

En général, il faut le dire, ces méprises ne sont pas d'une très longue durée, et tout au plus se prolongent-elles jusqu'à la fin du second septenaire. En effet, malgré la modification ou même malgré l'altération notable qu'a pu subir la fièvre typhoïde dans son expression symptomatique, il arrive presque toujours une époque où, grâce à l'apparition de quelques symptômes suffisamment caractéristiques, la maladie vient en quelque sorte se révéler d'elle-même à l'observateur qui, jusque là, l'avait méconnue.

Et pourtant il ne faut pas trop s'y fier; car il est aussi des cas où l'erreur peut se prolonger bien au-delà de cette seconde période, et même aller jusqu'au bout, alors même que le diagnostic est devenu tellement palpable, que la méprise devrait pour ainsi dire vous sauter aux yeux.

A cet égard, chacun a pu apprendre à ses dépens combien une première impression, lorsqu'elle est erronée, peut exercer de fascination sur l'esprit le plus éclairé, et combien il est facile d'être le jouet d'une idée dominante et exclusive. Il en est ici comme d'un voyageur égaré qui passe et repasse cent fois à la vue de son chemin, et qui tourne sans cesse sur lui-même sans pouvoir se retrouver. Une fois fourvoyé, l'observateur a beau avoir devant les yeux certains signes évidens qui lui indiquent nettement son diagnostic; tout préoccupé qu'il est par la maladie qu'il a cru reconnaître au début, il ne voit pas ces signes, ou il les interprète dans le sens de cette maladie supposée; de sorte que ce qui devrait être pour lui une lumière, au lieu de l'éclairer, contribue encore à l'enfoncer de plus en plus dans son illusion et son erreur.

Ces méprises complètes et poussées jusqu'à la fin, pour être exceptionnelles, n'en existent pas moins. Il est donc utile de les signaler. Pour ma part, j'ai eu occasion d'être témoin d'un fait de ce genre que je demande la permission de publier en son entier. Les incidens tout particuliers qui l'ont accompagné et suivi, la position élevée de ceux qui ont joué là le principal rôle, tout semble s'être réuni pour rendre cet exemple aussi instructif que curieux :

Le 5 avril 1850, je fus appelé à voir Mlle Pauline de ..., qui était malade depuis quinze jours, et dont l'état était de nature à inspirer les plus vives inquiétudes.

C'était une jeune fille âgée de 10 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique et nerveux, offrant toutes les apparences extérieures d'une santé délicate et faible.

En effet, malgré les soins dont elle n'a cessé d'être l'objet, Mlle Pauline a eu une enfance difficile, traversée par des indispositions fréquentes et même par un certain nombre de maladies graves.

L'époque de la première dentition fut des plus orageuses. A 9 mois, il survint des attaques d'éclampsie, qui, bientôt, dégénérèrent en un état convulsif habituel, des plus chroniques et des plus réfractaires, dont cette enfant ne fut débarrassée que vers l'âge de 14 mois.

A 18 mois, il se déclara une affection du cuir chevelu, de nature impétigineuse. Après avoir résisté opiniâtrement pendant quatre ans, cette éruption finit par céder à un traitement dirigé par les frères Mahon.

A 5 ans, petite-vérole volante.

A 7 ans, Mlle Pauline fut atteinte d'une maladie qu'on caractérisa de pleurésie; et à 8 ans, elle eut une fluxion de poitrine assez intense, dont elle ne fut bien remise qu'après six semaines de maladie.

Tels sont les principaux renseignemens qui me sont donnés au sujet de la santé antérieure de Mlle Pauline.

Au résumé, la nature de ces diverses maladies, aussi bien que l'ensemble de sa constitution, accusait chez cette enfant, d'une part : un mauvais état du système nerveux, joint à une dyscrasie humorale, et d'autre part, une susceptibilité morbide très prononcée du côté de l'appareil respiratoire.

Mlle Pauline se trouvait assez bien portante, lorsque, le 19 mars 1850, elle fut prise, dans la nuit, d'une toux rauque, ayant de l'analogie avec la toux croupale.

Le médecin de la maison fut appelé. Il constata une légère affection laryngo-trachéale, et se contenta de prescrire quelques loochs et des tisanes pectorales.

Le surlendemain 21 mars, malgré la persistance de cette toux, la malade sortit, et alla faire une petite promenade à pied jusqu'aux Champs-Elysées. A son retour, elle fut prise de frissons, de courbature, et elle se mit au lit.

La fièvre se déclara bientôt d'une manière assez vive; en même temps il survint de l'anorexie, et bientôt même du dégoût pour toute espèce d'alimens. (Repos au lit, boissons adoucissantes.)

Du 21 au 24 mars, ces symptômes restèrent à peu près stationnaires; le médecin ne voyant là qu'une simple indisposition, qu'on considérait comme liée à la croissance, s'abstint de visiter la malade pendant plusieurs jours. Il lui avait permis, d'ailleurs, quelques alimens légers, comme du lait et du bouillon.

Mais le 29 mars, la malade vomit le lait qu'elle avait pris; et les vomissemens se répétèrent plusieurs fois dans le cours de la journée.

Le 30, le médecin rappelé examina la malade avec une plus grande attention; et c'est alors qu'il put constater un peu de râle crépitant à la partie postérieure du poumon droit.

Le lendemain 31 mars, ce râle était un peu moins nombreux et plus humide, se rapprochant du râle sous-crépitant.

Mais le 1er avril, il se manifeste une aggravation très notable dans l'état de la malade. La toux augmente, devient fréquente; et on trouve un râle crépitant nombreux dans une grande partie du poumon droit, et même un certain nombre de bulles du même râle dans le poumon gauche. (6 sangsues sur la poitrine.)

Le 2 avril, comme il n'y a rien de changé, on réitère la même application; on prescrit de plus un peu de manne.

Dans le cours de cette même journée, les accidens s'aggravent, de plus en plus la famille s'inquiète. On désire une consultation, le professeur X... est appelé.

Voici les symptômes principaux qui sont constatés : fièvre très véhémente, pouls très fréquent, de 140 à 150 pulsations, peau sèche et brûlante, soif ardente. Râle sous-crépitant très nombreux, disséminé dans les deux poumons, mêlé de quelques râles sibilans et muqueux.

D'après ces signes généraux et locaux, on diagnostique une broncho-pneumonie; et on prescrit 30 centigrammes de sulfate de cuivre comme vomitif. Mais ce médicament n'amène pas de vomissemens. Le soir on ordonne un looch avec oxyde blanc d'antimoine.

3 avril. Les médicamens administrés la veille ont produit une super-purgation; les selles sont formées de matières d'abord jaunes, puis vertes comme des épinards hachés, ayant une grande fétidité. La soif est devenue encore plus vive, et la malade est en proie à une grande agitation. (Oxyde blanc d'antimoine.)

4 avril. L'agitation a été un peu moindre cette nuit que les nuits précédentes. (Oxyde blanc d'antimoine.)

5 avril. Dans la soirée, c'est-à-dire le 15me jour depuis le début des accidens, je suis appelé à voir la malade pour la première fois. Une consultation est réunie, et c'est de la bouche même de mes honorables confrères que j'apprends les détails précédens. Je les rapporte tels qu'ils m'ont été donnés.

Voici d'ailleurs l'état où je trouve la jeune malade:

Décubitus dorsal; face pâle et altérée, lèvres sèches et encroûtées, langue rouge, fendillée et desséchée; entrée des narines pulvérulente; toutefois, dans le facies et l'habitus extérieur, on remarque plutôt l'abattement fébrile qu'un véritable état de stupeur et de prostration.

Dans cette soirée, la peau jusqu'alors assez aride a paru vouloir s'humecter un peu, mais cette moiteur n'a été que passagère. La soif est très vive, le pouls à 140. Quelques selles bilieuses et mousseuses. Je ne note rien de particulier du côté de l'abdomen.

Râles sous-crépitans et muqueux fins, disséminés dans les deux poumons, et surtout très nombreux et très intenses en arrière et à droite : il n'existe pas de matité véritable; mais seulement peut-être un peu moins de sonorité : pas de respiration soufflante. Toux revenant à d'assez longs intervalles, un peu grasse; fréquence des mouvemens respiratoires, mais sans véritable dyspnée : respiration un peu râlante, absence d'expectoration.

Ainsi que je l'ai déjà dit, la maladie de cette jeune fille était considérée comme une pneumonie catarrhale, et traitée comme telle. (Large vésicatoire sur la poitrine, et potion avec kermès.)

Je passai la nuit auprès de la malade, et je pus ainsi l'observer tout à loisir.

Ici il faut bien que je le dise, l'aspect de la malade, et quelques autres indices, m'avaient fait vaguement soupçonner de prime abord quelque chose de plus qu'une affection pulmonaire; aussi ma première pensée fut de rechercher si, sous le masque de cette pneumonie double, il n'y aurait pas une *fièvre grave*.

Je dirigeai donc mon examen dans ce sens. En interrogeant avec soin les personnes qui entouraient la malade, j'arrivai non sans peine à obtenir d'elles certains renseignemens importans qui vinrent fortifier mes premiers soupçons; et une fois dans la voie, je réussis à découvrir par moi-même quelques symptômes qui avaient passé à peu près inaperçus aux yeux de mes confrères.

Ainsi j'appris que dès les premiers temps de la maladie, il existait pendant la nuit de l'insomnie et de l'agitation, et que de plus dans la première semaine la malade avait eu deux ou trois épistaxis.

J'ai dit qu'au premier examen, l'abdomen ne m'avait offert rien à noter. Mais, en y regardant de plus près, je constatai une sensibilité très manifeste vers la fosse iléo-cœcale, à ce point qu'une pression assez modérée faisait faire une grimace involontaire à la jeune malade. De plus, cette même pression, pratiquée avec certaines précautions, me permit de percevoir, non pas précisément un véritable gargouillement, mais une sorte de crépitation moins grosse et moins humide, ayant de l'analogie avec la sensation produite par une infiltration gazeuse dans les mailles du tissu cellulaire.

Outre l'état des lèvres et de la langue, déjà signalé, je remarquai que les dents étaient sèches, luisantes, comme vernissées, et que les gencives étaient recouvertes d'un enduit blanc assez épais.

Je n'ai pas noté de taches lenticulaires, soit que ces taches aient manqué, soit qu'elles fussent déjà effacées.

6 avril. La nuit a été très agitée. La malade n'a cessé d'être dans un état de grande surexcitation cérébrale, qui ne l'empêchait pas, cependant, de se mettre en rapport avec les personnes qui l'entouraient. Je note toutefois que la parole est très gênée, bredouillante et difficile à saisir : cette circonstance me paraît tenir, au moins en partie, à l'extrême aridité de la langue. Du reste, la malade, qui n'a pas fermé la paupière, a passé une partie de son temps à éplucher ses lèvres, et à faire avec ses draps des petits paquets (carphologie); cet état de semi-délire est entrecoupé de plaintes fréquentes.

Le matin, à l'heure de la consultation, on constate à peu près le même état que la veille : le pouls est à 140. On lève le vésicatoire.

La journée est mauvaise, et, dans la soirée, l'état devient de plus en plus alarmant. (On continue le kermès.)

7 avril. Nuit encore plus agitée que la précédente. Loquacité intarissable et fatigante, liée à un subdelirium incessant. Le pouls est confus, la soif dévorante. Deux à trois selles produites par le kermès. Urines fréquentes.

Depuis la veille, j'avais constaté un peu de météorisme. Ce phénomène, ainsi que la sensibilité de l'abdomen, restent plus ou moins encore plus prononcés. La malade s'acharne à éplucher ses lèvres, à se ronger les ongles, et à se tourmenter les narines avec ses doigts qu'elle ramène teints de sang.

8 avril. Le matin, à la visite, on ausculte de nouveau la malade, et on trouve toujours le râle sous-crépitant dans toute l'étendue des poumons, surtout à gauche, mais pas de matité ni de souffle tubaire. Le pouls s'élève à 160, et la respiration prend une très grande fréquence. (On prescrit deux quarts de lavement avec 40 centigrammes de sulfate de quinine dans chaque.)

Le pronostic est des plus graves.

En effet, la malade meurt dans la journée, c'est-à-dire le 18e jour depuis le début des premiers accidens. L'autopsie n'a pas été faite.

Cette observation ne serait pas complète, et elle perdrait même son véritable intérêt, si je n'ajoutais ce qui suit :

Poursuivi par l'idée que le diagnostic laissait ici quelque chose à désirer, je m'étais décidé à m'en ouvrir au médecin de la famille : c'était dans la matinée du dernier jour.

La gravité de la situation, les égards dus à un confrère éminemment recommandable par sa science, son caractère et sa position, tout m'imposait ici la plus grande réserve.

C'est donc sous la forme dubitative que je lui communiquai le soupçon qui m'était venu au sujet de la nature de la maladie.

Mais, en m'entendant prononcer le mot de fièvre typhoïde, mon honorable confrère ne put dissimuler son étonnement, pour ne rien dire de plus. Et tout de suite, prenant la parole, il m'objecte vivement que le seul doute ici n'est pas admissible, attendu que, d'une part, la pneumonie était évidente et incontestable, et que, d'autre part, il ne voyait là aucun des phénomènes ordinaires de la fièvre typhoïde.

La réponse s'offrait ici d'elle-même. Mais dans l'état désespéré où se trouvait la malade, je compris qu'une discussion portant sur le diagnostic n'était peut-être pas chose convenable; je n'insistai donc pas.

(1) Voir les numéros des 11, 13, 16 Décembre 1851, 24, 27, 29 Janvier, 2 et 6 Mars 1852.

Du reste, il faut le dire, rien de plus naturel que l'étonnement de mon honorable confrère, et à son point de vue rien de plus décisif que ce qu'il m'objectait.

En effet, comme l'idée d'une fièvre typhoïde ne lui était pas venue à l'esprit dans tout le cours de la maladie, il en était résulté forcément que les symptômes autres que ceux appartenant à l'affection pulmonaire ou lui avaient échappé entièrement, ou bien avaient dû être relégués au rang de simples épiphénomènes.

C'est ainsi que les épistaxis, l'insomnie du début, la sensibilité abdominale, le gargouillement obscur de la région iléo-cæcale avaient passé complètement inaperçus. C'est ainsi encore que, faute de cette idée et de cette lumière, on n'avait pu accorder leur valeur et donner leur véritable signification à quelques autres phénomènes importans. Parmi ces symptômes, je signalerai l'encroûtement des lèvres et des dents, la rougeur et la sécheresse de la langue, la stomatite avec enduit aux gencives, la fréquence extrême du pouls, la forme du délire nocturne, et puis encore la disproportion existant entre l'étendue de la lésion pulmonaire d'une part, et la dyspnée modérée de l'autre; la rareté de la toux, l'état stationnaire de cette pneumonie restant à l'état de simple engouement depuis plus de huit jours, sans passer nulle part à l'hépatisation; toutes circonstances plus en harmonie avec l'idée d'une pneumonie symptomatique qu'avec celle d'une pneumonie franche et idiopathique, etc., etc.

Or, tout cet ensemble de signes, sans parler de l'impression indéfinissable qu'avait fait naître en moi la première vue de la malade, voilà quels étaient les motifs que je pouvais faire valoir à l'appui de mon opinion.

Cependant, il faut l'avouer, cette opinion, si fondée qu'elle dût me paraître, ne laissait pas que d'avoir un côté très controversable. En effet, cette fièvre typhoïde avait présenté un début très insolite, une marche peu ordinaire, et surtout un appareil symptomatique fort incomplet; c'était, en résumé, une fièvre typhoïde modifiée, anomale même, et qui, par conséquent, n'avait nullement le caractère de l'évidence. J'ajoute qu'une preuve décisive, l'examen nécroscopique, eût été nécessaire pour lever tous les doutes, et malheureusement cette preuve faisait ici défaut.

Mon diagnostic n'était donc, en définitive, qu'un diagnostic tout personnel, et j'étais très exposé à rester seul de mon avis, lorsqu'une circonstance toute fortuite vint m'apporter une adhésion et un appui qu'il ne m'était guère permis d'espérer.

En effet, moins d'une semaine après la mort de notre malade, j'ai occasion de me rencontrer avec l'honorable professeur qui lui avait donné ses soins en qualité de médecin consultant.

Il est bon de dire qu'il n'avait rien su des objections élevées sur le diagnostic.

Après quelques mots au sujet de Mlle Pauline, il m'apprend que son jeune frère (qui d'ailleurs n'avait pas quitté la maison pendant toute la durée de la maladie) venait de tomber malade à son tour, et que les symptômes du début avaient eu une remarquable analogie avec ceux qu'avait présentés la sœur; mais, ajoutait-il, cette analogie n'était qu'apparente, attendu qu'ici la maladie tournait très évidemment à la fièvre typhoïde. L'occasion était trop belle pour n'en pas profiter : mais êtes-vous bien sûr, mon cher maître, lui dis-je aussitôt en souriant, que sous la pneumonie de Mlle Pauline, il n'y avait pas aussi quelque chose de *typhoïde*?

Ce simple rapprochement fut, pour l'intelligent clinicien, un trait de lumière. A peine eût-il entendu quelques-unes des raisons sur lesquelles j'appuyais mon dire, qu'il confessa de la meilleure grâce du monde qu'il s'était très probablement trompé, en compagnie de son collègue; et il crut même devoir ajouter qu'il était d'autant plus porté à accueillir mon diagnostic, que la fièvre typhoïde du jeune frère venait à point comme pour lui servir de complément et pour lui donner une sorte de consécration posthume.

En définitive, si deux hommes, dont personne ne saurait contester la grande habileté et la haute expérience, ont pu commettre une méprise aussi complète, cela prouve très manifestement une chose que je me suis efforcé de rendre évidente, à savoir : que le diagnostic de la fièvre typhoïde présente encore plus d'une lacune et plus d'une obscurité, et que la forme pectorale surtout offre, sous ce rapport, des difficultés qu'en général on est loin de soupçonner. Aussi, quelle que soit l'imperfection de mon travail, j'ai la confiance qu'il aura tout au moins le mérite d'avoir appelé l'attention sur une question importante trop négligée, et peut-être même d'avoir éclairé quelque peu un écueil mal connu de médecine pratique.

OBSTÉTRIQUE.

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Paris, le 5 mars 1852.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, j'ai dit qu'un travail, extrait en partie de mes leçons et publié dans l'Union Médicale par un de mes anciens chefs de clinique, M. Laboric, ne me paraissait pas avoir fidèlement rendu mon opinion relativement à la provocation de l'avortement dans les cas de vomissemens opiniâtres.

Il m'avait, en effet, semblé que le conseil de recourir en certains cas à cette extrême ressource, y avait été exprimé en des termes formels que je n'avais pas employés. Je viens de relire très attentivement le mémoire dont il s'agit, et je m'empresse de reconnaître que l'opinion qui m'y est attribuée a été exprimée avec la réserve que j'avais mise dans mes leçons.

J'établis une grande différence entre ce que l'état de la science peut permettre et ce qu'il impose. Par exemple, dans un cas d'hémorrhagie grave compliquant le travail, l'accoucheur n'est pas seulement autorisé à provoquer la déplétion de l'utérus, qui doit mettre un terme à la perte du sang, c'est pour lui un devoir de le faire. Au contraire, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, l'avortement peut être provoqué dans le but de soustraire la femme aux dangers très sérieux d'une opération césarienne, mais on ne peut pas dire que ce soit un devoir de préférer cette opération à toute autre. Ma dernière argumentation a roulé tout entière sur cette différence, capitale à mon sens.

Je pense qu'il en est de même quant à la provocation de l'avortement dans les cas de vomissemens opiniâtres et qui peuvent devenir mortels; l'état actuel de la science me semble la permettre dans quelques circonstances, mais il n'en fait pas un devoir. Je suis tout disposé à accepter la discussion sur ces termes réservés, je ne l'aurais pas acceptée sur des termes plus formels. Voilà pourquoi je m'étais défendu d'avoir donné au conseil de provoquer l'avortement dans certains cas de vomissemens opiniâtres le caractère absolu que me semblait indiquer une phrase du travail inséré dans l'Union Médicale; je reconnais qu'à cet égard je m'étais trompé.

Telle est mon opinion sur la convenance de l'avortement provoqué, considérée en général dans les cas dont je viens de parler; mais quel sera le moment opportun où l'application en devra être faite; quelles seront mêmes les conditions précises qui justifieront cette application? Je n'ai pas, sur ces questions délicates, une opinion parfaitement arrêtée. Il faut laisser au temps, à l'étude et à l'expérience, le soin de les éclairer.

Vous le voyez, Monsieur, en écrivant cette lettre, je n'ai point eu l'intention de rétracter ni même de modifier en quoi que ce soit mon opinion, au sujet de l'avortement provoqué, dans les cas de vomissemens opiniâtres et dangereux, je l'affirme au contraire en la précisant. Mon but a été, avant tout, de réparer l'erreur qu'une lecture insuffisante m'avait fait commettre, et de rendre au travail d'un de mes anciens disciples la justice qui lui était due.

Agréez, etc, P. Dubois.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 28 Janvier 1852. — Présidence de M. Bouvier, vice-président.

M. Bouvier prie M. Hardy, qui est chargé du service de la gale à l'hôpital Saint-Louis, de vouloir bien donner quelques renseignemens sur la méthode de traitement qu'il emploie. Il désirerait savoir en quoi consiste cette méthode, quels sont jusqu'alors les résultats obtenus et à quelle époque les malades peuvent quitter l'hôpital. M. Bouvier demande ces renseignemens parce que, ayant été chargé récemment du service de la gale à l'hôpital des Enfans, il désirerait introduire ce mode de traitement dans cet hôpital.

M. Hardy : Je fais d'abord frictionner les malades sur tout le corps avec du savon noir pendant une demi-heure. Cette friction a pour but d'enlever la malpropreté et de rompre les sillons. Immédiatement après, le malade prend un bain simple d'une heure de durée; puis à sa sortie du bain on lui pratique une nouvelle friction générale pendant une demi-heure avec la pommade suivante, préparée d'après la formule de M. Gobley : axonge, 8 parties; soufre, 2 parties; sous-carbonate de potasse, 1 partie. On doit faire dissoudre préalablement le sel de potasse dans une petite quantité d'eau. Immédiatement après cette friction, les malades quittent l'hôpital. Dans le principe, voulant m'assurer de l'efficacité de ce mode de traitement, je gardais les malades pendant une quinzaine de jours. Aujourd'hui, ma conviction est complète. Lorsque la gale est compliquée d'eczéma ou d'ecthyma, je garde alors les malades, et dans ces cas je puis constater directement la guérison; je dois dire qu'il m'est arrivé de voir revenir quelques malades non guéris; la proportion est de 1 environ sur 75. Mais, depuis les premiers jours de janvier, il n'en est pas revenu un seul. En examinant les malades immédiatement après l'application du traitement, il est difficile de constater la guérison; seulement on doit la regarder comme très probable lorsque, en inspectant les mains, on trouve les sillons déchirés et l'épiderme renversé à droite et à gauche. Au reste, cette recherche, qui est assez difficile, me paraît complètement inutile, et je possède aujourd'hui un chiffre assez élevé de guérisons (13 ou 1,400 depuis le mois de mars 1851) pour me croire autorisé à ne pas y avoir recours et pour regarder toujours la guérison comme certaine. Lorsque l'ecthyma complique la gale, ce qui d'ailleurs est assez fréquent, le résultat est moins certain. Dans cette circonstance, les frictions étant douloureuses, les malades ne les font que d'une manière incomplète et quelquefois alors après la guérison de l'ecthyma, qui a lieu en général au bout de quinze jours, on est obligé de pratiquer une nouvelle friction.

M. Barthez (François) dit que l'on emploie maintenant une méthode à peu près semblable à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, et que le traitement ne dure qu'un jour. On fait pratiquer par un infirmier, pendant une heure et même plus, une friction sur tout le corps du malade. Quelquefois une seconde friction est faite de la même manière. La guérison est radicale, car il ne rentre pas à l'hôpital un seul galeux non guéri.

M. Hardy fait remarquer que la méthode employée à l'hôpital du Gros-Caillou est celle de M. Bourguignon, qui avait écrit au ministre de la guerre pour le prier d'instituer des expériences sur la guérison prompte de la gale. Ces expériences ayant été prescrites, M. Bonnafont vint à l'hôpital Saint-Louis demander des renseignemens. M. Hardy indiqua la méthode qu'il employait; mais les chirurgiens du Gros-Caillou durent s'en tenir à l'expérimentation de la méthode que leur indiquait le ministre; ils pratiquent deux frictions générales. Cependant il croit que maintenant on expérimente sa méthode qui aurait un grand avantage, puisque la gale pouvant ainsi être guérie en deux heures, il ne serait plus nécessaire de faire entrer les soldats à l'hôpital. M. Hardy ajoute que la friction tue à coup sûr les acarus, mais qu'elle peut déterminer de l'érythème, de l'eczéma ou de l'ecthyma, et qu'alors les démangeaisons persistent, mais elles disparaissent seules ou à l'aide de bains simples lorsqu'elles sont dues à l'érythème. Quant à l'eczéma ou à l'ecthyma, ils cèdent sans difficulté au traitement ordinaire de ces éruptions.

M. Vigla soigne maintenant, à la Maison de santé, une famille de province atteinte de gale pustuleuse. Il a fait pratiquer deux frictions par jour. La première friction n'avait pas été douloureuse, mais les frictions suivantes ont provoqué des douleurs assez vives. Les malades prenaient de plus chaque jour un bain sulfureux qui ne les faisait nullement souffrir. Cette innocuité des bains sulfureux lui paraît digne d'être constatée.

M. Hardy fait remarquer que chez tous les galeux les deuxième et troisième frictions sont plus douloureuses que la première, et que l'on observe moins d'accidens consécutifs depuis que l'on ne pratique plus qu'une seule friction; il y a donc tout avantage à employer cette méthode. Quant aux bains sulfureux, il ne leur reconnaît aucune utilité, aussi ne les emploie-t-il jamais.

M. Barthez (François) engage M. Hardy à expérimenter diverses substances qui ont été vantées à tort ou à raison.

M. Hardy répond que s'il n'a pas expérimenté d'autre mode de traitement, cela tient au succès constant qu'il a obtenu avec sa méthode. Il avait employé le sulfure de mercure en frictions générales, mais les résultats n'avaient pas été aussi satisfaisans. Il rappelle que M. Bazin avait obtenu des guérisons avec l'huile employée en frictions; mais il fallait faire des frictions soir et matin pendant quatre ou cinq jours.

M. Devergie convient que le mode de traitement de M. Hardy procure une guérison très prompte de la gale, mais il conteste les avantages d'une cure aussi rapide, et il est d'avis, au contraire, qu'elle peut offrir plusieurs inconvéniens. Toutefois, il avoue que ce traitement peut procurer à l'administration une économie réelle. Il ne pense pas que l'on doive l'appliquer de préférence sur les malades de la ville, attendu qu'en employant plusieurs frictions douces on guérit aussi sûrement et que l'on évite plus facilement l'eczéma et l'ecthyma consécutifs. D'ailleurs, on est d'autant plus autorisé à procéder ainsi, qu'une première friction modérée s'oppose efficacement à toute contagion. Il croit, en outre, que chez les enfans, ce mode de traitement pourrait faire naître des éruptions secondaires plus facilement encore que chez les adultes. Que ce traitement détruise immédiatement l'acarus, cela ne lui paraît pas douteux, mais les boutons persistent et ils ne disparaissent qu'au bout de quelques jours, sous l'influence des bains simples. Or, comme avec trois jours de frictions modérées, on arrive également à une guérison certaine, il persiste à croire qu'il y a avantage à suivre ce mode de traitement. Enfin, il ajoute que la gale, alors qu'elle existe depuis six mois et même plus, ou bien encore lorsqu'elle est pustuleuse, ne peut pas être traitée d'une manière aussi prompte sans quelques inconvéniens.

M. Hardy : M. Devergie croit que le mode de traitement que j'emploie ne guérit pas plus sûrement la gale que les autres méthodes. Je répéterai qu'il ne m'est pas revenu plus d'un malade non guéri sur soixante-quinze, et que de plus il ne m'est pas revenu une seule femme. Je regrette de ne pas posséder une statistique complète sur le nombre des récidives que l'on observait lorsque l'on employait l'ancien procédé; mais je crois pouvoir avancer qu'il revenait le quart ou le cinquième des malades. M. Devergie a dit aussi qu'il pouvait y avoir quelques inconvéniens à guérir la gale aussi promptement, et que ce mode de traitement pouvait être préjudiciable à la santé des malades. Eh bien, j'ai perdu un seul malade parmi ceux qui ont été soumis au traitement en question; c'était un vieillard très affaibli chez lequel il survint un ecthyma gangreneux, et il me paraît impossible d'admettre que le traitement de la gale ait pu être la cause de cet accident. Les éruptions secondaires sont-elles plus fréquentes et plus graves comme le veut M. Devergie? Chez quelques-uns de mes malades, il est survenu des furoncles, mais on sait que les furoncles se développent assez souvent chez les galeux qui n'ont encore été soumis à aucun traitement. L'ecthyma est rarement la conséquence du traitement; le plus ordinairement il préexiste et souvent il s'améliore après la friction. L'éruption secondaire la plus commune, c'est l'eczéma; mais cet eczéma disparaît après quelques bains, et d'ailleurs je maintiens qu'on l'observe encore plus fréquemment après l'emploi de la méthode ancienne. J'ai eu à traiter des enfans en même temps que leur mère, et le traitement n'a pas eu plus d'inconvéniens pour eux que pour les adultes. Je reste donc convaincu de la sûreté et de l'innocuité du traitement prompt de la gale.

M. Devergie fait remarquer à M. Hardy que s'il veut comparer les résultats des différens modes de traitement, il ne doit mettre en parallèle que ceux qui appartiennent à la même méthode, c'est-à-dire à celle des frictions générales; car il est certain que la méthode des frictions partielles ne peut nullement soutenir la comparaison. Cependant, on sait qu'autrefois Dupuytren était le seul qui employât les frictions générales, et que cette méthode a été introduite à l'hôpital St-Louis par M. Emery. M. Cazenave, au contraire, avait cherché à restreindre encore l'étendue des frictions partielles, car il ne les faisait pratiquer qu'aux pieds et aux mains.

M. Devergie ajoute qu'il s'occupe de recherches statistiques sur les causes des maladies de la peau, et qu'il a constaté que la gale avait existé antérieurement chez un certain nombre de malades affectés de lichen ou d'eczéma. Il craint, en raison de cette relation de cause à effet, que si l'on pratique une friction brusque, énergique, on ne provoque des éruptions secondaires qui, on le sait, sont sujettes à récidiver. Or, selon lui, cette friction énergique peut être évitée puisque, avec une friction douce on s'oppose aussi sûrement à la contagion.

M. Hardy croit également que la gale est une cause d'affections cutanées ultérieures, mais surtout chez les individus qui en ont été affectés pendant longtemps; il y a donc tout avantage, selon lui, à la guérir le plus promptement et le plus rapidement possible.

— Dans la séance du 11 janvier, M. Barthez (François) demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour communiquer à la Société le renseignement suivant : Dans l'espace de trois mois, M. Bonnafont a traité 125 galeux à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, par le procédé suivant : Bain savonneux, puis deux frictions, une le matin et une le

soir. Sur ces 125 malades, 4 seulement sont revenus à l'hôpital, et même M. Bonnafont soupçonne qu'ils ont fort bien pu contracter de nouveau la gale. Cette statistique, ajoute M. Barthez, a d'autant plus de valeur, qu'après leur sortie de l'hôpital, les malades rentrent immédiatement à leur corps, et que le chirurgien-major les dirigerait de nouveau sur le même service si la guérison n'était pas complète.

— M. Guéneau de Mussy (Noël) lit un travail *sur plusieurs cas d'intoxication par des cidres sophistiqués avec des sels de plomb.* Nous donnons ici le résumé de ce travail :

Le premier fait soumis à son observation lui a été présenté par un un jeune homme de 26 ans, entré le 8 janvier à l'hôpital Ste-Marguerite. Ne trouvant pas dans la profession du malade l'explication des symptômes qu'il éprouvait, M. Guéneau de Mussy se rappela avoir observé, il y a dix ans, un malade offrant des accidens analogues ; traité depuis six mois pour une prétendue gastro-entérite, la constipation, une douleur revenant par accès et soulagée par la pression, l'arthralgie, le facies cachectique et surtout l'existence du liseré saturnin, caractérisaient une affection saturnine. M. Guéneau de Mussy soupçonna que le cidre, dont le malade faisait un usage habituel, pouvait être le véhicule du principe toxique. Le malade fut rapidement guéri par les purgatifs, les stupéfians, les sulfureux : l'abstinence du cidre le mit à l'abri de toute récidive. Sous l'impression de ce souvenir, M. Guéneau de Mussy demanda à son malade s'il buvait du cidre ; la réponse fut affirmative.

Quelques jours après, deux femmes, chez l'une desquelles on avait cru à un simple embarras gastrique, et dont l'autre était traitée inutilement chez elle depuis plusieurs semaines, furent reçues dans le service dont il venait d'être chargé à l'hôpital St-Antoine. Les accidens produits par le plomb étaient moins caractérisés que chez le premier malade ; la coexistence du liseré gengival en fixait la signification. Dans l'espace de huit jours, deux autres cas vinrent encore s'ajouter aux premiers. Dans ces circonstances, M. Guénau de Mussy crut devoir avertir l'autorité. Pendant qu'il faisait analyser la liqueur suspecte par M. Gobley, il apprit alors que des faits analogues avaient été observés et signalés par M. le docteur Bonvallet. Sur cette double indication, des perquisitions faites chez plusieurs débitans et chez deux brasseurs, amenèrent la découverte d'immenses quantités de cidre sophistiqué. On apprit qu'on y avait ajouté de l'acétate de plomb pour le clarifier. En y versant de l'acide sulfhydrique, un précipité noir très abondant se formait instantanément.

Les principaux symptômes observés chez les cinq malades en question, ont été le liseré noirâtre des gencives, une coloration jaune de la peau, des douleurs des membres très vives, chez la plupart, à la plante des pieds, lorsque les malades appuyaient cette partie sur le sol, de la faiblesse musculaire, des soubresauts des membres, des crampes, des vomissemens opiniâtres, et surtout des douleurs abdominales violentes, revenant par accès, soulagées par la pression, coïncidant néanmoins avec de la sensibilité épigastrique dans l'intervalle des accès. Quatre sur cinq ont présenté une constipation opiniâtre ; dans un cas, il y a eu de la dysurie.

Les accidens ont débuté de quinze jours à six semaines après que les malades avaient commencé l'usage du cidre ; l'un d'eux fut atteint après en avoir bu cinq ou six bouteilles seulement.

Dans le cidre, le précipité noir produit par la réaction de l'acide sulfhydrique sur les sels plombiques, est d'une constatation facile. Il n'en est pas de même dans un vin très foncé. Pour résoudre ce problème, M. Guéneau de Mussy propose le procédé suivant :

On verse dans un verre une solution concentrée de sulfhydrate de soude ou d'acide sulfhydrique ; puis, plaçant dessus un petit disque de liége, on y fait tomber goutte à goutte le vin suspect qui surnage en vertu de sa moindre pesanteur spécifique ; s'il renferme du plomb, au contact de ces deux liqueurs il se forme une couche d'un noir foncé qui est séparée de la couche vineuse par un zone presque incolore.

Un autre moyen, plus sensible, consiste à verser dans un tube fermé à une de ses extrémités par une baudruche le liquide réactif ; après avoir piqué la baudruche avec une aiguille, on plonge le tube dans le vin sophistiqué, et bientôt on voit s'y former des flocons de sulfure de plomb, dont la couleur, noire foncée, tranche nettement sur la transparence incolore du réactif. Un tube effilé à une de ses extrémités, de manière à ne présenter qu'un trou capillaire, donne les mêmes résultats. M. Guéneau de Mussy, s'étant servi, sans le savoir, d'une baudruche percée, dans ses premières recherches, avait cru que l'élimination de la matière colorante avait lieu par endosmose ; il s'est assuré depuis que, pour le succès de l'expérience, le tube-éprouvette devait être percé d'une ouverture capillaire.

M. Barthez (François) fait remarquer qu'il serait très important de connaître la quantité de plomb que renferme un litre de cidre ; il a souvent injecté 5 à 6 grammes de sous-acétate de plomb dans le rectum, sans déterminer des symptômes d'intoxication saturnine. Or, si une quantité minime de sels de plomb ingérée dans l'estomac produit des phénomènes d'intoxication, tandis que ces mêmes sels, injectés dans le rectum à dose beaucoup plus élevée, ne provoquent aucun accident, il faudra reconnaître que l'absorption, très active dans l'estomac, est nulle ou presque nulle à la surface de l'intestin. On sait, cependant, que certaines substances ingérées dans l'estomac n'y sont pas absorbées ; et l'on peut citer, à l'appui de cette assertion, les expériences de M. Bernard sur le curare.

M. Devergie fait remarquer que les faits cités par M. Guéneau de Mussy ne sont pas les seuls qui aient été observés, et que l'analyse a déjà démontré qu'il existait dans le cidre sophistiqué une dose assez forte de plomb. Autrefois, ajoute-t-il, on sophistiquait les vins avec la litharge, et, néanmoins, leur couleur n'était pas altérée. Ce fait a été parfaitement constaté. Il a vu un malade qui avait bu longtemps de ce vin sophistiqué. Il était pâle, décoloré, accusait une grande faiblesse, et éprouvait de la constipation et des coliques. Selon M. Devergie, lorsque l'acétate de plomb a été ingéré en quantité considérable, la diarrhée remplace la constipation. Il fait remarquer que M. Barthez, en administrant le sous-acétate de plomb en lavement, se proposait de combattre une sécrétion exagérée, et que, dans cette condition, la membrane muqueuse de l'intestin absorbe fort peu ; aussi, peut-on alors donner des doses considérables d'un médicament, sans qu'il détermine des phénomènes d'intoxication, témoin le laudanum. Enfin, il fait observer à M. Guéneau de Mussy que l'altération de la matière colorante du vin par les solutions alcalines, pourrait induire en erreur et faire croire à la présence d'un sel de plomb.

M. Guéneau de Mussy répond que, dans son procédé, la matière colorante du vin ne passe pas, ou ne passe qu'en quantité inappréciable dans le tube, et qu'il obtient ainsi un précipité dans un liquide incolore. D'ailleurs, l'addition d'un peu d'acide nitrique démontre que les flocons noirs sont bien constitués par un sel de plomb.

M. Barthez (François) rappelle qu'il n'a pas employé seulement le plomb dans la dyssenterie, mais dans les diarrhées simples et dans les prodrômes du choléra, et que jamais il n'est survenu d'intoxication. Il continue l'emploi du médicament après la guérison ; souvent alors les malades ne rendent pas le lavement ; le poison reste donc plusieurs jours en contact avec la membrane muqueuse intestinale. Il insiste de nouveau sur la différence que présente l'absorption du plomb par l'estomac et par le rectum.

M. Devergie rappelle qu'il est constant que l'absorption des poisons s'effectue plus rapidement dans le rectum que dans l'estomac. Ce fait a été démontré par de nombreuses expériences ; il faudrait donc admettre une exception à l'égard du plomb.

M. Bouvier reproduit la question faite par M. Barthez ; il demande à M. Guéneau de Mussy quelle est la quantité probable de plomb dans chaque litre de cidre sophistiqué.

M. Guéneau de Mussy répond que l'autorité fait faire des analyses quantitatives, et que l'on connaîtra au juste la dose employée par les individus inculpés.

M. Devergie dit que M. Chevalier est chargé de cette affaire et de toutes les analyses ; il engage en conséquence M. Guéneau de Mussy à lui communiquer tous les renseignements qu'il a recueillis.

M. Guéneau de Mussy répond qu'un rapport lui a été demandé par le commissaire de police du quartier St-Antoine, et qu'ainsi les documens qu'il possède parviendront nécessairement à la commission.

Le secrétaire, Ch. Léger.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CONCOURS. — Nos lecteurs connaissent déjà le résultat du concours pour la chaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. Ce résultat a trompé nos espérances. Plusieurs tours de scrutin ont eu lieu ; nous croyons inutile d'en donner les détails. Le scrutin de ballottage a eu lieu entre M. Bouchardat et M. Tardieu. Le premier a obtenu huit voix, le second six.

Ont voté pour M. Bouchardat : MM. Adelon, Laugier, Rostan, Requin, professeurs de la Faculté, et MM. Caventou, Soubeiran, Lecanu et Gérardin, juges de l'Académie de médecine.

M. Tardieu a obtenu les suffrages de MM. les professeurs Bérard, Trousseau, Bouillaud, Denonvilliers, Gavarret, et celui de M. Villermé, juge de l'Académie.

Cette simple énumération nous épargne tout autre commentaire.

— Nous apprenons aussi le résultat du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la chaire de pathologie interne. C'est M. le docteur Dupré qui a été nommé à une majorité de huit voix sur dix.

BANQUET ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 1[er] ARRONDISSEMENT. — Le banquet annuel de la Société médicale du 1[er] arrondissement aura lieu le samedi 13 mars courant, à 6 heures *précises* du soir, chez M. Pestel, restaurateur, rue des Frondeurs, n° 2. Les membres de la Société qui n'ont pas encore souscrit sont invités à s'inscrire chez les commissaires, MM. les docteurs Nicolas, rue de la Ville-l'Evêque, 29, et Mouzard, rue de la Concorde, 12, jusqu'au jeudi 11 mars, inclusivement.

BANQUET CONFRATERNEL DES CHIRURGIENS DE LA GARDE NATIONALE DE LA SEINE. — Les chirurgiens de la garde nationale du département de la Seine, dans le but d'établir entre eux des rapports plus intimes, se réuniront en un banquet confraternel, le mardi 16 mars courant, à 6 heures et demie *très précises* du soir, *aux Frères provençaux*, au Palais-Royal. — Ont adhéré jusqu'à ce jour à ce banquet : MM. Troussel, Gosselin, Richelot, Depaul, Ricord, Dequevauvillers, Boinet, Laborie, Baret, Delarue, Tiger, Contour, de Laurès, Briau, Fontès, Lebatard, Duvivier, Mouzard, Demarquay, Gardet, Compérat, Barroux, Fenaille, Sestier, Hurtaux, de Sandonville, Becquerel, Tassy, Davasse, Houël, L. Boyer, Tournié, Ley, Gasnault, Hupier, Foucard, Hersent, Gimelle, Pouget, Labric, Bergeron, Bonvalet, Huguier.

Ceux de MM. les chirurgiens, et en particulier ceux des bataillons de la banlieue, qui n'ont point encore souscrit, sont priés d'envoyer leur adhésion avant dimanche prochain, à l'un des commissaires du banquet, qui sont :

MM. les docteurs Ricord, rue de Tournon, 6.
Richelot, rue Neuve-des-Mathurins, 10.
Boinet, rue de la Banque, 20.
Ley, allée des Veuves, 41.
Lebatard, rue Cadet, 6.
Mouzard, rue de la Concorde, 12.
de Laurès, cité Trévise, 18.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP.,
Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 30. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 11 Mars 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois............ 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 MARS 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Une tentative d'avortement de la discussion, tentative malheureuse, il est vrai, et qui a reçu le sort qu'elle méritait bien, a été faite par un chimiste de l'Académie, qui, sous prétexte d'une motion d'ordre, ne tendait à rien moins qu'à étouffer M. Cazeaux et son rapport entre deux portes. Décidément, les chimistes prennent des allures usurpatrices, qu'il sera bientôt urgent de réprimer. Laissez-leur prendre un pied chez vous..... On connaît le reste. Que n'imitent-ils donc tous l'exemple que leur donne l'honorable M. Chevallier! Avec une convenance parfaite, ce savant chimiste n'abandonne jamais sa spécialité; au lieu de courir après une vaine et périlleuse gloriole, il se borne à faire de très bons rapports sur les sujets dont l'examen lui est confié. C'est ce qui lui est encore arrivé hier, à l'occasion d'un travail sur la culture du pavot en Algérie, et sur les procédés pour en extraire l'opium. Ce rapport intéressant conduira certainement à des applications utiles sur cette terre d'Afrique, si fertile en puissance et si stérile encore en résultats.

Nous n'avons pas aimé le ton un peu emphatique et légèrement déclamatoire pris par M. Gérardin pour annoncer à l'Académie le résultat du concours d'hygiène. La simplicité et la modestie siéent bien en toutes choses, surtout quand il s'agit d'une nomination faite pour moitié par l'Académie.

Après une légère escarmouche entre MM. Cazeaux et Paul Dubois, sur l'incident relatif à la publication faite par M. Laborie dans l'UNION MÉDICALE, incident sur lequel M. P. Dubois s'était déjà noblement expliqué par sa lettre insérée dans notre dernier numéro, la parole a été donnée à M. Danyau.

On entend rarement M. Danyau à l'Académie, et l'Académie peut le regretter, car cet honorable membre dit bien ce qu'il dit, avec une grande clarté, beaucoup de méthode, sans compter la pureté du langage et une exquise urbanité des formes. M. Danyau croit, avec nous, que la discussion des propositions doctrinales de M. Cazeaux est seule possible, mais qu'un vote serait imprudent et dangereux. Adoptant l'opinion de M. Cazeaux, sur l'utilité de l'avortement dans les cas d'étroitesse extrême du bassin, il ne voudrait pas cependant qu'on érigeât cette pratique en principe, en devoir, car l'opération césarienne réussit quelquefois, sinon à Paris, du moins en d'autres localités. Pour lui, quoiqu'il ait pratiqué plusieurs fois l'avortement, quoique l'opération césarienne, deux fois tentée par lui, n'ait eu que des résultats funestes, il ne voudrait pas cependant engager sa liberté d'action, car il prévoit des cas où il pourrait hésiter encore entre l'avortement et l'hystérotomie.

Mais M. Danyau n'est plus d'accord avec M. Cazeaux au sujet de l'avortement provoqué dans les cas de vomissemens incoercibles. On se souvient que M. Cazeaux rejette cette opération dans ces cas, se fondant, d'une part, sur la rareté de la mort occasionnée par les vomissemens, de l'autre, sur l'inutilité de l'opération, qui, pratiquée dans ces circonstances, n'a pas toujours sauvé les malades. Sur le premier point, M. Danyau a réuni dix faits dans lesquels la mort a été la suite des vomissemens; donc cette terminaison fatale n'est pas aussi rare que le pense M. Cazeaux. Sur le second point, les recherches de M. Danyau lui ont indiqué un assez grand nombre de cas dans lesquels l'avortement provoqué ou l'accouchement prématuré artificiel ont fait cesser tous les accidens. De sorte que, pour lui, et contrairement à l'opinion de M. Cazeaux, les vomissemens incoercibles pendant la grossesse, vomissemens compromettant gravement la vie des femmes, peuvent être considérés, dans certains cas, comme des indications suffisantes pour pratiquer l'avortement.

Tel est le thème développé par M. Danyau. Cependant, a-t-il dit, en terminant, cette question ne lui paraît pas suffisamment éclairée. Les faits ne sont pas assez nombreux, leur interprétation n'est pas tellement rigoureuse, que l'on puisse et que l'on doive ériger en principe l'obligation de l'avortement provoqué dans les cas de vomissemens incoercibles. Il n'a voulu, quant à lui, que donner des élémens à la discusson en colligeant et en appréciant les faits qu'il a trouvés dans la science.

Cette allocution, fort sage, a été écoutée avec intérêt, et la discussion a été ajournée à la prochaine séance.

On le voit de reste, l'Académie hésite et tâtonne sur ce sujet délicat; on dirait qu'elle ne sait par où entrer dans la discussion du rapport de M. Cazeaux. Nous commençons à craindre que tout cela ne tourne court, et que M. Cazeaux n'en soit pour ses frais de rapport.

Amédée LATOUR.

DÉCRETS SUR L'INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Le *Moniteur* d'aujourd'hui publie trois décrets sur l'enseignement. Ils ne sont pas tout à fait tels que les bruits publics les annonçaient. Il n'y est pas question notamment de la création de nouvelles Facultés de médecine, de conditions d'âge pour la retraite des professeurs, d'institutions libres pour l'enseignement de médecine, ayant pouvoir de donner des grades. Mais, tels qu'ils sont, ils apportent des modifications considérables à l'ordre des choses actuel.

Le président de la République nomme et révoque les professeurs.

La nomination des professeurs peut se faire soit sur la proposition du ministre de l'instruction publique, soit sur une double liste de présentation, nécessairement demandée à la Faculté où la vacance se produit, et au Conseil académique.

Le Conseil supérieur de l'instruction publique est maintenu, mais profondément modifié dans sa composition. M. le doyen Bérard en fait partie; le nom de M. Orfila ne s'y trouve plus.

Il est créé huit inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, dont un pour la médecine. M. le doyen Bérard est nommé inspecteur général pour la médecine.

Voici ces décrets :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Louis-Napoléon,

Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Considérant que, en attendant qu'il soit pourvu par une loi à la réorganisation de l'enseignement public, il importe d'appliquer, dès aujourd'hui, des principes propres à rétablir l'ordre et la hiérarchie dans le corps enseignant,

Décrète :

CHAPITRE PREMIER.

De l'autorité supérieure de l'enseignement public.

Art. 1[er]. — Le président de la République, sur la proposition du ministre de l'instruction publique, nomme et révoque les membres du Conseil supérieur, les inspecteurs généraux, les recteurs, les professeurs des Facultés, du Collége de France, du Muséum d'histoire naturelle, de l'École des langues orientales vivantes, les membres du Bureau des longitudes et de l'Observatoire de Paris et de Marseille, les administrateurs et conservateurs des bibliothèques publiques.

Art. 2. — Quand il s'agit de pourvoir à la nomination d'un professeur titulaire dans une Faculté, le ministre propose au président de la République, un candidat choisi, soit parmi les docteurs âgés de trente ans au moins, soit sur une double liste de présentation, qui est nécessairement demandée à la Faculté où la vacance se produit et au Conseil académique.

Le même mode de nomination est suivi dans les Facultés des lettres, des sciences, de droit, de médecine et dans les Écoles supérieures de pharmacie.

En cas de vacance d'une chaire au Collége de France, au Muséum d'histoire naturelle, à l'École des langues orientales vivantes, ou d'une place au Bureau des longitudes, à l'Observatoire de Paris et de Marseille les professeurs ou membres de ces trois établissemens présentent deux candidats; la classe correspondante à l'Institut en présente également deux. Le ministre peut, en outre, proposer au choix du président de la République un candidat désigné par ses travaux.

Art. 3. — Le ministre, par délégation du président de la République, nomme et révoque les professeurs de l'Ecole nationale des chartes, les inspecteurs d'Académie, les membres des Conseils académiques qui procédaient précédemment de l'élection, les fonctionnaires et professeurs des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les fonctionnaires et professeurs de l'enseignement secondaire public, les inspecteurs primaires, les employés des bibliothèques publiques, et généralement toutes les personnes attachées à des établissemens d'instruction publique appartenant à l'État.

Il prononce directement et sans recours contre les membres de l'enseignement secondaire public :

La réprimande devant le Conseil académique;

La censure devant le Conseil supérieur;

La mutation;

La suspension des fonctions avec ou sans privation de traitement;

La révocation.

Il peut prononcer les mêmes peines contre les membres de l'enseignement supérieur, à l'exception de la révocation, qui est prononcée, sur sa proposition, par un décret du président de la République.

Art. 4. — Les recteurs, par délégation du ministre, nomment les instituteurs communaux, les conseils municipaux entendus, d'après le mode prescrit par les deux premiers paragraphes de l'art. 31 de la loi du 15 mars 1850.

CHAPITRE II.

Du conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 5. — Le conseil supérieur se compose :

De trois sénateurs;

De trois conseillers d'Etat;

De cinq archevêques ou évêques;

De trois membres de la Cour de cassation;

De cinq membres de l'Institut;

De huit inspecteurs généraux;

De deux membres de l'enseignement libre.

Les membres du conseil supérieur sont nommés pour un an.

Le ministre préside le conseil et détermine l'ouverture des sessions, qui auront lieu au moins deux fois par an.

CHAPITRE III.

Des inspecteurs généraux de l'instruction publique.

Art. 6. — Huit inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur,
Trois pour les lettres,
Trois pour les sciences,
Un pour le droit,
Un pour la médecine,
sont chargés, sous l'autorité du ministre, de l'inspection des Facultés, des Écoles supérieures de pharmacie, des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie et des établissemens scientifiques et littéraires ressortissant au ministère de l'instruction publique.

Ils peuvent être chargés de missions extraordinaires dans les lycées nationaux et dans les établissemens d'instruction secondaire libres.

Six inspecteurs généraux de l'enseignement secondaire,
Trois pour les lettres,
Trois pour les sciences,
sont chargés, sous l'autorité du ministre, de l'inspection des lycées nationaux, des colléges communaux les plus importans et des établissemens d'instruction secondaire libres.

Deux inspecteurs généraux de l'enseignement primaire sont chargés des mêmes attributions en ce qui concerne l'instruction de ce degré.

Le ministre peut appeler au Conseil supérieur, pour des questions spéciales, avec voix consultative, des inspecteurs généraux qui n'auraient pas été désignés pour en faire partie.

CHAPITRE IV.

Dispositions particulières.

Art. 7. — Un nouveau plan d'études sera discuté par le conseil supérieur dans sa prochaine session.

Art. 8. — En cas d'urgence, les recteurs peuvent, par mesure administrative, suspendre un professeur de l'enseignement public secondaire ou supérieur, à la charge d'en rendre compte immédiatement au ministre, qui maintient ou lève la suspension.

Art. 9. — Les professeurs, les gens de lettres, les savans et les artistes dépendant du ministère de l'instruction publique, ne peuvent cumuler que deux fonctions rétribuées sur les fonds du Trésor public.

Le montant des traitemens cumulés, tant fixes qu'éventuels, pourra s'élever à 20,000 fr.

Art. 10. — A l'avenir, la liquidation des pensions de retraite des fonctionnaires de l'instruction publique, n'aura lieu qu'après avis de la section des finances du Conseil-d'Etat.

Art. 11. — Sont maintenues les dispositions de la loi du 15 mars 1850, qui ne sont pas contraires au présent décret.

Art. 12. — Le ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Fait au palais des Tuileries, le 9 mars 1852.

LOUIS-NAPOLÉON.

Par le président :

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

H. FORTOUL.

Louis-Napoléon,

Président de la République.

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 6 du décret en date de ce jour,

Décrète :

Art. 1er. — Sont nommés inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur,

Pour les lettres :

MM.

Eugène Burnouf, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, professeur au Collége de France;

Ravaisson, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres;

Nisard, de l'Académie française, professeur au Collége de France.

Pour les sciences :

MM.

Dumas, de l'Académie des sciences, membre du Sénat, professeur à la Faculté des sciences et à la Faculté de médecine de Paris;

Le Verrier, de l'Académie des sciences, membre du Sénat, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre du bureau des longitudes;

Brongniart, de l'Académie des sciences, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Pour le droit :

M. Laferrière, ancien professeur de droit administratif, inspecteur général honoraire.

Pour la médecine :

M. Bérard, de l'Académie nationale de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 2. — Sont nommés inspecteurs généraux de l'enseignement secondaire :

Pour les lettres :

MM.

L'abbé Daniel, ancien membre de la section permanente du Conseil supérieur;

Dutrey, inspecteur général de l'instruction publique;

Alexandre, id. id.

Pour les sciences :

MM.

Tournat, inspecteur général de l'instruction publique;

Blanchet, id. id.

Hervé de la Provastaye, id. id.

Art. 3. — Sont nommés inspecteurs généraux de l'enseignement primaire :

MM.

L'abbé Noirot, docteur ès-lettres, professeur de philosophie au lycée de Lyon.

Riff, inspecteur supérieur de l'instruction primaire.

Art. 4. — Le ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 9 mars 1852.

LOUIS-NAPOLÉON.

Par le président :

Le ministre de l'instruction publique,

H. FORTOUL.

Louis-Napoléon,

Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Décrète :

Art. 1er. — Le traitement des inspecteurs généraux est fixé ainsi qu'il suit :

Inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, 12,000 fr.

Inspecteurs généraux de l'enseignement secondaire, 10,000 fr.

Inspecteurs généraux de l'enseignement primaire, 8,000 fr.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique, etc., etc.

Louis-Napoléon,

Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'art. 5 du décret en date de ce jour,

Décrète :

Art. 1er. — Sont nommés membres du Conseil supérieur :

MM.

Troplong, membre du sénat;

Poinsot, id.;

Elie de Beaumont, id.;

Baroche, vice-président du conseil d'État :

Charles Giraud, conseiller d'État;

Michel Chevalier, id.

Monseigneur le cardinal archevêque de Reims;

Monseigneur l'archevêque de Paris;

Monseigneur l'archevêque de Tours;

Monseigneur l'évêque d'Arras;

Monseigneur l'évêque d'Orléans;

Le pasteur Rodolphe Cuvier, président de l'église consistoriale de la confession d'Augsbourg;

Le pasteur Juillerat, président de l'église consistoriale de la communion réformée;

Franck, vice-président du consitoire central israélite;

Le comte Portalis, premier président de la Cour de cassation;

Delangle, procureur-général à la même Cour;

Rocher, conseiller à la même Cour;

Le baron Thénard, membre de l'Institut;

Saint-Marc Girardin, id.;

De Saulcy, id.;

Morin, id.;

Lélut, id.;

Eugène Burnouf, inspecteur général de l'enseignement supérieur;

Ravaisson, id.:

Nisard, id.;

Dumas, id.;

Le Verrier, id.;

Bronguiart, id.;

Bérard, id.;

L'abbé Daniel, inspecteur général de l'instruction secondaire;

L'abbé Dalzon, chef d'institution libre à Nîmes;

Bellaguet, chef d'institution libre à Paris.

Art. 2. — M. Dumas est nommé vice-président du Conseil supérieur. M. Nisard est nommé secrétaire dudit Conseil.

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé, etc., etc.

MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

DES CARACTÈRES QUI PERMETTENT DE DISTINGUER LA PERVERSION MALADIVE DE LA PERVERSITÉ MORALE (1).

Deuxième Lettre.

A M. LÉLUT, *médecin de la Salpêtrière, membre de l'Institut.*

Très honoré confrère et maître,

Avant de parler de l'anesthésie spontanée de la peau, signe somatique qui n'a point encore été appliqué au diagnostic médico-légal de la monomanie, et que je regarde comme un des meilleurs moyens de s'assurer de l'existence de cette maladie, permettez-moi de passer rapidement en revue les principaux caractères de l'ordre physiologique qui peuvent permettre au médecin d'établir si un prévenu n'est pas en possession de sa liberté morale. Ces caractères, presque tous de nature objective, c'est-à-dire appréciables par les sens de l'expert, sont : 1° la dyspepsie; 2° les troubles de la menstruation; 3° les désordres de l'action musculaire; 4° les circonstances d'hérédité; 5° l'état puerpéral; 6° la spermatorrhée.

1° *Dyspepsie.* — Les affections nerveuses du tube digestif, quelle qu'en soit l'origine, sont très souvent, comme vous le savez, une des causes déterminantes de la folie. Pour ma part, j'ai vu plusieurs cas de manie succéder à ces affections. Je me souviens, entre autres, d'une jeune femme qui souffrait cruellement de l'estomac, souffrances qui finirent par la rendre folle. Elle ne perdait la raison que durant le travail de la digestion : la folie cessait trois heures environ après chaque repas, pour revenir un quart d'heure ou une demi-heure après que la malade avait mangé. — Alibert a cité aussi le cas d'une jeune femme qui se livrait constamment à des accès de colère après ses repas, quoi qu'elle fût d'une sobriété extrême, et qu'elle ne bût jamais de vin : elle était alors possédée par le désir insurmontable de casser des verres ou d'autres vases qui se trouvaient sur la table. « Un jour, assure-t-il, que j'avais » ordonné de la faire sortir promptement pour la distraire, » elle s'approcha impétueusement d'une femme qui portait un » fardeau pour la faire tomber à terre. J'ai vu une autre dame, » dit ce même professeur, qui, pendant le travail de la diges- » tion, voulait se tuer, et qui à cet effet se passa deux fois une » corde autour du cou. »

2° *Troubles de la menstruation.* — Peut-on invoquer en faveur de l'existence des folies affectives en général, et de l'impulsion irrésistible au meurtre en particulier, le cas d'un homicide commis pendant la période de l'évacuation menstruelle? Je ne le pense pas, quoique le docteur Marc ait fait valoir cet argument dans sa consultation médico-légale sur Henriette Cornier, s'il est démontré que cette fonction a lieu d'une façon normale. Mais s'il s'agit de filles ou de femmes qui ne sont pas encore réglées ou qui le sont mal, surtout quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée se lie à un état chlorotique, alors c'est autre chose. — Je donne en ce moment des soins à une jeune fille de 17 ans, atteinte d'une monomanie affective coïncidant avec un état de dysménorrhée symptomatique d'une chloro-anémie. Or, cette jeune fille, qu'une impulsion irréfléchie entraîne au désir d'empoisonner sa sœur et deux de ses tantes, est plus fortement dominée par ce penchant funeste à l'approche et au moment des règles, que durant leur intervalle.

3° *Désordres de l'action musculaire.* — Les affections spasmodiques, entre autres le tic indolent de la face, le clignotement continuel des paupières, le strabisme passager, la carphologie simple, la chorée, la catalepsie, l'hystérie, et principalement l'épilepsie ou les convulsions épileptiformes, sont très fréquentes chez les aliénés. Il est très peu de ces malades qui n'en aient eu, qui n'en aient encore, ou qui n'en doivent avoir quelqu'une. Van-Swieten attachait beaucoup d'importance à ce symptôme physique; il assurait que presque tous les fous avaient eu des convulsions dans leur enfance. M. Falret a grand soin, chaque année, dans ses cours sur l'aliénation mentale, de signaler cette grande loi de coïncidence. Depuis bientôt quinze ans que j'observe journellement des aliénés, j'ai pu m'assurer, par mon expérience, que cette assertion n'a rien d'inexact ou d'exagéré. — Le paysan de la Souabe, dont parle Gall, qui fut pris, à 25 ans, d'un penchant irrésistible au meurtre, avait été épileptique dans son enfance.

4° *État puerpéral.* — La période comprise depuis le commencement de la grossesse jusqu'à la fin de l'allaitement, est aussi une des causes les plus puissantes de folie. La gestation produit souvent, comme tous les médecins le savent, surtout durant les premiers mois, un trouble particulier des fonctions digestives, un état gastralgique ou dyspeptique qui réagit parfois sur l'encéphale, qui détermine notamment certaines perversions des instincts et des sentimens. La dépravation de l'instinct d'alimentation, chez les femmens enceintes, est un fait psychologique connu de tout le monde. Non seulement on voit de ces femmes avoir envie d'ingérer du plâtre, du charbon, des araignées, etc.; de boire de l'urine, de l'eau des égoûts, etc.; mais il en est quelques-unes chez lesquelles cette dépravation de l'appétit touche à l'antropophagie. Le cas, rapporté par Roderic à Castro, de cette femme grosse dominée par le désir de manger de la chair humaine, et qui fit deux morsures à l'épaule d'un boulanger assez complaisant pour se prêter à la satisfaction de son envie, en est un exemple. A la suite de l'accouchement, la monomanie homicide n'est pas très rare. La misère et la crainte de l'opinion ne dirigent pas toujours la main des filles infanticides. Marc a signalé plusieurs cas de propension au meurtre chez des femmes qui allaitaient. Il a rapporté, entre autres, d'après Henke, le fait d'une fille nommée Catherine Olhaven, placée en qualité de nourrice dans une famille allemande, qui fut poursuivie, au bout de six semaines d'allaitement, par le désir de tuer son nourrisson.

5° *Hérédité.* — La transmission de la folie des parens à leur progéniture n'a plus besoin d'être prouvée : c'est une vérité acquise désormais à la science, sur laquelle M. Baillarger a communiqué à l'Académie de médecine, il y a quelques années, des recherches statistiques importantes, et qui vient tout récemment d'être l'objet d'une lecture très intéressante, faite devant l'Académie des sciences, par M. Moreau (de Tours). On s'accorde généralement à admettre que au moins la moitié des aliénés, pour ne pas dire les trois quarts, ont eu ou ont encore des fous au nombre des membres de leur famille. Ce qu'il y a de très remarquable, c'est que les enfans ont parfois le même genre et la même variété de folie que les parens. Des faits prouvent sans réplique que presque toutes les aberrations affectives et instinctives, les monomanies du suicide, de la boisson, du vol, du meurtre, etc., peuvent se transmettre par voie de génération.

J'ai été témoin, il y a quelques années, des tentatives de strangulation que faisait sur elle une jeune fille dont le père s'était noyé dans un puits, dont la mère s'était pendue, et dont le frère aîné s'était brûlé la cervelle. Cette jeune fille ignorait entièrement que la mort de ses parens fût le résultat du suicide. Dans sa *médecine des passions*, M. Descuret cite le cas d'un individu qui devint ivrogne à 45 ans, après avoir été tout à fait sobre jusqu'à cet âge. Cet homme avait six enfans. Trois filles et un garçon, nés avant la manifestation de la dipsomanie, étaient très sobres. Deux autres, c'étaient deux garçons, venus au monde après le début de ce délire, montrèrent un goût très prononcé pour l'ivrognerie, l'un à l'âge de sept ans, et l'autre à l'âge de neuf.

Lagrange Santerre, gentilhomme supplicié sur la place de Grève, en 1603, comme voleur, avait eu un aïeul, selon le témoignage de l'Estoile, décapité pour cause de vol. Son père était en prison, et ses deux frères furent pendus un peu plus tard pour le même motif.

Catherine Olhaven, cette nourrice poursuivie par la pensée de tuer l'enfant d'un professeur du collége de Greifswalden, était fille d'une mère qui avait eu envie de l'étouffer pendant qu'elle l'allaitait. — Aussi, quand il peut démontrer qu'un inculpé est fils, frère ou neveu d'une personne atteinte d'aliénation mentale, le médecin légiste a un argument solide à faire valoir en faveur de l'absence de liberté morale chez ce prévenu.

6° *Spermatorrhée.* — Les pertes involontaires de liquide séminal, nocturnes ou diurnes, pour peu qu'elles soient répétées ou abondantes, constituent une des causes déterminantes les plus communes du désordre des fonctions cérébrales, chez les jeunes sujets. M. Lallemand (de l'Institut), qui a attiré le premier, il y a environ dix ans, l'attention des médecins sur ce point, a rendu le plus grand service aux progrès de la pathologie mentale. La spermatorrhée produit plus souvent le trouble des facultés affectives que celui des facultés intellectuelles. Elle plonge principalement ceux qui en sont atteints dans une mélancolie profonde et dans un dégoût extrême de l'existence. Chose bizarre! beaucoup de ces malades désirent sincèrement la mort sans pouvoir se résigner à trancher leur vie par le suicide. Aussi plusieurs chargent-ils le hasard du soin d'en finir avec l'existence. Le docteur Ste-Marie a rapporté l'observation très curieuse d'un tabescent qui avait provoqué dans ce but un spadassin de profession, qu'il blessa. M. Lallemand a vu aussi de ces malades qui cherchaient dans des duels un terme à leur vie abreuvée d'ennui et de dégoût. — La spermatorrhée ne tend pas seulement à abolir l'instinct de la conservation individuelle, elle a également pour effet de dessécher le cœur, d'y éteindre les inclinations aimantes et généreuses, d'y faire disparaître les sentimens de pitié et d'humanité. De cette indifférence profonde pour la vie des autres au penchant à l'homicide, il n'y a qu'un pas, et cet intervalle est parfois franchi par les tabescens.

M. Lallemand a recueilli l'histoire de plusieurs de ces malades, chez lesquels l'impulsion au meurtre existait seule ou conjointement avec le penchant au suicide. L'un d'eux, jeune homme de 24 ans, fut dominé par la tendance au suicide et à l'homicide, tant que dura la spermatorrhée. Le désir de tuer lui survenait chaque fois qu'il apercevait des armes à feu ou des instrumens tranchans. Un autre tabescent avoua à ce même médecin qu'il ne pouvait se mettre à table sans que la vue d'un couteau ne lui donnât l'envie de le plonger dans la

(1) Voir le dernier numéro.

poitrine de son père, de sa mère, de sa sœur, ou de toute autre personne se trouvant à sa portée. Un troisième malade, qui voulait aussi en finir avec la vie, frappait sa mère, qu'il aimait tendrement, et un jour, sans aucun motif, tua son chien. Enfin, M. Lallemand a vu un quatrième tabescent, las d'exister, comme les trois autres, qui désirait devenir martyr pour ne pas être obligé de recevoir la mort de ses propres mains. — Ces aberrations affectives, ces impulsions au suicide et au meurtre, sont tellement sous la dépendance de la spermatorrhée, qu'elles disparaissent quand cessent les pertes séminales, pour revenir avec la même force quand celles-ci se manifestent de nouveau. Elles sont tellement soustraites à l'influence du raisonnement, tellement instinctives, que plusieurs tabescens, après leur guérison, ne peuvent penser sans frémir à tous les actes de violence qu'ils avaient médités et qu'ils étaient sur le point de mettre à exécution.

Pour en revenir à l'assassin Jobard, je ne puis m'empêcher de trouver de grandes analogies entre les motifs qu'il invoque, afin d'expliquer le meurtre de la dame Ricard, et l'état psychologique des tabescens, dont l'histoire est signalée plus haut. Les experts ont-ils fixé leur attention sur ce point? C'est ce que j'ignore. Mais je me hâte de clore cette épître, me proposant, dans ma prochaine lettre, de vous entretenir de l'anesthésie spontanée de la peau.

Veuillez agréer l'assurance de mes sentimens les plus dévoués,

Le docteur Michéa.

Paris, ce 10 mars 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de la guerre, qui transmet à l'Académie des échantillons d'opium algérien.

2° Deux mémoires de M. Laroche, médecin à Gendrin (Gers), dont l'un est relatif à une épizootie de moutons en 1837, et l'autre à la suette de 1849. (Comm. MM. Rayer, Renault et Husard, et commission de la suette.)

3° Une notice de M. Gondret, sur la méthode de traitement des fièvres intermittentes par les ventouses. (Comm. déjà nommée.)

4° Un mémoire de M. Pétrequin, ayant pour objet de nouvelles recherches sur l'emploi thérapeutique du manganèse comme adjuvant et succédané du fer. (Comm. MM. Bouchardat et Rostan.)

5° Un mémoire de MM. Malaguti et Sarzeaud, sur l'emploi de l'eau régale pour la recherche de l'arsenic localisée dans les viscères. (Comm. MM. Caventou et Bouchardat.)

6° Un mémoire de M. Lemoine, pharmacien à Courbevoie (Seine), sur une nouvelle préparation du collodion. (Comm. MM. Malgaigne et Soubeiran.)

7° M. le docteur Aug. Mercier adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» On a signalé le rétrécissement de l'urètre comme amenant la rétention du sperme. Tout en admettant cette cause, j'ai, depuis longtemps, fait remarquer que ce genre de rétention ne se manifeste pas *d'une manière sensible* dans la plupart des rétrécissemens, même avec rétention d'urine. J'en ai tiré cette conséquence que le spasme des muscles qui agissent sur la portion membraneuse joue un grand rôle dans ces divers phénomènes; j'ai même cité un cas de rétention spermatique *sans rétrécissement* (*Rech. sur les rétréciss. de l'urètre*, p. 15, 1845).

» Depuis cette époque, j'ai recueilli cinq ou six observations du même genre, et j'en ai vu la semaine dernière un nouvel exemple. Le malade, qui a 54 ans, n'éjacule jamais depuis nombre d'années, et son sperme ne sort que quelque temps après le coït, partie en suintant, partie avec l'urine. Néanmoins, j'ai passé d'emblée une bougie à boule de 7 millimètres de diamètre. L'urine ne s'écoule également qu'avec difficulté. Le tout a pour origine une inflammation chronique de l'urètre.

» Cette maladie se guérit habituellement en combinant le traitement de l'urétrite chronique avec l'introduction momentanée de bougies volumineuses: on finit presque toujours par régulariser ainsi l'action musculaire. Quelquefois, cependant, ces moyens sont insuffisans, et, dans un cas, il m'a fallu redresser, pour ainsi dire, la région membraneuse en scarifiant assez profondément sa paroi rectale à l'endroit où les extrémités postérieures des faisceaux musculaires de Wilson viennent s'entrecroiser derrière elle et la soulèvent vers la symphyse pubienne.»

— M. Gérardin, au nom des membres de l'Académie faisant partie du jury de concours pour la chaire d'hygiène (MM. Caventou, Lecanu, Soubeiran, Villermé et Gérardin), rend compte du résultat du concours qui s'est terminé, comme on le sait, par la nomination de M. Bouchardat.

M. H. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport favorable sur une demande d'autorisation pour former un établissement de bains médicamenteux à Tours. (Adopté.)

M. Chevallier lit, au nom d'une commission, un projet d'instructions en réponse à une lettre adressée à l'Académie par M. Chérat, colon à Bou-Ismaël (Algérie), relative aux méthodes de culture du pavot. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Cazeaux, relatif à l'accouchement prématuré artificiel.

M. Cazeaux (Voir plus loin article *Réclamation*).

M. P. Dubois : Le débat que M. Cazeaux vient d'élever, à l'occasion d'une lettre écrite par moi et insérée dans un journal étranger à l'Académie, me paraît tout à la fois insolite et irrégulier; je pourrais donc me dispenser d'y prendre part, bien qu'il me concerne, mais je consens à répondre en quelques mots.

Je suis très surpris que notre collègue trouve une contradiction là où il n'y a qu'un fait très simple et très naturel. En considérant les dangers trop réels et trop sérieux auxquels les vomissemens opiniâtres exposent quelques femmes enceintes, j'ai pu établir, en principe, que l'accoucheur avait le droit de provoquer l'avortement pour écarter ce danger. C'est mon opinion, et je la maintiens. Quant aux conditions les plus favorables au succès de l'opération, et quant au moment précis où il convient qu'elle soit pratiquée, j'ai pu dire ici, dans une discussion toute récente, que mon opinion à cet égard n'était pas encore arrêtée. Il n'y a pas entre ces paroles et ce que vient de lire M. Cazeaux, une contradiction qui doive surprendre. Les leçons que vient de citer notre collègue ont été faites par moi à la Clinique d'accouchemens et publiées par M. Laborie, en 1848, et nous sommes en 1852. Serait-il bien surprenant que, dans le cours de quatre années, de nouvelles et plus nombreuses observations m'eussent rendu moins explicite que je ne l'étais alors quant à l'époque précise à laquelle il peut être opportun de provoquer l'avortement? Assurément non.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'étude sérieuse de cette grave question est nouvelle dans notre pays, et que si cette étude est destinée à y faire quelques progrès, ils seront probablement dus en partie à l'impulsion que je lui aurai donnée.

Je ne pense pas que notre collègue puisse m'indiquer des sources autres que mon expérience personnelle, où j'aurais pu puiser d'utiles enseignemens sur le point difficile que j'ai signalé. Or, s'il n'y en a pas d'autres, j'ai pu dire que le temps, l'étude et l'expérience éclairciraient sans doute plus tard les questions sur lesquelles mon esprit conserve aujourd'hui quelque incertitude. Encore une fois, je ne vois rien là que de très simple et de très naturel.

M. Danyau : Messieurs, les explications données par M. Cazeaux, au commencement de la discussion qui s'est ouverte dans la dernière séance, ont désormais rendu inutile une partie des observations que je me proposais de présenter, à l'occasion du rapport de notre savant collègue, sur l'avortement provoqué. Je tiens cependant à faire une remarque qui ne me paraît pas sans importance.

En venant communiquer à l'Académie un cas d'avortement provoqué, M. Lenoir n'a pas seulement voulu donner une nouvelle preuve de son habileté bien connue et de son aptitude à traiter des sujets divers, et obtenir pour son travail une marque plus ou moins haute d'estime ; il ne s'est pas seulement proposé de provoquer dans cette enceinte, sur une question extrêmement délicate, l'expression d'un plus ou moins grand nombre d'opinions *individuelles* conformes ou contraires à la sienne ; il attendait et demandait plus, beaucoup plus : un jugement de l'Académie *entière*, formulé en conclusions scientifiques, pour servir *à l'avenir de règle absolue*. L'Académie était donc consultée, non pas par une autorité à laquelle elle eût été tenue de répondre, mais par un très honorable chirurgien envers lequel elle était plus libre. Une question très nette, très précise lui était posée : dans le cas de rétrécissement extrême du bassin, peut-on ou ne peut-on pas, doit-on ou ne doit-on pas provoquer l'avortement pour éviter à la mère les chances si graves de l'opération césarienne ? M. le rapporteur répond avec non moins de netteté et non moins de précision : le médecin *peut et doit*. L'Académie acceptera-t-elle la réponse qui lui est proposée, s'engagera-t-elle sur une question si délicate ? Pour ma part, je ne le pensais pas. Vint alors l'explication de M. le rapporteur qui, pressentant les hésitations et les répugnances de l'Académie, déclara que la commission, dont il était l'organe, n'entendait proposer au vote que ses conclusions finales, qu'elle réservait les premières, les conclusions scientifiques, pour la discussion qui allait s'ouvrir. Cette déclaration me parut très sage, et je sus gré à M. le rapporteur du soin qu'il avait pris de réduire à une formule académique les points sur lesquels nous aurions à voter. Mais en agissant ainsi, devait-il répondre à l'attente de M. Lenoir, et l'Académie elle-même, en le suivant dans cette voie plus étroite mais meilleure, aurait-elle fait la réponse qui lui était demandée? Evidemment non. Lors même que cette discussion se prolongerait pendant plusieurs séances et amènerait successivement à cette tribune tous ceux de nos collègues que la spécialité de leurs travaux et de leur position désigne comme les plus compétens dans la matière, les médecins disposés à suivre l'exemple de M. Lenoir ne trouveront toujours dans les opinions exprimées, fussent-elles unanimes, que des jugemens individuels et non le jugement du corps entier. Le but de notre honorable confrère n'aura donc pas été atteint. L'Académie, consultée, ne répondra pas. Elle ne posera pas de règle, et, en tous cas, elle se serait bien gardée, je pense, d'en poser d'absolue. Les futurs imitateurs de M. Lenoir n'auront, dans les circonstances délicates où ils pourront se trouver, d'autres guides que ceux qui l'ont dirigé lui-même, c'est-à-dire leur conscience, leurs propres lumières accrues, étendues peut-être par la discussion qui s'agite en ce moment et celles des hommes plus haut placés qu'eux dont ils auront réclamé le concours.

En résumé, la déclaration de M. Cazeaux me paraît avoir changé la face de la question ; elle en a certainement diminué la portée en ce qui concerne l'Académie, et c'est ce que je tenais avant tout à constater.

Je n'examinerai pas, Messieurs, si la discussion soulevée par la lecture de M. Lenoir et le rapport de M. Cazeaux est opportune ou non, si elle offre des dangers ou si elle n'en offre pas. Elle est ouverte ; elle doit avoir son cours.

Le rapport de notre savant collègue se divise en deux parties. La première répond à la question de M. Lenoir. Le rapporteur y expose en grand détail les raisons qui, à ses yeux, légitiment le sacrifice du produit de la conception lorsque la mère est assez mal conformée pour que l'accoucheur n'ait à choisir qu'entre l'opération césarienne faite à terme, et l'avortement provoqué dans les premiers mois de la gestation. Pour tout ce qu'il dit à ce sujet, en se plaçant au point de vue plus général de l'embryotomie pratiquée pendant le travail à terme ou à une époque avancée de la grossesse, je suis entièrement d'accord avec lui. La question qu'il a résolue scientifiquement, j'ai été souvent appelé à la résoudre pratiquement. Attaché depuis douze ans à l'hospice de la Maternité où les rétrécissemens du bassin sont loin d'être rares, l'Académie ne sera pas étonnée d'apprendre que, soit seul, soit sous les yeux ou d'après les conseils de mon honoré maître M. P. Dubois, je me suis, dans un assez bon nombre de cas, décidé au douloureux sacrifice que me semblait exiger l'intérêt bien entendu de la mère. Il y a donc sous ce rapport communauté de vues entre M. Cazeaux et moi. D'un autre côté le résultat malheureux des deux opérations césariennes que j'ai pratiquées et l'issue constamment fatale de celles faites à Paris, depuis un demi-siècle ne me découragent pas moins que l'honorable rapporteur, et je n'aurais aucune répugnance, si l'occasion, que je n'ai point encore rencontrée d'ailleurs, m'était offerte, d'avoir à me décider entre l'avortement provoqué et la perspective d'une opération césarienne, inévitable au terme de la grossesse, je n'aurais, dis-je, aucune répugnance à suivre l'exemple de MM. Cazeaux, P. Dubois et Lenoir.

Est-ce à dire pour cela que j'accepte sans restriction la conclusion relative à cette partie du rapport. Qu'on puisse prendre le parti que cette conclusion indique, rien de mieux; mais le devoir absolument, mais y être obligé, voilà ce à quoi, pour ma part, je ne puis consentir, voilà ce que je repousse et que repousseront certainement bien des praticiens de la province. Je veux dans tous les cas, conserver ma liberté d'action. Quelque peu partisan que je puisse être de l'opération césarienne, ne puis-je pas me trouver un jour, hors de Paris, ou dans Paris même, en présence d'un cas évidemment favorable, et dont il me sera peut-être permis d'améliorer encore les conditions à l'époque de l'opération et pour toute la durée de ses suites. Et pourquoi me serait-il donc interdit alors d'espérer que la femme confiée à mes soins sera dans cet heureux quart qui surmonte tous les dangers et qui survit !

Dans la seconde partie de son rapport, M. Cazeaux passe en revue les indications de l'avortement provoqué, autres que le rétrécissement extrême du bassin, et s'occupe particulièrement des vomissemens opiniâtres, incoercibles, portés au point de mettre la vie de la femme en danger. Pour notre honorable collègue, cet état, pourtant si grave, n'est pas une indication, et pour rejeter l'avortement provoqué en pareil cas, il se fonde : 1° sur ce que les vomissemens, malgré leur intensité, ne sont pas le plus ordinairement mortels, et se sont plus d'une fois arrêtés au moment où on désespérait de les voir cesser. 2° Sur le peu de succès obtenu des opérations pratiquées pour y mettre un terme et soustraire la femme à une mort imminente. 3° Sur l'impossibilité de déterminer avec précision l'époque à laquelle on ne peut plus rien attendre des efforts de la nature et des ressources de la thérapeutique, et où il convient d'opérer.

1° Les vomissemens de la grossesse, même intenses, même fréquens, et qui ont plus ou moins amaigri les femmes, ne sont pas, j'en conviens, le plus ordinairement mortels. Mais en est-il de même de ceux qui ont allumé la fièvre, desséché la bouche, produit l'acidité de l'haleine. Je ne le pense pas, et avant que M. P. Dubois nous fasse connaître la triste nécrologie qu'il possède, M. Cazeaux me permettra de lui rappeler ou de lui indiquer quelques faits déjà publiés.

Les deux cas que Danu, cet habile et si regrettable observateur, a consignés dans le *Répertoire de Breschet*, sont connus de tout le monde.

Celui que le professeur Forget a publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (juillet 1847), et qui concerne une femme qui succomba au sixième mois de sa grossesse, n'a pas eu moins de retentissement.

M. Figla en a publié un quatrième dans la *Gazette des Hôpitaux* (octobre 1846). La question de l'avortement provoqué devait être agitée dans une consultation à laquelle M. Vigla m'avait fait l'honneur de m'appeler, lorsque l'examen des poumons, déjà tuberculeux à leur sommet, le détourna de rien entreprendre. La femme succomba aux vomissemens dont elle était atteinte bien avant que la tuberculisation eut fait assez de progrès pour la faire périr.

Ashwell (*on parturition*, 194) cite un cas de mort au septième mois de la grossesse.

Davis (*Obstet. med., II*, 871, *et Churchill's diseases of females*, 412) rapporte un cas semblable d'après Haighton. Les vomissemens avaient alterné avec de la diarrhée.

Johnson (*the Lancet. March.*, 1838) en a fait connaître un autre dans lequel la mort eut lieu au quatrième mois.

C'est au cinquième que la femme mourut dans un cas que Lobstein a consigné dans son ouvrage sur le grand sympathique. Ce cas fut remarquable par le développement, à une époque avancée, d'une inflammation gangreneuse de la bouche et d'ulcérations sanieuses des doigts.

Notre collègue, M. Chailly, a observé et publié deux cas qui se terminèrent également par la mort. Des incertitudes prolongées, des dissidences entre consultans empêchèrent de rien entreprendre.

Un onzième cas a été communiqué par M. le professeur Rigaud, de Strasbourg, et consigné dans la thèse de Schnellbach (thèse de Strasbourg, 1847). Il s'agissait ici d'une grossesse de quatre mois révolus.

Faut-il ajouter à cette liste deux cas, l'un de Breschet, l'autre de Maygrier, qui ne sont qu'indiqués dans la thèse de Schnellbach, et un autre que je ne puis que mentionner d'après mon père, qui l'avait observé dans sa propre clientèle, il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, et qui m'en fit part alors?

Pour moi, je n'ai eu d'autre cas malheureux de cette espèce que celui de cette jeune dame italienne dont M. Laborie a donné l'histoire abrégée dans son compte-rendu des leçons de la Clinique d'accouchement. Mais ce fait a été recueilli par M. Dubois, et c'est à lui seul qu'il appartient de nous en faire connaître les détails.

D'après cette liste déjà assez longue, on peut voir que les vomissemens incoercibles et la grossesse en constituent une des plus graves complications, une de celles pour lesquelles il semble le plus permis de songer, et peut-être de recourir à un parti extrême.

2° M. Cazeaux n'avait d'abord trouvé qu'un cas de succès après l'avortement provoqué pour des cas de vomissemens rebelles. C'est celui de Churchill (L. C. 412.) qui ne laisse, en effet, rien à désirer pour l'étendue des détails. Depuis il en a cité deux autres, un appartenant à M. le professeur Trousseau et qui n'a pas été publié, je crois, et un second qui se trouve sur la liste de ceux que j'avais recueillis, et que j'indiquerai tout à l'heure. Avant tout, je veux faire remarquer combien, pratiquement parlant et en dehors de toute considération morale, la pensée de l'avortement provoqué a pu paraître naturelle, quand on songe aux résultats heureux, dans ces cas si graves, de l'avortement spontané ou de la mort du fœtus, ne dût-il être expulsé que plus tard, et quelquefois beaucoup plus tard. Ainsi M. Chomel a fait connaître, dans ses leçons cliniques (Union Médicale 1847), un cas d'avortement qui survint fort heureusement au moment où on désespérait des jours de la femme, et qui fit cesser tous les accidens. M. Griolet (même journal, même année) a cité un cas semblable. D'un autre côté Robert Lee rapporte

(*Clin. Midwifery*, 2e édit. Philadelphia 1849) celui d'une jeune dame qui, après avoir été réduite par des vomissemens incessans à un état tel que l'avortement artificiel fut proposé, cessa tout à coup de vomir, accoucha quelque temps après d'un enfant mort dont le placenta était malade, et se rétablit complètement. J'ai vu en consultation un cas du même genre qui trouvera certainement sa place dans le mémoire que M. P. Dubois a promis de communiquer à l'Académie, et que je ne fais en conséquence que mentionner.

Maintenant, qu'il me soit permis d'emprunter à divers auteurs des faits de guérison obtenue à la suite de l'avortement provoqué. C'est la réponse que je veux faire à la seconde objection de M. Cazeaux. Je comprendrai dans cette énumération trois cas que M. le rapporteur pourrait considérer comme étrangers au sujet, parce qu'il s'agit de trois femmes parvenues à une époque de grossesse où le fœtus était viable, mais qui me paraissent, malgré cette circonstance certainement plus favorable, s'y rattacher entièrement. De quoi s'agit-il en effet? Evidemment de prouver que la déplétion de l'utérus fait cesser les accidens et arrache les femmes à une mort qui paraissait certaine et imminente. Or, c'est ce que ces trois faits prouvent tout aussi bien que ceux qui se rapportent à des femmes encore peu avancées dans leur grossesse.

a. Davis (*Obst. Med.*, II, 871) a provoqué avec un plein succès l'avortement chez une femme parvenue au sixième mois de sa grossesse et réduite à la dernière extrémité par des vomissemens incessans.

b. Le même auteur (*ibid.*) cite un cas à peu près semblable chez une femme parvenue à peine au même terme, malade antérieurement à sa grossesse, et dont l'état avait été tellement aggravé par les vomissemens, qu'elle semblait près de succomber. Après l'avortement provoqué, tous les accidens se calmèrent, et le rétablissement fut rapide et complet.

c. Robert Lee (*l. c.*, 115) a provoqué l'avortement chez une femme enceinte de 4 mois, qui, depuis plusieurs semaines, vomissait incessamment, et chez laquelle à la fin la fièvre était survenue. Tous les traitemens employés avaient échoué. La ponction des membranes fut faite, et le liquide amniotique fut évacué. Immédiatement les vomissemens cessèrent et la fièvre tomba. Le fœtus ne fut pourtant expulsé qu'au bout de plusieurs semaines.

d. Robert Lee (*ibid.* 117) cite un second exemple de succès chez une dame enceinte de cinq mois passés, chez laquelle tous les symptômes étaient portés au plus haut degré, et qui était en outre tourmentée d'une violente névralgie faciale et auriculaire. Un état d'épuisement considérable et une profonde altération des traits, jointe à une extrême fréquence du pouls, faisaient craindre une issue fatale. Les membranes furent perforées, et, le lendemain, le fœtus et le placenta furent expulsés avec une masse de caillots endurcis. Les accidens cessèrent immédiatement et la guérison fut très prompte.

e. Un troisième cas est encore cité par le même auteur (p. 118), plus grave encore, dit-il, que les précédens. L'état de faiblesse et de maigreur était tel, qu'il désespérait du succès. C'est cependant à l'opération que la femme dut la vie et le rétablissement de sa santé.

f. Vient maintenant le fait de M. Griolet, que M. Cazeaux avait cité après coup. Il se rapporte à la même femme qui avait été une première fois sauvée par un avortement spontané, et qui le fut une seconde par celui que provoqua cet honorable confrère, au quatrième mois et demi de la grossesse.

g. On dit (Churchill, *loc. cit.*) que Burns a eu occasion de provoquer deux fois avec succès l'avortement chez la même femme, pour des vomissemens incoercibles. Je regrette de n'avoir pu, en consultant l'ouvrage de Burns, dont je possède deux éditions, trouver le fait indiqué par son compatriote. Je me contente de cette simple mention.

h, i, j. Je terminerai cette énumération par l'indication des trois cas où l'expulsion du fœtus fut provoquée à l'époque de la viabilité. J'ai déjà dit pourquoi, le succès ayant été complet, il me semblait qu'ils pouvaient être à bon droit rapprochés des précédens. Le premier appartient à Marriman, se rapporte à une femme enceinte de sept mois et demi, et se trouve dans le troisième volume des *Transactions de la Société médico-chirurgicale de Londres*. Le second est cité par Davis (*l. c.*) ; la femme était enceinte de huit mois. Le troisième, enfin, est consigné dans *Neue Zeitschrift für Geburts-Kunde*, IV, 246. La grossesse était parvenu à sept mois environ. Dans ces trois cas, l'enfant naquit vivant.

Les faits qui précèdent me paraissent mettre hors de doute la possibilité de sauver, par l'avortement provoqué, les femmes en proie à des vomissemens que rien ne peut arrêter, et cet heureux résultat n'est pas, on a pu le voir, aussi exceptionnel que M. Cazeaux l'a affirmé. D'un autre côté, j'ai prouvé par des faits nombreux, en attendant ceux plus nombreux encore qui ont été recueillis par M. P. Dubois, que la mort, quand on ne recourait pas à l'opération, n'était pas aussi rare qu'il l'avait prétendu. En conclurai-je tout de suite que l'avortement *doit* être provoqué dans les cas de vomissemens qui résistent à tous les moyens thérapeutiques. Une conclusion aussi impérative est bien loin de ma pensée.

Mais en tenant compte de tous ces faits, je me garderai de dire, comme M. Cazeaux, qu'il ne *doit pas* l'être. Quoique j'aie vu un grand nombre de cas de vomissemens très prolongés et très fatigans pendant la grossesse, je n'en ai, Dieu soit loué, rencontré aucun, parmi mes propres clientes, qui m'ait donné les graves inquiétudes qu'inspirent ceux dont nous nous occupons dans cette discussion. Si le sort m'en réserve de ce genre, il me sera impossible, je l'avoue, de ne pas prendre en grande considération les faits, que je viens d'avoir l'honneur d'indiquer à l'Académie. Aux incertitudes que feront certainement naître dans mon esprit les faits moins favorables, se joindront sans doute celles qui résultent de l'extrême difficulté de préciser le moment opportun pour opérer. Je suis loin de méconnaître cette difficulté, qui forme le 3me, et à mon sens, le plus important des argumens de M. Cazeaux. Mais de nouvelles observations, la réflexion et le temps la lèveront peut-être. D'ici là la question reste à l'étude et me paraît ne devoir être tranchée ni dans un sens ni dans l'autre. Surtout, en la traitant, c'est comme l'a dit M. P. Dubois, à la raison et non au sentiment qu'il faut s'adresser, et il ne faut pas ici être plus rigoriste que dans la question du rétrécissement extrême du bassin. Sous ce rapport, notre honorable collègue me paraît avoir été un peu sévère pour la mère qui, anéantie et à bout de forces, sent la vie lui échapper quand, après tout ce qu'il a dit dans la première partie de son rapport, il semble trouver mauvais que l'instinct de la conservation fasse taire chez elle la voix du sang.

Je dirai, en terminant, mon opinion sur les conclusions finales du rapport. S'il ne s'agit, en les votant, que de donner un haut témoignage d'estime à un habile et honorable confrère, dont personne n'estime plus que moi la personne et le talent, je suis prêt à donner mon vote. Si, au contraire, ces conclusions doivent, en quoi que ce soit, engager la responsabilité de l'Académie, je me rallierai à la proposition de M. P. Dubois, qui demande le dépôt aux archives, au lieu du renvoi au comité de publication.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart, pour entendre quelques observations de MM. Lagneau et Londe, relatives au procès du prix d'Argenteuil.

— Plusieurs autres communications ont été faites à l'Académie, dont nous sommes obligés de renvoyer le compte-rendu au prochain numéro.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Mon cher et honoré confrère,

Vous avez publié, dans votre dernier numéro, une lettre de M. P. Dubois. Je vous demande la permission de faire à ce sujet quelques observations.

Dans la séance du mardi 2 mars, M. P. Dubois m'avait reproché de lui prêter une opinion qui n'était pas la sienne, et comme cette opinion avait été empruntée par moi aux leçons de ce professeur, leçons publiées par notre honorable confrère M. Laborie, dans l'Union Médicale, il s'était cru autorisé à contester l'exactitude de ces comptes-rendus. Je ne puis répondre, ajouta-t-il, d'une publication que je n'ai revue ni corrigée, et j'affirme que mes opinions ont été singulièrement exagérées.

Je ne pouvais pas, évidemment, insister davantage sur ce point; mais il n'en était pas de même de votre honorable collaborateur, et en termes votre impartiale analyse de la séance, vous faisiez pressentir que M. Laborie s'expliquerait très probablement dans une lettre adressée à l'Académie.

Cette dernière est devenue inutile, car M. P. Dubois a pris le parti de s'expliquer lui-même dans la lettre publiée mardi dernier dans votre journal.

Mais M. Dubois semble vouloir retirer d'une main ce qu'il offre de l'autre. Car après avoir franchement avoué qu'il s'était trompé en accusant M. Laborie d'inexactitude; après avoir reconnu que ses opinions sur l'avortement provoqué avaient été très fidèlement reproduites, il ajoute en finissant : quant au moment opportun pour provoquer l'avortement dans les cas de vomissemens; je n'ai pas *d'opinion arrêtée*..... Or, c'était là tout le débat entre nous.

Eh bien, mon cher et honoré confrère, ou les comptes-rendus de M. Laborie sont inexacts, ou M. P. Dubois se trompe encore en répétant, comme il l'avait dit à l'Académie, qu'il n'a pas, sur ce point, d'opinion arrêtée.

Ouvrez, je vous prie, votre intéressante collection, année 1848, page 490, et vous lirez à la fin de la troisième colonne : « Néanmoins, je crois qu'on est parfaitement en droit d'agir dans les cas qui se présentent avec une gravité réelle. Les chances de succès ne sont vraiment grandes que lorsque la maladie a dépassé la première période. Car dès que la réaction fébrile a lieu, le pronostic devient plus grave, et, dans la dernière période, l'opération devient tout à fait inutile. Un peu plus bas : « Si j'ai raison en posant en *principe* que l'opération doit être pratiquée dans la *première période*, etc., etc.

A la page suivante : « En résumé, je pense que l'accouchement provoqué peut être opposé aux vomissemens, *mais à la condition d'être pratiqué au début de l'affection.* »

Est-il possible d'être plus clair, plus précis et d'exprimer une opinion mieux arrêtée.

M. Laborie lui-même en est effrayé et n'ose pas en partager la responsabilité; car, à la page 496, il dit : « Les graves difficultés signalées dans les notes que nous avons transcrites, seront un obstacle que le plus grand nombre des accoucheurs n'oseront franchir; et cette hésitation paraîtra d'autant plus légitime, que de l'aveu même de M. Dubois, l'opération n'a de chances vraiment heureuses qu'à la condition d'être pratiquée après la première période. Il est évident que, posée dans ces termes, l'indication ne sera pas volontiers suivie, etc. »

Je tenais à constater, Monsieur, que si M. P. Dubois a eu raison de se rétracter et de reconnaître la fidélité des comptes-rendus de M. Laborie, il a tort de répéter, dans cette même lettre, une assertion qui tend évidemment à en contester l'exactitude.

Agréez, etc. P. Cazeaux.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 31. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 13 Mars 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens :
1 An. . . . . 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois . . . . 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois. . . . . 22 Fr.
1 An. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An. . . . . 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

DES CARACTÈRES QUI PERMETTENT DE DISTINGUER LA PERVERSION MALADIVE DE LA PERVERSITÉ MORALE (1).

Troisième Lettre.

A M. Lélut, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Institut.

Très honoré confrère et maître,

Avant la découverte de Jackson, on faisait fort peu de cas, on ne faisait même pas du tout attention, en pathologie mentale, à un symptôme somatique de la plus grande importance, je veux parler de l'insensibilité de la peau à la douleur ou à d'autres impressions pénibles. La plupart des manigraphes, Pinel, Esquirol, M. Calmeil, M. Foville, etc., avaient bien écrit que certains aliénés endurent, sans se plaindre, le chaud, le froid, les coups, les blessures, les brûlures, qu'ils se mutilent même sans éprouver aucun sentiment de douleur; mais ils ne disaient rien de plus de ce phénomène qui restait généralement inaperçu; ils n'en déduisaient aucune conséquence applicable, soit à la pathogénie, soit au diagnostic médico-légal du délire. Le retentissement qu'eut, dans ces dernières années, le fait de l'anesthésie artificielle, fit sortir le phénomène de l'anesthésie spontanée de l'oubli où, sans lui, il serait probablement encore plongé. Je dis fit sortir de l'oubli, car il jouait un rôle considérable dans l'ancienne médecine légale.

En effet, quand on étudie avec soin la relation des procès intentés jadis à tant de malheureux aliénés, qu'on accusait ou qui s'accusaient eux-mêmes du prétendu crime de sorcellerie, on voit que les hommes de l'art, qui examinaient ces prévenus, attachaient une haute valeur à l'existence de l'anesthésie cutanée, comme signe de possession ou de monomanie démoniaque. Lorsqu'un individu était inculpé de ce crime imaginaire, les experts, après lui avoir bandé les yeux, promenaient une loupe sur toutes les parties de son corps, préalablement rasées, dans le but de découvrir la marque de Satan (*stigma diaboli*). La plus légère tache à la peau était sondée à l'aiguille. Si la piqûre n'éveillait aucune sensation douloureuse, si elle ne provoquait aucun cri ni aucun mouvement, le pauvre malade était réputé sorcier, et partant condamné à être brûlé vif. Si, au contraire, il sentait la piqûre, il était ordinairement acquitté : Satan ne lui avait point imprimé sa griffe. En 1589, quatorze personnes, condamnées pour crime de sorcellerie, en appelaient devant le Parlement de Paris, réfugié alors à Tours, de la sentence de mort prononcée contre elles. La cour nomma pour examinateurs, d'une part, Pierre Pigray, chirurgien de Henri III; de l'autre, Leroi, Faileseau et Renard, médecins de ce même monarque. L'examen, dit Pierre Pigray, fut fait en présence de deux conseillers de la cour. Les premiers juges avaient condamné les prévenus, par la raison qu'ils avaient des marques insensibles. Nous les visitâmes fort diligemment en les faisant mettre tout nus. Ils furent piqués en plusieurs endroits; mais ils avaient le sentiment fort aigu (*idque cum acerrimo doloris sensu*). Nous les interrogeâmes sur plusieurs points, comme on fait pour les mélancoliques. Nous n'y reconnûmes que de pauvres gens stupides, les uns qui ne se souciaient pas de mourir, et les autres qui le désiraient. Notre avis fut qu'il leur fallait donner l'ellébore pour les purger, plutôt que de leur appliquer aucune peine. Le Parlement, après mûre délibération, les renvoya chez eux sans leur appliquer aucune punition. (Pigray, *Chirurgia*, 1609, in-8°, lib. VII, cap. X.)

Avant de parler du résultat que m'ont fourni des recherches statistiques très attentives et très minutieuses, je dois vous signaler certaines précautions qu'il est nécessaire de prendre pour ne point s'exposer à se faire illusion sur l'existence de l'anesthésie spontanée chez les aliénés. Ces précautions consistent à expérimenter à l'insu des malades, car si l'on agissait autrement, ils pourraient, soit pour un motif, soit pour un autre, dissimuler le sentiment d'une douleur réelle, exagérer celui d'une souffrance équivoque ou feindre la conscience d'une douleur tout à fait nulle.

Voici comment je procédais à ces recherches : je priais un assistant de détourner l'attention de l'aliéné en lui adressant la parole; et pendant que ce dernier était occupé de répondre, ou quand il ne se doutait de rien, je promenais légèrement les barbes d'une plume sur les bords de la conque de l'oreille, j'enfonçais brusquement une aiguille dans la peau de la région occipito-dorsale, dans celle des extrémités supérieures ou inférieures, puis je promenais sur ces mêmes endroits des morceaux d'amadou en ignition. Or, quand l'anesthésie cutanée a lieu, soit qu'on se borne à chatouiller la peau, soit qu'on la pique ou qu'on la brûle profondément, les malades n'opèrent aucun mouvement musculaire au visage ou dans les autres parties du corps, qui témoigne du sentiment de la douleur : celle-ci n'est pas perçue ou du moins elle l'est à peine. C'est surtout à la peau des extrémités supérieures et inférieures que l'anesthésie est appréciable; à la peau du cou, elle ne l'est pas autant.

Depuis l'importation en Europe de la découverte américaine, plusieurs médecins, MM. Beau, Moreau (de Tours), Morel, Thore, etc., ont parlé de l'anesthésie spontanée de la peau chez les aliénés. M. Beau l'a signalée dans la lypémanie en général, et M. Moreau (de Tours), dans la monomanie suicide en particulier.

Quoique ces auteurs n'aient fait qu'effleurer cette question, tout ce qu'ils en ont dit est marqué au coin de la plus grande exactitude. Désireux de compléter l'étude de l'anesthésie cutanée dans l'aliénation mentale, j'ai entrepris des recherches statistiques que je me propose de publier bientôt. Pour le moment, je veux me borner à dire qu'on rencontre fréquemment ce symptôme dans la folie circonscrite en général, et en particulier dans les monomanies affectives.

Les démonologues et certains médecins légistes des XVIe et XVIIe siècles, ont mentionné un autre symptôme somatique qu'il est bon de rappeler ici parce qu'il pourrait bien se lier à l'anesthésie et n'en être qu'une simple conséquence.

Vous savez, très honoré confrère et maître, que, s'il faut en croire Torre-Blanca et Paul Zacchias, les piqûres faites par la pointe d'une lancette, aux stigmates des sorciers, ne donnaient pas de sang, et que tous les exorcistes et les examinateurs regardaient ce signe comme une preuve puissante du fait de possession démoniaque. Des physiologistes ont même cherché l'explication de ce fait.

De toutes les passions de l'âme, la crainte est celle qui retentit le plus sur les fonctions circulatoires. Or, la terreur extrême que devaient éprouver les sorciers à l'aspect du tribunal sinistre de l'inquisition, en présence des appareils de la torture et dans la prévision du supplice du bûcher, se comprend sans peine. Cette explication est celle que donne M. Lordat dans son *Traité des hémorrhagies*. Dans l'hypothèse de l'existence de l'anesthésie cutanée, on conçoit tout aussi bien que le cours du sang puisse se ralentir dans des capillaires où se distribuent des filets nerveux qui ont perdu

(1) Voir les deux derniers numéros.

Feuilleton.

LA VOIRIE DE BONDY.

Nous empruntons à la thèse de concours de M. A. Tardieu les détails intéressans qui suivent sur la voirie de Bondy, qui a remplacé, comme chacun sait, l'immense cloaque de Montfaucon :

« La ville de Paris, dit M. Tardieu, ne possède aujourd'hui qu'une seule voirie pour les matières fécales, qui se compose actuellement de deux parties : 1° d'un dépotoir, situé au port d'embarquement de la Villette, et qui sert au déversement et au départ des matières extraites par la vidange des fosses; 2° d'une voirie sise dans la forêt de Bondy, et à laquelle sont conduites, d'une part, les matières liquides par un tuyau souterrain; d'une autre part, les matières solides par bateaux naviguant sur le canal. Nous allons décrire rapidement la disposition de ce double établissement, dont le premier surtout peut être cité comme un modèle de parfaite exécution et de salubrité, et qui ne peut manquer d'être imité.

» Le dépotoir de la Villette se compose d'un bâtiment central et de deux pavillons. Le bâtiment central contient, au rez-de-chaussée, neuf galeries parallèles de 30 mètres de longueur environ, voûtées, et au-dessous desquelles règnent trois citernes de 3 mètres de profondeur, indépendantes les unes des autres, et correspondant : l'une aux compartimens antérieurs des galeries; l'autre aux compartimens du centre; la troisième aux compartimens de sortie. Les citernes elles-mêmes sont divisées, chacune en neuf cases, par les murs qui supportent à la fois les voûtes des citernes et les pieds-droits des galeries; mais les neuf cases d'une même citerne sont mises en communication entr'elles, au moyen de portes, disposées de manière à se contrarier, et à forcer ainsi les matières liquides versées dans une des cases extrêmes à parcourir le plus de trajet possible, pour arriver dans la case de l'autre extrémité. Ces citernes ont un radier général, dans lequel est préparé un caniveau, dont la pente est en sens inverse de l'écoulement des liquides dans les citernes.

» Au-dessus de la citerne du milieu et dans les reins de demi-voûtes en arc de cloître, pratiquées à l'une des extrémités des voûtes en berceau qui recouvrent toutes les cases, se trouve une galerie d'égoût, dans laquelle débouchent les conduits pratiqués au milieu du passage. Dans le compartiment du milieu des galeries, et à l'orifice de chacun de ces neuf conduits, est adapté un boyau ou manchon, en forme d'entonnoir.

» Trois tuyaux en fonte sont noyés dans les voûtes des citernes; et placés dans le sens de leur longueur; des tubulures adaptées à ces tuyaux ont leur orifice ouvert au sommet des voûtes des citernes; les trois tuyaux aboutissent sous le foyer d'une machine à vapeur, placée dans le pavillon du côté du canal. Sous les deux galeries, et à deux mètres, en avant du côté du nord-ouest, sont placées des bordures en granit, destinées à guider les voitures de vidange lorsqu'elles traversent les galeries.

» Le pavillon dont nous venons de parler, renferme deux machines à vapeur de dix à douze chevaux, servant à faire mouvoir, chacune, trois pompes aspirantes et foulantes; et, de plus, au-dessus de la machine, un réservoir d'eau de l'Ourcq. A la suite du pavillon, sont placées, dans une fosse à ce préparées, deux chaudières à vapeur.

» L'aspiration des pompes est disposée à quatre branches, pour aspirer, à volonté, soit les liquides contenus dans l'une ou l'autre des trois citernes, soit de l'eau de l'Ourcq, prise dans le port. Les aspirations ne débouchent que dans la casse la plus voisine de chacune des citernes, et par conséquent à l'extrémité opposée à celle où se fait le versement.

» Les machines à vapeur mettent en mouvement un ventilateur qui aspire l'air des compartimens intérieurs des galeries, pour l'envoyer dans les foyers des machines à vapeur, et y entretenir la combustion.

» Le pavillon du sud-ouest contient le logement de l'inspecteur, et de plus, au-dessous du sol, une cave creusée à deux mètres en contrebas du radier des citernes, et communiquant par trois tuyaux, munis de robinets, avec le plomb des caniveaux pratiqués dans le radier des citernes. Cette cave n'a de communication libre qu'avec le compartiment central des galeries.

» L'établissement, tel qu'il vient d'être décrit, est destiné à recevoir les versemens des matières liquides, enlevées des fosses par le moyen des pompes, et à envoyer les liquides à la voirie de Bondy, par une conduite établie sur le revers de la digue du canal de l'Ourcq.

» Le travail se divise en travail de jour et en travail de nuit. Ce dernier, qui est de beaucoup le plus considérable, s'opère sur les tonnes roulantes de la vidange nocturne. Le premier est exclusivement consacré aux tonneaux des fosses mobiles.

» Pour opérer le versement, les voitures portant les tonnes de 2 mètres cubes de capacité, sont amenées, par trois chevaux, sur la face nord-est du bâtiment central, et placées dans la direction d'une des galeries. Arrivées là, elles sont arrêtées, et on détèle les deux chevaux de devant; dès que cette opération est faite, les deux chevaux font le tour du bâtiment, pour revenir sur la face opposée du bâtiment, et le cheval du brancard traîne seul la voiture, pour la faire pénétrer dans la galerie, vis-à-vis de laquelle on l'a placée. Cette traction est rendue facile par la pente de 0m,01 par mètre, donnée au pavé.

» Alors le boyau de cuir dont nous avons parlé précédemment étant adapté à l'orifice de vidange de la tonne, on ouvre la bonde en arrière, et l'on verse ainsi tout son contenu dans l'égoût qui règne au-dessus des reins de la voûte en arc de cloître de la citerne du milieu, et fait arriver les matières dans celle des trois citernes qui a été vidée la nuit précédente. Après que l'on a vidé la tonne, on détache le boyau en cuir; on lave la bonde; on la replace; et l'on fait sortir la voiture, en lui faisant poursuivre son chemin dans la galerie où elle a pénétré.

» Malgré les précautions que l'on vient de décrire, il pourrait peut-être encore s'exhaler de l'odeur, au dehors de l'établissement. Pour prévenir cet inconvénient, dès que la première voiture de vidange arrive, on fait marcher le ventilateur aspirant, qui force l'air extérieur à pénétrer dans l'établissement, pour de là aller se brûler dans le foyer de la chaudière, avec les gaz odorans, qui ont pu se dégager pendant le versement. Les gaz qui peuvent se dégager des citernes, soit par la fermen-

une partie de leur force animatrice. Quoi qu'il en soit, si, dans quelques cas de folie circonscrite, avec anesthésie cutanée, notamment dans ceux de lypémanie suicide ou religieuse; si, dans ces cas, dis-je, j'ai constaté qu'il ne s'échappait aucune gouttelette de sang à la suite de piqûres profondes faites à la peau par des aiguilles, dans d'autres cas en tout semblables et aussi nombreux, j'ai observé le contraire.

Du reste, je ne veux pas arrêter plus longtemps votre attention sur ce signe dont la manifestation n'est pas assez constante pour mériter d'intervenir dans la question du diagnostic médico-légal de la folie affective.

Quant à l'existence de l'anesthésie spontanée de douleur dans les cas de monomanie suicide compliquée de tendance au meurtre, elle est incontestable. J'en ai actuellement sous les yeux un exemple très remarquable chez un malade que m'a adressé, le 29 décembre dernier, un honorable confrère, le docteur Fabrège. Le cas offrant des circonstances qui ne sont point sans plusieurs analogies avec celles qui semblent avoir présidé à l'homicide opéré par le prévenu Jobard, permettez-moi de vous le rapporter avec quelques détails :

M. Claude P..., âgé de 38 ans, teneur de livres dans une maison de commerce de Paris, a tous les attributs physiques et moraux du tempérament nerveux. Il est fils d'un père qui tomba dans la démence à la suite d'une seconde attaque d'apoplexie. Marié depuis environ dix ans, père de trois enfans, il a toujours eu une conduite exemplaire. Étant garçon, il a un peu abusé des femmes, mais nullement des liqueurs fortes. Sans être dans une position fortunée, il n'a ni dettes ni embarras d'affaires. Sa femme et ses parens ne lui ont jamais suscité aucune contrariété, aucun chagrin.

Au mois de mai 1850, il eut une fissure à l'anus, contre laquelle son médecin, le docteur Fabrége, employa une pommade sédative et la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent.

Au mois d'avril 1851, il eut une turgescence hémorrhoïdale qui, sans le faire souffrir positivement, le gênait et le rendait mélancolique.

Au mois de mai, l'idée de se mutiler naquit subitement, et sans cause connue, dans son esprit. La vue d'un instrument pointu, d'un canif surtout, suscitait en lui le désir de s'en servir pour se crever les yeux. Ces pensées de mutilation le dominèrent environ huit jours.

A peu près vers la même époque, il eut quelques illusions de la vue : il croyait parfois que son corps prenait du développement en hauteur; c'était principalement quand il marchait, que sa taille lui semblait plus élevée que d'habitude.

Il s'opéra aussi certaines modifications dans ses facultés affectives. M. P... s'emportait pour la contrariété la plus légère, et souvent il frappait ses enfans sans aucun motif. Indifférent jusqu'alors en matière de culte, il était devenu très passionné pour les cérémonies de la religion catholique : il assistait souvent aux offices, d'où il revenait toujours le cœur plein d'émotions. Un jour qu'il s'était rendu à l'église St-Eustache, afin d'être témoin de la première communion des enfans, il eut la fantaisie de s'assurer du nombre des communians et des communiantes, et de l'inscrire sur son carnet, pour en faire part à sa femme. D'un autre côté, il était devenu très crédule et très enthousiaste en matière de somnambulisme et de magnétisme animal. Pour peu qu'on lui fît d'opposition à cet égard, il entrait dans la plus grande colère.

Du reste, il n'y avait aucun désordre apparent dans ses discours ni dans sa conduite. Il se rendait ponctuellement à son bureau, où il remplissait ses devoirs avec son intelligence et son ardeur habituelles.

Les choses en étaient là, lorsque survinrent les événements politiques du mois de décembre. Le 4, se trouvant avec sa femme et ses enfans sur le boulevard des Italiens, au moment où des coups de feu furent tirés par un régiment de lanciers, M. P..., naturellement craintif, éprouva une frayeur extrême, qu'il chercha vainement à dissimuler à sa femme.

A dater de ce moment, il devint inquiet, sombre, distrait. A son bureau, on ne tarda pas à s'apercevoir de cet état de mélancolie, et comme il avait commis une erreur presque insignifiante sur une facture, on saisit ce prétexte pour l'engager à prendre quelques semaines de repos.

Cette décision prise à son égard par le chef de la maison de commerce où il était employé acheva de déranger son intelligence. La pensée de rester sans travail, et d'être à charge à sa femme, fut dès lors sans cesse présente à son esprit.

Un jour qu'il était plus triste et plus silencieux que d'habitude, et que sa femme le pressait de questions: Ne m'interroge pas, lui répondit-il, je ne veux ni n'ose te répondre ; je suis un misérable, un homme horrible. Ne m'interroge pas, te dis-je; et comme sa femme insistait toujours, eh bien! ajouta-t-il, après avoir hésité longtemps, *tue-moi*, si tu ne veux pas que je *te tue* et que je vous *tue tous*. Une inspiration, que je crois venir de Dieu, car j'ai aperçu un rayon lumineux s'introduire par ma bouche, m'ordonne de te mettre à mort et de périr avec toi.

Un soir, il dit à sa femme avec une grande exaltation : Coupe-moi la gorge avec un couteau. Si tu m'aimes, tue-moi, je t'en supplie. Et comme en adressant cette demande, il élevait la voix de manière à être entendu des voisins, sa femme, pour le calmer et le faire taire, lui promit de le tuer s'il cherchait à s'endormir. Il s'endormit après que sa femme lui eut fait le serment de l'égorger pendant son sommeil.

Un autre jour qu'il était invité à dîner avec sa femme chez un de ses beaux-frères, et que celle-ci se disposait à se rendre à l'invitation, il lui dit au moment de partir : Comment tu oses venir seule ! Comment tu ne crains pas de t'exposer à la rage d'un misérable tel que moi ! En route, et pendant tout le temps du dîner, il fut très sombre et très silencieux. Au dessert, son beau-frère l'ayant pressé de questions, il lui répondit : Je suis taciturne parce que, en me rendant chez vous, quelque chose me poussait à tuer ma femme; mais maintenant, elle n'a plus rien à craindre, elle peut revenir seule avec moi : mon accès commence à se passer.

Une autre fois, il dit à sa femme : Eh bien ! puisque tu ne veux pas me tuer, je vais être obligé de me tuer moi-même; et au même moment il ouvre une fenêtre et fait semblant de vouloir se précipiter dans la rue. Sa femme pousse alors des cris, appelle au secours; et tout aussitôt il se retire, ferme la fenêtre en disant : En définitive, calme-toi, je voudrais bien mourir, mais je n'ai pas le courage d'attenter à ma vie. Il avoua aussi avoir préparé des rasoirs dans l'intention de se couper la gorge, sans avoir eu la force de mettre ses projets de suicide à exécution.

Un peu plus tard, il survint d'autres phénomènes : M. P... apercevait partout un cercle lumineux qui allait toujours en s'élargissant. Il eut la sensation d'être suspendu en l'air. Il fut pris d'une envie continuelle de courir circulairement dans sa chambre, et quand on lui demandait le motif qui le poussait à courir ainsi, il répondait qu'il allait dans l'*immensité*, et qu'il n'était pas maître de ne pas agir ainsi.

Or, malgré le froid qui régnait vers la fin de décembre, il ne voulait pas supporter de feu dans sa chambre; il se levait la nuit et restait des heures entières en chemise et les pieds nus sans se douter de l'abaissement assez considérable de la température. Parfois il bondissait, en quelque sorte, et cherchait à s'élancer jusqu'au plafond. Assez souvent il avait des convulsions toniques, des contractions musculaires permanentes, fort analogues à celles de l'extase et de la catalepsie.

Ce fut alors que son médecin, le docteur Fabrège, fut appelé auprès de lui. Cet honorable confrère prescrivit des bains tièdes, l'emploi de la glace sur la tête et une application de six sangsues à l'anus.

Le malade prit en tout trois bains tièdes d'environ deux heures de durée. Ce moyen parut produire un peu de calme, mais l'agitation redoubla après l'application des sangsues, qui ne rendirent pas, du reste, une très grande quantité de sang.

Le 28 décembre, M. Fabrège confia son malade à nos soins.

Interrogé et examiné par nous avec beaucoup d'attention, M. P... nous a offert l'état suivant :

Symptômes psychiques : il a de l'ordre et de la suite dans les idées, il répond nettement à presque toutes les questions qu'on lui adresse, relativement à son âge, sa famille, ses habitudes, ses occupations, sa maladie, etc. Il avoue, avec un peu de honte et d'hésitation, avoir été et être encore en butte à tous les symptômes psychiques signalés plus haut. Sa position lui fait horreur, et il n'a aucun espoir de recouvrer sa santé. Ce qui l'afflige et l'entretient surtout dans cette souffrance morale, c'est qu'il croit que son corps n'est plus le même : il s'imagine que sa poitrine et sa tête tendent à acquérir une hauteur et une largeur telles, que très prochainement ces parties subiront le sort des ballons trop dilatés. Dans l'ordre intellectuel, c'est le seul point sur lequel le malade délire.

Symptômes physiques ou somatiques : Il n'y a pas de céphalalgie, le pouls est vif et fréquent, la peau sans chaleur. Les veines superficielles du thorax sont assez dilatées. Aucune lésion dans les principaux viscères appréciable par la palpation, la percussion et l'auscultation. Sommeil de quelques heures à peine, appétit médiocre ; constipation habituelle ; tic indolent des muscles du visage, du côté droit seulement. Absence de tumeurs hémorrhoïdales. Point de spermathorrée (*aucune tache au linge, aucun dépôt spermatique dans l'urine*). Des aiguilles, enfoncées profondément dans la peau des bras, des avant-bras, des cuisses, des jambes et du tronc, ne produisent presque pas de douleur. Le malade sent bien qu'on le pique, mais il a à peine conscience de la piqûre, en tant que sensation pénible. Sa figure ne témoigne aucune souffrance durant l'expérimentation. Pourtant il n'en est plus ainsi quand je passe au procédé de l'ustion. Des morceaux d'amadou enflammé, que je promène sur divers points de la peau, lui font contracter les muscles du visage et pousser des cris.

Les analogies qui existent entre l'état mental de ce malade et celui du prévenu Jobord sont, d'une part, les velléités de suicide, et de l'autre la propension à l'homicide accompagnée de tendance à l'exaltation religieuse. De plus, chez ces deux individus, la liaison des idées est régulière ; il n'y a aucune ellipse, aucune incohérence dans le langage ; en un mot, le raisonnement paraît intact. Toutefois, M. P... était en butte à des hallucinations et à des illusions des sens, qui semblent n'avoir point eu lieu chez l'assassin de la dame Ricard.

Parmi les phénomènes de l'ordre somatique ou physiologique, trois symptômes prouvent incontestablement que M.P... ne jouit pas de sa liberté morale. Ces symptômes sont : 1° une prédisposition aux affections du cerveau, dont ce malade avait hérité de son père; 2° la coïncidence d'un tic indolent du visage; 3° l'existence à la peau d'une diminution considérable de la sensibilité à la douleur déterminée par des piqûres d'aiguille.

Si les médecins qui ont examiné Jobard pouvaient fournir en sa faveur plusieurs preuves du même ordre, à la rigueur voire même une seule, la difficulté médico-légale serait vite tranchée : on ne devrait pas hésiter à admettre l'existence de la monomanie. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si le prévenu n'a point eu d'aliénés parmi les membres de sa famille, s'il n'a jamais été en butte soit à des pertes séminales involontaires, soit à aucun genre d'affections spasmodiques; enfin s'il n'a point offert à la peau d'abolition ou de diminution de la sensibilité aux impressions douloureuses; dans ce cas, dis-je, le devoir des médecins experts est, selon moi, de s'abstenir, parce qu'il y a doute sur l'absence du libre arbitre.

Veuillez agréer l'assurance de mes sentimens les plus dévoués,

Le docteur MICHÉA.

Paris, ce 12 Mars 1852.

CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX (1).

DEUXIÈME LEÇON.

Recueillie par M. GALLARD, interne du service.

Messieurs,

Les principes qui doivent nous guider pendant tout le cours de ces conférences, ayant été suffisamment développés dans la précédente séance, nous allons dès aujourd'hui commencer

(1) Voir le numéro du 19 Février 1852.

tation des matières qui y séjournent, soit par l'effet du déplacement d'air produit par le versement des matières, vont également traverser le foyer et s'y brûler.

» La machine à vapeur, qui marche pendant toute la durée du versement des matières, met en mouvement les pompes, destinées à refouler dans une conduite, jusqu'à Bondy, les matières liquides contenues dans les citernes. Cette opération, faite en vase clos, dans un intérieur, ne peut produire aucun dégagement de gaz.

» Lorsque les liquides de l'une des citernes ont été enlevés par les pompes, on descend dans cette citerne, et avec des balais, on pousse vers l'extrémité opposée aux pompes, les dépôts qui ont pu se former. Ces dépôts ainsi accumulés dans la case extrême, sont versés ou poussés, par un tuyau, dans des tonnes placées dans la cave à ce disposée, sous le logement de l'inspecteur. A mesure que ces tonnes sont remplies, lavées et désinfectées, on les élève avec un treuil, et on les fait arriver dans la galerie supérieure la plus voisine, pour de là les envoyer par un petit chemin de fer, sur le bord du port d'embarquement, où on les prend pour les embarquer et les transporter à Bondy.

» Les tonneaux mobiles, qui arrivent au dépotoir pendant le jour, sont au fur et à mesure de leur arrivage directement vidés dans les citernes, par les orifices qui ont été indiqués.

» Moyennant cette combinaison de moyens simples, et certainement très efficaces, tout dégagement sensible d'odeur au dehors de l'établissement est impossible ; et les habitations du voisinage ont certainement moins à souffrir de ce versement intérieur, fait en grande partie la nuit, que du chargement et du déchargement incessant des tonnes, jour et nuit, en plein air, au moyen de grues, comme on l'avait projeté autrefois, quand on ne prévoyait pas l'accroissement énorme du volume des matières à transporter. En effet ce volume, qui était en 1815, de 45,000 mètres cubes; en 1828, de 90,000 mètres cubes; en 1841, de 180,000 mètres cubes, a pris, dans ces derniers temps, des proportions encore plus considérables.

» En 1850, 600,461 récipiens ont apporté au dépotoir 256,931 mètres cubes de matières, dont 230,869 mètres cubes liquides, ont été chassés par la conduite, et 26,123 solides emportés par bateaux à la voirie.

» En 1851, année où a commencé à être mis en vigueur, à partir du 1er janvier, le système de désinfection des fosses, et de l'emploi des matières solides dans les voiries particulières, le mouvement du dépotoir a été de 583,097 récipiens; 246,461 mètres 21 cubes de matières, dont 218,351 m. c. 59 chassés par la conduite, et 28,028 m. c. 17 emportés par bateaux.

» Enfin, cette année même, pendant le mois de janvier, où, durant plusieurs jours, il y a eu interdiction des vidanges, à cause du froid, on trouve 42,417 récipiens, 17,928 mètres cubes de matières, dont 16,015 écoulés par les conduits, et 1,881 portés par bateaux.

» Ainsi que nous l'avons dit, le dépotoir de la Villette n'est, en quelque sorte, que le vestibule de la voirie de Bondy. Ces deux établissemens sont unis par le tuyau de conduite de 30 centimètres de diamètre, qui transporte de l'un à l'autre les matières liquides. Ce tuyau lui-même fait partie intégrante du système, et il n'est pas inutile d'insister sur les dispositions qu'il présente. En effet, parmi les motifs invoqués dans l'enquête, et sur lesquels se fondait l'opposition, aussi ardente qu'injuste, qu'a soulevée le projet de construction du dépotoir, l'un des plus spécieux était le danger présumé de la rupture des tuyaux de conduite, l'infiltration des matières dans le sol et même leur mélange avec les eaux du canal. Or, depuis plus de trois ans que le système fonctionne, il n'y a pas eu une seule rupture, mais seulement à deux reprises un engorgement, et par suite, un arrêt dans l'écoulement. Encore est-il juste de faire remarquer que ces accidens étaient dus à une pratique qui a cessé depuis : les *rachèvemens*, c'est-à-dire les matières restant au fond des fosses en réparation, et nécessairement mêlées de sable, de plâtre et de gravats; étaient déversés au dépotoir, et les débris étrangers qu'ils contenaient ne pouvaient manquer d'engorger le tuyau. Actuellement, ces rachèvemens sont directement transportés à Bondy. De plus, pour découvrir plus sûrement le siége de l'engorgement ou de l'arrêt d'écoulement, et y remédier avec plus de facilité, un manomètre, placé près la machine, indique la marche du liquide ; et des robinets, établis de distance en distance sur la longueur de la conduite, permettent de trouver exactement le point sur lequel doivent porter les réparations.

» Quant à la voirie elle-même, elle est située un peu au-dessus du village de Bondy, sur les bords du canal, et au milieu de la forêt qui l'encadre de toutes parts, formant ainsi une sorte d'abri naturel contre ses émations; elle occupe une très vaste surface (un kilomètre de longueur environ), et se compose de plusieurs parties, que nous allons décrire succinctement, sans parler des bâtimens d'habitation de l'inspecteur et du garde.

» Au milieu, s'élève une chaussée, construite en débarcadère sur le canal, et munie de grues et de treuils. C'est là que s'opère le débardage des onze à douze cents tonnes de 8 à 12 centimètres cubes, qui arrivent, chaque jour, par trois bateaux, dont le premier touche au port vers huit heures du matin. Les matières contenues dans les tonnes sont le plus souvent demi-solides; cependant, quand elles proviennent de fosses qui, n'étant pas étanches, sont restées très longtemps sans être vidées, elles sont tout à fait solides, et offrent même parfois une dureté telle, que les débardeurs sont forcés de se servir d'une sorte de pioche, pour les faire sortir des tonnes. Les matières sont directement versées dans un des bassins, dont la surface est presque de niveau avec la chaussée de débarquement.

» Ces bassins, qui n'ont guère plus de 1 mètre 1/2 à 2 mètres de profondeur, s'étendent de chaque côté de la chaussée, où ils forment deux séries distinctes, qui sont successivement exploitées. Chacune d'elles se compose de quatre bassins, communiquant les uns avec les autres, mais à des niveaux de moins en moins élevés, de manière à ce que le déversement des liquides s'opère par décantation. On ne remarque qu'une petite quantité d'écume à la surface des bassins; circonstance bien différente de ce qui existait à Montfaucon, où une croûte très épaisse recouvrait la couche liquide, et qui est due sans doute à l'utilisation des vannes par les fabriques de produits ammoniacaux, au peu de profondeur des bassins, mais surtout à la désinfection préalable. C'est dans ce second bassin, que s'ouvre, au moyen d'un double robinet, le canal de conduite qui vient du dépotoir. L'écoulement des matières a lieu chaque jour pendant six heures : tous les liquides qui arrivent sont conduits dans une fabrique de sels ammoniacaux, établie au nord de la voirie par un canal à ciel ouvert; et ce n'est qu'après avoir été épuisées, ou pour nous servir de l'expression technique, après avoir été *usées*, qu'elles sont reprises par une conduite de retour qui les entraîne à la Seine, où elles se perdent, à la hauteur de la Briche, près St-Denis. Les eaux contenues dans chaque bassin sont de moins en moins concentrées, et les matières solides qui restent après l'évaporation sont exploitées en poudrette, c'est-à-dire par l'extraction des bassins, la dessication et le tamisage. Elles se concentrent parfois assez dans les bassins, pour s'y durcir au point que l'on ne peut les enlever qu'à l'aide de la pioche. On aura une idée de l'importance de ce produit, quand on saura qu'il y a, en ce moment sur le bord des bassins de Bondy, des masses de poudrette, dont la valeur est de près de quatre millions.

» Douze ouvriers sont employés au débardage des tonnes et à l'exploitation de la poudrette. Leur journée dure quelquefois plus de quinze heures, et leur salaire est de 3 fr. 25 c. ; mais il faut y joindre les bénéfices, quelquefois considérables, que leur procure le produit des objets plus ou moins précieux qu'ils trouvent dans les tonnes. On est frappé de l'énorme quantité de bouchons qui jonchent la surface du premier bassin ; il est assez curieux de voir cette circonstance devenir l'objet d'une industrie toute spéciale : des individus en grand nombre s'aventurent sur le sol à peine solidifié du bassin, pour ramasser ces liéges, qui servent ensuite, nous assure-t-on, à confectionner les têtes des volans, et les bouchons de petite dimension destinés à la pharmacie, »

véritablement l'étude de la clinique, en vous parlant de deux malades qui méritent notre attention à des titres différens.

Péritonite par extension au péritoine d'une inflammation de l'utérus et du tissu péri-utérin.

Au nº 15 de la salle Sainte-Marthe, est couchée une femme âgée de 30 ans, qui est entrée à l'hôpital le 10 février. Cette malade, qui exerce la profession de blanchisseuse, paraît d'une constitution faible ; elle est d'un embonpoint médiocre ; ses cheveux et ses sourcils, assez abondans, sont plutôt bruns que blonds; elle a le teint habituellement pâle. Quoique faible en apparence, elle dit n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine, alors qu'elle avait 8 ou 10 ans.

Elle a été réglée à 16 ans, et depuis, la menstruation a toujours été régulière, sans leucorrhée, sans métrorrhagie autre que celle qui a précédé la maladie pour laquelle elle est entrée à l'hôpital.

Mariée à 17 ans 1/2, elle a eu cinq enfans; le premier environ un an après son mariage; tous ses accouchemens ont été naturels et jamais suivis d'accidens, bien que la malade ait pris peu de précautions; ainsi, elle se levait quarante-huit ou trente-six heures après la délivrance, sans qu'il en soit jamais résulté le plus léger accident pour elle; cependant, après le dernier qui a eu lieu il y a quatre ans; elle a été un peu moins imprudente, et a gardé le lit et la chambre pendant plusieurs jours.

Cette femme était bien portante, lorsque, il y a un mois, ses règles sont venues à leur époque habituelle; elle se rappelle que c'était dans la nuit du samedi au dimanche, et elle nous paraît assez intelligente pour que nous puissions avoir toute confiance dans les renseignemens qu'elle nous donne.

Les trois journées du dimanche, du lundi et du mardi se passèrent sans rien présenter de particulier; le mercredi matin même, elle put se rendre à son travail; mais, à midi, elle fut prise d'une hémorrhagie utérine tellement abondante, qu'elle fut forcée de s'arrêter.

Un médecin, appelé immédiatement, prescrivit une poudre rougeâtre (probablement du ratanhia), et l'hémorrhagie cessa.

Deux ou trois jours après, la malade, sans avoir eu de diarrhée, sans frisson, commença à ressentir des douleurs dans l'abdomen, avec des sensations de piqûres dans les seins; ces douleurs persistèrent, et prirent en même temps une intensité plus grande du côté droit que du côté gauche.

Les choses étaient en cet état, lorsque, dans la nuit du 8 au 9 février, les douleurs augmentent beaucoup, deviennent rapidement intolérables, et ressemblent à celles que l'on éprouve pour accoucher, nous dit la malade. En même temps, il y a des frissons; et, à mesure que les douleurs augmentent, le ventre grossit rapidement. Des vomissemens surviennent presque tous les quarts d'heures dans la nuit, et les matières vomies étaient incolores, suivant le dire de la malade. Comme ces vomissemens ne se sont pas représentés depuis l'entrée à l'hôpital, il nous a été impossible de contrôler cette assertion.

La même nuit, il survient des crampes dans les membres inférieurs, et les mouvemens, imprimés au tronc, développent beaucoup de douleur dans l'abdomen. L'émission des urines est difficile et douloureuse, surtout au commencement de la miction.

La nuit suivante, les crampes reparaissent dans les membres inférieurs.

Enfin, la malade se décida à entrer à l'hôpital le 10 février.

Examinée le 11 au matin, à l'heure habituelle de la visite, elle se présente à nous dans l'état suivant :

La face pâle, un peu grippée et terreuse, exprime la souffrance, mais pourtant une souffrance qui n'est pas portée à un degré extrême.

La peau est sans chaleur anormale, sans moiteur.

Le pouls à 104 régulier, est assez développé, sans ampleur ni dureté exagérées.

Le ventre, bombé, volumineux, saillant, présente en outre de sa saillie totale de petites bosselures situées en divers points et paraissant changer de place par instans. Il offre à la percussion une résistance élastique et de la sonorité partout, excepté dans la fosse iliaque droite, depuis la crête iliaque jusqu'à une petite distance de la ligne blanche; cette matité ne s'élève pas de plus de deux travers de doigt au-dessus du pubis.

La douleur, qui est très vive déjà à la simple percussion, le devient beaucoup plus à la palpation, surtout dans les points où il n'existe pas de sonorité. Cette douleur augmente par les mouvemens, principalement ceux qui nécessitent la contraction de l'abdomen, à tel point que nous n'avons pas voulu faire asseoir la malade pour examiner la partie postérieure de la poitrine. Parfois des élancemens traversent l'abdomen d'avant en arrière. Si l'on ausculte l'abdomen, on n'entend aucune espèce de bruit de frottement, ni de râpe, ni de cuir neuf, mais seulement un gargouillement particulier, produit par des gaz et des liquides, passant ensemble à travers une partie rétrécie d'intestin pour se rendre d'une anse dilatée dans une autre.

Il n'y a pas d'écoulement de sang, ni de matière purulente par la vulve. Au toucher, le col de l'utérus paraît un peu volumineux, sans chaleur, sans dureté, et ne présente pas de tumeur particulière; son ouverture est transversale et les bords en sont irréguliers, surtout en avant. Pour que les mouvemens imprimés à l'utérus avec le doigt introduit dans le vagin déterminent de la douleur, il faut qu'ils aient une certaine étendue; du reste, il est difficile de le faire ballotter, et lorsqu'on le tente on sent une résistance particulière, comme si les tissus qui environnent cet organe avaient une résistance normale. L'exploration de l'utérus produit un léger écoulement de sang. Le doigt en est couvert. La douleur que développe la pression empêche de chercher à sentir le fond de l'utérus par la palpation à travers la paroi abdominale antérieure. La malade remue bien les jambes, et ces mouvemens ne sont pas douloureux.

Les vomissemens ont cessé depuis avant l'entrée de la malade à l'hôpital; il n'y a eu ni nausées, ni hoquets. L'appétit est nul, la soif médiocre; la langue épaisse, collante, est couverte d'un léger enduit, brunâtre au centre, et présente sa couleur naturelle sur les bords. Les selles, qui étaient rares depuis un mois, ont été nulles depuis cinq ou six jours. L'émission des urines est toujours douloureuse, surtout au commencement. La percussion et l'auscultation du poumon, pratiquées en avant seulement, n'offrent rien de particulier.

A la région précordiale, la matité s'étend depuis la 3me côte jusqu'à l'espace compris entre la 5me et la 6me, on entend un bruit de souffle très doux au premier temps. Ce bruit de souffle s'entend également dans les carotides. L'impulsion du cœur n'est pas augmentée.

Prescription : 25 sangsues sur l'abdomen; 1 pilule d'extrait d'opium de 0,03; compresses émollientes laudanisées; tisane adoucissante. Diète.

Dans la nuit du 11 au 12 la malade a eu un commencement de lipothymie en voulant uriner, mais elle a promptement repris ses sens. Le 12 au matin, tout en présentant les mêmes symptômes que la veille, le ventre paraissait mieux conformé et moins douloureux. Cependant la palpation développait encore beaucoup de douleur, surtout dans le flanc droit et la fosse iliaque droite. Nous avons prescrit seulement un julep diacode et permis du bouillon. Aujourd'hui : ventre plus souple. La malade se plaint d'un point de côté du côté droit. Rien à l'auscultation de la poitrine ni à la pression dans les espaces intercostaux. Le foie est volumineux, dépasse le rebord des fausses côtes, et si on le limite par la percussion, on trouve sa hauteur en dehors du sternum à droite, de 10 cent., et en dehors du mamelon, de 12 centim. Toucher vaginal : tumeur élastique, résistante à la partie postérieure, entre l'utérus et le rectum. Même difficulté de mouvoir l'utérus.

Messieurs, cette malade est intéressante pour nous, surtout à un point de vue, celui du diagnostic, non pas que la maladie elle-même soit difficile à reconnaître, car il n'en est pas un d'entre vous qui méconnaisse ici la péritonite. Mais, comme vous le savez tous, il y a différentes espèces de péritonites :

1º La péritonite simple;
2º La péritonite traumatique;
3º La péritonite puerpérale;
4º La péritonite par perforation;
5º La péritonite par extension de l'inflammation d'un organe voisin au péritoine.

L'important est donc de rechercher à laquelle de ces cinq espèces du genre péritonite, le cas présent doit être rapporté.

La péritonite simple se présente bien rarement. MM. Heyfelder, Romberg, Rayer, Andral, Rilliet et Barthez en ont, il est vrai, cité des exemples; mais les cas qu'ils ont cités sont fort peu nombreux, relativement à ceux des autres espèces, et encore beaucoup de ces cas sont-ils contestés comme péritonite simple. Dans une thèse publiée en 1840, M. Logerais a démontré que, le plus souvent, quand on croit avoir affaire à une péritonite simple, l'autopsie, si on la pratique avec beaucoup d'attention, fait découvrir une lésion dont l'inflammation du péritoine a été la conséquence.

Dans un mémoire publié dans les *Archives*, en 1846, M. Thore prouve également que la péritonite des nouveau-nés, que l'on regardait comme étant souvent une péritonite simple et franche, doit être attribuée, le plus souvent, soit à une contusion de l'abdomen pendant le travail de l'accouchement, soit à une inflammation des divers organes voisins, et principalement de la veine ombilicale.

Mais, Messieurs, la rareté de la péritonite simple ne suffit pas pour faire rejeter absolument son existence, puis que on en a cité quelques exemples. Il faut donc rechercher parmi les symptômes qui se sont présentés, s'il n'en est pas quelques-uns qui puissent nous servir à préciser le diagnostic. Ces symptômes sont ceux qui se sont montrés du côté des organes contenus dans le bassin. Cette métrorrhagie, qui s'est manifestée au début; cette douleur, plus vive dans la partie inférieure et droite de l'abdomen, avec de la matité dans les mêmes points, sont évidemment les signes d'un travail inflammatoire qui s'est fait au dehors même de la cavité péritonéale, et qui a pu produire plus tard l'inflammation de cette cavité séreuse. Voilà des motifs de rejeter l'existence d'une péritonite simple. J'y reviendrai tout à l'heure.

Quant à la péritonite traumatique et à la péritonite puerpérale, il est permis de ne pas s'y arrêter à l'occasion du cas présent.

Il me reste donc seulement la péritonite par perforation et celle par extension de la maladie.

Quand l'inflammation du péritoine succède à une perforation, la douleur est subitement très vive et s'étend immédiatement à tout l'abdomen qui se ballonne avec la même rapidité. La face est terreuse, grippée, exprimant une anxiété extrême, les extrémités sont froides; le pouls petit, misérable, filiforme, presque imperceptible, et, comme l'a remarqué M. Louis, le malade se ramasse en boule sous ses couvertures en rapprochant les membres du ventre le plus possible. Quelques-uns de ces symptômes ont bien existé chez notre malade, mais avec une intensité de beaucoup inférieure à celle que l'on est habitué à voir dans les cas de péritonite par perforation. Ainsi, la douleur, qui est devenue assez rapidement très intense, existait déjà, et si elle a augmenté *rapidement*, elle n'est pas du moins apparue *subitement* comme cela a lieu à la suite d'une perforation. La face, tout en exprimant la souffrance, n'a jamais eu le caractère terreux, hippocratique; les extrémités n'ont pas été glacées; le pouls, quoique médiocrement développé, a toujours été très perceptible, et la malade est toujours restée complètement étendue dans son lit. De plus, dans les cas de perforation, la péritonite est précédée d'une autre maladie dont les symptômes ne peuvent passer inaperçus. C'est une fièvre typhoïde dans le cours de laquelle une ulcération d'une glande de Peyer détruit toutes les tuniques de l'intestin; ou bien un abcès d'un point quelconque des parois de l'abdomen, ou même du poumon perforant le diaphragme, ou même une maladie quelconque du foie ou de la vésicule biliaire, etc.; mais la malade n'a éprouvé aucun des symptômes qui peuvent être rapportés à une de ces maladies, car on ne peut ranger sous ce chef la légère douleur de la région hépatique avec l'augmentation de volume du foie remarquée seulement aujourd'hui et sans qu'il y ait d'autre antécédent.

Nous ne pouvons donc avoir affaire à une péritonite, suite de perforation, et par exclusion nous arrivons à admettre la péritonite par extension de l'inflammation. Mais il est important de voir si nous trouvons chez notre malade les caractères de cette forme de la maladie, et dans ce cas, de rechercher où a débuté l'inflammation. Voici, sur ce point, ce que nous apprennent les symptômes et la marche de la maladie :

Nous voyons la maladie survenir après une métrorrhagie abondante qui a été suivie de douleurs lancinantes existant principalement vers la partie inférieure de l'abdomen. Ceci nous indique suffisamment un commencement d'inflammation du côté de l'utérus ou de ses annexes, et lorsque la péritonite est complètement développée, les douleurs sont plus fortes du côté de l'utérus; il y a même des contractions utérines, puisque la malade dit avoir souffert comme pour accoucher. Le ventre, qui est partout sonore, reste mat dans l'hypogastre, et le toucher vaginal montre le col de l'utérus gonflé. Enfin, à la partie postérieure, il existe un gonflement douloureux, et il est très difficile d'imprimer des mouvemens de ballottement à l'utérus. Tous ces phénomènes tiennent évidemment à ce que, l'utérus ayant été enflammé d'abord à la suite de la métrorrhagie, l'inflammation s'est ensuite propagée au tissu cellulaire péri-utérin, et notamment à celui qui se trouve entre l'utérus et le rectum au-dessous du repli du péritoine, et c'est à l'inflammation de ce tissu qu'est due la tumeur que le doigt rencontre en arrière du col; de là, l'inflammation a pu très bien passer directement au péritoine, au niveau de son repli recto-utérin, ou même au niveau des ligamens larges.

L'inflammation n'aurait-elle pas pu se propager au péritoine par l'intermédiaire d'un autre organe que l'utérus ou ses annexes? Il est difficile de l'admettre, car aucun signe ne le fait soupçonner. La matité dans la région iliaque droite et les crampes pouvaient attirer l'attention du côté du cœcum, mais l'absence complète de diarrhée suffisait seule à empêcher de supposer que cet organe fût enflammé.

En résumé, cette malade est atteinte d'une péritonite qui est survenue à la suite d'une inflammation du tissu même de l'utérus et du tissu cellulaire péri-utérin.

Il est bon de vous rappeler que nous n'avons pas trouvé ce bruit de frottement qui a été décrit pour la première fois en 1834, par M. Després, et qui fut observé d'abord sur des cas du même genre que celui-ci, puisque à la suite de l'étranglement herniaire l'inflammation s'était étendue du sac au reste de la séreuse. Ce bruit de frottement, observé plus tard par MM. Beatty, Corrigan et Spittal, est parfois tellement intense que M. Bright a pu le constater par l'application de la main. Si nous ne l'avons pas trouvé ici, c'est qu'il existe probablement déjà des adhérences telles, que les intestins ne peuvent plus se mouvoir assez pour le produire. Pourtant, souvenez-vous que nous avons entendu un gargouillement particulier et que nous avons vu des bosselures produites par des anses d'intestins distendues qui se vidaient par instant. Ces deux signes sont dus à la même cause : le passage de gaz et de liquides dans des anses séparées les unes des autres par des espèces de rétrécissemens du canal intestinal. Bien que beaucoup moins utiles pour le diagnostic que le bruit de frottement, puisqu'ils se montrent dans beaucoup de circonstances; ils n'en ont pas moins, à mes yeux, une certaine importance, et je vous engage à ne pas les négliger dans l'occasion.

Je ne vous dirai qu'un mot du pronostic. Aujourd'hui, après une seule application de 25 sangsues, cette malade va beaucoup mieux, et je ne pense pas que sa vie soit compromise, mais vous savez quels accidens consécutifs peuvent résulter pour elle des adhérences intestinales. Parmi ces accidens, l'étranglement interne est le plus terrible, et la difficulté journalière des digestions, les coliques fréquentes qui succèdent presque toujours aux péritonites guéries, bien que moins redoutables, ne laissent pas que d'être fort pénibles pour les malades. Le traitement a consisté seulement jusqu'ici en une application de 25 sangsues et en fomentations émollientes laudanisées. Je ne pense pas avoir à le modifier, aujourd'hui surtout que la malade commence à prendre quelques alimens. Plus tard, et pendant un certain temps, son régime alimentaire devra être rigoureusement surveillé.

(*La suite au prochain nº.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 9 Mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1º Une observation de M. Lacour, de Creuilly, relative à une jeune enfant chez laquelle il a pratiqué, en 1837, avec succès, l'*excision d'un peloton intestinal d'un décimètre de longueur,* qui faisait saillie par l'anus, et qui résultait d'une invagination. Cette enfant, aujourd'hui âgée de 15 ans, qui dépérissait avant l'opération, n'a pas cessé, depuis, de jouir d'une parfaite santé. (Comm. M. Laugier.)

2° Un mémoire de M. Leblanc, médecin vétérinaire, ayant pour objet des *recherches sur le fongus hématode chez le cheval, le bœuf et le chien.*

L'auteur résume son mémoire par les propositions suivantes :

1° Il peut exister au sein ou à la surface de certains tissus malades, des masses de sang coagulé sans organisation évidente, qui, non seulement, ne sont pas absorbées ni altérées par la nutrition, mais qui, encore, tendent constamment à s'accroître, et qui paraissent échapper en grande partie à l'influence destructive des causes de la putréfaction. Ces masses sanguines adhèrent intimement aux tissus avec lesquels elles sont en contact et se renouvellent quand on les enlève seules et tant que les tissus d'où elles émanent ne sont pas modifiés, excisés ou détruits d'une manière quelconque.

2° Pour les distinguer des caillots qui se forment à la suite d'épanchemens sanguins dans les tissus sains, et qui se comportent d'une façon bien différente, puisqu'ils sont absorbés en totalité ou en partie dans l'intérieur des organes, et qu'ils se putréfient dès qu'ils sont exposés à l'air, on ferait bien, dis-je, de leur consacrer la dénomination de *fongus hématode pur.*

3° On appellerait *fongus hématode mixte*, une lésion qui peut être confondue avec le fongus hématode pur, et qui consiste dans des productions formées à leur périphérie par un tissu mou, aréolaire, très vasculaire, et à leur centre d'une masse sanguine coagulée, ressemblant en tout au fongus hématode pur. Ces productions se développent aussi très rapidement, et repullulent jusqu'à ce que les tissus malades, d'où elles naissent, soient complètement détruits et fortement modifiés.

4° Ces deux variétés de fongus proviennent des tissus accidentels, soit homœomorphes, soit hétéromorphes, de tissus indurés, de tissus fibroplastiques ou de tissus cancéreux.

5° Le tissu fibro-plastique peut se répéter et pulluler dans l'économie, à la manière du tissu cancéreux et de la mélanose.

6° Le meilleur moyen de détruire le fongus hématode et l'excision complète des tissus malades qui en sont la source. La cautérisation, même celle pratiquée avec le fer rouge, est souvent insuffisante, parce qu'elle ne détruit pas assez sûrement toutes les parties lésées.

M. Marc d'Espine lit un mémoire *sur le rôle que jouent les accidens et surtout les différentes maladies dans la mortalité des divers âges de la vie humaine.*

Son travail est fondé sur la totalité des décès qui ont eu lieu dans le canton de Genève pendant 10 ans (1838 à 47), s'élevant à environ 12,500, les mort-nés non compris. Chacun de ces décès est, dans le canton de Genève, l'objet de deux notes médicales données, l'une par le médecin chargé des visites mortuaires, l'autre par le médecin qui a soigné la dernière maladie. Ces doubles notes renferment souvent les symptômes caractéristiques et d'autres détails. C'est après avoir examiné et pesé la valeur de ces notes, que M. d'Espine a classé chacun de ces 12,500 décès. La classification suivie est celle qu'il a adoptée depuis longtemps et sur laquelle on trouvera du développement dans ses précédentes publications (*Annales d'hygiène publique, notice sur la mortalité du canton de Genève*, en 1838).

L'auteur divise la vie humaine dans les treize périodes suivantes : de 0 à 1 mois, *nouveau-nés*; de 1 mois à 1 an, *âge de lait ou des nourrissons*; de 1 à 3 ans, *bas-âge*; de 3 à 8 ans, *enfance*; de 8 à 15 ans, *enfance pubescente ou pubère*; de 15 à 22 ans, *adolescence*; de 22 à 35 ans, *jeunesse*; de 35 à 48 ans, *âge mûr*; de 48 à 60 ans, *âge de retour*; de 60 à 72 ans, *première vieillesse*; de 72 à 80 ans, *seconde vieillesse*; de 80 à 90 ans, *caducité*; et de 90 et au-de là, *grand-âge exceptionnel.*

Pour arriver à représenter les mouvemens qu'exercent les maladies dans leur action mortuaire aux divers âges, M. d'Espine a réparti les décès de chaque âge sous la rubrique des diverses espèces et divisions de maladies de sa classification. Voici l'action mortuaire de quelques-unes des maladies qui jouent le rôle le plus important.

Chez les nouveau-nés, la plupart des décès résultent de circonstances qui leur sont étrangères, et tiennent soit au mécanisme de l'accouchement, soit à l'état de santé des mères. Toutefois, on voit paraître déjà dans le premier mois quelques espèces de maladies, entre autres l'apoplexie cérébrale, et déjà vers un mois la péritonite tuberculeuse. La phthisie pulmonaire commence à paraître dans la première année de la vie, son action grandit peu à peu ; d'abord inférieure à celle de la phthisie abdominale dans l'enfance, elle devient égale, et dans l'enfance pubère elle grandit, tandis que celle de la phthisie abdominale tend à s'effacer. C'est dans la jeunesse, et particulièrement vers l'âge de 23 ans, que la phthisie atteint son maximum ; elle cause 51 pour 100 des décès de cet âge.

L'âge d'élection, quant à l'action mortuaire de l'affection typhoïde est l'adolescence, où elle compte le cinquième du total des décès, celui de la méningite tuberculeuse est l'enfance, où elle revendique le quart des décès. Le croup a aussi le même âge d'élection et cause le tiers des décès de l'enfance.

Les affections cancéreuses ont leur apogée à l'âge de retour, où ils causent le huitième des décès de cet âge, tandis que c'est la première vieillesse, qui est celui des apoplexies, où elles causent aussi le huitième des décès. L'apogée de l'action mortuaire du catarrhe chronique est dans la deuxième vieillesse, où il cause, notamment vers 75 à 79 ans, le sixième des décès.

Ce travail n'est qu'une première investigation dans un sujet que M. Marc d'Espine se propose d'envisager successivement au point de vue de chaque sexe, de l'influence de l'habitation et des degrés d'aisance. (Comm. MM. Louis et Villermé.)

M. Lucien Boyer présente à l'Académie une *tumeur encéphaloïde* extraite par lui dans les conditions suivantes, sur une malade âgée de 60 ans, opérée à la maison de santé du docteur Rochard, rue de Marbeuf.

Il y a cinq ans que cette tumeur a commencé à se développer, et depuis lors, malgré tous les traitemens, elle a fait des progrès continuels ; au moment de son ablation, elle offrait le volume d'une tête de fœtus à terme. Profondément enclavée dans le creux de l'aisselle droite, elle refoulait le muscle grand pectoral en avant, et le muscle grand dorsal en arrière, et maintenait le bras immobile et écarté du corps. Les mouvemens que l'on pouvait lui imprimer attestaient qu'elle n'était pas très solidement adhérente ; elle était le siége de douleurs vives. La santé générale était bonne, il n'y avait point de ganglions engorgés au voisinage. Il était évident que l'ablation était le seul moyen de salut pour la malade, mais l'opération offrait des dangers à cause du voisinage des gros vaisseaux de l'aisselle.

M. Boyer pratiqua une double incision semi-elliptique à la peau, en saisissant la tumeur par la partie interne, chercha à l'arracher, en quelque sorte à l'énucléer en déchirant ses adhérences avec les doigts, avec la sonde cannelée, avec le manche du bistouri, en évitant autant que possible l'usage du tranchant des instrumens vers ses parties supérieures. Cependant, des brides fibreuses et aponévrotiques, le muscle petit pectoral qu'il fallut couper en travers, nécessitèrent, en plusieurs points, l'emploi des ciseaux ou du bistouri. Malgré toutes les précautions qu'il fut possible de prendre à la partie supérieure, une veine volumineuse afférente de la sous-clavière fut coupée à peu de distance du tronc ; M. Boyer la lia immédiatement pour éviter l'hémorrhagie et l'introduction de l'air. Enfin, à la partie externe et supérieure, une branche artérielle du volume d'une plume de corbeau, se rendant de l'aisselle à la tumeur qui lui était accolée, fut coupée tout près du tronc principal. Cette branche n'offrant pas une longueur suffisante pour loger un caillot solide, l'opérateur considéra comme un devoir de prudence de lier l'artère axillaire elle-même immédiatement au-dessus, au milieu du plexus brachial.

L'opération est pratiquée depuis quarante-huit heures, les premiers accidens sont dissipés, la malade est dans le meilleur état, la fièvre est modérée. Les pulsations artérielles manquent dans le bras, mais il offre la couleur et la chaleur normales. La sensibilité est rétablie, excepté à l'extrémité du petit doigt, la mobilité est parfaite. M. Boyer demande l'opinion de la compagnie sur sa conduite chirurgicale.

Sur l'observation de M. Larrey, M. Boyer promet des renseignemens ultérieurs.

La tumeur, formée de tissu encéphaloïde parfaitement reconnaissable, pèse 550 grammes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 10 Mars 1852. — Présidence de M. Larrey.

Au commencement de la séance, M. le professeur Denonvilliers entre dans quelques détails sur la malade qui portait l'énorme tumeur présentée à la Société par M. Demarquay. Cette tumeur, examinée par M. Lebert, est formée d'une combinaison de productions cartilagineuses et de lipômes.

Nous devons rectifier ce que nous avons dit, quant aux adhérences contractées avec le bassin. Il n'en était rien. Les muscles seuls adhéraient et avaient subi des modifications de texture remarquables. Ils étaient amincis et jaunis, et concouraient à former les parois de la tumeur.

M. Boinet, à propos du jeune blessé dont l'observation a été communiquée par M. Huguier, pense que, dans ce cas, les douleurs, comme dans beaucoup de cas d'amputation, sont dues à une inflammation des nerfs.

M. Huguier donne des nouvelles de ce blessé qui a été visité par M. Debout. Une pommade, contenant de l'éther, a paru amener quelques modifications avantageuses.

M. Robert donne lecture d'une très intéressante observation de M. Beyrand, chirurgien à Constantinople. Il s'agit d'accidens graves produits par l'inhalation du chloroforme. Ce fait sera examiné par une commission. Nous aurons à y revenir.

M. Lebert commence la lecture d'un rapport sur le travail de M. Houël. M. Lebert a profité de l'occasion pour faire l'histoire des névrômes. Nous donnerons une analyse de ce rapport dans notre prochain compte-rendu.

Recherches sur l'anatomie du sinus maxillaire.

M. Giraldès a entrepris des études sur l'anatomie du sinus maxillaire. Ce laborieux chirurgien donne aujourd'hui la première partie de son travail.

M. Giraldès a reconnu, dans la muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire, des glandules sécrétant un liquide limpide, visqueux, filant. Ces glandules, disposées en grappes, peuvent, sous l'influence de certaines circonstances, s'oblitérer, et il en résulte la formation de kystes qui, quelquefois, acquièrent des proportions considérables, jusqu'à même refouler les parois osseuses du sinus.

Les kystes formés par cette affection des glandules muqueuses, ne sont pas connus ; et M. Giraldès pense que c'est à ce genre de lésion qu'il faudrait le plus souvent rapporter la maladie, décrite sous le nom d'hydropisie du sinus maxillaire.

A la fin de la séance, MM. Lenoir et Maisonneuve présentent chacun un maxillaire supérieur affecté de cancer. Des considérations pratiques sur ces deux faits ont été exposées par ces chirurgiens. Nous reviendrons sur ces observations.

Dr Éd. Laborie.

— M. le docteur Émery, qui a suivi l'Empereur à l'île d'Elbe, est chargé du service médical du Sénat.

— M. le docteur Amédée Courty, agrégé et chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'Hôpital général, en remplacement de M. Eugène Delmas, décédé.

Le gérant, Richelot.

PARIS. — TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET COMP., Rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 32. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 16 Mars 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.............. 20 Fr.
1 An.............. 37

Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40

Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX (1).

DEUXIÈME LEÇON.

Recueillie par M. GALLARD, interne du service.

Atrophie musculaire progressive.

Le second malade, dont nous avons à vous entretenir, est couché au n° 38 de la salle Saint-Michel; c'est un homme de 38 ans, difforme et surtout d'une taille peu élevée; il doit sa difformité et le peu de développement de sa taille à un accident qui lui est arrivé à l'âge de 14 ans; il fit une chute d'un troisième étage et se fractura les deux bras, la clavicule gauche et plusieurs côtes. Il fut traité à Rouen par M. Flaubert, et obligé de garder le lit pendant dix-huit mois. Ce n'est que plusieurs années après, à l'âge de 18 ans, qu'il put commencer à travailler; il prit l'état de chaudronnier, et bien qu'il ait toujours remarqué un peu de faiblesse dans le bras gauche, que le maniement du marteau fatiguait très rapidement, il put continuer la profession pénible de chaudronnier jusqu'à il y a trois ans, époque à laquelle il fut obligé de la quitter pour prendre celle de peintre en bâtimens. Il n'éprouvait pas alors le plus léger tremblement dans les muscles. Pendant un an, il exerça sa profession de peintre, s'occupant à broyer les couleurs quand il n'avait pas d'autres travaux à faire, et sans éprouver le moindre accident. C'est, il y a dix-huit mois, qu'il fut pris pour la première fois de coliques, qu'à l'exemple de toutes les personnes qui travaillent aux préparations de plomb, il attribua à l'influence de ce métal. Cependant, comme ces coliques s'accompagnaient de diarrhée, d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe, parfois de ténesme avec un peu de sang dans les matières fécales, il est permis de penser que cette supposition n'était nullement fondée et qu'il n'a pas eu de colique saturnine.

Il suivit à Sens un traitement qu'il ne peut pas nous faire connaître. C'est peu de temps après, il y a environ un an, que ce malade vint à Paris, où il entra pour la première fois à la Pitié. Les coliques s'étaient dissipées, mais il éprouvait dans le bras gauche, outre la faiblesse, un peu de tremblement sans douleur. Il fut alors soumis, à plusieurs reprises, à l'action de l'électricité et sortit un peu soulagé, assez pour pouvoir reprendre ses travaux malgré la faiblesse toujours bien marquée du bras gauche.

Pendant cinq mois, il n'éprouva rien de particulier, à ce qu'il prétend, et suivant lui, ce ne serait que trois semaines avant son entrée dans notre service qu'il aurait ressenti dans les muscles du bras des douleurs auxquelles il donne le nom de crampes. Ces douleurs sont venues à la suite de nouvelles coliques avec garde-robes fréquentes, le malade n'ayant pas pris de purgatifs. C'est à la suite de ces douleurs persistantes et de l'affaiblissement considérable qui est survenu du côté du bras, qu'il s'est décidé à entrer à l'hôpital le 23 janvier, et voici l'état dans lequel nous l'avons trouvé.

Ce malade est d'un embonpoint général ordinaire; il dit cependant avoir un peu maigri depuis quelque temps. Sa face est naturelle, son teint coloré. La poitrine présente une conformation particulière; la colonne vertébrale étant raccourcie par suite d'une déviation du côté droit à l'angle des côtes, est plus saillante en arrière; mais cette déviation étant la suite de l'accident dont nous vous avons parlé, et n'ayant aucun rapport avec l'affection actuelle, nous ne nous y arrêterons pas. Seulement, je vous ferai remarquer que la clavicule gauche, qui a été fracturée en même temps, ne présente aucune saillie anormale de cal difforme; ce n'est qu'avec la plus grande attention que l'on parvient à découvrir les traces de la consolidation dans le tiers externe de l'os.

Ce qui frappe surtout l'attention quand on examine ce malade, ce sont les mouvemens convulsifs irréguliers, continuels, dont est agité le bras gauche. Aujourd'hui ces mouvemens ne sont plus douloureux, mais au début ils étaient accompagnés de ces crampes dont nous a parlé le malade, crampes beaucoup moins fortes que celles que l'on éprouve habituellement, et moins douloureuses. Si l'on examine avec plus d'attention ce membre, on voit que les mouvemens sont dus aux contractions intermittentes du triceps brachial et presque exclusivement de la portion externe de ce muscle, qui fait une saillie considérable sous la peau de la partie externe et postérieure du bras. Tandis que dans les deux autres portions du muscle on ne voit que quelques oscillations fibrillaires. Le biceps n'a pas de contractions évidentes actuellement. Si on le compare à celui du côté opposé, on trouve qu'il est réduit à peu près au quart ou au tiers de son volume. Le deltoïde est complètement absent, ou du moins on ne retrouve de lui que les fibres les plus postérieures animées de mouvemens oscillatoires. A la région de l'épaule, on ne trouve plus la saillie formée par ce muscle. On sent immédiatement sous la peau la tête de l'humérus, et au-dessous on peut suivre facilement la face externe de l'humérus jusqu'à sa partie moyenne. Quelques-unes des digitations du grand dentelé sont animées d'oscillations fibrillaires, semblables à celles que j'ai signalées plus haut. Il en est de même des portions qui constituent le bord externe et le bord postérieur du trapèze, surtout dans les faisceaux qui s'insèrent aux vertèbres dorsales.

L'avant-bras est agité en entier par l'impulsion continuelle des muscles du bras, mais cette portion du membre a conservé son volume normal. Quelques oscillations très faibles se remarquent dans le muscle fléchisseur superficiel et long supinateur.

Les mouvemens produits par le triceps sont très faibles; ceux que produit le biceps sont presque nuls, et ceux du deltoïde complètement abolis. Ainsi, le malade porte le bras en arrière et l'étend ; il le fléchit encore, quoique avec peine ; il peut à peine l'élever en avant, et, pour faire ce mouvement, il lui est d'abord indispensable de le fléchir préalablement à angle droit; enfin il lui est complètement impossible de le porter en dehors; mouvement pour lequel l'action du deltoïde est absolument nécessaire.

L'électricité, dont l'action est nulle sur la région deltoïdienne, excepté dans sa partie postérieure, produit de légères contractions du biceps, tandis qu'elle en développe de plus fortes et surtout de plus douloureuses dans le triceps.

A *droite*, on remarque quelques oscillations des fibres les plus supérieures du grand pectoral. Le membre supérieur droit ne présente rien de particulier. Aux membres inférieurs, on voit des oscillations marquées de quelques-unes des fibres du couturier surtout, et de quelques muscles des régions interne et antérieure. Ces oscillations ne sont bien notables qu'à la cuisse gauche. La mensuration des cuisses, faites à diverses hauteurs, donne une différence en moins du côté gauche, qui varie de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2.

Toutes les fonctions ont été examinées. Elles se font régulièrement.

Chez le malade dont je viens de vous exposer l'histoire, nous ne pouvons, Messieurs, nous empêcher de reconnaître l'affection qui a été décrite, dans ces derniers temps, par M. Aran, sous le nom d'atrophie musculaire progressive, et par M. Thouvenet (*thèse*, *Paris* 1851) et qui est caractérisée surtout par les contractions fibrillaires précédant l'atrophie et la paralysie. Cette affection n'est pas nouvelle. Plusieurs auteurs cités par M. Aran en ont cité des exemples. Ainsi, on trouve dans les *Commentaires* de Van Swieten sur les *Aphorismes* de Boerhaave, un passage qui se rapporte évidemment à cette affection. Abercrombie, Ch. Bell, le docteur Graves, et surtout M. Dorwall, qui a publié sur ce sujet un mémoire plein de faits intéressans (*Lond. med. Gaz.* 1831) ont fourni sous divers titres, des observations où les principaux symptômes sont très évidens. Mais M. Aran est le premier qui en ait publié une histoire complète.

Dans le cas soumis à l'observation, nous trouvons tous les symptômes mentionnés par cet auteur; et comme je vous les ai très longuement énumérés déjà, je n'y reviendrai pas. Les causes de la maladie nous sont inconnues, car on ne peut les attribuer ici à l'excès de travail; et je ne pense pas que l'on puisse ranger parmi ces causes l'accident arrivé à ce sujet, lorsqu'il avait 14 ans, attendu surtout qu'il a pu se livrer pendant fort longtemps à des travaux pénibles, sans remarquer rien de particulier.

Quant à l'influence du plomb qui pourrait être invoquée ici, elle ne me semble pas admissible; et je ne crois pas que les coliques dont cet homme a été atteint, soient dues à l'intoxication, puisqu'elles se sont manifestées avec des symptômes très différens de ceux de la colique saturnine.

Le diagnostic de l'atrophie musculaire progressive n'est pas douteux ici. De quelles maladies pourrait-on, en effet, supposer l'existence? De la paralysie saturnine? Mais elle envahit parallèlement les segmens homologues des membres des deux côtés à la fois; et de plus, ainsi que l'ont démontré les ingénieuses expériences de M. Duchenne (de Boulogne), les muscles *empoisonnés* par le plomb sont insensibles à l'action de l'électricité. De la paralysie rhumatismale? Mais elle est précédée de phénomènes particuliers, dont l'absence a été notée ici. De la paralysie hystérique, pendant laquelle les muscles conservent aussi leur contractilité sous l'influence de l'électricité? Mais il n'y a, chez ce malade, aucun symptôme qui se rapporte à l'hystérie; et d'ailleurs, cette maladie est si rare chez l'homme, que son existence est loin d'être admise par tout le monde. Enfin, d'une paralysie, suite d'affection de la moelle ou du cerveau? Mais, en pareil cas, tous les muscles des membres seraient envahis simultanément avec la même intensité, et non successivement comme dans le cas actuel.

Le pronostic de cette maladie est d'autant plus grave, que chez ce malade, par les oscillations remarquées sur tous les points du corps, nous voyons une grande tendance à la généralisation, et que nous ne connaissons encore aucun traitement réellement avantageux à lui opposer. Le galvanisme est le seul moyen qui puisse non pas guérir, mais d'après les observations de M. Aran, retarder l'atrophie et la transformation de muscles en tissus cellulo-fibreux. C'est donc ce traitement que nous devrons employer, pour maintenir, autant que possible, l'intégrité des fibres musculaires qui ne sont pas encore altérées.

(1) Voir les numéros des 19 Février et 13 Mars 1852.

THÉRAPEUTIQUE.

DE LA THORACENTÈSE DANS LES ÉPANCHEMENS PLEURÉTIQUES; TROIS OBSERVATIONS, DONT DEUX DE SUCCÈS.

Par M. le docteur Joseph BEYRAN, chirurgien en chef de l'hôpital de Yédi-Kaulé, à Constantinople.

L'application de la thoracentèse dans la pleurésie aiguë fut longtemps repoussée par les médecins; mais grâce aux efforts de nos maîtres et confrères de France, la thoracentèse a été réhabilitée de nos jours, où on l'a présentée non seulement comme un moyen extrême à employer lorsque l'épanchement est très considérable et la menace de suffocation imminente, mais encore comme un moyen efficace dans le cours de la pleurésie aiguë avec plus ou moins d'épanchement, et toutefois que la thérapeutique ordinaire pourrait paraître impuissante; et comme l'a fort bien dit notre distingué confrère, M. le docteur Aran (UNION MÉDICALE, novembre 1851, n° 138) : la thoracentèse peut être encore employée à titre de palliatif et à titre d'accélérateur de la terminaison de la maladie.

La pratique de la thoracentèse a triomphé par la force des choses, et elle deviendra, pour ainsi dire, le seul traitement rationnel et efficace d'une maladie qui, quoiqu'on en dise, est toujours grave et dangereuse. Qu'il me soit permis d'entrer, à cet égard, dans quelques considérations :

Tout médecin sait que la pleurésie devient grave à proportion que l'inflammation devient intense, générale et l'épanchement considérable, et nous avons eu tous occasion de voir, même lorsque l'une des deux plèvres seule était enflammée, la maladie, si elle n'était pas énergiquement et convenablement traitée, et même malgré tous les efforts possibles, se terminer par la mort. — La pleurésie même franche et simple ne suit ordinairement la marche d'une maladie aiguë que dans les premiers jours, et on l'a même vue se terminer d'une manière funeste dans cette période.

Certes, quand la pleurésie est légère, elle peut se terminer assez souvent par la guérison, mais il ne faut pas perdre de vue qu'elle a toujours une tendance extraordinaire à la chronicité; et la période de la résolution à l'état aigu a, je le répète, tous les caractères d'une maladie chronique, circonstance qui fut parfaitement bien appréciée par Laennec, et que tous les observateurs ont pu remarquer de nos jours.

De plus, qui ne connaît l'influence funeste qu'exerce la pleurésie sur le développement, la marche et la terminaison des maladies de poitrine.

De tout cela, il résulte qu'on ne saurait trop se hâter de combattre une pleurésie, à son début, par les moyens les plus énergiques que nous offre la thérapeutique, et en cas qu'on échouât, l'indication pressante serait la thoracentèse, sans attendre que l'épanchement pleurétique amenât un trouble profond dans les fonctions de la circulation et de l'hématose.

C'est d'après ces considérations, que je fus conduit à tenter la thoracentèse dans la pleurésie aiguë, tentatives qui eurent pour premiers résultats un plein succès.

Est-il aujourd'hui besoin de dire combien cette opération, pratiquée selon les règles de l'art, est innocente en elle-même et dans ses suites. Je me bornerai donc à rapporter ici mes propres observations ; mais avant, un mot sur le procédé opératoire :

J'ai adopté dans ma pratique privée comme dans ma prati-

que civile, deux procédés, qui sont : 1º la ponction avec le trocart de M. Reybard; 2º l'incision avec le bistouri, ou procédé ordinaire. Ce dernier procédé est surtout applicable lorsque les sujets présentent un certain degré d'embonpoint par l'épaisseur du tissu adipeux, musculaire. Quoique moins brillant que la ponction avec le trocart, le procédé par incision avec le bistouri tire de sa lenteur même une plus parfaite sécurité. C'est donc à la sagacité de l'opérateur de choisir l'un ou l'autre de ces procédés, et de l'appliquer selon le cas et l'indication.

Observation I. — Le 3 février 1851, après un travail pénible près d'un feu ardent, le nommé Margos, serrurier, retournant chez lui le soir, par un temps pluvieux, fut saisi par le froid. Quelques heures après son arrivée chez lui, il éprouva des frissons, un malaise et une espèce de courbature. Le lendemain, à son réveil, il avait un peu de fièvre et de toux, de céphalalgie et un point douloureux sous le mamelon du côté droit de la poitrine, qui augmentait par la respiration. M. Kostaki, son médecin, lui prescrivit une saignée au bras, une application de sangsues sur le point douloureux de la poitrine; et continua ainsi à lui donner ses soins jusqu'au 8 février. Mais n'ayant jusqu'alors obtenu aucun succès, il me pria de recevoir son malade à l'hôpital de Yédi-Koulé. Le malade y fut admis le 9, au matin, et couché au lit nº 5, de la salle nº 2.

Margos est un jeune homme de 28 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, serrurier, exposé par profession aux alternatives du froid et du chaud.

État actuel. — La respiration est considérablement gênée; toux légère; pas d'expectoration. — Percussion : matité absolue avec résistance au doigt, dans tout le côté droit de la poitrine. Auscultation : absence du murmure vésiculaire dans la même étendue, et perception de souffle et de broncho-égophonie en arrière. Pouls, 60 pulsations par minute; langue enduite d'une couche blanchâtre; anorexie; insomnie. Diagnostic : épanchement pleurétique droit. — Prescription :

R. Infusion de pariétaire.	160 grammes.
Acétate de potasse.	2 grammes.
Sirop de gomme.	32 grammes.
Alcool nitrique.	2 grammes.

A prendre par cuillerée à soupe.

Deux larges vésicatoires camphrés, l'un en avant et l'autre en arrière de la poitrine. Demi-lavement avec addition de 2 onces (64 grammes) de miel mercurial. Diète.

Le 10, même état, même prescription.

Le 11, voyant que l'épanchement n'avait nullement diminué, et que la suffocation devenait de plus en plus imminente, j'ai pris la détermination de recourir à la thoracentèse, et choisir, pour l'opérer, l'espace compris entre la 7e et la 8e côte. Tirant alors la peau en haut, de la main gauche, j'enfonçai sur ce point, avec la main droite, le trocart de M. Reybard. Il jaillit aussitôt un liquide séreux, transparent, qu'on reçut dans un vase. Le pharmacien de service l'ayant pesé, en trouva six livres et demi. Après avoir poussé en bas la peau, de manière à effacer le parallélisme et à empêcher l'introduction de l'air, j'y appliquai un morceau de diachylon, plusieurs compresses et un bandage de corps par dessus le tout.

Après l'opération, le malade eut une défaillance qui n'a duré que quelques secondes. La respiration s'est rétablie peu à peu, et la résonnance de la poitrine a reparu.

Prescription : Continuer la potion diurétique, entretenir les vésicatoires et administrer un lavement purgatif. Une tasse de bouillon.

Deux heures après, j'ai quitté le malade qui était dans un état satisfaisant. Depuis ce jour, jusqu'au 25 février, son état s'améliora de plus en plus; seulement, il a souffert quatre jours des maux d'estomac. Enfin, aujourd'hui 26, je lui accorde sa sortie de l'hôpital. Depuis ce temps, j'ai eu de ses nouvelles par l'obligeance de son médecin : il se porte parfaitement bien.

Observation II. — La femme Serpouhi, blanchisseuse chez M. Dadian, directeur de la poudrière de San-Stéphano, près Constantinople, était malade depuis sept jours. Elle était oppressée; elle avait un point douloureux à gauche de la poitrine. Elle vaquait cependant à ses occupations, lorsque le 13 avril 1851, voulant descendre une marmite pleine d'eau bouillante de dessus le feu, elle la renversa sur elle et se brûla les jambes. Transportée à l'hôpital, l'élève de garde l'admit le soir du même jour, lui pratiqua une saignée au bras et pansa les brûlures.

Visite du 14 avril : La malade ne se plaint plus de ses brûlures; mais ce qui était plus sérieux chez cette femme, c'étaient les symptômes du côté de la poitrine.

Examen : Cette femme est âgée de 32 ans, blonde, d'une stature petite, forte; tissu adipeux considérable; mariée depuis neuf ans, ayant eu deux enfans. Elle a eu plusieurs fois des rhumatismes; elle est sujette à des palpitations de cœur, et tousse tous les hivers depuis quelques années. Souvent mal réglée; la constipation est à son état normal. Maux d'estomac continuels. Quatre mois auparavant, elle avait eu une fièvre intermittente.

État actuel : La malade est couchée sur le côté gauche, au lit nº 9, salle nº 1. La percussion et l'auscultation révèlent dans ce côté de la poitrine la présence d'un épanchement considérable. Matité, absence du murmure respiratoire, égophonie; pouls, 58 pulsations par minute.

Prescription : Application de larges vésicatoires sur toutes les parties gauches de la poitrine. Potion diurétique. Lavement diurétique. Diète.

Visite du 15 : Même état, même prescription. Pas de selles; urines : une fois depuis hier. Prescription :

R. Eau distillée de laitue.		96 grammes.
Teinture de sein de colchique. . .	*ââ*	1 gramme.
— de digitale. . .		
Alcool nitrique.		1 gramme.
Sirop diacode.		20 grammes.
Mêlez.		

A prendre par cuillerées toutes les demi-heures.

Lavement purgatif. Entretenir les vésicatoires.

Le 16, la malade n'avait pas dormi la nuit, et avait eu plusieurs accès de suffocation.

Je n'hésitai plus à donner issue à l'épanchement par la thoracentèse; et comme cette femme était forte et d'un tissu adipeux considérable, j'ai procédé à l'opération de la manière suivante :

Elle ne pouvait pas se mettre sur son séant; on la maintint néanmoins dans cette position, un peu inclinée en avant et à droite. Le bras du côté gauche, écarté du tronc, est porté en haut et en avant. Après avoir tendu la peau de la main gauche, à l'endroit marqué par l'opération, la main droite armée d'un bistouri droit, j'y fis une incision de deux centimètres et demi, parallèle à la direction de l'espace intercostal, à l'union du tiers postérieur du contour de la poitrine avec les deux tiers antérieurs, quatre travers de doigt au-dessous de l'angle du scapulum, sur le bord supérieur de la côte inférieure qui limitait en bas cet espace. Le tissu adipeux et le plan musculaire étant divisés, je me suis assuré, avec le doigt index, de la position des côtes; et, ayant pris toutes les précautions voulues, je suis arrivé à la plèvre, que mon doigt m'a fait reconnaître à la fluctuation; alors un coup de la pointe de mon bistouri, guidé par mon doigt, a terminé l'opération. Il s'écoula aussitôt un liquide séreux, citrin, transparent. Après en avoir recueilli cinq livres dans un vase, j'ai interrompu brusquement l'écoulement afin d'éviter l'introduction de l'air. J'ai réuni les bords de la solution de continuité par du diachylon, plusieurs compresses graduées, un bandage de corps et, par dessus le tout, une bande, faisant plusieurs fois le tour de la poitrine, fixa l'appareil.

Une demi-heure après, j'examinai la malade, la percussion donnait, excepté dans le quart inférieur de la poitrine, la sonorité normale; l'auscultation m'a fait entendre, cette fois-ci, le murmure respiratoire.

La malade était calme et à son aise.

Prescription : Continuer la potion diurétique; quart de lavement purgatif; deux tasses de bouillon.

Visite du 17 : La malade avait bien dormi la nuit et uriné cinq fois depuis hier. Une selle copieuse. La percussion et l'auscultation me donnent des signes favorables. Pouls : 75 pulsations par minute.

A partir de ce cette époque, la malade marcha rapidement vers la convalescence. Le 18 août, elle quitte l'hôpital dans un état parfait de santé.

Observation III. — Mlle Maria Narinn, sœur d'un de mes amis; tempérament nervoso-sanguin, fut atteinte, le 2 décembre 1851, d'une pleurésie au côté droit. Son médecin, M. le docteur Léoni, fut mandé près d'elle et lui donna des soins assidus jusqu'au 12 décembre. Mais voyant que jusque-là, malgré tous les moyens employés, l'état de la malade empirait progressivement, il a bien voulu avoir mon avis et me faire appeler en consultation le soir de ce même jour.

Mon confrère m'apprit d'abord que la malade avait déjà eu plusieurs maladies, principalement : palpitations nerveuses du cœur, affections vermineuses, bronchite, gastrite chronique. Et après m'avoir mis au courant de tout ce qui avait été fait contre la maladie qui nous occupait, nous examinâmes la malade.

Le facies, pâle, non décomposé, exprimait cependant la souffrance et l'inquiétude. L'intelligence était libre. La malade avait la parole entrecoupée et courte; elle était très oppressée et avait pourtant conservé son embonpoint naturel. Le côté droit de la poitrine paraissait augmenté de volume.

Percussion : Matité dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine. On n'entendait pas le murmure vésiculaire, mais à sa place on constatait un bruit de souffle et de broncho-égophonie. Peux de toux, pas d'expectoration. Pouls : 70 pulsations par minute. Langue sale, enduite d'une couche blanchâtre assez épaisse, rouge à la pointe. Les régions stomacale, hépatique et splénique sont douloureuses à la pression. Nausées et vomissemens, circonstance qui rendait l'administration des médicamens internes difficile.

Constipation, urines rares.

Diagnostic : Épanchement pleurétique droit.

Prescription : Le calomel, des sangsues, des vésicatoires, un lavement laxatif furent prescrits.

Nous nous réunîmes le lendemain et nous trouvâmes la malade dans le même état où nous l'avions laissée. De plus, elle n'avait pas dormi la nuit; elle était très oppressée. Pas de selles, une seule excrétion d'urines.

J'ai proposé à mon confrère la thoracentèse, il a paru en comprendre la nécessité. Cependant, la difficulté, disait-il, de faire accepter l'opération à la famille, le décida à temporiser encore.

A notre réunion du soir, mon confrère, M. Léoni, avait appelé un troisième confrère, M. Gaspard Linapian. Après cette consultation, de nouvelles sangsues et de larges vésicatoires, le calomel, la digitale, etc., furent encore employés, mais sans succès.

A la consultation suivante, je propose de nouveau la thoracentèse que mes confrères crurent encore pouvoir éviter.

Après plusieurs jours, voyant l'impuissance des remèdes et la suffocation devenir de plus en plus imminente, ces messieurs se décidèrent, quoique un peu tard, à pratiquer la thoracentèse, et je fus appelé à opérer.

Cinq heures du soir : La malade avait eu plusieurs accès de suffocation. Nous avons décidé de pratiquer l'opération par le procédé ordinaire ou par l'incision avec le bistouri.

L'espace que j'ai choisi était entre la septième et la huitième côte que j'ai eu quelque difficulté à trouver, vu l'œdème des tissus sous-cutanés et le reste d'embonpoint de la malade. Après avoir tendu la peau, j'ai pratiqué une incision de deux centimètres et sur demi le bord supérieur de la côte inférieure, et divisé couche par couche les parties sous-jacentes. Alors mon doigt indicateur a parfaitement senti la plèvre remplie qui le repoussait; de la pointe de mon bistouri, j'ai perforé cette poche. Il s'en écoula environ cinq livres de liquide séreux. Interrompant brusquement l'écoulement du liquide, je recouvris alors l'incision de diachilon de plusieurs compresses et deux bandages de corps qui ont solidement fixé l'appareil.

La malade a eu, après l'opération, une défaillance qui a duré peu de temps. Elle a commencé à respirer assez librement; la résonnance de la poitrine avait reparu, la malade éprouvait un grand soulagement.

Mes confrères se sont retirés, moi seul je suis resté près de la malade pour veiller en l'observant.

Deux heures après l'opération, elle respirait assez facilement, mais elle me montrait la région stomacale qui était très douloureuse.

Six heures après, je l'ai vue encore, elle était très faible, des sueurs froides et visqueuses avaient légèrement recouvert sa peau, les extrémités se refroidissaient, anxiété précordiale.

Enfin, huit heures après, la malade succomba.

Ce funeste dénouement de la maladie ne prouve cependant rien contre la thoracentèse, puisque, d'une part, il y avait des complications graves, et que, de l'autre, la malade était épuisée par seize jours de souffrance et de médication. L'opération, quoique tardive, a soulagé les derniers momens de la malade, mais elle ne pouvait pas ranimer chez elle les sources de la vie épuisée.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

DES TUMEURS ABDOMINALES DANS L'ÉTAT DE GESTATION ;

Par M. le dr Morisseau, médecin de l'hôpital de La Flèche (Sarthe).

Deux fois, dans le cours de mes études, à Paris, j'ai eu l'occasion de constater, par l'autopsie, le résultat des tumeurs abdominales pendant la grossesse. Des faits plus récens, dans ma pratique, sont venus éveiller mes souvenirs et fixer mon attention.

Une femme de 21 ans, mariée depuis huit mois, devint enceinte après quatre mois de mariage. Elle portait depuis plusieurs années une tumeur dans le côté droit du ventre. Cette tumeur, d'abord indolente et mobile, ne gênant aucune des fonctions des organes abdominaux, augmenta rapidement de volume pendant la grossesse, devint adhérente et douloureuse. Au septième mois, la femme mourut dans le marasme. Cette mort fut précédée, pendant un mois, d'évacuations alvines purulentes qui ne laissaient constater qu'un faible affaissement de la tumeur.

L'autopsie fit voir une tumeur remplie de pus, adhérente au mésentère, et ayant une ouverture dans le colon ascendant auquel elle était adhérente. L'enfant était en putréfaction.

Une femme de 30 à 31 ans, ayant déjà eu deux enfans, conçoit pour la troisième fois. Elle portait une boule dans le ventre (c'était son dire), cette boule n'était survenue que depuis son dernier accouchement. Toutefois, la tumeur augmenta comme le produit de la conception, et dès le cinquième mois elle devint douloureuse au point de rendre tout mouvement insupportable.

Cette femme, après quatre mois de souffrances atroces, parvint, dans le marasme, au terme de sa grossesse et accoucha d'un tout petit squelette vivant encore. La mère et l'enfant moururent quelques instans après.

Vers le huitième mois de la grossesse, époque à laquelle je vis cette femme, je constatai une tumeur de la grosseur de la tête d'un enfant à terme, située dans le flanc droit, et nettement séparée de la tumeur utérine.

A l'autopsie, l'ouverture du péritoine donna issue à une grande quantité de liquide séro-purulent où nageaient des flocons albumineux. Les intestins grêles étaient marbrés et friables dans toute leur épaisseur.

Au-dessus de l'ovaire droit, la tumeur soulevait le paquet intestinal et y adhérait par toute sa surface antérieure; elle contenait une grande quantité de pus verdâtre très fétide, divisé en une multitude de cellules qui, pour la plupart, ne communiquaient pas les unes avec les autres. La base de la tumeur partait du mésentère. L'utérus, complètement vide, n'offrait rien d'anormal pour son état.

Il y a peu de temps, on me consulta pour une femme de 24 à 25 ans, mariée depuis quelques mois. Le but de la consultation était de savoir si cette femme pouvait, sans crainte, devenir enceinte, la femme portant depuis plusieurs années *une grosseur dans le ventre.*

La tumeur me présenta la dimension et la forme d'une grosse orange; elle était indolente, mobile au point de pouvoir passer facilement du flanc droit, où elle résidait habituellement, dans le flanc gauche.

Au point de vue du but qu'on se proposait, en demandant mon avis, je déclarai, en m'appuyant sur les faits que je viens de noter, que dans ma conviction une grossesse pourrait faire naître des accidens graves.

Un avis contraire fut donné par un confrère d'une autre ville et je n'ai connu son opinion que lorsque déjà les époux y avaient *donné suite.*

Un mois après la conception, la tumeur devint douloureuse et augmenta de volume. Vers la fin du deuxième mois, la femme fut obligée de garder le lit. Les douleurs augmentèrent au point de rendre insupportable la plus légère pression; des vomissemens opiniâtres se déclarèrent; des coliques expulsives survinrent, et, pendant dix jours, malgré tous les soins, la malade fut *entre la vie et la mort.*

Enfin, le 70me jour de la grossesse, ce jour avait été noté, la malade, exténuée, expulsa le fœtus.

Cette femme resta encore pendant un mois dans un état inquiétant. Enfin la convalescence s'établit, mais la tumeur resta sensible et plus grosse.

Ces faits m'ont paru de nature à fixer l'attention.

L'état de gestation nécessita une augmentation de la circulation dans l'utérus, et par contre-coup dans les organes environnans.

L'utérus, développé, gêne le cours des liquides aussi bien dans la circulation artérielle que dans la circulation veineuse et lymphatique, comme on le voit par l'œdème et les varices des membres abdominaux; de ces causes résultent, pour tout le système des organes contenus dans l'abdomen, une pléthore, une tuméfaction; ou, si un ganglion est déjà hypertrophié, s'il existe une tumeur morbide de quelque nature qu'elle soit dans la cavité abdominale, n'en devons-nous pas conclure que ces tumeurs prendront presque nécessairement un accroissement dont il est difficile de prévenir et de prévoir les suites.

Dans ce cas, est-il prudent de conseiller le mariage à une femme portant une tumeur abdominale? Je n'ai pas hésité et je n'hésiterais pas encore à répondre, non.

BIBLIOTHÈQUE.

Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, avec l'indication des moyens de les reconnaitre; par M. Chevallier, pharmacien-chimiste, professeur-adjoint à l'École de pharmacie, etc. (1).

Nous avons déjà rendu compte, dans le numéro du 30 septembre 1850 de l'Union Médicale, du premier volume de cet important ouvrage. M. Chevallier, fidèle à sa promesse, vient de publier le second, qui forme environ 600 pages, et qui est terminé par un grand nombre de planches destinées à faire mieux comprendre les descriptions des divers articles, ainsi que par un résumé, on ne peut plus utile, des propriétés caractéristiques et des réactifs des sels.

Justice bien méritée avait été rendue à la première partie du travail de l'auteur; la seconde partie ne mérite pas moins d'éloges; elle commence à la lettre *L*. Nous devons nous borner, comme la première fois, à mentionner les principaux articles de la fin de cette publication, et à signaler ce que quelques-uns d'entre eux contiennent d'intéressant et de nouveau, en choisissant ceux qui concernent plus particulièrement les médecins. Parmi les premiers, il faut noter les articles *lait, opium, pain, potasse, quinquina, sangsues, sirops, sucres, sulfate de quinine, vinaigres, vins*, etc.; quant aux seconds, nous ne nous arrêterons qu'aux articles *lait, pain* et *vins*.

L'article lait ne contient pas moins de 24 pages. On sait que l'altération spontanée du lait est favorisée par la température et l'électricité. Dans le but de retarder cette altération, on a recours à l'addition de *bicarbonate de soude* et à l'*ébullition* : pour reconnaître l'addition du bicarbonate de soude, M. Chevallier décrit la manière de traiter le lait par son poids d'alcool à 40°, distillé sur de la magnésie. Le lait bouilli se reconnaît par l'odeur et le goût particulier qu'il possède, ainsi que par l'action de la présure. Parmi les procédés proposés pour la *conservation du lait*, celui de M. de Lignac, qui consiste à y ajouter du sucre, à le concentrer à la vapeur et à l'agiter continuellement, est le seul qui soit exempt d'inconvénient; il suffit de proscrire, pour la conservation, l'emploi de vases de *cuivre*, de *plomb* ou de *zinc*. — L'altération du lait, provenant de vaches affectées de la maladie connue sous le nom de *cocotte*, peut se constater au microscope au moyen de l'ammoniaque. Si le lait, par suite de maladies accidentelles, vient à contenir du *pus*, les globules de cette humeur peuvent être distingués de ceux du lait par des caractères particuliers. M. Chevallier donne, d'après M. Herberger, les caractères du lait provenant de vaches affectées d'une *maladie des sabots*. On a observé, dans du lait provenant d'animaux sains, une *altération de sa couleur*; celle-ci a été vue bleue, jaune, rose; cela tenait à la présence d'infusoires particuliers ou à du sang. Pour les deux premiers cas, l'emploi du sel marin a paru obvier à ces colorations.

Ces simples énoncés peuvent faire juger avec quel soin M. Chevallier traite son sujet. Le lecteur s'en convaincra lui-même en parcourant les diverses falsifications du lait, soit qu'elles aient lieu pour dissimuler l'eau qu'on y ajoute trop souvent, en y introduisant des substances étrangères destinées à en augmenter la densité, à en relever la saveur, ou à simuler la crème qui a été enlevée, soit pour masquer la teinte bleuâtre que prend le lait allongé d'eau. On trouve tous les procédés de la science pour reconnaître les diverses fraudes qui ont été constatées, et pour prouver le délit aux juges de la manière la plus péremptoire et la plus précise.

L'article pain est également traité avec les plus grands détails; il ne le cède pas en longueur au précédent; ce qui était rationnel, car l'usage du pain est encore plus répandu que celui du lait. L'eau de puits qui est séléniteuse, le défaut de cuisson, l'excès d'eau, peuvent occasionner plusieurs altérations dans le pain. On se souvient que, en 1842, des pains de munition de la garnison de la première division militaire présentèrent inopinément une altération qui éveilla au plus haut degré les craintes de l'administration; une portion de la mie surtout était recouverte d'une poussière rouge, à odeur désagréable, même repoussante. Une commission, nommée par le ministre de la guerre, reconnut que ces altérations étaient dues à un champignon microscopique, dont les sporules, répandues en poussière nuisible, peuvent végéter, avec une extrême rapidité, sous l'influence de la chaleur et de l'humidité. M. Chevallier relate avec détail les précautions qui furent alors indiquées par les savans commissaires pour remédier à cette altération. Les principales étaient de diminuer l'eau de la panification, de soumettre la pâte à une cuisson plus prolongée et d'éviter d'entasser les pains dans des lieux humides et chauds lorsqu'ils sortent du four.

Le pain a été l'objet d'un grand nombre d'altérations; on y a introduit de l'*alun*, du *sulfate de zinc*, du *sulfate de cuivre*, du *carbonate d'ammoniaque*, du *carbonate* et du *bicarbonate de potasse*, du *carbonate de magnésie*, du *carbonate de chaux*, de la *terre de pipe*, du *borax*, du *plâtre*, de *l'albâtre en poudre*, des *sels de marne*, de la *fécule de pomme de terre*, du *salep*, de la *poudre d'iris de Florence*, de la *farine de féveroles*, *d'orge*, *de maïs*, etc. L'auteur indique les motifs de ces falsifications, leurs inconvéniens et leurs dangers, ainsi que les moyens de les reconnaître.

Nous terminons nos citations en disant quelques mots des vins. Cet article, qui contient 40 pages, est un véritable traité sur la matière. On y rencontre une énumération de tous les vins de France et de l'étranger, des notions sur leur composition chimique, leurs différentes espèces, leur densité, leur matière colorante, la proportion d'alcool qu'ils renferment, la raison de leur *bouquet*, leurs usages. L'auteur rapporte les faits où les altérations du vin ont eu lieu par des *sels de plomb* et par du *cuivre*, ainsi que les moyens de découvrir ces altérations. Il passe en revue ce qu'on appelle les *maladies du vin*, c'est-à-dire les vins astringens, l'excès ou le défaut de couleur, le trouble, les vins brandés, l'acidité, la graisse des vins, le goût de fût, l'amertume, les vins tournés ou piqués, les vins bleus, la pousse des vins, leur inertie, les altérations des vins en voyage, celles provenant des bouchons, des bois employés à la construction des barriques, la production végétale élémentaire développée dans le vin de Bordeaux.

Les médecins liront avec le plus grand intérêt tout ce qui a rapport aux *falsifications des vins*. Ils doivent savoir que l'on débite des vins *fabriqués de toutes pièces*, des liquides appelés *façon de Champagne*, si l'on peut reconnaître le *mouillage du vin*, etc. Ils ne doivent pas ignorer que, pour découvrir la quantité réelle d'alcool que contiennent les vins, on a proposé plusieurs instrumens, l'*œnomètre Tabarié*, l'*alambic Descroizelles*, l'*ébullioscope Conaty*, *Vidal*, le *dilatomètre alcoométrique*, M. Chevallier explique le *vinage*, opération qui consiste à ajouter de l'alcool au vin; il en montre tous les abus. Il donne les moyens de reconnaître l'addition de l'alcool, du sucre et du glucose, des acides, du tannin, du gaz acide carbonique, de l'alun, du sulfate de fer, des carbonates de potasse, de soude, de chaux, d'une matière colorante, etc.; tous corps destinés à donner des caractères particuliers plus ou moins heureux aux vins.

Nous ne pouvons que répéter ici les conclusions de notre compte-rendu du premier volume de l'ouvrage de M. Chevallier, c'est que les pharmaciens, les droguistes, les fabricans de produits chimiques, les médecins, ceux surtout qui s'occupent de médecine légale, les industriels en général, les magistrats eux-mêmes, sentiront le besoin d'avoir, dans leur bibliothèque, le *Dictionnaire des altérations et falsifications*, etc.; cet ouvrage, essentiellement pratique, étant destiné à rendre aux hommes éclairés de ces professions les plus grands services, M. Chevallier est sûr d'avoir acquis des droits à leur reconnaissance, comme il en a acquis de nouveaux aux yeux de la science.

Fauconneau-Dufresne.

(1) Chez Béchet jeune, libraire-éditeur, rue Monsieur-le-Prince, 20. — 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 11 Février 1852. — Présidence de M. Bouvier, vice-président.

Le travail de M. Guéneau de Mussy (Noël), sur l'*empoisonnement saturnin par le cidre*, travail lu dans la précédente séance, donne lieu à la communication de nouveaux faits d'intoxication saturnine par les boissons.

M. Marrotte, qui a observé deux cas d'empoisonnement par le cidre, fait remarquer que, dans des analyses chimiques nécessitées par cette intoxication, il faut avoir soin de ne pas se borner à l'examen d'une seule bouteille de liquide altéré : en raison du dépôt qui se fait dans les parties inférieures du tonneau, certaines bouteilles peuvent contenir du plomb, alors que d'autres n'en renferment point. C'est ce qu'il a pu constater dans les observations qu'il vient de citer.

M. Devergie donne quelques renseignements sur les mesures que l'autorité a prises, dès le principe, pour empêcher le débit du cidre sophistiqué : le conseil de salubrité fut saisi immédiatement de la question, et en trois ou quatre jours, visite, enquête, rapport, étaient faits; des mesures répressives, préventives étaient prises, et le cidre vendu actuellement dans Paris peut être bu avec la plus grande sécurité.

M. Legendre rapporte deux exemples d'intoxication plombique par le cidre, observés en ville. Le premier malade avait présenté d'abord quelques phénomènes d'embarras gastrique : un vomitif et un purgatif amenèrent de l'amélioration; puis de nouveaux accidens survinrent quelque temps après; il y avait de vives douleurs épigastriques avec tympanite marquée, une constipation opiniâtre et autres désordres des voies digestives, sans aucun trouble concomitant des autres fonctions. La femme de ce malade présenta, vers la même époque, des accidens analogues, et surtout des vomissemens acides, renouvelés quotidiennement. La magnésie et les purgatifs amenèrent la guérison. Plus tard, M. Legendre apprit que ces individus, qui prenaient autrefois du vin à leurs repas, s'étaient mis à l'usage du cidre; puis, qu'entendant parler d'accidens produits par cette boisson, ils avaient jeté les bouteilles qu'ils pouvaient avoir, et que deux d'entre elles avaient laissé un dépôt. D'après ce renseignement, M. Legendre prescrivit le traitement de l'intoxication saturnine, les purgatifs, les bains sulfureux (qui, au rapport du malade, déterminèrent une coloration noirâtre des ongles), la limonade sulfurique; et depuis, la guérison s'est complètement maintenue.

M. Legroux a eu pareillement l'occasion d'observer, à l'hôpital Beaujon, un assez grand nombre d'individus empoisonnés par du cidre sophistiqué. La première fois, c'était au mois de décembre dernier, il s'agissait d'un garçon brasseur de Chaillot, qui souffrait de douleurs atroces dans la région gastro-hépatique (c'est en ce point qu'il a le plus ordinairement constaté la douleur, et non pas vers la région ombilicale); il y avait aussi des vomissemens, de la constipation, sans fièvre et sans trace d'obstacle au cours des matières fécales : en outre il y avait une pâleur, un étiolement remarquables. Je crus à l'existence d'une colique de plomb, bien qu'il me fût impossible d'en constater la cause. La guérison fut obtenue au moyen des purgatifs, et des préparations ferrugineuses à cause de l'anémie. Un mois après, mêmes accidens présentés par la femme de cet individu. Je sus plus tard que ces malades avaient fait usage de cidre sans qu'il m'ait été donné de faire l'analyse de leur boisson.

Postérieurement, M. Legroux a vu plusieurs malades atteints de coliques, présentant en outre une anémie notable et le liseré bleu-noirâtre des dents, liseré qui sera plus marqué s'il y a maladie concomitante des gencives; M. Chatin a analysé, sur sa demande, les boissons, le cidre dont ils faisaient usage, et, dans presque tous les cas, il a trouvé une quantité plus ou moins considérable de plomb.

M. Devergie insiste sur la valeur de la constipation comme indice de l'ingestion, à doses même fractionnées, de préparations saturnines. Un malade, vu par un confrère, prenait fréquemment des pilules qui avaient déterminé quelques troubles du côté des voies digestives et surtout de la constipation. M. Devergie y trouva par l'analyse, un quart de grain d'acétate de plomb.

M. Delasiauve émet quelques considérations sémiotiques sur la *paralysie générale saturnine*. Cette affection n'est pas très rare, puisqu'il en a vu trois cas presque simultanément, dans son service à Bicêtre et dans celui d'un de ses collègues. La symptomatologie est à peu près la même que celle de la *paralysie générale* produite par une autre cause; pour distinguer les deux espèces, on devra s'attacher à la recherche de la cause spécifique, l'intoxication saturnine, et, pour les symptômes, au liseré des dents, à la pâleur de la face caractéristique d'une cachexie, et, en outre, à l'absence du délire ambitieux.

M. Barth a observé plusieurs faits d'empoisonnement plombique par les boissons, où l'action toxique a été continue, mais extrêmement lente. Il a vu plusieurs membres d'une même famille être pris, après un long temps, d'accidens saturnins variés qu'il a dû rattacher à l'usage d'une eau transportée par des tuyaux de plomb : un jeune enfant présenta, à plusieurs reprises, des attaques nerveuses, des convulsions, etc., qui simulaient parfaitement une éclampsie dépendante de la présence d'une tumeur tuberculeuse du cerveau.

M. Barth raconte plus en détail l'histoire d'un médecin, M. Duhaume, qui, pendant des mois, présenta des phénomènes de névralgie dont la cause fut longtemps méconnue : c'étaient des coliques, des vomissemens, de la constipation; puis, à une époque plus reculée, des douleurs vives dans les extrémités supérieures et inférieures, douleurs qui résistaient avec opiniâtreté à la médication anti-névralgique. Cette persistance des douleurs, sans aucun amendement, fit naître l'idée d'une intoxication saturnine, et le point de départ n'en pouvait être trouvé, quand M. Barth songea à faire analyser par M. Chevallier, le vin que cet individu buvait depuis six ans, à la dose de deux à trois bouteilles par jour, et qui lui était fourni par un compatriote et ami; on y découvrit une quantité minime de plomb. A partir de ce moment, le traitement de la colique saturnine fut administré, et la guérison obtenue.

Mais cet amendement ne fut que momentané : bientôt survinrent des phénomènes de paralysie des bras, dans les muscles extenseurs, qui empêcha ce malheureux médecin d'exercer sa profession, de faire des saignées, des accouchemens. Il eut, à cette occasion, un procès avec le vendeur de ce vin sophistiqué; et, dans un rapport que je fis à ce sujet au commissaire de police, je concluais à l'existence d'un empoisonnement plombique. La paralysie finit par céder; mais, quelque temps après, j'appris la mort de M. Duhaume, sans qu'on ait pu me dire quelle avait été sa dernière maladie, et si elle avait été une manifestation ultime de l'intoxication.

Le secrétaire : Henri Roger.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Février 1852.

Du délire de persécution; par M. le docteur Ch. Lasègue.

Il existe une forme de délire partiel à laquelle on peut donner, faute d'un meilleur terme, le nom de *délire de persécution*, qui se reproduit avec des caractères assez constans pour constituer une espèce pathologique parmi les aliénations mentales; telle est la proposition qui résume ce travail. Ce délire, dit M. Lasègue, n'est pas la conséquence d'une forme de caractère; il se produit chez des individus, très différens les uns des autres par leur humeur habituelle, la nature et le degré de leur intelligence, et par leur position sociale. Dans les faits très nombreux dont il a été témoin, l'auteur ne l'a jamais rencontré avant l'âge de 28 ans, et il l'a observé plus fréquemment, toute proportion gardée, chez les femmes que chez les hommes. L'âge le plus favorable paraît être de la 35me à la 50me année. Quant à sa fréquence, les chiffres suivans en donnent une juste idée. Sur 665 individus aliénés, sans distinction de formes maladives, y compris les idiots et les imbéciles, le chiffre des malades atteints de délire de persécution était de 96, dont 58 femmes et 38 hommes, proportion énorme pour les femmes, puisqu'elle s'élève au quart de la totalité des aliénés soumis à l'examen de l'auteur.

L'idée d'une persécution plus ou moins définie est une de celles qui se manifestent le plus souvent chez les aliénés à titre d'idée incidente; le fait seul de la fréquence permettrait déjà de regarder cette sorte de conception délirante comme un des symptômes importans de la folie; cependant, dans les cas où elle n'est pas destinée à devenir prédominante, la croyance à la persécution n'est qu'un phénomène passager sur lequel les aliénés n'insistent pas et qui leur sert à peine à expliquer les émotions qu'ils ressentent. Lorsque le délire tend à se concentrer sur cette pensée fixe, le malade commence par la jeter avec une certaine réserve; il hésite, il exprime de lui-même son doute, il demande si, à défaut de cette explication, on en trouverait une autre qui rendît compte des épreuves auxquelles il est soumis. Peu à peu le vague s'efface, l'hésitation est remplacée par une certitude et l'aliéné compose d'une manière définitive le système de délire auquel il doit s'arrêter. Ce travail s'exécute avec plus ou moins de lenteur; chez quelques-uns, il est si rapide, qu'on saisit à peine le premier degré; chez les autres, c'est très graduellement et avec une progression sensible pour l'observateur que le malade construit son roman systématique. Les faits qui, pour l'aliéné, constituent le point de départ, n'ont qu'une valeur relative; ce ne sont ni de grandes perturbations, ni de profondes douleurs; il s'agit d'émotions personnelles, et le plus souvent d'une complète insignifiance aux yeux de celui qui reçoit leurs confidences : un meuble dérangé, une insomnie, un repas d'une saveur désagréable, un propos assez inoffensif, toutes choses qui, dans une autre disposition d'esprit, passeraient inaperçues. Provoqué par des faits qui mériteraient presque le nom de taquineries, le délire ne s'accompagne pas de grands troubles de sentiment. La croyance à la persécution n'est, du reste, que secondaire; elle est provoquée par le besoin de donner une explication à des impressions morbides probablement communes à tous les malades et que tous rapportent à la même cause.

Tous les faits de nature à causer une impression pénible ne sont pas aptes à servir de base au délire de persécution; l'organe de l'ouïe fournit les premières sensations sur lesquelles s'exerce l'intelligence pervertie : des bruits, des lambeaux de conversation; chez d'autres, ce sont des hallucinations renfermées toujours dans les sensations auditives. Dans les délires partiels, l'hallucination de l'ouïe exclut, comme on sait, l'hallucination de la vue et réciproquement. Une exception, cependant, plus apparente que réelle, mérite d'être signalée : sur plus de 60 observations, M. Lasègue a trouvé deux fois des hallucinations de la vue, mais seulement sous l'influence d'une crise hystérique. Après les interprétations erronées de propos ou de bruits véritables et les hallucinations de l'ouïe, se manifestant habituellement sous la forme de grossières injures, adressées par des individus invisibles; les autres sensations dont les aliénés se plaignent le plus, se réduisent à des impressions nerveuses,

Les femmes en offrent les plus fréquens exemples : ce sont des souffles intérieurs, des chaleurs soudaines, des engourdissemens, des douleurs atroces et passagères, et les autres accidens si mobiles de l'hystérie.

Mémoire sur le ramollissement blanc aigu essentiel du cerveau chez les enfans; par le docteur Duparcque.

On sait que le ramollissement blanc se rattache, comme effet, résultat et complication, à diverses affections qui constituent la maladie essentielle. On l'observe à l'occasion d'épanchemens séreux ventriculaires (hydrocéphale aiguë ou chronique interne) ou d'infiltration sous-arachnoïdienne de même nature; il résulte alors d'une sorte d'imbibition ou d'endosmose. Dans les cachexies hydropiques, dans les diathèses séreuses, le cerveau peut, comme tous les tissus, comme tous les organes, être frappé d'une infiltration, qui en altère la consistance et présenter aussi un ramollissement blanc. Enfin, d'après Abercrombie, le ramollissement blanc du cerveau proviendrait parfois de la perturbation de la circulation cérébrale, par suite d'ossification des vaisseaux chargés de cette fonction. Mais on conçoit que les mêmes résultats puissent avoir lieu à l'occasion de toute perturbation de la circulation encéphalique, quelle qu'en soit la cause et quel que soit l'âge du sujet. C'est ainsi que M. Chapel a signalé la présence d'un ramollissement incolore du cerveau et du cervelet chez un individu ayant succombé à un anévrisme vrai de la carotide, altération dépendant très probablement de l'insuffisance ou de la suspension de la circulation cérébrale. Ce ramollissement peut-il exister également comme altération primitive essentielle? Telle est la question qui a été examinée par M. Duparcque et à laquelle il répond d'une manière affirmative, après avoir rapporté avec détails les sept observations recueillies chez des enfans. Voici, au reste, d'après ce médecin, les conditions étiologiques, symptomatiques et nécroscopiques qui la caractérisent et la distinguent de tous ramollissemens secondaires ou consécutifs :

1° *Causes prédisposantes et déterminantes* : Intelligence précoce ou développée, fatigues intellectuelles, émotions morales vives ou profondes;

2° *Symptômes propres* : Céphalalgie avec somnolence, intégrité des fonctions intellectuelles, exaltation des sens spéciaux, de la sensibilité générale, apyrexie et même ralentissement de la circulation;

3° *Symptômes négatifs* : Absence de délire, de convulsions, de contraction; symptômes qui sont liés au ramollissement dépendant d'inflammation méningienne ou encéphalique; absence d'assoupissement, de perte plus ou moins complète des fonctions intellectuelles, de paralysies, etc.; symptômes qui appartiennent inévitablement au ramollissement par infiltration séreuse, ou sanguine, ou purulente, congestions, encéphalite, apoplexie, hydrocéphalie;

4° Enfin, exhibition par la nécropsie du ramollissement seul, à l'exclusion de toute altération ou lésion anatomique.

Quant au traitement de cette forme de ramollissement, M. Duparcque exclut d'abord les émissions sanguines dont il ne faut pas seulement être sobre, mais dont rien, dans la nature de l'altération, non plus que dans le caractère de ses manifestations symptomatiques, n'autorise ou ne justifie l'emploi. Il recommande les bains tièdes, les fomentations ou affusions froides sur la tête, les applications locales d'éther, de chloroforme; les dérivatifs cutanés et intestinaux; mais, par-dessus tout, le sulfate de quinine, à cause de la marche intermittente que la maladie affecte au début, dans la première période. Ces moyens ont échoué, à la vérité, dans le seul cas de ramollissement où il en ait été fait usage; mais peut-être leur insuccès peut-il être attribué à l'irrégularité, à l'insuffisance, à l'hésitation de leur emploi.

Reste la question de la prophylaxie : chez la plupart des jeunes sujets des observations de M. Duparcque, un développement précoce de l'intelligence et surtout un exercice trop actif de ses facultés devaient à juste titre être considérés comme les causes prédisposantes et déterminantes de la maladie. Ce serait donc un effet déplorable de plus à ajouter à ceux que la fatale influence des études forcées fait peser sur l'intelligence, sur la santé, sur la vie des enfans.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

AVIS.

Le décret organique sur la presse du 17 février dernier, dont les dispositions relatives au droit de timbre semblaient ne devoir pas atteindre les journaux scientifiques, ainsi qu'une note insérée au *Moniteur*, le 6 mars dernier, pouvait le faire espérer, ce décret atteint l'Union Médicale et tous les journaux scientifiques qui paraissent plus d'une fois par mois.

Depuis le 1er mars dernier, l'Union Médicale subit les conséquences de ce décret, qui élève à la somme énorme de seize francs par exemplaire du journal, les droits de timbre et de poste exigés par le fisc.

L'administration du journal se voit dans l'obligation de modifier de la manière suivante les conditions de l'abonnement,

Pour Paris et les départemens :

Trois mois.	10 fr.
Six mois.	20 fr.
Un an.	40 fr.

Pour l'étranger, en plus le port exigé par les dispositions postales.

— On lit dans le *Constitutionnel* de ce jour :

« M. le professeur Bérard, doyen de la Faculté de médecine, va résigner son décanat, par suite des fonctions d'inspecteur général de l'enseignement supérieur pour la médecine, qui viennent de lui être conférées par le décret organique sur l'instruction publique. Il est question de nommer à sa place M. Paul Dubois, professeur de clinique obstétricale. La haute position scientifique et les qualités éminentes de M. Paul Dubois le désignaient naturellement au choix de l'autorité, et ce choix sera certainement ratifié par l'unanime adhésion des professeurs et de l'École. »

— Une circulaire de l'administration supérieure recommande de prendre les mesures nécessaires pour que, dans l'intérêt de la santé des ouvriers, le blanc de zinc soit employé préférablement au blanc de céruse, dans les travaux de peinture à exécuter aux bâtimens des communes et établissemens publics.

— Extrait du *Messager du Midi*, du 3 mars 1852 :

« Le jury institué pour juger le concours qui vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine, a fait connaître aujourd'hui sa décision. M. Dupré a été désigné pour occuper la chaire de clinique, vacante par le décès de M. Caizergues.

» Nous pouvons dire sans crainte d'être démenti, que le jugement du jury est tout à fait conforme à celui du public, qui avait pu apprécier en M. Dupré un talent de parole remarquable, une instruction variée et tout ce qui constitue le mérite spécial d'un clinicien consommé. La Faculté de médecine de Montpellier va donc compter dans ses rangs un professeur éminent de plus, et qui contribuera puissamment à soutenir l'ancienne et éclatante renommée de notre école.

» La justice que nous croyons rendre à M. Dupré ne nous empêchera pas de payer un tribut d'hommages au mérite que plusieurs de ses rivaux ont déployé dans cette longue et pénible lutte. M. le docteur Chrestien a montré, dans ce concours, toutes les qualités d'un médecin distingué, laborieux et instruit; M. Quissac, celles d'un esprit solide et consciencieux; M. Pons a surtout fait preuve de connaissances profondes en anthropologie et d'une grande facilité d'élocution.

» En résumé, ce concours, de l'avis des hommes compétens, a été digne de l'école de Montpellier, et tel qu'on devait l'attendre d'une réunion de compétiteurs aussi distingués. »

F. Danjou.

Banquet confraternel des chirurgiens de la garde nationale. — Le banquet confraternel des chirurgiens de la garde nationale de la Seine, qui devait avoir lieu aujourd'hui mardi, est remis à demain mercredi, 17 mars, aux Frères provençaux, au Palais-Royal, à 6 heures et demie, heure militaire.

— M. le docteur Desbarreaux-Bernard, de Toulouse, nous adresse la note suivante qui intéresse les bibliophiles :

On a souvent formé le projet de réimprimer la grande Chirurgie de Guy de Chauliac. Nous ignorons si cette entreprise a reçu un commencement d'exécution. Quoi qu'il en soit, nous engageons les futurs éditeurs à revoir soigneusement le texte de l'auteur, car vingt-neuf éditions successives, publiées de 1478 à 1704, ont dû compromettre singulièrement la forme primitive de l'œuvre du Maître-ès-arts et en médecine de la noble Faculté de Montpellier.

Il y aurait un moyen bien simple pour arriver à ce but, ce serait de collationner l'une des meilleures éditions de cet auteur, sur le texte roman ou patois Languedocien, idiome qu'employa Guy de Chauliac, lorsqu'en 1363, il publia pour la première son ouvrage.

L'exemplaire le plus ancien de ce livre se trouve à la Bibliothèque du Vatican, n° 4804, confondu avec les auteurs espagnols.

En voici le titre :

En nom de Deu, comenza lo envantari ho collectora en part de cirurgia e de medecina, compilat et complit en l'ayn de nostre senior MCCCLXIII. *Per Guido de Cauliach cirurgin, mestra en arts et en medecina en la noble estudi de Monpayler.*

Une copie que Lacurne de Sainte Palage fit faire à Rome le siècle dernier, se trouve à la Bibliothèque de l'Arsenal; et nous ne concevons pas qu'elle ait échappé, jusqu'à présent, aux yeux des écrivains qui s'occupent de bibliographie chirurgicale, ou à la clairvoyante cupidité des écumeurs de bibliothèques. Ne pouvant tirer parti nous-mêmes de cette intéressante découverte, nous nous empressons d'en faire part au monde des savans et des bibliophiles.

Aliénation mentale en Angleterre. — La commission chargée par le gouvernement anglais d'étudier les questions relatives à l'aliénation mentale, vient de publier son rapport annuel. D'après les documens qu'elle a pu rassembler, il paraîtrait qu'au 1er janvier 1851, il y avait dans les divers établissemens de l'Angleterre et du pays de Galles, asiles, hôpitaux, maisons de santé (*Licensed houses*), 16,456 fous, parmi lesquels on compte 7,843 hommes et 8,613 femmes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Voiries et cimetières, Thèse présentée au concours pour la chaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et soutenue le 1er mars 1852, par Antoine Tardieu, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique, médecin de l'hospice La Rochefoucault.

Paris, 1852. Un vol. in-8 de 272 pages. — Prix : 3 fr. 50 c.

Chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Lettres à M. le professeur Rostan sur le mot **Hypocondrie** par le docteur Dumont (de Monteux), médecin à l'état civil de Grenelle, etc. In-8°. Prix : 1 fr. Paris, 1852, J.-B. Baillière, et au bureau de l'Union Médicale.

Ces lettres sont reproduites dans l'intérêt des personnes atteintes d'affections nerveuses que nul phénomène extérieur ne révèle, et qu'à cause de cela l'on considère comme *mvladies maginaires*.

Le gérant, Richelot.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FELIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 33. SIXIÈME ANNÉE. **Jeudi 18 Mars 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. . . . . 40 Fr. :
6 Mois. 20
3 Mois. 10

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 MARS 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Personne ne doutait que la question de l'avortement provoqué ne fût une question grave, délicate, hérissée de difficultés de tout genre : religieuses, morales et pratiques. Mais c'est en raison même de ces conditions qu'il était désirable et qu'il fallait voir avec satisfaction, que cette question fût portée devant l'Académie. Car, en fin de compte, quelle serait la raison d'être des Académies si elles n'avaient pour mission d'éclairer les questions obscures, de dissiper les doutes de la science et d'aplanir les difficultés de l'art? Les Académies ne sont pas faites, je suppose, pour prouver que deux et deux font quatre et pour s'endormir dans la douce quiétude d'une science faite et d'une pratique invariablement réglée. C'est à ce rôle, cependant, qu'on réduirait l'Académie de médecine si l'on tenait compte de quelques opinions émises à l'occasion de la question de l'avortement provoqué. Quoi! un honorable et savant confrère vient vous dire : Je me suis trouvé en présence d'une difficulté grave et sérieuse de notre art; voici ce que j'ai fait; jugez-moi. Si vous approuvez ma conduite, elle pourra servir d'exemple à mes confrères en pareille occurrence; si vous la blâmez, votre blâme leur servira de règle. Et vous trouvez cela inopportun, imprudent et presque mal séant!...

Ce qui nous surprend et nous afflige, c'est d'avoir entendu professer cette doctrine par la voix si autorisée de M. Bégin. Nous ne voulons pas analyser le discours de cet honorable et éloquent académicien. Nos lecteurs le trouveront d'ailleurs tout entier dans le compte-rendu, et après l'avoir lu ils penseront comme nous que M. Bégin a eu moins l'intention de faire œuvre de praticien que de saisir l'occasion d'épancher dans le sein de l'Académie toute la sensibilité de son cœur honnête et généreux. C'est, en effet, et exclusivement au point de vue du sentiment que M. Bégin a pris la question; point de vue touchant et respectable qu'il ne faut pas absolument dédaigner, mais peu propre, il en faut convenir, à tirer de peine un praticien aux prises avec les terribles exigences de l'art.

C'est ce qu'a fait sentir M. Cazeaux, qui a répondu avec beaucoup de précision et de bon sens au discours de M. Bégin.

M. Chailly partage toutes les opinions du rapporteur, qu'il a soutenues par des argumens empruntés surtout à la pratique obstétricale.

La continuation de la discussion a été remise à la semaine prochaine. Amédée LATOUR.

NOMINATION DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. le professeur P. Dubois est nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Bérard, à qui ses nouvelles fonctions d'inspecteur général de l'Université ne permettaient pas de conserver le décanat.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie des sciences a procédé, dans sa dernière séance, à la nomination d'un membre dans la section d'économie rurale et vétérinaire. Le nombre des votans était de 56.

Premier tour de scrutin :

MM. Péligot	23	voix.
Chevandier	17	
Yvard	14	
Renault	2	

Au deuxième tour,

MM. Péligot obtient	31	voix.
Chevandier	17	
Yvart	8	

M. Péligot, ayant obtenu la majorité, est proclamé membre de l'Académie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Mars 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Des documens relatifs au choléra de 1832, communiqués par M. le ministre de l'intérieur et du commerce. (Comm. du choléra.)

2° Une note de M. MATHELON, sur l'emploi de la belladone dans la scarlatine.

3° Un mémoire de M. LEBLANC, vétérinaire, sur un cas de ligature de la jugulaire nécessitée par plusieurs hémorrhagies successives et très abondantes survenues à la suite d'une phlébite ulcérative chez un cheval, et sur une modification importante qu'il a introduite dans cette opération.

— M. GAULTIER DE CLAUBRY lit au nom d'une commission, un rapport sur un travail de M. le docteur Leconte (d'Eu), intitulé : *Essai sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde*. Ce travail a principalement pour objet l'étude de l'action du sulfate de quinine et du quinquina dans la fièvre typhoïde. M. le rapporteur, tout en reconnaissant ces expériences comme insuffisantes, propose pour conclusions : 1° d'adresser une lettre de remercîmens à l'auteur; 2° de l'engager à continuer ses recherches sous le double point de vue clinique et thérapeutique; 3° de déposer honorablement son mémoire aux archives. (Adopté.)

M. BOUCHARDAT, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports, dont les conclusions défavorables aux prétentions des demandeurs sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Cazeaux.

La parole est à M. Bégin.

M. BÉGIN : Messieurs, la question qui occupe en ce moment l'Académie, est bien moins, à mon avis, une question d'accouchement, qu'un des problèmes les plus élevés de la pratique médicale, considérée dans ses rapports avec les lois religieuses et civiles, avec la morale, enfin, avec la dignité de notre art et la mission qui lui est dévolue dans la société.

C'est à ce dernier point de vue surtout que l'avortement provoqué doit être discuté. Les procédés opératoires employés pour la pratique, la détermination même des circonstances diverses dans lesquelles on le trouve indiqué, sont subordonnées à la question plus élevée de la justification dans les règles du droit et dans les principes généraux de la morale religieuse et philosophique.

Les considérations de cet ordre, qui tendent à autoriser l'avortement que j'appellerai obstétrical, pour le distinguer de l'avortement criminel, quoique très longuement développées dans le rapport de notre honorable collègue, n'ont été jusqu'à présent l'objet d'aucun examen dans la discussion. Il semble que chacun les accepte comme suffisamment prouvées, et qu'il ne s'agisse plus que de débattre les cas dans lesquels l'application doit avoir lieu.

Or, c'est là précisément ce que je crois devoir contester. La doctrine, très consciencieuse d'ailleurs, et partant très respectable, exposée dans le rapport, et partagée par un grand nombre d'accoucheurs distingués, à l'étranger et en France, est, pour moi, non seulement erronée en elle-même, mais encore des plus dangereuses dans ses conséquences.

J'ai cette conviction, et je vais m'efforcer de la faire passer dans vos esprits, que les accoucheurs, partisans de l'avortement obstétrical, s'exagèrent le droit qu'ils s'attribuent de décider, dans certains cas, de la vie ou de la mort de l'être vivant encore contenu dans le sein maternel. Je suis également convaincu que, si cette doctrine venait malheureusement à se propager, elle ouvrirait la voie à de déplorables abus.

Après avoir agi avec toute la circonspection et la prudence que commandent la gravité de l'opération et la responsabilité qui en dérive, on se familiariserait avec elle. Elle descendrait, si je puis ainsi dire, des praticiens les plus éminens à d'autres de rang inférieur. Rare d'abord, elle serait pratiquée bientôt plus souvent. Des cas extrêmes et positifs qui semblent à la rigueur pouvoir la justifier, on arriverait à l'appliquer à des cas moins urgens ou même douteux; enfin, derrière la pratique honnête s'abriteraient les manœuvres criminelles, qui s'efforceraient de puiser dans les doctrines reçues et dans les exemples donnés, des motifs d'excuse et des raisons d'impunité.

Il est à regretter, selon moi, que l'Académie ait été appelée à exprimer une opinion sur un sujet aussi compliqué et qui embrasse des élémens si nombreux, dont plusieurs ne sont pas directement de sa compétence; mais, se trouvant interpelée, il lui est difficile de ne pas répondre, surtout après le rapport qu'elle a entendu. Je partage sur ce point l'avis de plusieurs préopinans, et j'ai peine à me rendre compte de l'abstention de l'honorable rapporteur, qui avait précisément à préparer et à proposer la réponse que l'Académie doit faire à la question que M. le docteur Lenoir lui a soumise.

J'ai à peine besoin de rappeler qu'il y a entre l'accouchement prématuré artificiel et l'avortement provoqué cette différence essentielle, nettement exprimée par l'honorable rapporteur : que le but de l'accoucheur, en pratiquant la première de ces opérations, est de rendre l'accouchement plus facile et de sauver à la fois la mère et l'enfant; tandis que, par la seconde, il sacrifie sûrement et volontairement la vie du fœtus pour éviter à la mère une opération presque toujours mortelle.

En ce qui concerne la conduite que peut adopter l'accoucheur, lorsqu'il reconnaît pendant les premiers mois de la gestation, soit un rétrécissement extrême du bassin, soit dans cette cavité, quelque tumeur volumineuse, non susceptible d'être attaquée ou détruite, circonstances qui rendent l'accouchement naturel impossible, cette conduite peut se résumer dans l'alternative suivante :

1° Laisser la grossesse parcourir ses périodes, observer sa marche, se tenir prêt à profiter des chances favorables qui pourront se présenter, et, selon le cas, provoquer l'accouchement prématuré, ou pratiquer l'opération césarienne, qui conservera presque certainement l'enfant, mais en compromettant fortement les jours de la mère;

2° Désespérer, au contraire, des ressources de la nature, et provoquer l'expulsion immédiate du fœtus par des manœuvres qui le tuent directement et ne sont pas absolument exemptes de tout danger pour la femme.

« L'avortement provoqué, dit M. le rapporteur dans la cinquième proposition terminale de son rapport, étant beaucoup moins grave pour la mère que l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut et doit lui donner la préférence. » Dans cette appréciation de plus ou de moins relativement à la mère, qu'il me soit permis de plaider la cause de l'enfant, dont il n'est que très peu tenu compte.

J'ai été élevé, médicalement parlant, dans cette doctrine, qui est en harmonie, d'ailleurs, avec mon être moral tout entier, à savoir que notre art est, avant tout et par dessus tout, un art conservateur; de telle sorte que tuer directement, de propos délibéré, pour quelque motif que ce soit, une créature humaine, est un acte qui ne doit, en aucun cas, trouver place dans ses opérations. Je comprends que d'autres repoussent de bonne foi, et en le faisant sur des motifs qu'ils croient plausibles, un principe aussi absolu; mais, quant à moi, jamais je ne sacrifierai, enfant ou mère, aussi longtemps qu'il me restera une lueur d'espoir de les sauver tous deux. Il y a, je l'avoue, quelque chose qui m'émeut douloureusement dans l'histoire de cette malheureuse femme, rachitique et difforme, qui est l'occasion de cette discussion, et qui, trois fois enceinte, trouve, à point nommé, trois praticiens qui tuent successivement dans son sein les trois enfans qu'elle y a fait naître!

A des raisons puisées largement dans un travail publié en 1843 par un de nos collègues les plus éminens, le savant rapporteur a cru devoir ajouter, pour justifier l'avortement obstétrical, des argumens de divers ordres, auxquels je ne puis me rendre, et dont quelques-uns sont, qu'il me permette de le dire, au moins étranges.

Que dire, par exemple, de ces meurtres, de ces massacres empruntés aux saintes Ecritures et produits à l'appui de sa cause, si ce n'est que la prudence conseille de se taire sur ces actes dont le mérite nous échappe et qui n'ont été que trop souvent évoqués par le fanatisme pour exciter à des crimes exécrables, particuliers ou publics, justement poursuivis par la réprobation universelle des hommes de bien.

Qu'ont à faire les croisades et les victimes des champs de bataille avec la vie d'un embryon confiné dans le sein maternel? Que, si la morale chrétienne ou la philosophie approuvaient les horreurs et les désastres de la guerre, tout au plus serait-il permis de s'étayer de cette approbation, et encore avec réserve, pour le cas qui nous occupe. Mais si, au contraire, la religion et l'humanité gémissent sous ces conséquences funestes des passions des hommes, comment en conclure la justification du meurtre du fœtus?

Le sixième commandement invoqué par M. le rapporteur est absolu; il sera toujours une des bases essentielles de toute société civilisée; il peut être enfreint, et ne l'est que trop souvent, mais cette infraction entraîne, dans tous les cas, une redoutable responsabilité.

Pour le cas particulier d'avortement, la loi religieuse dont a parlé M. le rapporteur n'a que des règles absolues qui n'admettent aucune exception ou excuse susceptible de disculper son auteur, toutes les fois qu'il y a eu action directe et délibérée. La raison en est simple : cette loi est basée sur les lois naturelles et divines qui, si elles permettent de sévir contre nos semblables lorsqu'ils nous attaquent, défendent de leur nuire en rien lorsqu'ils sont inoffensifs.

Dans le but de démontrer la conséquence absurde à laquelle pourrait conduire l'inflexibilité des textes religieux, le savant rapporteur se place dans ce cas particulier où la femme se refuse à l'opération césarienne. « Nous le demandons, dit-il, en toute humilité, que devra faire alors le médecin qui, obéissant au *non occides*, se rappellera qu'en ne sauvant pas celui qu'il peut arracher à la mort, il le tue. En renonçant à l'embryotomie, en abandonnant par conséquent la mère aux ressources de la nature, il voue les deux individus à une mort certaine, quand il pourrait en mutilant l'enfant sauver presque sûrement la mère. L'alternative dans ce cas supposé est donc, ajoute notre collègue, entre le sacrifice direct de l'enfant défendu par le sixième commandement et l'inaction qui rend deux fois homicide en causant la mort de deux individus. »

J'ignore jusqu'à quel point la situation supposée peut se réaliser dans la pratique; mais, eu égard au cas particulier qui nous occupe, j'y aperçois une confusion qu'il importe de détruire. La question d'avortement, actuellement en discussion, ne se pose pas à la fin de la grossesse, lorsque l'opération césarienne est praticable. En supposant que, présentée à la mère pendant le premier mois de la gestation comme une éventualité éloignée à laquelle pourrait la condamner la difformité ou la tumeur dont elle est affectée, et qu'elle déclare vouloir s'y refuser, ce refus serait-il une raison péremptoire pour que l'accoucheur, empiétant sur l'avenir, commît actuellement une action répréhensible? Et, contrairement à la maxime de saint Paul, fît un mal certain et immédiat, en vue d'un bien éloigné et douteux?

Qui peut affirmer que cette résolution de la femme, si elle était imprudemment provoquée, ne fléchira pas, et ne sera pas remplacée, au terme de la grossesse, par ce sentiment admirable de la maternité qui porte si souvent les mères à se sacrifier pour leurs enfans? Arrivée au moment ultime, pressée par la douleur, si l'alternative lui est nettement posée, ou de succomber inévitablement elle et son fruit, dans le cas où l'opération ne serait pas pratiquée, ou de pouvoir se sauver tous deux en s'y soumettant, les choix ne me semblent guère devoir être douteux.

L'intention qui nous anime, le but que nous nous proposons d'atteindre, constituent seuls, disent tous les partisans de l'avortement provoqué, la criminalité des actes. Le chirurgien pratique les opérations les plus graves, et même la castration, nominativement défendue par la loi; et ces blessures ou ces mutilations, qui seraient des crimes si elles étaient faites par d'autres mains et dans un but coupable, ne sont jamais, contre l'homme de l'art, l'objet d'aucune poursuite judiciaire.

Ici encore il y a rapprochement de faits très différens. Le chirurgien, en décidant et en faisant accepter une opération grave, n'a en vue que la conservation de la vie du malade à qui il la propose; aucune existence autre que celle de ce malade n'est compromise. Tandis que dans le cas d'avortement, en supposant la vie de la mère aussi sérieusement et immédiatement menacée qu'on le voudra, c'est moins sur elle que l'homme de l'art agit que sur un tiers fort innocent qu'il sacrifie pour diminuer les dangers que sa présence fait courir à la malade. Le médecin alors ne sauve pas directement une vie menacée, il choisit entre deux existences, il prononce un arrêt, et c'est le droit de faire ce choix, de prononcer cet arrêt de vie ou de mort que je lui dénie.

A l'imitation de M. P. Dubois, notre savant rapporteur s'appuie de l'exemple d'un pays voisin, où, dit-il, la mutilation du fœtus est pratiquée sans hésitation toutes les fois que le rétrécissement du bassin est assez prononcé pour que la conservation de l'enfant ne puisse être espérée qu'en pratiquant une opération gravement compromettante pour la vie de la mère.

Je demanderai volontiers, d'abord, jusqu'à quel point l'assertion est fondée, et si l'on a des renseignemens précis sur les conséquences qu'une telle pratique peut avoir en Angleterre. Mais, en admettant le fait pour complètement exact, et les résultats pour aussi peu compromettans que possible, ma conviction n'est pas ébranlée. Ces exemples éloignés ne me touchent que très médiocrement. Le raisonnement et la pondération sévère des intérêts de toute nature, bien plus que l'entraînement à imiter doivent seuls décider de l'adoption des innovations provenant du dedans ou du dehors. Qu'une opération ait été déjà pratiquée, même avec succès, c'est manifestement un motif pour la soumettre à l'examen; mais ce ne saurait en être un motif suffisant pour que l'homme réfléchi l'admette sur parole, en dehors de toute autre considération. Maintenons, Messieurs, à la médecine française ce caractère qui fait sa gloire et qui est le fondement de la confiance qu'elle inspire dans le pays, à savoir, le culte persévérant du précepte d'Hippocrate, le respect de l'être souffrant, la réserve dans les innovations; enfin la répugnance à sacrifier aux aventures et à l'excentricité. Une telle médecine sera toujours forte de l'assentiment général, et offrira autant d'exemples à imiter qu'elle aura d'emprunts à faire.

Si l'on en croit notre savant rapporteur et plusieurs des praticiens éminens dont il reproduit les doctrines, la pratique de l'avortement obstétrical aurait la sanction péremptoire dans la loi de la nécessité, dans le cri de l'instinct de la conservation, enfin dans le droit imprescriptible de la légitime défense. Notre collègue multiplie sur ces différens points les autorités et les exemples.

Deux naufragés perdus au milieu des flots sont supposés n'avoir qu'une planche, trop faible, hélas! pour les sauver tous deux. Vous pourriez croire qu'ils vont s'entr'aider, s'encourager, périr au besoin ensemble? Loin de là, ils se disputent cette triste épave; et qui osera, dit l'honorable rapporteur, blâmer celui qui sortira vainqueur de cette lutte homicide? Si personne ne le blâme, qui osera le féliciter ou l'applaudir? Une barque est surchargée; les plus forts jettent les plus faibles par dessus le bord, est-ce là un acte louable? Ces manifestations d'un égoïsme sauvage peuvent-elles être considérées autrement que comme les résultats déplorables de l'oubli du sentiment le plus noble de l'humanité, en présence des dangers extrêmes, ou par suite de privations cruelles et prolongées? On gémit sur elles, mais on ne les produits pas en aveugle. M. le rapporteur a-t-il bien réfléchi d'ailleurs sur les conséquences possibles de cette latitude accordée à la loi de la nécessité, et allant jusqu'à l'attaque portée à la vie de son semblable! Comment poser, dans nos sociétés, les limites précises de son application légitime? Quant à moi, j'hésiterais fort à prendre pour compagnons de voyage des personnes trop pénétrées des droits qu'elle est supposée leur conférer.

Il est permis sans doute, lorsqu'on ne peut faire autrement, de tuer un fou furieux qui menace votre vie; la loi naturelle nous donne, de même, le droit de voler au secours de nos semblables, et de défendre leur vie menacée, en tuant, s'il est besoin, leur agresseur. Mais dans ce cas de défense véritablement légitime, et dans tous les autres analogues, nous devons compte au magistrat de notre action, et nous avons à réclamer de lui un verdict d'acquittement. Pourquoi ne soumettez-vous pas à la même déclaration et à la même formalité la mort donnée volontairement au fœtus, par le fait de l'avortement obstétrical?

Quel rapprochement peut-on établir d'ailleurs entre le fou furieux ou le malfaiteur et le fœtus déposé dans le sein maternel? En morale, n'est-ce pas lui plus que la mère, à qui s'applique le droit de légitime défense? Ce n'est pas lui apparemment qui s'est emprisonné, et s'il pouvait plaider sa cause, ne serait-il pas en droit de réclamer sa libre sortie, en laissant retomber sur ceux qui l'ont incarcéré, les conséquences que peut entraîner l'ouverture de sa prison?

L'honorable rapporteur, se fondant sur les assertions de plusieurs de ses devanciers, concluait que la femme a le droit de choisir entre le sacrifice de son enfant et une opération très dangereuse pour elle; que le médecin a le droit et l'obligation d'exécuter ce jugement contre nature, et qu'il peut, dans l'accomplissement de ce devoir, invoquer l'intérêt de la Société.

J'admire la facilité avec laquelle, dans ce système, le médecin se trouve transformé en exécuteur de l'arrêt inacceptable d'une mère sans entrailles. Ce que j'admire plus encore, c'est le sans-façon avec lequel on disserte sur la valeur absolue ou comparative d'un fœtus de trois, quatre, cinq à six mois, et même d'un enfant arrivé au terme de la vie utérine. Mais qui donc a institué l'accoucheur, juge de cette vie encore à sa première lueur? Qui a livré à sa discrétion ce petit être, qui, pour n'avoir pas encore de relations directes avec le monde extérieur, n'en est pas moins confié à toute sa sollicitude, et placé d'ailleurs sous la protection des lois?

Les partisans de l'avortement provoqué s'escriment à pondérer comparativement les conditions d'existence et les intérêts du fœtus et de la mère. Ils considèrent comme chose parfaitement licite de décider qu'il est juste de sacrifier un être à peu près inerte à la femme adulte, à la mère de famille. Je dois insister ici de nouveau sur ce fait, que dans le cas qui nous occupe, il s'agit pour le fœtus de mort certaine, et nullement encore pour la femme de dangers à courir. Je ne retirerai pas le titre de mère de famille donné alors à la femme qui, atteinte de rétrécissement extrême du bassin, est condamnée, selon les partisans de l'avortement provoqué, à ne voir naître aucun des enfans qu'elle peut concevoir. Si, me plaçant dans la doctrine soutenue par le savant rapporteur, je voulais, comme tant d'autres, mettre en parallèle les deux existences alors compromises, ne me serait-il impossible de faire prédominer en certains cas, l'intérêt d'un enfant procréé peut-être par un père vigoureux, et promettant un développement normal de toutes les facultés humaines, sur celui d'une femme rachitique, souvent maladive et impropre à remplir même les fonctions spéciales dévolues à son sexe? Mais je m'abstiendrai de cette dangereuse appréciation; en m'y livrant, je commettrais la faute contre laquelle je m'élève, à savoir, de me constituer arbitrairement, le juge d'existences qui ne sont pas sous ma juridiction et que j'ai le devoir de protéger également.

On croit avoir usé d'un argument irrésistible, en faisant remarquer que la loi civile, et même la loi religieuse, en ne punissant pas de châtimens semblables la mort du fœtus, et celle de l'enfant nouveau-né, ou de l'adulte, établissent, à son égard, une infériorité réelle, dont le médecin doit tenir compte. A cette objection, il est permis de répondre que la différence de pénalité n'explique pas que le meurtre de l'un soit plus permis que celui des autres. Par suite de considérations que tout le monde comprend, l'avortement est moins sévèrement puni que l'infanticide ou l'homicide; mais il ne saurait s'ensuivre que la morale et la loi ne le défendent pas, et à plus forte raison le permettent.

Je borne ici les réflexions que suggère en foule la partie philosophique de la question; qu'il me soit permis de hasarder, en terminant, quelques observations complémentaires sur son côté obstétrique.

Bien que notre savant rapporteur n'ait eu à s'occuper que de la provocation à l'avortement dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, il s'est placé, le plus ordinairement, dans cette position, qui ne me semble pas la vraie, d'avoir absolument à choisir entre l'embryotomie ou l'opération césarienne. J'ai déjà signalé cette erreur. Je demanderai, maintenant, avec toute réserve, si l'on est certain qu'une mensuration du bassin, faite à trois ou quatre mois du terme de la grossesse puisse toujours faire prévoir, d'une manière absolue, ce qui adviendra cinq ou six mois plus tard. N'y a-t-il pas dans la mensuration même du bassin, relativement à ses formes, des causes d'erreur, difficiles à éviter, lorsqu'on n'a pas une grande habitude de l'opération? N'y a-t-il pas à se préoccuper des changemens que pourront éprouver les symphyses pelviennes, de la ductilité de la tête du fœtus, de la possibilité de provoquer avec des chances de succès l'accouchement aussitôt qu'il aura acquis les conditions de viabilité rigoureusement nécessaires?

En ce qui concerne la femme, je ne suis pas en mesure de contester les chiffres présentés de 70 insuccès contre 30 guérisons, à la suite de l'opération césarienne. Je les adopte donc, en faisant observer qu'ils donnent un succès contre deux morts trois dixièmes. Quant aux enfans, M. le rapporteur établit les proportions suivantes, qui varient selon que l'opération a été pratiquée à une époque plus ou moins éloignée de celle de la rupture des membranes fœtales : dans les six premières heures, 34 enfans vivans sur 37; dans les limites de sept à vingt-quatre heures, 25 vivans sur 32; enfin, après vingt-quatre heures, 19 vivans sur 37.

Je n'oublie pas que M. le rapporteur, se fondant sur la table de mortalité, tient assez peu de compte de ces chiffres, et se demande combien de ces enfans arriveront à l'âge de leur mère. Mais s'agit-il ici d'autre chose que de faire vivre d'abord; ce qui adviendra ensuite est-il de notre compétence?

Si l'on ajoute aux chances de vie indiquées pour l'enfant, celle de 30 p. 0/0 pour la mère, l'opération césarienne, pratiquée en temps opportun, peut-être même, en certains cas, avant le terme normal de la grossesse, pourra ne pas mériter tous les reproches dont on se plaît à l'accabler. Et si l'on considère, en outre, qu'il sera quelquefois possible de l'éviter, en recourant à l'accouchement prématuré artificiel, ne sera-t-il pas permis de conclure de cet ensemble de circonstances, que, médicalement parlant, et en dehors de toute considération d'un autre ordre, l'expectation, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, n'est pas déjà, en général, un si mauvais parti à prendre?

Enfin, l'avortement provoqué, qui tue le fœtus, est-il absolument sans danger pour la mère? Connaît-on la statistique de ces sortes d'opérations? Les hommes spéciaux pourront peut-être assigner des proportions de maladies graves et de morts, à la suite des avortemens morbides ou déterminés par des causes traumatiques diverses, accidentelles; mais sont-ils également à même de nous dire combien d'infortunées succombent à la suite de manœuvres clandestines et criminelles dont elles n'osent faire la confidence à personne? Je ne serais pas étonné que le nombre et la gravité de ces conséquences de l'avortement provoqué ne fût assez considérable pour atténuer sensiblement, relativement à la mère, les avantages d'innocuité qu'on lui attribue.

J'ai déjà indiqué les dangers qu'on peut entrevoir derrière l'approbation accordée à l'avortement obstétrical. Si cette pratique recevait notre sanction, elle s'étendrait inévitablement; l'abus succéderait à l'usage, et bientôt vous seriez exposés à voir se produire, dans cette enceinte ou ailleurs, des procédés et des instrumens destinés à la rendre plus facile, plus sûre, plus innocente, ne laissant, surtout à sa suite, aucune trace. On est, de nos jours, si ingénieux! Ces instrumens et ces procédés pourraient-ils ensuite ne pas fournir des armes redoutables à des mains perverses, et à être employés pour des avortemens criminels devenant alors plus difficiles à constater?

Que l'Académie, fidèle à ses traditions et protectrice attentive des intérêts de la société comme de la dignité de l'art, se garde d'ouvrir cette voie funeste. Ce qui est bien plus dans son rôle, c'est d'insister, par son autorité, près des familles sur les dangers attachés au mariage de jeunes personnes mal conformées; c'est peut-être d'appeler l'attention des magistrats sur ces dangers et de leur demander s'il ne serait pas possible de faire peser quelque responsabilité sur les parens qui auraient laissé contracter des unions, desquelles seraient résultés des accidens graves ou même la mort, par suite de vices de conformation dûment constatés. Quelle difficulté considérable y aurait-il à ce que la mère de famille, ou tout autre ayant droit, fût astreint, avant de marier une fille rachitique, à consulter un médecin pour s'assurer si cette fille est dans le cas de devenir mère sans risque manifeste de la vie pour elle et pour son enfant?

Un médecin des plus judicieux, dont la science déplore la perte récente, Dezeimeris, avait jugé nécessaire pour autoriser la pratique de l'accouchement prématuré, de faire nominativement excepter cette opération des cas prévus par l'article 317 du Code pénal. Si cette disposition pouvait paraître utile pour légitimer une opération pratiquée dans le but de conserver la mère et l'enfant, combien, à plus forte raison, doit-elle être réclamée lorsqu'il s'agit d'une autre opération qui tue nécessairement le fœtus et n'est pas absolument sans danger pour la mère? Loin de penser comme un de nos collègues, dont les opinions et les paroles sont empreintes de tant de réserve, et exercent dans cette enceinte comme au dehors une autorité si bien justifiée; loin de penser, dis-je, comme M. Dubois, que cette précaution est superflue parce que les interdictions de la loi ne sauraient s'appliquer à la provocation de l'avortement dans l'exercice régulier de notre art, je pense, au contraire, qu'elle est indispensable. A côté de l'exercice régulier de l'art comme à côté de toute action faite à bonne intention, se rencontre presque toujours l'action analogue exécutée dans un but criminel. Et alors comment les distinguer? De même que l'homme qui a eu le malheur de donner la mort à son semblable dans des circonstances qui comportent l'excuse, est tenu de se présenter devant le magistrat pour éviter toute poursuite; de même je voudrais que l'accoucheur qui a cru absolument nécessaire de provoquer l'avortement fût obligé d'en faire la déclaration dans un délai déterminé, sous peine d'être accusé d'avortement clandestin et par conséquent criminel.

Bien entendu que ce ne sont ici que des vœux personnels, sur lesquels je n'ose demander que l'Académie se prononce, mais que j'exprime, espérant que livrés à la publicité, ils pourront être pris en considération.

Préoccupé de la conservation des principes, et bien autrement ému, au point de vue de la sécurité publique, des dangers qui peuvent résulter de l'abus de la pratique autorisée de l'avortement obstétrical, que des quelques cas rares auxquels il semble appréciable, je serais porté à vous proposer une désapprobation formelle de cette opération. Mais un jugement aussi sévère, aussi absolu, aurait le double inconvénient, de jeter un blâme indirect et immérité sur des praticiens étrangers et français, qui font autorité à juste titre, et de poser un obstacle susceptible d'empêcher, dans certaines circonstances que toute la prudence humaine ne peut prévoir, les accoucheurs d'user utilement de la plénitude des ressources de l'art.

En nous abstenant, au contraire, de toute approbation ou désapprobation formelle, et en abandonnant la solution de la question à la conscience individuelle des accoucheurs, nous restons dans la réserve qui nous appartient, n'enchaînant pas l'avenir, n'anticipant sur aucun droit, et imprimant à la pratique d'autant plus de circonspection que nous laissons aux hommes de l'art toute la responsabilité de leurs actes.

J'ai, en conséquence, l'honneur de proposer à l'Académie la réponse suivante à la question soulevée par M. le docteur Lenoir :

Considérant qu'il serait dangereux d'émettre un jugement quelconque sur l'avortement provoqué, et en vue de conserver la vie gravement menacée de la mère, l'Académie, ne délibère pas sur la septième conclusion scientifique du rapport, abandonne à la conscience individuelle des praticiens l'appréciation des cas qui peuvent paraître nécessiter cette opération, et la responsabilité de la conduite qu'ils croiront devoir adopter en conséquence.

Quant aux autres conclusions, je me rallie à celles qui consistent adresser des remercîmens à M. le docteur Lenoir, et à déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

M. Cazeaux : Messieurs, j'avais demandé la parole à la fin de la dernière séance pour répondre à l'excellent discours de M. Danyau, et je pensais, en montant aujourd'hui à cette tribune, n'avoir à m'occuper que de l'argumentation dirigée par notre honorable confrère contre la seconde partie du rapport de la commission. Mais l'importance du discours que vous venez d'entendre, la haute et légitime autorité qu'exerce sur l'Académie la parole de M. Bégin, me font un devoir de chercher à détruire de suite l'impression qu'il a produite.

Notre très honorable collègue s'est, dès le début, posé en adversaire de la commission. Nous avons cherché à prouver l'opportunité, la moralité, l'utilité sociale de l'avortement provoqué, nous avons voulu prouver que la mère avait le droit de le demander, et, par suite, le médecin le droit de le pratiquer. M. Bégin déclare que ce droit est une usurpation et conteste la valeur des raisons sur lesquelles nous l'avons appuyé. C'est au rapporteur que revient évidemment la tâche pénible et difficile de lutter contre un si redoutable adversaire, et de maintenir intactes les conclusions du rapport.

Notre collègue a commencé par signaler les dangers que pouvait avoir la doctrine de la commission si elle était acceptée par l'Académie. Quel abus ne pourrait-on pas en faire? Limitée par nous à quelques rares exceptions, quelle extension ne prendrait pas bientôt la pratique de l'avortement, si elle recevait la sanction de la compagnie? Ne serait-ce pas mettre une arme terrible entre des mains criminelles, et l'Académie peut-elle à ce point engager sa responsabilité?

D'abord, Messieurs, la commission ne demande pas de vote à ce sujet; elle s'en est expliquée très clairement par l'organe de son rapporteur; mais comme, dans la discussion, j'ai positivement déclaré qu'à mon sens, il était de la dignité et même du devoir de l'Académie, de dire hautement son avis sur une question de nature à embarrasser parfois la conscience du praticien, je tiens à démontrer qu'un vote, quel qu'il soit, n'aurait aucun danger.

Je ne dirai rien d'un vote négatif.... Mais supposons que l'Académie déclare accepter les conclusions formulées par la commission : le danger ne peut exister que dans l'abus qu'on peut faire de ce vote, soit pour justifier un avortement que rien ne justifie, et pratiqué trop légèrement, soit pour masquer des intentions criminelles. Il n'y en pas d'autres évidemment.

Or, je vous ferai remarquer que la commission a fortement insisté et dans le corps du rapport, et d'une manière toute spéciale, dans les conclusions qui le résument, sur la nécessité pour le praticien d'appeler en consultation plusieurs confrères des plus éclairés, et de ne se décider à l'avortement qu'après une discussion sérieuse de l'état de la malade et des chances probables de l'opération. Ne trouvez-vous pas dans cette précaution, dont nous faisons une condition *sine quâ non*, une garantie suffisante contre la légèreté et l'erreur?

Et ne croyez pas, d'ailleurs, que, dans les cas dont nous nous occupons, le diagnostic précis, exact de la difformité offre la moindre difficulté. Sans doute, lorsque le bassin offre encore 8 à 10 centimètres dans son plus petit diamètre, lors même qu'il conserve encore 7 centimètres, le diagnostic, pour être sûrement établi, exige une main exercée et un praticien très éclairé; mais dans les cas de rétrécissement extrême, alors que le plus petit diamètre présente moins de 6 centim. 1/2, c'est-à-dire dans les seuls cas où l'avortement soit proposable, le praticien, le moins habitué à ce genre de recherches, constatera facilement le degré de la difformité.

Cette réunion de praticiens recommandables n'exclut-elle pas nécessairement la possibilité de tentatives coupables? Que devient devant elle la crainte de mettre une arme dangereuse entre des mains criminelles? Pouvez-vous supposer que, dans une même locatité, il se trouve trois ou quatre praticiens capables de s'entendre sur une action aussi honteuse? Messieurs, cette crainte est chimérique : les médecins, assez indignes de ce nom, pour ne pas reculer devant un avortement illicite, cherchent l'ombre et le silence: ils se garderont bien, pour justifier le crime, d'invoquer une décision académique, qui aurait fait, d'une consultation, un précepte absolu. Et, d'ailleurs, les malheureux qui se livrent à cette honteuse et criminelle industrie, s'inquiètent bien peu en vérité de ce que pense l'Académie. Que leur importe votre opinion? Ne braventils pas journellement les prescriptions si terribles du Code pénal? Et quand ils ne sont pas arrêtés par la crainte du bagne, croyez-vous qu'ils prennent souci de vos décisions?

Croyez-moi, Monsieur Bégin, cette crainte vivement exprimée par votre âme honnête, n'est malheureusement pas fondée, et quoi que fasse la compagnie, qu'elle se prononce pour ou contre la légitimité de l'avortement provoqué, ou qu'elle s'abstienne d'exprimer une opinion, le nombre des avortemens criminels n'en sera ni plus, ni moins considérable.

Mais je ne me contente pas de dire qu'un vote serait sans danger, j'ajoute qu'une décision de notre part serait très utile. Non certes au criminel, je viens de le démontrer, mais au praticien honnête et consciencieux.

Supposez, en effet, trois médecins réunis auprès d'une pauvre femme qui doit nécessairement choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne : tous trois seraient disposés à sacrifier l'enfant au salut de la mère : mais se présentent à leur esprit les articles du Code civil et les poursuites auxquelles peut les exposer un magistrat trop esclave de la lettre de la loi; mais se dressent comme un fantôme les préceptes religieux encore si diversement interprétés; mais ils se rappellent enfin que l'Académie consultée n'a pas osé se prononcer, et effrayés par l'immense responsabilité qui pèse sur eux, ils reculeront devant une opération que, dans leur âme et conscience, ils considèrent comme la plus avantageuse. Ne pensez-vous pas qu'ils agiraient autrement, s'ils pouvaient opposer aux tracasseries injustes d'un magistrat la grande autorité de l'Académie; s'ils pouvaient dire : Le premier corps médical de France, après avoir sérieusement étudié la question, s'est prononcé en faveur d'une opération que nous, nous avons considérée aussi comme la plus avantageuse dans ce cas particulier. Vous voyez bien, Messieurs, par cet exemple, qu'une décision prise par vous pourrait avoir une grande utilité, et je crois avoir démontré qu'elle n'avait aucun danger.

Notre honorable collègue a déclaré qu'en présence de la question si nette posée par M. Lenoir, il ne concevait pas l'abstention de M. le rapporteur.

Je lui ferai remarquer que la commission ne s'est pas abstenue. Elle a étudié la question avec tout le soin dont elle était capable, et a nettement formulé son opinion dans les propositions qui terminent son travail. Je n'en veux d'autres preuves que les efforts que vient de faire M. Bégin pour combattre cette opinion et les raisons sur lesquelles nous avons cru pouvoir la fonder.

Mais nous n'avons pas voulu aller plus loin, et pour laisser à l'Académie toute sa liberté d'action, nous avons complétement séparé les propositions scientifiques qui résument le rapport des conclusions qui ont pour but d'exprimer l'opinion de l'Académie sur la valeur du mémoire de notre savant confrère.

Avons-nous été trop réservés. Cela est possible, mais certes M. Bégin, moins que personne, a le droit de nous en blâmer, lui qui regarde comme dangereuse toute réponse faite par l'Académie.

Notre collègue nous reproche d'avoir déplacé la question et d'avoir oublié l'avortement pour discuter sur les avantages relatifs de l'embryotomie et de l'opération césarienne.

Nous avons, en effet, envisagé le fœticide d'une manière générale pour résoudre plus facilement la question qui nous était posée. Si nous avons démontré que, placée entre la cruelle alternative de l'embryotomie et de l'opération césarienne, la mère a le droit de se refuser à cette dernière, si nous avions *prouvé* que ce droit serait complétement illusoire, si elle ne pouvait le transmettre au médecin, il est incontestable que celui-ci peut dans certaines circonstances procéder à la mutilation du fœtus.

Or, admettre cela, c'est admettre implicitement la légitimité de l'avortement. Personne n'ignore, en effet, qu'en général, l'avortement provoqué par des mains habiles et prudentes n'offre que très peu de dangers, tandis que l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse présente les difficultés les plus sérieuses. Ces difficultés, dans les rétrécissemens très prononcés du bassin, sont telles, que la vie de la mère est toujours gravement compromise par cette opération, et que à cinq centimètres, par exemple, ou au-dessous, elle est plus sûrement mortelle que l'hystérotomie. Si bien que pour le plus grand nombre de praticiens la mort du fœtus elle-même, n'est pas dans des cas une contre-indication formelle à l'opération césarienne; celle-ci étant moins dangereuse pour la mère que l'extraction du cadavre mutilé.

Si ces dangers sont réels, et j'affirme à M. Bégin qu'ils sont incontestables, n'est-il pas préférable, le sacrifice de l'enfant étant décidé, de céder aux instances de la mère qui, décidée à ne pas se soumettre à l'opération césarienne vient nous demander de la faire avorter.

Mais continue notre collègue, l'homicide n'est permis dans aucun cas, il est condamné par toutes les lois divines et humaines. Le sixième commandement est absolu, et vous avez faussé le sens, très explicite pourtant des articles du Code pénal par des rapprochemens spécieux, mais évidemment forcés.

Je commence par déclarer que, pour moi comme pour M. Bégin, il n'y a que peu de différence à établir entre la valeur intrinsèque du fœtus de trois mois et celle de l'enfant nouveau-né, et que, pratiqué sans utilité absolue, le fœticide est aussi coupable que l'homicide.

Mais avons-nous eu tort de donner aux textes bibliques un sens moins absolu que nos adversaires? Avons-nous eu tort surtout de les introduire dans la discussion?

Lorsque vous m'avez fait l'honneur, Messieurs, de me charger de l'examen de cette question, j'avais une opinion arrêtée depuis longtemps, et toute ma préoccupation a été de faire passer dans vos esprits la conviction qui était dans le mien. Je me suis donc demandé quelles objections on pouvait me faire, et j'ai immédiatement compris que ces objections pouvaient être religieuses, médico-légales et sociales. J'ai cru devoir répondre à toutes.

Le *non occides* si souvent invoqué par les théologiens, et sur lequel M. Bégin lui même ne dédaigne pas de s'appuyer, a-t-il donc un sens aussi absolu qu'on veut bien le dire? Je ne l'ai pas pensé et j'ai cru que je n'avais rien de mieux à faire pour justifier mon opinion que de rappeler les meurtres nombreux dont la Bible fourmille, meurtres qui, non seulement n'ont pas attiré sur leurs auteurs la colère céleste, mais encore ont été récompensés comme des actions héroïques et saintes.

Pour combattre cet axiome : qu'il ne faut jamais faire un mal pour obtenir un bien, j'ai cité ces guerres nombreuses, légitimées par le pouvoir spirituel lui-même, et ces exécutions capitales que la justice ordonne et que la société tolère pour se prémunir contre de nouvelles agressions.

Je ne vois pas ce que M. Bégin trouve là de blâmable ou d'illogique.

Il en est de même de l'interprétation qu'avec M. P. Dubois, j'ai donné à l'art. 317 du Code pénal. M. Bégin trouve plus spécieux que justes les rapprochemens que nous avons faits à ce sujet. Qu'il me permette de lui dire qu'il ne nous a pas compris. Il ne s'agissait pas pour nous d'assimiler, comme il semble le croire, la castration à l'avortement provoqué, et nous avions compris toutes les différences qui distinguent ces deux opérations; mais nous ne les avons rapprochées et comparées qu'au point de vue de leur interdiction légale. Le Code pénal défend la castration uniquement, simplement, sans commentaires. Il ne distingue en aucune façon la castration criminelle de la castration chirurgicale, et si vous supposez celle-ci encore inconnue et proposée pour la première fois, vous comprendrez peut-être qu'on recule devant la lettre de la loi. On comprend au moins la possibilité d'une enquête judiciaire.

Eh bien! il en est absolument ainsi de l'avortement. Le code ne fait aucune distinction. Pourquoi est-il illogique de donner à l'art. 317 le sens que vous attribuez sans hésitation à l'art. 316.

A ce propos M. Bégin nous a reproché d'avoir cité l'exemple de l'Angleterre, et a presque contesté l'exactitude de nos renseignemens. La source ou je les ai puisés ne permet guère d'en contester l'exactitude et je ne crains pas de la garantir. Mais fussent-ils exacts, ajoute-t-il, je ne vois pas à quoi ils peuvent servir dans la question.

J'en demande bien pardon à notre honorable collègue, mais dans une question d'application morale et d'interprétation de textes religieux, je crois qu'il n'est pas indifférent de pouvoir s'appuyer sur l'opinion d'un des peuples les plus moraux et les plus religieux, parmi les nations civilisées.

Le fœticide dans aucun cas n'est permis, c'est dites-vous, un acte immoral et qui blesse tous les sentimens humains. Non Monsieur, et j'en appelle de M. Bégin philosophant tranquillement dans son cabinet à M. Bégin, placé auprès de sa femme en travail et ayant à choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne. Je lui rappellerai cet épisode terrible que tout dernièrement encore nous racontait notre savant secrétaire perpétuel.

Un grand événement allait s'accomplir. La France attendait avec impatience la naissance de cet enfant qui devait consolider sa gloire et peut-être changer les destinées de l'Europe. L'Empereur touchait enfin à ce moment tant désiré qui allait fonder sa dynastie. Dubois se présente devant lui et lui témoigne quelques inquiétudes sur le résultat de l'accouchement. Aussitôt, le grand homme oublie toutes ses espérances d'avenir, et lui qui a répudié la femme de son cœur, lui qui donnerait toute sa gloire pour voir vivre cet enfant tant désiré, n'a plus qu'une pensée, ne trouve plus qu'un cri : *Sauvez la mère.* Ce cri partait du cœur, c'était le cri de la nature : l'Empereur n'était plus qu'un homme.

Faut-il enfin, pour convaincre notre honorable adversaire, lui dire qu'il n'est peut-être pas un accoucheur répandu qui n'ait entendu vingt fois ce cri retentir à ses oreilles. Toutes les fois, en effet, que nous nous trouvons en présence d'un cas grave et que nous manifestons les craintes légitimes que nous inspirent de sérieuses difficultés, quelle est la première recommandation qui nous est faite par le pauvre comme par le riche, par l'artisan et le grand seigneur : Avant tout, Monsieur, sauvez la mère. Comment expliquerez-vous que ce sentiment, que vous qualifiez d'inhumain, se retrouve toujours pourtant dans le cœur de l'homme.

Non seulement, dit M. Bégin, le fœticide n'est permis dans aucun cas, mais dans le cas particulier cité par M. Lenoir, il me répugne et me fait horreur. Je n'ai plus aucune pitié pour cette malheureuse qui, trois fois enceinte, vient demander trois fois le sacrifice de son enfant.

Nous comprenons, Messieurs, toutes les répugnances de M. Bégin; nous disons plus, nous les partageons. Mais nous sommes convaincu que dans la pratique elles n'arrêteront personne. Nous l'avons déjà dit dans notre rapport, nous n'avons pas le droit de nous instituer juges de la moralité et des antécédens de la malade qui réclame notre assistance. Quels que soient ses antécédens, nous ne lui devons pas moins tous nos soins, et si vous admettez l'utilité sociale de l'avortement, nous n'avons plus qu'une question à résoudre à la seconde, à la troisième, comme à la première grossesse : la conformation de cette femme permet-elle d'espérer un enfant viable.

Vous vous demandez quelque part, Monsieur, si la commission n'a pas, à dessein, assombri le tableau; s'il est bien vrai que dans certains cas les difficultés soient aussi grandes que nous l'avons dit, et vous semblez penser que la nature ne doit jamais laisser son œuvre aussi incomplète. Hélas, Monsieur, on croit aisément ce qu'on désire, et vous avez pris ici les vœux de votre cœur pour la réalité. Mais si vous étiez aussi familiarisé avec les péripéties de la pratique obstétricale que vous l'êtes avec les drames terribles du champ de bataille, vous seriez convaincu que nous n'avons rien exagéré. Oui, il est des cas, malheureusement trop nombreux, où, courbant sous le joug de la nécessité, le praticien doit choisir entre deux vies qu'il avait mission de sauver toutes deux, et si vous aviez éprouvé les angoisses qui torturent alors le cœur de l'honnête homme, vous auriez peut-être un peu plus d'indulgence pour celui qui se décide à l'embryotomie.

Mais, a dit M. Bégin, pourquoi se presser de faire avorter la femme? Pourquoi désespérer si tôt des ressources de la nature? Êtes-vous bien sûr de votre diagnostic? N'est-il pas possible que les articulations pelviennes ramollies, permettent, au moment de l'accouchement, un agrandissement du canal pelvien, suffisant pour laisser passer un enfant d'un petit volume? Pourquoi, enfin, ne pas compter un peu sur la possibilité de l'accouchement prématuré?

Messieurs, toutes ces illusions sont permises dans certaines conditions, alors, par exemple, que le bassin offre de 7 à 9 centimètres dans son plus petit diamètre; mais, dans les cas extrêmes qui nous occupent, il n'y a plus d'espoir possible. De 5 à 6 centimètres ou au-dessous, nous l'avons déjà dit, une erreur de diagnostic n'est pas supposable, et à moins de compter sur une exception presque impossible, l'enfant viable ne pourra traverser les voies rétrécies du bassin.

Quant à l'accouchement prématuré, ce serait folie que d'espérer en lui. La provocation de l'accouchement avant terme nécessite, pour être pratiqué avec succès, des dimensions bien supérieures; et tous les accoucheurs savent très bien qu'il serait insensé de vouloir la tenter au-dessous de 6 centimètres 1/2. Je n'insisterai donc pas davantage sur ce point.

Pour légitimer la préférence que nous accordions à l'embryotomie, et par suite à l'avortement, nous avons fait remarquer qu'en ne considérant que la question du chiffre, l'avantage restait encore à cette opération. Ce ne sont pas, avons-nous dit, les résultats immédiats de l'hystérotomie, mais les résultats éloignés qu'il faut envisager. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle tue trois femmes sur quatre, et qu'en supposant, ce qui n'est pas exact, tous les enfans vivans au moment de leur naissance, vous n'en verrez pas 40 sur 100 atteindre l'âge auquel vous avez sacrifié la mère.

Cette considération a paru puérile à M. Bégin; nous lui demandons la permission de lui reconnaître encore une grande valeur, car une femme qui meurt à 30 ans, était arrivée à cet âge où elle peut rendre à la société et à la famille tous les services qu'elle en a reçus, payer enfin la dette qu'elle a contractée, tandis que le nouveau-né imposera pendant longtemps encore de nombreux sacrifices à la société et à la famille, auxquelles bien probablement sa mort prématurée le forcera à faire banqueroute.

Notre honorable confrère a fait valoir un argument que j'avais oublié de mentionner dans mon rapport. En comparant les dangers de l'avortement et ceux de l'hystérotomie, je n'avais pas mentionné les conséquences possibles de l'avortement. Je m'empresse de reconnaître la justesse de son observation. Toutefois, il ne faut pas s'en exagérer l'importance. Si, en effet, l'avortement illicite est souvent dangereux pour la mère, c'est qu'il est souvent provoqué par des mains maladroites, et que la pensée du crime rend plus maladroites encore. C'est qu'enfin les malheureuses qui s'y soumettent ne prennent, le plus souvent, aucune des précautions les plus indispensables. Je crois pouvoir assurer que, pratiqué dans des conditions favorables et par un homme prudent et sage, il sera, dans la majorité des cas, complètement innocent.

Ajoutez que les femmes mal conformées jouissent, en général, d'une bonne santé, ce qui contribue encore au succès de l'opération. Il est en effet, sous ce rapport, une distinction très importante à faire, distinction sur laquelle je reviendrai en répondant à M. Danyau, c'est que l'avortement qui survient spontanément ou qui est provoqué dans le cours d'une maladie aiguë, ou chez une femme épuisée par une affection chronique ou des vomissemens incoërcibles, offre une gravité beaucoup plus grande que celui qui survient chez un individu bien portant.

Que l'Académie, a dit en terminant notre collègue, se garde donc d'adopter les propositions de la commission. Elle a une autre mission à remplir, mission bien plus élevée et plus conforme à sa dignité. Au lieu d'encourager par un semblable arrêt les femmes rachitiques à faire des enfans, qu'elle éveille la sollicitude des mères de famille, et qu'elle les avertisse des dangers auxquels elles exposent leurs filles contrefaites, en les mariant sans avoir préalablement pris l'avis des hommes de l'art. Sur ce point nous sommes complètement de l'avis de l'honorable M. Bégin, et nous nous associons de tout cœur au vœu qu'il vient de former, mais qu'il nous permette de lui faire observer qu'à son tour il déplace la question. Nous n'avions pas à parler des moyens préventifs, mais bien des moyens curatifs. Privez, s'il est possible, et je crois que vous aurez de la peine, les filles rachitiques des rapprochemens sexuels, rien de mieux, mais quand le mal existe, il ne peut plus être question que de chercher le meilleur remède.

Enfin notre honorable confrère, prévoyant qu'à la rigueur un cas peut se rencontrer où l'avortement deviendra une nécessité, impose au médecin non pas seulement l'obligation d'une consultation, mais encore l'intervention de l'autorité civile. Nous avouons, Messieurs, avoir eu la même pensée, mais après y avoir mûrement réfléchi, nous n'avons pas voulu la consigner dans notre rapport. Il nous a semblé, en effet, qu'il y avait quelque chose de blessant pour notre dignité, à faire intervenir dans une discussion purement médicale une autorité étrangère, et

nous croyons trouver dans notre conscience et dans les conseils éclairés de nos confrères une garantie suffisante pour nous dispenser de recourir à un commissaire de police.

J'ai essayé de faire une réponse aux principales objections formulées par M. Bégin. Je ne me dissimule pas tout ce que celle-ci a d'incomplet, et je reconnais que le remarquable discours de notre collègue méritait mieux qu'une réfutation improvisée; mais l'Académie et M. Bégin lui-même me tiendront compte j'espère, des obligations imposées au rapporteur.

Je vous demande la permission de renvoyer à la séance prochaine la réponse que je voulais faire à la remarquable argumentation de M. Danyau.

M. Chailly-Honoré : Messieurs, si je prends la parole dans cette discussion, ce n'est pas pour chercher à forcer vos convictions, ni pour tâcher d'obtenir de l'Académie un vote favorable à la question, mais dans le but de combattre les propositions qui vous ont été soumises à l'égard du travail de M. Lenoir, et aussi pour relever certaines inexactitudes, certains principes qui se sont glissés dans l'argumentation de quelques-uns des honorables membres qui ont déjà pris la parole sur cette grave question.

M. Lenoir, par une de ces courageuses initiatives que l'Académie ne saurait trop accueillir, a soumis à la compagnie une question des plus importantes : *Doit-on, dans les rétrécissemens extrêmes du bassin, qui ne laisseraient de recours que dans l'opération césarienne à terme, pratiquer l'accouchement avant le terme de la viabilité pendant la grossesse?*

M. Cazeaux, dans son remarquable rapport, a établi, d'une manière incontestable, combien l'accouchement provoqué avant terme devait être préféré à l'opération césarienne.

M. P. Dubois s'est depuis longtemps prononcé dans le même sens, cependant avec quelques légères restrictions.

M. Danyau a suivi l'exemple du savant professeur de la Clinique, il admet aussi quelques restrictions sur lesquelles je vais m'expliquer :

En présence de cette adhésion de tous les orateurs que vous avez entendus, vous accepteriez le vote qu'on vous propose !

Adresser des remercîmens à l'auteur et déposer simplement son mémoire dans les archives.

C'est-à-dire, annuler ce travail remarquable.

En vérité, Messieurs, l'Académie nationale de médecine de France ne serait ni juste envers M. Lenoir, ni encourageante pour les savans qui soumettent leurs travaux à son appréciation, si elle n'accueillait pas mieux un travail de cette importance.

Rappelez-vous, Messieurs, ce qui s'est passé dans cette enceinte à l'occasion de l'accouchement prématuré artificiel, cette si belle conquête de l'art sur la routine et le préjugé, qui, aujourd'hui, ne rencontre plus d'obstacle que de la part de quelques esprits faux; l'Académie, cependant, l'a rejetée, et ce n'est qu'après que nos voisins ont joui pendant longues années de cet inappréciable bienfait, que l'accouchement prématuré a pu pénétrer en France, furtivement, par le pont de Kelh, et, vous le savez, c'est le chemin que prennent, pour pénétrer en France, presque toutes les heureuses innovations dans l'art obstétrical.

Dans l'examen que je vais faire des argumens qui vous ont été soumis, je laisserai de côté la question de l'avortement dans les cas de vomissemens incoërcibles; elle a encore besoin d'être étudiée, et nous ne possédons pas de faits assez nombreux pour l'éclairer.

Mais, quant à cette partie de la question qui se rapporte à l'expulsion du produit, provoquée avant le terme de la viabilité, dans le but de soustraire la femme à la mort presque certaine qu'elle trouve dans l'opération césarienne, ici les faits sont loin de manquer, et la question peut et doit être nettement tranchée. Aussi, je ne comprends pas l'opposition de MM. Dubois et Danyau aux conclusions de notre honorable rapporteur. Que vous a dit M. Dubois, qu'il avait pratiqué l'avortement; qu'il avait consacré cette pratique par ses publications, par son enseignement; que l'opération césarienne ne réussissait jamais à Paris. Et, cependant, que lit-on dans sa lettre à l'Union Médicale? Cette phrase : *On ne peut pas dire que ce soit un devoir de préférer l'avortement à l'opération césarienne.*

Ainsi, à Paris, voilà deux opérations en présence : une opération qui tue toujours, l'autre qui n'a encore tué aucune femme; et ce ne serait pas un devoir de préférer la seconde, celle qui ne tue jamais. L'Académie jugera.

Quant à M. Danyau, après avoir établi aussi que l'opération césarienne est toujours mortelle à Paris, il vous a dit : « Ne puis-je pas me trouver un jour, *à Paris même*, en présence d'un cas *évidemment* favorable, et dont il me sera peut-être permis d'*améliorer encore les conditions* à l'époque de l'opération, et pourquoi me serait-il interdit d'espérer que la femme sera de cet heureux quart qui survit? »

J'avoue que je ne comprends pas quelles peuvent être les conditions *si évidemment favorables*. Pour moi, j'ai la conviction intime que ces conditions, à Paris, seront toujours les mêmes; je comprends tout aussi peu comment on pourra les améliorer, car je crois que M. Dubois n'avait rien négligé pour assurer le sort des 8 ou 10 femmes qui ont trouvé la mort dans ses mains, sous le couteau césarien; et je suis certain, qu'à moins d'un miracle, quelques précautions qu'on prenne, le résultat de cette opération, à Paris, sera presque toujours la mort.

Tout au moins M. Danyau, pour légitimer sa restriction, aurait-il dû signaler ces conditions *évidemment* favorables, et parler de celles qu'il pourrait aussi créer sur l'opérée; mais il n'en a rien fait, et pour cause.

Mais, pourront objecter nos honorables collègues, si pour Paris vous avez raison, en est-il de même de la province, où on peut sauver une femme sur cinq?

J'avoue qu'en supposant que ce chiffre soit exact, je me prononcerais encore pour l'accouchement avant le terme de la viabilité; car je préfèrerai toujours une opération qui, faite en temps convenable, ne compromet presque jamais la vie de la femme, à une opération qui la compromet sûrement quatre fois sur cinq; et cette opinion est d'autant plus fondée, que la statistique invoquée par nos honorables adversaires est fausse de tous points.

En effet, sur quels élémens s'appuie-t-elle? Sur les recueils périodiques, d'après les monographies. Eh bien! Messieurs, c'est une chose qu'on a regret à dire, mais il est bien rare que les cas malheureux soient signalés. Bien peu d'hommes ont le courage de livrer leurs insuccès à la publicité, pour l'enseignement des autres. Voilà pourquoi on lit quelquefois dans les journaux de médecine, en titre d'un article : *Opération césarienne; succès pour la mère et l'enfant.*

Et pourquoi on ne lit presque jamais : *Opération césarienne; mort de la mère.*

Et cependant, vous m'accorderez que ce dernier résultat étant bien plus fréquent que l'autre, il devrait être signalé plus fréquemment.

Comment voulez-vous, avec des documens semblables, arriver à une statistique tant soit peu exacte? Cela est impossible, et c'est cependant sur des documens de ce genre qu'est fondée en grande partie l'argumentation de nos honorables adversaires.

D'après les laborieuses recherches auxquelles je me suis livré, je serais bien plutôt tenté d'admettre 9 femmes mortes sur 10 que 4 sur 5, et même je suis convaincu que je suis encore loin de la vérité, et que si l'on pouvait parvenir à établir une statistique exacte, elle serait à faire reculer les plus intrépides partisans de l'opération césarienne. Mais supposons le chiffre de M. Danyau exact, il suffirait grandement encore à faire rejeter cette proposition qu'il a émise devant vous :

Je ne renonce pas à pratiquer l'opération césarienne dans des circonstances qui me sembleraient favorables.

C'est-à-dire je ne renonce pas à sacrifier quatre fois sur cinq la mère, qui a une famille, des intérêts, des affections, à un enfant dont l'existence est si mal assurée, qui même peut périr en naissant.

Mais au reste, Messieurs, c'est toujours ainsi que nous procédons en France, par des demi-mesures, qui, pour vouloir concilier tous les intérêts, les compromettent tous. En voulez-vous une preuve que je puise dans une autre question qui se rattache immédiatement à celle qui nous occupe.

A terme, quand le degré de viciation du bassin permettait d'opter entre le céphalotribe et l'opération césarienne, que d'efforts n'a-t-il pas fallu faire pour amener ceux-là même qui, par leur position, sont appelés à tracer le chemin aux autres, à préférer le céphalotribe.

Et quand on s'est enfin décidé à préférer cet instrument, qu'a-t-on fait encore? Pendant longtemps, par une de ces sensibilités mal raisonnées, qui ne peuvent se comprendre, on attendait que l'enfant eût succombé par suite de la prolongation du travail, avant d'oser porter sur lui les ciseaux de Smellie ou le céphalotribe. On ne tuait pas l'enfant, il est vrai, mais on le laissait mourir, ce qui revenait au même pour lui, mais ce qui était bien différent pour la mère; car quelques-uns de ces malheureux enfans résistaient pendant de longues heures, pendant même de longs jours, aux efforts de contraction de l'utérus, et quand enfin ils avaient succombé et qu'on se décidait à agir sur eux, la mère, exténuée par cette prolongation insolite du travail, succombait quelques heures après l'opération ou même dans les mains de l'opérateur.

Il n'a fallu rien moins que l'assistance de M. Velpeau pendant plusieurs années, que celle que j'ai mise aussi à stygmatiser une semblable manière d'agir, pour qu'enfin ceux-là dont la mission, je le répète, est d'enseigner aux autres, se décidassent à mettre de côté cette sensibilité si mal entendue, et pour qu'ils osassent agir en temps utile avant l'épuisement de la mère, l'enfant fût-il encore vivant.

Eh bien! messieurs, les raisons qu'on allègue aujourd'hui pour annihiler le travail de M. Lenoir, ne me semblent pas meilleures que celles qu'on alléguait pour donner la préférence à l'opération césarienne; dans les cas où le céphalotrbie aurait permis de sauver la mère, et pour légitimer cette fausse sensibilité qui ne permettait d'agir que sur la mère déjà épuisée, expirante.

En effet, que propose M. Lenoir, de sacrifier pendant la grossesse l'enfant à la mère, quand, à terme, on n'aurait d'autre moyen d'agir que par l'opération césarienne.

Il propose de faire pendant la grossesse ce que tous maintenant nous faisons à terme, dans les cas qui le permettent, c'est-à-dire, de sacrifier l'enfant à la mère, et notez qu'à terme ce sacrifice est bien autrement pénible que lorsque le produit est à peine formé; et, cependant, on est bien obligé de se résoudre à ce sacrifice indispensable!

M. Lenoir propose à la sanction de l'Académie, une opération que M. Dubois a pratiquée, qu'il a préconisée dans ses écrits et dans ses leçons, dont M. Cazeaux vous a fait valoir toute la supériorité dans son remarquable travail.

Aussi, ou l'opération doit être rejetée ou elle doit être acceptée. Si elle doit être rejetée, n'en parlons plus. Mais tous l'acceptent, la pratiquent; et cependant tous craignent de sanctionner une pratique qui est la leur, par un vote favorable à M. Lenoir.

L'honorable M. Gauthier de Claubry (le chimiste) vous a donné l'exemple, il vous a prouvé qu'on pouvait, sans être accoucheur, avoir un avis dans une semblable question.

En effet, il suffit d'être mari, ou père d'une jeune femme, et de ne vouloir faire aux autres que ce qu'on voudrait qui fût fait à votre égard, pour pouvoir se prononcer dans cette question, surtout après les éclaircissemens que nos adversaires mêmes, se sont chargés de donner à l'Académie, et quel est celui de nous qui, placé dans cette cruelle alternative, ou de voir sacrifier sa femme, sa fille, ou un produit à peine développé, oserait hésiter? Aucun de nous assurément. Faisons donc pour les autres ce que nous voudrions qu'on fît pour nous-même.

Qu'il ne soit pas dit que l'Académie de Paris vient encore d'annuler, comme cela a eu lieu si souvent, un travail de cette importance.

En conséquence, j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie une proposition qui n'engage en rien sa responsabilité, mais qui lui fait rendre au travail de M. Lenoir l'honneur qu'il mérite.

Voici la proposition : adresser des remercîmens à M. Lenoir et renvoyer son remarquable travail au comité de publication.

La discussion est continuée à la prochaine séance.

M. Maisonneuve fait une communication dont le défaut d'espace nous oblige à renvoyer le compte-rendu au prochain numéro.

La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

La séance publique de l'Académie des sciences aura lieu lundi prochain, 22 mars.

M. Flourens, secrétaire perpétuel, y lira l'éloge historique du célèbre naturaliste, M. Geoffroy Saint-Hilaire.

— La question de l'organisation de la médecine militaire est de nouveau à l'ordre du jour. On annonce un prochain décret sur ce sujet.

Épidémies. — Une maladie contagieuse, la variole, sévit avec beaucoup d'intensité à Mirebeau (Côte-d'Or). Plusieurs individus, jeunes encore, ont déjà succombé à ce mal violent; et la terreur serait si grande, dit un journal d'Auxerre, que les malades ne trouveraient personne pour les assister.

— On lit dans le *Mémorial de l'Allier* :

« L'épidémie qui sévissait dans la commune de Pouzy-Mésangy, et qui, dans ces derniers temps, avait semblé disparaître, est venu de nouveau affliger nos populations.

» La maladie se déclare par des crampes et des douleurs générales. Surviennent ensuite des maux de tête et bientôt le délire. Ordininairement le malade succombe au bout de deux ou trois jours.

» Nous apprenons que l'autorité vient d'envoyer sur les lieux des hommes de l'art pour étudier la marche et les symptômes de cette épidémie. »

Le gérant, Richelot.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FELIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 31. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 20 Mars 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. .... 40 Fr.

6 Mois. 20

3 Mois. 10

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CONSULTATION MÉDICALE.

Saucergues (Cher), mars 1852.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de réclamer de nouveau les conseils du comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE, pour une affection d'yeux que je ne saurais vraiment comment caractériser, attendu que trois célèbres oculistes de la capitale, consultés l'année dernière par la malade, ont porté chacun un diagnostic différent, quoique au fond ils soient tombés d'accord sur le traitement. L'affection pour laquelle j'invoque vos lumières a été consécutive à une maladie nerveuse que je crois utile de relater ici dans le but d'éclairer le comité sur les antécédens de la malade. Pour moi, d'ailleurs, l'affection d'yeux en question n'est que le résultat de la névropathie dont fut atteinte primitivement la malade. En voici succinctement l'observation.

Mme M... est âgée de 25 ans, d'un tempérament nerveux, d'une bonne constitution, mais sujette à *une constipation nerveuse* dès son enfance, et à *un rhumatisme musculaire*. Mère d'un seul enfant. Depuis deux ou trois mois (c'était en 1849), les digestions étaient devenues lentes et laborieuses, lorsqu'elle fut prise, un matin, de coliques sourdes bientôt suivies de diarrhée, d'envies de vomir, le tout accompagné d'un état fébrile assez prononcé. Au bout de quelques jours, tous ces phénomènes disparurent, la malade se crut guérie. Huit jours après, des accidens analogues se manifestèrent, caractérisés surtout par des frissons, des nausées, des étouffemens, de la cardialgie, des baillemens fréquens et un malaise indéfinissable dans les jambes. Pouls lent, sensation de la boule hystérique partant du bas-ventre et remontant à la poitrine, de là l'oppression et les nausées. Cette seconde crise fut plus longue et plus violente que la première; elle fut précédée, comme elle, de coliques et de selles liquides. Dix jours après, elle eut une troisième attaque d'une violence extraordinaire. Depuis, les jambes furent toujours douloureuses, les digestions longues et pénibles. Cependant elle allait mieux et conservait de l'appétit. Quelques jours après cette troisième attaque, un léger excès de table réveilla tous les symptômes précédemment décrits et détermina surtout de la pesanteur de tête, de violens élancemens dans le cerveau et un état de prostration extrême. Les jours suivans se passèrent dans des alternatives de mieux et de pire. Enfin, le 16 août, elle eut, au milieu de la nuit, une nouvelle crise, c'était la quatrième depuis six semaines. Dans la nuit du 19 au 20 du même mois, cinquième crise très violente. Le 28, teinte chlorotique de la face, bruit de souffle dans la carotide droite; disparition de ces phénomènes sous l'influence des pilules toniques et antispasmodiques, et des affusions d'eau froide. Le 12 septembre, à la suite d'une frayeur, nouvelle attaque, mais légère. Les 15, 16, 17, 18 septembre, 6 et 24 octobre, de nouvelles crises de moins en moins intenses. Enfin, le 4 novembre, il en survint encore une très légère, ce fut la dernière; depuis, la malade a complètement recouvré la santé.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Ce n'était pas là, à proprement parler, de l'hystérie, car la malade n'a jamais eu de convulsions; ce n'était pas non plus de la gastralgie, car il n'y a jamais eu ni vomissemens ni douleurs à l'épigastre; ce n'était pas non plus de la chlorose, car les règles ont toujours paru régulièrement et le bruit de souffle passager perçu dans la carotide droite a été évidemment le résultat et non la cause de la maladie.

On pourrait, pour satisfaire son esprit, appeler cet état *hystéricisme*, mais ce mot a été inventé pour dissimuler, en beaucoup de circonstances, notre ignorance.

Quoi qu'il en soit, un régime tonique, les ferrugineux, les distractions et surtout, au dire de la malade, les affusions froides, triomphèrent de la maladie et ramenèrent l'organisme à son type régulier.

Je croyais que tout était fini; mais hélas! il n'en était rien. Quelque temps après la guérison de cette névrose, la vue de la malade commença à s'affaiblir; elle voyait des nuages et des corpuscules bruns voltiger devant ses yeux; puis, aussitôt qu'elle fixait un objet, *elle se croisait*, c'est-à-dire qu'elle louchait et voyait, dès lors d'une manière confuse. Cet état augmentant toujours, dix-huit mois après, environ, elle alla à Paris en mai 1851, consulter trois oculistes, chacun porta, comme je l'ai dit, un diagnostic différent. Le premier diagnostiqua *un retrait du corps vitré*, suite d'un état subchlorotique, et prescrivit le fer réduit par l'hydrogène. Le second diagnostiqua *une ambliopie* consécutive à une névrose cérébrale et *une myodopsie* passant à droite *à la scotomie*, et prescrivit également les ferrugineux, en outre des bains tièdes de plus en plus frais, les antispasmodiques, l'arnica, la valériane, les frictions sur les tempes avec un liniment composé d'éther sulfurique et d'essence de lavende, etc., etc. Pour le troisième, enfin, cet état tenait à *l'opacité de quelques points de l'humeur de Morgagni*, et il conseilla les ferrugineux et les douches froides sur les yeux.

Aujourd'hui, la malade se trouve dans l'état suivant : je ferai d'abord remarquer qu'elle a toujours eu la vue basse, que ses yeux sont bleus, assez grands; les pupilles se contractent parfaitement, elle voit des nuages mobiles des deux yeux, et des mouches volantes de l'œil droit seulement, attachées l'une à l'autre par un filament. Elle voit beaucoup moins bien de l'œil droit que du gauche. En même temps elle éprouve une espèce de lassitude douloureuse dans les orbites. En outre, dès qu'elle fixe un objet, elle louche presque aussitôt; la vue se croise, comme elle dit; bientôt elle devient confuse et embrouillée. Mais avant ce croisement, elle voit les objets parfaitement distincts. Le seul moyen d'empêcher ce phénomène de se produire, c'est de remuer les yeux. Je suis porté à croire que cette affection a son siége principal dans les muscles de l'œil; que cette diplopie dépend d'un *état spasmodique permanent* de ces muscles; ce qui semble le prouver, c'est qu'à première vue la malade distingue parfaitement les objets, mais à peine fixe-t-elle son regard, que le croisement a lieu.

L'état général est excellent, cependant la constipation persiste.

Telle est la position de la malade pour laquelle je réclame avec instance les conseils éclairés du comité de rédaction et des spécialistes qui en font partie, ou autres qui auraient occasion de lire cette histoire. J'ai lieu d'espérer que l'appel que je fais à vos lumières et à votre humanité ne demeurera pas sans effet; la malade attend, elle aussi, votre réponse avec la plus vive impatience.

Agréez, etc. Dr M. MACARIO.

RÉPONSE.

La première question qui se présente à l'esprit, après la lecture de cette intéressante observation, est celle-ci : Existe-t-il une connexité réelle, une filiation saisissable entre les phénomènes de ce qu'on pourrait appeler la première maladie et ceux qu'on observe aujourd'hui, bien que ces derniers retentissent sur des organes essentiellement différens? La solution de cette question, dans le sens de l'affirmative, ne serait pas difficile à établir, selon nous; mais comme cette démonstration ne pourrait se faire qu'à l'aide de considérans nombreux, fort peu profitables, d'ailleurs, à l'intéressante maladie pour laquelle nous sommes consulté, et, qu'en outre, leur énumération seule nous entraînerait bien au-delà des limites qui nous sont imposées, nous nous abstiendrons de tout commentaire à cet égard. Il nous suffira de déclarer purement et simplement que nous l'admettons dans une certaine mesure, toutefois, bien qu'un certain intervalle ait séparé la manifestation des premiers phénomènes de celle des seconds dont s'agit aujourd'hui, et que cet intervalle ait été remarquable par un retour complet à un état de santé parfaite.

Cette conviction ne résulte pas seulement pour nous d'une médication profonde sur le fait en question; elle résulte aussi et surtout de nos observations journalières.

Cette déclaration faite, nous passons immédiatement à la question du diagnostic de l'affection oculaire actuelle. Et, d'abord, nous ferons tout de suite justice de deux des diagnos-

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Il n'a jamais été autant parlé de notre Faculté de médecine que depuis quelques jours. Le décret sur l'enseignement a mis en circulation les bruits les plus nombreux et les plus divers. Le fameux *nomme et révoque* a déjà nommé et révoqué la moitié de la Faculté. Que dis-je? La Faculté tout entière a été mise en question, par les nouvellistes, bien entendu. Je passais, il y a peu de jours, sur la place de l'École-de-Médecine, quand s'approche de moi, l'œil morne et la tête baissée, un indigène de ces quartiers lointains. D'un geste plein de mélancolie et me montrant l'École :

— Dans quelques jours, s'écria-t-il, on dira : Là était le monument qui fut la Faculté de médecine.

— On veut donc démolir ce bel édifice?

— (Avec mystère et à voix basse) Il est miné, Monsieur!

— Peste! sauvons-nous! Si la mine allait.....

— C'est par métaphore, rassurez-vous.

— Je comprends; vous parlez du projet de ce brave architecte, qui, pour réaliser la *rue des Écoles*, la fait passer tout au beau milieu de l'École de médecine, coupe la Sorbonne en deux, ne laisse qu'un petit bout du Collége de France, enlève une aile de l'École de droit; de sorte qu'il fait une magnifique rue des Écoles, en supprimant les Écoles.

— C'est plus sérieux que cela, Monsieur; la Faculté est suspendue...

— De grâce, achevez!

— Suspendue... à la plume des rédacteurs de l'*Univers*.

— Diable! et ce frêle levier suffirait à si lourde besogne?

— Vous ne savez donc pas ce qui se passe? — Et là dessus mon interlocuteur, avec les plus grandes précautions et roulant ses yeux de droite et de gauche pour se mettre à l'abri d'une oreille indiscrète, me raconta tout un drame, bien noir, bien accidenté de ténébreuses machinations et conduisant au dénoûment tragique de la fermeture de l'École, de la destitution en masse de ses professeurs et de la dispersion des élèves.

— Oui, Monsieur, ajouta-t-il, l'*Univers* le veut, l'*Univers* l'exige et l'*Univers* est tout puissant.

Le *Moniteur* du lendemain, en nous apportant le décret, nous fit voir combien étaient exagérées les appréhensions de mon interlocuteur, qui, je dois le dire, n'était pas le seul à trembler sur le sort de notre Faculté. Mais si mes renseignemens sont exacts, toutes ces craintes n'ont jamais eu la moindre raison d'être.

Il n'en est pas de même des bruits qui ont couru sur la mise en retraite d'un certain nombre de professeurs (il en est jusqu'à trois que je pourrais nommer) et sur leur remplacement. Il paraît que l'affaire a été très avant engagée, et qu'elle n'a manqué, au moment décisif, que par l'hésitation d'un de ceux que l'on voulait élever aux honneurs du professorat. Il faut être très discret et très réservé sur toutes ces nouvelles, dont il est toujours fort difficile de garantir toute la vérité. Du reste, le fameux *nomme et révoque* a produit une profonde sensation dans le monde professoral. Les plus chauds adversaires du concours commencent à comprendre où les a conduits leur opposition insensée. Mais de quoi se plaindraient-ils? seraient-ils même bien venus de se plaindre? Le principe de l'autorité a sa logique : *nomme et révoque*, c'est bien fait; c'est la seule vengeance que je tire des frondeurs de nos opinions sur le concours, et de si loin que j'en aperçois un : *nomme et révoque*, lui dis-je.

M. Bérard, nommé inspecteur général des Facultés, ne pouvait pas s'inspecter lui même, et il a dû renoncer aux honneurs du décanat. C'est fort regrettable. L'aménité de son caractère, ses formes bienveillantes lui avaient conquis tous les suffrages et aplani beaucoup de difficultés. M. Bérard était aimé; et rien de facile comme le pouvoir dans cette condition. Il sera vivement regretté des professeurs et des élèves, des premiers pour lesquels il était un arbitre écouté de tous, des seconds dont il était l'ami et le conseiller.

Remplacer M. Bérard, a été un enfantement plus long et plus pénible qu'on ne le pensait. Officieusement tâté et pressenti, M. Orfila a rejeté bien loin toute idée de retour au décanat. Plusieurs ambitions se sont ouvertement manifestées. Je n'ai pas ouï dire que la Faculté ait été appelée à émettre un désir sur ce sujet. Quoi qu'il en soit, M. P. Dubois a été choisi parmi les nombreux aspirans aux honneurs du double galon. Je souhaite à M. Dubois un décanat paisible, à l'abri des orages intérieurs et des tumultes extérieurs; je lui désire la confiance et le concours de ses collègues, l'affection et le respect des élèves; je lui souhaite surtout la conception et la réalisation de quelque grande idée de progrès qui rendra mémorable son passage au pouvoir dont il est revêtu.

Le décret du 9 mars détermine les conditions faites au corps enseignant, est-il vrai qu'il doive être suivi d'un décret qui déterminera les conditions du corps enseigné? Toutes choses doivent être posées aujourd'hui avec un point d'interrogation. Les gens qui cherchent à passer pour bien informés, vous assurent que le système de l'internement et du casernement des élèves de toutes les écoles est adopté en principe, et qu'on est à l'étude des moyens d'exécution. Tout cela me paraît aussi impossible que me le paraissait la création de dix-huit Facultés de médecine nouvelles, qui devait se trouver dans le décret du 9 mars.

Ce qui paraît plus certain, c'est que nos confrères de l'armée touchent au moment de voir, nous ne dirons pas se réaliser leurs espérances, personne ne le sait, mais de lire au *Moniteur* un décret organique sur la médecine militaire. Que ce décret réponde à leurs vœux depuis si longtemps exprimés, c'est notre désir le plus sincère.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux pharmaciens qui n'attendent, qui n'espèrent aussi leur petit décret professionnel. Mais ceci est plus difficile, plus délicat et plus complexe. La rivière est plus large et plus profonde que ne le croient quelques passagers imprudens qui pourraient bien se noyer si on les laissait faire.

Rien de plus important et de plus nouveau dans notre monde médical. Nos lecteurs ont vu que nos espérances ont été trompées relativement au dégrèvement du droit de timbre. Aux yeux de l'administration, c'est un mérite, pour un journal, de paraître tard et rarement, et ce mérite doit être récompensé par l'exonération du timbre. Nous qui nous donnons beaucoup de peine, qui dépensons beaucoup d'argent pour répandre rapidement les faits et les découvertes scientifiques, qui croyons rendre quelques services de plus que les journaux à périodicité éloignée, nous méritons bien cette surcharge énorme qui nous est imposée. Nous espérons que le Prince-Président de la République, à qui les journaux de médecine viennent directement de s'adresser, ne partagera pas les opinions un peu rapaces de l'administration du timbre. C'est notre plus vif espoir que nous trouverons là justice et protection.

Amédée LATOUR.

tics déjà portés, parce qu'ils ne nous paraissent pas pouvoir supporter l'épreuve du plus léger examen. Le premier, celui qui est basé sur un *retrait du corps vitré*, ne nous semble pas soutenable un seul instant; en effet, nous ne trouvons, dans la relation des symptômes décrits par notre honoré correspondant, aucun indice qui soit de nature à faire, je ne dirai pas admettre, mais seulement soupçonner l'existence d'un pareil accident, par conséquent à porter un semblable diagnostic; nous ne nous y arrêterons pas. Nous en dirons autant du troisième, de celui fondé sur l'*opacité de quelques points de l'humeur de Morgagni;* l'examen un peu attentif des yeux, joint à la plus légère réflexion sur la nature et la variété des symptômes observés, devaient suffire pour éloigner toute idée d'une pareille altération pathologique. Nous le laisserons donc également de côté. Car disputer la valeur de ces deux diagnostics serait, à notre avis, faire du donquichottisme sans profit pour la science et sans intérêt pour notre jeune malade.

Le terrain ainsi déblayé, nous arrivons au deuxième diagnostic dont nous allons rappeler ici les termes : *amblyopie consécutive à une névrose cérébrale, myodopsie passant à droite à la scotomie*. Ce dernier, du moins, nous avons hâte de le dire, nous paraît rationnel et basé sur l'observation rigoureuse des symptômes ; aussi est-ce celui-là que nous adopterons de préférence. Seulement nous nous permettrons, cela soit dit sans aucune intention critique à l'endroit de l'érudition du confrère qui a émis ce diagnostic, nous nous permettrons, dis-je, d'apporter une légère modification dans la terminaison du mot myodopsie, parce que cette modification rendra, selon nous, le diagnostic plus précis; partant, le traitement à instituer ultérieurement plus rationnel.

Ainsi, au mot myodopsie, nous préférerions celui de myodynie, parce qu'il rend mieux compte de l'existence d'un élément auquel on n'a pas attaché, selon nous, assez d'importance dans la manifestation des premiers phénomènes morbides, et que nous le retrouvons ici dans toute sa réalité.

Je veux parler de cet élément, douleur, qui nous paraît de nature essentiellement rhumatismale, et qui se traduit en ce moment par une espèce de *lassitude douloureuse dans les orbites*.

Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis, dans un intérêt purement scientifique, de combattre en passant l'opinion de notre honoré confrère M. Macario, qui fait intervenir la contraction spasmodique *permanente* des muscles des yeux pour expliquer la diplopie et la fixité dont ces organes sont le siége. Il nous suffira, pour démontrer à notre honoré correspondant que cette explication est inadmissible, de citer ses propres paroles que voici : « Dès que la malade fixe un objet, » elle louche presque immédiatement, la vue se croise et alors » elle voit confus et embrouillé ; mais *avant ce croisement*, elle » voit les objets parfaitement distincts. Le seul moyen d'empêcher ce phénomène de se produire, c'est *de remuer les » yeux*. » La condamnation de l'explication du spasme *permanent* des muscles se trouve, selon nous, tout entière dans cette phrase, et je suis étonné que notre honoré confrère ne se soit pas aperçu de la contradiction dans laquelle il est tombé en l'écrivant. En effet, si cette fixité et cette diplopie que les anciens appelaient *suffusio multiplicans* lorsqu'elle était portée au degré que nous remarquons chez notre malade, ne sont que passagères, comme M. Macario l'observe lui-même, la contraction dont ces phénomènes sont la conséquence ne saurait être considérée comme *permanente*. Pour nous, en admettant l'influence du principe rhumatismal sur certains muscles de l'œil, influence qui ne nous paraît pas un instant douteuse, l'explication des phénomènes diplopie et fixité devient si facile et si simple, qu'il nous semble presque puéril de la démontrer. Aussi nous contenterons-nous d'une simple comparaison en disant qu'il se passe là, en quelque sorte, ce qu'on observe dans la paralysie rhumatismale des muscles d'un des côtés de la face ; état pathologique dans lequel il n'est pas nécessaire de faire intervenir la contraction spasmodique permanente des muscles du côté non paralysé pour expliquer la déformation des traits du côté opposé. J'ai dit, en quelque sorte, parce que la comparaison ne saurait être absolument et rigoureusement vraie ici. En effet, dans le cas particulier qui nous occupe, si l'entraînement de l'œil, dans un sens déterminé, n'est pas continu et incessant comme dans la paralysie habituelle de la face, cela tient à ce que l'affaiblissement des muscles chargés de faire contre-poids aux muscles normaux n'est pas porté assez haut pour faire croire à leur paralysie complète.

Mais c'est assez s'étendre sur cet objet; peut-être même avons-nous déjà abusé quelque peu de la patience de nos lecteurs. Arrivons donc à la partie capitale de la question, au traitement.

On a déjà pressenti, par ce qui vient d'être dit plus haut, que, faisant jouer un rôle assez important au rhumatisme musculaire dans la production de quelques-uns des phénomènes dont les yeux sont actuellement le siége, c'est à combattre par tous les moyens possibles cet élément morbide que doivent être employés tous nos efforts et toute notre science.

En premier lieu, nous plaçons les douches d'eau froide dont la malade s'est déjà bien trouvée, les bains de vapeurs généraux, à l'exception de la tête, par crainte de congestion vers cet organe. Puis, concurremment, nous conseillons l'usage des pilules de Lartigue, aux doses que notre honoré confrère jugera convenable, eu égard à la susceptibilité des organes de sa malade.

On fera prendre tous les soirs, au moment du coucher, une tasse de tisane de sassafras et de mélisse, additionnée de 25 à 30 gouttes d'acétate d'ammoniaque.

Si l'état du tube digestif le permet, on fera prendre de temps en temps, le matin à jeun, de 8 à 12 gouttes de teinture de semence de colchique d'automne dans un demi-verre d'eau sucrée chaude.

On pourra remplacer l'administration du colchique, dans le cas où il ne serait pas supporté, par l'usage habituel des pilules d'aloès, *autant pour combattre la constipation habituelle* chez cette malade, que pour produire une dérivation douce et incessante.

Les frictions sèches sur les membres inférieurs ou les ventouses sèches également pratiquées sur le dos et les épaules, pourraient encore venir en aide à la révulsion recherchée.

Localement, on trouvera quelque avantage dans l'emploi de la pommade suivante en onction, donnée sur les sourcils, le front ou les tempes :

R. Axonge récente. . . . . . . 30 grammes.
Cyanure de potassium. . . . 3 grammes.

F. s. a. Une pommade homogène.

On pourrait également tenter l'administration du cyanure de potassium à l'intérieur.

Si, après l'application quelque peu soutenue de ces divers moyens de traitement, aucune amélioration ne se manifestait, ce serait le cas d'y ajouter l'usage des vésicatoires volans, promenés successivement sur le front et les tempes, pansés simplement, ou saupoudrés de strychnine ou de vératrine, aux doses proportionnées à la sensibilité organique de la malade; et enfin, en dernier ressort, on procéderait à l'établissement d'un séton à la nuque.

Il est bien entendu que, pendant toute la durée du traitement, la malade devra se tenir en garde contre l'humidité et les brusques variations atmosphériques; qu'elle s'abstiendra de toute nourriture excitante et de toute occupation nécessitant l'application de la vue; qu'elle portera de la flanelle sur la peau, et sera entourée de toutes les distractions possibles.

Pronostic : La guérison de la maladie dont Mme M... est atteinte, est loin d'être rare; malheureusement cette affection est sujette à récidive. Cependant, dans ce cas en particulier, nous avons tout lieu d'espérer que, eu égard à l'âge de cette jeune femme, eu égard surtout à l'amélioration qui est survenue dans sa santé dans ces derniers temps, et à la persistance de cette amélioration, le traitement ci-dessus prescrit, administré avec cette intelligence et ce tact médical dont M. Macario nous a donné déjà plus d'une preuve dans ses intéressantes communications, aura tout le bon effet que nous croyons avoir le droit d'en attendre, surtout s'il est suivi avec persévérance et opiniâtreté.

Approuvé par le comité de rédaction.

Le Dr COMPÉRAT.

CLINIQUE.

NOUVEAU CAS DE LARYNGO-BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE, OU CROUP, CHEZ L'ADULTE; par M. le professeur BOUILLAUD.

Justine Hersant, âgée de 33 ans, d'une constitution détériorée, parvenue au huitième mois d'une première grossesse, est prise, le 4 février 1852, d'un mal de gorge auquel elle ne fait d'abord aucune attention.

Le lendemain, il se manifeste une gêne notable de la respiration, avec une certaine extinction de la voix ; mais c'est le troisième jour seulement que cette femme se décide à prendre conseil d'un médecin.

Le 6 février, au matin, elle est vue par M. Gubler, qui trouve déjà la voix très voilée, la toux sourde, et toutes les parties de l'isthme du gosier et de l'arrière-gorge d'un rouge framboisé. Dans aucun des points accessibles à l'œil, il n'existe trace de fausses membranes. M. Gubler prescrit une application immédiate de sangsues de chaque côté du larynx : il n'y en a que quatre qui prennent. Cette faible émission sanguine n'empêche pas les accidens de suivre leur cours, et le soir, vers onze heures et demie, la difficulté de respirer était telle, qu'une voisine vint en toute hâte chercher du secours.

Cette fois, le visage était violacé, les yeux saillans, la respiration serratique et extrêmement pénible, la voix complètement éteinte, ainsi que la toux. La membrane muqueuse de l'arrière-gorge avait elle-même une coloration lie de vin foncée, sans aucune apparence de fausse membrane. A l'auscultation, on entendait des deux côtés, surtout vers les pédoncules pulmonaires, des râles vibrans si intenses, que M. Gubler soupçonna immédiatement l'existence d'une inflammation couenneuse des voies aériennes. Cependant, les crachats, excessivement visqueux, striés de sang, ne renfermaient encore aucun débris de fausse membrane capable d'éclairer le diagnostic.

Une saignée de quatre palettes fut aussitôt pratiquée, et produisit un soulagement marqué. Le lendemain, le caillot, rétracté en cupule, était recouvert d'une couenne semblable à celle de la pleurésie.

Le 7, la malade entre à la Charité, dans le service de M. Bouillaud, au n° 9 de la salle Sainte-Madeleine.

A la visite du soir, on constate l'existence d'une faiblesse très marquée des bruits respiratoires coïncidant avec une bonne sonorité et avec des râles sibilans, ronflans, ainsi qu'avec des bruits de *soupape, de flottement ou de drapeau*, localisés aux deux sommets.

On lui fait tirer quatre palettes de sang par des ventouses appliquées dans le dos, et on lui administre un vomitif composé de tartre stibié, 0,10 centig. ; ipéca, 1 gramme en trois prises.

Les vomissemens réitérés amènent l'expulsion d'un certain nombre de lambeaux, de fausses membranes, d'où résulte un mieux assez marqué. Toutefois, le lendemain 8, M. Bouillaud, constatant le même état de la respiration (1), et trouvant encore un mouvement fébrile intense (le pouls était au-delà de 120), prescrivit une seconde saignée (trois palettes) et deux vésicatoires volans assez larges pour couvrir presque tout le dos.

Le soir, l'orthopnée continuant, on réitéra l'administration de l'émétique.

Le 9, à six heures du matin, la malade rendit, au milieu des plus violens efforts de toux, un long tube membraneux, qu'à sa forme et à ses dimensions on reconnut pour avoir été moulé sur la trachée elle-même et sur une petite portion du larynx. La respiration fut alors un peu plus libre; mais elle ne tarda pas à s'embarrasser, comme précédemment, et vers trois heures après midi, après trois quintes de toux dans lesquelles l'asphyxie parut menaçante, un nouveau tube bifurqué à l'une de ses extrémités, et reproduisant exactement la forme de la trachée avec la bifurcation des grosses bronches, fut rejeté à son tour. Il s'ensuivit un soulagement plus prononcé et plus durable qu'auparavant. Néanmoins, la voix conserva son caractère croupal, de même que la toux, et l'on continua d'entendre aux deux sommets quelques *bruits de flottement* et des râles stridens.

Dans la journée, on appliqua quinze sangsues au voisinage du larynx.

Le 10 février, l'état fébrile avait perdu de son intensité ; le visage était moins anxié, et la couleur des lèvres d'un rouge plus vermeil ; la respiration était moins pénible ; on n'entendait que de loin en loin quelque bruit de flottement, surtout à gauche, au sommet; mais à droite, vers l'angle inférieur de l'omoplate, la respiration est soufflante; la faiblesse est toujours très marquée. En présence de cette amélioration, on s'abstient, à la visite du matin, de toute prescription énergique, d'autant plus que la constitution affaiblie de la malade et une grossesse datant déjà de huit mois, exigeaient une grande réserve.

Dans la journée, des douleurs utérines, qui existaient déjà depuis la veille sous forme de mouches, se reproduisirent avec plus d'intensité; le travail de l'accouchement marcha avec une grande rapidité, et la délivrance eut lieu à six heures du soir. M. Gubler eut l'occasion de constater le *bruit de décollement placentaire*, nouvellement décrit par M. le docteur Caillaut. Le fœtus, bien conformé, était mort depuis quelque temps, puisque le sang était coagulé et assez dur dans les vaisseaux du cordon.

Après sa délivrance, la femme resta épuisée, quoiquelle n'eût perdu que très peu de sang, et elle succomba vers deux heures du matin, après trois heures d'une pénible agonie.

L'autopsie fut faite le 12 février, trente heures après la mort. Elle révéla les traces d'une violente inflammation de la plus grande partie de l'arbre bronchique, et entre autres une rougeur cerise très vive, uniforme, contrastant avec la blancheur de la membrane interne de l'œsophage, qui se trouvait placé à côté, après avoir été ouvert dans toute sa longueur. Quelques débris de fausses membranes ramollies, et en partie décollées, existaient encore çà et là sur la trachée, les bronches primordiales, et jusque sur les quatrièmes divisions bronchiques dans les lobes supérieurs, principalement à gauche.

Le poumon droit présentait dans son lobe moyen et le voisinage de son lobe supérieur, un ramollissement gris assez étendu. Il y avait, en outre, des deux côtés, des noyaux de congestion et de l'œdème pulmonaire général.

Enfin, le larynx offrait çà et là quelques parcelles des fausses membranes adhérentes, mais ayant subi un commencement de ramollissement, et qui ne rétrécissaient pas notablement la cavité de cet organe. L'épiglotte en offrait quelques petites plaques ; mais au-dessus, soit dans le pharynx, soit dans la bouche, on n'en découvrait pas le plus léger vestige.

Réflexions. — Ce nouveau cas de croup, chez l'adulte, intéressant par lui-même, l'est aussi par les circonstances au milieu desquelles il s'est développé. Dès le premier jour que nous vîmes la malade, nous anonçâmes que, selon toutes les probabilités, il surviendrait un avortement, et que cet accident si probable constituait une des circonstances les plus aggravantes d'une maladie d'ailleurs si grave en elle-même.

L'amélioration très notable qui succéda au traitement employé les 8 et 9 février, nous avait permis de concevoir quelque espérance d'une heureuse terminaison, surtout après la seconde expulsion de pseudo-membranes figurant le larynx et la trachée-artère. Malheureusement, l'accident que nous n'avions que trop prévu, l'avortement, survint, et c'est bien plus à ses suites qu'à la maladie elle-même qu'il faut attribuer la terminaison funeste. L'absence de pseudo-membranes capables d'apporter un obstacle sérieux à la respiration, nous paraît du moins un puissant argument en faveur de cette manière de voir.

BIBLIOTHÈQUE.

DE L'ÉLIMINATION DES POISONS; COMPARAISON DES PROCÉDÉS PROPOSÉS POUR RECHERCHER LE PLOMB, LE CUIVRE ET LE MERCURE CONTENUS DANS LES SUBSTANCES ORGANIQUES; par A.-F. ORFILA, docteur en médecine, lauréat de la Faculté, etc.

Une des questions les plus intéressantes pour la physiologie, la pathologie et la médecine légale, est certainement celle de l'élimination des poisons : elle fait partie de cette science toute moderne, la toxicologie, à laquelle se sont efforcés d'apporter leur concours et leurs lumières tous les chimistes et les physiologistes, à la tête desquels il est juste, en raison de l'importance des travaux et des résultats, de placer le savant professeur de la Faculté de médecine de Paris, M. Orfila. Aujourd'hui,

(1) La respiration laryngée et trachéale était remplacée par un râle ronflant, très grave, offrant un caractère STRIDENT ou striduleux des plus remarquables ; là aussi, par momens, on entendait un bruit particulier de flottement ou d'agitation de lambeaux mobiles, pendant le passage de l'air.

la science fait un nouveau progrès sous ce même nom si célèbre dans les annales toxicologiques.

M. A.-F. Orfila neveu débute dans la carrière par une thèse fort remarquable, qui aplanit plusieurs des difficultés si fréquentes dans l'histoire des empoisonnemens. Partageant son travail en deux parties, il consacre la *première* à l'étude de l'élimination des poisons, et la *seconde* à la comparaison des procédés proposés pour découvrir le plomb, le cuivre et le mercure contenus dans les substances organiques.

L'élimination des corps vénéneux se résume en trois questions :

1° Les poisons sont-ils éliminés ?

2° Quelles sont les voies d'élimination ?

3° Combien de temps l'économie animale met-elle à opérer cette élimination ?

Les deux premières questions ont déjà reçu une solution presque satisfaisante : l'expérience a démontré le passage d'un grand nombre de substances toxiques dans les produits de sécrétion, et particulièrement dans l'urine, et a prouvé que quelques poisons sont complètement expulsés de l'économie animale, lorsque, au bout d'un certain temps, ils n'ont pas déterminé la mort.

Mais en chimie comme dans toutes les sciences, on procède de deux manières, la théorie et l'expérimentation. Si l'expérimentation a, dans certains cas, l'avantage de présenter des faits positifs, elle laisse aussi dans le doute et l'obscurité beaucoup de questions que la théorie basée sur la connaissance approfondie des lois de la chimie peut facilement résoudre ; et souvent le contrôle de la théorie est nécessaire pour remettre l'expérimentation sur le chemin de la vérité. C'est pourquoi nous nous permettons de présenter quelques considérations relatives à certaines opinions consignées dans la thèse de M. A.-F. Orfila.

Après l'exposé des recherches de M. Wœhler, il est dit : « Ce travail » immense mérite les plus grands éloges; il n'est cependant pas exempt » d'erreurs, et présente de nombreuses lacunes. Ainsi, il est démontré » aujourd'hui que le fer passe dans l'urine lorsqu'il a été administré à » l'état métallique et sous forme de carbonate ou de sulfate, et le plomb » quand il a été combiné avec les acides phosphorique et acétique. » Nous ne pouvons admettre ce jugement; il a été, au contraire, constaté par des travaux récens que le fer, à l'état de métal, de carbonate, de sulfate, en un mot de toutes combinaisons décomposables par les alcalis libres ou carbonatés du sang, ne passe pas dans les urines ; le sel ferrugineux absorbé et l'albuminate de soude existant dans le torrent circulatoire, se décomposent mutuellement en produisant un sel de soude, et de l'albuminate de fer, véritable base du cruor. Cette décomposition opérée, on ne retrouve jamais de fer dans les urines, car l'oxyde de fer participe alors aux propriétés de texture organique des élémens albumineux avec lesquels il vient de se combiner, et cette texture ne leur permet pas de sortir des vaisseaux qui les contiennent. Mais certains sels de fer, après leur absorption, ne peuvent être décomposés par les substances alcalines du sang, telles sont les cyanures de fer et de potassium, ils passent alors dans les urines ; c'est ce que M. Wœhler a très bien observé.

Or, les composés qui passent dans les urines, doivent également se retrouver dans toutes les sécrétions, car il n'y a pas d'élection dans la nature, il n'y a que des corps solubles ou insolubles. Les corps insolubles par eux-mêmes, ou devenus insolubles après leur absorption, séjournent dans l'économie jusqu'à ce qu'ils aient trouvé les élémens nécessaires à leur dissolution. Les corps solubles et qui restent tels au milieu des humeurs animales, arrivent plus ou moins rapidement dans tous les émonctoires sans exception. Ainsi, une sécrétion ne peut être plus apte qu'une autre à éliminer telle ou telle substance ; pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que la glande sécrétoire pût, par une réaction chimique spéciale, communiquer à une substance insoluble les propriétés de solubilité nécessaire à l'excrétion. Cette chimie spéciale est encore à démontrer, et les éliminations admises comme s'effectuant seulement les unes par les reins, les autres par le foie, d'autres par les voies digestives, nous paraissent avoir été avancées sans preuves suffisantes et nécessiter un nouvel examen ; c'est uniquement la quantité de la sécrétion qui détermine la quantité de l'élimination. Nous ne pouvons croire que les cyanures jaune et rouge de potassium et de fer ne passent pas dans la salive, quand ils passent très bien dans les urines ; ni que l'iodure de fer passe dans la salive, quand, d'après la loi générale des sels de fer, il ne doit pas plus s'y trouver que dans les urines. Si l'iodure de fer, qui est décomposable par les substances alcalines du sang, pouvait passer dans la salive, il passerait certainement dans les urines, et alors il faudrait supposer qu'il est susceptible de former, avec les matières salines des liquides animaux, une combinaison double ayant la propriété de rester soluble, ce qui n'est nullement prouvé et par conséquent doit être soumis à de nouvelles expérimentations. Quant au plomb, qu'il ait été combiné avec les acides, phosphorique, acétique ou autres, toutes les préparations sans exception passent dans les sécrétions, parce que toutes donnent naissance à une combinaison double d'un chlorure alcalin avec le chlorure de plomb. Lorsque M. Kramer a trouvé l'argent dans l'urine des animaux auxquels avait été administré le chlorure d'argent, et qu'il n'en a plus trouvé dans l'urine des animaux qui avaient pris l'azotate, expériences répétées par M. A.-F. Orfila; cela tenait uniquement à ce que, chez les animaux servant aux expériences, les humeurs n'étaient pas suffisamment chlorurées pour faire passer l'azotate d'argent à l'état de chlorure. Car chacun sait que chez l'homme cette décomposition se fait parfaitement, et que la teinte olive noirâtre qui envahit les tégumens externes est due à l'action de la lumière sur le chlorure argentique qui arrive à la surface après avoir pénétré tous les tissus de l'économie.

Mais, hâtons-nous de le dire, ces opinions ne sont pas personnelles à M. A.-F. Orfila; il les a acceptées de confiance, et nous ne les avons relevées que pour engager à de nouvelles recherches sur cet important sujet; elles n'infirment d'aucune manière les excellens résultats de son travail.

La troisième question : Quel est le temps que l'économie animale met à opérer l'élimination des poisons ? est certainement la plus intéressante et celle que l'auteur a traitée avec le plus de succès. L'importance du sujet est telle, qu'il est impossible d'en présenter un résumé convenable, et qu'il est indispensable de renvoyer au mémoire de M. A.-F. Orfila, pour avoir une idée juste des difficultés vaincues et des ressources nouvelles ouvertes à la science médico-légale, nous mentionnerons les principales conclusions :

Le temps nécessaire à l'élimination varie suivant les poisons.

Ainsi, l'arsenic est complètement expulsé en quinze jours des organes des animaux auxquels on a fait prendre de l'acide arsénieux.

Le mercure, après l'administration du sublimé, ne reste pas un mois.

L'antimoine, quand il a été donné à l'état d'émétique, séjourne dans les tissus plus de quatre mois.

L'argent a été trouvé sept mois après l'administration de l'azotate d'argent, mais il n'a pu être décélé huit mois après cette époque.

Le plomb et le cuivre, introduits le premier à l'état d'acétate, et le second à l'état de sulfate, existent encore dans les organes au bout de huit mois.

M. A.-F. Orfila a cité et discuté, avec autant de talent que de succès, plusieurs questions médico-légales, qui font parfaitement ressortir tout le parti que la médecine légale et la thérapeutique peuvent tirer des notions relatives à l'élimination des substances vénéneuses.

Autrefois, après l'ingestion d'un poison, on se contentait d'évacuer, autant que possible, les voies digestives, en abandonnant le reste aux efforts de l'économie : actuellement on s'efforce de neutraliser l'action délétère de certains poisons, même après l'absorption, lorsque ceux-ci sont déjà dans le sang, le foie, la rate, etc., et cela de deux façons, soit en formant des composés moins vénéneux, soit en formant des combinaisons plus faciles à éliminer.

Nous sommes, depuis longtemps, convaincu de l'efficacité de ces procédés, et nous les conseillons dans tous les cas possibles ; et, comme le dit fort bien M. A.-F. Orfila, l'emploi des diurétiques, des purgatifs et des sudorifiques peut rendre les plus grands services à la thérapeutique, même pour ceux des poisons qui ne sont pas facilement expulsés.

Nous félicitons bien sincèrement l'auteur, des recherches dont il vient d'enrichir la science, et nous nous estimerions heureux que le court aperçu que nous avons tracé pût faire comprendre aux médecins et même aux magistrats la nécessité de lire et méditer avec tout le soin qu'il mérite, le travail de M. A.-F. Orfila.

Quant aux procédés proposés pour rechercher le plomb, le cuivre et le mercure contenus dans les substances organiques, ils ont été conçus et exécutés avec une habileté dont on pourrait s'étonner chez un si jeune expérimentateur, si l'on ne tenait compte de la position exceptionnelle et de l'illustre patronage que M. A.-F. Orfila a eus le bonheur de trouver dès le début de ses études scientifiques.

MIALHE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 Mars. — Présidence de M. PIOBERT.

M. GUYON, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, communique une série de cas de *mort chez l'homme par piqûre de scorpion*, avec quelques expériences de piqûres semblables sur des animaux.

Le scorpion dont il est question est le *buthus supertus* (Lucas), qu'on peut considérer comme existant sur tous les points de cette vaste mer de sable connue sous le nom de Sahara. C'est à ce même scorpion que doivent être rapportées les expériences faites en Italie, et les observations recueillies à Tunis par M. Mallet de la Boissière. Un indigène de la secte des Aissaoua est piqué deux fois de suite à la tête par un scorpion qu'il avait mis dans son *chichia* (bonnet de laine rouge en usage chez les Musulmans); cinq heures après, il était mort.

Un autre indigène de la même secte, nommé Mohammed, fut mordu deux ou trois fois, à l'abdomen, par un scorpion qu'il avait placé entre cette partie et la ceinture ; il mourut neuf heures après.

En la même année 1849, un autre cas de mort, par piqûre de scorpion, a encore eu lieu à Sousse (où les deux observations précédentes s'étaient présentées). Celui-ci fut fourni par un enfant de quatorze ans; cet enfant, qui avait été piqué à la main, mourut huit heures après.

Un jeune Maure est piqué par un scorpion à la partie externe du pied. C'était à Tunis, au mois d'août et dans la soirée; le lendemain matin, le malade était mort.

Aussi à Tunis, un Musulman d'un âge mûr était dans une mosquée, comme on venait d'y apercevoir un scorpion; ce scorpion, il s'oppose à ce qu'on le tue parce qu'il appartient à la secte des Elsaouia. Il cherche aussitôt à s'en emparer; il le saisit et le met aussitôt dans sa chichia. Quelques instans après, comme il fléchissait le genou pour faire une génuflexion, il tombe sans mouvemens et sans vie.

Encore à Tunis, un scorpion s'était introduit dans la chevelure d'une jeune Israélite, comme elle venait de se couvrir la tête pour se coucher. Bientôt après, elle se sent piquer au cuir chevelu, et pendant qu'elle cherchait à se débarrasser de ce qui l'avait piquée, elle reçoit encore, coup sur coup, deux nouvelles piqûres. Les plus graves accidens ne tardèrent pas à apparaître; ils se terminèrent par la mort, douze heures après.

Partout où existe le *buthus supertus*, ajoute l'auteur, personne ne met en doute la léthalité de la piqûre, et dans un voyage qu'il a fait aux Zibau, 1847, on lui a cité des cas de mort par piqûre de scorpion, dans presque toutes les populations qu'il a traversées.

Les premiers accidens produits par la piqûre du *buthus supertus*, comme ceux produits par tous les autres scorpions susceptibles de donner la mort à l'homme, consistent en des vomissemens, des déjections alvines, des défaillances et une grande prostration. Il s'en faut pourtant beaucoup que cette piqûre ait toujours des suites fâcheuses. Loin de là, le plus souvent, les accidens qu'elle détermine, si graves qu'ils soient d'abord, se dissipent naturellement dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures.

M. GUYON communique en outre le fait suivant, sous le titre de *fracture du crâne par coup de feu ; plaie pénétrante du cerveau dans une grande étendue; mort douze jours après la blessure, le blessé ayant conservé sa connaissance jusqu'à l'avant-veille de la mort.*

Le 2 novembre 1851, le zouave Tissort, se trouvant à l'attaque d'un village kabyle, reçoit, presqu'à bout portant, une balle qui fracture le coronal à sa partie antérieure moyenne et inférieure au-dessus de la base nasale, et se perd ensuite dans le cerveau. Tissort tombe aussitôt à la renverse : relevé immédiatement, il est transporté à l'ambulance, où l'on pratique sur la blessure une incision cruciale, qui avait pour but la recherche du projectile. Cette recherche est faite sans succès, le projectile étant logé profondément dans le cerveau.

La lésion osseuse était circulaire et faite comme par un emporte-pièce. Elle communiquait des deux côtés avec les sinus frontaux.

Déjà le blessé avait perdu l'usage de la parole ; il ne proférait que des sons inintelligibles. Toutefois, la sensibilité était conservée ; il n'y avait point de paralysie, et l'intelligence était intacte. Le blessé était encore sur le champ de bataille.

Le lendemain 3, Tissort est évacué sur Dellys, ville de la côte, où il n'arrive que le 5, à trois heures du soir. Son état était alors le suivant :

Décubitus dorsal, coma, dont le malade sort difficilement, hébétude ; pouls au-dessous de l'état normal, quoique plein, peau halitueuse ; respiration normale ; bon état des voies digestives; point de paralysie ni générale, ni partielle, perte de la parole, mais intelligence intacte.

Le blessé ne répond que par des sons mal articulés aux questions qu'on lui adresse. Point de céphalalgie ; sensibilité générale conservée. (Org. miel., pansement simple, saignée de 500 grammes.)

La saignée était à peine terminée, que le blessé, sur la demande qu'on lui en fait, répond : *Ça va mieux, major, merci.* Ce sont les seules paroles bien distinctes qu'il ait prononcées jusqu'à sa mort.

La nuit fut bonne; et, le lendemain, au matin, le malade était moins abattu que la veille, en même temps que sa figure exprimait aussi moins d'hébétude. Cependant, on ne pouvait obtenir que des *oui* et des *non* aux questions qu'on lui adressait. Le pouls donnait 55 pulsations; il était régulier, mais un peu dur. (Saignée de 300 grammes ; six pilules de calomel, à 0,1); un lavement purgatif; cataplasmes sinapisés aux jambes.)

Du 7 au 10, apparence d'amélioration telle, que ce dernier jour, au matin, on prescrit au malade une soupe au lait.

Le 11, au matin, suppuration plus abondante que les jours précédens; le pus paraît de bonne nature; trois petites esquilles se présentent; on les extrait, ainsi qu'une portion de la balle qui s'en était séparée dans la fracture.

On répète la soupe au lait, et on prescrit six pilules de calomel (à la même dose que les précédentes) ; un lavement excitant.

Le 12, même état que la veille, mêmes prescriptions.

Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à ce jour, Tissort a pu, aidé par un infirmier, se lever pour aller à la garde-robe, et, de plus, s'asseoir sur son séant, et cela sans aucune assistance, pour prendre ses légers alimens.

Le 13, à la visite du matin, le blessé qui, la veille encore, avait parfaitement répondu, par signes, aux questions qu'on lui adressait, était assoupi et on ne put le réveiller qu'avec peine. Sa physionomie exprimait alors l'hébétude. Yeux ternes, pouls petit, dur, donnant 45 pulsations; respiration légèrement stertoreuse. La suppuration est sanieuse. (Vésicat. à la nuque, sinapismes aux cuisses.)

Nuit du 13 au 14 : agitation, rêvasseries, quelques convulsions cloniques.

Le 14, à la visite du matin, coma profond, avec convulsions cloniques de temps à autre. Dans l'après-midi, les mêmes convulsions se continuent et se rapprochent jusqu'à l'instant de la mort, qui eut lieu le lendemain à une heure du matin.

Nécropsie. — Le cerveau seul est examiné. Injection des vaisseaux de la dure-mère, suffusion sanguine dans tout le pourtour de la plaie d'entrée, située à la partie antérieure du lobe droit. Le trajet du projectile s'étend d'avant en arrière, dans toute l'étendue de la partie supérieure et interne de ce même lobe. A son point de terminaison est le projectile. Au-dessous de celui-ci est un petit pertuis communiquant avec le ventricule, qui ne renferme qu'un peu de sérosité couleur de citron.

Une traînée de suppuration occupe tout le trajet du projectile, depuis son entrée jusqu'à sa terminaison, où la suppuration est mélangée de beaucoup de sang. Toute la substance cérébrale enveloppant ce trajet, est plus ou moins ramollie, méconnaissable. Au-delà de ce ramollissement, jusqu'à la périphérie cérébrale, les vaisseaux sont plus ou moins injectés. Les autres parties du cerveau n'offraient aucun sujet d'observation.

M. F. HETEL, pharmacien de la marine, à la Guadeloupe, adresse une note sous ce titre : *quelle est la substace chimique qui détermine l'absorption de l'oxigène contenu dans le sang, et comment peut-on expliquer la coloration de ce liquide?* En essayant l'action de l'eau oxigénée sur les sulfo-cyanures (potassique et ammoniaque) ; l'auteur remarque que ces sels prennent immédiatement, par leur contact avec ce corps, une coloration rouge vermeille (de sang artériel). Frappé de cette réaction, M. Hetel chercha à isoler la combinaison formée. Elle est soluble dans l'éther, et si on la renferme dans un flacon bouché, elle s'y conserve assez longtemps ; si on l'expose à l'eau ou si on la chauffe, l'oxigène sulfo-cyanure se dégage et redevient incolore. Ce fait fit penser à l'auteur que le sang pourrait bien devoir, à la présence des sulfo-cyanures son affinité pour l'oxigène et sa coloration, au moins en partie. L'oxigène, absorbé dans la respiration, parcourrait, suivant lui, les vaisseaux sous la forme d'une combinaison sulfuro-cyanurée, facilement décomposable et qui permettrait à ce gaz éminemment vital d'agir sur nos organes pour la nutrition et la formation des gaz expirés (acide carbonique, vapeur d'eau), et la coloration du sang serait due, au moins en partie, à cette combinaison d'oxigène avec un sulfo-cyanure doué d'une couleur vermeille.

M. Isidore GEOFFROY-SAINT-HILAIRE présente, de la part de M. le docteur Leclerc, de Caen, une note relative à une femme qui portait trois mamelles ; la troisième mamelle surnuméraire, moins volumineuse que les mamelles normales, était située au-dessous de la mamelle gauche. Elle sécrétait, bien qu'en moindre quantité, un lait aussi pur que celui des autres mamelles.

M. Geoffroy-Saint-Hilaire rappelle, à cette occasion, qu'il a entretenu l'Académie, il y a quelques années, d'un bouc qui venait d'être donné à la ménagerie du Muséum, et dont les mamelles, pendantes et aussi volumineuses que celles d'une chèvre, secrétaient un lait fort abondant et de bonne qualité.

Depuis cette communication, le bouc qui en faisait l'objet a vécu près de cinq ans à la ménagerie ; et, pendant tout ce temps, le lait a continué

à se produire, moins abondamment en hiver, en plus grande quantité au printemps et pendant l'été. Ce bouc a donné plusieurs produits, et l'un des chevraux ayant perdu sa mère, a été allaité par son père, et est parvenu à l'état adulte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 16 Mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

M. Maisonneuve a la parole pour une présentation :

M. Maisonneuve en son nom et au nom de M. Favrot, communique à l'Académie le fait suivant : *Ligature de l'artère vertébrale, pratiquée à la suite d'une plaie d'arme à feu dans la région cervicale.*

Le mercredi 11 février, Mme X... reçut à bout portant, dans la région antérieure du col, un coup de pistolet chargé à balle. MM. Maisonneuve et Favrot constatèrent, au niveau de la partie latérale gauche du cartilage cricoïde, une plaie circulaire de petite dimension, qui, au premier coup d'œil, ne paraissait pas pénétrer profondément dans les tissus; mais, en s'enquérant des circonstances qui avaient accompagné l'accident, ils apprirent qu'une hémorrhagie grave s'était manifestée par la plaie. Cette circonstance leur fit penser que la balle avait dû pénétrer profondément dans les chairs. Cette opinion fut confirmée par l'examen de la région voisine de la blessure. Un léger gonflement existait sur la région latérale gauche du col, où existait en même temps une douleur violente, qui s'irradiait dans les membres supérieurs, et surtout dans le bras gauche, siége d'un engourdissement considérable, sans toutefois être paralysé. La respiration était normale, ainsi que la voix; la déglutition facile. Le stylet, introduit dans la plaie, permit de reconnaître que le cartilage cricoïde avait été mis à nu dans sa partie latérale gauche; que la balle avait ensuite glissé de haut en bas sur le côté de la trachée et de l'œsophage, en dedans de l'artère carotide, de la veine jugulaire interne et du nerf pneumo-gastrique; qu'elle avait ensuite pénétré jusqu'au rachis, où elle s'était implantée dans le corps de la 6e vertèbre cervicale, où l'on pouvait la sentir distinctement. Quelques tentatives d'extraction furent faites sans résultat, et bientôt abandonnées par la crainte de donner lieu à des accidens mortels, chaque effort d'extraction donnant lieu à des douleurs atroces et à des phénomènes de syncope. Six saignées abondantes furent pratiquées pendant les quatre premiers jours, et on administra des potions fortement opiacées. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration considérable survint dans l'état de la malade. La tuméfaction inflammatoire fut des plus modérées.

Le 19 février, 8me jour depuis l'accident, une hémorrhagie eut lieu par la plaie, et s'arrêta d'elle-même après avoir fourni une palette de sang environ. Dans la matinée du 20, cette hémorrhagie se renouvela plus abondante, mais s'arrêta encore spontanément; enfin, le soir du même jour, le sang reparut avec une nouvelle force, et imposa la nécessité d'aviser aux moyens d'arrêter l'hémorrhagie. MM. Maisonneuve et Favrot procédèrent immédiatement à l'opération. Une incision de 15 cent. environ fut pratiquée le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, un peu en dehors de la plaie d'entrée de la balle, elle permit de mettre à découvert l'artère carotide et la veine jugulaire interne parfaitement intactes. Il fut facile, à travers cette large ouverture, de reconnaître : 1° le cartilage cricoïde, dont la partie latérale gauche avait été frôlée; 2° les premiers anneaux de la trachée-artère, ainsi que l'œsophage que la balle avait mis à nu sans les intéresser; puis, en explorant le fond de la plaie pour rechercher le vaisseau qui pouvait fournir l'hémorrhagie, les opérateurs rencontrèrent, implantée dans le corps de la 6e vertèbre cervicale, la balle dont ils firent immédiatement l'extraction. Mais aussitôt une hémorrhagie violente se manifesta. Cette hémorrhagie paraissait provenir de l'artère vertébrale blessée dans le canal des apophyses transverses des vertèbres. MM. Maisonneuve et Favrot furent d'avis qu'il fallait à tout prix aviser aux moyens d'arrêter le sang. Ils cherchèrent en conséquence, par une dissection minutieuse, à mettre à découvert le tronc de l'artère vertébrale; après quelques tentatives dans ce sens, ayant retiré le doigt index que l'un d'eux tenait dans le trou creusé dans la vertèbre, pour explorer le vaisseau qui fournissait l'hémorrhagie, ils aperçurent distinctement l'orifice par lequel le sang s'écoulait; aussitôt ils saisirent le vaisseau avec l'extrémité d'une pince à coulant, qu'ils serrèrent pour arrêter l'hémorrhagie. La facilité avec laquelle cette manœuvre fut exécutée, leur fit croire qu'il y avait eu d'abord illusion de leur part, et que, au lieu d'avoir affaire à l'artère vertébrale, ils n'avaient sous les yeux que la trace de l'artère thyroïdienne inférieure, ne se rendant pas compte à ce moment comment l'artère vertébrale, qui se trouve en ce point cachée dans un canal osseux, pouvait être ainsi directement accessible aux instrumens. On verra plus tard l'explication de ce fait. Après avoir saisi le vaisseau, ils passèrent au-dessous une aiguille de Cowper, à courbure très courte, dans laquelle deux fils avaient été engagés. L'un de ces fils servit à lier le vaisseau au-dessous de la pince; l'autre à en faire la ligature au-dessus. L'hémorrhagie fut immédiatement et définitivement arrêtée. Une autre artère plus superficielle, et qui fut reconnue plus tard pour être la thyroïdienne inférieure, fut ensuite lié sans difficulté; il en fut de même de quelques autres vaisseaux de moindre importance.

La plaie fut réunie seulement dans sa moitié supérieure, au moyen de bandelettes agglutinatives, et les deux fils de la ligature principale furent maintenus au dehors. Aucun accident ne vint entraver la marche de la blessure, et le 29 février les fils tombèrent sans aucun effort. A dater de ce moment, l'état de la malade allait de jour en jour en s'améliorant, jusqu'au 5 mars. A dater de ce jour, les accidens fébriles non précédés de frissons se manifestèrent subitement à la suite d'une violente émotion morale, et continuèrent, sans interruption, jusqu'au mardi 9 mars, à deux heures de l'après midi, où tout d'un coup, en faisant sa toilette, la malade fut prise d'une violente douleur dans la région cervicale, poussa un cri et tomba immédiatement dans un coma profond. Ce coma dura jusqu'à neuf heures du soir, où la malade succombait, malgré le traitement le plus énergique.

L'autopsie, pratiquée en présence de M. Tardieu, a donné les résultats suivans : la plaie du col, cicatrisée seulement dans la moitié supérieure, se continuait, par un trajet oblique, jusqu'au corps de la sixième vertèbre cervicale, laissant en dedans la trachée artère et l'œsophage, et en dehors l'artère carotide, la veine jugulaire interne et le nerf pneumo-gastrique. L'artère thyroïdienne inférieure, divisée au moment où elle change de direction, contenait dans son intérieur un caillot solide de deux centimètres environ d'étendue. L'apophyse tranverse de la sixième vertèbre cervicale était brisée et laissait à découvert l'artère vertébrale divisée, et dont les bouts supérieur et inférieur étaient remplis, à une hauteur de trois centimètres environ, par un caillot solide. En arrière de cette artère, la cinquième paire des nerfs cervicaux était mise à découvert. Au devant de ces parties, le corps de la vertèbre était creusé d'un canal profond dont l'extrémité communiquait avec le canal rachidien par une petite ouverture évidemment produite dans les derniers temps de la vie, et résultant de la nécrose de la lamelle osseuse qui formait la limite profonde de la plaie. Le tissu spongieux de l'os était infiltré de pus; une exsudation séro-purulente existait dans le canal rachidien, tant dans le tissu cellulaire extérieur que dans le tissu sous-séreux des enveloppes de la moelle. Aucune autre lésion grave n'existait dans les organes importans.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

BANQUET DES CHIRURGIENS DE LA GARDE NATIONALE. — Le banquet des chirurgiens de la garde nationale de Paris et de la banlieue s'est tenu, ainsi que nous l'avions annoncé, mercredi dernier, et s'est passé de la manière la plus cordiale. Le général, commandant supérieur, le colonel, chef de l'état-major général, et l'inspecteur général du service de santé, assistaient à cette fête toute confraternelle. Le dîner se composait de cinquante-deux couverts, qui produisaient un très bel effet dans les magnifiques salons des Frères-Provençaux. Quarante convives se sont inscrits pour demander que ce banquet se renouvelle tous les six mois. La réalisation d'un pareil vœu, émis par une telle majorité, ne peut manquer d'avoir une heureuse influence sur l'union de plus en plus intime du corps médical de la garde nationale.

LOGEMENS INSALUBRES. — Par délibération du conseil municipal, une commission spéciale a été nommée pour veiller dans Paris à l'application de la loi des logemens insalubres.

Depuis son installation, cette commission n'a cessé de fonctionner.

Sur cent soixante affaires portées à sa connaissance, huit seulement ont exigé l'application de l'article 9 de la loi qui rend passibles d'amendes plus ou moins élevées les propriétaires récalcitrans. Dans les autres, les travaux demandés par la commission ont été exécutés sur sa simple réquisition, après une visite contradictoire et la constatation de l'insalubrité du local.

Trois natures de logemens ont surtout attiré son attention : les loges des portiers, les maisons et les logemens particuliers, et les garnis.

On sait qu'à Paris les loges de portiers sont trop souvent des réduits infects et tout à fait inhabitables. Humidité des murs salpétrés, sol en contre-bas, défaut d'air et de lumière, étroitesse des chambres, hauteur insuffisante, telles sont les causes fréquentes d'insalubrité de ces locaux.

Partout la commission a trouvé les propriétaires disposés à porter remède à cet état de choses; plus de vingt-cinq affaires de cette nature ont été conclues à l'amiable et sur l'invitation officieuse de l'administration.

Il en a été de même pour les logemens particnliers; tous les propriétaires se sont rendus à l'évidence, et les réparations demandées ont été faites sans réclamation.

Dans les garnis, la commission a dû intervenir, et, dans des établissemens déjà placés sous la surveillance directe de la police, elle a prescrit les mesures nécessaires : diminution du nombre de lits, suppression même, pour l'usage de la nuit, de quelques chambres trop étroites, nettoiement des cours, des escaliers, ouvertures de croisées, pavages d'allées, etc.

C'est dans le 12e arrondissement surtout que la commission a exercé un contrôle efficace.

AVIS. — MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours à l'École pratique pendant le semestre d'été, sont prévenus que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu jeudi prochain, 25 mars, à midi, à la Faculté de médecine.

TÉLÉGRAPHE POUR LES HOPITAUX. — Les directeurs de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, viennent de faire établir, dans cet établissement, un de ces télégraphes si répandus en Amérique, pour la transmission des ordres dans les grands établissemens et dans les hôtels garnis, et dont nous avons vu plusieurs spécimens à la grande exposition de Londres. Ces télégraphes n'ont aucun rapport avec les télégraphes électriques, ne sont pas susceptibles de dérangemens et ne coûtent absolument rien d'entretien. Voici en quoi ils consistent, ou, pour mieux dire, voilà en quoi consiste celui de l'hôpital St-Georges : au milieu de la cour, se trouve une colonne de trois pieds de haut environ, portant à son sommet un indicateur sur lequel sont gravés un certain nombre de signaux. Sur les murailles de chaque salle, se trouve placé un indicateur semblable, mais bien plus grand, afin qu'on puisse voir le signal de tous les points. Sur l'indicateur de la cour, se trouve un cadran avec une aiguille qui est mue par un poignet et qui indique les signaux; cette aiguille met en mouvement toutes celles qui figurent sur les indicateurs de chaque salle; de sorte que dès qu'un signal est donné, il est répété partout. Par exemple, l'heure de la retraite a sonné pour les visiteurs; le concierge donne le signal de la sortie en mettant l'aiguille en mouvement, qui s'arrête sur le mot *sortie*; et en même temps un petit timbre, mis en mouvement, donne par sa sonnerie l'annonce d'un signal; de sorte que, de cette manière, on peut transmettre dans les salles d'hôpital un grand nombre de signaux sans erreur et sans confusion. Autrefois, pour donner des ordres aux infirmiers, le concierge sonnait une grosse cloche, jusqu'à ce qu'il les ait tous réunis dans le corridor, et là, d'une voix de Stentor, il leur communiquait les ordres qu'il avait reçus. Depuis l'adoption du télégraphe, plus de 50 signaux qui, multipliés par 20 salles, donnent 1,000 signaux, sont transmis journellement sans la moindre erreur et sans aucune possibilité d'erreur. — Nous appelons l'attention de l'administration des hôpitaux de Paris sur cet ingénieux système, parce que, ce nous semble, elle pourrait en faire l'application au nouvel hôpital, dont elle poursuit en ce moment l'achèvement, et remplacerait ainsi la cloche grossière avec laquelle, jusqu'ici, tous les signaux ont été soumis.

LETTRES à M. le professeur ROSTAN sur le mot **Hypocondrie**; par le docteur Dumont (de Monteux), médecin à l'état civil de Grenelle, etc. In-8, Prix : 1 fr. Paris, 1852, J.-B. Baillière, et au bureau de l'Union Médicale.

Ces lettres sont reproduites dans l'intérêt des personnes atteintes d'affections nerveuses que nul phénomène extérieur ne révèle, et qu'à cause de cela l'on considère comme *maladies maginaires*.

Le gérant, Richelot.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 35. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 23 Mars 1852.



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens.

1 An........... 40 Fr.
6 Mois........... 20
3 Mois........... 10

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE L'EMPOISONNEMENT SATURNIN PAR LE CIDRE, OBSERVÉ A PARIS DEPUIS QUELQUES MOIS.

Nous appelons toute l'attention de nos confrères de Paris sur les faits suivans, qui prennent une grande importance pratique.

L'UNION MÉDICALE, dans son numéro du 16 mars, en rendant compte de la séance de la *Société médicale des hôpitaux*, a rapporté les communications faites par MM. Marrotte, Legendre et Legroux, membres de cette Société, au sujet d'accidens plus ou moins graves, développés chez des personnes qui avaient fait usage de cidre. On se souvient que M. le docteur Marrotte en avait observé deux cas; deux observations semblables avaient été faites également par M. le docteur Legendre : le premier malade avait présenté, d'abord, quelques phénomènes d'embarras gastrique, pour lesquels un vomitif et un purgatif amenèrent de l'amélioration; puis survinrent, quelque temps après, des douleurs épigastriques avec tympanite, une constipation opiniâtre et autres désordres des voies digestives. La femme de ce malade présenta, vers la même époque, des symptômes analogues, et surtout des vomissemens acides, renouvelés quotidiennement. La magnésie et les purgatifs amenèrent la guérison. Ces personnes avaient quitté le vin pour se mettre à l'usage du cidre. Entendant parler des accidens produits par cette boisson, elles avaient jeté les bouteilles, et, dans deux de ces vases, on avait trouvé un dépôt. D'après ce renseignement, M. Legendre avait prescrit de nouveaux purgatifs, des bains sulfureux et la limonade sulfurique. D'après le rapport d'un des malades, les bains sulfureux avaient déterminé une coloration noirâtre des ongles.

M. Legroux avait eu, de son côté, l'occasion d'observer, à l'hôpital Beaujon, un assez grand nombre d'individus empoisonnés par du cidre sophistiqué. La première fois, c'était au mois de décembre. Un garçon brasseur de Chaillot, entre autres, souffrait de douleurs atroces dans la région gastro-hépatique; il y avait des vomissemens, de la constipation; en outre, une pâleur et un étiolement remarquables. On crut à une colique de plomb, bien qu'il fût impossible d'en constater la cause, et la guérison fut obtenue au moyen des purgatifs et des préparations ferrugineuses. Un mois après, les mêmes symptômes furent présentés par la femme de cet individu. On sut plus tard que cette famille avait fait usage de cidre. Mais, postérieurement, M. Legroux ayant reçu, dans son service, plusieurs autres malades atteints de coliques, présentant également une anémie notable, avec le liseré bleu-noirâtre des gencives, fit analyser, par M. Chatin, les boissons et le cidre dont ils avaient fait usage, et, dans presque tous les cas, ce savant pharmacien y trouva une quantité plus ou moins considérable de plomb.

Des faits analogues, et encore plus graves, ont été communiqués, vendredi dernier, à la *Société de médecine de Paris*. M. le docteur Géry, le jour même, avait été appelé, rue Popincourt, pour constater le décès d'une femme de 48 ans. D'après les renseignemens qu'il a recueillis, dès le 15 décembre, elle avait commencé à éprouver des vomissemens, le plus souvent noirâtres. La constipation avait été des plus opiniâtres, puisqu'elle avait duré quarante jours. Enfin, elle avait succombé après divers accès de convulsions. M. Géry put constater sur le cadavre le liseré caractéristique des gencives. De tels indices, et les bruits publics répandus sur le cidre, engagèrent cet honorable médecin à s'informer quelle était la boisson usuelle dans la maison : c'était du cidre qu'on achetait par petits quarts, et dans diverses brasseries du quartier. Ce n'est pas tout. Cette femme avait deux fils. L'aîné, âgé de 28 ans, avait été pris, avant elle, également de vomissemens noirâtres et d'ictère; de plus, de faiblesse, d'une sorte de paralysie même des membres, principalement dans les supérieurs. Entré à l'hôpital de la Charité, pour y être traité de cette maladie, il en était sorti à l'occasion de la mort de sa mère. Sa démarche et ses mouvemens étaient encore incertains, et ses gencives offraient des traces du liseré plombique. Enfin, un second fils, âgé de 18 ans, mais qui, travaillant au dehors, ne prenait pas tous ses repas en famille, avait éprouvé quelques accidens analogues à ceux de son frère.

M. le docteur Tanquerel, dont on connaît les recherches spéciales sur les maladies saturnines, a raconté, à son tour, qu'il avait été appelé récemment en consultation, dans le quartier des halles, pour un empoisonnement déterminé par la même cause : un individu qui faisait, depuis quelque temps, lui et sa famille, usage du cidre, éprouvait parfois des symptômes convulsifs. Quelques personnes de sa maison se plaignaient de coliques que l'on attribuait à diverses causes. Enfin, il tomba plus gravement malade, et M. le docteur Bonvallet, soupçonnant une cause saturnine, fit venir M. Tanquerel. La lenteur du pouls, la teinte d'un gris-sale de la peau, les gencives bleuâtres, le délire qui avait été suivi d'un état comateux, firent de suite penser à ce savant confrère qu'il s'agissait d'une intoxication par le plomb. On prit des renseignemens, et l'on apprit que le malade avait usé du cidre en plus grande quantité que les autres membres de sa famille. Cette liqueur fut portée chez un habile pharmacien, qui, en moins d'une heure, eut constaté la présence du métal. Le malade mourut le lendemain. L'autopsie de son corps fut faite par le dr Tardieu, et la présence du plomb fut constatée dans les organes. Aussitôt que cette nouvelle fut répandue dans le quartier, où l'on débitait beaucoup de cidre, on sut, de tous côtés, qu'un grand nombre de ceux qui en buvaient éprouvaient des accidens analogues à ceux de cette famille, et que plusieurs décès même avaient eu lieu sans qu'on eût soupçonné les causes.

L'autorité s'en émut, comme de raison; des perquisitions furent faites sur ces boissons, des renseignemens furent pris sur les malades. C'est sur ces mesures que M. Devergie, membre du conseil de salubrité, avait donné des renseignemens à la *Société médicale des hôpitaux*. Ce conseil avait été saisi de la question, et, en trois ou quatre jours, visite, enquête, rapport étaient faits. Des mesures répressives, préventives étaient prises pour empêcher le débit du cidre sophistiqué; et, au dire de ce médecin, le cidre vendu actuellement dans Paris peut être bu avec la plus grande sécurité.

Au comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE M. le docteur Sandras, médecin, comme M. Legroux, de l'hôpital Beaujon, nous a déclaré aussi avoir eu, dans ses salles, divers individus atteints de symptômes saturnins après avoir bu du cidre pendant un certain temps; l'un d'eux était un employé d'une brasserie des Champs-Élysées.

Après la communication de MM. Géry et Tanquerel à la *Société de médecine de Paris*, M. le docteur Deville, inspecteur de la vérification des décès, et comme tel fort au courant de tout ce qui a été relatif à l'enquête faite par l'autorité, a fait connaître que des brasseurs faisaient venir du midi du vin très foncé en couleur, qu'ils le décoloraient au moyen de l'acé-

Feuilleton.

LES CHAINES ÉLECTRIQUES DE M. PULVERMACHER.

La pile de Volta transformera le monde, c'est Napoléon l'ancien qui a dit cela; Napoléon le jeune prépare à ses applications de splendides récompenses; et c'est avec satisfaction que les desservans du culte d'Esculape ont vu, dans le magnifique programme du prix de 50,000 fr., les applications de l'électricité à la médecine pratique au nombre des conditions imposées aux concurrens. Ne nous illusionnons pas, cependant; sans scepticisme, mais aussi sans enthousiasme, on peut prévoir des progrès de détails plus ou moins importans en physiologie et en thérapeutique de l'emploi de l'électricité; déjà même, quelques résultats très dignes d'attention ont été obtenus et constatés; mais une rénovation complète et radicale de la médecine, soit comme science, soit comme art, on peut hardiment prophétiser, à l'encontre des enthousiastes, que de pareilles destinées n'attendent pas la pile de Volta. Sagement, ne lui demandons que ce qu'elle peut donner, et nous ne compromettrons pas les services réels et nombreux qu'elle peut nous rendre.

La question des appareils, de leur commodité, de leur prix, est une question importante pour la médecine pratique. Nous la sentons peut-être moins à Paris, où nous sommes entourés d'appareils de toute espèce, et, au besoin, de médecins spécialement consacrés à l'administration de ce moyen thérapeutique. Mais nos confrères éloignés des grands centres, ceux qui ne peuvent se procurer des appareils dispendieux ou qui n'ont pas autour d'eux quelque confrère versé dans ce genre d'opérations, comprennent toute la valeur de la simplification des appareils voltaïques, et attachent, avec raison, une grande importance à l'abaissement de leur prix. Appareil commode, facile à manier, à transporter, et d'une valeur accessible à tous, voilà le problème qu'il fallait résoudre.

Un physicien allemand, M. Pulvermacher, de Berlin, me semble l'avoir résolu. Je me déclare fort inexpérimenté dans le maniement des instrumens de physique; de sorte que c'est avec une satisfaction très naïve que je me suis trouvé du premier coup suffisamment habile à me servir de l'appareil on ne peut plus simple et plus commode de M. Pulvermacher. En voici une description succincte :

Comme commodité d'abord, figurez-vous une trousse ordinaire, du poids et du volume des trousses que les praticiens portent dans leur poche. Vous l'ouvrez, vous y trouvez deux, trois ou quatre chaînes que vous pouvez accoupler ou isoler l'une de l'autre, que vous isolez du réservoir commun en les plaçant sous une lame très mince de corne sous laquelle ces chaînes reposent. Ces chaînes sont formées d'élémens. Chaque élément se compose d'un moule de bois formé par deux petites plaquettes appliquées l'une sur l'autre, et ces plaquettes sont entaillées de manière à former deux gorges creusées en spirales concentriques. Un fil de cuivre de 1 millimètre de diamètre et de 26 centimètres de longueur, est enroulé sur l'une des spires et un fil de zinc pareil est enroulé sur l'autre. Le fil cuivre d'un élément est soudé au fil zinc de l'autre, et chaque partie de la chaîne se rattache à celle qui la précède et à celle qui la suit par des anneaux qui constituent une véritable articulation, et qui donnent de la souplesse à l'appareil.

Veut-on se servir de la chaîne? On la plonge dans de l'eau acidulée, dans du vinaigre, et cette immersion suffit pour une action d'un quart d'heure à une demi-heure.

On diminue la puissance de l'appareil en limitant le nombre des élémens sur lesquels on va puiser le courant, à l'aide d'une petite pince mobile que l'on attache à volonté sur des points différens de la chaîne. L'appareil donne habituellement un courant continu; mais veut-on des intermittences, on les obtient à l'aide d'une petite pièce d'horlogerie qui sert à interrompre le courant.

Cet appareil est très puissant. Un seul élément fait dévier l'aiguille du galvanomètre; avec quatre, on décompose l'eau acidulée; avec six, l'eau non acidulée; avec trente élémens, l'électricité traverse le corps humain. Enfin, avec une chaîne de soixante élémens, on peut répéter toutes les expériences physiques et chimiques de la pile voltaïque.

Tout cela se fait simplement, facilement, sans grand appareil ou étalage qui puisse effrayer le malade, et qui demande de la part du médecin un long apprentissage.

Les chaînes voltaïques de M. Pulvermacher sont un appareil vraiment séduisant, dit M. Soubeiran, le savant rapporteur de l'Académie de médecine. On est charmé de voir ces petites piles formées avec des bouts de fils, disposées avec une régularité parfaite, se pliant volontiers aux formes du corps et capables de produire, sous un petit volume, des effets puissans. Nos confrères qui ne peuvent tous recourir à la bienveillance si expérimentée de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) ou à la complaisance inépuisable des frères Breton, trouveront, dans la trousse de M. Pulvermacher, les ressources nécessaires pour remplir toutes les indications de la thérapeutique voltaïque, et cela en tirant leur trousse de la poche et à l'aide d'un peu de vinaigre qu'on rencontre partout.

C'est cette simplicité d'appareil et cette facilité d'application qui, pour mon compte, me séduisent beaucoup et m'engagent à les signaler à mes confrères et à donner en même temps un encouragement à un homme intelligent et modeste qui a obtenu déjà un rapport favorable de l'Académie de médecine, de l'Académie impériale de Vienne, et une distinction flatteuse à la grande exposition de Londres.

Maintenant, que M. Pulvermacher, comme tous les inventeurs, ne s'exagère pas un peu la puissance thérapeutique de ses chaînes, qu'elles soient propres, comme il l'assure, à guérir toutes les maladies qu'il indique, évidemment il se fait illusion sur ce point. D'ailleurs, l'expérience clinique n'a pas prononcé. Ce qui importe, c'est que les praticiens soient en possession d'un instrument commode, facile à manier et d'un prix raisonnable, et ce sont ces conditions que M. Pulvermacher a réalisées. Au moyen de son appareil, les applications de la pile de Volta à la médecine pratique peuvent être vulgarisées, et c'est un avantage précieux qu'il fallait faire connaître.

Amédée LATOUR.

tate de plomb, qu'ils le faisaient ensuite fermenter avec des pommes pourries, et que de ce mélange singulier il résultait, avec force addition d'eau, une boisson claire, piquante, mousseuse, agréable à la vue et au goût, et qui ressemblait assez au cidre bien fabriqué. Cette composition avait eu grande faveur et s'était considérablement répandue dès le commencement de l'hiver.

Nous devons croire que toutes les précautions ont été prises par l'autorité, et que, dès qu'elle a été avertie, aucune mesure n'a été négligée pour qu'il ne se vendît plus d'une boisson produisant des effets aussi désastreux. Comme l'a dit M. Devergie, le cidre qu'on vend aujourd'hui ne peut sans doute plus avoir d'inconvénient pour la santé. Mais, d'après les faits que nous venons de faire connaître, il est évident que ces boissons délétères, dont il a été fait un usage aussi considérable et aussi étendu, car les accidens ont été signalés dans presque tous les quartiers de Paris, produisent encore leurs effets. Dès lors, il est de notre devoir d avertir les médecins de se tenir en garde contre des symptômes insidieux, dont ils ne soupçonneraient pas la raison, et d'avoir présentes à l'esprit les observations que nous publions. Un grand nombre de nos confrères, dont l'attention n'était nullement appelée sur une semblale cause, rapportaient les symptômes qu'ils observaient à des gastralgies, à des attaques purement nerveuses, à des menaces de paralysie essentielle, et n'arrivaient pas au véritable diagnostic, ou n'y arrivaient qu'après de longs tâtonnemens. Bien prévenus, aujourd'hui, quand ils remarqueront des vomissemens, une constipation invincible, des coliques, la teinte grisâtre de la peau, des mouvemens convulsifs, une menace de paralysie et surtout le liseré caractéristique des gencives ils pourront remonter aux sources et établir l'étiologie comme le diagnostic, par conséquent le traitement de la maladie à laquelle ils auront affaire.

Dr Fauconneau-Dufresne,
Médecin des épidémies du départ. de la Seine.

ENTOMOLOGIE PATHOLOGIQUE.

LETTRE SUR LES MALADIES DE LA PEAU, A PROPOS DE LA DÉCOUVERTE DE L'ACARUS MALE DE LA GALE CHEZ L'HOMME.

Monsieur le rédacteur,

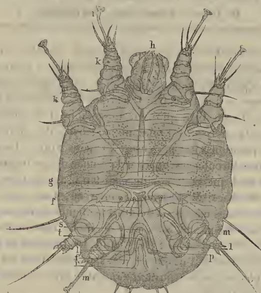
Je vous adresse, comme je vous l'ai promis, la planche gravée de l'*acarus scabiei* mâle; j'y joins celle de la femelle, afin de montrer à vos lecteurs, par une simple observation comparative, en quoi ces deux insectes diffèrent entre eux. — Je suis aujourd'hui en mesure de vous donner quelques détails sur les habitudes du mâle, sur l'accouplement, et de traiter avec plus de précision que je n'ai pu le faire dans ma première lettre, la question si difficile du diagnostic de la psore. Je terminerai par quelques considérations générales sur les maladies de la peau.

Comme vous vous le rappelez, Monsieur le rédacteur, la découverte de l'acarus mâle ramena un moment, il y a quelques mois, la question de la gale à l'ordre du jour. Deux journaux, parmi les organes de la presse médicale, se hâtèrent de reproduire cet insecte par le dessin, et d en faire la description : l'un d'eux, traita de mystification la découverte du mâle, copia les figures données par M. Raspail, de l'*acarus vegetans* (de Geer), l'*hister* (de Linnée), c'est-à-dire l'escarbot commun, et le présenta avec un sérieux qui a droit de surprendre, comme l'acarus mâle de l'homme, connu depuis longtemps. Le second journal, les *Annales des maladies de peau*, traita la question avec plus de compétence, fit de la bibliographie, et stéréotypa l'image de l'acarus mâle, gravée sur bois. — Nous n'insisterons, pour le moment, que sur un passage de l'article de M. Cazenave, dans les *Annales*, ayant pour titre : *Découverte du mâle*, par Eichstedt (Notice de Froriep, 1846, dans l'*Anatomie pathologique* de Simon, Berlin), nous réservant de discuter plus loin ce qui a rapport à la question pathologique.

Je disais tout à l'heure, écrit M. Cazenave, « que l'acarus » mâle qui avait échappé jusqu'alors aux recherches des entomologistes français, avait été signalé en Allemagne; en effet, » Eichstedt, voulant examiner si, par hasard, il existait aussi » librement des acarus sur la main et dans les plis de la peau, » entreprit, à l'aide d'une forte loupe, des recherches sérieuses sur les mains des galeux : jamais il ne trouvait d'insecte libre sur la main, mais il en voyait *souvent* qui étaient » enfoncés dans la peau sans former de sillon, de manière à » n'être recouvert que par une couche très mince d'épiderme; » ces insectes apparaissaient comme de petits points blancs à » peine visibles, sans former de soulèvemens, bien moins encore de vésicules. Eichstedt prend les acarus ainsi trouvés » pour des mâles. Ils se distinguent de ceux qui sont logés » dans les sillons, principalement parce qu'ils sont un peu » plus petits; que les segmens du corps se dessinent plus nettement; que les soies paraissent plus longues. » Nous ne voudrions en rien amoindrir le mérite des recherches d'Eichstedt : puisqu'on lui attribue la découverte du mâle, nous la lui maintiendrons; mais nous ne pouvons cependant ne pas faire remarquer que ce qu'il dit du mâle, quant à l'absence des sillons, et quant à son petit volume, est applicable à la jeune larve; de telle sorte que tous les caractères distinctifs du mâle se réduisent, en dernière analyse, d'après Eichstedt, *aux segmens du corps qui se dessinent plus nettement, aux soies qui paraissent plus longues*. Caractères discutables; car la femelle, au moment de ses métamorphoses, quand elle est amaigrie, a l'abdomen segmenté par des scissures profondes, et les soies qui terminent la première paire des pattes postérieures du mâle ont à peu près la même longueur que celles de la femelle. Mais à quoi bon insister sur ces questions secondaires; faisons à chacun sa part : admettons que M. Eichstedt a entrevu l'acarus scabiei mâle en Allemagne; que M. Lanquetin l'a découvert le premier en France, et il nous restera encore assez de faits nouveaux à observer et à décrire.

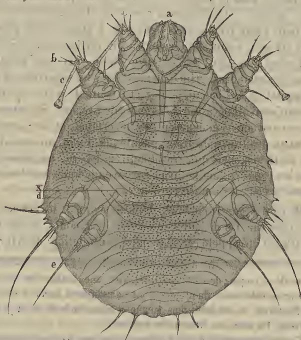
L'acarus mâle de la gale chez l'homme est, comme la femelle, testudiniforme; son volume, qui dépasse à peine celui d'une jeune larve, est de 1/5 de millimètre en longueur, est de 1/6

Fig. 1.



de millimètre en largeur : il est représenté fig. 1re, et pour faire ressortir les points de comparaison à établir entre lui et la femelle, celle-ci est également représentée fig. 2. Le mâle est dessiné à un grossissement de 300 diamètres; la femelle a une amplification de 180 diamètres seulement; et, bien qu'il y ait 120 diamètres d'amplification en faveur du mâle, la femelle, comme il est facile de le voir à l'œil nu, l'emporte encore d'un quart sur lui. Mais le volume, les formes extérieures, ne peuvent offrir que des caractères distinctifs secondaires; les organes génitaux seuls ont une importance réelle, décisive; fixons donc sur eux notre attention.

Fig. 2.



L'acarus mâle porte ses organes sexuels, comme la plupart des acarus, du côté de la face abdominale, entre les épimères des pattes postérieures (fig. 1re, *f*). La femelle ne présente, au contraire, rien de semblable dans la même région. L'appareil génital se compose de quatre parties principales : une première qui prend naissance entre les épimères de la dernière paire des pattes postérieures, et se divise en deux branches (*f'*), une seconde (*s*) comprise dans les divisions de la première, une troisième (*t*) également enclavée dans les deux divisions de la seconde, et enfin, une quatrième placée au-dessous et non dessinée, parce qu'il aurait fallu sacrifier l'insecte pour la mettre en évidence, et qui n'est autre que le pénis.

La première partie, large à son extrémité antérieure, se rétrécit en *f*, s'élargit de nouveau, puis bientôt se divise en deux branches qui se dirigent en arrière (*f'*), superficiellement par rapport au second organe, dont les divisions se portent directement au-dessous et en dehors. La seconde partie *p* se trouve circonscrite, en avant, par les deux branches de la première à leur naissance; elle présente, au point médian d'où partent ses propres divisions, un corpuscule en forme de glande, en *s*. La troisième partie est circonscrite en avant par la seconde, se divise en deux branches (*t*), et porte également un corpuscule glanduleux (*t*) qui prend naissance sur la ligne médiane. Des filamens, qui se déchirent sous l'effort du compresseur, se rendent de l'un à l'autre des corpuscules glanduleux.

Telle est la disposition des organes composant l'appareil génital sécréteur, examinés sur le premier acarus mâle que nous ayons trouvé. Nous ajouterons qu'il était peu favorable à l'observation : l'une des pattes, celle placée en dedans et à droite, avait été blessée par l'aiguille, aussi ne s'est-elle pas étendue comme les autres. On ne sera donc pas surpris d'apprendre, que nous n'avons pu découvrir, et par conséquent dessiner, un organe qui se remarque sur tous les acarus mâles; nous voulons parler de l'organe essentiellement propre à la copulation, qui naît d'ordinaire dans l'abdomen, au niveau et au-dessous de l'appareil décrit plus haut, sous l'apparence d'un filament, et qui va s'effilant à mesure qu'il se dirige en arrière. Ce filament, qui n'est autre que le pénis, sort de sa gaine lors de l'accouplement, à quelque distance de l'ouverture anale, sans avoir rien de commun avec cette dernière, et pénètre ainsi dans le cloaque de la femelle. On voit facilement le pénis sortir des organes sexuels de la femelle, chez les acarus du cheval ou du mouton, quand on les observe au microscope pendant l'accouplement.

Les organes génitaux de l'acarus mâle de l'homme, ont un développement considérable, eu égard au volume de l'insecte; il s'en faut que ceux de l'acarus mâle du cheval ou du mouton soient aussi apparens. Il sera donc facile, sans y apporter une grande attention, de distinguer le mâle de la femelle. Si, par hasard, l'insecte mâle se trouvait recouvert, comme cela arrive quelquefois, par des pellicules ou des corps étrangers qui empêchassent d'apercevoir les organes sexuels, l'observateur pourrait encore reconnaître le mâle à l'inspection des pattes postérieures. Il porte constamment, en effet, un ambulacre armé d'une ventouse à la dernière paire des pattes postérieures (*m*), tandis que la femelle est pourvue d'un long poil aux mêmes pattes (fig. 2, *e*). Il suffit donc de découvrir l'extrémité de la dernière paire des pattes postérieures, pour dire avec certitude, si c'est un mâle ou une femelle qu'on a sous les yeux. (Si Eichstedt avait réellement rencontré des mâles, il aurait vu à la dernière paire des pattes postérieures, non pas des soies comme il le dit, mais des ambulacres) Les organes génitaux, l'ambulacre armé d'une ventouse, ne sont pas les seules différences d'organisation qu'on remarque entre le mâle et la femelle; la conformation des épimères des pattes postérieures offre encore un caractère distinctif aussi constant, comme il est facile de le voir, en comparant les épimères des pattes postérieures du mâle (fig. 1re, *g*), qui sont réunis en une seule pièce, avec ceux de la femelle (fig. 2, *x*) qui sont séparés. Ce qui ne veut pas dire, comme l'a écrit M. Cazenave, que les pattes postérieures soient reliées supérieurement par une même membrane. Si une même membrane reliait entre elles les pattes postérieures, comment se mouveraient-elles?

L'inspection de la face dorsale permettrait encore, jusqu'à un certain point, de reconnaître les sexes. La femelle porte, en effet, sur la face dorsale qui est convexe et sinueuse, des appendices cornés de trois espèces, différens en volume et en grandeur, et d'autant plus petits, qu'ils sont plus rapprochés du sommet de la convexité. Ces organes, qui rendent possible la marche de l'insecte dans les sillons, si nécessaires à la femelle, manquent en grande partie chez le mâle. Celui-ci diffère encore de la femelle par son aspect général; il n'est jamais blanchâtre, brillant, replet, globuleux; mais, au contraire, noirâtre, aplati, irrégulier dans ses contours. Un angle rentrant se remarque principalement sur ses bords, au niveau des pattes postérieures. Son agilité est extrême; déposé sur la peau en même temps qu'une femelle, celle-ci agite à peine ses pattes, que déjà il a fui avec rapidité.

Les différences d'organisation que nous avons mentionnées entre le mâle et la femelle, doivent nécessairement entraîner quelques modifications dans leurs fonctions vitales, et fournir des notions nouvelles applicables à la pathologie. Arrêtons donc notre attention sur ces divers points.

L'acarus mâle passe, comme la femelle, par l'état de larve, avec six pattes seulement, avant d'être insecte parfait, et rien, pendant cette phase de son existence, ne fait soupçonner quel sera son sexe. Mais bientôt la première métamorphose se prépare; l'insecte jette sa première enveloppe, et apparaît pourvu de ses huit pattes et des organes propres à son sexe : tel il sort de cette première transformation, tel il restera toute sa vie. Il existe pour vivre et s'accoupler : suivons-le dans l'accomplissement de ses fonctions.

Qu'il se trouve sur la peau, par l'effet d'un développement régulier, qui d'embryon le fait insecte parfait; ou qu'il y soit transporté par l'effet d'une transmission directe, d'un galeux à un homme sain, son premier soin est de trouver un gîte. Il met à cette recherche une activité extraordinaire, il explore la peau en tous sens, il s'arrête à toutes les aspérités de l'épiderme. On dirait qu'il a conscience du danger qu'il court, et qu'il a hâte de rencontrer un abri : au bout de quelques minutes, il fait enfin choix d'un lieu propice et attaque l'épiderme avec non moins d'ardeur et d'activité, si bien, qu'au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure, il est complètement caché sous l'épiderme. Le malade, comme nous l'avons dit ailleurs pour la femelle, n'a aucunement conscience de ce travail de l'insecte; il ne ressent aucune démangeaison.

L'organisation de l'acarus mâle, rend compte de son agilité et de sa force, relativement plus considérables que celles de la femelle. Il n'a pas à traîner comme celle-ci un lourd fardeau à peine soulevé par les pattes postérieures. Son corps est

trapa, de diamètres sensiblement égaux, et toujours en parfait équilibre sur le plan où il repose. Mais ce n'est pas tant à la conformation essentiellement plus avantageuse de son corps que le mâle doit la liberté de ses mouvemens, qu'à la ventouse ambulatoire qui arme sa dernière paire des pattes postérieures. Cette puissance, en effet, double l'activité de sa marche, indépendamment de la supériorité qu'elle lui assure dans les luttes qu'il doit soutenir avec les femelles.

Une fois caché sous l'épiderme, l'insecte mâle y pompe, comme la femelle, les sucs nourriciers que réclament ses besoins, et la nuit suivante, il quitte son gîte pour aller à la recherche des femelles. J'en ai observé plusieurs sur un malade soumis à l'expérimentation; et toutes les vingt-quatre heures, ils abandonnaient le lieu où ils avaient séjourné la veille. Le mâle, d'ailleurs, ne se trompe pas dans le choix des femelles qui sont propres à l'accouplement; guidé par son instinct, il sait éviter les sillons où vivent les insectes parvenus à la période de la ponte, et découvrir le gîte des femelles non fécondées. Celles-ci ne font pas de longues galeries propres aux insectes qui pondent; elles séjournent dans leurs sillons pendant huit à dix jours, où elles attendent l'arrivée des mâles, qui grâce à leur agilité, peuvent d'ailleurs, en peu d'heures, explorer en quelque sorte le corps du malade. — Lorsqu'un mâle a rencontré le gîte d'une femelle vierge de tout accouplement, il y pénètre par l'ouverture encore béante, détache l'épiderme, élargit l'enceinte, s'il la trouve trop étroite, et attaque la femelle.

(*La suite au prochain n°.*) Dr H. BOURGUIGNON.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION D'OESOPHAGISME.

Monsieur le rédacteur,

Les observations d'œsophagisme sont assez rares pour que je ne passe point sous silence celle que j'ai recueillie dans le service qui m'est confié à notre hospice, et depuis le travail de Mondière, j'ignore s'il en a été publié de nouvelles. Celle dont je vais rapporter les détails, et dont j'abandonne à votre jugement l'insertion dans votre estimable journal, m'a été fournie par un militaire dont le nom est Henry.

Ce jeune homme, âgé de 21 ans, d'une bonne constitution, d'une taille moyenne et d'un tempérament nervoso-sanguin, quitte Lille pour se rendre en Algérie, et dans son trajet éprouve des accès de fièvre intermittente pour lesquels il est reçu à l'hôpital de Château-Thierry. Après huit jours de séjour, il en sort dans le même état de santé. Arrivé à Montmirail, on me rappelle qu'il a éprouvé un accès de fièvre algide la veille de son entrée dans notre hospice, qui eut lieu le 22 décembre 1851, et qu'il était sans parole.

Les symptômes que présenta notre malade, lorsque je le vis, furent ceux-ci : peau généralement froide, tremblement de tout le corps, pouls à 60 pulsations, contraction des mâchoires, déglutition impossible, telle, que l'impression d'un liquide quelconque détermine de vives douleurs au pharynx et sollicite des efforts qui congestionnent la face et deviennent même pénibles pour avaler sa salive; difficulté de projeter la langue hors la bouche; partie antérieure du cou sensible à la pression; les mouvemens de cette région sont pénibles, mais cet état ne s'étend point au reste du corps, dont les membres et la colonne vertébrale sont flexibles; l'excrétion urinaire qui a lieu est peu abondante, le malade s'agite dans son lit, obéit aux questions qu'on lui adresse et ne peut y répondre qu'imparfaitement.

Des sinapismes sont appliqués aux extrémités inférieures à plusieurs reprises, des corps chauds sont maintenus autour du malade, potion éthérée et saignée du bras.

Cet état persévère la nuit et la journée du 23, où une nouvelle saignée est pratiquée.

Le 24, le malade est calme, la déglutition commence à s'exécuter, mais d'une manière si incomplète, qu'il semble que le liquide passe à travers un filtre. Le pouls est à 72, la peau reprend sa chaleur normale. Henry accuse une douleur à l'extrémité supérieure du sternum, et une semblable entre les dernières côtes gauches; l'auscultation ne dénote rien d'anormal dans la cavité thoracique.

Le 26, les phénomènes dysphagiques s'amendent, et le 28, à leur cessation succèdent le soir de légers accès fébriles intermittens qui se prolongent jusqu'au 31 et cèdent à l'emploi du sulfate de quinine. Dès ce moment, Henry entre en convalescence.

Cette observation ne pouvait-elle pas offrir quelques doutes sous le rapport du diagnostic? Au premier abord, n'en connaissant pas les antécédens, j'étais porté à croire à la présence d'un fait tétanique dont le premier symptôme se révélait par le trismus, des douleurs musculaires autour de la région du cou et la presque impossibilité de projeter la langue hors la bouche. En outre, ce qui devait contribuer à la croyance d'un pareil fait était le refroidissement occasionné par la pluie à laquelle avait été soumis Henry pendant tout son trajet de Château-Thierry à Montmirail. Toutefois, ce doute a bientôt cessé du moment où les symptômes ne se sont pas multipliés; ainsi, pas de mouvemens convulsifs dans les membres auxquels aient succédé une immobilité et une raideur des muscles volontaires, ces organes, au contraire, étaient flexibles. Devais-je attribuer la dysphagie à une inflammation du pharynx? L'examen, plus tard, de cet organe, nous a démontré le contraire d'un pareil état pathologique. C'était donc à l'aide des symptômes qui nous ont été ultérieurement révélés qu'il nous fut permis d'établir la nature de ce phénomène dysphagique. Notre malade, en effet, dans son trajet de Lille à Montmirail, avait eu des accès fébriles intermittens qui, à son arrivée dans notre ville, augmentèrent d'intensité et disparurent complètement pour faire place à la constriction du canal pharyngo-œsophagien. Cet échange entre la dysphagie et la fièvre intermittente ferait donc admettre entre ces deux phénomènes une liaison intime, liaison que démontrerait la nature des deux états morbides dont les principaux actes appartiendraient au système nerveux, si, comme plusieurs auteurs, on admet que la fièvre intermittente est l'effet de l'irritation des centres et des plexus nerveux du système ganglionnaire et que la contraction du canal pharyngo-œsophagien est sous l'influence du nerf pneumo-gastrique, dont de nombreux filets, ainsi qu'on le sait, sont envoyés à l'œsophage. Enfin, nous avons vu, dans le cours de la maladie, apparaître et cesser en même temps que l'état spasmodique de l'œsophage, des douleurs dans les muscles superficiels du cou, de la tête et de la poitrine, et renaître la fièvre intermittente qui, sous la forme de légers accès, a cédé à l'emploi du sulfate de quinine. Ce raisonnement nous autorise donc à admettre que nous avons eu, soumis à notre observation, un fait exact d'œsophagisme indépendant de deux autres états pathologiques, hystérie et hypocondrie, où on l'observe fréquemment et dont la cause déterminante a été l'influence d'une atmosphère froide et humide.

Le traitement a été simple; cet état spasmodique devait cesser sous l'influence des saignées, des révulsifs et de l'application de la chaleur. Remplacé plus tard par l'accès fébrile qui l'avait précédé, le sulfate de quinine a fait justice de ce dernier état morbide. Au moment où je relate cette observation, 11 février, nul des symptômes précédens ne s'est renouvelé chez Henry, qui est sorti de notre hospice après en avoir fait, jusqu'au 17 février, le service d'infirmier.

Dr Benjamin PALAIS.

Montmirail, 22 Février 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Février 1852. — Présidence de M. le docteur TRÈVES.

La correspondance comprend :

1° Plusieurs mémoires manuscrits pour le concours établi par la Société, sur l'emploi de l'huile de foie de morue.

A cette occasion, la Société rappelle aux concurrens de se hâter d'envoyer leurs mémoires, le délai de rigueur expirant le 31 mars.

2° Un rapport imprimé de M. le docteur Thibault, *sur l'organisation du service médical des pauvres*, lu à la Société médicale du 5me arrondissement, à l'occasion d'un travail de MM. Martin Magron et J. Séguin.

M. Perrin est chargé, dans l'une des prochaines séances, de rendre compte de cet intéressant rapport.

Sur l'invitation de M. le Président, M. le dr GAIDE raconte ce qu'il a observé de saillant, depuis quelque temps, dans sa pratique particulière. Il déclare avoir vu, en quelques jours, plusieurs cas d'érysipèle. Il demande à ses confrères si, eux aussi, de leur côté, ont constaté la fréquence actuelle de cette maladie.

M. TESSEREAU en connaît trois exemples, pour sa part, parmi lesquels il cite celui d'une jeune fille, intéressant à divers titres. Sa malade, âgée de 17 ans, vit se développer une rougeur érysipélateuse autour de piqûres de sangsues qui avaient été appliquées derrière les oreilles pour combattre une ophthalmie. Pendant les quatre premiers jours, la maladie marcha régulièrement; la fièvre était modérée. Les règles, qui apparurent au début de l'érysipèle, coulèrent sans trouble pendant ces quatre jours, et cessèrent naturellement au bout de ce temps. Le cinquième jour, redoublement inattendu de la fièvre, délire dans la nuit. M. Tessereau appelé au matin, ne croit pas devoir recourir aux émissions sanguines, à cause de l'état lymphatique du sujet, et prescrit un purgatif. Mais le soir, les accidens n'ayant pas diminué, il se décida à pratiquer une saignée explorative. Le sang provenant de cette saignée s'étant recouvert d'une couenne inflammatoire très résistante, notre confrère n'hésita pas à ouvrir la veine, deux nouvelles fois, dans les vingt-quatre heures. Malgré ce traitement énergique, l'érysipèle continua de marcher, et envahit bientôt le côté de la face opposé pour revenir, en dernier lieu, dans les points primitivement envahis. L'état général offrit en même temps l'ensemble de tous les symptômes de l'ataxo-adynamie la mieux caractérisée et la plus grave. Pendant dix jours, la malade donna les plus sérieuses inquiétudes, et ne fut hors de danger qu'au bout de ce temps. Le calomel, la scammonée, le musc, le sulfate de quinine, et les vésicatoires aux jambes, tels furent les principaux moyens auxquels M. Tessereau eut méthodiquement recours.

M. PERRIN a, comme MM. Gaide et Tessereau, observé plusieurs cas d'érysipèle. Mais ses observations ont été faites, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piedagnel. Il a, de plus, vu des malades qui ont offert plusieurs érysipèles successifs, de telle sorte que ces malades restaient indéfiniment à l'hôpital. Il ajoute ensuite, à l'occasion de l'observation de M. Tessereau, qu'il croit peu, en général, à l'utilité des médications actives dans le traitement de l'érysipèle, et surtout de l'érysipèle interne. Il appuie sa manière de voir sur le nombre immense de méthodes thérapeutiques vantées, avec un égal succès, contre cette maladie.

M. TRÈVES parle de l'utilité topique de la farine dans le traitement de l'érysipèle. M. Aubrun préfère l'emploi de l'amidon, qui a l'avantage de ne pas se prendre en grumeaux comme la farine. Ces deux confrères font le plus grand éloge de cette espèce de cataplasme sec et pulvérulent. Cependant M. Ameuille affirme que dans deux cas qu'il a observés, l'emploi de l'amidon ne lui a rien offert de bien satisfaisant, et a même paru désagréable aux malades. Les onctions simples, à l'aide de la pommade de concombre, ont été préférées par eux.

M. le docteur GAIDE entretient verbalement la Société d'un autre fait très intéressant, récemment observé par lui. Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 10 ans, délicat, peu développé, à membres grêles, à tête grosse, à peau rude et épaisse, qui fut pris le vendredi de malaise général, de fièvre, et le lendemain de toux sèche et fréquente, avec quelques éternuemens. Tous ces accidens persistèrent les samedi, dimanche et lundi, sans offrir rien d'insolite. M. Gaide crut pouvoir diagnostiquer une rougeole dont l'éruption ne paraissait pas devoir se faire d'une manière facile et régulière. Pendant tout le temps de la maladie, l'intensité de la fièvre fut énorme, et en présence de ce mouvement fébrile exagéré, joint, dès le quatrième jour, à une légère altération des traits, M. le docteur Gaide ne put se défendre d'une certaine crainte sur les suites de la maladie. Jusqu'au mercredi soir, il n'y eut pas trace d'éruption, et, chose bien digne de remarque, la fièvre continuait avec une acuité inquiétante et presque inexplicable. En effet, le défaut seul de l'éruption ne justifiait guère un mouvement pyrétique aussi intense, et, d'un autre côté, l'examen le plus attentif, et chaque jour répété, de l'état physique et fonctionnel du poumon, à l'aide des moyens bien connus d'exploration de cet organe, ne permit de reconnaître l'existence d'aucune trace de pneumonie. L'éruption qui se montra dans la soirée du mercredi fut presque insignifiante. Elle consista simplement dans l'apparition, sur les mains et les fesses du petit malade, de quelques taches irrégulières, blafardes, presque lie de vin, et n'offrant, en aucune façon, l'aspect bien connu de l'éruption rubéolique. Malgré cette éruption trop incomplète pour amener quelque changement heureux dans l'état du malade, les symptômes généraux allèrent en augmentant. Le pouls, en effet, était à 160 par minute; il y avait en outre un peu de révasserie sans délire véritable. Nous ajouterons aussi que, pour la première fois, on put constater l'existence d'une petite quantité de sang dans l'un des crachats expectorés et qui offrit en même temps un aspect légèrement rouillé. On crut également reconnaître une légère matité du coté gauche de la poitrine et en arrière, ce qui conduisit à l'application rationnelle, en ce point, d'un vésicatoire. Le lendemain, aucune amélioration, nouveau crachat rouillé, état plus misérable encore du pouls, et mort dans la journée. Peu de temps après la mort, la raideur cadavérique était très sensible, et la décomposition générale très avancée au bout de vingt-quatre heures.

M. le docteur CHARRIER croit que M. Gaide a eu affaire à une rougeole anomale dont le défaut d'éruption a sans doute été pour une grande part dans l'intensité de la fièvre observée pendant tout le cours de la maladie; mais il pense qu'il a existé, en même temps, quelques points de pneumonie. Il n'en voudrait d'autre preuve que l'apparition de ces deux crachats rouillés expectorés la veille, et le jour de la mort.

M. le docteur AMEUILLE, comme exemple de la difficulté qu'on rencontre quelquefois à diagnostiquer, de bonne heure, certaines pneumonies, cite l'histoire d'un malade chez lequel, pendant quatre jours, tous les signes de la pneumonie, toux, expectoration sanglante, matité, râles caractéristiques firent défaut. Ce ne fut qu'au bout de ce temps, et à la suite d'une saignée, que la toux devint plus humide, plus facile, et fut suivie de l'expulsion d'un crachat visqueux, adhérent, rouillé, évidemment pneumonique. A partir de ce moment seulement, tous les autres signes se montrèrent à leur tour, et se caractérisèrent de plus en plus, et permirent enfin de reconnaître une pneumonie qui, dans ce cas particulier, avait manifestement débuté dans la profondeur du poumon pour gagner plus tard la périphérie de l'organe. La maladie, au reste, marcha régulièrement et se termina heureusement.

M. le docteur AUBRUN insiste à son tour sur la difficulté du diagnostic des fièvres éruptives au début, et rapporte l'observation d'un enfant de cinq ans qui offrit, pendant quatre jours, tous les signes prodromiques les mieux tranchés d'une rougeole, fièvre intense, toux rauque, larmoiement, éternuemens, et qui, vers le cinquième jour, contre l'attente de notre confrère, fut pris d'une broncho-pneumonie bien caractérisée, en même temps que le larmoiement et l'éternuement cessèrent. Il cite ce fait, non seulement comme une preuve de la difficulté du diagnostic des affections éruptives au début, mais surtout pour appeler l'attention de la Société sur un moyen de révulsion très utilement et très fréquemment employé par lui chez les enfans, et qui consiste dans l'emmaillottement des extrémités dans la ouate enveloppée elle-même d'une toile gommée. Ce moyen, employé chez le petit malade dont M. Aubrun a raconté l'histoire, a déterminé une éruption vésiculeuse, presque bulleuse, sur les deux pieds, et analogue aux accidens d'une brûlure au premier et au deuxième degré.

M. HOMOLLE prétend que cet emmaillottement des extrémités agace autant et plus les enfans que les sinapismes. Il dit également avoir observé, depuis quelque temps, comme bon nombre de ses confrères, une sorte d'épidémie de grippe, de fièvre catarrhale. La marche de cette affection a lieu souvent de haut en bas, ce qui explique comment, au début, on croit avoir affaire à une laryngo-trachéite, à une laryngite striduleuse, à une bronchite supérieure, quelquefois même à une rougeole, tandis qu'au bout de quelques jours on voit apparaître tous les signes d'une pneumonie lobulaire, d'une broncho-pneumonie plus ou moins grave.

M. PERRIN, à l'occasion de nombreux faits d'empoisonnement signalés à Paris, dans ces derniers temps, à la suite de l'usage de cidres altérés par une préparation de plomb, fait part à la Société d'un cas d'intoxication saturnine, remarquable à divers titres, et qu'il a récemment observé chez une jeune femme de 25 ans.

Cette dame, bien portante, non sujette aux coliques, n'ayant jamais eu de convulsions, fit usage, vers le 22 novembre dernier, de cidre que son mari avait acheté dans une brasserie du faubourg Saint-Antoine. Elle fut prise presque aussitôt de coliques avec constipation qui la tourmentaient horriblement nuit et jour. A ces coliques se joignirent plus tard un dégoût profond pour toute espèce d'alimens, des nausées, et deux ou trois vomissemens, chaque jour, à la suite desquels elle rejetait péniblement quelques matières glaireuses mélangées de bile.

Au bout de quinze jours, la malade cessa de boire du cidre sans supposer un seul instant que cette boisson pût être la cause des accidens qu'elle éprouvait. Son mari, qui avait bu sa bonne part des 52 litres qu'ils avaient achetés, n'avait, et n'a depuis, absolument rien ressenti. Malgré la cessation de l'usage du cidre, les coliques, les nausées, les vomissemens, continuèrent de tortuer la malade.

Le jour de Noël, les souffrances abdominales étaient tellement vives, que la patiente, au dire des assistans, se roulait par terre.

Deux confrères, successivement consultés, cherchèrent inutilement à combattre ces accidens, dont la cause leur échappa complètement.

Le 27 janvier, à onze heures du soir, deux mois après le début des accidens, et six semaines après avoir cessé de boire du cidre, la malade

fut prise subitement d'un accès bien tranché d'épilepsie, précédé d'un fourmillement dans le bras droit, et d'un tremblement convulsif dans le membre pelvien du même côté. Quatre accès effrayans d'intensité se succédèrent dans l'espace de moins d'une heure, et sans donner le temps à la malade de recouvrer sa connaissance, dans l'intervalle d'une crise à l'autre.

Appelé en grande hâte, et pour la première fois, à visiter cette malheureuse, M. Perrin ne s'expliqua pas tout d'abord la cause de semblables accidens. Ce ne fut que le surlendemain que notre confrère apprit que la malade avait bu du cidre quelques semaines auparavant. Dès ce moment, l'inconnue du problème pathologique fut dégagée par lui. Il n'était plus douteux, en effet, que cette jeune femme, depuis deux mois, ne fût sous l'influence d'une grave intoxication saturnine. M. Perrin savait que des cidres, altérés par l'acétate de plomb, étaient, depuis quelque temps, entrés dans la consommation des petits ménages de Paris, et avaient causé de *sérieux* accidens. L'analyse du cidre bu par la malade de M. Perrin, fut faite par M. Chevallier; et ce savant chimiste put facilement constater qu'il renfermait une préparation vénéneuse soluble de plomb.

Dans le cas où une action en dommages-intérêts serait intentée par le mari contre le brasseur qui a empoisonné sa femme, en lui vendant un cidre sophistiqué, M. Perrin demande à la Société si les attaques d'épilepsie observées par lui chez sa malade, disparaîtront nécessairement *sans retour*, avec la cause qui les a déterminées. On comprend, au point de vue médico-légal, toute la gravité de cette importante question. La Société croit qu'il est sage, dans l'espèce, de ne pas se prononcer d'une manière définitive, et de réserver complètement l'avenir.

M. le docteur DREYFUS rapporte une observation analogue à celle de M. Perrin. Il y a un mois environ, il a été appelé près d'un malade en proie à tous les accidens de la colique saturnine. Malgré qu'il ne pût saisir matériellement la cause de leur apparition, il n'en persista pas moins à croire à un empoisonnement saturnin, et à faire subir à son malade le traitement des maladies de plomb. Deux jours après, le malade était guéri. M. Dreyfus découvrit plus tard, comme dans le cas de M. Perrin, que le cidre altéré par le plomb avait été cause des accidens justement, et *à priori*, interprétés par lui, au point de vue de leur étiologie.

M. AMEUILLE entretient, à son tour, la Société de la dilatation forcée de l'anus, dans certains cas de constipation opiniâtre et de fissure rebelle. Il cite l'observation intéressante d'une jeune femme de 25 ans, qui souffrait horriblement, en allant à la garderobe, des douleurs d'une fissure à l'anus, qui remontait jusqu'à la partie supérieure des sphincters. Il avait inutilement employé la cautérisation au nitrate d'argent et les mèches (au reste mal supportées) enduites de pommades belladonnisées, opiacées, au styrax, etc. Un seul moyen soulageait toujours la malade, et l'avait même en apparence guérie pendant six semaines : c'était le lavement au ratanhia. Mais la guérison définitive ne survenant pas, M. Ameuille se décida à pratiquer la dilatation forcée. La malade étant chloroformisée, puis placée dans une position convenable, notre confrère introduisit successivement, dans l'anus, l'index de chaque main, et les repliant en crochet, il exerça, dans tous les sens, des tractions énergiques et progressives, de dedans en dehors, sur l'orifice inférieur de l'intestin. Il arriva ainsi à faire subir à cet orifice une dilatation telle, et cela sans la sensation de rupture des fibres musculaires, signalée par quelques chirurgiens, que tous les doigts réunis en faisceau, puis la main elle-même tout entière, purent être introduits et réintroduits dans le rectum.

M. TRÈVES n'oserait pas pratiquer une semblable opération, dans la crainte d'accidens sérieux, à la suite de ces violences traumatiques. Il a presque toujours réussi à combattre les accidens de la fissure, et spécialement de celle qui accompagne les hémorrhoïdes ou fait suite à l'accouchement, en cherchant d'abord à vaincre la constipation à l'aide de purgatifs, et à faibles doses, puis ensuite en introduisant, tous les soirs, une fois cette constipation vaincue, des mèches progressivement augmentées de volume, et enduites de cérat, de styrax, etc... Au bout de cinq ou six semaines de l'emploi de ces moyens, l'amélioration ou la guérison surviennent presque toujours.

M. AMEUILLE objecte, avec raison, que ce genre de médication peut suffire pour combattre ces crevasses, ces gerçures légères de la marge de l'anus, mais qu'il est complètement insuffisant dans ces fissures profondes, qui filent et remontent jusqu'au-dessus des sphincters. Dans ces dernières, tout échouant, on est conduit forcément à tout essayer, et spécialement la dilatation forcée de l'anus, qui a guéri parfaitement sa malade, et sans qu'il soit rien survenu consécutivement de particulier. La guérison date de deux mois.

A l'occasion de l'observation de M. Ameuille, M. PERRIN dit qu'il a employé avec succès l'extrait de monésia en lavement, soit seul, soit combiné avec l'extrait de ratanhia. La solution composée qu'il emploie, se compose d'un litre d'eau, de 5 grammes et plus d'extrait de monésia, et autant d'extrait de ratanhia, avec addition d'une petite quantité d'alcool. L'effet astringent de cette injection est telle, que si elle est gardée quelque temps, les mucosités intestinales éprouvent une véritable coagulation, qui leur donne, quand elles sont expulsées, la consistance du frai de grenouille.

M. CHARRIER, invoquant les lois de la physiologie, redoute de l'emploi de pareilles violences sur l'anus, un relâchement, une véritable paralysie des sphincters qui pourrait devenir plus ou moins complète, et définitive. On pourrait ainsi à une maladie en substituer une autre tout opposée, mais plus grave encore.

M. MERCIER ne nie pas la possibilité de l'inconvénient signalé par M. Charrier, mais il n'y croit pas dans le cas de dilatation forcée de l'anus. Un muscle, la vessie, par exemple, ne se paralyse ou mieux ne devient inerte qu'à la condition d'une distension longtemps prolongée de ses fibres. Or, rien de semblable n'existe dans l'opération dont M. Ameuille vient d'entretenir la Société.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

THÉRAPEUTIQUE.

PRÉPARATIONS PURGATIVES CONTRE L'ICTÈRE ET LES COLIQUES VENTEUSES DES NOUVEAU-NÉS; par M. DUCLOS.

Eau de roses pâles,
Sirop de chicorée,
— de fleurs de pêcher, de chaque. 30 grammes.

Il arrive quelquefois que cet état de rétention amène, après l'évacuation du méconium, une tympanite et des douleurs connues des nourrices sous le nom de *coliques venteuses*, qui tourmentent l'enfant, empêchent le sommeil, excitent les cris. Dans ce cas, la médication qui a toujours réussi entre les mains de M. Duclos, se compose de l'administration de la rhubarbe et de la magnésie ainsi combinées :

Rhubarbe. . . . . 8 décigram.
Magnésie calcinée. . . . . 2 à 4 —

A prendre deux fois le jour, ou le matin seulement, suivant la gravité de la tympanite.

POMMADE AU CHLOROFORME CONTRE LA MIGRAINE ET LES NÉVRALGIES FACIALES; par M. CAZENAVE, de Bordeaux.

Chloroforme pur. . . . . 12 grammes.
Cyanure de potassium. . . . 10 —
Axonge récente. . . . . . . 60 —

Cire, quantité suffisante pour obtenir la consistance d'une pommade.

TRAITEMENT DES ENGELURES (TROUSSEAU).

Ce médecin fait laver trois fois par jour les parties atteintes d'engelures avec de l'eau boratée préparée comme suit :

Borax. . . . . 50 grammes.
Eau. . . . . 500 —

Dissolvez. Quatre cuillerées à bouche de cette solution dans un litre d'eau chaude suffisent pour former le liquide qui sert aux lotions.

M. Trousseau prescrit dans les mêmes circonstances, soit pour réprimer, soit pour prévenir les engelures, des lotions faites matin et soir avec la liqueur ci-après :

Sel ammoniac. . . . . 20 grammes.
Eau. . . . . 40 —
Alcoolat vulnéraire. . . . . . 10 —

Dissolvez le sel dans l'eau et ajoutez l'alcoolat.

Lorsque les engelures sont ulcérées, on se trouve bien de laver ces ulcères avec une solution ainsi composée :

Tannin. . . . . 10 grammes.
Eau. . . . . 500 —

Ou bien on les enduit de la mixtnre suivante :

Extrait sec de ratanhia. . . . . 10 grammes.
Mucilage de pepins de coing. . . q. s.

On donne à la préparation la consistance d'un électuaire mou.

Cette mixture convient également très bien aux gerçures des lèvres, qui sont aussi fort communes pendant l'hiver. (*Rép. de pharm.*)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

UNE ÉMEUTE A PROPOS DE L'HOMOEOPATHIE. — Une émeute terrible a éclaté vers la fin de février dernier à Cleveland, dans l'Ohio. En faisant des travaux dans les lieux d'aisance d'un bâtiment appelé collége homœopathique, qui contient des salles où s'enseigne la doctrine homœopathique, et qui sert en même temps de maison de santé où elle s'applique, on a découvert plusieurs cadavres humains. On a cru y reconnaître les restes de plusieurs personnes de la ville qui avaient disparu. Le bruit de cette étrange découverte s'est aussitôt répandu dans la ville, et y a causé une inexprimable émotion. Le tocsin a sonné, et des multitudes furieuses se sont portées sur le collége homœopathique. Bientôt cet établissement a été complètement entouré; on voulait forcer les portes; mais, sur les observations des citoyens les plus calmes, on a désigné une députation pour faire l'inspection des bâtimens, et on a consenti à attendre le résultat de cette perquisition.

Dans le cours de ses recherches, la commission a découvert encore plusieurs cadavres entiers et plusieurs portions de cadavres. Cette nouvelle porta au comble l'exaspération de la multitude, qui voulut, par deux fois, mettre le feu au collége. Ces deux tentatives échouèrent, grâce à la résistance qu'opposèrent les habitans de la maison. Un siége en règle commença alors, et les dernières nouvelles par le télégraphe annonçaient que la multitude était complètement maîtresse des bâtimens du collége homœopathique, qu'elle les mettait à sac, et qu'on appelait en toute hâte la milice sous les armes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ ENTOMOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE DE LA GALE CHEZ L'HOMME, par H. BOURGUIGNON, docteur en médecine, lauréat de l'Académie des sciences et des hôpitaux, etc., etc. Mémoire couronné par l'Académie des sciences. — Un beau volume in-4°, avec 10 planches coloriées. Paris, 1852. Prix : 20 fr.

NOTA. Ce volume n'a été tiré qu'à 80 exemplaires.

Chez Victor Masson, libraire, 17, place de l'Ecole-de-Médecine.

LETTRES à M. le professeur ROSTAN sur le mot **Hypocondrie**; par le docteur DUMONT (de Monteux), médecin à l'état civil de Grenelle, etc. In-8, Prix : 1 fr. Paris, 1852, J.-B. Baillière, et au bureau de l'UNION MÉDICALE.

Ces lettres sont reproduites dans l'intérêt des personnes atteintes d'affections nerveuses que nul phénomène extérieur ne révèle, et qu'à cause de cela l'on considère comme *maladies imaginaires*.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FELIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 36. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 25 Mars 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.................. 40 Fr.
6 Mois................ 20
3 Mois................ 10

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 MARS 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Nous ne demandons pas mieux — nos lecteurs et l'Académie nous rendront cette justice — d'honorer et de respecter l'Académie de médecine; mais au moins, est-ce trop exiger, faudrait-il que l'Académie sût s'honorer et se respecter elle-même. Qu'avons-nous vu dans la séance d'hier? Un corps savant complètement en désarroi, allant à droite, allant à gauche, votant pour, votant contre; navire sans boussole, sans gouvernail, sans direction, flottant au gré des vents contraires, et allant échouer juste sur l'écueil qu'il voulait éviter. Par pitié autant que par orgueil national nous voulons tempérer et voiler le récit qu'il nous faut faire de cette séance. Nous disons par orgueil national; en effet, nous sommes profondément humilié de comparer ce qui se passe chez nous, à ce qui va se passer chez nos voisins de la Belgique. A l'Académie de médecine de Bruxelles, la question de l'avortement provoqué est aussi à l'ordre du jour. Que font nos voisins? Cherchent-ils d'avance à comprimer, à étouffer, à éluder la discussion? Bien au contraire; de tous les points du royaume on fait appel à toutes les lumières, on les convie au tournoi solennel qui va s'ouvrir; la presse médicale prépare la question; de tous côtés c'est à qui montrera le plus de zèle et d'ardeur, parce que partout on comprend l'importance du sujet en litige et l'utilité d'une discussion sérieuse et approfondie.

Chez nous quel contraste! On ne voit que gens qui tremblent. Dès le début on a cherché à étouffer la discussion; pendant son cours, on a tenté mille efforts pour l'amoindrir; et aujourd'hui, qu'il faut prendre un parti, il n'est pas de formule assez prudente, assez insignifiante qu'on ne propose à la conscience, évidemment troublée, de la compagnie.

Pourquoi donc toutes ces appréhensions? Est-ce que l'Académie va proclamer une constitution, va promulguer une loi dont tous les médecins seront tenus d'exécuter les prescriptions? Non, certes; car quelque explicite et nette que fût la décision de l'Académie, cette décision n'engagerait personne, et nous resterions tous dans notre libre arbitre et avec toute la responsabilité de notre détermination.

Mais des intentions criminelles peuvent s'emparer, dit-on, de la décision de l'Académie, et abriter le crime sous le manteau de la science. Pure illusion de la peur. L'avortement criminel n'osera jamais invoquer les terribles nécessités de la pratique, parce qu'il sait bien qu'à l'instant même son imposture serait dévoilée.

En fin de compte, que demande-t-on à l'Académie? De répondre à cette question qui lui a été posée par un honorable et savant confrère : Dans les circonstances où s'est trouvé M. le docteur Lenoir, a-t-il bien fait de pratiquer l'avortement?

L'Académie voudrait bien n'avoir à répondre ni oui ni non; elle n'ose pas dire oui, de peur de se compromettre; elle ne veut pas dire non, parce que ce serait un blâme, et que, parmi ceux qui manifestent le plus d'appréhension, il n'en est aucun qui, dans sa conscience, n'approuve la conduite de M. Lenoir. Que faire, cependant? Nous allons voir tout ce qui a été tenté pour franchir ce pas difficile, et ceci nous ramène au récit de la séance.

Elle avait très bien commencé par une allocution nette et précise de M. Velpeau. L'honorable professeur est le premier, en France, qui ait osé recommander l'avortement provoqué dans les cas d'angustie extrême du bassin. Ses vieilles convictions n'ont pas changé. Il partage sur ce point toutes les opinions exprimées dans le rapport de M. Cazeaux. Il croit qu'on ne leur a opposé que des raisons de sentiment, des considérations de morale et de religion, fort respectables, sans doute, mais dont on s'est exagéré l'importance, et qui ne peuvent servir en rien à déterminer le praticien. En présence des malades, le médecin n'est, ne peut et ne doit être que médecin, et la mission du médecin ne consiste qu'à sauver le malade de la mort, ou à éloigner, autant qu'il le peut, la terminaison funeste.

Or, voilà une femme grosse, dont l'étroitesse du bassin est telle, que l'accouchement à terme est impossible; attendre ce terme pour se décider, c'est se placer dans cette alternative cruelle : sacrifier sûrement, inévitablement l'enfant par l'embryotomie; sacrifier très probablement la mère sous le couteau césarien. Cette conduite ne paraît à M. Velpeau ni humaine, ni morale. Dans le premier cas, vous faites périr un être tout formé, un véritable enfant dont les tressaillemens dans le sein de la mère ont pu développer les plus vifs sentimens de la maternité; dans le second, pour obtenir un résultat très problématique, c'est-à-dire la venue d'un enfant vivant, vous tuez trois fois sur quatre la pauvre mère qui s'est soumise à l'opération; car, remarquez-le, ajoute M. Velpeau, l'opération césarienne est la ressource ultime de l'art; c'est après les douleurs atroces d'un travail qui n'aboutit pas, c'est après que l'enfant a subi tous les graves inconvéniens d'un travail prolongé que l'hystérotomie se pratique et, dans ces conditions, presque toujours l'enfant, ainsi arraché des entrailles maternelles, est mort ou meurt quelques instans après. De sorte que vous avez presque inévitablement sacrifié la mère sans aucun profit pour son enfant.

Dans l'inexorable nécessité de l'avortement qui sacrifiez-vous, au contraire, et qui sauvez-vous? Vous sacrifiez un petit être, un embryon informe, sans relations avec la vie extérieure, dont les chances de mort sont énormes. Qui sauvez-vous? Une femme en pleine jouissance des conditions morales et affectives de la vie. Y a-t-il parité? Pour comprendre la distance qui sépare ces deux êtres dans l'échelle de la conservation, comparez, dit M. Velpeau, le deuil que jette dans une famille la mort d'une jeune femme avec l'impression qu'y produit et qu'y laisse une fausse-couche de six semaines à deux mois. Ce dernier accident produit-il une impression aussi douloureuse que la mort de cette jeune femme?

Pressé par d'autres devoirs publics, M. Velpeau n'a pu développer toutes ses opinions. Il a conclu, comme on devait s'y attendre, à ce que l'Académie donnât une approbation explicite à la conduite de M. Lenoir, approbation qui ne lui semble entraîner aucun des dangers qui ont été signalés, car les conditions dans lesquelles le médecin doit se placer pour provoquer l'avortement sont telles, que toutes garanties sont offertes à la morale, à la sécurité publique et à la loi.

A M. Velpeau a succédé M. Adelon. L'honorable professeur de médecine légale ne pouvait pas ne pas reconnaître le droit et le devoir du médecin de pratiquer l'avortement dans des cas bien spécifiés où il n'y a pas d'autres moyens de sauver la mère. Il nous semble que cette déclaration formelle, faite par un médecin, par un professeur dont tout le monde reconnaît la haute prudence et la circonspection, devrait rassurer toutes les consciences. Mais ce droit et ce devoir que M. Adelon reconnaît comme homme, comme médecin, il ne voudrait pas leur donner une sorte de sanction comme membre de l'Académie. Cette distinction un peu subtile a servi à M. Adelon comme de pont pour traverser toute cette discussion et le faire arriver à la proposition d'une conclusion, moyen terme dont le sens est celui-ci : approuver la conduite tenue par M. Lenoir, laisser à la conscience de chacun le soin de se déterminer dans des circonstances semblables.

Cette proposition était assez du goût de M. Cazeaux; elle pouvait passer pour assez prudente pour agréer au tempérament de l'Académie. Peut-être que, débarrassée de quelques longueurs de rédaction, elle eût obtenu un assentiment plus général; mais il n'en devait pas être ainsi.

Après une réponse de M. Cazeaux au discours de M. Danyau, sur les indications de l'avortement provoqué dans les cas de vomissemens incoërcibles, la discussion a été close. Sont alors venues les propositions diverses tendant à modifier plus ou moins radicalement les conclusions de la commission.

Un seul académicien, à notre sens, a eu tout le courage de son opinion. M. Moreau, que par sa position d'accoucheur si répandu, de professeur d'accouchemens, on s'étonnait de ne voir prendre aucune part à cette lutte, M. Moreau n'a voulu y paraître que pour demander vaillamment l'ordre du jour pur et simple, s'affligeant que cette question eût été portée devant l'Académie et ne voyant dans cette discussion qu'un encouragement pour le crime. L'Académie avait rejeté l'ordre du jour, que M. Moreau le réclamait encore avec une énergie dont nous avons failli devenir victime, nous qui, respectueusement, lui faisions observer que l'Académie avait déjà voté. M. Moreau est un peu vif.

Est venu le tour de l'amendement de M. Bégin. L'honorable académicien veut que l'Académie déclare qu'elle ne *délibère* pas sur la question. — Mais que fait-elle donc depuis quatre ou cinq séances, lui a répondu avec esprit M. Cazeaux?

L'amendement de M. Bégin est mis aux voix, mais on oublie de les compter, il faut recommencer l'épreuve. Treize voix contre douze décident que décidément l'Académie délibère.

Arrive M. Laugier avec un amendement tout anodin, déclarant que la question *n'étant pas encore suffisamment élucidée*, etc.

Quatorze académiciens adoptent cet amendement; mais quatorze le rejettent. Résultat nul.

Survient M. Adelon, qui réclame aussi pour son amendement les honneurs du vote. Mais voici M. le secrétaire perpétuel qui, le réglement à la main, exige que la délibération, pour être valable, soit prise par la moitié plus un des membres qui ont signé la feuille de présence. Cette condition n'étant pas remplie, toute délibération doit cesser.

Il y a moyen de la reprendre, s'écrie M. Roux; renvoyez tous les amendemens à la commission, et que la commission choisisse celui qui lui agrée le plus.

Cette proposition est accueillie à l'unanimité. Or, c'est ce qui nous fait dire que les trembleurs ont échoué précisément sur l'écueil qu'ils redoutaient le plus, car si la commission est conséquente, et elle ne peut pas ne pas l'être, elle proposera la conclusion qui s'accordera le mieux avec les prémisses du rapport.

Nous essaierons, dans un prochain numéro, d'apprécier les résultats généraux de cette discussion, et d'indiquer quelle solution il faudrait lui donner, à notre point de vue, pour qu'elle devînt profitable à l'humanité, à la pratique et aux ministres de notre art.

Amédée LATOUR.

ENTOMOLOGIE PATHOLOGIQUE.

LETTRE SUR LES MALADIES DE LA PEAU, A PROPOS DE LA DÉCOUVERTE DE L'ACARUS MALE DE LA GALE CHEZ L'HOMME.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Nous avons cherché à surprendre les insectes mâle et femelle accouplés; nous avions, dans cette intention, réuni sur un malade, cinq mâles trouvés avec les plus grandes peines sur une cinquantaine de galeux et parmi deux ou trois cents insectes. De jeunes femelles non fécondées, rencontrées comme les mâles sous l'épiderme, mais non dans de longs sillons, avaient également été déposées dans le voisinage des cinq mâles, que nous observions avec soin, et qui abandonnaient quotidiennement leur gîte. — Nous attendions beaucoup de ces expériences préparées avec tant de soin, quand le malade, manquant à l'engagement qu'il avait pris de rester à l'hôpital, se prêta à une erreur involontaire de la part du surveillant qui conduit les galeux à la *frotte*, se frictionna, et tua, par une seule friction, tous les mâles que nous avions accumulés sur lui. Depuis lors, deux autres malades nous ont joué le même tour, malgré les apparences du plus entier dévouement. On ne saurait imaginer quelles difficultés entourent de pareilles études. L'individu le plus indifférent, ou le plus résolu, ne voit pas longtemps de sang froid les insectes s'accumuler sur lui; son imagination grandit les impressions qu'il ressent, et les périls impossibles qu'il court. — J'aurais pu, il est vrai, faire appel à la bonne volonté d'autre malades, pousser plus loin mes recherches, attendre du hasard la rencontre de deux acarus accouplés, les dessiner pendant la copulation, et décrire plus longuement les fonctions de la fécondation; telle était bien mon intention, mais un accident a coupé court à mes observations. — Trop confiant dans l'immunité dont j'avais joui pendant deux ans, lorsque je faisais mes études sur la gale pendant le jour, je n'ai pris cette fois aucune précaution contre les chances plus favorables de contagion, que présentait le contact immédiat des galeux pendant la nuit, si bien qu'un insecte a passé d'un malade sur ma main

gauche, où il a fouillé son gîte. — Une vive démangeaison, qui se fit sentir un soir à la face dorsale du pouce, me fit découvrir un petit sillon d'un demi-centimètre de long, à l'extrémité duquel il me fut facile de trouver un acarus. La longueur du sillon, l'absence des œufs, enfin l'inspection de l'insecte au grand microscope, me prouvèrent que c'était une jeune femelle, non fécondée : deux papules microscopiques s'étaient développées dans le voisinage du sillon.

La découverte de cet acarus, quinze ou vingt jours après la dernière exploration que j'avais faite à l'hôpital Saint-Louis, me donna l'explication de certaines démangeaisons générales, qui s'accompagnaient au bras gauche, à la surface limitée où elles étaient ressenties, d'une sorte de douleur fixe, semblable à celle que produit une contusion, et qui ne coïncidaient d'ailleurs avec aucune éruption. — Ce ne fut pas sans quelque inquiétude que je constatai la présence de cet insecte, et que j'en appréciai les conséquences. La gale était incontestablement sur moi à l'état d'incubation; mais le parasite qui venait de révéler son existence d'une manière si inattendue, était-il le seul que j'eusse reçu? L'affection psorique en germe allait-elle, malgré l'ablation de l'insecte, se développer régulièrement; ou, plus probablement, suivant l'aphorisme bien connu, *sublata causa*, etc., s'arrêter spontanément? N'avais-je pas, pendant plus d'un mois qu'avaient duré mes recherches, reçu et transmis à d'autres l'élément contagieux? Devais-je, comme la prudence le conseillait, me soumettre au traitement de la psore?... Telles sont les questions qui se présentèrent instantanément à mon esprit. Réflexions faites, je pris le parti de temporiser; parce que l'insecte trouvé n'avait pas été fécondé, parce que j'étais en droit d'espérer, après une exploration attentive faite au microscope mobile, que je ne portais sur moi aucun autre acare; parce qu'enfin, la psore n'étant une maladie permanente, qu'à la condition d'être entretenue par la cause qui l'a fait naître, j'avais, par l'ablation de l'insecte, opéré le traitement à la fois le plus rationnel et le plus efficace. Mon observation fut d'ailleurs tenue en éveil; et au moindre indice de la propagation de la maladie, le traitement antipsorique aurait été immédiatement exécuté dans toute sa rigueur. — Je n'ai eu qu'à me louer de cette sage réserve; trois mois se seront bientôt écoulés depuis que l'acarus a été enlevé, et aucun symptôme psorique ne s'est montré sur moi, ni sur d'autres personnes. Les démangeaisons ont insensiblement diminué, puis complètement disparu.

Je suis aujourd'hui certain que l'incubation de la gale a été arrêtée par la soustraction de l'insecte, et que le virus psorique inoculé a été éliminé par l'effet spontané des fonctions vitales. Cet exemple de contagion due au contact immédiat des galeux pendant la nuit, aux heures de la pérégrination des larves, des acarus femelles non fécondées et des mâles, prouve, une fois de plus, que la transmission des insectes a lieu la nuit; et encore, n'aurais-je pas été contaminé, si je n'avais surpris les malades au lit, pendant leur sommeil; car l'acarus ne s'y trompe pas, il ne ponctionne, fouille, ou sillonne notre tégument, que quand il nous sent alité, livré au repos, au milieu d'une douce température.

Je vous aurais adressé cette seconde lettre, peu de temps après la première, M. le rédacteur, si je n'avais eu le désir de vous transmettre, dans son entier, cette observation de contagion portée jusqu'à l'incubation seulement, et dont il était utile de constater les suites possibles jusqu'à ce jour.

Revenons, après cette digression, à l'objet principal de cette lettre :

Nous n'avons rencontré que sept mâles, et dans les rapports suivans : deux fois, deux mâles réunis avec une seule femelle, soit quatre mâles pour deux femelles seulement; deux autres fois, un mâle seul avec une femelle; enfin, une fois, un mâle seul sans femelle. Les mâles que nous avons trouvés au nombre de deux avec une seule femelle, étaient à l'état de veille, d'une sécheresse et d'une maigreur extrêmes, aux prises l'un avec l'autre, derrière la femelle qui cachait sa tête sous l'épiderme; à première vue, ils ressemblaient bien plus à de petits morceaux d'épidermes racornis qu'à des insectes vivans; mais à leurs mouvemens, aux déplacemens qu'ils éprouvaient en se renversant à droite ou à gauche, on les distinguait facilement. Ces mâles, réunis fortuitement dans le gîte de la même femelle, se disputaient très probablement sa conquête, et sa possession longtemps incertaine, laissait les lutteurs épuisés de fatigue et de besoin. Les quatre mâles, trouvés ainsi deux à la fois avec une seule femelle, ont présenté cet état de maigreur et de dépérissement.

Il faut pourtant ajouter que, placés sur la peau et à l'entrée d'un petit soulèvement de l'épiderme, ils n'ont pas tardé à s'y blottir et à s'y cacher. Les mâles rencontrés avec une femelle pour chacun d'eux étaient manifestement en rut, car à peine déposés sur la peau, ils ont pris la fuite en toute hâte, ce que ne fit pas le mâle trouvé seul et surpris dans le sommeil.

D'autres considérations font encore facilement comprendre, pourquoi l'accouplement ne s'effectue pas sur la peau. L'acarus de l'homme est un insecte essentiellement fouisseur; l'organisation de ses palpes et de ses mandibules le prouve; d'autre part, la fonction si importante de la reproduction, ne pouvait s'opérer dans un lieu où rien n'aurait protégé les insectes contre les causes extérieures de destruction. Le moindre souffle, le moindre frottement les aurait emportés; le froid les aurait saisis. D'ailleurs, jamais aucun observateur n'a trouvé, même accidentellement, des insectes sur la peau. Nous aurions pu rencontrer des mâles, pendant la nuit, à la recherche des femelles, ou de jeunes larves abandonnant le sillon où elles venaient d'éclore; nous avons même ainsi failli gagner la gale, comme on l'a vu plus haut; mais hors de ces circonstances, l'insecte ne se trouve jamais sur les tégumens. — Nous croyons pouvoir conclure, en nous fondant sur toutes ces raisons, que l'accouplement a lieu sous l'épiderme.

Il va sans dire que nous avons essayé de mille façons à provoquer l'accouplement sous nos yeux, soit en portant un mâle dans le terrier d'une jeune femelle, soit en mettant plusieurs mâles parmi un grand nombre de femelles emprisonnées dans des lames de verre à godets. Tous nos efforts ont été vains.

Il ne nous serait pas impossible de dire dans quelle situation réciproque doivent se trouver le mâle et la femelle pendant l'accouplement, en prenant pour base de nos déductions la disposition des organes sexuels, la conformation des insectes eux-mêmes, et le mode suivant lequel l'union des sexes a lieu chez les autres acarus. Mais comme, après tout, nous formerions des suppositions purement gratuites, nous préférons nous abstenir de toute hypothèse. — Nous ne pouvons nous étendre plus longuement ici sur la fécondation, qui, d'ailleurs, ne réclame qu'un seul accouplement, pour les quinze à vingt œufs que pond la femelle après une métamorphose.

Le nombre des mâles est loin d'atteindre celui des femelles; il n'est certainement pas dans la proportion de un sur dix.

Nous avons insisté avec soin, dans notre *Traité entomologique et pathologique de la gale*, sur les difficultés qu'offre le diagnostic de la psore, dans les cas où elle est due à la transmission d'un plus ou moins grand nombre d'insectes femelles non fécondées, et soupçonnant, d'après nos études d'entomologie comparée sur les acarus, que les femelles seules faisaient de longs sillons, nous avons supposé des cas où la contagion serait due à la transmission d'un ou plusieurs mâles, seuls de leur sexe. — C'est en nous basant sur des faits certains, que nous pouvons aujourd'hui fixer les règles du diagnostic de la psore, dans les cas de contagion due à la transmission :

1° D'un ou plusieurs acarus mâles et femelles, ou d'une femelle fécondée;

2° D'une ou plusieurs femelles non fécondées et seules de leur sexe;

3° D'un ou plusieurs mâles.

Dans le premier cas d'une contagion due à des acarus mâles et femelles, ou à une seule femelle fécondée, la maladie ne présentera des difficultés réelles de diagnostic qu'à la période d'incubation; car, à la période d'état, plusieurs générations d'acarus auront généralisé l'affection, et un plus ou moins grand nombre de sillons bien caractérisés lèveront toute incertitude. On aura affaire, en un mot, à une gale type.

Dans la seconde supposition d'une contagion due à la transmission d'une ou plusieurs femelles non fécondées, et seules de leur sexe, l'affection sera toujours difficile à reconnaître, attendu que les insectes transmis ne pourront ni se multiplier, ni tracer les longs sillons que font seules les femelles à la période de la ponte. — Supposons qu'un galeux ait transmis à une personne saine deux ou trois femelles non fécondées, tant à l'état de larve qu'à la période de l'accouplement, et la contagion ne s'opère pas le plus souvent dans des conditions aussi favorables; les deux ou trois femelles transmises fouilleront l'épiderme, feront des sillons qu'elles abandonneront au bout de huit à douze jours; et si, par hasard, ces trois insectes sont dispersés dans différentes régions du corps, il s'agira de trouver un sillon d'un centimètre de longueur, par exemple, sur les mains ou sur le tronc; ce qui sera, pour un observateur peu habitué à ce genre de recherches, d'une difficulté presque insurmontable. — Les éruptions papuleuses et vésiculeuses viendront, pour leur part, nous le savons, en aide au diagnostic; mais si l'on note que les vésicules manquent quelquefois aux mains, alors même que de nombreux insectes en fouillent et sillonnent l'épiderme; que les papules ne sont que des symptômes d'une valeur contestable; on comprendra comment deux ou trois acarus pourront ne provoquer ni l'évolution des vésicules, ni celle de nombreuses papules. Aussi, nous croyons-nous fondé à dire que, dans ces cas, il est presque impossible de diagnostiquer la maladie à l'œil nu, et que l'usage du microscope est indispensable.

Dans la troisième supposition d'une contagion due à la transmission d'un ou plusieurs mâles, les difficultés du diagnostic sont encore plus grandes. Le mâle, nous l'avons dit, se contente de chercher un abri momentané sous l'épiderme; il abandonne, toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures, la place où il s'est caché et nourri; et quand il se trouve seul de son sexe sur un individu, tout porte à croire que le besoin de l'accouplement l'excite à courir chaque jour après des femelles, qu'il cherche en vain. Dans ces cas, les sillons manqueront d'une manière absolue, car on ne peut prendre pour tels, les gîtes dans lesquels l'insecte aura séjourné un ou deux jours. Les fouilles qu'il aura faites, les pellicules épidermiques qu'il aura soulevées, les éruptions diverses qu'il aura fait naître, les démangeaisons qu'il aura fait éprouver, seront les seuls indices de sa présence. Mais le praticien ne trouvera dans l'ensemble de ces accidens, ni le signe révélateur de la présence de l'acarus, ni l'indication d'un traitement rationnel contre ces démangeaisons, ce prurigo, ce lichen, ou cet impétigo, qui, suivant la constitution du sujet, apparaîtront chaque jour; il sera sans guide, car le microscope viendrait-il au secours de ses yeux, qu'il aurait encore quelque peine à trouver un insecte de 2/5e de millimètre, principalement sur des sujets à peau rugueuse et à papilles développées. D'autre part, les éruptions auront surtout tendance, dans ce cas particulier, à prendre un caractère douteux, incertain : les papules prédomineront, on croira avoir affaire à un prurigo, bien plus qu'à une gale, et ce n'est qu'après avoir tenté à diverses reprises un traitement inefficace, qu'on soupçonnera la nature spéciale de la maladie, et qu'on agira en conséquence.

Ces détails suffiront sans doute pour faire comprendre, que le diagnostic de la gale est souvent très difficile à porter, et qu'il réclame indispensablement, dans certains cas, l'emploi du microscope. Nous n'ignorons pas que la difficulté d'appliquer, sans études préalables, cet instrument à l'examen des maladies de peau, surtout dans un service d'hôpital, portera à mettre en doute son utilité pratique, et même les faits exceptionnels qui obligeraient d'en faire usage; mais nous devions envisager notre sujet au double point de vue de la science et de la pratique, et mettre ainsi chacun à même, suivant les tendances de son esprit, de faire profit de tout ou partie des faits déduits de l'observation.

(*La fin au prochain n°.*) Dr H. Bourguignon.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique du lundi 22 Mars. — Présidence de M. Rayer.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

L'Académie décerne le prix de physiologie expérimentale à M. Cl. Bernard, pour son mémoire *sur une fonction nouvelle du foie chez l'homme et les animaux*, dans lequel l'auteur a fait connaître une fonction du foie entièrement nouvelle, et a montré que la production du sucre appartient au règne animal comme au règne végétal.

Une mention honorable est accordée à M. Brown-Séquard, pour son mémoire *sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.*

Une mention honorable est également accordée à M. Dufour, pour son *Histoire anatomique et physiologique des scorpions.*

A M. Jobert de Lamballe, pour un mémoire intitulé : *Considérations sur les appareils électriques de la torpille et du gymnote.*

PRIX RELATIFS AUX ARTS INSALUBRES.

Un prix de 2,000 francs est accordé à M. Masson, pour avoir introduit, dans l'usage alimentaire, des conserves végétales qui améliorent le régime des équipages à bord des navires.

Un prix de 2,000 francs est accordé à M. Sucquet, pour les applications de son procédé destiné à prévenir l'infection des amphithéâtres de dissection.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

1° A M. J. Guérin, un prix de 2,500 francs pour la *généralisation de la ténotomie sous-cutanée.*

2° A M. Huguier, une récompense de 2,000 francs pour ses *Recherches sur les maladies dont l'appareil sexuel chez la femme peut être le siége, et particulièrement l'esthiomène.*

3° Une récompense de 2,000 francs au *Traité pratique et analytique du choléra*, par MM. Briquet et Mignot.

4° Une récompense de 2,000 francs à M. le docteur Duchenne (de Boulogne), pour ses *Recherches électro-physiologiques appliquées à la pathologie et à la thérapeutique.*

5° A M. Lucas (Prosper), une récompense de 2,000 francs pour son *Traité physiologique et pratique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie.*

6° Dans le but de favoriser et d'étendre l'emploi des agens physiques dans la thérapeutique, l'Académie accorde une récompense de 2,000 francs à M. Tabarié, et une seconde de 2,000 francs également à M. le docteur Pravaz.

La première, à M. Tabarié, pour avoir employé, le premier, l'air comprimé dans le traitement des affections dont les organes de la respiration peuvent être le siége, ainsi que pour les essais qu'il avait tentés dans le traitement de quelques autres maladies, pour lesquelles une augmentation de la pression atmosphérique peut être utile.

La seconde, à l'*Essai sur l'emploi médical de l'air comprimé* de M. le docteur Pravaz, pour avoir élucidé d'une manière précise, à l'aide des observations les plus positives et des travaux physiologiques les plus récens, les questions relatives, d'une part, à l'influence de l'air comprimé sur les organes de la respiration, sur l'audition, l'hématose et la circulation; et d'autre part, pour avoir bien apprécié ses heureux effets sur la digestion et l'assimilation : enfin, pour avoir varié, étendu l'emploi de ce puissant modificateur de l'organisme, et pour l'avoir toujours fait d'une manière rationnelle dans la pratique, avec un succès auquel souvent on était très éloigné de s'attendre.

7° Une récompense de 2,000 francs est accordée à M. le dr Gluge, pour son ouvrage sur l'*histologie pathologique*, dans lequel il s'est proposé d'étudier, à l'aide du microscope, un certain nombre d'altérations des tissus animaux.

8° Une récompense de 1,500 francs est accordée à M. le docteur Gosselin, pour ses *Recherches sur les oblitérations des voies spermatiques.*

9° Une récompense de 2,000 francs à M. le docteur Garriel, pour les applications qu'il a faites à la médecine et à la chirurgie du *caoutchouc vulcanisé.*

10° A M. le docteur Vidal, une récompense de 1,500 francs, pour l'invention des *serre-fines.*

11° A M. Serre (d'Uzès), un encouragement de 1,000 fr., pour ses *Recherches sur les phosphènes.*

12° A M. le docteur Boinet, un encouragement de 1,000 francs, pour son mémoire sur le *traitement des abcès par congestion par les injections iodées.*

Une mention honorable au *Compendium de médecine pratique*, de MM. Monneret et Fleury; et au *Traité des maladies nerveuses*, publié par M. le docteur Sandras.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Mars 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un grand nombre de lettres ministérielles relatives aux épidémies, aux eaux minérales et aux remèdes secrets.

2° Une série d'observations nouvelles de MM. LÉONARD et DIEU, à l'appui de leur mémoire sur le traitement des fièvres dites à quinquina. (Comm. MM. Bégin et Michel Lévy.)

3° Diverses observations de M. PEIXOTO, de Rio-Janeiro, dont quelques-unes sont relatives à des cas d'ablation de la parotide.

4° Une note de M. LIÉGEY, de Rambervillers, sur le typhus des végétaux, des animaux et de l'espèce humaine. (Comm. des épidémies.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Cazeaux, relatif à l'avortement provoqué.

La parole est à M. Velpeau.

M. VELPEAU a été le premier en France, à ce qu'il croit, qui ait émis par écrit cette opinion que lorsqu'un rétrécissement extrême du bassin rend l'accouchement impossible, il vaut mieux provoquer l'avortement que de recourir plus tard à l'opération césarienne. Rien, depuis, ne lui a paru de nature à changer son opinion. Aussi, n'est-ce pas sans quelque surprise qu'il a entendu tout ce qui a été dit dans cette discussion contre cette manière de voir. Cette opposition part, sans doute, d'un très bon sentiment; mais on semble trop oublier la position dans laquelle se trouve le médecin dans une pareille circonstance; s'est-on bien rendu compte du devoir qu'il a à remplir vis-à-vis d'une femme qui vient réclamer son assistance et lui confier sa vie. Faudra-t-il qu'il dise à cette femme : vous êtes devenue enceinte dans des conditions qui ne vous permettent pas d'accoucher, vous mourrez quoi qu'on fasse, qu'on vous opère ou non. Encore, en supposant que l'on eût affaire à une femme chez qui le sentiment maternel fût assez élevé pour qu'elle n'hésitât pas à sacrifier sa vie pour celle de son enfant, si elle était sûre en mourant de sauver son enfant, le médecin pourrait-il consentir à ce sacrifice? Mais l'enfant meurt souvent aussi avec la mère. L'expérience ne prouve que trop que par l'opération césarienne on tue la mère sans sauver toujours l'enfant. En effet, quand on pratique cette opération, il s'est toujours écoulé un temps plus ou moins long; on ne s'y décide jamais au commencement du travail, et si l'enfant ne meurt pas pendant le travail, il vient au monde dans des conditions telles, qu'il succombe souvent peu de temps après. On ne peut pas invoquer à cet égard les statistiques qui sont toujours défectueuses, car, malheureusement, on ne publie pas tous les cas, on ne connaît que les résultats heureux, les résultats malheureux restent ignorés. Pourquoi exposerait-on sûrement les jours de la mère? Pour ne pas sacrifier un être qui n'est pas encore un être humain, qui n'a encore aucun lien, aucune relation avec le monde extérieur? Pour bien apprécier la question, il faut comparer la valeur des deux êtres. La perte d'un embryon est-elle comparable à celle d'une femme qui tient au monde et à la société par tant de liens? On a dit : mais les femmes qui se trouvent dans cette condition l'ont bien voulu, elles connaissaient le danger auquel elles s'exposaient, et pouvaient l'éviter. Cela n'est pas exact. Cela est vrai pour quelques-unes. Mais toutes les femmes qui se trouvent dans ce cas ne sont pas contrefaites au même degré; il en est quelques-unes chez qui le bassin seul est vicié, sans qu'elles puissent s'en douter, les autres proportions de leur corps étant d'ailleurs régulières. Ainsi, une femme peut très bien devenir enceinte sans se douter des conséquences funestes que devra avoir sa grossesse; cette femme, faudra-t-il la sacrifier sans pitié?

On a dit : si vous admettez en principe la pratique de l'avortement, il en pourra résulter de graves abus. Mais de quoi n'abuse-t-on pas. On abuse de tout; on abuse de l'avortement, de quelque surveillance et de quelques précautions morales qu'on s'entoure.

On a dit encore que l'accoucheur pouvait se tromper. Sans doute; cela peut arriver, et cela, dit M. Velpeau, m'est arrivé à moi-même. Pendant que je faisais une leçon au sujet d'une femme en travail que je présumais ne pas pouvoir accoucher naturellement, et que je me disposais à appliquer le forceps, on vint m'apprendre, au beau milieu de ma dissertation, que cette femme venait d'accoucher. Mais des erreurs de ce genre ne sont possibles que dans certaines limites; il est des cas, ceux par exemple où le bassin a moins de 2 pouces de diamètre, où toute erreur est impossible.

On pourrait objecter encore peut-être à la nécessité de la consultation, la difficulté de réunir plusieurs médecins compétens dans certaines localités, mais cette objection n'est pas sérieuse ; il n'y a jamais tellement urgence qu'on ne puisse appeler des médecins de la ville voisine, ou que la femme elle-même ne puisse se rendre dans un hôpital; de sorte qu'une consultation est toujours possible.

En résumé, M. Velpeau ne comprend pas qu'on puisse rester en balance quand on peut sauver sûrement la mère au prix d'un petit être qui n'a encore aucun lien avec la société; et la mère peut être sauvée sûrement en effet, car bien que l'avortement soit en réalité une opération assez sérieuse, elle n'est jamais mortelle, quand elle est faite dans des conditions convenables et dans un temps opportun, c'est-à-dire au deuxième mois, ou, au plus tard, au troisième mois de la grossesse.

Lors donc qu'une femme aura un bassin dont les diamètres ne dépasseront pas 5 à 6 centimètres, le médecin est autorisé à provoquer l'avortement; mais cela ne devra jamais être fait sans qu'une consultation en ait préalablement établi l'indication. Cela adopté, M. Velpeau voudrait que le mémoire de M. Lenoir fût renvoyé au comité de publication, et qu'il fût déclaré que ce chirurgien s'est comporté conformément aux règles d'une saine pratique.

M. ADELON prononce un discours que la faiblesse de sa voix ne nous a pas permis d'entendre. Son argumentation nous a paru se résumer en ces termes : M. Adelon, tout en reconnaissant aux accoucheurs qui ont pratiqué l'avortement le droit qu'ils avaient d'agir ainsi, et en acceptant les principes émis dans le rapport, pense que l'Académie ne doit pas se prononcer d'une manière formelle sur cette question, et qu'elle doit laisser à chaque praticien le droit de se décider et de se déterminer suivant ses lumières et sa conscience.

M. CAZEAUX : Avant de répondre au discours de M. Danyau, permettez-moi, Messieurs, d'ajouter quelques mots à ce que vient de dire notre honorable confrère M. Adelon.

M. Adelon semble trouver inutile la plupart des propositions qui terminent le travail de la commission : suivant lui, elles disent trop ou pas assez..., Elles n'ont, Messieurs, d'autre utilité que de résumer le rapport, et elles en sont un résumé si fidèle, qu'il serait possible de mettre à côté de chacune d'elles un numéro d'ordre qui renverrait le lecteur aux paragraphes correspondans du rapport. Quant à l'intention qu'on nous prête de vouloir les soumettre à un vote de l'Académie, nous nous sommes assez clairement expliqué sur ce point pour n'avoir pas à y revenir.

Mais M. P. Dubois et M. Danyau ont reproché à ces propositions d'être trop absolues. Et ces honorables confrères ont vivement insisté sur la prétention qu'elles ont à poser une règle absolue, invariable. Nous sommes heureux que cette objection ait été de nouveau formulée par M. Adelon, parce qu'elle nous fournit l'occasion de nous expliquer sur cette fameuse phrase : *le médecin peut et doit*, qui revient souvent dans nos conclusions, et qui a si vivement excité la susceptibilité de nos honorables collègues.

Cette phrase, tant calomniée dans la discussion, est pourtant bien simple.

Nous avons cherché à démontrer que le sacrifice de l'enfant ne blessait en rien la loi civile et religieuse ; nous avons surtout insisté sur ce point, qu'en obéissant à la volonté de la mère, le médecin servait encore les intérêts de la société et de la famille, et nous avons conclu le *médecin peut et doit*..... qu'il le puisse, si nos prémisses sont bien établies, cela est incontestable, et d'ailleurs incontesté, au moins par l'immense majorité de cette assemblée : mais *le doit-il?*

Si vous donnez à ce mot un sens absolu, c'est-à-dire si vous nous prêtez cette pensée d'imposer au praticien une règle de conduite, dont, quelles que soient ses opinions personnelles, il ne pourra s'écarter; une règle fixe et invariable pour l'avenir, il est évident que vous aurez raison de repousser une semblable prétention. M. Lenoir lui-même a peut-être mal rédigé sa question ; mais j'affirme qu'il n'a pu avoir et n'a pas eu la pensée qu'on veut lui faire exprimer. Dans tous les cas, la commission n'a pas commis la même faute de rédaction.

Le mot *doit* est tous les jours employé en médecine opératoire, avec le sens naturel que nous lui avons donné. Ouvrez le premier traité de chirurgie, et vous y verrez cent fois : dans telle condition, le chirurgien *doit opérer*; mais cela suppose évidemment que le chirurgien sera convaincu comme l'auteur du précepte, des dangers auxquels le malade est exposé, et de la nécessité de l'opération.

Je l'ai déjà dit : le devoir du médecin est de faire ce qu'il croit le plus utile. Eh bien ! si vous êtes convaincus comme nous, et presque tous vous l'êtes, que l'avortement provoqué est, dans certaines conditions précisées par nous avec le plus grand soin, ce qu'il y a de plus utile, *vous devez*, entendez-vous bien, *vous devez* le pratiquer.

Que si tout-à-coup vous vous trouvez transporté dans un heureux pays où l'opération césarienne est rarement fâcheuse à la mère, si vous êtes assez heureux pour inventer un procédé opératoire à l'aide duquel, renversant la proportion de mortalité, vous obtenez trois succès sur quatre, il est évident que vous ne serez plus dans les conditions où nous sommes placés, et que nous prononçant avec le même absolutisme, nous dirons que vous *devrez* alors donner la préférence à l'hystérotomie.

Le reproche qui nous a été adressé si souvent n'est donc pas sérieux, et, n'en déplaise à nos honorables collègues, n'a de prétexte que dans une discussion de mots, indigne de vous arrêter plus longtemps.

Nous sommes du reste tout disposé, et nous pensons que les autres membres de la commission le sont aussi, à nous rallier à la proposition formulée par M. Adelon, et si l'Académie se décide à se prononcer par un vote, nous croyons qu'elle peut adopter celui qui lui est proposé par notre collègue.

Ceci dit, je reviens au discours de notre très honorable confrère M. Danyau.

Si un style toujours élégant et pur, une exquise urbanité et une parfaite observation de toutes les convenances académiques pouvaient seules constituer un bon discours, M. Danyau ne laisserait certainement aucune prise à la critique. Mais si nous avons été charmé, comme vous l'avez été tous, par la gracieuseté de la forme, nous sommes loin d'avoir été convaincu sur le fond, et puisque notre honorable collègue semble nous reprocher avec quelqu'insistance d'avoir été trop absolu, qu'il nous permette de chercher à démontrer qu'il a été trop prudent.

Il est en effet difficile, après avoir lu attentivement son discours, de savoir au juste ce qu'il pense. Ainsi, par exemple, nous avouons franchement ne pas avoir très bien compris le sens et la portée de la première observation de M. Danyau, observation relative à la question préjudicielle soulevée par M. Dubois au début de la discussion, et à laquelle pourtant M. Danyau attache une certaine importance. La déclaration faite au début de la discussion lui paraît très sage, il en sut gré à M. le rapporteur, et pourtant il a l'air de lui reprocher en finissant de ne pas avoir répondu nettement à la question posée par M. Lenoir : il semble nous blâmer d'avoir engagé l'académie dans une voie plus *étroite*, et pourtant cette voie lui paraît *meilleure*. Ce que nous avons fait il l'eût fait sans aucun doute, mais il semble regretter que nous n'ayons pas sur ce point au moins fourni matière à discussion. En un mot, il loue et blâme tout-à-fois notre réserve. Devine qui pourra la pensée et l'intention de notre confrère.

Moins absolu que M. Dubois, qui considérait le mémoire de M. Lenoir et peut-être aussi le rapport auquel il a donné lieu comme inutiles ou tout au moins comme inopportuns, et proposait d'étouffer le débat, en renvoyant ce travail aux archives, c'est-à-dire aux oubliettes, notre savant confrère M. Danyau ne veut pas examiner si la discussion offre des dangers ou n'en offre pas, et puisqu'elle est ouverte, dit-il, elle doit avoir son cours.

Nous sommes complètement de son avis, mais nous pensons de plus que quelque, soit le résultat de cette discussion, elle ne sera certainement pas stérile pour la science.

Les objections formulées par M. Danyau ne s'adressent guère qu'à la seconde partie du rapport.

Notre confrère partage complètement notre opinion sur la légitimité, la moralité et l'utilité sociale de l'avortement provoqué, mais il n'en est plus de même sur les indications de l'opération.

Vous vous rappelez, Messieurs, qu'en cherchant à déterminer quelles étaient, dans l'état actuel de la science, les indications rationnelles de cette grave opération, nous avons cru devoir en exclure les vomissemens assez opiniâtres pour mettre la vie de la femme en danger. Nous avons cherché à motiver cette exclusion, sur la rareté extrême d'une terminaison fatale, sur la difficulté du pronostic, si souvent démenti par la guérison spontanée, sur le petit nombre des chances favorables, que, d'après les faits connus, offre l'opération, enfin sur la très grande difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de fixer le moment opportun pour opérer. Enfin, nous terminions par cette phrase : Tant que, dans un cas déterminé, on ne pourra pas dire, la malade offre un ensemble de symptômes, qui, abandonnés à eux-mêmes, doit, suivant toutes les probabilités, déterminer la mort ; et ces symptômes existant, il est probable que l'avortement provoqué les fera cesser, et permettra à la malade de se rétablir, nous pensons que cette opération doit être rejetée.

Voilà notre dernière conclusion, Messieurs, et j'avoue qu'après avoir mûrement examiné les faits rapportés dans la discussion par notre savant confrère, je persiste plus que jamais dans notre opinion.

M. Danyau a bien compris que si les prémisses étaient exactes, nos conclusions étaient rigoureuses ; aussi a-t-il cherché à démontrer que les propositions sur lesquelles nous nous appuyons ne sont pas l'expression de la vérité. Voyons s'il y a réussi.

Pour prouver que nous avons eu tort de dire : Les vomissemens de la grossesse sont très rarement mortels, M. Danyau cite des cas de mort. Mais je n'ai jamais nié la possibilité d'une terminaison fatale, j'ai seulement prétendu qu'elle était très rare. Or, pensez-vous sérieusement prouver le contraire quand, après avoir fouillé les archives de la science, consulté les livres anciens et modernes, analysé tous les journaux de médecine publiés en France, en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, vous parvenez seulement à rassembler une quinzaine d'observations.

Quand à ces 15 faits vous ajouteriez 12 ou 15 autres faits recueillis par M. Dubois, pourriez-vous encore contester la rareté d'un pareil malheur. Le pourriez-vous surtout lorsque la pratique de plusieurs siècles n'en offre que de rares exemples, lorsque les praticiens les plus répandus et les plus consultés, tels que Mauriceau, de La Motte, déclarent que les vomissemens peuvent à la rigueur déterminer l'avortement, mais n'offrent rien de dangereux pour la mère, et que Burns et Désormeaux disent ne les avoir jamais vus se terminer par la mort. Lorsque notre honorable confrère M. Moreau, en puisant dans les souvenirs de son immense pratique, se rappelle à peine quelques cas malheureux. Ces dernières asssertions sont évidemment sans réplique, car s'il est des maladies d'un diagnostic obscur et qui peuvent échapper à la sagacité du médecin, les vomissemens opiniâtres et mortels ne sont pas du nombre : il est impossible de supposer qu'ils aient passé inaperçus, et ils impressionnent trop vivement le praticien pour supposer qu'ils aient été oubliés. J'ai donc eu raison de dire que la mort était rare, et les faits rappelés par notre honorable collègue prouvent seulement qu'elle est possible, ce que je n'ai jamais contesté.

C'est encore le même procédé que suit M. Danyau pour réfuter le troisième argument du rapport. Ce qui nous engage, avons-nous dit, à rejeter l'avortement provoqué dans les cas de vomissemens, c'est que les opérations pratiquées dans ces conditions ont eu rarement un résultat heureux, c'est qu'enfin dans ce cas l'avortement n'a pas même fait cesser les vomissemens. Que répond notre collègue, il nous cite sans commentaires et sans détails six opérations heureuses. Je dis six opérations heureuses, ces trois autres cas ne sont plus des avortemens mais bien des accouchemens prématurés, et les deux faits d'avortement qu'il attribue à Burns d'après Churchill, n'appartiennent pas au premier de ces auteurs, et pourraient bien être deux des six mentionnés plus haut. Burns en effet dit tout simplement : dans le vomissement très opiniâtre, on a proposé d'avancer le travail : *je connais* un cas où cela fut pratiqué deux fois.

Ainsi donc M. Danyau, après de laborieuses recherches, réunit six cas de succès. Or je tiens à faire remarquer que ces six cas appartiennent à des chirurgiens anglais, c'est-à-dire à des praticiens qui se décident assez facilement au sacrifice de l'enfant. Notre honorable collègue, qui me reproche d'avoir exagéré la rareté des cas graves, pense certainement comme moi que dans ce pays l'opération a dû être faite plus souvent. A quoi donc attribuer un si petit nombre de résultats connus, si ce n'est à la facilité avec laquelle on oublie de publier les malheurs de sa pratique.

Nous regrettons vivement que notre honorable collègue, M. Dubois, n'ait pas encore réalisé la promesse qu'il a faite à l'Académie, mais si nous sommes bien informé sur les résultats de sa pratique, et nous serions heureux de rectifier sur ce point notre assertion, le nombre des revers l'emporterait beaucoup sur le chiffre des succès. Ai-je donc eu tort de considérer ces résultats comme favorables à l'abstention, dans un cas où de l'avis du plus grand nombre des praticiens, la mort est une très rare exception.

M. Danyau, qu'il me permette de le faire remarquer, semble comprendre lui-même la faiblesse de ses argumens, car en finissant, il paraît très embarrassé de se prononcer, Conclurai-je, dit-il, que l'avortement doit être provoqué dans les cas de vomissemens qui résistent à tous les moyens thérapeutiques. Une conclusion aussi impérative est loin de ma pensée, mais je me garderai de dire, comme M. Cazeaux, qu'il ne doit pas l'être.

C'est-à-dire que pour ne pas dire comme M. Cazeaux, notre honorable collègue ne dit rien, de crainte sans doute d'être trop absolu; et il laisse à la reflexion, à de nouvelles observations et au temps le soin de lever les difficultés dont la question est encombrée. Je ne m'étonne plus qu'il ait pu dire en commençant que la discussion soulevée par le mémoire de M. Lenoir ne pouvait avoir aucun résultat utile.

Parmi ces difficultés, il en est une que le rapport a mise en lumière : c'est celle de préciser le moment opportun pour opérer. M. Danyau lui-même en reconnaît lui-même toute la gravité, et il n'a nullement cherché à en diminuer la valeur. C'est, dit-il, le plus important des argumens de M. Cazeaux. Mais ce qu'il aurait dû ajouter, c'est que tant que cette difficulté existera, nous aurons raison de considérer l'opération comme irrationnelle. M. Dubois l'avait bien compris, en recommandant à ses élèves d'opérer immédiatement après la première période de la maladie. Ce précepte, très aventureux, à notre avis, était au moins un précepte ; mais depuis que M. Dubois nous a déclaré n'avoir plus sur ce point d'opinion arrêtée, nous retombons dans le vague et l'incertitude.

Or, Messieurs, dans une question de cette importance, le vague e l'incertitude équivalent à une négation formelle. N'oublions pas, en effet, qu'il s'agit de l'avortement provoqué, c'est-à-dire de l'o-

pération qui engage le plus la responsabilité du médecin. Il ne faut donc s'y déterminer qu'à bon escient. Dans un cas de rétrécissement, ainsi que nous l'avons dit dans le rapport, le danger est certain, l'opération césarienne est la seule ressource; et une fois les avantages de l'embryotomie démontrés, l'hésitation n'est plus possible. Mais ici fût-il bien établi que la grossesse est la seule cause des vomissemens, ce que je crois vrai dans la plupart des cas, n'est-il pas probable, ou tout au moins possible, que la femme guérisse spontanément? Pourrez-vous consciencieusement fixer l'époque à laquelle il ne nous est plus permis de rien espérer des ressources de la nature? La provocation de l'avortement ferait-elle cesser le danger? A toutes ces questions, que répond l'expérience?... Les vomissemens sont rarement mortels; dans la plupart des cas réellement graves, l'expulsion artificielle du fœtus n'a pas empêché la mère de succomber.

Nous nous croyons donc en droit de maintenir dans toute son intégrité la proposition qui résume la dicussion à laquelle nous nous sommes livrés dans le rapport : tant que dans un cas déterminé on ne pourra pas dire : la malade offre un ensemble de symptômes qui, abandonnés à eux-mêmes, doivent, suivant toutes les probabilités, se terminer par la mort; et ces symptômes existans, il est probable que l'avortement les fera cesser, et permettra à la malade de se rétablir ; nous pensons que cette opération doit être rejetée.

M. Danyau persiste dans les opinions qu'il a émises relativement aux deux chefs d'argumentation de M. Cazeaux. En ce qui concerne la première question, celle des vomissemens, il y a des faits qui prouvent que ces vomissemens tuent, il y a des faits qui prouvent qu'on a pu sauver quelques femmes en provoquant l'avortement. Il n'a pas voulu établir autre chose. Quant à son hésitation à l'égard des conclusions à en déduire, elle est très naturelle. C'est une question encore à l'étude, sur laquelle on ne peut pas, on ne doit pas encore faire de prescriptions. Il en est de même pour la question relative aux rétrécissements du bassin.

M. Bégin : M. Cazeaux n'a pas formulé de réponse à la demande nette et formelle de M. Lenoir. M. Adelon propose une réponse formelle. Mais sa proposition est un peu hybride. Il dit : nous allons rejeter le principe et laisser à chacun la liberté d'action. Mais en approuvant la conduite des accoucheurs qui ont pratiqué l'avortement, vous approuvez implicitement cette pratique. C'est trop engager l'Académie. Sans exprimer aucun blâme, l'Académie doit se borner à dire qu'elle laisse l'appréciation de cette question à la conscience de chacun.

M. Moreau ne vient pas contester le droit qu'avait l'Académie de discuter une question scientifique; mais il croit que les élémens de cette discussion ne sont pas assez nombreux et assez bien connus pour la décider. D'ailleurs, ce n'était ni le lieu ni le cas de soumettre à une discussion publique une question qui intéresse la religion, la morale et les intérêts sociaux au même titre que la science. Il craint que cette discussion ne soit féconde en crimes (rumeurs); elle n'aura pas fait faire un pas à la question, et n'aura eu, en définitive, d'autre résultat que de faire ressortir le talent de quelques orateurs. L'Académie n'a donc rien de mieux à faire que de passer purement et simplement à l'ordre du jour.

M. Adelon consent à modifier ces conclusions dans ce sens. Au lieu de dire : l'Académie, tout en *approuvant*, etc., dirait : l'Académie, tout en *reconnaissant* à MM. P. Dubois, Cazeaux et Lenoir le droit d'agir comme ils l'ont fait, est d'avis, etc.

Sur les cris nombreux *aux voix*, la discussion est close.

M. le Président donne lecture des divers amendemens, pour les mettre successivement aux voix.

Une discussion très vive et très confuse s'engage sur ces propositions, et l'Académie se sépare sans avoir pris aucune détermination.

Le vote des conclusions est ajourné à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures, au milieu d'une très vive agitation.

DOCUMENS OFFICIELS.

COMPOSITION DES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES DES HOSPICES ET HOPITAUX.

Un décret, en date du 23 mars, réglemente ce sujet de la manière suivante :

Les commissions administratives des hospices et hôpitaux sont composées de cinq membres nommés par le préfet, et du maire de la commune. — La présidence appartient au maire; il a voix prépondérante en cas de partage. — En cas d'absence du maire, la présidence appartient au plus ancien des membres présens, et à défaut d'ancienneté, au plus âgé. — Les fonctions des commissions administratives sont gratuites.

Les commissions administratives sont renouvelées chaque année, par cinquième. — Le renouvellement est déterminé par le sort pendant les quatre premières années, et ensuite par l'ancienneté. — Les membres sortant sont rééligibles. — En cas de remplacement dans le cours d'une année, les fonctions du nouveau membre expirent à l'époque où auraient cessé celles du membre qu'il a remplacé.

Les commissions administratives peuvent être dissoutes par le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, sur la proposition ou l'avis du préfet. — Les membres de ces commissions peuvent être individuellement révoqués dans la même forme.

Le nombre des membres des commissions administratives peut, en raison de l'importance des établissemens ou de circonstances locales, être porté à plus de cinq par des décrets spéciaux, rendus sur l'avis du conseil d'Etat.

Il n'est point dérogé, par le présent décret, aux ordonnances, décrets et autres actes du pouvoir exécutif en vertu desquels l'administration de certains hospices et hôpitaux est organisé d'une manière spéciale.

ORGANISATION DU CORPS DE SANTÉ DE L'ARMÉE DE TERRE.

Le *Moniteur* publie aussi un très long décret divisé en 22 sections, ne renfermant pas moins de 45 articles sur l'organisation du corps de santé de l'armée de terre. Ce décret est précédé d'un rapport par le ministre de la guerre. L'étendue de ce document, qui contient onze colonnes du *Moniteur*, ne nous permet que d'en présenter une analyse succinte.

1re section. — *Institution du corps et du conseil de santé de l'armée de terre.* — Il est institué un corps d'officiers de santé comprenant : 1° les médecins chargés, sans distinction de profession, de l'exercice de la médecine et de la chirurgie dans les corps de troupes, dans les hôpitaux et dans les ambulances; 2° les pharmaciens chargés de l'exercice de la pharmacie dans les dépôts de médicamens, dans les hôpitaux et dans les ambulances. — Lorsque les ressources du cadre normal des officiers de santé militaires ne suffisent pas pour assurer l'exécution du service sanitaire dans les corps de troupe et dans les établissemens hospitaliers, il peut être nommé des *officiers de santé auxiliaires* qui sont commissionnés par le ministre ou requis par les intendans militaires. — Il est institué un conseil de santé composé de trois ou de cinq inspecteurs désignés chaque année par le ministre de la guerre. — Un officier de santé du grade de principal ou de major est attaché au conseil en qualité de secrétaire.

2e section. — *Hiérarchie.* — La hiérarchie des médecins militaires comprend les grades ci-après : médecin inspecteur; — médecin principal de 1re classe; — id. de 2e classe; — médecin-major de 1re classe; — id. de 2e classe; — médecin aide-major de 1re classe; — id. de 2e classe. — Cette hiérarchie forme une série distincte; elle ne comporte aucune assimilation avec les grades de la hiérarchie militaire proprement dite. — La hiérarchie des pharmaciens militaires comprend les grades ci-après : pharmacien inspecteur; — pharmacien principal de 1re classe; — id. de 2e classe; — pharmacien-major de 1re classe; — id. de2e classe; — pharmaciens aide-major de 1re classe; — id. de 2e classe. — Cette hiérarchie se définit dans les mêmes termes que celle des médecins. — Les médecins et les pharmaciens auxiliaires ne forment point de hiérarchie; ils sont classés à la suite du cadre de la profession à laquelle ils appartiennent.

3e section. — *Subordination des officiers de santé.* — En ce qui concerne la discipline générale, tous les officiers de santé sont soumis à l'autorité des officiers généraux. — En ce qui concerne le service des places, tous les officiers de santé sont soumis à l'autorité des commandans de place. — En ce qui concerne le service, dans les corps de troupes, les officiers de santé attachés à un régiment sont subordonnés au colonel et au lieutenant-colonel ou à l'officier qui les remplace intérimairement. — L'officier de santé chargé du service sanitaire près d'une partie de corps détaché est subordonné à l'officier qui commande le détachement. — Pour le service des hôpitaux, ambulances, ils sont subordonnés aux officiers de l'intendance militaire.

4e section. — *Enseignement.* — Il est institué une école dans laquelle sont réunis les élèves des Facultés qui se destinent au corps de santé de l'armée de terre. Un réglement spécial déterminera les conditions d'admission dans cet établissement et son régime intérieur.

5e section. — *Fixation du cadre.*

Médecins.	Médecins inspecteurs	7
	Médecins principaux de 1re classe.	40
	Id. id. de 2e classe.	40
	Médecins-majors de 1re classe.	100
	Id. id. de 2e classe.	220
	Médecins aides-majors de 1re classe.	340
	Id. Id. de 2e classe.	340
Pharmaciens.	Pharmacien inspecteur	1
	Pharmaciens princip. de 1re classe.	5
	Id. id. de 2e classe.	5
	Pharmaciens-majors de 1re classe.	15
	Id. id. de 2e classe.	30
	Pharm. aide-majors de 1re classe.	45
	Id. id. de 2e classe.	45

6e section. — *Des officiers de santé auxiliaires.*

7e section. — *Admission dans le cadre des officiers de santé militaires.* — Les élèves de l'École spéciale de médecine militaire sont nommés aides-majors de deuxième classe aux conditions suivantes : 1° avoir passé à l'École de médecine militaire le temps qui sera déterminé par le réglement spécial sur le régime intérieur de cet établissement, et avoir satisfait aux examens de sortie; 2° posséder le titre universitaire de docteur. Pour les pharmaciens, le titre de docteur sera remplacé par celui de maître en chirurgie.

8e section. — Admission des auxiliaires.

9e section. — Fonctions des médecins.

10e section. — Fonctions des pharmaciens.

11e section. — *Conditions de l'avancement.* — Nul ne peut être major de première classe s'il n'a servi au moins deux ans dans le grade d'aide-major de deuxième classe; major de deuxième classe qu'après deux ans de grade d'aide-major de première classe; major de première classe qu'après quatre ans du grade inférieur; principal de deuxième classe qu'après trois ans de grade inférieur; principal de première classe qu'après deux ans de grade inférieur; inspecteur qu'après trois ans de grade inférieur.

12e section. — *Propositions pour l'avancement.*

13e section. — *Décorations.*

14e section. — *Honneurs et préséances.* — Les médecins et les pharmaciens inspecteurs reçoivent le salut des sentinelles par la présentation de l'arme. — Les médecins et les pharmaciens principaux, les médecins et les pharmaciens-majors et aides-majors reçoivent le salut des sentinelles par le port de l'arme. — Les médecins et les pharmaciens reçoivent les honneurs funèbres par des détachemens dont le nombre varie selon le grade. Les officiers de santé militaires et auxiliaires prennent leur rang de préséance à la suite de l'état-major du corps auquel ils sont attachés.

Les autres sections sont relatives à l'uniforme, à la tenue, aux pensions de retraite et de réforme.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

— Le conseil supérieur de l'Université a voté à l'unanimité, dans sa dernière séance, la fondation d'une École secondaire de médecine et de pharmacie dans la ville de Lille. Ainsi que nous l'avions annoncé il y a quelques mois, cette ville renferme toutes les conditions qui peuvent la faire prospérer, et l'on doit féliciter le conseil supérieur d'avoir entendu les vœux répétés du conseil général du Nord. On parle déjà de l'honorable M. Lestiboudois comme professeur honoraire de cette École, et de M. le docteur Parise, déjà connu par des travaux recommandables, comme professeur de clinique chirurgicale. Ces choix ne peuvent qu'honorer la nouvelle École.

— M. Ch. Place a commencé samedi, dans la galerie du cercle scientifique et littéraire de Bruxelles, une série de *conférences philosophiques sur la physiologie du cerveau.* Un public nombreux, composé des notabilités belges, a reçu avec faveur le professeur de la Société phrénologique de Paris.

Le gérant, Richelot.

Paris — Typographie et lith. Félix Malteste et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 37. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 27 Mars 1852.

L'UNION MÉDICALE

PRIX DE L'ABONNEMENT :

—

Pour Paris et les Départemens :

1 An.................. 40 Fr.
6 Mois................ 20
3 Mois................ 10

—

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ENTOMOLOGIE PATHOLOGIQUE.

LETTRE SUR LES MALADIES DE LA PEAU, A PROPOS DE LA DÉCOUVERTE DE L'ACARUS MALE DE LA GALE CHEZ L'HOMME.

(Suite et fin. — Voir les deux derniers numéros.)

Occupons-nous maintenant du paragraphe de l'article de M. Cazenave, où la découverte du mâle est appréciée au point de vue du diagnostic de la psore. « La seule conclusion » que nous voulions tirer, quant à présent, de tout ceci, » nous dit M. Cazenave, c'est que nous avions raison de dire » que la gale a des caractères à elle en dehors du sillon; c'est » qu'il n'y a pas de gale sans vésicule, sans éruption vésicu- » leuse à physionomie particulière. » — J'ai le regret de ne pouvoir partager les opinions de M. Cazenave à propos du critérium de certitude qu'offrent les éruptions psoriques et plus spécialement la vésicule. Je dirai, en imitant sa formule, que la conclusion qu'il m'est permis de tirer de mes observations, après la découverte du mâle; c'est que la gale, dans des cas exceptionnels, n'a pas de caractères pathognomoniques absolus; c'est qu'il y a des gales sans *vésicule*, comme des gales sans *sillon*; et que s'il a raison (depuis la découverte du mâle) de relever l'erreur dans laquelle nous engageait une déduction trop absolue, alors que le sillon seul servait de base infaillible au diagnostic. Je ne suis pas moins dans mon droit, en soutenant qu'il y a erreur de sa part, à poser en principe qu'il n'y a pas de gale sans vésicule, sans éruption vésiculeuse.

Il va sans dire que nous discutons ici sur l'exception et non sur la règle. La psore s'accompagne, le plus souvent, et de sillons, et de vésicules, ce n'est que dans des cas exceptionnels que son diagnostic devient très difficile. — On rencontre quelquefois des galeux qui ont les mains couvertes de sillons ou d'acarus, et qui ne présentent et n'ont jamais présenté d'éruption vésiculeuse; un prurigo général, ou un simple empétigo, est la seule affection cutanée dont leur tégument porte les traces. — Si la vésicule était le symptôme pathognomonique de la psore, elle ne manquerait pas de se présenter au plus haut point, quand, de l'aveu de M. Cazenave, ce qui cause sa production, ou l'existence des acarus, est si palpable. Mais si la vésicule fait défaut quand de nombreux insectes l'excitent à naître, *à fortiori* manque-t-elle, lorsque le malade ne porte sur lui que des femelles non fécondées ou des mâles. — Ainsi, nous posons en principe qu'il y a des gales sans vésicule, et comme M. Cazenave prétend le contraire, il manque de signes diagnostiques certains dans les cas où la vésicule fait défaut.

Nous avons dit qu'il existait des gales sans sillon; en effet, la contagion peut s'opérer par la transmission d'un mâle comme par celle d'une femelle, et comme le mâle ne trace pas de sillon proprement dit, un malade peut être tourmenté par des éruptions psoriques sans offrir de sillons. Mais j'ajoute que c'est surtout dans ces cas que les vésicules manqueront, attendu qu'elles naissent le plus souvent lorsque les acarus femelles fécondées inoculent le virus psorique, irritent le tégument et excitent le malade à se gratter. — Ainsi, c'est principalement quand les sillons manquent que les vésicules ont également tendance à ne pas naître, de telle sorte que tout concourt, dans ces cas, à augmenter les difficultés du diagnostic.

Alors que tous les acarus paraissaient faire des sillons, nous étions en droit de dire que le *cuniculus* seul était le signe diagnostique de la psore. Maintenant qu'il est démontré que l'acarus mâle ne trace pas de galeries et qu'il peut être l'élément de la contagion, il faut établir que la gale peut, dans certains cas, être très difficile à reconnaître, d'autant plus que la vésicule, cet autre signe secondaire, ne se présente généralement que concurremment avec des sillons bien visibles. — Cependant, ajoute M. Cazenave, alors qu'on méconnaissait l'acarus, on diagnostiquait parfaitement et sûrement la gale. Nous en demandons pardon à M. Cazenave, mais il est dans une grave erreur. Le diagnostic de la psore devait donner lieu, autrefois, à de fréquentes méprises, si nous en jugeons par le nombre de celles qui sont commises aujourd'hui, bien que nous ayons de plus, pour nous guider, un nouveau et précieux caractère de la maladie dans les sillons. — On rencontrait autrefois, comme aujourd'hui, certaines affections mal définies, produites par plusieurs maladies de peau, puisque l'on donne le nom de *maladie* à chaque forme pathologique, vésicule, pustule, papule, etc., qui peut être l'expression d'une perturbation dans les humeurs ou dans les sécrétions de la peau; affections rebelles à tout traitement, dont on n'arrêtait le développement et que l'on ne guérissait à la longue que par des boissons dites dépuratives, des purgatifs et des *bains sulfureux*. Nous pensons que dans ces cas l'insecte de la gale a souvent été la cause essentielle de cette apparente diathèse dartreuse, et que les bains sulfureux, encore seul traitement en usage il y a peu de temps contre la psore des enfans, finissaient, de guerre lasse, par amener une cure définitive en tuant l'insecte. Cette opinion est basée, non sur des suppositions, mais sur des faits. J'ai encore été consulté, il y a peu de jours, par un M. M..., des environs de Paris, qu'un prurigo et un lichen tourmentaient depuis longtemps, et qui suivait, de l'avis des médecins les plus compétens, de nombreux traitemens propres à pallier les accidens, à s'opposer à leur aggravation, mais non à obtenir une cure radicale. — J'ai pu découvrir sur lui, après une exploration minutieuse, à l'extrémité d'un court sillon, un seul acarus femelle, non fécondé, du moins je le suppose, puisque les insectes n'avaient pas pullulé, bien que les démangeaisons se fissent sentir depuis plus de six mois; Une friction d'une demi-heure, à la pommade sulfuro-alcaline amena la guérison.

Les praticiens non spécialistes rencontrent souvent des affections cutanées rebelles au traitement non insecticide, et qu'ils combattraient par des topiques antipsoriques, si ce n'était la position de leurs cliens. Il ne se passe pas de semaine que je ne sois témoin de l'embarras d'habiles confrères devant des maladies de peau, aussi difficiles à diagnostiquer qu'à guérir, et qui, le plus souvent, sont dues à la présence d'un insecte, ainsi à l'état d'isolement (1).

On ne manquera pas d'objecter : mais si les sillons et les vésicules peuvent faire défaut à la fois, dans certains cas de gale, à quel caractère sera-t-il donc possible de reconnaître la maladie? Nous répondrons sans ambage, que les signes objectifs manquant absolument, on ne pourra déduire le diagnostic, et par conséquent le traitement que des signes subjectifs.... Le mode d'invasion de la maladie, sa marche, l'heure à laquelle les démangeaisons se font sentir, certaines éruptions plutôt papuleuses que vésiculeuses, plutôt générales que locales; enfin, l'inefficacité des traitemens non acaricides, permettront de supposer que l'affection cutanée est une de ces pseudo-gales,

(1) M. Hardy m'a prié hier matin, à Saint-Louis, de soumettre à l'inspection du microscope un malade atteint de prurigo, et sur lequel l'observation à l'œil nu ne permettait de constater, depuis quinze jours, ni vésicule, ni sillon. J'ai trouvé sur ce sujet, mais non sans peine, deux sillons invisibles à l'œil nu, tant ils étaient courts, et habités par des femelles non fécondées. — Sur plus de vingt galeux que M. Hardy a examinés avec soin à la loupe, dix au moins manquaient absolument de vésicule.

Feuilleton.

LA SCIENCE ET LA RELIGION.

A UN ANONYME.

Votre malignité est en défaut, Monsieur. Il y a longtemps, très longtemps, que ma réponse à l'*Univers* a été écrite; vous allez vous en convaincre tout à l'heure. Si cette réponse ne vous satisfait pas, je vous dirai hardiment que vous n'êtes ni un homme de sens, ni un homme de goût, et tous mes lecteurs seront de mon avis. Vous allez voir, Monsieur, pourquoi je puis vous dire cela sans vanité.

Amédée LATOUR.

Réponse à l'*Univers*.

J'ai résolu de commencer par délivrer les lettres de l'opprobre et du mépris dont l'ignorance s'efforce de les couvrir; l'ignorance, dis-je, qui se montre et se décèle sous plus d'une forme, savoir : dans la jalousie des théologiens, dans le dédain des politiques, et dans les erreurs mêmes des lettrés.

J'entends les premiers dire que la science est de ces choses qu'il ne faut adopter qu'avec mesure et avec précaution; que le trop grand désir de savoir a été le premier péché de l'homme et la cause de sa chute; qu'aujourd'hui même je ne sais quoi de vénéneux qu'y a glissé le serpent tentateur y demeure attaché, vu que partout où elle entre, elle occasionne une enflure. « La science enfle (1), disent-ils. » Salomon lui-même témoigne qu'il est de ce sentiment, lorsqu'il dit : « La composition des livres est un travail sans fin : la grande lecture est l'affection de la chair (2); » et ailleurs : « avec une grande sagesse se trouve toujours une grande indignation : qui augmente la science augmente ses douleurs (3). » Saint Paul, ajoutent-ils, nous donne le même avertissement, en disant : « Ne nous laissons point abuser par une vaine philosophie (4). » Bien plus, disent-ils encore, l'expérience même atteste que les plus savans hommes ont été les coryphées de l'hérésie; que les siècles les plus savans ont été enclins à l'athéisme. Ils disent enfin que la contemplation des causes secondes déroge à l'autorité de la cause première.

Mais qu'il est facile de montrer la fausseté de cette assertion, et de faire voir combien elle est mal fondée! En effet, qui ne voit que ceux qui parlent ainsi oublient que ce qui causa la chute de l'homme, ce ne fut point cette science naturelle, pure et première-née, à la lumière de laquelle, lorsque les animaux furent amenés devant l'homme dans le paradis, il leur imposa des noms analogues à leur nature; mais cette science orgueilleuse du bien et du mal dont il eut l'ambition de vouloir s'armer pour secouer le joug de Dieu, et ne recevoir de loi que de lui-même? Or, certes, il n'est pas de science, quelque grandeur, quelque volume qu'on puisse lui supposer, qui enfle l'esprit, attendu que rien ne peut l'emplir, encore moins le distendre, sinon Dieu même et la contemplation de Dieu. Aussi, Salomon, parlant des deux principaux sens qui fournissent des matériaux à l'invention (la vue et l'ouïe), nous dit-il : « L'œil ne se rassasie point de voir, ni l'oreille d'entendre (5). » Que s'il n'y a point de réplétion, il s'ensuit que le contenant est plus grand que le contenu; car c'est l'idée qu'il nous donne de la science elle-même et de l'esprit humain, dont les sens sont comme les émissaires, par ces mots qu'il place à la fin de son calendrier et de ses éphémérides, où il marque le temps de chaque chose, concluant ainsi : « Dieu a tout ordonné, pour que chaque chose fût belle en son temps. Il a gravé aussi dans leur esprit l'image du monde même; cependant, l'homme ne peut concevoir entièrement l'œuvre que Dieu exécute depuis le commencement jusqu'à la fin (6); » paroles par lesquelles il fait entendre assez clairement que Dieu a fait l'âme humaine semblable à un miroir capable de réfléchir le monde entier, n'ayant pas moins soif de cette connaissance que l'œil n'a soif de la lumière, et non seulement curieuse de contempler la variété et les vicissitudes des temps, mais non moins jalouse de scruter et de découvrir les immuables décrets et les lois inviolables de la nature. Et, quoiqu'il semble insinuer, par rapport à cette souveraine économie de la nature, qu'il désigne par ces mots : « L'œuvre que Dieu exécute depuis le commencement jusqu'à la fin » que l'homme ne peut la découvrir; cependant cela n'ôte rien à l'entendement humain, et ne doit s'entendre que des obstacles que rencontre la science, tels que la courte durée de la vie, le peu d'accord des études, la manière infidèle et inexacte de transmettre les sciences, et une infinité d'autres inconvéniens qui enlacent l'industrie humaine. Car, ailleurs, il nous apprend assez clairement qu'aucune partie de l'univers n'est étrangère aux recherches de l'homme, lorsqu'il dit : « L'esprit de l'homme est comme le flambeau de Dieu, flambeau à l'aide duquel il découvre les secrets les plus intimes (7). »

Si donc, telle est l'immense capacité de l'esprit humain, il est manifeste que nous n'avons rien à redouter de la quantité de la science, quelque grande qu'elle puisse être, ni lieu de craindre qu'elle occasionne quelque enflure ou quelque excès; et que, s'il est quelque danger à redouter, c'est seulement de la part de la qualité, laquelle, quelque faible que puisse être la dose, ne laisse pas, si on la prend sans antidote, d'avoir je ne sais quoi de malin et de vénéneux pour l'esprit humain, et qui le remplit de vent. Cet antidote, ce parfum qui, mêlé avec la science, la tempère et la rend très salubre, c'est la charité. C'est même ce que l'apôtre joint au passage déjà cité, en disant : « La science enfle, mais la charité édifie (8); » à quoi se rapporte également bien ce qu'il dit ailleurs : « Quand je parlerai toutes les langues des anges et des hommes, si je n'ai la charité, je ne suis plus qu'un airain sonnant, qu'une cymballe retentissante (9). » Non, que ce soit

(1) S. Paul aux Corinth. I. c. 8. v. 1.
(2) Eccl. C. 12. v. 12.
(3) *Id.* C. 1. v. 18.
(4) S. Paul aux Coloss. C. 2. v. 8.
(5) Eccl. C. 1. v. 8.
(6) Eccl. C. 3. v. 11.
(7) Proverbes. C. 20. v. 27.
(8) S. Paul aux Corinth. Ep. I. c. 8. v. 1.
(9) *Id.* Ep. I. c. 13. v. 1.

dans lesquelles un seul insecte ne peut infecter l'économie et troubler nos fonctions, au point de faire naître de nombreuses éruptions.

La vésicule isolée siégeant aux doigts, est, pour M. Cazenave, l'indice le plus certain qu'un malade donné est atteint de la psore ; pour moi, c'est le sillon ; par cette raison bien simple, que le sillon ne peut manquer d'exister, quand un sujet porte plusieurs insectes autres que des mâles ; tandis que la vésicule peut ne pas apparaître quand de nombreux acarus sillonnent le tégument, et, *à fortiori*, quand un seul acarus a été transmis.

L'importance que je donne à l'insecte et à son sillon, ne m'abuse pas au point de croire, comme on s'est plu à l'imaginer, qu'il n'y a pas de prurigo, de lichen, etc., sans acarus. Notre défaut à tous, je ne l'ignore pas, est d'être exclusifs, lorsque nous avons chaussé une idée, nous voulons tout y rapporter quand même.

Je vais terminer ces considérations sur la gale proprement dite, Monsieur le rédacteur, par quelques réflexions sur les maladies de peau en général.

Un grand fait m'a frappé, le jour où j'ai été appelé à observer les affections de la peau ; c'est l'importance que l'on donnait à la moindre forme des éruptions, pour leur appliquer à peu de chose près le même traitement. Mon étonnement est resté le même, quand j'ai étudié des traités spéciaux, ou suivi des leçons cliniques. — Je sentais, malgré moi, une répulsion invincible à accepter comme le dernier mot de la science, cette longue énumération de maladies étalée dans une classification. Je regrettais qu'un novateur, abandonnant enfin le sentier depuis si longtemps battu, ne vînt pas opérer une réforme dans la méthode d'observation et de déduction. — Mes regrets sont aujourd'hui les mêmes, puisqu'on s'en tient comme autrefois, à la superficie du tégument, pour y voir, non pas l'altération de tel ou tel organe de l'appareil cutané, papilles, vaisseaux sudorifères, vaisseaux absorbans, glandes, etc., etc. ; mais tout simplement, une forme d'altération, dont on ne comprend ni la raison d'être, ni le siége précis ; puisque l'on fait toujours de l'organopathie de la pire espèce, en se tenant pour satisfait, dès qu'on a reconnu une bulle, ou une pustule ; sans jamais plonger son observation au-delà de l'enveloppe tégumentaire, pour y analyser la cause véritable des symptômes qui trahissent la perturbation cachée de l'organisme.

La médecine, qu'elle soit à la période de l'art ou à la période de la science, use toujours de deux méthodes dans sa marche vers le progrès : de la méthode analytique ou de la méthode synthétique. Quand la méthode synthétique prédomine, elle voit l'inflammation, les diathèses, les dartres, comme des entités pathologiques, comme des maladies distinctes : quand c'est la méthode analytique, comme de nos jours, elle considère la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, la pleurésie, etc., etc., comme des maladies spéciales ; il en est de même de l'eczéma, du lichen, de l'impétigo, etc. Lorsque l'une des deux méthodes a produit sa somme de progrès réalisés, l'autre lui succède ; nous serions donc mal venu de nous en prendre aux hommes et de les blâmer, d'être instrumens passifs et utiles dans le vaste laboratoire de la science. Notre critique ne s'attaque qu'aux doctrines ; celles qui règnent en ce moment sont à leur déclin ; l'heure de la synthèse arrive, et bientôt l'on cessera de localiser, pour un temps, bien entendu.

Je dis que la division et la classification des maladies de peau reposent sur une fausse base, parce que les altérations décrites comme des *maladies*, en prenant ce mot dans son sens le plus large et le plus vrai, ne sont que des symptômes. Un exemple frappant nous fera comprendre.

La gale est classée comme une maladie spéciale, ayant son éruption particulière, même depuis la découverte de l'acarus, et nous voyons justement, dans cette maladie, naître comme à plaisir une série d'altérations, qui, prises isolément, sont elles-mêmes considérées comme des maladies. Ainsi, avec la psore, se montre l'élément spécial de la maladie dite eczéma, la *vésicule* ; l'élément spécial des maladies dites prurigo et lichen, la *papule* ; l'élément spécial de la maladie dite impétigo, la *pustule*, etc., etc. En l'absence de l'acarus, ces altérations isolées seraient bel et bien des maladies à part, longuement décrites, ayant, il est vrai, un traitement à peu près identique : avec l'acarus, elles n'ont plus d'importance, elles appartiennent à la gale, elles sont la gale. Mais si la vésicule, la pustule, la papule étaient le signe pathognomonique d'une maladie, elles ne se développeraient pas toutes à la fois sous l'influence d'une seule et même cause, la présence de l'acarus ; et puisqu'une seule et même cause a la propriété de les faire naître toutes à la fois, sur le même sujet, j'ai le droit de dire, même quand elles naissent isolément, qu'elles sont l'expression d'une *maladie réelle*, identique ou non à la psore, dont les symptômes sont tantôt la vésicule, tantôt la pustule, tantôt la papule.

On me dira peut-être que je joue sur les mots, que les dermatologistes ne se sont jamais abusés sur la valeur des altérations de tel ou tel élément constitutif de la peau, que ces dénominations de vésicules et de pustules, simples nécessités de langage et de précision, n'impliquent en rien que l'eczéma ou l'impétigo soit une maladie spéciale ; enfin, qu'on a toujours eu en vue dans le traitement, non pas le symptôme, mais la cause toute constitutionnelle et générale qui le produit. Je répondrai que si telle est, au fond, la méthode qui préside à la cure des éruptions cutanées, on a trop souvent l'occasion de voir le désaccord régner entre le principe et sa conséquence, qu'il est à regretter qu'on insiste, comme on le fait tous les jours, sur la forme de l'affection, sans prendre en grande considération la constitution, le tempérament ; sans chercher à découvrir l'inconnue qui modifie pathologiquement les liquides de l'organisme, et traduit ses effets par des formes ou des éruptions si diverses. — En un mot, nous pensons que l'étude des maladies de peau serait simplifiée, au grand avantage des élèves et des malades, si l'on donnait moins d'importance à la forme, si l'on ne prétendait pas désigner, comme affections différentes, à quelques lits de distance, ici un eczéma, là un eczéma lichénoïde, et quelques pas plus loin, un eczéma lichénoïde-impétiginode, qui pourrait encore devenir prurigineux et ecthymateux ; ou mieux encore, si l'on ne voyait pas sous ses propres yeux, et sur le même sujet, la prétendue maladie primitive passer par tous ces degrés de complication, et cela, sans que la constitution du malade ait subi la moindre modification de nature à faire croire que les causes, et par conséquent les maladies sont devenues multiples.

Je sais qu'avec une certaine habitude de discussion, on ne reste jamais court devant une objection, et que souvent même on sait la tourner à son avantage : quoi qu'on puisse dire, je maintiendrai qu'on fait, non pas de la pathogénie, mais de l'organopathie. On traite le proriasis, cette *maladie* qui se présente d'ordinaire chez des sujets qui sont des types de santé, par les préparations arsénicales, sans chercher à découvrir quelle est l'action véritable de ce médicament ; s'il guérit en déterminant une diurèse, en modifiant la fonction de certains organes, après avoir agi sur le système nerveux. Ce que je dis du proriasis est vrai pour la plupart des maladies de peau, pour le pemphigus général, par exemple, affection si grave, si peu connue, et dont on ne traite le plus souvent que le symptôme-douleur. — On fait encore en dermatologie comme trop généralement en pathologie, non pas de la science, mais de l'art, mais de l'empirisme. On constate fortuitement des effets, tandis qu'on devrait appeler à son aide les moyens encore imparfaits, j'en conviens, que les sciences générales mettent à notre disposition, pour analyser les liquides, observer les solides et saisir quel rapport il y a, comme cause et effet, entre des altérations intérieures, générales, et celles connues, par exemple, sous le nom de maladies de peau. — Mais cela est difficile, exige de l'expérimentation, du travail. Et encore, y a-t-il travail et travail!... Personne ne contestera l'amour de l'étude au docte professeur qui a poussé à un si rare degré de perfection la percussion ; qui a formulé en loi que l'hypertrophie splénique produit la fièvre intermittente, que le sulfate de quinine et le chlorure de sodium sont les spécifiques de la fièvre paludéenne, parce qu'ils diminuent le volume du diverticulum de l'estomac, et qui croit sincèrement avoir fait de la science et connaître la maladie dite fièvre intermittente. Si l'intention qui me guide pouvait m'excuser à ses yeux, je pourrais prendre cet organopathiste par excellence, pour type des travailleurs à notre époque, et montrer, par le progrès véritable qu'il a réalisé jusqu'à ce jour, où conduit, après trente ans de travaux consciencieux, une fausse méthode d'observation. — On vise aujourd'hui à la quantité des œuvres et non à leur importance à venir. Les traités de médecine par compilation, les manuels sont à la mode, et cependant, il est certain que la moindre recherche vraiment scientifique, qui a pour conséquence la constatation d'un *fait*, vaut à elle seule bien des volumes. MM. Andral et Gavarret ont plus fait en quelques mois pour le progrès de la médecine, par leurs recherches sur le sang, que tel autre qui a passé sa vie à faire de la statistique. — Que de choses vraies et utiles on pourrait dire à ce sujet, Monsieur le rédacteur ; mais il faudrait, pour cela, brûler au creuset de la critique des œuvres bien lourdes à la main et trop légères par leurs cendres ; tâche ingrate, dont l'Union Médicale ne pourrait être complice, malgré la courtoise et généreuse hospitalité qu'elle donne à tous les travaux.

Dr H. Bourguignon.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

PULSATIONS ABDOMINALES IDIOPATHIQUES.

Rambervillers, le 19 Février 1852.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire, dans le numéro du 17 courant de votre excellent journal, une observation intitulée : *Pulsations abdominales idiopathiques*, observation intéressante, au sujet de laquelle M. le professeur Sandras fait de savantes réflexions.

Cette note m'est parvenue précisément au moment où, dans un nouveau travail sur les névroses, qui, vous le savez, Monsieur et très honoré confrère, règnent dans notre contrée depuis plusieurs années, je venais de décrire un cas de fièvre grave, où de forts battemens aortiques s'étaient produits.

Je copie mon observation et vous l'adresse, en vous priant

---

quelque chose de si grand de parler les langues des anges et des hommes, mais parce que si tous ces talens sont séparés de la charité, et ne sont pas dirigés vers le bien commun du genre humain, ils produiront plutôt une vaine gloire que des fruits solides. Quant à ce qui regarde la censure de Salomon, relativement à l'excès dans la lecture ou la composition des livres, le tourment d'esprit qui résulte de la science, et cet avertissement de saint Paul : « De ne nous pas laisser abuser par une vaine philosophie » ; si on prend ces passages dans leur véritable sens, ils marquent très distinctement les vraies limites où la science humaine doit être circonscrite, de manière cependant qu'il lui est libre d'embrasser la totalité de la nature des choses, sans que rien la restreigne, car ces limites sont au nombre de trois :

1° Ne plaçons pas tellement notre félicité dans la science que l'oubli de notre mortalité se glisse dans notre âme.

2° Ne faisons pas un tel usage de la science qu'elle ne produise pour nous que de l'inquiétude, au lieu de cette tranquillité d'âme qu'elle doit produire.

3° N'espérons point pouvoir, par la seule contemplation de la nature, atteindre à la parfaite intelligence des mystères divins.

Quant au premier point, Salomon s'explique très clairement, dans un autre passage du même livre, lorsqu'il dit : « J'ai assez compris que la sagesse est aussi éloignée de la folie que la lumière l'est des ténèbres. Le sage a des yeux à la tête, l'insensé va errant dans les ténèbres, mais en même temps j'ai appris que la nécessité de mourir est commune à tous deux (10). »

Quant au second point, il est certain qu'aucune anxiété, aucun trouble d'esprit ne résulte naturellement de la science, si ce n'est accidentellement, car toute science et toute admiration (qui est le germe de la science) est agréable par elle-même, mais lorsque nous en déduisons des conséquences qui, appliquées avec peu de justesse à nos propres affaires, engendrent de lâches terreurs ou des désirs immodérés, alors enfin, naît ce tourment et ce trouble d'esprit dont nous parlons, car c'est alors que la science n'est plus une lumière sèche, comme l'exigeait cet Héraclite si obscur, lorsqu'il disait : « Lumière sèche, excellent esprit ; » elle n'est désormais qu'une lumière humide et comme trempée dans les humeurs des passions.

La troisième règle demande une discussion un peu plus exacte, et ce ne serait pas assez de la toucher en passant ; car, s'il est quelque mortel qui, de la seule contemplation des choses sensibles et matérielles, espère tirer assez de lumière pour dévoiler la nature ou la volonté divine, voilà l'homme qui se laisse abuser par une vaine philosophie. En effet, la contemplation de la nature, quant aux créatures elles-mêmes, produit la science, mais quant à Dieu, l'admiration seulement, qui est une sorte de science mutilée. Aussi est-ce un mot d'un grand sens que celui de ce platonicien qui a dit « Que le sens humain ressemble au soleil, qui dévoile le globe terrestre, mais en voilant le globe céleste et les étoiles. » C'est ainsi que les sens manifestent le sens des choses naturelles et couvrent d'un voile les choses divines ; et c'est par cette raison même que, dans ce petit nombre des plus savans, quelques-uns sont tombés dans l'hérésie lorsque, portés sur les ailes de cire des sens, ils ont voulu s'élever aux choses divines ; car s'il est question de ceux qui présument que trop de science fait pencher vers l'athéisme et que l'ignorance des causes secondes enfante une religieuse déférence pour la cause première, je les interpellerais volontiers par cette question de Job : « Faut-il donc mentir en faveur de Dieu, et convient-il, pour se rendre agréable à lui, de tenir des discours artificieux ? (11) »

Il est évident que, dans le cours ordinaire de la nature, Dieu ne fait rien que par les causes secondes. Or, s'ils voulaient nous persuader le contraire, ce serait alors soutenir une pure imposture en faveur de Dieu, et ce ne serait autre chose qu'immoler à l'auteur de toute vérité, l'immonde victime du mensonge. Bien plus, il est hors de doute, et c'est ce qu'atteste l'expérience, que, quand on ne fait encore que goûter de la philosophie, elle peut porter à l'athéisme ; mais l'a-t-on pour ainsi bue à longs traits, alors elle ramène à la religion. Car, à l'entrée de la philosophie, lorsque les causes secondes, comme étant plus voisines des sens, s'insinuent dans l'esprit humain, que l'esprit même s'y arrête et y fait un trop long séjour, l'oubli de la cause première peut s'y glisser ; mais si, poursuivant sa route, on envisage la suite, la dépendance mutuelle, l'enchaînement des causes secondes et le tout ensemble des œuvres de la Providence, alors, conformément à la mythologie des poètes, on croira aisément que l'anneau le plus élevé de la chaîne naturelle, est attaché au pied du trône de Jupiter.

En un mot, qu'on n'aille pas, affectant une sobriété et une modération qui seraient déplacées, s'imaginer qu'on peut faire de trop grands progrès dans les livres, soit des écritures, soit des créatures, par la théologie ou la philosophie ; mais qu'au contraire, les hommes s'éveillent et s'élancent courageusement dans les deux routes, sans crainte d'y faire trop de chemin, prenant garde seulement de ne pas faire usage de la science pour satisfaire leur orgueil, mais dans un esprit de charité ; non pour faire un vain étalage, mais pour en tirer une véritable utilité ; qu'*enfin, distinguant avec soin ces deux doctrines, la théologie et la philosophie, ils prennent garde de mêler et de confondre imprudemment leurs eaux.*

Fr. Bacon (*De dignitate et augmentis scientiarum.* Lib. 1). Édit. de Buchon, page 17.

(10) Eccl. C. 2. v. 13 et 14.

(11) Job. C. 13. v. 7.

de vouloir bien lui accorder la publication, si vous jugez, comme je l'espère, qu'elle puisse intéresser vos lecteurs.

Une femme, âgée de 35 ans, d'un tempérament sanguin, lymphatique, d'une santé habituellement bonne, eut, il y a deux ans, au bras gauche, une névralgie intermittente quotidienne, accompagnée de fièvre locale (froid, chaleur, sueur), qui guérit promptement par l'emploi du sulfate de quinine à doses médiocres.

Mariée il y a un an, elle devint enceinte au bout de six semaines. A la fin de sa grossesse, pendant laquelle elle avait été bien portante, elle fit plusieurs chutes; ce qui a pu occasionner la présentation vicieuse, pour laquelle, au neuvième mois, dans la nuit du 24 au 25 décembre, je me suis vu obligé de faire la version. L'enfant était mort.

La femme n'eut aucun accident jusqu'à l'époque de la fièvre de lait; mais alors, au lieu de cette fièvre physiologique, elle eut des sueurs énormes, la suette, sueurs qui, avec des rémittences, se prolongèrent au-delà du terme ordinaire de la fièvre de lait.

Cette suette passée à peu près spontanément, et après avoir offert une légère éruption miliaire, surviennent, au même bras qu'autrefois, des douleurs névralgiques, avec fièvre locale également, et pouls plus fort à la radiale gauche qu'à la radiale droite pendant la période de chaleur, plus faible au contraire pendant la période du froid. Les accès de cette névralgie brachiale sont de courte durée, reviennent plusieurs fois par jour et alternent avec des douleurs névralgiques abdominales qui simulent les douleurs de la péritonite et s'accompagnent de vives douleurs rachidiennes lombaires.

Sous l'influence de l'administration d'un mélange de sulfate de quinine et de quinquina en poudre donné dans du café à l'eau, comme je le fais habituellement depuis quelque temps, ces divers accidens cessent au bout de trois jours.

Pendant six jours, la malade paraît en convalescence: les lochies, quelque temps suspendues, ont repris leur cours; il existe une douce moiteur presque continue, qui ressemble à une crise; l'appétit se fait sentir, et les alimens légers que j'accorde sont digérés avec facilité.

Mais, après ce laps de temps, sans cause connue, ou plutôt sans autre cause connue que la suspension trop hâtive de l'emploi du fébrifuge (1), un nouvel accès, mais d'une autre forme, et plus grave, se produit. Après un frisson violent, et des douleurs rachidiennes lombaires s'irradiant vers l'organe utérin, une métrorrhagie a lieu.

Appelé sur-le-champ, et arrivé promptement près de cette malade qui habite notre ville, je constate ce qui suit, pendant que l'on prépare ce qu'il faut pour le secourir :

Elle a déjà perdu beaucoup de sang, et son aspect est celui d'une personne en syncope. Le visage, pâle, est froid; plus froides sont les extrémités supérieures, où les pulsations artérielles sont à peine sensibles. La température de la peau de la poitrine, comme celle du cou, est basse, mais bien moins que celle des mains et des avant-bras; les battemens du cœur sont également d'une petitesse extrême.

Quel contraste entre ce qui se passe dans cette moitié supérieure du corps, et ce qui a lieu dans l'autre moitié, du moins dans la région abdominale!

L'aorte, dans cette région, bat si fortement, soulève si manifestement les parties qui la couvrent, qu'il semble que le cœur, pris de violentes palpitations, de convulsions, soit descendu là. Les pulsations artérielles, dans les régions crurales, ont aussi de la force, mais incomparablement moins que le gros vaisseau. La peau de l'abdomen a au moins sa chaleur normale; les pieds seuls sont un peu frais.

Cependant, sous l'influence des affusions froides, faites abondamment sur le ventre, employées en même temps que le calorique aux extrémités supérieures et à la poitrine, pendant que l'on fait respirer des stimulans alcooliques, l'hémorrhagie s'arrête, la syncope se dissipe, la chaleur se rétablit graduellement à la moitié supérieure du corps, qui ne tarde pas à se couvrir de moiteur. En même temps, le cœur et les radiales prennent graduellement aussi une force et un développement qui rendent bientôt les battemens du cœur bruyans, visibles, ainsi que les pulsations des radiales et des carotides. En même temps, l'aorte prend la violence de ses battemens, qui ne tardent pas à devenir inappréciables à la vue, et peu sensibles aux doigts qui les recherchent.

Le lendemain, le molimen hémorrhagique avait changé de lieu. Après de forts battemens aux régions temporales et une céphalalgie sus-orbitaire, la malade eut une épistaxis.

L'accès de fièvre métrorrhagique s'est renouvelé trois fois, deux fois assez abondamment et sous le type tierce, la troisième légèrement, après un intervalle de huit jours (intermittence hebdomadaire). Témoin encore de l'avant-dernier accès, j'ai pu répéter en partie les observations que je viens de relater.

La malade a été sauvée par les préparations de quinquina; mais il est à regretter que, depuis la première perte, son estomac étant mal disposé, elle n'ait plus consenti à prendre les anti-fébriles par la bouche, mais seulement en lavemens; ce qui, sans doute, a été cause que les autres hémorrhagies ont eu lieu. Aujourd'hui, cette femme achève sa convalescence.

Chez nous, pour trouver des cas de pulsations abdominales idiopathiques, il n'est pas nécessaire de n'envisager que des fièvres graves, ces pulsations se rencontrant chez beaucoup d'individus affectés de cette névropathie que j'ai nommée hypocondrie fébrile, et dont la plupart même éprouvent tantôt des palpitations du cœur sans battemens aortiques, tantôt des pulsations aortiques sans palpitations.

La crainte d'abuser de l'espace précieux des colonnes de votre journal m'empêche d'en dire davantage.

Agréez, etc. Dr LIÉGEY.

(1) Il est bien difficile de faire comprendre à la plupart des gens d'une certaine classe, la nécessité de continuer un traitement au-delà de la cessation des accidens.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 24 Mars 1852. — Présidence de M. LARREY.

M. ROBERT donne lecture du rapport suivant sur une observation de chéiloplastie, adressée à la Société de chirurgie par M. Sédillot :

Messieurs,

Un des hommes dont s'honore le plus la chirurgie française, M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, désire faire partie de la Société de chirurgie en qualité de membre correspondant. Dans ce but, il vous a adressé une observation de restauration de la lèvre supérieure par un procédé qui lui est propre.

Chargé, avec MM. Larrey et Michon, de vous rendre compte de ce travail, j'eusse voulu entrer dans tous les développemens que ce sujet comporte; mais le désir d'associer le plus tôt possible à nos travaux notre savant et laborieux confrère, m'a forcé à être court.

Un militaire, âgé de 49 ans, avait la totalité de la lèvre supérieure et une partie de la joue gauche détruites, par un ulcère cancroïde ou épithélial, dont les ravages dataient de 22 ans. Déjà le mal avait envahi le bord alvéolaire correspondant aux quatre dents incisives et à la canine gauches. La difformité était affreuse; M. Sédillot conçut la pensée d'y remédier par un procédé qu'il avait précédemment déjà mis en usage avec succès et publié, en 1848, dans la *Gazette médicale de Paris*.

Ce procédé est une application ingénieuse de la méthode indienne : il consiste à tailler de chaque côté de la région mentonnière et dans l'épaisseur de la joue, des lambeaux verticaux, quadrilatères, à base supérieure, et dont les dimensions sont en rapport avec la perte de substance qu'ils sont appelés à remplir.

Ces lambeaux, disséqués, sont conduits de bas en haut à la rencontre l'un de l'autre, par un mouvement de quart de rotation, sans inversion de leurs surfaces, et réunis sur la ligne médiane par deux points de suture entortillée. Pour constituer le bord libre de la lèvre, la muqueuse et la peau sont réunies par une suture en surjet; enfin, quelques épingles servent à rapprocher les plaies résultant de la formation des lambeaux.

Telle est l'opération que notre confrère exécuta sur son malade; seulement l'altération des os le mit dans la nécessité d'extraire préalablement les quatre incisives, les deux canines et la première petite molaire gauche, puis de détruire avec la gouge et le maillet toute la portion du bord alvéolaire correspondant aux dents enlevées.

L'opération, quoique longue, fut heureusement terminée.

La guérison ne fut traversée par aucun accident grave; elle était complète au bout de deux mois.

Quatre dessins accompagnent cette observation et montrent l'état du malade aux diverses phases du traitement.

Les cas de restauration de la lèvre supérieure sont rares, et, jusqu'à présent, les procédés opératoires mis en usage dérivaient de la méthode par glissement.

Le plus important d'entr'eux, décrit d'abord par M. Malgaigne, avait été mis plus tard en usage avec succès par Lisfranc, Bérard jeune et Thomas. M. Sédillot, en appliquant à ce genre de restauration la méthode indienne, a donc agrandi le champ de la chéiloplastie et rendu service à la médecine opératoire.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer son travail au comité de publication;

2° De lui conférer le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

C'est pour se conformer à votre réglement que cet honorable confrère nous a envoyé ce travail inédit, car ses publications nombreuses et importantes marquaient depuis longtemps sa place parmi nous.

Les conclusions sont adoptées à l'unanimité.

De l'histoire des névrômes; rapport sur une observation communiquée par M. Houël.

Nous avons donné un extrait de l'intéressante communication faite par M. Houël. M. Lebert finit aujourd'hui la lecture de la véritable monographie qu'il a entreprise à ce propos sur l'histoire des névrômes. La question est encore assez peu connue pour que nous nous empressions de donner une analyse du travail de notre laborieux confrère.

M. LEBERT, après avoir exposé le résultat de ses études historiques et critiques sur la question, fait connaître la structure anatomique et chimique des névrômes.

Il a pu réunir dans la science 17 observations de névrômes multiples, et il rapproche de ces faits plusieurs cas observés chez des animaux, et il termine par les remarques générales suivantes :

Si nous comparons tous ces cas de névrômes multiples, nous trouvons plusieurs points intéressans à noter. Nous sommes frappés, avant tout, de la prédilection de la maladie pour l'âge moyen de la vie et le sexe masculin. Sur 13 cas dans lesquels l'un et l'autre sont indiqués, 11 se rencontrent sur des hommes; sur les 13, 7 se trouvent sur des sujets âgés de 30 à 40 ans, 5 de 20 à 30, et 1 seul de 45, c'est le cas de Kennedy dans lequel l'autopsie n'a point été pratiquée.

La symptomatologie de ces cas forme également un certain ensemble et ici nous sommes frappés de la gravité beaucoup plus prononcée de l'altération de la santé générale que de celle des désordres fonctionnels du système nerveux proprement dit; rien de constant sous ce dernier rapport. Plusieurs malades ont eu des convulsions, mais elles ont manqué dans la majorité des cas, et, dans l'un de ceux où elles ont existé, dans celui de M. Mangalli, elles s'expliquaient bien plutôt par les cysticerques nombreux dont le cerveau était parsemé. Chez le crétin Saulich, dans l'observation de Schiffner, elles remontaient également à l'enfance et coïncidaient avec l'altération des centres nerveux, qui se rencontre si souvent dans le crétinisme. L'engourdissement des membres et leur paralysie n'a pas été plus constante; elle a existé dans les cas qui ont produit des névrômes intra-rachidiens. La paralysie des parties innervées par les nerfs crâniens n'a jamais atteint non plus des proportions en rapport avec la multiplicité des névrômes situés sur leur trajet. Bien que le pneumo-gastrique des deux côtés ait été très malade dans presque tous les cas, nous ne trouvons qu'une seule observation, celle de la malade de l'hôpital de Wurtzbourg, dans laquelle de violens accès d'étouffemens se sont présentés, et encore n'est-on pas sûr que ce soit sous l'influence de l'altération des nerfs pneumo-gastriques. La sensation de froid le long du dos et des membres inférieurs n'a existé que dans un seul des cas de Smith.

Mais comment expliquer le peu de douleur qu'excite une altération aussi profonde de tout le système nerveux, et dans laquelle tant de nerfs mixtes et sensitifs sont couverts de véritables chapelets de tumeurs. Le malade de M. Houël est le seul qui ait vraiment été en proie à de vives souffrances, mais pendant les derniers temps seulement. Chez les autres malades, il y a bien eu quelques douleurs passagères qui prenaient parfois le caractère rhumatoïde, mais, en thèse générale, l'indolence de cette affection est tout à fait la règle.

Si donc les malades ne succombent guère aux troubles divers des nerfs, nous avons, d'un autre côté, dans ces observations, une source féconde d'instruction par leur influence médiate sur la nutrition. L'autopsie révèle, en général, l'intégrité de presque tous les organes, et pourtant la nutrition a été troublée au point que presque tous ces malades ont succombé dans l'épuisement et le marasme. Pâleur, maigreur, anorexie accompagnée quelquefois de vomissemens, diarrhée, prostration des forces avec agitation et insomnie; tel est le cortége des symptômes qui précèdent, chez presque tous, la terminaison fatale. Bien que la période du premier développement des névrômes ne puisse guère être déterminé dans la majorité de ces cas, cette seconde période du dépérissement n'a pas beaucoup varié et n'a guère dépassé cinq à six mois en tout.

Si nous cherchons, à présent, à nous rendre compte de la pathogénie du névrôme, voici, en quelques mots, le résumé de nos études sur ce sujet.

Les matériaux de la nutrition de chaque tissu et organe préexistent dans le sang, et c'est en vertu d'une attraction spéciale dont les conditions nous sont inconnues, que chaque partie du corps assimile les matériaux qui servent à son entretien. Or, ces matériaux peuvent exister dans le sang en quantité suffisante, insuffisante ou en excès. D'un autre côté, un tissu ou un organe peut se trouver dans des circonstances plus ou moins aptes à l'assimilation nutritive. L'hypertrophie purement locale est donc, en général, le résultat de cet excès local de nutrition, soit par suite de matériaux trop abondans, soit par une disproportion de l'assimilation aux dépens de la résorption. C'est sous l'influence de causes pareilles qu'une partie de l'enveloppe fibreuse des nerfs augmente de volume, devient le siége d'une hypertrophie névrilématense, d'un névrôme. Celui-ci peut atteindre des dimensions considérables, car on voit une vascularité exagérée se développer en même temps que ce tissu fibreux s'accroît. Comme le tissu fibreux se forme primitivement par un blastème nucléaire et fusiforme, ces élémens peuvent s'y rencontrer, et alors on trouve, comme partout ailleurs, pour les formations fibreuses, des élémens fibro-plastiques mêlés au tissu tendineux. Lorsque le névrôme local a atteint des dimensions un peu considérables, à son tour la force assimilatrice subit des modifications : son suc nutritif peut l'infiltrer, l'œdématier, pour ainsi dire, et alors on a la forme plus molle du névrôme. Mais ce liquide peut se réunir en petites collections dans les interstices des élémens fibreux, et former ainsi un ou plusieurs kystes lacuneux; plus tard, ces kystes, en s'agrandissant, se revêtent d'une membrane interne mince, le liquide reste transparent, séreux ou gluant, ou de petites hémorrhagies capillaires ont lieu dans son intérieur, et alors le liquide devient rouge, brun, poisseux, etc. En un mot, nous voyons ici exactement le même mode de formation de kystes, au milieu d'un tissu fibreux, que nous observons dans les corps fibreux de la matrice, dans lesquels ils peuvent atteindre de telles dimensions, que plus d'une fois des chirurgiens expérimentés les ont ponctionnés, croyant avoir affaire à des kystes de l'ovaire.

Le névrôme, se développant dans le névrilème, peut éparpiller les filets à sa surface, les englober, faire hernie, pour ainsi dire, sur un de ses côtés, affecter, en un mot, ces dispositions anatomiques variées que nous avons décrites avec détail plus haut.

La nutrition localement exagérée peut affecter un certain nombre de points rapprochés du névrilème, et alors se forment de véritables chapelets de tumeurs sur le trajet d'un nerf, ou des névrômes plus disséminés sur les diverses branches d'un même tronc.

Mais il peut arriver que la substance nutritive du névrilème existe en véritable excès dans le sang, et c'est alors que des centaines de milliers de tumeurs pareilles se développent sur un grand nombre de nerfs de l'économie; et, chose remarquable, on ne trouve point, en cas pareil, des tumeurs dans d'autres organes, mais pas même dans d'autres groupes du tissu fibreux que dans celui de l'enveloppe des nerfs.

Nous rencontrons là une véritable diathèse névromateuse, que des observateurs peu attentifs ont pu comparer à la diathèse cancéreuse. Il existe cependant une bien grande différence entre cette diathèse nutritive, qui, malgré la généralisation, reste locale, en ce sens qu'elle n'affecte que le trajet des nerfs, tandis que dans le cancer, tous les points de l'économie, tous les organes, tous les tissus peuvent être atteints, et à la fois. En bonne physiologie pathologique, on ne saurait distinguer avec assez de soin ces diathèses de substances qui existent à l'état normal, dans l'économie de celles qui donnent naissance à des produits en tout point nouveaux. La diathèse homéomorphe doit donc tout aussi bien être distinguée de la diathèse hétéromorphe, que ce même principe nous a servi à la classification et à la différentiation anatomique des produits accidentels en général.

Bien des remarques se présentent involontairement à l'esprit, lorsqu'on médite ces diathèses différentielles. Je m'abstiens de les développer ici, pour ne pas abuser des momens de la Société, ayant déjà été obligé de donner beaucoup trop de développement à ce rapport.

M. Lebert termine en proposant l'impression, dans les mémoires de la Société, de l'observation qui a servi de prétexte à son travail, et l'admission de M. Houël comme membre de la Société de chirurgie.

Dans une prochaine séance on votera sur ces conclusions.

M. GIRALDÈS, qui a aussi étudié avec soin les névrômes, tout en rendant justice au travail remarquable de M. Lebert, fait ressortir tout ce qui manque encore dans la symptomatologie de cette affection; il pense que, dans l'état actuel de la science, la somme de ce qui reste à connaître est trop grande pour que l'on puisse établir encore rien de bien définitif sur l'histoire de cette affection.

Anatomie pathologique.

A la fin de la séance, plusieurs pièces d'anatomie pathologique sont présentées à la Société.

M. Huguier montre d'abord l'utérus d'une malade dont nous avons parlé dans un de nos précédens articles. Cette femme, qui portait une tumeur fibreuse énorme contenue dans l'utérus, avait été opérée par M. Huguier. La mort eut lieu vingt jours après l'opération, à la suite d'un érysipèle ambulant, compliqué de pleurésie. L'utérus est parfaitement revenu sur lui-même, et a repris son volume normal ; on retrouve la trace de la plaie produite par l'opération.

Cette femme, lorsque M. Huguier l'opéra, était récemment accouchée d'un fœtus qui paraissait avoir cinq mois de vie intra-utérine. Et cependant, elle n'avait eu aucun rapport sexuel depuis sept mois. Il faut donc admettre ou que l'enfant était mort depuis plus d'un mois, lorsqu'eut lieu l'accouchement, ou que, sous l'influence exercée sur les fonctions utérines, par le fait de la présence de la tumeur fibreuse, il y a eu obstacle au développement normal du produit.

M. Huguier présente ensuite une vessie qui offre un exemple remarquable de développement d'une poche accessoire, communiquant avec le réservoir principal de l'urine.

Voici l'histoire du malade qui portait cette affection : blessé il y a plus de trente ans par un coup de feu, il eut le bassin traversé. La balle, suivant toute probabilité, attaqua la vessie à son bas-fond sur la partie latérale droite. Mais la plaie n'intéressa pas la totalité des parois vésicales.

Il en résulta sur le point lésé un affaiblissement des parois, et consécutivement une hernie de la muqueuse. Cette hernie, sous l'influence de la pression exercée incessamment de dedans en dehors par l'urine, alla toujours en augmentant. Si bien qu'aujourd'hui, sur la pièce que nous avons examinée, on voit une poche supplémentaire offrant un volume égal à celui de la vessie, poche communiquant avec le réservoir principal par une ouverture lisse, arrondie, ayant environ un centimètre de diamètre.

C'est un fait intéressant, qui sera joint avec avantage aux observations que M. Demarquay a réunies dans son excellent mémoire sur les plaies de la vessie par armes à feu.

M. Maisonneuve présente une autre pièce pathologique. Il s'agit d'une plaie par arme à feu, intéressant la colonne vertébrale, et ayant déterminé la mort de la malade. Nous ne reviendrons pas sur cette observation qui a déjà été communiquée à l'Académie de médecine.

D[r] Éd. Laborie.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'USAGE D'UNE PATE DE SEMENCES DE CITROUILLES CONTRE LE TOENIA.

Depuis quelques années, M. le docteur Brunet a fait part à la Société de médecine de Bordeaux, des bons effets *tænifuges* de la pâte de semences de citrouille. A compter de ce moment, plusieurs de nos confrères out cité des cas assez nombreux d'expulsion de ce ver à la suite de l'usage de ce remède ; on a aussi rapporté des cas où il n'avait pas réussi. M. Brunet, à la première mention qu'il fit de ce moyen, disait le tenir de quelque capitaine de navire, qui rapportait l'avoir vu réussir dans des pays qu'il avait explorés.

M. de Lamothe, dans une des dernières séances de la Société, signala un article sur ce sujet, contenu dans la *Revue médicale* (septembre 1820). Cet article n'est guère que la reproduction que celui que portait le *Journal universel des sciences médicales* (juin 1820), que nous croyons devoir reproduire.

Il est de M. le docteur Mongeny, médecin de l'hôpital de la colonie de Fernandina, dans l'île de Cuba ; le voici :

« J'ai constamment obtenu, dit l'auteur, le succès le plus heureux contre le tœnia, par une nouvelle méthode que le hasard m'a fait découvrir : elle consiste à faire prendre le matin, au malade à jeun, 90 grammes d'une pâte faite avec la citrouille fraîche, et ensuite 180 grammes de miel en trois doses ; la première au bout d'une heure, et les deux autres à la même distance.

» Par ce procédé, le tœnia a toujours été expulsé dans le laps de six à sept heures. Plusieurs, ayant résisté au remède de la veuve Nouffer, à la méthode de M. le professeur Bourdier, à celle de M. Récamier, et à tous les remèdes connus, ont été évacués par le moyen que je viens d'indiquer.

» Ce médicament doit mériter la préférence par la promptitude et la facilité avec laquelle il opère. Le tœnia est rendu noué et entortillé sur lui-même, et non par fragmens, comme il arrive dans les cas où l'on administre les autres anthelminthiques. Ce phénomène, dont je ne chercherai pas à donner une explication, a toujours eu lieu, et il m'a causé beaucoup d'étonnement. Chez des sujets qui recélaient deux tœnia, ces vers ont été expulsés simultanément et dans leur entier (1). »

A Bordeaux, c'est la pâte avec les semences que nous employons à la dose de 45 grammes pour autant de sucre. Il serait curieux de savoir si la pulpe de la citrouille aurait le même effet ; nous l'essaierons à la première occasion.

A ce propos, nous dirons que, dans aucune matière médicale à notre disposition, nous n'avons trouvé mention de ce remède comme purgatif ; mais dans un commentaire de Matthioli, sur la matière médicale de Dioscoride (2), on lit : *Totius fervefactæ et expressæ succus, cum melle exiguo et nitro potus, alvum leniter resolvit.*

Ne serait-ce pas à cette action laxative qu'est dû le bon effet du remède ? Là aussi se trouve le mélange avec le miel qui, peut-être, a encore son action.

DE LA FLEXION DES MEMBRES, COMME MOYEN DE SUSPENDRE ET MÊME D'ARRÊTER LES HÉMORRHAGIES ARTÉRIELLES.

— M. le docteur Bobillier, médecin à Dunkerque, établit, dans une lettre qu'il a adressée à la *Revue médico-chirurgicale*, que, lorsque certaines artères, placées dans les plis des membres, viennent à être lésées, il suffit de fléchir fortement le membre pour suspendre, et même pour arrêter définitivement l'hémorrhagie. Ce moyen lui a suffi pour arrêter l'hémorrhagie provenant d'une blessure de la radiale (au point où elle passe entre les deux premiers métacarpiens pour entrer dans la paume de la main et former l'arcade palmaire profonde), en fléchissant et rapprochant le pouce, et en le maintenant dans cette position, fixé dans la paume de la main. Dans une autre circonstance, la flexion permanente de la main sur l'avant-bras lui a suffi pour arrêter une hémorrhagie traumatique de la radiale au devant du carpe, à l'endroit où l'on tâte le pouls. Dans un troisième, enfin, l'artère brachiale ayant été coupée au pli du bras, par suite d'une blessure faite avec un couteau, il en résulta une hémorrhagie effrayante ; le malade avait déjà perdu beaucoup de sang, et le lieu où il se trouvait n'était nullement propre à tenter la ligature. Il suffit, heureusement, d'une flexion très forte et soutenue de l'avant-bras pour arrêter définitivement l'hémorrhagie.

L'auteur ajoute qu'il est loin de proposer la flexion des membres comme un moyen à mettre en parallèle avec la ligature pour la certitude du succès ; mais c'est un moyen dilatoire qui peut rendre des services précieux dans des circonstances imprévues où l'on est dépourvu d'instrumens et des objets nécessaires pour pratiquer la ligature.

M. Malgaigne a signalé le premier, en 1834, dans son *Manuel de médecine opératoire*, une forte flexion de l'avant-bras sur le bras comme un moyen assuré d'arrêter l'hémorrhagie, si l'on avait le malheur de léser l'artère brachiale. Quatre ans plus tard, il signalait la flexion du genou, comme arrêtant le cours du sang dans l'artère poplitée. Plusieurs chirurgiens ont déjà profité de ces ressources.

(1) Ces détails, extraits d'une lettre que nous venons de recevoir de M. Mongeny, ne peuvent manquer d'intéresser ; mais pour qu'ils puissent devenir utiles, selon le vœu du médecin qui nous les fournit, il serait à désirer qu'il eût décrit les caractères botaniques de la *citrouille*, dont les semences possèdent une si précieuse qualité. Dès qu'il nous aura fait passer la note descriptive de cette plante, nous nous empresserons de la publier. (*Note du rédact. du Journ univ. des sc. méd.*)

(2) P.-A. Matthioli; *Medici senensis commentarii in libros sex dioscaridis de medica materia.*—Venise, 1554. Chap. CXXVII, p. 261 : *Cucurbita.*

EMPLOI DE L'AMIDON DANS LES MALADIES DE LA PEAU. — M. Cazenave a substitué l'amidon en poudre aux cataplasmes dans beaucoup d'affections cutanées. Il la considère comme un excellent moyen, surtout dans les maladies prurigineuses, soit qu'on l'applique sans aucun soin préalable, soit qu'on en saupoudre les parties affectées, après les avoir lavées avec une solution alcaline ou autre, et après les avoir bien essuyées. On peut se servir d'amidon pur ou associé à d'autres substances, telles que l'oxyde de zinc, le camphre, etc.

Dans l'eczéma aigu, l'acné rosacea, l'impétigo, l'herpès, M. Cazenave saupoudre, matin et soir, les surfaces malades, avec :

R. Oxyde blanc de zinc. . .	8	grammes.
Poudre d'amidon.	125	»

Mélangez.

Dans le prurigo des aisselles, des aines et des parties génitales, on obtient de très bons résultats du mélange suivant :

R. Oxyde blanc de zinc. . .	8	grammes.
Camphre.	2	»
Poudre d'amidon.	125	»

(*Annales des maladies de la peau.*)

PRURIT DES ORGANES GÉNITAUX ; SON TRAITEMENT PAR LE NITRATE D'ARGENT. — Malgré les nombreux succès qu'on doit à l'emploi topique du deuto-chlorure de mercure et du chloroforme dans le traitement du prurit des parties génitales, il se présente cependant des cas qui résistent à ces médicamens comme à beaucoup d'autres auxquels on a généralement recours. C'est pourquoi nous croyons utile d'appeler l'attention des praticiens sur les bons effets que le docteur Winternitz a obtenu dans cette affection de l'usage topique du nitrate d'argent. Chez une fille de 25 ans, qui souffrait d'une démangeaison intolérable de la vulve, il obtint une guérison durable en quinze jours, en faisant faire, trois fois par jour, des fomentations avec une solution de 3 grains de sel d'argent dans une once d'eau. Le même traitement fut également suivi de succès chez un homme de 58 ans, affecté de *psoriasis diffusa.*

(*Zeitschrift der k. k. Ges. d, ærzte zu Wien* et *Annales médicales de la Flandre occidentale.*)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

— M. le docteur Helfft, de Berlin, publie en ce moment, dans la *Deutsche Klinik*, un résumé du travail du docteur Rigler, sur l'état actuel de la médecine en Orient, et sur les remèdes populaires qui y sont en usage. Nous avons rencontré dans la notice de M. Helfft le paragraphe suivant :

« Les oculistes turcs ne connaissent que la dépression de la cataracte, d'après la méthode de Celse. Ils ne pratiquent aucune autre opération tant sur l'œil que sur ses annexes. Dans toute la Turquie, les affections inflammatoires des yeux sont traitées par les sangsues, les vésicatoires, et, sans exception, par les astringens. Dans les ophthalmies chroniques, les gens du peuple se servent d'un mélange de sépia et de réalgar, qu'ils s'introduisent entre les paupières, et ils font usage d'une pommade composée de précipité rouge, de sulfate de zinc, de sucre de Saturne, d'alun et de suc de scille maritime.

ERRATUM. — Dans le dernier numéro, article sur l'appréciation de la séance de l'Académie de médecine, *au lieu de :* par *pitié* autant que par orgueil national, etc., *lisez :* par piété, etc.

Le gérant, Richelot.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et C[ie], Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 38. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 30 Mars 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.................. 40 Fr.

6 Mois................ 20

3 Mois................ 10

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 29 MARS 1852.

SOLUTION A DONNER A LA QUESTION DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Voulez-vous trouver un *criterium* sûr de la vérité d'un principe ou d'une opinion? Cherchez-le dans l'impression intime que ce principe ou cette opinion produit sur la généralité des hommes. Il est de l'essence de la vérité de frapper comme instinctivement les esprits et de les subjuguer, souvent malgré leur résistance. Voilà précisément ce qui se passe à l'occasion de la discussion sur l'avortement provoqué. Faites cette expérience que nous avons plusieurs fois répétée nous-même :

Demandez-vous d'abord si, le cas échéant dans votre propre famille et sur les personnes qui vous sont le plus chères, vous auriez un instant d'hésitation ou de doute pour préférer le sacrifice d'un fœtus au sacrifice d'une mère ;

Demandez ensuite à tous vos confrères ce qu'ils pensent des nécessités de la pratique en prévision d'un accouchement impossible et de la mort à peu près certaine de la mère au terme de la gestation ;

Allez encore plus avant : pénétrez dans vos relations du monde, interrogez les pères, les maris, les frères sur la conduite à tenir par le médecin en présence d'un péril grave pour la mère ;

Et si de votre propre conscience, si de la conscience de vos confrères, si du sein de toutes les familles et de tous les cœurs un cri général s'échappe, ce cri historique et sublime : Sauvez la mère! si, disons-nous, ce consentement univoque n'est pas la solution la plus péremptoire du côté moral de la question de l'avortement provoqué, nous devons reconnaître avec douleur que nous n'avons qu'une idée fausse de ce que c'est que la moralité d'un acte.

Que ceux qui connaissent une autre manière de résoudre les questions morales, veuillent bien nous l'indiquer ; pour nous, provisoirement, nous nous en tenons à celle-là, et nous croyons fermement que la conscience publique nous approuvera de résoudre par l'affirmative le côté moral de la question de l'avortement provoqué.

Mais il est, assure-t-on, un côté religieux à cette question. Religieux, nous le contestons ; théologique, à la bonne heure, ce qui est bien différent. La théologie est à la religion ce que la jurisprudence est au Code ; celui-ci renferme la loi, celle là l'interprète ; et cette interprétation est variable et diverse, comme sont variables et divers les sentimens des hommes. Au point de vue purement théologique, la question est insoluble. A la citation d'une autorité ou d'un Père de l'église, on peut incontinent opposer une autre autorité, un autre Père. C'est ce que très pertinemment vient de prouver un médecin belge, M. le docteur Van Meerbeeck, dans un travail fort intéressant publié dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers* (mars 1852). Aussi prédisons-nous le plus complet désappointement à ceux qui voudraient résoudre la question par les seules lumières de la théologie. Ils trouveront saint Ambroise en opposition avec saint Ambroise lui-même, saint Paul différant d'avis avec saint Augustin, le pape Sixte-Quint combattu par Tertullien, et le savant théologien Congiamila, comme le R. P. docteur De Breyne, l'un dans son *Embryologia sacra*, l'autre dans sa *Théologie morale*, se réfugiant dans la doctrine commode de l'abstention ainsi formulée par un Père célèbre : *Si alteri subvenire non potest, nisi alter lædatur,* COMMODIUS *est neutrum juvare.*

Cette doctrine peut être très théologique, mais elle est assurément peu médicale.

Ne cherchons donc pas la solution dans la théologie, et si le *non occides* des livres saints vous émeut et vous trouble, rappelez-vous que la Bible, comme le Code pénal, défendent aussi et punissent les blessures, la castration, etc., et que ces prescriptions, prises dans le sens étroit des théologiens et des légistes, désarmeraient complètement la chirurgie, car il n'est pas un chirurgien qui ne méritât dans ce monde les galères, et dans l'autre le feu éternel.

Pour nous donc, la question de l'avortement provoqué est une pure question médicale où l'élément moral doit intervenir comme dans tout acte grave accompli par le médecin, et dont la solution doit être demandée aux principes de la loi naturelle, de cette loi qui dirige le couteau cruel mais bienfaisant du chirurgien.

Si nous ne nous trompons, c'est le résultat qui adviendra de la discussion académique actuelle, discussion incomplète pourtant, écourtée, entravée par toutes sortes de mauvais vouloirs dont nous pourrions signaler les tristes mobiles, si la presse partageait les passions que lui prêtent ses détracteurs. Plus généreuse, elle jettera un voile sur ces infirmités de l'esprit humain. Mais nous dirons librement que l'Académie ne peut, sans défaillance déplorable, laisser aboutir cette discussion à quelque conclusion timide ou à l'échappatoire d'un ordre du jour.

A cet égard, et s'il en est temps encore, nous oserons donner à la commission qui a charge aujourd'hui de présenter une conclusion finale à l'Académie, de se préoccuper moins de la question générale que du cas spécial pour lequel l'Académie est consultée. Nous concevons le doute et l'hésitation de l'Académie à donner une solution spontanée, non réclamée par les pouvoirs publics, à une question aussi importante que celle de l'avortement provoqué, mais cette hésitation ne se comprend plus en présence du récit d'un cas spécial, bien déterminé et d'un acte accompli, pour la justification duquel un honorable et savant praticien vient solliciter son approbation.

Tout est là, en effet. Consultée par le garde des sceaux sur la question générale, l'Académie devrait donner une solution générale. Sollicitée par un médecin et pour un cas particulier, l'Académie ne peut répondre que sur ce cas particulier. Et ici où est le péril? Si M. Lenoir a agi selon les principes d'une pratique saine, morale et humaine, quel danger y a-t-il à le reconnaître? Le danger serait, selon nous, à ne pas le faire ; danger pour les pauvres femmes placées dans les mêmes circonstances que celle opérée par M. Lenoir et que le médecin laisserait mourir par crainte d'encourir le blâme de l'Académie, car le silence dans ce cas serait un blâme ; danger pour le médecin que sa conscience pousserait à imiter l'exemple de M. Lenoir, et qui pourrait s'exposer aux poursuites du parquet, poursuites auxquelles le silence de l'Académie donneraient un aliment et un prétexte.

Ce n'est pas que nous blâmions l'habile et savant rapporteur de la commission d'avoir traité la question dans sa généralité et d'avoir déduit de son travail les propositions qui le terminent. Ce travail restera comme un des plus précieux documens sur la matière, et c'est le sort que, pour notre compte, nous lui réserverions. Mais énucléant de ce document la partie afférente à la communication de M. Lenoir, c'est sur ce terrain seul que nous poserions la conclusion finale, et nous la formulerions en termes explicites, aussi bien par égard pour ce savant confrère que pour les droits et les devoirs de la pratique dont il ne faut jamais faire bon marché.

C'est encore là, ce nous semble, le désir le plus général que nous ayons vu se manifester à la suite de cette discussion. La

Feuilleton.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

COUR D'APPEL D'ANGERS. — Chambre correctionnelle.
Présidence de M. BURE. — Audience du 26 Janvier 1852.

Médecin homœopathe ; — distribution de remèdes à domicile ; — exercice illégal de la pharmacie (1).

Un médecin homœopathe qui distribue à ses cliens des globules ou des dilutions homœopathiques prescrites par lui, commet une contravention à l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI, alors même que dans le lieu où ce médecin exerce il n'existe pas de pharmacie homœopatique, si ce médecin n'a pas, avant toute distribution de remède, mis en demeure les pharmaciens de tenir dans leur officine des médicamens homœopathiques.

Depuis quatre ou cinq années, M. Orriard, officier de santé, a quitté une commune rurale peu importante du département de Maine-et-Loire pour venir se fixer à Angers. Il se fit connaître comme un disciple de Hahnemann, et bientôt sa clientèle prit des proportions assez importantes.

Cependant, aucune ordonnance du nouveau médecin n'était présentée dans les pharmacies d'Angers ; il était évident qu'il distribuait lui-même les remèdes à ses malades. Le jury médical s'en émut, et consigna, dans un rapport à M. le préfet de Maine-et-Loire, ses observations à ce sujet.

Le 7 octobre 1851, M. le préfet transmettait ce rapport au parquet ; le 23 octobre, une perquisition du commissaire de police, au domicile de M. Orriard, faisait découvrir une pharmacie homœopathique complète, composée de cent soixante-cinq flacons environ. Ces remèdes furent saisis comme pièces à conviction.

L'inculpé, interrogé par M. le juge d'instruction, prétendit qu'il ne distribuait ses remèdes qu'après s'être inutilement adressé à tous les pharmaciens d'Angers ; mais il fut forcé de reconnaître, en présence des dénégations des pharmaciens, qu'il n'avait fait aucune tentative sérieuse de mise en demeure à leur égard.

Seulement, depuis les poursuites, il avait envoyé deux de ses cliens avec une ordonnance chez plusieurs pharmaciens, et comme il était arrivé, contre l'attente des porteurs de cette ordonnance, que deux pharmaciens avaient consenti à la préparer si on leur donnait le temps nécessaire, on s'était rejeté sur l'urgence pour exiger à l'instant même le remède ; et ces deux malades, qui ne pouvaient accorder aux pharmaciens les quelques heures qu'ils réclamaient, avaient trouvé la force nécessaire pour porter leur ordonnance à toutes les extrémités de la ville dans treize pharmacies.

Mais, comme aucune trace ne restait de cette mise en demeure, l'inculpé voulut procéder plus régulièrement. La veille de l'audience, il se présenta lui-même, accompagné d'un huissier, chez tous les pharmaciens de la ville, en leur faisant sommation de lui livrer certaines substances énumérées dans la sommation, telles que *lachesis* (venin de vipère d'Amérique), *psoricum* (virus de galeux ; ce remède est employé, paraît-il, pour guérir la gale), *rhus toxicodendron* (poison végétal très violent), *scilicea* (silice), *nux juglans* (noix) ; le tout à des dilutions très élevées, notamment pour une de ces substances à la huitième dilution.

Quelques pharmaciens furent surpris en lisant cette nomenclature de remèdes peu employés par la médecine allopatique. Ils répondirent que, n'ayant jamais vu dans leurs officines d'ordonnances de cette nature, ils n'avaient point pris soin de réunir à l'avance des remèdes que personne ne leur avait jamais demandés ; d'autres déclarèrent qu'ils étaient prêts à préparer une partie des remèdes énumérés dans la sommation ; quant à ceux dont ils n'avaient pas les élémens premiers, ils s'engagèrent à les faire venir de Paris, ainsi que tous autres qui leur seraient demandés.

Ces dernières réponses étaient contraires au résultat que devait se promettre le sieur Orriard en faisant sa sommation, aussi a-t-il essayé de combattre les offres des pharmaciens en faisant plaider, l'*Organon de Hahnemann* à la main, que les pharmaciens allopathes d'Angers étaient dans l'impossibilité scientifique et matérielle de préparer dans leurs officines certaines préparations homœopathiques.

Les pharmaciens répondaient, par l'organe du pharmacien en chef des hôpitaux, qu'ils se croyaient à bon droit des connaissances suffisantes pour exécuter les prescriptions de M. Orriard. L'un d'eux même, chez lequel on avait fait la sommation la veille, et qui s'était retranché derrière sa qualité de témoin dans l'affaire pour refuser de répondre, faisait connaître à l'audience qu'aussitôt après la sommation, il s'était adressé à Paris par l'intermédiaire du télégraphe électrique, et que le chemin de fer lui avait apporté dans la nuit une pharmacie homœopathique à la disposition du prévenu. L'affaire se présentait en cet état à l'audience du tribunal de police correctionnelle d'Angers, à l'audience du 19 décembre 1851.

M. de Soland, substitut du procureur de la République, a exposé tous ces faits à l'appui de la prévention ; il a soutenu que le sieur Orriard ne peut invoquer le bénéfice de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, puisque cet article, qui permet aux officiers de santé de distribuer des remèdes à leur cliens, n'est fait que pour le cas où il n'existe pas de pharmacie ouverte dans la localité, et que, dans l'espèce, il suffisait d'un acte de la volonté du prévenu pour que plusieurs pharmacies homœopathiques fussent ouvertes pour lui à Angers.

Selon le ministère public, cette circonstance particulière qu'il s'agit de médecine homœopathique, est loin d'être favorable au prévenu ; car, suivant la doctrine des adeptes de cette école, les globules et les dilutions contiennent des quantités de médicamens si infiniment petites, si inappréciables en chiffres, et près desquelles une goutte, mêlée à l'Océan tout entier, serait quelque chose de si énorme, qu'aucune vérification n'est possible, et que la chimie est impuissante à constater la présence plutôt idéale que réelle des substances homœopathisées.

Le charlatanisme peut donc se glisser à côté de la science, et faire ingérer aux malades de l'eau claire ou des globules de sucre de lait, au lieu de remèdes sérieusement préparés.

La publicité d'une pharmacie et le contrôle des concurrens diminue-

(1) Cette affaire étant importante, nous lui donnons toute l'extention nécessaire.

olution que nous indiquons ne laisserait aucun prétexte aux plus timides; elle permettrait à l'Académie de se réserver dans la question générale pour laquelle, d'ailleurs, elle n'est pas consultée, elle ne se prononcerait ainsi que sur un fait spécial au sujet duquel son jugement est invoqué et elle pourrait ainsi sauvegarder à la fois les intérêts de la morale et de la pratique, en gardant tout le respect dû à la religion et à la loi.

Amédée LATOUR.

STATISTIQUE DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE, EN ANGLETERRE.

L'importante discussion sur l'avortement provoqué, dont l'Académie de médecine est saisie en ce moment, et qui occupe tant, à juste titre, l'attention de la profession, m'a conduit à faire une revue de mes notes, relativement à l'opération césarienne. J'y ai trouvé deux extraits puisés dans les journaux anglais, et qui ont rapport à cette opération désespérée pratiquée dans les Iles-Britanniques. Comme ces documens sont peu connus de la presse française; comme je ne me rappelle les avoir vus reproduits nulle part; et que, outre leur importance réelle, ils offrent un haut intérêt d'actualité, nous les livrons à l'appréciation de nos lecteurs. Ils serviront du moins à comparer les résultats de la pratique anglaise avec ceux que nous connaissons, hélas! trop bien en France, ainsi qu'avec les statistiques que l'Allemagne nous a envoyées, et qui ont été reproduites par divers journaux de médecine. Il y a deux ans, le 20 mai 1850, M. Matthew Nimmo, chirurgien de l'infirmerie de Dundee, ayant eu l'occasion de pratiquer l'opération césarienne, qui sauva l'enfant, mais qui fit périr la mère, publia l'observation dans le *Monthly Journal* du mois de septembre suivant, et la fit suivre d'une statistique de quarante-sept cas de la même opération pratiquée exclusivement dans la Grande-Bretagne. Je traduis fidèlement ce document, en omettant seulement les détails, tels que renvois bibliographiques, noms des opérés, etc., qui occuperaient ici trop de place :

Nº d'ordre.	DATE.	OPÉRATEURS.	Résultat pour la mère.	Résultat pour l'enfant.	Nº d'ordre	DATE.	OPÉRATEURS.	Résultat pour la mère.	Résultat pour l'enfant.
1	1739	Dunelly, s.-f^e.	rétab	mort	25	1821	Barlow.	mort	vivant
2	1737	R. Smitts.	mort	vivant	26	»	Henderson.	mort	vivant
3	»	Young.	mort	vivant	27	1820	Radfort.	mort	mort
4	»	Young.	mort	vivant	28	1821	D°.	mort	mort
5	1740	White.	mort	mort	29	»	D°.	mort	mort
6	»	Wood.	mort	mort	30	»	D°.	rétab	sauvé
7	1769	Thomson.	mort	vivant	31	1849	D°.	rétab	sauvé
8	1774	Cooper.	mort	vivant	32	1826	Crichton.	mort	sauvé
9	1774	Chalmers.	mort	vivant	33	1829	M'Keblin.	mort	mort
10	1775	White.	mort	mort	34	1827	Knowles.	rétab	mort
11	1777	Atkinson.	mort	vivant	35	1829	Ward.	mort	mort
12	»	Clark.	mort	mort	36	1833	Greaves.	rétab	sauvé
13	1793	Barlow.	rétab	mort	37	1834	Montgomery.	mort	mort
14	1794	Hull.	mort	sauvé	38	1843	Elliot.	mort	mort
15	1795	Hamilton.	mort	vivant	39	»	Whitehead.	mort	vivant
16	1798	Hull.	mort	mort	40	»	Braid.	mort	mort
17	1798	Kay.	mort	vivant	41	»	Bailey.	mort	mort
18	1799	Wood.	mort	sauvé	42	1845	Goodman.	rétab	sauvé
19	1800	J. Bell.	mort	sauvé	43	»	Lyon.	mort	sauvé
20	»	Dunlop.	mort	vivant	44	1841	Ross.	mort	vivant
21	»	Wood.	mort	mort	45	1847	Skey.	mort	mort
22	»	Kellie.	mort	mort	46	1849	Campbell.	mort	sauvé
23	»	Wood.	mort	mort	47	1850	Nimmo.	mort	sauvé
24	1817	Barlow.	mort	vivant					

Il résulte de ce tableau, que sur 47 cas d'opération césarienne pratiquée dans les Iles-Britanniques, dans un espace de cent onze années, 7 femmes seulement ont été sauvées et 40 ont succombé. L'opération a été moins fatale au fœtus, puisque 26 ont été sauvés, et 21 n'ont pas échappé à la mort. Dans la colonne qui a rapport au fœtus, on voit les deux mots *vivant* et *sauvé*; ils ne sont que la traduction littérale des expressions anglaises *alive* et *saved*, qui se trouvent dans le texte. M. Nimmo ne s'explique nullement sur l'interprétation qu'on doit leur donner, et il ne nous dit pas s'il a voulu exprimer par là que les enfans ont été simplement extraits vivans de la cavité utérine, ou s'ils ont survécu plus ou moins longtemps à leur délivrance. Pourtant, dans le résumé qu'il fait de son tableau, il range parmi les enfans *sauvés*, aussi bien ceux qui ont été *alive* que ceux qui ont été *saved*.

Un autre auteur, M. Goodman, a aussi fait connaître les résultats de ses recherches statistiques sur l'opération césarienne. On les trouvera consignées dans le *British obstetrical Record* (t. I). Les documens que ce médecin a réunis remontent aussi à l'année 1739, pour finir à 1843, et représentent une masse de 37 cas, en éliminant une observation qui n'offre pas toutes les garanties de fidélité. L'analyse de ces 37 exemples d'opération césarienne, donne les résultats suivans :

Mort de la mère.	33 cas.
Rétablissement de la mère. . .	4
Mort de l'enfant.	18
L'enfant sauvé.	19

Parmi ces exemples de survie des enfans, on en trouve un qui appartient à MM. Baily et Hardy, dans lequel il s'agissait d'une grossesse double, et où l'hystérotomie, tout en tuant la mère, a sauvé les deux fœtus.

Dr Achille CHEREAU.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

OBSERVATION DE TUBERCULISATION GÉNÉRALE DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE ET DE PLUSIEURS AUTRES ORGANES DE L'ÉCONOMIE; par M. le docteur Ch. TEIRLINCK, professeur de pathologie chirurgicale à l'Université de Gand, membre de la Société de médecine de Gand, etc.

Antequam de remediis statuatur, primum constare oportet, quis morbus et quæ morbi causa: alioquin inutilis opera, inutile omne consilium.

BAGLIVI.

La tuberculisation de l'appareil génito-urinaire chez l'homme préoccupe aujourd'hui vivement le monde chirurgical. Dans les recueils périodiques, dans les sociétés savantes, cette importante question pathologique donne lieu à des débats extrêmement intéressans, à des controverses dignes de fixer l'attention de tout homme qui prend à cœur les progrès de la science. C'est qu'en effet il s'agit là d'un point scientifique de la plus haute importance, et dont la solution doit exercer une influence décisive sur un des problèmes les plus ardus de la pratique chirurgicale. Aussi les hommes les plus éminens par leur talent et par leur autorité, ceux que l'on considère généralement comme les représentans les plus illustres de la chirurgie moderne, n'ont-ils pas dédaigné de descendre dans l'arène pour prendre part à ces débats, et pour les éclairer des lumières de leur expérience. C'est ainsi que, dans la discussion soulevée à l'Académie nationale de médecine de Paris, par la présentation du mémoire de M. Malgaigne sur la résection du testicule dans le fongus tuberculeux, nous avons vu MM. Roux, Velpeau, Jobert, Ricord, Robert prendre la parole pour combattre ou pour défendre les opinions émises par cet habile chirurgien. Mais malgré tout l'intérêt qu'a présenté cette discussion, malgré les vives lumières qui en ont jailli, malgré les excellentes choses qui ont été dites pour ou contre les principes émis par M. Malgaigne, il nous a paru qu'on n'a pas suffisamment appuyé sur le côté principal de la question, qu'on a trop négligé le point culminant du débat, la nature intime du tubercule. A ce point de vue, nous croyons pouvoir dire que l'on n'a pas imprimé au débat sa véritable direction, la seule qui pût conduire à une solution. Le tubercule du testicule est-il une affection locale, est-il une affection dont la cause est circonscrite à l'organe dans lequel il se développe, ou bien au contraire doit-il être envisagé toujours, dans le testicule aussi bien que dans les autres parties, comme le résultat d'une cause générale, constitutionnelle, comme le produit d'une diathèse? La loi de solidarité, établie par M. Louis entre la tuberculisation pulmonaire et celle des autres organes de l'économie, que personne n'avait contestée jusqu'à ce moment, n'existe-t-elle pas pour le testicule? Voilà le point capital à débattre, voilà l'élément dominateur de la discussion. Il primait tous les autres. Tout le reste lui était subordonné. En effet, une fois ce point établi, il devenait facile d'apprécier la valeur de l'opération proposée par M. Malgaigne. Si le tubercule du testicule est un produit morbide isolé, trouvant sa raison d'être dans une cause dont l'action est localisée dans la glande séminifère, et n'ayant aucune solidarité avec la tuberculisation des autres organes en général et des poumons en particulier, la résection de l'organe est une opération qui est en principe rationnelle et légitime. Si, au contraire, la tuberculisation du testicule est une lésion à laquelle doit s'appliquer la loi de solidarité établie par Louis, si avec elle coïncide fatalement la tuberculisation des poumons, si, en un mot, elle n'est qu'une des formes variées par lesquelles se traduit un état morbide constitutionnel; si elle doit son origine et son développement à un principe morbide répandu dans tout l'organisme, à une diathèse, la résection est une opération inadmissible, qu'aucun argument ne peut justifier. Nous le répétons, si dans cette discussion on s'était attaché davantage à ce point fondamental, prépondérant de la question, on serait arrivé à des conclusions bien plus nettes et bien plus précises. De tous les argumens à l'aide desquels Malgaigne a cherché à légitimer l'opération nouvelle qu'il proposait, un seul pouvait le faire sortir triomphant de cette lutte, c'est celui qu'il tirait de la localisation du mal, de l'indépendance des tubercules testiculaires de la tuberculisation des autres organes. C'est le seul qui aura frappé les hommes sérieux qui ont lu avec calme et impartialité sa brillante argumentation. En décidant la question de principe, telle que nous l'avons posée, l'Académie prononçait une fois pour toutes sur la valeur et de la résection et de la castration dans les cas de dégénérescence tuberculeuse des testicules. Elle fermait à tout jamais le débat, et elle traçait aux praticiens une règle invariable à suivre, elle formulait en thérapeutique chirurgicale, une loi qui ne pouvait permettre que des infractions tout à fait exceptionnelles. Maintenant la question demeure en litige, et les praticiens hésitent et doutent.

Ce n'est pas cependant que ce côté principal de la question ait été entièrement négligé par les hommes célèbres qui ont

---

raient ces inconvéniens qui compromettent la santé publique, la dignité professionnelle et les intérêts des pharmaciens.

Le ministère public conclut à l'application de la déclaration du 21 avril 1777, ou tout au moins de l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI.

Le défenseur, Me Guitton, invoque en faveur du prévenu les faits analysés plus haut, pour établir l'absence de toute pharmacie homœopathique à Angers au moment des poursuites, les illusions des pharmaciens sur leur science homœopathique, et la nécessité pour le sieur Orriard de délivrer à ses malades des substances inconnues dans les officines de la ville. Il cite à l'appui de sa thèse un arrêt de la Cour de Dijon du 7 mai 1835 (arrêt non publié dans les recueils, et inséré dans la *Société homœopathique*, Genève, 1841). Cet arrêt décide que le sieur Laville de La Plaigne, médecin homœopathe, a pu, sans violer la loi du 21 germinal an XI, distribuer des remèdes à ses cliens : 1° parce qu'aucune loi n'interdit la pratique de la médecine homœopathique; 2° parce qu'aucun pharmacien de Dijon ne s'était mis en demeure de fournir des remèdes homœopathiques, et que Laville de La plaigne n'avait fait venir ses remèdes de chez un pharmacien de Lyon que par suite du refus qu'il avait éprouvé de la part des pharmaciens de Dijon, auxquels il avait adressé une sommation de lui fournir des remèdes.

A l'audience de 27 décembre 1851, le Tribunal a rendu le jugement qui suit :

« Attendu qu'aux termes de l'art. 36 de la loi du 24 germinal an XI, tout débit au poids médical, toute distribution de drogues et préparations médicamenteuses sont interdites;

» Que l'article 27 de la même loi n'autorise les médecins à délivrer de médicamens que dans les villes où il n'existe pas de pharmaciens;

» Attendu, en fait, que, depuis quatre ans environ qu'il est venu résider à Angers, Orriard a constamment délivré aux malades qui le consultaient des médicamens prescrits par lui, qu'il reconnaît ce fait, et prétend seulement qu'il avait droit d'agir ainsi, que parce que les pharmaciens d'Angers étaient dans l'impossibilité de préparer des médicamens conformes aux prescriptions de la médecine homœopathique;

» Mais, attendu qu'il résulte des explications données par les hommes de l'art, que les pharmaciens d'Angers peuvent parfaitement préparer les médicamens homœopathiques; que l'un d'eux a délivré, pendant quelque temps, les remèdes qui étaient prescrits par l'un des docteurs médecins de cette ville, d'après la méthode homœopathique;

» Que jamais Orriard n'avait, antérieurement aux poursuites, mis aucun des pharmaciens d'Angers en demeure de préparer les médicamens ordonnés par lui, et que, lors de la sommation faite en son nom récemment et pour les besoins de la cause, plusieurs des pharmaciens ont fait connaître qu'ils offraient de préparer tous les médicamens qui pouvaient être prescrits par lui;

» Attendu, dès lors, que l'impossibilité alléguée par Orriard n'existant pas, il ne peut invoquer pour sa défense ni l'esprit, ni les termes de l'art. 27 de la loi de germinal;

» Qu'il se trouve ainsi sous le coup de l'art. 36 de la même loi, et a encouru les peines prononcées par cet article et la loi du 29 pluviôse an XIII;

» Le Tribunal condamne Orriard à 100 francs d'amende et aux dépens. »

Devant la Cour, à l'audience du 26 janvier 1852, Me Guitton a soutenu l'appel interjeté par le sieur Orriard.

La Cour, sur les conclusions conformes de M. d'Aiguy, avocat-général, adoptant les motifs des premiers juges, a confirmé purement et simplement le jugement de première instance. (*J. de ch. méd.*)

Les nombreux usages auxquels l'industrie moderne a, depuis quelques années surtout, assoupli le caoutchouc, donnent quelque intérêt à la citation suivante que le P. Lafitau (*Mœurs des sauvages américains, comparées aux mœurs des premiers temps*; Paris, 1724; t. II, p. 61) emprunte au P. de la Neuville (*Mémoires de Trévoux*, mars 1723) :

« J'oubliais à vous parler d'un des plus curieux ouvrages de nos Indiens : c'est une espèce de poire creuse et fort maniable qui leur sert de seringue; elle est faite d'une gomme, laquelle a une vertu de ressort si surprenante, qu'elle fait autant de bonds qu'une balle de paume. Elle ne fond point, quelque chaude que soit l'eau dont on remplit la poire, qui a assez l'air et la couleur d'une éolipyle de cuivre bien passé; elle dure très longtemps. On l'étend, sans la gâter, jusqu'à lui donner la longueur d'une demi-aulne, quoique dans son volume ordinaire elle ne soit ni plus longue, ni plus grosse qu'une poire de bon-chrétien. Nos Indiens ont des anneaux de la même gomme, lesquels se métamorphosent en bracelets, en jarretières, en colliers, en ceintures, et redeviennent anneaux; ils serrent exactement le doigt sans égard à la petitesse et à la grosseur. Tirez l'anneau du doigt, il se prêtera, si vous le voulez, à tous les doigts réunis et passera au bras comme un bracelet; tirez-le de rechef pour le porter à la tête, il s'augmentera, sans effort, pour la couronner, et se rétrécira lorsque vous l'aurez fait descendre sur le col en guise de collier; il s'allongera encore pour embrasser tout le corps, et pour passer du col et des épaules à la ceinture; enfin, descendu jusqu'en bas, il reprendra la forme naturelle pour servir d'anneau comme auparavant, sans avoir rien perdu de sa mollesse et de son ressort; car, outre que rien ne peut le casser, il ne serre ni moins ni plus le bras, la tête, le cou et les reins que le doigt. J'ai vu un Indien qui donnait à cet anneau un usage encore plus extraordinaire et qui montre bien le ressort infini de cette gomme, il s'en servait comme de corde à son arc. »

— M. le docteur V. Beaud (de Bourganeuf), l'élève de prédilection de Lisfranc, auteur de plusieurs mémoires importans qui ont reçu l'approbation de l'Académie nationale de médecine, vient d'être nommé médecin inspecteur des eaux de Contrexéville (Vosges).

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfans, continnera son cours clinique sur les maladies des enfans, à dater d'avril :

1° Tous les jours, les visites à 7 heures 1/2;
2° Les jeudis, visite, leçon et opérations, de 7 heures 1/2 à 10 heures.

fait entendre leur voix dans cette mémorable discussion. M. Ricord en particulier, dont l'autorité devait être d'un grand poids en pareille matière, tout en concédant que dans un certain nombre de circonstances un testicule ou les deux testicules peuvent être tuberculeux sans qu'on trouve des tubercules ailleurs, s'est cependant fortement attaché à faire ressortir la solidarité qui lie, sous le rapport de la tuberculisation, les testicules et les autres organes de l'économie. Les paroles qu'il a prononcées à cette occasion sont tellement significatives et tellement instructives, que nous ne pouvons nous refuser au plaisir de les transcrire ici. Voici comment il s'est exprimé dans le remarquable discours qu'il a prononcé à l'occasion du débat soulevé par le travail de M. Malgaigne :

« M. Malgaigne m'a semblé avoir une tendance un peu intéressée à circonscrire, à limiter, à localiser les tubercules testiculaires. Malheureusement, c'est une maladie qu'on peut largement étudier; car elle est assez fréquente et ma position spéciale me permet de la voir bien souvent. Eh bien, je crois pouvoir affirmer, avec tous les observateurs, que rien n'est plus rare que de trouver un seul ou deux tubercules dans un testicule; le plus souvent, les tubercules sont multiples; non seulement ils se développent en très grand nombre d'un côté, mais il y a une tendance fatale à ce que le côté opposé se prenne. C'est une loi de symétrie qui domine cette affection, et à laquelle elle échappe peu. Quand on coupait autrefois un premier testicule, avant que l'autre fût malade, on croyait que la maladie du second était due à l'opération. Aujourd'hui qu'on n'ampute plus, on voit que c'est tout bonnement un résultat naturel du mal.

» Le tubercule testiculaire débute par l'épididyme et s'étend de là au corps du tubercule; les cas où on a trouvé des tubercules dans les testicules, sans qu'il y en eût dans les épididymes, sont des cas exceptionnels, et tellement rares, que je crois qu'on a dû souvent prendre alors pour des tubercules, d'autres altérations qui leur ressemblent beaucoup : *le tubercule jaune*, par exemple, formé de lymphe plastique; ou bien les tumeurs gommeuses, ou encore l'albuginite syphilitique parfaitement tuberculiforme, à une certaine période. Le microscope n'avait pas toujours passé par là.

» Quand donc le corps du testicule est vraiment tuberculeux, l'épididyme l'est aussi autant et souvent plus. Mais soit qu'un seul, ou que les deux testicules soient affectés, la maladie se borne-t-elle là? Non, sans doute, et je suis étonné qu'on n'ait pas dit ni écrit une de ses plus fréquentes et plus habituelles extensions; car non seulement le canal déférent se tuberculise, mais la tumeur gagne les vésicules séminales, la prostate, l'urètre, la vessie, comme j'en ai montré de beaux exemples à l'Académie. Dans ce moment, j'ai, à l'hôpital du Midi, cinq malades affectés de tubercules des testicules, et tous les cinq ont des engorgemens de même nature dans la région *sémino-prostatique*.

» La tuberculisation des vésicules séminales et de la prostate, n'existe pas toujours avec la tuberculisation du canal déférent, elle peut même avoir lieu sans que l'épididyme et le testicule soient malades, mais aussi cela arrive plus souvent dans le dernier cas.

» Mais encore la maladie tuberculeuse s'arrête-t-elle là? Certainement, dans un très grand nombre de circonstances, un testicule ou les deux testicules peuvent être tuberculeux sans qu'on trouve des tubercules ailleurs, comme semblait l'exiger la loi posée par notre savant collègue, M. Louis, qui m'a dit cependant ne l'avoir pas étendue jusqu'aux testicules, et n'avoir jamais beaucoup cherché dans ce sens. Cela est même assez fréquent pour qu'on se soit demandé, dans le cours de cette discussion, si les tubercules ne seraient pas alors, à cause de leur isolement, d'une autre nature, oubliant qu'il est des tubercules pulmonaires qui peuvent n'exister que dans les poumons, sans pour cela différer de ceux qui se montrent concurremment avec des tuberculisations d'autres organes. D'un autre côté, les tubercules testiculaires existent assez souvent, sans présenter la moindre différence, en même temps que des tubercules pulmonaires; phthisie pulmonaire et phthisie testiculaire ensemble, ou l'une commençant avant l'autre et se succédant. Quand la phthisie pulmonaire existe avec la phthisie testiculaire, un de nos confrères, qui n'aime pas les lois en pathologie, a dit tout récemment qu'il ne devait y avoir qu'un testicule de pris, et qu'alors les tubercules étaient malins! Que dans les cas, au contraire, où les deux testicules étaient affectés, les tubercules étaient bénins et les poumons ne pouvaient plus se prendre; en d'autres termes, qu'il était défendu à un phthisique d'avoir un double surcroît tuberculeux!! Vous vous rappelez, Messieurs, que les malades que je vous ai présentés avec des tubercules de l'urètre, avaient les deux testicules malades et qu'ils sont morts phthisiques. Du reste, les auteurs, Curling et autres, rapportent des faits de ce genre, et on ne comprend pas comment on a pu émettre une pareille proposition.

» Ainsi donc les tubercules sont de même nature, qu'ils affectent un ou deux testicules avec ou sans les poumons. »

Le confrère auquel M. Ricord fait allusion dans ce passage est M. Vidal (de Cassis). Devant la Société de chirurgie de Paris, ce chirurgien avait émis l'opinion que l'habile chirurgien de l'hôpital du Midi lui attribue ici. Plus tard, dans la séance du 19 août, postérieurement à la discussion du travail de M. Malgaigne, il a lu, devant l'Académie de médecine, un mémoire, portant pour titre : *Des deux espèces d'engorgemens du testicule considérés comme tuberculeux*. Pour cet auteur les engorgemens du testicule qu'on attribue à la tuberculisation, sont de deux espèces qui se distinguent surtout par un caractère bien tranché, bien palpable; une de ces espèces attaque les deux testicules, l'autre se borne à un de ces organes. Au point de vue de leurs rapports avec la tuberculisation des viscères et principalement avec celle des poumons, ces deux espèces offrent une différence extrêmement importante. Ainsi c'est la tuberculisation d'un seul côté qui est surtout liée à la diathèse, tandis que celle des deux côtés est bornée aux bourses. Celle-ci est primitivement locale; elle peut exister d'abord avec l'intégrité complète de tous les viscères et avec l'état général le plus parfait. De là un pronostic inattendu; pronostic grave, quand un seul testicule est malade; pronostic généralement favorable ou seulement réservé quand les deux organes sont envahis. C'est là, suivant M. Vidal, un fait qui obéit à une règle générale.

M. Vidal a été conduit à diriger son observation vers ce point du pronostic de la tuberculisation testiculaire, par la mort de deux malades, qui n'avaient qu'un testicule malade, tandis qu'auprès d'eux vivaient tranquillement des individus dont les deux testicules étaient envahis. D'autres faits, qu'il a observés depuis, lui ont prouvé que la tuberculisation unilatérale n'était qu'une expression de la diathèse tuberculeuse, et qu'avant l'envahissement de cette glande le poumon était pris. « Je suis maintenant, dit M. Vidal, tellement persuadé de ce rapport, que dès que je constate un engorgement tuberculeux ancien d'un seul testicule, j'annonce la phthisie. »

De ces deux variétés de tumeurs, l'une est trop grave et l'autre ne l'est pas assez pour légitimer une opération. En opérant pour la tumeur unique, on opère un phthisique, et dans l'autre cas, quand il y a double tumeur, une médication générale bien dirigée et employée à temps doit conduire à une guérison radicale. Mais si, ce traitement n'ayant pas été convenablement suivi, il survient une suppuration abondante de nature à compromettre la constitution, M. Vidal est d'avis alors qu'on peut rendre un véritable service au malade en essayant de détruire le principal foyer, et qu'à ce point de vue l'extirpation partielle de M. Malgaigne peut être soutenue.

Ce qui précède fait voir que dans la question de la tuberculisation des testicules il y a encore une foule de points litigieux, à l'égard desquels règnent les opinions les plus divergentes. Disons plus : le point principal, fondamental, celui dont la solution préalable domine tout le sujet, est encore tout entier à résoudre. Le tubercule du testicule est-il un mal local et borné uniquement à ces organes, ou bien est-il l'expression d'un état morbide général, constitutionnel, et obéit-il à la loi de solidarité établie par Louis? C'est là le problème dont la solution réclame de nouvelles recherches, de nouveaux travaux et qui doit surtout fixer l'attention ultérieure des observateurs. C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous avons considéré l'observation suivante comme offrant un grand intérêt, et que nous avons cru devoir la livrer à la publicité.

(*La suite au prochain numéro*).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS
(ancienne Société médicale du Temple).
Dernières séances de 1851. — Présidence de M. GÉRY.

M. SÉGALAS désire connaître l'opinion de la Société sur la question de savoir si l'on peut admettre que l'huile de foie de morue doive principalement ses propriétés curatives à l'iode qu'elle contient.

M. MIALHE : Les huiles de foie de morue qui contiennent le plus d'iode n'en renferment qu'un décigramme par kilogramme. En admettant que cette quantité si minime ne soit pas dépourvue de toute espèce d'action, il faut néanmoins reconnaître que les propriétés thérapeutiques de l'huile de foie de morue sont particulièrement dues à sa nature de corps gras. En cette qualité, elle fournit à la respiration l'élément combustible propre à entretenir la chaleur animale; et, de cette manière, économise les matériaux de notre organisation. — On a proposé de remplacer l'huile de foie de morue par deux succédanés : l'*huile iodée* et le *sirop d'iodure d'amidon*. Disons d'abord que l'iode pur est une substance trop irritante pour nos organes et qui devient toxique à de faibles doses. Ajoutons que toute préparation iodée, pour agir utilement en thérapeutique, doit être ramenée à l'état d'iodure alcalin. Cela posé, il en résulte que si l'*huile iodée* ne remplace pas exactement l'huile de foie de morue, elle peut cependant rendre des services particuliers distincts des cas où l'huile de foie de morue convient spécialement; car, dans cette huile iodée, l'iode se trouve combiné élémentairement avec l'huile, et par conséquent ne peut être mis en liberté qu'à mesure de sa transformation en iodure alcalin. Le *sirop d'iodure d'amidon* ne présente pas le même avantage. L'iode y est mis en liberté par suite de la saccharification de l'amidon sous l'influence de la diastase animale, et il irrite les organes digestifs avant d'avoir eu le temps de se transformer en iodule alcalin dans son contact avec les substances alcalines contenues dans les humeurs animales. — On voit, par cet exemple, que le praticien doit, en général, chercher à se rendre compte des réactions qui doivent se produire après l'ingestion d'un médicament.

M. COLLOMB vient d'avoir l'occasion de constater, par l'expérience clinique, l'exactitude de l'opinion de M. Mialhe sur l'action thérapeutique des préparations iodées et de l'huile de foie de morue. Il donnait des soins à un enfant de 6 ans qui, étant affecté de coqueluche, fut pris d'une pleuro-pneumonie après laquelle apparurent tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, y compris même la pectoriloquie. Ce diagnostic, établi dans une consultation avec un professeur des plus experts en pareille matière, dut faire porter le pronostic le plus grave. Le malade ne put supporter le sirop d'iodure d'amidon à si petite dose qu'on l'administrât et de quelque manière qu'on s'efforçât d'en masquer la saveur. Le sirop était constamment vomi au bout de quelques minutes, parfois au bout d'une demi-heure. Il fallut donc en venir à l'huile de foie de morue. Elle ne fut pas vomie malgré l'extrême dégoût qu'en éprouvait le malade qui, au contraire, avait bu le sirop avec plaisir. Ainsi, le vomissement provenait, non d'un effet nauséeux, mais de l'irritation produite par l'iode mis à nu, comme vient de l'expliquer M. Mialhe. Le malade finit par prendre assez bien son huile de foie de morue, et, trompant nos prévisions alarmantes, il est maintenant revenu à un bon état de santé.

M. DREYFUS : Depuis plus de vingt ans, l'huile de foie de morue est connue et employée en Allemagne. L'huile blonde surtout contre les maladies cutanées, la brune, de préférence contre la scrofule. Un médecin allemand, M. le docteur Schmit, a récemment publié un travail dans lequel il dit que ces deux sortes d'huile proviennent de deux espèces différentes de morue.

M. HOMOLLE a essayé avec l'alcool les deux espèces d'huile de foie de morue. Il en a obtenu un extrait alcoolique plus abondant pour l'huile brune que pour la blonde. Il croit d'ailleurs que si, pour juger de leurs effets thérapeutiques, on se bornait exclusivement à ce qu'on peut savoir de leur composition chimique, on se préparerait bien des déceptions.

M. FORGET : Lorsqu'il s'agit d'évaluer les propriétés thérapeutiques d'un médicament, c'est d'après ses effets sur l'économie qu'il faut raisonner, plutôt que d'après les notions chimiques obtenues sur sa composition. Par exemple, quelles données utiles nous fourniraient les travaux du laboratoire relativement à ce fait exceptionnel toujours imprévu quoique assez fréquent, qu'on appelle idiosyncrasie. Ainsi, pour ne parler que de l'iodure de potassium, il est généralement supporté à la dose de 2, 3 et même 4 grammes par jour. Néanmoins, il n'est pas rare de rencontrer des sujets qui n'en peuvent prendre les doses les plus minimes. Par contre, M. Forget a donné des soins à une dame affectée d'un engorgement très volumineux et non cancéreux du sein. Il lui a fait prendre, pendant fort longtemps, l'iodure de potassium à haute dose. Elle en a ainsi ingéré peut-être quatre livres, et non seulement elle le supportait, mais ce qui est plus remarquable, c'est que l'engorgement se dissipa sans que pour cela le sein perdît son volume, sa forme et sa consistance normale, circonstance inverse de ce que l'on voit arriver bien souvent.

M. POULENC a eu des lieux mêmes où se prépare l'huile de foie de morue, des renseignemens suivant lesquels on extrait l'huile par une chaleur douce qui fournit d'abord l'huile blonde. En chauffant ensuite davantage et en y joignant une certaine pression, on a l'huile brune. L'huile blonde ne doit pas sa couleur à une épuration. Il faut savoir que toute épuration, même la simple filtration par le charbon, agit en enlevant une partie des principes de la substance épurée. Il y a des huiles très ambrées qui n'en sont pas moins parfaitement transparentes. Ordinairement, l'huile très brune présente une odeur de brûlé reconnaissable.

M. VÉE : Il y a une tendance regrettable des esprits à remplacer des médicamens dont l'action est connue par d'autres que l'on juge capables de devenir leurs succédanés, non d'après une expérimentation clinique, mais sur les données théoriques de leur composition chimique. C'est ainsi qu'il y a trente ans, on prétendit remplacer les eaux minérales naturelles par les artificielles, dont on espérait des effets plus certains. Car, disait-on, on peut en calculer le dosage et la composition d'une manière plus précise. Qu'arriva-t-il? Que l'on eut deux agens thérapeutiques assez différens l'un de l'autre pour les prescrire avec avantage l'un à l'exclusion de l'autre et pour remplir des indications distinctes. Nous voyons déjà, par ce qui vient d'être dit dans cette séance, qu'il en sera de même de l'huile de foie de morue et de ses succédanés.

M. MAILLIOT : Les anciens médecins n'avaient pas connaissance des découvertes récentes de la chimie. Pourtant ils employaient des médicamens plus nombreux, plus composés qu'on ne le fait aujourd'hui, et ils réussissaient à guérir leurs malades. La chimie a certainement rendu de grands services. Mais, d'un autre côté, elle a bien troublé les idées établies sur les diverses médications. Tout à l'heure, on vient de chercher à expliquer par elle l'action de quelques médicamens. Eh! qu'importe au praticien? Ce n'est pas de cette manière qu'il peut en discuter avec fruit la valeur. Pour en juger, il lui faut l'expérience pratique, l'observation au lit du malade.

M. DESRIVIÈRES : Le médecin qui veut exercer son art dans toute la plénitude de sa puissance doit s'entourer de toutes les connaissances susceptibles de lui fournir d'utiles applications. Les notions chimiques des médicamens lui sont toujours utiles, quelquefois indispensables, par exemple, afin de prescrire un antidote, s'il existe, dans un cas donné d'empoisonnement. La physique offre des applications, soit à la prophylaxie, soit même au traitement curatif des malades. La statistique elle-même, cette science de chiffres, a été invoquée comme moyen d'apprécier les faits cliniques sous le rapport de leur nombre, de leur analogie et de leur différence. C'est pourquoi, de quelque côté que vienne la lumière, je l'accepte. Merci au chimiste, au physicien, au calculateur, à l'anatomiste, à tous ceux enfin dont les travaux peuvent ajouter quelque chose à la médecine proprement dite. Je ne comprendrais pas que l'on voulût s'en tenir à l'empirisme toutes les fois que l'on peut mieux faire.

M. MAILLIOT : Je n'ai pas prétendu que l'empirisme pur dût être la règle de conduite du praticien, à l'exclusion des connaissances positives que peuvent lui fournir et la chimie et les autres sciences. J'ai seulement dit qu'il serait regrettable que, sous le prétexte de réduire la médecine à sa plus simple expression, on voulût tout expliquer dans l'action des médicamens, et rejeter l'observation empirique par laquelle s'élevèrent à un haut degré de science pratique les anciens médecins.

M. Desrivières : L'opinion de M. Mailliot, telle qu'il vient de la formuler, est certainement fort acceptable. Toutefois, je ne saurais accorder le nom de science à l'empirisme. Quels sont donc les axiomes et les conséquences qui lui impriment ce caractère ? Pour moi, je ne les découvre pas ; je n'y vois que l'assemblage trop souvent incohérent de remèdes qu'on dit avoir réussi dans des cas que l'on suppose analogues. Et je persiste à croire qu'en médecine, la théorie éclairée par la science doit passer avant l'empirisme.

M. Forget : Au début de cette discussion, il s'agissait de savoir si l'on devait attribuer à la présence de l'iode les propriétés thérapeutiques de l'huile de foie de morue. Partant de là, M. Mialhe était entré dans des explications écoutées avec intérêt. Seulement, à ses formules chimiques, peut-être un peu absolues, on avait fait des réserves en faveur du vitalisme.

M. Mialhe : J'ai dit uniquement que la minime quantité d'iode contenue dans l'huile de foie de morue, ne me paraissait pas être la cause de son action sur l'économie. Qu'elle agissait principalement en sa qualité de corps gras, et pouvait, probablement, être remplacée par tout autre corps gras de même nature. Quant à l'huile iodée, je ne la considère pas comme succédanée de l'huile de foie de morue, mais comme un médicament qui peut avoir une action et une utilité spéciales.

(La fin à un prochain numéro.)

Le secrétaire général : Dr Collomb.

THÉRAPEUTIQUE.

DU THÉ DE BOEUF ET DE SA PRÉPARATION.

Les Anglais emploient très fréquemment une préparation autant culinaire que pharmaceutique, et qui doit évidemment posséder des propriétés éminemment réparatrices : c'est le *thé de bœuf (beeftea)*. Nous en donnons ici la recette, telle que le *Journal de médecine* l'a publiée, d'après la *Lancette anglaise*.

On prend une livre de bœuf entièrement maigre et sans mélange d'os; on le hache menu comme de la chair à saucisse ou à boulettes, puis on y ajoute son poids d'eau froide et on fait chauffer jusqu'à ébullition. Quand le liquide a bouilli vivement pendant une minute ou deux, on le passe avec expression dans une serviette qui retient l'albumine coagulée et la fibrine devenue dure comme la corne. Vous avez alors le meilleur bouillon que puisse jamais donner une livre de viande, et le plus agréable si vous y mettez du sel et autres assaisonnemens d'usage avec un peu de caramel ou d'oignon brûlé pour lui donner de la couleur. M. Bencke dit avoir fait un fréquent usage de ce thé, qu'il ne saurait trop recommander, tant l'expérience lui en a démontré les avantages. Il l'a administré à des scrofuleux et à des phthisiques, spécialement dans les cas où les fonctions digestives étaient dérangées soit par une dyspepsie, soit par des ulcérations, etc. Il l'a donné dans la dernière période du typhus ; chez les malades affectés d'inflammation du tissu cellulaire et qui s'épuisent rapidement sous l'influence des grandes suppurations consécutives à cette inflammation. Rien n'est plus propre à compenser les pertes éprouvées par ces malades que le thé de bœuf. Il l'a prescrit finalement dans beaucoup de circonstances qui demandaient une bonne alimentation, et en général les convalescens de maladies douloureuses et longues en ont tiré les bénéfices les moins douteux. On conçoit, du reste, qu'une substance qui renferme toutes les parties constitutives de la viande, tant inorganiques qu'organiques, et qui n'exige aucun effort des intestins pour que le travail de réparation s'accomplisse, doit l'emporter sur tous les autres alimens azotés.

M. Beneke, en terminant sa note sur le thé de bœuf, fait remarquer que ce produit évaporé au bain-marie forme un extrait d'un brun jaunâtre, et que cet extrait, auquel il donne le nom d'*extractum carnis*, pourrait être préparé par les pharmaciens en suivant le procédé décrit ci-dessus pour la préparation du thé de bœuf. La quantité de thé obtenue avec six livres de viande serait, dit-il, réduite à trois onces, lesquelles, en se refroidissant, formeraient l'extrait en question. Une once de celui-ci vaudrait trente-deux onces de viande, d'où il serait facile de savoir ce qu'un malade pourrait consommer d'extrait chaque jour.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le *Moniteur* d'aujourd'hui publie le décret suivant :

Lonis-Napoléon,

Président de la République française,

Vu le décret du 17 février 1852 sur la presse ;

Considérant que si des conditions restrictives ont dû être imposées à la presse politique, il convient au contraire de favoriser le développement des publications consacrées aux sciences et aux arts;

Sur le rapport du ministre des finances,

Décrète :

Art. 1er. — Sont exempts du droit de timbre les journaux et écrits périodiques et non périodiques, exclusivement relatifs aux sciences, aux arts et à l'agriculture.

Art. 2. — Ceux de ces journaux et écrits qui, même accidentellement, s'occuperaient de matières politiques ou d'économie sociale, seront considérés comme en contravention aux dispositions du décret du 17 février 1852, et seront passibles des peines établies par les art. 5 et 11 de ce décret.

Fait au palais des Tuileries, le 28 mars 1852.

Louis-Napoléon.

Par le président :

Le ministre des finances,

Bineau.

Ce décret dont, on le voit, nous n'avions pas vainement espéré la promulgation, donnera lieu à des modifications dans les prix de souscription de l'Union Médicale. Nous les ferons connaître très incessamment.

— L'autorité administrative vient de réorganiser le service médical des théâtres. Voici les termes de la décision qui vient d'être notifiée aux directeurs :

« Chaque théâtre aura un certain nombre de médecins qui se partageront le service du mois par semaine. Ce service, arrêté entre eux à la fin de chaque mois pour le mois suivant, sera communiqué au directeur et au commissaire de police de la section. Il devra y avoir constamment un médecin de service depuis le commencement jusqu'à la fin des représentations. Un médecin sera également aux répétitions des pièces à spectacle. La direction théâtrale devra réserver une stalle qui portera les mots : *médecin de service*.

» Il devra y avoir dans chaque salle une pièce suffisamment éclairée, chauffée et meublée, et contenant une petite pharmacie.

» Les médecins devront être logés dans les environs du théâtre ; ils seront seuls admis à constater les maladies des artistes et des employés, motivant les refus de service. Ils seront présentés par le directeur, agréés par le préfet de police et nommés par le ministre de l'intérieur. Leurs fonctions seront gratuites. Leur révocation, pour manquement ou inexactitude dans leur service, sera proposée par le préfet de police. »

— On lit dans le *Moniteur de l'Armée* :

Voici les mouvemens qui résulteront dans le personnel médical de l'armée de sa nouvelle organisation.

Le nombre des inspecteurs est porté à 7.

Il se composera des 5 inspecteurs du cadre actuel et de deux principaux de 1re classe promus.

Le nombre des principaux de 1re classe est élevé à 40.

Il se composera des 16 principaux de 1re classe restant du cadre actuel, des 19 principaux de 2e classe du cadre actuel, et de 5 médecins ordinaires ou chirurgiens-majors de 1re classe promus.

Le nombre des principaux de 2me classe est élevé à 40.

Il se composera de 40 médecins ordinaires ou chirurgiens-majors de 1re classe promus.

Le nombre des médecins-majors de 1re classe est de 100.

Il se composera des 54 médecins ordinaires ou chirurgiens-majors de 1re classe restant du cadre actuel, et de 46 médecins ordinaires ou chirurgiens-majors de 2e classe promus.

Le nombre des médecins-majors de 2e classe est de 220.

Il se composera des 157 médecins ordinaires ou chirurgiens-majors de 2e classe restant du cadre actuel, et de 63 médecins-adjoints ou chirurgiens aides-majors de 1re classe promus.

Le nombre des médecins aides-majors de 1re classe est de 340.

Il se composera des 99 médecins adjoints et chirurgiens aides-majors de 1re classe restant du cadre actuel, et de 241 chirurgiens aides-majors de 2e classe promus.

Le nombre des médecins aides-majors de 2me classe est de 340.

Il se composera des 23 chirurgiens aides-majors de 2e classe restant du cadre actuel, et de 317 chirurgiens sous-aides promus.

Il restera, à la suite, 138 chirurgiens sous-aides, dont 24 à reporter à la pharmacie, et 19 aides-majors commissionnés.

La solde et les indemnités de logement s'élèveront, pour chaque grade, aux allocations totales et annuelles suivantes :

Inspecteur.	10,000 fr.	comme précédemment.	
Principal de 1re classe. . .	6,000 fr.	au lieu de	5,220 fr.
Principal de 2e classe. . .	5,340	—	4,720
Major de 1re classe.	4,220	—	3,360
Major de 2e classe.	3,160	—	2,860
Aide-major de 1re classe. .	2,491	—	2,290
Aide-major de 2e classe. .	2,090	comme précédemment.	

Cette dernière allocation sera désormais celle du dernier échelon de la hiérarchie, qui, sous le titre de chirurgien sous-aide, ne recevait que 1,590 fr.

Les officiers de santé des divers grades employés en Algérie et en Italie, continueront à recevoir leurs allocations actuelles, jusqu'à l'époque de leur promotion au grade supérieur, sous la réserve toutefois, pour les chirurgiens sous-aides, de l'application de l'article 14 du décret d'organisation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Notice sur les travaux de la Société de médecine de Bordeaux, par M. Burguet, secrétaire général Brochure in-8. Bordeaux, 1851.

Mémoire sur le ramollissement blanc aigu essentiel du cerveau chez les enfans, par le docteur Duparcque, médecin de l'état civil, etc. In-8, Paris, 1852.

Journée de l'Étudiant, par M. Forget, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. In-8, Strasbourg, 1852. Derivaux, libraire.

Sur les avantages des bougies tortillées et crochues dans les rétrécissemens et angusties de l'urètre, difficiles à franchir, par le docteur Leroy-d'Etiolles. In-8, Paris, 1852. J.-B. Baillière.

Compte-Rendu des travaux de la Société médicale du 7e arrondissement, pendant l'année 1851, par M. le docteur L. Vasseur, secrétaire-archiviste. Paris, 1852.

LETTRES à M. le professeur ROSTAN sur le mot **Hypocondrie**; par le docteur Dumont (de Monteux), médecin à l'état civil de Grenelle, etc. In-8, Prix : 1 fr. Paris, 1852, J.-B. Baillière, et au bureau de l'Union Médicale.

Ces lettres sont reproduites dans l'intérêt des personnes atteintes d'affections nerveuses que nul phénomène extérieur ne révèle, et qu'à cause de cela l'on considère comme *maladies imaginaires*.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malleste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 39. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 1er Avril 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. . . . . 40 Fr.
6 Mois. 20
3 Mois. 10

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 31 MARS 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

CONCLUSION FINALE DE LA DISCUSSION SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Les opinions que nous avons soutenues, à l'occasion de la discussion sur l'avortement provoqué, ont eu gain de cause devant l'Académie. Ce n'est pas par un puéril amour-propre que nous le faisons remarquer, mais seulement pour constater que nous avions bien auguré du bon sens et de l'indépendance de la compagnie, dont nous avions exactement apprécié les impressions générales. Réserver le jugement de l'Académie sur la doctrine générale de l'avortement provoqué, donner une approbation explicite à la conduite tenue par l'honorable chirurgien qui lui avait soumis un cas particulier, voilà ce que nous semblait devoir être la solution à donner à cette discussion; voilà aussi quelle a été la solution adoptée par l'Académie à une majorité considérable. C'est avec satisfaction que nous avons vu la commission, par l'organe de son habile rapporteur, confirmer par son adoption les idées que nous émettions hier, et proposer une conclusion entièrement conforme à celle que nous avions pris la liberté de lui indiquer. Un amendement de M. P. Dubois, lequel, sous une forme dubitative, semblait exprimer, sinon un blâme, du moins quelque chose d'analogue à une critique, n'a pu obtenir les honneurs de la priorité, et l'adoption pure et simple de la proposition de la commission a terminé la discussion.

Ce vote a été précédé d'un discours étendu de M. P. Dubois sur le point spécial relatif à l'avortement provoqué dans les cas de vomissemens incoërcibles. On se souvient que M. Cazeaux, partisan de l'avortement, qu'il considère comme un droit et un devoir dans les cas d'angustie extrême du bassin, rejette à peu près complètement cette opération dans les cas de vomissemens. L'honorable rapporteur, pour légitimer son opinion, se fonde sur les trois considérations suivantes, qu'il a longuement développées dans son rapport : 1° Les cas de vomissemens ayant entraîné la mort sont très rares; 2° l'avortement sauve rarement les femmes ; 3° les indications pour pratiquer l'avortement à une époque déterminée de la grossesse font défaut.

M. P. Dubois a suivi point par point l'argumentation de M. Cazeaux. En premier lieu, il a voulu prouver que les cas de mort à la suite de vomissemens incoërcibles pendant la grossesse sont beaucoup plus fréquens que ne le croit M. Cazeaux. Aux faits déjà cités par M. Danyau, il a ajouté une vingtaine d'observations recueillies dans sa seule pratique et qui tous se sont lamentablement terminés par la mort. Cette partie du discours de M. P. Dubois nous a paru sans réplique pour prouver ce que l'orateur voulait prouver, la fréquence plus grande que ne la dit le rapporteur de la commission, de la terminaison funeste des vomissemens incoërcibles; et M. Cazeaux nous a paru moins heureux dans la réfutation de cet argument que dans celle des deux autres. Cette série de faits invoqués par M. P. Dubois est véritablement saisissante, et nous ne croyons plus M. Cazeaux autorisé à soutenir la rareté de la mort dans les vomissemens indomptables de la grossesse.

L'avortement peut-il conjurer cette terminaison funeste? M. P. Dubois, il faut le dire, ne l'a pas prouvé, et sur ce point la réfutation de M. Cazeaux a été juste et puissante. En effet, M. P. Dubois, avec une entière franchise, a exposé quatre observations dans lesquelles il a cru devoir conseiller et pratiquer l'avortement. Or, sur ces quatre cas il ne compte qu'un seul succès ; trois fois cette douloureuse ressource n'a pu sauver la femme. M. Cazeaux a fait ressortir avec émotion ce que ce chiffre avait de cruel; en réunissant tous les faits connus, on arrive à ce résultat vraiment effrayant, savoir, que dans les vomissemens incoërcibles de la grossesse, l'avortement provoqué sauvait à peine une femme sur six ou sept, résultat plus triste encore que celui de l'opération césarienne.

Quant aux indications de l'époque de la grossesse où l'avortement doit être pratiqué, M. P. Dubois ne les a pas données avec sa précision ordinaire, c'est du moins l'impression que nous avons reçue à la simple audition de ce travail, que nous aurions besoin de lire avant d'exprimer une opinion arrêtée. Il nous a semblé que les prescriptions de M. Dubois à cet égard se bornaient à dire : N'opérez ni trop tôt ni trop tard, formule dont M. Cazeaux a montré le vague et dont il a fait ressortir l'indécision.

Dans une très courte allocution, M. Velpeau a fait remarquer combien M. P. Dubois se montrait moins timide pour l'avortement dans les cas de vomissemens incoërcibles, et dont les indications sont si peu précises, que pour cette même opération dans les cas d'étroitesse extrême du bassin, où l'accouchement naturel est impossible. C'est la doctrine inverse qu'il soutiendrait pour son propre compte; il comprend le doute et l'hésitation du praticien en face d'un état pathologique tel que le vomissement, mais il ne les comprend plus en présence d'une disposition telle du bassin, que la vie de la femme sera gravement compromise au terme de la gestation.

M. P. Dubois a répondu avec son talent ordinaire aux diverses objections de ses contradicteurs. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le travail du savant professeur de la Clinique. L'UNION MÉDICALE aura ainsi publié tous les documens, sans exception, sur cette importante discussion.

Nous ne la terminerons pas, pour notre compte, sans rendre hommage au talent très distingué dont M. Cazeaux, l'habile rapporteur de la commission, a donné de si fréquentes preuves dans le cours de ce débat. Ayant à lutter contre les autorités considérables qui se succédaient à la tribune, M. Cazeaux s'est montré toujours prêt et prompt à une réplique sérieuse, animée, pénétrante, mais toujours courtoise, et c'est à ses efforts persévérans aussi bien qu'à son énergie que l'Académie doit de n'avoir pas été entraînée vers un de ces votes pusillanimes par lesquels on cherchait à enchaîner son jugement. Nous sommes tout à fait de l'avis d'un honorable académicien qui, après le vote, disait hier : Dix ans de plus sur la tête de M. Cazeaux et l'Académie aurait voté toutes ses conclusions.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Mars 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de la guerre, qui transmet à l'Académie de nouveaux échantillons d'opium récolté en Algérie.

2° Un mémoire de M. GIUSTI, de Tripoli de Syrie, sur les fièvres intermittentes et leur traitement.

3° Un mémoire de M. LEROY-D'ÉTIOLLES, sur la classification et le diagnostic des rétrécissemens de l'urètre.

4° Un mémoire de M. DE LIGNEROLLES, de Planquery (Calvados), contenant la relation d'une opération césarienne pratiquée avec succès.

(Renvoyé à une commission composée de MM. Danyau, Cazeaux, Velpeau et P. Dubois.)

5° Une note de M. MAZADE, pharmacien à Valence, sur la découverte du nickel et du cobalt dans les eaux minérales de Neyrac.

L'ordre du jour appelle la délibération sur les conclusions du rapport de M. Cazeaux.

M. DUBOIS demande à présenter quelques considérations sur l'avortement dans les cas de vomissemens.

L'Académie, consultée, décide que M. Dubois sera entendu.

M. P. DUBOIS : Messieurs, indépendamment de la question de l'avortement provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, notre collègue, M. Cazeaux, a cru devoir comprendre dans son travail la question de l'avortement provoqué dans les cas de maladies graves compliquant la grossesse, et en particulier dans le cas de vomissemens opiniâtres. Je viens répondre à cette partie du rapport, d'abord parce que mon nom et mon opinion y ont été cités de manière à ne pas me permettre de garder le silence, et ensuite parce que mon expérience personnelle ne sera peut-être pas tout à fait inutile à l'éclaircissement de cette grave et difficile question.

Après avoir plutôt exposé les argumens contraires à la provocation de l'avortement que discuté la question elle-même, notre collègue conclut à l'exclusion formelle de toute application de ce procédé dans les cas de vomissemens.

Je reprendrai et j'apprécierai plus tard les motifs sur lesquels il se fonde et la conclusion qui les suit.

Mais je demanderai d'abord à l'Académie la permission de considérer la question d'un point de vue un peu plus étendu que ne l'a fait notre collègue.

Les états pathologiques graves que l'on observe chez les femmes enceintes, et qui rentrent dans le sujet qui nous occupe, peuvent être partagés en deux catégories.

Dans la première, se rangent les maladies qui sont intimement liées aux conditions mêmes que crée la grossesse; dans la seconde, se placent les maladies qui sont indépendantes de ces conditions, ce sont des états morbides intercurrens auxquels la présence de la grossesse donne une importance et une gravité qu'en l'absence de cette coïncidence fâcheuse ils n'auraient probablement pas eues. Les vomissemens opiniâtres dont je dois surtout m'occuper, appartiennent à la première de ces deux catégories, car ils ne sont que l'exagération heureusement assez rare de l'une des modifications fonctionnelles que la grossesse produit.

Ordinairement les maladies que je viens de rappeler, n'influent pas à un assez haut degré et d'une manière assez fâcheuse sur la santé générale des femmes enceintes pour réclamer une médication tout à fait exceptionnelle. Cependant elles acquièrent parfois une gravité telle, que la vie des femmes enceintes en est réellement et sérieusement compromise. Il peut arriver alors, qu'après avoir vainement épuisé des traitemens nombreux et variés, on soit réduit à croire que le seul moyen de soustraire les femmes aux conséquences menaçantes de ces maladies, est de supprimer la condition sous l'influence de laquelle elles se sont développées.

C'est ainsi que la provocation de l'avortement s'est présentée à l'esprit de quelques accoucheurs et qu'elle a été proposée en particulier dans le cas de vomissemens rebelles à toute médication.

Admettons pour un instant la légitimité de cette proposition et supposons qu'en l'absence de tout enseignement expérimental nous soyons appelés à établir les indications et les chances de succès de l'avortement provoqué dans les circonstances extrêmes qui viennent d'être exposées.

Il est certain que nous placerions avant tout, comme première et indispensable condition, l'évidence d'une situation très grave et très menaçante.

Nous voudrions, de plus, que la manifestation et la persistance du mal qu'il importe d'arrêter, fussent intimement et exclusivement liées aux conditions soit matérielles, soit physiologiques que la grossesse a créées.

Nous voudrions, en outre, avoir la certitude que ces conditions qui tiennent sous leur dépendance l'état pathologique auquel il importe de remédier, disparaîtront sûrement et complètement quand la grossesse aura été supprimée.

Nous voudrions enfin que le procédé opératoire à l'aide duquel la grossesse sera interrompue fût simple et facile, et qu'il n'ajoutât pas de nouveaux dangers à ceux qui existent déjà.

Si nous étions assez heureux pour que toutes ces conditions fussent réunies, il est bien probable que nous nous croirions en droit d'intervenir, quelque sérieuse que cette intervention dût être, et d'en regarder le succès comme à peu près certain.

La proposition de provoquer l'avortement dans les cas de vomissemens incoërcibles, peut-elle s'étayer de la réunion de ces conditions favorables? Notre collègue, M. Cazeaux, ne l'a pas pensé, et je n'en veux d'autre preuve que les motifs sur lesquels il fonde l'exclusion prononcée par lui contre toute tentative d'avortement dans le cas précité. Ces motifs sont, en effet, les suivans :

Les vomissemens guérissent en général spontanément, dans quelque état de faiblesse et d'épuisement qu'ils aient jeté les malades.

La provocation de l'avortement ne suspend pas toujours les vomissemens pour la guérison desquels on y a eu recours.

Cette opération a été suivie de la mort de presque toutes les femmes qui l'ont subie, et souvent même elle a hâté leur fin.

Telles sont les propositions exprimées par notre collègue. Examinons maintenant si l'observation les confirme, et si elle justifie l'exclusion absolue de l'avortement provoqué.

Les vomissemens opiniâtres des femmes enceintes constituent-ils une situation évidemment très grave et très menaçante? Ou est-il vrai, au contraire, comme le pense M. Cazeaux, que leur cessation spontanée en soit la terminaison presque constante?

Avant de répondre à cette question, je ferai remarquer, pour éviter toute ambiguité que repousserait d'ailleurs la sincérité de notre collègue, qu'il ne doit s'agir ici que des vomissemens rebelles à toutes les médications.

Déjà notre collègue M. Danyau a cité, dans l'une des dernières séances, des faits empruntés à divers auteurs, et qui ne démontrent que trop l'extrême gravité des vomissemens opiniâtres pendant la grossesse.

L'Académie me permettra d'y en ajouter quelques autres ; elle écoutera, j'en suis certain, tout ce qui pourra concourir à l'éclaircissement d'une aussi grave question.

1. Pendant le cours de l'année 1839, une jeune femme, déjà mère de deux enfans, quitta le département de la Vienne, qu'elle habitait ordinairement, pour venir à Paris passer quelques mois dans sa famille. Elle était au commencement d'une grossesse qui ne lui avait été révélée encore par aucun symptôme. La suppression de ses règles vint bientôt l'en avertir. Pendant ses deux premières grossesses, elle n'avait éprouvé que des nausées et des vomissemens peu intenses et de courte durée; mais cette fois ils prirent rapidement une violence et une opiniâtreté inaccoutumées. D'abord une grande partie, puis plus tard la totalité des alimens solides furent rejetés presque aussitôt après leur ingestion dans l'estomac. Il en fut bientôt de même des alimens liquides. Et enfin les

choses en arrivèrent à ce point qu'une cuillerée à café d'eau pure ne pouvait être conservée. L'ingestion d'une substance alimentaire quelconque n'était d'ailleurs pas nécessaire pour provoquer des efforts de vomissemens, car ils étaient presque continuels.

La malade, qui présentait, avant le début de cette troisième grossesse, tous les attributs de la plus belle santé, fut graduellement réduite par l'abstinence, la douleur et la privation presque complète de sommeil, à un état de maigreur et de faiblesse excessives. Pendant les trois premières semaines qui succédèrent à la manifestation des vomissemens, il n'y eut aucun indice de fièvre, quoique le malaise fût persévérant et prononcé. Mais après ce temps, la peau devint chaude et aride, le pouls petit et fréquent, la langue rouge et sèche, et les traits subirent en même temps une altération profonde. Cette malade recevait, avec mes soins, ceux de notre excellent et regrettable collègue Fauquier, qui était médecin de sa famille.

Les médications locales et générales les plus variées et les plus énergiques furent successivement employées; à plusieurs reprises, nous obtînmes un soulagement passager auquel succédait bientôt une reprise plus intense des vomissemens; enfin, huit semaines après le début de cette cruelle affection, les accidens gastriques cessèrent, la malade se plaignit d'abord d'une céphalalgie violente, de l'obscurcissement de sa vue; puis elle tomba dans une somnolence comateuse presque continue, et seulement quelquefois interrompue par des hallucinations. Cet état se prolongea pendant quatre jours et la malade expira.

La grossesse datait, selon toute apparence, du milieu d'avril; les vomissemens avaient commencé vers le 20 mai, elle succomba le 22 juillet, par conséquent à la fin du troisième mois de sa grossesse.

J'ai exposé, Messieurs, les faits qui précèdent avec quelques développemens, afin d'en être dispensé pour les observations qui vont suivre, et qui, dans leurs détails comme dans leurs tristes résultats, ont une grande analogie avec la précédente.

2. Vers la fin de la même année, un de nos confrères du département du Loiret, M. Léotard, réclama mes conseils pour une jeune femme alors enceinte de deux mois et demi, et qui, depuis le début de cette grossesse, souffrait de vomissemens dont l'intensité et la fréquence s'étaient graduellement accrues.

Au moment où notre confrère m'écrivait, l'amaigrissement de sa malade avait fait des progrès effrayans, le pouls était constamment fébrile, la peau sèche et brûlante, les lèvres écailleuses, la langue rouge, mais encore humide, les vomissemens presques continus et accompagnés de violens efforts.

Cette malade, me disait notre confrère, est atteinte d'une névrose extrêmement opiniâtre et douloureuse, et si cet état se prolonge, je ne doute pas qu'il n'ait les résultats les plus graves. Ces circonstances et les renseignemens qu'il ajoutait relativement à l'état de l'utérus, m'engagèrent à lui suggérer l'idée d'un avortement artificiel, la faiblesse de sa cliente empêcha que cette proposition fût acceptée. Quelques jours après, une amélioration sensible se manifesta sous l'influence présumée d'un lavement préparé avec l'assa-fœtida et la teinture de musc; cet état rassurant dura trois jours, après lesquels la malade ayant pris un très petit morceau de gâteau, les vomissemens reparurent avec une violence inouie, et trente-six heures après la pauvre femme expirait.

3. Peu de temps après, un de nos confrères, connu sans doute de la plupart d'entre nous, M. Scellier, me pria de voir avec lui une de ses clientes dont la santé lui donnait de vives inquiétudes. C'était une pauvre femme, déjà mère de plusieurs enfans, dont les grossesses avaient été fort heureuses. Mais enceinte de nouveau, elle avait éprouvé dès le commencement du second mois des vomissements qui depuis cinq semaines environ étaient devenus très violens et très répétés. Lorsque je la vis elle ne supportait aucun aliment solide ou liquide, quelles qu'en fussent la nature et la quantité, aussi était-elle réduite à une émaciation et à une faiblesse extrêmes. Occupée d'un commerce de vin en détail, elle avait dû, malgré les exigences de cette profession, garder le lit depuis quinze jours.

Des moyens nombreux locaux et généraux avaient été déjà mis en usage sans succès, mon confrère et moi nous convînmes d'en employer d'autres et de plus énergiques.

Nous devions revoir bientôt cette pauvre femme, mais la veille du jour convenu, je fus prévenu qu'elle avait succombé. Elle était parvenue alors au quatrième mois et demi de sa grossesse.

4. Deux années plus tard, mon collègue, M. Chomel, m'engagea à examiner dans son service de l'Hôtel-Dieu une malade qui y avait été admise depuis quinze jours environ, et qui paraissait très souffrante.

Cette femme était enceinte pour la quatrième fois, et parvenue à la fin du deuxième mois environ de cette nouvelle grossesse. Elle était tourmentée de vomissemens qui s'étaient manifestés dès les premiers jours de la gestation, et qui, très fréquens et très intenses, avaient pour résultat le rejet de presque tous les alimens solides ou liquides. La peau était sèche et le pouls fébrile. Ayant appliqué la main sur l'hypogastre, je fus frappé de la vive sensibilité de l'utérus. Le toucher vaginal me permit de reconnaître que la région inférieure de cet organe était également douloureuse, il y eut en conséquence quelque raison de penser qu'une phlegmasie utérine compliquait la grossesse, et que cette condition pathologique pouvait n'être pas étrangère aux vomissemens dont souffrait cette malheureuse.

Cependant, en raison de quelques circonstances exceptionnelles, et surtout d'un écoulement sanguin qui eut lieu par la vulve, on présuma que cette femme n'était pas enceinte, et pendant quelque temps on crut à une simple métrite. Un traitement anti-phlogistique fut institué sur ce diagnostic.

Les vomissemens n'en persistèrent pas moins avec beaucoup d'intensité, et malgré le nombre et la variété des moyens qui furent employés pour les calmer, le mal fit des progrès rapides, et la malade succomba un mois et demi après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie eut lieu, elle ne révéla aucune lésion significative dans la plupart des organes qui furent examinés.

Cependant l'utérus, qui fut soumis à mon examen, contenant encore le produit de la conception, renfermait deux fœtus, qui n'avaient dû cesser de vivre qu'au moment même où la mère avait succombé.

Sur la face externe de la membrane caduque, il était facile de reconnaître des plaques de pus concret assez étendues, et disséminées à périphérie de l'œuf.

Quelques années auparavant, Danse m'avait fait voir une altération, dont le siége et la nature étaient exactement les mêmes, et qu'il avait constatée sur le cadavre d'une femme enceinte et morte à l'Hôtel-Dieu à la suite de vomissemens opiniâtres.

Ce cas et un autre à peu près semblable ont été publiés par lui dans le 2[e] volume du répertoire d'anatomie et de physiologie pathologique.

Notre collègue M. Danyau vous les a rappelés dans la dernière séance.

Une jeune dame que j'avais assistée dans un premier accouchement, devint enceinte de nouveau peu de temps après. Elle était du nombre assez restreint des femmes chez lesquelles les réactions sympathiques de la grossesse se manifestent presqu'aussitôt après la conception et qui sont averties de leur état par le trouble des fonctions digestives avant de l'être par la suppression de leurs règles.

Il en avait été ainsi dans sa première grossesse, et il en fut de même dans la seconde. Mais cette fois les vomissemens furent très violens et très opiniâtres. Elle était alors loin de Paris et ses parens trop justement alarmés réclamèrent les conseils de M. Chomel, médecin de la famille. Dès son arrivée, notre collègue reconnut facilement la nature, la cause et la gravité des accidens, il proposa les moyens qui lui parurent les plus propres à les atténuer, mais ces moyens et beaucoup d'autres encore furent insuffisans. Les vomissemens persistèrent sans aucune rémission et la pauvre malade succomba au milieu de souffrances atroces.

6. M. Chomel et moi, nous fûmes invités à voir dans le quartier St-Antoine une jeune femme malade et proche parente d'un de nos confrères de Paris. On nous apprit qu'elle était parvenue à la fin du 5[e] mois d'une seconde grossesse, et que depuis deux mois elle était tourmentée de vomissemens presqu'incessans.

Elle ne conservait aucun aliment solide ou liquide, sa langue était sèche, sa peau chaude, son pouls fréquent, ses traits fort altérés; des médications nombreuses avaient été employées sans succès. Cependant comme on n'avait eu recours encore ni aux bains tièdes et prolongés, ni à l'usage de l'opium, nous pensâmes qu'il serait utile d'en faire l'essai.

Il fut convenu que nous reverrions la malade, mais notre projet ne put se réaliser, la pauvre femme ayant succombé quelques jours après notre visite.

7. Dans l'année qui précéda la mort de notre excellent et bien regrettable collègue, M. Guersant, il m'engagea à voir avec lui et avec un de nos confrères, dans la maison qu'il habitait rue Sainte-Anne, une dame enceinte, jeune encore, et cependant déjà mère d'une nombreuse famille. Ses précédentes grossesses n'avaient été troublées par aucune incommodité sérieuse. Mais cette fois elle avait éprouvé des vomissemens intenses répétés et opiniâtres. Sa maigreur et sa faiblesse étaient extrêmes. Lorsque je vis cette malade pour la première fois, les vomissemens s'étaient suspendus, elle se plaignait seulement d'une céphalalgie violente et continue, et elle était habituellement dans un état de somnolence comateuse interrompue par quelques hallucinations. Cet état me parut très sérieux. La question d'un avortement provoqué fut un instant agitée, mais la gravité du cas et l'improbabilité du succès la firent abandonner. Une médication énergiquement révulsive fut prescrite et employée, mais sans aucun résultat favorable. La malade succomba quelques jours après; le commencement de cette grossesse datait probablement du milieu du mois de novembre, les vomissemens se manifestèrent vers le 20 janvier, et elle expira le 22 mars; elle était, par conséquent, enceinte de quatre mois à peu près.

8. Une jeune dame italienne, enceinte pour la première fois, vint à Paris il y a quelques années; elle était dans le cours du troisième mois de sa grossesse, et depuis six semaines, elle avait commencé à éprouver d'abord des nausées, puis des vomissemens qui étaient devenus de plus en plus violens et répétés; elle s'était confiée aux soins d'un de nos confrères, M. Robecchi, son compatriote, qui, depuis cette époque, a succombé à une maladie de courte durée.

La situation de cette malade lui ayant paru très grave, il s'était adjoint notre collègue, M. Louis, et je fus appelé moi-même quelques jours après. Lorsque je vis pour la première fois cette jeune femme, elle était alitée depuis plusieurs jours; son pouls était fébrile, sa peau chaude et sèche, sa figure profondément altérée. Les vomissemens que provoquait même l'ingestion de quelques gouttes d'eau, étaient d'ailleurs presque continuels. L'insuccès des médications nombreuses et très variées auxquelles on avait eu recours, détermina naturellement à réclamer les conseils de plusieurs de nos confrères, MM. Rostan, Bouillaud, Danyau et notre ancien et regrettable collègue Baudelocque, furent appelés. Malheureusement, les moyens qu'ils conseillèrent n'eurent pas plus de succès que ceux qui avaient été déjà employés, et cette jeune malade expira un peu avant la fin du troisième mois de sa grossesse.

9. Un de nos honorables confrères qui habite le département d'Indre-et-Loire, M. Decombe, me pria de l'éclairer sur la conduite qu'il avait à suivre dans un cas très grave. Il s'agissait de vomissemens opiniâtres dont souffrait une de ses clientes. Cette malade, enceinte pour la seconde fois, éprouva, dans les premiers mois de cette grossesse, des accidens inflammatoires, auxquels succédèrent, vers le commencement du sixième mois, des vomissemens dont la violence s'accrut par degrés, et dont les retours devinrent de plus en plus fréquens, de telle sorte qu'au moment où m'écrivait notre confrère, et selon ses expressions, les forces étaient tout à fait épuisées, la maigreur extrême, et l'anxiété inexprimable.

Cet état de choses se prolongea jusqu'à la fin du septième mois de la grossesse, alors des douleurs utérines se manifestèrent, et après un travail souvent interrompu, et pendant lequel les vomissemens redoublèrent de violence, la pauvre patiente donna le jour à un enfant qui ne vécut que quelques heures; et elle-même, accablée par la souffrance et par la faiblesse, expira presque aussitôt après.

10. Un de nos honorables confrères de Paris, M. Focillhon, me pria, l'année dernière, de voir avec lui une malade âgée de 35 ans, déjà mère de quatre enfans, et dont la dernière grossesse avait été signalée par un désordre notable, mais heureusement passager, des facultés intellectuelles. Enceinte pour la cinquième fois, elle éprouva dès le commencement de cette nouvelle grossesse des vomissemens qui prirent, vers la fin du deuxième mois, une très grande intensité. A dater de ce moment, l'amaigrissement et la faiblesse de la malade firent des progrès rapides. Cependant, un mois plus tard, les phénomènes d'une bronchite, qui, légère d'abord, devint ensuite un peu plus sérieuse, parut produire une diversion favorable, car les vomissemens se calmèrent. Notre collègue, M. Chomel, fut appelé alors et ne constata, comme nous l'avions fait déjà, aucune lésion importante des organes de la respiration. Cependant la malade continua de s'affaiblir, les vomissemens momentanément suspendus reparurent avec une nouvelle intensité, et elle expira vers la fin du troisième mois de la grossesse.

Cette observation présente, dans sa dernière partie, une analogie remarquable avec celle des vomissemens incoërcibles et mortels publiés par M. Vigla dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1846). Notre confrère s'exprimait ainsi : « La malade avait commencé à tousser le 6 avril, » elle continua les jours suivans, sans que ce symptôme eût rien de pénible pour elle; un moment, je crus que les accidens gastriques allaient diminuer sous l'influence de l'affection thoracique, il n'en fut » rien; et, sous l'influence funeste de ces deux causes réunies, l'épuisement augmenta dans une progression effrayante, et la malade succomba dix jours après. »

Les faits qui précèdent ne peuvent laisser dans vos esprits, Messieurs, le moindre doute quant à l'extrême gravité des vomissemens opiniâtres pendant la grossesse, et ils infirment assurément la proposition de notre collègue; nous sommes donc en droit de penser que la première et indispensable condition que nous avons exigée avant toute application de l'avortement provoqué, à savoir : l'évidence d'une situation très grave et très menaçante; cette condition ne fait malheureusement pas défaut, si vous ajoutez à ces faits ceux que je serai conduit à vous indiquer bientôt, ceux que notre collègue M. Danyau vous a fait connaître et qu'il a empruntés pour la plupart à divers auteurs; d'autres enfin, et beaucoup plus nombreux encore, qu'il serait facile de rassembler en compulsant les ouvrages ou les recueils scientifiques; si vous considérez surtout que dans l'espace de treize ans il m'a été possible de réunir environ vingt cas de vomissemens mortels, observés par moi-même ou à l'occasion desquels mes conseils ont été réclamés, vous reconnaîtrez que non seulement ces accidens n'ont pas, en général, l'innocuité présumée par le rapporteur de votre commission, mais qu'ils sont beaucoup moins rares qu'il ne le pense, et probablement qu'on ne le croit communément.

Mais ces vomissemens graves sont-ils assez intimement et assez exclusivement liés aux conditions créées par la grossesse pour que ces conditions disparaissant, on soit en droit de penser que les désordres qu'elles tiennent sous leur dépendance disparaîtront en même temps.

Cette question, qui peut paraître très simple au premier abord, mérite cependant un sérieux examen. Personne ne doute, il est vrai, que la perturbation des fonctions digestives, qui survient chez la plupart des femmes enceintes et qui n'a généralement qu'une intensité modérée et une durée de quelques mois, ne soit le résultat direct et exclusif des réactions sympathiques que l'utérus exerce pendant la grossesse. Mais on pourrait croire et on a supposé, en effet, qu'il n'en était pas tout à fait ainsi des vomissemens opiniâtres et rebelles à toute médication, on a invoqué, en effet, pour les expliquer, l'influence de quelques lésions anatomiques.

S'il en était ainsi, il serait naturel d'en conclure que la suppression de la grossesse ne modifierait en rien les vomissemens. Telle est, sans doute, l'opinion de Carus et de Siebold, qui considèrent les vomissemens excessifs comme la conséquence d'une inflammation de l'estomac. Quelques auteurs les ont attribués à une phlegmasie de l'utérus ou de l'œuf; et enfin, je sais qu'un de nos confrères étrangers a constaté une suffusion séreuse entre les méninges, chez une malade qui avait succombé à des vomissemens incoërcibles.

Dans les cas que j'ai cités, et où l'examen cadavérique a eu lieu, aucune lésion propre à la mère n'a pu être observée, aucune n'est signalée non plus dans les relations assez nombreuses d'autopsies faites dans les mêmes circonstances.

Quant à la suffusion séreuse que je rappelais tout-à-l'heure, il ne faut pas oublier que la mort consécutive aux vomissemens excessifs est en grande partie le résultat de l'innition et que cette lésion peut bien n'être qu'un effet de la maladie au lieu d'en être la cause.

Il résulte donc de ces considérations et des recherches cadavériques que l'influence de quelques lésions anatomiques sur la manifestation ou la persistance du vomissement des femmes enceintes est très improbable.

Je vais faire voir maintenant que l'observation des faits prouve tout à la fois la nullité de cette influence et la part exclusive qu'y prend la grossesse.

Une jeune fille enceinte pour la première fois se présenta, il y a quelques années, à la clinique d'accouchemens, elle était enceinte de cinq mois et elle paraissait avoir été souffrante depuis longtemps, sa pâleur, sa maigreur extrême et sa faiblesse me firent supposer qu'elle était atteinte de quelqu'affection chronique grave; cependant j'appris d'elle que l'altération de sa santé était assez récente et qu'elle résultait de l'abstinence à laquelle des vomissemens continuels l'avaient condamnée.

Depuis quelques jours elle avait soudainement cessé de sentir les mouvemens de son enfant, et presqu'aussitôt les vomissemens s'étaient spontanément suspendus. Elle accoucha en effet quinze jours après son entrée à l'hôpital, d'un enfant dont la mort datait évidemment de l'époque où le fœtus avait cessé de se mouvoir.

L'honorable confrère dont j'ai déjà parlé, M. Scellier, demanda mes conseils pour une de ses clientes qui était au commencement du sixième mois d'une seconde grossesse, elle éprouvait depuis près de six semaines environ des vomissemens opiniâtres qui l'avaient réduite à un état extrême de faiblesse et de maigreur, lorsque je la vis, sa langue était sèche et rouge, sa peau chaude, le pouls fébrile, et en entrant dans sa chambre j'avais été frappé de cette odeur acide et pénétrante qu'exhalait la bouche de quelques-unes des femmes malades dont je vous ai entretenu. Après avoir conseillé quelques moyens qui n'avaient pas été essayés encore, je la quittai bien convaincu que cette maladie aurait une issue funeste, il n'en fut rien cependant. Le lendemain de ma visite, les mouvemens de l'enfant jusque-là très distincts, s'affaiblirent, puis cessèrent. Ce fut le signal d'une amélioration notable suivie un peu

plus tard d'une guérison complète. La malade se rendit alors à la campagne où elle accoucha quelques semaines après, d'un enfant mort et putréfié.

Une jeune femme, enceinte pour la première fois, et parvenue au septième mois et demi de sa grossesse, avait éprouvé des vomissemens d'une violence et d'une opiniâtreté très inquiétantes, M. Foissac, médecin de la famille, m'avait prié de la voir, et, de concert avec lui et avec un autre confrère, des moyens de traitement très divers avaient été employés sans succès. Nos collègues, MM. Jobert, Danyau et Moreau furent alors appelés ; la situation de la malade était devenue assez grave pour que la question de l'avortement provoqué fût agitée ; après une courte discussion, on décida, d'un commun accord, qu'on attendrait, et qu'une saignée du bras, possible encore, serait pratiquée. A cette saignée succéda une amélioration assez sensible et qui n'aurait probablement eu qu'une courte durée, car il en avait été déjà plusieurs fois ainsi. Mais dès le lendemain la malade cessa de sentir les mouvemens du fœtus et dès lors l'amélioration devint permanente : douze jours plus tard, un enfant mort et putréfié naquit naturellement.

Dans notre dernière séance, M. Danyau a rappelé le cas d'une femme qui avorta dans le service de notre collègue, M. Chomel; cet avortement inespéré mit fin à des vomissemens d'une intensité inquiétante.

Un cas tout à fait semblable a été observé à la Clinique d'accouchemens, il y a quelques années.

Ces faits vous paraîtront, comme à moi sans doute, compléter la solution affirmative de la question complexe que je m'étais soumise.

Oui, les vomissemens opiniâtres des femmes enceintes sont certainement liés aux conditions de la grossesse, et, de plus, ils disparaissent quand ces conditions sont suspendues soit par la mort du fœtus, soit par son expulsion spontanée.

En serait-il de même si la suppression de la grossesse était la conséquence d'une opération ?

Un de nos confrères de Paris, M. le docteur Henry de Sémur réclama mes conseils, il y a quelques années, pour une pauvre mère de famille enceinte, dont la grossesse, parvenue alors au troisième mois à peu près, avait été, dès le début, troublée par des vomissemens excessifs.

Ces accidens avaient résisté à toutes les médications employées pour y mettre un terme. Lorsque je vis cette malade, elle venait de passer une journée et une nuit, pendant lesquelles les vomissemens avaient redoublé de violence ; et notre confrère fut frappé de l'altération profonde et rapide qui, depuis la veille, s'était produite dans ses traits ; elle se plaignait d'une vive douleur de tête, d'un peu de trouble dans la vue, et ses idées n'étaient plus très lucides.

Je fis part à notre confrère et à la famille des craintes sérieuses que son état m'inspirait, et dans l'espérance, très faible il est vrai de prévenir une mort qui me paraissait inévitable, si la malade était abandonnée aux seules ressources de la nature, je proposai la provocation de l'avortement.

La malade et sa famille l'acceptèrent, et dans la journée même une bougie emplastique fut introduite sans difficulté et presque sans douleur dans la cavité utérine, je voulais seulement décoller une partie de l'œuf et donner lieu à une hémorrhagie intérieure qui provoquerait plus tard des contractions utérines ; replacée dans son lit, la malade éprouva quelques heures après une amélioration sensible.

Lorsque je la revis le soir, elle avait passé une journée assez calme, elle avait pu boire et conserver ce qu'elle avait bu, et elle n'éprouvait alors que des douleurs lombaires, celles-ci prirent très distinctement le caractère de douleurs utérines, et, en effet, le fœtus et une partie de ses annexes furent expulsés; les souffrances avaient été presque continues et très vives, et une quantité modérée de sang s'était écoulée.

Le travail avait paru s'accomplir si simplement, que notre confrère, M. Henry, qui avait passé la nuit auprès de sa malade, la quitta à cinq heures du matin sans concevoir la moindre appréhension. Cependant, vers le matin, la figure de la malade subit une altération soudaine et profonde, et elle tomba dans une prostration qui inspira les plus vives et les plus légitimes inquiétudes. M. Henry et moi nous fûmes immédiatement appelés, à mon arrivée je trouvai cette pauvre femme dans une situation à peu près désespérée. Je commençai par extraire quelques débris du délivre restés dans le vagin, et nous nous empressâmes d'employer nous-mêmes les moyens qui nous parurent le plus propres à ranimer cette vie prête à s'éteindre, mais ce fut en vain, la malade expira dans la journée.

L'autopsie, à laquelle les parens consentirent, ne révéla aucune lésion qui pût expliquer ni les vomissemens ni la mort.

Une dame américaine, cliente de notre confrère, M. Trousseau, s'était mariée à l'âge de 30 ans, et elle devint enceinte peu de temps après, dès ce moment la grossesse fut compliquée de vomissemens excessifs.

Malgré le nombre, la variété et l'énergie des moyens employés pour les combattre, ils persistèrent avec une désespérante intensité. Notre confrère me parla de cette malade en me prévenant que, sans doute, il réclamerait mon assistance, se promettant bien de le faire en temps utile. Cependant, soit en raison de la rapidité imprévue des accidens, soit à cause de l'hésitation bien naturelle avant de prendre un parti aussi grave que celui de l'avortement provoqué, je ne fus prévenu qu'à une époque très avancée de la maladie.

Déjà une céphalalgie intense et continue, un obscurcissement très notable de la vue, quelques légères divagations, une sécheresse excessive de la bouche et de la gorge, une soif inextinguible, une faiblesse inouie attestaient que la malade avait atteint la dernière période.

Après avoir exposé au mari l'extrême gravité de la situation, nous parlâmes, mon collègue et moi, de la provocation de l'avortement comme d'une ressource extrême, à laquelle on pouvait recourir ; mais avec peu de chances de succès ; nous avions dû présenter cette espérance avec une extrême réserve. Cependant, après un instant de réflexion calme et froide en apparence, et qui dissimulait mal une profonde douleur, le mari demanda que cette chance de salut fût tentée.

La pauvre malade y consentit elle-même. Quelques heures après, j'introduisis une sonde dans l'utérus, et perforai les membranes de l'œuf. Une très petite quantité de liquide amniotique s'écoula. Cependant, cette première partie de l'opération fut suivie d'une amélioration très sensible. Les vomissemens furent soudainement suspendus.

La malade, qui depuis plusieurs jours n'avait pu qu'humecter sa bouche, but sans peine et sans nausées un mélange d'eau et de vin de Xérès glacé, ainsi qu'un mucilage léger de graine de lin.

Dans la journée, des douleurs utérines se manifestèrent, et l'avortement eut lieu vers le soir.

La malade avait bu et parfaitement conservé d'abord l'eau mucilagineuse et du lait, puis, plus tard, du bouillon gras glacé; cependant, quoique dans la première heure qui suivit l'opération, la patiente eût pris plus de substances qu'elle n'en avait pu conserver pendant le cours des six dernières semaines, il était bien difficile que les effets de cette longue abstinence fussent atténués. La faiblesse excessive, la contraction des pupilles, le trouble de la vision et de l'ouïe persistèrent au même degré.

Vers la soirée du premier jour, vingt-quatre heures environ après l'opération, la peau parut se refroidir ; la nuit, d'abord assez calme, devint agitée, et vers la matinée, la malade se plaignit d'une dyspnée qui s'aggrava rapidement, et fut remplacée, quelques heures après, par une prostration extrême, pendant laquelle elle s'éteignit sans douleur.

Je fus appelé par un de nos confrères, M. Guérin, l'un des anciens prosecteurs de la Faculté de médecine, auprès d'une jeune femme enceinte de deux mois et demi environ, et dont la grossesse s'était compliquée dès les premiers jours de vomissemens violens : ces accidens avaient persisté sans interruption, jusqu'au moment où je la vis pour la première fois, c'est-à-dire depuis les premiers jours de janvier jusqu'au milieu du mois de mars; ils étaient devenus presque incessans depuis trois semaines.

Un état perpétuel de malaise et de souffrance, l'amaigrissement, l'impossibilité de supporter la lumière, une réaction fébrile continue en avaient été les conséquences. L'impression que son aspect produisit sur moi, dès ma première visite, fut celle d'une maladie grave et qui tendait à le devenir beaucoup plus encore. Pendant plusieurs jours, M. Guérin et moi nous vîmes ensemble cette malade, et comme aucun soulagement, même momentané, n'avait été produit par les médications diverses auxquelles on avait eu recours, et que le mal faisait d'ailleurs des progrès rapides.

La provocation de l'avortement fut discutée entre nous, puis proposée à la malade et à sa famille.

La conscience d'un grand danger et le pressentiment d'une issue funeste étaient telles que cette proposition ne rencontra aucune opposition de la part de la malade ni des siens. Le procédé opératoire auquel je donnai la préférence ne provoqua de contractions utérines efficaces et l'expulsion de l'œuf que le quatrième jour. La provocation de l'avortement avait eu lieu le mercredi 25 mars, l'expulsion de l'œuf se fit le dimanche suivant 29.

Pendant cette assez longue attente, les accidens ne furent pas un seul instant suspendus, mais ils cessèrent complètement dès que l'avortement fut accompli. Depuis le dimanche jusqu'au samedi 4 avril, il y eut un calme remarquable. La malade put supporter des alimens liquides, elle en essaya même de solides sans m'avoir consulté; elle se fit étendre sur une chaise longue et approcher de la croisée pour jouir enfin de la lumière dont elle était depuis longtemps privée. Cependant dans la matinée du dimanche 5 avril, elle fut prise d'un violent frisson suivi d'un vomissement et plus tard d'une grande agitation. Je prescrivis alors un lavement préparé avec un gramme de camphre, qui fut pris à une heure avancée dans la soirée, peu de temps après elle se plaignit d'une odeur et d'une saveur insupportable de camphre, et, sous l'influence de cette impression, quelques efforts de vomissemens se manifestèrent encore, mais ils se suspendirent spontanément peu de temps après. A partir de ce moment, commença une série de phénomènes caractéristiques d'une affection puerpérale à laquelle elle succomba le mardi 14 avril, c'est-à-dire seize jours après l'avortement accompli.

L'autopsie ne nous permit de reconnaître aucune trace d'une lésion qui aurait pu rendre compte de l'opiniâtreté et de la gravité des vomissemens; mais une altération importante me frappa, ce fut une de ces destructions grangréneuses que l'on observe parfois à la suite des affections puerpérales mortelles.

Cette altération avait son siége à l'extrémité gauche de l'estomac qu'elle avait en partie détruite. A cette même époque une altération parfaitement semblable par sa nature et par son siége était constatée à la clinique d'accouchemens, chez une femme qui avait succombé à une fièvre puerpérale épidémique.

Une jeune femme de 21 ans devint enceinte dans les premiers mois qui suivirent son mariage, et avant qu'on pût même soupçonner la grossesse, elle éprouva des nausées et des vomissemens que l'on attribua naturellement à une autre cause, particulièrement à une irritation gastrique ; elle était alors loin de Paris, et les premiers médecins dont l'assistance fut réclamée prescrivirent un traitement anti-phlogistique. Un peu plus tard, quelques accidens nerveux s'étant ajoutés à la perturbation des fonctions digestives, on crut à l'existence d'une fièvre typhoïde et même d'une fièvre pernicieuse.

M. Trousseau, médecin de la famille, ayant été appelé, constata une grossesse, et par conséquent la véritable cause des accidens gastriques, et comme ils avaient déjà paru sérieux, il prescrivit différens moyens qui durent être successivement employés.

Le mal n'en fit pas moins d'assez rapides progrès, et sous l'influence d'un malaise excessif et continu de la fatigue douloureuse produite par les vomissemens, de l'abstinence forcée qui en était le résultat, cette jeune femme, qui était remarquable de fraîcheur et d'embonpoint avant d'être enceinte, fut bientôt réduite à un état de maigreur et de faiblesse alarmans.

Ce fut dans cette condition fâcheuse que je la trouvai lorsque je me rendis auprès d'elle avec mon collègue M. Trousseau.

La malade était sous l'influence d'une fièvre intense et continue; sa figure était profondément altérée et les vomissemens avaient résisté à tous les moyens employés pour les suspendre.

Nous pensâmes, après une discussion sérieuse, devoir proposer la ressource extrême de l'avortement.

Les trop justes alarmes de la famille la disposaient à accepter cette chance de guérison.

J'introduisis donc d'abord une bougie, puis une sonde de gomme élastique dans la cavité utérine; un peu de sang s'écoula et je pensai qu'il conviendrait de ne retirer la sonde qu'après une ou deux heures, dans l'espoir que ce corps étranger provoquerait des contractions utérines ; celles-ci ne se manifestèrent cependant que le quatrième jour. et elles eurent pour résultat l'expulsion d'en fœtus de huit à neuf semaines.

Rappelé auprès de la malade huit jours après, je fis l'extraction du délivre.

Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'introduction de la bougie, et avant la manifestation des douleurs utérines, il y avait encore eu quelques vomissemens; ils cessèrent complètement après l'expulsion du fœtus.

Le rétablissement de cette jeune femme a été prompt; et elle est aujourd'hui parvenue au septième mois d'une nouvelle grossesse qui n'a été troublée par aucun des accidens graves qui avaient compromis la première.

Tels ont été, Messieurs, les résultats des seules applications que j'aie faites de l'avortement provoqué au traitement des vomissemens opiniâtres. S'ils ont été jusqu'à présent peu favorables, il n'est pas difficile d'en reconnaître la cause. La crainte très naturelle de recourir à cette extrême ressource, avant que la nécessité en fût bien évidente, avait donné lieu, dans les deux premiers cas, à de nombreuses hésitations, et la période pendant laquelle l'opération pouvait être réellement profitable s'était écoulée; il est résulté, de ce long et fâcheux retard, que les malades ont succombé aux effets devenus irremédiables de la fatigue et des douleurs incessantes produites par les vomissemens, et surtout à ceux d'une abstinence trop prolongée. Il est permis de croire que les souffrances de la parturition provoquée et la perte inévitable d'une certaine quantité de sang ajoutées à une situation déjà très grave, ont rendu celle-ci un peu plus rapidement mortelle.

L'issue funeste du troisième cas ne saurait être imputé à la même cause. Cet insuccès n'a pas été comme les précédens, le résultat de la maladie pour la guérison de laquelle l'opération avait été pratiquée. Il a été la conséquence de l'avortement même, conséquence possible de tout avortement provoqué pour quelque motif que ce soit, et même de tout accouchement naturel.

Dans le dernier cas, enfin, la provocation de l'avortement a été suivie d'un succès complet.

Si vous ajoutez à ce cas heureux les succès obtenus par MM. Griolet, Robert Lee, Davis et Churchill, et que notre collègue, M. Danyau, vous a rappelés récemment, vous reconnaîtrez que l'avortement provoqué dans les cas de vomissemens opiniâtres compte certainement sept et probablement neuf succès.

Il est en outre un fait important, qui ne vous aura pas échappé, c'est que, dans tous les cas heureux ou malheureux, la suppression artificielle des phénomènes de la grossesse, a suspendu les vomissemens, je n'en excepte pas même celui auquel M. Cazeaux a fait allusion en disant : « J'ai moi-même lu que dans un cas où j'avais refusé de pratiquer l'avortement, opération qui fut faite par un autre confrère, les vomissemens avaient persisté et la malade avait succombé. » Il est malheureusement trop vrai que la malade a succombé, non pas à la persistance des vomissemens, mais à des attaques répétées et très imprévues d'éclampsie.

Quant aux vomissemens, ils ont été immédiatement arrêtés par l'opération. M. Depaul, qui, d'après mes conseils, s'était rendu auprès de cette malade à quelque distance de Paris, a, sur ce dernier point, des renseignemens très positifs.

Ainsi se trouve résolue la question que je m'étais proposée : celle de savoir si les vomissemens opiniâtres sont assez intimement et assez exclusivement liés aux conditions mêmes de la grossesse, pour que la suppression artificielle ou spontanée de ces conditions soit sûrement suivie de la suppression des vomissemens, aucun doute ne saurait maintenant exister à cet égard. Je pense donc, en reprenant toutes les conséquences que j'ai successivement déduites des faits qui précèdent, que M. Cazeaux a été induit en erreur par ses lectures ou par ses souvenirs, lorsqu'il a dit : que les vomissemens cessent en général spontanément dans quelque état de faiblesse et d'épuisement qu'ils aient jeté les malades. Que la provocation ne suspend pas toujours les vomissemens pour la guérison desquels elle a été entreprise, et enfin que cette opération a été suivie de la mort de presque toutes les femmes qui l'ont subie.

Il reste encore une dernière question, dont je ne veux ni atténuer, ni exagérer les difficultés. Il s'agit de savoir s'il est possible de fixer l'époque à laquelle l'avortement peut être provoqué, sans que l'accoucheur ait à craindre ou de compromettre la grossesse avant que ce sacrifice soit absolument nécessaire, ou de recourir à cette extrémité lorsque déjà un mal irremédiable aurait été produit.

On pourrait désirer sans doute que l'indication fût plus précise encore. J'ai déjà dit que si cet avantage peut être obtenu, il le sera plus tard, selon toute apparence, par l'observation attentive de faits nombreux. Mais en attendant, les règles que je viens de poser me paraissent devoir suffire à tout esprit éclairé et judicieux. Prétendre le contraire, c'est exiger de l'art des accouchemens pour une circonstance exceptionnelle, une perfection de pronostic à laquelle pour des cas beaucoup plus communs et tout aussi graves, la chirurgie n'est point encore parvenue.

Je sais que dans la question présente, il ne faut rien précipiter, que dans quelques cas de vomissemens en apparence très graves une guérison spontanée et inattendue a eu lieu; M. Cazeaux vous en a cité un remarquable exemple qu'il avait appris de moi-même, quelques autres pourraient y être ajoutés.

Mais à ces cas exceptionnels on peut malheureusement en opposer beaucoup d'autres d'une nature très différente et qui prouvent que l'espoir d'une guérisson impossible a couté la vie à de pauvres femmes qu'avec moins d'hésitation on aurait pu sauver. J'en veux citer un exemple qui ne manque pas d'intérêt, il a été publié par le docteur Haighton. Je laisse parler l'auteur.

« Des vomissemens opiniâtres alternaient avec une diarrhée excessive. Il en résulta dans l'espace de quelques jours un épuisement extrême dont je fus très alarmé. Je priai alors la mère de la jeune malade de permettre qu'elle fût préparée à un accouchement prochain, cette demande fut accueillie sans objection. Je prescrivis d'abord un bain de siége qui parut aggraver les accidens sans produire l'effet désiré, la grossesse était parvenue alors au septième mois, et il me parut impossible

que la malade continuât de vivre jusqu'au neuvième. Je proposai en conséquence la provocation de l'accouchement prématuré. Ne voulant cependant pas assumer sur moi seul la responsabilité de cette grave mesure, je priai les parens de m'adjoindre quelque confrère recommandable. Celui qu'ils choisirent adopta sans peine mon opinion quant à la nature de la maladie, mais le danger ne lui parut pas pressant, et il fut d'avis qu'une décision pouvait être remise à quinze jours. Je lui demandai s'il ne pensait pas qu'ayant suivi jour par jour les progrès du mal, j'étais plus capable de bien apprécier le danger qu'il ne pouvait l'être lui-même, après une visite accidentelle, il convint que je pouvais avoir raison, mais il me demanda le temps de réfléchir. Nous revîmes la malade dans la soirée. Par un hasard malheureux, elle avait pu prendre et conserver une certaine quantité d'alimens sans en être plus souffrante. Mon confrère fut naturellement affermi dans l'opinion qu'il avait exprimée. Je lui fis observer cependant que le changement qui venait de s'opérer n'était qu'une de ces améliorations passagères et trompeuses dont j'avais été déjà témoin plusieurs fois et qui se terminerait probablement par une crise fâcheuse de diarrhée.

Les opérations que j'ai pratiquées et dont je vous ai rendu compte permettent déjà de poser une première règle. C'est de ne jamais provoquer l'avortement dans les cas de vomissemens opiniâtres, lorsque les phénomènes qui caractérisent la dernière période de la maladie se sont manifestés. Ces phénomènes sont un affaiblissement porté au plus haut degré, une céphalalgie continue, un obscurcissement prononcé de la vue, une somnolence comateuse et un certain désordre des facultés intellectuelles.

J'ai à peine besoin de dire qu'à cette première règle la raison en ajoute une seconde, c'est celle de s'abstenir également, mais par un motif contraire, lorsque les vomissemens, quoique violens et répétés, n'ont cependant pas pour résultat le rejet de toutes les substances alimentaires ; lorsque la malade déjà amaigrie et affaiblie, ne l'est pas encore assez pour être obligée de garder le lit ; lorsque le malaise et la souffrance n'ont pas encore provoqué une réaction fébrile intense et continue ; lorsqu'enfin les moyens variés et nombreux dont l'expérience a démontré l'efficacité dans quelques cas n'ont pas encore été tous employés sans succès.

La provocation de l'avortement dans le premier cas aurait le grave inconvénient de ne pas sauver les malades, de précipiter peut-être leur fin et de compromettre l'art. Elle aurait, dans le second, le tort non moins grave de sacrifier une grossesse qui aurait pu peut-être parvenir heureusement à son terme.

C'est donc dans la période intermédiaire aux deux précédentes que l'avortement peut être provoqué, dans cette période, que caractérisent : 1° des vomissemens presque incessans, par lesquels toutes les substances alimentaires, quelquefois même la moindre quantité d'eau pure, sont infailliblement rejetés ; 2° un amaigrissement et une faiblesse qui condamnent la malade au repos le plus absolu ; 3° des syncopes qui résultent des moindres mouvemens ou de l'émotion même la plus légère ; 4° une altération profonde des traits ; 5° une réaction fébrile forte et continue ; 6° une acidité excessive de l'haleine, enfin, l'insuccès de toutes les médications qui ont été essayées. Mais dans cette période même, dont la durée est variable, et pendant laquelle apparaissent successivement les phénomènes divers que je viens de rappeler, il faut encore choisir le moment opportun. Ce moment me paraît arrivé lorsque l'impuissance des médications les mieux indiquées ayant été reconnue, on voit la fièvre persister au même degré, et l'affaiblissement et la maigreur de la malade faire des progrès sensibles. L'accoucheur déclare alors la convenance de l'avortement provoqué, laissant à la famille, éclairée et consultée par lui, le soin de décider en dernier ressort.

L'événement ne justifia que trop mon pronostic ; et, dès le lendemain, la situation était devenue extrêmement alarmante. Je lui dis alors que s'il était encore indécis, je ne l'étais plus ; qu'il pouvait, s'il le jugeait convenable, provoquer l'accouchement ; que, quant à moi, je croyais le moment favorable entièrement passé. Il en jugea de même ; et, deux jours après, notre pauvre malade n'existait plus.

Tel est le récit instructif du docteur Haington. Je ne doute pas que si tous les cas malheureux par la même cause étaient publiés, ils ne fussent nombreux.

Chose étrange, Messieurs, plus je pénètre dans ce sujet délicat et grave, plus je suis convaincu que des deux questions comprises dans le rapport de M. Cazeaux, et qui sont relatives à la provocation de l'avortement, celle qu'il a cru devoir résoudre négativement, est précisément celle dont la solution affirmative devait être le plus facilement acceptée.

Remarquez, en effet, que la provocation de l'avortement, dans les cas de vomissemens incoërcibles, a pour raison déterminante la nécessité, elle n'implique pas une préférence accordée à l'une des deux existences aux dépens de l'autre ; elle n'a pas pour but le sacrifice de l'une, afin d'épargner à l'autre les chances d'une mort extrêmement probable, il est vrai, mais enfin d'une mort qui n'est pas certaine. Et si ce sacrifice est consommé, ce n'est pas du moins comme dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, dans l'intérêt d'un malheureuse qui n'a pas et qui n'aura jamais d'avenir maternel. (Le succès que j'ai obtenu prouve assurément le contraire.) L'accoucheur qui prend la sérieuse résolution de provoquer l'avortement pour arrêter des vomissemens qui ont été jusque-là rebelles à toutes les médications, peut avoir la conviction que les deux existences sont également en péril, il peut consciencieusement penser que s'il s'abstient, elles périront infailliblement l'une et l'autre ; il est donc en droit d'intervenir pour sauver du moins la seule dont le salut soit possible. S'il est arrêté par quelques considérations, il ne l'est que par celles qui justifient une prudente hésitation dans un certain nombre d'opérations chirurgicales importantes.

Des faits et des raisonnemens qui précèdent, je crois donc pouvoir conclure, que l'exclusion relative à l'avortement provoqué qui est implicitement contenue dans la sixième conclusion du rapport, ne saurait devenir un des principes de l'art obstétrical, d'abord pour les motifs qui précèdent, et pour d'autres encore qu'il serait trop long d'exposer maintenant.

Je ne crois pas, d'ailleurs, me hasarder beaucoup en affirmant que si notre collègue, M. Cazeaux, avait sous les yeux le douloureux spectacle d'une pauvre patiente enceinte et en proie à des vomissemens incessans, épuisée par la fatigue, la souffrance, la privation de sommeil, la fièvre et l'inanition, ne trouvant pour la soulager que des médications impuissantes, si de plus, ce qu'à Dieu ne plaise, cette patiente était ou sa femme, ou sa fille, il serait bien malheureux en se souvenant des tristes histoires que l'Académie vient d'entendre, s'il pouvait se croire lié par la règle absolue qu'il aurait trop précipitamment posée.

Qu'il me soit permis, en terminant, de rappeler l'opinion que j'ai exprimée dès le début de cette discussion.

Je persiste à penser qu'il eût été plus convenable que notre confrère, M. Lenoir, en communiquant à l'Académie l'observation d'un cas intéressant de pratique obstétricale ne demandât pas pour cette communication le privilége exceptionnel, et, dans l'espèce, le privilége impossible, d'une déclaration de principes. La communication de notre confrère, pour n'avoir pas obtenu le résultat qu'il avait espéré, n'en aura pas moins l'importance à laquelle elle pouvait prétendre. Accueillie par l'Académie et longuement discutée devant ce corps savant, elle devra à la publicité qu'elle en aura reçue et à la discussion qu'elle aura provoquée, une valeur réelle, et elle restera un document précieux dont les accoucheurs pourront s'autoriser, sans doute, mais dans les sages limites que la discussion a posées.

M. Velpeau regrette de se trouver en dissentiment avec M. Dubois. Mais ce dissentiment est plus apparent que réel. Assurément si, dans l'opinion de M. Dubois, il est permis de pratiquer l'avortement, à bien plus forte raison doit-il être permis de le faire dans le cas de rétrécissement extrême du bassin. Ces abus que l'on craindrait dans un cas ne seraient pas moins à craindre dans l'autre. Si l'on considère d'une part que les vomissemens des femmes enceintes ne sont pas toujours mortels, et d'autre part que l'avortement n'est pas toujours suivi de guérison, on ne comprend pas bien pourquoi on recommanderait plutôt cette pratique dans les cas de vomissemens que dans les cas de rétrécissemens du bassin où les indications en sont beaucoup plus précises et susceptibles d'une appréciation rigoureuse.

M. Cazeaux. (Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer la réponse de l'honorable rapporteur au prochain numéro. Nous croyons cependant devoir faire connaître l'issue de la discussion et la conclusion proposée par la commission, qui a été adoptée par l'Académie) :

« Considérant que dans le cas de la fille Julie Gros, M. le docteur Le- »noir, en s'appuyant sur l'exemple déjà donné par deux praticiens, et »sur l'avis de plusieurs consultans, était suffisamment autorisé à provo- »quer l'avortement;

»L'Académie remercie cet honorable médecin de son intéressante com- »munication et renvoie son mémoire au comité de publication. »

La conclusion de la commission est mise aux voix et adoptée à une grande majorité.

La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le comité secret, pour entendre le rapport de la section d'accouchemens, sur le classement des candidats à la place vacante dans cette section, n'a pu avoir lieu hier à l'Académie de médecine ; il a été renvoyé à la séance prochaine.

Voici la liste, par ordre de mérite, arrêtée par la section :

MM. Lenoir,
Depaul,
Jacquemier,
Devilliers,
Collombe,
F. Hatin.

C'est la deuxième fois que la section porte M. Lenoir en première ligne.

— La chaire de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine de Toulouse étant devenue vacante par la nomination de M. le docteur Dupré à une des chaires de clinique médicale de la Faculté de Montpellier, M. le ministre de l'Instruction publique a invité l'école de Toulouse à lui présenter un liste de candidats. Les professeurs de cette école se réuniront le 12 avril pour délibérer sur ce sujet.

Un honorable confrère nous fait l'honneur de nous adresser les questions suivantes, avec prière d'y répondre.

1° Un officier de santé, reçu en France, qui a été prendre le titre de docteur en médecine dans une université étrangère, a-t-il le droit d'inscrire sur sa porte son titre de docteur, de le faire imprimer sur ses cartes de visite, et de faire suivre son nom sur ses ordonnances de ces initiales D.-M. ?

Réponse : Nous ne connaissons aucun article de loi qui défende de prendre un titre réel, qui appartient véritablement à l'individu qui s'en sert, et sur la légitimité duquel il peut fournir des preuves. Le titre de docteur en médecine d'une faculté étrangère nous paraît inaliénable. L'individu qui le possède a, selon nous, le droit de l'accoler à son nom et de s'en servir dans tous les cas où cela lui semble convenable.

2° Cet officier de santé, reçu docteur dans une université étrangère, a-t-il le droit, sans autorisation du chef de l'Etat, de pratiquer la médecine à titre de docteur français, est-il soustrait aux obligations et aux restrictions que la loi impose aux simples officiers de santé ?

Réponse : Non ; si une autorisation spéciale ne lui a pas été accordée, cet officier de santé ne peut exercer la médecine que dans les conditions du titre qui lui a été conféré en France. Il est soumis aux prescriptions de la loi à cet égard. Il existe plusieurs jugemens et arrêts sur la matière. Ces prescriptions étant connues de tous, il est inutile de les rappeler.

Amédée Latour.

Le gérant, Richelot.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et Cie,
Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 40. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 3 Avril 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. .... 32 Fr. :
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.............. 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

OBSERVATION DE TUBERCULISATION GÉNÉRALE DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE ET DE PLUSIEURS AUTRES ORGANES DE L'ÉCONOMIE; par M. le docteur Ch. TEIRLINCK, professeur de pathologie chirurgicale à l'Université de Gand, membre de la Société de médecine de Gand, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 30 Mars 1852.)

Le 24 octobre 1848, entre à l'hôpital civil de Gand le nommé Jean-Léonard Van Hove, de Nevele. Il fut placé dans la salle des vénériens, comme atteint d'une épididymite blennorrhagique. Cet homme, célibataire, âgé de 32 ans, exerçant la profession de tisserand, était d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une constitution faible et délicate, à système musculaire peu développé, et présentait tous les attributs du tempérament lymphatique. Interrogé sur ses antécédens, il répondit qu'il n'avait jamais souffert d'aucune maladie grave et qu'il n'avait pas été atteint, jusque là, de maladies vénériennes. Relativement au mal dont il était alors atteint, il raconta que quelques jours après un coït suspect et après avoir éprouvé des douleurs légères dans le canal de l'urètre, sans aucun écoulement, le testicule gauche devint douloureux, et se tuméfia. Pendant plusieurs jours il appliqua sur la tumeur des cataplasmes émolliens et porta un suspensoir. C'est alors que, voyant son mal résister à ces remèdes, il se décida à entrer à l'hôpital. Ayant pris connaissance des renseignemens donnés par le malade et sans me livrer à un examen très attentif de la tumeur, je confirmai le diagnostic porté par l'élève qui avait reçu le malade, c'est-à-dire l'existence d'une épididymite occasionnée par une blennorrhagie fixée dans les parties profondes de l'urètre. Un traitement en rapport avec ce diagnostic fut employé. J'ordonnai l'application de dix sangsues sur le trajet du cordon spermatique gauche, et des cataplasmes émolliens sur le testicule, qui fut soutenu par un suspensoir. Je condamnai le malade au repos, dans la position horizontale, je lui prescrivis une tisane nitrée et un bain tous les deux jours. Sous l'influence de ces moyens, l'irritation urétrale s'apaisa et l'inflammation de l'épididyme diminua au point que je crus à une résolution prochaine du mal. Je pensai convenable de la hâter par l'application d'un emplâtre de Vigo. L'engorgement de l'épididyme décrût considérablement, mais au niveau de l'extrémité inférieure de cet organe il persista une tumeur de la grosseur d'une fève, appartenant manifestement au tissu cellulaire sous-scrotal. Ce noyau rougit et s'enflamma. Je le considérai comme un petit flegmon. Il se ramollit, devint fluctuant et un coup de lancette donna issue à une petite quantité de pus de bonne nature, véritablement phlegmoneux. Des cataplasmes émolliens furent de nouveau mis en usage. Le foyer suppura pendant quelques jours et se ferma, mais à côté du premier abcès il s'en forma bientôt un autre de la grosseur d'une aveline, qui fut également ouvert et fournit aussi du pus de bonne nature. Il se cicatrisa comme le précédent. Mais l'épididyme resta induré et j'eus de nouveau recours à des moyens fondans. L'induration diminua, mais ne disparut pas complètement. Enfin, le malade se trouvant bien et croyant pouvoir reprendre son travail, demanda sa sortie. Je la lui accordai, tout en lui conseillant encore l'emploi d'un emplâtre de Vigo. Il quitta l'hôpital le 29 décembre.

Il y rentra le 14 mars 1849. Il nous apprit que, sans cause connue, les douleurs qu'il avait déjà ressenties dans les parties profondes de l'urètre étaient revenues plus vives et plus étendues que la première fois. Il accusait au périnée une sensation de pesanteur et un besoin incessant d'aller à la garde-robe sans pouvoir y satisfaire. Il éprouvait de fréquens besoins d'uriner, de la strangurie, et le jet de l'urine avait diminué de volume. Les urines étaient troubles et laissaient déposer une légère couche de mucus blanchâtre. La région hypogastrique était douloureuse au toucher. Vers le soir, il y avait une légère réaction fébrile, précédée de frissons. Ayant porté le doigt dans le rectum, je trouvai la prostate dure, chaude, très douloureuse au toucher. Je diagnostiquai un engorgement inflammatoire de la prostate avec cystite superficielle, concentrée surtout autour du col de cet organe. Un traitement convenable, consistant en une application de douze sangsues au périnée, en lavemens adoucissans, en cataplasmes émolliens et laudanisés sur l'hypogastre, en bains tièdes, etc., firent promptement tomber les symptômes inflammatoires et cesser les accidens qui tourmentaient le malade. Mais pendant ce temps se préparait un nouvel événement, qui devait bien cruellement nous désabuser et vivement blesser notre amour-propre. Le testicule gauche était resté légèrement induré, tandis que celui du côté droit n'avait pas souffert; mais bientôt il devint dur, bosselé, inégal, légèrement douloureux, et la peau du scrotum rougit. La tumeur se ramollit partiellement, un abcès se manifesta; je l'ouvris, et, à mon grand étonnement, j'obtins un pus mal lié, d'une couleur jaune-verdâtre et grumeleuse. Je m'empressai d'examiner l'intérieur du foyer, et je constatai manifestement, comme je le soupçonnais déjà, qu'il était le résultat de la fonte d'un tubercule siégeant dans l'épididyme, qu'il provenait d'une véritable caverne tuberculeuse. Dès ce moment, la lumière se fit dans mon esprit, et je vis clair dans une affection qui, jusque là, m'avait toujours, à certains égards, paru obscure et singulière. Je fis un examen minutieux du malade, je le soumis à un nouvel interrogatoire, je rapprochai des renseignemens qu'il me fournit, le mode de succession des différentes phases du mal, et j'acquis la conviction que jusque là je m'étais abusé sur la véritable nature du mal, et que loin d'avoir affaire à des accidens de nature blennorrhagique, je me trouvais au contraire devant une affection tuberculeuse. Je fis de nouvelles investigations relativement à l'état de la prostate, et je pus m'assurer que cet organe était aussi induré par places et bosselé, et participait très vraisemblablement à l'altération des testicules. Bientôt, malgré l'emploi des remèdes généraux et locaux propres à combattre l'affection tuberculeuse, de nouveaux accidens surgirent, qui ne purent nous laisser aucun doute sur l'étendue du mal, sur l'impuissance de tous les moyens dont dispose la thérapeutique et sur une issue fatalement funeste. En effet, pendant que la lésion des testicules continuait à s'aggraver, il se préparait, du côté des parties profondes de l'urètre et de la vessie, un travail morbide qui allait produire de nouveaux troubles, de nouveaux désordres, et aggraver singulièrement la position déjà si précaire du malade. L'émission des urines, qui jusqu'à ce moment s'était faite avec difficulté et douleur, devint complètement impossible, et un engorgement œdémateux se manifesta dans la région du périnée, immédiatement au devant de l'anus. Pensant que la rétention d'urine était due aux altérations de la prostate, et que l'empâtement œdémateux du périnée annonçait qu'il se faisait dans cet organe ou dans le tissu cellulaire voisin un travail de suppuration, j'introduisis le doigt dans le rectum pour explorer la glande prostatique, et je pus reconnaître, en pressant sur sa face inférieure, qu'il s'y était opéré un travail de ramollissement, qu'il s'y était formé une collection purulente. Je remis au lendemain l'ouverture un foyer purulent; mais à la visite du matin, je trouvai que la tumeur périnéale était également devenue fluctuante et était sur le point de s'ouvrir. C'est ce qui eut lieu le lendemain. Il s'écoula une notable quantité de pus contenant des grumeaux caséeux. Le lendemain, le malade nous dit qu'il perdait de l'urine par le périnée, et, en effet, nous pûmes constater que l'abcès s'était également ouvert du côté de l'urètre. Tous les moyens que commandaient les circonstances furent employés, afin de parer, autant que possible, aux accidens qui menaçaient le malade. Les forces du malade commencèrent à décliner, et un amaigrissement se manifestant, il y fut pourvu par une alimentation substantielle et une médication tonique.

Pendant quelque temps, le malade se maintint dans un état assez satisfaisant. L'amaigrissement cessa de faire des progrès et les forces revinrent même un peu. L'abattement moral et le désespoir dans lequel il avait été plongé, firent place, dans son esprit, à des espérances que malheureurement nous savions être illusoires. Bientôt, en effet, surgit une nouvelle complication qui vint cruellement le détromper : une tumeur fluctuante apparut soudainement dans le pli de l'aine droite, au-dessus de l'arcade crurale. Elle grandit rapidement et souleva fortement la peau, qui bientôt rougit et s'amincit. Nous jugeâmes convenable de l'ouvrir. Un coup de lancette donna issue à une quantité considérable de pus assez consistant, mais verdâtre, et un stylet introduit dans le foyer, permit de reconnaître que le pus venait du fond de la fosse iliaque droite. L'ouverture continua de verser du pus, mais deux jours après, nous

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — Animation de la médecine belge. — Ses causes. — L'Académie, les Universités, les journaux belges. — Tout n'est pas à louer. — M. Stas et M. Orfila. — Le dîner donné par M. Seutin. — Excès d'hospitalité. — Le cancer et la syphilis. — Les deux rapports sur le choléra.

La Belgique médicale se trouve à cette heure dans un état d'animation qui contraste singulièrement avec la torpeur dans laquelle le corps médical français semble s'être engourdi. Plusieurs événemens d'une plus ou moins grande importance ont contribué à faire naître et à entretenir jusqu'à ce moment cette sorte d'excitation que je signale chez nos confrères belges. Disons, d'abord, que nulle part — et cela se conçoit par l'étendue relativement médiocre du territoire — l'influence des chemins de fer n'a été aussi profonde qu'en Belgique. Le réseau complet de voies ferrées qui enveloppe ce royaume, a rendu les communications de ville à ville, et de toutes les villes à la capitale si faciles, qu'il a été possible, par exemple, et pour ne pas sortir de notre cercle médical, d'instituer une Académie de médecine à Bruxelles, dont les membres ont pu être choisis dans toutes les principales villes de la Belgique. Ainsi, les académiciens de Louvain, de Gand, d'Anvers, de Liége, peuvent-ils assister et assistent-ils aussi bien que les académiciens de Bruxelles aux séances de l'Académie qui ont lieu le dernier samedi de tous les mois, à midi, et revenir dîner chez eux. Cette condition produit des résultats dont nous n'avons pas d'idée en France. Une question médicale ne s'agite pas seulement dans le sein d'une Académie; elle se généralise tout aussitôt; les provinces y prennent la même part, et y apportent leur contingent simultanément avec la capitale. Chez nous, au contraire, le mouvement parti de Paris ne se propage que lentement et tardivement dans les départemens; la participation, qui pourrait être si fructueuse, de nos confrères des départemens aux grandes questions qui s'agitent à Paris, cette participation est rare, isolée; c'est un événement qu'on ne manque pas de signaler au procès-verbal, que la présence d'un membre correspondant aux séances académiques; à ses correspondans, d'ailleurs, il faut le dire, à leurs lumières, à leur concours, l'Académie fait trop rarement appel; Paris s'isolant, les départemens s'abstiennent, et voilà pourquoi nous ne voyons pas chez nous ce mouvement général, cette sorte de secousse électrique qui, de temps à autre, se fait sentir dans le corps médical belge.

Une autre cause de cette différence existe dans les institutions d'enseignement. En Belgique, les provinces, sous le rapport scientifique et surtout médical, ont conservé les traditions, les usages, les mœurs des Universités allemandes. La capitale, sous ce rapport, n'étouffe et n'annihile pas les provinces; celles-ci, à leur tour, n'ont pas voulu se laisser absorber par la capitale. Mais ce n'est pas seulement en maugréant contre la centralisation que nos confrères belges ont lutté contre elle. C'est en faisant aussi bien que la capitale, et quelquefois mieux qu'elle, qu'ils ont conservé à leur enseignement, à leurs Sociétés savantes, à leurs journaux, une influence sérieuse et un rang distingué. Les Universités de Louvain, de Gand, de Liége, luttent avec avantage contre l'Université de Bruxelles; les Sociétés médicales d'Anvers, de Bruges, de Gand ont des séances aussi bien remplies, aussi intéressantes que celles de l'Académie royale de médecine, et leurs journaux — je le constate avec regret pour nos départements français — le disputent en intérêt, en étendue et en valeur avec les journaux de la capitale.

Mes lecteurs de la Belgique peuvent voir par ce petit préambule qu'il n'y a dans mon esprit aucune préoccupation d'un patriotisme étroit et jaloux et que je sais honorer leurs efforts, leur zèle et leurs succès. Je me permets cette remarque, afin que si plus tard, si tout à l'heure peut-être, j'avais à signaler quelque incident qui ne me parût pas tout à fait digne de louange, ils soient bien convaincus que je ne cède qu'à un pur sentiment de justice et de vérité.

Et pour me débarrasser à l'instant de ce que j'ai à dire de pénible, il me semble que la Belgique médicale n'a pas su se prémunir suffisamment contre ce sentiment de nationalité égoïste en présence du différend qui s'est élevé entre M. Stas et M. Orfila, relativement à la découverte de la nicotine dans les organes. J'ai sous les yeux le *Bulletin* de l'Académie belge, où se trouve le compte-rendu de la séance du 31 janvier dernier. J'avoue que je ne comprends pas qu'une compagnie savante ait pu tolérer le langage violent et les accusations odieuses dont M. Orfila, absent, et par conséquent ne pouvant se défendre, a été victime. Je ne veux pas m'appesantir sur ce sujet, je ne veux pas surtout rien reproduire de cette triste et longue discussion, de cet interminable réquisitoire de M. Stas, où la passion a monté à son plus haut paroxysme. J'ignore, d'ailleurs, quelle a été ou quelle sera l'issue de cette affaire; mais, évidemment, malgré de sages conseils, malgré les louables efforts de l'honorable président, M. Wleminckx, l'Académie belge s'est engagée dans une mauvaise voie. Voyez donc ce qui arriverait si M. Orfila, portant les pièces du procès devant l'Académie de médecine française, celle-ci voulant venger l'honneur gravement accusé de l'un de ses membres, d'un de ses anciens présidens, d'une illustration scientifique française, se trouvait en conflit avec l'Académie belge! Ne serait-ce pas un spectacle bien édifiant et propre à rehausser la dignité de la science et des savans? Le sinistre drame du château de Bitremont devait-il encore avoir pour résultat de jeter le trouble et la discorde entre deux savans et peut-être entre deux Académies! Il eût été digne et vraiment honorable, de la part de l'Académie de médecine belge, de couper court aux trop vives susceptibilités de M. Stas, de lui accorder la priorité de sa découverte que personne ne conteste, à laquelle M. Orfila lui-même a rendu hommage, qu'il a le premier et avec empressement fait connaître en France; ce qui n'empêche pas que notre illustre toxicologiste n'ait pu, de son côté, et sans connaître les travaux de son confrère belge, sans chercher surtout à le dépouiller de sa propriété, se livrer à des recherches et à des expériences, aboutir à des résultats semblables aux résultats obtenus par M. Stas. Car, si j'ai bien compris cette longue procédure instruite contre M. Orfila, l'accusation se réduit à ceci : le professeur de Paris, sachant que M. Stas avait découvert la nicotine dans les organes de Gustave Fougnies, a cherché lui-même à isoler ce corps des organes d'animaux empoisonnés à cet effet, et il a publié ses résultats

constatâmes avec surprise qu'il s'en échappait aussi de l'urine. Alors il s'établit une véritable fistule urinaire.

L'état général du malade resta assez satisfaisant. Ses organes digestifs continuèrent à fonctionner, et il put se nourrir de manière à compenser les pertes qu'il faisait par les ouvertures fistuleuses qui s'étaient formées aux deux testicules, au périnée et dans l'aine droite. Mais déjà de nouveaux orages se préparaient à l'assaillir. Il se plaignit d'un dévoiement qui produisait dix à douze évacuations par jour, de matières très liquides et séreuses. N'ayant pas eu soin d'examiner les matières évacuées et croyant le malade sur parole, nous nous trompâmes sur le véritable caractère de ce dévoiement, et nous l'envisageâmes comme une diarrhée colliquative. Cette erreur, qui n'eut aucune suite fâcheuse, et qui fut seulement cause que nous administrâmes au malade plusieurs moyens qui ne pouvaient avoir de l'efficacité pour combattre le mal contre lequel ils étaient dirigés, prouve une fois de plus combien le médecin doit être attentif à tout examiner par lui-même. Elle ne dura pas longtemps. L'inspection des matières évacuées et l'exploration du rectum nous éclairèrent bientôt sur la véritable nature de cette diarrhée, et nous firent découvrir que par le travail de destruction dont la prostate était le siége, il s'était établi une communication entre le rectum et la vessie, que l'urine s'épanchait continuellement dans le rectum et que c'était le contact incessant de ce liquide irritant qui sollicitait les contractions de l'intestin et déterminait ces fréquentes évacuations.

Dès ce moment la santé générale du malade s'altéra considérablement. L'amaigrissement fit des progrès rapides. Les membres inférieurs s'infiltrèrent. L'appétit se perdit. Des sueurs nocturnes se manifestèrent. Une réaction fébrile s'alluma tous les soirs. La fièvre hectique se développa. Mais le malheureux malade n'était pas au bout de ses souffrances. Un gonflement parut dans l'aine gauche, au-dessus de l'arcade crurale. Il grandit rapidement et devint fluctuant. La peau qui le recouvrait rougit, s'amincit et se perfora. Une grande quantité de pus s'écoula; l'ouverture devint fistuleuse, et comme celle du côté droit livra passage à l'urine.

A cette époque, le malade se trouva réduit à l'état le plus déplorable. La fièvre hectique finit par épuiser ses dernières forces. La maigreur devint effrayante. L'infiltration envahit les deux extrémités inférieures dans toute leur hauteur. Un épanchement se fit dans le ventre. Des escarres gangréneuses envahirent la région sacrée, s'étendirent au périnée et au scrotum. Le marasme fut porté au plus haut degré. Enfin, la mort amena le dénoûment de ce lugubre drame, et mit un terme aux souffrances de ce malheureux, dont l'existence, depuis longtemps, n'était plus qu'une cruelle agonie.

Curieux de comparer les désordres matériels, survenus dans le système génito-urinaire avec les troubles fonctionnels observés pendant la vie, je fis faire l'autopsie du cadavre. Voici la relation qui m'en fut donnée par mon interne, M. Steyaert.

Le marasme était porté au plus haut degré. L'émaciation avait atteint ses dernières limites. Le ventre était fortement distendu, et les extrémités inférieures tellement œdématiées qu'elles avaient doublé de volume. La région sacrée était le siége d'une énorme solution de continuité, qui avait succédé à la chute d'une escarre gangréneuse. La peau du périnée et celle des bourses du côté droit étaient aussi gangrénées. Le testicule de ce côté était entièrement dénudé de son enveloppe scrotale. Il se présentait sous la forme d'une masse noirâtre, fongueuse, informe. L'épididyme avait disparu au milieu de fongosités qui laissaient suinter du pus sanieux. Le canal déférent était induré et oblitéré jusqu'à l'anneau inguinal. A gauche, la peau du scrotum était conservée, mais présentait près du raphé une petite ouverture qui laissait suinter un pus blanchâtre, assez consistant. Elle conduisait à une ouverture plus profonde, existant sur la tunique albuginée. L'épididyme avait disparu, et à sa place existait une masse informe de végétations fongueuses. Les testicules ayant été incisés, celui du côté droit offrit plusieurs foyers purulens, qui avaient succédé au ramollissement des tubercules. Dans certains endroits il existait encore des tubercules à l'état de crudité. Les vaisseaux séminifères avaient presque entièrement disparu. Le testicule gauche, sans être aussi profondément altéré que le droit, renfermait aussi de nombreux tubercules, les uns crus, les autres ramollis. En le pressant, on en faisait sortir une quantité notable de pus. Il offrait encore des traces des vaisseaux séminifères.

La peau de l'abdomen, fortement distendu, présentait de chaque côté, au-dessus de l'arcade crurale, une ouverture fistuleuse de la largeur d'une pièce de deux francs, au fond de laquelle on apercevait plusieurs pertuis. L'abdomen ayant été ouvert, il s'en échappa une quantité considérable de sérosité citrine. Le péritoine, surtout dans les régions vésicale et splénique, le mésentère et le grand épiploon étaient parsemés et comme farcis de granulations tuberculeuses, dures, grises et à l'état de crudité. Les ganglions mésentériques contenaient aussi de nombreux tubercules, dont aucun n'avait subi de ramollissement. La face externe des intestins était également couverte de centaines de ces corpuscules tuberculeux, dont les plus grands n'atteignaient pas le volume d'un petit pois. A l'intérieur, les intestins présentaient aussi de distance en distance un grand nombre de petites masses dures de nature tuberculeuse. Elles s'étendaient depuis le duodénum jusqu'au rectum. Dans aucune d'elles, on ne put constater un commencement de fonte. La muqueuse intestinale, dans toute son étendue, était exempte d'ulcération. L'estomac, le foie, la rate, n'offraient aucune altération digne d'être notée.

Des désordres beaucoup plus graves et plus remarquables existaient dans l'appareil génito-urinaire. A partir des ouvertures fistuleuses, qui existaient de chaque côté de la partie antérieure de l'abdomen, au-dessus du ligament de Fallope, s'étendaient des trajets fistuleux, qui, suivis dans leurs parcours sinueux, traversaient obliquement la paroi abdominale et allaient aboutir de chaque côté à un canal creusé, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, en longeant de haut en bas la paroi latérale de la vessie.

Le canal du côté droit se terminait à une perforation du bas-fond de la vessie qui était située à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'orifice de l'urètre du même côté. L'aspect de cette perforation dénotait clairement qu'elle avait été produite par la fonte ulcéreuse d'une masse tuberculeuse qui s'était développée, dans l'épaisseur des parois de la vessie.

Le canal du côté gauche présentait bien d'autres particularités que celui du côté droit. Partant du pli de l'aine gauche, il descendait entre la partie latérale supérieure de la vessie et la première courbure de l'S iliaque du colon. Il adhérait en quelque sorte à cet intestin, ou plutôt l'intestin en formait une des parois. Autour de cette adhérence, le tissu cellulaire était noirâtre et gangréné. Au-dessous de cette adhérence, le canal se dirigeait vers la partie latérale et postérieure du rectum, et s'ouvrait dans cet intestin par une ouverture de la grandeur d'une pièce de 25 centimes. De là le canal continuait à côtoyer la paroi latérale du petit bassin et le bas-fond de la vessie, et venait se terminer au milieu d'une vaste caverne, creusée dans la région prostatique, et formée par la destruction complète de la prostate, dont on ne voyait plus que quelques débris informes, flottant au milieu d'un mélange d'urine et de pus grumeleux, et par la fonte du tissu cellulaire du périnée.

Cette caverne communiquait au dehors, par l'ouverture fistuleuse que nous avons signalée dans la région périnéale; avec la cavité de la vessie, par une seconde ouverture existant au bas-fond de cet organe, immédiatement derrière le col qui était conservé en partie; et avec l'intérieur du rectum, par un canal tortueux qui se dirigeait en arrière et en haut dans le tissu cellulaire situé entre le bas-fond de la vessie et la face antérieure du rectum, et qui débouchait dans cet intestin à 3 centimètres au-dessus du sphincter interne, par une ouverture arrondie de la largeur d'un tuyau de plume. Elle s'ouvrait aussi dans l'intérieur du canal de l'urètre par un trou irrégulier creusé sur le côté du vérumontanum. Chose singulière, au milieu de tous ces désordres, la paroi inférieure du canal de l'urètre, au niveau de la région prostatique, réduite à l'épaisseur de la muqueuse, était restée presqu'entière. Il fut impossible de retrouver la moindre trace des vésicules séminales.

L'intérieur de tous ces trajets était lisse et d'une couleur noirâtre ou violacée. Les urétères, dans toute leur étendue, étaient demeurés intacts. Le rein droit était exempt de toute altération. Dans le rein gauche, au contraire, existaient des lésions profondes. Dans la moitié supérieure se montraient de nombreux tubercules, les uns crus, les autres ramollis. La substance tubuleuse avait presque complètement disparu. La moitié inférieure du rein, la substance corticale dans toute son étendue, ainsi que sa capsule fibreuse étaient dans leur état normal.

Les organes respiratoires participaient aussi à l'altération commune. Dans l'épaisseur de la muqueuse trachéale, vers la partie postérieure et supérieure de ce conduit, on découvrait une foule de granulations grises ou jaunâtres, qui étaient manifestement de nature tuberculeuse. Dans les bronches et leurs divisions, ainsi que dans les ganglions bronchiques, il n'existait aucune trace de dépôts tuberculeux. La plèvre gauche, vers le sommet et la base du poumon, présentait des adhérences très fortes et évidemment anciennes. Elle était libre dans le reste de son étendue. La plèvre droite offrait également quelques adhérences vers le sommet du poumon. Toutes deux étaient comme farcies à leur face interne d'une innombrable quantité de granulations tuberculeuses, réunies en groupes, qui étaient séparés les uns des autres par de petits intervalles, où le tissu pleural était resté sain, et qui étaient surtout agglomérés dans la région diaphragmatique gauche et dans les parties postérieures et inférieures des feuillets costal et pulmonaire des deux côtés.

Les poumons, dans la plus grande partie de leur étendue, avaient conservé leur texture normale. Mais vers le sommet des deux organes, on pouvait sentir par une pression, exercée sur leur face externe, la présence d'une masse dure, inégale et comme hérissée d'aspérités. Une incision ayant mis ces masses à découvert, on reconnut qu'elles étaient formées par de la matière tuberculeuse qui avait subi la transformation crétacée. Elles avaient chacune le volume d'une grosse noix et se trouvaient isolées du tissu pulmonaire ambiant par un kyste bien organisé. Celle du côté gauche était située très superficiellement, faisait saillie et correspondait à l'adhérence que la plèvre avait contractée à cet endroit. Celle du côté droit était logée à une plus grande profondeur, et ne faisait aucun relief à l'extérieur du poumon. Autour de cette dernière, on remarquait quelques tubercules à l'état de crudité.

Le cerveau et ses dépendances n'offraient aucune altération évidente.

Ce fait, qui, en son genre, est sans contredit un des plus curieux qui aient jamais été observés, aurait mérité d'être rapporté avec plus de détails et dans des termes plus rigoureux. Mais nos notes s'étant égarées, nous n'avons pu en reproduire, et d'une manière sommaire, que les traits les plus saillans. Tel qu'il est cependant, nous pensons qu'il porte en lui des enseignemens de plus d'un genre et qu'il est propre à jeter de vives lumières sur plusieurs points controversés de l'histoire de la tuberculisation des testicules. En effet, il sert à prouver :

1° Que le tubercule du testicule, comme celui de tous les autres organes, n'est pas un mal local, mais le produit, le résultat d'une maladie générale, d'une diathèse;

2° Que la loi établie par M. Louis, qui, sous le rapport de la tuberculisation, rend les poumons solidaires à l'égard des autres organes de l'économie, est aussi applicable aux testicules;

3° Que le tubercule du testicule, soit qu'il se borne à un de ces organes, soit qu'il les envahisse tous les deux, est, contrairement à l'opinion de M. Vidal (de Cassis), toujours un, toujours identique, toujours l'effet d'une maladie générale, toujours soumis à la même loi de solidarité;

4° Que l'opération, proposée par M. Malgaigne, sous le nom de résection du testicule, est illogique, anti-rationnelle, en ce sens que le retranchement partiel de l'organe lésé ne peut remédier à la maladie générale et que le caractère essentiel du tubercule est d'être multiple;

5° Enfin, que les moyens propres à combattre la tuberculisation testiculaire doivent être puisés dans la thérapeutique médicale et non dans la thérapeutique chirurgicale, que l'in-

---

avant la fin du procès de Mons, avant que M. Stas, par conséquent, eût fait connaître ses procédés; il a donc cherché à s'attribuer le mérite et la priorité d'une découverte faite avant lui.

En vérité, cette accusation ne supporte pas le plus léger examen d'un homme sérieux, et je ne ferai pas à mes lecteurs l'injure de croire qu'ils aient besoin de mon concours pour la réfuter; je ne ferai pas à M. Orfila l'injure de chercher à l'en disculper. Mais je féliciterai hautement le savant professeur, qui certes, après ses grands travaux, à son âge, après tant de services rendus à la science et à la justice, avait bien le droit de prendre un peu de repos; je le féliciterai de s'être remis à l'œuvre à l'annonce de la découverte de M. Stas; je le féliciterai d'avoir, avec l'ardeur d'un jeune homme, cherché à vérifier l'exactitude de cette découverte. Et cette découverte, au demeurant, aux yeux de tout esprit impartial et juste, ne découle-t-elle pas naturellement du grand principe toxicologique posé en 1839 par M. Orfila, principe qui a si profondément modifié le rôle de l'expert dans la recherche des agens toxiques, c'est-à-dire l'important précepte de rechercher la présence de ces agens dans les organes où on ne les avait pas poursuivis jusqu'alors? Découverte qui n'est pas seulement une arme précieuse donnée par la science à la justice, mais qui constitue encore un des plus grands progrès en physiologie et en thérapeutique, et qui a mis sur la voie des plus intéressantes recherches sur l'absorption et l'élimination des médicamens.

J'ai hâte de quitter ce sujet pour en prendre un plus réjouissant, je veux parler du grand banquet offert par M. Seutin à tous les souscripteurs de la fête qui lui a été donnée, il y a quelque temps, à son retour de ses pérégrinations chirurgicales. Il paraît que M. Seutin a splendidement fait les choses. Trois confrères de Paris ont été invités à ce banquet, M. Ricord, M. J. Guérin et M. Dechambre. Les toast ont été nombreux et bien nourris. On venait de boire, et c'était justice, à la santé de l'amphytrion, l'ardent propagateur de l'appareil amovo-inamovible (locution un peu flamande); un des convives français se lève et propose ce toast : « A l'union *inamovible* de la médecine belge et de la médecine française! » Ai-je besoin de vous dire l'auteur de cette saillie gauloise? Vous êtes bien d'accord, par babord et sabord, que ce toast du Nord, est d'un fin retord qui s'appelle Ricord.

Il y a eu aussi une petite séance académique où nos confrères français ont joué leur rôle. Mais je m'abstiens d'en parler, et pour cause. Si la science française y a trouvé de dignes représentans, les excentricités parisiennes y ont eu aussi voix au chapitre, et je ne saurais approuver cet excès d'hospitalité. On s'occupe beaucoup, en Belgique, du traitement du cancer par la syphilis. Entendons-nous, cependant; c'est-à-dire qu'on a fait plusieurs expériences d'inoculation du virus chancreux sur ou autour d'une tumeur cancéreuse. Il paraît que M. Ricord, pendant son séjour, a été mis en présence d'un malade sur lequel cette inoculation avait été faite, et chez lequel l'ulcère cancéreux avait disparu. M. Ricord a expliqué le fait ainsi : vous avez substitué au phadégénisme cancéreux le phadégénisme du chancre, et voilà tout. Mais la diathèse cancéreuse, l'avez-vous éteinte? Ces expériences prouvent ce que l'observation avait appris déjà, c'est que la syphilis, du moins dans ses manifestations primitives, est compatible avec le cancer, fait nié par quelques médecins belges qui ont établi sur une opinion erronée l'antagonisme du cancer et de la syphilis, et qui, contrairement à toute logique thérapeutique, en ont inféré le traitement du cancer par la syphilis. Peut-on substituer d'emblée la diathèse syphilitique à la diathèse cancéreuse? Non, assurément. Un cancéreux peut-il contracter un chancre? Oui, certes, les expérimentateurs belges l'ont prouvé. Ce chancre, inoculé à un cancéreux, peut-il donner lieu à l'infection syphilitique constitutionnelle? C'est probable; on a vu des cancéreux aux prises avec les phénomènes secondaires et tertiaires de la syphilis, et le cancer n'en continuer pas moins sa marche fatale. Avouons-le, toutes ces expérimentations, qui ont un bon mobile, paraissent cependant bien singulières, bien bizarres, et se justifient à peine par le but qu'on se propose.

Mais tout cela jette dans la médecine belge une animation et une ardeur de travail et de discussion extraordinaires. Chez nous existe comme une sorte de fatigue et d'allanguissement général. C'est à peine si la discussion sur l'avortement provoqué a donné un peu de mouvement aux séances académiques. On annonce prochainement deux rapports sur le choléra : l'un de M. Bouvier, sur la marche de l'épidémie dans Paris; l'autre de M. Guérin, sur la question générale. M. Bouvier, M. Guérin! rapprochement singulier. Si je suis bien informé, l'un conclut négativement, l'autre affirmativement sur la contagion du choléra. Si je suis bien informé encore, M. Guérin se propose de demander l'ajournement de la discussion du rapport de M. Bouvier jusqu'après la lecture de son rapport à lui-même..... l'horizon devient noir, il y a quelque orage làdessous.

Amédée Latour.

On lit dans un journal de Francfort : Un herbier, le plus considérable peut-être qu'il y ait jamais eu, est actuellement en vente à Breslau. Le propriétaire actuel de cet herbier, M. Rees d'Esenbeck, vient d'en faire imprimer le catalogue; il en résulte que l'herbier se compose de 340 volumes (sans compter 57 qui sont en double) arrangés d'après le système de Linnée. Chaque volume contient de 100 à 120 espèces; on y trouve des plantes des Indes orientales, du cap de Bonne-Espérance, de la Nouvelle-Hollande, et des plantes tropicales américaines dont la collection est extrêmement riche; on y trouve aussi un volume de plantes brésiliennes qui ne sont pas encore classées : 5 volumes des *plantæ whightianæ*, 3 volumes de plantes japonaises non encore classées. Chaque volume est coté un prix différent et basé sur sa valeur relative. On évalue la valeur de toute la collection à 12,000 thalers (environ 70,000 fr.), en sorte que le prix de chaque volume, l'un dans l'autre, monterait à 30 thalers (94 fr. 50 c.).

Choléra. — D'après les relevés qui ont été faits à la Jamaïque, il est établi que 40,000 personnes au moins ont succombé l'année dernière, dans cette île, aux ravages du choléra.

— M. Piorry, professeur à la Faculté de médecine, commencera le lundi 5 mars, à l'hôpital de la Charité, et à huit heures du matin, le cours de clinique médicale (semestre d'été).

tervention de la médecine opératoire ne peut amener la guérison (1).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 Mars 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

M. Cl. BERNARD lit un mémoire intitulé : *De l'influence du système nerveux grand sympathique, sur la chaleur animale.*

Depuis longtemps on a fait des recherches dans le but de reconnaître l'influence que le système nerveux exerce sur la température du corps, chez les animaux à sang chaud : et l'on sait, par les travaux de différens physiologistes, et particulièrement par ceux de MM. Flourens et Magendie, que les lésions des organes nerveux, céphalo-rachidien, entraînent constamment le *refroidissement*, total ou partiel, de l'animal, suivant qu'on ne divise que les nerfs qui vont dans une partie limitée du corps, ou qu'on atteint les centres nerveux eux-mêmes.

Je me propose de démontrer qu'en agissant sur le système nerveux ganglionaire du grand sympathique, on produit, chez les animaux, un phénomène inverse, c'est-à-dire une *élévation de température*, très rapide et très facile à constater.

Jusqu'à présent, je n'ai pu déterminer cette élévation de température que partiellement, soit sur un membre, soit sur la face, ou sur une autre partie du corps. Aussi je n'ai pas l'intention de présenter un travail achevé sur cette difficile question que je poursuis, mais qui réclame, pour être approfondie, des études très multipliées et très longtemps soutenues.

Je veux seulement signaler à l'Académie la nature du résultat nouveau que j'ai obtenu ; et, pour mieux en préciser les particularités, je me bornerai à rapporter une expérience qui est relative à la calorification de la tête, parce que j'ai déjà eu l'honneur de la montrer à plusieurs membres de l'Académie, et qu'elle est, en outre, plus facile à reproduire et à vérifier.

Lorsque sur un animal mammifère, sur un chien, un chat, un cheval ou sur un lapin par exemple, on coupe dans la région moyenne du cou le filet nerveux de communication qui existe entre le ganglion cervical inférieur et le ganglion cervical supérieur, ou qu'on enlève le ganglion cervical lui-même, on constate aussitôt que la calorification augmente dans tout le côté correspondant de la tête de l'animal. Cette élévation de température débute d'une manière instantanée et elle se développe si vite, qu'en quelques minutes, dans certaines circonstances, on trouve entre les deux côtés de la tête une différence de température qui peut s'élever quelquefois jusqu'à 3 ou 4 degrés centigrades. Cette différence de chaleur s'apprécie parfaitement à l'aide de la main, mais on la détermine plus convenablement en introduisant comparativement un petit thermomètre dans les narines ou dans les conduits auditifs de l'animal.

Cette différence de 3 à 4 degrés de température, est remarquable comme différence de *calorification relative* entre les deux côtés de la face. Mais ensuite si on compare la chaleur de l'oreille et de la narine (ainsi échauffées par suite de la section du nerf) à la chaleur du rectum ou des parties centrales du corps, le thorax ou l'abdomen, on voit qu'elle est à peu près la même. Toutefois, j'ai constaté assez souvent que la section du filet du nerf sympathique, cervical, chez le lapin, élevait, dans l'oreille correspondante, la chaleur jusqu'à 40°, tandis que la température normale, dans le rectum, chez cet animal, ne dépasse pas généralement 38 à 39° centig.

Toute la partie de la tête, qui s'échauffe après la section du nerf, devint le siége d'une circulation sanguine plus active. Les artères surtout semblent plus pleines et paraissent battre plus fort : cela se voit très distinctement sur les vaisseaux de l'oreille, chez le lapin. Mais, les jours suivans, et quelquefois dès le lendemain, cette turgescence vasculaire a considérablement diminué ou même disparu, *bien que la chaleur de la face, de ce côté, continue à être aussi développée que la veille.* Cette circonstance doit faire penser que l'élévation de phénomène n'est pas uniquement un effet de l'activité plus grande dans la circulation sanguine. Du reste, en observant pendant longtemps les animaux qui présentent ce phénomène (et je l'ai observé pendant douze et quinze jours chez le lapin, et pendant plusieurs mois chez le chien), je n'ai jamais vu, après cette expérience, survenir dans les parties plus chaudes aucun œdème ni aucun phénomène morbide qu'on puisse rattacher à ce qu'on appelle de l'inflammation.

J'ai voulu rechercher comment *le côté de la tête, échauffé par la section du nerf sympathique*, se comporterait, comparativement avec les autres parties du corps, si on venait à soumettre les animaux à de grandes variations de température ambiante. Je plaçai donc un animal (un lapin auquel j'avais pratiqué la section du nerf) dans une étuve, dans un milieu dont la température était au-dessus de celle de son corps. Le côté de la tête qui était déjà chaud ne le devint pas sensiblement davantage, tandis que la moitié opposée de la face s'échauffa ; et bientôt il ne fut pas possible de distinguer le côté de la tête où le nerf sympathique avait été coupé, parce que toutes les parties du corps, en acquérant leur summum de caloricité, s'étaient mises en harmonie de température.

Les choses se passent tout autrement quand on refroidit l'animal en le plaçant dans un milieu ambiant dont la température est beaucoup au-dessous de son corps. On voit alors que la partie de la tête correspondante au nerf sympathique coupé, *résiste infiniment plus au froid* que celle du côté opposé ; c'est-à-dire que le côté normal de la tête se refroidit et perd son calorique beaucoup plus vite que celui du côté opposé. De sorte qu'alors la désharmonie de température entre les deux moitiés de la tête devient de plus en plus évidente, et c'est dans cette circonstance qu'on constate une différence de température qui peut s'élever quelquefois, ainsi que je l'ai déjà dit, jusqu'à 3° ou 4° centigrades.

Il serait intéressant de savoir si des expériences de ce genre, faites sur des animaux hibernans, les rendraient moins sensibles à l'action engourdissante que le froid leur fait éprouver. Je poursuivrai ces recherches.

Ce phénomène singulier, d'une plus grande résistance au froid, s'accompagne aussi d'une sorte d'exaltation de la vitalité des parties, qui devient surtout très manifeste quand on fait mourir les animaux d'une manière lente, soit en les empoisonnant d'une certaine façon, soit en leur réséquant, par exemple, les deux nerfs pneumo-gastriques. A mesure que l'animal approche de l'agonie, la température baisse progressivement dans toutes les parties extérieures de son corps ; mais on constate toujours que le côté de la tête où le nerf sympathique a été coupé, offre une température relativement plus élevée ; et, quand la mort arrive, c'est ce côté de la face qui conserve le dernier les caractères de la vie. Si bien qu'au moment où l'animal cesse de vivre, il peut arriver un instant où le côté normal de la tête présente déjà le froid et l'immobilité de la mort, tandis que l'autre moitié de la face, du côté du nerf sympathique coupé, est sensiblement plus chaud et offre encore ces espèces de mouvemens involontaires qui dépendent d'une sensibilité sans conscience auxquels on a donné le nom de *mouvemens réflexes*.

En résumé, cette expérience, qui contribuerait sans doute à éclairer les fonctions encore si mystérieuses du nerf grand sympathique, prouve qu'on exerce une influence bien différente sur la chaleur animale quand on agit sur les nerfs du grand sympathique au lieu d'agir sur les nerfs de la moëlle épinière. Je n'en veux pas tirer aujourd'hui d'autre conclusion, parce que ce n'est là que le début d'une série d'études que je poursuis et dont j'aurai plus tard l'honneur d'entretenir de nouveau l'Académie. Je pense seulement que ces faits devront entrer comme élémens importans dans la question si complexe de la chaleur animale, pour la solution de laquelle, ainsi que l'ont observé MM. Regnault et Reiset, il ne suffit pas de faire intervenir les phénomènes de la respiration.

M. Jules BUDGE, de Bonn, adresse un mémoire sur l'*influence du système nerveux sur les mouvemens du cœur.* On sait que M. A. de Humboldt avait déjà observé que, par l'irritation des nerfs cardiaques, le rhythme des battemens du cœur peut être visiblement changé, qu'il augmente de vitesse, et surtout de force et d'élévation.

En 1845 et 1846, l'auteur, avec MM. Weber frères, de Leipsig, ont trouvé qu'une forte irritation galvanique qui atteint ou la moëlle allongée, ou la dixième paire, arrête promptement le mouvement du cœur qui, quelque temps après que l'irritation a cessé, reprend sa marche ordinaire.

M. E. Weber se rend compte de ce phénomène en considérant la dixième paire comme un nerf que peut affaiblir ou arrêter le mouvement du cœur, tandis qu'il regarde le grand sympathique comme le nerf dont émane l'impulsion et l'activité du cœur, celui par conséquent qui augmente cette activité ; cependant M. Weber dit que malgré les plus grands efforts, il n'est point parvenu, par une excitation directe du nerf sympathique, à influer sur l'activité du cœur.

M. Budge suppose que le nerf vague ne paralyse pas directement l'activité du cœur, qu'il éprouve seulement une surexcitation quand on le soumet à un fort courant galvanique, que conséquemment ce nerf est un nerf moteur du cœur, mais susceptible d'être aisément surexcité. Cependant, il n'a jamais pu, jusqu'ici, produire à volonté un accroissement des battemens du cœur par l'excitation galvanique de l'un ou des deux nerfs vagues ; ou le nombre des battemens restait le même, ou bien il diminuait.

Après bien des recherches, il a trouvé la raison de ce phénomène caractéristique. Les deux nerfs, c'est-à-dire le pneumo-gastrique et le grand sympathique sont tous deux capables, quand ils sont excités, d'accélérer les battemens ; mais on ne peut voir l'action de l'un que lorsque celle de l'autre a été d'abord annulée autant que possible. Mais pour arrêter l'action des deux nerfs, il faut empêcher l'influence des parties centrales. Pour le nerf pneumo-gastrique, la partie centrale est la moelle allongée; pour le nerf grand sympathique, la partie par laquelle le cœur est mis en mouvement est le reste de la moelle épinière. Tous les phénomènes que l'on peut observer en agissant sur les nerfs peuvent être produits avec la même précision en agissant sur ces parties.

M. Budge a également trouvé qu'on peut augmenter le nombre des battemens du cœur par l'irritation du nerf grand sympathique, mais pour agir à coup sûr, il faut que la moelle allongée ait été, au préalable, enlevée.

Le même effet que l'on peut produire par l'irritation des deux nerfs pneumo-gastrique et grand sympathique, dans les conditions indiquées, s'obtient aussi quand, après la destruction de la moelle allongée, on irrite la moelle épinière ; ou bien lorsqu'après la destruction de la moelle épinière on irrite la moelle allongée. L'auteur en conclut que, comme la moelle allongée est la source pour le nerf pneumo-gastrique, c'est du reste de la moelle épinière que naît la partie du nerf sympathique, qui agit sur le mouvement du cœur (comme M. Legallois l'a, depuis longtemps, affirmé), et que ce nerf remonte du ventre vers la poitrine.

M. VALLER adresse de *nouvelles observations sur la régénération des nerfs.* Il a établi, dans sa lettre du 22 novembre 1851, qu'après la section d'un nerf de la langue de grenouille, pour que les fonctions se rétablissent dans le bout inférieur, il est nécessaire que toutes les fibres nerveuses anciennes soient enlevées, et qu'il s'y forme des fibres toutes nouvelles depuis le bout de la partie centrale jusqu'à l'extrémité périphérique. Des expériences semblables sur les mammifères et les oiseaux lui ont démontré que la reproduction des fibres et le rétablissement des fonctions d'un nerf divisé s'accomplissent exactement de la même manière.

L'auteur a également constaté que la régénération des fibres nerveuses du sympathique se fait exactement de la même manière que dans les autres nerfs, tant par rapport à la structure des fibres nouvelles, qu'à l'époque de leur formation. Le névrilème lui paraît jouer un rôle important dans la régénération des fibres nerveuses. Tandis que les parties nerveuses subissent toutes les altérations décrites, cette membrane reste encore intacte.

M. Éd. ROBIN communique de nouvelles observations de M. Vicente, sur la constatation du pouvoir antisyphilitique du bichromate de potasse.

Cette note contient l'indication de sept nouveaux cas, dans lesquels le bichromate de potasse a été employé avec le même succès que dans les trois cas qui avaient fait l'objet d'une précédente communication. De l'ensemble de ces faits, M. Éd. Robin croit pouvoir conclure :

1° Que le bichromate de potasse est, sans aucun doute, antisyphilitique ;

2° Qu'étant bien soluble, il agit sans déperdition et à des doses extrêmement faibles, ce qui rend le traitement moins long qu'avec les mercuriaux ;

3° Qu'en général, il ne produit pas la salivation ;

4° Que les seuls inconvéniens, observés jusqu'à présent, sont les nausées ou les vomissemens qu'il occasionne presque toujours, quand on le prend à jeun ; mais qui ne se présentent plus après une première digestion, et surtout quand il est associé à l'opium ;

5° Que, conformément aux principes émis précédemment par l'auteur, le bichromate de potasse paraît devoir être employé avec avantage dans les névroses, puisqu'il a fait disparaître avec rapidité les douleurs névralgiques chez tous les malades soumis au traitement ;

6° Que si, conformément aux mêmes principes, il exerce à haute dose une action hyposthénique extrêmement prononcée ; il est pourtant moins délétère qu'on n'avait lieu de le craindre ;

7° Que l'action topique excitante qu'il produit, pourra le faire employer dans les plaies atoniques (en solutions plus ou moins concentrées), ainsi que dans certains ulcères syphilitiques de la bouche (en gargarismes), dans le chancre, etc. ;

8° Qu'enfin les dix malades auxquels le bichromate de potasse a été convenablement administré n'ayant pas éprouvé le moindre accident, même après l'avoir pris à fortes doses et pendant longtemps, le nouvel agent anti-syphilitique s'est montré préférable aux sels de mercure, qui, parfois, ont l'inconvénient de se réduire dans l'économie, tandis que le bichromate, irréductible dans les mêmes circonstances, jouit encore d'une solubilité qui permet une facile élimination.

Aucun des malades soumis au traitement par le bichromate de potasse n'a jusqu'ici présenté le moindre indice de récidive, bien que l'un d'eux ait été guéri en décembre 1850 et un autre en juin 1851.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Mars 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

(Voir le dernier numéro.)

M. CAZEAUX : Après avoir entendu M. Dubois, je ne pense plus à reprocher à M. le président d'avoir, malgré la clôture prononcée dans la dernière séance, accordé la parole à notre honorable collègue. Cette petite infraction nous a valu un discours trop important pour que j'aie le courage de m'en plaindre. Mais puisque le bureau a permis à M. Dubois de rouvrir la discussion pour attaquer la seconde partie de mon rapport, l'Académie m'excusera de demander la parole pour répondre et le défendre.

Notre savant collègue M. Velpeau vient déjà de réfuter, en quelques mots, une des dernières assertions de M. Dubois, et, comme lui, nous avons tous été surpris d'entendre émettre cette singulière proposition : que la provocation de l'avortement était bien plus légitime dans les cas de vomissemens opiniâtres que dans les cas de vice de conformation du bassin. Tout en reconnaissant ce qu'a de spécieux, sous ce rapport, l'argumentation de M. Dubois, car la mort à la suite des vomissemens tue les deux individus, tandis que l'opération césarienne laisse au moins de grandes chances de sauver le fœtus ; il n'en est pas moins vrai que la précision du diagnostic, chez les femmes mal conformées, la nécessité de l'hystérotomie, le succès presque certain de l'avortement, opposés à la difficulté du diagnostic et du pronostic dans les vomissemens, et l'insuccès probable de l'opération ne permettent pas de soutenir longtemps la proposition déjà réputée par M. Velpeau.

Mais j'ai hâte d'arriver à ce qui m'est personnel dans l'argumentation de notre savant collègue : et comme il n'a fait que reproduire les argumens déjà employés par l'honorable M. Danyau, en les appuyant, toutefois sur un certain nombre de fais empruntés à sa propre pratique, l'Académie me pardonnera si la nécessité de répondre une seconde fois aux mêmes objections m'expose à quelques répétitions.

Pour repousser la pratique de l'avortement dans les cas de vomissemens incoërcibles, j'avais invoqué trois raisons principales : 1° la rareté de la mort à la suite de ces graves accidens; 2° la rareté des succès à la suite de l'opération; 3° l'extrême difficulté d'en fixer le moment opportun.

La mort est très rare, ai-je dit, car la plupart des accoucheurs les plus répandus, les Mauriceau, Delamotte, Désormeaux, Burns, disent n'avoir jamais vu mourir une femme dans de semblables conditions. Les vomissemens peuvent bien, disent-ils, produire l'avortement, mais jamais la mort. Eh bien, que répond M. Dubois ; ces cas ne sont pas rares, car en quinze ans j'en ai vu une vingtaine.

Certes, vingt cas c'est bien quelque chose ; mais quand on réfléchit à l'excessive fréquence des vomissemens pendant la grossesse, quand on se souvient que M. Dubois exerce depuis longtemps à Paris, que par sa position il est presque toujours appelé dans toutes les consultations relatives aux maladies graves de la grossesse, qu'il est souvent consulté par les médecins de province, on est un peu moins étonné qu'une vingtaine de cas malheureux soient parvenus à sa connaissance : encore suis-je disposé à penser que puisque avant ces quinze dernières années M. Dubois n'en avait pas rencontré, il y a là une de ces coïncidences de cas graves que les chirurgiens constatent souvent sans pouvoir les expliquer; et peut-être notre collègue sera-t-il plusieurs années sans observer rien de semblable: mais quoi qu'il en soit, je maintiens que les faits cités par lui, rapprochés de la fréquence des vomissemens, de la rareté des cas de mort observés par M. Moreau, qui, pendant une pratique de quarante ans, n'en a vu que trois, et des assertions de tous les autres observateurs, me permettent encore de pouvoir dire avec vérité que la mort est heureusement très rare.

D'ailleurs, ainsi que je l'ai déjà fait observer à M. Danyau, il est impossible que de pareils faits soient passés inaperçus ou méconnus, et si les auteurs ont affirmé n'avoir pas observé de cas de mort, c'est que réellement aucune des femmes soumises à leurs soins n'a succombé.

J'ai dit en second lieu que l'avortement provoqué n'avait sauvé que très peu de femmes. Oh ! sur ce point, je ne croyais pas vraiment que les faits de M. Dubois me donneraient aussi complètement raison. Vous avez entendu notre honorable collègue nous dire avec une franchise dont je le félicite, car elle l'honore : J'ai pratiqué cette opération sur quatre femmes, *une seule a survécu* !!! *Une seule*, Messieurs, et si vous ajoutez un autre fait dans lequel j'avais refusé de pratiquer l'opération, et dans lequel elle fut pratiquée sur les conseils de M. Dubois,

(1) *Annales de la Société de méd. de Gand* (1852).

Vous aurez pour sa pratique quatre morts sur cinq. Et vous me reprochez d'avoir dit que les succès étaient rares! Mais j'aurais dû dire *extrêmement rares.*

M. Dubois vous a rappelé les seuls faits qu'après de nombreuses et patientes recherches M. Danyau avait empruntés à la pratique anglaise, américaine et allemande. Eh bien! je croirais faire injure à notre collègue en supposant qu'il a été moins heureux que les chirurgiens étrangers, et je serais certainement au-dessous de la vérité en supposant que puisque M. Dubois n'a obtenu qu'une guérison sur cinq opérations, nos confrères d'outre-mer ont perdu également quatre femmes sur cinq. Il en résulterait donc que ces sept cas heureux permettent de croire que vingt-huit femmes n'ont pas survécu : comment donc pouvez-vous me reprocher de signaler la grande rareté des opérations heureuses quand vingt-huit femmes ont succombé sur trente-cinq. Mais quelle est donc l'opération chirurgicale qui donne de pareils résultats?

Et maintenant, Messieurs, il est une remarque très importante à faire, c'est que l'expectation donnerait certainement des résultats plus avantageux. Ne vous ai-je pas dit qu'en s'abstenant de toute intervention, M. Moreau, en quarante ans, n'avait vu mourir que trois femmes; que presque tous les accoucheurs s'accordent pour dire n'avoir vu jamais les vomissemens avoir une terminaison fatale? Ne vous ai-je pas cité des cas regardés comme désespérés par M. Dubois lui-même, guérir spontanément? Avez-vous enfin oublié ces deux faits très curieux dans lesquels notre savant collègue lui-même avait conseillé l'avortement, et dans lesquels la science fut mise en défaut par la guérison spontanée des deux femmes qui s'étaient pourtant refusées à l'opération.

Je sais bien que tous ces faits peuvent être regardés comme exceptionnels, et qu'en chirurgie la guérison spontanée d'une lésion traumatique ne prouve rien contre l'opportunité de l'opération dans des cas semblables. J'ai déjà prouvé dans mon rapport que ce rapprochement était plus spécieux que solide, et je n'y reviendrai pas..... Mais la guérison à la suite l'avortement provoqué est-elle donc moins exceptionnelle? Consultons vos faits, et nous verrons que par cinq opérations vous avez guéri *une* malade, et que *deux* autres auxquelles vous vouliez la pratiquer ont guéri sans elle. Avais-je donc tort de dire que l'expectation offrait au moins autant de chances favorables que l'opération?

Ces troubles digestifs et autres, dit M. Dubois, sont essentiellement liés à la grossesse. Je le crois comme lui; mais ce n'est pas une raison pour qu'ils cessent complètement et toujours avec elle. Notre collègue a déjà cité un cas où les vomissements ont persisté après l'opération. J'ai dit que j'avais su qu'une semblable remarque avait été faite dans un autre cas.

A ce propos, notre collègue m'a reproché une inexactitude, et a dit avoir des renseignemens qui l'autorisent à démentir formellement mon assertion. J'affirme à M. Dubois que les détails transmis par moi à l'Académie m'ont été donnés par le médecin que je trouvai avec le mari auprès de la malade, et je tiens cette lettre à sa disposition.

Mais qu'y a-t-il donc de si extraordinaire dans la persistance de ces vomissemens? Ce ne sont pas les seuls parmi les troubles sympathiques de la gestation, qui persistent encore après l'accouchement. Je donne en ce moment des soins à une jeune dame qui salivait énormément pendant sa grossesse, et qui, aujourd'hui encore, vingt jours après la délivrance, remplit en vingt-quatre heures deux grands bols de salive. On trouve plusieurs faits semblables dans les auteurs.

La cause de ces insuccès, dit M. Dubois, est dans le retard qu'on met à pratiquer l'opération, cela est possible; mais, comme je l'ai dit plusieurs fois, toute la difficulté est là.... M. Dubois lui-même n'a pas pu la dominer.

Je le demande à tout médecin consciencieux : dans une maladie rarement mortelle, qui guérit le plus souvent spontanément avec ou sans avortement spontané, peut-on se résoudre à un avortement avant d'avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique? Peut-on s'y résoudre surtout quand on se rappelle le peu de chances favorables offertes par l'opération? Et s'il est difficile, impossible même, comme vous avez pu le voir par l'embarras de M. Dubois dans cette partie de son discours, s'il est difficile de formuler sur le papier, à cet égard, quelques indications précises, qu'est-ce donc dans la pratique? Les observations de notre collègue sont remplies de tâtonnemens, d'hésitations, et d'espérances en espérances, vous le voyez arriver à cette période de la maladie, où il renonce à toute opération, ou la pratique sans succès.

Or, s'il hésite et tâtonne avec sa grande expérience, que fera le praticien qui voudra suivre les préceptes du maître?

Pourquoi ces hésitations, si vous n'aviez pas affaire à une maladie dans laquelle tout est incertain; tout, diagnostic, pronostic et résultat du traitement? Pourquoi, après nous avoir dit de ne pas trop attendre, nous dites-vous un peu plus bas de ne rien précipiter? Vous voyez bien que vous nous laissez dans le vague, dans l'incertitude. Eh bien! pour moi, quand il s'agit de l'avortement provoqué, c'est la négation de l'opération.

M. Cazeaux, a dit M. Dubois, serait moins sévère sur ce point, s'il avait eu devant les yeux le triste spectacle de cette pauvre femme mourante et épuisée par le défaut de nutrition.

Je l'ai vu, Monsieur, ce triste, cet affreux spectacle, et vous me rappelez une des plus cruelles soirées de ma vie. Et cependant, fort de ma conscience, convaincu que l'opération à l'aide de laquelle je tuerais le fœtus, n'offrait pas à la mère plus de chances que l'expectation, j'ai attendu. Un autre confrère a été plus hardi que moi. Dieu me garde de blâmer en rien sa conduite; je sais trop ce que de semblables situations ont de pénible : la femme a succombé... Je crois, et je m'empresse de le déclarer, qu'elle serait morte sans cela. Mais j'ai remercié le ciel d'avoir eu le courage de me refuser à l'opération, car peut-être elle a hâté la terminaison fatale.

Ces courtes observations, rapprochées de celles que j'ai déjà faites en répondant au discours de M. Danyau, suffiront, je pense, pour répondre aux objections de notre collègue, et me donner le droit de maintenir intactes les conclusions du rapport.

L'Académie se rappelle que, à la fin de la dernière séance, elle a renvoyé à la commission le soin de rédiger une réponse à faire à la question posée par M. Lenoir. Voici celle que nous avons l'honneur de vous proposer : (Nous avons fait connaître ces conclusions dans le dernier numéro.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(*ancienne Société médicale du Temple*).

Dernières séances de 1851. — Présidence de M. Géry.

(Suite. — Voir le numéro du 30 Mars.)

La parole est maintenue à M. Mialhe pour une lecture *sur l'esprit qui doit présider à l'association des médicamens.* En voici l'analyse :

M. Mialhe pose en principe qu'il existe deux méthodes expérimentales bien distinctes et différant essentiellement l'une de l'autre. L'une, toute primitive, procédant sans choix et sans distinction, se livre à une foule de tentatives qui n'ont entre elles aucune relation, aucun lien d'analogie, mais qui peuvent néanmoins donner lieu fortuitement à la découverte de quelques vérités partielles. L'autre, au contraire, mettant à profit toutes les connaissances acquises et se laissant guider par les théories les plus probables, poursuit judicieusement des séries d'expériences qui doivent tôt ou tard servir à pénétrer la vérité. La première de ces méthodes conclut (quand elle peut conclure) *à posteriori;* la seconde *à priori.* La première est seule praticable lorsqu'une science, en son début, a tout à apprendre, tout à faire. La seconde est de beaucoup préférable lorsque, des faits nombreux étant déjà acquis, la science est réellement constituée. Il va sans dire que c'est à cette seconde méthode que, dans l'état actuel de nos connaissances, M. Mialhe accorde la préférence pour les expérimentations chimiques. Et considérant l'importance des applications de la chimie à la thérapeutique, il entre dans le domaine de celle-ci, qu'il prétend soumettre à une argumentation analogue. Ainsi, en parlant des recherches faites ou à faire sur les médicamens soit anciens, soit nouveaux, il dit qu'il y a deux méthodes distinctes d'étudier l'action thérapeutique des *médicamens associés;* l'expérience clinique brute ou celle qui est raisonnée. Il préfère cette dernière; et, pour faire ressortir l'inconvénient de ce qu'il nomme l'expérience clinique brute, il rappelle la composition de médicamens célèbres comme le diascordium, la thériaque, les pilules de cynoglosse. Donnant en détail la formule de ces pilules, il y trouve une série d'agens narcotiques associés à une autre série d'agens excitans, mélange qui, selon lui, n'aurait d'autre effet que de s'amoindrir ou de se neutraliser les uns les autres. — Passant à un autre ordre d'idées, M. Mialhe dit que dans les médicamens anciens très composés, il ne faut pas croire que les substances aient été associées au hasard. Ces préparations, qui nous paraissent aujourd'hui un inextricable chaos, étaient loin de paraître telles à leurs inventeurs, qui, en les composant, avaient, eux aussi, été guidés par des théories fausses la plupart, quelques-unes complètement oubliées. Ainsi l'empirisme pur nous rejetterait au-delà même des temps anciens. La méthode rationnelle peut seule rendre compte de la nature et des effets de l'association des médicamens.

M. Homolle : En thérapeutique, le rationalisme est venu, n'a pu venir qu'après l'empirisme. Il a fallu amasser des matériaux, acquérir des connaissances avant de pouvoir formuler des théories et en déduire des raisonnements sur la manière d'agir des médicamens; et aujourd'hui même, je défie le rationalisme d'annoncer à l'avance, avec certitude, les effets d'une préparation nouvelle qui n'aurait jamais été employée. Quant à l'association des médicamens, on en obtient en général des effets nouveaux que le rationalisme est loin de savoir toujours prévoir ou expliquer. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, il m'arrive journellement d'obtenir un effet purgatif très prononcé par un mélange de 5 centigrammes de sulfate de quinine avec 2 centigrammes d'aloès. On peut expliquer cela en disant que le sulfate de quinine réveille l'action de l'intestin, qui ressent alors plus vivement l'effet purgatif. Voilà une explication après coup; mais, avant d'avoir obtenu ce résultat une première fois, le rationalisme pouvait-il le deviner? C'est ce que je ne pense pas. Nous savons tous que la découverte des propriétés médicinales du quinquina est exclusivement due à l'empirisme.

Beaucoup plus tard, la chimie a trouvé la quinine et opéré ses diverses combinaisons. Elle était là dans son rôle. Elle remplissait sa véritable mission en fournissant de nouveaux et précieux agens thérapeutiques. Est-ce à dire, néanmoins, qu'avant les travaux sur la quinine, les médecins ne sussent pas guérir la fièvre intermittente avec le quinquina lui-même? Bien au contraire, puisque la quinine n'est qu'une des parties actives de la précieuse écorce, et qu'il existe des cas pathologiques rebelles aux sels de quinine, qui guérissent par l'emploi du quinquina en substance. — Quant aux pilules de cynoglosse, dans mon opinion et celle de la généralité des praticiens, elles réussissent à procurer du calme dans certains cas où l'opium et les sels de morphine sont impuissans à le produire. C'est que dans ce composé de narcotiques et de stimulans, je ne vois pas d'antagonisme, mais au contraire le parallélisme de deux actions simultanées qui s'entr'aident l'une l'autre et diffèrent de l'action narcotique pure. De même, on voit bien souvent, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, le médecin chercher à soutenir les forces de son malade par une alimentation légère et par des toniques, en même temps qu'il emploie des calmans pour diminuer son irritabilité nerveuse. Ces deux indications peuvent être remplies à la fois sans se contrarier ni se détruire l'une l'autre. — Je le répète donc, d'une part, l'association des médicamens, produit des composés nouveaux doués de propriétés spéciales; d'autre part, la partie active d'un agent thérapeutique chimiquement extraite d'une substance, n'a pas ses propriétés identiquement semblables à celles de cette même substance conservée entière. Ainsi, la morphine et la quinine ne sont pas, rigoureusement parlant, de véritables succédanés de l'opium et du quinquina. On vient de révoquer en doute la valeur thérapeutique du diascordium et de la thériaque. On a pourtant admis que des vues théoriques et non le hasard avaient présidé à l'association de ces produits très complexes que l'on qualifie de monstrueux. Mais, que nous importent aujourd'hui les théories chimiques ou même alchimiques d'autrefois? Sans nous en préoccuper le moins du monde, nous acceptons ces électuaires comme nous le ferions de corps simples ou de médicamens nouveaux, et jugeons de leur valeur par les effets que, sous nos yeux, ils produisent sur les malades. Or, pour faire avec justesse cette expérimentation clinique, nous n'avons pas besoin de tenir compte séparément de l'action isolée de chacun des élémens divers qui composent le médicament; il nous suffit d'en apprécier le résultat final.

M. Collomb : Je ne dirai qu'un mot sur le diascordium; c'est que bien souvent je l'ai prescrit et vu employer avec succès pour combattre des diarrhées chroniques rebelles à beaucoup d'autres moyens, notamment aux préparations purement opiacées. La thériaque va me servir à la fois d'exemple et de preuve à l'appui de l'argumentation de M. Homolle. Personne de vous n'ignore qu'au commencement de ce siècle on tenta de modifier rationnellement la formule de cette préparation que l'on nommait indigeste et monstrueuse, suivant un usage qui paraît être scrupuleusement conservé. Classant alors les 72 ingrédiens qui composaient la recette officielle de la thériaque de Venise, en diverses séries de substances que l'on jugeait analogues dans leurs propriétés thérapeutiques, on se contenta d'en retrancher tout ce que l'on crut inutilement faire double emploi. On réformait, on ne détruisait pas; car on arriva ainsi au chiffre respectable encore de 54 substances conservées comme réellement actives. Il en résulta un électuaire, mais ce n'était plus du tout de la thériaque. Or, je ne consentirais pas à me priver volontairement de thériaque si j'avais besoin d'un médicament qui réunît ensemble des propriétés calmantes, toniques et astringentes. Certes, toutes les fois que je pourrai remplir une indication avec un corps simple ou le moins compliqué possible, toutes les fois que la chimie me fournira le moyen d'arriver, dans une prescription, à une précision rigoureuse, je le ferai, non seulement avec empressement, mais avec reconnaissance envers les chimistes. Malheureusement, les cas de ce genre ne sont pas les plus fréquens en pratique; et je me garderai bien de renoncer au bénéfice d'un agent thérapeutique éprouvé, sous le vain prétexte qu'on ne saurait en expliquer le mode d'action.

M. Mailliot : Si j'ai bien compris M. Mialhe, l'idée-mère de son travail est celle-ci : raisonnez sur la composition d'un médicament et, d'après la connaissance des élémens qui le forment, déduisez d'avance les effets qu'il doit produire sur l'économie. Il serait fort à désirer que l'on pût toujours procéder ainsi. Mais la thérapeutique n'emploierait aujourd'hui qu'un bien petit nombre de médicamens si tous devaient subir cette épreuve. L'association des médicamens produit des composés nouveaux; ainsi, plus d'une fois j'ai obtenu un effet purgatif convenable de la faible dose de 3 grammes de séné infusés dans un verre de café au lait. On nous engagerait volontiers à abandonner l'usage des pilules de cynoglosse, parce que c'est un médicament composé. Je ferai remarquer que la rhubarbe en poudre est un bon et utile médicament et ce n'est certainement pas un corps simple.

M. Belhomme cite comme un exemple d'association de médicamens, utile en pratique, celle que Dupuytren a faite du mercure avec l'opium, dans des pilules que le malade prend avec avantage lorsqu'il n'aurait pas pu supporter le mercure seul.

M. Forget : Dans la discussion qui vient d'avoir lieu, on a, par moment, confondu l'expérimentation avec l'expérience; il suffit de mentionner cette erreur de l'improvisation pour prévenir toute confusion à cet égard. Deux opinions opposées se sont produites : celle de M. Homolle, dont l'avis est que l'on ne connaît l'action d'un médicament qu'après l'avoir expérimenté. Celle de M. Mialhe, qui prétend, au contraire, que la théorie peut apprendre à connaître les effets d'un médicament *à priori;* et c'est sur ce principe qu'il propose de faire, à l'avenir, l'association des substances médicamenteuses entr'elles.

Le secrétaire général : Dr Collomb.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Service médical indigène en Algérie. — Par décision du 24 janvier dernier, M. le ministre de la guerre a fixé ce qui suit :

1° Un service médical indigène sera établi, à Alger, sous la direction du bureau arabe départemental; 2° ce service comprendra : les soins médicaux à donner aux malades et invalides recueillis dans l'asile de la rue Zama; les consultations gratuites données chaque jour dans un local attenant au bureau arabe départemental; les visites à domicile des malades qui ne pourraient être recueillis dans l'asile indigène, et que leur état empêcherait de se présenter à la consultation gratuite; la vaccination gratuite des enfans indigènes; enfin, l'inspection, sous le rapport médical et hygiénique, des écoles arabes françaises et des msids.

En vertu des pouvoirs qui lui ont été délégués par M. le ministre de la guerre, M. le préfet d'Alger a confié le service dont il s'agit à M. le docteur Bonello, qui est déjà en fonctions.

Sociétés savantes. — La Société de médecine de Bordeaux vient de procéder à la distribution de ses prix, qui ont été répartis de la manière suivante : M, le docteur Hahn, médecin de l'hospice Joséphine, à Aix-la-Chapelle, une médaille d'or de 200 francs et le titre de membre correspondant, pour un mémoire sur la *méningite tuberculeuse.* — M. le docteur Legendre, médecin des hôpitaux de Paris, une médaille de la valeur de 100 francs et le titre de membre correspondant, pour un mémoire sur le même sujet. — M. le docteur Saucerotte, médecin à Lunéville, membre correspondant, une médaille grand modèle, pour un mémoire sur le *traitement de la pneumonie.* — M. le docteur Saint-Martin, médecin à Amon (Landes), membre correspondant, une première mention honorable pour un mémoire sur *la pellagre.* — M. le docteur Durand-Fardel, correspondant de l'Académie de médecine, une deuxième mention honorable pour un mémoire sur la *dyspepsie.*

La question proposée en prix, pour le concours de 1853, est de « *la syphilis des nouveau-nés.* » Celle pour le concours ouvert en ce moment est, on se le rappelle : « *Établir, par des faits, les différentes conditions morbides, qui donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine.* »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de Toxicologie, par M. Orfila, professeur et ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, haut titulaire de l'Université, etc.

Cinquième édition, revue, corrigée, et considérablement augmentée, 2 très forts volumes in-8, ensemble de 1920 pages. — Prix : 19 fr.

Hygiène de la première enfance, ou de l'Éducation physique du premier âge, par Jules Béclard, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-12. — Prix : 2 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 23 (ancien n° 4).

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 41. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 6 Avril 1852.

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. .... 32 Fr.:
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............ 22 Fr.
1 An.............. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.............. 50 Fr

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILOGRAPHIE.

N'Y A-T-IL DE TRANSMISSION POSSIBLE DE LA SYPHILIS, QUE PAR LES ACCIDENS PRIMITIFS?

Par M. le docteur J. VENOT, de Bordeaux.

(Nous croyons devoir reproduire le travail suivant lu par par M. Venot à la Société de médecine de Bordeaux, et publié dans le recueil de cette Société.)

Depuis que, dans le but de trouver l'explication de la causalité vénérienne, une discussion, qui d'abord calme et réfléchie, a bientôt pris les allures de la polémique la plus passionnée, s'est établie au sein de plusieurs Sociétés savantes, j'avais personnellement compris la nécessité de venir, Messieurs, exposer à la compagnie les principes et les faits sur lesquels repose ma conviction, bien assise, dans cette question; conviction que vingt-cinq ans de travaux et d'études me donnaient peut-être le droit de mettre en regard des opinions émises à propos de ce problème important d'étiologie. Appréciant à sa véritable valeur un sujet si généralement débattu, vous l'avez mis à l'ordre du jour de vos conférences, et vous m'avez fait l'honneur de me demander mon avis sur cette thèse, conforme, il est vrai, à mes habitudes pratiques de tous les jours. En vous remerciant tout d'abord d'avoir devancé l'initiative de cette communication, je vais, selon votre vœu, essayer d'en faire le développement, et cela avec une liberté de conscience d'autant plus large, que vous m'avez vous-mêmes tracé le cercle de cette flatteuse obligation.

Ainsi, c'est d'un point bien défini que part l'argument. La syphilis, cette entité si mobile dans sa forme, si variée dans ses accidens, si étrange dans ses manifestations extérieures, peut-elle se transmettre dans ses degrés secondaire et tertiaire, sans qu'au préalable les phénomènes primitifs aient été observés chez l'individu contaminé? C'est, en retournant les termes, poser la question qui, depuis longtemps déjà, divise les syphilographes; c'est raviver les incidens de la lutte établie entre le principe rationnel de l'inoculation, et l'infection métaphysique; c'est, en un mot, placer la vérité logique et d'observation en face du doute, de la dénégation ou de l'erreur; car, Messieurs, il ne faut pas équivoquer à plaisir et s'abriter derrière les sophismes de la prévention; il faut encore moins s'agenouiller devant une doctrine en faveur de laquelle les faits ne concluraient pas; mais il faut voir clair dans le dédale trop souvent obscur de la science, et quand le flambeau de l'expérience a vivement illuminé quelques points, ne pas fermer systématiquement les yeux et nier la lumière.

Voilà pourtant ce qui ne manque jamais d'arriver chaque fois que le génie de l'homme jette quelques éclairs sur les ténèbres de l'intelligence. Harvey devine la circulation du sang; Jenner trouve le vaccin; Priestley découvre l'oxygène; et ce n'est qu'au prix des efforts les plus constans, de l'obstination scientifique la plus courageuse, que ces précieuses acquisitions de l'esprit humain finissent par prendre rang dans le domaine des vérités incontestées.

Le virus syphilitique, ce principe matériel d'une contagion entrevue et avouée par nos devanciers; ce virus travesti par les faiseurs d'hypothèses, nié par le physiologisme, est enfin réhabilité dans tous ses caractères par l'inoculation. Certes, rien ne pouvait donner une consécration plus réelle à cet agent morbide : c'était lui appliquer la méthode d'analogie dans toute sa vulgarité, si je puis ainsi dire.

Inoculer le virus vénérien, étudier ses évolutions diverses, ses propriétés d'action, de transmission; confectionner enfin, sur une expérimentation laborieusement assidue et toujours raisonnée, le code étiologique de la syphilis, tel est le monument élevé par un praticien de nos jours, qui, s'inspirant des idées de Hunter, les a mises en œuvre et en a fait jaillir la vérité. Ce praticien, vous l'avez tous nommé : c'est le docteur Ricord; c'est cet athlète infatigable, que, ni les excentricités, ni la mauvaise foi de ses adversaires, n'ont pu faire un instant dévier de l'idée-mère et capitale d'une école dont, à bon droit, il est généralement proclamé le chef.

C'est donc sur l'inoculation, sur ce pivot dont l'évidence pratique dépasse encore l'ingéniosité, que roulent toutes les difficultés, que se débattent tous les conflits relatifs : à la transmission du *contagium*, au mode d'action de la cause, à la détermination du *transfert syphilitique*, pour employer un terme qui soit tout à fait harmonique avec le langage du jour. Aussi, que d'arguties, que de pénibles artifices tour à tour imaginés et déjoués! Je n'ai, Messieurs, ni l'intention, ni le temps de vous faire assister à ces nombreux débats dont la science n'a pas toujours eu à se louer. Quand l'amour-propre déplace le désir de bien voir, que l'esprit de controverse dégénère en apostrophes peu dignes et irritantes, alors l'intérêt d'une discussion s'efface, les faits seuls restent, et l'observateur ne tient compte que de ces derniers.

Aujourd'hui, il est péremptoirement démontré, pour tous, que le virus syphilitique est seul inoculable; que cette inoculation produit le chancre primitif; que le muco-pus de la blennorrhagie simple est en dehors de ces deux attributs. Voilà la loi, voilà ce que personne ne conteste à l'heure qu'il est. Maintenant, que les pseudo-imitateurs de lady Montaigu, exagérant ce principe fondamental, prétendent que l'inoculation donne l'innocuité vénérienne; qu'ils maculent à plaisir les bras et l'abdomen de leurs adeptes ou plutôt de leurs victimes, pour les présenter pompeusement à l'admiration d'une prophylaxie trompeuse autant qu'immorale, nous dirons à M. Auzias-Turenne, et à tous les syphilisateurs à la suite : « Vous parodiez un grand principe, et vous faites servir à vos rêveries une idée féconde, qui surgira, de vos fausses expériences, mille fois plus démontrée qu'auparavant. »

Mais quittons un terrain qui n'est pas le nôtre; et bien certain, par les résultats positifs de notre pratique, que le pus d'un chancre inoculé donne à coup sûr la pustule syphilitique; que le chancre urétral ou larvé constitue la blennorrhagie virulente dont le pus est inoculable à l'instar de celui du chancre; fondamentalement appuyé sur ces bases immuables, et ayant étudié avec soin : 1o la succession des accidens de la pustule primitive; 2o la variabilité des époques de cette succession, soit à cause de l'intensité du mal, soit par l'inopportunité du traitement, le caractère idiosyncrasique du malade, la récidive de la contagion, etc., examinons si cette marche ordinaire de l'infection vénérienne est une nécessité pathologique, ou bien s'il faut la considérer comme une simple affaire de théorie.

Si, comme dans l'universalité des cas, il était toujours donné de remonter facilement aux accidens d'invasion; si, en présence de phénomènes constitutionnels, de caries, d'ulcères profonds, ou simplement de syphilides, d'ecthymas, accidens dont la généalogie se déduit d'emblée, on avait à poser l'interrogation qui m'occupe, en deux lignes on en aurait la solution. Mais c'est parce que le protée vénérien revêt des apparences multiples; c'est parce que, dans ses formes chroniques surtout, il déjoue trop souvent la sagacité la plus éprouvée, qu'on est arrivé à douter de son point originel, et que la filiation de ses trois périodes a pu devenir problématique.

Les accidens primitifs sont-ils infailliblement la porte d'entrée de la syphilis? Ne peut-il pas se faire que des symptômes secondaires ou tertiaires puissent directement se transmettre d'un individu malade à un individu sain? La matière purulente produite par ces symptômes, n'est-elle pas tout aussi inoculable que le pus de la pustule chancreuse?

Ces propositions ont dirigé les auteurs du sujet de la conférence. Il s'agit d'entrer dans le vif de ces difficultés, et, pour en avoir raison, appeler l'expérience à son aide. Or, que démontre l'expérience? C'est qu'entreprise et suivie avec une scrupuleuse attention, l'inoculation des plaques muqueuses, de l'ecthyma, du condylome, est constamment négative. Les assertions contraires sont évidemment assises sur des erreurs de diagnostic, ou sur des négligences d'expérimentation dont il faut savoir se rendre compte (1). Pour ma part, j'ai pu souvent distinguer ces chancres bourgeonnans, primitifs, quoique implantés sur des surfaces autres que le pénis; ces ulcérations, dues à des contaminations sans coït, chancres au pus inoculable, qui, parce qu'on les observe sur la langue, le mamelon, le pourtour de l'anus, la commissure des lèvres, peuvent en imposer pour des pustules, pour des aphtes vénériens, des ragades ou des érosions secondaires, quand ils sont cependant de véritables accidens d'infection récente. L'inoculabilité alors n'est-elle pas facile à comprendre?

Mais lorsque d'évidentes lésions du second ordre sont expérimentalement interrogées, encore un coup, Messieurs, vous n'obtenez que la négative. Quinze tentatives de ce genre, faites par moi en octobre 1850, à l'hospice Saint-Jean, avec l'assistance du docteur Desmartis fils, m'ont toujours donné ce résultat. Depuis (mai 1851), j'ai renouvelé une série d'inoculations semblables, et vingt-deux fois j'ai obtenu zéro. Ceci ne fait donc pas question; et malgré Wallace, et deux cas fort mal recueillis par ce praticien d'outre-mer, l'inoculation des accidens secondaires, instrumentalement parlant, est une impossibilité. Notez bien que je ne cite pas ici les innombrables faits dus à MM. Ricord, Puche, Bigot et tant d'autres, et qui tous forment un faisceau de preuves invulnérables. Je dois encore à l'obligeance de M. Desmartis plusieurs cas analogues, notamment le fait d'un enfant de quatre ans, contaminé héréditairement, qui, envoyé aux bains de mer afin de modifier par ce moyen une diathèse bien établie, revint de La Teste avec une quasi recrudescence des accidens secondaires, tels que pustules, syphilides, bubons inguinaux. Le pus d'un de ces derniers, inoculé avec soin, ne produisit absolument rien.

Mais si l'expérimentation est formellement concluante sur ce point, peut-être que d'autres circonstances infirmeront ces données. Ici le cadre s'élargit, et la question devient tout à fait clinique. Je ne m'appesantirai pas sur la citation de papules muqueuses s'engendrant, pour ainsi dire, de région à région sur le même sujet. Je laisserai aussi de côté ces chancres gutturaux dits secondaires, et s'infiltrant, contagieux et rebelles, jusqu'aux dernières limites de l'organisme. Dans un des plus piquans passages de ses *Lettres sur la syphilis*, mon savant ami, le docteur Ricord, réduit à leur juste valeur ces objections tout à fait spécieuses. Des faits plus précis sont ceux de cohabitation régulière entre individus, dont l'un est sain et dont l'autre est porteur d'accidens constitutionnels. Je possède de nombreux exemples de ces situations, et récemment encore j'ai pu me convaincre de l'innocuité d'un coït habituel entre un homme depuis plus de six mois atteint de syphilides squammeuses, et une jeune femme chez laquelle la plus attentive et la plus minutieuse exploration n'a pu constater nulle trace, nul soupçon de maladie, même blennorrhagique. Il n'est aucun de vous, Messieurs, qui n'ait dans sa pratique quelques-unes de ces observations curieuses, où le *contagium* absent permette aux symptômes secondaires de la vérole de se tenir à l'écart, soit dans l'usage ordinaire des choses de la vie, soit dans l'acte de copulation. J'ai connu un monsieur des environs de Libourne, porteur de pustules plates à la commissure des lèvres, que, par négligence dans le traitement et par son irrésistible besoin de fumer, il a gardées dix mois, et qui, dans sa famille, avec deux charmantes demoiselles ses filles, se livrait impunément à tous les contacts labiaux permis; de même que chez sa maîtresse, il s'abandonnait à des rapports qu'il savait ne devoir pas être contagieux.

On multiplierait à l'infini les citations de ce genre, et, malgré les exemples contraires, on doit ne pas laisser fléchir le principe qui seul peut expliquer rationnellement cette non-transmissibilité des accidens secondaires, c'est-à-dire la non-inoculabilité de la matière purulente qu'ils produisent.

Pour en finir à ce sujet, je rappellerai un souvenir de ma clinique de 1838 : un banquier avait conçu une vive affection pour une fille publique avec laquelle il entretenait de fréquens rapports, qui bientôt prirent un certain air de légitimité; car, dans un accès de philantrophie amoureuse, notre Turcaret fit rayer cette personne du grand livre du Dispensaire, pour vivre maritalement avec elle. Quoique jolie et encore jeune, cette

(1) Je n'ignore pas que M. Vidal (de Cassis) a donné l'autorité de son nom à des expériences auxquelles s'est bénévolement prêté un élève en pharmacie, inoculé avec le pus d'un ecthyma. Vous savez, Messieurs, comment M. Boudeville (c'est le nom de ce complaisant séide) a répondu aux assertions du maître. Le prétendu ecthyma n'était autre chose qu'une pustule primitive. (Voir l'UNION MÉDICALE du 27 février 1851.)

femme portait depuis six mois une ulcération tertiaire à la jambe, accident qui existait là comme le dernier aboutissant d'une syphilis négligée depuis plusieurs années. Cachant avec soin ce stigmate accusateur, et douée d'une sorte de santé fébrile, caractère essentiel de l'excitation vénérienne, elle faisait le bonheur et la joie de son protecteur, lorsque, hélas! fatiguée de la vie monotone et trop régulièrement heureuse qu'elle menait, il lui vint des réminiscences de galons et d'épaulettes. Un sous-lieutenant de la ligne, admis en tiers dans ce tranquille intérieur, y porta le virus de chancres primitifs; ceux-ci furent bientôt escomptés par le banquier, auquel on fit une histoire de vieux péchés, en exhumant le mal de la jambe, qui n'en pouvait mais, et qui reçut tous les honneurs d'une thérapeutique à nouveau.

En étudiant donc avec attention, en soumettant au contrôle d'une sévère analyse tous les prétendus faits de contagion des accidens secondaires et tertiaires, on arrivera forcément, je le répète, à la négative; et si dans le long martyrologe syphilitique, on trouve des observations contradictoires sur ce point, c'est, encore un coup, parce qu'on aime mieux désarmer la raison et l'analogie, que de pénétrer de vive force dans l'examen fidèle du fait observé.

Mais si la vigoureuse conclusion expérimentale et clinique amène le syphilographe à cet argument; si, par l'inoculation comme par les contacts, il n'y a pas de transmission possible des accidens secondaires, faut-il en conclure que de nourrice à nourrisson, *et vice versâ*, cette non-transmissibilité de la deuxième période syphilitique, soit aussi clairement démontrée?

Vous le voyez, Messieurs, le problème acquiert par là une nouvelle et plus sérieuse gravité. Généralement, ce genre de contagion est admis; c'est surtout lui qui a soulevé les objections les plus capitales, et depuis que, s'étayant de l'opinion de Hunter, M. Ricord a pris à tâche de rallier les faits de cette nature à la ligne rationnelle de l'*unicité* du virus; depuis que, logique avant tout, il a mis en lumière les lois de la non infection secondaire par l'allaitement, c'est à qui produira le plus grand nombre d'observations opposées à cette proposition. Au point de vue de l'hygiène et même de la moralité législative, je le sais, cette question est d'un immense intérêt; c'est pour cela qu'il faut apporter dans son examen tout le calme, toute l'impartialité que réclame un aussi important sujet.

(*La suite au prochain numéro*).

PATHOLOGIE.

LETTRE A M. THIRIAL SUR LE DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Monsieur et très honoré confrère,

Après avoir lu votre intéressant article sur le diagnostic de la fièvre typhoïde qui peut être quelquefois confondue avec la phthisie aiguë, et réciproquement, je me suis demandé: ces cas sont-ils aussi fréquens que veut le faire entendre M. Thirial; et quelques-uns d'eux, ne seraient-ils pas des tubercules aigus, qui se seraient développés pendant le cours de la fièvre typhoïde? — Pendant trois années, que j'ai été attaché au service de MM. Bricheteau, Delaroque, Bally et Louis, où j'ai pris note de toutes les maladies avec autant d'exactitude que possible, je n'ai recueilli qu'un seul cas de phthisie aiguë; mais qui s'était développée pendant le cours d'une fièvre typhoïde; c'est du moins le diagnostic que porta M. Louis.

Voici cette observation:

Au n° 41, salle St-Landry, est couché le nommé Pepin (Charles), âgé de 20 ans, épicier, rue Saint-Denis, 168; Normand, à Paris depuis trois ans; assez bien constitué, il n'a jamais été malade, si ce n'est qu'il a eu la grippe il y a cinq mois, dont il s'est bien guéri. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 31 juillet 1837. Il y a trois semaines, il eut le dévoiement, qui dura cinq à six jours; soif, anorexie, coliques, épreintes au moment des selles, qui étaient au nombre de trois à quatre par jour. Cependant il continuait, quoique péniblement, ses occupations. Tout cela avait cessé, quand quinze jours après, il retomba malade; il a tenu le lit trois à quatre jours avant son entrée à l'hôpital; céphalalgie très pénible pendant la nuit ou insomnie.

2 août. Première visite de M. Louis; état actuel: rougeur mate et bleuâtre de la face; yeux mouillés, injectés; narines pulvérulentes; décubitus variable. Il y a quelqu'agitation des membres; les lèvres un peu pâles à leur pourtour, tremblent lorsqu'il parle; réponses justes et promptes; les sens n'offrent rien de particulier. Langue humide, pointue, enduit jaunâtre à sa base, deux liserés blancs de chaque côté; bouche pâteuse, non mauvaise; soif vive, anorexie depuis six à sept jours; dents et lèvres tendant à se sécher; celles-ci deviennent croûteuses. Depuis la cessation du dévoiement, il n'y a pas eu de selles, que tous les deux ou trois jours; une hier soir; point de douleurs abdominales, ni gargouillement, ni météorisme. Point de toux; respiration un peu sèche à l'auscultation; point de râles; quelques crachats difficiles, et quelques-uns contenant du sang non mêlé à ces crachats; nous pensons que cela vient du nez, car il a eu une épistaxis un des jours précédens. Soubresauts dans les tendons; peau chaude, un peu humide parfois. On dirait voir une tache commençante; pouls 92 à 95, large, dépressible. Urines rouges. — Sirops tartareux, trois pots; demi-bouteille d'eau de sedlitz, diète.

3. Même état de la bouche; soif modérée. La céphalalgie a cessé. Le malade est faible, et chancelle sur ses jambes, car il peut encore aller à la selle. Point de toux; le bruit respiratoire est sec et rapeux. La percussion n'offre rien de particulier. Pouls 90, 92, résistant, assez large; peau douce, non bien chaude. L'on ne voit cependant pas de pétéchies.

« Voilà une fièvre qui ne s'accompagne pas des symptômes ordinaires. » Même traitement.

4. A peu près même état. Une selle. Continuation de l'eau de sedlitz, etc.

5. Un peu de céphalalgie, sommeil avec rêves. A peu près même état du côté de l'innervation et du tube digestif; cependant il lui semble qu'il mangerait bien un peu; deux selles depuis hier. Peau chaude, sèche, âcre; pouls à 90, rebondissant, dépressible; il y a de l'agitation, il a un peu saigné du nez. Nous n'apercevons pas de taches lenticulaires; peut-être ont-elles disparu? Rate volumineuse, ce que nous avons plusieurs fois observé dans la fièvre typhoïde. Continuation de l'eau de sedlitz et de la tisane végétale.

7. Hier il était à peu près dans le même état que la veille. Deux selles depuis hier; il peut encore y aller, mais difficilement; il est très faible; éblouissemens. Même état de la rate. Il lui semble qu'il mangerait bien. Bouillon, demi-bouteille d'eau de sedlitz, etc.

8. Une selle depuis hier; il y a plus de bouffissure du ventre; la rate reste volumineuse. Il y a plus de fièvre que les jours précédens; peau chaude et sèche, pouls à 95. Respiration sèche, râpeuse, accélérée.

« Des tubercules se développent quelquefois dans le cours de la fièvre typhoïde, dit M. Louis; il y a alors augmentation d'intensité de la fièvre. Je crois que nous avons affaire ici à un cas de ce genre. Nous avons déjà observé quelquefois cette complication dans la fièvre typhoïde, c'est une étude à faire. Si pendant la fièvre typhoïde, il survient quelque complication pulmonaire, ce qui, depuis cinq ans, a surtout fixé notre attention, cela se manifeste ordinairement par un râle souscrépitant, et cela arrive d'habitude vers le dixième jour de la maladie. C'est autre chose que le râle sifflant, qui existe fréquemment dans ces fièvres. La fièvre typhoïde est une des maladies où la fièvre ou pyrexie est des plus longues et des plus intenses; c'est pour cela qu'il n'est pas rare de voir les tubercules se développer dans son cours; leur marche est alors aiguë. Nous n'avons jamais vu la fièvre typhoïde se manifester pendant le cours d'une maladie chronique. » (Clinique au lit du malade.)

9. Deux selles depuis hier; apparition de quelques sudamina. La respiration reste sèche, accélérée; chaleur âcre de la peau; pouls 100, dur, résistant; urines blanches et fréquentes. La figure, violacée, est plus fatiguée que d'habitude. Point de toux.

10. La rate a diminué de volume. Même état du reste; sudamina.

13. Épistaxis aujourd'hui, et les deux jours précédens; point de céphalalgie; il parle quelquefois en dormant. Yeux injectés, anxiété grande; éblouissemens, bourdonnemens d'oreilles, s'il se lève; quatre à cinq selles par jour depuis le 10, Point de pétéchies, ni de gargouillement; un peu de météorisme du ventre; soif. Point de toux, respiration accélérée, avec gémissement. Point de bruits anormaux à l'auscultation; 110 pulsations.

Saignée de 8 onces.

14. La figure est moins violette, moins anxieuse; il y a toujours de l'agitation la nuit; il déplace à chaque instant la tête; décubitus dorsal; trois selles depuis hier, et il n'a pu y aller sans appui. Ventre aplati; météorisme. Narines pulvérulentes. Peau chaude; pouls large, régulier, résistant, 110 pulsations. Le malade est très oppressé, dit-il; la respiration est accélérée; elle est comme puérile à l'auscultation du côté droit; bien moins intense à gauche, elle est plus obscure qu'à l'état normal; la percussion semble indiquer, comparativement, une légère matité de ce côté.

Mort le 15. — Autopsie le 16.

Les ganglions abdominaux sont un peu développés, mais de consistance normale. La rate est gonflée, ramollie; elle se réduit en pulpe si on la presse sous les doigts. Pas de météorisme des intestins. Les follicules de Brunner sont très nombreux, saillans, tuméfiés et rouges; c'est une véritable variole de l'intestin. Deux plaques de Peyer sont ulcérées, de cinq à huit lignes de diamètre, à surface gris-brunâtre; elles font saillie d'une à deux lignes. D'autres plaques ne sont point saillantes, ni ulcérées; mais elles sont visibles, d'un rouge-brun.

Les méninges sont injectées et un peu rouges.

Le poumon droit est criblé par des myriades de petits tubercules miliaires, dans toute son étendue, moins à la base qu'au sommet. L'autre poumon en présente aussi un bien grand nombre, mais beaucoup moins et bien plus petits encore; en même temps, il présente en arrière un engouement cadavérique, et ces points offrent un certain degré de friabilité; c'est une véritable infiltration tuberculeuse. Certains points des poumons sont aussi plus engoués, et présentent par-ci, par-là, des taches plus brunâtres; elles sont comme un certain degré d'engouement de quelques lobules pulmonaires. Les granulations se sentent sous le doigt.

Rien de particulier du côté des autres viscères.

Voilà, Monsieur, un fait, qu'un modeste confrère de la campagne vient vous présenter; ce n'est plus le livre d'un savant professeur. Si vous avez bien voulu jeter un regard sur cette observation, vous allez peut-être me répondre à l'instant: — Merci; *facis pro me*. Aussi, voyez-vous M. Louis dire lui-même que cette fièvre typhoïde offre quelque chose d'insolite? Pas de lésion du côté de l'intelligence et des sens; pas de taches typhoïdes, ni de gargouillement, etc. C'est une phthisie aiguë qui a simulé la fièvre typhoïde; c'est une erreur de plus de la part d'un grand maître. — Soit. Mais M. Louis, vous le savez, est bien sévère en fait de diagnostic; et en présence de ce cas-ci, il dit avoir déjà plusieurs fois observé des tubercules, qui se sont développés d'une manière aiguë pendant le cours de la fièvre typhoïde; que cela a surtout fixé son attention depuis cinq ans; que c'est une étude à faire sur cette complication. Quoi qu'il en soit, puisque dans ce moment vous traitez particulièrement de la matière, n'est-ce pas l'occasion, pour ce fait, et aussi pour ceux indiqués par M. Louis (1837), de se présenter à vous, et vous dire: Ou nous sommes des cas simples, et alors rangez-nous au nombre de votre famille, que nous venons augmenter; ou nous restons, comme M. Louis l'a dit, une complication de *phthisie galopante*, mais à cheval sur la fièvre typhoïde, et survenue dans son cours; dans ce cas, prenez garde que quelques-uns de vos enfans ne vous appartiennent pas, et que votre famille ne soit pas aussi nombreuse que vous le pensez.

Agréez, etc. — Dr GOUDOT.

Fresne-St-Momès (Haute-Saône), le 3 Mars 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 25 Février 1852. — Présidence de M. BOUVIER, vice-président.

M. HÉRARD communique le fait suivant de *pleurésie séro-purulente avec formation de gaz, sans perforation du poumon.*

Un homme, âgé de 58 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, est entré le 12 août 1851 à l'hôpital de la Pitié (salle St-Léon, n° 8), se plaignant d'un point de côté à gauche. Il était sans fièvre; la percussion donnait un son clair; l'auscultation faisait reconnaître le murmure vésiculaire normal. On diagnostiqua une pleurodynie (ventouses scarifiées). — Au bout de quelques jours, la douleur qui avait disparu à gauche, se porta du côté droit. — On constata, comme précédemment, les signes d'une pleurodynie, qui céda facilement à une application de ventouses scarifiées. Tout semblait terminé, quand le 21 la douleur de côté se montra de nouveau, accompagnée cette fois de fièvre, oppression, abattement général, toux, râle sous-crépitant en arrière à droite, matité à la base du même côté, crachats visqueux et très légèrement colorés en jaune. (Diagnostic: broncho-pneumonie avec pleurésie. — Saignée générale, ventouses.)

Le lendemain les accidens s'aggravent, la fièvre persiste, la dyspnée est plus forte, les râles plus abondans, la matité inférieure plus prononcée (saignée, potion stibiée).

24-25. Les râles ont presque entièrement disparu et ont fait place à du souffle tubaire circonscrit vers l'épine de l'omoplate. La matité occupe les deux tiers inférieurs du thorax, et dans ces points le murmure vésiculaire est nul. — Égophonie. — Crachats toujours visqueux, mais non colorés. (Vésicatoire.)

26. La dyspnée est considérable; le malade est assis dans son lit; la face et les lèvres sont bleuâtres. Les phénomènes stéthoscopiques sont à peu près les mêmes. A la percussion je constate une matité dans les trois quarts de la poitrine et dans le quart supérieur une sonorité tympanique exagérée, avec élasticité au doigt tout à fait remarquable. Je soupçonne un dégagement de gaz déterminé par l'épanchement pleurétique.

Pendant quatre jours, cette sonorité persiste et est évidente pour tous ceux qui examinent le malade. A l'auscultation, malgré une attention soutenue, nous n'observons du côté du poumon aucun phénomène particulier. Toutefois, nous devons dire qu'un jour nous avons cru entendre en avant, sous la clavicule, un peu de tintement métallique.

Mort le 31.

Autopsie. — Nous ouvrons la poitrine avec les précautions exigées pour la recherche des gaz contenus dans la cavité thoracique. La perforation sous l'eau du deuxième espace intercostal donne issue à une quantité assez considérable de gaz fétides. — Après quoi nous constatâmes que la cavité de la plèvre droite était remplie par un liquide séro-purulent très fétide. — Le poumon était refoulé en arrière et en dedans recouvert d'une couche épaisse de fausses membranes récentes. Il était revenu sur lui-même et ne renfermait ni tubercules, ni pneumonie suppurée, ni aucune des causes matérielles ordinaires de l'hydro-pneumothorax. Par l'insufflation, par l'inspection directe la plus minutieuse nous ne pûmes découvrir aucune ulcération, aucun pertuis à sa surface. — Le poumon gauche était légèrement engoué à la partie postérieure. — Les autres organes étaient sains, à l'exception du péricarde, qui présentait des fausses membranes molles, sans épanchement de liquide.

En résumé, ajoute M. Hérard, à une certaine période d'une pleurésie purulente développée sous nos yeux chez un individu bien portant, nous avons constaté la formation d'un épanchement gazeux. Pendant la vie, et après la mort, nous n'avons découvert, malgré un examen minutieux, aucune trace récente ou ancienne de perforation de la plèvre, aucun indice d'une lésion pulmonaire susceptible de donner issue à l'air contenu dans les cellules du poumon, nous nous croyons d'après cela autorisés, malgré la rareté de ces faits, à rapporter le pneumo-thorax à la pleurésie. Une seule circonstance resterait à expliquer, et cette circonstance soulèvera peut-être quelques doutes, c'est le tintement métallique que nous avons un jour perçu. Nous serions disposé à penser, avec le docteur Skoda, qu'il suffit pour la production du phénomène qu'il y ait dans la poitrine une cavité remplie d'air et à parois susceptibles de réfléchir les sons. Si la voix ou un râle vient à consonner dans une bronche qui n'est pas séparée de l'air contenu dans la plèvre par une lame épaisse de parenchyme pulmonaire, le son passera du tuyau bronchique dans l'air de la cavité pleurale avec une force encore suffisante. pour y déterminer des vibrations. Si j'ai bonne mémoire, MM. Barth et Roger ont vérifié l'exactitude de cette explication, en recouvrant l'ouverture de leur cruche à expérience d'un diaphragme peu épais, et ils ont vu que les secousses de la toux et de la voix déterminaient un tintement métallique distinct.

M. ROGER pense que l'existence du tintement métallique, dans l'observation précédente, doit inspirer des doutes sur le développement spontané des gaz; le docteur Skoda croit, il est vrai, que le tintement métallique peut se produire sans qu'il existe de perforation du poumon; mais il admet que le plus souvent cette perforation a existé antérieurement, et qu'après avoir donné lieu à l'épanchement d'air, elle a été oblitérée par des fausses membranes.

M. Roger a répété, avec M. Barth, les expériences du docteur Skoda. Si l'on place sur l'ouverture d'une grande cruche une feuille de papier et que l'on souffle dessus avec force, on détermine, à la vérité, dans l'intérieur du vase une résonnance particulière analogue à la respiration amphorique; mais si on superpose plusieurs feuilles de papier, le bruit ne se produit plus.

M. Hérard a dit que son malade ne présentait aucun signe de tubercules qui sont certainement la cause la plus fréquente des perforations pulmonaires. Mais, après tout, cette cause n'est pas unique; ainsi, M. Barrier a cité deux cas de pneumonies très circonscrites qui ont déter-

miné la perforation du poumon. Or, il est certain que ces perforations auraient pu échapper facilement à l'investigation anatomique, surtout s'il avait existé des fausses membranes. Ne peut-il pas se faire que dans le fait rapporté par M. Hérard il y ait eu pneumonie superficielle, perforation du poumon, puis pleurésie. Cette supposition paraît aussi plausible à M. Roger que celle qui a été émise par M. Hérard.

M. Moissenet observe actuellement un fait dans lequel il lui paraît fort difficile d'établir s'il existe ou non une perforation du poumon. Une femme de 50 ans, habituellement bien portante, est entrée il y a cinq jours dans son service à la Salpêtrière, se plaignant d'éprouver depuis quinze jours de la dyspnée et de la toux; ces accidens, fort légers d'abord, avaient augmenté graduellement. Lorsque M. Moissenet vit cette malade pour la première fois, elle était couchée dans le décubitus dorsal et sur un plan presque horizontal. La dyspnée n'était pas très intense, cependant la respiration était sensiblement accélérée. La toux, assez fréquente, n'était suivie d'aucune expectoration. L'examen de la poitrine démontra qu'il n'existait pas de tubercules pulmonaires dans le poumon droit. En effet, la résonnance était normale dans tout le côté droit du thorax, et le murmure respiratoire, notablement exagéré, présentait les caractères de la respiration puérile; son tympanique dans toute l'étendue du côté gauche de la poitrine; absence du murmure respiratoire, excepté en arrière le long de la gouttière vertébrale; mais souffle amphorique s'entendant très distinctement dans le tiers supérieur du thorax. Aucun signe d'épanchement pleurétique. Le timbre des bruits du cœur offre un caractère tout particulier, en raison, sans doute, du contact de cet organe avec le foyer aérien; apyrexie complète. M. Moissenet déclare qu'il lui paraît impossible de deviner sous quelle influence ce pneumo-thorax s'est produit. Cette malade n'est pas affectée de tubercules pulmonaires. Etait-elle emphysémateuse? Rien ne le prouve, et d'ailleurs la démonstration est impossible aujourd'hui. Existe-t-il une communication entre la cavité de la plèvre et le poumon? Il est permis de rester dans le doute à ce sujet. De plus, si une perforation a existé, elle a dû s'oblitérer, car l'état de la malade s'améliore au lieu de s'aggraver, bien que le pneumo-thorax persiste au même degré. Or, s'il en était autrement, les accidens auraient dû acquérir, au contraire, une intensité croissante; si cette supposition est fondée, il en résulterait que la toux et la respiration amphoriques peuvent persister après l'oblitération de la perforation, comme le veut M. Skoda.

M. Hérard croit que les cas de pneumo-thorax, sans communication de la cavité de la plèvre avec les bronches, sont très rares; mais il les regarde comme possibles. Il ne voit pas pourquoi on n'admettrait pas que, dans les épanchemens puruleus, il puisse se faire un développement spontané de gaz, alors surtout que l'autopsie ne découvre aucune lésion qui permette d'affirmer l'existence antérieure d'une perforation. Il ajoute que les expériences de M. Skoda, si elles sont exactes, viennent encore en aide à cette opinion.

M. Legroux a pratiqué l'opération de la thoracentèse dans un cas d'hydro-pneumo-thorax. Le liquide auquel on donna issue était mélangé de gaz; il exhalait une odeur très fétide, et avait noirci la canule. Le malade ayant succombé, il fut impossible, malgré les recherches les plus minutieuses, de découvrir une perforation pulmonaire; il croit donc, comme M. Hérard, à la possibilité du développement spontané des gaz dans les cavités closes. Il fait remarquer que, quand il existe une perforation, l'haleine et les crachats sont presque toujours fétides. Ces phénomènes n'existant pas chez la malade de M. Moissonnet; il serait disposé à croire que, dans ce cas, il n'y a pas de perforation.

M. Moissenet dit qu'effectivement ces phénomènes n'ont pas existé chez sa malade; que de plus, bien que les accidens soient survenus il y a vingt jours, les signes sont toujours les mêmes, que la dyspnée diminue au lieu de s'accroître, et qu'enfin il n'y a pas trace d'épanchement pleurétique.

M. Legroux croit que, dans les conditions où se trouve la malade de M. Moissenet, il y aurait lieu à pratiquer la thoracentèse.

M. Bouvier demande à M. Moissenet s'il ne pourrait pas se faire que le poumon lui-même rendît le son tympanique qu'il a constaté dans tout le côté gauche du thorax?

M. Moissenet répond que, pour lui, le poumon est évidemment refoulé sur les côtés de la colonne vertébrale, attendu que c'est seulement dans ce point que l'on rencontre la respiration vésiculaire.

M. Bouvier, pour mieux expliquer sa pensée, dit que M. Bricbeteau a vu un poumon transformé dans une partie de son étendue, en un sac aérien, à cavités très inégales. Or il est évident que, dans un cas de ce genre, on rencontrerait des signes analogues à ceux du pneumo-thorax.

M. Bricheteau rappelle qu'il a publié une observation d'hydro-pneumo-péricarde survenu à la suite d'une péricardite qui, elle-même, avait été déterminée par un coup de timon de voiture sur la région précordiale. Pendant la vie, en auscultant le cœur, on entendait un bruit de moulin. A l'autopsie, la présence des gaz fut positivement constatée. Il fait ensuite remarquer que lorsqu'il y a pneumo-thorax, les fistules pulmonaires sont souvent très étroites et qu'elles guérissent quelquefois; il a vu un malade affecté de pneumo-thorax, qui fut ponctionné deux fois, et qui guérit. Plus tard, il eut l'occasion de faire l'autopsie de ce malade et il rencontra des cicatrices qui pouvaient faire supposer l'existence antérieure de perforations. Chez les phthisiques, ajoute M. Bricbeteau, lorsqu'il se forme des petites cavernes sinueuses qui communiquent les unes avec les autres, on peut entendre du souffle amphorique. Il a observé dernièrement un cas de ce genre dans lequel l'autopsie a prouvé qu'il n'existait ni pneumo-thorax, ni fistule pulmonaire. M. Saussier, qui a fait une thèse sur ce sujet, a publié des cas analogues. En résumé, M. Bricheteau ne nie pas le développement spontané des gaz, mais il le croit fort rare. Il en est de même, ajoute-t-il, pour d'autres maladies que l'on a signalées comme étant assez fréquentes, et qui, en réalité, s'observent très rarement. On peut citer, par exemple, l'œdème de la glotte qui est presque toujours déterminé par une lésion profonde du larynx.

M. Barthez (Ernest) insiste sur les difficultés que l'on éprouve pour découvrir les fistules pulmonaires. Il a vu plusieurs fois l'insufflation du poumon, pratiquée sous l'eau, ne donner aucun résultat. Il ne se dégageait pas une seule bulle d'air, et ce n'était qu'après avoir examiné le poumon avec la plus grande attention et après des recherches minutieuses que l'on parvenait à découvrir une petite perforation.

M. Barth croit que l'on peut admettre les épanchemens gazeux sans perforation pulmonaire dans les cas de pleurésie purulente; cependant ces faits lui semblent difficiles à prouver d'une manière péremptoire, attendu que la perforation a pu être bouchée par des fausses membranes. Quant à l'opinion de M. Skoda, il est d'avis qu'on ne doit l'adopter qu'avec réserve, car pour que la respiration amphorique puisse se produire sans perforation, il faut que le poumon se trouve dans des conditions capables de faire vibrer l'air contenu dans la cavité pleurale; et ces conditions ne peuvent se rencontrer que dans certains cas déterminés. Il rappelle à ce sujet les expériences qu'il a faites avec M. Roger et que nous avons déjà citées. M. Barth rapporte ensuite l'observation suivante qui démontre, suivant lui, l'utilité que peut avoir l'auscultation dans certaines maladies chirurgicales, non seulement pour éclairer le diagnostic, mais encore pour conduire à la solution de questions médico-légales. Il a été appelé le 19 janvier dernier auprès d'un malade qui, le 4 décembre, s'étant avancé sur un balcon, reçut un coup de feu. La balle avait pénétré entre la deuxième et la troisième côtes. Les chirurgiens qui donnaient des soins à ce malade avaient constaté l'existence d'un épanchement dans la cavité de la plèvre et des phénomènes amphoriques. L'examen de la poitrine permit à M. Barth de reconnaître l'état suivant: matité à la base de la poitrine et absence du bruit respiratoire; vers l'angle inférieur de l'omoplate, respiration amphorique éloignée, tandis que vers la partie latérale du thorax, cette respiration amphorique devenait très évidente; pas d'égophonie. La balle était restée dans la poitrine. La respiration amphorique indiqua à M. Barth qu'il y avait une perforation du poumon; il crut que la balle avait pénétré de haut en bas, qu'elle avait rencontré, à sa sortie du poumon, la face interne d'une côte et qu'elle était tombée dans la cavité de la plèvre. Mais si le coup de feu avait été tiré de la rue, il fallait, pour expliquer le trajet de haut en bas, que la balle eût été répercutée par un corps dur placé sur un point plus élevé que l'endroit où se trouvait le blessé. Cette répercussion avait dû diminuer, d'ailleurs, la force du projectile, et cette circonstance expliquait, d'une manière plausible, le séjour de la balle dans la cavité thoracique. Convaincu qu'il avait dû en être ainsi, M. Barth fit des recherches et il constata l'empreinte d'une balle sur une des barres de fer qui séparaient le balcon du malade de la maison voisine, la hauteur à laquelle cette barre se trouvait située justifiait, d'ailleurs, toutes ses prévisions. Le 2 février, la respiration amphorique avait disparu, et M. Barth crut pouvoir annoncer que la perforation était cicatrisée. Le malade rendait encore des crachats puriformes qui provenaient, sans doute, du trajet de la balle.

M. Bouvier appelle l'attention de la Société sur un fait anatomique qui lui paraît offrir un certain intérêt; c'est que, indépendamment de la plèvre, le poumon est revêtu par une membrane fibreuse propre, qui joue un grand rôle dans certaines affections de cet organe. Ainsi, dans l'emphysème, par exemple, qui résulte certainement de la déchirure des vésicules pulmonaires et non de leur dilatation, lorsqu'il existe des ampoules à la surface du poumon, elles sont formées par des dilatations partielles de cette membrane propre. Au contraire, lorsque l'air pénètre sous la plèvre, il y circule facilement comme l'avait indiqué Laënnec, et cette variété d'emphysème peut être différenciée sans peine de la précédente. Dans le cas qu'il a cité plus haut et qui appartient à M. Bricheteau, M. Bouvier, en examinant la pièce anatomique, a cru voir que le sac aérien était formé par cette enveloppe fibreuse. Cette membrane étant élastique, elle doit se rétracter facilement, et cette rétraction peut aider efficacement à la cicatrisation des perforations pulmonaires.

Le secrétaire, Ch. Léger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Séance du 9 Octobre 1851. — Présidence de M. le docteur Legroux.

M. Chassaignac rappelle, en peu de mots, la communication qu'il avait déjà faite à la Société, relativement à sa méthode nouvelle de traiter les abcès: cette méthode, comme on sait, consiste à vider exactement l'abcès, à faire des injections dans la poche, afin d'enlever les dernières traces du pus, puis à réunir par première intention, comme si on avait affaire à une plaie simple. M. Chassaignac déclare ensuite avoir récemment appliqué cette manière de faire aux abcès du sein, et avoir réussi sept fois sur dix. Il ajoute que, dans quelques circonstances, il s'est bien trouvé, pour faciliter l'écoulement du pus à mesure de sa formation, de placer au centre du foyer un petit tube en caoutchouc vulcanisé.

M. Gendrin soutient qu'il est utile, au point de vue du traitement, d'établir une distinction entre les abcès du sein. Selon lui, ils peuvent être ramenés à deux espèces principales: 1° ceux à forme catarrhale; 2° les phlegmoneux. Les premiers doivent être abandonnés à eux-mêmes; les seconds, au contraire, réclament l'intervention du bistouri.

M. Chassaignac réplique qu'il a tenu compte de la distinction établie par M. Gendrin, et qu'il va même, à cet égard, beaucoup plus loin que lui; car il admet, avec beaucoup de pathologistes distingués, quatre variétés dans les abcès du sein: 1° ceux superficiels limités aux vaisseaux lymphatiques; 2° les abcès galactophores; 3° les parenchymateux; 4° enfin, les sous-mammaires. Il soutient, en outre, que les abcès galactophores sont les plus rebelles, et qu'il est important de faire suspendre l'allaitement des deux côtés, parce que la succion du côté sain retentit sympathiquement sur le côté malade.

M. Gendrin insiste sur l'utilité de laisser les abcès galactophores s'ouvrir d'eux-mêmes, et se fonde sur cette double considération que l'incision peut intéresser un trop grand nombre de conduits de même nom, et que la résorption purulente peut s'effectuer aux lèvres de la plaie. Il cite, à cette occasion, deux cas dans lesquels ce dernier accident a eu lieu. Il soutient, en outre, contrairement à l'opinion de M. Chassaignac, qu'il est important de continuer l'allaitement, même du côté malade, attendu que c'est, selon lui, le moyen le plus efficace d'amener le dégorgement, et d'empêcher les dépôts laiteux proprement dits. Il ajoute que la crainte que quelques praticiens ont eue de voir l'enfant aspirer à la fois du lait et du pus est sans fondement, parce que lorsque l'inflammation envahit ces conduits galactophores, l'oblitération qui s'y produit empêche l'écoulement du pus par le mamelon, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par l'application de la pompe.

M. Chassaignac, de son côté, assure avoir employé plusieurs fois le moyen d'exploration conseillé par M. Gendrin, et avoir constaté la présence du pus dans le liquide échappé du mamelon. Il ne pense pas non plus qu'il y ait d'inconvéniens réels à ouvrir les abcès du sein, quelle qu'en soit la nature, quand ils sont parvenus à la période de maturité, et estime qu'il y en a de plus grands encore à attendre leur évacuation spontanée.

M. Demarquay cite le fait suivant: Une dame, enceinte de sept semaines, éprouve des symptômes qui indiquent un travail utérin commençant et présageant une fausse-couche. Appelé près de la malade, M. Demarquay pratique le toucher et constate une antéversion. Cependant, les accidens augmentent, le sang s'écoule abondamment, et la fausse-couche a lieu. Huit jours plus tard, l'hémorrhagie persistant, M. Demarquay touche de nouveau la malade, et, à son grand étonnement, il trouve une rétroversion au lieu d'une antéversion. Il ajoute que, bien qu'il ait apporté la plus grande attention à ces deux examens, il aurait pourtant douté de lui, si M. Valleix n'avait eu l'occasion de constater, du soir au lendemain, une transformation du même genre.

M. Valleix fait part à la Société du fait auquel M. Demarquay vient de faire allusion et expose les raisons qui lui donnent la certitude de ne s'être pas trompé. Il cite, d'un autre côté, des faits analogues observés par MM. Amussat et Hervez de Chégouin. M. Valleix entre ensuite dans quelques détails sur les déplacemens utérins et s'attache à prouver que si les hémorrhagies dont ils s'accompagnent souvent sont opiniâtres, c'est que l'organe engorgé et distendu par le fait même du déplacement ne revient complètement sur lui-même que lorsqu'il a repris sa situation normale: aussi pour remédier à cet accident, pense-t-il qu'il n'y a pas de meilleur moyen que de le remettre en place et de l'y maintenir avec le redresseur intra-utérin. La tige de cet instrument excite, en effet, par sa présence, l'organe en question; celui-ci se contracte sur elle, et sa contraction amène à peu près infailliblement la cessation de l'hémorrhagie.

Séance du 8 Janvier 1852. — Présidence de M. Laguerre.

A l'occasion du procès-verbal, et sur l'invitation du président, M. Valleix revient sur sa communication de la séance précédente et expose les recherches qu'il a faites sur les déplacemens de la matrice et sur les moyens les plus propres d'y porter remède:

Les déviations de l'utérus sont, dit-il, la source de dérangemens organiques et fonctionnels, qui, s'ils ne compromettent pas directement la vie des malades, suffisent cependant pour la tourmenter et parfois même la rendre insupportable. Il cite parmi les accidens principaux une pesanteur habituelle dans le bassin; fatigue pendant la marche et quelquefois même impossibilité de la locomotion; dysménorrhée et les accidens qu'elle détermine; constipation, envies fréquentes d'uriner, obstacle à la fécondation, etc. MM. Velpeau et Simpson considèrent même ces déviations comme la cause unique des engorgemens utérins. M. Valleix, sans être aussi exclusif, pense que très souvent tout au moins, ceux-ci sont un effet de celles-là.

Selon lui, ces déviations peuvent être rangées dans les cinq catégories suivantes: 1° l'antéversion simple; 2° l'antéversion avec flexion; 3° la rétroversion simple; 4° la rétroversion avec flexion; 5° enfin la rétroflexion simple. Quant aux déviations latérales, M. Valleix les admet également, mais il avoue qu'elles sont moins fréquentes et qu'elles n'offrent rien de particulier au point de vue du traitement.

M. Valleix examine ensuite chacune de ces déviations séparément et indique les moyens les plus propres à les faire reconnaître: selon lui, le toucher suffit dans tous les cas, mais la *sonde utérine* lui donne plus de certitude. Cet instrument, nommé aussi *hystéromètre*, et dont l'invention est due au professeur Simpson, consiste en une tige métallique graduée, fixée sur un manche, et dont l'extrémité libre est notablement recourbée. M. Valleix a modifié cet instrument en lui donnant une courbure beaucoup moins prononcée et en réduisant les degrés en centimètres et demi-centimètres. Il entre ensuite dans quelques détails sur la manière de l'introduire et établit des différences tranchées selon l'espèce de déplacement à laquelle on a affaire. Parfois, dit-il, ce cathétérisme présente en lui-même quelques difficultés d'exécution dont il faut être averti; mais on parvient toujours à les surmonter en procédant avec précaution, et en tenant bon compte du genre de déviation. Ces difficultés se montrent particulièrement sur les femmes qui n'ont pas eu d'enfans et dont l'orifice vaginal est étroit. Assez généralement la sonde se trouve arrêtée au point où la cavité du col communique avec celle du corps de l'utérus; là, en effet, existe une sorte de coarctation en forme de sphyncter, si bien que si on voulait forcer le passage d'emblée, on déterminerait de vives douleurs. Pour éviter cet inconvénient, il faut procéder lentement, quelquefois même s'y prendre à plusieurs reprises et à des intervalles différens: de la sorte on dilate peu à peu l'obstacle et on habitue l'organe au contact de l'instrument: on reconnaît que cet obstacle est franchi, lorsque l'hystéromètre avance rapidement de 6 à 7 centimètres, lorsqu'il donne à la main de l'opérateur une sensation de vide et aussi lorsque toute douleur a cessé.

Les pessaires, dit M. Valleix, quand ils sont bien adaptés au genre de déviation auquel ils sont appelés à remédier, procurent sans doute un soulagement marqué, mais ils offrent une infinité d'inconvéniens qu'il est inutile de rappeler ici et ne constituent, en dernière analyse, qu'un traitement palliatif.

La sonde utérine ne sert pas seulement au diagnostic, elle peut encore amener la guérison à elle seule: ainsi de simples inflexions disparaissent assez souvent en cinq ou six séances: dans un cas de rétroversion M. Simpson a même obtenu une guérison permanente en une seule séance. Cependant, le plus souvent, une action plus puissante et plus soutenue est nécessaire, et c'est pour la produire qu'il a imaginé son *pessaire intra-utérin*.

Ce pessaire de M. Simpson consiste en une tige de métal ou d'ivoire de 6 centimètres de long, fixée inférieurement à un disque ovale sur lequel, après l'introduction, doit reposer le col de l'utérus: à la partie inférieure du disque se trouve une tige creuse dans laquelle on engage un manche courbé à angle obtus et qui sert à introduire l'appareil dans

la cavité utérine. Quand cette introduction est faite, on retire le manche et on le remplace par un plastron qui se recourbe au-devant du pubis et qu'on fixe autour du ventre à l'aide de cordons.

M. Valleix n'a pas tardé à s'apercevoir que la trop grande largeur du disque est non seulement inutile, mais qu'elle rend l'introduction difficile, douloureuse même, surtout chez les femmes dont le vagin est étroit; aussi a-t-il réduit son diamètre de moitié; il a remarqué, en outre, que la flexion exagérée de la tige utérine, à sa jonction avec le disque, constitue une difficulté de plus dans l'introduction; que pour retirer la tige à manche de la cavité du disque, pour la remplacer par celle du plastron, il faut employer, parfois, des efforts qui sont douloureux pour les malades; que parfois aussi le poids de l'utérus, entraînant le disque, rend difficile l'ajustement de ce même plastron, et qu'enfin les deux parties de l'appareil peuvent, par suite de mouvemens exécutés par les malades, se séparer dans le vagin et offenser ses parois; c'est donc pour remédier à ces divers inconvéniens que M. Valleix a proposé les modifications suivantes :

Pour faciliter son application et la rendre moins douloureuse, il est parvenu à introduire l'intrument presque droit, ou n'ayant tout au plus que la forme d'une s très allongée. Il doit cet avantage à une articulation fort simple qui permet, après l'introduction et en tournant un bouton resté à l'extérieur, de courber, selon le besoin et au degré qu'on désire, la tige intra-utérine. On la fixe ensuite solidement dans cette courbure à l'aide d'un écrou. Cette tige, dépassant la vulve, offre en outre toute facilité pour adapter le plastron dont la tige creuse reçoit celle de la première portion de l'appareil, et peut, par conséquent, avancer ou reculer sur elle, suivant l'épaisseur des parois abdominales. Enfin M. Valleix a établi sur la tige centrale une échelle graduée qui permet de reconnaître les divers degrés d'inclinaison de la tige intra-utérine.

Il faut avoir soin, dit M. Valleix, d'éviter que cette tige ne soit ni trop longue, ni trop courte; dans le premier cas, en effet, son extrémité touchant au fond de la matrice, qui jouit d'une sensibilité exquise, produirait des douleurs très vives; dans le second cas, on ne redresserait qu'une partie de l'utérus, surtout s'il y avait complication de flexion, et plus tard la portion non redressée reproduirait la déviation à laquelle on aurait cru avoir remédié définitivement : il est donc très important d'avoir la mesure exacte de l'étendue de la cavité utérine, soit à l'aide d'un curseur gradué, soit à l'aide de l'hystéromètre dont il a été question et qu'on fait pénétrer jusqu'au fond de l'organe, pendant qu'avec l'indicateur de la main gauche on marque le point où arrive l'orifice du col. L'étendue de cette cavité varie, selon M. Valleix, entre 6 et 9 centimètres; on donnera donc à la tige intra-utérine une étendue d'un centimètre environ de moins que celle de la cavité de la matrice.

Assez ordinairement, l'appareil produit, pendant les premières vingt-quatre heures, de son application, quelques coliques qui doivent être rapportées aux contractions de l'utérus, qui cherche à se débarrasser de lui ou d'une petite quantité de sang épanché dans sa cavité; mais le plus souvent, une demi-journée de repos suffit pour faire cesser ce petit accident, et, dès ce moment, les femmes se trouvent à peu près complètement débarrassées de tous les symptômes de la déviation. Les coliques dont il vient d'être question se font particulièrement sentir au moment de la menstruation, soit par l'excitation plus grande de l'utérus à cette époque, soit parce que la cavité du col étant très étroite, par exemple chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfans, le sang ne peut pas s'écouler et se ramasse au-dessus du redresseur : que si les douleurs étaient trop vives, il faudrait retirer l'instrument et ne le remettre en place qu'après l'époque menstruelle. M. Valleix a, du reste, remarqué qu'il avançait généralement cette époque de plusieurs jours.

A une demande de M. Demarquay sur la durée du traitement et sur les accidens dont il peut être l'occasion, M. Valleix répond que parfois quelques jours ont suffi pour redresser définitivement l'organe, mais que c'est là une exception rare et que la moyenne varie entre vingt et trente jours. Quant aux accidens, à part les coliques dont il vient d'être parlé, il n'y en a d'aucune espèce, car la matrice s'habitue vite au contact de l'appareil. M. Simpson a pu le laisser impunément pendant dix mois consécutifs, chez une femme, même pendant l'époque menstruelle. Enfin M. Valleix affirme, en terminant, que les rechutes sont rares et qu'il possède huit à dix observations de guérisons radicales datant de dix-huit mois, quelques-unes même de deux ans.

Le secrétaire général : ARNAL.

PRESSE MÉDICALE.

Annales des maladies de la peau et de la syphilis.
Numéro de Février 1852.

Une nouvelle forme de gale; par M. W. BOECK, professeur à la Faculté de médecine de Christiania.

L'observation curieuse rapportée par M. Boeck, est relative à une jeune fille de 15 ans, très maigre, pâle, non encore réglée, portant dans la paume des mains et dans l'intervalle des doigts des croûtes de deux à trois lignes d'épaisseur, d'une couleur blanche ou bien plutôt grise, adhérentes à la peau et formées d'une masse si compacte, qu'on pouvait y couper comme dans l'écorce des arbres. Doigts fléchis, ongles dégénérés, très épais et noueux. Des croûtes semblables existaient à la plante des pieds, sans en couvrir cependant toute la surface; ainsi, on trouvait quelques endroits où la peau était restée intacte; mais les croûtes reparaissaient sur la face dorsale, jusqu'au niveau du coude-pied. Les ongles des orteils présentaient la même altération que ceux des doigts; aussi ne pouvait-elle marcher qu'avec peine et en éprouvant de la douleur; les coudes, les fesses jusqu'à l'anus, la face postérieure des cuisses et quelques points de la surface du dos étaient couverts de croûtes de même nature, moins épaisses cependant que celles que l'on voyait aux mains et aux pieds. Lorsqu'on détachait les croûtes, on trouvait au-dessous la peau rouge, humide et un peu inégale; toute la surface cutanée présentait, au reste, une rougeur érythémateuse. Aux jambes, on voyait des taches non saillantes, d'une couleur brun-rougeâtre; plusieurs vésicules à la face postérieure des bras; enfin des pustules çà et là aux extrémités. La partie postérieure du cuir chevelu et les régions latérales du cou étaient aussi envahies par les croûtes. La chevelure était très dégarnie; les cheveux traversant les croûtes et tombant avec elles, laissaient voir la peau avec le même aspect rouge et humide. Pour tout renseignement, on apprit que la maladie avait débuté, deux ans auparavant, par des taches rouges aux mains et aux pieds; la peau paraissait excoriée. Quelque temps après, les croûtes avaient paru, en premier lieu, aux extrémités, puis aux fesses, et enfin à la tête. Les bains chauds, que la malade employait de temps en temps, faisaient détacher les croûtes qui ne tardaient pas à se reformer. La malade avait toujours été faible, sujette à la constipation; sa nourriture principale consistait en pommes de terre et autres alimens farineux. Ni ses parens, ni ses frères, ni ses sœurs, ne présentaient d'affection semblable.

Quelle était la nature de cette affection? Les pustules et les vésicules existant çà et là ne fournissaient aucune lumière. M. Boeck eut l'idée d'examiner ces croûtes au microscope. A sa grande surprise, il trouva qu'elles ne consistaient, pour ainsi dire, qu'en des sarcoptes de la gale; c'était un amas d'animaux entiers avec leurs œufs, des coques d'œufs et leurs excrémens. Tel était le contenu des croûtes prises n'importe où, aux extrémités, à la tête, même dans la substance dégénérée des ongles, où les sarcoptes avaient pénétré, et se trouvaient là, comme partout, avec des œufs et des excrémens. Mais ce qu'il y avait de plus curieux, c'est qu'il fut impossible de rencontrer ni sillon distinct, ni animal vivant. Néanmoins, quelques jours après l'admission de la malade, plusieurs de ses voisines et la garde-malade commencèrent à éprouver des démangeaisons, puis se montrèrent sur leurs bras et sur leurs pieds des vésicules qui disparurent par l'usage de frictions avec l'onguent de Vienne. Durant son séjour à l'hôpital, elle infecta presque tous ceux qui eurent leur place dans la même chambre qu'elle, alors qu'ils ne la touchaient pas.

Après l'emploi de quelques bains chauds, qui eurent pour résultat de faire tomber les croûtes, après des frictions générales avec l'onguent de Vienne, il ne restait plus que quelques légers débris dans la paume des mains, à la plante des pieds et à la partie postérieure de la tête, lorsque, sur tout le corps, même au visage, parurent des vésicules non aiguës, qui augmentèrent beaucoup de volume; et en différens endroits, surtout aux mains, il se forma de grandes pustules contenant un pus fluide, avec violentes démangeaisons. On ne pouvait pas trouver de sillon distinct. Tout près des croûtes existant encore après la dernière friction, on en vit se former de nouvelles qu'on reconnaissait aisément à une couleur plus claire. En les examinant au microscope, on pouvait distinguer deux lamelles, l'une supérieure de couleur claire, et consistant dans les cellules de l'épithélium; l'autre inférieure de couleur grisâtre, contenant des sarcoptes, comme les croûtes précédemment examinées.

La santé de la malade commençant à s'altérer de nouveau, les frictions furent reprises avec l'onguent de Vienne, d'abord générales, puis partielles, partout où les croûtes se montraient encore, même aux extrémités des doigts et des orteils; peu à peu, les dernières traces de l'affection s'effacèrent aussi; les ongles dégénérés furent éliminés et la malade guérit entièrement.

M. Cazenave, qui a examiné plusieurs croûtes tirées de la plante des pieds, de la paume des mains, de la tête, qui lui ont été adressées par M. Boeck, y a retrouvé, comme celui-ci, des acarus entiers, des débris d'acarus, des œufs; de telle sorte qu'elles semblent réellement formées en entier de ces animaux. Si maintenant, ajoute M. Cazenave, l'on se rappelle la rareté des acarus vivans, l'absence des sillons, ce phénomène si curieux de la reproduction des croûtes acariennes, sous une couche épidermique, sur des surfaces préalablement bien nettoyées; si l'on fait attention à la facilité effrayante de la contagion, à l'influence de cette affection sur l'état général de la maladie, au retour complet de la santé, à la suite d'un traitement purement local, on verra, dans l'observation de M. Boeck, non seulement la relation d'un fait curieux et probablement unique dans la science, mais encore un cas d'un grand intérêt, et la preuve que la science est loin d'avoir dit son dernier mot sur l'histoire de l'acarus, sur la symptomatologie et l'étiologie de la gale.

THÉRAPEUTIQUE.

MOYEN AISÉ ET ÉCONOMIQUE D'ADMINISTRER L'HUILE DE FOIE DE MORUE; par M. BENEDETTI.

Malgré les divers véhicules qu'on a imaginés pour dissimuler la saveur nauséeuse de ce médicament, l'administration en est toujours tellement répugnante que l'on est privé par là d'un remède très énergique; car, alors même que le malade parvient à surmonter son premier dégoût, il arrive bien rarement qu'il puisse continuer pendant un temps assez long et à des doses assez élevées.

Un progrès réel consiste dans l'emploi des capsules. Mais il n'y en a ni partout, ni surtout à la portée de toutes les fortunes; car, pour avaler 30 grammes d'huile, le malade est forcé de consommer 48 capsules.

Pour parer à cet inconvénient, M. Benedetti a eu l'idée de faire avec l'huile de foie de morue une pâte en y ajoutant de la poudre d'amidon, ou mieux de la fécule d'arrow-root pulvérisé. On prépare de cette manière un opiat qu'on avale, enveloppé dans un morceau d'hostie mouillée. Seize de ces bols le matin et autant le soir suffisent au commencement. Plus tard, on a la ressource d'en augmenter le nombre ou de les faire plus volumineux, car la déglutition en devient plus facile par l'habitude.

L'auteur a obtenu du remède ainsi préparé non seulement une administration plus facile, mais encore des effets thérapeutiques remarquablement avantageux. S'il est vrai, dit-il pour l'expliquer, que l'efficacité de l'huile de foie de morue doive s'attribuer non seulement à l'action de l'iode qu'elle contient, mais plutôt à sa propriété éminemment nutritive, il est positif que l'adjonction d'une fécule amylacée peut sensiblement augmenter cette dernière qualité. *(Gaz. méd.)*

MÉLANGES.

DANGERS DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE. — La discussion qui vient de se terminer à l'Académie de médecine donne un véritable intérêt aux chiffres suivans, consignés par Kayser dans son remarquable essai intitulé : *De eventu sectionis cœsareæ*, et par M. West dans l'article qu'il a publié dans le dernier volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres* pour 1851. Sur 409 cas authentiques d'opération césarienne, dont 341 appartiennent à Kayser, 251 ont été suivis de mort pour la mère; dans 158 elle a survécu. Quant aux résultats de l'opération pour les enfans, sur 347 cas, on a compté 237 enfans vivans et 110 mort-nés. Mais, ajoute avec raison M. West, nul doute que les chiffres précédens ne donnent pas une idée exacte des dangers de l'opération, les succès seuls ayant été consignés dans les recueils, et les insuccès ayant été passés sous silence. Kayser fait remarquer que la mortalité qui, dans son relevé, ne paraît être que de 63 pour cent, s'élève à 79 pour cent si l'on ne tient compte que des faits recueillis dans les hôpitaux et soumis à un contrôle plus sévère. En Angleterre, dit M. West, on compte aujourd'hui 49 cas d'opération césarienne et 7 guérisons seulement, ce qui fait plus de 80 morts pour cent. Et qu'on ne croie pas que cette funeste terminaison se fasse longtemps attendre : sur 147 cas rassemblés par M. West, il n'en est que 38 dans lesquels les femmes aient survécu à l'opération plus de quatre jours. Le plus grand nombre succombe même avant, 24 dans les premières vingt-quatre heures, 42 dans les deux jours suivans, 6 seulement ont dépassé le neuvième jour. Quant à la cause de la mort, d'après Kayser, sur 123 cas, elle aurait été due, dans 77, à l'inflammation ; dans 30 à l'ébranlement du système nerveux, dans 12 à l'hémorrhagie, et dans 4 à quelques circonstances accidentelles non essentiellement liées à l'opération.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

AVIS A MM. LES PHARMACIENS. — Un empoisonnement qui vient d'avoir lieu à Paris, et dont ont été témoins plusieurs médecins : MM. Devergie, Aran, Ducos, etc., à la suite de l'administration d'une substance saline vendue comme *tartrate de soude*, et qui se trouvait être un mélange opéré par accident de *tartrate d'arséniate de soude*, empoisonnement qui a été suivi de mort chez un malade et qui a mis la vie de deux autres dans le plus grand danger, nous fait un devoir d'avertir MM. les pharmaciens, afin qu'ils soumettent immédiatement à l'analyse les échantillons de tartrate de soude qu'ils pourraient avoir en leur possession. La justice étant saisie de cette grave affaire, on comprend que nous n'entrions dans aucun détail, mais la crainte de voir se produire des accidens aussi terribles dans d'autres parties de la France ne nous permettent pas de garder le silence, et nous avons cru devoir nous hâter de porter cet avertissement à la connaissance de MM. les pharmaciens.

— Un banquet a été offert, le 30 mars, à M. Diday, à l'occasion du cours de topographie syphilitique, qu'il a professé cet hiver à Lyon; 65 de ses élèves s'étaient réunis pour lui donner ce témoignage de sympathie et de reconnaissance.

M. Philipeaux, doyen des internes de l'Hôtel-Dieu, s'est le premier rendu l'organe de ces sentimens, que M. Gubian fils a ensuite développés de la manière la plus délicate et la plus chaleureuse.

Après quelques paroles de remercîment pour l'honneur dont il était l'objet, M. Diday n'a pas voulu accepter pour lui seul cette flatteuse distinction et s'est exprimé en ces termes :

« Le voyageur éloigné du pays sent instinctivement le besoin d'un mot de ralliement, d'un nom qui lui rappelle son origine et sa patrie absente. J'ai la conviction d'exprimer pour vous, Messieurs, un sentiment de ce genre, en vous proposant un dernier toast à celui de qui la seule pensée guide le jeune médecin dans les premières hésitations de la pratique, éclaire le savant dans ses recherches, soutient et console le pauvre malade sur sa couche de douleur; à celui dont le nom, symbole du progrès solide, est devenu la personnification de la véritable science syphilographique, à Ricord ! »

Ce toast répondait sans doute à la pensée de tous, car il a été couvert d'applaudissemens prolongés. *(Gazette méd. de Lyon.)*

NÉCROLOGIE. — L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte par la mort de M. Rochoux, l'un de ses membres, ancien médecin des hôpitaux et auteur de plusieurs ouvrages estimés.

LONGÉVITÉ. — Le nommé Jean Chiossich, mort à l'âge de 117 ans, à la maison des Invalides, près Venise, est né à Vienne le 26 décembre 1702. Il entra à l'âge de 8 ans, comme fifre, dans le régiment autrichien Starenberg. Après avoir fait comme simple soldat la guerre d'Amérique, il combattit sous l'empereur Charles VI, contre les Turcs en Hongrie, sous le règne de Marie-Thérèse contre la Prusse, puis contre les Français en Bohême.

A cette époque, il quitta l'armée d'Autriche pour entrer au service de la République de Venise, et il fit partie de plusieurs expéditions maritimes, notamment de celle que le général Emo dirigea contre Tunis. Enfin le 1er mai 1797, il fut admis dans la maison des Invalides de Murano, près Venise, où il mourut le 22 mai 1820.

D'après cet exposé, Jean Chiossich a donc compté 87 années de service effectif, et si on y ajoute les 23 qu'il a passées aux Invalides, il aura été simple soldat 110 années de sa vie. Cet exemple est unique dans les annales militaires.

Les grandes fatigues et les grandes privations de toute espèce que Jean Chiossich a dû éprouver pendant ses nombreuses campagnes sur terre et sur mer n'avaient en rien altéré sa bonne constitution, et il conserva toujours la gaîté de son caractère. Exempt de toute passion violente, il vécut dans la plus grande simplicité de mœurs, et avec une chasteté remarquable.

Le père de ce militaire a atteint sa 105e année, et son oncle paternel a vécu 107 ans. P. HIMLY.

CONSOMMATION DE L'OPIUM. — La consommation de l'opium augmente tous les ans en Angleterre. En 1850, ainsi qu'il résulte des relevés du commerce et de la navigation, il en avait été consommé 42,324 livres; en 1851, la quantité d'opium importé et consommé s'est élevée à 50,368 livres.

— M. le docteur Sandras recommencera ses leçons cliniques sur les maladies chroniques et nerveuses, à l'hôpital Beaujon, le jeudi 15 avril, à 8 heures du matin, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 42. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 8 Avril 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.:
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois .... 20 Fr.
1 An.............. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois............. 22 Fr.
1 An............... 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An............... 50 Fr.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 AVRIL 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est un membre correspondant, M. le docteur Pamard, d'Avignon, qui a fait les frais de la séance. Cet honorable chirurgien est venu communiquer un fait dans lequel l'emploi du chloroforme lui paraît avoir eu une influence non encore signalée, et déterminé des accidens non encore décrits. A la suite d'une opération grave pour laquelle l'anesthésie avait été provoquée par l'inhalation du chloroforme, le malade, en proie à une sidération profonde du système nerveux, a succombé neuf jours après l'opération, sans avoir présenté aucun symptôme de réaction traumatique, le pouls étant constamment resté petit et lent, la peau s'étant maintenue froide et l'état des forces s'étant de plus en plus affaibli. Malgré une certaine réserve dans l'exposition du fait, il était facile de voir que M. Pamard penche vers la croyance à une action stupéfiante prolongée du chloroforme ; action qui, dans ce cas, aurait comme paralysé le système nerveux et l'aurait mis dans l'impossibilité de réagir suffisamment pour produire la fièvre traumatique.

Cette interprétation du fait ne répugne pas, à vrai dire, aux saines doctrines de physiologie pathologique ; elle s'accorde aussi bien avec l'idée qu'il faut se faire de l'action du chloroforme que l'on ne peut considérer que comme un stupéfiant véritable du système nerveux. Aussi, sans donner plus de valeur qu'il ne le faut à un fait isolé, nous croyons qu'il importe de tenir compte de l'observation produite par M. Pamard, et que l'attention des chirurgiens devra être éveillée sur ce résultat possible de l'anesthésie, à savoir la sidération prolongée du système nerveux. Mais est-ce bien pour la première fois que l'emploi du chloroforme soulève cette objection? Nous n'avons pas sous la main des documens à cet égard, mais nous nous rappelons parfaitement que dans les premiers temps qui suivirent l'emploi du chloroforme, une discussion sur ce sujet s'engagea en Angleterre et qu'on reprocha précisément au chloroforme de nuire à la réaction nécessaire à la bonne solution des opérations et de produire une mortalité consécutive plus grande qu'avant la découverte des anesthésiques. M. Simpson, d'Edimbourg, répondit victorieusement à cette accusation par l'exposé statistique d'un grand nombre d'opérations plus ou moins graves, pratiquées pendant l'anesthésie, et dont les résultats, quant à la mortalité, étaient sensiblement plus favorables qu'avant. Nous ne croyons pas que, depuis lors, cette question, de l'influence du chloroforme sur les résultats des opérations, ait été sérieusement étudiée. Les matériaux ne doivent pas manquer à cette heure ; il nous semble qu'il y a là de quoi stimuler le zèle des hommes de travail.

L'interprétation, fort réservée cependant de M. Pamard, a été corroborée par M. Cloquet, qui l'adopte ; mais elle a été combattue par M. Roux, qui ne trouve aucun motif suffisant pour imputer à l'emploi du chloroforme l'anéantissement progressif des forces, observé chez le malade de M. Pamard. La longue pratique de M. Roux lui a fourni des cas sinon complétement analogues, du moins assez semblables, et cela à une époque où les anesthésiques n'étaient pas connus. Les dispositions morales dans lesquelles se trouvent les opérés influent singulièrement, comme chacun le sait, sur les résultats des opérations, et il est étonnant qu'aucun chirurgien militaire de l'Académie n'ait rappelé ce fait si connu des résultats très différens des blessures et des opérations du champ de bataille, selon la victoire ou la défaite.

La communication de M. Pamard n'a pu que nous maintenir dans l'opinion que nous exprimions naguère sur l'intervention utile et précieuse de nos confrères des départemens, dans notre regret que cette intervention soit si rare de leur part et si rarement sollicitée de la part de l'Académie.

Amédée LATOUR.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

C'est encore à un de nos confrères des départemens qu'est due la seule communication médicale de cette séance. M. le docteur Damoiseau, d'Alençon (Orne), a présenté une note sur sa nouvelle méthode de traitement pour les fractures du col du fémur.

Tous les chirurgiens le savent, les malades atteints de fracture au col du fémur ne guérissent presque jamais sans raccourcissement, et bon nombre de ceux dont l'âge est avancé succombent aux suites de cet accident.

Ces suites, si graves, tiennent surtout à cette cause : la compression continue sur un même point. Au sacrum, sous l'influence de la pesanteur, elle produit des escarrhes presque toujours mortelles ; sur le membre blessé, sous l'influence de l'extension, elle engendre aussi des escarrhes qui sont l'écueil de tous les appareils.

L'indication capitale est, avant tout, d'empêcher ces escarrhes, et pour y réussir, il faut imiter la nature qui nous fait supporter sans inconvénient l'énorme pression résultant du poids de tout notre corps, seulement en nous donnant la faculté de changer à tout instant nos points d'appui.

Le nouvel appareil, s'appliquant non plus seulement à un os en particulier, comme les appareils ordinaires, mais remplaçant le squelette tout entier, permet non seulement de réduire la fracture, mais encore de soulever le malade d'une seule pièce, sans ébranler les fragmens osseux.

De nombreuses attaches donnent le moyen, tout en maintenant la suspension et l'extension, de changer à volonté, et successivement, tous les points d'appui.

Un fait très remarquable est invoqué par M. Damoiseau à l'appui de cette opinion très rationnelle. Espérons que l'expérience confirmera les idées de notre honorable confrère.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX [1].

TROISIÈME LEÇON.

Recueillie par M. GALLARD, interne du service.

Sommaire. — Tubercules pulmonaires ; ulcérations tuberculeuses de l'intestin ; péritonite ; apoplexie pulmonaire. — Érysipèle gangréneux.

Messieurs,

Nous avons pratiqué hier une autopsie qui présente des particularités tellement intéressantes que, bien que je ne vous aie pas rendu compte de la maladie du sujet dans une de nos conférences, je crois devoir vous les faire connaître. Plusieurs d'entre vous ont pu, d'ailleurs, suivre la malade et se rappeler les réflexions que nous avons faites à son lit. Toutefois, je pense qu'il convient de vous rappeler succinctement les principaux points de son histoire, afin que vous puissiez mieux apprécier les lésions anatomiques que je vais mettre sous vos yeux.

Tubercules pulmonaires ; — ulcérations tuberculeuses de l'intestin ; — péritonite ; — apoplexie pulmonaire.

Il s'agit d'une jeune femme qui occupait le n° 7 de la salle Ste-Marthe et qui était entrée à l'hôpital trois semaines avant le commencement de nos conférences cliniques.

Cette malade, qui présentait un commencement de marasme, nous apprit que, depuis six mois, elle avait continuellement toussé et notablement maigri. Cependant elle n'avait jamais craché de sang. C'est surtout il y a trois mois qu'elle dépérit rapidement. Il survint alors une diarrhée avec coliques, donnant lieu à environ sept ou huit garderobes liquides par jour, quelquefois plus encore, et contre laquelle aucun des moyens employés (adoucissans, régime, lavemens calmans) n'avaient réussi.

A son entrée à l'hôpital, je trouvai le ventre un peu tuméfié, douloureux à la palpation partout. Le foie était volumineux, dépassait les fausses côtes de deux travers de doigt et ne présentait aucune bosselure. Il n'y avait aucune tumeur dans les autres points de l'abdomen. Les selles étaient toujours aussi nombreuses, liquides, brunâtres, jamais sanguinolentes. La malade toussait peu, sans douleur marquée, et rendait facilement quelques crachats blancs, un peu opalins, non striés, d'aspect purement muqueux.

L'auscultation et la percussion de la poitrine furent pratiquées avec le plus grand soin presque tous les jours ; et les seuls signes qu'il m'ait été permis de constater, sont un peu de prolongement de l'expiration et quelques craquemens rares et isolés, ne s'entendant même pas toujours, dans la fosse sus-épineuse droite. Dans ce même point, la percussion ne donnait aucun résultat positif. Je lui prescrivis quatre quarts de *lavement de ratanhia laudanisé ; des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen ; un julep diacodé ; de la tisane de riz gommé.*

Quinze jours environ avant sa mort, cette femme fut prise de vomissemens de matière verte très amère, qui se renouvelèrent trois ou quatre fois par jour. La diarrhée avait un peu diminué. Aux moyens précédens, je joignis la *glace à l'intérieur* et l'*eau de Seltz.*

Six jours avant la mort, il survint de nouveaux symptômes qui méritent également de fixer votre attention. Ce sont les suivans : face anxieuse ; douleur vive du côté droit de la poitrine ; oppression ; respiration pénible ; toux plus fréquente, douloureuse ; expectoration de crachats d'un rouge-noirâtre, collés au fond du vase, semblables à du sang cuit ; non aérés, sans autre liquide. La percussion faisait reconnaître une matité complète à la partie moyenne et postérieure du côté droit de la poitrine, dans une étendue de 8 centimètres environ. Dans le même point, la respiration était très faible, à peine entendue, sans aucun râle, ni respiration bronchique, ni retentissement de la voix.

Vous savez, Messieurs, que ces symptômes nous firent diagnostiquer une apoplexie pulmonaire, sans foyer apoplectique, et consistant uniquement dans une infiltration sanguine.

La malade, qui avait une fièvre assez forte, s'affaiblit rapidement, et mourut sans présenter une longue agonie.

Voici, maintenant, les lésions que nous avons trouvées à l'ouverture du corps :

Le *foie*, dont vous voyez une portion, a un volume dépassant d'un tiers environ son volume normal. Il est d'un jaune-clair, graisse fortement le scalpel, et vous pouvez voir, autour de cette tranche chauffée sur un papier brouillard, une tache huileuse qui se répand assez loin, comme si on y avait fondu de la graisse. Ce sont là les caractères du foie gras qui s'observent particulièrement chez les phthisiques.

Les anses intestinales, réunies entr'elles par des adhérences jaunâtres peu consistantes, de formation assez récente, sont, en outre, couvertes, à leur surface péritonéale, de points saillans, blanchâtres, dont plusieurs égalent la grosseur d'une grosse lentille, et les autres sont plus petits. Ces petites tumeurs sont assez fermes, mais se laissent cependant écraser, et prennent alors un aspect caséux. Dans le petit bassin, on trouvait encore un plus grand nombre de fausses membranes, et à peine une demi-cuillerée de liquide séro-purulent. Quelques-unes de ces fausses membranes avaient une consistance un peu plus grande que les autres, et commençaient à prendre la texture celluleuse.

Les ganglions mésentériques sont tous volumineux, blancs, de consistance caséeuse partout. M. Lebert, qui a bien voulu les examiner au microscope, les a trouvés formés de substance tuberculeuse.

Le rectum présente, à son intérieur, de très nombreuses ulcérations irrégulières profondes, offrant à leur pourtour des saillies blanches, semblables à celles que nous avons remarquées à la face péritonéale des intestins, et évidemment tuberculeuses.

Des ulcérations semblables se montrent dans le reste de l'étendue du gros intestin, mais de moins en moins nombreuses à mesure qu'on s'élève vers le cœcum. Il n'y en a pas dans l'intestin grêle.

Les autres organes de l'abdomen ne présentent rien de remarquable.

Dans la poitrine, nous trouvons deux ordres de lésions bien distinctes. Le sommet du poumon droit présente des adhérences anciennes, peu étendues, et qui ont été rompues, sans altérer la substance du poumon. Tout à fait au sommet et dans le point correspondant à la fosse sus-épineuse, nous voyons un tubercule ancien, gros comme une petite noisette revêtue de son périsperme. Il contient une substance crétacée, environnée d'un tissu de consistance demi-cartilagineuse, d'un millimètre d'épaisseur environ. Autour de lui se trouvent cinq ou six granulations grises, demi-transparentes, dont quelques-unes commencent à devenir opaques. Enfin à la distance de trois centimètres environ, on voit une infiltration de matière grise, demi-transparente dans l'étendue d'un centimètre cube. Toutes les autres parties du poumon, examinées avec le plus grand soin, ne présentent aucune trace de tubercules.

Le lobe moyen du poumon droit, dans la moitié environ de sa profondeur, est d'une couleur noirâtre. A sa surface, il présente une coloration lie de vin un peu violette, et on y voit des fausses membranes blanches, qui se détachent facilement, mais qu'on peut enlever par lambeaux. Le tissu de la partie altérée est ferme, friable, se laisse facilement pénétrer par le doigt. A la coupe, on y voit une multitude de petites granulations, toutes égales et beaucoup plus fines que celles que présente un poumon hépatisé. Par la pression on en fait écouler un

(1) Voir les numéros des 19 et 21 Février, 13 et 16 Mars 1852.

sang épais, noir, comme à moitié cuit et semblable à celui que la malade expectorait. Un fragment de ce tissu mis dans l'eau plonge rapidement au fond, et on n'y trouve plus aucune trace de crépitation. Au sommet du lobe supérieur, on trouve des parties peu étendues violacées, crépitant très peu et laissant échapper sous la pression une grande quantité d'un liquide qui s'écoule facilement et qui est fortement teint de sang noirâtre. Le reste du poumon est parfaitement souple, d'un gris rosé, bien crépitant, entièrement sain, en un mot; il en est de même de tout le poumon gauche.

Les lésions que nous venons de décrire, rendent parfaitement compte, comme vous le voyez, Messieurs, de tous les symptômes que nous avons observés pendant la vie. Depuis plus de six mois, cette femme avait présenté un certain degré de dépérissement et une toux qui, bien que peu considérable, ne s'était jamais arrêtée. Cependant, l'examen le plus attentif, plusieurs fois réitéré, ne nous avait fait reconnaître que des signes très peu évidens de tubercules. Mais, d'un autre côté, la marche de la maladie, la diarrhée incessante et la péritonite, rapprochées des premiers symptômes, nous confirmait dans l'idée que nous avions émise d'abord de l'existence de tubercules. Le petit nombre de productions tuberculeuses groupées au sommet du poumon droit, est venu nous apprendre pourquoi les signes stéthoscopiques étaient si faibles. Il n'est pas douteux que, chez cette malade, la tuberculisation a commencé par le poumon; puis, s'emparant de l'intestin et du péritoine, elle a fait, dans ces derniers points, pour des causes qui nous échappent, des progrès beaucoup plus rapides que dans son siége primitif, de telle sorte que les tubercules du poumon, si l'examen le plus attentif ne les avait recherchés, auraient pu nous échapper aussi bien pendant la vie qu'après la mort.

Reconnaissons aussi que nous avons été guidés par les lois suivantes établies par M. Louis : 1° la péritonite chronique, quand on n'en trouve pas la cause dans une tumeur abdominale, est presque constamment tuberculeuse; 2° quand il existe des tubercules dans les autres organes, il en existe aussi dans les poumons. Il y a, sans doute, quelques rares exceptions à la règle, et M. Louis en a cité lui-même un exemple; mais ici, tout nous faisait croire que nous n'avions pas affaire à une exception à la règle, car la marche de la maladie était bien celle d'une affection tuberculeuse. C'est là ce qui nous engageait à examiner si attentivement et si souvent la malade; et vous avez vu que nous avons pu trouver dans la partie supérieure de la poitrine, du côté droit, des signes qui, malgré leur peu d'importance apparente, avaient néanmoins, pour nous, une très grande valeur. C'est aussi ce motif qui nous a fait rechercher avec tant d'attention les tubercules du poumon, et nous en avons trouvé qui auraient pu échapper à une investigation moins complète, comme cela a eu lieu, sans doute, plus d'une fois. Ainsi s'est trouvée confirmée encore une fois cette importante loi.

Vous avez vu, Messieurs, que le diagnostic de l'apoplexie pulmonaire s'est trouvé pleinement confirmé et que nous avons rencontré cette lésion dans le point où, pendant la vie, nous avions constaté l'existence d'une matité considérable, avec absence de la respiration. Ces signes, joints aux crachats de sang demi-cuits, appartiennent à cette lésion, ainsi que j'ai pu m'en convaincre récemment chez un sujet que j'ai observé à l'hôpital Beaujon.

Déjà MM. Rousset, Bouillaud, Andral avaient signalé les crachats de cette nature. Laennec avait principalement parlé des hémoptysies abondantes qu'on observe dans certains cas, et M. Bricheteau en avait contesté l'existence. Mais ces divergences d'opinion sont dues à ce que tous les cas ne sont pas semblables. Lorsqu'il survient rapidement une grande exhalation de sang dans le tissu pulmonaire, il y a des hémoptysies abondantes et quelquefois si considérables, qu'elles causent rapidement la mort; c'est alors l'apoplexie pulmonaire foudroyante, qui a lieu aussi lorsque, par suite d'une exhalation rapide de sang dans le tissu du poumon, celui-ci est suffoqué, suivant l'expression de Laennec. Mais dans le cas dont il s'agit ici, l'apoplexie s'est faite plus lentement, dans un point limité; il y a eu simple infiltration sanguine dans le tissu, avec coagulation du sang dans les ramifications bronchiques et les vésicules pulmonaires : ce sont des cas de ce genre qu'on a cités MM. Rousset, Andral, Bouillaud et Bricheteau. Il ne s'agit donc, pour éviter toute discussion inutile, que de bien distinguer les cas.

La même réflexion s'applique aux signes stéthoscopiques. Laennec accordait une très grande importance au râle sous-crépitant. Ce râle n'existe que lorsque le sang liquide s'accumule dans les ramifications bronchiques et y est battu par l'air. Mais si le sang est infiltré et coagulé, il n'en est plus de même. Or, tel était ici le cas; aussi n'avons-nous pas entendu de râle sous-crépitant.

Quelle peut avoir été, dans ce cas, la cause de l'apoplexie pulmonaire? Laennec a admis une dilatation rapide du sang. Cette cause, très hypothétique dans l'apoplexie générale, ne peut être invoquée ici, puisque tout le reste du poumon était sain, à l'exception de quelques lobules. Nous n'avons trouvé aucune lésion des vaisseaux, ni du cœur. Il n'y avait pas d'hépatisation proprement dite. Restent donc le dépérissement signalé par M. Genest, et le trouble de la circulation pulmonaire que M. N. Guéneau de Mussy a indiqué dans son intéressante thèse. L'action de ces causes n'a pas été assez évidente ici pour que ce fait puisse servir à démontrer leur existence.

(La suite au prochain numéro).

SYPHILOGRAPHIE.

N'Y A-T-IL DE TRANSMISSION POSSIBLE DE LA SYPHILIS, QUE PAR LES ACCIDENS PRIMITIFS?

Par M. le docteur J. VENOT, de Bordeaux.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Dans un mémoire inséré dans la *Gazette médicale* du 20 avril 1850, le docteur Bouchut publie un grand nombre d'observations qui lui paraissent décisives en faveur de la transmission en question; et dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* du 16 février 1851, le docteur Roché fils, de Strasbourg, donne une deuxième édition de ces contagions secondaires, qu'il accompagne de réflexions pastorales sur les mœurs des villageois du Haut-Rhin : *O fortunatos nimium*, etc. Une foule d'autres antagonistes de l'inoculation primitive ont fait collection de faits semblables; si bien que, dans les administrations publiques de maternité, d'enfans-trouvés et de vénériens de tous les étages, une sorte de panique est à l'ordre du jour, pour ce qui tient, soit aux conditions de santé actuelle et aux antécédens intra-utérins des nouveau-nés, soit aux renseignemens à recueillir sur les antériorités de tout genre des nourrices. Je n'ai certes pas l'intention de blâmer ces précautions; elles sont louables, au contraire, quand leur application s'exerce sur l'état actuel des parties infectées. Mais pour ce qui est des investigations du passé, il y a, soyez-en sûrs, au moins inutilité dans le but qu'on se propose, et occasion de commettre, presque à dessein, de pénibles erreurs (1). Aussi, que MM. Bouchut, Roché, et leurs adhérens, après l'énumération de tous les faits incomplets qu'ils publient, finissent par avouer que leur conviction est plutôt morale que scientifique, toujours est-il que le cordon sanitaire qu'ils proposent d'établir est aussi difficile à réaliser en pratique qu'en théorie, et que leurs dénégations sont purement gratuites, sans profit pour la conservation des individus, comme pour la dignité de la science, qui la rejette *à priori*.

Voici, du reste, quelques faits empruntés à un mémoire *in extenso* sur la matière, et que je me propose de publier incessamment.

Observation I. — M. M..., atteint d'une blennorrhagie virulente, avec adénites et tubercules occipitaux, communique la syphilis à son épouse en 1841. Un double traitement, religieusement suivi des deux parts, opère une cure complète, et deux ans après je revois M. et Mme M..., qui habitent un bourg de Lot-et-Garonne, parfaitement rétablis au physique et au moral de ce trouble grave survenu dans leur jeune ménage; ils revenaient des eaux des Pyrénées, dont je leur avais recommandé l'usage comme complément de leur guérison. L'harmonie conjugale avait jeté de si profondes racines entre eux, que madame était à son quatrième mois de grossesse, et venait me demander si elle pouvait nourrir. Je secondai son désir par mon acquiescement; car rien ne pouvait me faire craindre l'influence d'une syphilis lointaine. La parturition arrive heureusement à point. Un garçon vigoureux vient au monde. Allaité par sa mère, il se développait à plaisir, lorsqu'au bout de six mois, Mme M... est tout à coup prise de mal de gorge vif, avec aphtes grisâtres; de taches lenticulaires sur l'abdomen, la cuisse et le col; d'éruptions pemphygoïdes sur les parties sexuelles; enfin, d'ostéite douloureuse sur la crête du tibia gauche, avec ulcération caractéristique dans cette région. L'effroi de cette jeune femme fut grand. Nourrice et mère, elle accourut à Bordeaux savoir ce qu'elle devait faire dans cette cruelle occurence. Après examen attentif des symptômes, l'état de l'enfant étant très satisfaisant, et cette recrudescense syphilitique ne me donnant aucune crainte de transmission, vu son état tertiaire bien avéré, je conseillai de continuer l'allaitement, comme si rien n'était survenu, et je soumis Mme M... à un traitement par l'iodure de potassium en sirop, et les bains au bi-chlorure de mercure. Cette conduite obtint un plein succès. L'enfant n'eut pas un seul instant de malaise. La mère vit progressivement disparaître l'ensemble effrayant des accidens tertiaires, dont le réveil fut attribué, par elle, au peu d'exactitude de son premier traitement; aussi persista-t-elle fort longtemps dans l'administration des moyens nouvellement prescrits. Deux printemps successifs ont été employés à des médications dépuratives. Bref, l'enfant, qui aujourd'hui a dix ans passés, n'a jamais offert la plus légère trace, ni de syphilis congéniale, ni d'accidens secondaires contractés durant la période de la lactation, qui s'est prolongée pendant dix-huit mois.

Observation II. — Une forte et vigoureuse fille, née le 7 septembre 1850, est confiée à une nourrice d'Ambarès, femme de 25 ans, qui est à son deuxième enfant et qui offre les conditions les plus rassurantes. Au bout de trois mois et demi, on amène chez moi nourrice et petite fille, et leur examen me démontre, chez la première, plaques muqueuses au mamelon, excoriations rouges et purulentes aux abords de la bouche, des narines et des yeux; croûtes humides dans les sourcils et sous les bandeaux de cheveux couvrant le front. Chez l'enfant, pustules plates au pourtour de la vulve et de l'anus, rougeurs ulcératives des talons, aphtes vifs sur la langue et le palais, sorte de muguet fort douloureux qui torture cette malheureuse petite fille. Les parens et la nourrice récriminaient mutuellement. D'où venait le mal? Avec la conviction de la non-transmissibilité des accidens secondaires, j'étais à l'aise pour la mère et le père, dont l'état sanitaire m'était parfaitement connu. Restait la nourrice, qui, à grand'peine et seulement après que la dame se fut soumise à ma visite, voulut bien aussi me permettre d'examiner ses organes sexuels. Là se dénoua ce petit drame de famille et sur un repli myrtiforme de la vulve; deux adénites douloureuses pointaient dans les aines; un flux virulent s'écoulait épais et coloré du conduit vulvo-utérin.

A ces indices, tout s'expliqua. Sans compter que le mari, innocent campagnard présent à l'opération, fut intimé par moi et s'avoua le premier coupable. Les dames sorties, il exhiba les pièces de conviction. Atteint d'un paraphymosis ulcéreux qu'il avait négligé, il réclama un billet d'admission à l'hospice Saint-Jean, où sa guérison s'est opérée, tandis que ses deux victimes guérissaient conjointement au logis des parens du nourrisson, à coup sûr fort édifiés sur la pureté des mœurs champêtres, si poétiquement célébrées par M. le docteur Roché fils, de Strasbourg.

Observation III. — Clémence D..., âgée de 32 ans, *habituée*, selon l'expression réglementaire de l'hospice Saint-Jean, entre pour la quinzième fois, au moins, dans mon service, le 15 mars 1850; elle est atteinte de carie palatine avancée avec tumeurs gommeuses sur le trajet des tendons extenseurs des deux rotules. Un délabrement habituel des grandes lèvres existe chez cette fille, dont l'état se complique d'une grossesse au huitième mois. Sous l'influence d'un traitement mercuriel modéré, d'un régime réparateur, du repos et de bains gélatino-sulfureux, la carie s'arrête et se limite, les gonflemens tendineux semblent entrer en fusion; mais un écoulement mucoso-purulent, avec rougeur violacée de tout le vagin, s'établit et persiste jusqu'au jour de l'accouchement. L'enfant est bien constitué, très viable, et n'offre aucune trace d'intoxication vénérienne. Clémence D..., pendant l'administration des remèdes, nourrit cet enfant, qui, depuis sa naissance, n'a présenté à mes très fréquentes visites rien qui pût déceler la plus légère participation à l'état de sa mère. Celle-ci est pourtant encore un des plus remarquables exemples de la cachexie syphilitique. En ce moment, et pendant que son enfant court, vif et alerte, les préaux d'une salle d'asile, Clémence D..., selon son habitude, occupe un lit aux vénériens, où de vastes ulcérations anales et un phagédénisme grave la retiennent depuis bientôt trois mois.

Observation IV. — Un jeune peintre, peu scrupuleux sur les procédés de la lune de miel, triture sans pitié les douceurs premières de l'hymen avec le double virus psorique et vénérien. Quinze jours après les noces, je suis appelé pour soigner les deux conjoints; et le soufre et le mercure, sagement broyés sur la palette de cet infortuné disciple de Raphaël, remettent un peu d'ordre dans les couleurs de monsieur et de madame. Toute métaphore à part, au milieu de cette complication contagieuse que les accidens les plus primitifs caractérisaient, la jeune femme donne les signes imminens de la grossesse, et la gestation marche à son but sans encombre; les périodes semblent même se coordonner avec une entente parfaite, malgré ou plutôt à cause du traitement assez énergique dont je fais usage. L'enfant vint au monde à terme, très viable et sans souillure aucune. Par des considérations particulières, et ayant égard à l'état de santé de cet enfant, il fut mis en nourrice. Durant les deux premiers mois, *il profita* visiblement; mais bientôt après se déclarèrent des symptômes qui, en peu de jours, prirent le plus fâcheux caractère : la peau des fesses, des pieds, des mains, s'excoria dans une assez grande étendue. La nourrice prit ce mal pour le feu de saint Antoine, et des bains, de la crème de lait, des cataplasmes, furent successivement, et pendant une quinzaine, employés par elle. La gorge du nourrisson s'entreprenant, des aphtes et des déchirures se déclarant dans la bouche aux lèvres, sur les paupières, etc., cette femme vint à Bordeaux. Ignorant la nature de l'affection du petit, et intacte sous le rapport de la contamination, elle ne voulait point abandonner l'enfant, auquel elle s'était vivement attachée, et que, pendant trois semaines qu'il a vécu, elle a allaité et soigné mieux que sa véritable mère. Cet enfant mort, la nourrice, qui voulait prendre un nourrisson afin de ne pas perdre son lait, en a été empêchée; on l'a désintéressée et gardée comme domestique dans la maison; mais les craintes élevées sur sa santé ultérieure ne se sont pas réalisées. A l'heure qu'il est, depuis bientôt deux ans, elle est encore servante chez le jeune peintre, et sa fraîcheur, son appétit et son zèle ne se sont pas un seul instant démentis.

J'arrête là, Messieurs, ces narrations, qu'il me serait néanmoins facile de beaucoup multiplier. Comme MM. Nonat et Ricord, j'ai vu des nourrices ayant contracté la syphilis pendant l'allaitement, contaminer leur mamelon avec leurs doigts souillés de virus, et infecter le nourrisson par *succion primitive*. Deux enfans ont, à ma connaissance, contracté en naissant des chancres dont leurs mères étaient infectées au moment de la parturition. Ces chancres, véritables accidens prime-sautiers, ont été communiqués à leurs nourrices, en vertu de la loi générale de l'inoculation. Dans un autre cas, une nourrice couverte de taches eczémateuses, avec ulcérations secondaires du mamelon, a impunément fait téter un enfant pendant six mois, terme au bout duquel on lui retira ce nourrisson, qui n'a jamais justifié, par un état maladif quelconque, les appréhensions de sa mère.

De l'exposé de ces faits, et de leur appréciation, ne résulte-t-il pas la nécessité de faire une très sérieuse enquête de tous les détails, afin de ne pas s'engager dans une fausse voie? Combien d'erreurs et de démentis gratuits, donnés à la vérité pratique par l'admission trop facile des circonstances et des renseignemens d'un cas douteux! Eh quoi! le besoin de contester des points de doctrine qui satisfont l'esprit et la raison; la manie de tirer sur une théorie que l'expérience vient confirmer tous les jours, vous font rechercher avec avidité les soi-disant contradictions qu'on peut opposer à ce système! On dirait,

(1) A ce propos, il est de mon devoir de démentir un bruit assez accrédité dans notre ville : c'est que les enfans déposés à l'hospice de Bordeaux sont, sans exception, soumis à un traitement antisyphilique préventif. Cette assertion est fausse de tout point, et M. l'administrateur spécial des Enfans-Trouvés m'a prié de le déclarer.

Malgré les terreurs semées à dessein par les inoculateurs secondaires; en dépit des fausses conséquences attribuées à la contagion impossible des véritables accidens des deuxième et troisième périodes, il règne, parmi les hommes sensés de notre commission des hospices, un doute et un scepticisme qui font honneur à leur caractère autant qu'à leur haute raison. Au surplus, avant-hier encore, un nourrisson leur a été renvoyé de Bourg, syphilisé d'une façon déplorable, tandis que la nourrice est on ne peut plus intacte. Ce fait récent se renouvelle souvent dans le personnel des nourrissons de l'hospice, et ne manque pas d'éclairer nos administrateurs.

vraiment, que notre art abonde en certitudes et en démonstrations, tant on fait bon marché des idées précises, irréfragables, qui rarement viennent surgir sur le sol ingrat de la science médicale. Dans l'espèce, quel avantage croit-on retirer d'une transmissibilité basée sur d'incomplètes observations, sur des témoignages intéressés, sur des conclusions forcées? Les inoculations d'accidens secondaires ayant mal réussi à leurs auteurs; la prudence et la bonne foi de l'expérimentation ayant été plus que constatées dans ces recherches extra-scientifiques, il a fallu alarmer la conscience publique, jeter, au nom de l'hygiène et de l'humanité, des clameurs profondes, et placer comme une sorte de quarantaine entre les nourrices et les nouveau-nés, pour les sauvegarder mutuellement d'une contagion illusoire. Et quand le doute devrait au moins tenir la raison en suspens; lorsque, malgré le plus minutieux examen, la cause primitive se dérobe au diagnostic et l'obscurcit, on s'efforce de renverser tout un enseignement, pour se renfermer, avec la feinte humilité de quelques variantes, dans le fameux *Que sais-je?* de l'auteur des *Essais*.

Messieurs, tel ne doit pas être le rôle du médecin véritablement praticien. S'il convient qu'il soit défiant pour les hypothèses, pour le vague, en matière d'explications, il ne peut méconnaître les révélations de l'expérience, et constituer en état de mensonge le grand axiome : *Ars tota est in observationibus.* Quand un procédé pratique, dans son exécution, dans l'unité de son essence, dévoile le lien caché d'une cause et de ses effets, c'est avec bonheur qu'on doit entrevoir cette corrélation; car la nature est avare de ses secrets, vous le savez, et ne les lui arrache pas qui veut.

N'acceptons donc qu'avec une extrême réserve les raisons des adversaires de l'inoculation primitive, et celles des promoteurs de l'infection des accidens secondaires; ces deux doctrines, adroitement opposées l'une à l'autre, s'entre-détruisent et font table rase de tous les principes reçus, sans rien mettre à la place.

Que, dans l'hypothèse de la lactation, on éprouve un sentiment de répulsion pour une nourrice atteinte de syphilis constitutionnelle, je le comprends; qu'on ne mette qu'avec répugnance un enfant contaminé congénialement, au mamelon d'une femme saine, je l'accorde; mais entre ces manières d'agir et l'acte de foi des contagionistes *quand même*, il y a tout un abîme.

Que faut-il encore pour réserver exclusivement l'inoculation du virus aux accidens primitifs?

Je sais bien, et j'en conviendrai volontiers avec M. Vidal de Cassis (1), que d'excentriques expériences ont été faites; qu'exagérant la portée de l'inoculation, certains praticiens ont outre-passé toutes les règles des convenances scientifiques, afin d'attirer sans doute le ridicule sur une méthode généralement adoptée. En effet, après M. Diday, qui, sur une statistique dérisoire de seize cas mal construits, édifie, à grand renfort de sophismes, sa *vaccination préservatrice de la syphilis*, voici venir M. Auzias-Turenne, l'amplificateur de cette prophylaxie homoeopathique que vous savez, le saturateur du virus vénérien; comme si l'organisme vivant pouvait impunément s'en imprégner, et se soustraire par là à son action toxique.

En vérité, quand on examine à froid cette théorie de la *syphilisation*; quand on consent à monter, avec M. Turenne, sur les hauteurs de cette montagne fantastique, parsemée de chancres sur les deux flancs, et offrant la crête comme immunité, on ne peut que prendre en pitié de pareilles divagations, à moins qu'on ne les condamne au nom du bon sens et de la morale.

Mais le texte de la conférence m'avertit que je ne dois rien dire de plus sur ces utopies, jugées par vous, Messieurs, comme elles méritent de l'être; elles ne font que rendre plus salutaires et plus saillantes les doctrines dont elles sont l'extravagant abus, et ne doivent pas sérieusement nous distraire du fait capital de nos recherches.

Signalée d'abord par Hunter, Carmichaël et quelques autres devanciers; mise en honneur par MM. Ricord, Cullerier et Puche, etc.; prise, surtout par M. Ricord, comme preuve démonstrative de l'*unicité* du virus syphilitique, et cela, contrairement aux idées de M. Baumès, qui admet deux principes virulens, l'un pour le chancre, l'autre pour la blennorrhagie; l'inoculation reste désormais la base réelle de toutes les connaissances syphilographiques. Sans elle, le vague, l'indéfini, l'incertain; avec elle, au contraire, l'innombrable symptomatologie vénérienne se déroule claire, précise, satisfaisante. Pourquoi hésiter entre ces deux voies, quand l'une conduit à l'erreur et l'autre à la réalité?

De tout ce qui précède, et considérant :

1° Que l'inoculation, soit instrumentale, soit physiologique, d'invidu à individu, et par tous les actes du contact permettant l'infection, est la cause réellement efficiente de la transmissibilité vénérienne;

2° Que l'inoculation des accidens primitifs seuls (chancre et blennorrhagie virulente) s'opère au moyen d'un virus unique, soit qu'il existe dans le pus de la pustule chancreuse, soit qu'on l'emprunte à la matière du chancre larvé urétral ou vulvo-utérin;

3° Que les expériences tentées dans le but d'inoculer les accidens secondaires et tertiaires, n'ont abouti qu'à de constantes négations, malgré les expériences de MM. Vidal (de Cassis), Cazenave et quelques autres;

4° Que la contagion des accidens secondaires ne peut avoir lieu, soit dans le contact entre individus, soit dans les rapports de nourrice à nourrisson, *et vice versâ;*

Par ces divers motifs suffisamment déduits, analysés dans leurs principes et vérifiés dans leurs conclusions, je réponds au problème proposé par la Société de médecine :

IL N'Y A DE TRANSMISSION POSSIBLE DE LA SYPHILIS, QUE PAR LES ACCIDENS PRIMITIFS.

(1) *Lettre à un élève de province* (UNION MÉDICALE, 12 novembre 1849).

BIBLIOTHÈQUE.

DE L'INTERDICTION DES ALIÉNÉS ET DE L'ÉTAT DE LA JURISPRUDENCE EN MATIÈRE DE TESTAMENS DANS L'IMPUTATION DE DÉMENCE; par A. BRIERRE DE BOISMONT.

Quelque grave que soit la mesure judiciaire en vertu de laquelle un individu se trouve privé de ses droits civils, cette mesure, cependant, peut être rendue nécessaire par certains troubles des facultés intellectuelles que la législation a désignés les noms d'*imbécillité*, *démence* et *fureur* (Code civil, art. 489).

Ces troubles, ces dérangemens de l'esprit, quels sont-ils? Comment doivent-ils être appréciés dans l'état actuel de nos connaissances?

Quelles dispositions législatives ont été prises relativement aux individus qui en sont atteints?

Tels sont les deux points principaux que M. Brierre s'est proposé d'étudier et à propos desquels il a réuni et fondu habilement entre elles les données les plus importantes de la pathologie et de la médecine légale.

L'idée d'aliénation mentale, de folie, dans son acception générale, implique forcément celle de la privation du libre arbitre, d'irresponsabilité. Mais combien de cas d'aliénation n'échappent-ils pas à toute appréciation rigoureuse, lorsque cette appréciation est faite par d'autres que par des hommes compétens? Cela est vrai surtout, ainsi que le fait remarquer notre confrère, lorsqu'il s'agit de certaines perversions des qualités affectives et morales, des penchans, des instincts.

La science, assurément, malgré les progrès accomplis dans ces derniers temps, est loin encore de posséder un *critérium* de l'aliénation mentale; cependant il sera facile, dans la plupart des cas, d'éviter de tomber dans l'erreur, en ne perdant pas de vue « l'unité des facultés intellectuelles, affectives et morales, l'intégrité de ces deux ordres de facultés, et par conséquent la solidarité réciproque de leurs désordres respectifs. »

Nous adoptons complètement l'opinion de M. Brierre sur ce point. Dans mainte occasion, nous nous sommes élevé nous-même contre la tendance à voir dans la folie les lésions partielles et primitives de telles ou telles facultés de l'esprit, à vouloir expliquer le désordre des unes par le désordre des autres. Ces distinctions toutes spéculatives viennent nécessairement se briser contre l'unité des fonctions mentales, l'indivisibilité du *moi* qui les résume toutes. On est fou ou on ne l'est pas; *au point de vue médico-légal*, la question ne peut être scindée. On est fou par la totalité de son être moral, et non par fractions de cet être.

« On a souvent vu la folie, dans le désordre, l'association vicieuse, l'incohérence des idées, en un mot, dans la lésion du raisonnement. Il a suffi alors, à l'occasion de l'examen juridique d'un aliéné, que le cours de ses pensées ait paru régulier et normal, que la trame de son raisonnement n'ait offert aucune lacune, que les réponses aient été naturelles et suivies, pour qu'on ait, sur-le-champ, rejeté l'hypothèse d'une aliénation mentale. » (M. Sacase.)

Il faut donc prendre garde de se laisser imposer par le jeu régulier de telle ou telle fonction mentale; cette régularité, dans une foule de cas, pourrait cacher un mal profond et invétéré. Rien de plus commun que de voir la folie prendre le masque de la raison, mettre au service des idées les plus extravagantes, d'idées homicides, la logique la plus irréprochable et jusqu'à l'hypocrisie de la bienveillance et de l'intérêt.

En médecine légale, une question domine toutes les autres, c'est celle du délire partiel ou de la *monomanie*. Nous n'avons rien à ajouter à tout ce qui a été dit depuis près de trente ans pour établir l'existence de ce genre de délire. La question n'est plus là aujourd'hui. Il faut, présentement, lui faire franchir l'enceinte des maisons de santé; faire accepter la monomanie par les jurisconsultes, comme elle l'est de tous les médecins, *sous toutes ses formes, avec toutes ses conséquences;* l'humanité le conseille, la justice le commande; et quoi qu'on en ait pu dire, les intérêts de la société ne sauraient être en opposition avec ce que l'humanité conseille, ce que la justice commande.

Dieu merci, la science a à s'applaudir des progrès qu'elle a déjà faits et qu'elle fait chaque jour dans cette voie! M. Brierre cite quelques faits qui ne laissent aucun doute à cet égard. Espérons donc, et surtout redoublons d'efforts, car il reste encore plus d'un pauvre fou à arracher à la responsabilité d'un fait injustement peser sur lui.

Faisons des voeux, encore, pour que tout jurisconsulte approfondisse et se rende familière la difficile question d'aliénation mentale, comme l'a fait récemment l'un d'eux, M. Sacaze, avec un si remarquable talent (1).

« Chose étonnante, fait remarquer avec beaucoup de tact l'auteur de la brochure que nous analysons, on rejette la monomanie comme une création nouvelle, et d'Aguesseau admet positivement des exemples de gens qui ne sont fous que sur un seul point, et qui sont sages sur tout le reste (t. III, p. 220). »

Comme nous le disions dès le principe, l'interdiction est une mesure grave et, de plus, assez dispendieuse; elle ne devrait être appliquée qu'aux aliénés dont l'état est désespéré.

Cependant, il est un certain nombre d'individus, placés dans une position intermédiaire, qui, s'ils ne sont pas complètement privés de raison, ne sauraient, non plus, être considérés comme tout à fait raisonnables; d'intelligence extrêmement bornée, à demi-imbéciles, ou bien encore atteints de ces bizarreries d'esprit et d'instinct qui en font des êtres à part, dans l'ordre intellectuel.

A ceux-là, évidemment, ne saurait être, sans injustice, appliqué le niveau commun du libre arbitre et de la responsabilité. Ceux là, la loi pénale ne saurait les frapper avec la même rigueur; et sans les priver absolument de toute liberté intellectuelle et civile, il valait mieux venir en aide à leur faiblesse et les mettre hors d'état d'abuser de cette liberté.

En outre, des circonstances se rencontrent — et ces circonstances sont nombreuses — dans lesquelles, pour sauvegarder les intérêts des malades, prévenir leur ruine et souvent aussi celle de leur famille, il faut, de toute nécessité, considérer ces individus comme morts civilement; alors même que leur maladie laisse le plus légitime espoir de guérison.

Heureusement, il est un article du Code civil qui permet, dans les cas que nous venons de rappeler, comme dans beaucoup d'autres encore, à la dure nécessité de l'interdiction : c'est l'article 499, ainsi conçu :

« En rejetant la demande en interdiction, le tribunal pourra néan» moins, si les circonstances l'exigent, ordonner que le défendeur ne » pourra désormais plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital » mobilier, ni en donner décharge, aliéner ni grever ses biens d'hypo» thèques, *sans l'assistance d'un conseil qui lui sera nommé par le* » *même jugement.* »

Ainsi que le fait remarquer M. Brierre, la loi du 30 juin 1838 spécifie encore davantage les faits; elle est beaucoup plus explicite et doit être comme une grande amélioration.

La mesure par laquelle il est possible de remplacer l'interdiction, celle de la nomination d'un administrateur provisoire des biens de l'aliéné est celle que l'on choisit de préférence dans la majorité des cas. « Elle est beaucoup moins coûteuse, plus expéditive, et n'entraîne pas les formalités nombreuses de l'interdiction. »

En résumant ce que la science actuelle possède de données précises sur la question médico-légale inscrite en tête de son opuscule, M. Brierre de Boismont ne s'est pas borné aux vues théoriques que nous venons d'analyser très imparfaitement, il a cité un grand nombre de faits intéressans, récens pour la plupart, dont la lecture, au point de vue pratique surtout, sera extrêmement profitable.

J. MOREAU (de Tours).

(1) M. Sacase. *De la folie considérée dans ses rapports avec la capacité civile.*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Avril 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

M. DAMOISEAU, d'Alençon, adresse une note sur une *nouvelle méthode de traitement pour les fractures du col du fémur.*

La méthode de M. Damoiseau est fondée sur les indications suivantes :

1° Protéger la vie du malade tant contre les escarres que produit la pesanteur, que contre celles qu'engendre l'action des machines.

2° Ramener le membre à sa longueur et à sa rectitude naturelle, et l'y maintenir jusqu'à parfaite consolidation de la fracture.

3° Assurer l'immobilité absolue des deux fragmens, en abolissant les mouvemens dans les articulations dont ils font partie, et cela tout en conservant les mouvemens indispensables au malade pour satisfaire à ses besoins naturels.

Voici le fait qui a servi de base aux considérations que l'auteur émet sur ce sujet dans son mémoire :

Le 6 juillet 1851, on l'appela auprès d'une femme âgée de 70 ans, d'une constitution détériorée. Elle venait de tomber sur la fesse droite, en glissant sur le carreau de sa chambre. Les personnes qui l'entouraient ayant essayé de la porter sur son lit, avaient été obligées de s'arrêter devant les cris affreux que la douleur lui arrachait. M. Damoiseau la trouva le siége appuyé sur le bord d'une chaise, et maintenue dans cette pénible attitude depuis une heure, tant elle redoutait le moindre ébranlement. Il s'empara du membre blessé, et deux aides s'étant chargés du reste du corps, on la déposa sur son lit. La douleur qu'elle a ressentie dans cette manœuvre malgré tous les soins a été telle, qu'elle poussait des cris aigus, et que, désormais, elle ne voulait consentir à ce qu'on lui imprimât le moindre mouvement.

La mensuration pratiquée à plusieurs reprises entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le bord supérieur de la rotule, indiqua un raccourcissement de 7 lignes du côté blessé. Pendant les premières heures il n'y eut pas de rotation en dehors, tous les muscles étaient tendus convulsivement, et le membre était presque inflexible. Une pression légère sous la plante du pied retentissait douloureusement dans l'aine. La malade, malgré tous ses efforts, ne pouvait parvenir à détacher le talon de la surface du matelas.

Le lendemain matin, la rotation en dehors était complète.

Le troisième jour, on remarqua à l'aine du côté droit, en dehors de l'artère fémorale, dans le lieu même où des douleurs horribles se faisaient sentir depuis le moment de l'accident, un empâtement manifeste, douloureux à la pression. Au bout de trente jours, cet empâtement prit une dureté tout à fait osseuse, et, pendant quatre mois, on sentait dans cette région une tumeur du volume d'un œuf d'oie, qui disparut du 180e au 200e jour environ, et qui était formée, sans aucun doute, par le cal provisoire.

M. Damoiseau reconnut à ces caractères une fracture extra-capsulaire du col du fémur. Un pareil diagnostic lui faisait entrevoir pour la malade, dans un avenir très prochain, les accidens les plus formidables.

L'indication principale était évidemment de sauver la vie. Mais il fallait pour cela un appareil que la peau pût supporter, et qui, s'appliquant non plus seulement à un os en particulier, mais bien au squelette tout entier, permît de soulever la malade d'une seule pièce, sans ébranler les fragmens osseux.

Pour appliquer l'appareil imaginé par M. Damoiseau, l'une des parties, celle qui comprend la table d'appui et sa vis d'élévation, est placée dans le lit destiné au blessé. Un matelas recouvre la table. Un oreiller formant double plan incliné, à la manière de Dupuytren, et portant deux courroies munies de deux coussins, est disposé pour recevoir le membre dans la demi-flexion. Sur l'oreiller destiné au siége on place trois

courroies : une destinée à l'élévation du bassin et deux à la contr'extension.

Cela fait, on dépose doucement le malade sur ce lit. La partie de l'appareil spécialement destinée aux membres inférieurs est ensuite mise en place, des quatre montans qui la constituent, les deux inférieurs sont fixés dans leurs charnières, et l'on fixe aux deux supérieurs le dossier et l arc de suspension au moyen d'un boulon et d'une clavette.

Il ne reste plus qu'à attacher les courroies, à fixer la plante du pied dans la semelle qui lui est préparée, et la cuisse dans la gouttière, où elle pourra être maintenue à volonté. La réduction se fait ensuite au moyen des vis de l'extension, avec tant de douceur et de sûreté, que le malade n'en éprouve aucun ébranlement.

Il importe surtout de ménager la peau. On y parvient en réalisant l'intermittence dans les pressions sur de vastes surfaces, et en n'employant, pour atteindre le but que l'on se propose, que la plus faible dose possible de force extensive.

Ainsi, à l'aide de cette méthode, on prévient les escarres qui sont le résultat de la pression continue et du contact des matières excrémentielles, on fait entrer le bassin dans l'appareil et l'on réduit à l'immobilité les deux fragmens du fémur, et enfin l'on ramène le membre à sa longueur et à sa rectitude naturelles, et on l'y maintient pendant le temps nécessaire à la consolidation de la fracture.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Avril 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu est adopté.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Pourcelot, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Altkirch, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Wolschwiller (Haut-Rhin).

2° Un mémoire de M. le docteur Ulysse Fournier, de Bordeaux, sur le suicide par rapport aux maladies des organes génitaux. L'auteur pense que quelques maladies des organes génitaux donnent naissance au suicide. La découverte de cette nouvelle cause l'a conduit à remplacer la division du suicide en aigu et chronique, par celle-ci : Suicide par cause agissant directement sur l'esprit ; suicide par cause agissant directement sur l'instinct de la conservation ; suicide par cause agissant directement sur l'instinct de la procréation. Si le suicide appartenant au premier ordre peut être rangé dans le cadre de la folie, il n'en est pas de même de celui des deux derniers ; et pourtant il ne reconnaît pas plus de responsabilité morale dans l'un que dans l'autre cas. Dans l'espèce, le traitement physique, c'est-à-dire celui qui s'adresse à la maladie des organes génitaux, est plus sûr et plus avantageux que le traitement moral. L'auteur croit, enfin, que les législateurs rendraient un grand service à la société s'ils prescrivaient une surveillance plus active et des mesures plus sévères contre la prostitution, et s'ils faisaient passer dans les mœurs l'usage de la circoncision.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, trois rapports :

Le premier sur deux sources d'eaux minérales acidules-gazeuses et alcalines, découvertes à Condillac (Drôme). La commission propose de déclarer qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

Le deuxième est relatif à une eau prétendue sulfureuse thermale, découverte à Bagnolet (Seine). Cette eau n'étant qu'une eau séléniteuse ordinaire, il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation demandée.

Le troisième rapport avait trait à une source minérale à laquelle sont attribuées des propriétés antisyphilitiques. La commission proposait des conclusions favorables. Sur les observations présentées par quelques membres, le rapport est renvoyé à la commission.

M. Pamard, d'Avignon, communique deux observations : l'une, relative à un cas de tumeur sanguine du péroné, dont l'extirpation fut suivie d'accidens mortels, que l'auteur a cru devoir attribuer au chloroforme ; la deuxième relative à un cas d'ablation partielle du maxillaire inférieur, qui a présenté des circonstances insolites. Voici la relation sommaire de la première de ces observations qui a donné lieu à quelques observations de la part de plusieurs membres :

Un soldat, âgé de 27 ans, fut, il y a quatorze mois, saisi d'une vive douleur à la jambe gauche, accompagnée d'un craquement, en se livrant à des exercices gymnastiques qu'il fut obligé de cesser immédiatement ; il s'était formé une petite tumeur à la partie externe et supérieure de la jambe gauche correspondante au péroné, ayant le volume et la forme de la moitié d'un œuf ; il fut fait, pendant quelque temps, usage des fondans et des résolutifs ; après quoi, le malade ayant été transféré à l'hôpital d'Avignon, M. Pamard constata l'état suivant : santé générale bonne ; la jambe gauche offre au côté externe une tumeur volumineuse pyriforme, dont la grosse extrémité est tournée en haut et s'étend depuis l'extrémité supérieure du péroné jusqu'à sa partie moyenne. Il était évident que cet os était compris dans la tumeur, mais la possibilité de déterminer de légers mouvemens de glissement sur le tibia, annonçait que ce dernier ne participait pas à la maladie.

Cette tumeur, examinée avec soin, offrait une coque osseuse mince, qui donnait à la pression la sensation du froissement d'une enveloppe formée par un parchemin sec et épais ; lorsqu'on la déprimait, elle reprenait immédiatement sa forme ; on n'y percevait ni fluctuation, ni bruit de souffle, ni battement artériel, enfin aucun des caractères des tumeurs anévrismales, quoique le début de la maladie eût porté à croire à l'existence d'une tumeur de cette nature.

M. Pamard ayant jugé qu'il y avait lieu à pratiquer l'ablation de la tumeur, il y procéda de la manière suivante :

Le malade a été soumis à l'inhalation du chloroforme. On versa environ 4 grammes de chloroforme dans un sac en baudruche contenant deux ou trois petites éponges, et que l'on plaça immédiatement devant la bouche et le nez du malade, en laissant arriver une certaine quantité d'air atmosphérique. Le malade, après quelques minutes, ne s'endormant pas comme on l'observe habituellement, on versa dans le sac un second flacon de chloroforme, qui amena, au bout de quelques instans, l'anesthésie.

L'opération fut immédiatement pratiquée. Au moment où, pour en faciliter l'ablation, la tumeur fut ouverte, on reconnut qu'elle contenait une quantité considérable de caillots sanguins, durs, anciens. Il n'était plus permis de douter qu'on avait affaire à un anévrisme de l'os. Bien que l'hémorrhagie n'eût pas été considérable, ni l'opération très longue, avant qu'elle fût terminée, le malade fut saisi d'une syncope inquiétante qui nécessita l'usage de l'ammoniaque. Dès que l'appareil fut appliqué, on porta l'opéré dans son lit, des frictions avec des linges chauds furent faites sur la région précordiale et sur les membres ; une potion tonique et ammoniacale fut prescrite ; cependant la chaleur du corps ne se rétablissait pas, le pouls restait insensible. Le malade avait une répugnance invincible à prendre la potion, il était dans son lit, accablé, ne se plaignant pas, mais sans chaleur et sans force. Un peu de délire pendant la nuit.

Le lendemain, l'état général persiste et le malade déclare ne pas souffrir ; mais le corps est toujours froid et le pouls insensible ; il y a eu des vomissemens.

Quatre jours après l'opération, l'état général était toujours aussi mauvais. Le quinquina, le vin de Bordeaux, le café, rien n'a pu relever ses forces, elles sont allées toujours en déclinant, et le malade est mort neuf jours après l'opération, sans jamais avoir recouvré ni chaleur, ni développement dans le pouls ; enfin aucun de ces symptômes qui annoncent la réaction qu'on observe à la suite des grandes opérations.

A l'autopsie, on trouva la jambe sphacélée jusqu'au genou, où on rencontrait une infiltration marquée s'étendant jusqu'à la cuisse, mais aucune trace du travail inflammatoire qui tend à séparer les parties vivantes de celles qui sont mortifiées. La tumeur était formée aux dépens du péronée ; elle était constituée par une enveloppe osseuse, mince, donnant une sensation analogue à celle produite par une coquille d'œuf, quand on la déprime, présentant dans certains points absence de substance osseuse, remplacée par un tissu fibreux ayant l'aspect du périoste. L'intérieur de la tumeur était rempli par une masse considérable de caillots anciens, durcis, contenus dans une vaste cavité, offrant des cloisons osseuses. Il n'a pas été possible de préciser exactement le point de pénétration des vaisseaux qui alimentaient cette vaste tumeur sanguine.

Eu égard aux antécédens favorables du malade et à l'absence de toute lésion anatomique, M. Pamard a cru devoir attribuer la mortification du membre à l'état de prostration générale dans laquelle l'opéré est tombé immédiatement après l'opération, et dont il ne s'est jamais relevé, ce qui a occasionné cette terminaison funeste. Cette prostration lui semble devoir reconnaître pour cause l'action du chloroforme.

M. Pamard en appelle, à cet égard, à l'appréciation de l'Académie.

Plusieurs membres demandent la parole sur cette communication. M. Pamard étant membre correspondant, la discussion est de droit.

La parole est à M. Roux.

M. Roux fait remarquer que le fait que vient de rapporter M. Pamard, offre une grande analogie avec ceux qu'il a décrits lui-même il y a quelques années, devant l'Académie, sous le nom d'anévrisme des os. M. Roux se demande si, dans le cas que vient d'exposer M. Pamard, il n'y aurait pas eu lieu de tenter la ligature de l'artère fémorale avant de recourir à l'extirpation de la tumeur. Il pense que cette pratique eût été peut-être plus rationnelle. Toutefois, il approuve M. Pamard d'avoir préféré l'extirpation à l'amputation.

Un second point, dans la communication de M. Pamard, a appelé l'attention de M. Roux, c'est celui qui est relatif au chloroforme. M. Pamard paraît croire que l'état de prostration dans lequel est tombé le malade après l'opération, et auquel il a succombé au bout de quelques jours, est dû à l'emploi du chloroforme. Cette opinion lui paraît très contestable ; pour lui, il n'est pas convaincu du tout que le chloroforme ait eu quelque part dans ces accidens qui pourraient aussi bien être attribués à toute autre circonstance. Cela est possible, à la rigueur, car on ne sait pas tout encore sur le chloroforme, mais il y a au moins lieu de douter.

M. Velpeau partage l'opinion de M. Roux, en ce qui concerne l'influence attribuée dans ce cas au chloroforme. Il ne croit pas que le chloroforme ait été ici la cause de la mort. Quant à la nature de la tumeur, M. Velpeau pense que ce que l'on appelle un anévrisme des os, pourrait bien n'être point un anévrisme. Il a eu l'occasion, à plusieurs reprises, de rencontrer des tumeurs de ce genre. Trois cas de ce genre se sont offerts à son observation dans l'espace de quinze jours ; il a remarqué que ces tumeurs-là n'étaient point des anévrismes à proprement parler, qu'elles tenaient plutôt de la nature des cancers, ou plutôt ce ne sont, à vrai dire, ni des anévrismes, ni des cancers proprement dits, car cette maladie n'est pas sujette à récidive et ne se complique jamais d'engorgemens ganglionaires. Ce sont des tumeurs fongueuses hématiques. Il en résulte, au point de vue thérapeutique, qu'il est douteux que la ligature convienne pour la majorité des cas. Il est à peu près inévitable de pratiquer l'amputation. Dans le cas particulier qui est en discussion, M. Pamard a très bien fait de préférer l'extirpation de la tumeur à l'amputation et à la ligature.

M. Cloquet est du même avis que M. Velpeau relativement à la nature de la tumeur en question. Plusieurs fois il a eu l'occasion de pratiquer l'ablation de tumeurs semblables, et, dans aucun de ces cas, il n'a reconnu aucun des signes et des caractères de l'anévrisme. Il lui a toujours paru que ces tumeurs étaient des tumeurs fongueuses, se rapprochant plutôt du cancer que de l'anévrisme.

Quant à l'influence attribuable au chloroforme dans ce fait, M. Cloquet ne partage point l'opinion exprimée par MM. Roux et Velpeau. Il croit que c'est le chloroforme qui a jeté le système nerveux de ce malade dans une débilité dont la mort a été la conséquence ; il en trouve la preuve dans l'absence complète de réaction après l'opération, réaction qui aurait eu certainement lieu sans l'emploi du chloroforme. De ce que la mort n'a pas été immédiate, ce n'est pas une raison pour méconnaître l'influence du chloroforme ; c'est un cas insolite, utile à recueillir.

M. Roux pense avoir été mal compris dans ce qu'il a dit sur la nature des tumeurs dont il s'agit. Il n'a pas prétendu dire que ces tumeurs fussent de véritables anévrismes. En les désignant sous ce nom, c'est plutôt dans un sens métaphorique que dans un sens réel et absolu. Ces tumeurs lui semblent, en effet, devoir être plutôt assimilées aux tumeurs fongueuses sanguines des parties molles, qu'aux anévrismes proprement dits.

Relativement au chloroforme, M. Cloquet paraît croire que l'affaissement nerveux auquel cet opéré a succombé, n'a pas pu provenir que de l'anesthésie produite par le chloroforme. N'a-t-on pas vu souvent, avant que le chloroforme fût en usage, de semblables prostrations survenir à la suite d'opérations souvent même très minimes. M. Roux rappelle, à cette occasion, le fait d'une dame de Rennes, qui était venue à Paris pour se faire opérer d'un cancer du sein. Il y a de cela une vingtaine d'années. L'opération, sur les instances de la malade, fut faite le lendemain même de son arrivée. Elle ne fut ni difficile, ni laborieuse. Néanmoins, elle n'avait pas été plutôt terminée que la malade eut une syncope, à laquelle succéda un affaissement nerveux tel, que la mort survint au bout de trente-six heures. Si le chloroforme avait été connu alors et mis en usage, on n'aurait pas manqué de mettre ces accidens sur son compte. On voit combien il faut être réservé en pareille matière.

M. Pamard connaissait parfaitement le travail de M. Roux sur les anévrismes des os, et les préceptes qu'il a formulés à cette occasion. S'il n'a pas pratiqué la ligature de l'artère crurale, dans ce cas, comme M. Roux eût semblé le désirer, c'est qu'il ne lui a pas paru que la ligature fût indiquée, d'autant que cette tumeur ne présentait pas les caractères d'un anévrisme.

Quant au doute exprimé par M. Roux sur l'influence du chloroforme, sur la mort de ce malade, M. Pamard est très disposé à le partager. Il n'a émis cette opinion qu'avec réserve, et c'est précisément pour lever ses doutes à cet égard, qu'il est venu chercher des lumières au sein de l'Académie. Il a employé le chloroforme plus de deux cents fois, et jamais il n'a vu survenir aucun accident ; il n'en a vu mentionner aucun de semblable à celui qu'il vient de rapporter, dans les auteurs. Enfin, le fait que vient de citer M. Roux, ne lui paraît pas offrir une entière analogie avec le sujet de son observation.

Relativement à la nature de la tumeur, M. Pamard se range pleinement à l'avis émis par MM. Velpeau et Cloquet.

Il est 4 heures 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section d'accouchement sur les candidats.

CORRESPONDANCE.

Rennes, 2 avril 1852.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de recourir à votre intéressant journal pour attirer, d'une manière spéciale, l'attention de nos confrères sur un agent thérapeutique, d'ailleurs bien connu, mais dont j'ai pu apprécier les excellentes qualités.

L'emplatre épispastique du pharmacien Muguet, de Muret, est un excellent moyen révulsif et dérivatif, qui m'a rendu de véritables services dans des cas où les moyens ordinaires ne répondaient plus à mon attente. J'accorde une grande confiance à cet emplâtre, par la raison qu'il m'a donné satisfaction dans quelques cas opiniâtres qui semblaient se jouer des épispastiques ordinaires ; c'est ainsi que j'ai traité avec succès des ophthalmies rebelles et des céphalalgies opiniâtres ; toujours j'ai obtenu une salutaire dérivation, une suppuration abondante, par suite du mieux dans l'organe affecté, et en général tout cela se passe presque sans douleur et sans incommodité.

Par tous ces motifs, je donne une préférence exclusive à cet emplâtre, toutes les fois que j'ai besoin d'une révulsion énergique contre une foule de ces névroses, de la tête surtout, qui le font le désespoir du malade et du médecin lui-même.

Agréez, etc. Besset, d.-m. m.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Nécrologie. — Une nouvelle perte est à regretter dans le corps médical de Paris. La mort vient d'enlever, à un âge avancé, M. Thierry-Valdajou, docteur en chirurgie, père de M. Alex. Thierry, ancien directeur de l'assistance publique et chirurgien distingué. Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier, au milieu d'une grande assistance, dans laquelle on remarquait MM. Davenne et Dubost, directeur et secrétaire général de l'assistance publique, MM. les professeurs Nélaton et Requin, M. le docteur Natalis Guillot, gendre du défunt, M. le recteur de l'Académie, et un grand nombre de confrères et amis.

— Les obsèques de M. Rochoux ont eu lieu dimanche dernier. D'après les dernières dispositions du défunt, le corps a été porté directement de la maison mortuaire au chemin de fer d'Orléans, pour être transporté à Argenton-sur-Creuse, lieu de naissance de M. Rochoux. Les coins du poêle étaient portés par M. P. Dubois, doyen de la Faculté, M. Mélier, président de l'Académie, M. Dubois (d'Amiens), secrétaire général, et par M. A. Duméril, au nom des agrégés de la Faculté.

— La nouvelle de la présentation prochaine, au corps législatif, d'un projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie, a été démentie.

— M. Requin commencera son cours de pathologie médicale (semestre d'été), le jeudi 15 avril, dans le grand amphithéâtre de l'École, à trois heures de l'après-midi.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera, le lundi 19 avril, a midi, un cours public et gratuit sur les maladies syphilitiques, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8 (ancienne rue du Paon), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivans, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité sur les Maladies chroniques qui ont leur siége dans les organes de l'appareil respiratoire, par M. I. Bricheteau, médecin à l'hôpital Necker, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. Un vol. in-8. Paris, 1852. Hippolyte Souverain, éditeur, 5, rue des Beaux-Arts. — Prix : 8 fr.

Études physiologiques et thérapeutiques sur les eaux thermales de Plombières, par G.-H. Musset, d.-m. Thèse pour le doctorat. In-4. Paris, 1852.

Mémoire sur l'Ipéca, lu à l'Académie nationale de médecine, le 3 juin 1851, par le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg. In-8, Paris, 1852. Labé, libraire.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 13. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 10 Avril 1852.**

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.................. 32 Fr. :
6 Mois.................. 17
3 Mois.................. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois.................. 20 Fr.
1 An.................. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois.................. 22 Fr.
1 An.................. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An.................. 50 Fr

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ANESTHÉSIE.

RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ÉTHER CHLORHYDRIQUE CHLORÉ; par M. le d[r] Rodolphe CUCUEL, de Wisserling.

Les effets si puissans et si avantageux des anesthésiques employés en inhalations, ont fait naître naturellement l'idée de les appliquer à l'extérieur, pour suspendre la sensibilité dans un membre qui doit être soumis à une opération chirurgicale, ou pour faire taire la douleur, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause. Aussi, sans compter les belles expériences de MM. Serres, Flourens, Longet, etc., les essais de M. Roux, de Toulon, qui lavait au chloroforme les plaies des amputés, il n'est peut-être pas de praticien qui n'ait cherché à employer les anesthésiques par la méthode endermique. On a bientôt pu se convaincre que l'éther et le chloroforme, si utiles en inhalations, ne pouvaient rendre, appliqués sur la peau, que des services, sinon nuls, au moins très bornés; l'un à cause de sa grande volatilité, et l'autre à cause de son action très irritante et même presque aussi caustique que celle de l'ammoniaque. Aussi, chaque fois que le chloroforme, appliqué à l'extérieur, a soulagé des douleurs névralgiques ou rhumatismales, c'est, à mes yeux, autant comme révulsif que comme anesthésique qu'il a agi.

On a donc cherché des composés voisins du chloroforme, qui jouissent de ses propriétés anesthésiques sans partager son action corrosive sur la peau. A ce sujet, M. Aran a fait paraître dans ce journal, il y a un an et plus, le résultat de recherches intéressantes sur un produit chloro-carboné découvert par M. Régnault, qui lui a imposé le nom d'éther chlorhydrique chloré. Mais, malgré les séduisantes conclusions de ce travail fait par un homme de mérite, aucune recherche depuis n'a été publiée; ce qui fait supposer que l'emploi de ce nouvel éther ne s'est pas généralisé. C'est à peine même s'il en est fait mention dans l'ouvrage récemment publié par MM. Trousseau et O. Réveil. Si ce nouveau produit n'est pas un remède universel et infaillible, il ne mérite nullement l'oubli dans lequel il paraît être tombé, et c'est dans l'espoir de provoquer de nouvelles recherches, que je publie mes propres observations.

J'ai d'abord voulu connaître l'action de l'éther chloré sur le corps dans l'état physiologique, et m'assurer s'il était possible de suspendre la sensibilité dans un membre ou dans une étendue plus ou moins grande de la peau. A cet effet, je me suis appliqué sur l'avant-bras une petite compresse imbibée d'éther, et maintenue par un tour de bande. La première impression a été une sensation de fraîcheur qui, bientôt, est devenue confuse, au point que je me suis demandé si j'éprouvais un sentiment de froid ou de chaud, puis enfin la compresse ayant été humectée de nouveau, je sentis bien décidément une véritable cuisson de chaleur, mais légère et bien supportable. Je fis la même expérience sur le front; mais ici, en très peu de temps, j'arrivai à un picotement très vif et même douloureux, qui, du reste, ne laissa aucune trace. Après quarante-cinq minutes, l'appareil ayant été enlevé, la sensibilité de la peau, soumise à l'expérience, ayant été interrogée au moyen de piqûres d'épingles, m'a paru tout aussi vive que celle de la peau voisine. J'ai répété la même opération, et à plusieurs reprises sur les doigts que j'ai enveloppés de compresses humectées d'éther chloré, et, chaque fois, j'ai obtenu le même résultat négatif, avec cette différence que la cuisson était moins vive, grâce à la sensibilité moins grande de la peau de la main.

Dans l'étude des faits pathologiques, j'ai cru devoir suivre la route tracée par M. Aran; je ne me suis donc pas borné à combattre les affections de nature purement nerveuse; j'ai attaqué l'élément-douleur partout où je l'ai rencontré, quelle qu'en ait été d'ailleurs la cause, qu'il ait dépendu d'une altération aiguë ou chronique d'organe, ou qu'il ait été l'expression d'une simple lésion de sensibilité. Cependant, parmi les affections douloureuses qui se présentent le plus fréquemment dans la pratique, on peut mettre en première ligne les névralgies et les rhumatismes; aussi, est-ce dans ces deux genres de maladies que j'ai été le plus souvent dans le cas d'appliquer l'éther chloré.

Sur onze de ces névralgies, j'ai obtenu quatre fois une guérison complète, cinq fois cessation momentanée de la douleur, et deux fois aucun résultat. On le voit, le plus ordinairement on enlève la douleur pour un temps plus ou moins long, mais on n'obtient de guérison solide, comme l'a déjà d'ailleurs observé M. Aran, que lorsqu'on a affaire à une névralgie de date récente. D'autres remèdes, sans doute, ont la même vertu, mais aucun n'agit d'une manière aussi prompte et aussi commode. Lorsque la névralgie a pris, par sa durée, droit de domicile, on ne fait plus qu'éteindre momentanément la douleur ou diminuer sa violence; mais cette ressource encore n'est pas à dédaigner, puisqu'elle vient en aide à des remèdes d'une action plus durable. Il est à remarquer que l'action sédative de l'éther chloré va en s'affaiblissant graduellement; dans les névralgies anciennes surtout, on soulage une, deux, trois fois au plus, mais plus tard, quand on veut revenir à un moyen dont on avait eu lieu de se louer, on le trouve à peu près inerte. Je n'ai eu qu'une fois occasion de l'appliquer dans une névralgie à type intermittent, et il a complètement échoué. Je n'ai pas été plus heureux dans ce cas avec le cathétérisme du conduit auditif, qui d'ailleurs, pour le dire en passant, ne m'a jamais réussi, et j'ai dû en venir au sulfate de quinine. Sans vouloir en déduire aucune conséquence, je me borne à constater ce fait, parce que cette névralgie, qui était toute récente, me semblait du ressort de l'éther chloré.

Les résultats ne sont pas moins satisfaisans dans les rhumatismes musculaires, tels que torticolis, pleurodynies, lumbagos, etc.; sept fois sur quatorze, j'ai obtenu une guérison presque instantanée et complète, trois fois une amélioration très notable, quatre fois aucun résultat. Il y a peu de jours encore, j'ai eu à soigner une jeune dame très souffrante d'un commencement de grossesse et tourmentée par un violent lumbago; après deux applications d'éther chloré, la douleur a disparu pour ne plus revenir. Je ne l'ai employé que deux fois dans le rhumatisme articulaire. L'un, aigu, s'est montré complètement réfractaire; l'autre, chronique, a subi une grande amélioration.

C'est en vain que j'ai essayé de calmer les douleurs qui accompagnent les tumeurs blanches, qu'il y ait carie ou non; chaque fois j'ai échoué et même, dans un cas, j'ai exaspéré les souffrances.

Je n'ai pas été plus heureux dans un cas de blessure grave du bras par broiement. L'éther, largement appliqué sur le trajet des nerfs, n'a point calmé les douleurs. Bientôt le tétanos étant survenu, les fomentations ont été étendues à la région cervicale, aux muscles masseters et temporaux, à la partie antérieure du cou, pour aider à la déglutition, devenue impossible, sans qu'on ait pu remarquer aucun effet avantageux.

J'ai eu souvent à me louer de l'éther chloré dans les céphalalgies, quelle qu'en ait été d'ailleurs la cause, qu'elles aient été idiopathiques ou qu'elles aient dépendu d'un dérangement des fonctions digestives. Son secours vient puissamment aider l'action des remèdes appropriés au mal. Quant aux céphalalgies connues sous le nom de migraines, je les ai constamment rencontrées rebelles à mes essais.

Dans les caries dentaires, même déjà avancées, on obtient presque toujours un soulagement, dont la durée est relative à la désorganisation de la dent. On applique l'éther soit sur la dent elle-même, soit dans l'oreille, au moyen d'un tampon de coton. Je ferai encore observer ici, que l'action de l'éther s'use rapidement.

Un des effets les plus avantageux de l'éther chloré est le soulagement presque instantané des douleurs si vives de la brûlure au premier et même au second degré, si les cloches ne sont pas encore déchirées. Des lotions ou des fomentations, faites le plus promptement possible, augmentent, il est vrai, un instant la douleur, mais pour la faire bientôt après disparaître complètement. M. G. Herr s'étant brûlé la main dans des manipulations chimiques, avec du nitrate de cuivre fondu dans son eau de cristallisation, ce qui suppose une chaleur supérieure à 100°, et ayant en vain cherché du soulagement dans des affusions d'eau froide, eut l'idée de se faire des lotions avec de l'éther chloré qu'il avait sous la main, et non seulement la douleur cessa comme par enchantement, mais il n'y eut pas même production de phlyctènes. Peu de temps après, un architecte ayant eu la face brûlée par la flamme d'un poêle qu'il examinait, et qu'un coup de vent lui avait poussée à la figure, a été soigné de la même manière et a été soulagé complètement et en très peu de temps. Aussi, l'éther chloré est-il devenu un remède vulgaire dans les ateliers de forgerons à Wesserling, et chaque fois qu'un ouvrier se

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le Vendredi-Saint et son influence sur le feuilleton. — M. Rochoux.

Il serait malséant, dans cette sainte semaine, que le feuilleton ne cherchât pas à se mettre en harmonie avec les tristesses et les austérités de ces saints jours. Il évitera donc tout sujet plaisant, il rejettera l'anecdote ou le récit dans lequel les esprits mal faits pourraient trouver une occasion de médisance. Dans ces jours d'abstinence et de macération, c'est un feuilleton maigre qui vous convient; puissiez-vous ne pas dire que je ne vous ai donné qu'un maigre feuilleton.

Car voyez le guignon! j'avais ample et très ample moisson à faire dans le champ souvent très pauvre de la chronique. J'aurais pu vous introduire jusque dans l'intérieur du Conseil supérieur de l'Université, vous faire assister à une discussion du plus haut intérêt, vous faire connaître une décision grave, par suite de laquelle les conditions d'aptitude à l'étude de la médecine seraient profondément modifiées, au grand détriment de l'instruction littéraire; à l'occasion de tout cela, faire naître dans votre esprit un vif sentiment de surprise et peut-être de colère..... Mais, c'est aujourd'hui Vendredi-Saint.

Eussiez-vous préféré que le feuilleton vous introduisît auprès du chef du cabinet d'un très éminent personnage? Vous auriez pu y apprendre les noms d'un très grand nombre de nos confrères qui aspirent après les emplois d'une certaine maison médicale en voie de formation. Quelques-uns de ces noms réveilleraient assurément, chez vous d'étranges souvenirs; vous vous rappelleriez les dévoûmens d'une autre époque et le zèle ardent pour des principes bien différens. Ces affections de liége et ces consciences de caoutchouc produiraient probablement chez vous d'amères réflexions..... Mais c'est aujourd'hui Vendredi-Saint.

Auriez-vous mieux aimé connaître les mystères du dernier comité secret de l'Académie de médecine? Le feuilleton eût pu rendre transparens ou sonores les murs qui enclosaient la docte compagnie. Peut-être l'initiation à ces mystères vous entraînerait-elle à manquer aussi de bienveillance et de charité envers un académicien contre lequel, exceptionnellement, on se montre bien sévère..... Mais c'est aujourd'hui Vendredi-Saint.

Il vous eût mieux convenu, peut-être, que je vous transportasse à Bruxelles, au banquet de M. Seutin, à cette époque où la cérémonie a fait place à la familiarité, et l'étiquette officielle à la libre expansion des cœurs et des esprits. Entendez-vous d'ici cette voix connue, cette voix aimée, racontant une observation intitulée: *la broche?* Quels rires! Quels trépignemens! Comme nos bons confrères flamands s'en donnent à cœur joie! L'hilarité ne vous gagne-t-elle pas aussi? Et n'avez-vous pas le désir de connaître cette histoire?..... Mais c'est aujourd'hui Vendredi-Saint.

Et cette monographie de l'urétrite, si piquante et si cocasse, à ce même banquet, professée par un spirituel confrère belge, il vous agréerait bien que je vous en donnasse une édition, même expurgée..... Mais c'est aujourd'hui Vendredi-Saint.

Et les désappointemens de nos nombreux confrères les chirurgiens de la garde nationale, qui n'ont pas été renommés! Comme vous ririez de bon cœur, si je vous disais quelques strophes d'une piece intitulée : *Les infortunes d'un habit brodé*, complainte; air de Fualdès..... Mais c'est aujourd'hui Vendredi-Saint.

Et certaine réclame chirurgicale insérée dans un journal de modes, et où figure la Société de chirurgie tout entière entre des *manches pagodes* et un *col au crochet;*

Et la méchanceté aussi intelligente qu'habile de ce journaliste qui injurie le confrère qui, par sa position élevée et son intervention active, a le plus contribué à rendre à son journal l'immense service de l'exonération du timbre;

Et l'émotion jetée parmi les pharmaciens par l'annonce indiscrète d'un projet d'organisation de la pharmacie qui les a divisés en deux camps, ceux qui ont arboré le drapeau de la restriction poussée à ses dernières limites, ceux qui suivent l'étendard de la liberté absolue avec toutes ses conséquences;

Que de bonnes et d'amusantes choses le feuilleton pourrait tirer de tout cela; que d'enseignemens au point de vue professionnel; que d'exhibitions en faveur de ces vertus granitiques dont le passé..... Mais c'est aujourd'hui Vendredi-Saint.

Muse du feuilleton, choisissez d'autres sujets. Et par exemple, n'avez-vous pas lieu de vous couvrir de deuil par la mort si regrettable d'un académicien qui si souvent a figuré dans vos modestes colonnettes? M. Rochoux mort, que de colonnettes éteintes! Cet aimable et spirituel confrère supporta toujours avec une indulgence rare les fréquentes taquineries du feuilleton. M. Rochoux était de cette école qui préfère la taquinerie, la critique même au silence; disposition d'esprit qui rend d'une tolérance extrême envers les autres. M. Rochoux avait, du philosophe, toutes les vertus, moins l'abnégation de soi-même; il aimait à paraître, à se montrer, à parler surtout, et l'Académie conservera une longue mémoire des innombrables discours de cet infatigable orateur. Le *Bulletin* est rempli de ses oraisons, oraisons toujours piquantes ou par la forme ou par le fond, car M. Rochoux ne reculait devant aucune excentricité de langage comme devant aucune opinion paradoxale. Du reste, homme excellent, bienveillant, charitable, amant passionné de la science qu'il cultiva toujours pour elle-même et non pour les avantages de fortune ou d'honneurs qu'elle procure. M. Rochoux, pour s'éloigner plus sûrement de la clientèle qu'il fuyait, ne voulut jamais quitter l'hospice de Bicêtre, où il a vécu pendant plus d'un quart de siècle dans la retraite et dans l'isolement. Il laisse, dit-on, plusieurs travaux inédits, et entre autres une monographie de la méningite, dont on fait de grands éloges. Content d'une modeste aisance qui suffisait à de modestes besoins, M. Rochoux ne courut jamais après la fortune. On connaît ses

brûle, on le lui applique à sa grande satisfaction. Il ne faudrait pourtant pas s'aviser d'y avoir recours lorsque l'épiderme est enlevé; quelqu'étendu que soit l'éther dans un véhicule quelconque, il détermine des douleurs intolérables.

J'ai eu aussi souvent à me louer de l'emploi de l'éther chloré dans les engelures non encore ulcérées; on ne tarde pas à voir disparaître les démangeaisons, puis la rougeur violacée, et enfin le gonflement.

Dans un cas d'érythème de la face frisant l'érysipèle, j'ai obtenu, de lotions éthérées, une résolution très rapide.

J'ai essayé une fois, et sans succès, de calmer le prurit dartreux. J'ai également échoué dans un cas de panaris pris à son début; les douleurs n'ont été nullement apaisées, l'inflammation a continué sa marche et a réclamé un autre genre de traitement.

Enfin j'ai eu recours à l'éther chloré dans deux affections cancéreuses. Une fois il m'a fait complètement défaut; c'était un cancer ulcéré occupant tout un côté de la face, ayant détruit la voûte palatine et le voile du palais, et venant s'ouvrir sous l'orbite par une large ouverture. Dans un cas, au contraire, de tumeur squirreuse de l'ovaire, j'ai obtenu un résultat tellement avantageux, que je ne puis résister au désir de relater le fait.

Marianne Gully, âgée de 51 ans, portait depuis longtemps, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur de la grosseur du poing, dure, bosselée, mobile, sensible à la pression, et qui était le siége de douleurs lancinantes devenues intolérables depuis quelque temps, et rebelles aux divers narcotiques employés sous toutes les formes. Perte d'appétit, absence de sommeil, diarrhée excessive, amaigrissement rapide, fièvre, tout annonçait une mort très prochaine. Le 24 février 1851, je commençai les applications locales d'éther chloré, provenant du laboratoire de chimie de M. Rousseau, et ayant son point d'ébullition à 137°; 20 gouttes furent versées sur une compresse qui fut maintenue sur la tumeur au moyen d'un linge sec plié en plusieurs doubles. Une heure après, la douleur avait cessé complètement, et deux applications dans les vingt-quatre heures suffirent pour empêcher son retour. La diarrhée, en même temps, fut sensiblement amendée par des lavemens au nitrate d'argent. Le 13 mars, ma provision d'éther étant épuisée, les douleurs reparurent aussi violentes que jamais. Le 17 mars, ayant reçu de l'éther de M. Rousseau (1,378), je pus en recommencer les applications, et le calme se rétablit jusqu'à la mort.

Le choix de l'éther chloré n'est pas indifférent au succès, et en raison surtout de son action sur la peau, on doit chercher à l'avoir le plus fixe possible. Plus il est volatil, plus ses propriétés caustiques se développent, et même je dois avouer que sur certaines peaux, principalement chez les femmes, aux endroits où le tissu cutané est le plus fin, à quelque degré qu'on l'emploie, il détermine la vésication aussi rapidement que le chloroforme. Du reste, il a de la tendance à s'acidifier, surtout lorsqu'on le laisse exposé à l'action de la lumière; il se développe alors de l'acide chlorhydrique qui le rend naturellement très caustique. Les différens éthers dont je me suis servi variaient entre 127, 135, 137 et 151° centigrades: entre la manière d'agir de ces trois derniers, je n'ai pas trouvé de différence. Ils provenaient en partie de la fabrique de produits chimiques de M. Rousseau, et en plus grande proportion du laboratoire de chimie de l'établissement industriel de Wesserling.

Pour employer l'éther chloré, je me procure une compresse simple ou double dont la grandeur varie selon l'étendue de la douleur à combattre, j'y verse vingt ou trente gouttes d'éther, je l'applique sur la partie douloureuse et je la recouvre d'un linge sec plié en plusieurs doubles, et soutenu par la main ou par un tour de bande. Toutes les heures ou toutes les deux heures, j'humecte de nouveau jusqu'à effet produit; mais si la douleur cesse, je ne reviens au remède que lorsqu'elle paraît vouloir reprendre. J'ai essayé, pour éviter l'évaporation, de recouvrir la compresse imbibée d'éther d'un taffetas ciré ou d'une feuille de gutta-percha ou de caoutchouc; mais aucun de ces moyens ne m'a réussi; chacune de ces substances, étant dissoute assez promptement, absorbait ainsi tout l'éther à son profit. Une compresse imbibée d'eau n'est pas plus convenable parce que l'eau altère l'éther chloré. Je ne l'ai jamais employé en pommade. La dose indiquée par les formulaires et les journaux me paraît d'ailleurs trop faible pour être efficace.

Une des raisons qui jusqu'à présent a empêché l'éther chloré de prendre place dans la pratique, est son prix exhorbitant; c'est au moins celle que donne M. Bouchardat dans son dernier annuaire. A tout prendre, cependant, il n'est pas plus cher qu'une foule de substances employées journellement en médecine. Je me suis assuré, par des notes exactes prises par les chimistes, qui ont mis beaucoup d'obligeance à m'en préparer, que son prix de revient au fabricant n'atteint pas 30 francs le kilogramme. Or, vendu en détail, dans les affaires, à 60 ou 64 francs, il ne reviendrait qu'à 2 francs les 30 grammes, dose plus que suffisante dans la plupart des cas.

Je terminerai par les conclusions suivantes, qui me paraissent résulter de mes observations :

1° L'éther chlorhydrique chloré ne peut pas être considéré comme un anesthésique local, au même titre que l'éther et le chloroforme sont des anesthésiques généraux. Il n'a pas la puissance de suspendre complètement et toujours la sensibilité, et par conséquent la douleur, sur la région où il est appliqué, ainsi que le font sur l'ensemble de l'organisme ces deux autres agens employés en inhalations.

2° Néanmoins, c'est un des calmans, un des sédatifs les plus puissans que nous possédions, et il est appelé à rendre d'importans services dans le traitement des affections douloureuses. A ce titre, son rôle est encore assez beau.

QUELQUES REMARQUES AU SUJET DE LA COMMUNICATION QUI PRÉCÈDE.

L'intéressante communication de M. le docteur Cucuel, relative aux effets physiologiques et thérapeutiques de l'éther chlorhydrique chloré, me paraît nécessiter quelques explications de ma part. Ce n'est pas, on le comprend, que j'aie à relever quoi que ce soit dans la partie thérapeutique proprement dite de ce travail. M. le docteur Cucuel a vérifié sur presque tous les points ce que j'avais dit des bons effet des applications locales de ce nouvel agent. Je n'ai donc, à cet égard, que des remercîmens à lui adresser pour avoir bien voulu reprendre et poursuivre mes expérimentations, et des complimens à lui faire pour l'extension qu'il a donnée à l'emploi de ce moyen par l'application ingénieuse qu'il en a faite, par exemple, au traitement de la brûlure au premier degré. Mais, au point de vue physiologique, je regrette de n'être plus d'accord avec mon honorable confrère, et je me vois obligé de relever la première proposition qui termine son travail, celle par laquelle M. Cucuel refuse à l'éther chlorhydrique chloré des propriétés anesthésiques locales, parce que si cette proposition était adoptée, elle ruinerait complètement l'économie des recherches que j'ai publiées sur l'anesthésie locale.

Fort des expériences nombreuses auxquelles je me suis livré il y a plus d'une année, relativement aux effets physiologiques de l'éther chlorhydrique chloré, j'aurais pu me borner à maintenir le fait de l'anesthésie locale physiologique; mais en présence des expériences poursuivies avec tant de soin et de précaution par M. Cucuel, j'ai pensé que j'avais peut-être été le jouet de quelque illusion, et que je devrais reprendre mes expérimentations. Seulement, au lieu d'employer, ainsi qu'a fait notre confrère, quelques gouttes d'éther chlorhydrique chloré, versées sur un linge et maintenues au contact de la peau au moyen d'un tour de bande, je me suis servi, comme dans mes premières expériences, d'un verre de montre, dans lequel j'ai versé trente gouttes de ce liquide, et qui a été maintenu en contact avec la peau fine et délicate de la partie interne de l'avant-bras. L'expérience a été faite publiquement à l'hôpital de la Pitié, dans le service dont je suis chargé en ce moment, devant un grand nombre d'élèves, sur une jeune femme chlorotique et dyspeptique qui a bien voulu s'y prêter. Nous avons noté minute par minute tout ce que la malade éprouvait, et voici, d'une manière générale, quels en ont été les résultats. A une sensation de fraîcheur qui a duré deux ou trois minutes, a succédé une sensation de picotement, d'abord faible, mais qui a augmenté peu à peu, et s'est transformée en une sensation de brûlure assez désagréable, toujours mélangée de picotemens, laquelle s'est prolongée pendant tout le temps qu'a duré l'application, et que la malade a toujours déclaré être supportable. Après cinq minutes d'application, nous avons pu apercevoir, à travers la transparence du verre, une rougeur érythémateuse de la peau, qui n'a pas tardé à franchir les limites de l'application, et à s'étendre à plusieurs centimètres en dehors sur la peau de l'avant-bras. Après un quart d'heure d'application, l'appareil a été enlevé, et nous avons constaté que la sensibilité était affaiblie, au point que le contact de la pointe d'une épingle n'était pas senti, et que si on pressait davantage sur celle-ci pour la faire pénétrer dans la peau, la malade avait simplement la sensation du contact d'un corps étranger et non celle d'une piqûre. Cette anesthésie, évidente sur la peau soumise à l'application, se retrouvait encore, mais s'affaiblissant graduellement à mesure qu'on s'éloignait de ce point comme d'un centre sur les parties qui étaient le siége de la rougeur erythémateuse que nous venons de signaler il n'y a qu'un instant.

Comme contre-épreuve, nous avons répété l'expérience sur l'avant-bras du côté opposé, avec 30 gouttes de chloroforme. Une minute ne s'était pas écoulée qu'une sensation de brûlure des plus vives s'est manifestée, et cette sensation de brûlure n'a pas tardé à devenir si atroce, que la patiente n'a pu retenir ses plaintes et ses larmes. Mais après huit ou neuf minutes, la malade a cessé complètement de souffrir, et lorsque l'appareil a été levé, après quinze minutes, nous avons constaté une rougeur des plus vives sous le verre de montre, s'étendant en dehors comme dans la première expérience, mais sur une plus grande surface, la sensibilité de la peau non seulement affaiblie, mais complètement éteinte au niveau de l'application, et l'anesthésie s'étendant au dehors sur toutes les parties érythémateuses. Cette insensibilité a persisté plusieurs heures, tandis qu'après un quart d'heure, la sensibilité avait reparu à peu près normale sur les points soumis à l'éther chlorhydrique chloré. En revanche, sur ces derniers points, la rougeur érythémateuse a disparu très rapidement, sans laisser de traces, tandis que la portion de la peau de l'avant-bras sur laquelle avait été faite l'application du chloroforme est restée rouge-brun, s'est tuméfiée d'abord, puis est devenue le siége d'une douleur persistante tout à fait semblable à celle que détermine un vésicatoire. Chaque matin nous touchions cette portion de la peau, qui était douloureuse; le quatrième jour qui a suivi l'application, l'épiderme, qui ne paraissait cependant pas soulevé par la sérosité, s'est détaché sous notre doigt, et le derme a été mis à nu avec tous les caractères qu'il présente sur un vésicatoire. Le sixième jour, la cicatrisation n'était pas encore complète.

Ainsi deux points principaux ressortent de ces expériences: le premier, que l'éther chlorhydrique chloré possède, contrairement aux assertions de M. Cucuel, des propriétés anesthésiques incontestables; le second, que l'anesthésie est obtenue à l'aide de cet agent avec des douleurs légères, très supportables, bien différentes surtout de celles que provoque le chlo-

---

principes philosophiques, c'étaient ceux d'Épicure, savamment exposés par l'illustre Gassendi, des œuvres duquel un bel exemplaire se trouvait constamment ouvert sur son pupitre. M. Rochoux est resté jusqu'au bout fidèle à ses doctrines; il ne m'appartient pas de les blâmer. Ce que je peux dire, moi qui ne les partage pas, c'est que ses doctrines l'ont rendu heureux, si tant est que le bonheur puisse dépendre d'une doctrine philosophique quelconque; c'est qu'elles l'ont préservé de l'ambition dévorante et fiévreuse qui consume tant d'autres hommes; c'est qu'elles n'avaient pas dominé son cœur accessible à tous les sentimens humains, pas plus qu'elles n'avaient flétri son esprit toujours aimable et quelquefois délicat.

Si, dans l'épicuréisme, le plaisir est le bonheur, la douleur est le malheur suprême. M. Rochoux s'est trahi, sous ce rapport, épicurien logique. Dans la longue et douloureuse maladie à laquelle il a succombé, il paraît que le patient s'est montré très impatient. Ses vives souffrances lui arrachaient des cris lamentables. Une parole d'espérance était évidemment accueillie; l'espérance déçue était le sujet d'amères récriminations, et le pauvre malade s'est éteint dans une longue et cruelle agonie qui lui a laissé la conscience de son état désespéré.

Je termine sous cette impression douloureuse, et pour rester en rapport avec les austérités de ce saint jour, ma petite causerie du Vendredi-Saint. Aussi bien les rosiers se couvrent de feuilles, mes deux pruniers resplendissent sous la neige éclatante de leurs fleurs; mes fuchsias bourgeonnent et mes rhododendrons vont éclore; je vais vous revoir, plantes aimées; puissent l'éclat et le doux parfum de vos corolles me faire oublier le méphitisme et le terne horizon de la ville.

Amédée LATOUR.

P. S. Dans les quelques mots que j'ai consacrés, samedi dernier, au récit des fêtes de Bruxelles, il n'a pas été question de M. Leroy-d'Étiolles comme invité au banquet Seutin. J'avais une bonne raison pour n'en rien dire, c'est que je n'en savais rien. Je répare avec plaisir cette omission involontaire, et je déclare que je le fais spontanément.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Par décret du 23 mars, le président de la République a nommé membres du Conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique, M. Portalis, premier-président à la Cour de cassation, M. Hermann, conseiller d'État, et M. Ségalas, membre de l'Académie nationale de médecine.

— Les deux places d'inspecteur du service de santé des armées, créées par le décret sur la réorganisation du corps des officiers de santé, viennent d'être remplies par la promotion, à ce grade, de M. Maillot, professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce, et de M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique. On ne peut qu'applaudir au choix du ministre, qui récompense par cette double nomination des services et des talens également signalés.

BUDGET DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES ÉCOLES DE PHARMACIE. — Les Facultés de médecine figurent, cette année, dans les dépenses budgétaires de l'instruction publique, pour une somme de 694,440 fr. La Faculté de Paris reçoit 150,000 fr. pour les traitements fixes de 25 professeurs (la chaire d'anatomie pathologique soldée par la fondation Dupuytren est en dehors des charges de l'État); le préciput du doyen est fixé à 2,000 fr. — La Faculté de Montpellier a 17 professeurs à 5,000 fr.; le préciput du doyen est de 1,500 fr. — La Faculté de Strasbourg a 14 professeurs à 4,800 fr.; le préciput du doyen est également de 1,500 fr. — 50 agrégés dans les diverses Facultés reçoivent un traitement fixe de 1,000 fr.

Les droits de présence aux examens (éventuels) sont fixés, pour les 26 professeurs de Paris, au minimum de 3,000 fr. chacun; pour les 14 professeurs de Montpellier, au minimum de 1,800 fr.; pour les 14 professeurs de Strasbourg, au minimum de 700 fr.; les droits sont évalués pour les agrégés à 29,000 fr.

Les écoles supérieures de pharmacie y figurent pour celle de 162,000 fr. L'école de Paris a 6 professeurs titulaires à 4,000 fr., et 3 professeurs adjoints à 2,400 fr. Montpellier et Strasbourg ont ensemble 6 professeurs titulaires à 3,000 fr., et 4 professeurs adjoints à 1,500 fr. L'éventuel ou droits d'examen est, pour chacun des professeurs de Paris, de 1,500 fr.; pour chacun des professeurs de Montpellier, de 1,000 fr.; et pour chacun des professeurs de Strasbourg, de 500 fr.

TRAITEMENS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX EN ANGLETERRE. — Il résulte d'une lettre qui vient d'être publiée dans les journaux anglais, que, sur les 36 hôpitaux que compte la ville de Londres, il en est 20 qui ne donnent aucun traitement aux médecins et chirurgiens chargés de soigner les malades; et, parmi ces établissemens, on en compte de très importans, tels que l'hôpital de Londres, l'hôpital Saint-Georges, l'hôpital de Westminster, celui de Middlesex, le King's College hospital, l'hôpital Sainte-Marie. Rien de plus différent, au reste, que le taux auquel est porté le traitement des chirurgiens et des médecins, suivant les établissemens. Ainsi, il est des médecins et des chirurgiens qui touchent 100 livres (2,500 fr.), des chirurgiens qui touchent 150 livres (3,750 fr.); mais, en revanche, beaucoup n'ont que de 30 à 40 livres par an (de 800 à 1,000 fr.) Toutefois, il est une source de revenus que l'auteur de la lettre n'a pas fait figurer en ligne de compte dans le traitement des médecins et des chirurgiens, et qui est souvent fort importante, c'est celle qui résulte des leçons données aux élèves. On sait, en effet, que non seulement la visite des malades est une chose pour laquelle les élèves doivent payer, mais que chaque professeur prélève une certaine somme sur les élèves qui suivent les cours; et ce revenu est souvent très considérable pour les professeurs qui ont la vogue.

FIÈVRE JAUNE. — Il résulte d'un travail communiqué à la Société médicale de Londres, par un médecin anglais, M. Halley, que, dans la dernière épidémie de fièvre jaune de Rio-Janeiro, dont M. Carvalho Pereira de Sa a tracé l'histoire, et qui a régné, comme on sait en 1849, il est mort probablement plus de 22,000 personnes. A Rio, seulement, il en est mort plus de 12,000. Les quinze hôpitaux de la ville ont reçu 6,225 malades, dont 4,638 ont guéri et 1,587 ont succombé.

loroforme et *sans vésication de la peau*, phénomène constant avec le chloroforme, dès que la dose du médicament est un peu considérable et l'application un peu prolongée. On a pu voir, de plus, que la brûlure produite par le chloroforme n'était pas encore guérie le sixième jour, tandis que l'application d'éther chlorhydrique chloré n'a laissé d'autre trace qu'une rougeur érythémateuse qui s'est dissipée très rapidement d'elle-même.

J'ai parlé, à plusieurs reprises, de l'*anesthésie locale* produite par les applications de chloroforme et d'éther chlorhydrique chloré. Je tiens à m'expliquer à cet égard. En effet, je n'ai jamais entendu indiquer par ces mots quelque chose d'identique avec ce que produisent l'éther et le chloroforme employés en inhalations. Il ne peut être question, ici, que de l'insensibilité des couches les plus superficielles de la peau à la pointe d'un instrument piquant, aux contacts légers et superficiels, et nullement d'une anesthésie assez profonde pour permettre de pratiquer sur une partie de notre corps une opération sanglante quelconque. Néanmoins, je signale à l'attention des physiologistes, comme un curieux phénomène qui démontre l'imbibition de nos tissus par les agens anesthésiques, l'existence de cette aréole érythémateuse qui se forme autour de l'application, et au niveau de laquelle la sensibilité est très certainement émoussée. J'ajouterai que cette imbibition est encore démontrée par les effets thérapeutiques remarquables observés par M. Cucuel, par moi-même, et par beaucoup d'autres. C'est pour s'être placés exclusivement au point de vue chirurgical, au lieu du point de vue médical auquel j'ai toujours considéré les agens anesthésiques, que M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen), et M. le professeur Alquié (de Montpellier) ont conclu négativement, relativement aux propriétés anesthésiques de l'éther chlorhydrique chloré. Tous deux cherchaient à obtenir une anesthésie complète et profonde; je cherchais, moi, plutôt à ramener les parties douloureuses au niveau de leur sensibilité normale, en calmant leur surexcitation nerveuse.

J'ai peine à m'expliquer également comment M. Heyfelder a pu observer, après une application d'éther chlorhydrique chloré faite sur le scrotum, cette partie devenue noire dans les vingt-quatre heures, et les couches superficielles se détacher en lambeaux. Il faut, de toute nécessité, que l'honorable professeur d'Erlangen et moi, nous n'ayons pas employé le même produit, puisque je n'ai jamais rien vu de semblable.

Ceci me conduit naturellement à dire que la pureté de l'éther chlorhydrique chloré, que la fixité de ce liquide, que les précautions avec lesquelles on l'a débarrassé des autres éthers chlorés plus volatils, constituent autant de conditions importantes qui peuvent assurer le succès du médicament ou le faire complètement échouer. Dans les premiers temps où nous faisions nos expériences, M. Mialhe me remit un flacon contenant un liquide qu'il me dit être de l'éther chlorhydrique chloré, et qui lui avait été remis par un des fabricans les mieux famés de produits chimiques de Paris. Les propriétés évidemment corrosives de ce liquide me portèrent à affirmer que ce n'était pas le même agent que nous avions employé en premier lieu, et vérification faite, c'était un produit impur qui se rapprochait plus, par sa composition, de la liqueur des Hollandais que de l'éther chlorhydrique chloré. C'est certainement parce que, dans les premiers temps, les fabricans de produits chimiques ont jeté dans le commerce des substances mal préparées, et qui ne ressemblaient nullement à celle que nous avons mise en usage, que l'on a vu se produire, entre les mains de quelques médecins des départemens, et en particulier entre les mains de M. Chaveriat, les effets si étranges dont ce médecin a consigné la relation dans la *Gazette médicale de Lyon* (mars 1851).

Sur tous ces points, je le reconnais, M. Cucuel est pleinement dans la vérité; il y est également lorsqu'il insiste sur cette circonstance que l'éther chlorhydrique chloré se décompose sous l'influence de la lumière diffuse et de l'eau, et contient alors de l'acide chlorhydrique libre, qui lui donne des propriétés caustiques. M. Mialhe m'avait fait part de ces deux particularités très peu de temps après la publication de nos essais, et nous avons depuis bien longtemps renoncé tous les deux à nous servir de la compresse mouillée. Mais notre honorable confrère se trompe quand il assure que la dose indiquée par les formulaires et par les journaux pour la préparation de la pommade à l'éther chlorhydrique chloré est trop insuffisante pour qu'on puisse en obtenir des effets favorables. Nous pouvons affirmer à M. Cucuel que M. Mialhe et moi l'avons prescrit le plus ordinairement sous cette forme, au grand avantage et soulagement des malades, chez lesquels la peau n'a été nullement influencée. Reste un dernier point, celui qui a trait au au prix élevé de ce médicament; on comprend mon incompétence à cet égard; j'ignore si les procédés de fabrication permettent ou non aux fabricans de produits chimiques de donner l'éther chlorhydrique chloré au prix indiqué par M. Cucuel; mais ce qui m'a été assuré par M. Mialhe, c'est que les fabricans le vendent aux pharmaciens un prix double de celui que M. Cucuel pense devoir être le prix de vente en gros. On comprend, au reste, que c'est là une considération tout à fait insignifiante, si l'on veut bien réfléchir à la petite quantité de cet agent nécessaire pour obtenir les effets anesthésiques désirés.

Telles sont les remarques que je désirais présenter au sujet de la communication de M. Cucuel; elles ont pour but de restituer à l'éther chlorhydrique chloré la place véritable qu'il doit occuper et qu'il occupera, je l'espère, à l'avenir dans la matière médicale et la thérapeutique, place que lui avaient assurée, en quelque sorte, d'avance, les effets thérapeutiques qu'on obtient de son emploi. Ai-je besoin de dire que ces remarques n'affaiblissent en rien l'intérêt et le mérite du travail de notre honorable confrère, auquel je suis heureux de rendre hommage, et dont la publication aura pour résultat de fixer de nouveau l'attention sur un agent thérapeutique qui, s'il n'a pas été entièrement délaissé par cela même que son usage n'a jamais été très généralisé, n'a peut-être pas été apprécié encore à sa valeur véritable?

Dr Aran,
Médecin des hôpitaux.

REVUE MÉDICO-LÉGALE.

RÉFLEXIONS SUR LES ACCIDENS QUI SURVIENNENT QUELQUEFOIS A LA SUITE DE L'INHALATION DU CHLOROFORME; par M. E. Cottereau, chimiste.

La catastrophe arrivée récemment à Strasbourg (1), à la suite de l'emploi du chloroforme, et qui a excité au plus haut degré l'attention du monde médical, nous a suggéré quelques réflexions que nous avons cru utile de publier, parce qu'elles intéressent plusieurs questions relatives à la pratique de l'anesthésie; nous voulons parler des causes qui peuvent provoquer les accidens pendant l'anesthésie, des précautions que l'on doit prendre pour prévenir ou pour faire cesser ces accidens, et enfin du choix de l'agent anesthésique.

Un savant étranger, M. Ragsky, à qui nous sommes redevables du procédé que l'on emploie pour rechercher le chloroforme dans le sang, attribue l'engourdissement produit par les inspirations éthérées et chloroformées à la substitution dans les organes, des vapeurs de chloroforme et d'éther à la vapeur d'eau, qui a moins de force de tension, et par suite à l'augmentation de pression occasionnée par l'introduction de ces vapeurs. Voyons donc, en prenant ce point de départ qui paraît avoir quelque fondement, à quelles conséquences nous nous trouverons naturellement entraîné.

Supposons un instant qu'un individu se trouve complètement plongé dans un bain d'air et d'eau (le mélange étant propre à la respiration et à une température convenable); il ne survient aucun accident, à moins que, par une cause quelconque, une certaine portion de vapeur d'eau introduite dans l'appareil pulmonaire, ne *reprenne l'état liquide*. Le sujet retombe, dès lors, dans la position de celui qui se trouve asphyxié par submersion.

Ainsi, tant que le mélange respirable d'air et de vapeur aqueuse reste à l'état gazeux, le sujet soumis à son action ne court aucun danger.

D'après cela, on peut admettre que si l'air atmosphérique lui-même, ce corps si éminemment propre à la respiration, venait à se liquéfier dans les poumons par suite d'une cause quelconque, ce qui n'a jamais lieu, il y aurait asphyxie.

Un phénomène du même ordre peut bien être la cause des accidens qui se déclarent quelquefois pendant l'inhalation du chloroforme et de l'éther. Si, pendant l'opération, une certaine portion de vapeur d'éther ou de chloroforme repasse, toujours en vertu d'une cause quelconque, à l'état liquide, ce dernier agit ensuite mécaniquement en s'opposant à la rentrée et à la sortie de l'air (2).

Cela posé, les secours qu'on administre aux noyés ou asphyxiés par submersion, doivent être également employés pour combattre les accidens occasionnés par les anesthésiques. La précaution la plus importante, et qu'il ne faut pas négliger lorsque l'on veut triompher de ces accidens, c'est de réchauffer le sujet, et cela se conçoit aisément, car, en même temps que la température du corps s'élève, le liquide, qui s'opposait à la respiration, peut lui-même revenir à l'état de vapeur; si bien que les poumons reprennent peu à peu leur fonction.

Ces réflexions nous portent également à établir :

1° Que lorsqu'on veut obtenir l'insensibilité au moyen des agens anesthésiques, le sujet doit toujours être placé dans un milieu dont la température est d'autant plus élevée, que le point d'ébullition de l'agent avec lequel on opère est lui-même plus élevé;

2° Que le meilleur des agens anesthésiques, celui dont l'emploi offre le moins de danger, est celui dont le point d'ébullition est le moins élevé; nous parlons, bien entendu, d'un agent anesthésique ne possédant par lui-même aucune propriété toxique; sous ce point de vue, l'éther qui bout à 35°,5, devrait être préféré au chloroforme, dont le point d'ébullition est de 61°; et, en effet, l'usage de l'éther a occasionné moins d'accidens que celui du chloroforme.

Du reste, quoiqu'il y ait longtemps que l'idée soit venue aux chirurgiens de charmer en quelque sorte la douleur sous l'instument, bien que l'on ait déjà, dans ce but, essayé tour à tour le froid, la paralysie de la sensibilité de la peau par la compression des gros troncs nerveux des membres et le froid réunis, l'ivresse produite par la vapeur d'alcool et de camphre, le narcotisme occasionné par les opiacés, le chanvre indien, la syncope par la saignée faite debout, etc., l'anesthésie produite par des agens tels que l'éther et le chloroforme, nous semble être encore dans l'enfance, et nous croyons que l'état de la question a été véritablement bien compris, sous ce point de vue, par l'Institut de médecine de Valence, qui, en 1851, a proposé d'accorder un prix à l'auteur qui présenterait un produit chimique réunissant les avantages du chloroforme sans en avoir les inconvéniens dans son application comme anesthésique (3).

En effet, pourquoi ne sortirions-nous pas du cercle dans lequel nous sommes restés engagés jusqu'à ce jour; et pourquoi ne pas suivre la voie que nous ont frayée, en quelque sorte, plusieurs praticiens célèbres, tels que MM. Flourens, Serres, Aran, Longet, Simpson, Snow, etc.? Pourquoi, en un mot, ne chercherions-nous pas à aborder l'application de substances autres que l'éther et le chloroforme, et à étudier comparativement leur action?

(1) Voir l'Union Médicale des 29, 31 janvier, et 3 février 1852.

(2) Il pourrait bien arriver également que le même corps à l'état liquide eût des propriétés différentes de celles qu'il possède à l'état gazeux, et qu'il n'exerçât pas la même action sur les tissus.

(3) Ce prix a dû être décerné le 31 mars 1852.

Pourquoi, par exemple, les expérimentateurs ne distingueraient-ils pas deux types d'agens anesthésiques : le premier, celui des agens anesthésiques à point d'ébullition élevé, et destiné à produire l'anesthésie locale, déjà décrite par M. Aran? Le second, celui des agens anesthésiques à point d'ébullition moins élevé, et destinés à occasionner l'anesthésie générale?

Alors, dans le premier type, nous classerions le chloroforme C^2HCl^3 qui bout à 61°, autour duquel viendraient se grouper divers liquides dont l'action mériterait certainement bien d'être étudiée. Nous citerons par exemple.

Dans la série éthylique : L'alcool, $C^4H^6O^2$ qui bout à 78°,4; la liqueur des Hollandais C^4H^3Cl. HCl, qui bout à 84°,5, essayée par M. Simpson, comme anesthésique général (1); la liqueur des Hollandais mono-chlorée $C^4H^2Cl^2$. HCl, qui bout à 115°; la liqueur des Hollandais bi-chlorée C^4HCl^3. HCl qui bout à 135°; la liqueur des Hollandais tri-chlorée C^4Cl^4. HCl, qui bout à 153°; l'hydrogène bi-carboné quadri-chloré C^4Cl^4, qui bout à 122°; l'éther azotique C^4H^5O, AzO^5, qui bout à 85° (2); l'éther sulfureux C^4H^5O, SO^2, qui bout à 170°; l'éther carbonique C^4H^5O, CO^2, qui bout à 126°; l'éther chloroxi-carbonique C^4H^5O, C^2O^3Cl, qui bout à 94°; l'éther oxalique C^4H^5O, C^2O^3, qui bout à 184°; l'éther iodhydrique, C^4H^5Io, qui bout à 70°; l'éther acétique C^4H^5O, $C^4H^3O^3$ qui bout à 74°; l'acétone C^3H^3O, qui bout à 55°,6; l'éther chlorhydrique mono-chloré $C^4H^4Cl^2$, qui bout à 64°; l'éther chlorhydrique bi-chloré $C^4H^3Cl^3$, qui bout à 75°; l'éther chlorhydrique tri-chloré $C^4H^2Cl^4$, qui bout à 102°; l'éther chlorhydrique quadri-chloré C^4HCl^5, qui bout à 146°; l'éther formique C^4H^5O, C^2HO^3, qui bout à 53°,4;

Dans la série méthylique : L'alcool méthylique $C^2H^4O^2$, qui bout à 66°,5; l'éther méthylazotique C^2H^3O, AzO^5, qui bout à 68°; l'éther méthylacétique C^2H^3O, $C^4H^3O^3$, qui bout à 58°; l'éther méthylchlorhydrique perchloré C^2Cl^4, qui bout à 78°; l'éther méthylacétique C^2H^3O, $C^4H^3O^3$, qui bout à 58°;

Dans la série amylique : L'alcool amylique $C^{10}H^{12}O^2$ qui bout à 85°; l'éther amylique $C^{10}H^{11}O$ qui bout à 110°; l'éther amylazoteux $C^{10}H^{11}O$, AzO^3 qui bout à 96°; l'éther amylchlorhydrique $C^{10}H^{11}Cl$ qui bout à 102°; l'éther amylacétique $C^{10}H^{11}O$, $C^4H^3O^3$ qui bout à 125°.

De la même manière, dans le second type, nous rangerions l'éther C^4H^5O qui bout à 35°,5 et autour duquel viendraient se grouper d'autres liquides à point d'ébullition peu élevé, et parmi lesquels doivent se trouver bien certainement des agens anesthésiques supérieurs, peut-être, à ceux que l'on connaît.

Tel serait, *dans la série éthylique*, l'éther chlorhydrique C^4H^5Cl qui bout à 12°,5, et qui a déjà été, de la part de M. Flourens, l'objet de recherches intéressantes. En effet, d'après cet habile expérimentateur, l'anesthésie produite par cet agent n'est précédée d'aucune excitation; c'est un état léthargique succédant à un doux sommeil; le réveil est facile et n'est suivi d'aucun malaise apparent. Tel serait encore l'éther bromhydrique C^4H^5Br qui bout à 41° et qui a été essayé par M. Ed. Robin sur des oiseaux, sans que ces animaux aient paru manifester la moindre souffrance. Telle serait encore l'aldéhyde $C^4H^4O^2$ qui bout à 21°,8, essayée successivement par MM. Poggiale et Simpson, mais avec des résultats différens, résultats excellens pour le premier praticien, et moins bons pour le second (3); tels seraient enfin l'éther azoteux C^4H^5O, AzO^3 qui bout à 21°, et surtout l'hydrogène bicarboné monochloré C^4H^3Cl qui bout au-dessous de 0°.

Tels seraient encore, *dans la série méthylique*, l'éther méthyliodhydrique C^2H^3Io qui bout entre 40° et 50°; le méthylal $C^6H^8O^4$ qui bout à 42°; l'éther méthylchlorhydrique monochloré $C^2H^2Cl^2$ qui bout à 30°,5.

Dans la série amylique : L'amylène $C^{10}H^{10}$ qui bout à 39°.

Du reste, nous ne doutons pas que l'ordre qui a été suivi dans cette énumération ne soit rectifié par l'expérience, car il s'agirait d'établir une ligne de démarcation entre les agens destinés à produire l'anesthésie locale et ceux qui doivent produire l'anesthésie générale. Ce que nous venons d'en dire n'est qu'un simple aperçu, et, bien que M. Ed. Robin pense que les agens sont anesthésiques par inspiration lorsque le point d'ébullition, inférieur à 80°, leur permet de répandre beaucoup de vapeurs aux températures ordinaires, et qu'ils sont anesthésiques locaux ou par application, si le terme d'ébullition est plus élevé; cependant, nous croyons pouvoir modifier cette opinion et devoir dire, en restant fidèle à notre principe, *que les agens anesthésiques par inspiration présentent d'autant moins de danger dans leur emploi, que leur point d'ébullition est plus rapproché du degré de la chaleur animale de l'individu que l'on soumet à leur action*. Qui sait même si quelques corps gazeux qui ont une certaine analogie avec ceux que nous venons de citer, ne pourraient pas être rangés avec le plus grand avantage parmi les agens destinés à produire impunément l'anesthésie générale. Ainsi, les éthers méthylique C^2H^3O, et méthylchlorhydrique C^2H^3Cl pourraient peut-être fournir des résultats assez heureux.

Nous savons bien que la plupart des substances que nous avons indi-

(1) Ce praticien a constaté que lorsqu'on respire des vapeurs de cette substance, il en résulte une si violente irritation de la gorge, qu'il faut beaucoup de courage pour continuer jusqu'à production de l'anesthésie.

(2) L'inhalation de cette substance a été tentée par M. Simpson, qui l'a trouvée sans inconvénient. D'après cet habile professeur, l'insensibilité est rapide et complète, et il suffit de 50 à 60 gouttes versées sur un mouchoir pour obtenir l'insensibilité après quelques inhalations. Mais pendant le court intervalle de temps qui précède l'anesthésie, on éprouve tant de plénitude et de bruit dans la tête, et l'anesthésie est suivie d'une si grande céphalalgie et d'éblouissemens tels, que l'emploi de cette substance est, par cela même, peu commode et peu convenable.

Nous avons tout lieu de croire que l'éther azotique de M. Simpson renfermait de l'éther azoteux. Nous verrons plus loin que ce dernier doit être un puissant anesthésique, si l'on s'en rapporte à la loi du point d'ébullition.

(3) La diversité des résultats obtenus ne pourrait-elle pas avoir pour cause le degré de pureté des substances employées? Il est en effet de la plus grande importance de bien s'attacher à n'opérer que sur des substances dont on aura constaté la pureté la plus absolue, afin que les mêmes effets obtenus une première fois puissent se reproduire chaque fois que l'on répète l'expérience.

quées ne peuvent être délivrées qu'à un prix exorbitant, mais cela ne doit en aucune façon arrêter les essais; car cette grande valeur résulte de ce qu'elles n'ont encore reçu aucune application. Le chloroforme n'était-il pas dans le même cas avant de servir à procurer l'insensibilité? Nous pourrions, de même, citer une substance qui n'avait aucun usage et qu'on préparait à grands frais, la benzine, qui a été récemment, de la part de M. Collas, l'objet d'une application assez importante, et qui, par suite, a éprouvé une grande baisse de prix grâce à un nouveau mode apporté dans sa préparation.

Puisque nous avons parlé de la benzine, nous dirons ici en passant que ce corps qui a pour formule $C^{12}H^{6}$ et qui bout à 86°, a lui-même également été essayé comme anesthésique général par MM. Simpson et Snow; mais hâtons-nous de dire que la sensation intolérable de bruit que cet agent détermine dans la tête avant et après l'inhalation, prouve d'une manière suffisante qu'on doit se borner à l'employer comme agent anesthésique local, et qu'il suit la loi du point d'ébullition.

Voilà donc, ce nous semble, un vaste champ ouvert aux savans praticiens qui sont en position d'entreprendre de pareils essais, et si nous ne nous abusons nous-même, voilà de nombreux matériaux destinés à reculer les limites du domaine de l'anesthésie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 5 Avril 1852. — Présidence de M. Piobert.

M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institut national des sourds-muets, adresse un mémoire à l'Académie des sciences, sur l'enseignement et le développement de la parole dans les établissemens de sourds-muets belges et allemands, et sur la possibilité de doter presque tous les sourds-muets de France du langage articulé, et de rendre l'ouïe et la parole à un certain nombre d'entre eux.

Il résulte de ses observations :

1° Que les sourds-muets à l'étranger, comme en France, sont presque tous des individus atteints seulement de surdité;

2° Que l'appareil vocal du sourd-muet et celui du parlant sont, à de rares exceptions près, aussi régulièrement organisés l'un que l'autre;

3° Que, dans tous les cas où l'appareil auditif ne peut être traité avec succès, toujours, ou presque toujours il est possible à l'appareil vocal d'entrer en fonctions, *sous l'influence non plus de l'excitation auditive, mais de l'excitation visuelle, imitative, et au moyen de l'impression tactile des ondes sonores, la parole du sourd-muet qui entend, restant toutefois incomparablement plus nette, plus intelligible que celle du sourd-muet privé de l'ouïe;*

4° Si l'étude de la parole a été jusqu'à présent si peu cultivée en France, on peut en trouver la cause dans les efforts, en quelque sorte exclusifs de l'abbé de l'Épée, au début de son apostolat, pour détruire les préjugés qui avaient fait regarder longtemps le langage parlé comme indispensable au développement de l'intelligence.

En démontrant *à priori* que le *signe mimique* est, pour le sourd-muet, ce que le *signe vocal* est pour le parlant, et que l'un conduit aussi naturellement que l'autre à l'instruction, l'abbée de l'Épée n'a jamais eu la prétention d'interdire *la culture de la parole à ses enfans adoptifs. Ce qu'il a voulu prouver seulement, c'est que les mots de nos langues articulées écrites, ne sont qu'arbitrairement et conventionnellement les représentans des idées*; et la preuve, c'est que, quelques années après être entré dans la carrière de l'enseignement, et avoir triomphé des préjugés dont ces malheureux étaient alors les victimes, il dirigea tous ses efforts et toutes ses recherches vers un art encore peu connu en France, celui au moyen duquel on peut arriver à leur apprendre la parole; malheureusement, cet habile instituteur n'eut pas le temps de réaliser sur ce point toutes ses vues charitables; il fut enlevé trop tôt à la religion, à la patrie, à l'humanité;

5° Que le dialecte de tel ou tel pays n'est pas, pour lui, un obstacle invincible, c'est tout au plus une difficulté qu'il est presque constamment possible de vaincre;

6° Que les lésions organiques de l'appareil auditif chez les sourds-muets belges et allemands, à part certains vices primordiaux de conformation, d'arrêts de développement ou d'absences d'organes, ne sont pas différentes de celles que l'on rencontre dans la surdité sans mutisme;

7° Qu'il est possible de doter presque tous les sourds-muets de France de la parole et de la faculté de la lire sur les lèvres (sont exceptés les sourds-muets idiots, les individus atteints de paralysie des membres supérieurs, et de cécité, etc.);

8° Et qu'un sourd-muet, sur quatre ou cinq dans l'état actuel de la science, est susceptible de recouvrer l'ouïe et la parole, de manière à pouvoir s'en servir dans ses relations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 30 Mars 1852. — Présidence de M. Larrey.

Chancre du méat urinaire; — Ulcération profonde de la vessie.

M. Vidal (de Cassis) communique le fait suivant :

Un homme fort et robuste, âgé de 26 ans, a succombé à une péritonite suite d'une infiltration urineuse.

Il était entré dans le service de M. Vidal pour une rétention d'urine. Il fut sondé par l'interne de garde, et comme le méat urinaire était rétréci par un chancre induré, il fut employé une petite sonde en gomme élastique sans mandrin.

M. Vidal, le lendemain, pratiqua de nouveau le cathétérisme, après avoir préalablement débridé le méat. La plaie produite par le bistouri s'inocula. Jamais les sondes ne furent laissées à demeure.

Quatre jours après son entrée, le malade fut pris de péritonite, et il succomba.

A l'autopsie, on découvre dans la vessie, à droite de son corps, une ulcération d'un centimètre de diamètre; au fond de cette ulcération, se trouvaient trois perforations qui mettaient l'urine en rapport avec le tissu cellulaire qui entoure la vessie.

Çà et là dans le bas-fond et autour de l'ulcération, des petites élevures dures comme des concrétions calcaires ressemblant à celles des artères.

Plusieurs hypothèses peuvent être faites sur la nature de cette perforation de la vessie. M. Vidal, sans se prononcer, les divise comme il suit :

1° On peut supposer que l'extrémité de la sonde est la cause première de l'ulcération. Mais il faut dire que la sonde n'a pas été laissée dans la vessie, et le cathétérisme a été fait par l'élève avec une sonde en gomme élastique sans mandrin.

2° On peut admettre que la première sonde a puisé au chancre du méat un pus inoculable qui a fait naître un chancre perforant.

3° Enfin, comme les concrétions étaient nombreuses autour de la perforation, peut-être la vesssie n'a pu se dilater sur ce point, et là il y a eu une espèce de cassure, comme cela arrive dans les artères qui présentent des concrétions calcaires.

Nous soumettons ce fait intéressant à nos lecteurs. M. Vidal se propose de publier l'observation avec tous les détails nécessaires. La pièce pathologique a été reproduite avec soin.

Fistule vésico-vaginale.

Nous avons, il y a déjà longtemps, entretenu nos lecteurs d'un fait communiqué par M. Maisonneuve. Il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale très compliquée, que ce chirurgien avait opérée suivant le procédé de M. Jobert (de Lamballe).

Le bas-fond de la vessie, entièrement détruit, laissait entre le vagin et le réservoir urinaire une si large communication, que, pour combler cette immense perte de substance, M. Maisonneuve dut, au débridement du vagin en arrière de son insertion sur la lèvre antérieure de l'utérus, joindre des débridemens semblables en avant et latéralement.

Pour rendre plus facile l'exécution de cette opération complexe, le chirurgien avait préalablement largement débridé le périné.

La malade, après une première opération, paraissait devoir guérir; il ne restait, au bout de quinze jours, qu'un très petit pertuis; mais trois semaines après les parties réunies se déchirèrent, et la fistule reprit toute son étendue.

Une deuxième opération fut pratiquée exactement suivant le même procédé, et après une semblable apparence de succès, eurent lieu les mêmes accidens.

Pourquoi ces insuccès? Ne doit-on pas admettre que les tiraillemens exercés par la cicatrice des incisions qui entouraient la fistule ont déterminé la déchirure de la suture faite à la vessie.

En présence de ces revers, M. Maisonneuve songea à recourir à un autre mode de traitement.

D'après plusieurs faits qui lui étaient propres, il avait acquis la conviction que le contact permanent de l'urine avec le rectum n'offrait aucun inconvénient grave; et il avait vu à la suite des tailles recto-vésicales pratiquées sur plusieurs malades, que les sphincters de l'anus résistaient suffisamment pour retenir pendant plusieurs heures les urines qui s'introduisaient dans l'intestin. Dès lors, son parti fut pris : il se décida à oblitérer la vulve et à faire vider les urines dans le rectum.

L'oblitération de la vulve fut facilement obtenue. Il avait voulu d'abord ménager une petite ouverture. Mais plus tard, ayant mis le vagin en communication avec le rectum, il acheva la complète occlusion.

La malade supporta admirablement toutes ces opérations; elle était vraiment dans une position fort convenable; mais malheureusement on éprouvait de très grandes difficultés à entretenir ouverte la fistule rectale, et impatientée de n'avoir pas une guérison plus complète, elle insista auprès de M. Maisonneuve pour qu'une nouvelle opération fût pratiquée.

Alors, le chirurgien pensa qu'on pourrait avec avantage faire une fistule périnéale que l'on aurait bien plus de facilité à maintenir, et dont l'occlusion artificielle serait facilement faite à l'aide d'instrumens en caoutchouc vulcanisé.

Notre habile confrère M. Garriel avait imaginé, pour ce fait spécial, un appareil qui paraissait devoir remplir toutes les indications. On pénétra dans la cavité vaginale à l'aide d'un trois-quarts. Cette opération, qui paraissait si peu grave, fut cependant la cause de la mort de la malade, et, quelques jours après, elle succombait à une infection purulente.

M. Maisonneuve fait voir les pièces d'anatomie pathologique recueillies sur cette malheureuse femme.

On peut suivre les différentes opérations pratiquées; on voit la fistule rectale, le cloaque comprenant la cavité vésicale et la cavité vaginale, puis la réunion de la vulve, et enfin la dernière plaie produite par le trois-quarts.

M. Michon fait ressortir tout l'intérêt de cette remarquable observation; elle doit, suivant lui, être publiée *in extenso* pour servir avantageusement à compléter l'histoire des fistules vésico-vaginales.

Quand M. Vidal avait proposé l'occlusion de la vulve comme moyen de traitement des accidens consécutifs à la fistule vésico-vaginale, M. Michon avait dit qu'il ne croyait pas à la possibilité de cette occlusion. Dans le fait de M. Maisonneuve, il y a eu occlusion, mais ce fait ne ressemble pas à ceux qu'on observe ordinairement, et sans nier absolument qu'on puisse parvenir à réunir l'ouverture vaginale, il fait remarquer que, quant à présent, aucune observation ne démontre que cette opération ait pu réussir.

Comme M. Maisonneuve, M. Michon croit que la déchirure de la suture vésicale a été due à la rétraction exercée par les cicatrices des plaies circonvoisines, et il ajoute que cette déchirure devait être d'autant plus facile, que la réunion des bords de la fistule n'était pas encore faite par une cicatrice réelle; il y avait simplement adhésion des lèvres de la plaie.

Quant à la mort de la malade, on ne saurait s'en étonner; l'opération, si simple en apparence, la ponction au périnée, est au contraire très grave; car on met une couche assez profonde de tissus en contact avec un liquide irritant; il a dû se faire des infiltrations urineuses dans les tissus sains, et par suite sont survenus les phénomènes de l'infection purulente. En produisant la fistule vésico-rectale, la division n'avait porté que sur une très petite épaisseur de tissus; de là l'absence d'accidens. Quand on ouvre un trajet à l'urine, il faut que ce trajet soit large, car si le liquide ne sort pas facilement, des accidens graves ne tardent pas à survenir.

C'est ici le lieu de rappeler que Breschet, dans ces cas, avait l'habitude de donner aux incisions de très grandes dimensions. Dupuytren blâmait ces incisions, mais les malades guérissaient.

M. Michon, en terminant, dit qu'il est à désirer que l'observation de M. Maisonneuve soit conservée dans les annales de la Société; elle témoigne de la hardiesse et de l'habileté du chirurgien.

M. Vidal insiste également sur l'intérêt que présente l'observation de M. Maisonneuve, et à ce propos il revient sur l'histoire de la malade chez laquelle il avait pratiqué l'oblitération de la vulve. Cette oblitération parut complète d'abord, et la malade eut même ses règles qui sortirent avec les urines; la déchirure de la réunion eut lieu à la suite d'un cathétérisme; mais cette réunion s'était maintenue assez longtemps pour qu'elle ait permis d'admettre que l'urine pouvait, sans inconvénient, séjourner dans le vagin.

MM. Lenoir, Roux et Gosselin ajoutent encore quelques mots à cette discussion.

Nous dirons, en terminant, qu'une discussion s'est élevée entre MM. Lenoir et Maisonneuve, sur les termes d'une précédente communication relative à la malade dont il est question. Nous nous abstiendrons de reproduire cet incident; seulement nous insisterons sur la nécessité, pour donner aux travaux de la Société toute l'importance qu'ils méritent, de ne laisser aucune observation inachevée.

Séance du 7 Avril.

Tout l'intérêt de cette séance s'est concentré sur un fait de la plus haute importance, communiqué par notre honorable confrère, M. Huguier. Il s'agit d'une opération césarienne, pratiquée à l'hôpital Beaujon. Nous nous sommes mis en mesure de pouvoir donner aux lecteurs de l'Union Médicale tous les détails relatifs à ce fait, qui, suivant nous, comporte un haut enseignement. Nous le publierons dans un prochain numéro, avec les observations qu'il nous a suggérées.

M. Gerdy est entré dans quelques intéressans détails sur les causes des douleurs ressenties par les amputés. Il rapproche ces douleurs de toutes celles qui se rencontrent à la suite des contusions, des plaies, des fractures. Il les considère comme le résultat de l'impressionnabilité des tissus, qui ont subi une violence antérieure.

Ce ne seraient donc pas des douleurs inflammatoires, résultant de névrite, mais des douleurs récidivantes, et qui auraient tendance à reparaître sous l'influence des causes en apparence les moins graves, telles que les modifications atmosphériques, etc., etc.

Dr Éd. Laborie.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 29 Février.

Du traitement de la chorée; guérison par la strychnine; par M. le professeur Forget, de Strasbourg.

Après quelques considérations générales sur les différentes médications employées contre la chorée, et en particulier sur la méthode perturbatrice, à laquelle il rattache les immersions froides ou bains de surprise employés par Dupuytren, les révulsifs internes et externes, les vésicatoires, les purgatifs, l'électricité, et l'emploi de la noix vomique ou de la strychnine, M. le professeur Forget indique la médication par les strychnées, comme remplissant, indépendamment de la perturbation, une indication essentiellement rationnelle de la maladie. Les choréiques, dit-il, offrent généralement une constitution débile, irritable; c'est-à-dire qu'ils sont affectés d'un certain degré d'atonie nerveuse; de plus, il est d'observation que, dans la chorée, il existe presque toujours un léger degré, une nuance de paralysie, qui se révèle par la mollesse des articulations, surtout de celles des membres inférieurs, qui fléchissent un peu sous le poids du corps, et que le malade traîne sensiblement en marchant, comme dans les cas de paraplégie initiale incomplète. On observe en outre, chez ces malades, une certaine diminution des facultés intellectuelles et une pusillanimité qui sont l'expression d'une tendance à l'imbécillité par défaut d'énergie cérébrale. Sous ce double rapport, les strychnées répondent parfaitement à l'indication de relever les forces du système nerveux, en vertu de leurs propriétés spéciales. Une circonstance favorable, c'est que la médication est ici dégagée des inconvéniens de son application à la paralysie, consécutive à l'apoplexie, par exemple, où le remède fait courir le danger de raviver une phlogose cérébrale ou médullaire.

A l'appui des bons effets que l'on peut attendre de la médication strychnée, M. le professeur Forget rapporte le fait d'un jeune homme de 17 ans, journalier, de constitution lymphatico-nerveuse, affecté depuis deux mois de mouvemens choréiques, incessans, de toutes les parties du corps. La station et la progression étaient impossibles; le malade traînait ses jambes et fléchissait sur ses articulations; ou bien il éprouvait des secousses analogues à celles produites par l'électricité. Il en était de même des bras, du tronc et de la tête, qui se déjetaient brusquement dans tous les sens, et se contournaient d'une manière bizarre, au point que, s'il n'eût été contenu par des barrières, il eût été lancé hors de son lit. Les traits du visage grimaçaient perpétuellement; la bouche était mobile et distendue; les dents grinçaient fréquemment; préhension des alimens impossible. Il fallait le nourrir comme un enfant, la déglutition s'exerçant d'une manière spasmodique; sensibilité tactile, plutôt exaltée que diminuée; sensibilité morale très impressionnable; pouls assez calme, peu développé, parfois irrégulier; respiration un peu saccadée, mais libre; bref, cette chorée générale était d'une rare intensité. Le malade fut mis au traitement par la strychnine. Il prit, matin et soir, une pilule contenant un seizième de grain de cet alcaloïde. On augmenta d'une pilule par jour, puis de deux. Dès le troisième ou quatrième jour, le malade était plus calme, et l'on put supprimer les rampes qui le maintenaient dans son lit; du douzième au quinzième jour, il put se tenir debout, marcher en s'appuyant, et se nourrir lui-même. Dès le vingtième jour, les mouvemens choréiques étaient réduits, pour ainsi dire, à l'état rudimentaire. Le geste avait quelque chose d'abrupte, et les traits étaient parfois agités d'un tic léger. Quelques jours auparavant, le malade était arrivé à prendre 6 centigrammes de strychnine par jour, un peu de raideur s'était manifestée dans le jeu de la mâchoire inférieure, et de légères crampes s'étaient fait sentir dans les mollets. La strychnine fut suspendue et le traitement achevé au moyen des bains sulfureux, de deux jours l'un. Vingt-sept jours après son entrée, le malade allait très bien, marchait droit et solidement, ne faisait plus de grimaces, se servait de ses bras avec précision et avait repris son humeur habituelle. Dix jours après, il sortait parfaitement guéri.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 44. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 13 Avril 1852.

PRIX DE L'ABONNNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. . . . . 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9
Pour l'Étranger, où le port est double :
6 Mois . . . . 20 Fr.
1 An. 37
Pour l'Espagne et le Portugal
6 Mois. . . . . 22 Fr.
1 An. 40
Pour les pays d'outre-mer :
1 An. . . . . 50 Fr

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX (1).

TROISIÈME LEÇON.

Sommaire. — Érysipèle gangréneux.

Vous avez pu, Messieurs, voir dans nos salles plusieurs malades atteints de différentes espèces d'érysipèle. C'est une trop bonne occasion de vous parler de cette maladie, pour que je ne la saisisse pas. Chez le plus grand nombre de ces sujets, la maladie n'est pas très grave. Mais chez un d'entr'eux, elle a un caractère de gravité tel, que nous ne pouvons pas espérer de le retrouver vivant à notre prochaine visite. C'est par lui que je vais commencer l'étude de l'érysipèle.

Érysipèle gangréneux.

Cet homme, couché au n° 11 de la salle Saint-Michel, est d'un embonpoint médiocre; il a les cheveux noirs, le teint un peu pâle; sa constitution était autrefois bonne, dit-il, et il a eu toujours une bonne alimentation d'ouvrier; mais il habitait des logemens humides. Il ne se souvient d'avoir été malade qu'une seule fois, il y a trois ans; il a gardé la chambre pendant cinq mois, et ne peut nous donner aucun détail sur la nature de sa maladie ni sur le traitement qu'on lui a fait subir.

Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il fut atteint de rhume avec fièvre, céphalalgie et toux qui se manifestait par quintes, principalement la nuit. Cette toux ne fut précédée ni d'angine, ni de coryza. Il ne suivit aucun traitement, et depuis cette époque il a conservé une gêne de la respiration, de l'orthopnée; la nuit il lui arrive souvent d'être pris d'accès de suffocation qui le forcent à s'asseoir et à chercher un point d'appui pour faciliter l'action des muscles inspirateurs; il ne s'est jamais mêlé de sang à ses crachats, qui sont peu abondans; il a eu des palpitations fréquentes, mais non continues.

L'appétit a disparu, les forces ont diminué et l'amaigrissement s'est fait d'une manière progressive, mais avec rapidité, surtout pendant ce dernier mois, où il a été très sensible.

Le 25 janvier, ce malade s'est présenté à nous avec une face pâle, anxieuse; les lèvres légèrement violacées. Il éprouvait de la difficulté à rester couché, même la tête étant fortement élevée, et il était obligé de rester constamment assis dans son lit. Sa respiration était difficile, haute, fréquente et pénible; les parois de la poitrine et de l'abdomen se soulevant péniblement à chaque effort d'inspiration. L'orthopnée et l'essoufflement augmentaient d'une façon évidente au plus léger mouvement que faisait le malade, même pour changer de position dans son lit. Il accusait une vive douleur derrière le sternum, qui était fortement porté en avant; la poitrine paraissait bombée et globuleuse par suite de l'effacement des espaces intercostaux et des creux sous-claviculaires, bien que le sujet soit notablement amaigri. Du reste, on ne remarquait de voussure ni de saillie anormale en aucun point de la poitrine. La sonorité était très grande à la percussion dans toute l'étendue de la poitrine, sauf à la région péricordiale. A l'auscultation, la respiration était faible en avant et des deux côtés, avec un peu de rudesse; à gauche on entendait un bruit particulier de claquement à la fin de l'inspiration. En arrière, des râles sibilans et ronflans étaient disséminés dans toute l'étendue de la poitrine, et l'on entendait en bas, des deux côtés, quelques bulles de râle sous-crépitant dans une petite étendue.

Le cœur donnait peu d'impulsion à la main, mais quand on auscultait, l'oreille sentait pour ainsi dire l'organe plus volumineux qu'à l'état normal; les battemens étaient sourds, profonds, mais réguliers, sans bruit anormal. Il n'y avait pas de bruit de souffle dans les vaisseaux du cou. Le pouls était à 76, faible, petit, régulier, sans mollesse, mais difficile à saisir.

La langue, souple, humide, sans enduit notable à la base, présentait une coloration d'un rouge foncé sur les bords. La soif était médiocre, l'appétit nul, les garderobes étaient rares, de consistance naturelle, les urines n'offraient rien de particulier à noter. La paroi antérieure de l'abdomen était souple, indolente à la pression. Le foie, non douloureux, présentait les dimensions suivantes : la verticale abaissée du creux de l'aisselle, 15 centimètres, celle abaissée au-dessous du mamelon, 13 centimètres, et celle de la ligne médiane, 8 centim. 1/2. Il n'y avait pas de liquide dans l'abdomen, pas d'œdème des membres inférieurs (ipéca 2 grammes, deux bouillons et deux potages).

Mieux dès le lendemain; au bout de deux jours, les lèvres reprennent leur coloration naturelle, les accès de suffocation sont plus rares, le malade se lève et mange une portion.

Les râles sibilans, ronflans et sous-crépitans qui étaient disséminés ont complètement disparu. — Le malade était dans cet état quand tout à coup, sans cause de nous connue, il fut pris, le 11 février dans la journée, d'un accès de suffocation. A la visite du soir, il fut trouvé assis sur son lit, respirant péniblement et avec effort. La face toujours pâle, les lèvres congestionnées. Dans la persuasion qu'il s'agissait seulement d'un des accès d'essoufflement auxquels il est sujet, et sans l'examiner plus attentivement, on se contenta de lui prescrire une pilule d'extrait de datura stramonium de 5 centigrammes.

Le 12 février, à la visite du matin, nous l'avons trouvé aussi oppressé et respirant aussi péniblement que la veille; la face exprimait l'anxiété la plus grande; le malade était toujours assis dans son lit, il ne pouvait rester couché. Il y avait par minute 36 inspirations. La douleur qui existait autrefois derrière le sternum avait reparu et se prolongeait vers le côté gauche, avec exacerbations pendant les mouvemens de la toux, qui était fréquente et douloureuse. L'expectoration se faisait difficilement et avec effort; les crachats étaient épais, visqueux, adhérens au vase, demi-transparens et présentaient une légère coloration de sucre d'orge.

La percussion donnait de la matité à gauche et en arrière, dans tout le tiers inférieur du poumon.

Dans ce même point, on entendait, à l'auscultation, de la respiration bronchique superficielle et des bouffées de râle crépitant très fin pendant l'inspiration. Il y avait de la bronchophonie; les vibrations thoraciques n'étaient pas sensiblement différentes des deux côtés. La langue ne présentait pas d'enduit; elle était large, souple, humide, un peu rouge sur les bords.

La soif était un peu plus vive que les jours précédens; l'appétit avait disparu de nouveau; il y avait eu quelques vomissemens verts et amers la nuit; pas de selles.

Le foie et le cœur présentaient, à très peu de différence près, les mêmes dimensions que lors du premier examen; le cœur était pourtant un peu plus volumineux (saignée, 350 grammes).

13 février : respiration plus facile, moins fréquente, un peu de diminution dans l'intensité des symptômes observés la veille; il n'y avait plus de râle crépitant, mais toujours de la respiration bronchique. (Potion stibiée à 25 centig.)

14 février. L'amélioration, qui s'était manifestée du côté de la poitrine, était devenue plus notable; mais, en même temps, il était survenu des symptômes nouveaux qui méritent d'attirer tout particulièrement l'attention. Le malade se plaignait d'une douleur très vive de la hanche et du flanc du côté gauche. En examinant cette région, nous trouvâmes à la partie inférieure de la poitrine, limitée en haut par la 9e côte, et s'étendant jusqu'à quatre travers de doigt plus bas, tandis que d'avant en arrière elle avait une étendue de neuf à dix travers de doigt, une plaque d'un rouge un peu foncé, presque terne, au niveau de laquelle le grain de la peau paraissait plus saillant, plus gros comme si on l'examinait à la loupe; la peau était en même temps à ce niveau dure, rude, chaude et douloureuse au toucher. La peau environnante, dans une étendue d'un centimètre environ, présentait la même rudesse, bien qu'elle eût conservé sa coloration naturelle; elle semblait aussi plus saillante, comme si le tissu cellulaire sous-jacent était engorgé. Le doigt, posé sur un des points de cette plaque rouge, imprimait une trace blanche qui disparaissait rapidement. Plus bas et séparée de la précédente par un intervalle de peau saine, on trouvait une plus large plaque, étendue depuis un point situé à deux travers de doigt, au-dessous de la crête iliaque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse : en avant, elle envahissait la hanche jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et en arrière elle se prolongeait jusqu'aux premières vertèbres sacrées. Dans toute cette étendue, la peau présentait absolument tous les caractères précédemment mentionnés, et, de plus, on voyait au niveau du grand trochanter une tache violette plus foncée, semblable à une ecchymose.

A l'examen de la poitrine, nous avons constaté que la matité n'occupait plus que trois travers de doigt à la base du côté gauche. Il n'y avait plus de souffle bronchique en ce point, seulement la respiration y était faible et l'on entendait quelques bulles de râle sous-crépitant à l'inspiration. Il y avait encore un peu de bronchophonie, mais elle était très peu marquée.

Le ventre et la langue étaient dans le même état que les jours précédens; l'appétit le même; la soif était un peu augmentée. Le foie était plus volumineux; la matité avait une hauteur de 19 centimètres, un peu en dehors du sternum à droite, et de 23 centim. en dehors du mamelon à la partie antérieure de l'aisselle (1). Le cœur avait les mêmes dimensions que précédemment. Le pouls, toujours très petit, était à 110. La peau sèche, un peu chaude. (Saignée : 250 grammes. Diète. Le reste *ut suprà*.)

15 février. L'érysipèle avait encore augmenté; la plaque supérieure avait six travers de doigt de hauteur au lieu de quatre : elle rejoignait l'inférieure en arrière. La rougeur était restée dans les mêmes limites en arrière et en bas; en avant, elle avait augmenté et se portait vers l'aine.

Quant à la tache d'apparence ecchymotique, elle avait 13 centimètres de hauteur; elle était plus noire, surtout près des bords, où elle avait tout à fait la teinte d'une tache d'encre. Au milieu d'elle existait une large phlyctène, brune, molle, peu tendue et ridée à sa surface; par une éraillure qu'elle présentait, on voyait suinter un liquide rouge-foncé de couleur acajou. Une ouverture plus grande ayant été pratiquée à la phlyctène, il en est sorti environ 20 ou 25 grammes de ce même liquide que nous avons pu recueillir dans un verre à expériences, qu'il a rempli au tiers à peu près. Traité par l'acide nitrique, ce liquide a donné un précipité blanchâtre très abondant.

Au-dessus du niveau du grand trochanter et sur le côté, il existait une autre tache noire, plus petite, à bords irréguliers, à la surface de laquelle l'épiderme n'était pas soulevé. L'épiderme paraissait peu adhérent et il existait quelques vésicules; au pourtour des taches noires sont des parties de peau colorées en rouge. La douleur nous a semblé moins vive au pourtour des taches que sur les parties environnantes.

Les symptômes généraux sont restés les mêmes que la veille. Le pouls était à 120, avec les mêmes caractères. La respiration était un peu plus gênée. Cependant, la percussion de la poitrine donnait la même matité (trois travers de doigt en bas et à gauche). A l'auscultation on entendait, dans le même endroit, quelques bulles de râle crépitant, fin et sec, à l'inspiration seulement, sans respiration bronchique, avec un peu de retentissement de la voix.

La saignée pratiquée la veille offrait un caillot large, occupant environ les 7/8es du vase, consistant, et recouvert d'une couenne très fine, demi-transparente.

Enfin, ce matin 16 février, nous avons vu que l'érysipèle a considérablement augmenté; la rougeur couvre presque complètement les parois de la poitrine et de l'abdomen de ce côté, et il a envahi toute la surface interne de la cuisse. Le membre abdominal de ce côté est complètement œdématié. Les deux taches noires se sont réunies; leur surface, qui est complètement dénudée et privée d'épiderme, présente une coloration d'un gris blanchâtre, mat, et laisse suinter un liquide roussâtre, d'odeur gangréneuse.

Vous voyez, Messieurs, d'après cet exposé, qu'il ne m'a pas été possible de rendre plus rapide, à cause de l'importance de tous les symptômes sur lesquels j'ai dû attirer votre attention; vous voyez, dis-je, que le diagnostic de la dernière affection, celle qui est devenue maintenant l'affection principale, ne souffre aucune difficulté. Evidemment cette rougeur, cette chaleur, cette tension de la peau, suivies de la dénudation et de l'escarrification du derme, et s'accompagnant d'une fièvre si intense, avec une telle prostration, ne peuvent appartenir qu'à l'érysipèle. Les deux seules affections qui présentent quelques-uns des symptômes que je viens d'énumérer sont l'érythème et le flegmon. Mais, dans l'érythème, nous ne trouvons pas, ordinairement, de fièvre, et il y a seulement de la démangeaison et non pas une douleur vive, brûlante, comme chez notre malade; en outre, dans l'érythème, la peau n'est pas dure, avec augmentation considérable du grain de la peau, comme dans le cas présent. Cela seul suffirait donc pour nous faire rejeter l'idée qu'il s'agit d'un simple érythème quand bien même nous n'aurions pas ces taches noires gangréneuses qui ne se produisent jamais à la suite d'une affection aussi légère.

Quant au flegmon, il s'accompagne bien aussi, outre la rougeur, de beaucoup de fièvre et d'une douleur très vive, mais tous les symptômes locaux sont bien plus limités que dans l'érysipèle, et ce n'est que dans le flegmon diffus que l'on retrouve une rougeur et une tension assez étendues pour pouvoir être confondues avec celles de l'érysipèle. Aussi, comme cette maladie réunit en même temps les principaux symptômes du flegmon et ceux de l'érysipèle, a-t-elle pris indifféremment le nom de flegmon diffus ou d'érysipèle flegmoneux.

Nous sommes donc conduit naturellement, après avoir admis qu'il s'agit d'un érysipèle, à nous demander s'il n'est pas possible de reconnaître à quelle espèce particulière d'érysipèle

(1) Voir les numéros des 19, 21 Février, 13, 16 Mars et 8 Avril 1852.

(1) L'abdomen était un peu distendu et la percussion donnait de la matité dans les fosses iliaques. Comme le malade ne peut se mouvoir sans éprouver de grandes souffrances, nous n'avons pas cherché à constater si cette matité changeait de place suivant la position du malade. Nous avons recherché s'il y avait de la fluctuation, nous n'en n'avons pu constater.

ce cas peut être rapporté. Car il en est, Messieurs, de l'érysipèle comme de la péritonite, dont je vous parlais il y a peu de jours ; le diagnostic en lui-même n'est pas difficile et la maladie se reconnaît aisément. Mais le difficile, et je dirai même souvent l'important, est de pouvoir distinguer entre elles les diverses variétés d'une même maladie. Ce diagnostic différentiel offre souvent un très grand intérêt au point de vue du pronostic et du traitement.

Dans le cas que nous avons sous les yeux, l'existence de taches noires, les phlyctènes qui se sont montrées au niveau de ces taches, la sanie roussâtre qui s'en est écoulée, l'odeur caractéristique et le commencement d'escarrification que nous remarquons aujourd'hui ; tout démontre qu'il s'agit d'un érysipèle gangréneux. L'érysipèle bulleux, l'érysipèle phlycténoïde n'auraient pas présenté ces taches noires ; elles ne se seraient pas montrées non plus dans l'érysipèle flegmoneux, qui nous aurait en outre présenté de la fluctuation, car la suppuration aurait eu parfaitement le temps de s'établir depuis le début de la maladie.

Quant au pronostic, je vous ai laissé entrevoir en commençant combien je le crois grave ; et c'est surtout sur l'état de santé antérieur du sujet, que je me fonde pour établir ce pronostic. Nous voyons, en effet, un homme qui, il y a trois ans, a été atteint d'une affection sur laquelle il ne nous donne pas de détails, il est vrai, mais qui a duré cinq mois. Depuis, il a été sujet aux rhumes, a dépéri ; et enfin, il y a six semaines, il a eu une bronchite qui ne s'est pas dissipée, et à la suite de laquelle sont survenus ces accès de suffocation, cette dyspnée et même ces palpitations de cœur que vous avez pu constater. Nous pouvons suivre parfaitement la succession des symptômes. Le poumon ne fonctionnant plus régulièrement, il a fallu, pour suffire aux besoins de l'hématose, que le cœur lui envoyât une plus grande quantité de sang dans un temps donné. De là est résulté une hypertrophie de cet organe, qui a amené une gène considérable dans la circulation, par suite des contractions énergiques du cœur ; il y a eu stase du sang dans les capillaires ; le foie s'est congestionné et a augmenté de volume. Toutes ces lésions ont nécessairement placé le malade dans des conditions très défavorables ; et la pneumonie, qui est survenue ensuite, en a nécessairement augmenté la gravité. Remarquez, néanmoins, que cette pneumonie, traitée par les émissions sanguines, combinées avec l'emploi du tartre stibié, s'est promptement améliorée, et tendait manifestement à la guérison, lorsqu'est apparu l'érysipèle si grave qui doit emporter le malade.

Ce fait vient s'ajouter à ceux que nous connaissons déjà, pour démontrer que la gravité de l'érysipèle dépend beaucoup de l'état de santé antérieur du sujet, et qu'il est très redoutable surtout lorsqu'il survient à la suite d'une maladie grave. Les recherches de M. Louis (1) et celles de M. Hervieux (2) ont démontré ce fait pour les cas où l'érysipèle survient pendant les convalescences de fièvre typhoïde ; et c'est à cause de l'état de faiblesse extrême dans lequel se trouvent alors les malades, que la terminaison est si souvent fâcheuse. Notre malade présentait aussi un état de faiblesse extrême, il est naturel que la maladie ait chez lui la même gravité.

Quel traitement pouvions-nous employer? Vous voyez que ce n'était pas le cas d'avoir recours aux saignées répétées. Le sujet était trop faible pour pouvoir les supporter, et nous avons dû nous arrêter après une première évacuation sanguine légère. L'opium à haute dose n'a pas été employé, parce qu'il aurait pu peut-être augmenter encore la gêne de la circulation, et par conséquent être plus nuisible qu'utile. Les moyens locaux conseillés pour arrêter la marche de l'érysipèle, ne pouvaient non plus être mis en usage, car les piqûres superficielles, conseillées par Lassis et Bright, les raies de feu, avec lesquelles Larrey circonscrivait l'érysipèle, la pommade au nitrate d'argent, le vésicatoire appliqué sur la surface enflammée, n'auraient pu, dans le cas actuel, qu'augmenter la gangrène.

En raison même de l'état général du malade, les topiques, quels qu'ils fussent (eau froide, solution de sulfate de fer, cataplasmes d'alcool camphré) n'auraient eu aucune action ; aussi, nous sommes-nous contenté d'appliquer un corps gras, comme le conseille M. Martin-Solon, non pas comme moyen curatif, mais parce que l'expérience prouve que c'est un bon moyen pour diminuer les souffrances du malade.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

MORT SUBITE PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

Les morts subites à la suite de l'accouchement doivent être rangées en deux catégories : 1° celles qui se produisent quelques instans ou quelques heures après la délivrance de la femme ; 2° celles qui se produisent plus tardivement, au bout de plusieurs jours, par exemple, et même de plusieurs semaines, au milieu des conditions générales de santé qui ne permettent pas de prévoir un aussi fatal événement :

Tels sont les trois cas cités par M. Robert dans la séance de la Société de chirurgie du 7 janvier 1852. Dans l'un de ces cas, la femme succomba au neuvième jour après l'accouchement ; ce fut au seizième jour que les deux autres éprouvèrent le même sort, (Voir pour les détails, le compte-rendu de la Société de chirurgie, UNION MÉDICALE du 10 janvier 1852.) A part l'état fébrile qui se manifesta chez la malade de notre honorable confrère de Dijon, le sixième jour après l'accouchement et dont il ne restait aucun vestige, lorsqu'elle mourut subitement au vingt-sixième jour, le fait qui suit a beaucoup d'analogie avec les observations que nous venons de rappeler :

Dijon, le 9 Mars 1852.

Monsieur,

Je viens seulement de prendre connaissance, dans le n° du 10 janvier dernier de votre intéressant journal, de la discussion qui a eu lieu le 7 du même mois au sein de la Société de chirurgie de Paris, au sujet *de la mort subite pendant les suites de couches.*

Quoiqu'il se soit écoulé beaucoup de temps depuis cette discussion, je crois devoir vous signaler un phénomène que j'ai observé dans un de ces cas malheureux, et vous prier de lui donner la publicité de votre journal, afin d'appeler sur lui l'attention des observateurs.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, primipare, fortement constituée, et d'un assez bel embonpoint, qui, après un travail de quarante-huit heures, accoucha naturellement, et fut prise, le sixième jour après l'accouchement, d'un mouvement fébrile que rien n'expliquait, si ce n'est l'état saburral des premières voies, lequel dura jusqu'au 15ᵉ ou 16ᵉ jour. Après quoi, la malade reprit un peu d'appétit, et sembla s'acheminer vers une guérison complète, lorsque le 26ᵉ jour, elle eut, pendant son sommeil, un mouvement convulsif qui la souleva de son oreiller, sur lequel elle retomba morte.

Maintenant, voici le phénomène sur lequel je veux appeler l'attention : le pouls de cette malade, qui était en général très régulier, cessait de l'être de temps à autre, et alors subitement, sans cause connue, il devenait d'une irrégularité extrême, et le cœur offrait des mouvemens convulsifs, tumultueux, désordonnés, impossibles à décrire.

Ce phénomène, qui devait se reproduire plusieurs fois dans la journée, durait d'une demi-minute à une minute, ou une minute et demie, puis cessait tout à coup, et tout rentrait dans l'ordre, sans qu'il en restât aucune trace et sans que la malade eût conscience de ce qui venait de se passer en elle.

Une seule fois, nous avons observé la coïncidence de la reproduction de ce phénomène avec une légère impression morale, produite par quelques petits cris de son enfant.

Je dois ajouter que ni la percussion, ni l'auscultation, ni le toucher ne faisaient percevoir le moindre signe qui révélât la présence d'une lésion quelconque, soit thoracique, soit abdominale. Les battemens du cœur n'étaient même, pendant les mouvemens tumultueux, désordonnés, accompagnés d'aucun bruit anormal.

Agréez, etc. VILLENEUVE, D.-M. P.

Nous avons dit qu'il existait une grande analogie entre le fait qu'on vient de lire et la plupart des observations de mort subite chez les femmes, dans l'état puerpéral. Cette analogie n'est pas seulement dans la soudaineté et l'imprévu de l'accident, on la trouve aussi dans l'absence de tout signe précurseur et de toute lésion symptomatiquement appréciable, qui puisse éclairer sur l'origine et les causes d'un pareil accident.

Déjà cette obscurité étiologique avait été signalée par notre savant collègue, M. Danyau, qui, dans la Société de chirurgie, faisait remarquer « *que la mort survient toujours de la même façon, aussi rapide, aussi imprévue, et que, quant aux lésions, elles paraissent, jusqu'à présent, devoir échapper aux investigations des anatomo-pathologistes.* » Nous rappellerons que chez une femme que cet habile observateur vit succomber dans de pareilles conditions, on trouva pour toute lésion une cuillerée de sérosité dans le péricarde ; chez une autre, douée d'un embonpoint considérable, le cœur était un peu graisseux ; or, y a-t-il dans ces deux états anatomiques une raison plausible et suffisante du genre de mort qui nous occupe? Assurément on ne saurait le prétendre.

Il y a dans le fait rapporté par M. Villeneuve quelque chose de plus que dans les observations du même ordre, c'est le trouble fonctionnel de l'organe central de la circulation, se révélant de temps à autre *par des mouvemens convulsifs, tumultueux et impossibles à décrire*, dit l'auteur. Ce trouble dans la fonction implique-t-il nécessairement une lésion de l'organe? Non, sans doute ; mais comme il ne l'exclut pas et qu'au contraire il dispose l'esprit du lecteur à l'accepter ; peut-être eût-il été souhaitable que l'auscultation eût fait connaître avec plus de détails et surtout avec une plus grande rigueur d'analyse, le rythme, l'intensité, le bruit, enfin tous les traits qui caractérisent les contractions physiologiques du cœur.

Il faudrait encore, pour que le rapport de cause à effet entre la mort et la condition de puerpéralité fussent évidens, que l'état fébrile qui a persisté du sixième au seizième jour, c'est-à-dire pendant dix jours, eût été mieux caractérisé, et que le lecteur ne pût pas, tant l'observation à cet égard serait explicite et entière, songer à établir un mode quelconque de connexion entre cet état fébrile et les troubles fonctionnels qui se sont manifestés vers le cœur peu de jours avant la mort. Sans doute, pour notre honorable confrère M. Villeneuve, tous ces doutes que nous soulevons n'existent pas ; mais nous ferons remarquer qu'il a sur nous l'avantage d'avoir vu les choses. Or, en écrivant sa relation, il a un peu oublié qu'il avait à faire partager sa conviction à des lecteurs qui, en dehors de l'observation directe et du contact du fait lui-même, ne peuvent se faire une opinion que d'après l'exposé plus ou moins complet qui leur en est fait. Il y a donc là un *desideratum* que notre confrère devra combler, pour que son observation ait pour autrui toute la valeur qu'elle a pour lui-même.

Nous avons dit que les morts subites avaient lieu aussi peu d'instans après l'accouchement, il serait peut-être mieux de dire des morts promptes, car dans ces cas il y a des signes qui en révèlent l'imminence au praticien expérimenté.

Ainsi, dernièrement, M. Depaul en a communiqué un exemple frappant à la Société médicale d'émulation : — Une jeune femme qui, six semaines avant d'être à terme, avait eu une hémorrhagie modérée, fut heureusement accouchée par lui à la fin du neuvième mois de sa grossesse. La parturition donna lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang, mais insuffisante pour constituer une véritable hémorrhagie.

Dans les premiers instans qui suivirent l'accouchement, la malade se sentit assez bien, quoiqu'un peu faible ; elle fut reportée dans son lit et tout semblait devoir se passer comme d'ordinaire. Une heure environ s'était écoulée, l'utérus était en voie de retour régulier sur lui-même, rien ne pouvait faire admettre la pensée d'une hémorrhagie interne ; la femme fut prise de douleurs très vives dans la région hypogastrique ; cette douleur revint par accès irréguliers, et chaque fois fut suivie de mouvemens convulsifs assez légers ; en même temps les extrémités et généralement toute la surface du corps se refroidissaient. M. Depaul, qui une fois déjà avait vu chez une autre femme la mort suivre de près l'apparition de ces symptômes, envoya chercher le médecin de la femme auprès de laquelle il avait été mandé comme accoucheur ; il lui fit part des craintes que lui faisaient concevoir les phénomènes observés chez cette dame. Le médecin ne les partagea pas et n'y vit que la manifestation d'un état nerveux qui céderait insensiblement et contre lequel les antispasmodiques seraient convenablement administrés. Peu rassuré, M. Depaul resta auprès de la malade, surveilla lui-même les soins que son état réclamait ; les accès ne se renouvelèrent pas ; l'affaiblissement ne tarda pas à s'y joindre, le pouls fléchit avec une rapidité désespérante, et bientôt la vie s'éteignit chez cette malheureuse femme.

Un fait analogue a été rapporté par notre honorable collègue M. Sandras, dans la séance du comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE, du 26 mars.

Une jeune femme, arrivée au terme d'une grossesse qu'elle ne pouvait pas avouer, se confia à un jeune médecin qui l'accoucha heureusement d'un enfant vivant et après un travail de quelques heures seulement. Deux heures et demie après l'accouchement, sans qu'aucun fait insolite ait pu faire concevoir la moindre appréhension, l'accouchée se plaint d'un malaise général et indéfinissable, ne produisant ni crises, ni douleurs, ni mouvemens convulsifs ; c'est un état d'anxiété indicible, c'est un affaiblissement graduel et rapide. Fort inquiet, le jeune médecin fait appeler en toute hâte un accoucheur expérimenté et fort en renom, qui ne constate aucune lésion capable d'expliquer la situation de plus en plus alarmante de cette femme ; il s'assure qu'elle n'est pas due à une hémorrhagie interne et que l'utérus est revenu sur lui-même dans la limite habituelle. Malgré tout ce que l'on put faire, l'affaiblissement devint extrême, le pouls se ralentit, les tégumens se refroidirent et la femme succomba.

A défaut des lésions qu'eût pu fournir l'investigation anatomique dans les deux cas qui précèdent, touchant l'étiologie de l'accident qu'ils relatent, on ne pourrait en chercher la raison que dans des hypothèses plus ou moins fondées ; sans doute, l'introduction de l'air dans les veines utérines distendues et béantes au moment de l'accouchement, nous donnerait du fait l'interprétation, peut-être la plus plausible ; nous serions, pour notre part, disposé à y croire, car les raisons anatomiques, telles que les flexuosités de ces vaisseaux et le retour de l'utérus qui tend à en rapprocher les parois, invoquées pour établir l'impossibilité de l'entrée de l'air par cette voie dans l'économie, sont loin de nous paraître concluantes. Toutefois, la démonstration anatomique, seul critérium décisif et apte à résoudre cette question, nous manquant, il convient de ne pas se montrer trop affirmatif à cet égard, et d'attendre que de nouvelles observations plus complètes éclairent ce point encore fort obscur de la pathologie des femmes en couches.

Approuvé par le comité de rédaction.

Dr AM. FORGET.

BIBLIOTHÈQUE.

DES LOUPES ET DE LEUR CURE RADICALE ;

Par M. LEBATARD, docteur en médecine, médecin du Bureau de bienfaisance du 2ᵐᵉ arrondissement, et de l'asile Fénélon.

Dans ce mémoire, dont l'UNION MÉDICALE a annoncé la publication il y a déjà plusieurs semaines, M. le docteur Lebatard propose à l'attention de ses confrères, un mode de traitement des loupes, qui lui a plusieurs fois réussi, et qui n'aurait pas, comme les autres procédés opératoires, l'inconvénient d'exposer les malades aux érysipèles du cuir chevelu, dont les suites ont été trop souvent funestes.

Ce mode de traitement, qui consiste à passer un séton à travers la tumeur, est décrit de la manière suivante par l'auteur :

« Une loupe étant donnée, je la traverse dans son plus grand diamètre d'une aiguille courbe, dont la longueur est en raison directe » de la grosseur de la tumeur. Cette aiguille est enfilée d'un ruban » plat, ou moins large. Lorsque la tumeur est ainsi traversée, je coupe » les deux bouts du ruban, que je laisse assez longs pour qu'ils puissent » être noués sur le milieu et le sommet. Je ramène les cheveux sur le

(1) Louis (*Fièvre typhoïde*).

(2) Hervieux (*Archives de médecine*, décembre 1847).

» nœud, si la loupe en est encore recouverte, et l'opération est terminée. »

Après cela qu'arrive-t-il ? C'est ce que l'observation va nous apprendre. Dans les trois faits qu'il donne à l'appui de cette méthode de traitement, nous voyons le chirurgien n'exercer de pression sur la tumeur que deux ou trois jours après l'opération : il laisse le premier séton pendant huit jours au plus, et il le remplace par un second qui reste autant de temps, si la loupe ne s'est pas de beaucoup vidée par la pression exercée de temps en temps, ou si elle n'est pas revenue sur elle-même par l'atrophie du kyste. Le second séton, avant de remplacer le premier, est trempé dans une solution de 1 gramme d'azotate d'argent dans 15 grammes d'eau distillée. Avant de l'introduire, l'auteur nous dit qu'il brouille la matière sébacée avec un stylet. Celle-ci, de blanche qu'elle était, perd de sa consistance et prend une couleur chocolat, sanieuse, qui s'écoule plus facilement. On enlève le second séton; les ouvertures restent béantes, se cicatrisent d'elles-même; le kyste s'atrophie peu à peu, se résorbe et disparaît. A la place de la loupe, on trouve une dépression.

A l'appui de l'opération dont on vient de lire les détails, l'auteur donne l'observation de deux malades. Chez le premier, trois loupes furent ainsi successivement détruites sans le moindre accident. Le second malade fut guéri par le même procédé; celui-là ne portait qu'une seule loupe.

Nous devons ajouter que, dans un cas, le kyste résorbé en grande grande partie, et fortement revenu sur lui-même, formait sous la peau une petite tumeur mobile et roulante à la pression. M. Lebatard n'attendit pas que la résorption fût complète, et il put facilement l'extraire par une des ouvertures traversées par le séton.

En résumé, le mode opératoire proposé par notre honorable confrère, est une imitation ingénieuse du séton métallique, dont M. Bertrand (*Arch. gén. de méd.*, t. XX) a fait usage avec succès. Ce praticien dit avoir guéri des loupes en les traversant au moyen d'une longue aiguille qu'il y laissait à demeure. Mais avant lui déjà Demours, au lieu d'une seule aiguille, en plaçait deux en croix, et il prétend aussi en avoir obtenu des succès. Il faut cependant reconnaître que ce procédé opératoire était complètement tombé en désuétude, ce qui tendrait à prouver qu'il n'a pas tenu tout ce qu'il avait promis. Le séton de fil, combiné avec la cautérisation au moyen du nitrate d'argent, sera-t-il plus efficace, et conséquemment méritera-t-il de prendre rang à titre de méthode générale dans la pratique, comme M. Lebatard semble en être convaincu? Nous laisserons à l'expérience le soin de résoudre cette question; il faut que les faits se multiplient, pour qu'on soit en demeure de porter un jugement sérieux sur cette opération, et qu'on puisse être autorisé à affirmer qu'elle expose moins au danger de l'érysipèle que les procédés généralement employés.

Disons, toutefois, que si l'imminence de ce danger est en rapport avec l'étendue de la solution de continuité produite par l'instrument tranchant, il est certain que les deux ouvertures pratiquées aux téguments par le passage du séton, ne sont en rien comparables à la division des parties molles, nécessitée pour l'extirpation du kyste dans le procédé de l'incision. A ce point de vue, le procédé ingénieux de M. Lebatard pourrait être avantageux et préférable toutes les fois que son application est possible.

D[r] Am. FORGET.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 10 Mars 1852. — Présidence de M. BRICHETEAU.

M. BARTH communique à la Société une *observation de dilatation des bronches.*

Un homme de 57 ans, autrefois tabletier, de taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, pâle et amaigri; sobre, ne faisant jamais d'excès; avait eu la variole dans l'enfance, et peut-être la rougeole; deux attaques de rhumatisme articulaire, la première, à 18 ans, ayant duré vingt-deux jours, et la seconde, à 25 ans, qui se prolongea pendant cinq semaines; de 28 à 30 ans, plusieurs hémoptysies légères; et depuis lors le malade eut fréquemment des bronchites avec expectoration abondante; il maigrit sans que cependant il y eût de grandes sueurs ou du dévoiement; l'oppression est devenue plus marquée depuis cinq ou six ans.

Le 2 janvier, cet homme attendit deux heures dans la rue par un temps froid; et le soir, il ressentit du malaise et un frisson. L'oppression devint plus grande, la toux plus fréquente, les crachats plus abondans; l'appétit se perdit. La fièvre néanmoins était modérée. Le malade se contenta de garder la chambre; mais le rhume se prolongeant, et la maigreur faisant des progrès, il se décida, sans avoir fait aucune médication active, à entrer à l'hôpital, et il s'y rendit à pied, le 24 janvier, et fut couché dans mon service à Beaujon.

Le 25, je constatai l'état suivant : pâleur, oppression modérée, toux fréquente, avec crachats épais muco-purulents. La poitrine est assez généralement sonore en avant; le bruit vésiculaire est un peu faible et sec, çà et là, sans râles. En arrière, la percussion est sonore, et la respiration est sèche, à droite; à gauche, le son est obscur, surtout vers la base du thorax. La respiration est broncho-caverneuse dans une grande étendue, dans l'expiration, avec gros gargouillement. Le maximum de ces phénomènes stéthoscopiques est dans la fosse sous-épineuse, et ils diminuent en remontant vers le sommet.

Ces phénomènes curieux attirèrent davantage mon attention, et l'exploration fut de plus en plus complète.

Le malade est couché de préférence sur le côté droit; il est pâle, maigre; il n'éprouve pas de douleur dans la poitrine; la dyspnée est modérée, la toux fréquente, humide; l'expectoration abondante, fournit quotidiennement de 150 à 250 grammes de crachats mousseux, muco-purulens. Le thorax est amaigri; le sternum est saillant en haut, déprimé en bas; la région sus et sous-claviculaire gauche est plus déprimée; le côté gauche est rétréci, la circonférence de la poitrine étant de 80 cent., le côté gauche n'a que 37 cent., pour 43 qu'a le côté droit. Le mouvement d'expansion est moindre à gauche. A la palpation, le frémissement thoracique est un peu plus fort de ce même côté. La percussion donne en avant une sonorité assez grande, même à la région précordiale et derrière le sternum; le son est un peu sec sous les clavicules; il est plus obscur à gauche, surtout à la base. En auscultant, on perçoit, en avant, un bruit respiratoire faible, sec en quelques points, sans râles; en arrière, la respiration est sèche à droite; à gauche, l'inspiration est brusque, et donne la sensation comme d'une soupape; l'expiration est broncho-caverneuse; on entend en même temps du gargouillement. La voix et la toux sont caverneuses. L'étendue de ces bruits est considérable; leur maximum est au milieu, et ils diminuent d'intensité en haut et en bas; plus tard, on entendit, au sommet droit, une respiration légèrement broncho-caverneuse et quelques bulles de râle humide.

A la région précordiale on ne sent point d'impulsion; la sonorité est grande : on entend le bruit respiratoire ; les battemens du cœur sont éloignés, irréguliers par intervalles; le pouls est à 90, avec deux ou trois intermittences ; les carotides ne fournissent pas de bruits anormaux. L'appétit est diminué et les selles sont rares. Les autres fonctions ne présentent aucun désordre notable.

Le traitement consista dans l'administration d'une tisane de bourgeons de sapin sucrée avec du sirop de Tolu, d'eau d'Enghien et de quelques doses de manne en larmes.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, je constatai quelques variations dans la fréquence de la toux et dans l'abondance des crachats. Les symptômes thoraciques restèrent à peu près les mêmes; le malade maigrit de plus en plus, perdit ses forces et mourut le 21 février, plus vite qu'on ne l'avait pensé.

A l'autopsie, le poumon droit remplissait les trois quarts de la cavité du thorax, passait au-devant du poumon et recouvrait le cœur. Au sommet, quelques rameaux bronchiques étaient dilatés.

Le poumon gauche était petit, rétréci, au point de ne plus avoir en volume que le tiers de l'autre poumon. Le parenchyme était à peine reconnaissable. Il y avait une dilatation générale de tous les rameaux bronchiques, à tel point que les parois des vacuoles qu'ils formaient se trouvaient çà et là adossés, sans interposition de parenchyme.

M. LEGENDRE, à propos de l'observation précédente, rappelle un fait de dilatation des bronches qu'il a rencontrée chez un enfant de 7 ans. Ce jeune sujet, qui était affecté de toux et de catarrhe presque depuis sa naissance, avait été regardé comme phthisique. L'expectoration était excessivement abondante; la toux, qui venait par quintes, amenait des crachats purulens; chaque jour, dans l'après-midi, il y avait comme une vomique, et l'enfant remplissait son crachoir de véritable pus, dans les vingt-quatre heures. M. Legendre pensa qu'il pouvait y avoir une dilatation des bronches; et, en effet, à l'autopsie on trouva ces tuyaux énormément dilatés; quelques-uns étaient gros comme le doigt; ils formaient dans le tissu pulmonaire des cellules qui donnaient à cet organe l'aspect de l'utérus après l'accouchement.

M. GRISOLLE rapporte un exemple analogue qu'il a observé à l'hôpital St-Antoine. Un enfant d'un an, qui mourut d'une gangrène de la bouche, malade depuis six à sept mois, atteint de coqueluche, était tombé dans le marasme. Au côté droit de la poitrine on entendait un gros râle, très analogue au gargouillement: toutefois, la bonne sonorité de cette région avait fait exclure l'idée de l'existence d'une caverne. L'enfant mourut épuisé en outre par la diarrhée. On trouva le lobe supérieur du poumon droit transformé en une espèce de tissu caverneux : les bronches étaient dilatées en ampoule uniformément, et le parenchyme intermédiaire atrophié avait presque disparu dans certains points. Il n'y avait point de tubercules pulmonaires.

M. LÉGER a de même rencontré récemment chez une femme de 75 ans une transformation de tout un lobe du poumon en cellules, dont plusieurs avaient le volume d'une noisette; cette altération provenait de bronches dilatées, et le tissu pulmonaire raréfié était converti en poches et en cellules à peine séparées par du parenchyme.

M. MARROTTE donne lecture d'une observation de *pleurésie purulente avec thoracentèse, suivie de guérison.*

En voici le résumé :

Une petite fille de quatre ans et demi, que je vis le 19 avril 1851, en consultation avec le docteur Angot, de Grenelle, était malade depuis le 15; elle présentait les signes physiques d'un épanchement pleural gauche, et une dyspnée très grande qui s'expliquait par la pleurésie et par la coïncidence d'une tympanite excessive. Un traitement approprié (sangsues, purgatifs, vésicatoires volans, etc,) avait amené une demi-convalescence, lorsque, le 10 mai, les accidens se réveillèrent sans cause appréciable, et prirent assez rapidement une gravité alarmante.

Rappelé auprès de l'enfant à un mois de distance, je constatai un état très fâcheux : la figure était profondément altérée, un peu bouffie ; les lèvres étaient légèrement violacées, et le système veineux du visage et du reste du corps était très dilaté. Le pouls variait entre 140 et 150, et il y avait des paroxysmes fébriles, surtout le soir, terminés par des sueurs abondantes. Il y avait une orthopnée complète. Le côté gauche offrait une dilatation évidente ; on mesurait, au niveau du bord inférieur de l'aisselle, 28 centimètres du côté malade et 26 du côté sain; au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, 30 centimètres à gauche et 28 à droite ; de plus, l'épanchement avait repoussé le cœur qui battait sous le mamelon droit ; la matité était complète du sommet à la base du thorax, en avant comme en arrière. L'application d'un large vésicatoire soulagea momentanément, mais la recrudescence des symptômes nous décida le 23 mai (notre diagnostic était alors *pleurésie purulente*) à pratiquer la thoracentèse.

Je fis la ponction au moyen de la canule de Reybard, entre la huitième et la neuvième côtes. Après l'évacuation de 125 grammes d'un pus lié et homogène, le courant du liquide s'arrêta, et après quelques tentatives modérées, au moyen desquelles j'obtins seulement quelques cuillerées, je la retirai, ce qui n'empêcha pas le pus de couler en bavant ; il s'en écoula, dis-je, le tiers d'un verre, puis ce fut fini. J'agrandis alors l'ouverture cutanée et le pus reparut ; avec une baudruche fixée avec du collodium, partout excepté en bas, je fis une sorte de soupape, et la nuit, la poitrine se vida de telle sorte, que le lendemain matin l'enfant éprouvait un bien-être remarquable, n'avait plus ni dyspnée, ni cyanose, ni chaleur fébrile ; la diminution du côté était visible; le cœur battait sous le sternum et on entendait, au sommet du poumon, une respiration rude.

Néanmoins, le 30 juin, l'épanchement s'était produit aussi considérable qu'avant la ponction, et la fièvre était même plus intense. Alors j'ouvris largement la plaie primitive et il en sortit du liquide à flot, au moins deux grands verres; à la suite, l'air pénétra dans la poitrine à chaque inspiration. Le pus étant horriblement fétide, on fit des injections d'eau tiède, chargée de chlorure de soude (une cuillerée à café pour un verre d'eau).

Considérée dans son ensemble et depuis la thoracentèse, la sécrétion morbide a présenté trois phases différentes : d'abord séro-purulente avec expulsion de débris pseudo-membraneux, elle fut ensuite purulente pendant six à huit jours, et enfin elle devint seulement séreuse. La quantité de l'écoulement variait d'ailleurs d'un jour à l'autre, depuis une tasse à café jusqu'à une ou deux cuillerées. Les symptômes généraux s'amoindrirent simultanément et ils se montrèrent de plus en plus favorables, à mesure que la sécrétion acquérait les qualités de la sérosité normale.

L'enfant se rétablit complètement par degrés, et le 28 juillet, à ma dernière visite, je constatai l'absence de tout liquide dans la plèvre.

Après avoir raconté avec détails l'observation qui précède, M. Marrotte insiste sur les circonstances principales de ce fait intéressant : sur l'avantage, dans le cas de collection purulente, d'ouvrir largement la plèvre, sans crainte de l'introduction de l'air ; sur l'utilité des injections avec le chlorure de soude; sur l'aggravation des symptômes généraux qui suivait toujours la rétention du liquide sécrété; sur l'amélioration qui succéda à un régime nourrissant (l'enfant mangeait ce qu'elle voulait et autant qu'elle voulait, même quand elle avait la fièvre, et elle passait plusieurs heures par jour à l'air, dans un jardin).

Enfin il rappelle les résultats curieux que donna la mensuration du thorax pratiquée à différentes époques de la maladie : ainsi, avant l'ouverture de la poitrine, on constata la dilatation du côté affecté qui a été signalée par tous les auteurs; et de plus, ce qui n'a pas été noté jusqu'ici, la dilatation du côté sain lui-même, dont la circonférence était augmentée, par une ampliation *supplémentaire*, ainsi que la respiration; et, après l'évacuation du liquide , ce côté sain reprit ses dimensions normales. Dans la dernière période de l'affection, la paroi pectorale du côté s'était affaissé, comme on l'observe d'ordinaire ; puis, au contraire, après la fermeture de la fistule thoracique, le côté rétracté tendit à recouvrer ses dimensions primitives, comme le démontra la mensuration faite avec soin et à plusieurs reprises.

M. BRICHETEAU rapproche l'exemple précité des observations nombreuses dont il a parlé dans un rapport qu'il fit à l'Académie de médecine, il y a environ deux ans, sur un travail de M. Boudant, de Gannat. Plusieurs de ces observations démontrent l'avantage des injections chlorurées dans la plèvre pour les cas d'épanchemens chroniques. La dose doit être d'une cuillerée de chlorure de chaux pour un litre d'infusion tonique.

Le secrétaire : Henri ROGER.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 29 Février.

Parallèle entre la cautérisation et l'enroulement des veines, dans le traitement du varicocèle; par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

Le procédé de cautérisation adopté par M. Bonnet est le suivant : le malade étant couché et éthérisé , l'opérateur saisit le cordon entre les doigts de ses deux mains. Il cherche à sentir le conduit déférent, et dès qu'il l'a distinctement reconnu, il le fait glisser en arrière , conservant le paquet de veines dans la concavité que forment ses doigts. Il éloigne alors, autant que possible, ses deux mains, dont l'une vient appuyer contre l'anneau inguinal, et l'autre contre le testicule. Dans l'intervalle qui existe entre elles, un aide place une pince spéciale, munie de deux baguettes latérales qui continuent l'action des mains et maintiennent la séparation du cordon déférent, qui reste en arrière, et des veines spermatiques, qui font saillie en avant. La pince convenablement fixée, l'opérateur fait, sur le milieu des parties saisies, une incision transversale allant d'une baguette à l'autre, ayant une étendue de 4 à 5 centimètres. Il divise la peau et les tissus sous-jacens, jusqu'à ce que les veines soient mises à nu, prenant garde de ne pas les intéresser. Il importe de lier, avec le plus grand soin, les petits vaisseaux que l'on incise dans cette opération. Trois ou quatre ligatures peuvent être nécessaires. Toute la plaie est ensuite recouverte d'une couche de pâte de chlorure de zinc, celle-ci est laissée en place vingt-quatre heures. Le lendemain, on enlève; on excise, avec le bistouri, la superficie des parties cautérisées, dont l'épaisseur est à peu près d'un demi-centimètre ; et l'on desserre la pince afin qu'elle ne comprime pas trop douloureusement les parties tuméfiées. Une nouvelle couche de pâte de chlorure de zinc est placée sur la partie restante de l'escarrhe et est laissée encore en place pendant un jour. Après cette cautérisation de quarante-huit heures, on enlève les pinces ; l'opération est terminée. Huit ou neuf jours plus tard, il se détache une escarrhe blanche, du volume d'un pouce, et dans laquelle on retrouve la totalité des veines. On les reconnaît à du sang noir et coagulé que renferment des canaux flexueux. Les souffrances sont très vives pendant les deux ou trois premiers jours, et elles ne cessent entièrement qu'à la chute de l'escarrhe. Le testicule et les bourses éprouvent un gonflement inflammatoire qui diminue dès le troisième jour et cesse entièrement lorsque les parties brûlées se détachent. S'il y a un peu de fièvre, celle-ci ne dépasse pas le temps de la cautérisation et les deux premiers jours qui la suivent; jamais d'hémorrhagie, jamais d'inflammation œdémateuse persistante, jamais aucun symptôme qui exige l'emploi des sangsues, des saignées ou d'aucune médication générale ; dès que l'escarrhe est tombée, le malade est aussi bien que s'il n'eût subi aucune opération. Il peut se lever une quinzaine après que celle-ci a été faite, et en un mois tout est terminé.

Rapprochant ces résultats de ceux obtenus par M. Vidal de Cassis, avec la méthode de l'enroulement, à la suite de laquelle il y a eu, dans quelques cas, des hémorrhagies consécutives se déclarant vers le quinzième jour, et dans plus du quart des cas un engorgement persistant, et réclamant une médication antiphlogistique, ayant prolongé la durée du traitement jusqu'à quarante jours en moyenne, M. Bonnet se prononce pour la cautérisation. L'enroulement des veines, ajoute-t-il, n'est qu'une modification des ligatures sous-cutanées, modification fort importante sans doute, puisqu'elle produit l'ascension du testicule et l'aplatissement des veines dans une grande étendue, qu'elle fait des sections multiples dans ces dernières, et que, par la mortification qui en est la suite, elle entraîne une véritable perte de substance. Mais si elle est supérieure aux simples ligatures sous-cutanées sous le rapport de la solidité de la cure, l'énergie et l'étendue de son action ne mettent pas à l'abri des accidens que peuvent produire ces dernières. Or, non seulement celles-ci peuvent être suivies d'inflammation persistante, d'abcès des bourses, mais elles peuvent produire des phlébites mortelles ; tandis que l'innocuité de la cautérisation, appliquée aux varices des membres ou à celles du rectum, conduit à des conclusions toutes différentes. Enfin, relativement à la persistance de la guérison, M. Bonnet est tenté de conclure, de ce qu'il a observé dans certaines ligatures sous-cutanées, que la durée de la guérison, par la méthode de l'enroulement, n'est pas encore établie sur des preuves suffisantes, qu'il s'agisse des faits directs ou des faits analogues, dont on peut tirer des conséquences.

Remarques sur le parallèle que M. Bonnet a établi entre l'enroulement et la cautérisation des veines du cordon spermatique; par M. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.

Réponse au mémoire qui précède, et en particulier à ce qui est relatif aux accidens que peut entraîner la méthode de l'enroulement et la durée de la guérison. Ainsi, M. Vidal fait remarquer que l'hémorrhagie

dont il a été parlé n'a eu lieu que parce que, dans l'intention de hâter la cure, on s'est hâté de couper, avec le bistouri, ce qui n'avait pas été divisé par le fil. Quant à la durée de la guérison, M. Vidal ne compte pas de récidive, bien que quelques-uns de ses malades aient été opérés depuis cinq ans.

Lettres sur la méthode stibio-dermique; par M. le dr Jules Guérin.

Réponse à un mémoire publié par M. Duparcque, sur la susceptibilité et l'état réfractaire de la peau à l'action locale des irritans en général, et en particulier à celle du tartre stibié. M. J. Guérin réclame, comme lui appartenant dans les faits signalés par M. Duparcque : 1° la découverte de l'état réfractaire de la peau à l'action pustulante du tartre stibié ; 2° l'emploi du médicament en frictions contre cet état ; et 3° finalement, la guérison de l'organe malade, par l'application réitérée du médicament sur le point correspondant de la surface cutanée. D'après M. Guérin, M. Duparcque a eu pour but de produire l'absorption cutanée de l'émétique, de l'introduire simplement dans les voies circulatoires, tandis que le but de M. Guérin a été tout autre, et que, ayant remarqué dans certaines maladies un état particulier de la peau, au niveau de l'organe malade, état en vertu duquel le tartre stibié est dépossédé de son action pustulante, il a voulu provoquer en ce point une action dynamique particulière, par l'intermédiaire de l'absorption cutanée. Les moyens employés par M. Duparcque, ajoute M. Guérin, ne diffèrent pas moins des miens : il frictionne indistinctement tous les points de la surface cutanée, parce qu'il ne veut qu'une chose : introduire le médicament dans l'économie, par la voie cutanée. Je l'applique exclusivement sur le point malade et sur la partie de la peau réfractaire à l'action pustulante de l'émétique. Il l'emploie à la dose d'un gramme sur 30 grammes d'axonge, et moi à la dose de 10 sur 20, au tiers, à la moitié. Sa médication, répétée coup sur coup, ne dure que vingt-quatre heures pour éviter le développement des pustules. Je la prolonge plusieurs jours, plusieurs semaines, parce qu'elle ne produit pas, parce qu'elle trouve la peau dans des conditions à ne pouvoir produire la pustulation. Ce seul point de contact qui existe entre M. Duparcque et mes opinions, est donc celui-ci : que ce médecin, comparant l'action de l'émétique à haute dose à celle des frictions sur la peau, conclut que, de part et d'autre, ce médicament agit par absorption. Mais ce n'est là que la partie la plus extérieure de l'analogie ; l'analogie véritable, celle que j'ai signalée, c'est que dans les maladies où il y a tolérance de l'estomac, cet organe se trouve dans une condition physiologico-pathologique, analogue à celle que j'ai, le premier, signalée pour la peau : il supporte l'émétique à sa surface, sans réagir, comme la peau le supporte sans pustules, et dans les deux cas, la médication franchit sans obstacle la barrière muqueuse et cutanée, pour produire une action locale et générale, en vertu de laquelle l'organe et l'organisme sont impressionnés, et ramenés au rhythme normal.

Un mot encore sur la question des succédanés des préparations de quinquina; — Cas de guérison d'une fièvre intermittente par le liniment térébenthiné.

Note ayant pour but d'appeler l'attention sur un traitement proposé, il y a quelques années, par M. Bellencontre, et qui consiste à faire pratiquer des frictions sur la colonne vertébrale, matin et soir, pendant l'apyrexie, avec le liniment térébenthiné suivant :

R. Huile essentielle de térébenthine. .	100 gram.
Laudanum de Rousseau.	4 gram.

Deux cuillerées à bouche pour chaque friction, en ayant soin de faire l'une des frictions, une ou deux heures environ avant le paroxisme, et de les continuer une fois ou deux encore, après la disparition complète des symptômes fébriles. L'auteur de cet article rapporte, à l'appui de ce traitement, un fait observé dans le service de M. Aran, à l'hôpital de la Pitié, chez un jeune homme, dont la fièvre n'avait pu être coupée par le sulfate de quinine, et chez lequel ce médicament avait dû être interrompu, à raison des accideus qu'il déterminait. Le 13 février, une heure avant l'accès, des frictions furent faites sur la colonne vertébrale, avec le liniment de M. Bellencontre, modifié seulement en ce que le laudanum fut remplacé par 5 grammes de chloroforme. Malgré ces frictions, l'accès reparut à l'heure habituelle ; mais il fut plus court de deux heures que les précédens. Le second accès ne fut pas modifié dans sa longueur mais retardé de quatre heures. Le troisième accès manqua ; il y eut seulement un peu de malaise. Au jour du quatrième accès, un peu de malaise également. Les accès ont manqué complètement depuis.

De la valeur de la trachéotomie, dans le cas d'angine laryngée œdémateuse.

Exposition des idées de M. Sestier, relativement à la valeur de cette opération, dans l'angine laryngée œdémateuse. D'après M. Sestier, les indications d'opérer sont les suivantes : 1° lorsque l'angine infiltro-laryngée est liée à une inflammation aiguë de la gorge ; 2° lorsque cette infiltration reconnaît pour point de départ une angine laryngée et érythémateuse ; 3° lorsque, avant l'invasion de l'angine œdémateuse, le larynx était sain ; 4° lorsqu'elle est survenue chez des individus auparavant bien portans ; et même 5° lorsqu'elle est consécutive à de graves altérations du larynx, telles qu'on les trouve dans la laryngite dite sous-glotique ou nécrotique, ou dans la laryngite chronique ; 6° lorsqu'elle s'est développée chez des individus convalescens de maladies diverses ; 7° enfin, lorsqu'elle est survenue dans le cours de diverses maladies.

Relativement à l'époque à laquelle il convient d'opérer : si malgré les moyens de traitement les plus efficaces, et qui auront été employés simultanément, ou coup sur coup, dit M. Sestier, la respiration s'embarrasse davantage, si le murmure respiratoire, attentivement suivi à l'aide de l'auscultation, s'affaiblit de plus en plus, circonstance de la plus haute valeur ; si la maladie, étant de forme continue, la suffocation s'aggrave de moment en moment ; si les accès de suffocation, s'ils existent, deviennent plus intenses, plus rapprochés et plus longs, et la respiration plus gênée dans les intervalles ; si des accès de violente suffocation succèdent à une dyspnée continue, qui n'a fait que s'aggraver ; si les accès violens de suffocation font place à une orthopnée continue et croissante ; en d'autres termes, si la maladie s'aggrave d'une manière rapide, malgré l'emploi d'un traitement éclairé et énergique, l'opération est indispensable ; et il vaudrait mieux opérer plus tôt que plus tard, puisque, d'une part, les chances de succès seront ultérieurement d'autant plus grandes, que l'on aura eu recours plus tôt à l'opération ; et que, d'autre part, cette opération pratiquée suivant les règles de l'art est, en général, peu dangereuse. Il est enfin, dit M. Sestier, des circonstances particulières qui doivent faire hâter le moment de l'opération : notre honorable confrère en signale quatre principales : 1° la faiblesse du malade, à l'époque de l'invasion de l'angine œdémateuse ; 2° la présence dans le larynx de lésions profondes, antérieures à cette angine ; 3° l'existence de l'œdème dans l'intérieur même du larynx ; 4° l'infiltration rapidement croissante des parties molles du cou.

Relativement à la méthode opératoire, M. Sestier préfère la crico-trachéotomie à la trachéotomie et à la cricotomie. L'auteur de l'article fait remarquer que la trachéotomie ne paraît pas présenter généralement de difficulté non plus que les dangers signalés par notre confrère. L'une des deux observations placées à la suite de cette note montre au contraire les difficultés que peut offrir l'introduction de la canule après la crico-trachéotomie.

THÉRAPEUTIQUE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA NOUVELLE CEINTURE HYPOGASTRIQUE DE M. CHARBONNIER.

Les cas où il est nécessaire de soutenir artificiellement la paroi antérieure de l'abdomen, chez les femmes, sont tellement nombreux, et, le plus souvent, si difficiles à mener à une guérison complète, que, depuis longtemps, on s'est occupé d'imaginer des moyens contentifs qui, remplissant plus ou moins heureusement cette indication importante, sont sans cesse soumis à des perfectionnemens nouveaux. Il est plusieurs ceintures hypogastriques, que tous les praticiens connaissent, et qui sont vraiment ingénieuses. Nous citerons principalement dans cette note la ceinture à plaque mobile, dont on gradue à volonté le degré d'inclinaison au moyen d'une clé, parce que c'est bien certainement une de celles qui rendent le plus de services ; et c'est avec elle surtout que nous comparerons la nouvelle ceinture que vient de faire connaître M. Charbonnier.

Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de prescrire l'emploi de la ceinture de M. Charbonnier, et les résultats que nous en avons obtenus ont été de nature à nous faire considérer comme un devoir d'en mettre la description sous les yeux des praticiens qui lisent l'Union Médicale. Connaissant la structure et le mécanisme de cet appareil, nos confrères en saisiront facilement le mode d'application et les avantages.

L'appareil de M. Charbonnier se compose (fig. 1) de deux plaques cintrées en tôle d'acier d'un millimètre d'épaisseur, de 19 centimètres de long sur 8 de haut, qui sont jointes à leur bord supérieur par deux charnières. Ces plaques sont tenues écartées l'une de l'autre (fig. 2) par deux spirales, ou boudins, qui présentent 5 centimètres à leur base et dont la hauteur est également de 5 centimètres (fig. 3). La base des spirales repose sur la plaque inférieure (fig. 4), et leur sommet répond sous le centre droit et le centre gauche de la plaque supérieure (fig. 5), de manière à y former une opposition égale. On voit tout de suite que toute force qui tendra à déprimer la plaque supérieure aura pour effet d'exercer une pression sur la plaque inférieure, mais une pression amortie par l'action propre des spirales en acier, une pression élastique et douce.

Les plaques sont garnies en peau glacée ou vernie ; leur bord est revêtu de bourrelets élastiques pour éviter tout froissement. L'intervalle rempli par les deux spirales, dit soufflet, est garni d'une peau douce, qui se prête aux mouvemens de l'appareil. Celui-ci est maintenu sur l'hypogastre par de simples courroies en tissu recouvert de peau ou de velours gris. Ces courroies, fixées en haut à droite et à gauche de la plaque supérieure, viennent en se réfléchissant, après s'être croisées en arrière, aboutir à deux boucles à griffes, à pression, situées à droite et à gauche de la base de cette même plaque supérieure.

Pour appliquer ce bandage, on place la plaque inférieure sur la région hypogastrique, immédiatement au-dessus du pubis. On fait passer les deux courroies derrière le bassin, de manière qu'elles se croisent, et que celle de droite vienne à gauche et celle de gauche à droite. Puis, on engage les extrémités de ces courroies dans les boucles indiquées tout à l'heure, et l'on serre lentement. Les courroies passant d'abord au-dessus, puis au-dessous du rebord des os coxaux, tout l'appareil est fixé d'une manière solide. En serrant les courroies, on tend à rapprocher la plaque supérieure, actuellement antérieure, de la paroi abdominale. Cette pression, transmise à la plaque inférieure, actuellement postérieure, par l'intermédiaire des spirales, pousse cette dernière contre la paroi abdominale, qu'elle déprime de bas en haut, en vertu du mouvement de bascule qui lui est imprimé.

Tel est cet appareil très simple ; tel est son mécanisme ingénieux. L'auteur compare son action à celle qui serait produite par les deux mains croisées sur le bas-ventre pour le soutenir et refouler en haut les viscères.

Ainsi que la ceinture à plaque mobile, la ceinture hypogastrique de M. Charbonnier agit sur l'hypogastre de bas en haut ; mais elle offre sur la première plusieurs avantages : la pression, rendue élastique par les spirales, n'est pas de nature contondante et se supporte mieux ; elle n'offre point les ressorts circulaires, que les personnes maigres ne peuvent pas toujours supporter ; elle n'a pas besoin de sous-cuisses ; elle présente peu de volume et ne soulève jamais les vêtemens de manière à trahir sa présence ; enfin, elle est d'un prix moins élevé.

Il va sans dire que la force des spirales doit varier selon les cas ; c'est au médecin à apprécier cette circonstance.

En écrivant cette note, nous avons cru être utile à nos confrères, qui sont si souvent à la recherche des ceintures les plus propres à soulager les pauvres femmes atteintes de déplacement de l'utérus, de relâchement des parois vaginales, etc., etc., et nous sommes convaincu, par notre pratique, que la ceinture, dont nous venons de donner la description, aura un succès durable.

G. Richelot.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

BUDGET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE L'INSTITUT ET DE PLUSIEURS AUTRES INSTITUTIONS SCIENTIFIQUES. — L'Académie nationale de médecine figure au budget de 1852 pour 44,700 fr., parmi lesquels se trouvent compris les traitemens d'un secrétaire perpétuel à 4,000 fr. ; du directeur du service de la vaccine à 2,000 fr. ; d'un bibliothécaire à 1,200 fr., et 15,000 fr. de jetons de présence.

L'Institut est porté au budget pour une somme de 586,300 fr. Les dépenses communes aux cinq Académies, bibliothèque et secrétariat de l'Institut, s'élèvent à 58,000 fr. Chaque secrétaire des sections reçoit 6,000 fr. ; il n'y a que celui de l'Académie des sciences qui en touche 12,000. Les indemnités et droits de présence sont les mêmes pour les cinq Académies, et fixés à 1,500 fr. par chaque membre : ce qui donne une somme de 222,500 fr., dont 97,500 pour les 65 membres de l'Académie des sciences. Il y a, en outre, 10 académiciens libres à 300 fr. aux Académies des sciences, des inscriptions et belles-lettres et des beaux-arts, et 5 académiciens libres également à 300 fr. à l'Académie des sciences morales et politiques.

Le Collége de France a 28 professeurs qui reçoivent un traitement de 5,000 fr. ; un secrétaire et des préparateurs dont le traitement varie de 1,500 fr. à 2,400 fr.

Le Muséum d'histoire naturelle possède 15 professeurs à 5,000 fr., deux maîtres de dessin à 2,000 fr., un bibliothécaire à 3,000 fr., un sous-bibliothécaire à 2,400 fr. ; quinze aides naturalistes et aides préparateurs de 1,500 fr. à 3,000 fr. ; vingt préparateurs de 800 à 1,800 f. Les indemnités aux voyageurs naturalistes sont portées à 25,000 f. Le matériel, qui comprend les galeries, le jardin, les serres, la ménagerie et autres frais, reçoit comme entretien la somme de 215,000 fr.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 30 mars 1852, vu le décret du 25 novembre 1850 qui a converti la chaire de botanique de la Faculté de médecine de Montpellier en une chaire de botanique et d'histoire naturelle médicale, et sur la demande de cette Faculté, il est créé dans le Jardin-des-Plantes de l'Académie de l'Hérault un jardin spécial qui sera affecté à l'établissement d'une collection de plantes médicinales, alimentaires et vénéneuses.

— Jeudi matin, une délégation de médecins militaires des hôpitaux de Paris, a été reçue en audience à l'Élysée par M. le général Roguet, au nom du Prince-Président. Après s'être entretenus avec l'honorable général du décret organique du 23 mars sur le service de santé de l'armée, les délégués ont exposé que jamais le corps des médecins militaires n'avait voulu se séparer des principes d'organisation qui avaient dirigé le Conseil supérieur de santé des armées ; qu'au contraire, il n'avait pu qu'applaudir à toutes les dispositions organiques proposées par les membres éminens qui le composent, et que la démarche de son savant président, M. l'inspecteur Bégin, auprès du chef de l'État, avait reçu l'approbation générale de ses subordonnés.

Ils se sont ensuite retirés, emportant la plus formelle assurance que la sollicitude bienveillante du prince Louis-Napoléon était entièrement acquise au corps des médecins militaires.

PRIX. — La Société de médecine de Nîmes a mis au concours la question suivante : 1° le tartre stibié et l'ipécacuanha administrés à haute dose dans le traitement des maladies de poitrine possèdent-ils le même mode d'action thérapeutique ? 2° S'il n'en est pas ainsi, préciser les cas qui réclament l'une ou l'autre de ces médications. — Prix : une médaille d'or de 200 fr. Les mémoires doivent être adressés, selon les formes académiques, avant le 1er décembre 1852, terme de rigueur, *à la Société de médecine de Nîmes, Hôtel-de-Ville.*

— M. le docteur Sandras recommencera ses leçons cliniques sur les maladies chroniques et nerveuses, à l'hôpital Beaujon, le jeudi 15 avril, à 8 heures du matin, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Extrait de mes Tablettes d'outre-mer, ou Mémoire sur des matériaux pour servir à l'histoire, la statistique et la topographie médicales de la ville de San-Luis Potosi et ses environs, dans la République mexicaine, lu à la Société de médecine de Toulouse, en séance extraordinaire, le 22 mai 1851, par le docteur Dencausse. In-8. Toulouse, 1851.

Précis des maladies vénériennes, de leur doctrine et de leur traitement, par A. Bertherand, d.-m., chirurgien-major de 1re classe, etc. Ouvrage couronné (médaille d'or) par le ministre de la guerre. Un vol. in-8. Strasbourg, 1852. — Paris, J.-B. Baillière.

Médecine pratique, par Baglivi, traduction nouvelle par le docteur J. Boucher, de Dijon, précédée d'une introduction *sur l'influence du Baconisme en médecine*. Un vol. in-8. — Prix : 6 fr.

Cet ouvrage se trouve chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 23 (ancien n° 4).

Histoire du Collége Bourbon. — Une *Histoire du lycée Bonaparte, collége de Bourbon*, a paru chez Poussielgue et comp. Ce sont les archives du Collége qui a produit le plus grand nombre d'hommes distingués, dans toutes les classes. C'est dire que bien des médecins ont fait leurs études là. M. Lefeuve, spirituel écrivain, est l'auteur de ce livre curieux et tout nouveau. Sous une forme légère et attrayante, il donne un corps à des idées utiles. Jamais on n'a mieux vu et apprécié, que par cet élégant ouvrage, les bienfaits de l'éducation universitaire à Paris.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 45. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 15 Avril 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 AVRIL 1852.

DÉCRET SUR LE PLAN D'ÉTUDES.

La profession de docteur en médecine était la seule, en France, à laquelle la loi, justement exigeante, demandât la triple garantie des trois diplômes de bachelier ès-lettres, de bachelier ès-sciences et de docteur. Les médecins ne se sont jamais plaints de cette sévérité de la loi ; au contraire, dans toutes les occasions où ils ont pu faire entendre leur voix, et dans la plus solennelle de toutes, pendant le congrès médical de 1845, les médecins réunis demandèrent au gouvernement de rendre encore plus difficiles les épreuves de l'École et d'entourer de plus de garanties encore le diplôme de docteur. C'est à cette triple garantie donnée par l'étude des lettres, par l'étude des sciences et par l'instruction professionnelle plus complète qu'en aucun autre pays, que la médecine française doit la haute estime et le renom dont elle jouit dans le monde civilisé.

Une modification profonde vient d'être portée à cet état de choses. Nous l'exposons sans l'apprécier. Le temps et l'expérience nous apprendront si la vive douleur que nous éprouvons de la destruction de ce qui existe, douleur que nous dissimulerions mal, est ou non légitime. L'ancienne comme la nouvelle Université s'était efforcée de faire que les médecins fussent à la fois des hommes lettrés et savans ; le conseil supérieur d'aujourd'hui coupe ce problème en deux ; nous désirons de toute notre âme que la société, la science médicale et la profession trouvent de grands avantages à ce que les médecins qui vont succéder à la génération présente ne puissent plus suivre l'histoire des progrès et des développemens de la médecine par la lecture des auteurs grecs et latins.

Voici les principales dispositions du décret du 10 avril, afférentes aux études de la médecine.

Amédée LATOUR.

Art. 1er. Indépendamment de la division élémentaire qui sera établie, s'il y a lieu, pour préparer les enfans à l'enseignement secondaire, les lycées comprennent nécessairement deux divisions, la division de grammaire, commune à tous les élèves, et la division supérieure, où les lettres et les sciences forment la base de deux enseignemens distincts.

Art. 2. Après un examen constatant qu'ils sont en état de suivre les classes, les élèves sont admis dans la division *de grammaire*, qui embrasse les trois années de sixième, de cinquième et de quatrième.

Chacune de ces trois années est consacrée, sous la direction du même professeur :

1° A l'étude des grammaires française, latine et grecque ;

2° A l'étude de la géographie et de l'histoire de France.

L'arithmétique est enseignée, en quatrième, une fois par semaine, à l'heure ordinaire des classes.

A l'issue de la quatrième, les élèves subissent un examen, appelé examen de *grammaire*, dont le résultat est constaté par un certificat spécial, indispensable pour passer dans la division supérieure.

Art. 3. La division supérieure est partagée en deux sections.

L'enseignement de la première section a pour objet la culture littéraire, et ouvre l'accès des facultés des lettres et des facultés de droit.

L'enseignement de la seconde section prépare aux professions commerciales et industrielles, aux écoles spéciales, aux facultés des sciences et de médecine. . . . .

Les études scientifiques ont lieu pendant trois années correspondantes.

Les langues vivantes sont enseignées pendant les trois années dans les deux sections.

Les programmes indiqueront les autres études qui pourront être communes aux deux enseignemens.

Une dernière année, dite *de logique*, obligatoire pour les deux catégories d'élèves, a particulièrement pour objet l'exposition des opérations de l'entendement et l'application des principes généraux de l'art de penser à l'étude des sciences et des lettres.

Art. 9. Il y a un seul baccalauréat ès-sciences.

Les candidats sont dispensés de prendre le diplôme de bachelier ès-lettres.

Les épreuves sont de deux sortes : 1° de deux compositions écrites ; 2° questions orales embrassant tout ce qui a fait l'objet de l'enseignement de la section scientifique des lycées.

Art. 11. Les parties les plus élevées des mathématiques, de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle, qui étaient comprises dans les anciens programmes du baccalauréat ès-sciences mathématiques et du baccalauréat ès-sciences physiques, sont reportées à l'examen des trois licences ès-sciences mathématiques, ès-sciences physiques et ès-sciences naturelles, qui demeurent distinctes.

Art. 12. Les étudians des Facultés de médecine et des écoles supérieures de pharmacie sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès-lettres. Ils doivent produire le diplôme de bachelier ès-sciences avant de prendre la première inscription.

Art. 15. Les professeurs des Facultés de droit, de médecine, des lettres, des sciences et des Écoles supérieures de pharmacie s'assureront, par des appels, ou par tout autre moyen, de l'assiduité de leurs auditeurs.

Art. 18. Le présent décret sera mis à exécution à partir du 1er octobre prochain.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Cette séance, qui n'a duré qu'une heure à cause du comité secret, a été entièrement occupée par une lecture de M. Bouvier sur la marche du choléra-morbus de 1849 dans les quarante-huit quartiers de Paris. Ce travail statistique ne peut être apprécié après une seule audition. La discussion, d'ailleurs, en a été renvoyée à la prochaine séance. Nous y reviendrons alors.

INCIDENT RELATIF AU CONCOURS DE CHIRURGIE DU BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX.

Un incident inouï dans les fastes du concours vient d'avoir lieu à l'occasion d'un concours ouvert au bureau central pour deux places de chirurgiens. Nous connaissions cet incident, nous n'avions pas voulu le signaler dans l'espoir que cette affaire n'aurait pas de suites graves. Notre scrupule doit cesser devant la publication donnée par un autre journal à des faits très regrettables et qui peuvent être considérés comme le dernier coup porté à l'institution du concours, que nous avons toujours défendue.

Huit candidats avaient été conservés après les épreuves éliminatoires. Six de ces candidats ont adressé à M. le secrétaire général de l'administration des hôpitaux de Paris, une lettre dans laquelle ils déclarent se retirer du concours. Quant au septième concurrent, voici en quels termes notre honoré collaborateur, M. Laborie, vient d'écrire au rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux* pour expliquer la ligne de conduite qu'il a suivie et qu'il entend suivre dans cette affaire.

Amédée LATOUR.

Mon cher confrère,

Dans le dernier numéro de votre journal, en publiant la lettre de mes honorables compétiteurs, vous donnez quelques détails sur une réunion que j'étais en droit de considérer comme toute confidentielle. Les indiscrétions commises dans cette circonstance me mettent dans la nécessité, malgré ma répugnance, d'entrer à mon tour dans la publicité pour bien tracer la part que j'ai prise à toute cette affaire.

Quand on m'a demandé si je voulais signer la protestation, j'ai refusé catégoriquement. Je n'ai voulu en aucune façon m'associer à un acte qui, *dans mes convictions*, portait atteinte aux convenances, à l'institution du concours, et enfin à l'amitié que j'ai pour un de nos confrères.

Après cette déclaration bien explicite, personne n'a prétendu que mon abstention dût empêcher la protestation, et l'un de mes honorables compétiteurs dit : qu'il fallait passer outre. Cette proposition n'a trouvé aucun contradicteur. C'est alors seulement et devant ce parti pris que par un sentiment de délicatesse exagéré, sans doute, puisqu'il est blâmé par tous mes amis, je me suis engagé à ne pas accepter la position qui m'était faite, et j'ai dit que je ne pousserais pas le concours jusqu'à ses conséquences ultimes, me réservant, toutefois, le droit de me retirer à ma façon et au moment qui me paraîtrait convenable.

Voilà, mon cher confrère, la vérité tout entière ; je reste toujours dans les mêmes termes et je conserve les mêmes réserves.

Agréez, etc. LABORIE.

PATHOLOGIE CÉRÉBRALE ET MÉDECINE LÉGALE.

COUPS ET BLESSURES SUR LA TÊTE; — PARALYSIE INCOMPLÈTE DU COTÉ DROIT, AVEC CONTRACTURE PERMANENTE DES DOIGTS DE LA MAIN DROITE; par M. le docteur LAFORGUE, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Les questions de médecine légale qui ont rapport aux coups et blessures ne sont pas ordinairement le sujet de grandes controverses, et sauf quelques exceptions, les affaires judiciaires qui sont basées sur une accusation de coups et blessures, offrent peu de prise aux discussions médico-légales. Il n'en a pas été ainsi pour une affaire de ce genre qui a été jugée, l'année dernière, devant la Cour d'assises de Foix (Ariège), et qui, à cause de la divergence des opinions émises par les médecins experts, nécessita un supplément d'instruction, et fut renvoyée à une autre session, où l'affaire fut définitivement jugée. Après le jugement de ce procès, le malade qui avait été examiné par plusieurs médecins de Toulouse, demanda à entrer à l'Hôtel-Dieu de cette ville, pour y recevoir les soins réclamés par l'affection grave dont il était atteint. Admis dans le service chirurgical, où il a séjourné pendant deux mois, nous avons pu l'observer avec soin, et constater l'existence de phénomènes insolites, qui ont été diversement interprétés par les médecins appelés à donner leur avis sur la cause et la nature de cette curieuse affection. Pour ce motif, nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de faire connaître les principales circonstances de cette affaire judiciaire, avant de rapporter l'observation telle qu'elle a été recueillie à l'Hôtel-Dieu :

Le 9 juin 1850, le sieur Dennat (François), âgé de 37 ans, fut assailli par un individu dans un chemin isolé, et reçut sur la tête un violent coup qui le terrassa. Ayant perdu connaissance, il resta quelque temps sans secours, et lorsqu'il fut découvert, il était dans le délire, et il ne put donner aucun renseignement sur la cause de son accident. Il résulte du rapport fourni par le médecin, requis à l'effet de vérifier l'état du malade, que le sieur Dennat présentait : 1° sur la région postérieure de la tête, un peu au-dessous de la la bosse pariétale gauche, et encore à 10 centimètres au-dessous de cette partie, sur le côté gauche de la région occipitale, deux contusions avec bosse de la grosseur d'une demi-noix, écorchure du cuir chevelu dans une étendue d'un centimètre, et gonflement douloureux de tout le derrière de la tête ; 2° une petite plaie, linéaire, située au bas du front, entre les deux sourcils, accompagnée de gonflement des parties molles voisines, avec ecchymose des paupières.

Le délire dont était affecté le malade, lorsqu'il fut porté à son domicile, dura plusieurs jours, malgré le traitement qui fut mis en usage : saignée du bras, sangsues aux apophyses mastoïdes et sinapismes. Les accidens cérébraux se dissipèrent lentement, et lorsque le malade reprit l'usage de ses sens, il fut facile de constater que la parole était gênée et que le côté droit du corps était beaucoup plus faible que le côté opposé. Pendant la période du délire, qui, d'après les dires du malade, aurait duré vingt jours, les accidens cérébraux s'accompagnèrent de mouvemens convulsifs plus marqués dans le bras droit ; mais le 27 juillet, sous l'influence d'une émotion produite par l'interrogatoire auquel il fut soumis, et des douleurs qui résultèrent des explorations dont il fut l'objet, le malade fut pris de convulsions tétaniques intenses qui durèrent plusieurs heures. A la suite de ces convulsions, il se produisit une contracture des muscles fléchisseurs des doigts de la main droite, qui, depuis ce moment, restèrent constamment fléchis dans la paume de la main ; il fut impossible de s'opposer à cette contracture et de redresser les doigts ; toutes les tentatives qui furent faites n'eurent d'autre résultat que de déterminer de vives douleurs qui donnaient lieu à des convulsions générales ayant toujours le caractère tétanique. La sensibilité était conservée dans le bras droit, dont la motilité était presque complètement abolie.

Malgré la persistance de ces lésions, la santé générale du malade se rétablit, et les facultés intellectuelles n'éprouvèrent aucune atteinte sensible.

L'auteur de la tentative de meurtre ayant été arrêté, l'affaire fut instruite et portée devant la Cour d'assises, à la dernière session de 1850. Dans le cours des débats, le défenseur de l'accusé produisit un rapport signé de trois médecins de la localité, qui déclaraient que les lésions, dont était atteint le sieur Dennat, n'étaient pas la conséquence des blessures qu'il avait reçues ; ils élevaient même quelques doutes sur la réalité de ces lésions qui pouvaient être simulées par le malade, intéressé dans cette affaire dans laquelle il se portait partie civile. Une pareille déclaration se produisant inopinément au milieu des débats, devait faire une vive impression, et rendait nécessaire une nouvelle expertise médico-légale. Aussi, M. le président de Labaume demanda un supplément d'instruction, et renvoya cette affaire à la prochaine session, qui eut lieu dans le mois de janvier 1851.

La partie civile se présenta cette fois avec un rapport signé par trois médecins des hôpitaux de Toulouse, qui furent chargés d'examiner le malade. Il est important de donner quelques extraits de ce rapport, dont M. le docteur Marchant, l'un des rapporteurs, a bien voulu me donner communication.

« Nous, etc., consultés sur les trois questions suivantes :

» 1° La paralysie du bras droit, dont est atteint le sieur Dennat, et les diverses complications que cette paralysie présente, sont-elles susceptibles de guérison ?

» 2° Peut-on attribuer la cause de ces divers états pathologiques aux coups et blessures qu'il a reçus le 9 juin 1850 ?

» 3° Ces divers états pathologiques sont-ils assez bien caractérisés, pour qu'on ne puisse pas les déclarer simulés ?

» Après avoir pris des renseignements soit auprès du malade, soit auprès de son médecin ordinaire, desquels il résulte que, antérieurement

au 9 juin 1850, Dennat jouissait d'un état parfait de santé, et qu'il n'avait jamais été atteint d'aucune affection qui, par sa nature, pût être considérée comme prédisposante de la paralysie et des complications dont il est aujourd'hui atteint;

» Après avoir pris connaissance d'un rapport rédigé par le médecin requis le 10 juin, à l'effet de vérifier l'état des blessures faites à Dennat (voir plus haut);

» Avons procédé attentivement à l'examen du sieur Dennat, chez lequel nous avons constaté :

» 1° Une paralysie du membre thoracique droit, avec abolition de la sensibilité dans certains points de son étendue, et diminution seulement dans d'autres points;

» 2° Une contracture des doigts de la main droite, dont le pouce et l'indicateur, appuyés l'un contre l'autre, conservent encore la faculté d'exécuter quelques mouvemens fort circonscrits, tandis que le medius, l'annulaire et l'auriculaire, complètement paralysés, sont tellement contractés sur la paume de la main, que les ongles sont entrés dans les chairs, et ont donné lieu à une plaie d'où s'écoule un pus dont la couleur et la fétidité doivent faire redouter une altération des os du métacarpe;

» 3° Un amaigrissement considérable de l'avant-bras droit qui, dans plusieurs parties de son étendue, présente plusieurs centimètres de moins que l'avant-bras gauche;

» 4° Un affaiblissement appréciable du membre abdominal droit, lequel affaiblissement non déclaré, et peut-être inaperçu par le malade, se manifeste cependant par la manière avec laquelle il traîne sa jambe en marchant,

» Après avoir étudié ces divers faits dans leur ordre de succession et leurs caractères;

» Considérant : 1° que la paralysie du membre supérieur droit date déjà de plusieurs mois et n'a pas diminué sous l'influence des traitemens employés; qu'elle se complique d'une altération grave de la sensibilité, d'une atrophie musculaire et de contractures, tous symptômes qui, pris isolément, devraient faire redouter une affection cérébrale, et qui, groupés, établissent l'évidence de cette affection;

» 2° Que ces divers phénomènes pathologiques se sont manifestés à la suite des coups et blessures reçus par le sieur Dennat;

» 3° Qu'il résulte des renseignemens fournis par le malade et par son médecin ordinaire, qu'antérieurement au 9 juin, Dennat n'était atteint d'aucune affection qui pût se terminer par les accidens aujourd'hui constatés;

» 4° Que d'ailleurs les affections qui auraient pu donner lieu à la paralysie et aux diverses complications observées, auraient laissé quelque trace de leur existence, ou du moins auraient été difficiles, presque impossibles à cacher dans une petite localité;

» 5° Qu'il existe une corrélation physiologique entre le siége des blessures principales reçues par le malade et le côté du corps affecté de paralysie;

» 6° Que l'inclinaison très visible de l'épaule droite du malade, l'atrophie musculaire de l'avant-bras malade et surtout les contractures qu'aucune volonté ne saurait simuler plus de quelques minutes, et à plus forte raison avec une persistance telle, que les ongles ont produit des plaies par leur contact contre les parties molles, éloignent toute idée de simulation;

» 7° Considérant d'ailleurs cette coïncidence de l'affaiblissement du membre inférieur droit, les accidens tétaniques et la perte de connaissance qui suivent la moindre tentative faite pour redresser les parties contracturées;

» Par tous ces motifs, nous déclarons :

» 1° Que Dennat (François), est atteint d'une affection cérébrale chronique qui peut être incurable et qui nécessitera des soins spéciaux et permanens pour éviter le développement d'accidens beaucoup plus graves;

» 2° Que toutes les circonstances concourent pour établir, jusqu'à l'évidence, que l'affection pour laquelle nous sommes consultés, est la conséquence des coups et blessures que Dennat a reçus à la tête le 9 juin 1850;

» 3° Enfin, qu'il n'est pas permis de douter de la réalité des divers symptômes par nous constatés, et dont l'évidence est telle, qu'elle éloigne toute idée de simulation. »

Après la lecture de ce rapport médico-légal, dont j'ai extrait les points les plus importans, il est inutile d'insister plus longtemps sur les débats de ce procès, qui se termina par la condamnation de l'accusé et par l'allocation de dommages-intérêts en faveur de la victime.

Quelques jours après le jugement de cette affaire, le sieur Dennat se présenta à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, où il fut admis dans le service chirurgical (MM. Dieulafoy, chef, Laforgue, adjoint) le 4 février 1851. Ce malade présentant un grand intérêt, son observation fut recueillie avec soin, et il devint l'objet d'un examen attentif de la part des élèves et de plusieurs médecins qui suivaient la clinique. Je ne puis rapporter ici cette observation avec tous ses détails; il suffira de présenter une analyse des principaux symptômes qui ont été observés, et du traitement qui a été mis en usage.

Voici quel était l'état du malade le 4 février, huit mois après le début de l'affection : paralysie presque complète de la motilité de tout le membre thoracique droit; atrophie de ce membre; contracture permanente des trois derniers doigts de la main droite; le pouce et l'index sont libres; les ongles des trois doigts contracturés et fléchis ont pris un grand développement, ont pénétré dans la paume de la main et ont produit une plaie profonde d'où s'écoule une sanie fétide. La sensibilité est conservée dans tout le membre thoracique; elle est même exagérée dans plusieurs points.

Faiblesse du membre pelvien correspondant, marquée surtout dans la déambulation. Les mouvemens et la sensibilité sont conservés; intégrité des facultés intellectuelles; santé générale bonne; toutes les fonctions s'exécutent d'une manière normale.

Tel est l'état du malade en dehors des crises qui se produisent sous l'influence d'une émotion vive, et surtout lorsqu'on fait des tentatives pour détruire la contracture des doigts. Tant qu'a duré l'affection, cet état n'a jamais varié, et la surveillance la plus active, faite pendant l'état de veille et de sommeil, n'a pu surprendre aucun changement. Nous devons ajouter que le malade, indigné d'avoir été accusé de simuler son affection, se soumettait avec empressement à toutes les investigations, tout en prévenant des effets pénibles qu'elles produisaient toutes les fois qu'on déterminait de la douleur sur les parties affectées.

Nous avons dit que trois doigts de la main droite étaient si fortement fléchis et contractés, qu'il était impossible de les redresser, et que ces tentatives quelque rapides qu'elles fussent, déterminaient toujours des crises, même lorsqu'elles étaient faites pendant le sommeil; le malade, sous l'impression de la douleur, poussait un cri et était pris de convulsions tétaniques dont les phénomènes se succédaient dans l'ordre suivant :

Douleur vive ayant son point de départ aux doigts contractés, et s'irradiant dans tout le bras; cette douleur gagne rapidement la tête; alors la face se congestionne; les membres thoraciques se contractent fortement; les membres pelviens sont dans l'extension forcée; le tronc s'incurve en arrière comme dans l'opisthotonos. La pupille se dilate; l'œil est fixe; l'intelligence se perd peu à peu; la vision, l'ouïe et la parole sont abolies; et le malade, dont tout le corps est dans une raideur tétanique complète, n'a plus conscience de ce qui se fait autour de lui.

Cet état dure plus ou moins longtemps. Les applications excitantes, sinapismes, frictions stimulantes, etc., n'ont aucun effet avantageux. Ces moyens augmentent l'intensité et la longueur de la crise, qui peut durer plusieurs heures (quatre à cinq), ou se terminer après quelques minutes, si la douleur, qui en a été la cause occasionnelle, a été peu intense. Plusieurs fois, pendant que le malade était sans connaissance, nous avons cherché à redresser les doigts; mais la contracture était si forte, que nous n'avons pu y parvenir; ces tentatives augmentaient l'intensité des crises et des contractions tétaniques. Lorsque la crise est à sa fin, la raideur tétanique diminue lentement, l'intelligence se rétablit avec la même lenteur; la respiration qui, pendant toute la durée de la convulsion, est très gênée, à peine sensible, reprend son rhythme normal; l'ouïe et la vue se rétablissent; la parole reste longtemps faible et comme éteinte. Pendant vingt-quatre à trente-six heures, le malade se ressent des suites de ces crises dont il a une grande frayeur. Il éprouve un brisement général des membres; la face et la tête sont congestionnées; le pouls fréquent, fébrile; la peau chaude, couverte de sueur; la céphalalgie est intense.

Le 7 février, on applique six ventouses scarifiées sur la région cervicale et dorsale de la colonne vertébrale; à la cinquième ventouse, le malade est pris d'une crise tétanique.

Le 8, le malade est dans l'état ordinaire qui succède à la crise; cependant le pouls est moins fébrile, la céphalalgie moins forte.

Frictions sur le bras droit et sur la colonne vertébrale avec la pommade au chloroforme.

Le 9, quatre ventouses scarifiées sur la région vertébrale; nouvelle crise tétanique.

Le lendemain, sauf un peu de malaise, le malade ne présente pas les signes consécutifs à la crise. La contracture est toujours la même.

Le 11, bain qui produit un grand sentiment de bien-être.

Le 12, vingt sangsues le long du rachis. Pendant cette application, et sous l'influence de la douleur produite par les piqûres, le bras droit se contracte fortement; cependant le malade ne perd pas connaissance; il rend compte des sensations qu'il éprouve; il lui semble qu'un serpent monte le long du bras, va jusqu'à l'occiput, et descend le long de la colonne vertébrale; la crise ne se déclare pas.

Six jours après cette application de sangsues, et sous l'influence des bains, des frictions avec la pommade au chloroforme, du sirop d'iodure de potassium pris à la dose de deux cuillerées et des purgatifs salins, le malade commença à remuer le bras droit; la sensibilité est bien moins vive dans tout le membre; il est même possible de relever quelque peu les doigts contracturés. Nous profitons de cette amélioration pour retirer de l'intérieur des chairs, dans lesquelles elles sont enfoncées, les ongles des doigts contractés; je les coupe au niveau de la pulpe des doigts; la portion retranchée, et qui était renfermée dans la paume de la main, a 2 centimètres de longueur; lotions de la plaie avec eau chlorurée; on place un coussinet de charpie sous les doigts pour mettre la plaie à l'abri de leur contact.

Depuis ce moment, les doigts ont pu être progressivement relevés et maintenus avec de la charpie. La santé du malade est bonne; demi-portion. Bains, frictions et sirop de Puche.

Iodure de potassium.	8 grammes.
Bi-iodure de mercure. . . .	1 décigramme.
Sirop.	500 grammes.

Le 26 février, on applique vingt sangsues sur le rachis; point de crise; amélioration notable; les doigts ne sont plus fléchis qu'aux trois quarts; l'amélioration se continue tous les jours.

9 mars. Céphalalgie, congestion de la face. Application de vingt sangsues le long du rachis.

24 mars. Vingt sangsues; bains. Depuis ce moment, l'amélioration a fait des progrès rapides. La plaie de la paume de la main ne tarde pas à être complètement cicatrisée; elle n'intéressait que les parties molles; les os étaient parfaitement sains. Les doigts sont relevés dans la demi-flexion; ils peuvent exécuter quelques mouvemens; il n'y a point d'ankylose articulaire. Le bras droit a pris un peu d'embonpoint et de force; les mouvemens sont rétablis.

Une nouvelle application de vingt sangsues le long du rachis est faite le 6 avril.

Le 9 avril, le malade demande sa sortie. Son état est très satisfaisant; les doigts sont presque entièrement redressés, mais ils sont très raides, amaigris, ainsi que la paume de la main; la main et l'avant-bras sont tellement faibles, que le malade est obligé de les soutenir avec une écharpe. La sensibilité est à l'état normal; le malade marche avec facilité; il considère sa guérison comme assurée. En résumé, le malade est resté deux mois à l'hôpital. Pendant ce temps, une médication active a été mise en usage : 10 ventouses scarifiées, 100 sangsues ont été appliquées dans la région vertébrale; des bains; des frictions au chloroforme longtemps continuées; des purgatifs et de l'iodure de potassium hydrargiré ont été administrés, et le malade éprouve, après deux mois de traitement, une grande amélioration, qui ne s'est pas démentie au mois de novembre dernier, époque où nous eûmes de ses nouvelles par un étudiant en médecine, son compatriote, qui nous apprit que le malade ne pouvait encore se servir de son bras droit.

Cette observation est de nature à soulever plusieurs questions importantes de physiologie pathologique dont la solution offrirait le plus grand intérêt. Je laisserai à des hommes plus compétens le soin d'analyser les phénomènes variés de cette affection, et de rechercher la corrélation qui doit exister entre ces phénomènes morbides, et les accidens cérébraux qui ont été la conséquence des coups reçus sur la tête.

Ainsi que l'ont démontré les médecins experts dans le rapport précité, la cause occasionnelle évidente de l'affection est la lésion traumatique. Mais à quel genre d'altération organique peut-on attribuer la paralysie avec contracture, dans les accidens tétaniques dont a été atteint consécutivement, pendant près d'un an, le malade? S'il est difficile de répondre à cette question, il est peut-être possible, grâce aux récentes découvertes physiologiques faites par MM. Magendie et Longet, d'arriver à la détermination, non de la nature, mais du siége de la lésion qui a troublé les fonctions de l'organe cérébro-spinal.

Les belles expériences de M. Longet et les études remarquables de M. Flourens ont établi d'une manière définitive que les faisceaux antérieurs de la moelle épinière sont affectés aux mouvemens, et les faisceaux postérieurs à la sensibilité; que le bulbe rachidien participe des propriétés de la moelle épinière, et que, très sensible en arrière, insensible en avant, il concourt à transmettre les impressions et le principe des mouvemens volontaires; enfin que la protubérance annulaire est le siége du principe excitateur des mouvemens de la locomotion.

Ces connaissances sur les fonctions de l'organe encéphalo-rachidien peuvent servir à la détermination approximative du siége de la lésion cérébrale; mais comment expliquer cette contracture permanente des muscles fléchisseurs des trois derniers doigts de la main droite, coïncidant avec l'abolition de la motilité dans le bras et l'avant-bras, et persistance de la sensibilité qui est même augmentée dans les muscles contracteurs; où trouver la raison anatomo-pathologique de ces convulsions tétaniques qui, semblables à l'*aura epileptica*, partent des doigts, s'étendent rapidement dans tout le corps et réagissent si violemment sur le cerveau, que les fonctions intellectuelles sont suspendues pendant tout le temps de leur durée? La physiologie ne peut donner l'explication de ces phénomènes, qui, comme tous ceux qui sont produits par le système nerveux, constituent des problèmes dont la solution, encore inconnue, pourra bien être révélée un jour; car la science est sur la voie de nouvelles découvertes qui seront dues à l'application de l'électro-magnétisme à l'étude des fonctions du système nerveux, et dont les résultats obtenus déjà par M. Duchenne (de Boulogne) font suffisamment pressentir toute l'importance.

Dans l'état actuel de nos connaissances, ces questions doivent être réservées; aussi, laissant de côté l'appréciation physiologique de ce fait, je crois devoir l'examiner seulement au point de vue clinique. De cet examen il résulte, ce me semble, que l'affection dont notre malade a offert un exemple si remarquable, a de grands rapports avec la maladie désignée par les auteurs modernes sous le nom de *contracture et de paralysie idiopathique des extrémités*, et que Donce avait déjà décrite sous le nom de *tétanos intermittent*. Cette dernière affection a été regardée, par la majorité des auteurs, comme due à un trouble fonctionnel; mais, dans un cas, M. Grisolle (*Traité de pathologie*, t. II) a vu un ramollissement de la moelle; dans un autre, M. Imbert-Gombeyre, cité par M. Valleix, a constaté une injection et même des ecchymoses de la surface convexe du cerveau, un ramollissement du renflement brachial de la moelle et une teinte rosée de la queue de cheval; dans le cas qui nous occupe, tout porte à croire que la maladie était la conséquence d'une lésion organique produite par les contusions et les blessures de la tête qui ont été la cause occasionnelle des accidens cérébraux, et que cette lésion, comme dans le cas de M. Imbert-Gombeyre, devait atteindre le renflement brachial de la moelle, ce qui expliquerait l'altération fonctionnelle des nerfs qui entrent dans la composition du plexus brachial.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Avril 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

M. FOURCAULT envoie un mémoire ayant pour titre : *Hygiène sociale*. — Remèdes contre la dégénération physique et morale de l'espèce humaine, ou moyen de diminuer le nombre des sujets faibles, ayant une constitution détériorée, des rachitiques, des scrofuleux, des phthisiques, des goutteux, des dartreux, des épileptiques, des aliénés, des infirmes, des vagabonds, des criminels, en réduisant considérablement les charges publiques.

Les moyens que M. Fourcault propose pour améliorer les conditions physiques, morales et sociales des classes ouvrières, sont les suivans :

1° Des écoles de gymnastique et de natation, fondées sur les grands fleuves et sur le littoral de la mer;

2° Des dispensaires de gymnastique;

3° La gymnastique clinique;

4° Des hôpitaux agricoles et succursales maritimes;

5° Des établissemens publics réunissant les procédés simples et économiques de l'hydrothérapie, les étuves sèches, humides, les eaux minérales artificielles.

Dans ce mémoire, l'auteur démontre que la plupart des affections chroniques, comme la plupart des maladies aiguës, sont déterminées par des causes agissant sur les fonctions de la peau, en suspendant la transpiration insensible; il prouve la nécessité d'entretenir ou de rétablir ces fonctions au début des premières affections, pour maintenir l'équilibre et arrêter leurs progrès.

Le traitement pharmaceutique ne saurait remplir cette indication essentielle, ni combattre les diathèses qui résultent de la présence d'élémens superflus et nuisibles refoulés dans le torrent circulatoire, et l'on doit prescrire le mouvement gymnastique, dans une foule de cas, pour favoriser l'excrétion de ces élémens, pour appeler le sang dans le système capillaire externe, pour provoquer des sueurs salutaires, ou une série de réactions opposées aux tendances funestes de la maladie.

Prescrire le repos, l'immobilité à l'origine des maladies dues à l'exercice des professions sédentaires, surtout lorsqu'elles sont apyrétiques, c'est donner aux diathèses le temps de se former, aux lésions locales le temps de s'aggraver; c'est suivre une méthode irrationnelle, anti-physiologique, dont l'expérience constate chaque jour les dangereux effets.

L'auteur se borne à indiquer sommairement les procédés des exercices proprement dits; de ceux que l'on peut faire au lit, avant ou après le sommeil.

Gymnastique clinique. — La sous-ascétique clinique se divise naturellement en *hygiénique, médicale, orthopédique.*

La première, ou l'*hygiénique*, a pour but de fortifier les muscles, de développer les parties les plus grêles, de répartir également la sève vitale, de neutraliser l'action concentrique des causes ambiantes; elle est favorable aux enfans dès l'âge le plus tendre, aux convalescens, aux goutteux, aux infirmes, à tous ceux qui sont forcés de garder le lit, aux ouvriers passant une partie de leur vie dans les ateliers, condamnés à l'immobilité; aux femmes dont les occupations sédentaires sont pour elles une source inépuisable de maladies chroniques et d'infirmités précoces. Pour en procurer le développement, il suffira souvent d'exécuter des mouvemens de flexion et d'extension des extrémités supérieures et inférieures pendant cinq ou dix minutes le soir ou le matin, avant ou après le sommeil; les mouvemens alternatifs de toutes les articulations des membres sont déterminés par des contractions musculaires énergiques, soutenues, variées, lentes ou brusques et rapides. Dans les cas ordinaires, on ne provoquerait pas la sueur et jamais on ne doit produire la fatigue.

La seconde, ou la *médicale*, ayant pour fin de rétablir l'équilibre organique déjà rompu, exige des mouvemens musculaires plus prolongés et souvent répétés; une légère moiteur, parfois même une sueur abondante, doit être provoquée à l'aide des exercices cliniques; leur action révulsive et dépurative peut être favorisée par des frictions avec un gant de crin, par des bains, des douches à diverses températures, par des couvertures de laine, par le maillot des hydrothérapeutes. Les fièvres intermittentes, les affections nerveuses périodiques, l'arrêt de la transpiration peuvent donc être combattus par cette double action. Lorsque la goutte occupe les extrémités inférieures, les mouvemens gymniques des extrémités supérieures exerceront la révulsion la plus favorable, *et vice versa.*. Les maladies de l'utérus, les engorgemens dont cet organe est si souvent le siége, les écoulemens leucorrhéiques, les engorgemens des membres et des organes abdominaux seront combattus plus spécialement par les premiers mouvemens.

La troisième, ou l'*orthopédique*, devant redresser la taille et les membres ayant une direction vicieuse, exige un lit convenablement disposé, des bandes en tissu élastique servant de point d'appui, ou des ressorts à boudins diversement disposés, suivant la direction que l'on veut donner aux mouvemens gymniques. Il importe d'ajouter que les contractions musculaires faibles, sans énergie et sans effort soutenu, ne produisent aucun effet hygiénique, médical, orthopédique.

La gymnastique clinique est la partie la plus importante de la sous-ascétique privée. Cette dernière devrait être obligatoire pour les enfans, pour les femmes, pour les ouvriers passant une partie de leur vie dans les ateliers, n'exerçant que les mains ou les doigts et exposés par cela même aux maladies chroniques les plus graves.

M. Waller communique de *nouvelles recherches expérimentales sur la structure et les fonctions des ganglions.*

En appliquant le procédé de section qu'il a communiqué à l'Académie, à l'étude des nerfs qui présentent sur leur trajet la structure ganglionnaire, l'auteur est parvenu à des résultats qui, d'après lui, devront jeter du jour sur leurs fonctions et sur quelques faits restés jusqu'à présent inexplicables dans la physiologie.

Comme il l'a déjà démontré, un nerf quelconque, séparé de son centre cérébro-spinal, se trouve changé, au bout de plusieurs jours, dans toutes ses conditions physiques et microscopiques, jusqu'à ses extrémités périphériques. La question qui se présente alors est de savoir jusqu'à quel point la même loi s'applique aux nerfs qui présentent sur leur trajet une structure ganglionnaire. A cet égard, ses expériences sur les ganglions spinaux répondent, d'une manière équivoque, que, lorsque la section d'un nerf sensitif spinal se fait au-dessous de son ganglion, la désorganisation ne se transmet jamais au-delà du ganglion.

Après avoir mis à nu les racines d'un nerf spinal, et les avoir coupées au-dessus du ganglion, de manière à conserver une partie de la racine en connexion avec le ganglion, et ayant gardé l'animal pendant dix à douze jours, il a obtenu les résultats suivans :

1° La partie de la racine sensitive, attachée à la partie supérieure du ganglion, est tout à fait désorganisée, de la même manière que lorsqu'un nerf est coupé à sa partie périphérique.

2° Lorsqu'on suit le nerf dans l'intérieur du ganglion, on trouve que ses branches désorganisées se subdivisent dans ce corps, en se mélangeant avec d'autres fibres tout à fait normales.

3° Le mélange des fibres normales et désorganisées se fait d'une manière variable et dans toutes les proportions.

4° Lorsqu'on suit un faisceau désorganisé dans l'intérieur du ganglion, ses fibres paraissent se terminer dans une collection des corps ganglionnaires, également altérés, ne paraissant consister qu'en une membrane externe indistincte et atténuée, vidée de son contenu.

5° Les fibres normales qui restent, paraissent prendre leur origine par des filamens libres, courts et très fins dans les corps ganglionnaires. L'élimination des autres fibres nerveuses, en réduisant le nombre des autres fibres nerveuses dans le ganglion, est un grand avantage pour reconnaître les origines des fibres intérieures.

6° Toutes les fibres qui sortent du ganglion conservent leur état normel, au bout d'un mois et plus, dans un jeune chien, un chat, l'état des fibres inférieures est le même qu'au premier jour. La régénération des fibres supérieures entre le ganglion et la moelle se fait de la manière ordinaire.

7° Les fibres motrices, au contraire, sont complètement désorganisées jusqu'à leur extrémité. On peut vérifier la même chose en galvanisant ce nerf au moment de la section; on obtient des contractions dans les muscles correspondans; mais au bout de quatre jours, la même irrigation n'éveille plus aucune contracture des muscles.

8° Lorsqu'on se borne à couper la racine postérieure seulement sans léser l'antérieure, aucune fibre ne se désorganise dans le nerf mixte au-dessous du ganglion.

9° Lorsque le nerf est coupé au-dessus du ganglion, toutes les fibres se désorganisent, l'extirpation du ganglion produit le même effet sur le nerf immédiatement au-dessous de son ganglion.

10° Le nerf dont M. Waller se sert pour ces expériences est la deuxième paire cervicale. Sur ce nerf, le ganglion spinal est situé à deux ou trois lignes en dehors du canal vertébral, et sur les chiens et les chats, surtout chez les jeunes animaux, à cause du moindre développement des apophyses et des muscles de la nuque, il est très facile de confier les racines sensitives et motrices, même isolément, sans aucun danger pour la vie de l'animal.

11° Cette particularité de ce nerf a permis de répéter toutes les expériences de Bell, de M. Magendie et de M. Longet sur les racines spinales, sans aucun des phénomènes de paralysie et de stupeur qui compliquent ces expériences sur les mammifères, après la dénudation de la moelle épinière; en outre, ces expériences ne causent pas la mort de l'animal.

12° Comme le nerf occipital interne vient uniquement de la deuxième paire, qui est de nature mixte jusqu'à la nuque, où il est exclusivement sensitif, il offre toutes les facilités pour ces expériences.

La section de la racine ganglionnaire cause la paralysie complète de sensation, mais avec conservation complète du pouvoir moteur. La section de la racine antérieure lui laisse la grande sensibilité qui lui est propre. Le pouvoir moteur, qui existe encore après, diminue graduellement à cause de la désorganisation de ces fibres, et est complètement perdu au bout de quatre jours, époque à laquelle on aperçoit distinctement la désorganisation des fibres. Les mêmes résultats s'obtiennent, soit qu'on galvanise le nerf à la partie périphérique ou à sa partie centrale, mais dans toutes les combinaisons qu'il est possible de faire à ces expériences, on obtient, comme résultat invariable, que les fibres sensitives au-dessous du ganglion ne s'altèrent jamais tant qu'elles sont en connexion avec les corpuscules ganglionnaires.

Ces observations permettent d'expliquer d'une manière satisfaisante les résultats de M. Magendie sur la section de la cinquième paire, où la nutrition de l'œil fut intacte après la section au-dessus du ganglion, et désorganisée après la section au-dessous du ganglion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Avril 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° M. Leroy-d'Étiolles adresse un mémoire *sur la cautérisation directe ou d'avant en arrière, les circonstances dans lesquelles il convient d'en faire usage et ses avantages quand on l'applique à propos.* La cautérisation antérograde, employée par Ambroise Paré, Loyseau, Wisemann, Roncoli, Hunter et Évrard Home qui en avait abusé, était tombée sous les critiques de Ducamp et de ses continuateurs lorsque M. Leroy-d'Étiolles entreprit de la réhabiliter dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, le 11 septembre 1838. Il a continué à démontrer, par une seconde série de faits publiés en 1845, dans son *Traité des rétrécissemens et angusties de l'urètre* que la cautérisation antérograde est, dans certaines circonstances, la meilleure des méthodes et dans le mémoire actuel il vient encore, par de nouveaux faits, confirmer cette démonstration. Les rétrécissemens qui laissent filtrer l'urine et n'admettent ni les sondes, ni les bougies, sont ceux auxquels convient plus particulièrement la cautérisation d'avant en arrière, le nombre en a été beaucoup diminué par l'introduction dans la pratique de bougies tortillées et crochues dues à M. Leroy-d'Étiolles, mais il en est encore que l'on ne parvient pas à franchir au moyen de cette manœuvre, et que détruit fort bien la cautérisation antérograde. Il ne faut pas perdre de vue, fait observer M. Leroy-d'Étiolles, que dans ce cas le chirurgien est réduit à choisir entre le cathétérisme forcé, l'incision de l'urètre de dehors en dedans, la ponction de la vessie et la cautérisation directe; les faits nombreux que rapporte M. Leroy d'Étiolles sont de nature à faire donner sans hésitation la préférence à cette dernière méthode.

2° Une lettre de M. Marchal (de Calvi), qui signale à l'attention de l'Académie un phénomène extraordinaire qu'il vient d'observer dans un cas de glucosurie; il s'agit de la coïncidence, avec cette affection, d'une gangrène spontanée des extrémités. M. Marchal appelle l'attention des médecins sur le rapport possible, si non probable, dans quelques cas, de la gangrène dite spontanée avec la glucosurie. (Comm. MM. Bouchardat et Rayer.)

3° Une note de M. Simonin fils, de Nancy, contenant la relation d'une opération césarienne dont le résultat a été heureux pour l'enfant, mais funeste pour la mère, et qui a présenté des phénomènes intéressans au point de vue de l'anesthésie produite par le chloroforme. (Comm. MM. Danyau et P. Dubois.)

4° Une note de M. Frémineau, interne à l'Hôtel-Dieu, sur un nouvel instrument propre à faire éviter la piqûre de l'artère humérale dans la phlébotomie. (Comm. M. J. Cloquet.)

5° Deux observations de M. Chapelle, d'Angoulême, relative à deux cas de guérison de croup par le tartre stibié à doses rasoriennes. (Com. MM. Louis et Cazeaux.)

6° Un mémoire de M. Lefort, pharmacien à Gannat, contenant l'analyse de l'eau minérale de Janzat (Allier).

— M. le Président informe l'Académie que le 6me volume des mémoires de l'Académie de chirurgie va être prochainement publié. Le conseil d'administration a nommé une commission chargée de la surveillance de cette publication. Cette commission se compose de MM. Duval (dernier membre survivant de l'Académie de chirurgie), Roux, Bégin, Malgaigne et Dubois (d'Amiens).

La parole est à M. Bouvier pour une lecture.

M. Bouvier lit un mémoire sur *la mortalité comparée des quartiers de Paris, dans l'épidémie de choléra de* 1849. L'auteur résume son mémoire en ces termes :

1° La proportion générale des décès de la population, dans le choléra de 1832, forme les deux tiers de celle de 1832, quant aux individus atteints à domicile, et abstraction faite des militaires de la garnison de Paris.

2° Le minimum de mortalité, le même qu'en 1832, pour les arrondissemens, est moitié moindre que dans la première épidémie, pour les quartiers; le maximum, fort réduit en 1849 dans les arrondissemens, est le même qu'en 1832 dans les quartiers.

3° Certains arrondissemens ont subi une mortalité beaucoup moindre qu'en 1849, aucun n'en a éprouvé une notablement plus élevée. Quelques quartiers seulement ont eu une proportion de décès plus forte que dans la première invasion.

4° L'ordre de mortalité, soit des arrondissemens, soit des quartiers, est fort analogue aux deux époques, sauf un certain nombre d'exceptions très tranchées.

5° En groupant les quartiers les plus voisins les uns des autres, dans l'ordre de mortalité, on constate que Paris peut se partager, au point de vue des ravages du choléra, en plusieurs régions très inégalement atteintes par ce fléau. Les quartiers les plus épargnés, en 1849, sont situés, pour la plupart, dans la moitié occidentale de la capitale, et les quartiers les plus maltraités dans la moitié orientale; tandis qu'en 1832, les premiers occupaient surtout la moitié septentrionale, et les seconds la moitié méridionale.

6° Le degré d'aisance des arrondissemens, mesuré par la proportion de leurs locations, a exercé sur la mortalité cholérique de 1849, comme sur celle de 1832, une influence comparable à celle que la même circonstance exerce sur la mortalité ordinaire.

7° Cette influence n'a pas été moins manifeste dans la seconde épidémie que dans la première, quoique l'abaissement de la mortalité, en 1849, eu égard à celle de 1832, ait été plus grande dans quelques-uns des arrondissemens pauvres que dans la plupart des autres.

8° Dans le plus grand nombre des quartiers, la mortalité des deux épidémies est dans un rapport évident avec le nombre des familles pauvres, indiqué pour la proportion des locations, c'est ce qu'on peut appeler *la loi de l'aisance*, laquelle comporte un certain nombre d'exceptions.

9° Le partage de la capitale en deux moitiés, d'après la proportion des familles pauvres, présente une grande analogie avec sa division au point de vue de la mortalité causée par le choléra.

10° Quelques quartiers pauvres ont plus gagné que les autres à la diminution de la mortalité dans la seconde épidémie, et un petit nombre de quartiers riches n'ont pas été moins maltraités dans celle-ci que dans la première; mais, en somme, la différence de la mortalité dans les quartiers pauvres et riches est restée presque la même aux deux époques.

11° En 1849, de même qu'en 1832, l'influence de la densité de la population sur la mortalité cholérique, s'est montrée très inférieure à celle du degré d'aisance. Cependant elle a pu s'ajouter à cette dernière dans certains quartiers, et paraît l'avoir contre-balancée, en partie effacée dans d'autres.

12° Il est difficile de démêler la part qui revient peut-être à d'autres circonstances telles, que le degré d'élévation du sol d'humidité atmosphérique, dans la production des différences de mortalité des quartiers.

13° Indépendamment des conditions de mortalité appréciées jusqu'ici, certains quartiers paraissent avoir été de véritables foyers ou centres épidémiques, sur lesquels la cause inconnue du fléau a plus spécialement porté son action. Dans les deux épidémies, ces foyers ne se sont développés que dans des localités pauvres.

14° La proximité et l'éloignement de ces foyers épidémiques paraissent avoir influé sur la mortalité d'autres quartiers.

15° Des faits statistiques relatifs à la mortalité cholérique des quarante-huit quartiers de Paris, se déduisent les mesures principales, à l'aide desquelles on peut espérer de restreindre, à l'avenir, les ravages du mal. Ces mesures consistent surtout à donner de l'air aux quartiers trop resserrés, à assainir les rues et les habitations, à améliorer le sort des classes pauvres, tout en leur inspirant plus d'esprit d'ordre et de moralité; enfin à évacuer, autant que possible, les localités dans lesquelles s'annonce, en temps d'épidémie, la présence d'un foyer cholérique.

— Plusieurs membres demandent la parole sur cette communication.

M. le Président émet l'opinion qu'il serait peut-être plus convenable d'ajourner toute discussion sur ce sujet à l'époque où devra être fait le rapport général sur le choléra.

M. Bouvier fait remarquer qu'il n'y a aucune connexité entre le travail qu'il vient de lire et le rapport de la commission du choléra, et qu'il n'y a par conséquent aucun inconvénient à ce qu'on entende de suite les observations que peut susciter sa lecture. Il insiste pour que la discussion ait lieu immédiatement.

Aucune opposition ne se manifestant dans le sein de l'Académie, il sera fait droit à la demande M. Bouvier, mais l'Académie devant se former en comité secret, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'accouchemens.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Uniforme des chirurgiens de la garde nationale. — Nous croyons être utiles à ceux de nos confrères qui viennent d'être nommés chirurgiens de la garde nationale, en leur communiquant les renseignemens qui nous été transmis sur le costume qu'ils doivent porter :

Tunique d'ordonnance; collet ouvert. Les broderies des différens grades sont semblables à celles des grades correspondans dans l'armée, mais en argent. Le frac pour tenue du soir est facultatif, et est une tenue de fantaisie. Boutons d'officiers d'infanterie, mais avec caducée.

Pantalon d'ordonnance (bande rouge).

Épée : Sabre d'officier avec gland de grade. Le modèle de l'épée est à volonté. Caducée à la plaque du ceinturon. Le ceinturon est en argent pour la grande tenue, et en cuir vernis pour la petite tenue.

Chapeau d'état-major, sans autre ornement qu'une ganse en argent, galon cul-de-dé, largeur de 40 millimètres, partagé par son milieu par une raie de soie noire de 3 millimètres, façon dite à la Suisse.

Gibernes d'ordonnance de l'armée. Dans la grande tenue, le baudrier est découvert; dans la petite tenue, il est couvert de son étui en maroquin rouge.

Cours public de clinique sur les maladies mentales. — M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière, commencera ce cours le dimanche 18 *avril*, à 9 *heures du matin*, et le continuera tous les dimanches, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

L'EMPLATRE ÉPISPASTIQUE de M. MUGUET, pharmacien à Muret (Haute-Garonne), est employé avec le plus grand succès par les médecins du Midi, contre les ophthalmies chroniques, les congestions oculaires, les surdités dépendant d'un état congestif de l'organe auditif, et dans tous les cas où il faut obtenir une révulsion énergique.

Les guérisons nombreuses et inespérées produites par l'emploi de cet emplâtre, le recommandent à l'attention sérieuse des praticiens. C'est le plus puissant dérivatif qui ait été mis jusqu'à ce jour entre les mains des médecins.

L'emplâtre épispastique n'est délivré que sur demande ou ordonnance de médecin.

LA PERCEPTION GÉNÉRALE DES RECOUVREMENS, *fondée en 1814*, s'occupe spécialement de ceux de MM. les médecins et pharmaciens. Directeur, M. DEBACQ, ancien notaire, rue des Petites-Écuries, 6.

Nous recommandons avec la plus vive instance, à nos confrères de Paris et des départemens, les ceintures hypogastriques de Mme Girard, sage-femme, rue Saint-Lazare, n° 3.

Ces ceintures, destinées aux femmes enceintes et à celles affectées de l'abaissement de l'utérus, d'antéversion, rétroversion, chute de matrice, écartement de la ligne blanche, hernie ombilicale et hydropisie, n'offrent plus rien à désirer sous tous les rapports, et elles SONT LES SEULES APPROUVÉES PAR TOUT LE CORPS MÉDICAL.

Elles n'ont rien de commun avec toutes celles fabriquées jusqu'à ce jour.

Nous faisons cette recommandation à nos confrères, dans l'intérêt de leurs cliens.

CERTIFICATS constatant l'efficacité de l'EMPLATRE ÉPISPASTIQUE de M. MUGUET, pharmacien à Muret (Haute-Garonne).

1. Je soussigné, habitant de Cazères (Haute-Garonne), déclare avoir employé souvent, dans ma pratique, depuis longues années, l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret. Les effets que j'en ai toujours obtenus dans les diverses affections, notamment de la tête, me le font bien préférer à tous les exutoires usités; son activité étonnante, jointe au peu de souffrance et surtout à la facilité de son pansement, méritent des éloges et mes remercîmens pour son auteur. — Cazères, le 11 février 1851. Signé LAPEYRIE, D.-M. P. Certifié.

2. Je soussigné, chirurgien, domicilié dans la commune de Portet, arrondissement de Toulouse, certifie avoir fait usage, dans ma pratique, de l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret, et d'en avoir constamment obtenu de très bons résultats, depuis longues années, surtout dans les surdités où j'ai eu de bons succès, ainsi que dans les ophthalmies chroniques, sciatiques, migraines, otalgies, etc. etc., lors même que la médecine avait épuisé toutes les ressources de son art. — Signé FAURÉ, chirurgien. Certifié légalement.

3. Je soussigné, médecin et maire de la commune de Lherm, canton de Muret (Haute-Garonne), certifie avoir fait usage, pour mes malades, de l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret, et en avoir toujours obtenu de bons résultats dans les ophthalmies chroniques, otalgies, surdités, migraines, etc., etc. — Signé BRUN, médecin et maire. Certifié légalement.

4. Je soussigné, docteur-médecin, habitant de Rieumes, membre du conseil d'arrondissement de Muret (Haute-Garonne), certifie avoir fait usage, pour mes malades, de l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret, et avoir obtenu de très bons résultats, principalement dans les ophthalmies chroniques, surdités, migraines, otalgies, etc..., lors même que la médecine avait échoué avec l'emploi de moyens ordinaires. — Rieumes, le 13 février 1851. Signé BARADOU, D.-M. M. Certifié.

5. Je soussigné, docteur-médecin de la Faculté de Paris, membre émérite de la Société d'instruction de la même ville, certifie avoir, dans plusieurs circonstances, employé l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret (Haute-Garonne), et en avoir toujours obtenu un très bon effet, surtout dans les affections ophthalmiques, otalgiques, migraines, surdités et même dans les douleurs sciatiques, et dans quelques cas où la médecine avait épuisé ses ressources. En foi de ce, le présent a été délivré au Fousseret, le 1er janvier 1851. Signé LECUSSAN, D.-M. P. Certifié.

6. Je soussigné, ancien chirurgien de 1re classe des armées des Pyrénées orientales et d'Italie, ancien professeur dans les hôpitaux militaires et docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, certifie que je me suis servi, dans le temps que j'exerçais mon état à Toulouse, de l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret (Haute-Garonne), et que j'en retirai le plus grand succès, notamment chez la dame Justine Jambert, de cette ville, qui était affligée d'une ulcération au cuir chevelu et d'un ulcère qui couvrait tout l'extérieur de son nez et lui donnait un aspect horrible à voir. Fait à Toulouse, le 21 octobre 1851. Signé CLANET.

Dépôts :

A *Toulouse*, MM. Gassaud et Vidal-Abadie; à *Issoudun*, Bujeard; à *Epinal*, Granet; à *Cambrai*, Dumont; à *Paris*, Faure, 25, rue Simon-le-Franc; à *Angers*, Menière; à *Marseille*, Aubin; à *Toulon*, Honoraty; à *Béziers*, Baron; à *Aurillac*, Gaffard; à *Rhodez*, Raymond; à *Bar-le-Duc*, Picquot; à *Draguignan*, V. Blanc; à *Mont-de-Marsan*, Bergeron G.; à *Céré*, Lafon, suc. de Grenié; à *La Rochelle*, Grand; à *Mâcon*, Volturet; à *St-Flour*, Clavelera; à *Riom*, Fourtoul; à *Colmar*, Duchampt, Toulon-Boussot; à *Moulins*, Parabon; à *Brioude*, Dauzat; à *Clermont-Ferrand*, Gautier Lacroze; à *Montbrison*, Fessy; tous pharmaciens.

BANDAGE SPÉCIAL

aux hernies crurales. Prix : 24 fr. Chez CHARBONNIER, bandagiste, 347, rue St-Honoré, près la place Vendôme.

HUILE IODÉE DE J. PERSONNE.

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *seule expérimentée dans les Hôpitaux*.

Le rapport fait à l'Académie, à la suite de ces expériences, déclare que « CETTE HUILE » EST UN MÉDICAMENT D'UNE HAUTE VALEUR, » QUI PRÉSENTE BEAUCOUP D'AVANTAGES SUR » L'HUILE DE FOIE DE MORUE. »

DÉPOT GÉNÉRAL à la pharmacie rue Bourbon-Villeneuve, 19, place du Caire, à Paris ; à la pharmacie rue Saint-Louis (au Marais), 17 ; et dans toutes les pharmacies.

MICROSCOPE GAUDIN.

Microscope portatif usuel; lentilles en cristal de roche fondu, d'un fort grossissement, à une lentille, 3 fr. 50 c.; à deux lentilles, 6 fr.; à miroir, deux lentilles, 10 fr., avec boîte en acajou. Port par la poste, 1 fr. de plus par microscope, contre mandat sur la poste. — M. GAUDIN, rue de Varennes, 38, à Paris. (Affranchir.)

Vésicatoires d'Albespeyres.

Disposés en forme de taffetas ciré vert, propres et adhérens comme le sparadrap. Le même morceau, **appliqué 4 ou 5 fois**, produit toujours la vésication en plusieurs heures, sans irriter les voies urinaires. Prix : 2 fr. 50 c. le rouleau de 1 mètre; 1 fr. 25 c. le 1/2 rouleau; ce qui constitue économie et qualité rare.

Le Papier d'Albespeyres est toujours le meilleur épispastique pour l'entretien parfait et inodore des **Vésicatoires**. — (Se méfier des contrefaçons et imitations.) Echantillons gratuits.

APPAREIL ELECTRO-MÉDICAL-PORTATIF DE J.-L. PULVERMACHER,

POUR LA GUÉRISON PROMPTE ET SURE DES MALADIES RHUMATISMALES, NERVEUSES, etc.

Au moment de l'application de cet appareil, il se produit des courans circulaires d'un pôle à l'autre, *sensibles au galvanomètre, et dont l'action se communique à travers la partie malade*. Dans les affections nerveuses violentes, dont la douleur est arrivée au dernier degré d'intensité, on éprouve, à l'aide des chaînes, un soulagement *instantané*. Les maladies chroniques réclament naturellement une application plus prolongée. Au reste, quelques jours suffisent. *Un seul élément* de la chaîne ou chaînon, pris entre les doigts, *fait éprouver une déviation* à l'aiguille du galvanomètre. Une chaîne de 25 à 30 élémens, sans être mouillée, produit une divergence très forte de la feuille d'or de l'électroscope; mouillée d'une dissolution saline, elle communique le pouvoir magnétique à un petit électro-aimant. Elle décompose l'eau non acidulée et précipite les métaux en dissolution. Appliquée sur la peau, elle produit un léger picotement. Si étonnans que soient les effets de ces petits appareils, ils sont encore surpassés par ceux que produit une chaîne de 150 à 200 élémens, composés à volonté par la réunion de plusieurs petites chaînes. Trempée dans le vinaigre, elle *rougit et cautérise la peau, dégage des étincelles électriques, et produit tous les phénomènes quantitatifs d'une forte batterie électrique*. En ajoutant l'*interrupteur* découvert par M. PULVERMACHER, on produit, *à volonté*, des contractions musculaires avec une intensité voulue, *sans douleur à la peau, et sans crainte de porter aucune action irritante sur la rétine*. Le courant est assez fort pour produire une commotion instantanée sur une chaîne de vingt personnes. Avec tous ces avantages divers, un tel appareil n'a pas plus de volume qu'un portefeuille ordinaire; son poids ne s'élève pas au-delà de 200 grammes. Il n'exige aucun nettoyage, peut servir à chaque instant aux expériences, qu'on obtient sans autre préparation qu'une immersion dans le vinaigre. C'est donc un appareil électrique possédant *tous les avantages de la pile voltaïque*, avec tous ses effets *chimiques, physiologiques* appliqués à la médecine, *n'offrant ni les défauts ni les inconvéniens des appareils connus jusqu'ici*, qui n'ont pas permis de mettre assez à profit la puissance médicatrice de l'électricité. Un seul et même appareil développe en même temps des *courans d'intensité intermittente de l'appareil d'induction* pour le traitement des maladies internes, et les *courans de quantités continues* contre les affections chirurgicales. La grande simplicité de l'appareil, son bas prix, et surtout son extrême facilité portative le mettent à la disposition de tout médecin, *qui peut toujours l'avoir avec lui*, le rendre applicable à tous les différens modes d'électrisation, augmenter à son gré l'intensité de son action selon la gravité de la maladie dans les cas où ce petit appareil ne suffirait pas. Mis en rapport avec les divers **régulateurs des courans, changeurs de quantités et galvanomètres portatifs** si simples et si peu coûteux de M. PULVERMACHER, l'appareil, sans perdre aucun des avantages que nous avons énumérés, atteint un tel degré de perfectionnement, qu'il peut servir à **l'étude de l'électricité**, cette force puissante de la nature, à laquelle tant de choses sont réservées dans l'avenir. Ainsi, la découverte de M. PULVERMACHER ne sera pas un futile objet d'amusement qu'on aura entre les mains, mais un précieux agent médical basé sur les vrais principes de la physique, et honoré des suffrages de l'Académie nationale de médecine de Paris et de celle de Vienne, etc. — Prix des Appareils, de 18 à 50 fr.

Vente et expériences, *passage Jouffroy*, n° 40; fabrique et dépôt général, *rue des Vinaigriers*, n° 15, à Paris. — Dépôts à Londres, Vienne, Berlin, New-York, etc., etc.

En vente, chez VICTOR MASSON, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

DES ACCIDENS DE DENTITION chez les Enfans en bas-âge, et des moyens de les combattre; par M. A. DELABARRE FILS,

docteur en médecine, médecin-dentiste de l'hospice des Enfans-Trouvés et Orphelins de Paris. — Un volume in-8 avec figures dans le texte. Prix : 3 fr.

PILULES DE BLANCARD à l'iodure ferreux inaltérable sans odeur ni saveur de fer ou d'iode

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE a décidé (séance du 13 août 1850) : « Que le » procédé de conservation de ces Pilules offrant » *de grands avantages*, serait publié dans » le *Bulletin* de ses travaux. » Exiger le *cachet d'argent réactif* et la signature.

PRIX : 4 FR. LE FLACON DE 100 PILULES.

Chez **BLANCARD**, pharmacien, rue de Seine, n° 51, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

Blancard

Les principaux ouvrages de médecine indiquent l'iodure de fer contre la CHLOROSE, la LEUCORRHÉE, l'AMÉNORRHÉE, différens accidens de la SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE, LES AFFECTIONS SCROFULEUSES et TUBERCULEUSES. (M. Dupasquier et autres distingués ont constaté son efficacité contre la PHTHISIE.) C'est un excellent fortifiant pour les personnes faibles, lymphatiques ou épuisées.

N. B. *L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle et quelquefois dangereux, par suite de la présence de l'iode libre. Le médecin pourra toujours s'assurer de la pureté de ces pilules au moyen du* CACHET D'ARGENT RÉACTIF *qui est fixé à la partie inférieure du bouchon.*

AGENCE DES JOURNAUX DE MÉDECINE, (Annonces.)

M. Jonas-Lavater, *rue de Grenelle-St-Honoré*, 19.

BANDAGES ÉLASTIQUES ANGLAIS,

SEUL DÉPOT EN FRANCE

Chez VARNOUT et GALANTE, brevetés (s. g. d. g.),

FABRIQUE SPÉCIALE D'APPAREILS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE EN CAOUTCHOUC VULCANISÉ,

Rue du Faubourg-Montmartre, n° 9, *Paris.*

Bas pour Varices.— Guêtres.— Cuissards.— Genouillères.— Ceintures ombilicales, hypogastriques, avec pelotes en caoutchouc vulcanisé, etc.

MÉDAILLE DE PRIX A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE LONDRES.

Pour l'Appareil Électro-Médical de BRETON Frères,

Seuls INVENTEURS ET CONSTRUCTEURS de

L'APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL

FONCTIONNANT SANS PILE NI LIQUIDE.

Cet *instrument*, déjà si connu par les services qu'il rend tous les jours dans les sciences médicales, vient d'être tout nouvellement perfectionné. On peut, de la manière la plus facile, appliquer sans danger l'électricité galvanique dans les diverses et nombreuses maladies qui nécessitent l'emploi de cet agent comme moyen thérapeutique; car, avec l'intensité des fortes commotions électriques, qui peuvent se graduer et devenir presque insensibles, on peut aussi maintenant en graduer le nombre à volonté. Cet appareil, qui vient d'être tout récemment présenté à l'Académie des sciences, se trouve à la disposition pour le service des hôpitaux, au prix de 140 francs. Chez MM. BRETON frères, rue Dauphine, 25.

CHOCOLATS MÉDICINAUX-COLMET-DAAGE,

Approuvés par la Faculté de Médecine de Paris,

Sur le rapport et l'analyse de MM. les professeurs de l'Ecole de Médecine et de l'Ecole de Pharmacie de Paris, MM. FOUQUIER, MARJOLIN, DEVERGIE, TROUSSEAU et GAULTIER DE CLAUBRY.

1° LE CHOCOLAT FERRUGINEUX DE COLMET-DAAGE. Il est en tablettes distinctes et doit se manger SEC, jamais fondu dans un liquide. La dose est d'une tablette pour adultes et de 1/2 tablette pour adolescents. Prix : les 500 gr... 5 fr.

2° SES BONBONS FERRUGINEUX CANDIS, pour enfants, par boîte. Prix de la boîte... 3 fr.

3° SON CHOCOLAT AU LAIT D'AMANDES, déjeûner rafraîchissant des tempéraments nerveux. Prix : les 500 gr... 4 fr.

4° SON CHOCOLAT AU SALEP DE PERSE, aliment analeptique recommandé aux personnes maigres. Une tablette compose un potage. Prix : les 500 grammes... 4 fr.

5° SON CHOCOLAT A L'OSMAZÔME, chocolat des convalescents. Il se prépare comme tout chocolat à l'eau. Prix... 5 fr. 50 c.

6° SON CHOCOLAT A L'EXTRAIT GÉLATINEUX DE LICHEN. Prix : les 500 grammes... 4 fr.

7° SON CHOCOLAT PECTORAL AU BAUME DE TOLU, déjeûner agréable pour les personnes dont la poitrine est irritable et faible. Prix : les 500 grammes... 4 fr.

8° SON CHOCOLAT A L'EXTRAIT DE CACHOU, par boîte. Prix : la boîte... 2 fr.

9° SON CHOCOLAT PURGATIF pour adultes et enfants. Chaque boîte renferme deux purgations. Prix : la boîte... 2 fr.

10° SES BONBONS VERMIFUGES AU CHOCOLAT, pour enfants. Prix de la boîte... 2 fr.

AVIS. — Chaque paquet ou boîte des CHOCOLATS COLMET-DAAGE sont TOUJOURS accompagnés d'une NOTICE servant d'instruction, et revêtus des médailles décernées à ce pharmacien par les Sociétés d'Encouragement de Paris, pour ses travaux sur les chocolats.— LES CHOCOLATS MÉDICINAUX-COLMET-DAAGE se vendent à sa fabrique de Paris, rue NEUVE-SAINT-MERRY, n° 12, et dans toutes les pharmacies.

TRAITÉ PRATIQUE

DES MALADIES DES YEUX ;

par W. MACKENSIE, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. RICHELOT et S. LAUGIER, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix : 6 fr.

Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

20 fr. KOUSSO la dose.

REMÈDE INFAILLIBLE CONTRE LE VER SOLITAIRE

SEUL APPROUVÉ

Par les Académies des Sciences et de Médecine de Paris. **EXIGER** le cachet et la signature de BOGGIO, médecin-pharmacien, 13, r. NEUVE-DES-PETITS-CHAMPS. (Paris. — Affranchir.)

PASTILLES DE CALABRE

à la manne, sans opium.— On les emploie avec succès, contre le rhume, la bronchite chronique, l'asthme, etc., etc. Elles sont légèrement laxatives. Leur goût agréable les rend particulièrement précieuses dans les maladies des enfants. — A Paris, chez POTARD, pharmacien, rue Saint-Honoré, n° 271.— En province, dans toutes les pharmacies.

MAISON DE SANTÉ

spécialement consacrée aux *maladies chirurgicales* et aux *opérations* qui leur conviennent, ainsi qu'au traitement des *maladies chroniques*, dirigée par le dr ROCHARD, *rue de Marbeuf*, 36, près les Champs-Elysées.— Situation saine et agréable, — soins de famille, — prix modérés. — *Les malades y sont traités par les médecins de leur choix.*

DRAGÉES GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

4f LA BOITE — 2f LA ½ BOITE

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Voici quelques passages du rapport fait à l'Académie par MM. les professeurs Bouillaud, Fouquier et Bally :

« Cette préparation a été parfaitement supportée par tous les sujets.....

» Peu à peu les sujets reprenaient des forces; ils montaient plus facilement les escaliers; les palpitations et les essoufflemens, les étourdissemens et les maux de tête diminuaient sensiblement; le teint reprenait un peu de couleur; les *souffles et sifflemens des artères* (des carotides et des sous-clavières surtout), le souffle au premier temps des battemens du cœur, perdaient de leur intensité, et les règles revenaient chez plusieurs des chlorotiques.

» *Il n'est aucun de nos malades qui ne se soit bien trouvé de l'usage du lactate de fer, et tous, à leur sortie de l'hôpital, étaient dans un état des plus satisfaisans.....*

» D'après les faits dont nous venons d'avoir l'honneur de vous exposer un résumé succinct, nous croyons, Messieurs, qu'il serait difficile de ne pas porter un jugement favorable sur la nouvelle préparation ferrugineuse proposée par MM. Gélis et Conté, et de ne pas reconnaître que les recherches cliniques permettent dès à présent de placer au rang des plus utiles préparations ferrugineuses le sel nouveau dont ils viennent, d'après un heureux et ingénieux rapprochement, d'enrichir la matière médicale. »

Les *Dragées de Gélis et Conté* ne sont vendues qu'en boîtes carrées, revêtues du cachet et de la signature des inventeurs. — Dépôt général à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19, place du Caire, à Paris ; et dans toutes les pharmacies.

RAPPELER

à MM. les Médecins le RACAHOUT DES ARABES, qui a reçu l'approbation de l'Académie de médecine, c'est leur signaler un aliment que les praticiens les plus distingués ordonnent souvent, depuis plus de 20 ans, *pour les déjeûners des convalescens et des dames nourrices*. Ses propriétés analeptiques sont aussi très convenables aux sujets faibles et aux jeunes enfans, chez lesquels il réussit parfaitement. Bien se tenir en garde contre les imitations et contrefaçons du *Racahout des Arabes*, dont M. Delangrenier est seul propriétaire et préparateur. — Dépôt, 26, rue Richelieu, à Paris.

PAR DÉCRET MINISTÉRIEL sur les RAPPORTS des Académies des Sciences et de Médecine, le

KOUSSO REMÈDE CONTRE LE VER SOLITAIRE

15f dose ord. — 20f dose forte

cesse d'être considéré comme remède secret. — LES DEUX ACADÉMIES ont déclaré que : « LES EXPÉRIENCES » ONT EU UN PLEIN SUCCÈS. » Le KOUSSO est plus facile à » prendre et surtout plus efficace que tous les autres » moyens. Il est donc bien à désirer qu'il soit mis à la disposition de nos praticiens. »

A la pharmacie de PHILIPPE, successeur de LABARRAQUE, rue St-Martin, 125, à Paris. (*Documens officiels et Instruction avec chaque dose*; à part 1 franc. Expédition; affranchir.)

NOUVELLES CEINTURES ET APPAREILS ÉLASTIQUES de POUILLIEN, bandagiste, r. Montmartre, 68.

Pouillien

Rapport officiel de l'Académie de médecine. Ceinture pour antéversions et antéflexions de l'utérus, sans ressorts métalliques, sans mécanisme, basculant par la seule disposition de ses attaches autour du diamètre transversal du bandage.

Tissu caoutchouc-coton.... 25 à 30 fr.
Tissu caoutchouc-soie..... 50 à 60 fr.

CHANGEMENT DE DOMICILE.

Le sirop pectoral calmant de JOHNSON, préparé avec l'asperge, d'après la formule du professeur Broussais, le seul qui ait été employé dans les expériences de la commission de l'Académie de médecine, se vend actuellement *rue Caumartin*, 6, à Paris.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 2 avril 1833, Broussais déclara formellement que ce sirop avait été préparé, d'après sa formule, par Johnson, pharmacien, et dans les *Annales de médecine physiologique*, il écrivit : « Ce » sirop, préparé chez M. Johnson, pharm., doit, d'après notre » observation particulière, de la propriété de ralentir les pulsations du cœur sans irriter l'estomac. » — Ces observations qui se sont continuées à la Pitié, à la Charité, à Beaujon, à St-Louis, ont démontré que l'accélération, l'augmentation, l'irrégularité des battemens du cœur, non liées à une hypertrophie de cet organe, ont été souvent calmées par 2 à 4 onces de ce sirop, pris dans les vingt-quatre heures.

Un grand nombre de faits attestent les avantages qu'il a procurés, à la même dose, dans le traitement des affections nerveuses, ainsi que les toux opiniâtres, les bronchites, les coqueluches, qui avaient résisté à tous les moyens préconisés. Il est donc important de ne pas confondre le sirop Johnson avec les contrefaçons.

BANDAGES

de WICKHAM et HART, chirurgiens-herniaires, brev., rue St-Honoré, 257, à Paris, à vis de pression, sans sous-cuisses, et ne comprimant pas les hanches; ceintures hypogastriques et ombilicales.—Suspensoirs, etc.

HUILE DE FOIE DE MORUE de HOGG et Cie,

Rue Castiglione, n° 2 (*Notez l'adresse*, s. v. p.).

Réduction de prix : 8 fr. le grand flacon (litre anglais) au lieu de 10 fr.; 4 fr. le 1/2 kil. — Cette huile, couleur paille, est sans odeur ni saveur et extraite des gros foies de morue avant leur putréfaction. Son immense succès a tellement excité la cupidité chez plusieurs personnes, que le public doit se méfier des imitations que l'on fait de notre modèle de flacon, et refuser comme contrefaçon tous les flacons qui ne portent pas la signature de HOGG et Ce et le résultat de l'analyse qui en a été faite à la Faculté de médecine de Paris, par M. LESUEUR, *chef des travaux chimiques*, constatant que cette huile contient presque le *double* d'iodure de potassium que n'en contient l'huile de foie de morue du commerce, et que, sans contredit, elle n'a aucun des inconvéniens de celle-ci sous le rapport de l'odeur et de la saveur. — Vente en gros, n° 36, rue de Rivoli. — Fabrique à Terre-Neuve.

MAISON DE SANTÉ DU Dr LEY,

Avenue Montaigne, n° 45 (*ancienne allée des Veuves*).

Cet établissement, fondé depuis 25 ans, destiné aux traitemens des maladies aiguës et chroniques, aux opérations chirurgicales et aux accouchemens, vient d'ajouter aux bains de toute espèce que l'on y trouve, l'application de la méthode hydrothérapique. MM. les docteurs pourront suivre et diriger comme ils le jugeront convenable l'emploi de ce moyen. — Vaste jardin. Le prix de la pension est modéré. Les malades y sont traités par les médecins de leur choix.

De Paris à l'établissement

HYDROTHÉRAPIQUE

de SAINTE-SEINE (Côte-d'Or), dirigé par le dr GUETTET. Trajet en 9 heures, chemin de fer de Lyon, station de Verrey (Côte-d'Or). — Malades pensionnaires, 6 fr. par jour; malades externes, 4 fr. 50 c., traitement, nourriture et logement compris.

LE ROB ANTISYPHILITIQUE

De B. LAFFECTEUR, seul autorisé, se vend 15 francs le litre au lieu de 25 francs. Dix à douze bouteilles sont nécessaires pour un traitement. L'on accorde 50 p. 100 de remise aux médecins et aux hôpitaux qui s'adressent au docteur GIRAUDEAU, 12, rue Richer, à Paris.

INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LYON.

Maison de santé spécialement consacrée aux Maladies des yeux et aux Opérations qui leur conviennent.—Situation saine et agréable. — Prix modérés.

S'adresser, pour les renseignemens, au cabinet du docteur RIVAUD-LANDRAU, oculiste, 26, rue du Pérat, à Lyon.

Papier d'Albespeyres.

Chez l'Inventeur, faubourg St-Denis, 84, à Paris, et chez MM. les Pharmaciens dépositaires de la France et de l'Étranger. Depuis plus de 30 ans, ce papier est toujours recommandé comme le meilleur épispastique, pour l'entretien facile, régulier et inodore des **Vésicatoires.**

LA DIRECTION DE PUBLICITÉ,

3, rue Guénégaud, près le Pont-Neuf, à *Paris*, se charge SPÉCIALEMENT des insertions de toute espèce dans TOUS LES JOURNAUX DE MÉDECINE, DE PHARMACIE DE PARIS, DE LA PROVINCE ET DE L'ÉTRANGER, ainsi que des DISTRIBUTIONS de *prospectus, échantillons*, etc. à MM. les médecins et pharmaciens. — *Expédition d'ouvrages de librairie, d'instrumens de chirurgie*, etc.

LE BAILLON-BIBERON,

Inventé par le docteur BELHOMME, directeur d'un Etablissement d'aliénés, servant à l'alimentation forcée des aliénés, se trouve chez Charrière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 6.

A CÉDER DE SUITE

UNE CLIENTÈLE de médecin dans les environs de Paris.— S'adresser au journal, ou à M. LEDUC, médecin à Milly (Seine-et-Oise).

MIGRAINE

et NÉVROSES en général, soulagement instantané, guérison prompte, par le *Paullinia de Fournier*, pharmacien à Paris.— M. le prof. Grisolle s'exprime ainsi : « Il » est un médicament qui, en pareil cas, nous a fourni » des résultats très avantageux, et que nul autre ne » nous avait donnés au même degré, je veux parler du *Paullinia*, etc. » Pag. 571, des NÉVROSES, *Path. interne*, 1850. — Dépôt à Paris, n° 26, rue d'Anjou-Saint-Honoré. (Inocuité complète.)

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 46. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 17 Avril 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. . . . . 32 Fr.

6 Mois. 17

3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ANESTHÉSIE.

REMARQUES SUR L'ACTION DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME.

Quoi qu'on puisse dire de l'innocuité du chloroforme, on ne peut se défendre d'un sentiment de crainte qui nous paraît bien légitime, quand on voit des exemples de mort se renouveler, malgré les enseignemens que l'expérience a donnés sur l'emploi de ce moyen puissant et dangereux.

Maintenant qu'on a constaté sa présence dans les organes les plus profonds de ceux qui ont succombé, il est rationnel de penser qu'il exerce sur les fonctions les plus intimes de ces organes une action qui ne peut être que nuisible, si elle a une certaine durée ; et il ne m'est pas démontré que dans quelques cas, le mauvais résultat local et même général de quelques opérations, ne soit pas dû à cette influence dangereuse. Peut-être n'est-il pas nécessaire qu'il y ait un commencement d'asphyxie pour que le sang éprouve une altération qu'on peut apprécier pendant l'opération même.

Chez un malade à qui on amputait la cuisse, je fus frappé de la coloration bleue des membranes muqueuses à découvert. Il avait fallu près de vingt minutes pour obtenir une insensibilité complète. La respiration, cependant, se faisait régulièrement. L'opération fut pratiquée avec toute la science des amputations, par un des plus habiles chirurgiens, pour une maladie du genou, coïncidant avec une bonne santé générale. Le périoste se décolla, la suppuration prit un mauvais aspect, et le malade succomba. Toutes les chaires divisées avaient présenté la même couleur bleue que les membranes muqueuses.

Plus d'une cause, sans doute, peut donner lieu au décollement du périoste. Mais dans le cas actuel, je ne puis m'empêcher de croire que le chloroforme n'y était pas étranger, peut-être à cause de son action *prolongée, sur un tissu fibreux*, puisqu'ordinairement il n'empêche pas les réunions immédiates.

Malgré les craintes que je viens d'exprimer, il m'en coûtait de renoncer à un moyen si précieux ; et je voulus savoir à quel point on pourrait atténuer la douleur sans porter l'action du chloroforme jusqu'à la perte de connaissance. Chez une femme à qui j'allais enlever un sein, je m'arrêtai quand elle se plaignit d'un léger étourdissement. La peau de l'avant-bras, que je pinçai, n'était pas insensible; mais la douleur était si obtuse, que la malade, qui en avait la conscience, la considérait comme indifférente. C'est dans cette condition que je commençai l'opération. Pendant toute la durée, la malade me parlait, me disant : *je vous vois, je vous entends, mais vous ne me faites point mal*. Une autre femme, à qui j'amputais l'index dans la continuité, que j'avais mise dans les mêmes conditions, et qui était restée assise sur une chaise, me tint absolument le même langage.

Un jeune homme, à qui je faisais dernièrement une opération courte, mais très douloureuse, ne s'aperçut de rien. Il était également resté assis, et on avait retiré le mouchoir placé à distance, et imprégné d'un gramme environ de chloroforme, dès que le malade avait témoigné du malaise ou plutôt de l'impatience. Un autre, âgé de 15 ans, et d'une extrême sensibilité marquée par des mouvemens involontaires des membres, ne témoigna aucune douleur pendant l'ouverture d'un abcès à la jambe. Il avait, comme le précédent, respiré pendant moins d'une minute un gramme de chloroforme jeté sur un mouchoir préalablement humecté d'eau simple. C'est quand il voulut éloigner le mouchoir avec la main, que l'incision fut faite. Il n'en a pas eu la conscience.

Forcé moi-même de me soumettre à l'incision que réclamait un anthrax à la nuque, je ne voulais pas être amené à une complète insensibilité. Après trois minutes d'inhalations de chloroforme bien irrégulières et bien souvent interrompues, ennuyé d'attendre un effet appréciable, et n'éprouvant qu'un serrement dans les tempes, je priai le chirurgien, M. Michon, de commencer. Ne voyant pas ce qui se passait, et un peu impatient, je le priai assez vivement de se hâter. C'était fini, et je n'avais rien senti. Un peu surpris, et très satisfait de ce résultat, je portai le doigt sur les bords de la plaie : je la trouvai entièrement insensible. Je pouvais croire que cette insensibilité dépendait de la maladie elle-même qui avait mortifié le tissu cellulaire sous-cutané. Mais la peau ne participait point à cette mortification. Je me pinçai, à plusieurs reprises, celle de la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, et la douleur avait un caractère si obtus, que je la renouvelai par curiosité. Je répétai cette légère épreuve plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et, à mon grand étonnement, je trouvai toujours non pas de l'insensibilité, mais une grande diminution dans la sensibilité.

Je ne sais si tous les malades présenteront les mêmes conditions que ceux dont je viens de parler, mais effrayé des accidens immédiats qu'on a trop souvent observés, et dans la crainte des conséquences tardives, et non moins graves que je viens de signaler, je me borne, depuis assez longtemps déjà, à cette action du chloroforme, qui atténue la sensibilité au degré convenable pour rendre à peu près indifférent à la douleur, sans porter atteinte aux facultés intellectuelles, sans jeter dans cet anéantissement complet, dont trop d'exemples prouvent qu'on n'est pas certain de revenir.

Les signes auxquels on peut reconnaître que l'on a atteint le degré qu'on recherche, quoique bien légers, ont été cependant assez constans, pour qu'on y attache de l'importance. — Tous les malades dont j'ai parlé ont témoigné une certaine impatience, un besoin de se soustraire au chloroforme, qu'ils écartaient avec la main, un serrement dans les tempes, et quand on pinçait la peau, ils en avaient la conscience, mais d'une manière obtuse, *quasi velo obducta*. C'est dans cet état qu'ils pouvaient voir et parler, assister à leur opération, comme si elle était pratiquée sur un autre.

HERVEZ DE CHÉGOIN,
Membre de l'Académie de médecine.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.
(Médecine.)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. CLÉMENT.

Sommaire. — Fièvre grave avec formation de pus dans plusieurs articulations. — Foyer apoplectique dans le plancher inférieur du ventricule latéral du cerveau ; ramollissement des couches voisines du foyer ; méningite ventriculaire ; mort. — Phthisie pulmonaire et néphrite albumineuse ; entéro-colite ulcéreuse ; péritonite sur-aiguë et mortelle, sans perforation intestinale.

Les trois faits que j'ai rassemblés pour cette revue peuvent compter parmi les plus curieux et les plus intéressans que possèdent les annales de la science; ils soulèvent en outre presque tous des questions graves de pathogénie et de symp-

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — Les lettres et la médecine. — Les prouesses du magnétisme. — Les dames académiciennes. — Une distraction de journaliste.

J'hésite à prendre la plume. Je ne sais où commence mon droit, où finit ma liberté. En présence du décret du 10 avril, je me demande si une appréciation quelconque de cet acte du gouvernement ne pourrait pas être considérée comme une immixtion illégale dans des questions qui nous sont défendues sous les plus sévères peines. Dans le doute, abstiens-toi, me dit la sagesse. Quel est celui de mes lecteurs qui pourrait me blâmer, dans les circonstances présentes, de ma déférence envers le proverbe antique ? Donc je me tais; mais comme le personnage de la vieille comédie, je n'en pense pas moins, et si mes confrères de la presse médicale croient devoir imiter mon prudent silence, il me sera permis de dire que le gouvernement perdra certainement une belle occasion d'éclairer ses bonnes intentions à de vives lumières.

Il y a longtemps, d'ailleurs, que notre littérature médicale est en possession de très beaux travaux sur la nécessité pour le médecin de la culture des lettres. Certes, les grands esprits auxquels nous devons des pages immortelles sur ce sujet ne pensaient guère au décret du 10 avril. Ils soutenaient, au contraire, les institutions d'une autre époque contre d'injustes et de ridicules attaques. Ils pensaient qu'il était bienséant que le médecin fût familiarisé avec les formes et le beau langage des littératures antiques. Ils avaient la simplicité de croire que la lecture d'Hippocrate, de Galien, d'Aretée, de Celse, de Fernel, de Baillou, de Baglivi, de Stoll, de Sydenham et de tant d'autres qui ont écrit en grec ou en latin, n'était pas tout à fait indifférente au médecin. Ils supposaient fort naïvement que l'histoire de notre science pouvait être utile à quelque chose, ne serait-ce qu'à éviter de faire des découvertes déjà faites ou de s'égarer à la recherche de théories déjà produites et jugées.

Mais « nous avons changé tout cela. » Cependant, cette série d'études appelées les *humanités*, qu'il était peut-être possible d'abréger ou de combiner fructueusement avec des études plus directement professionnelles, ces études littéraires ne peuvent perdre pour le médecin leur degré d'importance et d'utilité. Les élèves qui, séduits par les nouvelles idées, négligeront ces études, se condamneront, par cela même, à une position inférieure dans la hiérarchie intellectuelle du corps médical. Il n'y aura plus seulement des docteurs en médecine et des officiers de santé, il y aura des docteurs bacheliers ès-lettres et des docteurs qui ne le seront pas. Les premiers se prévaudront avec raison de leurs grades littéraires ; les seconds seront humiliés par cette exhibition. Les lettrés de toutes les autres professions ne pourront comprendre qu'on puisse être médecin sans lire les langues auxquelles la médecine a emprunté sa technologie tout entière et dans lesquelles ont été écrits les chefs-d'œuvre de sa littérature. Les médecins non lettrés seront empêchés de profiter des savans travaux de l'Allemagne, de la Suède, d'une partie de l'Italie, dont les médecins écrivains ont conservé la langue de Celse, afin de pénétrer plus facilement dans toutes les nations civilisées.

Est-il raisonnable de vouloir que le médecin botaniste ne puisse lire Linnée, que le physiologiste ne puisse communiquer avec Haller, que l'anatomo-pathologiste ne puisse fouiller dans le grand répertoire de Morgagni, pour ne citer que quelques exemples au milieu de la foule innombrable d'ouvrages célèbres qui viennent sous la plume ?

Est-il sage de vouloir que le médecin appelé à connaître et à soulager toutes les misères et toutes les défaillances morales comme les douleurs physiques, ne subisse plus la pénétrante influence de la culture des lettres sur le ton, le langage, la tenue, la conduite et tout l'ensemble de l'homme qui se résume par le mot éducation ?

Est-il prudent de courber exclusivement l'intelligence des jeunes hommes vers la recherche des phénomènes matériels ? Cette tendance au matérialisme, reprochée à l'étude exclusive des sciences, croit-on l'affaiblir en privant les jeunes gens de la lecture de Platon ou de Cicéron, ou même de celle des Pères de l'Église ? Qui de nous, mon cher confrère et bien-aimé lecteur, n'a pas senti vingt fois, après de pénibles et d'exactes études matérielles, le besoin de raffraîchir son intelligence et son cœur par la lecture de quelques pages d'un grand poète, d'un grand philosophe ou d'un grand historien de l'antiquité ? N'est-ce pas que le doute amer et pénible sur la destinée de l'homme, sur la dualité de sa nature, sur toutes les grandes questions philosophiques et religieuses qui tourmentent l'esprit, n'est-ce pas que ce doute ne vous est venu que le scalpel à la main et la fibre cérébrale sous les yeux ? N'est-ce pas que ce doute s'est envolé à tire-d'aile en lisant un beau récit de Plutarque ou une éloquente page de saint Jérôme ou de saint Augustin ?

Je dépose humblement cette indication dans l'esprit de tous ceux qui poussent le pouvoir vers une régénération morale de l'éducation universitaire, et je m'éloigne avec regret, mais prudemment, d'un sujet que je ne puis traiter ni dans son étendue, ni avec liberté.

Après le décret du 10 avril, l'événement de la semaine a été l'incident du concours pour deux places de chirurgien au bureau central des hôpitaux de Paris. Il a été beaucoup parlé de ce fait grave, qui peut avoir des conséquences plus graves encore. S'il est facile d'en parler, *verba volant*, il n'est pas facile d'en écrire, *scripta manent*. Le journaliste se trouve placé entre ce double écueil d'incriminer les actes d'un jury composé d'hommes les plus honorables et l'orgueil de notre art, ou de jeter la pierre à de jeunes et non moins honorables chirurgiens, l'espoir de notre science. Ici encore la prudence, non moins que le sentiment des convenances, me font un devoir de m'abstenir. Tout cela est fort regrettable sans doute, mais au point où en sont arrivées les choses, le journaliste ne peut rien, si ce n'est faire des vœux pour la pacification des esprits et la conciliation de cette affaire.

Le magnétisme fait de nouvelles prouesses. Celle que rapportent les journaux surpasse toutes les autres ; jugez-en : « M. Ferrand, marchand quincaillier à Antibes, ayant trouvé dernièrement, dans sa propriété, une pièce de monnaie en argent, frappée du temps des Romains, l'envoya à ses correspondans de Paris, en les priant d'aller avec cette pièce chez le magnétiseur Marcillet pour consulter Alexis à ce sujet. Ce dernier, une

tomatologie. Le premier est un exemple de ces suppurations formées dans l'intérieur et autour des articulations, au milieu d'un ensemble de symptômes les plus graves, sans qu'on puisse trouver après la mort la cause, le point de départ de ces altérations. Le second nous montre, avec des altérations pathologiques très rares et dont la filiation a pu être établie cependant d'une manière très nette, quelles difficultés peut présenter le diagnostic des foyers apoplectiques circonscrits, et combien certaines formes de méningite présentent de rapports avec la fièvre typhoïde. Enfin le troisième nous présente, avec l'association de deux maladies très graves, la phthisie pulmonaire et la néphrite albumineuse, un exemple de péritonite sur-aiguë, survenue sans perforation intestinale et par le fait seul de la propagation de l'inflammation de l'intestin ulcéré au péritoine.

On sait combien les opinions sont encore partagées parmi les médecins relativement à la formation du pus dans les articulations pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Malgré les faits publiés par M. Malapert, par M. Macleod, par M. Bouillaud, et plus récemment par M. Andral et par M. Becquerel, un grand nombre de médecins ne sont pas éloignés de penser que ces suppurations articulaires doivent rentrer dans cette catégorie de cas où du pus a pénétré dans le torrent circulatoire à la suite d'une cause locale ou générale. D'autres, un peu moins exclusifs, sans se refuser à admettre la possibilité de la production du pus comme résultat de l'inflammation articulaire, qui forme, sinon la totalité, au moins une grande partie du rhumatisme articulaire aigu, regardent cette terminaison comme extrêmement rare et comme liée plutôt à une inflammation fortement localisée sur une articulation qu'à ces inflammations disséminées qui constituent le caractère principal de la maladie, dans les cas le plus généralement observés. Pour nous, qui n'hésitons pas à nous rattacher à cette dernière opinion, en présence des faits bien observés qui ont été publiés et, de plus, par cela que nous avons pu constater au moins deux fois avec le microscope la présence des globules de pus dans la sérosité un peu trouble trouvée dans les articulations malades chez des sujets rhumatisans, emportés par quelque grave complication, il nous semble cependant que, pour pouvoir rattacher avec quelque certitude au rhumatisme les suppurations articulaires, il ne suffit pas d'avoir observé pendant la vie des phénomènes douloureux vers les articulations, il ne suffit pas non plus que l'on constate après la mort l'absence de quelques-uncs de ces lésions avec lesquelles coïncident les suppurations diffuses, dont l'ensemble constitue ce qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui la pyohémie; il faut plus encore, c'est que les symptômes notés pendant la vie offrent dans leur marche, dans leur enchaînement, dans leur expression l'ensemble du rhumatisme articulaire aigu; il faut que la maladie se dessine par ses caractères ordinaires. Le fait suivant mettra en évidence la nécessité des réserves que nous venons d'établir :

Maresley (Marie), âgée de 60 ans, journalière, est entrée à l'hôpital de la Pitié le 29 novembre 1851 (salle Saint-Charles, n° 17). Cette femme, dont la constitution paraissait encore assez bien conservée, mais qui avait éprouvé, dans ces dernières années, de nombreuses privations depuis la mort de son mari, faisait remonter le début de sa maladie à une douzaine de jours. A cette époque, elle avait eu une perte abondante qui avait duré deux jours, avec des caillots volumineux, et dont la venue l'avait d'autant plus étonnée, qu'elle avait cessé d'être réglée depuis l'âge de 44 ans. Deux ou trois jours après, elle avait été prise de douleurs dans les deux coudes et dans les deux épaules, qui s'accompagnaient de fièvre, et qui l'obligèrent à prendre le lit. Depuis deux jours seulement, il lui était survenu de la douleur avec rougeur et gonflement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit. Pas de vomissemens; pas de diarrhée. Depuis qu'elle était tombée malade, elle avait toujours présenté de l'assoupissement. Excitation nerveuse remarquable quand on la pressait de questions. Impossibilité d'obtenir d'autres renseignements.

L'état dans lequel se trouvait cette malade parut d'abord des plus graves : elle était couchée sur le dos, à demi-assoupie, les yeux fermés, semblant étouffer, et poussant des cris de douleur dès qu'on touchait les articulations des membres supérieurs, les deux coudes principalement, et l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit. Les articulations du membre supérieur ne présentaient aucun gonflement appréciable; il n'en était pas de même de l'articulation du gros orteil, qui était gonflée et rouge. Peau médiocrement chaude; pouls assez développé, de 88 à 92 par minute. Langue sèche, brunâtre à son centre, rouge sur ses bords. Vive injection de la muqueuse buccale. Soif très vive. Pas d'appétit. Ventre indolent. Léger bruit de souffle au cœur. Vagin rétracté. Col de l'utérus effacé et atrophié, réduit à une ouverture en anneau qui livre aisément passage à l'indicateur; mais le toucher ne permettait de reconnaître aucune altération appréciable du côté de l'utérus. Injection de l'œil gauche avec photophobie.

Une saignée du bras, un éméto-cathartique et des applications calmantes, faites sur les articulations, n'eurent aucun effet favorable. Les douleurs semblaient un peu moindres le lendemain, en ce qu'elles étaient plutôt diffuses que circonscrites; mais l'agitation était extrême; la langue sèche et encroûtée, le pouls à 104; un peu de délire. Les accidens ne firent qu'augmenter, et la mort eut lieu le 2 décembre, à dix heures du matin.

Autopsie. — Une demi-cuillerée environ de pus bien lié dans l'articulation métatarso-phalangienne droite. Du pus en abondance dans l'articulation du genou gauche, avec fine injection de la synoviale. Au niveau du pli du coude droit, en dehors de l'articulation, un peu de pus infiltré dans les muscles de la couche superficielle; mais l'articulation correspondante était intacte. Du pus était également infiltré dans et sous le deltoïde droit; la petite collection purulente était circonscrite par une membrane blanchâtre, tomenteuse; elle ne communiquait pas avec l'articulation correspondante qui contenait du pus, mais sans altération de la synoviale. Toutes les autres articulations ne présentaient aucune altération. Congestion hypostatique des poumons, avec emphysème, œdème, et dilatation des bronches. Cœur volumineux, surchargé de graisse; substance charnue, très fragile et décolorée. Épaississement du bord libre de la valvule tricuspide et de la valvule mitrale, sans rétrécissement ni insuffisance. Rétrécissement avec légère insuffisance de l'orifice aortique. Rate volumineuse, violacée, en bouillie. Foie un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire, décoloré. Reins décolorés, avec plusieurs kystes à leur surface. Méninges un peu laiteuses; consistance normale du cerveau; sérosité dans les ventricules un peu dilatés. Utérus, ovaires et ligamens larges parfaitement intacts. Légère injection de l'estomac et de l'intestin grêle, vers le grand cul-de-sac pour le premier, au commencement et à la fin pour le second. Les fosses nasales furent ouvertes pour s'assurer qu'il n'y avait pas d'altérations dans leurs cavités, et l'on ne put constater qu'un résultat négatif.

La première idée qui pouvait se présenter à l'esprit, en examinant cette malade, c'est qu'on avait affaire à un rhumatisme articulaire sur-aigu. Mais, en y réfléchissant un peu, cette première idée perdait ses probabilités. En effet, relativement à la marche de la maladie, on ne retrouvait pas cette dissémination rapide et générale des douleurs qui caractérise le rhumatisme articulaire aigu; mais, de plus, il y avait dans l'ensemble de la maladie, dans l'état local et dans l'état général surtout, des différences frappantes. Dans l'état local, c'était l'intensité extrême de la douleur, arrachant des cris à la malade dès qu'on voulait mouvoir ou même toucher les articulations, intensité qui contrastait avec l'absence de gonflement de ces mêmes articulations; une seule articulation, celle du gros orteil droit, était gonflée et rouge; mais elle n'était cependant pas plus douloureuse que les autres. Dans l'état général, je signalerai l'abattement profond, l'assoupissement, la fréquence du pouls, sans grande chaleur à la peau, la sécheresse de la langue, bref, les symptômes qui constituent l'état adynamique; et tout cela, sans aucune complication grave vers un organe quelconque de l'économie, sans pneumonie, sans pleurésie, sans péricardite, etc., etc. Il fallait donc que les douleurs articulaires fussent sous une autre influence que celle du rhumatisme articulaire, et ces douleurs, rapprochées de l'ensemble des phénomènes graves que je viens de rappeler, rapprochées surtout de cette injection vive de l'œil gauche avec photophobie, que je dois mentionner également, parce que c'est un phénomène souvent constaté dans des cas analogues, nous firent penser que nous devions avoir affaire à une de ces graves altérations des humeurs, auxquelles on a donné le nom de *pyohémie*.

Restait cependant à savoir quel en était le point de départ. On a vu que l'autopsie ne nous a guère éclairé à cet égard : aucun organe n'a présenté d'altération profonde, et surtout pas de ces suppurations dans un point de l'économie, dont la présence semble la condition la plus générale de ces altérations; nous avons même poussé les précautions jusqu'à rechercher la présence des ulcérations dans les fosses nasales, et sans y avoir rien trouvé. Mais s'ensuit-il de là que nous devions rattacher cette maladie au rhumatisme articulaire? Telle n'est pas notre conviction. N'est-ce donc pas un fait bien observé et aujourd'hui acquis à la science, que, dans certains cas, du pus se forme avec la plus grande rapidité dans les tissus enflammés? Ne voit-on pas des pneumonies passer à suppuration dans un temps très court, des phlegmasies paraître et suppurer en quelques heures? Sans doute, ces faits ne sont pas très nombreux, mais ils existent, et on les observe chez des individus soumis à des privations depuis longtemps, ayant éprouvé de violens chagrins, c'est-à-dire placés dans des conditions qui nous portent à supposer une détérioration lente et graduelle des humeurs vitales. Que l'on comprenne bien notre pensée, nous ne disons pas que le pus ait été déposé simplement dans les articulations malades; nous admettons, au contraire, qu'il y a eu une phlegmasie des articulations, comme il eût pu y avoir une phlegmasie de la plèvre ou du péricarde. Cette inflammation était très marquée dans l'articulation du genou; elle l'était moins dans les petites articulations; mais sa présence dans la première doit nous la faire admettre pour les autres, dans lesquelles, comme on sait, la synoviale est peu étendue, et dans lesquelles, par conséquent, l'état de cette membrane est difficile à vérifier. Mais ce que nous maintenons jusqu'à preuve du contraire, c'est que ces inflammations articulaires ont présenté, dans leur marche et dans leur terminaison surtout, des particularités telles, qu'on ne saurait les rattacher au rhumatisme articulaire aigu; de sorte que nous ne serions pas éloigné de donner à cette affection le nom d'*arthrite multiple*, pour la rapprocher des abcès qui portent le même nom, et qui nous paraissent de la même famille que les suppurations articulaires que nous avons rencontrées dans ce cas.

— Que l'on parcoure les traités modernes relatifs aux maladies de l'enfance, et l'on sera frappé du soin avec lequel les auteurs ont insisté sur le diagnostic différentiel de la méningite et de la fièvre typhoïde. Au lit du malade, les observateurs les plus habiles sont même souvent en défaut; et je me rappellerai toujours un homme dont le nom restera attaché à la pa-

---

fois passé dans l'état somnambulique, leur dit qu'il voyait chez M. Ferrand, à Antibes, une petite urne enfouie à quelques pieds en terre..... renfermant une assez grande quantité de ces mêmes pièces..... Mais qu'il lui faudrait le plan de la propriété, afin de mieux désigner le lieu où ce petit trésor avait été enterré. Le plan ayant été envoyé par M. Ferrand à ses correspondans, puis communiqué ensuite par eux à Alexis, il leur indiqua, en faisant une marque au crayon, l'endroit où l'on devait creuser. Les instructions du somnambule ayant été suivies, l'urne indiquée par lui fut trouvée..... Elle contenait trois kilogrammes cinq cents grammes de pièces de monnaie en argent, semblables à celles qui lui avaient été remises précédemment. » On ne peut être étonné que d'une chose, c'est que ces somnambules si lucides ne se servent pas pour leur compte de leurs phénoménales facultés, et n'aient pas tous à leur disposition les trésors de Monte-Christo.

Nous avions dans les États-Unis, terre des excentricités en tout genre, des dames docteurs en médecine. Notre vieille Europe ne veut pas se laisser distancer par la jeune Amérique, elle vient de créer des dames académiciennes. Mme Sontag, l'illustre cantatrice, vient d'être nommée membre honoraire de l'Académie de Sainte-Sophie, à Pragne. Son diplôme lui a été remis en grande solennité par le président et le secrétaire de cette compagnie.

Je lis dans l'*Union*, journal politique, ce qui suit :

« La pièce suivante figurera certainement dans les plagiats célèbres :

« On lit dans le numéro du 30 mars de l'*Union Médicale*, journal médical de Paris :	« Le journal *politique* l'*Indépendant* publie, dans son numéro du 4 avril, un *premier-Toulouse* qui commence en ces termes :
SOLUTION A DONNER A LA QUESTION DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.	
« Voulez-vous trouver un *criterium* sûr de la vérité d'un principe ou d'une opinion? Cherchez-le dans l'impression intime que ce principe ou cette opinion produit sur la généralité des hommes. Il est de l'essence de la vérité de frapper, comme instinctivement, les esprits et de les subjuguer, souvent malgré leur résistance. Voilà précisément ce qui se passe à l'occasion de la discussion sur l'avortement provoqué.	« Veut-on trouver un *criterium* sûr de la vérité d'un priucipe ou d'une opinion? Qu'on le cherche dans l'impression intime que ce principe ou cette opinion produit sur la généralité des hommes. Il est de l'essence de la vérité de frapper, comme instinctivement, les esprits et de les subjuguer souvent malgré leur résistance. Voilà précisément ce qui se passe aujourd'hui en France dans notre monde politique à l'occasion de la nouvelle ère de progrès, de prospérité et de justice que le discours du prince-président vient d'ouvrir pour notre pays. . . . .

Je connaissais l'étrange distraction commise par l'*Indépendant*; je ne l'aurais pas signalée si le journal politique d'où je l'extrais n'avait cru devoir la faire connaître à ses lecteurs.

Amédée LATOUR.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

On lit dans le *Moniteur de l'armée :*

« Par décision du 9 avril, le prince-président de la République a donné son approbation au classement résultant de la fusion des sertions de médecins et de chirurgiens en un seul corps de médecins militaires.

» Ce classement comprend : les inspecteurs, les officiers principaux, les médecins ordinaires de 1re classe et les majors de 1re classe; les médecins ordinaires de 2e classe et les chirurgiens-majors de 2e classe; les médecins adjoints et les chirurgiens aides-majors de 1re classe.

» Les chirurgiens aides-majors de 2e classe restent classés comme ils l'étaient dans les annuaires précédens, à cette exception près que les anciens aides-majors non docteurs, et d'une nomination antérieure à l'ordonnance du 12 août 1836, sont mis hors cadre, tout en conservant leurs emplois jusqu'à leur admission à la retraite ou leur réception au doctorat.

» La fusion est faite de telle sorte que les médecins et chirurgiens conservent, sur le nouveau contrôle, un rang exactement correspondant à celui que chacun occupait précédemment dans sa hiérarchie professionnelle. »

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE POUR 1853. — 1° Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de *pleuro-pneumonie épizootique*, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et sur les moyens d'en préserver les bêtes à cornes. — Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. — Prix : une médaille d'or de 800 fr.

2° 1re question. — Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer par des expériences nouvelles l'influence qu'exercent sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal lee divers genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. — Prix : une médaille d'or de 1,500 fr.

2e question. — Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections des os. — Prix : une médaille d'or de 400 fr.

3e question. — Exposer l'influence respective des différens nerfs sur les mouvemens de l'iris. — Prix : une médaille d'or de 400 fr.

4e question. — Faire l'histoire chirurgicale des tumeurs en général. — Prix : une médaille d'or de 800 fr.

5e question. — Faire une nouvelle étude chimique du *veratrum album* et des alcaloïdes qu'il contient. — Prix : une médaille d'or de 500 fr.

Les mémoires devront être envoyés, suivant les formes académiques, à M. le secrétaire de l'Académie de médecine, au Musée, à Bruxelles, avant le 30 juin 1853.

thologie de l'enfance, Guersant, me disant, en parlant d'un de ses malades : *c'est une méningite, à moins que ce ne soit une fièvre typhoïde.* Je dois dire cependant que Guersant s'y trompait rarement. Chez l'adulte, la détermination de ces deux maladies est généralement entourée de moins de difficultés que chez l'enfant. Chez le premier, la méningite et la fièvre typhoïde se révèlent avec un ensemble et une vigueur qu'on ne retrouve pas chez ce dernier ; néanmoins, il est des cas où l'on pourrait rester dans le doute pendant quelques jours, et c'est, afin de signaler la possibilité de cette erreur, en même temps que pour faire connaître un enchaînement de lésions des plus curieux et des plus rares, que je rapporterai l'observation suivante :

Observation. — Brouchiquant (Pierre), 28 ans, lithographe, est entré à la Pitié le 19 janvier dernier (salle St-Paul, n° 7). Ce jeune homme, d'une constitution médiocrement forte, d'un tempérament lymphatique, très sujet, dans son enfance, à des épistaxis, et depuis à des étourdissemens, faisait remonter sa maladie à deux mois environ. Il avait éprouvé des accidens dont il rendait assez mal compte et parmi lesquels il signalait de la toux, des vomissemens, de l'état fébrile, des crachats sanglans de temps en temps. La toux avait cessé depuis quelque temps, et à la suite il avait ressenti une vive céphalalgie et des étourdissemens pendant lesquels ses membres s'engourdissaient ; néanmoins, il n'avait pas eu de véritable perte de connaissance. Ce jeune homme avait déjà eu deux affections graves de poitrine, une pleurésie et une fluxion de poitrine.

Les symptômes éprouvés par ce malade étaient bien de nature à faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde : abattement, face animée, céphalalgie frontale, lèvres sèches à leur face interne, langue rouge sur les bords, couverte à son centre d'un enduit blanchâtre épais ; bouche amère, soif vive, surtout pendant la nuit ; perte d'appétit, peau chaude avec tendance à la moiteur, pouls entre 88 et 92, légèrement dicrote ; étourdissemens, brisemens dans les membres, courbature, ventre médiocrement développé, un peu de gargouillement dans la fosse iliaque gauche, sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite, sans gargouillement ; dévoiement depuis un mois ou six semaines ; un peu de toux, crachats muqueux, respiration rude dans toute l'étendue de la poitrine avec un peu de diminution de sonorité au sommet du poumon droit, et prolongement de l'expiration aux deux sommets ; pas de taches lenticulaires. Un émétocathartique lui fut prescrit, et comme le lendemain les phénomènes thoraciques paraissaient plus prononcés, on fit appliquer un vésicatoire entre les épaules ; le pouls, qui était à 88 ou 92, tomba successivement à 84 et à 72, et en même temps les vomissemens commencèrent à paraître. Chaque jour il y avait de quatre à cinq vomissemens bilieux. L'abattement fit également des progrès ; le malade était absorbé et se plaignait de la tête dès qu'on le remuait. Les vomissemens furent calmés par l'administration de la glace ; mais la céphalalgie ne céda ni à la saignée, ni à l'application d'un vésicatoire à la nuque. Dans la nuit du 25 au 26, il y eut un peu de délire. A la visite du matin, le 26, le malade était dans un profond abattement ; délire sourd avec carphologie, soubresauts des tendons, langue sèche, rouge à sa pointe et sur ses bords ; yeux injectés, surtout le droit, et les pupilles, la droite principalement, énormément dilatées et ne paraissant pas se contracter sous l'action de la lumière ; embarras de la respiration. Malgré les frictions stibiées qui furent pratiquées sur la tête, malgré l'application de deux vésicatoires aux cuisses, le malade succomba le 27 dans la matinée.

L'*autopsie* montra, du côté du cerveau, les altérations suivantes : congestion considérable des vaisseaux de la surface convexe ; écoulement d'une certaine quantité de sang noir à l'incision de la dure-mère. Arachnoïde cérébrale poisseuse et collante au toucher. Cerveau d'un volume considérable ; un peu d'opalinité à la face convexe du cerveau, surtout sur les parties latérales et externes. Consistance normale de la substance cérébrale ; un peu d'injection ponctuée de la substance blanche, plus prononcée vers les parties centrales. Epanchement abondant de sérosité sanguinolente dans le ventricule latéral droit ; il y en avait également dans la corne antérieure du ventricule latéral gauche. Partie postérieure droite du corps calleux un peu ramollie ainsi que le pilier postérieur gauche. Tubercules quadrijumeaux et septum lucidum intacts. Mais l'altération la plus curieuse et la plus inattendue était la suivante : en arrière de la couche optique gauche dans le point où le ventricule se recourbe en bas et en arrière, intéressant la partie la plus postérieure du pied d'hippocampe et le plancher inférieur du quatrième ventricule, on aperçut un ramollissement dans une étendue d'un pouce environ. Dans ces points, la substance cérébrale était en bouillie et mélangée avec du sang ; au-dessous était un petit caillot du volume d'une noisette. Cervelet et protubérance sans altération. Poumons infiltrés dans toute leur étendue de tubercules miliaires, congestionnés à leur partie postérieure. Estomac revenu sur lui-même et muqueuse stomacale ayant conservé sa consistance. Pas d'ulcérations des plaques de Peyer ou de Brunner, un peu d'injection seulement de la partie inférieure de l'intestin grêle. Les reins présentaient un commencement de transformation granuleuse.

L'examen nécroscopique a révélé, dans ce cas, la marche des accidens et en a fourni l'explication très naturelle. Un petit épanchement sanguin s'était fait dans le plancher inférieur du ventricule latéral, dans le voisinage de ce ventricule ; les couches cérébrales qui entouraient ce foyer se sont enflammées et ramollies ; le ramollissement s'est étendu jusque dans le ventricule et est devenu le point de départ d'une méningite ventriculaire. Comment s'est formé le foyer et à quelle époque? C'est ce qui est fort difficile à dire, le malade n'ayant jamais parlé de perte de connaissance. A quelle époque a commencé le ramollissement autour du foyer? Sans pouvoir déterminer cette époque d'une manière précise, nous pouvons dire que le ramollissement existait déjà au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, et que la méningite ventriculaire était imminente, si elle n'était pas encore développée. Sauf les taches lenticulaires, ce malade présentait d'ailleurs tous les signes de la fièvre typhoïde. L'apparition des vomissemens vint appeler l'attention vers une affection cérébrale ; on pensa à une méningite tuberculeuse. La dilatation des pupilles, et surtout de la pupille droite qui fut observée la veille de la mort, semblait confirmer ce diagnostic en faisant songer à un épanchement ventriculaire. On a vu que s'il y avait une méningite, cette inflammation était plus particulièrement circonscrite au ventricule latéral ; néanmoins, l'état poisseux de l'arachnoïde cérébrale pouvait faire admettre que les méninges d'enveloppe n'étaient pas loin de participer à l'inflammation intérieure. On remarquera, du reste, que dans ce cas, le délire ne s'est montré que très tard, et encore un délire sourd ; pendant toute la durée de la maladie, le malade s'est plaint principalement de la tête et il a toujours été absorbé. Ces derniers phénomènes ont beaucoup augmenté à mesure que la maladie marchait vers la terminaison fatale.

— Nous avons déjà rapporté, dans ce journal, plusieurs faits de coïncidence de phthisie pulmonaire et de néphrite tuberculeuse. Cette coïncidence nous semble trop bien établie aujourd'hui pour que nous ayons besoin de revenir de nouveau sur ce point, et tout médecin serait impardonnable, qui, apercevant un peu d'œdème aux extrémités, et surtout à la face, chez un sujet tuberculeux, n'aurait pas soin d'examiner les urines par la chaleur et par l'acide nitrique. Mais le fait suivant est curieux à un autre point de vue, parce qu'il nous fournit un exemple de ces péritonites sur-aiguës *sans perforation intestinale* qui affectent la marche et la rapidité des péritonites par perforation, et qui tuent aussi rapidement que ces dernières, parce que, prenant naissance comme celles-ci dans un point enflammé, elles se généralisent comme elles. On remarquera cependant, dans le fait suivant, une particularité qui pourrait peut-être servir, dans certains cas, à faire distinguer ces péritonites par propagation de l'inflammation, des péritonites par perforation, c'est que la douleur, si elle a débuté brusquement, n'a pas acquis aussi rapidement cette effroyable intensité qu'elle présente dans le dernier cas, et qu'il y a eu des alternatives de bien et de mal, tandis que dans les péritonites par perforation et surtout par perforation intestinale, la mort arrive très rapidement et avec une continuité non interrompue d'accidens dans un intervalle de vingt à cinquante-quatre heures, ainsi que l'a établi M. Louis dans ses relevés statistiques.

Observation. — Sermone (Pauline), 24 ans, couturière, est entrée à la Pitié le 2 février 1852. Cette femme, d'une constitution médiocrement forte et qui avait présenté dans son enfance des signes de scrofule, n'avait jamais éprouvé de maladie grave. Réglée à 12 ans 1/2, et avec régularité, elle avait eu 4 enfans en trois couches. Elle avait éprouvé beaucoup de fatigues et de privations pendant le temps qu'elle avait soigné deux de ses enfans et son mari, mort après 27 mois d'une affection tuberculeuse ; depuis six mois, elle avait commencé à tousser et à maigrir ; depuis 4 mois, elle avait été prise d'un dévoiement qui n'avait jamais cessé depuis, quoique moins fort dans les premiers temps. Trois semaines auparavant, elle s'aperçut le soir en se couchant que ses pieds étaient enflés ; ils désenflaient d'abord par le repos, puis l'œdème devint permanent. Jamais elle n'avait craché de sang.

L'existence d'une tuberculisation pulmonaire très avancée ayant été reconnue chez cette malade dès son entrée à l'hôpital, on se borna d'abord à un traitement palliatif ; mais la décoloration générale des tégumens et la bouffissure du visage ayant appelé l'attention vers l'état des reins, on reconnut que les urines précipitaient abondamment par la chaleur et par l'acide nitrique ; du reste, l'œdème avait envahi la main gauche, quelques jours après son entrée à l'hôpital. Le dévoiement continua malgré tous les moyens que l'on put mettre en usage ; il y avait dans les 24 heures 9 ou 10 garderobes liquides comme de l'eau, et accompagnées de coliques ; tout le ventre était sensible à la pression, quoique parfaitement souple.

Les choses en étaient là le 9 février, lorsque, dans la soirée, la malade fut prise tout d'un coup de douleurs très vives dans le ventre, avec refroidissement des extrémités, douleurs ayant principalement leur siége autour de l'ombilic et vers l'hypochondre droit. Dans la nuit, ces douleurs se calmèrent un peu, mais la malade ne dormit pas, et le lendemain on put constater une sensibilité du ventre telle, que le moindre contact arrachait des cris, surtout lorsque la pression était pratiquée autour de l'ombilic et sur le bas-ventre. Refroidissement de la face et des extrémités ; pouls serré, misérable, presque impossible à compter à la radiale ; nausées, quelques vomissemens glaireux. Un vésicatoire, appliqué sur l'abdomen et pansé avec la morphine, eut pour effet de calmer un peu les douleurs ; mais les extrémités restèrent froides, le pouls misérable et presque insensible. Altération profonde des traits, étouffemens, nausées, quelques vomissemens, ventre ballonné et sensible à la pression dans toute son étendue ; néanmoins, la malade indiquait la fosse iliaque droite comme le siége principal et le point de départ de la douleur. Elle succomba le 12 au matin, après s'être réchauffée un peu la veille dans la soirée.

Autopsie. — La cavité abdominale contenait une grande quantité d'un liquide trouble, tenant en suspension des flocons de lymphe plastique. Adhérences molles, glutineuses, soudant les anses intestinales entre elles. A la face supérieure du lobe droit du foie, fausses membranes jaunâtres, mais plus denses que celles du reste de l'abdomen, constituant comme deux poches cloisonnées, à surface irrégulière et tomenteuse, et contenant dans leur intérieur un liquide jaune-verdâtre trouble. Nombreuses ulcérations dans le dernier tiers de l'intestin grêle, ulcérations à bords irréguliers, relevés, d'une grandeur variable depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 20 centimes ; autour de ces ulcérations, il n'y avait aucune trace d'injection. Le cœcum avait contracté des adhérences intimes avec la partie inférieure de la fosse iliaque droite ; dans ce point il reposait sur une base indurée formée par une masse de ganglions encore reconnaissables, et dont quelques-uns paraissaient infiltrés de matière grasse. Derrière le cœcum, se trouvait un foyer contenant un liquide épais, en tout semblable à celui renfermé dans l'intestin, avec lequel il communiquait au niveau du cul-de-sac par plusieurs ulcérations. Le cœcum était en effet littéralement criblé d'ulcérations qui en avaient, pour ainsi dire, détruit toute la face interne et qui laissaient à peine quelques lignes de la membrane muqueuse intacte çà et là. Le colon dans toute son étendue, et surtout au voisinage du cœcum, était le siége d'ulcérations très étendues, quelques-unes ayant la grandeur d'une pièce de 40 sous, comme taillées à pic, reposant sur une base indurée et noirâtre. Nulle part, on n'aperçut de tubercules dans l'intestin, et les ulcérations ne reposaient pas sur un fond tuberculeux. Quelque longues et patientes que fussent les recherches, on ne put découvrir aucune ouverture de communication entre l'intestin et le péritoine.

Les reins présentaient les altérations de la néphrite albumineuse : la substance corticale fortement hypertrophiée et décolorée, avec décoloration et disparition très avancée de la substance tubuleuse, mais sans aspect granulé bien marqué ; ils avaient de 10 à 11 centimètres de long, sur 5 à 6 dans leur diamètre transversal ; l'aspect lobulé était assez prononcé. La rate était volumineuse, mais d'une consistance normale. Le foie très volumineux, ramolli, commençant à se décolorer, et à passer à l'état graisseux.

Poumons soudés aux côtes par des adhérences filamenteuses anciennes, s'affaissant à leurs sommets comme des vessies vides. Cette disposition, assez rare, était due à ce que les deux sommets étaient creusés d'énormes cavernes, entièrement vides, doublés au dehors par une couche très-mince de tissu pulmonaire refoulé et grisâtre, et en dedans par une membrane assez consistante, grisâtre. La moitié supérieure des lobes inférieurs et même le lobe inférieur du poumon gauche étaient creusés d'un grand nombre de ces vastes cavernes. Dans l'intervalle, l'infiltration tuberculeuse était générale, et c'était un sujet d'étonnement que de comprendre comment la malade avait pu vivre aussi longtemps avec des poumons aussi profondément altérés, et par suite avec une respiration aussi incomplète. La valvule mitrale était légèrement épaissie à son bord libre, avec opacité ; parois de l'aorte minces ; cavités gauches du cœur contractées.

Infiltration séreuse abondante dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; à la face convexe, la sérosité était sanguinolente.

Dr Aran,
Médecin des hôpitaux.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE.

Un de nos confrères le plus justement aimé et estimé, le professeur M..., après une longue et glorieuse carrière, me disait, quelques années avant sa mort, « que sa vieille expérience lui avait appris qu'en matière médicale, il ne fallait rien rejeter sans examen et sans expérimentation, alors même que l'action d'un médicament paraissait inexplicable. »

Convaincu que c'est là une vérité qui, tout en faisant le progrès de la matière médicale comme science, n'en est pas moins incontestable, permettez-moi de vous soumettre trois cas de guérison de sciatique par l'iodure de potassium.

La publicité donnée à ces trois faits, par votre excellent journal, engagera probablement des praticiens distingués à expérimenter ce sel dans des cas semblables ; et si le succès est au bout, ce sera avoir beaucoup fait pour l'humanité, car la sciatique est commune et sa douleur atroce.

M. B..., âgé de 56 à 57 ans, d'un tempérament bilieux,

ayant toujours joui d'une bonne santé, à quelques atteintes de sciatique près qu'il a eues depuis quelques années, fut pris, dans le mois de septembre dernier, de ces mêmes douleurs, et d'une manière tellement forte, qu'il fut cloué dans son lit pendant quinze jours, sans obtenir aucun soulagement des évacuations sanguines, des vésicatoires volans et de l'application des sels de morphine.

Le jeune officier de santé qui lui donnait des soins, lui prescrivit 8 grammes d'iodure de potassium dans 125 grammes d'eau sucrée, à prendre en deux fois dans les vingt-quatre heures. Le soir même, il y eut un amendement dans la douleur.

Le lendemain, la même dose du médicament fut administrée, et de la même manière, qui amena la cessation complète de toute douleur, et le malade passa une nuit sans souffrance, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps.

La nouvelle de cette guérison se répandit dans la petite ville où elle avait eu lieu.

M. de V..., âgé d'une trentaine d'années, de tempérament bilieux, qui, dans le mois de mars, fut pris d'une attaque de sciatique avec des douleurs horribles, s'en débarrassa en quarante-huit heures avec la même dose d'iodure.

Dans le même mois de mars, je fus moi-même atteint de douleurs vives de sciatique, qui me privèrent de sommeil pendant dix jours. Mes affaires m'ayant obligé à aller dans la petite ville où s'étaient passés les deux faits précités que M. de V... lui-même me fit connaître, je pris le lendemain 8 grammes d'iodure dans la journée, et le soir je n'avais plus que le souvenir de ma douleur que je n'ai point vu reparaître.

D[r] Izarié.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 14 Avril 1852. — Présidence de M. Larrey.

Du traitement des fistules vésico-vaginales.

Dans notre dernier article, nous avons donné la rapide analyse d'une intéressante observation de fistule vésico-vaginale communiquée par M. Maisonneuve. Ce chirurgien, qui a suivi avec habileté et hardiesse la voie ouverte par M. Jobert (de Lamballe), donne lecture, dans cette séance, d'un mémoire sur cette importante question de chirurgie. Ce travail est intitulé : *Mémoire sur de nouveaux perfectionnemens apportés au traitement des fistules vésico-vaginales.*

Avant que M. Jobert de Lamballe eût l'ingénieuse idée d'appliquer au traitement des fistules vésico-vaginales, la méthode d'autoplastie par glissement, la plupart de ces affections étaient considérées comme incurables. Grâce à cette heureuse application, il est possible maintenant de guérir beaucoup de ces infirmités cruelles. Mais il en est encore, et en assez grand nombre, qui semblaient réfractaires à tous nos moyens. C'est contre ces cas désespérés, dit M. Maisonneuve, que j'ai surtout dirigé mes efforts, et bien que les résultats soient encore peu nombreux, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de les faire connaître en détail.

Observation I. — *Fistule vésico-vaginale énorme, large débridement en arrière et sur les côtés; guérison.*

M[me] Cuignet (Hortense), femme Chataigne, âgée de 34 ans, éprouva à sa huitième couche, en septembre 1848, une destruction considérable du bas-fond de la vessie et de la partie correspondante du vagin. Entrée successivement dans plusieurs hôpitaux, elle fut partout considérée comme incurable. M. Maisonneuve crut devoir appeler de cette décision et le reçut dans son service le 3 mars 1850. L'opération fut pratiquée d'après le procédé de M. Jobert, avec cette différence que les incisions latérales furent prolongées beaucoup plus loin en avant. L'avivement donna un lambeau de 19 centimètres de longueur, et la réunion exigea onze points de suture. La réussite de l'opération fut complète et quand une commission de la Société de chirurgie vint examiner la malade, la vessie pouvait contenir 500 grammes de liquide sans laisser paraître aucun suintement.

Dans une deuxième observation, M. Maisonneuve fit, pour la première fois, l'application d'une modification importante au procédé ordinaire. Cette modification consiste dans la dissection, non seulement de la partie postérieure et des parties latérales de la fistule, mais encore dans la dissection complète de l'urètre, au-dessous de la symphise du pubis.

Le sujet de cette seconde observation est la nommée Madeleine Regnier, femme André, âgée de 28 ans, chez laquelle une énorme destruction de la vessie avait eu lieu lors de son dernier accouchement, le 28 décembre 1848. La difficulté qu'éprouva M. Maisonneuve à faire glisser en avant la lèvre postérieure de la fistule, malgré de larges dissections postérieures et latérales, l'engagea à y ajouter la dissection complète de l'urètre au-dessous de la symphise pubienne. Sept points de suture simple furent appliqués, et la malade obtint une guérison complète, après, toutefois, avoir subi ultérieurement quelques cautérisations destinées à fermer un petit orifice dû à la présence prolongée de l'un des fils. Cette guérison fut encore constatée par une commission de la Société de chirurgie.

Dans une troisième observation, M. Maisonneuve considérant que la dissection de l'urètre donnait une laxité considérable à la lèvre antérieure des fistules, tenta l'application de ce procédé seul sans le combiner comme dans l'observation précédente, avec le procédé de M. Jobert, il obtint encore un nouveau succès.

La malade qui fut soumise à cette opération est la nommée Rousseau (Anne), âgée de 30 ans; elle lui fut adressée par M. le docteur Thoré, de Sceau. La fistule, qui datait d'un an environ, était survenue à la suite d'un accouchement laborieux, et présentait 2 centimètres d'étendue transversale. Entrée le 16 avril 1851, elle est sortie guérie le 8 juin de la même année.

Chez une quatrième malade, dont nous avons rendu un compte détaillé dans un de nos derniers numéros, M. Maisonneuve fut amené, par des circonstances d'une difficulté en apparence insurmontable, à pratiquer une série d'opérations dont chacune peut être considérée comme un progrès important, et qui serviront certainement de base aux tentatives que les chirurgiens pourront faire ultérieurement contre ces cruelles maladies. Ces opérations ont consisté : 1° dans l'incision largement effectuée du vagin, du périnée et de la région ano-ischéatique, destinée à permettre de manœuvrer dans la profondeur du bassin, alors que l'étroitesse du bassin et l'immobilité de l'utérus rendent impossible l'avivement et la dissection de la fistule par les procédés ordinaires;

2° Dans l'isolement complet du pourtour inférieur de la vessie, destiné à permettre le rapprochement des bords de la fistule.

3° Dans l'occlusion définitive et complète de la vulve et l'application d'un obturateur à robinet;

4° Dans l'occlusion définitive et complète de l'orifice vulvaire, combinée avec la création d'une fistule recto-vaginale destinée à transformer le rectum en un cloaque supplémentaire de la vessie.

5° Enfin, dans la substitution d'une fistule périnéale à la fistule recto-vaginale artificielle, dont l'entretien était trop difficile.

Cette communication ne pouvait manquer de fixer vivement l'attention des chirurgiens qui composent la Société. Nous pensons que ce simple exposé suffira pour en faire comprendre l'importance.

Nous félicitons M. Maisonneuve de la persévérance qu'il met à chercher les moyens de combattre des affections qui, il y a quelques années, paraissaient tellement au-dessus des ressources de l'art, que c'est à peine si l'on accordait créance aux faits de guérisons obtenues par M. Jobert.

Grossesse extra-utérine.

M. Desprès, chirurgien en chef de l'hospice de Bicêtre, présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique qui offre, au point de vue de l'histoire des grossesses extra-utérines, le plus grand intérêt.

Nous ne donnerons qu'une très courte analyse de cette observation, qui deviendra pour M. Desprès le sujet d'une communication écrite. Ce chirurgien se propose, en outre, de faire connaître un nouveau mode d'opération pour extraire le fœtus lorsqu'il est dans la cavité abdominale. Nous aurons donc occasion de revenir sur ce fait.

Une femme, âgée de 30 à 35 ans, ayant eu déjà un enfant il y a six ans, éprouva, en juillet 1851, les premiers symptômes d'une nouvelle grossesse.

Les premiers mois furent marqués par de nombreux malaises, des vomissemens, des syncopes, des tranchées.

Arrivée au terme de quatre mois, cette femme vint consulter M. Huguier qui, après l'avoir examinée, et trouvant dans son état des symptômes anormaux, voulut la garder à l'hôpital.

Après y être restée quelques jours, elle rentra chez elle, et la grossesse parut suivre toutes ses phases, au milieu des mêmes accidens, jusqu'au 8 avril.

Alors on vint dans la nuit chercher M. Desprès. Il trouva la malade sans connaissance, offrant des mouvemens épileptiformes intermittens, semblant représenter les douleurs utérines habituelles. Mais, pendant ces douleurs, on ne voyait pas se former la tumeur utérine dure, résistante, comme cela a lieu dans l'état normal.

Par le toucher, on trouvait le col utériu dilatable ; mais on ne sentait rien dans la cavité de l'organe. Par le rectum, on sentait une tumeur. Mais il était impossible de reconnaître sa nature. M. Desprès assure avoir parfaitement entendu les battemens du cœur dans la région iliaque droite.

M. Desprès, dès lors, fut convaincu qu'il avait affaire à une grossesse extra-utérine. Mais des deux confrères qui l'assistaient, un se refusait à admettre la réalité de cette grossesse. Devant cette opinion, le chirurgien, qui avait désir de tenter une opération pour sauver la malade, éprouva de l'hésitation. Cette hésitation dura assez longtemps, pour que les chances heureuses de l'opération aient complètement disparu.

M. Danyau vit la malade six heures avant qu'elle ne succombât, et alors le météorisme du ventre, et l'état désespéré de cette pauvre femme, devaient faire éloigner toute tentative. M. Danyau, du reste, dans ces conditions, dut ne pas poursuivre bien loin son examen pour établir un diagnostic désormais inutile.

A l'autopsie, on trouva l'enfant avec un développement de six à sept mois, enveloppé dans un kyste qui occupait toute la région hypogastrique. L'enfant était logé dans la fosse iliaque droite, et le placenta dans la fosse iliaque gauche.

L'utérus nous a paru offrir environ le double de son volume normal.

D[r] Éd. Laborie.

PRESSE MÉDICALE.

Annales médico-psychologiques. — Numéro d'Octobre 1851.

Des hallucinations compatibles avec la raison; par A. Brierre de Boismont.

Le phénomène morbide des fausses sensations auquel les pathologistes ont donné le nom d'*illusions*, d'*hallucinations*, peut-il se développer dans une intelligence d'ailleurs parfaitement saine?

M. Brierre a déjà prouvé, dans son livre *Des hallucinations*, qu'en effet, il en était fréquemment ainsi. Il apporte, dans le présent article, de nouveaux faits à l'appui de cette proposition.

Parmi les hommes illustres qui ont eu des hallucinations sans que, cependant, il soit possible de les taxer de folie, on distingue Malbranche, qui disait avoir entendu distinctement au-dedans de lui, la *voix de Dieu*. Descartes, qui se voyait suivi par une personne qui l'engageait à continuer ses recherches de la vérité. Byron, visité par un spectre, le docteur Johnson, Pope, Gœthe, Olivier Cromwel, et plusieurs autres personnages célèbres.

Les conclusions du travail de M. Brierre sont les suivantes :

1° Des expériences d'optique et d'acoustique prouvent que l'hallucination peut être produite normalement.

2° Parmi les états de l'âme qui sont favorables à la production de ce phénomène, la rêverie occupe un des premiers rangs.

3° . . . . Il existe des hallucinations compatibles avec la raison, soit que celle-ci en ait la conscience, soit qu'elle les accepte comme des réalités. Ici l'hallucination est un fait exceptionnel qui n'a point d'influence fâcheuse sur la conduite.

4° Ces sortes d'hallucinations peuvent être produites à volonté, soit physiquement, soit intellectuellement.

Elles apparaissent quelquefois sans qu'il y ait des signes de désordre dans l'organisation, mais souvent aussi elles sont dues à un dérangement des systèmes circulatoire et nerveux.

5° Quelques-unes de ces hallucinations établissent la transition de la raison à la folie.

Recherches bibliographiques et cliniques sur la folie puerpérale, précédées d'un aperçu sur les rapports de la menstruation et de l'aliénation mentale; par A. Brierre de Boismont.

Les aliénistes sont divisés sur le degré d'importance qu'il convient de reconnaître à l'action de l'utérus dans la production de la folie.

Contrairement à l'opinion des auteurs, qui admettent « que la folie dépend toujours d'un désordre du cerveau, » M. Brierre pense que cette maladie « peut aussi être déterminée par la réaction des autres organes sur l'encéphale, et que la matrice est un de ceux dont l'action se fait le plus souvent sentir. »

Suivant M. Brierre, au point de vue des troubles de l'intelligence, comme des autres maladies, il est vrai de dire, au moins dans un grand nombre de cas : *Propter uterum mulier est id quod est.*

M. Brierre, à l'appui de l'opinion qu'il défend, ne cite pas moins de *vingt-six* observations qui, presque toutes, lui appartiennent.

Cet auteur a observé que « l'intelligence, les facultés affectives, les penchans sont quelquefois pervertis, exaltés, abolis, dénaturés, aux approches de la menstruation. Il a noté quatre fois la folie. Le délire, dans deux cas, se manifesta d'une manière générale. Dans les deux autres cas, le délire fut caractérisé par le désordre d'un petit nombre d'idées, etc. Tous ces phénomènes disparurent avec l'établissement des menstrues. »

Classification et diagnostic différentiel de la paralysie générale; par M. Delasiauve.

Classification. — Il est une maladie affreuse, désolante, entre toutes celles qui affligent l'espèce humaine, c'est la paralysie générale des aliénés. Inconnue ou à peu près dans son origine, dans ses causes, rebelle à tout traitement, tuant rapidement le corps après avoir bouleversé, anéanti les plus nobles de ses facultés, les médecins hésitent encore aujourd'hui sur la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique.

« Cette maladie, se demande M. Delasiauve, est une affection *sui generis*, ayant ses symptômes propres, son origine indépendante, ses phases déterminées ? Ou bien ne doit-elle être considérée que comme une complication des maladies mentales ? Est-il même nécessaire qu'elle coïncide toujours avec un désordre quelconque de l'intelligence, et ne peut-elle exister sans délire ? »

Telle est la question que ce médecin s'efforce de résoudre.

Pour quelques médecins, la paralysie générale est une maladie « particulière et essentielle (M. Bayle); pour d'autres, elle n'est qu'un accident, une conséquence de la folie (Esquirol, Delaye, Calmeil); il en est qui soutiennent que la lésion de la motilité qui s'observe chez les aliénés constitue une affection parfaitement isolée, indépendante et pouvant se rencontrer chez d'autres individus que chez des aliénés. En conséquence, on a cru devoir donner à cette affection une dénomination nouvelle : celle de paralysie générale progressive.

Enfin, un médecin aliéniste (M. Moreau) rejette de la manière la plus absolue l'opinion qui tend à isoler la paralysie progressive de la paralysie générale ordinaire. A ses yeux, la paralysie générale des aliénés constitue une individualité morbide *sui generis* parfaitement distincte, représentée par la lésion *simultanée* de la motilité et des fonctions intellectuelles.

Quelle est maintenant l'opinion de M. Delasiauve ? Elle est contenue dans les lignes suivantes : « Loin d'être toujours primitive, idiopathique, la paralysie générale peut être aussi consécutive et symptomatique, ou appartenir à des causes qui, au point de vue pronostique et thérapeutique, ne soient pas sans importance. Elle survient assez fréquemment, par exemple, dans le cours de la folie ordinaire, principalement lorsque celle-ci, après une longue durée, dégénère en démence. »

Diagnostic différentiel. — Les états pathologiques avec lesquels on pourrait confondre la paralysie générale sont le délire des ivrognes à cause du tremblement particulier qui l'accompagne, certain embarras de la prononciation, etc. La forme d'aliénation mentale connue sous le nom de *stupidité*, les troubles intellectuels et de la motilité qui caractérisent l'encéphalopathie saturnine, affection qui a elle-même beaucoup d'analogie avec le délire alcoolique; ceux causés par l'action de substances délétères telles que l'opium, le hachisch, le datura stramonium.

Contrairement à l'opinion émise par divers auteurs, M. Delasiauve pense qu'aucune raison plausible ne milite en faveur de la séparation absolue de l'espèce de paralysie décrite sous le nom de *progressive*, de la paralysie des aliénés; dans la première, l'absence de délire n'est qu'apparente. Une objection grave a été faite à cette manière de voir : MM. Duchenne (de Boulogne) et Brierre ont appliqué la galvanisation localisée à la paralysie générale progressive et à celle des aliénés. Dans la première, la contractilité musculaire a constamment paru affaiblie ou perdue ; dans la deuxième, au contraire, cette propriété s'est conservée jusqu'aux derniers momens de l'existence.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[ie], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 47. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 20 Avril 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois.............. 17

3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 AVRIL 1852.

(7e Lettre sur le Choléra.)

ANATOMISME ET VITALISME.

Mon cher confrère,

A bientôt, vous disais-je, en terminant ma dernière lettre. A bientôt! et près de deux ans se sont écoulés pendant lesquels j'ai gardé le silence. Vous en connaissez les principaux motifs. Il en est un cependant que vous ne savez pas, et que je dois vous faire connaître, parce qu'il tient par la science au sujet que je traite. De bien loin, sans doute, comme vous allez le voir. Mais enfin il s'y rattache. Toutes les idées ne s'enchaînent-elles pas en matière scientifique? Peut-on secouer un maillon de la chaîne sans les ébranler tous? Cela ne me paraît pas possible. Je comprendrais plus aisément qu'un auteur fit un traité de pathologie générale à propos de l'érysipèle, que de parler du choléra en se renfermant dans la simple description de la maladie, aujourd'hui surtout, dans ce temps d'anarchie scientifique où nous vivons. Cela tient peut-être aux habitudes trop dogmatiques de mon esprit. Que voulez-vous, mon cher ami? c'est mon défaut. C'est d'ailleurs celui de tous les vieillards. Pardonnez-moi donc si j'y retombe sans cesse. Je suis trop vieux pour me corriger.

Ce motif, le voici :

Après ma lettre sur la réhabilitation de l'hypothèse, j'avais cru de mon devoir de poser d'abord les véritables bases des bonnes hypothèses en médecine, de rechercher ensuite à quel ordre d'idées cette science devait emprunter les siennes, sur quels fondemens elle devait les asseoir, dans quel cercle elle pouvait leur permettre de se mouvoir sans danger, dans quelles limites elle devait les circonscrire sous peine de les voir s'égarer et se perdre dans le vague des espaces imaginaires, et je m'étais résolument mis à l'œuvre. J'avais donc entrepris la tâche difficile de rechercher quelle est la meilleure des deux doctrines qui, sous le nom d'anatomisme et de vitalisme, divisent aujourd'hui le monde médical. Ce travail, je l'ai quitté pour m'occuper de l'étude des miasmes en général et du miasme du choléra en particulier, puis je l'ai repris, quitté de nouveau, puis repris encore, avec l'intention bien arrêtée cette fois de ne plus l'abandonner, et de le conduire à bonne fin, si mes forces répondaient à mon désir. C'est lui que je vous adresse. Vous comprenez tout ce que ces hésitations ont dû apporter de retard dans mes publications. Puisse la thèse que je veux soutenir n'en pas ressentir la fâcheuse influence.

Ce long préambule terminé, j'entre en matière.

Toute branche des connaissances humaines, ayant ses faits spéciaux et se proposant un but particulier, constitue une science, nonobstant le degré plus ou moins élevé de perfection de ses théories. Les faits forment la matière, la base, et l'individualité de chaque science, la théorie est le plan intelligent qui les coordonne et les approprie à une destination spéciale, en vue de leur plus grande utilité possible à l'espèce humaine. Un certain ordre de faits pour point de départ, une application utile pour but, l'intelligence, ou la théorie qui en émane, comme guide nécessaire ou comme moyen, telles sont les trois conditions indispensables à l'existence de toute science.

Les faits qu'étudient l'astronomie, la physique, la chimie, la géologie, la médecine, etc., etc., étant différens, le but qu'elles poursuivent n'étant pas le même, il est irrationnel de transporter les hypothèses de l'une de ces sciences dans l'étude des autres. Prétendre, par exemple, expliquer les phénomènes de la vie à l'aide des théories chimiques ou physiques, serait absurde si cela n'était avant tout impossible. Les êtres vivans présentent dans la plupart de leurs actes une telle complication de phénomènes, mécaniques, hydrauliques, électriques, et de conbinaisons et de décompotions moléculaires, qu'aucune tête humaine ne pourrait parvenir à faire la part exacte de chacune des causes dans l'effet produit. Les plus savans calculs n'échouent-ils pas tous les jours dans leurs efforts de solution, appliqués à quelques-uns de ces problèmes pris isolément? Quelles insurmontables difficultés n'éprouverait-on pas quand il s'agirait de les résoudre à l'état de complexité sous lequel ils existent chez les êtres doués de la vie? Les phénomènes de sensibilité et ceux de motilité volontaire, apanage exclusif de ce qui vit, inaccessibles au calcul, qui échappent à la balance, au compas, au thermomètre, aux réactifs, à tous les moyens de précision, en un mot, indispensables à l'étude des faits physiques et chimiques, ces phénomènes, dont on ne peut pas se dispenser de tenir compte, rendraient les problèmes non seulement insolubles, mais même inabordables. Il ne faut donc pas songer à étudier la vie par les procédés que l'on suit dans l'étude des faits de la nature morte.

La médecine possède son domaine particulier de faits, d'observations, et d'expériences, puisqu'elle étudie l'homme en état de santé et en état de maladie; elle a sa mission spéciale qui consiste à conserver la santé et à la rétablir quand elle est détruite ; elle a ses théories particulières, bien imparfaites sans doute, mais cette imperfection tient à la difficulté même de son sujet. Il ne faut pas croire d'ailleurs à la possibilité de trouver actuellement une théorie générale de la science médicale. Elle est condamnée pour de longues années encore à n'avoir que des théories partielles, comme la physique en possède plusieurs, une pour l'acoustique, une autre pour l'hydraulique, une autre encore pour la statique, une quatrième pour l'électricité, une cinquième pour le magnétisme, une sixième pour la lumière, etc., et il y a de tout cela dans la machine animale. Plusieurs siècles s'écouleront avant qu'il en puisse être autrement. J'en pourrais donner quelques raisons, si c'était ici la place. En définitive, avec un objet particulier, un but spécial, des théories qui lui sont propres, la médecine est une science aussi distincte, aussi légitime que pas une. On rougirait d'avoir à démontrer cette vérité, si des hommes distingués ne l'avaient contestée dans ces derniers temps.

Généralement d'accord sur tous ces points, les médecins se partagent en deux camps, dès qu'il s'agit de faire choix d'une méthode et d'une doctrine pour étudier l'homme sain et l'homme malade.

Les uns, et c'est aujourd'hui le plus grand nombre en France, pensent que la médecine doit se renfermer dans l'étude de l'organisation, qu'il faut scruter celle-ci dans ses plus petits détails, apprendre chaque jour à la mieux connaître, chercher et trouver dans son étude de plus en plus approfondie, dans la connaissance de plus en plus complète de la texture, la composition intime, la forme, l'arrangement, les rapports et l'enchaînement des diverses parties solides et liquides du corps humain, l'explication de tous les actes et de toutes les fonctions des corps vivans, voir enfin dans l'intégrité matérielle de ces diverses parties l'unique et indispensable condition du maintien de la santé, dans leurs altérations matérielles aussi la raison des maladies, et dans le rétablissement plus ou moins complet de leur intégrité normale le but de la thérapeutique.

Les autres, en minorité, n'attachent pas la même importance aux conditions matérielles de la santé et de la maladie, à leurs yeux secondaires. Ils subordonnent l'organisation à des forces qu'ils mettent au-dessus d'elle et qu'ils appellent *principe vital, force vitale, propriétés vitales, résistance vitale, nature médicative*, etc. Ils regardent, en conséquence, les altérations matérielles comme les effets des troubles survenus dans l'exercice de ces puissances. Ils enseignent que la santé résulte de leur fonctionnement régulier ou de leur parfait équilibre, et la maladie d'un changement éprouvé par elles. Ils font consister la cause première ou prochaine des maladies en une augmentation, une diminution, une perversion, une modification quelconque éprouvée par l'une ou plusieurs d'entre elles. Enfin, ils professent que c'est à les rétablir dans leur *normalité* que doivent tendre uniquement les efforts du médecin.

On nomme les premiers *anatomistes*, et la doctrine qu'ils suivent *anatomisme*. On appelle les seconds *vitalistes*, et leur doctrine reçoit le nom de *vitalisme*.

C'est toujours l'éternelle dispute de l'esprit et de la matière.

Les deux écoles sont physiologiques, car toutes deux aspirent avec raison à connaître et à expliquer, chacune à sa manière, les actes par lesquels la vie se manifeste, l'une par l'organisation dont elle cherche à suspendre le mécanisme et le jeu, l'autre par l'action des forces qu'elle lui superpose. Chacune d'elles fait nécessairement découler les explications qu'elle donne de la maladie, de celles qu'elle donne de la santé. La physiologie n'est, en effet, que l'anatomie fonctionnant en vertu de son propre mécanisme ou sous l'influence et la direction des forces qui sont supposées l'animer. Si l'une de ces doctrines cessait d'être physiologique, elle retournerait se perdre dans l'ignorance des âges primitifs, elle tomberait immédiatement dans l'empirisme grossier des garde-malades et des charlatans; elle ne serait plus digne d'occuper les loisirs d'un homme sérieux. Si donc cette épithète ne constituait pas déjà un pléonasme, la doctrine qui répudierait la pensée qu'elle exprime se suiciderait sans s'en douter; la doctrine qui s'en parerait exclusivement se pavanerait sottement d'une qualification qui n'ajouterait rien à sa valeur. Il faut donc la bannir de nos discussions.

En remontant le cours des temps historiques, on retrouve la trace des deux doctrines. On les voit marcher côte à côte jusqu'à nous, mais en passant par des phases tout à fait inverses.

Le *vitalisme*, toujours reconnaissable à ses allures métaphysiques, malgré les noms divers qu'il emprunte aux époques philosophique qu'il traverse, est le premier en date. La raison en est simple. Toutes les sciences, faute de connaître la matière et ses propriétés, que le temps seul peut dévoiler, ont dû commencer par la supposer inerte et par imaginer des forces pour l'animer, puisqu'ils la voyaient sans cesse en action. Plus qu'aucune autre, par des raisons qu'il serait trop long d'énumérer ici, parmi lesquelles nous citerons cependant l'absence presque complète de connaissances anatomiques, la science médicale devait débuter ainsi. Mais en étudiant le vitalisme depuis son origine, on s'aperçoit bientôt qu'il va sans cesse en diminuant d'importance et perd chaque jour du terrain dans le champ de la science.

L'*anatomisme*, au contraire, grandit incessamment et envahit graduellement le domaine de la médecine.

Ainsi, l'anatomie normale lutte d'abord contre les préjugés religieux et moraux qui défendent de porter une main impie sur les dépouilles des morts, et contre la répugnance instinctive qui en éloigne. Démocrite est obligé de se cacher pour disséquer des animaux. Il les dissèque, qu'on ne s'y trompe pas, non dans le but de satisfaire une curiosité qui n'eût été que stupide, mais bien certainement avec l'intention et l'espérance de surprendre le secret de la vie dans les mystères de l'organisation. Peu à peu, répugnance et préjugés s'effacent: Depuis Aristote jusqu'à notre Bichat, l'anatomie ne cesse de s'enrichir chaque jour de précieuses découvertes, grâce aux patientes recherches des Hérophile, Erasistrate, Soranus, Galien, Achillini, Berengario, Vésale, Eustachi, Fallopio, Aselli, Thomas Bartholin, Vicussens, Albinus, Haller, Mascagni, et de tant d'autres dont ma mémoire ne me fournit pas les noms.

L'anatomie pathologique ne pouvait naître avant que les connaissances d'anatomie normale fussent assez exactes pour permettre de reconnaître et d'apprécier les différences qui distinguent l'organisation altérée de celle qui ne l'est pas, et le jeu, les fonctions de chaque partie bien déterminée. Son apparition dans la science devait donc être tardive. On en trouve bien quelques traces dans les écrits des anciens, mais elle ne commence réellement qu'au moment où Bonnet rassemble dans son *Sepulchretum* les observations éparses dans les livres de ses devanciers et de ses contemporains. Elle prend un caractère véritablement scientifique sous l'impulsion du génie de Morgagni, dans son immortel ouvrage *sur le siége et la nature des maladies révélées par l'anatomie*, dont le titre met si bien en saillie toute la pensée de l'auteur. Bientôt les travaux de Portal, Bichat, Dupuytren, Bayle et Laennec, lui font faire de nouveaux progrès, jusqu'au jour où Broussais, localisant ou plutôt anatomisant toutes les maladies, proclame qu'il n'en existe pas d'*essentielles*, c'est-à-dire existant par elles-mêmes, que toutes dépendent de lésions matérielles de l'organisation, ébranle de ses mains vigoureuses le vieux vitalisme, ou ce qu'il appelait l'*ontologie médicale*, et place définitivement la médecine sur sa véritable base, l'*anatomisme*. Et telle est la puissance d'une grande vérité, que ses ennemis eux-mêmes lui

rendent involontairement hommage tout en le combattant. Un homme de génie, l'antagoniste le plus éminent de Broussais, Laennec, porte à un degré de précision admirable, à l'aide de procédés *physiques*, le *diagnostic anatomique* des maladies des organes contenus dans la poitrine, et, malgré lui, base leur traitement sur cette indication. Adversaires et partisans, tous les médecins aujourd'hui sacrifient de plus ou moins bonne grâce à ce principe. Il ne se publie pas un ouvrage important de nos jours où l'on ne tienne compte des désordres anatomiques de la maladie dont il traite.

Or, que nous enseigne la science historique? Quand deux idées, deux hypothèses, deux doctrines morales, scientifiques, ou industrielles, antagonistes, se déroulent parallèlement depuis leur origine, pendant une longue suite de siècles, sous les règnes de philosophies et de civilisations diverses, souvent même opposées, et que l'une grandit et se développe constamment, tandis que l'autre décroît et s'amoindrit sans cesse, on peut hardiment affirmer que la première est vraie et qu'elle continuera de grandir, que la seconde, au contraire, est fausse, qu'elle doit s'atténuer avec le temps et finir par se perdre dans l'oubli. Telle est, en effet, la loi du progrès en toutes choses; c'est en même temps la pierre de touche qui nous aide à distinguer la vérité de l'erreur.

Donc, le vitalisme doit disparaître. Le vitalisme s'en va. Si nous le voyons jeter encore quelques lueurs, ce sont les éclats passagers d'une lampe dont la lumière vacille et s'éteint, les derniers éclairs d'un météore qui s'éloigne. L'empire de l'anatomisme doit se fonder et s'établir. Chaque jour il se consolide.

Condamné au point de vue historique, le vitalisme ne soutient pas mieux l'épreuve du raisonnement. Soumis au creuset du bon sens, il se fond, s'évapore et se dissipe en fumée.

Il n'a aucune valeur comme hypothèse. En effet, un des mérites principaux d'une bonne hypothèse consiste à ouvrir de nouveaux horizons à l'observation, à la pousser et à la diriger dans de nouvelles voies de recherches. Ce ne serait qu'une *généralisation* si elle se bornait à résumer plusieurs faits analogues et à en exprimer la qualité dominante. Or, quelle perspective l'admission d'un principe vital, comme cause et gouvernail de la vie et de ses actes, découvre-t-elle à l'esprit d'investigation? Quelle carrière signale-t-elle à la marche, aux progrès de l'observation? Aucune. Loin de là, elle les ferme toutes, et semble dire à l'esprit humain: tu n'iras pas au-delà. C'est une épaisse muraille élevée devant la curiosité du regard, une barrière qu'il est interdit de franchir, un chemin sans issue, une impasse où l'intelligence s'accule et s'endort.

Il n'a pas davantage de valeur, en tant qu'explication des phénomènes vitaux. Que nous enseigne en effet le vitalisme? Il enseigne que l'homme et les animaux vivent parce qu'il existe en eux un principe vital. Distillez toute la quintessence de ses nuageuses discussions, vous n'y trouverez que cela. Que signifie donc ce langage? Rien. Il dit tout simplement que les hommes et les animaux vivent..... parce qu'ils vivent. Il sert à cacher le vide, le néant de l'explication sous l'appareil pompeux des mots. C'est de la plus pure battologie. Et si nous examinons les propriétés prétendues de ce prétendu principe, qu'y trouvons-nous de plus? Rien encore. Les nerfs et les parties auxquelles ils se distribuent sentent, dit le vitalisme, parce qu'ils possèdent la *propriété vitale* de sentir : la *sensibilité*; les muscles se contractent parce qu'ils sont doués de la *propriété vitale* de se contracter : la *contractilité*. Cela signifie-t-il autre chose que ceci : les nerfs sentent parce qu'ils sentent, les muscles se contractent parce qu'ils se contractent. Il faut aimer singulièrement à se payer de mots pour voir là l'explication des phénomènes de la sensation et de la contraction. Chaque fois que je rencontre ces solutions naïves dans un livre de physiologie, il me semble entendre un professeur de physique disant gravement à son auditoire : tel corps est élastique parce qu'il est doué d'élasticité; au lieu d'enseigner qu'il doit cette propriété à une disposition particulière de ses molécules constituantes, puisqu'on peut la lui enlever et la lui rendre à volonté, en changeant et rétablissant tour à tour cet arrangement moléculaire.

Enfin, le vitalisme ne conduit et ne peut conduire à aucune application utile au traitement des maladies, attendu qu'en thérapeutique, tous les moyens étant matériels, on n'adresse pas les remèdes à des qualités ou à des abstractions, mais bien à des organes, des tissus et des liquides, tous matériels aussi. En présence d'un malade atteint de pneumonie, par exemple, le vitaliste lui-même, le vitaliste le plus fervent dans son culte, oublie ses doctrines. Il ne s'enquiert pas de savoir si le principal vital du malade est, généralement ou localement, exagéré, diminué ou perverti. Non. Il s'applique à connaître le siége précis, l'étendue, la profondeur et le degré du désordre matériel de l'organe pulmonaire, il en suit jour par jour, heure par heure, les améliorations ou les empiremens; il prévoit l'issue fatale ou la guérison par la croissance ou la décroissance du désordre; il se comporte, en un mot, comme le fait le médecin anatomiste exclusif. Enfin, s'il saigne, fait appliquer des vésicatoires, administre du tartre stibié ou du kermès minéral, ce n'est certes pas en vue de diminuer, d'augmenter, de ramener à des conditions normales, ou de modifier d'une manière quelconque le principe vital ou les propriétés vitales du poumon ou du malade lui-même, c'est uniquement dans le but de ramener la texture de l'organe à son état d'intégrité primitive, absolument comme l'anatomiste. Les progrès du désordre matériel, soit en mieux, soit en pire, sont les seuls guides, les seules bases des indications de sa thérapeutique et de ses pronostics. Il ne considère la guérison comme assurée, que quand l'ordre y est rétabli. Il en est de même pour lui de la plupart des autres maladies; pour lui, il en sera de même un jour de toutes, parce que le praticien et le théoricien se séparent toujours dans la pratique de la médecine, quand la pratique et la théorie cessent d'être d'accord. Le médecin vitaliste est praticien, comme le médecin anatomiste, et par conséquent honnête homme avant tout; il fait céder ses doctrines devant les leçons de l'expérience, devant l'exemple des succès de ses confrères, quoique médecins anatomistes, et devant le désir qui ne s'éteint jamais en lui de sauver ses malades. Il met son drapeau dans sa poche, et tient ses doctrines en réserve... pour la discussion. Que dis-je! il ne les produit généralement au grand jour que dans des programmes et des prospectus. On dirait une enseigne.

Une dernière remarque va mettre tout ce qui précède en pleine évidence, et fixera, nous l'espérons du moins, l'opinion sur la valeur comparée des deux doctrines qui se disputent aujourd'hui la direction des théories médicales.

Écartez de nos bibliothèques tous les ouvrages qui traitent du principe vital, de la force vitale, de la résistance vitale, des propriétés vitales, de la nature médicatrice, et de toutes les abstractions de ce genre exprimant les mêmes idées; que perdrons-nous, en définitive? Des mots vides de sens, des dissertations creuses, et rien de plus. *Verba et voces pretereaque nihil*. Supposez, au contraire, que tous les faits connus d'anatomie et de physiologie normales, et d'anatomie et de physiologie pathologiques, viennent tout à coup à se perdre, puis demandez-vous quelles conséquence exercera cette perte sur la médecine, vous en serez effrayés. Ici se passe l'inverse de ce que nous avons dit ailleurs en parlant de la bonne hypothèse; les faits reprennent tous leurs avantages, parce qu'ils sont en présence d'une hypothèse sans valeur.

Sans passé et sans avenir scientifiques, sans racines dans le présent, le vitalisme manque donc de bases, de portée, de sens et de but; il n'a pas de raison d'être,

Ce n'est qu'une mauvaise hypothèse.

Aussi, ses partisans ne se mettent-ils pas beaucoup en frais pour le défendre. Ils se bornent à exalter chaque jour la bonté de leur doctrine, à en vanter l'antiquité, l'excellence sur toutes les autres, à lui prédire l'empire de la science, à répéter tous les matins et sur tous les tons que l'anatomisme est mort, enfin à lancer de gros mots aux adeptes de cette dernière doctrine, et à les qualifier de l'épithète de *matérialistes*. Tout ce bagage de déclamations les dispense apparemment d'argumens et de preuves.

Si par *matérialisme*, ils entendent la prétention avouée d'expliquer la vie, et par suite la santé et la maladie, par les seules lois de l'organisation, ils ont parfaitement raison, les médecins de l'école anatomique sont matérialistes. Mais s'ils entendent par ce mot, la négation de l'âme et la négation de la divinité, ils sont complètement dans l'erreur; le reproche n'est ni mérité ni fondé. En voici les raisons :

Les animaux et les plantes vivent. On est bien forcé de reconnaître qu'ils vivent en vertu de la même force qui fait vivre l'homme. Or, les plantes et les animaux n'ont pas d'âme. Il y aurait quelque chose de blasphématoire, une véritable impiété, à accorder une âme à l'innocent brin d'herbe et à la plante vénéneuse, à l'huître stupide et au tigre féroce. Et cependant, animaux et plantes naissent, se développent, deviennent malades, et meurent tout comme l'homme.

En parcourant l'échelle des êtres vivans, on voit que le nombre et la perfection des actes par lesquels la vie se manifeste, sont chez tous en raison du degré plus ou moins élevé de perfection de leur organisation. Chez tous, on altère, on mutile, on brise la vie à volonté, en altérant, mutilant ou brisant l'organisation. Chez tous, au contraire, on accroît la puissance, on agrandit la sphère de la vie, dans les limites toutefois assignées à chaque espèce, en s'appliquant à rendre plus parfaite l'organisation particulière à chacun d'eux. Chez tous, enfin, on reconsolide la vie qui chancelle, en s'efforçant de réparer les désordres survenus dans l'organisation. Absolument et toujours comme chez l'homme.

L'âme est cette portion divine de notre être, qui nous donne l'intuition de notre origine, de notre destinée future, et de l'existence d'un ÊTRE supérieur à tout, parce qu'il a tout créé. Cette vie intérieure, les animaux, et, à plus forte raison, les plantes, ne la possèdent pas. Elle est l'apanage exclusif de l'homme, et c'est elle qui le distingue des autres êtres de la création.

Mais cette âme est immortelle comme la source éternelle et infinie d'où elle jaillit; l'âme est immatérielle. Immortelle, elle n'est pas altérable. Inaltérable, elle ne peut pas devenir malade. Immatérielle, nous tenterions en vain de la modifier, et ni même de l'atteindre par nos moyens, *tous matériels*, de thérapeutique.

Le prétendu principe vital est-il une émanation de l'âme, et par conséquent de même nature qu'elle, ou bien n'en provient-il pas et possède-t-il sa nature propre? S'il en émane, il faut abandonner le traitement des maladies aux soins de ce principe, et renoncer à toujours à nos saignées, à nos purgatifs, à tous nos médicamens, parce qu'on ne peut ni saigner, ni purger, ni médicamenter l'âme, et par conséquent ni saigner, ni purger, ni médicamenter le principe vital. S'il n'en provient pas et s'il en diffère, on ne saurait, sans commettre la plus lourde des inconséquences, nous accuser d'attaquer l'existence de l'âme, lorsque nous nions celle du principe vital; et l'accusation peu loyale de matérialisme, prise dans le sens que lui donnent nos honorables contradicteurs, tombe d'elle-même.

C'est donc l'étude de l'anatomie en exercice, ou, si on l'aime mieux, de l'anatomie et de la physiologie, celle de l'anatomisme, en un mot, qui doit être la seule base, l'unique point de départ des progrès ultérieurs de la médecine. Fouillons donc l'organisation jusque dans ses replis et ses mystères de composition les plus cachés, en nous aidant du scalpel, du microscope et de l'analyse chimique; tâchons de découvrir la fonction et le rôle que remplit chacun des organes, des tissus élémentaires, des liquides et des molécules mêmes qui la constituent; étudions avec soin les influences heureuses ou contraires qu'exercent sur elle les agens extérieurs et les modifications qu'ils lui impriment; interrogeons-la de nouveau quand elle est altérée; exerçons-nous à comprendre les cris de douleur et jusqu'aux troubles muets des organes souffrans par la comparaison du désordre fonctionnel avec leur action régulière; apprenons à découvrir par le raisonnement et l'expérience, les moyens de réparer les rouages de son mécanisme dérangé; et, pour cela, sachons bien en quoi ces dérangemens consistent, et quelle en est la nature. C'est dans cette voie seule que s'ouvre l'avenir de la science médicale, et cet avenir a des horizons immenses. C'est dans cette voie seulement qu'est le progrès, et non dans de stériles discussions, indignes d'occuper les hommes sérieux, sur le principe, la force et les propriétés vitales. N'hésitons donc pas à nous y engager; la perfection est au bout, et chaque pas nous en rapproche.

En conséquence, et pour répondre enfin à la question que nous nous sommes proposé de résoudre dans cette lettre, nous dirons que la médecine doit désormais baser toutes ses théories ou ses hypothèses sur l'anatomisme, et les renfermer dans la sphère des idées qui se rattachent aux faits qui le constituent. Sur ce terrain et dans ces limites, elles ne courront jamais le danger de s'égarer. Tant qu'elles resteront en exacte conformité avec les faits d'anatomie et de physiologie, normales et pathologiques, connus au moment de leur apparition, elles conserveront la valeur d'une vérité relative, et par conséquent les caractères de la bonne hypothèse. Si elles en sortent, il sera toujours facile de s'en apercevoir et de les y ramener. Trouveraient-elles la même solidité, les mêmes barrières contre de dangereux écarts, les mêmes jalons pour les guider, au sein des nuages mobiles et à contours continuellement changeans du vitalisme?

Je tremble, mon cher confrère, à la seule pensée des grosses colères que cet article va soulever contre moi. On va me dire *raca*, et m'appeler *porte d'enfer*, ou peut-être va-t-on m'écraser sous le poids de sarcasmes amers et de superbes dédains. Fort de ma conscience et de la pureté de mes intentions, je ne répondrai pas. Je ne le ferai que si on me convainct d'erreur, et ce sera alors pour reconnaître avec franchise que je me suis trompé. Sinon, je laisserai passer tranquillement l'orage, en continuant mes travaux sur le choléra.

Je crois devoir, en finissant, avertir vos lecteurs que le choléra n'est pour moi qu'un prétexte, une occasion d'exposer quelques idées de pathologie générale, telle que je la comprends. Je ne voudrais pas qu'ils me reprochassent plus tard de finir comme la montagne, par l'enfantement d'une souris, ce qui ne manquerait pas de m'arriver, après le pédantesque étalage de science auquel je me livre. J'ai passablement l'air déjà d'un homme qui vide ostensiblement ses poches et étale avec affectation tout ce qu'il possède, pour donner une misérable obole.

Dans ma prochaine lettre, je commencerai l'étude étiologique du choléra, et par conséquent l'histoire des miasmes en général, et celle du miasme de cette maladie en particulier.

Votre dévoué confrère et ami,

L.-Ch. ROCHE,
Membre de l'Académie de médecine.

PATHOLOGIE.

SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE OBSERVÉE A DAMAS;

A M. le docteur HÉRARD, *médecin du Bureau central des hôpitaux.*

Damas, le 25 Février 1852.

Cher et honoré confrère,

Je semble répondre bien tardivement à la note dont vous avez fait suivre le mémoire de mon honorable collègue, M. Lautour, sur la *fièvre typhoïde observée à Damas*, mémoire inséré dans les numéros des 3, 6, 8 et 10 janvier de l'UNION MÉDICALE. Eloigné de vous d'une distance de mille lieues, je suis pourtant bien innocent de cette apparente lenteur. Dès que j'ai eu connaissance de cette note, malgré les choses très flatteuses qu'elle renferme pour moi, ou précisément à cause de ces choses, et afin de les mériter de mon mieux, j'ai eu à cœur de répliquer à vos argumens, et je fais aujourd'hui un confiant appel de votre premier jugement, à vous-même mieux informé, et à la décision de qui j'attache beaucoup de prix.

Votre argumentation, cher confrère, peut se résumer en ces deux points : 1° la fièvre que nous observons à Damas et que nous nommons typhoïde, n'est pas une fièvre typhoïde ; 2° elle n'est autre chose qu'une fièvre rémittente grave, rémittente pernicieuse.

Discutons vos raisons : « Une fièvre qui ne présente, dites-vous, ni taches lenticulaires rosées, ni diarrhée, ni gargouillement de la fosse iliaque, ni râle sibilant, ni épistaxis ; qui ne dure ordinairement que huit à neuf jours, mérite-t-elle bien le nom de typhoïde ? Savez-vous, cher confrère, où je chercherai ma réponse au premier membre de votre phrase, c'est précisément dans le second. Oui, notre fièvre de Damas n'offre le plus souvent ni sécheresse de la langue, ni diarrhée, ni taches lenticulaires, etc., justement parce que *sa période aiguë* ne dure, en général, qu'une huitaine de jours. Déjà, dans son résumé, M. Lautour avait nettement dit que j'étais porté à attribuer l'absence de ces symptômes au moins de durée de la maladie. Et en cela, très honoré confrère, je ne suis que parfaitement classique. Ouvrons, par exemple, le dixième volume du *Dictionnaire en trente volumes*, qui renferme l'excellent article de M. Littré sur la dothinentérie ; voici ce que nous y lisons, p. 450 : « La langue, dans une notable partie des cas, reste molle, sou- » ple, enduite, à des degrés divers, d'une couche limoneuse........ » Page 44 : « La plupart du temps, la diarrhée s'établit dès le début ; » d'autres fois, elle commence plus tard *du troisième au neuvième* » *jour*, ou même à *une époque encore plus avancée.* » Page 450 : « Le » météorisme n'est pas un des phénomènes du début de la maladie, il » commence plus tard. » Et à la page 431, il est dit que c'est « ordinai- » rement à la fin du premier septenaire. » Page 455 : « L'éruption des » taches lenticulaires n'apparaît pas dès le début ; *le plus souvent*, *elle* » *survient du huitième au quinzième jour.* » Elle manque d'ailleurs, suivant MM. Chomel et Genest, dans un quart environ des cas. Page 451 : « Le râle se manifeste d'assez bonne heure *vers le cinquième,* » *sixième ou huitième jour.* »

Vous le voyez, par ces citations courtes, mais précises, et je ne fais ici que vous rappeler ce que vous savez parfaitement, vous le voyez, mon cher confrère, tous ces phénomènes, dont l'absence vous fait nier la nature typhoïde de nos fièvres, ne devaient pas se rencontrer chez nos malades, puisqu'en général leur affection était jugée dès le huitième jour, et que ce n'est guère que vers cette époque qu'on voit ordinairement ces symptômes apparaître. Si je ne craignais de vous sembler paradoxal, je serais presque tenté de rétorquer l'argument et de soutenir que le défaut de ces phénomènes, à une époque où leur existence serait anormale, doit me donner gain de cause.... Mais je vous dirai plus sérieusement, et comme complément de ce qui précède, que, dans les cas où la période aiguë de notre fièvre a une plus longue durée, tous ou presque tous symptômes morbides se montrent successivement. Ainsi, j'ai vu à une époque plus avancée de la maladie, la langue se sécher, se recouvrir, de même que les dents et les lèvres, de l'enduit fuligineux caractéristique ; la diarrhée s'établit avec le gargouillement de la fosse iliaque, voire même les selles involontaires. C'est ainsi que, tout récemment, mon savant confrère et ami le docteur F. Bosi et moi nous fûmes appelés l'avant-veille de la mort, auprès d'une jeune femme grecque qui succomba au douzième jour d'une fièvre typhoïde. Elle présenta le cortége complet des phénomènes que l'on observe en Europe, avec une forme *délirante convulsive*, poussée au plus haut degré d'acuité. Chez cette intéressante malade, l'épistaxis aussi exista et fut même très abondante. J'ai, du reste, remarqué ce symptôme dans un assez bon nombre de cas. Quant au râle sibilant, il est vrai qu'il a manqué dans les deux observations que j'ai communiquées à M. Lautour ; mais je l'ai noté chez d'autres malades. La sensibilité abdominale ne manque jamais, et souvent elle est plus marquée dans la fosse iliaque droite (comme l'indique, par exemple, la deuxième de mes observations).

Maintenant, croyez-vous que cette diminution dans la durée ordinaire de notre fièvre, soit un argument bien sérieux à faire valoir contre elle ? Mais, dans ce climat qui diffère si complètement de celui de l'Europe centrale, ce n'est pas la fièvre typhoïde seule qui est modifiée dans sa durée, fait qu'en 1841 le savant docteur Pruner avait déjà noté au Caire. Consultez les auteurs qui ont écrit sur les affections de ces pays et vous les trouverez unanimes à déclarer qu'elles y font plus rapidement leur cours que dans les latitudes plus élevées. C'est non seulement une plaie qui guérit plus vite, c'est une pyrexie qui marche plus promptement vers une terminaison quelconque, heureuse ou funeste. Ainsi en est-il de notre fièvre typhoïde à Damas. Qu'arrive-t-il, en effet, le plus communément ?

Abandonnée à elle-même ou traitée par les médecins indigènes, dont l'ignorance est incroyable, cette maladie se termine le huitième ou le neuvième jour : (ils lui opposent en général des saignées coup sur coup).

Convenablement traitée, elle est ordinairement vers la même époque, *jugée* favorablement ; *elle n'est pas terminée,* mais la convalescence se déclare ; la guérison n'est complète que vers le quinzième ou le vingtième jour, comme le montrent plusieurs observations de M. Lautour.

Enfin, il existe des cas, où la maladie, étant abandonnée à elle-même, ou bien présentant des conditions particulières de gravité, sa période aiguë se prolonge au-delà du premier septenaire, pour prendre, le plus souvent, une terminaison funeste ; et dans ces cas, je vous l'ai dit, on voit apparaître le cortége à peu près complet des symptômes que nous observons en Europe.

Remarquez bien en effet, cher confrère, que dans toutes les observations qui ont été citées, la maladie a été traitée, en général, dès le début, et traitée par un médicament que je n'oserais pas nommer *spécifique ;* mais je vous l'avoue, d'après les résultats que j'en ai obtenus ici, j'éprouve une bien grande tentative de hasarder cette ambitieuse qualification. Quoi qu'il en soit, ce résultat pêche-t-il tant par l'innovation ? Rappelez-vous simplement tout ce qui a été dit sur le rôle jugulateur des saignées, perturbateur du tartre stibié, employés contre la même maladie ? Que le calomel, ce médicament héroïque, cet altérant par excellence, s'attaquât directement au principe septique, putride qui semble injecter dans ce cas, toute l'économie, serait-ce plus difficile à admettre ?....

J'abrège, afin de ne pas allonger cette note outre mesure. Vous objectez contre notre diagnostic, que la maladie a parfois cessé tout à coup, quelquefois complètement, pour reparaître bientôt, escortée de symptômes graves, tels que syncope, coma, sueurs froides, etc. Si j'avais le temps de discuter avec vous les observations, si surtout je pouvais vous en communiquer d'autres qui m'appartiennent exclusivement, vous verriez bien que cette apparente confusion n'existe pas. Que sur la fièvre typhoïde s'ente une fièvre intermittente ou réciproquement, c'est ce que nous avons vu très fréquemment ; alors les phénomènes de la fièvre d'accès se déclarent et ne sont pas à rapporter à la première affection.

J'ai hâte d'arriver à la seconde partie de votre argumentation ; et ici j'espère bien vous amener, cher confrère, à une opinion tout opposée à celle que vous avez d'abord manifestée.

Notre fièvre, dites-vous, n'est qu'une fièvre rémittente des pays chauds. Preuves : « C'est qu'en cette même saison de l'année, les fièvres paludéennes sont endémiques et très répandues à Damas ; que, lorsqu'on a examiné la rate, on l'a trouvée plus ou moins hypertrophiée,... plusieurs des malades ont été atteints antérieurement de fièvre intermittente.... » Mais qu'en concluez-vous ? — En cette saison de l'année, il règne endémiquement à Damas, simultanément, et je pourrais dire presqu'exclusivement, deux grandes classes de maladies : des fièvres paludéennes et des fièvres typhoïdes, les premières beaucoup plus répandues que les secondes, les deux affections se suivant quelquefois, comme je l'ai dit ; et alors, si le passage de l'une à l'autre est prompt, les symptômes semblent parfois se mélanger, mais le plus souvent ils ne font que se succéder, et la ligne de démarcation reste bien tranchée. Admettez-vous l'antagonisme de ces deux classes de pyrexies ? Ici, je vous l'assure, une pareille opinion tomberait bien vite sous l'autorité des faits. — Vous objectez les grosses rates ; mais je ne les ai jamais rencontrées que chez des malades qui avaient eu précédemment des fièvres intermittentes (les sujets de mes deux observations en font foi), et M. Lautour n'a cité aucun fait qui ne rentre dans cette catégorie. Or, dans le pauvre quartier chrétien de Damas, *il n'est pas une famille,* peut-être pas un individu qui n'ait été atteint d'infection paludéenne. Et comment la traitent les médecins arabes, c'est par les saignées ; aussi rien n'est plus commun que de trouver des *spléno-mégalies* ou des *spléno-phymies,* qui persistent longtemps après la disparition des accidens intermittens. La présence de ces hypertrophies considérables de la rate, qui descend quelquefois jusqu'à l'ombilic et plus bas, doit-elle vous empêcher d'admettre, lorsqu'elle se manifeste, l'existence d'une fièvre continue.

Est-ce ce mélange ou plutôt cette succession rapide des deux affections qui vous embarrasse ? Mais la partie basse et humide de la ville, celle où nous habitons, est, pendant l'automne, tellement infectée par les miasmes paludéens, que vous voyez l'*élément intermittent compliquer presque toutes les autres affections.* C'est ainsi que chez la femme d'un janissaire persan, que j'ai traitée au mois d'octobre dernier, d'un érysipèle ambulant, j'ai dû, pour enrayer l'exacerbation qui finit par se montrer chaque jour vers trois heures de l'après-midi, faire intervenir le sulfate de quinine, à la suite de l'administration duquel la convalescence ne se fit pas attendre.

Vous croyez peu, dites-vous, mon cher et ancien collègue, à ces transformations de maladies, que les observations précitées tendent à démontrer ? Si vous récusez mon bien faible témoignage, vous admettrez pourtant, j'en suis sûr, celui du docteur Pruner, ex-médecin de S. A. le vice-roi d'Égypte, l'homme qui, dans ces derniers temps, a le plus complètement et le mieux étudié les maladies d'Orient. Voici ce qu'il dit dans son remarquable ouvrage (*Die Krankheiten des Orients*, 1847), je traduis textuellement, page 353 : « La fièvre bilieuse peut prendre le » type rémittent... » Et plus bas : « A la suite de cette fièvre, il se dé- » clare souvent *une véritable fièvre d'accès* qui cède au sulfate de qui- » nine. » Page 361 : « Nous avons vu, principalement chez des enfans de » 8 à 12 ans, les *maladies typhoïdes*, prendre à la fin le caractère » intermittent, dont nous triomphons au moyen de la quinine. *Quand* » *la fièvre intermittente passait au typhus*, le pronostic était très » grave... » Plus bas, même page : « En septembre 1842, *toutes les* » *fièvres gastriques et bilieuses se terminaient en fièvres intermit-* » *tentes*, etc. »

Si Damas vous est suspect en raison de ses fièvres paludéennes, vous voudrez bien accepter les faits recueillis au Caire ; là, les fièvres d'accès sont extrêmement rares ; et pourtant j'y ai observé, pendant trois années consécutives, des fièvres continues, analogues à celles que j'ai retrouvées à Damas. Est-ce encore à des fièvres à type périodique, que vous cherchez à les rapporter ?

Enfin, cher confrère, j'ai un dernier argument à faire valoir, et celui-ci me semble devoir être sans réplique. Si vous pouvez supposer que nous, qui vivons au milieu des fièvres intermittentes, rémittentes, de caractère insidieux, pernicieux, qui avons par conséquent l'œil constamment ouvert et l'esprit sans cesse prévenu sur la possibilité d'une affection de cette nature ; si, dis-je, vous pouvez supposer que nous nous soyons laissé abuser, il est une preuve irréfragable : c'est celle que nous tirons du traitement. « *Naturam morborum ostendunt curationes,* » a dit avec beaucoup de justesse un des maîtres de notre art. Or, qu'arrive-t-il ici ? L'observation XIII de M. Lautour est là pour le prouver : lorsque le diagnostic se laisse un moment égarer, et que, croyant avoir affaire à une fièvre typhoïde, on administre, dans une fièvre d'accès, le calomel, les accidens vont sans cesse en augmentant, et si la maladie a un caractère pernicieux, la terminaison n'est pas douteuse. Fiez-vous-en à nous : lorsque l'ombre seulement d'une rémittence se dessine, c'est à l'antipériodique par excellence, au quinquina, que nous nous hâtons de recourir. Que si une fièvre grave est guérie par le calomel, tenez-le pour bien certain, on avait affaire à tout autre chose qu'à une affection de nature paludéenne ; et, dans ce cas, réciproquement, le sulfate de quinine agit d'une manière funeste ; c'est ce que dit encore M. Pruner à l'article *typhus* (ouvrage cité, p. 385). Le docteur Bosi, l'un des praticiens les plus éclairés que j'aie rencontrés en Orient, est arrivé au même résultat : lorsque, pendant le cours de ces fièvres typhoïdes, le médecin, croyant remarquer de la rémittence, prescrivait à tort les préparations de quinine, à l'instant les accidens s'aggravaient, et l'on se hâtait de recourir au calomel.

Qu'il y ait parfois, comme je l'ai déjà indiqué, un lien entre ces deux entités morbides, fièvres continues typhoïdes et fièvres intermittentes ; que l'on observe des cas pour ainsi dire mixtes, je suis bien loin de le contester ; que le diagnostic soit, dans certaines circonstances, assez difficile, nous l'ignorons si peu, que M. Lautour a précisément rapporté sa treizième observation pour montrer que le praticien le plus prudent peut tomber dans l'erreur. Mais croyez-vous que, lorsque dans une fièvre, il survient un *état comateux*, et qu'on le traite avec succès par le calomel (comme vous le voyez dans l'observation IX) croyez-vous qu'il soit possible d'admettre la nature rémittente pernicieuse de cette affection ? Je puis vous répondre, d'après un triste exemple que j'ai eu sous les yeux, que si l'on avait affaire à une fièvre de ce genre, l'issue de la maladie ne serait pas douteuse, et qu'après peu d'heures, le médecin n'aurait plus qu'à se livrer à de tardifs regrets !...

Je conclus donc, mon cher confrère, en maintenant, que la fièvre que nous avons observée à Damas est bien une fièvre typhoïde, modifiée sans doute par l'influence d'un climat si différent du nôtre. Que des symptômes essentiels de la dothinentérie fassent ici défaut, je ne l'accorde point ; si dans quelques observations on n'en retrouve pas tous les symptômes habituels, c'est que, vu l'arrêt, l'amendement favorable de la maladie, *grâce au traitement spécial qui a été suivi,* ils n'ont pas eu le temps de se développer. Mais les signes les plus remarquables de la dothinentérie, ceux du début, fièvre, prostration profonde, céphalalgie vive, continue ; sensibilité du ventre, et enfin ce faciès typhoïde que l'on ne peut méconnaître quand on l'a une fois bien observé ; tous ces phénomènes n'ont jamais manqué. Lorsque, par défaut de traitement convenable, la maladie a suivi son cours, les symptômes ordinaires se sont tous successivement développés. Ce n'est d'ailleurs pas la durée totale de l'affection qui est beaucoup diminuée, c'est bien plutôt la durée de son acuité.

Ce qui me semble ici fort digne d'attention, c'est ce passage fréquent de l'affection typhoïde à la fièvre intermittente, *et vice versâ ;* ce sol éminemment paludéen de Damas peut, jusqu'à un certain point, en rendre compte. C'est du reste ce que le savant docteur Pruner avait déjà observé en Égypte.

Je ne veux pas revenir sur l'action si remarquable, que dans ses fièvres, le calomel a exercée ; j'ai la conviction sincère, qu'administré à temps, il arrête ou amende la maladie avec presque autant d'efficacité qu'en a le quinquina contre les fièvres d'accès.

Je regrette de me voir obligé, par les limites naturelles de cet article, autant que par des devoirs de position, de ne faire qu'ébaucher ici cet intéressant sujet d'études. J'espère me trouver un jour à même de le traiter avec tous les élémens nécessaires à la solution de cette difficile question, et avec tout le développement qu'elle mérite. Heureux si dès à présent, je suis parvenu à suspendre le jugement, peut-être prématuré, d'un confrère dont j'apprécie autant que qui ce soit, les solides et éminentes qualités, en même temps que l'arrêt de ce sévère comité (de rédaction) qu'il avait su entraîner dans son opinion.

Agréez, cher et ancien collègue, l'expression de mes sentimens les plus dévoués.

A. WILLEMIN,
Médecin sanitaire à Damas.

Nous nous applaudissons d'avoir provoqué par nos réflexions la lettre que M. le docteur Willemin nous fait l'honneur de nous écrire, et qui ne peut manquer d'apporter des lumières dans une question aussi obscure qu'importante. Le lecteur aura ainsi sous les yeux toutes les pièces du procès et pourra porter son jugement en connaissance de cause. Nous n'ajouterons qu'un mot : c'est que nous n'avons jamais prétendu nier l'existence de la fièvre typhoïde à Damas ou au Caire ; nous avons dit simplement ceci : que la plupart des observations données par M. Lautour comme exemples de cette maladie, nous paraissaient s'appliquer bien plutôt à la fièvre intermittente et rémittente des pays chauds. M. Willemin convient avec nous que l'on n'a pas rencontré plusieurs des symptômes habituellement observés dans la fièvre typhoïde d'Europe, tels que diarrhée, gargouillement, épistaxis, taches lenticulaires, râle sibilant, etc., symptômes que nous croyons, nous, de premier ordre ; mais c'est, dit-il, la conséquence naturelle de la marche plus rapide des affections de ces pays, la guérison s'opérant avant que ces phénomènes aient le temps de se produire. Nous ne rechercherons pas dans ce moment si notre honorable confrère est bien fondé, même après les citations empruntées à M. Littré, à ranger la diarrhée, le gargouillement, l'épistaxis, le râle sibilant parmi les phénomènes du second septenaire. Nous acceptons le fait ; mais ce que nous ne pouvons pas accepter, ce sont les corollaires qui en découleraient suivant M. Willemin. Nous pensons en effet que, lorsque la marche d'une affection se trouve accélérée par une cause quelconque, ce n'est pas telle ou telle période de cette affection qui subit, à l'exclusion des autres, ces modifications dans la durée, mais bien toutes les périodes de la maladie, la maladie tout entière qui doit encore conserver son expression symptomatique absolument comme la plaie, à laquelle M. Willemin fait allusion, dans laquelle on retrouve, quelque rapide que soit la cicatrisation, les traits caractéristiques d'une plaie qui suppure, c'est-à-dire la sécrétion purulente, le développement des bourgeons charnus, leur rétraction, etc....

Pour ce qui est du diagnostic que nous nous sommes permis de proposer, nous regrettons, comme notre honorable confrère, de ne pouvoir examiner une à une les observations de M. Lautour ; mais puisqu'il a cité en particulier l'observation XIII et l'observation IX, qu'il veuille bien prendre la peine de les comparer ; il sera frappé, comme nous, de l'analogie, de la presque identité qui existe entre elles ; or, dans un cas, il s'agit d'une fièvre intermittente, pourquoi donner un autre nom à l'observation IX ; M. Lautour a si bien senti le point vulnérable, qu'il n'a pas osé prononcer franchement le mot de fièvre typhoïde et qu'il intitule cette observation et d'autres encore de son mémoire : *Fièvre intermittente prenant les caractères de la fièvre typhoïde.*

Quant au traitement, nous croyons que les purgatifs sont utiles en général dans la fièvre typhoïde, surtout s'il y a constipation; mais nous sommes loin de partager l'enthousiasme de M. Willemin, qui voit dans le calomel un spécifique presqu'aussi efficace que le quinquina contre les fièvres d'accès; nous serions même tentés, d'après ses propres paroles, de trouver qu'il a été plus nuisible qu'utile: « Abandonnée à elle-même, dit M. Willemin, ou traitée par les médecins indigènes, dont l'ignorance est incroyable, cette maladie (la fièvre typhoïde) se termine le huitième ou le neuvième jour. Convenablement traitée (par le calomel, je suppose), elle est ordinairement vers la même époque jugée favorablement; elle n'est pas terminée, mais la convalescence se déclare, la guérison n'est complète que vers le quinzième ou le vingtième jour. » Nous n'avons rien à ajouter après un tel aveu.

Dans le cas particulier, nous pensons que le sulfate de quinine, donné à la dose de 1 gramme, 1 gramme 50, aurait triomphé plus rapidement et plus complètement d'accidens que nous nous croyons encore, et à regret, malgré la savante argumentation de notre confrère et ami, en droit de rapporter à la fièvre intermittente et rémittente des pays chauds.

Approuvé par le comité de rédaction.

Dr Hérard,
Médecin des hôpitaux.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

OBSERVATION D'UN ANÉVRISME DE L'AORTE THORACIQUE QUI S'EST ROMPU DANS LA TRACHÉE.

« Je ne sais trop encore, dit Laennec, après dix ans de recherches, jusqu'à quel point l'auscultation médiate pourra servir à établir le diagnostic des anévrismes de l'aorte....... Bien des cas m'ont prouvé qu'un anévrisme très volumineux de l'aorte pectorale peut exister sans que l'auscultation le fasse reconnaître, et des raisons assez fortes me portent à croire que ce résultat sera le plus fréquent. »

Hélas! ces paroles prophétiques de l'illustre auteur de l'*auscultation médiate* ne se trouvent que trop corroborées tous les jours par les faits, et aujourd'hui comme il y a trente ans, les dilatations anévrismales de l'aorte ne sont le plus souvent reconnues positivement que sur la table de dissection. Nous ne parlons pas ici des cas très rares où la tumeur parvient à un volume assez considérable pour se manifester au dehors, car alors on trouve réunis des caractères décisifs qui permettent le plus souvent de porter un diagnostic certain. Mais lorsque c'est la partie postérieure de l'artère qui est affectée, lorsque la tumeur, au lieu de tendre vers les côtes ou vers la partie inférieure du cou, plonge au contraire dans les profondeurs de la poitrine, alors le jugement à porter se trouve entouré de la plus grande obscurité, et les hommes les plus habiles ont vu dans ces cas leur diagnostic tomber complètement à faux.

C'est ce qui est encore arrivé dans l'observation suivante, que nous empruntons au *Provincial med. and surg. journal* (18 février 1852), et qui a été communiquée à cette revue par M. W. H. Gooch, médecin de l'hôpital de Kent et de Canterbury. Le soin avec lequel ce cas a été rédigé, les particularités intéressantes qu'il présente, la rupture du sac dans la trachée, la coïncidence de la dilatation anévrismale avec une hépatisation complète de l'un des poumons, la physionomie de plusieurs des phénomènes morbides qui peuvent se rapporter à la compression du nerf recurrent emprisonné dans les parois du sac, etc. Tout cela nous a paru assez intéressant pour donner *in extenso* cette observation dans l'Union Médicale. Disons tout de suite que le diagnostic porté par M. Gooch, pendant la vie du malade, a été erroné par suite de l'absence complète de symptômes capables de faire supposer une affection du cœur, et que la « *laryngite strumeuse, parvenue probablement à sa période ulcérative* » n'existait en aucune manière. Faisons enfin remarquer que cette rupture de sacs anévrismatiques de l'aorte thoracique, dans la trachée, s'est rencontrée plusieurs fois; que M. Lawrence en a publié un exemple dans le sixième volume des *Médico-chirurgical transactions*; que Liston, si nous ne nous trompons, en a fait connaître un cas, et que, d'après M. Gooch, les musées du collége royal des chirurgiens et de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, renferment trois préparations montrant ce mode de terminaison de cette insidieuse affection. Voici donc l'observation du médecin anglais:

Un charpentier, marié, âgé de 44 ans, d'une constitution strumeuse, jouissait d'une santé relativement bonne, lorsque, après une chûte d'un lieu élevé, il commença à éprouver vers la région laryngée une sensation de plénitude et d'endolorissement, qu'il ne considéra que comme le résultat d'un simple rhume dont il avait été affecté quelques jours auparavant. Pendant trois mois consécutifs, rien ne fut fait pour combattre ces légers prodrômes. Un médecin alors appelé, prescrivit un vésicatoire dans la supposition qu'il s'agissait d'une inflammation thoracique. Cette médication n'eut aucun résultat, et le malade se décida à entrer à l'hôpital. Il était alors faible, émacié, se plaignant d'une gêne extrême derrière le cartilage thyroïde. La toux était rauque, souvent aigre, accompagnée d'expectoration muqueuse et suivie d'une dyspnée considérable, surtout vers le soir.

L'auscultation fit découvrir les phénomènes suivans: dans toute l'étendue du poumon *gauche*, mais particulièrement à la pointe de cet organe, murmure respiratoire faible, sans ronchus; résonnance vocale plus prononcée qu'à l'état normal; percussion donnant antérieurement et postérieurement une matité notable. Quant au poumon *droit*, à part un peu de râle sibilant au sommet, il n'offrait rien de morbide. La systole du cœur était faible, mais ses bruits et son rhythme étaient normaux. On ne découvrit nulle part aucune pulsation artérielle; le pouls donnait 84 battemens faibles et mous. L'appétit était peu prononcé, mais la langue nette.

L'application de ventouses dans la région inter-scapulaire, des contre-irritans de chaque côté du larynx, l'usage des mercuriaux, des expectorans et des sédatifs, amenèrent un amendement considérable des accidens; la dyspnée, l'insomnie trouvèrent dans le chloroforme un puissant agent de soulagement; un œdème léger, qui était apparu aux genoux, fut combattu avec succès; un régime tonique, l'usage de l'huile de foie de morue, modifièrent favorablement l'état général; le malade, enfin, paraissait marcher vers la guérison, lorsque tout à coup, sans cause saisissable, il fut pris d'une violente attaque de toux pendant laquelle une énorme quantité de sang fut lancée par la bouche....... Le malade mourut presque instantanément.

Voici les faits anatomo-pathologiques les plus remarquables que dévoila l'examen microscopique: larynx et trachée complètement sains; *poumon droit* emphysémateux et ne s'affaissant pas sur lui-même au moment de l'ouverture du thorax; *poumon gauche* adhérent par toute son étendue au moyen d'une couche épaisse de lymphe. L'organe ne crépite plus, son tissu est passé tout entier à l'état d'hépatisation grise; les ramifications bronchiques paraissent dilatées, leur tunique interne épaissie et injectée. Le *cœur* est assez volumineux, mais ses cavités et ses valvules, normales, ainsi que le péricarde. L'*aorte* présente, dans la première partie de son trajet, des plaques résultant de l'épaississement de ses parois, ainsi que des dépôts athéromateux accompagnés çà et là de dilatations comme boursoufflées. Immédiatement au-delà de l'artère sous-clavière gauche apparaît une large ouverture pouvant admettre facilement le bout du doigt, et allant donner dans une poche anévrismale du volume d'une petite orange. Cette poche est précisément située entre l'aorte et la trachée, et contient une petite masse délayée de fibrine, sans dépôt de lamelles concentriques. Elle communique avec le conduit aérien vers son point de bifurcation, par deux ouvertures, dont la circonférence est comme renforcée par des anneaux de lymphe plastique. Le nerf recurrent gauche, après son enroulement autour de la bronche correspondante, se trouvait empaqueté dans les parois du sac anévrismal.

Dr Achille Chereau.

PRESSE MÉDICALE.

Annales médico-psychologiques. — Numéro de Janvier 1852.

Remarques sur l'entendement humain à l'occasion du mémoire de M. le docteur F. Voisin; par Ed. Carrière.

Il y a deux parties distinctes dans le travail de M. E. Carrière: celle dans laquelle il apprécie l'ouvrage de M. Voisin, intitulé: *Analyse de l'entendement humain*, et celle où il expose ses opinions propres en matière de psychologie.

M. Carrière craint de trouver en M. Voisin un sectateur de Fourrier; il lui reproche « de ne pas s'estimer assez lui-même pour ne pas laisser croire qu'il tient à honneur d'être le disciple de ce philosophe. » Le fourriérisme, dit-il, est la première doctrine qu'on soupçonne l'auteur d'avoir adoptée. On lit (dans l'ouvrage de M. Voisin) « qu'il n'y a pas de bonheur pour l'homme en dehors de sa constitution, qu'il faut à celui-ci la jouissance de toutes ses facultés, de toutes ses conditions d'être, pour qu'il soit heureux; que sans cela il y a perturbation organique, qu'il y a même folie. »

La phrénologie n'est pas non plus étrangère aux doctrines philosophiques professées par M. Voisin, qui promet à ses lecteurs « de les faire lire à livre ouvert dans la masse de l'encéphale. »

Quant aux opinions philosophiques de M. Carrière, il suffira, pour les faire connaître, de citer textuellement le passage suivant de son article: « Qui peut nier l'activité dans l'organisme humain, qui peut nier quelque chose de suprême et d'élevé qui plane au-dessus du jeu grossier, quoique merveilleux, des organes? Qui peut croire, dans son aveuglement, que ces lames de substance grise et blanche, repliées, nouées sur elles-mêmes, de manière à former la masse encéphalique, aient le pouvoir d'enfanter ce monde d'idées et de combinaisons intellectuelles qui va grossissant depuis la création jusqu'à nos jours? Réfléchissez un peu qu'un organe parfait dans son développement donne tout d'abord tout ce qu'il peut donner. Comparez maintenant le cerveau du premier homme à celui du contemporain, de l'ignorant à celui de l'homme de génie, quelles faibles différences organiques les séparent, si même il y a différence appréciable, et pourtant quelle immensité incalculable dans la grandeur de la fonction et dans la différence du résultat! »

Puisque l'organe est au-dessous de sa fonction, ce n'est qu'un instrument qui obéit passivement à une cause. Or, cette cause n'est pas matérielle. Si elle l'était, elle se confondrait avec l'organe lui-même, et la pensée serait quelque chose comme une sécrétion.... » Car il y a des médecins, ainsi que l'a très bien dit plus haut M. Carrière, « qui en sont encore à la sécrétion de la pensée par le cerveau, qu'ils voient, sans doute, s'écouler par des conduits d'une construction particulière, comme la bile s'écoule du foie...... Elle est spirituelle (la pensée) parce qu'elle qu'elle est séparée et que, pour justifier cette séparation, il est nécessaire que les substances ne soient pas identiques. »

Recherches sur quelques déformations du crâne, observées dans le département des Deux-Sèvres; par M. Lunier.

En 1834, M. le docteur Foville publia un travail intéressant et original sur la *Déformation du crâne, résultant de la méthode la plus générale de couvrir la tête des enfans dans la Normandie*. Ce médecin distingué attribuait cette déformation à l'usage d'un bandeau circulaire dont on entourait la tête des enfans nouveau-nés.

En prenant la direction médicale de l'Asile des aliénés de Niort (Deux-Sèvres), M. Lunier remarqua dès le principe, chez ses malades, une déformation du crâne, offrant de l'analogie avec celle qui avait été signalée par M. Foville, et que M. le docteur Delage avait également, et à la même époque, observée à Toulouse.

Dans le département des Deux-Sèvres, dit M. Lunier, il est d'usage d'entourer la tête des nouveau-nés d'un bandeau qui, dans la partie supérieure du front ou de la fontanelle antérieure, se dirige en bas et en arrière, et dont les deux chefs, ramenés en avant, sont fixés par un nœud sur le sommet de la tête. De là, la dépression du front, l'aplatissement du crâne au niveau de la fontanelle antérieure, aplatissement qui, chez quelques sujets, va jusqu'à remplacer, par une surface plane, la convexité qu'on observe habituellement sur cette partie de la calotte du crâne, etc. Il est à remarquer, du reste, que, chez un certain nombre d'individus, l'action toute mécanique du bandeau est puissamment aidée par une disposition rachitique assez commune dans quelques localités de l'arrondissement de Niort.

La majorité des individus qui ont offert la déformation dont nous venons de parler, étaient *idiots* ou *épileptiques*. M. Lunier insiste sur cette particularité qui, suivant lui, aurait échappé à M. Foville, et d'où il conclut que ces déformations, par l'influence qu'elles exercent sur les fonctions de l'encéphale, contribuent souvent au développement de l'idiotie et de l'épilepsie; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles donnent lieu à l'aliénation mentale proprement dite.

Dr Moreau (de Tours).

MÉLANGES.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE A BERLIN. — Les professeurs des Universités prussiennes se divisent en professeurs ordinaires, extraordinaires et *privatim docentes*. La Faculté de Berlin en compte 16 ordinaires, 10 extraordinaires et 12 *privatim docentes*, en tout 38. Les matières de l'enseignement se divisent en diverses sections, de manière que chaque professeur donne des leçons sur trois ou quatre parties distinctes, et que chaque matière est enseignée, soit dans son ensemble, soit dans ses divisions, par divers professeurs. De là la grande émulation qui existe entre eux et le soin qu'ils apportent à se mettre au courant de la science.

Le grand hôpital de la Charité, peut-être l'un des plus grands de l'Europe, et quelques hospices, sont les lieux où se fait l'instruction clinique. Busch fait sa clinique d'accouchemens à la Charité; Casper enseigne la médecine légale, Juengken la clinique chirurgicale et l'ophthalmologie, Romberg la médecine, Schœnlein la clinique médicale, Barez les maladies des enfans, Idelen les maladies mentales, Schmidt les accouchemens et les maladies syphilitiques, Wolff la clinique médicale, Kranichfeld la clinique ophthalmologique, le docteur Truedstedt les élémens de la clinique médicale et chirurgicale.

FÉCONDITÉ COMPARATIVE DE LA RACE BLANCHE ET DE LA RACE NOIRE. — Quelle est la fécondité comparative des deux races? Telle est la question que s'est posée un médecin américain, M. Pendleton. Dans un district de la Géorgie, ce médecin a trouvé réunies 587 femmes blanches et 986 femmes noires ou mulâtres, ayant de 30 à 40 ans, c'est-à-dire l'âge ordinaire de la fécondité. Or, les femmes blanches comptaient 1,207 enfans, ou 2,05 pour chacune; les femmes noires 2,392 enfans, ou 2,42 pour chacune. D'où il suivrait que, contrairement à l'opinion générale, les femmes noires l'emporteraient sur les femmes blanches. D'ailleurs, ajoute M. Pendleton, c'est chez les femmes blanches qu'on observe en plus grande proportion les accidens de nature à produire la stérilité; ainsi on trouve 30 cas de dysménorrhée chez les femmes blanches, pour 14 chez les noires; 16 cas de métrorrhagie chez les premières, pour 10 chez les secondes; 26 de prolapsus de l'utérus chez les blanches, pour 9 cas seulement chez les femmes noires; 23 cas d'aménorrhée chez les premières, pour 9 chez les secondes; 11 cas de leucorrhée pour 6. Les avortemens paraissent cependant plus communs chez ces dernières, dans la proportion de 51 à 40.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

On nous prie d'insérer la note suivante:

Deux lettres avaient été écrites à M. le secrétaire de l'administration de l'assistance publique, par six de MM. les candidats admis à subir la deuxième série des épreuves du concours ouvert pour deux places de chirurgiens du bureau central. La première de ces lettres annonçait que ces messieurs se retiraient de la lice; la seconde exposait les motifs qui les engageaient à y rentrer; l'une et l'autre ont été insérées dans la *Gazette des Hôpitaux*.

MM. les membres du jury, émus de la teneur de ces deux lettres, ont demandé que les signataires, avant de continuer les épreuves du concours, retirassent formellement l'une et l'autre.

Les candidats ont immédiatement rédigé, séance tenante, la déclaration suivante:

« Nous prions l'administration de regarder comme non avenues les » deux lettres que nous lui avons adressées. »

Signé: Boinet, Boyer, Broca, Depaul, Follin, A. Richard.

17 avril 1852.

Les épreuves du concours seront reprises jeudi prochain, à deux heures, à l'Hôtel-Dieu.

NÉCROLOGIE. — M. Raoul, médecin-professeur à l'École de médecine de la marine, à Brest, a succombé le 6 avril, à une maladie aiguë.

— M. Claude Levallois-Duménil, pharmacien-major en retraite, est mort le 1er avril, à Avallon.

— M. le docteur Rolla, aide de la clinique syphilitique à l'hôpital de la Charité de Turin, vient de mourir après une courte maladie, à l'âge de 40 ans.

ERRATUM. — Dans le dernier numéro, article de M. Izarié, sur le traitement de la sciatique, 2e alinéa, ligne 1re, « tout en faisant le *progrès* de la matière médicale, » lisez: « tout en faisant le *procès*. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, avec des notes et des additions par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix: 9 fr.

Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix: 4 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Le gérant, Richelot.

Paris,—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 48. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 22 Avril 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............. 32 Fr.

6 Mois........... 17

3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 AVRIL 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Parlez-nous d'un jour d'élection à l'Académie de médecine! Il faut ces occasions rares pour voir la compagnie dans toute sa splendeur. Ce n'est guère que dans ces jours solennels que certaines illustrations médicales apparaissent sur l'horizon académique, semblables à ces astres qui, décrivant une orbite immense, ne reviennent qu'à des distances très éloignées aux mêmes points du firmament. Depuis leur dernière apparition, ces astres scientifiques n'ont rien perdu de leur éclat ; nous le constatons avec une vive satisfaction. M. Chomel, M. Andral, M. Rayer, M. Cruveilhier, pour ne parler que de célébrités aux plus longues périodes, sont florissans de santé ; sur ces têtes honorées et aimées de tous, le temps semble ne passer qu'en glissant; heureux et charmant privilége dont se réjouissent à la fois la science et la profession.

Pendant les préludes peu hospitaliers de l'élection, M. le docteur Barrier, de Lyon, a lu une note dont le bruit des conversations particulières nous a empêché de saisir un seul mot. Venez donc de si loin et précédé par une réputation aussi légitimement acquise que M. Barrier, pour être accueilli par une distraction si générale! Nous en avons souffert pour la compagnie qui a ainsi manqué à toutes les lois de l'hospitalité, et surtout pour notre honorable et savant confrère lyonnais, qui était digne d'une autre réception. Nous croyons, sous toute réserve, qu'il s'agissait d'une chute de la matrice après l'accouchement, réduite par un procédé particulier à M. Barrier. Ce n'est pas ainsi que se réaliseront les vœux que nous formons depuis longtemps pour la grande communion d'idées dans notre famille médicale.

Après cette lecture, l'élection a commencé. Quatre-vingt-dix membres y ont pris part. Il s'agissait de nommer un académicien dans la section d'accouchemens. Un premier tour de scrutin a donné 33 voix à M. Depaul, 31 à M. Lenoir, 14 à M. Devilliers, 12 à M. Jacquemier. Il n'y avait pas de majorité et le scrutin a été ouvert de nouveau, qui a donné 48 voix à M. Depaul et 36 à M. Lenoir.

En conséquence, M. Depaul a été proclamé membre de l'Académie.

Nous nous sommes senti très heureusement placé pour n'avoir à exprimer aucune préférence exclusive dans cette élection. Quelle qu'elle eût été, l'Académie ne pouvait faire qu'un bon choix. L'issue de la lutte entre MM. Lenoir et Depaul ne pouvait aussi être que favorable à l'Académie. Nous aurions applaudi à la nomination de M. Lenoir, nous sommes bien loin de regretter celle de M. Depaul. Si de vieilles et affectueuses relations nous portaient, avec plus de sympathie, vers M. Lenoir, cette sympathie ne pouvait pas nous rendre injuste envers le mérite réel et spécial de M. Depaul.

La séance a été terminée par un rapport de M. Hervez de Chégoin, sur un traitement de la leucorrhée proposé par M. Mayer, de Belfort, rapport dans lequel on a pu remarquer l'expérience spéciale et si autorisée de l'honorable rapporteur.

Amédée LATOUR.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Une communication intéressante a été faite par M. Marchal (de Calvi). Cet ingénieux expérimentateur a voulu rechercher quel est le degré de nutritivité des viandes les plus usuellement consommées par l'homme, porc, bœuf, veau, mouton, poulet. Pour cela, il a fait évaporer au bain-marie une quantité égale de chair musculaire de ces animaux, de manière à obtenir tout le résidu solide. Cette première expérience lui a donné ce résultat que, relativement à la richesse des matières solides, les viandes devraient être rangées dans l'ordre suivant : porc, bœuf, mouton, poulet, veau. Mais cette richesse ne représente nullement le degré de nutritivité de ces viandes, car le résidu peut être augmenté par le produit des matières grasses, alimens respiratoires et non plastiques. Aussi, dans une seconde expérience, M. Marchal, ayant traité ces résidus par l'éther, a obtenu des résultats différens qui lui permettent de ranger les viandes selon leur degré de nutritivité dans l'ordre suivant : bœuf, poulet, porc, mouton, veau. On s'étonnera peut-être de voir le poulet au second rang ; mais M. Marchal explique la qualité nutritive de cette viande, par l'extrême rapprochement de ses fibres. Nous ignorons si M. Marchal a tenu compte de l'âge du poulet ; nous pensons que cette circonstance est importante, et qu'il existe entre un jeune poulet et un poulet adulte la même différence qui existe entre le veau et le bœuf, entre l'agneau et le mouton. Il n'en faut pas moins reconnaître que les expériences de M. Marchal offrent de l'intérêt. Notre savant confrère saura les mener à bonne fin.

Amédée LATOUR.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

DE LA PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AUX AFFECTIONS CÉRÉBRALES.

EXISTE-T-IL DES SIGNES PARTICULIERS AUXQUELS ON PUISSE RECONNAITRE CETTE PRÉDISPOSITION ?

Par M. le d^r J. MOREAU (de Tours), médecin de Bicêtre.

(Mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

Certaines affections ont le triste privilége d'éveiller dans les familles des craintes malheureusement trop fondées : elles sont une menace incessante pour l'avenir des descendans de ceux qu'elles ont frappés, parce qu'elles font supposer l'existence d'un germe morbide qui, tôt ou tard, peut se développer chez un des membres de la famille, soit à la première, soit à la deuxième génération ?

La folie se place au premier rang parmi ces affections ; il n'en est point, en effet, qui présente, à un plus haut degré, le fatal caractère de l'hérédité.

Il n'est pas de médecin d'aliénés qui n'ait eu vingt fois à répondre à cette question posée d'une voix anxieuse par un père ou une mère de famille : « Le malheur qui me frappe, n'ai-je pas à le redouter encore, dans un avenir plus ou moins rapproché, pour mes enfans? Et alors, que dois-je faire, quelles précautions prendre afin de prévenir, s'il est possible, ce nouveau malheur ? »

Nous avons vu dans cette question un important problème à résoudre, le problème que voici : un père ou une mère (nous pourrions, de même, mentionner ici d'autres ascendans : les oncles, les tantes, les aïeux) ayant été atteints d'aliénation mentale, à quels signes reconnaître s'il y a lieu de redouter, pour les enfans, la même maladie, et, lorsqu'il existe plusieurs enfans, lequel d'entre eux est plus particulièrement prédisposé ?

Mais comment résoudre ce problème? A quelles données scientifiques, expérimentales, rattacher le fil conducteur qui puisse nous guider dans les ténèbres qui environnent, de toutes parts, la question dont il s'agit?

Nous sommes loin de prétendre en avoir trouvé la solution, mais nous croyons nous en être approché jusqu'à un certain point ; notre conviction, nous l'appuyons sur des données statistiques peu nombreuses encore, il est vrai, bien qu'elles nous aient coûté deux années de recherches, mais qui, à nos yeux, ont une valeur réelle.

Avant de faire connaître les résultats que nous avons obtenus, je dois signaler à votre attention certains faits zoologiques qui ont servi de point de départ à nos recherches, et qui, en même temps, donnent l'explication de ces mêmes résultats.

La loi d'hérédité, dans l'espèce humaine et dans les autres classes d'animaux, n'a plus besoin d'être démontrée; elle repose sur une foule de preuves qu'il serait superflu de rappeler ici; elle a été étudiée sous les points de vue les plus divers.

Mais il est un côté de la question qu'elle soulève qui a été à peu près complètement négligé.

Jusque dans ces derniers temps, on s'était borné à la constatation du fait; on ne s'était pas enquis des lois qui président à son développement ; on ne s'était pas informé si la nature, en reproduisant chez les enfans telles formes de l'organisation, tels états organiques qui se trouvaient chez les enfans ou ascendans ; si la nature, dis-je, n'agissait pas d'après un plan défini, arrêté, et non, comme on le croit généralement, d'une manière tout à fait aveugle.

Cette intéressante question a fait l'objet des recherches d'un savant confrère, M. le docteur Lhéritier, qui, dans un remarquable travail adressé, en 1848, à M. le ministre des travaux publics, a démontré, de la manière la plus évidente, que pour ce qui est des animaux, il existait bien réellement des lois constantes, invariables qui régissent le mode suivant lequel l'organisation des parens affecte celle des enfans; ce qui donne en résultat la ressemblance.

L'étude approfondie de ces lois a porté l'auteur que nous citons à admettre trois classes ou séries d'organes :

La première comprend les *organes locomoteurs ;*

La deuxième, *ceux de la nutrition ;*

La troisième *renferme l'appareil nerveux central*, qui se divise en deux parties : l'une antérieure, c'est-à-dire le cerveau proprement dit, et le cordon antérieur de la moelle épinière ; l'autre, postérieure, c'est-à-dire le cervelet et le cordon postérieur de la moelle épinière.

A l'une des deux divisions précédentes, se lie chacune des deux séries d'organes :

Au cervelet se rattache expressément tout le système locomoteur ; l'appareil de la nutrition est lié au cerveau.

C'est sur cette connexion que reposent les lois de la ressemblance, c'est-à-dire le mode régulier, invariable, suivant lequel tel ou tel parent (père ou mère) transmet à sa progéniture telle ou telle série distincte d'organes.

Or, cette transmission a lieu selon des lois fixes : quand l'un des parens donne une série, l'autre parent donne la série opposée.

Un point fondamental et sur lequel nous appelons particulièrement l'attention, c'est que la ressemblance ne se communique point des parens aux enfans par la transmission de quelques traits isolés, mais bien par la transmission de deux grandes séries d'organes-séries *parfaitement distinctes, divisées, définies.*

Voici, maintenant, quelles sont les lois de cette transmission :

a. La première, ou *loi d'équilibre*, s'exerce entre parens *de la même variété.* — Ici, l'un ou l'autre des parens, *indifféremment*, donne l'une ou l'autre des deux séries distinctes.

b. La seconde, ou *loi de croisement*, s'exerce entre parens de *variété différente.* — Là, le mâle *donne toujours* la série postérieure (cervelet, organes locomoteurs) ; la femelle, au contraire, *donne constamment* la série antérieure (les sens, le système nutritif).

Les faits dont les lois que nous venons d'exposer ne sont que la déduction, se rencontrent en foule dans le règne animal. L'espèce chevaline, comme, les bêtes à laine et bovines, les oiseaux, les poissons offrent de nombreux exemples de la deuxième loi, ou *loi de croisement.*

La loi de croisement est applicable à l'espèce humaine comme aux autres espèces animales : un exemple remarquable entre beaucoup d'autres, résulte du mélange entre l'Européen et le Nègre africain. « Dans ce croisement, si le parent mâle est européen, il communique la partie postérieure de la tête et la configuration générale de tout le corps. Aussi, le produit du croisement ne présente dans sa forme aucun des traits propres à l'Africain....... « L'influence de la mère africaine se révèle, au contraire, par l'étroitesse et la rétraction du front, par l'élévation des os des joues (pommettes), la grandeur des yeux et le prolongement de la lèvre supérieure. »

Ce qui vient d'être dit est applicable à toutes les variétés de la race humaine.

La première loi, ou *loi d'équilibre* ; a dû fixer plus particulièrement notre attention, attendu qu'elle nous paraissait renfermer la solution de la question qui nous occupe.

En effet, si cette loi est vraie, la solution que nous cher-

chons n'est plus, en quelque sorte, qu'une affaire d'observation chiffrée, ou, si l'on veut, de statistique.

La loi d'équilibre existe dans l'animalité; mais en est-il de même pour l'espèce humaine? C'est-à-dire, la transmission héréditaire ne s'exerce-t-elle, en effet, que par *série distincte* d'organes, et non par groupes d'organes ou par organes isolés?

Nous avons transporté la question dans l'ordre pathologique et les faits nous ont pleinement autorisé à la résoudre par l'affirmative.

Toutes les fois qu'une série d'organes se produit manifestement dans un individu comme transmise par l'un des parens, il est clair que l'autre série doit provenir de l'autre parent.

Des deux séries, la plus facile à saisir, celle qui vous frappe, pour ainsi dire, de prime abord, est la série qui donne la similitude de physionomie, l'analogie des traits, ou linéamens du visage; c'est la deuxième série, ou *série postérieure*, laquelle comprend, entre autres organes, les parties molles de la face.

C'est donc cette série qui a dû nous servir de guide.

Or, ainsi que nous le disions tout à l'heure, les faits pathologiques viennent confirmer la loi énoncée; ajoutons qu'en même temps, ils nous fournissent le moyen de résoudre la question que nous nous sommes posée, ils nous mettent sur la voie de la vérité que nous cherchons.

En effet, dans la très grande majorité des cas (nous en donnerons le chiffre tout-à-l'heure); lorsque des modifications pathologiques de la partie du système nerveux spécialement chargée des fonctions intellectuelles ou du cerveau proprement dit, ont révélé chez les individus une ressemblance héréditaire avec l'un des parens, les caractères distinctifs de la deuxième série, ou série postérieure, nous entendons parler particulièrement de la physionomie qui les résume pour la plupart, apparaissaient évidemment transmis par l'autre parent, et *vice versâ*, on ne rencontre cette dernière série que chez des individus dont le cerveau est resté exempt de toute modification morbide héréditaire.

Telle est la donnée générale qui nous a été fournie par nos observations.

Ce serait ici le lieu de faire connaître les résultats statistiques sur lesquels elle repose; mais auparavant nous ne pouvons nous dispenser de bien préciser ce que nous entendons et, selon nous, ce qu'il faut entendre par prédisposition héréditaire, comment on doit envisager cette disposition organique particulière en vertu de laquelle les enfans subissent les mêmes affections qui ont affligé leurs parens.

La prédisposition héréditaire ne résulte pas seulement, ainsi qu'il a été admis jusqu'ici, d'une maladie identique à celle dont on redoute la transmission, mais encore de toute affection, de toute modification morbide du système qui est le siége de cette maladie.

On ne saurait, dans une foule de cas, assigner une autre origine aux troubles des facultés mentales.

Qu'on me permette, à cette occasion, de rappeler ce que je disais dans un travail publié récemment : (1) « Nous n'admettons, entre les divers modes de manifestation du dynamisme nerveux, de distinction que dans de certaines limites; nous n'en admettons aucune à leur origine, au point où, pour ainsi dire, ils émargent des organes. Phénomènes purement nerveux, phénomènes de contractilité, de motilité, phénomènes de sensibilité non perçue par le sens intime, de sensibilité avec conscience, tous ont une origine commune dans le système nerveux, *in radice conveniunt*, suivant l'expression de J. Franck, phénomènes congénères de cette force inhérente à l'organisation, inconnue dans son essence comme dans ses effets, qu'on a appelée *névrosité*.

« Il suit de là que toute lésion qui frappe la source matérielle de cette force, c'est-à-dire le système nerveux dans son ensemble ou dans quelqu'une de ses parties, il est naturel de s'attendre à en voir les effets, presque indifféremment, sur l'un ou sur l'autre des modes d'activité nerveuse que j'énumérais tout à l'heure. Par suite des distinctions anatomiques des organes, ces effets pourront être et sont en effet le plus souvent partiels, limités à tels ou tels phénomènes de la névrosité, mais, en même temps, par une conséquence dérivant de la nature intime de ces mêmes organes, ils pourront se succéder les uns aux autres, se remplacer réciproquement, soit chez un même individu, soit, en vertu de la loi d'hérédité, chez deux ou plusieurs individus de la même famille. »

Les vérités que nous venons d'énoncer touchant le fait d'hérédité étant bien comprises, nous allons exposer maintenant les résultats auxquels nous avons été conduits par nos recherches statistiques et les conclusions qu'il nous a paru légitime d'en tirer.

Le chiffre sur lequel reposent ces conclusions pourra n'en pas paraître très élevé; ceci tient à deux causes principales : 1° à la difficulté assez grande de se procurer les renseignemens nécessaires; 2° à l'impossibilité où l'on se trouve, dans un grand nombre de cas, de tenir sérieusement compte des renseignemens fournis par les malades. On verra, néanmoins, qu'après plusieurs années de recherches, nous sommes arrivé à un chiffre assez considérable pour qu'il soit permis, dès à présent, d'en tirer des conclusions d'une valeur réelle.

Les cas qui se sont offerts à nous, environnés de garanties suffisantes pour que nous crussions pouvoir en tenir compte, sont au nombre de 192. Nous les diviserons en trois catégories :

1° Sur ces 192 cas, 164 se sont rencontrés qui tombent sous l'application plus ou moins exacte des deux lois formulées plus haut : la première, d'après laquelle « la transmission héréditaire ne s'exerce que par série distincte d'organes, l'une des deux séries excluant naturellement l'autre; » la deuxième, ou *loi d'équilibre*, qui veut que « les parens, étant de même variété l'un ou l'autre, indifféremment, donnent l'une ou l'autre des deux séries distinctes. »

Dans ces cas, en effet, nous avons vu constamment les deux séries s'exclure réciproquement; aucun des individus qui y sont compris n'a offert, tout à la fois, et la série qui donne les caractères principaux de la physionomie, ou la ressemblance proprement dite (partie postérieure de la tête, cordon postérieur de la moelle épinière, système locomoteur); et celle qui tient sous sa dépendance l'organisation *psycho-cérébrale* (partie antérieure et supérieure de la tête, organes des sens, etc.)

En d'autres termes, toutes les fois qu'un individu a présenté une analogie de physionomie plus ou moins frappante avec l'un de ses parens, il devait à l'autre parent son organisation cérébrale, ainsi que l'attestait la présence du mal héréditaire.

Ainsi, transmission par voie d'hérédité des désordres cérébraux et de la ressemblance, indifféremment par l'un ou l'autre des parens, mais toujours isolément; tel est le fait physiologique qui s'est offert à nous 164 fois sur 192 cas soumis à notre observation.

2° Des 28 cas restant, 7 sont en opposition directe avec la loi précitée de transmission héréditaire par série distincte.

C'est-à-dire que les individus appartenant à cette catégorie, ont offert des rapports évidens de physionomie avec les mêmes parens dont ils tenaient leur organisation psycho-cérébrale.

En d'autres termes, les désordres cérébraux et la similitude des traits du visage se sont montrés coïncidemment chez les parens et chez leurs descendans.

3° Vingt-et-une fois, il y a eu impossibilité de trancher la question d'une manière précise, par la raison que les deux parens présentaient une organisation cérébrale à peu près identique; or, en pareille occurrence, comment savoir si le descendant a plutôt reçu cette même organisation de celui de ses parens avec qui il n'avait aucune ressemblance, que de celui auquel il ressemblait?

Ainsi donc, sur 192 individus qui ont été soumis à notre observation, et dont il nous été permis de connaître les antécédens, au point de vue de la parenté, soit par nous-même, *de visu*, soit d'après des rapports que nous avions tout lieu de croire exacts, 164 avaient subi, d'une manière plus ou moins manifeste, l'influence de la loi que les zoologistes ont reconnue chez les animaux, loi d'après laquelle la série d'organes qui comprend, entre autres, le cerveau et ses fonctions, et celle qui donne *la ressemblance* ou l'analogie de physionomie, se transmettent séparément des auteurs à leurs descendans;

21 se sont trouvés dans des conditions d'hérédité de telle nature, qu'il était impossible d'en tirer aucune conclusion favorable ou défavorable;

7, enfin, étaient en opposition directe avec la loi.

On peut conclure hardiment de ce qui vient d'être dit, que la loi de transmission héréditaire par série d'organes, a une existence non moins réelle dans l'espèce humaine que chez les animaux.

Plusieurs faits particuliers, en contrôlant ces résultats, viennent leur prêter un nouvel appui.

Parmi ces faits, nous nous bornerons à citer les suivans :

1° De deux ou plusieurs enfans appartenant à la même famille, sur lesquels pesait l'influence héréditaire, celui-là ou ceux-là étaient devenus fous qui différaient, pour la physionomie, de celui de leurs parens qui lui-même avait été atteint de folie ou de tout autre désordre fonctionnel des centres nerveux; tandis que les autres qui avaient avec lui une ressemblance plus ou moins frappante, avaient, au contraire, conservé l'intégrité de leurs facultés morales.

Ce fait, auquel on ne saurait refuser une importance capitale, s'est présenté 17 fois sur les 192 cas dont nous avons parlé.

2° On sait que généralement les filles tiennent de leur père pour la physionomie, et que les garçons ressemblent à leur mère.

Donc, si la loi est vraie, il devra arriver, dans la généralité des cas, que la transmission héréditaire s'effectuera d'un sexe à un sexe semblable, c'est-à-dire que les désordres cérébraux se transmettront des mères à leurs filles et des pères aux fils.

C'est, en effet, ce qui a été observé, car sur 22 filles atteintes de désordres cérébraux, 14 avaient hérité de leur mère et 5 de leur père; également, sur 142 hommes aliénés, 95 avaient hérité de leur père, 47 seulement de leur mère.

D'autre part, le contraire devra avoir lieu lorsque le fait de l'analogie de physionomie sera interverti, c'est-à-dire, par exemple, que lorsqu'un garçon ressemblera à son père, une fille à sa mère, pour le premier, ce sera chez la mère ou dans la ligne maternelle; pour la seconde, ce sera chez le père ou dans la ligne paternelle que devra se trouver la source du mal transmis.

Et il en est ainsi, effectivement, car, on vient de voir que, dans les 47 cas où les garçons ressemblaient à leur père, c'est la mère qui avait transmis la maladie; et dans les 8 cas où les filles ressemblaient à leur mère, il a fallu faire remonter au père l'origine du mal.

Les supputations que nous venons de faire ne comprennent, comme on le voit, que les 164 cas favorables à la loi que nous avons posée; restent les 28 qui se trouvent en opposition plus ou moins absolue avec cette même loi.

Parmi ces derniers cas, nous en trouvons 12 dans lesquels l'enfant avait hérité tout à la fois de la physionomie et de l'organisation psycho-cérébrale de l'un de ses parens, et 16 restés douteux à cause de conditions particulières d'hérédité morbide et de ressemblance.

En dernière analyse, comme solution de la question posée en tête de cette note, nous voyons qu'on peut, jusqu'à un certain point, avec une somme de probabilités qui peut être calculée d'après la différence qui existe entre 164 et 192, c'est-à-dire avec la chance de rencontrer juste 72 fois sur 100, on peut, disons-nous, connaître :

1° Si, dans telle famille dont les ascendans comptent un ou plusieurs individus atteints d'aliénation mentale, ou de quelques autres désordres des centres nerveux, il y a lieu de craindre que les enfans ne soient, tôt ou tard, atteints de la même maladie;

2° Quels sont ceux des enfans qui se trouvent plus particulièrement menacés du mal héréditaire.

(1) *Un chapitre oublié*, etc.

CLINIQUE DE LA VILLE.

UTILITÉ DE L'ENLÈVEMENT DES MUCOSITÉS LARYNGIENNES DANS LA BRONCHITE AIGUE DES JEUNES ENFANS.

Par M. VALLEIX.

La bronchite capillaire aiguë, chez les enfans, est, comme chacun sait, une affection des plus graves, surtout lorsqu'elle attaque les sujets à une époque très rapprochée de la naissance. Les médecins qui s'occupent particulièrement des maladies des enfans portent le pronostic le plus fâcheux, et avec raison, lorsqu'ils voient l'inflammation des voies aériennes s'étendre de la trachée et des grosses bronches aux dernières ramifications, et si l'enfant est très jeune et très faible, ils n'ont guère d'espoir de le conserver. Ce sont là des faits bien connus. Mais on n'a peut-être pas étudié avec tout le soin désirable, au point de vue de la pratique médicale, les causes de cette gravité extrême de la maladie, et l'on n'a pas recherché quels sont les moyens les plus efficaces d'y remédier. Du moins, on ne trouve pas, dans les auteurs, de notions bien précises à cet égard, et si quelques médecins ont déjà fait les remarques que je vais présenter dans cet article, elles n'ont pas été publiées de manière à être utiles au plus grand nombre des praticiens.

Dans cet état de choses, je crois que le fait suivant, qu'il m'a été donné d'observer dernièrement avec M. le docteur Danyau, offrira un intérêt réel aux lecteurs.

OBSERVATION. — *Observation de bronchite capillaire aiguë chez un enfant de cinq semaines; — asphyxie par les mucosités; — insufflation; — enlèvement des mucosités avec le doigt; — guérison.*

Le 18 février dernier, je fus appelé pour un enfant mâle de *cinq semaines*, malade depuis le 16, et voici les renseignemens qui me furent donnés.

Cet enfant, dont le père, la mère et les deux sœurs venaient d'avoir ou avaient encore des bronchites assez intenses, mais sans aucun phénomène extraordinaire, avait été pris le 16 au matin d'un léger coryza qui se manifesta par quelques éternuemens et un peu d'embarras dans les narines, mais sans lui ôter la gaîté et l'appétit.

Le lendemain seulement, il commença à tousser, mais faiblement et sans que rien n'annonçât une maladie grave. Il continuait à téter comme à l'ordinaire et dormait très paisiblement.

Le 18, dans la matinée, la maladie avait déjà fait des progrès notables. L'enfant toussait beaucoup; il était abattu et ne prenait plus le sein. C'est dans ces circonstances que je fus appelé, et je trouvai le petit malade dans l'état suivant :

Il est peu volumineux et a les extrémités très petites. M. Danyau, qui a pratiqué l'accouchement, a jugé qu'il était venu environ trois semaines avant le terme.

Face un peu rouge, abattement, somnolence continuelle interrompue seulement par la toux. La peau est chaude, sans sueur. Le pouls est à 164, régulier, très facile à compter. La respiration est précipitée, pénible, la poitrine et l'abdomen se soulèvent assez fortement à chaque inspiration. Les inspirations ne sont ni bruyantes, ni sifflantes. La percussion de la poitrine donne un son clair partout. A l'auscultation, on entend dans toute la partie postérieure du thorax un râle abondant, à bulles assez grosses et humides, se faisant entendre à l'inspiration et à l'expiration, mais moins à ce dernier temps. Il n'y a ni inspiration bronchique, ni retentissement de la voix pendant le cri de l'enfant. La toux est fréquente et évidemment très douloureuse. Avant de tousser, l'enfant suspend sa respiration et fait tous ses efforts pour éviter cette douleur, et lorsqu'il a toussé, sa face se contracte douloureusement et il se plaint pendant quelque temps. Il prend encore parfois le sein, mais il

n'y reste pas longtemps, la toux douloureuse le forçant à le quitter. L'inspection de la gorge me fait voir le voile du palais d'un rouge vif, et la luette de la même couleur, gonflée et globuleuse. Rien de remarquable du côté des autres organes et des autres fonctions.

Je prescris ; *sirop d'ipécacuanha* à prendre par cuillerées à dessert toutes les dix minutes, jusqu'à production de quatre ou cinq vomissemens.

Le 19. L'enfant a pris jusqu'à 150 grammes de sirop d'ipécacuanha, et cependant il n'a eu que deux vomissemens peu abondans, et que deux garderobes. M. Danyau, qui l'a vu dans la matinée, fait ajouter 30 centigrammes d'ipécacuanha en poudre dans son sirop. Mais ce mélange ne provoque pas de vomissemens plus abondans.

Dans la journée, nous nous réunissons en consultation avec M. Danyau, et voici l'état dans lequel nous trouvons l'enfant :

La face est pâle, fraîche. L'abattement est considérable. La respiration est plus difficile encore, la toux plus fréquente, et l'on entend dans le larynx des bulles de gros râle, principalement à l'expiration. Tous les autres symptômes ont conservé leur intensité. Nous prescrivons l'application d'un *vésicatoire* couvrant toute la hauteur du sternum, et le dépassant d'un demi-centimètre de chaque côté.

Le 20. L'enfant a été un peu agité après l'application du vésicatoire; mais il s'est promptement calmé. Aujourd'hui il paraît mieux ; la respiration est un peu plus libre et un peu moins râlante dans le larynx; mais le râle sous-crépitant est aussi étendu et aussi abondant. Le pouls est à 140, régulier, bien distinct. Il y a eu deux ou trois évacuations de matières verdâtres, peu abondantes. La prescription consiste dans un demi-looch blanc contenant une petite quantité de *kermès minéral*, à prendre par cuillerées à café toutes les heures. Deux nouveaux vésicatoires de chaque côté de la partie antérieure de la poitrine.

Le 21. Le kermès n'a produit aucune évacuation. L'enfant est beaucoup plus abattu, sa face est pâle et les traits sont altérés. La toux est fréquente, faible, douloureuse. On entend un gros râle trachéal; des mucosités épaisses et abondantes sont soulevées dans la trachée et le larynx, mais l'enfant ne fait aucun mouvement de déglutition qui annonce qu'il y en ait une partie d'expulsée. La gorge ne présente pas de traces de fausses membranes. Le voile du palais, les amygdales, la luette, sont gonflés et très rouges. L'exploration est très pénible pour l'enfant. Le pouls est faible et ralenti. Le ventre est gonflé, tendu, sonore. Pas de garderobes. Les titillations de la luette ne produisent pas même d'efforts de vomissement. L'enfant nous paraît si mal, à M. Danyau et à moi, que, n'espérant plus le trouver vivant, nous ne prenons pas de rendez-vous pour le lendemain, nous réservant de faire notre visite chacun de notre côté. (*Lavement huileux; sinapismes* promenés sur les membres inférieurs et sur le tronc, dans les points qui ne sont pas occupés par les vésicatoires.)

Le 22. Après le lavement, qui a produit plusieurs évacuations vertes, et les sinapismes, qui ont déterminé une assez vive excitation, la respiration est devenue un peu plus libre, et l'enfant a même pu prendre le sein pendant quelques instans. Aujourd'hui, la respiration est un peu plus facile. Le râle sous-crépitant n'a pas augmenté. Le pouls est un peu moins accéléré. La gorge est à peu près dans le même état.

Le 23. Le matin, les choses sont dans le même état. Mais le soir, il y a eu plusieurs accès de suffocation. La face devient d'un bleu foncé, les efforts de respiration sont considérables et précipités. On entend un bruit trachéal très fort, surtout à l'expiration. Les efforts de la toux sont fréquens et impuissans à détacher les mucosités. Puis, au bout de deux ou trois minutes, l'enfant se laisse aller comme pâmé. Cet état ne dure que quelques instans. Ensuite, la respiration redevient plus calme, jusqu'à ce que les mêmes accidens se reproduisent à des intervalles qui varient d'une demi-heure à deux heures. Le ventre est ballonné. Les selles sont vertes. L'enfant a à peine pris le sein. Le pouls est très petit et précipité. Les mains sont bleuâtres. (*Deux nouveaux vésicatoires* sur les côtés de la poitrine. Deux cuillerées à café de *sirop de nerprun*, à prendre en plusieurs fois dans une solution de sirop de capillaire.)

Le 24. Les mêmes accidens se reproduisent fréquemment. Les symptômes précédemment indiqués augmentent. L'arrière-gorge est pleine de mucosités, le râle produit dans le larynx et dans la trachée est plus fort. (Nouveaux *sinapismes*. Continuer les autres moyens.)

Le 25. Les accès de suffocation sont plus longs et plus rapprochés, et le soir il en survient un tel, que l'enfant tombe dans un état de mort apparente. Au moment où j'arrive, je le trouve dans l'état suivant : face décolorée, lèvres livides, bouche ouverte, mâchoire inférieure pendante; quand on la relève, elle retombe aussitôt. Yeux sans regard. Mains bleues. Bras abandonnés, retombant comme des masses inertes quand on les a soulevés ; il en est de même de la tête. Aucun effort de respiration. Battemens du cœur nuls; absence complète du pouls. On me dit que l'enfant est dans cet état depuis plus d'une minute, à la suite d'un long accès de suffocation.

Après avoir cherché inutilement à ranimer la respiration, en imprimant des mouvemens réguliers aux côtes. Je me hâte de pratiquer l'insufflation, de bouche à bouche, à travers un mouchoir fin, interposé. Au bout de sept ou huit insufflations, alternant avec la compression des côtes, l'enfant fait un seul mouvement d'inspiration, brusque et profond, puis retombe dans le même état de mort apparente. Deux ou trois nouvelles insufflations produisent une seconde inspiration semblable, qui cette fois est suivie de plusieurs inspirations courtes et précipitées, à la suite desquelles la respiration se rétablit, les yeux se raniment, et l'enfant revient à la vie.

La respiration, cependant, reste très embarrassée, et le râle produit dans la trachée et l'arrière-gorge, est extrêmement fort. Je porte le manche d'une petite cuillère jusqu'au fond de la gorge, et je la trouve obstruée par des mucosités filantes, transparentes, en très grande quantité. Cette manœuvre provoque des mouvemens d'expulsion, dont je profite pour retirer quelques mucosités en longs filamens ; quelques-unes viennent dans la bouche, gonflées par l'air, et forment de grosses bulles. Je substitue ensuite le petit doigt à la cuillère, je le porte jusque sur l'ouverture du larynx, et aidé par les mouvemens d'expulsion, je retire encore une assez grande quantité de mucosités. Dès ce moment, la respiration devient un peu plus facile, les lèvres et les mains sont moins colorées en bleu, et le râle diminue un peu.

Cependant les mucosités se reforment promptement, et il faut répéter souvent cette manœuvre pour prévenir l'asphyxie. Vers dix heures du soir, il survient un nouvel accès de suffocation qui se termine de nouveau par un collapsus complet; mais deux ou trois insufflations ramènent la respiration, et pendant la nuit, l'enlèvement des mucosités avec le doigt suffit pour prévenir l'accident.

Le 25, il n'est pas survenu, depuis hier au soir, d'accès de suffocation suivi de mort apparente; mais il a fallu très souvent enlever, avec le doigt, les mucosités qui sont toujours très abondantes, et il y a eu de très nombreuses menaces de suffocation. La toux est fréquente. L'enfant cherche à se retenir, craignant de suffoquer ; il suspend momentanément sa respiration, puis il tousse, et la toux est suivie d'inspirations très précipitées, pendant lesquelles la face et les mains prennent une coloration bleuâtre. Le pouls est un peu moins petit, et à 140 pulsations, La gorge est d'un rouge plus foncé. La luette est toujours volumineuse. On voit l'arrière-gorge pleine de mucosités filantes et transparentes. Le râle trachéal est toujours très fort. Le râle sous-crépitant est un peu moins abondant des deux côtés de la poitrine, qui rendent toujours un son clair à la percussion. L'enfant a pu prendre le sein trois fois. Le ventre est tendu. Les garderobes rares et de couleur verdâtre. (Deux cuillerées à café de sirop de nerprun dans la tisane. Un confrère, M. le docteur Piogey, reste auprès de l'enfant pour le débarrasser au besoin des mucosités qui remplissent la gorge.)

Le 27. Il a fallu hier, toute la journée et toute la nuit, débarrasser l'enfant de ses mucosités. Il n'y a plus eu d'accès de suffocation. Le râle trachéal est moins abondant. Le râle sous-crépitant devient rare. La respiration est plus facile (à 36) ; le pouls est à 132. La face est moins violacée, ainsi que les mains. L'enfant a pris le sein environ toutes les trois heures. Il y a eu plusieurs garde-robes, quelques-unes vertes, d'autres jaunâtres. Le ventre est souple, non douloureux. Amaigrissement notable. Forces complètement abattues.

Depuis ce moment, les symptômes vont toujours en diminuant. L'enfant ne cesse plus de prendre le sein toutes les trois heures environ. La face redevient chaque jour plus naturelle. Le pouls descend peu à peu à 120. La respiration, plus facile, descend à 28. La toux devient plus rare, mais reste longtemps pénible. Le râle trachéal diminue progressivement, il y en avait encore cependant le 8 mars. Le râle trachéal a disparu le 1er mars. Le 2 mars, il a reparu un peu, avec un peu de rougeur du pharynx; mais le lendemain, tout était redevenu comme le 1er mars. Les garde-robes restent encore longtemps verdâtres, parfois cependant elles sont jaunes. Le 10 mars, il ne reste qu'un peu de toux. Le sommeil est tranquille. Et le 20 mars, quoiqu'il y eût parfois quelques petites quintes, l'enfant était rétabli.

Aujourd'hui, 15 avril, il est dans un état de santé parfaite. L'embonpoint est revenu et les forces sont rétablies.

Réflexions. — L'exposé seul de ce fait serait peut-être suffisant, tant la gravité des symptômes, et l'efficacité du traitement employé s'y trouvent clairement exprimés Je me bornerai donc à de courtes remarques.

Il y a eu, dans cette maladie, deux périodes distinctes. Dans la première, l'enfant, atteint d'abord d'une inflammation pharyngo-laryngienne qui s'est promptement propagée à tout l'arbre bronchique, a présenté un appareil fébrile considérable; et ses jours ont été menacés, au point que MM. Danyau et moi, nous le croyions tout à fait perdu. Cependant, ces symptômes si formidables se sont amendés, et pendant trente-six heures environ, l'enfant a éprouvé un mieux sensible. Mais alors sont survenus d'autres accidens qui ont été bien remarquables.

Comme il arrive dans les cas de ce genre, auxquels MM. Rilliet et Barthez ont donné le nom de bronchite suffocante, des mucosités abondantes se sont produites, l'enfant, trop faible, n'a pu les expectorer, elles se sont accumulées dans la partie supérieure des voies aériennes, et de là le râle trachéal intense, les accès de suffocation, l'asphyxie, et enfin un état de mort apparente, semblable à celui des enfans qui viennent au monde asphyxiés.

C'est alors, qu'après avoir pratiqué l'insufflation pour rappeler l'enfant à la vie, j'ai eu l'idée d'extraire fréquemment les mucosités qui obstruaient le larynx, en même temps que, par les titillations de la glotte, je provoquais des mouvemens d'expulsion. On a vu combien a été prompt le résultat. D'abord les accès de suffocation, sauf un seul, ont avorté, puis, peu à peu, la respiration s'est rétablie, et enfin il n'est plus resté qu'un peu de râle laryngien, la diminution de la sécrétion morbide ayant eu lieu pendant ces petites opérations qui n'ont point duré moins de cinq jours, fréquentes d'abord, puis de plus en plus rares.

Ce fait paraîtra surtout digne d'attention aux praticiens qui ont fréquemment à traiter la bronchite générale ou suffoquante chez les enfants, car ils savent combien cette maladie est meurtrière, Les faits rapportés par M. Fauvel, dans son excellente thèse, et par MM. Rilliet et Barthez, le prouvent surabondamment. Ils ont, en effet, constaté une mortalité effrayante, et si l'on remarque que l'enfant dont je viens de rapporter l'histoire était beaucoup plus jeune que ceux qu'ils ont traités, qu'il était venu avant terme, et qu'il était, par conséquent, dans un état de faiblesse extrême, on regardera ce fait comme bien plus concluant encore.

Tous ces motifs m'ont engagé à faire connaître ce traitement mécanique, que je n'ai trouvé mentionné nulle part, et dont je crois devoir, en terminant, donner une courte description.

Dès que l'enfant, dont le larynx et la trachée sont obstrués par les mucosités, commence à prendre une couleur violacée, et que la suffocation semble s'annoncer, il faut introduire le petit doigt dans la bouche, en suivant la face supérieure de la langue. L'enfant résiste ordinairement beaucoup, il serre fortement les mâchoires ; il faut insister et avancer graduellement sans violence. Dès que le doigt arrive à l'isthme du gosier, l'enfant ouvre graduellement la bouche ; alors il faut arriver jusque derrière l'épiglotte et passer la pulpe du doigt à plusieurs reprises sur l'ouverture du larynx. Il y a des efforts de toux et de vomissement, les mucosités sont expulsées du conduit aérien, on en retire une partie avec le doigt, l'autre est avalée, ou vient sortir entre les lèvres sous forme de mousse à grosses bulles. Après cette opération, l'enfant est fort agité, pendant un moment, il paraît suffoqué et la face s'injecte fortement. Mais le calme ne tarde pas à renaître, jusqu'à ce que de nouveaux signes d'asphyxie imminente viennent réclamer de nouveau cette petite opération.

Quant à l'insufflation, on a vu combien elle a été efficace dans ce cas. Elle a agi beaucoup plus promptement que dans ceux qui ont été rapportés par M. le docteur Depaul (*Bulletin de thérapeutique*), et dans celui que j'ai publié moi-même (même journal) ; mais dans ces derniers cas, il s'agissait d'enfans qui n'avaient pas encore respiré. Si même, chez un sujet dans les mêmes conditions, que celui dont il est question dans cet article, le retour à la vie se faisait attendre, il ne faudrait pas désespérer trop tôt et imiter la conduite qu'on tenait avant que M. Depaul nous eût fait connaître les résultats presque merveilleux de l'insufflation prolongée. Car, bien que les cas ne soient pas tout-à-fait semblables, nous ne pouvons pas plus savoir d'avance jusqu'à quel point la mort *apparente* peut se prolonger chez les enfans qui ont respiré, qu'on ne pouvait le savoir avant que cet habile médecin ne nous eût montré ce que peut l'insufflation chez les enfans nés dans un état complet d'asphyxie. Toutefois, les recherches de M. Bouchut sur ce sujet, nous font penser qu'après cinq minutes de cessation absolue des bruits du cœur, un enfant qui a respiré n'offre plus guère de chances d'être rappelé à la vie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

(L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte-rendu de la séance de l'*Académie des sciences*.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Avril 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Nacquart, qui fait hommage à l'Académie de quelques ouvrages et brochures pour sa bibliothèque.

(Une lettre de remercîmens sera adressée à M. Nacquart au nom de l'Académie.)

2° Une lettre de M. Renault, pharmacien à Paris, qui communique la formule d'un remède contre les fièvres intermittentes et les névralgies. (Commission des remèdes nouveaux.)

3° Une note de M. Cazenave, de Bordeaux, qui adresse deux flacons de pommade à l'éther chlorhydrique chloré, et au cyanure de potassium, dont il propose l'emploi contre la migraine. Voici la formule de cette pommade :

R. Éther chlorhydrique chloré. 12 grammes.
Cyanure de potassium. . . 10 grammes.
Axonge. . . . . 60 grammes.
Cire : suffisante quantité pour obtenir la consistance d'une pommade.

(Comm. déjà nommée pour une communicaion analogue.)

4° Une lettre de M. Champouillon, médecin à l'hôpital du Val-de-Grâce, qui, à l'exemple de M. Marchal (de Calvi), communique deux cas de glucosurie, compliqués, l'un et l'autre, de gangrène partielle des orteils. (Renvoyé à la commission nommée pour la lettre de M. Marchal sur le même sujet.)

5° Deux notes de M. Poumier, de Chamboulive, près Uzerches (Corrèze), l'une relative à un cas d'hydropisie de l'ovaire, avec un kyste multiloculaire du poids de 10 kilogrammes. (Comm. MM. Villeneuve et Cazeaux.)

La deuxième renferme une observation d'aphonie complète datant de quatre ans, incomplète depuis depuis neuf ans, guérie par l'électro-puncture.

6° Une lettre de M. Berthe, pharmacien, avec un paquet cacheté contenant la relation d'expériences sur l'huile iodée. (Le paquet est accepté.)

M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lit un travail intitulé : *Renversement complet de la matrice, survenu à la suite de l'accouchement; métrorrhagies graves et répétées; réduction tentée avec succès au bout de quinze mois.*

Voici la relation sommaire du fait rapporté par M. Barrier : une jeune femme de 24 ans, accouchée le 14 décembre 1850 de son second enfant. Le travail fut naturel et dura dix à douze heures. La délivrance fut douloureuse et longue, et suivie d'une hémorrhagie abondante qui céda à des compresses froides sur l'hypogastre. Trois jours après, la malade sentit sortir du vagin une tumeur grosse comme la tête d'un enfant à terme. Un médecin fit rentrer cette tumeur ; mais à dater de cette époque, cette femme eut, à plusieurs reprises, des hémorrhagies et des leucorrhées alternativement. Ce ne fut que longtemps après, que la maladie ayant été reconnue par un médecin de Lyon, la malade fut admise dans le service de M. Barrier, qui constata l'état suivant :

La malade ne peut presque ni marcher, ni rester droite, Elle a des maux de reins et une douleur très pénible vers l'orifice du vagin ; pesanteur sur le fondement, constipation ; l'émission des urines n'est pas gênée. L'abdomen est dans un état normal, sauf un peu de douleur au toucher dans la région de l'ovaire gauche. La malade est très affaiblie, dans un état chlorotique des plus prononcés. Elle est fréquemment menacée de syncope, quand elle se tient droite. Depuis une huitaine de jours, l'hémorragie utérine a reparu. Elle est assez abondante. En pra-

tiquant le toucher, M. Barrier constata ce qui suit :

Le doigt a à peine franchi l'entrée du vagin qu'il sent une tumeur située dans ce canal, libre en bas et dans toute sa circonférence, adhérente au fond du vagin par sa partie supérieure. Cette tumeur est pyriforme, elle a sa grosse extrémité en bas et sa petite en haut; son volume est un peu supérieur à celui de la matrice à l'état normal; sa surface est douce au toucher, veloutée et tomenteuse, sans aucune bosselure, sans aucune dépression et ne présente point d'ouverture. La partie profonde de la tumeur forme un pédicule assez volumineux, cylindrique, qui s'arrête au fond du vagin en se continuant avec lui. Seulement, au point de réflexion qui correspond à la limite de ce canal et de l'utérus, il y a un petit bourrelet circulaire que le bout du doigt parcourt dans toute son étendue sans pouvoir pénétrer entre lui et le pédicule de la tumeur, comme cela arrive dans le cas de polypes ou de renversement incomplet de l'utérus. La tumeur offre la consistance naturelle de la matrice et ne présente ni mollesse, ni induration prononcée. Elle est très mobile sur son point d'attache. Le vagin est ample, mais nullement renversé. L'orifice vulvaire de ce canal est assez étroite pour que la tumeur ne l'ait plus franchie depuis le moment où elle a été repoussée dans le vagin.

Le diagnostic n'était pas douteux. Il s'agissait, évidemment, d'un renversement de la matrice. Ce renversement était complet, bien que la matrice fût encore contenue dans le vagin et se rapportât par conséquent à la première variété du dernier des trois degrés admis par les auteurs, et en particulier par Boyer.

Convaincu de l'insuffisance des moyens médicaux, la malade s'affaiblissant, d'ailleurs, par ces hémorrhagies répétées, M. Barrier se décida immédiatement à tenter la réduction.

Après avoir un peu fortifié la malade par le repos, le quinquina et les ferrugineux, il profita d'une suspension de la métrorrhagie pour tenter le replacement de l'utérus par un procédé de taxis qu'il décrit en ces termes :

La malade étant couchée sur le dos, le bassin sur le bord du lit, les jambes écartées, et soumise à l'éthérisation, M. Barrier introduisit la main dans le vagin. Pour donner à l'utérus le plus de fixité possible, il le plaça dans la concavité des quatre derniers doigts; alors, à l'aide de la pulpe du pouce directement appliquée d'avant en arrière sur le fond de la matrice formant la partie déclive de la tumeur, l'opérateur le repoussa dans la direction de l'axe du détroit inférieur, dans le but d'appliquer le col de l'utérus contre le sacrum, et de soutenir le fond du vagin par un plan résistant pour éviter la rupture. Après quelques minutes d'une action lente et soutenue avec une certaine force, le fond de l'utérus était rentré de 2 à 3 centimètres en lui-même. Le même effort fut encore soutenu un instant, et sentant l'organe céder graduellement, l'opérateur fit entrer ses deux doigts, index et annulaire, dans le canal où son pouce commençait à se loger à mesure qu'il repoussait le fond de la matrice, et avec ces deux doigts il changea la direction de l'effort sans en augmenter l'énergie. Il repoussa donc le fond de l'utérus de bas en haut et d'arrière en avant. Aussitôt, l'utérus céda complètement et reprit sa position normale. Toute espèce d'effort ayant été cessé, M. Barrier reconnut l'état des parties. La main, placée sur l'hypogastre, lui fit sentir la matrice à sa place ordinaire; les doigts, placés dans le vagin, s'engageaient facilement à une grande profondeur dans le col utérin dilaté.

Le col, tout à fait effacé, se continuait avec le vagin, sans ligne de démarcation sensible.

La réduction bien constatée, on plaça dans le vagin une vessie en caoutchouc vulcanisé, qui fut insufflée, pour l'opposer à la reproduction de la maladie, et prévenir une hémorrhagie qu'il y avait lieu de redouter. Pendant l'opération, le malade n'avait pas perdu plus de 60 à 80 grammes de sang.

Les suites de cette opération se sont passées sans accident, et la guérison a été complète.

(Le mémoire de M. Barrier est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. P. Dubois et Danyau.)

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'accouchement.

Les lecteurs connaissent la liste de présentation.

Voici de quelle manière les voix se sont réparties :

Nombre des votans : 91; — majorité : 46.

M. Depaul obtient. . . . . 33 voix.
M. Lenoir. 31
M. Devilliers fils. 14
M. Jacquemier. 12

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin, qui donne le résultat suivant :

Votans : 89; — majorité : 45.

M. Depaul obtient. . . . . . 48 voix.
M. Lenoir. 36
M. Devilliers. 12
M. Jacquemier. 12
Bulletin blanc. 1

M. Depaul, ayant obtenu la majorité, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du président de la République.

M. Hervez de Chégoin lit un rapport sur un mémoire de M. Mayer de Belfort, ayant pour titre : *Des scarifications multiples du col de la matrice* (à l'aide d'un instrument nouveau) *dans le traitement des leucorrhées symptomatiques des engorgemens utérins.*

Ce mémoire a pour but de démontrer que certaines leucorrhées, rebelles à tous les moyens conseillés jusqu'ici, dépendent d'un engorgement du corps ou du col de la matrice, et que le seul moyen de guérir et l'engorgement et la leucorrhée qui en est le résultat, c'est d'opérer une déplétion sanguine locale.

Des observations que rapporte M. Mayer, il conclut :

1° Qu'il est une espèce de leucorrhée symptomatique d'un engorgement aigu ou chronique de la matrice, ou seulement du col ;

2° Que cette espèce de leucorrhée, incurable par les moyens ordinaires, exige des déplétions sanguines locales;

3° Que les sangsues appliquées loin du col sont inefficaces, et que leur application sur le col même sont hérissées de difficultés telles que ce moyen est tombé en désuétude;

4° Qu'il est possible de suppléer à l'action locale des sangsues par des scarifications multiples de la surface externe du col de l'utérus ;

5° Qu'un instrument spécialement adapté à cet usage et rendant l'opération des plus faciles, mérite de fixer l'attention du praticien et de prendre place dans le traitement d'une affection souvent rebelle à toute autre médication.

M. le rapporteur, après avoir analysé et commenté les observations de l'auteur, conclut en ces termes :

Malgré les réflexions que nous ont suggérées les observations de M. Mayer, dans lesquelles la guérison nous a paru d'une rapidité remarquable, en ayant égard à quelques circonstances qui compliquaient les engorgemens utérins que M. Mayer considérait comme la cause de la leucorrhée ;

Quoique les scarifications du col de la matrice, sur un point opposé et dans un même but, mais avec des idées différentes, aient été pratiquées par M. Huguier, sans être fixé sur celui de ces deux praticiens qui doit avoir la priorité, M. Hugier ayant publié ses observations en 1847, celles de M. Mayer ayant été adressées à l'académie en 1850, mais quelques uns des faits recueillis portant la date de 1844 ;

Tout en croyant nécessaire d'admettre dans le traitement des *leucorrhées* utérines avec engorgement, des distinctions de ces engorgemens qui modifient le traitement ;

Donner au scarificateur de M. Mayer toute l'importance qu'il y attache, parce qu'avec une lame isolée, on peut varier le lieu des scarifications ;

En admettant, avec M. Huguier, que les scarifications ont quelquefois besoin d'être aidées par des cautérisations ;

Nous regardons, néanmoins, les observations de M. Mayer comme dignes de fixer l'attention de l'Académie, et nous proposons d'adresser des remercîmens à l'auteur, de renvoyer son mémoire au comité de publication, et de considérer ce travail remarquable, par le soin avec lequel ont été exposés les symptômes généraux et locaux, comme un titre de plus à la place de correspondant que M. Mayer sollicite.

Quelques membres demandent à présenter des observations sur ce rapport.

Vu l'heure avancée, la discussion et le vote des conclusions sont renvoyés à la prochaine séance.

— M. Maisonneuve présente un malade auquel il a fait l'amputation de l'os maxillaire supérieur sain, dans le but de rendre possible l'extirpation d'une tumeur fibro-plastique du pharynx, avec prolongemens polypiformes dans les fosses nasales, les sinus frontaux, la fosse temporale, la fosse zygomatique et la joue. Le malade a guéri. L'une des particularités les plus remarquables de cette opération, c'est l'application des dents du malade lui-même sur une pièce mécanique, qui sert à la fois d'obturateur et de dentier; de sorte que, sans la cicatrice extérieure, on ne se douterait pas de la mutilation subie par le malade.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Annales des maladies de la peau et de la syphilis.
Numéro de Mars 1852.

Sur le pemphigus aigu pruriginosus ; par le docteur M. Chausit.

Après quelques considérations, destinées à montrer les différences que présentent les maladies de la peau, non seulement sous le point de vue de la symptomatologie, mais encore sous le point de vue de l'étiologie, de la gravité, du traitement, suivant que ces maladies se présentent à l'état aigu ou à l'état chronique, M. Chausit fait remarquer que la distinction n'a pas été établie entre l'état aigu et l'état chronique, pour le pemphigus. C'est ainsi que les pathologistes anglais Willan, Bateman, Samuel Plumbe nient l'existence du pemphigus aigu, et le décrivent seulement comme une éruption chronique, sous le nom de *pemphigus diutinus.* Gilibert est le premier, en France, qui ait décrit le pemphigus aigu, et qui ait appuyé son opinion sur des faits qu'il avait pu observer lui-même, ou qu'il avait empruntés à d'autres praticiens, à Hébréard, à Dickson.....

Il est aujourd'hui hors de doute, ajoute M. Chausit, que le pemphigus peut exister à l'état aigu, non seulement à la manière de plusieurs autres affections cutanées, l'eczéma, l'ecthyma, l'urticaire par exemple, dont le degré d'acuité se borne aux phénomènes locaux d'une inflammation plus ou moins vive, d'une durée plus courte, d'une marche plus rapide, mais encore à la manière des fièvres éruptives, c'est-à-dire avec des symptômes généraux, précurseurs, avec un état fébrile qui persiste quelquefois, même après le développement de l'éruption.

A l'état aigu, le pemphigus n'est pas toujours cette maladie, caractérisée par une affection bulleuse, qui s'accomplit en une seule fois, parcourt sa période avec régularité, et, quand la fièvre s'est éteinte, se termine par une desquammation plus ou moins abondante ; ni cette forme dans laquelle l'éruption n'est complète qu'après quelques jours de durée, mais sous l'influence toutefois du même mouvement fébrile, en sorte que la maladie se présente avec les caractères réunis de ses diverses périodes, c'est-à-dire des bulles à peine développées, à côté de bulles déjà flétries, et d'autres qui sont parvenues à leur dessication; il peut se présenter sous une autre forme très curieuse à étudier, dans laquelle il est précédé et accompagné d'un phénomène qui se présente avec des caractères et dans des conditions qui doivent le faire considérer comme un symptôme particulier à une forme de pemphigus : c'est le *prurit.*

M. Chausit cite, comme exemple, l'observation d'une femme de 56 ans, ayant eu déjà pendant 8 ans, à partir de l'âge de 32 ans, un érysipèle de la face, se reproduisant périodiquement aux époques menstruelles, et chez laquelle il était survenu, à la suite d'un dérangement dans la santé, des démangeaisons très intenses pendant deux ou trois jours, puis une rougeur générale, sur laquelle se développèrent une foule de petits boutons, qui ne tardèrent pas à acquérir un grand développement. Quarante-huit heures après, les bras, les jambes, le tronc, la tête présentèrent des ampoules de grosseur variable, remplies d'un liquide séreux, louche, qui ne tarda pas à s'écouler par la rupture des bulles. A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, on put constater une éruption recouvrant toute la surface du corps ; les deux bras et la partie antérieure du tronc offrant une rougeur vive, la peau tendue, luisante, résistante au toucher, comme s'il existait un œdème aigu sur toutes ces surfaces; l'épiderme s'exfoliant, sous forme de lamelles minces, transparentes comme des pelures d'oignons, détachées par un point, adhérant encore par l'autre ; sur les membres inférieurs, l'inflammation de la peau encore plus prononcée ; en quelques endroits, l'épiderme entièrement enlevé, et des surfaces rouges semblables à celles que laissent les vésicatoires ; ailleurs l'épiderme légèrement soulevé, plissé, et au-dessous une petite collection de sérosité blanchâtre; au visage, sur le front, lamelles plus épaisses, moins larges, ayant un reflet jaunâtre. De plus, la malade disait éprouver, à la surface du corps, une grande ardeur, un feu qui la dévorait, un prurit parfois très vif; pas de fièvre ; langue blanche ; pas d'appétit; sensibilité à l'épigastre ; constipation depuis quelques jours. Le traitement consista en l'administration de pilules composées de : extrait d'aconit, un gramme; extrait de taraxacum, trois grammes pour 40 pilules, une le matin, l'autre le soir ; bains amidonés tous les deux jours; plus tard boisson nitrée, calomel à l'intérieur. La malade sortait guérie un peu plus d'un mois après son entrée à l'hôpital.

Dans une seconde observation rapportée par M. Chausit, on voit l'affection pemphigoïde se lier à un état qui indique une hyperesthésie encore plus prononcée de la peau, à savoir : l'éruption papuleuse. Ainsi, dans cette observation, l'éruption papuleuse annonçant le pemphigus, se montra exclusivement aux points que celui-ci devait occuper, persista tout le temps que dura l'éruption bulleuse, et chose bien remarquable ! elle lui survécut et offrit ainsi le double caractère d'avoir été le premier et le dernier symptôme de la maladie. Ce qui prouve encore, ajoute M. Chausit, que le prurit est, dans l'espèce, un symptôme particulier au pemphigus, c'est que, lorsque celui-ci, même à l'état aigu, procède par bouffées successives, ayant chacune ses phases d'accroissement et de décroissement, le prurit accompagne chacune de ces bouffées; il l'annonce, augmente, diminue, ou cesse avec elle, pour reparaître avec la poussée suivante, et ainsi tant que dure la maladie pemphigoïde.

Le pemphigus aigu se développe assez fréquemment sous des influences locales ; ainsi, après l'immersion, ou habituelle ou accidentelle, dans l'eau froide : Gilibert rapporte l'observation d'un homme qui, après avoir chassé pendant plusieurs heures, au marais, fut atteint de fièvre, de douleur générale, et après quelques jours d'un pemphigus aigu, borné à la partie des jambes, qui avaient été exposées au contact de l'eau ; d'un autre côté, M. Cazenave a publié un cas de pemphigus général, survenu chez une blanchisseuse, qui était tombée dans un lavoir; mais il a surtout observé, à sa clinique, un certain nombre de cas de pemphigus aigus, bornés exactement aux mains, chez des personnes qui avaient habituellement ces parties dans l'eau; chez des garçons marchands de vin, par exemple. Le pemphigus aigu se développe également, sous l'influence de toutes les causes qui agissent sur le système nerveux, des émotions morales vives, des chagrins, des souffrances prolongées, etc. Dans ces cas, on comprend facilement la coïncidence pour ainsi dire naturelle du prurit et d'une éruption papuleuse, c'est-à-dire d'une névrose de la peau.

Au point de vue du pronostic, le pemphigus aigu est, en général, moins grave que le pemphigus chronique ; et il semblerait que ce fût principalement quand il existe avec le caractère prurigineux. Enfin, quant au traitement, on comprend que, tout en tenant grand compte de l'état constitutionnel du malade, le phénomène prurigineux devra avoir d'autant plus de valeur, qu'il traduira mieux la cause occasionnelle de la maladie, et qu'il prédominera plus au milieu des autres symptômes.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le *Moniteur* d'aujourd'hui publie une circulaire de M. le ministre de l'instruction publique aux recteurs, dont il est utile de faire connaître les extraits suivans :

« ...... J'ai donc décidé que MM. les doyens des Facultés de droit et de médecine, MM. les directeurs des écoles supérieures de pharmacie et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, seront tenus d'adresser désormais aux parens des élèves, à la fin de chaque semestre de l'année scolaire, un bulletin contenant l'état des inscriptions et des examens subis pendant le cours de ce semestre. Ils y joindront leurs observations particulières sur l'assiduité aux divers cours obligatoires, sur la manière dont les examens auront été subis, sur la conduite de l'étudiant à l'intérieur et au dehors de l'École.

» MM. les doyens et directeurs seront également tenus de notifier, sur-le-champ, aux parens ou au tuteur de l'étudiant, les poursuites disciplinaires ou autres dont celui-ci aurait été l'objet...

» Vous donnerez, en conséquence, les ordres les plus précis pour que le relevé des notes du dernier semestre soit adressé, sans retard, aux parens de chaque étudiant. »

Ces mesures ont pour but d'obvier, autant que possible, aux inconvéniens qui résultent de la négligence de quelques étudians à prendre leurs inscriptions ou à passer leurs examens aux époques déterminées par les réglemens; négligence qui leur fait prolonger le temps des études au-delà de la durée fixée par les lois.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le professeur Denonvilliers, qui a commencé ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital St-Louis, aujourd'hui 21 avril, les continuera le vendredi de chaque semaine, à partir du 30 avril.

Visite à sept heures et demie ; leçon à neuf heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Principes d'économie médicale ou des lois fondamentales de la médecine, déduites de l'observation et de leur application au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies; par J.-A. Socquet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin titulaire de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc. Un vol. in-8. Prix : 4 f. 50.

A Lyon, chez Savy jeune, libraire.

A Paris, chez les libraires de la rue de l'École-de-Médecine.

De la Dyssenterie; par A. Fouquet, ancien chirurgien de la marine, inspecteur du service des Enfans-Trouvés du Morbihan. — Un vol. in-8° de 240 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 49. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 24 Avril 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.;
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER ;

Recueillies et analysées par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE.

Nous avons déjà publié (1) le discours par lequel M. Magendie a inauguré l'ouverture de ses leçons du semestre d'hiver au collége de France. Nous en commençons aujourd'hui l'analyse. Il est à regretter qu'on ne puisse les présenter telles qu'elles ont été faites, car le lecteur aurait été plus vivement frappé de leur originalité et des résultats saisissans dont elles sont suivies. Mais cet enseignement étant toujours une étude nouvelle, étude complétée par des expériences sur lesquelles il faut souvent revenir, nous nous serions exposé à des répétitions que notre genre de publication ne peut comporter.

On se souvient que, dans le cours de ce semestre, M. Magendie devait traiter des maladies contagieuses, des mesures sanitaires et de la toxicologie expérimentale. Les deux premiers sujets, comme on l'a vu, étaient de circonstance; on ne devait pas, toutefois, s'attendre à ce qu'ils fussent abordés par l'érudition, ni par le même côté que la conférence sanitaire internationale. L'étude du sang ayant été une des grandes occupations de la vie de ce célèbre professeur, c'est sur ce terrain qu'il a voulu rencontrer les questions relatives aux maladies contagieuses. Il aime à redire que, par l'état de ce liquide, on peut reconnaître quel est celui des organes, et, par les symptômes morbides ou les lésions organiques, quel doit être l'état du sang.

Convaincu que, dans la plupart des maladies, le sang est altéré, il veut constater quelles sont ces altérations : bien plus, il cherche, par toutes les ressources de la physiologie expérimentale, à déterminer, chez les animaux, ces mêmes altérations. On va voir avec quelle ténacité, avec quelle variété de moyens, cette voie si féconde en découvertes a été explorée par lui. Emissions sanguines réitérées, régimes variés, abstinence prolongée, défibrination du sang, introduction dans ce liquide de matières putrides, d'alcalis, de substances variées, de sang altéré de diverses façons, contact de substances médicamenteuses avec le sang et les autres liquides de l'économie, etc., etc., telles sont les expériences qu'il a faites devant son auditoire, expériences par lesquelles il aspire à poser les fondemens d'une science nouvelle et qu'on pourrait appeler la *chimie physiologique*.

Selon M. Magendie, les faits instruisant bien plus que les plus belles expositions théoriques, et les données qui pénètrent par les sens restant toujours gravées dans l'esprit, il ne manque jamais de prouver ses assertions par des expériences. Une expérience improvisée vient-elle détruire une idée préconçue ou une observation antérieure, loin de s'en contrarier, il se félicite de l'essai qu'il vient de faire et il en tire la conséquence que, dans toutes les recherches, une expérimentation répétée doit constamment apporter son contrôle. C'est ainsi qu'une foule de sujets obscurs ou totalement inconnus, se sont trouvés éclaircis, après avoir été soumis publiquement à l'épreuve de ses expériences. Il faut avoir suivi ce cours du collége de France, pour savoir tout ce qu'une semblable hardiesse amène de surprises, de découvertes inattendues et aussi de désappointemens; mais il est curieux également d'être témoin du sangfroid et de l'habileté avec lesquels le professeur, habitué à toutes les difficultés de son art, sait surmonter les obstacles, en tirer des déductions instructives ou des sujets de recherches nouvelles.

On comprendra qu'en procédant de la sorte, il lui soit difficile de s'astreindre à une grande régularité. Qui pourrait s'en plaindre, quand la science y trouve son profit? Toutefois, tous les points du programme annoncé ont été parcourus; mais il nous faut, pour exposer ces savantes leçons, créer nous-même un ordre particulier afin de réunir les sujets analogues dont il a été question à plusieurs reprises. Une *première partie* comprendra *des considérations sur la coagulation du sang*; une *seconde des considérations et des expériences à propos des maladies contagieuses*; une *troisième* des *études et des expériences concernant l'influence du régime sur la composition du sang*; enfin, la *quatrième partie* traitera du *contact de diverses substances médicamenteuses sur le sang, et quelques autres liquides animaux*. Sous ces quatre chefs, nous espérons pouvoir ranger tout ce que, dans l'enseignement de ce semestre, l'illustre physiologiste a dit d'essentiel et de nouveau.

PREMIÈRE PARTIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA COAGULATION DU SANG.

Rien n'est plus digne d'admiration que la manière dont s'exécute la circulation du sang. L'hydraulique moderne, cette science si perfectionnée, ne saurait rien produire d'aussi précis et d'aussi varié; elle ne fera jamais une machine qui fonctionne sans cesse et qui peut durer plus d'un siècle sans jamais interrompre son mouvement.

Il ne suffisait pas de découvrir, comme Harvey l'a fait, que le sang se meut en cercle, et qu'il est porté à toutes les extrémités du corps pour revenir à son point de départ; il fallait en établir le mécanisme, en apprécier toutes les nuances et en faire ressortir les innombrables résultats. M. Magendie, dans toute sa carrière, n'a, pour ainsi dire, pas cessé de s'occuper de cette étude. On peut dire que, avant lui, on ne comprenait pas les merveilleuses dispositions physiques de l'appareil circulatoire et surtout les relations qui existent entre les appareils capillaires et les propriétés du sang.

La plus importante de ces propriétés est *celle qu'a ce liquide de se coaguler*. C'est à cette faculté qu'il doit son pouvoir réparateur. Dans les blessures légères, il ne faut qu'un contact de vingt-quatre heures pour que les vaisseaux se reprennent et que le cours du sang soit rétabli. Quelque chose d'analogue se passe dans des vaisseaux plus volumineux, pourvu que l'effort du liquide ne soit pas trop considérable.

L'*artère*, dans les blessures de laquelle la coagulation sanguine joue un si grand rôle, *est un tuyau élastique*. Le sang y est poussé d'une manière alternative, par les contractions successives du cœur. Pour cela, il existe à cet organe des valvules qui agissent comme des soupapes. Cette impulsion du cœur n'est très sensible que dans les vaisseaux artériels d'un certain volume; le jet saccadé qui l'indique ne se retrouve plus dans les petits vaisseaux; la marche du sang y est devenue continue. Cette transformation de mouvement est vulgaire en mécanique; on sait que, dans certains instrumens très usuels, on change facilement un jet alternatif en un jet continu, en y adaptant un réservoir rempli d'air, qui agit par son élasticité, lorsque la pression de la pompe est suspendue. Il y a très longtemps que, dans un mémoire spécial, M. Magendie a prouvé que la continuité, dans le cours du sang, malgré l'impulsion alternative du cœur, tenait à l'élasticité des artères. Dans les très petits vaisseaux les deux causes s'affaiblissent, et leur combinaison devenant plus intime, le cours du sang prend graduellement une marche uniforme.

Les *vaisseaux artériels* sont *constitués par plusieurs membranes* : la moyenne, formée de tissu jaune, est très élastique; l'interne est lisse, un peu huileuse, ce qui rend le passage du sang très facile; l'externe est due au tissu cellulaire plus ou moins épais qui enveloppe l'artère; de minutieux anatomistes, en Allemagne, ont compté, sans raison, jusqu'à sept tuniques celluleuses. C'est dans ce tissu cellulaire que s'épanche le sang lorsqu'une artère a été blessée, car ce tissu ne se rétracte pas comme les deux autres tuniques. Le sang, ainsi arrêté, se coagule, forme une masse considérable à l'ouverture du vaisseau et la bouche. M. Magendie présente une pièce où l'on peut parfaitement constater ce phénomène. Aussi lorsqu'on met le doigt sur une artère blessée, et qu'on sent cette masse, il faut bien se garder de la détruire, puisqu'elle est destinée à arrêter l'hémorrhagie. Les couches intérieures de tissu cellulaire, rapprochées, prennent, au contact de la lumière, une teinte violacée et brillante; la même chose se voit dans les petites artères, mais d'une manière moins prononcée. Quelquefois, au milieu du sang épanché, il se forme une sorte de *cratère* sur lequel repose le caillot; ce cratère diminue peu à peu et l'artère finit pas se boucher.

M. Amussat a étudié ces curieux phénomènes sous le rapport chirur-

(1) Voir l'UNION MÉDICALE des 3 et 6 janvier.

Feuilleton.

ÉTUDES HISTORIQUES ET CRITIQUES sur les Médecins numismatistes;

CONTENANT LEUR BIOGRAPHIE ET L'ANALYSE DE LEURS ÉCRITS.

Par le docteur Léop.-Jos. RENAULDIN,

Membre honoraire de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. (1)

« Parmi les objets que me laissa l'héritage paternel, se trouvaient » quelques monnaies antiques romaines et l'ouvrage du Père Louis Jo- » bert, qui traite de la sciencee des médailles. Telle fut l'origine de » mon goût pour la numismatique. »

Ainsi s'exprime, dès le début de son livre, le savant auteur dont j'ai à me reprocher de n'avoir pas encore, je ne dirai pas apprécié l'ouvrage, j'ai eu l'honneur de décliner à lui-même mon incompétence à cet égard, mais au moins d'en avoir dit ce que je peux humblement en dire en le suivant dans les intéressans chapitres de son œuvre. L'étude de la numismatique pour laquelle M. Renauldin se sentit tout d'abord un grand attrait, n'a pas empêché notre honorable confrère de parcourir une longue carrière médicale, et d'en remplir tous les devoirs. Longtemps médecin d'un des principaux hôpitaux de Paris, M. Renauldin n'a quitté la pratique nosocomiale que par la force des réglemens administratifs. Membre de l'Académie de médecine, il peut être cité pour son exactitude et son assiduité aux séances, comme pour son zèle à faire les rapports dont il est trop rarement chargé. Parmi les écrits médicaux sortis de sa plume, je citerai notamment l'introduction au grand *Dictionnaire des sciences médicales*, excellent morceau d'histoire médicale, qui, pour avoir été écrit au commencement de ce siècle, est encore lu avec fruit et intérêt.

L'amour de la numismatique n'a donc pas été chez M. Renauldin une passion exclusive à laquelle il ait sacrifié toute autre étude. Il y a consacré les loisirs que lui laissaient ses occupations de médecin; et l'ouvrage qu'il vient de publier, n'est même qu'un hommage rendu à de savans confrères qui, comme lui, ont partagé leur existence entre la médecine et la numismatique.

« Voici, dit-il, comment j'ai été amené à écrire l'histoire des médecins qui ont cultivé la numismatique. En consultant divers ouvrages relatifs à cette science, je m'aperçus que quelques-uns des plus importans avaient été composés par des hommes de ma profession. Cette découverte excita ma curiosité; je poussai plus loin mes recherches, et je n'en obtins un résultat auquel j'étais loin de m'attendre, lorsque je vis ma liste s'élever au chiffre de soixante-un médecins, dont la plupart ont joint à l'exercice de leur art la culture de la numismatique et la publication d'ouvrages variés sur diverses parties de cette science. Je résolus dès lors de former un groupe de ces savans, et d'écrire la vie de chacun d'eux, en l'accompagnant de l'analyse de leurs productions les plus remarquables. J'ai pensé que mes confrères ne sauraient quelque gré de leur révéler un rapport nouveau qu'ils ne soupçonnaient pas, et sous lequel ils doivent considérer à part un certain nombre de médecins qui se sont distingués dans des études complètement étrangères à l'art médical, et dont plusieurs ont acquis en numismatique une juste et honorable réputation. J'avoue que cette sorte de découverte me surprit agréablement, et je mis d'autant plus d'empressement à la féconder, qu'elle me paraissait devoir répandre quelque lustre sur les hommes de ma robe. »

Ce passage adoucit mon regret du long retard que j'ai mis à parler de cet ouvrage. Il est tristement à propos d'en parler aujourd'hui, et le lecteur sait pourquoi. Je signale cette phrase de M. Renauldin aux amoindrisseurs des études littéraires : « Il n'est pas étonnant que des méde- » cins, portés en général vers l'érudition par de fortes études, se soient » occupés avec succès de la numismatique. » On ferait un beau livre, et il a été souvent ébauché, et je me permets de le signaler à quelques-uns de nos confrères érudits, à M. Daremberg, entre autres; on ferait, dis-je, un beau livre avec l'histoire des services rendus aux sciences, aux lettres et aux arts par les médecins. Ce travail serait tout à fait de saison.

L'ouvrage de M. Renauldin renferme soixante-et-un chapitres, qui sont autant de notices biographiques et bibliographiques consacrées aux médecins qui ont écrit sur la numismatique. Par cette seule indication, on aurait tort de supposer qu'il n'y a là qu'un travail d'érudition froid, sec, pédantesque, et partant ennuyeux. Non, certes, l'érudition très forte et très riche de l'auteur y est tempérée par des détails agréables, par des anecdotes piquantes, par des rapprochemens ingénieux, et quelquefois même par des plaisanteries de haut goût, à la façon de Rabelais ou de Guy-Patin. Ces deux noms me rappellent qu'ils ont l'un et l'autre une notice étendue dans l'ouvrage. Rabelais, *nugarum pater*, comme l'appelle Étienne Pasquier, n'était pas, si l'on veut, un numismatiste de profession, mais il se trouve que ses ouvrages renferment, exception rare, de très précieuses indications sur les monnaies françaises. M. Renauldin a emprunté quelques pages pleines d'intérêt sur ce sujet à un piquant travail publié par M. Cartier dans la *Revue numismatique*. Ce qui appartient en propre à M. Renauldin dans cette notice, c'est un éloquent plaidoyer en faveur de Rabelais, auquel les biographes à l'envi ont prêté des plaisanteries de mauvais goût, dont M. Renauldin a voulu le disculper. Il ne faut pas oublier que Rabelais a eu des ennemis féroces qui l'ont poursuivi jusqu'après le tombeau, et ces ennemis furent les moines auxquels il fit, dans sa jeunesse, une espièglerie célèbre qu'ils ne lui pardonnèrent jamais, et pour laquelle ils l'avaient condamné à la mort lente et affreuse des oubliettes. Le feuilleton peut se permettre de rappeler le fait ainsi raconté par Auger, l'un de ses biographes :

« Le jour de la fête du couvent, jour où le peuple des environs venait en foule apporter ses prières et ses offrandes à l'image de saint François; il s'avisa, comme cette image était placée dans un lieu assez obscur, de la dénicher et d'y substituer sa propre personne, ajustée en conséquence. Son humeur joyeuse ne put tenir aux discours et aux gestes risibles de ses rustiques adorateurs; on aperçut un mouvement, et tous les assistans crièrent au miracle. Un vieux moine, moins crédule,

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1851, chez J.-B. Baillière.

gical; et M. Magendie montre une série de peintures, qui lui ont été prêtées par cet habile chirurgien et où ils sont représentés dans tous leurs détails. M. Amussat en a même tiré une *règle pour les opérations*; c'est que, pour trouver les petits artères qu'on veut lier, on peut les reconnaître au petit caillot qui ne manque pas de se former à leur extrémité.

M. Magendie prend un *nouvel exemple* dans ce qu'on observe chez les animaux sacrifiés pour l'alimentation des hommes. Il raconte que l'usage, dans nos abattoirs, est, après avoir assommé les bœufs, de les juguler et de presser sur les vaisseaux, jusqu'à ce que le sang soit sorti en assez grande quantité pour éteindre la vie de l'animal; mais qu'il n'en est pas de même dans la religion judaïque : les pieds du bœuf reçoivent des entraves qu'on rapproche au moyen d'un moulinet, de manière à faire tomber cet animal; on l'élève ensuite et on le place sur une table, le cou horizontalement étendu. C'est alors que le sacrificateur le coupe transversalement avec un damas, selon l'antique et religieux usage, sans atteindre la colonne vertébrale. Le sang qui s'écoule fait périr le bœuf d'hémorrhagie; cependant il arrive fréquemment, malgré le volume des vaisseaux ouverts, que le *sang* se coagule au point que son écoulement *s'arrêterait si l'on n'enlevait pas les caillots*. Ceci arrive également chez les moutons qu'on égorge.

Ce qui vient d'être dit pour les artères, a lieu également, quoique d'une manière infiniment moins prononcée, pour les veines. C'est toujours un caillot obturateur qui est le moyen de guérison de leurs plaies.

Le *phénomène* si remarquable, si capital de la *coagulation du sang*, tient à l'un des principes de ce liquide, *à la fibrine*. Elle n'est pas visible dans le sang en circulation, y étant dissoute; mais, dès que celui-ci est sorti de ses vaisseaux, elle se solidifie et prend des formes diverses suivant la condition où elle se trouvait. Souvent le sang ne présente qu'une masse solide, uniforme et foncée en couleur; souvent aussi on y remarque un tissu à cellules à formes irrégulières; les filamens qui constituent cette masse deviennent plus apparens par l'addition d'une certaine quantité d'eau sucrée.

Dans beaucoup de maladies cet important élément du sang est altéré. Il s'altère surtout lorsqu'on soumet un animal à de fréquentes émissions sanguines, et la même chose a lieu, dans l'espèce humaine, chez les personnes auxquelles on pratique une trop grande quantité de saignées. Des expériences et des observations vont venir à l'appui de cette assertion.

Si l'on saigne un animal tous les deux ou trois jours et qu'on le nourrisse pour éviter toute autre influence, *la proportion de fibrine va en augmentant*, mais elle change de nature; elle se rapproche de l'albumine. On sait qu'il y a peu de différences chimiques entre la fibrine et l'albumine. Dans la chimie active et mystérieuse du sang, l'une de ces substances peut facilement se transformer dans l'autre. On remarque également chez l'homme que le caillot augmente après la première saignée.

M. Magendie se livre à une *discussion sur l'utilité et le danger de la saignée*. Sans nier absolument qu'elle puisse être favorable dans les cas de plénitude sanguine ou dans certaines maladies très aiguës, il élève plus que des doutes sur son utilité en général. Il cite un praticien célèbre de Vienne, en Autriche, qui ne saigne jamais ses malades. Lui-même, pendant douze ans, n'a pas prescrit une seule saignée dans ses salles de l'Hôtel-Dieu, et sa pratique n'avait de résultat plus défavorable que celui de ses collègues, si toutefois il n'était pas meilleur. Le mieux qu'on observe à la suite de la saignée arriverait également sans elle. C'est surtout par la durée de la convalescence que l'on apprécie les bons effets de l'abstention des émissions sanguines.

On se souvient de l'abus qui a été fait de la saignée et des sangsues pendant le règne de la doctrine dite *physiologique*. Le professeur rapporte à ce sujet une *observation vraiment remarquable* et bien propre à montrer tout ce qui peut résulter de fâcheux des pertes de sang trop réitérées. Il donne ses soins à une dame fort connue dans le grand monde, la princesse ***, ancienne cliente de Broussais, qui, malgré tout ce qu'on peut lui dire, s'obstine à se faire saigner. Depuis trente ans, peut-être, on lui tire du sang tous les deux mois, à peu près; une petite quantité, il est vrai (3 à 400 grammes). Elle est très âgée à présent et dans un état d'anémie des plus prononcés; sa peau est d'un blanc opalin; elle n'a presque pas de pouls, cependant la circulation se fait régulièrement. Cette dame est si faible, qu'elle peut à peine marcher. On a beau chercher à lui prouver qu'elle manque plutôt de sang, elle ne s'en figure pas moins que ce liquide se porte vers la tête et qu'elle est sous le coup d'une apoplexie. Son imagination s'exalte à en devenir folle, et, malgré les résistances qu'on lui oppose, il faut finir par céder. M. Magendie a fait apporter à son cours le produit des deux dernières saignées qui lui ont été pratiquées. Au fond du verre, on aperçoit un tout petit caillot décoloré, mal concrété, inégal, déchiqueté; le reste est du sérum. L'*analyse de ce sang*, faite par M. Lecomte, préparateur du cours, et dont M. Magendie se plaît à louer l'habileté dans l'art difficile des analyses des matières organiques, a donné les résultats suivans, que l'on voit en regard de ceux d'un sang normal :

	Sang de la princesse de ***.		Sang normal de femme.
	—		—
Albumine et sels. . . .	65,43	—	70,00
Globules.	57,60	—	127,00
Fibrine.	2,46	—	2,20
Eau.	874,51	—	800,80
	1000,00	—	1000,00

Il est extraordinaire qu'on trouve encore dans un sang aussi détérioré autant d'élémens solides; la quantité de l'albumine et des sels est peu différente de l'état normal, mais les globules ont beaucoup diminué; la fibrine a un peu augmenté. On peut justement s'étonner de la persistance dans la composition chimique de ce sang, avec des apparences aussi dissemblables de l'état normal. La principale différence porte sur les globules.

Lorsque, chez cette dame, la saignée est un peu exagérée, il se produit des épanchemens séreux dans diverses cavités; peu à peu ils se dissipent. Les actes qui tiennent à la coagulation sont presque impossibles à accomplir. La moindre coupure, une piqûre d'épingle même, guérit avec la plus grande difficulté; il faut cautériser, avoir recours à toutes sortes de procédés pour arrêter l'écoulement du sang, et un temps fort long est nécessaire pour en obtenir la guérison. Une fois, pour une névralgie, on eut le malheur d'appliquer un vésicatoire dans le but d'administrer un sel de morphine par la méthode endermique; on ne put le cicatriser qu'au bout de plusieurs années, et cependant un chirurgien habile et attentionné, M. Jules Cloquet, n'avait cessé d'y mettre tous ses soins. Il ne se formait pas de ces lames albumineuses, de ces bourgeons charnus qui finissent par se recouvrir d'épiderme.

La vie de cette dame est vraiment digne de fixer l'attention d'un physiologiste. L'état de son sang peut être comparé à celui des animaux soumis à certaines expériences, lorsque, par exemple, on a alcalinisé leur sang ou qu'on l'a défibriné. Chez eux alors les cicatrices aussi ne se forment pas, les hémorrhagies persistent jusqu'à la mort. C'est une des conséquences les plus fâcheuses de cet état du sang.

Le phénomène de la coagulation du sang avait frappé de tout temps les médecins. Un écrivain célèbre, Bordeu, en raison de cette propriété, avait appelé ce fluide *chair coulante*. Cette expression a fait fortune et a été mille fois répétée. La comparaison venait sans doute encore de ce que, en battant le sang avec un petit balai, comme le font les charcutiers, ou en agitant longtemps ce liquide, moyen qui est plus commode, on sépare la fibrine, laquelle se montre alors sous forme de filamens ou de fibres blanchâtres, élastiques et résistantes.

Selon M. Magendie, il n'y a *aucune raison d'appeler ainsi le sang*; car, si au lieu de se contenter des apparences, on veut chercher expérimentalement des différences, on trouvera, d'abord, que si on met la fibrine dans l'eau oxygénée, cette eau se décompose comme si on avait mis du platine. Mais la plus remarquable différence, c'est que *la chair musculaire nourrit parfaitement les animaux, tandis qu'il est bien loin d'en être de même de la fibrine du sang*. Chose singulière! les chiens mangeaient volontiers ce produit; ils en mangeaient même beaucoup. Pendant un mois, ils en consommaient par jour plusieurs kilogrammes. Il se formait du chyle, parce que la fibrine contient des matières grasses; cependant il survenait des signes d'inanition, et l'on était obligé de reconnaître que, malgré que cette alimentation fût digérée, elle ne nourrissait presque pas, et que, quoiqu'elle fût azotée, elle ne pouvait être considérée comme un aliment. Cela ne suffit-il pas pour établir une différence très essentielle entre la fibrine du sang et la fibre musculaire?

On sait qu'il y a 25 ou 30 ans, on s'est également beaucoup occupé, à l'Académie des sciences, des *propriétés nutritives de la gélatine*; on voulait nourrir les pauvres avec cette subtance; on disait qu'un os valait de la viande. L'expérimentation a dû être appelée à décider la question. Tandis que les chiens nourris avec une petite quantité de chair, crue ou cuite, vivaient très bien, ils dépérissaient et mouraient si on ne leur donnait que de la gélatine, même agréablement assaisonnée.

Les choses n'en restèrent pas là. Il y avait, dans la commission, d'illustres savans, MM. Thénard, Dumas, qui considérèrent la question sous le point de vue chimique. Cette différence d'action nutritive, se dirent-ils, ne tiendrait-elle pas à ce que la fibrine se trouve dépourvue des sels du sang, de la partie aromatique de cette liqueur, connue sous le nom d'osmazôme? On fit alors cuire la fibrine dans du bouillon de viande, ce qui constitua un mets excellent et vraiment digne de la table d'un gourmand. On pouvait le comparer à un macaroni, à un potage; chacun s'empressait d'en goûter. Les chiens mangeaient cette préparation avec avidité et en grande quantité; mais, au bout d'un mois environ, on voyait survenir les mêmes symptômes d'inanition, l'émaciation et la mort finissait par arriver. Ainsi, la fibrine, même associée aux parties salines et aromatiques du sang, n'est pas nutritive et ne peut soutenir l'existence. Si donc les théories sont utiles, il est évident qu'il faut que l'expérience juge en dernier ressort.

Non seulement il y a une grande différence entre *la fibrine du sang et la fibre musculaire*, mais on peut affirmer encore que *ce n'est pas la première qui produit la seconde*. Au contraire même, on prouve expérimentalement que, dans des circonstances données, la fibrine s'augmente aux dépens de la fibre musculaire. Dans l'épidémie des bêtes bovines, dont il sera question dans la seconde partie de cette analyse, le sang était devenu peu coagulable par la diminution dans la proportion de la fibrine, et cependant l'animal, enlevé souvent en peu de jours, avait son système musculaire intact. Bien plus, on va voir que la fibrine augmente à mesure que la fibre musculaire diminue. Si l'on fait une saignée à un cheval et que l'on extraie la fibrine du sang tiré; si ensuite on injecte ce sang dans la même veine, on trouve, dans une nouvelle saignée pratiquée le surlendemain que la fibrine est augmentée. Qu'on continue, tous les jours ou tous les deux jours, à saigner l'animal et à lui restituer son sang défibriné, et, au bout de quinze jours, vers la dixième saignée, on trouvera que la proportion de la fibrine a décuplé, non seulement en volume, mais encore en poids. Pendant ce temps, le cheval maigrit, s'émacie, et son système musculaire s'amoindrit notablement. D'après ce singulier résultat, pourrait-on dire que c'est la fibrine qui fournit les élémens de la fibre musculaire? N'est-ce pas plutôt la fibrine du sang qui se forme aux dépens de la fibre musculaire?

On a vu plus haut que cette nouvelle fibrine, ou *néo-fibrine*, comme l'a appelée M. Magendie dans ses *leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, en augmentant de quantité, avait changé de propriétés : elle est moins élastique, moins résistante; elle se dissout dans l'acide acétique, ce qui n'a pas lieu dans son état normal. La qualité de cet élément du sang vaut certainement mieux que sa quantité! Dans les maladies, il y a souvent aussi augmentation de la fibrine. On doit alors chercher à s'assurer si ses qualités naturelles ne sont pas changées. Ce point de vue est même fondamental en pathologie, car il est beaucoup de maladies où cela a lieu.

Conclusions. — Une des propriétés les plus essentielles du sang est celle de se coaguler. C'est à cette faculté qu'est due la formation du caillot, si salutaire dans les hémorrhagies. La fibrine est l'élément du sang qui produit ce phénomène. Cet élément, qui est altéré dans beaucoup de

---

soupçonnant une espièglerie sacrilége où les autres voyaient une marque de la faveur divine, s'approcha du faux saint et le fit descendre de sa niche. Il fut reconnu, saisi et dépouillé de ses habits; et tous les frères, armés de leurs cordons à nœuds, le fouettèrent jusqu'au sang. Il n'en fut pas quitte pour ce rude traitement : il fut mis *in pace*, c'est-à-dire renfermé entre quatre murailles, au pain et à l'eau, pour le reste de ses jours. Le savant Tiraqueau, lieutenant-général du bailliage de Fontenai-le-Comte, obtint qu'on le remît en liberté, etc. »

Malgré cette farce dont M. Renauldin ne conteste pas l'authenticité, malgré toutes les gravelures dont est semée l'œuvre rabelaisienne, notre savant confrère considère comme apocryphes et injurieuses à la mémoire du curé de Meudon un grand nombre d'anecdotes et de bons mots que les biographes lui ont attribué. Ainsi il rejette le fait si souvent cité du domino dont se serait revêtu Rabelais avant de mourir, pour le plaisir de faire ce mauvais calembourg : *Beati qui moriuntur in Domino*. Il rejette également la réponse faite au page du cardinal qui envoyait chercher des nouvelles de sa santé : » Dis à monseigneur que je vais chercher un grand peut-être; tire le rideau, la farce est jouée. » Il rejette enfin le testament célèbre : » Je n'ai rien, je dois beaucoup, je donne le reste aux pauvres. » M. Renauldin donne en effet, de très bonnes raisons qui doivent mettre en garde les critiques judicieux sur les assertions des biographes de Rabelais.

J'ai cité le nom de Guy-Patin; ce n'est pas que le célèbre et spirituel adversaire de l'antimoine et des apothicaires figure dans la galerie de M. Renauldin; non, c'est son savant et malheureux fils, Charles Patin, ce bien-aimé *Carolus*, dont Guy-Patin parle avec tant d'attendrissement et qu'il eut la douleur de ne jamais revoir après le cruel exil auquel il fut condamné, et qui reste encore un mystère historique. Charles Patin fut un des plus savans médecins de son siècle et l'un des plus profonds érudits à une époque où l'érudition était le plus en honneur. M. Renauldin ne résiste pas au plaisir et je n'y résiste pas plus que lui, de citer une preuve du jugement plein de goût de Charles Patin dans une question de haute portée littéraire. Laissons parler son père : « J'ai été aujourd'hui (21 novembre 1667) chez M. le premier président (de Lamoignon) à l'assemblée de cette académie qu'il tient tous les lundis, où l'on a dit de fort bonnes choses : le père Rapin, qui est un jésuite très savant, y a discouru sur la préférence de Virgile à Homère, et a fait des merveilles. M. le premier président a demandé si personne ne s'opposait à ce sentiment : voyant que tout le monde se taisait, il a voulu que mon *Carolus* parlât, se souvenant qu'il l'avait autrefois entretenu sur la gloire d'Homère. Je fus ravi de lui entendre dire que, se voyant forcé de répondre à un adversaire de la force du père Rapin, il se trouvait bien embarrassé; qu'animé pourtant du commandement qu'on lui en faisait et de l'audience dont on l'honorait, il ferait souvenir la compagnie de quelques avantages d'Homère sur Virgile; qu'il n'y aurait jamais eu de Virgile s'il n'y avait point eu d'Homère; que celui-ci a fait le plan, que l'autre n'a que poli; qu'Homère a été universellement reconnu pour le père de la philosophie, de l'histoire, de la poésie et de la littérature; que tous les siècles lui ont décerné des honneurs qu'on n'attribuait qu'aux rois et aux dieux; qu'on lui a élevé des statues par toute la Grèce, qu'on s'y est servi de monnaies qui portaient son nom et son portrait, et que les plus grandes villes du monde se sont toutes attribué la gloire de sa naissance; qu'il avait des médailles des Smyniens et d'autres peuples en sa faveur, et qu'enfin rien ne se trouvait de pareil dans la fortune de Virgile, dont la faveur d'Auguste faisait le plus bel endroit. Qu'en dites-vous, monsieur, pour un plaidoyer fait sur-le-champ? M. le premier président lui en témoigna beaucoup de satisfaction, et même, en soupant, il lui dit : je ne sais comment votre père l'entend; il devait vous laisser au barreau, nous vous aurions donné d'autres emplois que de soutenir la réputation d'Homère. »

Les notices de M. Renauldin se lisent facilement et avec intérêt, car il est rare qu'elles ne contiennent quelque particularité dont le lecteur aime à se souvenir ou qu'il est aise d'apprendre et d'ajouter à ses *colligenda*. C'est ainsi, pour ne citer que quelques exemples, que dans la notice consacrée à Georges Agricola, ce savant médecin du XVI[e] siècle, le père de la minéralogie et de la métallurgie modernes, on lit avec intérêt quelques détails sur les honoraires que les rois et les villes, dans l'antiquité, donnaient aux médecins. D'après Agricola, les princes généralement payaient fort bien leurs médecins. Certains rois les ont quelquefois traités avec une grande générosité : témoin Erasistrate, qui reçut cent talens pour la guérison d'Antiochus, fils de Seleucus. Or, la valeur du talent étant de 5,400 francs, la récompense d'Erasistrate s'éleva donc à la somme de 540,000 francs de notre monnaie. Voilà certes un magnifique *honorarium*.

On y voit le savant Camerarius, cet érudit universel, *totius Europæ ornamentum et decus*, comme disait Turnèbe, cet ami fidèle et le biographe de Melanchton, pendant un tumulte qui s'éleva à Leipzick contre les étudians, se contentant d'emporter sous son habit un Hérodote de la première édition Aldine, abandonnant au pillage tous ses autres effets. On y voit Occo, célèbre professeur du collége de médecine d'Augsbourg, déclarer que sa conscience ne lui permettait point de se conformer au calendrier grégorien, décrété en 1581, par une bulle du pape Grégoire XIII, faire une opposition énergique et perdre tous ses emplois plutôt que de renoncer à ses croyances. On y voit Antoine Lepois rejeter la fabuleuse origine de Romulus et Rémus, et dire dans son naïf langage que « ce ne fut pas une louve, mais bien une bonne p..... qui bâilla le tétin à ces deux petits frères. » Dans cette même notice, M. Renauldin a écrit un passage que je peux citer au seul titre de curiosité anatomique. Il s'agit de quatre statuettes gravées sur bois dans l'ouvrage de Lepois. « Ces statuettes n'ont rien d'extraordinaire, excepté celle de Priape, dont le pénis, quoiqu'en l'état malacotique, a une telle proportion, que son extrémité arrive au niveau de la rotule. Qu'on se figure l'énormité d'un tel organe lorsqu'il devenait ithyphallique! Cela me rappelle l'épigramme suivante de Martial sur un certain Papilus, dont le nez et le pénis avaient des dimensions prodigieuses :

Mentula tam magna est, tantus tibi, Papile, nasus,
Ut possis, quoties arrigis, olfacere.

La langue française ne pouvant, comme le latin, braver dans les mots l'honnêteté, peut recommander aux écrivains austères les deux expressions adoptées par M. Renauldin pour exprimer l'état fonctionnel d'un organe qu'il n'a pas craint d'écrire en toutes lettres.

Si quelques noms de médecins obscurs, ou du moins complètement oubliés aujourd'hui se rencontrent dans la galerie de M. Renauldin, on y en trouve un plus grand nombre de célèbres et dont la réputation est encore très vivante; tels les deux Bartholin, W. Hunter, Mead, Meibomius, Rudolphi, Schulze, M. A. Severin, Tournefort, les deux Vaillant, etc., etc., hommes d'érudition profonde et pour qui l'étude de la numismatique n'était qu'une branche de la grande étude de l'antiquité. On est confondu, en lisant ce volume, des immenses recherches qu'a dû nécessairement faire M. Renauldin, et tout médecin qui se complaît dans les douces et charmantes récréations littéraires, lui saura gré de lui avoir fourni une lecture agréable, instructive et dont le résultat final est d'honorer la médecine, cette belle et noble profession, qui ne peut et ne doit rester étrangère à aucune connaissance humaine. Charles Patin le disait aussi dans cette pensée qui a servi d'épigraphe à M. Renauldin : *Plena vita est medicorum, qui eodem simul antiquitatis studio flagrant.*

Amédée LATOUR.

— M. le docteur Cazenave recommencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, mercredi prochain, 28 avril, pour les continuer le mercredi de chaque semaine. La visite à huit heures, et la leçon à neuf heures.

maladies, le devient particulièrement lorsque les émissions sanguines sont trop réitérées ; celles-ci le font dégénérer en une fausse fibrine plus abondante que la première. Lorsque la fibrine est détruite, ou lorsque sa nature a été changée, le sang, ne pouvant plus se coaguler, son écoulement se continue jusqu'à la mort, lorsqu'il existe une plaie, même légère, ou ne peut être arrêté qu'avec les plus grandes difficultés ; les plaies de vésicatoires, elles-mêmes, ont peine à guérir. L'expression de chair coulante, en parlant du sang, est tout-à-fait inexacte, en ce sens que la fibrine et la fibre musculaire ne se comportent pas de la même manière dans l'eau oxigénée, mais ensuite en ce que la fibrine du sang ne nourrit pas, tandis que la fibre musculaire nourrit beaucoup; des expériences viennent prouver que ce serait plutôt la fibre musculaire qui servirait à former la fibrine, que la fibrine la fibre musculaire.

BIBLIOTHÈQUE.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ALGER, pendant l'année 1851 ; par le docteur E.-L. BERTHERAND. Brochure in-8° de 16 pages. Alger, imprimerie de Bourget, 1852.

La Société de médecine d'Alger vient, à son tour, de publier le compte-rendu de ses travaux. Certes, il est peu de sociétés médicales placées sur un champ aussi vaste, aussi neuf et aussi inexploré. Nous faisons des vœux pour que cette Société prospère et pour que ses travaux servent à l'avancement de la science, en éclairant les points obscurs de l'histoire de beaucoup de maladies, qu'il ne nous est donné de voir que de temps en temps et dans des conditions qui en rendent l'observation difficile et incomplète. Par les nombreux et intéressans travaux que les médecins de nos armées ont déjà publiés sur les maladies d'Afrique, il nous est permis de concevoir toute l'importance que pourraient acquérir des recherches entreprises et suivies avec persévérance par des hommes instruits et éclairés qui auraient, sur nos médecins militaires, l'avantage de rester longtemps dans le même pays, et de pouvoir ajouter, par conséquent, à l'observation des faits eux-mêmes, l'étude des conditions étiologiques qui les tiennent sous leur dépendance et des modifications thérapeutiques à l'aide desquelles on peut combattre ces maladies.

Nous devons des remercîmens à M. Bertherand pour la publication de ce compte-rendu sommaire des travaux de la Société de médecine d'Alger; mais nous l'avouons, nous serons bien plus exigeans à l'avenir, et nous ne saurions trop engager cette Société savante à entrer dans une voie plus utile pour elle et pour la science, en publiant dans un bulletin annuel, non pas seulement le titre et le sommaire des travaux qui lui ont été adressés, mais bien ces travaux eux-mêmes, intégralement, lorsque leur importance l'exige, et en un résumé suffisamment détaillé pour celles de ces communications qui ont un intérêt moindre.

Nous nous bornerons, aujourd'hui, à signaler les faits et les travaux les plus importans communiqués à cette Société : le travail de M. Agnély *sur la vaccination publique en Algérie, pendant l'exercice* 1849, l'observation, par le même, de quelques cas de *rougeole coïncidant avec le développement de la vaccine*; un rapport de M. Bertheraud, ayant pour objet l'étude parallèle de la *marche du choléra chez les populations arabes* des trois provinces pendant les épidémies de 1849 et de 1850; une notice du même *sur l'emploi des eaux minérales de Teniet-el-Had*; une notice *sur l'état sanitaire de Tripoli*, par M. le docteur Moll; un document statistique résumant le *mouvement sanitaire, pour* 1850, *de la colonie de Lodi*, par le docteur Gronnier; une observation curieuse du docteur Weiss, relative à un cas de *calcul vésical accompagné de dilatation énorme des urètères*; un mémoire de M. le docteur Sierpitowski, intitulé : *détails historiques et critiques sur un cas d'embouchure vaginale du rectum, suivi d'une proposition d'un nouveau procédé opératoire*, consistant : 1° à exciser successivement et couche par couche les parties qui séparent le bout de l'intestin de la région anale normale, et cela au moyen d'un emporte-pièce manœuvrant en rotation, jusqu'à une hauteur et une direction voulues; 2° à confier à la nature seule le soin de pousser les fécès dans la direction la plus courte, qui sera évidemment celle du canal, opéré artificiellement; un travail de M. Bertherand, concernant le *traitement de la fièvre intermittente et de la dyssenterie par la poudre anti-miasmatique* de M. le docteur Fabe; un travail de M. Lautour, médecin sanitaire à Damas, destiné à mettre en relief les *propriétés anti-périodiques* qu'il a constatées chez l'*agaric blanc*, connu en arabe sous le nom de *rarikoun*, et donné à la dose de 2 grammes en poudre; enfin le fait curieux et peut-être unique signalé par M. Alquié, de Mostaganem, de la découverte de *pustules varioleuses sur le pis des chèvres*.

Nous regrettons que le peu d'étendue accordé au résumé sommaire de chacune des communications ne nous permette pas d'entrer dans de plus grands détails à leur égard; ce nous est un motif, ainsi que nous le disions en commençant, d'engager vivement la Société de médecine d'Alger à publier plus au long les travaux intéressans qui ne peuvent manquer de lui arriver plus nombreux de jour en jour, afin de ne pas priver la science de documens qui doivent servir à en assurer le progrès et le perfectionnement.

Dr ARAN.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 Avril 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

M. GROS adresse une note sur le *cristallin et sa capsule*, dont il fait connaître en ces termes quelques-unes des dispositions principales.

1° La capsule est intimement adhérente au cristallin et ne peut s'en séparer que par déchirure;

2° La paroi interne de la capsule porte un réseau celluleux qui est la véritable matrice du cristallin ;

3° L'humeur de Morgagni n'existe pas;

4° Les cellules, en se multipliant, forment des couches qui s'aplatissent, se polygonisent et s'aboutent pour former les bandelettes polyédriques ;

5° Les bandelettes, qui se renouvellent sans cesse, se forment de toutes les cellules qui se trouvent sur le même plan et sur la courbe comprise entre une ogive (*vortex*) et le pôle opposé ;

6° La couche celluleuse, restant intègre et adhérente à la capsule, peut encore fournir des bandelettes après l'extraction ;

7° La défécation du cristallin paraît devoir se faire par un canal central, triangulaire, antéro-postérieur, correspondant aux ogives;

8° A l'état frais, la couche celluleuse génératrice est parfaitement transparente ;

9° Toute opacité, corticale ou centrale, indique une coagulation ou granulation ;

10° L'opacité de la capsule est révoquée en doute ;

11° L'opacité réputée capsulaire est en dehors ou en dedans de la membrane ;

12° L'opacité des couches corticales s'opère dans la couche génératrice, qui revêt alors la capsule, comme l'amalgame derrière une glace ;

13° Les cellules troublées et malades peuvent encore s'arranger en bandelettes opaques ou rester isolées, et former un détritus globuleux et lactescent, selon leur âge ;

14° Les stries cataracteuses s'étendent sur le centre en raison des nouvelles couches malades qui sont formées par la couche celluleuse génératrice.

M. MARCHAL (de Calvi) communique les résultats de quelques *expériences propres à déterminer le degré de nutritivité des viandes les plus usuelles* (porc, bœuf, mouton, veau, poulet). J'ai pris, dit l'auteur, 20 grammes de muscle de chacun de ces animaux, en ayant bien soin que la chair ne contînt ni aponévrose, ni tissu cellulaire ni graisse autre que celle qui est naturellement interposée aux fibres musculaires, et j'ai fait évaporer au bain-marie, pendant plusieurs jours, ces cinq échantillons dans cinq capsules. Voici les résultats obtenus en rapportant les proportions à 1000.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE.

	Matière solide.	Eau.
Porc..........	294.50	705.50
Bœuf..........	277.00	723.00
Mouton........	265.50	734.50
Poulet........	263.50	736.50
Veau..........	260.00	740.00

DEUXIÈME EXPÉRIENCE.

	Matière solide.	Eau.
Porc..........	302,50	697.50
Bœuf..........	275.00	725.00
Mouton........	263.00	736.50
Poulet........	263.00	737.00
Veau..........	255.50	744.50

On peut croire, d'après ces premiers chiffres, que, par rapport à la nutritivité, les viandes dont il s'agit doivent rangées dans l'ordre ci-dessus (porc, bœuf, mouton, poulet, veau); mais il n'en est rien, attendu que les chairs, en apparence les plus maigres, contiennent des substances grasses, et qu'il est impossible de tenir compte de ces substances, quant à la nutritivité proprement dite. En effet, les substances grasses constituant des alimens respiratoires et nullement plastiques ou réparateurs, sont destinés à être brûlés ou à prendre place dans l'économie sous forme de dépôt inerte. Il fallait donc, pour déterminer la véritable nutritivité des diverses viandes, éliminer de leur résidu solide les substances grasses. C'est ce que l'auteur a fait, dans la seconde expérience, en traitant les cinq résidus par l'éther jusqu'à épuisement; ce qui lui a donné les résultats suivans, bien différens des premiers :

	Matière soluble dans l'éther.	Matière insoluble dans l'éther.
Bœuf..........	25.437	249.563
Poulet........	14.070	248.730
Porc..........	59.743	242.757
Mouton........	29.643	233.875
Veau..........	28.743	226.757

D'où il résulte que dans l'ordre de nutritivité, les animaux, au lieu d'être rangés ainsi :

1° Porc;
2° Bœuf;
3° Mouton;
4° Poulet;
5° Veau;

devraient être rangés comme il suit :

1° Bœuf;
2° Poulet;
3° Porc;
4° Mouton;
5° Veau.

On sera frappé du degré de nutritivité de la viande de poulet, mais on cessera de s'en étonner, en réfléchissant à l'extrême rapprochement de ses fibres. Il se pourrait, toutefois, que la moindre sapidité de cette chair diminuât un peu son pouvoir trophique.

Si ces expériences, ajoute l'auteur, étaient suivies sur une grande échelle, il faudrait tenir compte des conditions d'âge et de climat. On trouverait sûrement moins de matériaux solides *effectifs* dans les chairs des animaux les plus jeunes, et moins aussi, probablement, dans les chairs des animaux du Midi, lesquels, plus maigres, n'en seraient que plus appropriés à la nutrition, quoique moins estimés.

M. LEGRAND informe l'Académie qu'il vient de faire une heureuse application de la *méthode de la cautérisation* (à l'aide de la solution concentrée de potasse caustique), au traitement d'une tumeur du volume d'un petit haricot, qu'une jeune fille âgée de 14 ans, jouissant, du reste, de la plus excellente santé, portait sous le sein droit. Six cautérisations pratiquées du 18 février dernier au 18 mars suivant, ont suffi pour amener ce résultat.

Cependant, la dernière escarrbe n'étant tombée que le 2 avril, on peut dire que le traitement a duré près de deux mois, mais avec cette condition, très importante à signaler, que la douleur a toujours été très courte et fort modérée, et que la jeune personne en traitement n'a jamais été arrêtée un seul instant.

Pour favoriser la pénétration du caustique, M. Legrand avait superficiellement incisé l'escharre, après la deuxième cautérisation, et fendu cette même escarrhe à une profondeur de 2 millimètres environ, avant la quatrième cautérisation.

Ces deux petites cautérisations n'ont causé aucune douleur, ni déterminé d'effusion de sang.

La première escarrhe, assez épaisse, a laissé après elle une cavité de 5 à 6 millimètres, au fond de laquelle a été retrouvé le produit morbide qui constituait la tumeur. Deux cautérisations après la chûte de cette première escarrhe, ont détruit ce qui restait encore de cette production pathologique.

Note sur un système d'articulation libre pour les instrumens à branches, tels que ciseaux, cisailles, sécateurs, etc., permettant de démonter l'instrument et l'empêchant de se desserrer; présentée à l'Académie des sciences par MM. CHARRIÈRE père et fils.

Si l'on a eu raison de dire que les améliorations les plus utiles sont celles dont l'application est la plus fréquente et la simplicité la plus grande, il nous sera permis d'attacher quelque importance à celle que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie et de toutes les personnes qui, à divers titres, sont en position de l'apprécier.

Cette amélioration porte sur les ciseaux, les pinces et les cisailles employés en chirurgie, et sur les instrumens du même genre, dont on se sert dans diverses branches de l'industrie.

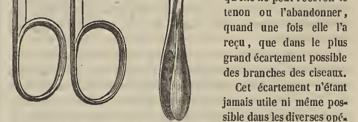
Depuis longtemps déjà nous avons apporté aux instrumens dont il s'agit des perfectionnemens qui sont entrés dans la pratique générale, et qui sont maintenant adoptés par la plupart des fabricans.

Nous espérons qu'il en sera de même du perfectionnement que nous proposons aujourd'hui.

Deux graves inconvéniens ont été reconnus aux ciseaux et à tous les instrumens analogues usités en chirurgie : la vis à l'aide de laquelle sont articulées les deux branches de ces instrumens, finit toujours par se desserrer, après un certain temps d'usage, et, pour que l'instrument continue à couper, on est obligé de presser les deux lames l'une contre l'autre, pour empêcher l'objet qu'on veut couper de passer entre les lames, s'il était mince (comme par exemple un tissu de soie), ou pour empêcher l'instrument de se tordre si le corps à inciser était volumineux dans tous les sens.

Pour remédier à cet inconvénient, on essaie quelquefois de river la vis, mais par cette manœuvre on détériore celle-ci, et l'instrument est bientôt mis hors d'usage.

Un second inconvénient, moindre que le précédent, mais très grand encore pour les instrumens de chirurgie, c'est que ceux-ci ne pouvant être nettoyés dans leur articulation, la rouille finit par s'en emparer, et par altérer ainsi les lames et le jeu de l'articulation.



Ce sont ces deux inconvéniens que nous sommes parvenus à éviter par une modification fort simple que nous allons maintenant décrire. Nous avons remplacé l'ancienne vis par un tenon (voir les figures placées ci-contre) ou clou, qui est monté à vis et rivé carré dans la branche ou s'y fixe par un écrou; à l'autre branche des ciseaux, nous avons fait une perforation elliptique dans la fraisure ou dépression dans laquelle se plaçait la tête de la vis, et cette perforation, ou mortaise, est dirigée dans un sens tel, qu'elle ne peut recevoir le tenon ou l'abandonner, quand une fois elle l'a reçu, que dans le plus grand écartement possible des branches des ciseaux.

Cet écartement n'étant jamais utile ni même possible dans les diverses opérations que l'instrument est appelé à pratiquer, soit en chirurgie, soit dans les arts, il en résulte que les deux branches sont aussi bien réunies l'une à l'autre que par la vis.

Ce n'est que lorsqu'on veut les séparer qu'on les écarte assez pour que le tenon puisse être dégagé de la mortaise. Cette séparation a pour premier avantage de permettre le nettoyage parfait des lames à leur ar-

ticulation, et elle donne en outre la facilité d'oindre l'articulation d'axonge, qui n'a point l'inconvénient de se dessécher comme l'huile, et qui favorise, par cette raison, bien mieux que ce dernier corps gras, le jeu de l'instrument. Mais le grand avantage consiste surtout dans l'impossibilité où sont les lames de s'écarter l'une de l'autre, si ce n'est par l'usure, nécessairement très lente, du tenon et de la fraisure; cette usure elle-même, qui ne demande pas moins de plusieurs années pour s'opérer, étant une fois consommée, le système dont il s'agit a encore l'avantage d'en permettre la réparation facile. En effet, le tenon qui retient la branche mobile de l'instrument étant rivé, ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'y a aucun inconvénient à augmenter cette rivure par quelques coups de marteau, ce qu'on ne peut faire lorsque l'articulation a lieu au moyen d'une vis, sans détériorer celle-ci.

Tels sont les avantages que nous croyons appartenir au mode d'articulation que nous avons proposé depuis plus de six mois d'introduire dans la fabrication, et qui est d'ailleurs aujourd'hui appliqué avec avantage dans la plupart des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 21 Avril 1852. — Présidence de M. Larrey.

Du traitement des abcès par congestion, par les injections iodées.

Nos lecteurs connaissent le mémoire de M. Boinet sur l'emploi des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. Nous avons rapporté la discussion qui a suivi la présentation de ce travail. M. Robert, dans la séance de ce jour, revient sur cette importante question qui est encore bien loin d'être résolue. Deux faits récemment observés dans le service du chirurgien de l'hôpital Beaujon, lui ont donné l'occasion de soumettre à la société des considérations éminemment pratiques.

M. Robert avait été vivement impressionné par les résultats annoncés par M. Boinet, et il était d'autant mieux disposé à recourir à la méthode des injections iodées, que les autres traitemens expérimentés dans son service lui avaient donné des résultats déplorables. Il en était arrivé à ne plus traiter ses malades que par des moyens palliatifs; il se contentait, quand la nécessité s'en faisait sentir, de vider le foyer purulent à l'aide de ponctions sous-cutanées.

Un malade affecté d'abcès par congestion, étant venu à Beaujon, M. Robert pria M. Boinet de vouloir bien se charger d'appliquer lui-même sa méthode. Depuis lors d'autres faits se sont succédé et les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont de nature à ne pas permettre de fonder un grand espoir sur ce mode de traitement.

M. Robert a remarqué les mêmes accidens qui succèdent à l'ouverture des foyers par les moyens habituels, et les conséquences de ces accidens sont également les mêmes.

Seulement les malades soumis à ce traitement arrivent au même résultat, la mort, mais par une voie plus longue et moins douloureuse. Ainsi le pus ne devient pas fétide, la sécrétion n'est pas modifiée; la suppuration est abondante; le soir, il y a un peu de fréquence du pouls. Le malade s'affaiblit et se trouve ainsi livré sans défense aux causes extérieures qui ne tardent pas à donner lieu à des accidens mortels.

M. Robert cite deux cas à l'appui de son opinion. Un malade encore couché dans son service a été opéré, en novembre dernier, à l'hôpital Saint-Louis, par M. Boinet. Plusieurs injections ont été faites et des accidens consécutifs, presque immédiats, ont eu lieu. Il y a eu inflammation, gangrène, etc..... Ces accidens vaincus, le malade parut mieux; il quitta l'hôpital et ne tarda pas à présenter des symptômes graves. Actuellement, il est à Beaujon. Il a de la diarrhée, de la fièvre hectique, du marasme, sa position, en un mot, est déplorable. On l'a isolé; il a été mis dans une pièce bien aérée. Grâces aux soins donnés, il y a eu un peu d'amendement des symptômes, mais la mort n'en est pas moins imminente.

Le deuxième malade se trouvait dans les conditions suivantes: c'était un homme d'une excellente constitution, nullement tuberculeux, et qui devait sa maladie à une cause tout accidentelle. Il avait fait une chute sur les pieds, qui avait déterminé l'écrasement et l'affaissement du corps de plusieurs vertèbres. Immédiatement il y avait eu gibbosité. Il y a 18 mois, il fut admis, à la suite de cet accident, à la Pitié, dans le service de M. Gendrin. Un traitement énergique, des anti-phlogistiques, des cautères, etc.... amenèrent une guérison apparente, et, quand le malade quitta l'hôpital, il n'avait aucune trace d'abcès et marchait sans difficultés.

Abusant, sans doute, de cet état meilleur, le malade se fatigua et vit reparaître de nouveaux accidens qui le déterminèrent à venir à l'hôpital Beaujon, au mois de décembre. Alors, il portait dans l'aine droite un abcès par congestion. M. Robert fit une première ponction sous-cutanée et fit sortir environ 150 grammes de pus. Une nouvelle collection tout aussi abondante se reforma rapidement et ce fut alors que M. Boinet fut prié de venir lui-même traiter le malade.

Une première injection iodée ne fut suivie d'aucun accident; il n'y eut pas de fièvre et, pendant trois semaines, M. Robert put croire à une guérison; mais après ce temps, la petite plaie de la ponction s'ulcéra, s'ouvrit et devint fistuleuse. Le malade s'affaiblit, s'amaigrit, puis sous l'influence d'une cause légère, il fut pris de pleurésie avec épanchement et il mourut.

Autopsie. — On trouva d'abord que le point de l'abcès sur lequel avait été pratiquée l'injection, était séparé du foyer principal par un rétrécissement, et la communication entre les deux poches ne se faisait que par une ouverture tellement fine, qu'à peine s'il est possible d'y introduire un stylet d'argent.

Le point de départ de la suppuration se trouve vers la onzième vertèbre dorsale; trois vertèbres sont altérées. Il n'existe plus entre elles de disque fibreux inter-vertébral; les corps vertébraux sont soudés. Il n'y a pas de carie, mais des traces manifestes d'ostéite; le périoste, épaissi, se détache avec facilité; on trouve du pus dans l'articulation de la dernière vertèbre malade avec la vertèbre saine qui la suit. Il y a également suppuration dans les jointures costo-vertébrales au niveau des vertèbres malades.

Ainsi, comme le fait remarquer M. Robert, l'injection, dans ce cas, ne pouvait pas agir en baignant les os malades puisque l'ouverture de communication entre les deux poches, était si fine, qu'elle ne pouvait sans doute pas permettre à l'iode de pénétrer jusqu'à la colonne vertébrale.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la mort a eu lieu exactement comme chez les malades traités par les autres méthodes.

En résumé, dit M. Robert, mon but a été de faire appel à mes collègues, pour qu'ils nous fissent connaître ce qu'ils avaient obtenu par les injections iodées, et concourir ainsi à résoudre une des questions les plus importantes de la thérapeutique chirurgicale.

M. Larrey donnera, dans une prochaine séance, l'observation d'un malade qu'il a traité par les injections iodées. Sans entrer dans d'autres détails, pour le moment, il annonce que son malade a succombé.

M. Boinet rappelle qu'il n'a jamais prétendu pouvoir guérir tous les abcès par congestion; mais, dès maintenant, il est à même de prouver que, par sa méthode, on guérit mieux que par les autres procédés.

Le fait de M. Robert, relatif à une lésion traumatique de la colonne vertébrale, n'est pas un cas ordinaire. Il y avait chez le malade des altérations qui sont bien différentes de celles que l'on rencontre d'habitude. Ainsi, il y avait eu fracture, et à l'autopsie on a trouvé même deux fragmens encore désunis. L'ostéite est manifeste sur la pièce pathologique, et l'on voit des stalactites entourant la fracture.

Quand M. Boinet a vu le malade, il avait déjà reconnu qu'il était dans de mauvaises conditions. Il avait été déjà ponctionné, et présentait de la fièvre hectique commençante. Trois injections ont été faites, et sous cette influence, il y a eu grande amélioration, au point que le malade a pu se lever et descendre au jardin. C'est alors qu'il a été pris d'un frisson, et par suite d'une pleurésie à laquelle il a succombé. En présence de cette complication, tout traitement local a dû cesser.

Un autre malade, couché dans le service de M. Huguier, était aussi dans des conditions désespérées. L'injection n'a néanmoins été suivie d'aucun accident. Il y avait des cavernes dans le poumon. Le malade est mort. Enfin, quant au malade dont il a commencé le traitement à Saint-Louis, M. Boinet, après avoir obtenu une telle amélioration, que la guérison paraissait complète, a dû, retenu par des occupations, suspendre les soins qu'il donnait. C'est ensuite de cet abandon que la récidive a eu lieu.

M. Boinet insiste en terminant sur la nécessité, pour que la guérison soit complète, de continuer les injections tant que le foyer ne paraît pas cicatrisé dans toute son étendue.

Quant à présent, M. Boinet est déjà à même de présenter un nombre imposant de succès, les faits ne sont pas seulement ceux qui lui sont propres, mais il en fournira empruntés à la pratique de MM. Mesniers, Chassaignac, Demarquay, Houel, Guersant, etc., etc.

M. Robert fait remarquer la réserve de M. Boinet, qui a soin de dire qu'il ne guérit pas tous les malades, mais à cela on peut objecter qu'il en est ainsi de toutes les méthodes; il n'en est pas une, en effet, que l'on ne puisse citer comme ayant dans quelques cas amené des guérisons. Les ponctions, les incisions, etc., et même l'absence de tout traitement, peuvent aussi être suivis d'une heureuse terminaison. La question précise est donc de savoir si M. Boinet guérit plus par sa méthode que l'on ne guérit par les autres méthodes. Pour M. Boinet, les cas que j'ai cités étaient dans de mauvaises conditions, mais pourquoi alors consent-il à risquer l'avenir des injections, en les appliquant dans des cas désespérés? Il pouvait refuser mon malade, mais il l'a accepté, et, ajoute M. Robert, je crois même qu'il le trouvait favorable.

Quant au malade de Saint-Louis, M. Boinet a eu grand tort de l'abandonner, s'il pouvait achever sa guérison.

Je le répète, dit le chirurgien de Beaujon, par la méthode des injections, on obtient de l'amélioration, mais momentanément, la mort n'en arrive pas moins souvent. Il faut donc revoir les faits que nous avons et conclure ensuite. Ne voyons-nous pas, en effet, que M. Bonnefont a communiqué à l'Académie deux observations de guérison, et cependant les malades sont morts.

M. Boinet fait remarquer que les injections, même dans les cas désespérés, constituent un traitement avantageux, car elles ne déterminent jamais d'accidens, et toujours on soulage le malade et on prolonge sa vie. Or, dans ces cas que la chirurgie abandonnait, c'est beaucoup obtenir que de soulager le malade.

Quant à l'impossibilité de faire pénétrer le liquide de l'injection jusqu'au point de départ de l'abcès, M. Boinet est convaincu qu'elle n'existe jamais, et même dans le cas de M. Robert, la simple position du malade eût suffi pour que le liquide iodé traversât le pertuis si délié qui unissait les deux poches; ce serait une affaire de temps, et comme l'intoxication n'a jamais lieu, rien n'empêche de laisser en contact, autant de temps qu'il le faut, le liquide injecté.

M. Robert, en admettant que le liquide pénètre, demande si sérieusement on peut admettre que, dans un cas d'ostéite condensante et suppurée, compliquée de nécrose, la présence de l'iode puisse exercer une action vraiment salutaire, l'iode agit en modifiant la membrane pyogénique seulement, il ne tarit pas la suppuration qui continue abondante et qui épuise le malade.

M. Robert a employé l'iode dans des cas de kystes ovariques, il a eu des revers après avoir obtenu une amélioration apparente.

M. Huguier donne quelques détails sur le malade auquel il a été fait allusion. Cet homme, affecté d'une tumeur blanche du genou qui devait nécessiter l'amputation, avait un abcès par congestion à l'aine droite. M. Boinet l'opéra. On fit trois injections. Il y eut fièvre hectique, et le malade mourut; mais il faut dire qu'une phthisie se déclara, et que l'abcès par congestion avait fini par rejoindre l'articulation malade et par communiquer avec elle.

M. Huguier insiste, comme M. Robert, sur l'impossibilité bien souvent de faire parvenir le liquide jusqu'à l'os malade. En terminant, il annonce qu'il a dans son service un jeune homme affecté d'un abcès, déjà il l'a ponctionné et injecté, il propose à M. Boinet de vouloir bien en suivre le traitement. On rendra compte des résultats.

M. Deguise a eu un malade présentant un abcès par congestion dans chaque aine, il lui avait été impossible de faire pénétrer l'iode dans le foyer. Il eut l'idée de boucher pendant quelques jours les orifices des abcès, et sous l'influence de l'accumulation du pus le foyer s'élargit, et l'injection put être faite, elle passait d'un foyer dans l'autre.

Le malade, du reste, est mort avec les mêmes symptômes que l'on remarque quelle que soit la méthode mise en usage.

M. Guersant ajoute quelques considérations pratiques importantes sur des accidens immédiats qui auraient suivi, dans deux cas, l'emploi des injections. Ainsi, il y aurait donc à craindre, en outre, des accidens éloignés, des accidens immédiats. Chez un de ses malades, la mort est arrivée au septième jour. Un autre enfant a eu également des accidens inflammatoires immédiats des plus graves, que l'on est parvenu à combattre. Ce petit malade est encore à l'hôpital.

Du reste, M. Guersant a été heureux, dans trois ou quatre cas, mais il s'agissait d'abcès assez circonscrits.

M. Gordy pense que Lugol se servait aussi des injections iodées; puis, jugeant la méthode, il dit que, pour lui faire sa part réelle, il faudrait la dégager des moyens adjuvans que l'on est dans l'habitude d'employer en même temps que les injections.

M. Boinet, qui a étudié la question historique avec le plus grand soin, certifie que dans aucun des mémoires de Lugol, on ne trouve rien qui indique qu'il ait proposé les injections iodées pour guérir les abcès par congestion.

Quant au traitement général, M. Boinet fait remarquer qu'aucune méthode agissant localement seulement, ne serait capable de guérir une affection qui est en résumé le résultat ou l'expression d'un état général.

En reproduisant avec assez d'étendue cette discussion, nous avons voulu mettre nos lecteurs à même d'intervenir dans la question, en communiquant le résultat de leur pratique quel qu'il soit. Voici, comme on peut le voir dans notre compte-rendu, une série de faits malheureux. M. Boinet possède déjà et fera connaître en détail une série de faits heureux, avec ces élémens seulement on pourra juger la méthode et lui rendre la justice qu'elle aura méritée.

Amputation de la mâchoire supérieure.

M. Maisonneuve présente le malade sur lequel il a enlevé le maxillaire supérieur droit. La guérison est complète; un obturateur très ingénieux a été appliqué et efface autant que possible les effets de la mutilation.

Une discussion s'engage sur la meilleure forme des obturateurs et sur les résultats physiologiques de l'amputation de la mâchoire. Nous regrettons, faute d'espace, de ne pouvoir reproduire les remarques intéressantes de MM. Giraldès, Gerdy, Denonvilliers, Lenoir, Demarquay, etc., etc.

En terminant, nous signalerons un fait d'un grand intérêt que l'on peut observer dans le service de M. Huguier. Une malade actuellement à l'hôpital Beaujon présente une grossesse extra-utérine parvenue au sixième ou septième mois. Ce cas nous paraît offrir la plus parfaite analogie avec celui communiqué dans la dernière séance par M. Desprez.

D[r] Ed. Laborie.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

— On écrit de Livron, le 12 avril, au *Courrier de la Drôme*:

« Un de ces événemens qui épouvantent les populations vient d'avoir lieu dans la commune de Livron. Le 11 de ce mois, à sept heures du soir, la rage a enlevé, en quarante-huit heures, M. le docteur Vanel, jeune médecin de 33 ans, de beaucoup d'espérance et d'avenir. M. Vanel laisse une jeune femme enceinte, une sœur et une mère qu'il adorait. Son talent, la douceur de ses mœurs, et son extrême modestie, le faisaient aimer de tout le monde, et lui avaient acquis en peu de temps une clientèle nombreuse. Il y avait quarante jours qu'un jeune chien qu'élevait M. Vanel l'avait mordu au-dessus du pouce de la main gauche. La mère de ce petit chien était morte enragée. M. Vanel cautérise immédiatement sa blessure au nitrate d'argent. Ce même petit chien mordit ensuite quelques autres personnes du voisinage, qui le caressaient, et mourut trois jours après. M. Vanel cautérise alors de nouveau et plus profondément sa blessure au fer rouge, et prend même, ainsi que les personnes mordues comme lui, un breuvage populaire. Mais la force morale, quoique grande chez M. Vanel, n'avait pu prendre assez d'empire sur lui pour le débarrasser de l'idée fixe et désolante qui le préoccupait sans cesse au sujet de sa blessure. Il comptait les jours, il présageait les symptômes, et son moral profondément affecté, l'entraînait irrésistiblement vers la catastrophe qu'il redoutait. Ce fut dans la nuit du 9 au 10 avril que les soubresauts, une agitation violente et des symptômes désespérans se manifestèrent. Un courageux et digne voisin, M. Mondan, instituteur communal, passa cette nuit près de lui, en proie aux plus vives émotions; il ne l'a plus quitté jusqu'à la dernière heure, et n'a pas cessé de lui prodiguer les soins, les conseils et les secours les plus généreux. Profondément religieux, M. Vanel a conservé jusqu'à la fin toute la force de sa raison, toute la puissance de son âme. (Mes membres ne sont tous, disait-il, qu'un chaos de douleurs, la mort est là; mais mon ame est intacte, elle siége dans mon cerveau, je la sens, elle est au service de mes facultés, comme aux meilleurs jours de ma vie, preuve irrévocable de son immortalité.) Puis il tendait la main à tous ceux qui l'entouraient, en ajoutant: (Ne me redoutez pas, je n'ai jamais été méchant, je ne vous mordrai pas, je ne veux faire de mal à personne.) Les liquides qu'on voulait lui faire prendre le faisaient bondir et le rendaient menaçant. Enfin, il a succombé. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie. — Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions sanguines du foie, de la râte, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la chlorose et de l'anémie; de la fièvre intermittente; des déplacemens de la matrice, de l'hystérie; des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte; des maladies de la moelle, des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc.; par Louis Fleury, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue-sous-Meudon, professeur-agrégé de la Faculté, etc. — Un vol in-8°. Paris, 1852. Prix : 7 fr.

Chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine. 23.

Médecine légale, théorique et pratique, par M. A. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc., avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revues et annotés par M. Dehaussy de Robécourt, conseiller à la Cour de cassation. 3e édition entièrement refondue. 3 vol. in-8 de 2,456 pages. Prix : 23 fr.

Le tome 3e forme 856 pages, et renferme un traité complet de toxicologie.

Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et C[ie], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 50. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 27 Avril 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 AVRIL 1852.

OBSERVATIONS SUR LE NOUVEAU MODE DE NOMINATION DES MÉDECINS D'ASILES D'ALIÉNÉS.

Il n'entre aucunement dans nos idées de discuter les décrets du gouvernement, et encore moins celui de la décentralisation, que nous regardons comme une amélioration; aussi, les remarques que nous allons faire portent-elles seulement sur des faits de détail, qui, par cela même qu'ils sont secondaires, ont pu échapper à l'attention de l'autorité.

Tous ceux qui ont suivi le développement des instituts d'aliénés depuis l'ère nouvelle ouverte par la loi du 30 juin 1838, savent quel changement merveilleux s'est opéré dans le sort de cette classe d'infortunés. Avant cette époque, à part quelques rares exceptions, les aliénés étaient distribués dans des asiles défectueux, mauvais, des sections d'hôpital, des dépôts de mendicité, des prisons. Beaucoup d'insensés étaient encore chargés de chaînes; la plupart croupissaient dans la malpropreté; la direction médicale était presque nulle ou limitée à quelques hommes; les journées passées dans une continuelle inaction, étaient une cause permanente d'incurabilité et de dégradation. Il y a plus, l'administration supérieure ignorait le nom de quelques établissemens, ne savait pas ce qui se passait dans d'autres, et pour ne citer qu'un fait, un de ses délégués principaux visita un jour un de ces repaires où se trouvaient vingt aliénés dont on ne connaissait pas les noms. Avec l'unité imprimée par l'autorité, fortement secondée par MM. les inspecteurs-généraux, une transformation complète a eu lieu, et la France peut montrer avec orgueil ses asiles d'Auxerre, du Mans, de Quimper, de Saint-Yon, de Quatremares, de Nantes, et d'une foule d'autres endroits. A ces masses inertes couchées sur le sol ou s'agitant dans des cris désordonnés, des menaces furieuses, ont succédé des milliers de travailleurs qui ont complètement changé l'aspect de ces anciennes retraites.

Comparez la distribution des asiles nouvellement construits avec les immenses édifices de Hanwell, de Colny-Hatch, d'où vous sortez écrasé de fatigue par la longueur démesurée des bâtimens, et dites-nous si l'unité des vues, due à la centralisation, n'a pas eu les plus heureuses conséquences pour le bien-être du service?

Le travail, tant vanté en Angleterre et à juste titre, est devenu une vérité pour les aliénés français. Il suffit, pour s'assurer des avantages qu'il a procurés aux malades et aux asiles, d'examiner les premiers et de voir les recettes et les dépenses des seconds. A la manière dont les choses vont, l'époque n'est pas éloignée où beaucoup d'asiles, à l'aide du travail, des pensionnaires et de l'élévation du prix de journée, pourront se suffire à eux-mêmes.

Cette transformation si heureuse, due aux bienfaits de la loi de 1838, que tous les étrangers se sont hâtés de prendre pour modèle, n'aurait pu cependant s'effectuer malgré l'uniformité du plan et les instructions ministérielles, si elle n'avait été favorisée, appuyée, tranchons le mot, entreprise par les médecins résidans nommés par le ministre, et qui, bien pénétrés des intentions de l'autorité, arrivaient dans les localités, riches d'instruction et d'espérance, c'est grâce à leur concours que le service des aliénés est devenu aujourd'hui ce qu'il est; aussi, l'atteinte portée à leur organisation actuelle a-t-elle inspiré les plus vives inquiétudes.

En effet, avec la nouvelle disposition du décret qui laisse à MM. les préfets la nomination des médecins d'asiles, tandis que l'autorité se réserve celle des directeurs, n'est-il pas à craindre que le développement progressif de ces institutions ne s'arrête? Un fait incontestable, c'est que les élémens d'une science ne peuvent s'acquérir que là où elle est enseignée. Paris, avec ses immenses hôpitaux de Bicêtre, de la Salpêtrière, la maison nationale de Charenton, ses grands établissemens privés où étudient de jeunes médecins, des élèves, ses bibliothèques, ses journaux spéciaux, ses cours, ses sociétés savantes, ses concours, offre tous les moyens de former des sujets pleins d'aptitude par les établissemens publics et privés. Placés sous les yeux, sous la surveillance de leurs chefs, de leurs maîtres, ils sont déjà connus d'avance et peuvent être désignés avec justice au choix du ministre. La province, sans doute, renferme des hommes de mérite, et la plupart de ceux qui occupent de grandes positions dans la capitale lui appartiennent; mais pour en faire des médecins, des avocats, elle est obligée de les envoyer dans les grands centres d'instruction.

Nous ne mettons pas en doute la capacité, l'honnêteté de MM. les préfets; toutefois, nous croyons devoir leur faire observer que les nominations qu'ils feront manqueront souvent leur but, soit qu'ils s'en rapportent à l'opinion publique qui leur désignera des praticiens éminens, qui par cela même ne voudront pas renoncer à leur clientèle; soit que, vaincus par des sollicitations, ils désignent des médecins étrangers à l'aliénation. Tant vaut l'homme, tant vaut la chose, a dit l'expérience; cela est de toute vérité pour les asiles d'aliénés.

La nomination des médecins par le ministre, en les élevant au rang de fonctionnaires publics, les investissait d'une autorité toujours nécessaire pour faire exécuter les ordres. Ces fonctionnaires, presque tous hommes de mérite suivaient les instructions qui leur étaient données; le gouvernement connaissait, d'un bout de la France à l'autre, ce qui se passait dans les asiles, disposition d'autant plus importante, que leurs habitans sont tous en tutelle. Les médecins, à leur tour, sachant qu'on leur tenait compte de leur zèle, des améliorations qu'ils introduisaient, et qu'un avancement en était souvent le résultat, étaient entretenus dans une vive émulation, et chacun d'eux s'efforçait d'attirer sur lui l'attention de l'autorité. Les appointemens, fixés par le ministre, ne pouvaient varier; il n'en est plus ainsi avec le nouveau décret; dès lors, il en résulte des perturbations, des inquiétudes pour les médecins qui n'étaient entrés dans cette carrière qu'avec la perspective d'une position, si non brillante, du moins assurée.

Non seulement l'avenir des médecins se trouve menacé par le décret du 25 mars, mais celui des asiles ne l'est pas moins. Le désir de mettre l'établissement au niveau de l'état de la science, portait le médecin à demander la suppression des bâtimens défectueux, la construction de ceux que réclamaient les nouveaux besoins, l'achat de terrains pour les travaux agricoles, l'élévation du salaire des travailleurs, souvent si dérisoire, l'augmentation du prix des journées. La position indépendante de ce fonctionnaire lui faisait soutenir avec fermeté ses demandes au conseil-général. La lutte se prolongeait souvent, mais peu à peu les améliorations réclamées étaient accordées. Il n'en sera plus ainsi quand le médecin dépendra de ceux qui le paient, ses instances seront plus timides, et en définitive on verra se reproduire ce qu'on a trop longtemps vu, lorsque les autorisations n'étaient accordées que par des corps constitués. Les asiles, qui, sous la législation de 1838, ne cessaient de s'améliorer, resteront stationnaires, heureux encore s'ils ne rétrogradent pas.

Feuilleton.

(Nous avons été douloureusement surpris du silence qui s'est fait autour de la tombe de M. Rochoux, de cet aimable et spirituel confrère, l'une des figures les plus singulières de ce temps. Les voix officielles se sont tues; une partie de la presse médicale seule a consacré quelques colonnes à la mémoire de ce médecin qui, de son vivant, a tant occupé la presse. La notice suivante, que nous croyons devoir reproduire, est due à la plume savante de M. le docteur Raige-Delorme, et vient d'être publiée dans le dernier cahier des *Archives générales de médecine.*)

—

NOTICE NÉCROLOGIQUE SUR LE DOCTEUR ROCHOUX.

Encore une tombe qui vient de se fermer sur un de nos amis! Encore un des nôtres qui s'est éteint! M. Rochoux a succombé, dans les premiers jours du mois, aux suites d'une longue et douloureuse maladie. Libre penseur, dans toute l'étendue du mot, le docteur Rochoux a été l'une des plus originales figures de notre temps, et nous regrettons que l'espace, le temps, et beaucoup d'autres raisons encore, ne nous permettent de donner qu'une simple esquisse de ses travaux et de ses pensées, qui mériteraient d'être étudiés. En effet, il a présenté l'exemple assez rare d'un homme qui, d'abord livré à la vie active du médecin, vécut ensuite solitaire avec ses livres et ses idées, sans fuir le monde, dont il aimait les plaisirs honnêtes; qui poursuivit toute sa vie, comme les anciens philosophes de la Grèce, la vérité absolue, et crut l'avoir trouvée dans l'atomisme d'Épicure; qui mêla les travaux les plus positifs aux dogmes les plus contestables; qui mit enfin au service d'une idée systématique, sans valeur scientifique, une intelligence d'élite; du reste, caractère doux, aimable, quoique inflexible dans ses opinions; bienveillant, quoique enclin à la contradiction et à la satire; se laissant volontiers aller contre ses adversaires aux entraînemens d'une critique malicieuse et spirituelle, mais jamais injurieuse, et en supportant les traits les plus vifs le plus agréablement du monde, prenant presque plaisir à les provoquer; esprit fin, délié, et cependant solide, mais trop souvent paradoxal; observateur sagace des faits médicaux, et ne les généralisant que dans la mesure de la méthode expérimentale, pendant qu'en philosophie générale il se livre aux séductions de la méthode synthétique; obstiné dans l'erreur comme dans la vérité, et n'ayant jamais rien rétracté de ce qu'il a écrit ou pensé; poussant jusqu'à la manie la prédiction de ses dogmes chéris; aimant à fronder l'opinion publique, à exprimer sur les choses et les hommes entourés du respect commun les sentimens les plus hardis; pensant que la conciliation, que les transactions, bonnes pour les intérêts sociaux, doivent être proscrites de la science et des discussions scientifiques, et que la vérité, intolérante par essence, n'a jamais à capituler. Tels furent les principes et les sentimens du docteur Rochoux. Il s'était donné, à notre époque, la mission qu'avait remplie Gassendi au XVIIe siècle, celle de réhabiliter la philosophie d'Épicure, et il vécut en disciple conséquent de ces deux hommes illustres, qui furent ses seuls dieux, sans être arrêté par les barrières qui retinrent le vénérable prêtre de Digne, ou même le sceptique Gabriel Naudé, et leur ami commun, le célèbre Guy-Patin, qui ne se livraient qu'en secret à leurs *débauches d'esprit*, suivant leur maxime : *intùs ut libet, foris ut moris est.*

Jean-André Rochoux était né, le 23 mai 1785, à Argenton-sur-Creuse, aujourd'hui du département de l'Indre. Son père, maître de poste, l'envoya en 1804 à Paris, pour y étudier la médecine. Laborieux et intelligent comme il l'était, il avança rapidement dans ses études. Il fut reçu, en 1807, comme élève interne des hôpitaux, entra d'abord à l'hôpital des Vénériens, puis à celui des Enfans-Malades, où il réunit les matériaux d'un traité de la méningite, qui, bien que rédigé en 1812, n'a pas été publié. De là il passa, vers la fin de 1809 ou le commencement de 1810, à la Maison de Santé, alors au faubourg Saint-Martin, et était nommé au concours, en 1811, aide d'anatomie à Faculté de médecine. C'est de cette époque que datent ses travaux sur l'apoplexie, qui sont et resteront toujours ses plus beaux titres de gloire. En effet, M. Rochoux eut le mérite de tracer, d'après une observation rigoureuse, à laquelle il a été peu ajouté, la description anatomique et symptomatique d'une maladie qui, avant lui, n'était pas nettement délimitée, et de prouver que l'hémorrhagie cérébrale par rupture du tissu (ramollissement hémorrhagipare), à laquelle il réservait le nom d'apoplexie, est caractérisée par des symptômes qui lui sont propres. Il eut seulement le tort de conserver ce nom d'apoplexie pour la maladie cérébrale qu'il voulait séparer de toute autre, de s'attacher obstinément à cette dénomination, qui était avant lui, et était encore depuis, la source de tant de confusion.

Il était donc reçu médecin. Ses goûts pour la science devaient le retenir à Paris, mais les dures nécessités de la vie ne lui permirent pas d'y rester. En 1814, il se fait nommer par le gouvernement médecin de l'hôpital de la Basse-Terre, ville principale de la Guadeloupe, et s'embarque pour cette île. Au bout de quelques mois, il quitta la Basse-Terre pour aller s'établir à la Pointe-à-Pitre, dans la même île, où il eut bientôt une clientèle nombreuse. C'est là qu'il recueillit ses observations sur la fièvre jaune des Antilles, dont il a publié, après son retour en France, une très bonne monographie. Cependant, au milieu de ses occupations et de ses succès, le regret de la mère-patrie ne cessait de se faire sentir. Au bout de quatre ans et demi, ayant réalisé la modeste fortune que ses travaux et une sage économie lui ont acquise, il revoyait Paris en 1819, nanti d'une somme de 92,000 fr., et mieux que cela avec des goûts modérés auxquels elle devait plus que suffire.

La fièvre jaune, qui depuis quelques années sévissait en Espagne, venait de nouveau de se montrer dans la Catalogne. Une commission de médecins fut nommée, en 1821, par le gouvernement français pour aller y observer la maladie. M. Rochoux fut appelé à en faire partie, et se mit en route avec ses collègues. Mais, par une étrange résolution, qui, nous devons l'avouer, devait être et fut désavantageusement interprétée, il se refusa à entrer avec la commission à Barcelone, où la maladie faisait d'affreux ravages, et resta dans un village voisin. Quels que soient les sentimens d'estime et d'amitié qui nous liaient à M. Rochoux, nous ne pouvons taire cet acte de faiblesse, d'autant plus singulier de sa part

Les luttes suscitées par les conseils généraux (il est bien entendu que nous ne parlons ici que de ce qui concerne les dépenses), ne seront pas les seules, il en faudra soutenir d'autres avec les corporations religieuses. Tout partisan que nous sommes de leur adjonction aux asiles d'aliénés (1), nous savons que quand les attributions ne sont pas suffisamment délimitées, les corps religieux ont une tendance à s'emparer de la direction de l'administration. Cette remarque a d'autant plus de force, que plusieurs aumôniers n'ont pas hésité à dire que le traitement des aliénés devait être exclusivement religieux et moral. Cette opinion est une véritable hérésie. Il y a un grand nombre d'aliénations, les manies et les monomanies aiguës qui guérissent par le seul secours de l'art. Depuis que les principes de la médecine actuelle sont mis en pratique, le nombre des guérisons a beaucoup augmenté en France, en Angleterre, aux Etats-Unis et en Allemagne. Le chiffre de la mortalité a considérablement baissé, et la durée du séjour a subi une grande réduction. Je n'ai pas besoin de parler du bien-être général des malades; il est si marqué, que l'on est souvent porté à se demander où sont les fous. L'intervention de la religion est indispensable, mais il faut qu'elle *ait lieu à son heure*. Sur ce point nous sommes d'accord avec les ecclésiastiques les plus recommandables de Paris. Quand les familles religieuses réclament leur concours pour les malades, ils répondent: demandez au médecin si notre visite peut faire du bien. Des hommes compétens de l'étranger ont parfaitement signalé les inconvéniens causés par l'absence du médecin dans les établissemens dirigés par des corporations religieuses. Il suffit de lire à ce sujet les observations du docteur John Webster, ancien médecin résidant de Bethlem, qui a visité avec soin nos principaux établissemens et admiré leur excellente tenue et le talent des médecins, pour aprécier les abus qui naissent d'un pareil état de choses.

Nous ne pousserons pas plus loin ces observations; mais nous dirons en terminant à l'administration éclairée qui nous gouverne: par la centralisation des asiles d'aliénés (véritables refuges d'enfans en tutelle) vous aviez créé des établissemens modèles, dirigés par des médecins dont les noms sont connus de tout le monde savant; chaque année des améliorations importantes étaient introduites; les abus devenaient de plus en plus rares; des milliers de malheureux vous devaient une nouvelle vie. Par les missions confiées à MM. les inspecteurs généraux, vous mainteniez l'unité du service, vous fomentiez le zèle, vous récompensiez le mérite. Cette ligne de conduite avait eu les plus heureux résultats. Le changement provoqué peut rompre cet ordre si bien et si laborieusement établi. Pourquoi tenter une pareille expérience, quand la marche actuelle était si satisfaisante. Encore une fois, la matière à expérimenter se compose d'aliénés, c'est-à-dire d'êtres qui souffrent en silence.

A. Brierre de Boismont.

(1) Cette opinion de notre part n'est pas nouvelle, nous la soutenions il y a dix-huit ans dans notre mémoire sur un *projet d'établissement d'aliénés*, couronné par la Société des sciences physiques et médicales de Bruxelles; mais si l'assistance de la religion est indispensable, il importe que le médecin, qui seul connaît les rapports du physique et du moral, deux choses que l'on sépare ou confond trop souvent, soit juge de l'opportunité du concours religieux.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles; — service de M. le professeur Deroubaix.

RENVERSEMENT DE LA MATRICE; — LIGATURE ET ABLATION DE CET ORGANE.

La nommée Adèle de M..., âgée de 26 ans, couturière, d'un tempérament lymphatico-nerveux, se présente à l'hôpital Saint-Jean, le 26 septembre 1851.

Cette femme a été accouchée de son second enfant, à Gand, au mois d'avril 1851, par une matrone.

Le travail de l'accouchement a duré assez longtemps; cependant la délivrance s'est opérée sans qu'on ait exercé de violences sur le placenta.

Huit jours après l'accouchement, la femme en se levant, a vu une tumeur faire saillie hors de la vulve; elle tenta elle-même de la repousser dans le vagin, mais ce fut inutilement; des médecins furent appelés et essayèrent vainement d'en opérer la réduction; la malade vint à Bruxelles où elle fut traitée par différens médecins qui employèrent successivement, et inutilement, le refoulement de la tumeur avec la main et avec différens instrumens.

21 septembre 1851. A son entrée à l'hôpital, l'on constate une tumeur pyriforme, d'un diamètre de deux pouces environ, dont la base est en bas et descend jusqu'à l'orifice vaginal externe; cette tumeur est très sensible au toucher; le vagin a sa direction et sa longueur normales; au fond, le sommet de la tumeur est couronné par un bourrelet circulaire formé par le col de la matrice, du diamètre d'un pouce et d'une épaisseur d'une ligne. — Ce bourrelet est assez régulier, n'est interrompu par aucune fissure, et a une consistance molle semblable à celle de la matrice renversée.

La malade rapporte que des exsudations sanguines ont lieu assez fréquemment à la surface de la tumeur utérine; ces exsudations ont jeté la femme dans un état d'anémie très prononcé: la peau est pâle; la conjonctive, la muqueuse des lèvres et des organes génitaux sont décolorées; le cœur fait entendre au deuxième temps un souffle qui se répète dans les carotides primitives. Des tiraillemens douloureux ont lieu vers les aines, les reins et l'hypogastre.

Tous ces symptômes indiquant un renversement de la matrice, l'on tente à plusieurs reprises et d'une manière prolongée la réduction à l'aide de la main. Ces tentatives produisant de la douleur et n'arrivant à aucun résultat, on a recours à une compression graduelle et continue à l'aide du pessaire de Bonneels. L'application de ce pessaire soulage la malade, mais malgré son emploi prolongé pendant près de deux mois, on ne parvient qu'à faire remonter un peu le fond de la tumeur, sans rien obtenir pour la réduction.

Contre l'état anémique, l'on prescrit un régime ferrugineux et analeptique, et comme soins de propreté, deux injections par jour dans le vagin avec la décoction de quinquina.

Pendant quelque temps, ce régime combiné avec le repos au lit semble ranimer les jours de la malade et améliorer considérablement son état; mais le 2 décembre, une hémorrhagie utérine considérable replonge la malade dans un état d'anémie plus prononcé que celui dont elle commençait à sortir. Cette hémorrhagie s'arrête d'elle-même. — L'on insiste sur le traitement général renforcé de potions toniques et astringentes. — On continue les injections au quinquina; le pessaire est toujours maintenu en place.

Janvier 1852. L'état général est légèrement amélioré; la matrice ne paraît pas changer de volume, elle est toujours sensible au toucher.

10 janvier. Une nouvelle hémorrhagie s'est déclarée pendant la nuit; position élevée du bassin et injections astringentes alumineuses.

11 janvier. Le lendemain l'hémorrhagie continue: même traitement. Boissons tempérantes.

12 janvier. L'hémorrhagie s'arrête.

14 janvier. Elle reprend, mais légèrement. — Même traitement.

19 janvier. L'hémorrhagie a repris avec une nouvelle intensité; la malade a eu plusieurs lipothymies, elle est pour ainsi dire exsangue, la peau et les muqueuses sont entièrement décolorées et les veines sous-cutanées à peine visibles.

20 janvier. Pour arrêter le sang, on est obligé d'avoir recours au tamponnement. — On insiste sur l'emploi des potions toniques astringentes.

23 janvier. Le tamponnement est enlevé.

L'état de la maladie inspire de vives inquiétudes. Ces pertes de sang sans cesse renouvelées menaçant d'emporter la malade, l'impossibilité de les prévenir, l'impuissance des traitemens rationnels et des manœuvres employées pour ramener l'organe en place, tout fait présager une fin prochaine si des moyens plus énergiques ne viennent mettre un terme à l'état de choses actuel. M. de Roubaix, se fondant sur plusieurs cas de succès obtenus par la ligature de la matrice dans des circonstances analogues, s'étayant surtout sur un exemple récent d'un chirurgien anglais qui a pratiqué heureusement cette opération, se décide à tenter l'application de ce moyen extrême de guérison.

27 janvier. Examen des organes: poitrine saine, paupières légèrement infiltrées, peau commençant à jaunir; matrice réduite, par suite des hémorrhagies, à la grosseur d'une poire ordinaire, pouls petit et faible, moral bon.

28 janvier. M. Deroubaix applique la ligature aussi haut que possible sur le corps de la matrice, jusque près de l'orifice interne du col; le lien (formé de trois fils de chanvre et de trois fils de soie bien cirés et réunis en cordelette) est serré au moyen du treuil qui termine inférieurement le porte-ligature à polypes ordinaire, jusqu'à ce que la femme accuse de la douleur.

Une demi-heure après la ligature, douleur excessivement vive dans le bas-ventre, occasionnant une syncope suivie de vomissemens. — Cet état cependant s'améliore un peu.

2 heures après-midi. — Nouvelles douleurs, tiraillemens dans les aines, vers le fondement, et anxiété considérable.... Au bout d'une heure, la malade ne pouvant plus résister, la ligature est un peu desserrée.... Calme immédiat; le reste de la journée et la nuit suivante, la malade ne ressent plus que quelques élancemens dans le bas-ventre. Pouls petit et misérable; elle refuse la nourriture.... On donne un peu de vin et une potion tonique.

29 et 30 janvier. La malade est assez tranquille, elle souffre peu; point de hoquet ni de vomissement, point de sensibilité dans l'abdomen. — Elle prend un peu de nourriture. Injections de propreté.

31 janvier. La malade a bien dormi. Sécrétion utérine fétide et décolorée. Comme il n'y a point eu de selles depuis 6 jours, lavement suivi de défécation; plus tard envies d'aller à la selle, légers tiraillemens dans les cuisses, état général bon. La ligature est un peu serrée, ce resserrement occasionne des douleurs très vives dans l'abdomen et les cuisses; ces douleurs menacent d'amener une syncope; on relâche un peu la ligature: soulagement instantané; potion calmante; après quelques cuillerées, la malade refuse la potion; vomissemens répétés dans la journée après chaque ingestion de boissons ou d'alimens.

Le soir. La sécrétion utérine continue à être fétide et peu abondante: douleurs dans le bas-ventre et tiraillemens dans les cuisses: lavemens avec 20 gouttes de laudanum.

1er février. La malade a assez bien dormi; tiraillemens vers le rectum; plus d'envies d'aller à la selle. Le toucher ne constate pas de changemens dans la partie de la matrice liée; 3 lavemens avec 15 gouttes de laudanum dans la journée; refus d'alimens.

2 février. On serre la ligature et on continue les lavemens laudanisés.

3 février, Les tiraillemens dans le bas ventre continuent; sécrétion peu abondante et fétide; bouillons; trois lavemens laudanisés. On serre la ligature.

4 février. Nuit bonne; après le réveil, les douleurs du rectum et des cuisses reviennent; figure bonne; légère appétence; bouillons et viandes blanches: on serre la ligature; trois lavemens laudanisés.

5 février. Nuit bonne, état général très satisfaisant, la figure exprime le repos et le calme; elle est moins bouffie et la peau moins pâle; plus

---

qu'il était accoutumé aux recherches peu salubres d'anatomie, qu'il n'avait point reculé devant l'épidémie de typhus en 1812, et en avait été atteint, et qu'il avait bravé les dangers non moins grands de l'acclimatement dans les pays chauds. Quoi qu'il en soit, M. Rochoux observa pendant quelque temps la maladie de Catalogne, qu'il regardait comme contagieuse, par conséquent comme différente de la fièvre jaune, et à laquelle il imposa le nom de *typhus amaril*. Ce lui fut l'occasion de plusieurs publications où il soutint cette opinion, non communément adoptée.

La carrière de M. Rochoux, après sa malheureuse campagne de Catalogne, ne se présente plus, sauf quelques circonstances de concours, que sous les dehors les plus calmes. Tout entier à ses goûts de science et de philosophie, il ne se livra qu'à peine à la pratique civile de la médecine, et s'en retira tout à fait lorsqu'il fut nommé médecin de l'infirmerie de Bicêtre. Il vécut là confiné pendant plus de quinze ans, jusqu'au moment où il prit sa retraite, en 1848, ne venant à Paris que pour les séances de l'Académie de médecine, qu'il suivait avec une grande régularité, et pour quelques devoirs sociaux. Ce fut pendant cette époque qu'il publia un grand nombre de brochures sur divers sujets, ses rapports et ses discours à l'Académie de médecine (car il ne se passait presque aucune discussion où il ne prît la parole), et surtout ses élucubrations sur la philosophie d'Épicure, qu'il mêlait à tout. Dans les derniers temps, il se donna beaucoup aux recherches d'anatomie fine; mais peut-être s'y prit-il un peu trop tard, car il n'y fut pas heureux.

Depuis quelque temps, une maladie des voies urinaires altérait sa santé, et déjà elle était compromise, lorsqu'il se soumit aux soins d'un chirurgien habile, M. Civiale. Il subit diverses opérations douloureuses, qui semblèrent d'abord donner quelque espoir de succès; mais, après plusieurs rechutes, il fut emporté le 1er avril, par les accidens de la cystite, il avait 67 ans.

Quoi qu'on pense de de la philosophie d'Épicure, elle eut ce mérite qu'elle fut une source de bonheur pour M. Rochoux. En véritable épicurien, il plaça la suprême volupté dans la modération et l'honnêteté de la vie, dans le culte de la science et de la philosophie. Aimé de tous ses confrères, jouissant de cette *aurea mediocritas* qui suffit à des goûts modestes, il n'aurait eu rien à envier à la destinée, si elle eût épargné les cruelles épreuves de sa dernière maladie. Ses souffrances ont pu par momens lui arracher des cris de douleur, mais elles n'interrompirent ni la sérénité de son âme ni sa passion pour l'étude.

Raige-Delorme.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

HOPITAUX DES GRANDES VILLES DE L'EUROPE. — La ville de Paris, avec une population d'un million d'habitans, compte plus de 10,000 lits dans ses hôpitaux. Saint-Pétersbourg, avec une population de 476,000 habitans et une mortalité annuelle de de 10 à 11,000, a 6,000 lits dans ses hôpitaux. A Vienne, avec une population de 400,000 âmes et une mortalité annuelle de 16 à 17,000, 3,700 lits. A Berlin, dont la population est de 365,000 âmes et la mortalité annuelle de 8 à 9,000 âmes, 3,000 lits. A Varsovie, avec une population de 150,000 âmes, 14,000 lits. Londres occupe le bas de l'échelle: cette ville, qui ne compte pas moins de deux millions d'habitans, et dont la mortalité annuelle est de 45,000 âmes, ne possède cependant que 5,000 lits, c'est-à-dire la moitié de ce qu'a Paris, et pour une population double. Dans les villes de moindre importance, en Angleterre, il en est de même qu'à Londres: les lits d'hôpitaux sont en fort petit nombre. A Manchester, par exemple, ville exclusivement industrielle de 360,000 habitans, dont la population ouvrière est si serrée et si malheureuse, il n'y a que 193 lits dans les hôpitaux. Il est vrai qu'en Angleterre, les *work-houses*, ou maisons de travail, remplacent les hôpitaux à beaucoup d'égards, au moins pour les pauvres assistés par les paroisses.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Sir Charles Fergusson Forbes, inspecteur général des hôpitaux de l'armée anglaise, vient de mourir à l'âge de 73 ans.

BUDGET DES FACULTÉS DES SCIENCES. — Le budget des Facultés des sciences s'élève, pour 1852, à 468,700 fr. A la Faculté de Paris, il y a 18 professeurs au traitement fixe de 5,000 fr. et un secrétaire à 2,000 fr. Le préciput du doyen est également à 2,000 fr. Les Facultés des départemens ont 61 professeurs à 4,000 fr.; il n'y a qu'un professeur-adjoint qui reçoit 2,000 fr. Les préciputs des 10 doyens sont fixés à 1,000 fr. chacun; les droits d'examen sont évalués à 17,300 fr.

ALIÉNATION MENTALE. — Il résulte des relevés statistiques publiés en Angleterre, qu'au 1er janvier dernier, il y avait dans ce pays, renfermés dans les différens asiles d'aliénés, 16,456 individus atteints d'aliénation mentale, dont 7,843 hommes et 8,613 femmes; le nombre des aliénés indigens était de 12,059, dont 5,492 hommes et 6,567 femmes.

SOCIÉTÉ JENNÉRIENNE DE VACCINE. — Cette société, qui a pour but de propager en Angleterre les bienfaits de la vaccine, a vacciné dans la ville de Londres, seulement l'année dernière, 7,800 personnes. Le nombre des individus vaccinés par elle depuis sa fondation est aujourd'hui de 241,614.

LA FAMILLE HUMAINE. — Il résulte d'une statistique intéressante que l'on peut évaluer le nombre des hommes vivant sur la surface du globe à 700 millions, et la perte annuelle par la mort à 18 millions, ce qui produit environ 624,400 tonnes de matières animales, lesquelles produisent à leur tour, en se décomposant, 900,000,000,000 pieds cubes de gaz, lesquels sont extraits de l'atmosphère par les végétaux qui les décomposent et les assimilent pour leurs propres usages.

ÉPIDÉMIES. — On écrit de Muscitt (Inde anglaise), que la petite-vérole et la fièvre ont régné pendant deux mois dans ce pays, et ont fait de grands ravages.

HOSPICE POUR LES INCURABLES. — On s'occupe en ce moment à Londres d'ouvrir un hospice pour les incurables. De nombreuses souscriptions ont été déjà reçues, et tout fait croire que ce projet si utile va prochainement recevoir son exécution.

de tiraillemens dans le rectum ni dans les cuisses. On serre la ligature; trois lavemens laudanisés ; bouillon et viande blanche.

6 février. Nuit bonne ; point de douleurs ; la matrice est encore sensible au toucher ; suintement continu ; on serre la ligature : douleurs et tiraillemens dans le bas-ventre et les cuisses; trois lavemens laudanisés dans la journée. La malade repose jusqu'à neuf heures du soir, alors s'étant fatiguée à parler, elle est prise de vomissemens, à onze heures le calme revient; repos jusqu'au matin.

7 février. Point de douleurs ni de tiraillemens; écoulement de sérosité noirâtre et fétide ; on serre la ligature; la matrice est encore sensible et diminue de volume ; trois lavemens laudanisés; calme dans la journée et la nuit suivante.

8 février. Nuit bonne ; point de douleurs ; l'injection entraîne des matières noirâtres et fétides. On ne serre pas la ligature ; la malade demande instamment de la soupe à la bière qu'on lui accorde et qu'elle vomit; lavemens laudanisés.

9 février. Nuit calme. Point de douleurs ; la malade désire du café; on lui permet. Le toucher constate encore de la sensibilité dans la matrice où le doigt plonge comme dans du putrilage.

A dix heures du matin, plusieurs tours du treuil sont faits à la ligature; douleur croissant à mesure qu'on serre... On entend un craquement, cri de la malade, rupture de la ligature.

La douleur produite immédiatement après la rupture de la ligature devint atroce. La malade dit n'avoir jamais rien ressenti de semblable ; vomiturilions, syncope imminente. M. Deroubaix craint qu'en réappliquant une nouvelle ligature, il ne vienne à briser quelques adhérences et à aggraver ainsi l'état de l'opérée; il se borne donc aux lavemens laudanisés et aux cataplasmes sur le ventre ; frictions sur le front avec le vinaigre.

Midi. Souffrances intolérables; la malade ne peut parler. Pouls filiforme.

1 heure. La figure se décompose; la malade faiblit et ne peut rendre compte de son état; le ventre devient très douloureux au toucher; lavement avec 40 gouttes de laudanum.

4 heures. La douleur est un peu moins vive.

6 heures. La malade s'endort.

10 heures. Elle se réveille, ne souffre plus et demande à boire. Peau humide et chaude, pouls accéléré. Elle dort une partie de la nuit.

10 février. Vers le matin, les douleurs abdominales reviennent et sont très vives; la figure est jaune et bouffie. On frotte du vinaigre sur les tempes pour éviter une lypothymie.

10 heures. Lavement avec 40 gouttes de laudanum, cataplasmes laudanisés.

12 heures. Les douleurs persistent; cathétérisme; lavement avec 30 gouttes de laudanum. La malade commence à se plaindre du mal à la gorge.

2 heures. Pouls accéléré, dur; peau brûlante et sèche; lavement avec 25 gouttes de laudanum.

10 heures du soir. Assoupissement; sueurs; pouls plus plein et accéléré; cathétérisme, repos jusqu'à 4 heures du matin.

11 février. Alors la malade se réveille et est prise de vomissemens, qui se répètent à chaque ingestion de boissons. Constriction à la gorge; même fréquence du pouls; la peau jaunit toujours davantage ; la douleur du ventre a diminué ; la pression sur cette partie est supportable; cathétérisme et injections légères.

9 heures. Douleurs à la gorge, accompagnées de soif et de vomituritions. La malade est sous l'influence de l'opium; regard extatique; le toucher ne constate plus que l'existence du col de la matrice, le reste est tombé en putrilage ou est réduit à l'état de lambeaux qui flottent dans le vagin.

8 heures du soir. Vomituritions très douloureuses, assoupissement.

12 février. Continuation de vomituritions; pouls toujours accéléré, dur; peau chaude. La malade ne se plaint plus; l'injection vaginale amène des lambeaux de substances putréfiées; lavement au laudanum (20 gouttes).

12 heures. La figure est tirée et grippée ; vomituritions quand la malade parle. Lavement au laudanum (20 gouttes). La malade demande un peu de vin mêlé à de l'eau; elle repose jusqu'à trois heures du matin.

13 février. La malade accuse une douleur très vive dans le côté droit de l'abdomen , douleur qui s'exaspère par la pression; gémissemens ; pouls petit et accéléré; point de vomissemens; cathétérisme. Le soir, même état, nuit assez bonne.

14 février, La douleur dans le côté droit persiste; face jaunâtre ; l'intelligence continue à être intacte. On constate un écoulement ou suintement continuel de matière purulente par le vagin. La malade ne prend plus de nourriture : décoction blanche de Sydenham.

3 heures. Difficultée d'avaler; de la matière pultacée apparaît sur les bords de la langue.

Soir. La douleur dans le flanc droit persiste en s'irradiant vers le bas-ventre; La suppuration par le vagin continue.

15 février. Abattement général; même douleur dans le flanc droit; pouls accéléré ; continuation du suintement; les matières pultacées couvrent toute la langue et augmentent la difficulté d'avaler; mal de gorge ; gargarisme avec miel rosat; décoct. de Sydenham.

16 février. La malade n'a pas dormi; elle n'a plus ni douleurs dans le flanc, ni fièvre. La suppuratinn vaginale diminue et blanchit à peine l'injection. Mal de gorge, déglutition de plus en plus difficile ; l'enduit pultacé ne se détache pas de la langue ; la malade n'a plus eu de selles depuis quinze jours, et jusqu'aujourd'hui, on n'a rien donné pour lui procurer des évacuations, pour ne point déranger le travail de cicatrisation qu'on pouvait supposer s'opérer dans le bas-ventre, et ne point imprimer de secousses au corps. Aujourdh'ui, cependant, on se décide à donner une once d'huile de ricin. Le soir, la malade a eu une bonne selle moulée; les efforts de défécation ont fait sortir par le vagin environ un demi-litre de matière purulente. État général plus satisfaisant.

17 février. Peu de sommeil; figure un peu moins jaune; pouls bon; les concrétions de la langue se détachent par des pellicules épaisses. La malade s'endort vers le soir.

18 février. Deux selles liquides pendant la nuit ; douleur dans la gorge, et difficulté d'avaler; les concrétions se sont déjà reproduites sur la langue; gargarisme acidulé.

Midi. La malade prend un lait de poule; la langue se nettoie d'un coup ; la malade est tranquille; elle boit beaucoup et s'endort.

19. Les concrétions se sont reproduites; difficulté extrême d'avaler et même de parler; pouls petit; anxiété.

Soir. Accablement général; anxiété considérable ; difficulté de respirer.

20 février. Mort dans la nuit du 19 au 20 février 1852.

Nécroscopie. — 21 février. Épanchement purulent avec fausses membranes dans le petit bassin et le flanc droit. Le reste du péritoine est parfaitement sain. Les environs de l'épanchement sont le siége d'adhérences qui l'isolent complètement du reste de la cavité abdominale.

La ligature de la matrice avait produit, par le resserrement des ligamens larges, une espèce de plancher renfermant les ligamens ronds et les ovaires.

Le rectum est tiré à droite et en avant.

Une ouverture, de la grosseur d'une plume à écrire, met en communication le vagin avec la cavité péritonéale.

Il n'y a plus de matrice ; seulement, au fond du vagin, reste le col, ce qui indique que la ligature avait été appliquée sur l'orifice interne du col de la matrice.

Le vagin est sain ; sa position et sa direction sont normales.

Les poumons, le foie et les reins sont sains, mais anémiques.

L'intérieur de la bouche est tapissé de concrétions pultacées. Ces concrétions s'étendent dans l'œsophage jusqu'au cardia, et bouchent presqu'entièrement cet organe.

Réflexions. — Les hémorrhagies abondantes qui avaient amené une anémie qui faisait tous les jours des progrès, menaçaient l'existence de la malade, au point qu'il n'y avait plus d'autre ressource que dans l'opération.

Il est à noter que les symptômes qui ont immédiatement suivi la ligature, ne se rapportaient point à une péritonite, mais au tiraillement exercé sur les ligamens larges par la ligature (phénomènes nerveux).—Les phénomènes de la péritonite locale ne se sont déclarés qu'après la rupture de la ligature. Il est bien remarquable que le péritoine se soit montré si sain à l'autopsie, dans les trois quarts de son étendue.

Cette observation démontre qu'il y a possibilité d'enlever la matrice renversée sans produire l'hémorrhagie et sans devoir trop craindre une péritonite. M. Deroubaix pense qu'en y mettant le temps, en serrant très peu à la fois la ligature, et surtout en administrant suffisamment, et pendant assez longtemps, les préparations opiacées, pour que les intestins restent dans l'immobilité et se trouvent ainsi placés dans les circonstances les plus favorables à la cicatrisation ; il pense, dis-je, qu'en s'entourant de ces précautions, la ligature a beaucoup de chances de succès, surtout quand le renversement est ancien. L'on peut effectivement se convaincre, en lisant l'observation précédente, qu'il est probable que la guérison aurait eu lieu si la ligature, en venant à se rompre, n'avait permis à l'air et aux matières putrides de s'insinuer dans la cavité abdominale, et de déterminer une péritonite intense (1).

BIBLIOTHÈQUE.

APERÇU CLINIQUE SUR L'UTILITÉ DES ALCALINS, ET SURTOUT DES EAUX MINÉRALES DE VICHY, CONTRE CERTAINES AFFECTIONS ORGANIQUES DU COEUR; par M. le docteur V. NICOLAS, médecin-inspecteur adjoint de la source du clos des Célestins, à Vichy.

Nous sommes bien en retard pour rendre compte de cette brochure ; toutefois, le moment est opportun, pour les médecins et les malades, de savoir si les traitements qu'on fait à Vichy peuvent convenir aux maladies dont il est ici question.

M. le docteur Nicolas est fixé dans ce pays depuis quelques années; il y a pratiqué jusqu'ici son art bien plus sur les gens du pays que sur les étrangers qui ne s'y trouvent que passagèrement; conséquemment, ses observations peuvent être plus complètes, en ce double sens que ses malades peuvent être soumis à un traitement plus prolongé, et qu'il ne les perd pas de vue.

Ce jeune médecin est imbu des doctrines de M. le professeur Bouillaud, sur la nature rhumatismale d'un grand nombre d'affections du cœur. Dans l'endocardite surtout, où cette cause est plus manifeste, il se forme sous cette influence, malgré un traitement antiphlogistique actif, et, à plus forte raison, si celui-ci n'a pas été mis en pratique, des exsudations albumineuses et fibrineuses. MM. Legroux et Bouillaud avaient émis l'espérance que des *antiplastiques* ou *dissolvans*, unis aux antiphlogistiques, seraient alors d'un utile secours. C'est pour remplir ce but que M. Nicolas a pensé à l'emploi du *bicarbonate de soude*, que sa position particulière lui permettait d'employer avec facilité. Le bon effet de certains alcalins, comme le nitrate de potasse, les préparations ammoniacales dans le traitement de ces maladies, pouvait l'encourager.

L'auteur cite d'abord trois observations dans lesquelles il a employé avec succès, conjointement avec les saignées, des potions où entraient l'*acétate d'ammoniaque* et l'*ammoniaque liquide*, dans des cas d'endocardite aiguë, et une quatrième observation où les mêmes moyens et l'eau de Vichy avaient procuré la guérison chez un homme de 43 ans, sur lequel il avait cru reconnaître l'existence de concrétions sanguines dans les cavités du cœur. Deux autres observations sont relatives à l'emploi avantageux de l'eau de Vichy pour des endocardites arrivées à la période de déclin.

La même théorie a porté M. Nicolas à faire usage de l'eau de Vichy pour des pneumonies et des pleurésies, comme pour le rhumatisme, dès que la phlegmasie offre un grand amendement, sans pourtant être éteinte, et il cite encore trois observations où le résultat a secondé son attente.

Viennent ensuite vingt et une observations relatives à des endocardites chroniques, et établissant d'une manière concluante, toujours d'après l'auteur, l'efficacité absolue des boissons alcalines en pareil cas.

Quelques affections du cœur sont incompatibles avec le traitement thermal, telles que les névroses, l'hypertrophie qui coïncide avec la phthisie pulmonaire, l'anévrisme proprement dit, la cardite chronique, les transformations calcaires, osseuses, cartilagineuses des valvules, les diverses dégénérations. Trois observations, dont deux où la mort a été accélérée par l'usage des eaux, viennent montrer avec quel soin il faut chercher à discerner les indications.

Dans un chapitre intitulé : *accord des faits avec les dogmes*, le docteur Nicolas cherche à se rendre compte des effets de l'eau de Vichy dans les maladies. Il établit, dans une exposition scientifique, que tout fait thérapeutique est le résultat des relations de l'organe malade avec l'agent curatif ; qu'à la suite des inflammations, les vaisseaux capillaires sont frappés d'atonie, sont dilatés, restent engorgés par le sang; que ce sang s'est coagulé, extravasé, qu'il s'est combiné avec les tissus ambians, que le rétablissement de l'état normal est difficile, souvent impossible par les seules forces de l'organisme; que, pour ce rétablissement, l'eau de Vichy, par ses qualités excitantes, alcalisantes, est un moyen d'une grande puissance, en ce sens que cette eau pénètre tous nos organes et va porter son action bienfaisante dans tous les tissus engorgés, affaiblis, et qu'enfin, agissant sur la fibrine et l'albumine concrétée, elle en rend l'absorption possible. L'auteur termine en formulant avec précision son traitement et les cas dans lesquels il convient.

Il y aurait bien sans doute à redire sur le diagnostic établi dans quelques-unes des observations rapportées par l'auteur. Les cliniciens ne nous paraissent pas en général aussi sûrs que lui, quand il s'agit de déclarer qu'il existe une endocardite ou des caillots dans le cœur. Mais nous ne nous arrêterons pas sur ces détails; il nous suffit de constater que l'auteur vient, dans ce travail, d'appeler l'attention des praticiens sur des maladies pour lesquelles le traitement par les alcalins et l'eau de Vichy pourrait être applicable, et qu'il l'a fait avec science et talent. Il faut actuellement que des observations nouvelles, plus complètes, plus nombreuses, viennent confirmer ces premiers résultats.

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DE LA SARTHE (année 1851). Brochure grand in-8° de 64 pages. Le Mans, imprimerie de Julien, Lanier et Comp., libraires-éditeurs. 1852.

Nous voyons avec une vive satisfaction que les Sociétés de médecine des départemens commencent à mieux comprendre, de jour en jour, le rôle utile qu'elles sont appelées à remplir. Chaque année, le nombre augmente de celles qui publient le résumé de leurs travaux, et nous avons aujourd'hui à féliciter la Société de médecine de la Sarthe d'avoir marqué honorablement sa place parmi les Sociétés savantes par la publication du fascicule que nous avons sous les yeux. Ce fascicule est précédé d'une introduction dans laquelle un membre du comité de rédaction, M. le docteur Bachelier, a exposé les motifs qui ont décidé la Société de la Sarthe à la création d'un bulletin annuel de ses travaux. Nous voudrions pouvoir insérer cette introduction tout entière, pour stimuler le zèle de quelques Sociétés retardataires. « Chaque année, dit M. Bachelier, une certain nombre de faits dignes d'attention sont communiqués à la Société; ces faits, tout intéressans qu'ils sont, ne servent point à l'avancement de la science, vu qu'ils sont inconnus. La Société a pensé qu'en les livrant à la publicité, il serait possible de les rapprocher de faits semblables recueillis par d'autres observateurs, qu'ils acquerraient ainsi plus d'importance et pourraient donner lieu à des conséquences graves et utiles... La Société de médecine de la Sarthe ne se dissimule pas qu'en publiant le résultat de ses observations et de ses recherches, assez souvent elle n'apprendra rien de saillant, elle n'exprimera rien d'original. Elle n'en est pas moins convaincue qu'il est encore des aperçus nouveaux en thérapeutique, que cette science n'a pas dit son dernier mot dans toutes les maladies et l'on ne peut disconvenir qu'il existe des moyens de traitement qui guérissent ou soulagent plus promptement et plus sûrement que d'autres. Pourquoi ces heureuses circonstances ne se rencontreraient-elles pas dans la pratique de ses membres? Au surplus, ce n'est pas seulement en instituant de nouvelles méthodes de traitement qu'on est utile à l'humanité, mais encore en mettant en garde contre certains procédés aventureux qui n'ont point pour eux la sanction de l'expérience judicieuse, en publiant les mécomptes que donnent certains agens thérapeutiques adoptés d'une manière trop absolue, etc. »

M. Bachelier est trop modeste : non seulement les Sociétés des départemens peuvent servir à contrôler, à vérifier les méthodes thérapeutiques nouvelles, à fixer la valeur réelle de celles qui se disputent la faveur publique; mais elles peuvent, de temps en temps, empêcher la perte de quelque découverte importante, de quelque fait rare et précieux qui, faute d'un organe de publicité, seraient à jamais tombés dans l'oubli. Que nos confrères des départemens en soient persuadés : en médecine, il n'est pas toujours besoin d'un vaste théâtre pour faire des découvertes ; partout où il y a des malades et des êtres souffrans, partout où le médecin peut intervenir avec ses ressources, même habituelles, il y a pour l'homme instruit et sagace, pour l'esprit judicieux, pour le vrai médecin enfin, une abondante moisson de faits utiles et nouveaux à recueillir.

M. le docteur Vallée, dans une courte note intitulée : *Sur une tendance dangereuse de la médecine du jour*, appelle l'attention de ses confrères sur les conséquences funestes de ce qu'il appelle le *médicamentisme*, c'est-à-dire de cet entraînement vers la recherche des médicamens spécifiques, ou vers l'empirisme ; il en voit l'origine dans l'oubli des indications que l'école de Broussais a ruinées, en quelque sorte, en les réduisant à une seule, *combattre, diminuer, détruire l'irritation*. « L'administration des spécifiques mêmes, dit M. Vallée, ne saurait éluder tout contrôle. Dans une affection syphilitique , dans une fièvre intermittente , quel est le praticien qui ne s'est pas arrêté en présence d'une contre-indication qui le forçait d'ajourner ou même d'abandonner l'emploi des mercuriaux, de l'iode, de la quinine ; à plus forte raison, dans les maladies dont la nature est moins problématique, dans les phlegmasies, dans les fièvres continues à direction franche, dans les névralgies même, est-on obligé de rechercher les indications et les contre-indica-

(1) *Presse médicale* du 13 avril 1852.

tions avant d'instituer un traitement. Eh bien! c'est ce qui tend à faire oublier le médicamentisme en substituant à l'étude des élémens pathologiques sur lesquels reposent les indications, l'action occulte de tel ou tel remède, appuyée sur un petit nombre de faits légèrement ou partiellement observés.»

Cette tendance est poussée chez certains esprits, ajoute M. Vallée, jusqu'au point de ruiner de fond en comble la dynamique pharmacologique et de brouiller toutes les données de l'expérience sur les propriétés des médicamens, sur l'action de certains agens thérapeutiques. Ainsi l'on a vu préconiser le stramonium dans les hallucinations, la belladonne dans l'incontinence d'urine, les purgatifs salins dans la dyssenterie, l'iode pour rétablir l'embonpoint, le vésicatoire comme topique dans l'érysipèle, les lotions froides dans la scarlatine et dans les autres fièvres éruptives, le bain chaud dans les hémorrhagies utérines... et cent autres excentricités qui feraient renoncer à la médecine rationnelle, si elles n'étaient démenties par l'expérience. » M. Vallée a raison : il est fâcheux que les indications ne soient pas mieux appréciées et mieux suivies; mais est-il bien facile de saisir et d'apprécier les indications? Ces indications existent-elles même dans tous les cas? De sorte qu'au risque d'encourir le reproche d'excentricité de la part de M. Vallée, je me permettrai de réclamer en faveur de quelques-uns de ces moyens empiriques stigmatisés par M. Vallée et qui me paraissent susceptibles de rendre de grands services dans la pratique. M. Vallée connaît-il d'ailleurs le moyen d'augmenter les moyens de guérison si rares, si faibles que possède la médecine, si ce n'est de se livrer à des expérimentations, et ces expérimentations, que sont-elles à leur début, si ce n'est de l'empirisme ?...

Quelques réflexions sur l'âge auquel il convient d'opérer le bec-de-lièvre congénital, par M. le docteur Guiet, destinées à montrer le grand avantage de faire disparaître le bec-de-lièvre le plus promptement possible et suivies d'une observation de bec-de-lièvre double congénital, compliqué de la division du palais dans toute son étendue, opérée avec succès dans les premiers jours de la vie; —*plusieurs observations d'affections pseudo-membraneuses de la gorge*, par le docteur J. Lebègue, destinées à éclairer la marche et le traitement de ces affections pseudo-membraneuses de la gorge; — un curieux exemple de *charbon interne* ou de *fièvre charbonneuse* survenu en dehors de tout fait appréciable de contagion, par M. Lejeune; — une très intéressante observation de *morve aiguë antée sur un farcin chronique et suivie de mort*, par M. Guiet; — un fait d'*empoisonnement par l'acétate de morphine* à une dose énorme (3 grammes), suivi de guérison, par M. Fisson; — un cas curieux d'*oblitération spontanée de la cavité de l'intestin grêle par un peloton d'ascarides lombricoïdes chez un enfant de deux ans*, par M. le docteur Perrin; — une observation de *plaie du pharinx*, produite par un coup de corne de taureau, chez un jeune pâtre qui se rétablit parfaitement, par M. Longchamp; — la relation d'une *affection des centres nerveux* et d'une *amaurose congestive*, par M. Longchamp; — celle d'une *éclampsie puerpérale*, un nouveau fait de *hernie crurale réduite au moyen du chloroforme*, par M. Tanchot; — une observation de *colique épatique*, par M. Bachelier, observation remarquable au point de vue thérapeutique par les résultats avantageux qu'il a obtenus de l'emploi du castorhum et du remède de Durande; — une observation d'*extraction d'une épingle introduite par le canal de l'urètre*, suivie de quelques remarques sur la tendance des corps étrangers tombés dans ce conduit, à se porter vers la vessie; — quelques remarques sur le *cathétérisme chez les femmes*, par M. Fisson, qui donne le conseil, pour pratiquer ce cathétérisme sans tâtonnemens, de placer, dans l'entrée même du vagin, le doigt indicateur de la main gauche, la face palmaire tournée en avant, et de glisser sur ce doigt la sonde prise de la main droite comme une plume à écrire (cette pratique est facile chez les femmes jeunes, comme chez celles qui sont avancées en âge; mais il faut se rappeler que chez les premières, le méat urinaire est situé plus haut, et que, chez les autres comme chez les femmes dans un état de grossesse avancé, il est plus rapproché du vagin). — Tels sont les travaux qui composent ce fascicule, travaux sérieux, intéressans pour la plupart, et qui nous font désirer vivement que la société médicale de la Sarthe continue à l'avenir cette utile publication.

D[r] Aran.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Mars 1852.

Des convulsions survenues pendant le travail d'un accouchement à terme; quelles sont les indications à remplir et les moyens à employer; par MM. Henri Duclos et Jules Bouteiller, fils, docteur en médecine, à Rouen.

Après avoir indiqué qu'ils parleront des *convulsions* pendant le travail, sans employer un autre terme; parce que les subdivisions admises pour ce genre d'accident sont presque toujours fausses quant à la symptomatologie : fausses quant à l'étiologie, et quelles ne mènent à rien pour le traitement, les auteurs de ce travail abordent l'étude des causes des convulsions, pendant le travail de l'accouchement. De ces causes, les unes peuvent être préexistantes à cette époque, ou même exister hors l'état de gestation, et, dans ce cas, le travail vient les mettre en jeu : il est alors la cause occasionnelle; tandis que, dans les autres circonstances de la vie, ce peut être, par exemple, une émotion, une action traumatique, etc.... Parmi ces causes, on peut citer le tempérament nerveux, qui est une cause prédisposante très certaine, une disposition particulière du système nerveux, acquise par suite d'un état pathologique du sang, telle que l'albuminurie, et peut-être la pléthore; peut-être aussi l'hydrémie portée à un certain degré. Une certaine disposition du système nerveux, acquise à l'instant du travail, par exemple une émotion vive subite, jette le système nerveux dans un état de perturbation notable, et le travail de l'accouchement aidant, il peut en résulter des convulsions. Enfin une tumeur du crâne ou de la dure-mère, une affection organique du cerveau, des causes variées de diverse nature deviennent des causes prédisposantes, et le travail est la cause occasionnelle. De ces causes, les unes agissent directement sur le système nerveux, ainsi l'albuminurie, la circulation d'un poison dans la masse du sang, une émotion morale vive; les autres agissent indirectement, et parmi celles-ci les douleurs du travail sont la principale. On peut y ajouter les sensations vives venant par l'intermédiaire de l'un des cinq sens ou des nerfs de la sensibilité organique, une odeur pénétrante, une douleur vive de la peau, la distension de la vessie, etc... Ces convulsions, qui proviennent de cause indirecte, ne sont que des mouvemens réflexes, désordonnés et très violens; elles sont déterminées par une sensation partant d'un organe, pour arriver au centre nerveux qu'elle trouble. La manifestation du désordre se fait par des mouvemens convulsifs; mais en même temps l'intelligence et la sensibilité sont perverties à un degré plus ou moins élevé.

Relativement à la symptomatologie, les auteurs conservent la division de l'attaque en trois périodes, plus ou moins dessinées, mais existant réellement, celle des contractions toniques, celle des contractions cloniques, la troisième enfin, celle du relâchement, de prostration; non pas que, dans une attaque de convulsion générale, on puisse distinguer, au même instant, sur l'ensemble des muscles, la période tonique, puis, à un instant donné, la période clonique, cessant tout à coup dans tous les muscles, pour faire place à la période de résolution, mais parce que sur chaque muscle ou chaque groupe de muscles, on peut très bien apprécier la vérité de cette distinction. Vient ensuite une description de la maladie, description générale, destinée à montrer le peu de fondement des formes, des espèces admises par les auteurs, telles que les convulsions hystériformes, épileptiformes, cataleptiformes, etc.....

Après avoir rectifié quelques opinions erronées, relatives au pronostic, telles que celle-ci : que les jours de la femme sont plus compromis, quand elle est grosse d'un enfant mort et corrompu, les auteurs de ce mémoire examinent avec grand détail le traitement des convulsions, suivant la cause qui y a donné lieu. Les effets des causes directes, disent-ils, ne seraient souvent pas aussi violens, l'action des causes prédisposantes seraient nulles si les causes du troisième ordre n'existaient pas. De là, le précepte d'atteindre celles-ci, d'autant plus que ce sont, en général, les seules que l'on puisse faire disparaître; de là l'indication formelle de terminer le plus tôt possible, le travail de l'accouchement, principale cause par action réflexe. Si le travail est commencé, l'accouchement est toujours praticable, mais faut-il toujours le pratiquer? MM. Duclos et Bouteiller répondent par la négative. La première condition est, en effet, que la délivrance soit facile, et c'est là ce que la plupart des les partisans de l'accouchement immédiat n'ont pas examiné, à proprement parler. L'indication de terminer l'accouchement, fournie par un certain ordre de causes, ne l'est pas d'ailleurs par toutes au même degré. Si les convulsions sont légères, si la présentation, la position, la conformation de la femme sont convenables, si la connaissance revient entre les accès, qui d'ailleurs sont peu fréquens; si la marche des contractions utérines n'est pas interrompue, surtout si cette marche est accélérée, il faut attendre; sinon on a à remplir les indications fournies par les causes agissant par action réflexe.

Contre ces dernières causes, quelles qu'elles soient, l'indication bien formelle et presque partout la même, consiste, pour celles qui ont rapport à l'appareil génital, à terminer l'accouchement; cependant, il est des cas où les manœuvres nécessaires à la terminaison du travail seraient plus graves que l'expectative. Dans le cas de sensibilité excessive de l'utérus sans cause appréciable, si l'engagement de la tête est assez avancé pour permettre d'espérer que l'accouchement va bientôt se terminer, le plus prudent est d'attendre; si, au contraire, le col est peu dilaté, on se trouve bien de quelques lavemens laudanisés et de une ou deux petites saignées. Si le laudanum et la saignée ne réussissent pas, la version est une dernière ressource. Dans le cas de sensibilité de l'utérus, exaltée par la longueur du travail, après s'être assuré qu'il y a une dilatation suffisante pour permettre, si cela devient nécessaire, l'application du forceps ou la version, on donne le seigle ergoté, avec l'intention bien arrêtée, si, une demi-heure après, l'accouchement n'est pas terminé, d'extraire l'enfant avec la main ou le forceps; si le travail n'est pas assez avancé, on est réduit à combattre les causes prédisposantes, l'état général.

Quand la longueur du travail, déterminant des convulsions, tient à la mauvaise conformation du bassin, on comprend que les règles à suivre varient, suivant la cause et le degré de rétrécissement; de même pour la résistance provenant d'une dégénérescence, ou d'une rigidité du col utérin, d'un rétrécissement du vagin ou de la vulve, de la présence d'un calcul vésical, il faut encore se conduire d'après la nature du rétrécissement. Si la longueur du travail, et partant les convulsions tiennent à une dureté insolite des membranes, il faut les rompre, soit avec le doigt, soit avec les instrumens. Si la cause des convulsions est la mauvaise présentation, ou une mauvaise condition, les convulsions sont une raison de plus pour exécuter rapidement les préceptes de l'art des accouchemens. Si la distension de l'utérus est due à la présence d'une grande abondance d'eau, on rompra la poche des eaux, on soulèvera légèrement le fœtus, pour en faciliter l'écoulement. Si par ce moyen les convulsions ne cessaient pas, si elles étaient trop violentes et que, de plus, le travail ne fît aucun progrès rapide, on se reporterait aux préceptes précédens. En effet, la rupture de la poche des eaux compromettrait peut-être la vie de l'enfant par suite de la compression exercée sur lui par l'organe utérin.

Si la sensibilité de l'utérus est due à sa distension, causée par la présence de deux enfans; si cette distension diminue en même temps que la contractilité utérine, il est impossible de prescrire la version comme règle générale, quand même le col serait très ouvert, parce qu'on ne sait pas assez ce qu'on fait dans cette circonstance. Le forceps est indiqué dans quelques cas particuliers, lorsque, par exemple, le premier enfant se présentant par la tête, aura franchi le détroit supérieur. Pour hâter l'accouchement, le praticien se trouvera bien des onctions belladonées sur le col, et, pour diminuer un peu la distension, de rompre les membranes. La dilatation lente du col à l'aide des doigts serait peut-être de nature à réveiller des convulsions, à les rendre plus fréquentes. Quant au seigle ergoté, il ne doit être donné qu'à la fin du travail et lorsque les organes sont bien préparés. Quand la sensibilité de l'utérus est exaltée, que la contractilité de cet organe est diminuée par la présence simultanée d'un enfant et d'une tumeur, cela rentre dans les règles établies pour les cas de rétrécissement du bassin.

Si le col utérin a une sensibilité excessive, même conduite que dans le cas de sensibilité exagérée de l'utérus. Si le fœtus est trop volumineux, si le col utérin reste dilaté, sans que l'accouchement puisse avancer, s'il en résulte des convulsions, on doit appliquer le forceps. Si la femme tombe en convulsions après la rupture de l'utérus, c'est à cette rupture qu'il faut porter remède, les règles d'obstétrique à cet égard sont très précises et bien connues.

Si, après que le col est franchi, de vives douleurs des parties génitales externes, dues à leur distension ou à leur sensibilité excessive, sont des causes de convulsion, on y remédiera par l'application du forceps. Si les manœuvres exercées sur l'utérus pendant l'accouchement déterminent des convulsions, si ces manœuvres sont indiquées par une circonstance très impérieuse, qui exige l'accélération de l'accouchement, il faut les continuer et exécuter rapidement; dans le cas contraire, on doit les suspendre. Enfin, quand les convulsions tiennent à la distension de la vessie, ou à celle du rectum, le précepte s'ensuit naturellement, on vide la vessie après avoir soulevé la tête, pour passer la sonde; on donne un lavement purgatif pour débarrasser l'intestin. Une émotion morale vive déterminant des convulsions très violentes et répétées, exige que l'on hâte l'accouchement. Quant aux hémorrhagies, cet accident présente des indications formelles plus précises que celles que réclament les convulsions, et pour lesquelles les auteurs renvoient aux traités d'obstétrique.

Arrivant au traitement général ou médical, traitement des causes prédisposantes, les auteurs examinent d'abord la valeur des saignées générales et locales, qu'ils considèrent comme généralement utiles (une, deux, même trois saignées du bras) à la condition de tenir compte de l'état général. Les dérivatifs intestinaux sont également utiles, mais moins à titre de dérivatifs que parce qu'ils ont l'avantage de débarrasser l'intestin des matières qui pourraient gêner le travail ou les manœuvres de l'accouchement. MM. Duclos et Bouteiller repoussent les révulsifs cutanés, comme irrationnels en toute hypothèse, ainsi que les vomitifs et les mercuriaux. Les antispasmodiques peuvent être employés en fomentations, en lavement ou bien en inspirations. L'opium et les narcotiques ne sont nullement indiqués. Quant aux anesthésiques, recommandés dans ces derniers temps, les deux auteurs les repoussent, sans toutefois les avoir essayés, dans la crainte, assez mal fondée à notre avis, que leur administration puisse être mortelle. Les bains, avec ou sans affusion froide, leur paraissent, en revanche, un très bon moyen. Enfin, pendant l'accès, il faut maintenir la malade et empêcher que, par un mouvement des mâchoires, elle ne se blesse violemment la langue; empêcher aussi qu'elle ne se frappe contre les corps voisins. C'est dès le début du premier accès que la langue doit être retenue dans la bouche par les soins de l'un des assistans, tandis que le médecin s'efforcera de placer entre les dents un corps qui ne puisse être avalé, et qui prévienne toute morsure.

Mémoire sur les modifications du bruit respiratoire dans la pleurésie, la marche de l'inflammation de la plèvre et sa terminaison par syncope mortelle; par G. Thibierge, interne des hôpitaux.

L'auteur a résumé son mémoire dans les proportions suivantes :

1° Lorsque les signes positifs d'un épanchement pleurétique assez abondant existent, le souffle et la bronophonie sont perçus;

2° Lorsque la pleurésie n'est accompagnée que de fausses membranes, le murmure vésiculaire est diminué et peut même être supprimé; mais on n'entend jamais de souffle bronchique;

3° Dans la majorité des cas, l'épanchement, dans la pleurésie aiguë, continue à progresser ou tout au moins demeure stationnaire tant que les symptômes généraux persistent; les symptômes généraux eux-mêmes sont favorablement modifiés par les antiphlogistiques, mais ils parcourent toujours une certaine période, en dépit de la thérapeutique employée.

4° La gêne extrême apportée dans la respiration par un épanchement pleurétique et par les pseudo-membranes qui recouvrent la plèvre peut déterminer une syncope mortelle.

Sur un cas de néphrite calculeuse, compliqué d'accidens abortifs, et suivie d'expertise médico-légale; par le docteur Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Le titre de cette observation n'en représente l'intérêt que d'une manière très imparfaite; il s'agit, en effet, d'un calcul volumineux du rein gauche, suivi d'une fonte purulente de cet organe, de la communication du foyer avec la cavité abdominale et avec l'intestin grêle. Le rein gauche, quintuplé de volume, etait réduit à une simple coque, mince et semi-cartilagineuse, renfermant un pus roussâtre, et à son centre un calcul noirâtre à sa surface, très branchu et presque du volume d'un œuf de poule, communiquant d'une part avec une collection de pus au milieu de laquelle il nageait, et d'autre part par trois ou quatre ouvertures avec la fin de l'intestin grêle, qui était parsemé de nombreuses ulcérations. Ces accidens étant survenus chez une fille de 21 ans, enceinte de quatre mois et demi, et véhémentement soupçonnée d'avoir voulu se faire avorter; l'avortement ayant même eu lieu, à la suite de vomissemens répétés, et bien que les accidens se fussent localisés vers les reins, ainsi que le démontrait la coloration noirâtre de l'urine, leur aspect trouble et boueux, et l'apparition d'une tumeur piriforme dans le flanc gauche, tumeur qui diminua tout d'un coup, par suite d'une diarrhée purulente; la malade ayant succombé quelques mois après à un dépérissement graduel, l'autopsie fut demandée par le ministère public et révéla les altérations signalées plus haut. D'après la mère de la malade, des phénomènes aussi intenses et aussi prolongés avaient été éprouvés par elle une première fois à l'âge de cinq ans, une seconde fois à celui de treize.

CONCOURS. — Le concours pour quatre places de médecins du bureau central suit son cours sans aucune de ces péripéties qui ont marqué le concours de chirurgie. Les premières épreuves, ou épreuves d'éliminations, sont terminées. Ont été admis à prendre part aux épreuves ultérieures les candidats dont les noms suivent : MM. Bernard, Boucher de la Ville-Jossy, Chapotin de St-Laurent, Delpech, Durand-Fardel, Guibout, Hillairet, Lallier, Lasègue, Matice, Richard, Sée.

Le sujet de composition écrite a été le suivant : *Des sources des indications thérapeutiques dans les maladies.*

Les épreuves du concours pour les deux places de chirurgiens du bureau central ont été reprises samedi dernier, et tout fait espérer qu'il suivra maintenant son cours sans encombre.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et C[ie], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 51. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 29 Avril 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.

6 Mois.......... 17

3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 AVRIL 1852.

SUR LA SÉANCE DES ACADÉMIES.

L'Académie de médecine n'a eu à s'occuper d'aucune de ces questions qui soulèvent de grandes discussions. Le compte-rendu ne nous fournit aucun sujet de réflexions. Nous nous bornons à signaler une communication de M. Landouzy, de Reims, sur un cas de pellagre, et une observation curieuse de M. Marchal (de Calvi) d'un double urètre, qui, exposé à la contamination blennorrhagique, l'a doublement subie, mais avec des chances très inégales dans le traitement.

A l'Académie des sciences, la séance a été presque exclusivement employée à l'élection très laborieuse d'un membre dans la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de M. de Savigny, décédé. Les deux opinions qui depuis longtemps sont en présence, l'une qui veut conserver à la section de zoologie le caractère qu'elle a eu jusqu'à présent, l'autre qui voudrait, sinon la transformer, du moins lui infuser un élément nouveau, l'élément physiologie, ces deux opinions ont employé toutes leurs ressources et ont vaillamment combattu, car il a fallu trois scrutins pour décider la victoire. La nomination de M. Quatrefages a donné gain de cause aux partisans du *statu quo* académique. Heureusement que le savant élu peut tenir sa place dans les deux camps. M. Quatrefages est un esprit trop distingué pour ne pas admettre que la zoologie a aujourd'hui d'autres exigences qu'il y a cinquante ans, pour ne pas voir que l'on a assez compté, classé, divisé, et sous-divisé le règne animal, et qu'il est temps peut-être de voir s'il n'y a pas autre chose à faire en zoologie que des nomenclatures. Les vingt-quatre voix obtenues par M. C. Bernard, l'habile et ingénieux physiologiste, prouvent que l'idée de faire une place plus large aux études véritablement biologiques, gagne du terrain à l'Académie des sciences, qui voudrait bien, et elle a bien raison, par une porte ou par une autre, faire entrer M. Bernard dans sa docte enceinte.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LA DIPHTÉRITE LARYNGO-BRONCHIQUE, OU CROUP CHEZ L'ADULTE; par M. le docteur BONNET, médecin de la Maternité et des Enfans-Trouvés, à Poitiers.

Les deux observations de croup chez l'adulte, que vient de publier récemment l'UNION MÉDICALE, m'engagent à vous communiquer les deux observations suivantes, en vous laissant le soin de les publier, si vous pensez qu'elles puissent intéresser vos lecteurs.

Le croup, chez l'enfant, n'est pas rare, du moins dans la contrée où j'exerce, et dans les villes. Il est bien plus fréquent dans un département voisin, dans la partie des Deux-Sèvres que l'on nomme la *Gatine*, contrée couverte de bois, de genêts, pays humide, où une épidémie de ce genre a enlevé l'année dernière une multitude d'enfans, et emporté quelquefois tous les membres d'une jeune famille. Mais dans toutes les contrées, il est rare chez l'adulte, bien des médecins n'en ont jamais rencontré pendant une longue pratique. Les deux faits que je publie sont les seuls que j'aie vus. Tous les deux ont été observés à l'hôpital chez des femmes, et tous les deux ressemblaient, en cela, au fait observé à la clinique de M. Bouillaud, que les deux femmes étaient enceintes, ce qui est toujours une circonstance aggravante, et m'a porté, après le résultat obtenu, et l'autopsie dans le premier cas, à profondément modifier le traitement dans le second.

OBSERVATION I. — *Grossesse de 7 mois 1/2; — croup: — mort après l'avortement; — fausses membranes à l'autopsie, trouvées dans les poumons.*

Une jeune fille de la campagne, primipare, âgée de 19 ans, enceinte de 7 mois 1/2, entra à la Maternité en mai 1842. Étant déjà enrouée, elle fut se coucher, au milieu du jour, à l'ombre d'un mur élevé, sur la terre couverte d'herbes, et s'y endormit. Le lendemain, la gorge était douloureuse et fut trouvée couverte de fausses membranes. La voix avait changé de timbre, quoiqu'elle ne fût pas celle du croup, d'un *chien qui aboie*, ou celle d'un *jeune coq*. Le traitement fut des plus actifs : deux saignées, vomissemens provoquant l'expulsion de tubes membraneux nombreux et à plusieurs reprises, cautérisations répétées; rien ne put arrêter la marche de la maladie. La malade avorta, et seize heures après elle mourut.

Autopsie. — Quarante heures après la mort, l'autopsie montra sur l'amygdale droite une plaque couenneuse de l'étendue d'un liard. Le larynx, dans tous ses points, en était recouvert. La trachée, les bronches, dans toutes les divisions où on a pu les suivre, étaient doublées de la même production, qui formait un tube continu et ramifié, sans interruption, sans rupture, et doublait à l'intérieur la membrane muqueuse. Si on eût pu la détacher sans la rompre, et l'insuffler, on aurait eu une image du poumon lui-même. Elle était flottante dans le haut de la trachée, plus adhérente en bas, mais facile à détacher; peu consistante, se laissant déchirer. C'était à peine si, au-dessous de la fausse membrane, la *membrane muqueuse était injectée*. Les poumons étaient partout engoués.

OBSERVATION II. — *Femme enceinte de huit mois; — croup; — absence de fausses membranes dans l'arrière-gorge; — aphonie; — absence de voix croupale; — guérison.*

Cette fille, âgée de 23 ans, primipare, entra à la Maternité le 18 avril 1844. Le lendemain, à ma visite, je rencontrai cette fille qui me dit qu'elle avait étouffé toute la nuit, parce que ne pouvant dormir et se tenir couchée, elle était forcée de sortir du lit; qu'elle ne dormait point depuis plusieurs nuits. Je fus frappé de l'état de sa voix, qui était aphone. Il fallait approcher l'oreille pour l'entendre. Elle me dit qu'elle avait rendu de *grandes peaux*, que la gorge lui brûlait, et elle plaçait son doigt sur le larynx.

L'arrière-gorge, explorée, m'offrit de la rougeur et une légère tuméfaction du voile du palais et des amygdales, sans trace de fausses membranes. Le larynx était douloureux quand on le pressait légèrement. La déglutition était pénible. La toux était fréquente et accompagnée d'une expectoration abondante, épaisse et nullement croupale. En même temps, dyspnée très grande, inspirations plus fréquentes que dans l'état sain, sans être ni aussi complètes ni aussi profondes.

La poitrine était sonore à la percussion, moins à droite qu'à gauche. A l'auscultation, on n'entendait pas le bruit vésiculaire; il était remplacé par un râle sonore grave, mêlé de râles muqueux abondans.

Le stéthoscope, placé sur le larynx, permettait de percevoir un bruit de frottement rude, désagréable; pouls fréquent, irrégulier. L'enfant est vivant.

En l'absence de la voix croupale et surtout des fausses membranes, je diagnostiquai, en présence des élèves qui suivaient la clinique, un croup douteux, et je prescrivis, en attendant, un *gargarisme avec l'alun et le sirop de mûres.*

Le soir, tous les accidens avaient augmenté et je prescrivis, malgré les appréhensions d'un avortement provoqué par les efforts, 100 *grammes d'eau, 45 grammes de sirop d'ipécacuanha, 5 centigrammes de tartre stibié*, à prendre sur le champ et en deux fois.

Ayant trouvé dans les matières expectorées des fausses membranes longues de 6 à 7 centimètres, larges de 2, comme parcheminées, roulées sur elles-mêmes, mes doutes cessèrent. Je diagnostiquai un croup. De plus, j'ordonnai un *julep* et un *large vésicatoire* sur le sternum, si, après le vomitif, la malade n'était pas mieux.

Le 20 avril, après avoir vomi plusieurs fois et rendu des fausses membranes plus minces, moins longues que les premières, la malade dormit le matin, elle mouilla deux chemises. La toux est moins fréquente, la dyspnée moins grande, elle est plus à l'aise. Aphonie, expectoration facile, abondante, épaisse. L'air fait toujours entendre un bruit de frottement rugueux dans le larynx. *Bouillons.*

Le 21, dans la soirée, cette femme était plus fatiguée; elle éprouvait dans le larynx la sensation d'un corps qui la gênait, elle y portait la main. *Même potion vomitive. Le vésicatoire est placé sur le sternum.*

Elle a vomi trois fois et paraît avoir rendu quelques petits débris de fausses membranes. La toux et l'expectoration sont moins fréquentes. A la percussion, le côté droit de la poitrine est moins sonore que le gauche. L'air y pénètre moins facilement et moins profondément. Ces phénomènes à gauche sont portés moins loin. Aphonie plus grande sans toux croupale, sans fausses membranes dans le gosier. Pouls à 95 pulsations. Selle naturelle, elle a mouillé deux chemises. Les mouvemens de l'enfant sont moins forts. Son cœur bat 150 à 160 fois par minute. Le stéthoscope, placé sur le larynx, fait toujours entendre un frottement rude et pénible à l'oreille.

Le 22, il y a du mieux. Il y a toujours aphonie, mais elle souffre moins du larynx. L'air, en pénétrant, ne produit pas un bruit aussi rude. Le côté droit de la poitrine, en arrière, est plus sonore et plus perméable; le râle est plus muqueux. Toux moins fréquente, expectoration facile. Pouls à 80 pulsations. La sueur continue; *tis. jul. pect., bouillon.*

Les jours suivans, mieux. La malade accouche, trois semaines après, d'un enfant vivant.

Ces deux observations me paraissent offrir de l'intérêt à des points de vue différens. Dans la première, le dianostic ne pouvait présenter de difficulté. Cause évidente et palpable, couenne sur le voile du palais, sur les amygdales, fausses membranes expulsées, rien n'y manque. L'autopsie vint en moins de trente-six heures attester la nature de la maladie. Elle ressemble de plus, en tous points, à l'observation recueillie dans le service de M. Bouillaud; même traitement: deux saignées, vomissemens, cautérisations; même résultat: avortement et mort quelques heures après. Seulement à l'autopsie de ma malade, la membrane muqueuse bronchique était pâle et décolorée. Dans l'observation de la Charité, elle était d'une couleur foncée, lie de vin, injectée.

Dans ma deuxième observation, le diagnostic était bien plus incertain, plus difficile. Aphonie, absence de voix croupale, point de couenne dans l'arrière-gorge. Je devais rester dans le doute, jusqu'à ce que les vomissemens m'eussent démontré l'existence des *peaux* qu'avait vues la malade. Elle prouve, contrairement à l'opinion des maîtres de la science, et j'en ai vu d'autres cas chez les enfans, que le croup ne commence pas *toujours* par des fausses membranes dans l'arrière-gorge, s'étendant des amygdales et du pharynx dans le larynx; que le croup peut commencer par le larynx et les bronches et y rester confiné. Ce qui le rend plus dangereux, par la difficulté plus grande du diagnostic et le retard apporté dans le traitement. Dans ce cas, le choix du traitement fut différent. Éclairé par l'autopsie que j'avais faite deux ans auparavant, et aussi par l'insuccès des antiphlogistiques dans le croup des enfans, que je n'avais jamais vus réussir entre mes mains; frappé de la décoloration de la muqueuse, je me décidai sur-le-champ pour les vomitifs. Une seule crainte me préoccupait sans cesse, c'était de voir l'avortement survenir, sous l'influence des efforts de vomissemens. Cependant la double saignée que j'avais faite à ma première malade avait, sans nul doute, hâté ce résultat fâcheux. Car ceux qui s'occupent d'accouchement savent combien les saignées, répétées surtout, provoquent l'avortement dans les six dernières semaines de la grossesse, en dégorgeant trop rapidement le placenta, à plus forte raison quand on les emploie dans des maladies aiguës aussi graves que le croup.

Il me semble aujourd'hui démontré que les pseudo-membranes ne se forment pas sous l'influence d'une inflammation. Ce qui le prouve, c'est que la diphtérite survient quelquefois sur de simples écorchures, chez des enfans ou des personnes débiles, souvent affaiblies par des causes générales, comme le démontrent aussi les deux observations de diphtérite du gland que vous avez publiées il y a peu, et le traitement tiré des excitans et des caustiques, dans le but, précisément, de faire naître une inflammation franche et de modifier la sécrétion morbide. Dans mon observation première, l'autopsie a montré une muqueuse pâle, décolorée, chez une jeune fille vigoureuse. Dans celle de la Charité, la teinte rouge foncé de la muqueuse était pour moi, non la trace d'une inflammation, mais les suites de l'asphyxie, de la manière dont se passent les derniers instants dans le croup. La saignée ne sert tout au plus qu'à dégager momentanément le système circulatoire, pulmonaire. Le mieux qui en résulte n'est que momentané, car il faut, pour qu'il soit permanent, que l'obstacle mécanique au passage de l'air soit levé, diminue, disparaisse. J'ai donc éloigné la saignée. Le résultat a été heureux. Je ne tire seulement encore aucune conclusion d'un seul fait. Il m'encouragera, si la circonstance se retrouve, voilà tout. Mais la saignée conduisant presque inévitablement à l'avortement, à cette époque de la grossesse, me semble devoir être un moyen peu rationnel.

Les vomitifs ont été les seuls moyens efficaces, et je dirai qu'ils sont les seuls rationnels que j'aie employés dans le traitement des deux malades. Cette médication agit de deux manières, l'une, purement empirique, par les efforts qu'ils provoquent; ils détachent la fausse membrane de la muqueuse et l'expulsent au dehors; l'autre, par action physiologique, en excitant et augmentant la sécrétion des muqueuses bronchique et laryngienne, propre à imbiber et à ramollir la fausse membrane, à la séparer des muqueuses et à aider, favoriser ainsi secondairement; ils en ont une autre non moins précieuse, le premier mode d'action. Ils excitent les fonctions de la peau et provoquent la diaphorèse, qui a été si remarquable et si utile à la malade de la deuxième observation.

Enfin, dans le cas où le danger serait devenu plus imminent, ou les ressources de la thérapeutique m'auraient fait défaut, je me tenais prêt à faire la trachéotomie. Cette opération me paraissait doublement indiquée; par les chances qu'elle m'offrait de sauver la mère; et en même temps pour conserver plus sûrement les jours de l'enfant, si elle devait servir à prévenir l'avortement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DÉVIATIONS DE L'URÈTRE, EN ARRIÈRE DE QUELQUES RÉTRÉCISSEMENS, SANS DIMINUTION DU CALIBRE DE CE CANAL DANS LE POINT OU ELLES EXISTENT; — AVANTAGE DES BOUGIES COUDÉES FLEXIBLES, POUR DÉPASSER CES DÉVIATIONS; par M. LEROY-D'ETIOLLES.

L'UNION MÉDICALE, dans le N° 112, p. 291, 1851, a publié l'extrait d'un mémoire adressé à l'Académie de médecine, dans lequel j'ai montré que l'excentricité de l'orifice de certains rétrécissemens de l'urètre, les déviations en zig-zag des angusties, rendent très difficile, parfois même impossible, l'introduction des sondes et bougies ordinaires; mais que les bougies tortillées ou crochues les franchissent avec facilité: je me propose aujourd'hui d'appeler l'attention sur des déviations qui existent quelquefois en arrière des rétrécissemens, sans que le calibre du canal soit diminué dans le point qu'elles occupent; déviations contre lesquelles les bougies et les sondes ordinaires viennent buter, et que franchissent les sondes flexibles coudées en forme de béquille (fig. 1) (1).

La formation des déviations que l'on observe en arrière des rétrécissemens, peut s'expliquer par l'inégalité de résistance des parois du canal que dilate l'urine retenue derrière l'obstacle, ou bien encore par le développement inégal des fibres musculaires qui, faisant des efforts répétés pour vaincre la résistance, s'hypertrophient inégalement, et donnent lieu à des faisceaux musculaires saillans, semblables à ceux qui se forment dans les vessies à colonnes.

Lorsqu'il y a hypertrophie de la prostate, et déformation du col de la vessie, la déviation peut être la conséquence du tiraillement inégal des fibres musculaires, qui, de la couche interne de la vessie, descendent dans le col, tapissent la gouttière prostatique et se prolongent, non seulement jusqu'au *vesumontanum*, mais jusqu'au bulbe.

Quoi qu'il en soit de la valeur de cette explication, la déviation de l'urètre en arrière de certains rétrécissemens, la difficulté, l'impossibilité même du cathétérisme avec les sondes et bougies ordinaires, la facilité de l'introduction des sondes et bougies coudées en forme de petit bec n'en sont pas moins choses positives. J'en ai cité des exemples dans mon *Traité des rétrécissemens et angusties de l'urètre*, publié en 1845. Parmi ceux que j'ai observés depuis, je me bornerai à citer le suivant:

N° 61. — M. M..., de Londres, âgé de 45 ans lorsque je l'ai soigné, avait contracté une douzaine de chaudepisses dans les différentes parties du monde où ses voyages l'ont conduit; il reçut la première à l'âge de 15 ans, d'une chinoise, dans la ville de Canton: après la quatrième, le jet commença à diminuer. En 1823, introduction d'une sonde métallique, suivie de l'écoulement de beaucoup de sang. Amélioration.

En 1824, nouvelle blennorrhagie, suivie de nouvelle diminution.

En 1829, traitement par Pasquier, qui fit deux cautérisations, par le procédé de Ducamp, puis après la dilatation.

En 1832, autre gonorrhée, suivie de difficulté d'uriner. Départ pour la Zélande: pendant le trajet, M. M... passa lui-même des bougies jusqu'à la vessie; il ne les augmenta pas au delà de 3 millimètres. Il continua de temps en temps cette introduction jusqu'en 1838, excepté pendant deux chaudepisses, qui durèrent quelques mois chacune.

En 1840, le docteur Tivan essaya le cathétérisme, sans pouvoir parvenir à la vessie.

En 1842, traitement par Liston, qui, après avoir inutilement essayé d'introduire des bougies, proposa des scarifications directes. M. M... refusa et réclama de nouveau les soins de M. Tivan. Après un an d'essais renouvelés de temps à autre pour passer des bougies et des sondes, ce chirurgien pratiqua la cautérisation d'avant en arrière avec la bougie armée d'Evrard Home. Il y eut diminution du jet et difficulté d'uriner plus grande.

En 1844, M. M... alla chez M. Lawrence qui, deux fois par semaine, pendant deux mois, au dire du malade, fit une tentative avec précaution, tenant la bougie appuyée contre l'obstacle, afin de le faire céder par la pression soutenue; il résista.

Dans la même année 1844, M. M... consulta M. B. Brodie, qui essaya aussi le cathétérisme, sans parvenir à la vessie. M. M... suspendit alors tout traitement.

En 1845, étant à Paris, et la difficulté d'uriner étant fort grande, M. M... appela le Dr Roberts, qui, après une tentative infructueuse de cathétérisme avec les sondes et les bougies, lui conseilla de se confier à mes soins.

Je reconnus, avec une bougie à boule de petit volume, un obstacle à 15 centimètres (6 pouces) vers le bulbe de l'urètre. Une bougie capillaire pouvait s'engager dans cet obstacle, mais elle était arrêtée à 16 1/2 centimètres, 8 lignes plus loin; je supposai l'existence d'un second rétrécissement excentrique, je fis un crochet à l'extrémité de la bougie, je la reportai dans le canal, et d'emblée elle pénétra jusqu'à la vessie au grand étonnement du malade; je la fixai à demeure, et le lendemain, une autre lui fut substituée: six heures plus tard, une troisième plus volumineuse suivit, puis une quatrième; nous en étions arrivés à cinq millimètres, lorsque des besoins fréquens d'uriner, accompagnés d'un léger mouvement fébrile, me forcèrent de suspendre la dilatation permanente. Après quelques jours de repos, je continuai le traitement par la dilatation temporaire; un léger retrait s'était opéré pendant la suspension: une bougie de quatre millimètres était admise dans le rétrécissement, mais arrivée à 15 millimètres plus loin, elle était arrêtée; je la retirai, je lui substituai une sonde crochue, de même calibre, dont le coude se trouva, par un léger mouvement de rotation, dans la direction de l'urètre dévié et de suite elle parvint dans la vessie. La dilatation fut poussée jusqu'à un volume de sept millimètres: *le passage des sondes et bougies, droites ou à grande courbure, était toujours impossible, tandis que l'introduction des sondes à béquilles, de gros calibre, continua d'être facile.* Cette anomalie produite évidemment par une déviation de l'urètre sans rétrécissement, a persisté et persiste encore; j'ai eu l'occasion, étant à Londres, en 1849, de la démontrer au docteur Kirkup, médecin et ami de M. M..., qui élevait des doutes sur la réalité du récit qui lui était fait et qui me témoigna sa surprise.

Tous les deux ans, M. M... vient à Paris passer une semaine ou deux, afin de maintenir le calibre de son urètre par l'introduction et le séjour momentané de quelques bougies et sondes coudées flexibles.

Fig. 1.

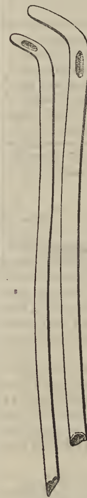
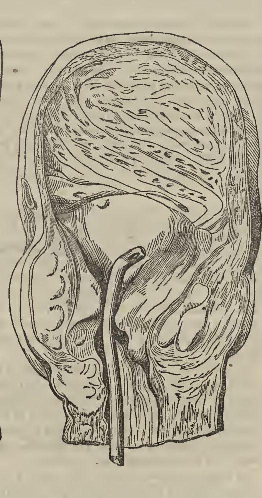


Fig. 2.



La flexibilité de la sonde coudée est une condition essentielle pour franchir ces déviations de l'urètre, de même que celles qui sont produites plus près du col de la vessie par le gonflement inégal des deux lobes de la prostate.

Cette flexibilité est plus essentielle encore dans ce dernier cas, parce qu'à l'inflexion latérale produite en avant du col, dans la région prostatique, par le développement inégal des lobes, se joint ordinairement une élévation plus grande du col lui-même, résultant de la formation d'un bourrelet transversal ou du lobe pathologique, connu sous le nom de lobe d'Evrard Home, ce qui fait que la sonde, après avoir fléchi latéralement, doit encore s'infléchir en avant en haut pour franchir cette seconde ligne d'obstacles, ainsi que j'ai cherché à le faire voir dans la fig. 2. J'ai pris le dessin de la vessie et de la prostate parmi ceux qui se trouvent dans l'ouvrage d'Evrard Home.

C'est principalement dans les déviations et les déformations de la région prostatique de l'urètre et du col de la vessie qu'apparaît toute l'utilité des sondes coudées flexibles, importante minutie, *minutia magni momenti*, qui, de même que les bougies tortillées et crochues, rend et rendra des services: son application aux déviations et déformations du col de la vessie doit être l'objet d'une étude spéciale.

(1) Ces sondes, fabriquées par M. Lasserre, se trouvent aussi chez MM. Charrière, Mathieu, et autres fabricans d'instrumens de chirurgie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Avril 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de zoologie et anatomie, en remplacement de M. de Savigny.

La section a présenté la liste des candidats suivans:

En première ligne, MM. Félix Dujardin et de Quatrefages, *ex æquo*.

En deuxième ligne, M. Charles Bonaparte.

En troisième ligne, M. Alcide d'Orbigny.

En quatrième ligne, M. Paul Gervais.

Sur la proposition d'un de ses membres, l'Académie a décidé que les noms de MM. Cl. Bernard et Longet seraient ajoutés à la liste de présentation de la section.

Les voix ont été réparties entre les candidats comme il suit:

Au premier tour, nombre des votans 58, majorité 30.

M. de Quatrefages a obtenu. .	20 voix.
M. Cl. Bernard.	18
M. Ch. Bonaparte.	8
M. Longet.	7
M. F. Dujardin.	5

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, on a procédé au deuxième tour.

Deuxième tour, même majorité.

M. de Quatrefages a obtenu. .	29 voix.
M. Bernard.	25
M. Bonaparte.	2
M. Dujardin.	1

Un scrutin de ballotage a lieu entre MM. de Quatrefages et Bernard.

M. de Quatrefages obtient. . .	31 voix.
M. Bernard.	24
Billets blancs.	3

M. de Quatrefages est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du président de la République.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Avril 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend:

1° Un rapport de M. le docteur NIEPCE, sur les eaux minérales d'Allevard (Isère).

2° Un rapport de M. Thirial, sur une épidémie d'oreillons qui a régné dans la commune des Forges (Vosges).

3° Un rapport de M. PENANT, sur une épidémie de variole qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Vervins.

4° Un mémoire de M. VALAT, d'Autun, sur un goître endémique de l'un des faubourgs de la ville d'Autun.

5° Une lettre de M. DEMOLON, relative à une nouvelle préparation de tannate d'iode.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de l'ampliation du décret du président de la République, qui approuve l'élection de M. Depaul.

M. DEPAUL, présent à la séance, est invité à prendre place parmi ses collègues.

M. LACAUCHIE lit un travail intitulé: *Études sur divers points de l'appareil génito-urinaire chez l'homme, le cheval, le bœuf, le porc et le chien.*

Les résultats de ce travail portent, pour l'homme, sur la disposition de la membrane fibreuse de la verge; sur la véritable nature des tissus érectiles, soit du corps caverneux, soit de l'urètre, soit du gland; sur l'indépendance de ces deux derniers, contrairement à l'opinion de Ruysel, sur une particularité de la conformation des artères de ces tissus; enfin sur le mode de terminaison des corps caverneux. Dans le chien, les deux tissus érectiles de la tête de la verge et l'os de cette partie ont été examinés avec soin. Les mêmes recherches faites sur le cheval, le bœuf et le porc ont conduit l'auteur à découvrir un organe très curieux sur le dernier de ces animaux, et à reconnaître que l'appareil érecto-urinaire, à partir de la vessie, forme chez ces divers animaux une échelle régulièrement graduée qui, partant de l'homme, qui en est le degré le plus simple, classe après lui le cheval, le chien, le bœuf et enfin le porc, qui nous fournit en cela, non seulement l'appareil le plus compliqué comparé aux appareils de la même nature, mais probablement encore la complication la plus grande que puissent offrir les organes d'excrétion dans l'économie animale (Comm. MM. Delafond, Cruveilhier et Royer.)

M. LANDOUZY, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Reims, communique l'observation suivante de *pellagre sporadique*.

L'intérêt qui s'attache à l'étude de la pellagre, et le très petit nombre de faits constatés en France, en dehors des contrées où cette affection règne d'une manière endémique, m'ont engagé à profiter d'un court séjour à Paris pour soumettre à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique destinée au musée Dupuytren, et recueillie à l'autopsie d'une pellagreuse que j'ai observée, il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Il s'agit d'une femme âgée de 70 ans, originaire de Sommepy, village du département de la Marne, où l'usage du maïs est complètement inconnu, et où les céréales sont de qualité ordinaire.

Cette femme, qui a habité Reims pendant quarante-sept ans, comme domestique, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, vers l'année 1842, elle commença à éprouver une céphalalgie violente, de l'insomnie, de l'anorexie, des vomissemens assez fréquens, de la constipation et des lassitudes dans les membres.

Vers la même époque, elle commença aussi à se plaindre d'avoir le dos des mains noir, quoiqu'elle prît soin de les laver plusieurs fois par jour. Cet état de la peau lui attirait de fréquens reproches de ses maîtres, qui la taxaient de malpropreté.

Le dépérissement successif de sa santé la forçant de renoncer à servir, elle retourna, au mois d'avril de l'année dernière, à son pays, où tous les symptômes précédens augmentèrent beaucoup. Ne gagnant par son travail que cinq à six liards par jour, elle se nourrissait presque exclusivement de pain de méteil.

Les digestions devinrent de plus en plus difficiles, la bouche se couvrit d'aphtes et de muguet. La céphalalgie était presque constante, le sommeil nul et presque toujours remplacé par une agitation extrême, des illusions, des hallucinations, etc.

Les mains et les extrémités inférieures se paralysèrent complètement et, enfin, privée de tous soins et de toutes ressources, elle entra, le 4 juillet dernier, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, où elle fut examinée avec beaucoup d'intérêt par la plupart des médecins de Reims.

Dès ma première visite, à la vue de cet érythème terreux, borné au dos des mains, terminé nettement au poignet, et coïncidant avec la démence, avec un trouble profond des fonctions digestives, avec la pa-

ralysie des membres, etc., je nommai la pellagre, quoique je ne l'eusse jamais observée.

Ces symptômes étaient tellement caractéristiques, que M. le docteur Bienfait, qui assistait à ma visite le lendemain, et qui ignorait complètement mon opinion, diagnostiqua l'affection, surtout d'après l'analogie de cette ichthyose dorsale des mains avec un cas semblable qu'il avait observé, il y a quelques années, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert.

Après quelques bains, il se fit une exfoliation épidermique assez considérable sur le dos de la main. Sous les squames, la peau était rosée et luisante. Cette exfoliation continua ensuite lentement, excepté au niveau des articulations des phalanges et des doigts, où les squames restèrent très épaisses, comme cornées, et où on les voit encore parfaitement aujourd'hui, quoique, depuis l'autopsie, la macération dans l'eau et dans l'alcool en ait déjà détaché une assez grande partie.

Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la malade continua à être en proie à une folie triste, sans accès violens et avec des hallucinations presque constantes. Elle ne prenait et ne voulait prendre que du lait. Le marasme et la fièvre hectique allèrent en augmentant chaque jour, et elle mourut presque sans agonie.

A l'autopsie, on constata un engorgement sanguin des sinus cérébraux, un ramollissement marqué de la moelle épinière au niveau de la région lombaire, de la pneumonie hypostatique, deux ulcérations de 3 millimètres au grand cul-de-sac de l'estomac, une rougeur très foncée de la muqueuse digestive, depuis l'estomac jusqu'à l'iléon, une éruption miliaire dans l'espace des soixante premiers centimètres de l'intestin grêle, et quelques plaques gaufrées.

Cette observation, que, du reste, je me propose de publier dans tous ses détails, cette observation, si l'on en excepte l'étiologie, ne renferme, comme on le voit, que les phénomènes morbides ou nécroscopiques qu'on a toujours remarqués dans la pellagre; ainsi, même précision des désordres constatés pendant la vie, même insuffisance des lésions trouvées après la mort. Aussi, ce fait n'aurait-il rien d'intéressant, s'il eût été recueilli en Italie, en Espagne, dans l'Aude ou dans les Landes; mais il a été recueilli dans le département de la Marne, où jamais on n'a signalé un seul cas de pellagre, chez une femme qui a habité Reims pendant quarante-sept ans, chez une femme dont les parens n'ont pas quitté le village où elle est née, et c'est là, selon moi, ce qui doit exciter l'intérêt de l'Académie. Invoquera-t-on ici l'*insolation?* Mais cette fille n'y était pas plus exposée que les autres servantes des villes; le *mal de misère?* Mais elle n'est devenue misérable qu'à la fin de la maladie, et par le fait de la maladie; l'*alimentation?* Mais c'est seulement dans la dernière année qu'elle a été nourrie de pain de méteil; et, d'ailleurs, ce pain était le même que celui de la plupart des habitans du village, qui jouissent d'une bonne santé.

Ces causes, regardées comme essentielles, ne peuvent donc être invoquées ici, et ce fait, rapproché de ceux qu'on a observés depuis quelques années à Paris, me semble de nature à rendre moins exclusifs les médecins qui ont écrit sur la pellagre.

Maintenant, serait-ce que la pellagre augmente en France, comme on l'a dit depuis ces quelques faits du centre de la France? Serait-ce, au contraire, que cette affection ayant une marche très longue, des symptômes complexes, et se terminant ordinairement à une époque déjà assez avancée de la vie, on a pu la rapporter tantôt à un simple ramollissement de l'encéphale, tantôt à une simple lésion des organes digestifs? Je suis de cet avis, et je pense qu'il en sera de la pellagre comme de la morve, comme de la maladie de Bright, comme de certaines formes de syphilis, comme de certaines formes de phthisie, etc., qui ne sont devenues plus fréquentes que depuis qu'elles ont été mieux connues.

On n'oubliera pas, en effet, que, tandis qu'il y a trente ans à peine, nous regardions la pellagre comme exclusive à l'Espagne et à l'Italie, elle régnait, dans plusieurs de nos départemens, sur une étendue de plus de 700 lieues carrées, frappant au moins (je cite les chiffres de M. Roussel) moitié de la population agricole de ces contrées.

On n'oubliera pas que, dix ans plus tard, lorsqu'on croyait la pellagre exclusivement confinée dans les provinces du Midi, on en observait un cas dans l'Allier, puis bientôt cinq ou six autres à Paris.

Si donc la pellagre a pu, depuis longtemps, sans être connue, faire autant de ravages sous le type endémique, *à fortiori*, serait-il possible que, sous le type sporadique, elle restât souvent ignorée, et qu'elle fût moins rare qu'on ne le pense généralement?

Or, si quelques-unes des pellagres nostras n'ont pas presenté ces signes précis propres à lever tous les doutes, il n'en est pas de même ici; et ce fait, résumant pour ainsi dire, les caractères pathognomoniques de la pellagre (érythème terreux au dos des mains, lypémanie, paralysie progressive, dyspepsie, retour des accidens aigus à chaque printemps, etc,), m'a paru des plus propres à exciter l'attention des observateurs et à servir de type pour le diagnostic de la maladie à l'état sporadique.

Je demande à l'Académie à ne pas descendre de la tribune sans lui signaler un cas de diabète sucré terminé par la gangrène des extrémités.

Quoique ce sujet soit complètement étranger à celui dont je viens de parler, je le donne aujourd'hui, à la prière de notre savant confrère M. Marchal (de Calvi), à qui je le communiquais à l'instant pour l'ajouter à ceux qu'il possède déjà.

Ce fait est relatif à un individu âgé de 50 ans, et affecté d'un diabète sucré depuis plusieurs années. Malgré cette maladie, sa santé n'était pas cependant trop affaiblie, lorsque, sans cause extérieure, il fut pris d'une gangrène des extrémités inférieures qui l'enleva en quelques jours. Dans ce fait que j'observai, il y a un an environ, avec mes collègues MM. Hannequin et Duval, nous ne songeâmes en aucune façon à voir une relation directe de cause à effet; mais les travaux de M. Marchal établissant une coïncidence très remarquable entre le diabète et la gangrène, j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt d'ajouter un nouveau fait à ceux dont il vient d'enrichir la science.

M. Collineau lit, au nom d'une commission, un rapport officiel sur une nouvelle préparation pharmaceutique, le *tannate de zinc*, proposé par M. Barnit, pharmacien, comme astringent, et pour laquelle l'auteur demande l'approbation de l'académie.

M. le rapporteur propose de répondre au ministre que, quant à la composition chimique, l'agent proposé par M. Barnit n'offre rien de nouveau; que, quant à ses propriétés thérapeutiques, il doit, au moins pour le moment, être rangé dans la classe de ces agens nombreux et usuels dont l'académie ne se préoccupe nullement tant que l'autorité ne lui demande pas son avis; c'est-à-dire qu'elle ne lui reconnaît aucune propriété particulière spéciale.

Une courte discussion s'engage sur ces conclusions, à la suite de laquelle l'académie, sur la proposition de M. Adelon, appuyée par plusieurs membres, adopte la conclusion suivante: « La commission propose de déclarer qu'il n'y a pas lieu d'appliquer au tannate de zinc les dispositions favorables du décret du 18 août 1810, ni celles du décret du 5 mai 1850. »

M. Lecanu lit, en son nom et celui de M. Bussy, un rapport sur un mémoire de M. Burin-Dubuisson, pharmacien à Lyon, relatif à l'existence du manganèse dans le sang et à l'emploi thérapeutique de ses composés.

M. le rapporteur propose d'ordonner le dépôt aux archives du mémoire de M. Burin-Dubuisson et le renvoi au comité de publication de la partie de ce mémoire qui a pour objet la recherche du manganèse dans le sang et la détermination de la proportion de ce métal dans différentes conditions de santé et de maladie. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la délibération sur les conclusions du rapport lu dans la dernière séance, par M. Hervez de Chégoin, sur un mémoire de M. Mayer, relatif à un *nouveau traitement de la leucorrhée* (voir ces conclusions dans le compte-rendu de la dernière séance.)

M. Gibert craint qu'en adoptant les conclusions trop laudatives du rapporteur, dont il approuve d'ailleurs le rapport, l'académie ne paraisse donner une sorte d'approbation à des pratiques qui, bien qu'elles puissent être utiles dans l'occasion, offriraient cependant de grands inconvéniens si elles venaient à se généraliser. Il propose, en conséquence, de supprimer les deux dernières conclusions par lesquelles M. le rapporteur propose le renvoi du mémoire au comité de rédaction et l'inscription du nom de son auteur sur la liste des correspondans, et se borner à lui adresser une lettre de remercîmens.

M. Hervez de Chégoin insiste sur l'utilité du procédé de M. Mayer, dont il a fait même d'heureuses applications, notamment dans un cas de leucorrhées produites par l'hypertrophie des follicules de la matrice, sur lesquelles M. Huguier a appelé l'attention des praticiens.

M. Gibert déclare n'être point en dissidence à cet égard avec M. le rapporteur, dont il approuve, au contraire, la judicieuse réserve et les sages restrictions; il ne s'élève que contre ce que les conclusions du rapport ont de trop laudatif pour l'auteur du mémoire, qui n'a pas apporté autant de réserve dans ses propositions.

M. Lagneau soutient l'opinion de M. Hervez de Chégoin et ses conclusions.

M. Roux propose d'adopter les conclusions du rapporteur, sauf celle qui est relative au renvoi du mémoire au comité de publication.

La proposition de M. Gibert est mise aux voix et n'est point adoptée.

L'académie adopte la proposition de M. Roux.

M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, communique une *observation de lésion traumatique du sinus longitudinal supérieur de la dure-mère*, dont il retrace en ces termes les faits principaux:

Le 14 octobre 1806, à la bataille d'Iéna, un soldat nommé Kreps reçut deux coups de sabre sur le crâne, l'un situé à la partie supérieure du front, et l'autre au sommet de la boîte osseuse. Celui-ci fit, à environ cinq centimètres en arrière de la suture fronto-pariétale, une plaie de 7 à 8 centimètres, obliquement dirigée de droite à gauche et d'avant en arrière, répondant par son angle antérieur au pariétal droit, par le postérieur au pariétal gauche, et, par sa partie moyenne, à la suture bi-pariétale, qu'elle croisa sous un angle de 40 à 45 degrés. Evacué sur divers hôpitaux, le malade finit par guérir, après diverses phases qu'il serait trop long de rapporter; les plaies se cicatrisèrent, sans que l'on eût extrait ni relevé une esquille volumineuse, assez fortement déprimée à l'intérieur du crâne. Pendant 40 ans Kups vécut sans éprouver d'accidens bien sérieux; mais il resta toujours exposé à de fréquentes céphalalgies, qui se manifestèrent surtout à l'époque des chaleurs. Il ne put jamais se livrer à aucuns mouvemens violens, sans éprouver aussitôt un court et rapide éblouissement, accompagné de bourdonnement dans les oreilles.

En 1846, ce militaire, admis depuis longtemps aux Invalides, tomba dans une carrière, se fractura une côte et une cuisse, et se fit au menton une plaie assez étendue; traité avec vigueur pour ces différentes lésions, il résista pendant quelque temps aux accidens qui en étaient la suite; et, quoiqu'il fût âgé de 75 ans, la fracture du fémur marchait à une consolidation prochaine, lorsqu'un érysipèle, dû à une cause inconnue régnant alors dans nos salles, s'empara des membres supérieurs, du cou et de la tête, pendant qu'une pleuro-pneumonie, causée par la fracture de la côte, se montrait rebelle aux moyens employés.

Un abcès se manifesta dans la région protidienne droite, et fournit une certaine quantité de pus. Quelques jours après, une seconde tumeur fluctuante et douloureuse au toucher se déclara au voisinage de la blessure du vertex, tandis que le malade était dans le délire. Cette tumeur, prise pour un abcès nouveau, fut ouverte avec le histouri; il n'en sortit que du sang noir. Pendant quelques jours il y eut par l'ouverture une faible hémorrhagie, qui finit par s'arrêter. Il résulta de l'exploration attentive de la partie, que le sang provenait de l'intérieur du crâne; mais je ne pouvais dire quel était le vaisseau lésé.

Un mois après sa chute, Kreps succomba aux progrès de la pleuro-pneumonie, lorsque depuis quelques jours déjà toute hémorrhagie avait cessé, et sans qu'il se fût manifesté aucun symptôme d'épanchement intra-crânien.

A l'autopsie, on trouva le sinus longitudinal supérieur de la dure-mère perforé par une épine appartenant à l'esquille que le coup de sabre reçu en 1806 avait déprimée justement sur son travers. A côté de cette épine, existait une plaie non cicatrisée du pariétat, et en dehors de celui-ci, sous les tégumens, une poche remplie encore en partie par du sang coagulé. L'épine osseuse avait perforé le sinus; le sang s'était échappé par l'ouverture avait passé par l'opercule du pariétal, et était venu former sous le derme chevelu la tumeur fluctuante, ouverte pendant la vie de Kreps comme un abcès. (Comm. MM. Gimelle, Larrey et Bégin.)

M. Marchal (de Calvi) communique à l'Académie trois observations sur *trois cas de vice de conformation de l'urètre*.

I. — Le nommé D..., âgé de 28 ans, fusilier au 19e de ligne, porte à la face supérieure du gland et près de sa couronne, un orifice qui reproduit exactement les dispositions du méat urinaire, en sorte qu'il paraît avoir deux méats urinaires, comme, au premier abord, il paraît avoir deux urètres.

Le méat urinaire, proprement dit, est à sa place ordinaire et tout à fait normal.

Le méat anormal, situé à 14 millimètres du précédent, et sur la même ligne, offre sensiblement la même longueur que lui (9 millimètres); sa commissure postérieure atteint, à moins d'un millimètre près, la couronne du gland. En écartant ses bords, on a sous les yeux la même disposition que si l'on écartait ceux du méat normal.

Quoique les deux méats soient exactement sur la même ligne, si bien qu'en les rapprochant par la pensée on les voit former une ligne absolument droite; il n'existe entre les deux aucune trace que l'on puisse considérer comme le vestige d'une ancienne séparation.

L'urètre proprement dit admet facilement une bougie n° 6, tandis que le conduit anormal ne laisse pénétrer facilement qu'une bougie n° 1.

Il existe donc un conduit anormal continuant le méat surnuméraire. Ce conduit a une longueur de 78 millimètres, et s'étend, le long de la face dorsale de la verge, entre le tégument et les corps caverneux, jusqu'au pubis.

L'orifice de l'urètre proprement dit est séparé de l'orifice anormal par l'épaisseur du gland, comme, plus loin, les deux conduits sont séparés par l'épaisseur des corps caverneux. Du reste, la verge et les testicules sont parfaitement réguliers et fonctionnent normalement.

Le sujet est né avec cette disposition, jamais il n'a rendu d'urine par le conduit anormal.

En 1849, D... fut affecté d'urétrite, et il s'aperçut, au bout de quelque temps, que l'écoulement avait lieu par les deux conduits. Il éprouvait, dans le conduit anormal, une cuisson passagère et une démangeaison, surtout quand le temps passait à la pluie. Dans la miction et dans l'érection, l'urètre était douloureux; le conduit anormal ne l'était point. On prescrivit des injections seulement dans l'urètre, et des balsamiques à l'intérieur. L'urétrite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation du conduit anormal, guérit à la faveur de ce traitement; mais non l'inflammation du conduit normal, qui, depuis cette époque, n'a cessé d'entretenir un faible écoulement, toujours avec une légère exacerbation lors des changemens de temps.

Il y a trois mois, après des rapports sexuels, l'écoulement par le méat anormal a beaucoup augmenté, sans que l'urètre proprement dit ait recommencé à fluer; et D... est entré à l'hôpital, où on l'a traité par les balsamiques à l'intérieur, qui n'on produit aucun effet. J'ai supprimé ce mode de traitement, et j'ai fait faire des injections astringentes dans le conduit anormal. L'écoulement a sensiblement diminué, mais ne s'est point tari. C'est alors que j'ai eu l'idée de remplacer les injections astringentes par des injections d'eau tiède mêlée de baume de copahu à faible dose. Il s'en est suivi la cessation complète de la blennorrhagie.

II. — Dans le second cas, l'orifice normal de l'urètre était bifide; il y avait deux méats, l'un inférieur, plus large que l'autre. Pendant longtemps le sujet a uriné par les deux ouvertures; mais insensiblement le méat supérieur, le plus petit, s'est oblitéré, ainsi que le conduit, long de deux centimètres environ, qui lui faisait suite. En d'autres termes, il y avait deux méats et deux conduits; de ces deux conduits, l'un très court (deux centimètres) et oblique, s'est graduellement oblitéré. La disposition était congéniale. Ce fait m'a paru intéressant, en ce qu'il s'ajoute à ceux en petit nombre qui prouvent que les conduits tapissés par une muqueuse sont susceptibles d'oblitération.

III. — Le troisième cas est un exemple d'hypospadias. Je ne le mentionne qu'à raison de la présence sur la paroi supérieure de l'urètre d'un orifice étroit qui conduit dans un tube long d'un centimètre et demi qui n'est évidemment qu'un long follicule. Le bout d'une fine algalie pénètre facilement dans ce tube, et l'on comprend qu'une fausse route pourrait avoir lieu en cas pareil, si le follicule était situé plus profondément dans l'urètre, en avant d'un rétrécissement.

M. Gibert présente une pièce anatomique recueillie dans ses salles de l'hôpital Saint-Louis, sur un jeune homme de 17 ans, mort le jour même de son admission, avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. La veille encore, il dînait avec ses amis; il paraît, toutefois, que depuis environ six semaines, il était sujet à des *coliques* (sans diarrhée).

L'ouverture du corps a révélé un épanchement trouble et jaunâtre dans le ventre, des fausses membranes çà et là entre les circonvolutions intestinales, une injection sanguine sans séreuse du péritoine, et comme source de tous ces désordres, une perforation évidemment ancienne du duodénum, près du pylore. La muqueuse offre un ulcère rond à bords rougeâtres, légèrement indurés, d'ailleurs lisses et arrondis, qui présente à peu près les dimensions d'une pièce de 20 centimes. La séreuse n'est perforée que par une ouverture qui pourrait recevoir une petite lentille; les bords de cette ouverture sont également lisses. Il n'y a aucune autre lésion dans l'appareil digestif.

Ce cas est surtout remarquable par le siége de la *perforation spontanée* qui, comme on sait, a surtout été rencontrée dans l'estomac.

Il est cinq heures moins un quart, la séance est levée.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

— La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1852-1853. M. Bouvier, vice-président, a été élu président en remplacement de M. Trousseau, président de l'année précédente et non rééligible. Ont été nommés: M. Requin, vice-président; M. Roger (Henri), secrétaire-général; MM. Bouchut et Léger, secrétaires particuliers; M. Labric, trésorier. On a procédé ensuite au renouvellement du *comité de publication*, qui se composera de MM. Labric, Léger, Marotte, Requin, Roger, et du *conseil d'administration* dont feront partie MM. Bricheteau, Gillette, Grisolle, Monneret et Valleix.

— M. Bernard, suppléant M. Magendie, commencera son cours au Collége de France le mercredi 5 mai, à midi, et le continuera les mercredis et vendredis, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 52. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 1er Mai 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr. ;
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur DENONVILLIERS.

(Première leçon.)

Messieurs,

En commençant ces conférences cliniques, je désire avant tout vous donner une idée sommaire de la composition du service chirurgical dont j'ai la direction à l'hôpital Saint-Louis; j'espère que cette revue rapide vous montrera que les salles de malades dont je suis chargé, peuvent fournir ample matière à des leçons cliniques qui se répéteront à des intervalles de huit jours.

Mon service chirurgical se compose de deux ordres de malades : il y a une salle de femmes et une salle d'hommes; j'ai de plus un service d'accouchemens très actif où nous pourrons également recueillir quelques matériaux que nous utiliserons.

En ce moment, la salle des femmes, composée de trente-quatre lits, présente, sur un effectif de trente-deux malades, neuf affections aiguës et vingt-trois affections chroniques. La salle des hommes, composée de quarante-cinq lits, offre, sur un effectif de quarante-cinq malades, trente affections aiguës et quinze affections chroniques. Vous êtes sans doute comme moi frappés de cette différence qui existe entre les deux sexes, relativement aux proportions respectives d'affections aiguës et chroniques; mais vous l'expliquerez sans peine en ayant égard au genre d'occupations essentiellement différent dans les deux sexes, et conséquemment à une prédisposition bien différente aussi pour les affections traumatiques,

Sur les neuf malades atteintes d'affections aiguës, il y en a deux qui présentent des plaies. L'une de ces plaies offre une série de circonstances sur lesquelles je désire fixer votre attention. Cette plaie a été occasionnée par la morsure d'un chien, elle occupe la lèvre inférieure; nous nous sommes demandé si l'animal qui avait produit cette blessure, n'était pas lui-même. malade, et les renseignemens que nous avons pris à cet égard nous ont parfaitement rassuré. Toutefois, l'élève de garde qui au moment de l'entrée de la malade, n'avait pas reçu des indications positives, a jugé prudent de cautériser la plaie avec le nitrate d'argent, puis il a cherché à obtenir une réunion immédiate, en rapprochant les lèvres de la blessure au moyen de deux épingles. Cette réunion ne s'est pas opérée, et j'ai été contraint, au sixième jour, de réappliquer une épingle; j'ai donc pratiqué une réunion immédiate secondaire après une réunion immédiate primitive. Je crois, en effet, pour ma part, que l'époque un peu éloignée n'est pas une contre-indication à la réunion, et l'événement a confirmé cette opinion; en secondant la suture par l'action d'un bandage convenablement placé, j'ai pu obtenir une cicatrisation rapide de la plaie.

La seconde plaie occupe un des doigts; elle n'offre rien de bien intéressant.

Au n° 57 de la salle Saint-Thomas se trouve couchée une femme atteinte d'un érysipèle de la face, qui s'est un peu propagé au cuir chevelu. Je profiterai de cette circonstance pour vous faire remarquer la différence qui existe entre l'érysipèle de la face et celui du cuir chevelu. Dans l'érysipèle de la face, tuméfaction, chaleur, rougeur des tégumens, mais pas de douleur à la pression; sur le cuir chevelu, tuméfaction, mais absence complète de coloration rouge; de plus, douleur très vive à la pression. Ne perdez pas de vue ces caractères; faute de les avoir présens à l'esprit, vous seriez exposés à méconnaître un érysipèle du cuir chevelu, et vous vous renfermeriez dans une fausse et dangereuse sécurité.

Au n° 68 de la même salle, nous nous sommes arrêtés devant une femme âgée qui est atteinte d'une fracture du col chirurgical de l'humérus; vous avez pu reconnaître combien les signes que présente cette fracture s'accordent peu avec les signes que vous trouvez exposés dans les meilleurs auteurs classiques. J'aurai plus tard à revenir sur ce sujet important et je me contente de le signaler ici.

Je vous ai montré trois malades affectées d'arthrite de diverses articulations; je vous signalerai spécialement la jeune femme couchée au n° 65, elle présente une arthrite du poignet survenue quelques jours après la parturition.

Parmi les affections chroniques, nous avons un certain nombre d'ulcères; quelques affections de la colonne vertébrale accompagnées d'une déformation bien apparente. Nous avons également quelques abcès froids que nous avons traités par les injections iodées.

Au n° 70 se trouve une malade qui présente une tumeur abdominale que je crois appartenir soit à l'estomac, soit au pylore, et qui est de nature organique; cette malade est dans un tel état de faiblesse, que le terme de ses souffrances est prochain et que je pourrai très probablement, à notre première réunion vous mettre sous les yeux la pièce pathologique tout entière.

Nous avons, dans le service, deux malades atteintes de kystes de l'ovaire; l'une d'elles offre, indépendamment de la tumeur ovarique, une hydropisie ascite qui a nécessité, il y a quelques jours, une ponction.

Au n° 76 est couchée une jeune fille atteinte de rétraction de la jambe sur la cuisse; j'ai pratiqué sur cette malade la section sous-cutanée du tendon du biceps, du couturier, du droit interne et du demi-membraneux; cette section nous a permis d'étendre la jambe sur la cuisse; nous avons soumis la jambe à une extension graduelle au moyen d'un appareil et nous avons obtenu une amélioration manifeste dans l'état de la malade.

Au n° 54 est une jeune malade qui portait au sourcil gauche une tumeur épidermique grosse comme une noisette, j'ai enlevé cette tumeur il y a environ trois semaines, et aujourd'hui la patiente est presque complètement guérie.

Enfin, Messieurs, au n° 7 se trouve une femme qui a une tumeur épithéliale de la lèvre inférieure. Cette malade passera sous nos yeux à la fin de cette séance, car je me propose de lui enlever cette tumeur aujourd'hui même.

La salle des hommes présente, comme je vous l'ai dit, dix affections chroniques et trente affections aiguës.

Parmi les malades atteints d'affections chroniques, je vous signalerai celui qui est couché au n° 59 de la salle St-Augustin, c'est un homme âgé de 28 ans, qui est atteint d'un abcès froid de la région inguinale du côté gauche; je présume que cet abcès est symptomatique d'une affection de l'os iliaque correspondant. Ce malade présente en outre une tuberculisation de l'épididyme du testicule droit, et l'examen de la poitrine nous a révélé des signes non douteux d'une tuberculisation des poumons.

Au n° 24 de la même salle est un homme atteint d'une tumeur blanche du genou guérie par la cautérisation transcurrente; chez lui il existe une ankylose complète de l'articulation.

Au n° 60, vous avez un malade atteint d'un lupus de la face;

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

HISTOIRE DE LA VIE ET DE LA MORT D'UNE REBOUTEUSE CÉLÈBRE.

Il y a bientôt un demi-siècle, une jeune fille de Chatillon, très délurée, très accorte et très entreprenante, au lieu de se livrer aux travaux des champs comme faisaient son père et sa mère, honnêtes et laborieux cultivateurs du pays, cherchait à gagner plus avantureusement sa vie en descendant dans les carrières si nombreuses creusées sous la plaine de Montrouge, pour vendre des noix, des pommes et la goutte aux ouvriers employés aux pénibles et périlleux travaux de ces carrières. Marie-Françoise, — c'était son nom, — devint rapidement populaire dans ce monde souterrain. Son apparition dans la carrière, où bravement elle ne craignait pas de descendre, était saluée par les acclamations les plus vives. Marie-Françoise était la providence de ces pauvres ouvriers; à son aspect, la gaîté, la plaisanterie et la galanterie sous ses formes les moins gantées, faisaient explosion, et Marie-Françoise, très forte en gueule, comme aurait dit Molière, savait tenir langue aux plus entreprenans.

Mais ce n'était pas seulement par son petit commerce et ses propos joyeux que Marie-Françoise s'était rendue chère aux carriers. Dans ces pénibles labeurs où l'ouvrier qui descend le matin dans les profondeurs de la terre n'est jamais assuré de revoir le soleil, les accidens sont extrêmement fréquens. Ils l'étaient surtout à cette époque où une administration vigilante et éclairée n'avait pas mis en vigueur les réglemens tutélaires qui ont amoindri les périls de cette profession. Foulures, luxations, fractures, contusions, écrasemens, telle était la quotidienne et lamentable histoire des carrières à cette époque. Marie-Françoise, poussée comme par une sorte d'instinct de divination, se rencontrait toujours présente à ces fréquentes catastrophes, et toujours elle se montrait empressée, secourable et charitable pour les malheureux blessés. Merveilleusement servie par une grande hardiesse et une certaine dextérité manuelle qui était chez elle un don naturel, Marie-Françoise opérait de temps à autre quelques cures qui, chez ces gens simples et facilement impressionnables, tenaient du prodige. Sa réputation grandissait dans les carrières, et pas un ouvrier blessé dans ses travaux qui ne voulût, avant tout, recourir aux soins de Marie-Françoise.

Cette réputation de dessous terre ne tarda pas à luire en plein soleil. Soit un peu par orgueil du succès, soit par calcul, Marie-Françoise cessa de fréquenter les carrières. Mais les accidens n'en allaient pas moins leur train, et les carriers, qui conservaient pour leur guérisseuse une grande vénération, allèrent vers elle puisqu'elle ne venait plus vers eux. La guérisseuse en conçut plus d'orgueil encore, ou plutôt fit un calcul plus habile. — Puisque les carriers croient que je les guéris, se dit-elle, pourquoi les autres classes de la société ne le croiraient-elles pas aussi? Dès lors un peu de mystère se mêla à ses pratiques. Je ne sais si elle se crut, mais au moins chercha-t-elle à passer pour un peu sorcière. Elle s'affubla d'un costume excentrique : robe blanche, coiffure blanche, et si bien que Marie-Françoise ne fut bientôt plus connue que sous le nom de la *Dame-Blanche*, qu'elle a conservé pendant près d'un demi-siècle.

Le calcul réussit au-delà de toute idée. Les éclopés accoururent en foule. Mais hélas! pas de succès sans revers. Le parquet s'émut de cet exercice illégal de la médecine et eut le mauvais goût de le déférer aux tribunaux. C'est une très longue histoire que celle des démêlés de la Dame-Blanche avec la justice. Plusieurs fois poursuivie et toujours condamnée, la Dame-Blanche se lassa de ces persécutions. Vous allez croire peut-être qu'elle renonça à la pratique de son art. Grande erreur serait la vôtre. Elle se mit parfaitement en règle avec les gens du roi, en prenant à son service, qui?... Je voudrais ne pas le dire, mais il le faut, ne serait-ce que comme document pour l'histoire de nos mœurs médicales: elle prit à son service un médecin qui, par sa présence à ses opérations, et au besoin par une signature au bas des ordonnances qu'elle dictait, lui servait de couverture contre les vexations de Messieurs du parquet.

C'est ainsi que les choses se sont passées pendant plus de vingt ans. Et cependant, un grand nombre de fois la Dame-Blanche a changé son médecin; mais quoique d'humeur fort quinteuse et d'un caractère très exigeant, la Dame-Blanche a constamment trouvé des hommes revêtus d'un titre légal pour s'associer à son commerce.

Commerce extrêmement lucratif. On évaluait de 50 à 60 francs par jour la moyenne de ses recettes; et les recettes elle les partageait avec le médecin. On n'a pas d'idée du nombre des malades que la Dame-Blanche recevait à Chatillon. Et ce n'étaient pas seulement des cultivateurs, des artisans qui venaient la consulter; j'ai vu maintes fois à sa porte d'élégans et somptueux équipages; plus d'un grand personnage est venu prendre ses avis ou se soumettre à sa pratique. Pratique téméraire, brutale, qui a été souvent suivie d'accidens formidables ou dont le succès, quand succès il y avait, était toujours acheté au prix des plus atroces souffrances.

Mais la vogue de la Dame-Blanche n'en subissait aucune atteinte. Jusqu'à son dernier jour les malades ont accouru en foule, et la Dame-Blanche aurait laissé une grande fortune, si ses goûts extravagans ne l'eussent emportée vers des dépenses folles. Elle est morte ces jours derniers, à l'âge de soixante-treize ans, ce qui est la fleur de l'âge pour une sorcière. La Dame-Blanche avait la manie des bijoux. Il paraît qu'on a trouvé un boisseau de bagues, des chaînes d'or de quoi entourer plusieurs fois le village, des masses de robes et de chiffons de toilette, une douzaine de pendules, et, chose fort singulière, une bibliothèque chirurgicale de quinze à seize cents volumes, que l'on dit de choix. Cependant la Dame-Blanche n'était rien moins que lettrée, et l'opinion commune est qu'elle préférait la bouteille au plus beau livre du monde. Au demeurant bonne femme pour les siens et charitable envers tous, mais d'une charité capricieuse et grossière qui diminuait le prix du bienfait.

N'est-ce pas un inexplicable phénomène psychique que cet engouement du public pour une vieille rebouteuse, à formes âpres et incultes, sentant l'alcool, virago d'une force musculaire prodigieuse qu'elle em-

ce qu'il y a de fort remarquable, c'est que chez lui il est survenu, après la guérison de cette maladie et au centre même du siége qu'elle occupait, une ulcération dont la nature nous paraît fort suspecte.

Parmi les malades atteints d'affections aiguës, il en est huit qui présentent des plaies; quatre offrent des contusions en diverses parties du corps; seize sont atteints de fractures; l'un d'eux présente une brûlure de la jambe.

Le temps ne me permet pas aujourd'hui de vous parler individuellement de tous ces malades; il en est un sur lequel je désire spécialement attirer votre attention, c'est le malade couché au numéro 33 de la salle Saint-Augustin, qui est atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius du côté droit.

Les fractures du radius ont vivement préoccupé les chirurgiens dans ces dernières années et les différens travaux qui ont été entrepris sur ce sujet ont contribué à éclaircir leur histoire.

Les fractures du radius se produisent par un mécanisme qui n'est pas toujours le même; tantôt la fracture succède à un choc direct porté sur l'avant-bras, tantôt elle est le résultat d'une chute sur la main. De là deux classes de fractures: les fractures directes et les fractures par contre-coup. Dans la première, la fracture peut siéger à toutes les hauteurs et se compliquer de lésion des parties molles; je laisserai entièrement de côté cette espèce de fracture, le malade dont j'ai à vous entretenir ayant une fracture qui rentre dans la seconde classe.

Les fractures du radius surviennent le plus souvent par le fait d'une chute; quand un individu tombe, il porte instinctivement la main en avant pour amortir les effets de la chute; tantôt la main arrive sur le sol la face palmaire tournée en bas, tantôt c'est la face dorsale; ou bien encore il peut arriver que l'avant-bras reste engagé sous le corps. Dans ce dernier cas, la fracture peut siéger à différentes hauteurs; lorsque, au contraire, la chute a lieu sur la paume ou la face dorsale de la main, la fracture occupe l'extrémité inférieure du radius à un, deux ou trois centimètres de la surface articulaire.

Voyons, Messieurs, quels sont les signes donnés par les auteurs pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius: les malades, dit-on, entendent un craquement, ils éprouvent une douleur dans un point déterminé du poignet, il survient du gonflement, une ecchymose, une déformation particulière. Les mouvemens de pronation et de supination de l'avant-bras sont plus ou moins gênés, enfin il faut y ajouter la crépitation.

Analysons rapidement la valeur de ces différens signes:

1° *Craquement.* — On ne saurait bien définir cette sensation, mais ce qu'il importe de bien savoir, c'est que les malades ne l'éprouvent pas toujours; le trouble, la crainte qui accompagnent une chute rendent suffisamment compte de l'inconstance de ce signe.

2° *Douleur locale.* — Cette douleur a son siége près de l'articulation du poignet; elle manque très rarement. Il y a un autre genre de douleur qui a une signification bien plus marquée, c'est celle qui est réveillée par le chirurgien sous l'influence d'une pression exercée avec les doigts. Pour la constater, il est nécessaire d'exercer successivement une pression sur l'extrémité du radius de haut en bas, il arrive alors un point où cette pression détermine un sentiment de vive douleur, ce point correspond à la solution de continuité du radius.

3° *Gonflement.* — Le gonflement ne se manifeste pas de prime-abord; il se développe dans les premières vingt-quatre heures qui suivent la production de la fracture; ce gonflement n'est que le résultat du travail inflammatoire qui se développe autour de l'os fracturé.

4° *Ecchymose.* — Elle est bornée au point correspondant à la fracture.

5° *Gêne des mouvemens.* — La difficulté d'accomplir des mouvemens est plus grande pour les mouvemens de pronation et de supination que pour les mouvemens de flexion et d'extension du poignet. Il vous est facile de vous rendre compte de ce fait, si vous vous rappelez que les mouvemens de pronation et de supination de l'avant-bras consistent dans un mouvement de rotation du radius autour du cubitus qui joue le rôle d'un axe.

6° *Déformation.* — J'appelle toute votre attention sur ce signe; on a comparé cette déformation à un *z* ou à un dos de fourchette. La seconde comparaison rend mieux que la première compte de cette déformation et je la préfère conséquemment. Voici en quoi consiste la déformation: la face dorsale de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras ne sont plus sur un même plan; la face dorsale du poignet semble portée en arrière et il en résulte qu'elle présente successivement une dépression, une saillie, puis une nouvelle dépression. A la face palmaire du poignet, c'est une disposition inverse, vous observez dans les points correspondans aux premiers une saillie, une dépression, puis une nouvelle saillie, de plus la main est inclinée vers le bord radial de l'avant-bras.

Vous savez que, dans l'état normal, l'apophyse styloïde du radius et celle du cubitus ne sont pas placées de niveau; la première descend de quelques millimètres plus bas que la seconde. Dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, c'est l'inverse; l'apophyse styloïde du radius a subi un mouvement d'ascension, et les deux apophyses sont au même niveau.

7° *Crépitation.* — Elle peut s'obtenir de deux manières différentes, ou bien en imprimant à la main des mouvemens de flexion et d'extension, ou bien en leur imprimant des mouvemens de latéralité.

Ces manœuvres sont souvent insuffisantes pour arriver à constater la crépitation, et je donne la préférence au procédé suivant: on saisit l'avant-bras d'une part et le petit fragment carpien du radius de l'autre, et en leur imprimant des mouvemens en sens différens.

Nous venons, Messieurs, de passer en revue la symptomatologie des fractures du radius; reportons-nous à présent à notre malade, et recherchons ce qu'il y a chez lui, dans les signes qu'il présente, de conforme à cette description.

Lorsque, pour la première fois, j'ai vu le malade, j'ai reconnu à la simple vue l'existence de la fracture du radius; ce diagnostic présente, en effet, une grande facilité.

Ce n'est pas la manière dont la chute s'est faite, qui peut mettre sur la voie, car les malades ne donnent, sous ce rapport, que des renseignemens bien incomplets. Ce n'est pas le craquement ressenti par le patient, car, la plupart du temps, il ne l'entend pas.

Est-ce l'existence de la douleur locale? Sans doute, le malade que vous avez examiné présente cette douleur; mais l'existence n'en est-pas constante. D'ailleurs, si, en général, la douleur locale constitue un excellent signe pour les fractures, et notamment pour certaines fractures, telle que la fracture du péroné, je dois vous prévenir que c'est un signe insuffisant pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Est-ce la gêne dans les mouvemens qui m'a mis sur la voie du diagnostic? Pas davantage; car j'ai reconnu la lésion avant d'avoir fait exécuter au malade le moindre mouvement. J'ajouterai que, chez notre malade, les mouvemens de pronation et de supination sont moins douloureux que les mouvemens de flexion et d'extension de la main. Remarquez bien, Messieurs, qu'on a raisonné ici par induction; on s'est dit que, dans les fractures du radius, il devait y avoir une diminution de l'espace inter-osseux, de là, a-t-on ajouté, la difficulté de faire exécuter les mouvemens de pronation et de supination. Au contraire, l'articulation radio-carpienne étant intacte, les mouvemens de flexion de la main s'accomplissent sans difficulté. Pour que cette théorie fût vraie, il faudrait qu'il y eût véritablement une diminution de l'espace inter-osseux dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, et c'est ce qui n'a pas lieu.

Est-ce donc la crépitation? Nullement; je me suis bien gardé de la rechercher, les tentatives que j'aurais faites auraient pu déplacer des parties qui ont conservé leurs rapports, elles auraient pu produire des épanchements sanguins ou déterminer une déchirure des parties molles qui avoisinent la fracture.

C'est donc la difformité qui m'a mis sur la voie du diagnostic; cette difformité est en effet tellement caractéristique, qu'on ne peut la méconnaître. Mais ce qu'il vous importe de savoir, c'est la manière de bien l'apprécier; dans la plupart des livres, on oublie précisément d'insister sur ce fait. Pour bien reconnaître la difformité, il faut regarder le poignet par le bord radical ou par le bord cubital, la déformation en fourchette ou en *z* frappe alors les yeux.

On peut y ajouter l'examen des apophyses styloïdes du radius et du cubitus qui, ainsi que je vous l'ai dit, sont sur une même ligne dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius. N'oubliez pas non plus de tenir compte du degré d'inclinaison de la main vers le bord radial de l'avant-bras, cette inclinaison tient à un chevauchement du fragment carpien du radius. Toutefois, il est bon que vous sachiez que cette inclinaison n'est pas aussi fréquente que quelques chirurgiens l'ont avancé, parce que dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius il y a une pénétration réciproque des fragmens qui s'oppose au déplacement.

Dans notre prochaine réunion, Messieurs, nous examinerons le diagnostic différentiel et le traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

THÉRAPEUTIQUE.

EXPÉRIENCES SUR LA DIGITALINE,

Faites par M. ANDRAL à l'hôpital de la Charité, en 1850;

Par M. le dr LEMAISTRE, ancien interne des hôpitaux, médecin à Limoges.

Dans ce relevé de quelques observations, nous indiquerons d'abord la nature des cas soumis au remède; nous exposerons après le mode d'administration du médicament, puis nous passerons en revue les différens effets subis par l'organisme, sous son influence; enfin nous terminerons par quelques conclusions thérapeutiques.

Nature des maladies. — Nos observations portent sur dix-neuf cas, à savoir;

---

ployait sans mesure et sans retenue sur les pauvres articulations humaines. Car, pour elle, sans exception, tous les malades qui la venaient consulter avaient quelque membre *démis*. On sait combien ce mot a d'empire sur le vulgaire. Si cette femme avait eu seulement un soupçon de sens scientifique, elle eût pu réaliser quelques progrès dans l'art, car jamais plus vaste champ d'observations ne se présenta à aucun chirurgien, et jamais il ne sera donné à M. Malgaigne, par exemple, qui suit avec tant de zèle et de succès l'étude des luxations et des fractures, d'en voir une aussi complète et aussi curieuse collection. Tout cela a été irrévocablement perdu pour la science, pour l'art et pour l'humanité. De temps à autre, les hôpitaux de Paris recevaient les pauvres malades *guéris* par la Dame-Blanche, et je me rappelle une vigoureuse leçon clinique de M. Velpeau, à l'occasion d'un jeune homme couché dans son service à la Charité, auquel la rebouteuse de Chatillon avait net et bel cassé la cuisse, pour réduire une luxation absente.

Mais les rebouteurs jouissent de ce privilége que leurs succès seuls ont de l'éclat et du retentissement, tandis que les malheurs qu'ils produisent restent confinés dans le cercle de leurs victimes. Aussi, la réputation de la Dame-Blanche était-elle si considérable, que l'on cherche à la perpétuer et à en bénéficier après sa mort. Mais il paraît que, comme la succession d'Alexandre ou de Charlemagne, cet héritage sera très divisé. On parle d'un mari, on parle de plusieurs fils de la défunte, comme héritiers à partage, on parle encore des médecins, les collaborateurs de la rebouteuse, comme affichant des prétentions. Tout royaume divisé périra, dit l'Ecriture. En vérité, c'est fort souhaitable. La robuste main qui tenait tout ce monde en respect étant glacée par la mort, les intérêts avides vont surgir et leur action complexe. Comme dernier trait, j'ajoute que pendant que la rebouteuse se refroidissait dans son lit de mort, des malades sont arrivés qui ignoraient la catastrophe, et que le mari de la défunte, pauvre mari inconsolable, a fait acte d'héritier et de possession en les traitant selon les prescriptions de sa célèbre moitié.

Amédée LATOUR.

APERÇU HISTORIQUE, TOPOGRAPHIQUE ET MÉDICAL SUR LES EAUX-CHAUDES (Basses-Pyrénées); par M. le docteur IZARIÉ.

M. le docteur Izarié vient de publier un travail sur des eaux minérales qui appartiennent au groupe si important des eaux minérales des Pyrénées. Sur toute cette bande du territoire qui s'étend des Pyrénées-Orientales jusqu'au golfe de Gascogne, il n'y a pas, en effet, d'eaux minérales qui ne méritent l'attention des médecins. Elles sont toutes assez analogues de composition, et se font remarquer par leur richesse en principes sulfureux, mais diffèrant les unes des autres sous le rapport de la température et des autres conditions chimiques ou inconnues qui caractérisent la valeur thérapeutique des eaux; chacune d'elles a en quelque sorte sa spécialité d'action, et correspond à des exigences particulières. Ainsi, les eaux de Bonnes ne nuisent pas à celles de Cauterets; celles-ci à celles de Luchon ou de Barèges. Les unes et les autres sont sulfureuses; mais les maladies guéries par les premières, par exemple, n'auraient pas une issue aussi favorable, ou peut-être même résisteraient au traitement par l'emploi des secondes. Les Eaux-Chaudes peuvent donc avoir leur place dans la série des eaux des Pyrénées. Mais cette place n'est pas nouvelle; car, depuis les temps de la cour de Navarre, ces eaux sont très connues et méritent toujours leur vieille réputation, à en juger par les observations rapportées par le docteur Izarié.

Ce que nous avons remarqué principalement dans ce détail des effets thérapeutiques de chaque source, c'est qu'il y en a une qui produit d'excellens résultats contre les inflammations chroniques principalement, celles de la matrice et du vagin. La souffrance n'augmente pas par l'usage des eaux; bien au contraire, elle diminue sensiblement dès les premières douches et cesse bientôt avec tous les caractères de la maladie. Cette source agit comme un médicament tonique, et cependant elle fait cesser l'éréthysme nerveux et la douleur comme le font les remèdes calmans. Les autres sources, qui forment l'établissement des Eaux-Chaudes, ont chacune, d'ailleurs, son mode d'action. L'une d'elles est très froide et peut rendre des services contre certaines névroses des organes digestifs.

En somme, les Eaux-Chaudes ont leur valeur thérapeutique comme les eaux les plus connues des Pyrénées, elles peuvent rendre de grands services à l'art de guérir, en se conformant aux indications qui sont propres à chacune des sources de l'établissement. La brochure du docteur Izarié dit là-dessus tout ce qu'il faut dire, et fixe les médecins et les malades sur des qualités thérapeutiques qui n'avaient pu être, jusqu'ici, suffisamment étudiées.

Dr Ed. CARRIÈRE.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE. — Par arrêté, en date du 17 avril 1852, M. Bitot, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur adjoint d'anatomie et physiologie à la même École, en remplacement de M. Puydebat, démissionnaire.

NÉCROLOGIE. — Le docteur J. Ribot, doyen de la Faculté de médecine de Barcelone, vient de mourir dans cette ville.

RÉFORME MÉDICALE AU WURTEMBERG. — Les différentes classes de médecins, qui existaient autrefois dans le Wurtemberg, viennent d'être abolies; à l'avenir, elles seront réduites à une seule.

— M. Edouard Robin ouvrira, le 3 mai, par la chimie, la botanique et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen définitif. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés, rue de la Harpe, n° 92. Le cours de mathématiques sera commencé à midi, celui de chimie à 2 heures 1/2, et celui de botanique à 3 heures 1/2.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, M. Edouard Robin exposera ses recherches sur la respiration des végétaux, et sur les moyens de prévoir les propriétés toxiques, les propriétés physiologiques et thérapeutiques, quand on connaît l'action chimique sur les matières organisées.

1° Des affections chroniques du cœur ;
2° Un cas d'albuminurie ;
2° Un cas de chloro-anémie avec accès de fièvre intermittente ;
4° Deux cas de phthisie ;
5° Un cas d'acéphalocyste de la plèvre, avec tous les signes d'un vaste épanchement pleural.
6° Deux cas de pleurésie aiguë ;
7° Deux cas de rhumatisme aigu : l'un mono-articulaire, l'autre poly-articulaire ; l'un d'eux était compliqué d'une insuffisance aortique ancienne.

Mode d'administration. — La digitaline a toujours été administrée sous la forme pilulaire de M. Quevenne, dite *granule*. Le granule, comme on sait, renferme un milligramme.

Le plus souvent, on débutait par un granule, quelquefois par deux dans les vingt-quatre heures ; puis, peu à peu, on augmentait chaque jour le nombre et on l'élevait ainsi à quatre granules par jour. Quelquefois on allait à six, sept, mais des accidens d'intoxication se prononçaient et on était obligé de diminuer la dose, ou, le plus souvent, de suspendre totalement le remède. Aussi, pour cet agent thérapeutique, ne pouvons-nous admettre l'accoutumance comme pour d'autres. Dans un cas, l'intolérance s'est manifestée dès le premier jour de l'administration. C'était un jeune adolescent de quinze ans, qui ne put supporter deux granules sans des vomissemens réitérés. Le plus ordinairement, néanmoins, c'était le troisième ou le quatrième jour de la médication que les vomissemens, la diarrhée, la céphalalgie survenaient, même à doses très minimes, à deux ou trois granules. A côté de cela, nous trouvons de grandes exceptions. Nous pourrions citer des exemples où cinq, six, sept granules ont pu être pris impunément. Dans un cas, dix granules ont été pris en vingt-quatre heures, pendant plusieurs jours de suite. Douze même une fois par le même individu, sans le moindre accident. On voit, d'après cela, combien il importe de tâter la susceptibilité du malade dans l'emploi de ce remède, si on ne veut avoir des mécomptes.

La durée du traitement, chez chaque malade, a été très variable : de quelques jours à une ou deux semaines.

Les quantités les plus considérables de globules administrés pendant tout le traitement ont été les suivantes : 23, 33, 44, 50, 88 milligrammes. Nous devons dire que dans ce dernier cas, le remède avait été administré à deux reprises différentes.

ACTION DE LA DIGITALINE SUR LES DIFFÉRENS APPAREILS.

Action sur la circulation. — La digitaline agit sur le système circulatoire en abaissant le nombre des pulsations.

Voici le tableau des minima du pouls comptés plusieurs jours avant et pendant la médication avec la différence à côté.

		Minima du pouls avant la médication.	Minima du pouls pendant la médication	Différence.
Maladies du cœur. .	1er cas. . .	108	68	40
—	2e cas. . .	92	72	20
—	3e cas, . .	80	68	12
—	4e cas. . .	76	51	25
—	5e cas. . .	104	100	4
—	6e cas, . .	64	60	4
—	7e cas. . .	44	44	»
—	8e cas. . .	76	58	18
Phthisie.	1er cas. . .	84	76	8
—	2e cas. . .	68	64	4
Pleurésie.	1er cas. . .	108	100	8
—	2e cas. . .	108	116	»
Hydatide de la plèvre.		100	96	4
Rhumatisme mono-articulaire. .		96	80	16
Rhumatisme poly-articulaire. . .		96	80	16
Chloro-anémie..		80	76	4

Dans seize de nos cas, comme on le voit, le pouls a pu être exactement compté. Ce qui frappe au premier abord en lisant le tableau ci-dessus, c'est qu'on observe une diminution dans les pulsations sous l'influence du remède dans presque tous les cas. Cette diminution n'est point aussi forte que quelques auteurs ont bien voulu le dire. Ceux-ci, en effet, ont avancé que le plus souvent il y avait, sous l'influence de la digitaline, une diminution de la moitié, des deux tiers même des pulsations comptées auparavant. Comme on peut s'en assurer d'après les chiffres mentionnés plus haut, nos résultats n'ont point été semblables. Jamais nous n'avons eu une diminution, même de moitié; mais, dans quelques cas, nous avons obtenu un abaissement de 16 sur 96, de 18 sur 76, de 25 sur 76, de 40 sur 104. Et encore ces cas ont-ils été exceptionnels. D'où provient ce résultat différent ? Il me semble que la cause doit en être recherchée dans la manière de compter. En effet, si nous lisons les observations des auteurs dont nous parlons, nous trouvons que le pouls est compté seulement le matin du jour où on commence la digitaline. Ils prennent donc pour point de départ, pour pouls habituel du malade, un pouls qu'ils n'ont compté qu'une seule fois et précisément le jour de leur première visite. Mais ce pouls n'est jamais le véritable, c'est un pouls tout-à-fait factice. L'influence morale éprouvée par un malade à l'aspect d'une visite d'hôpital presque toujours nombreuse, augmente considérablement le nombre des pulsations. Tout le monde sait que la vue d'une seule personne étrangère fait presque toujours varier la circulation. Pour notre part, il nous est arrivé, nombre de fois, de trouver une différence énorme, de vingt pulsations souvent, entre le pouls compté à la visite générale et celui que nous avions compté quelques minutes auparavant, alors que nous étions seul. Nous dirons plus, nous avons dans bien des cas trouvé une différence considérable entre le pouls compté par nous une première et une seconde fois, à quelques instans d'intervalle. C'est donc en prenant pour pouls habituel un pouls qui ne l'était pas, que ces auteurs ont commis une erreur.

C'est pour éviter cet écueil que jamais M. Andral ne donnait un remède dont il voulait connaître l'influence sur la circulation, que lorsque, plusieurs jours de suite, nous avions compté seul les pulsations du malade. Et, à chaque fois que nous comptions, nous prenions le soin de compter, non pas une, mais deux et trois fois, pour bien laisser se calmer la première impression causée par notre présence sur le malade. C'est probablement à l'adoption de cette méthode que, dans nos recherches sur les effets physiologiques du sulfate de quinine, nous avons trouvé que cet agent thérapeutique n'avait aucune influence sur le pouls normal. La digitaline ne produit point une diminution prompte et rapide du nombre des pulsations. Son action sur la circulation paraît, au contraire, lente et graduée. Pour preuve, nous allons citer un exemple : dans un cas de maladie du cœur, le pouls était à l'entrée du malade à 84; trois jours après, il était à 76. On donne la digitaline. Voici les chiffres de décroissance du pouls compté jour par jour durant toute la durée du traitement :

76, 80, 72, 68, 64, 58, 53, 53, 55, 51, 51, 51.

Dans presque tous nos autres cas, nous avons obtenu un résultat semblable.

Quelques auteurs ont avancé que l'élévation du nombre des pulsations avait lieu sous l'influence des premières doses de digitaline. Quoique nous ayons observé ce phénomène, le nombre des cas où nous l'avons constaté est trop minime, pour que nous puissions être d'un avis semblable. Mais ce qu'il nous a été permis de vérifier, comme déjà M. Homolle et Quevenne l'ont fait avant nous, c'est que l'action de la digitaline sur la circulation persiste longtemps encore après la cessation du remède.

Nous venons de parler de l'influence de la digitaline sur le pouls en général; voyons s'il n'y aurait pas quelque nuance dans les cas particuliers.

Dans les maladies du cœur, nous avons obtenu principalement de grandes diminutions dans le nombre des pulsations, tandis qu'il n'en a pas été de même pour les autres affections. Dans tous ces cas, en effet, l'abaissement a été peu sensible, de 4 ou de 8.

Dans les deux cas de rhumatisme, néanmoins, nous avons obtenu un abaissement de seize pulsations ; mais la fièvre n'a pu disparaître.

Les effets de la digitaline, dans ces cas, ont été trop peu nombreux et trop peu sensibles pour que nous ayons pu y ajouter une grande foi, aussi sommes-nous tout disposé à ne préconiser ce remède pour son influence sur le pouls, que dans les maladies du cœur, d'autant plus qu'en calmant la circulation, il la régularise, lorsqu'elle était irrégulière, autre effet du médicament qu'il nous a été permis de constater, et, pour obtenir cette action, souvent les doses le plus minimes étaient suffisantes.

On a bien avancé que le pouls, par fois, devenait irrégulier sous l'influence de la digitaline, mais il ne nous a pas été permis de rien observer de semblable.

Action sur l'appareil digestif. — La langue est presque toujours restée large, humide, sans enduit saburral. L'appétit et la soif n'étaient influencés en rien, excepté dans les cas d'intoxication ; alors les alimens n'étaient plus désirés.

Durant les premiers jours de l'administration du médicament, l'estomac ne se ressentait nullement de l'agent thérapeutique; mais au bout d'un certain temps, voici ce qui arrivait : d'abord il se manifestait quelques tiraillemens. Le manger était lourd. Puis, le lendemain, des nausées se manifestaient toutes seules, tantôt suivies de vomissemens, le plus souvent peu abondans, muqueux, et persistant plusieurs heures, des journées même. Ces effets n'avaient point lieu immédiatement après l'ingestion d'une dose, mais en général très longtemps après, dans la nuit et, principalement, le matin, au réveil. La coïncidence presque toujours de troubles souvent très intenses du côté du cerveau, nous porte à croire que ces troubles de l'estomac étaient en grande partie secondaires, sympathiques, car fréquemment ils avaient lieu sans douleur et après le début des troubles de l'innervation.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que l'action irritante sur la muqueuse digestive fût toujours nulle. Les troubles du côté des intestins sont une preuve du contraire. Ces troubles étaient des bruits gazeux d'abord ; le ventre, en même temps, se gonflait légèrement, puis quelques tiraillemens se manifestaient : enfin la diarrhée arrivait, mais toujours peu abondante et précédée parfois de quelques coliques. Tous ces accidens se dissipaient seuls, en peu de temps, par la cessation du remède.

Les doses de quatre, cinq granules étaient celles qui développaient presque toujours ces troubles du côté de la digestion. Dans un certain nombre de cas aucun phénomène n'a été observé.

Action sur la respiration. — Plusieurs auteurs ont trouvé que le nombre des inspirations physiologiques diminuait pour l'administration de la digitaline. Nous n'avons rien noté de saillant à cet égard. Il est vrai de dire que notre attention s'était très peu portée là-dessus.

Ce que nous avons observé, c'est son influence sur la dyspnée, mais cette influence n'est point primitive, elle n'est que la conséqueuce de son action sur la circulation. Dans les maladies du cœur, en effet, aussitôt que le calme était rétabli dans les mouvemens de ces organes, la respiration qui auparavant était gênée, courte, anxieuse, perdait ces caractères pour devenir plus facile, ample, large, normale. En un mot, dans un cas de phthisie, un malade nous a dit que, sous l'influence de la digitaline, sa respiration était devenue moins gênée. Mais quelle conséquence tirer d'un seul fait ?

Dans quelques cas très rares, un ou deux, tout au plus, la respiration a été troublée. C'était lorsque des phénomènes d'intoxication se sont manifestés du côté du cerveau. Ainsi un malade accusait comme un poids derrière le sternum, une sorte d'oppression, d'étouffement qui le forçait à s'asseoir au milieu de la nuit, en même temps l'expectoration était gênée. Ces phénomènes étaient évidemment secondaires sympathiques de l'action du cerveau.

Dans un cas de phthisie, la toux a paru calmée. De tels effets ont été trop peu constans pour qu'on puisse s'y arrêter. Aussi nous permettrons-nous de dire que l'action de la digitaline sur la respiration nous a très peu frappé.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 28 Avril 1852. — Présidence de M. LARREY.

Correspondance. — M. ALQUIÉ adresse à la Société un mémoire manuscrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

Grossesse extra-utérine.

M. HUGUIER entre dans quelques détails sur la malade actuellement dans son service à l'hôpital Beaujon. Cette femme, qui présente une des affections les plus graves et les plus embarrassantes pour le chirurgien, est parvenue au terme de sept mois d'une grossesse qui nous a paru bien évidemment extra-utérine. Les battemens du cœur de l'enfant s'entendent parfaitement. Que faut-il faire dans ce cas? Doit-on attendre? Doit-on agir? Et si l'on se décide à faire quelque chose, à quel parti devra-t-on s'arrêter? Toutes ces questions sont d'une solution bien difficile.

Nous félicitons M. Huguier de n'avoir pas voulu s'en remettre à ses propres lumières. L'honorable chirurgien vient aujourd'hui prier la Société de vouloir bien intervenir. Une commission, composée de MM. Lenoir, Maisonneuve et Danyau, a été nommée pour examiner la malade, et faire un rapport qui servira de base à une discussion approfondie. Nous aurons donc l'occasion de revenir largement sur ce sujet. Nous avons nous-même, grâce à l'obligeance de M. Huguier, examiné avec soin la malade, et nous pourrons joindre au rapport de la commission le résultat de nos impressions.

Testicule cancéreux chez un enfant de neuf mois.

M. MAISONNEUVE présente un testicule encéphaloïde enlevé sur un enfant de neuf mois. L'affection était apparente dès la naissance.

M. GUERSANT a plusieurs fois enlevé des testicules cancéreux sur de très jeunes enfans. Une fois sur un enfant d'un an; le petit opéré succomba à des convulsions.

Un autre malade de deux ans a été opéré, et M. Guersent n'en a plus eu de nouvelles.

Enfin un troisième, âgé de dix-huit mois, opéré de même, a été revu trois ans après, il était en bon état de santé.

M. LEBERT cite plusieurs faits de ce genre, et un, entre autres, emprunté à sa pratique, lorsqu'il exerçait la médecine en Suisse. Le petit malade était âgé de 7 mois.

M. Lebert, entrant dans quelques détails sur la prédominance du cancer, suivant les organes dans l'enfance, établit que, par ordre de fréquence, il faut ranger l'œil en première ligne, puis les os, et enfin le testicule.

M. GUERSANT, dont la pratique chirurgicale s'exerce spécialement sur l'enfance, confirme en tout point les principes de M. Lebert.

M. GIRALDÈS rappelle qu'il existe dans les auteurs anglais d'assez nombreuses observations d'encéphaloïde développé chez les enfans en très bas-âge et même chez les fœtus.

Dr Éd. LABORIE.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Mars.

Nouvelles recherches sur l'emploi thérapeutique du manganèse, comme adjuvant du fer; par le docteur J. E. PÉTREQUIN, professeur à l'école de médecine de Lyon.

D'après M. Pétrequin, le manganèse se présente comme succédané et surtout comme adjuvant du fer, qui est si souvent prescrit en médecine, et vient combler de regrettables lacunes, que ce dernier laisse dans le traitement des maladies hématiques. C'est à juste titre que les intéressans travaux de MM. Hannon et Martin Lauzer l'ont recommandé au monde médical. Le fer et le manganèse sont congénères en thérapeutique; leur affinité est des plus grandes; ils se trouvent presque constamment mélangés dans leurs minerais; et les métallurgistes savent la difficulté que l'on éprouve à les séparer et à les obtenir purs. Une autre analogie plus frappante encore, c'est que tous deux font partie intégrante de l'organisme humain : on les retrouve dans le sang, dans le pus, dans le suc gastrique, dans les os, dans l'épiderme, dans les poils, les cheveux, etc.... bref, dans la plupart de nos liquides et de nos solides.

Ceci posé, ajoute M. Pétrequin, on comprend que, dans les maladies du sang, il ne suffise pas d'administrer le fer seul. Du reste, les insuccès de ce dernier sont manifestes dans une foule de cas. Il est certaines chloroses qui résistent opiniâtrement à la médication martiale : le fer se trouve à leur égard dépouillé de toutes ses vertus spécifiques, et il ne les guérit pas plus qu'il ne guérit les chloro-anémies qui se lient aux affections cancéreuses et aux dégénérescences organiques. Il en est d'autres qui, après avoir suivi une modification avantageuse, s'arrêtent dans la voie du progrès, et restent stationnaires sans s'amender davantage : le fer semble avoir épuisé son action sur elles ; il ne peut plus terminer le traitement ; d'autres enfin cèdent plus ou moins vite à la médication ferrugineuse ; mais la cure n'est qu'apparente, et la maladie qu'on croyait guérie reparaît après un temps variable. Dans tous ces cas, il y a indication à rechercher un adjuvant du fer, et cet adjuvant, d'après M. Pétrequin, c'est le manganèse qui, comme le fer, entre dans la consitution des globules sanguins. Donner alors du manganèse, c'est fournir au sang un agent réparateur et régénérateur qui fait naturellement partie intégrante de ce liquide.

M. Pétrequin s'élève contre l'exagération, qui consiste à prescrire exclusivement du manganèse, sous prétexte qu'il manque seul dans certaines chloro-anémies. C'est là une théorie purement spéculative, dont on n'a point administré la preuve ; et le diagnostic de ces différens états n'a pas même été esquissé. Il y a de plus une erreur capitale dans le point de départ : on a supposé que tantôt le fer, tantôt le manganèse diminue et manque dans les globules et l'hématosine. La diminution du fer est un point incontestable ; mais on l'avait mal interprété ; elle correspond en général à la diminution des globules. Or le manganèse suit exactement le fer dans ses variations : ainsi M. Burin-Dubuisson a présenté, dans le tableau suivant, la proportion relative des globules et des oxides ferriques et manganiques qui entrent dans leur composition :

	Poids des glob. sang.,	de l'oxyde ferrique,	de l'oxyde manganique.
Homme pléthorique. . .	143,500	1,360	0,071
Sang normal.	128,200	1,220	0,060
Femme chlorotique. . .	63,980	0,500	0,025

D'où il suit qu'il y a erreur à prétendre que tantôt le fer, tantôt le manganèse fait défaut dans le globule sanguin, et que ce dernier peut être déchargé ou dépouillé de l'un ou de l'autre de ces deux métaux ; la vérité est qu'il y a une diminution générale, *mais proportionnelle*, du fer et du manganèse, dans la masse totale du sang ; et par conséquent les deux métaux doivent être réunis dans les mêmes formules et administrés simultanément.

D'après M. Pétrequin, c'est surtout dans les maladies du sang que les préparations ferro-manganiques rendent de notables services : elles ont une action spéciale sur l'appareil vasculaire, sur l'hématose et sur le liquide sanguin lui-même, qu'elles régénèrent. L'auteur dit s'en être bien trouvé dans les chloro-anémies, suite d'hémorrhagies, d'opérations, de polypes, de métrorrhagie, etc... ; dans la chlorose, que détermine la révolution de la puberté chez les jeunes personnes ; chez les femmes parvenues à l'âge critique, chez lesquelles il s'opère dans l'organisme une révolution inverse à celle de la puberté ; dans l'aménorrhée et dans la dysménorrhée ; dans les cachexies anémiques, qui succèdent aux fièvres intermittentes prolongées ; dans les chloro-anémies, dont se compliquent les suppurations prolongées, les affections strumeuses, syphilitiques, cancéreuses, la phthisie ; dans le traitement des névroses, et en particulier de celle du tube digestif, telles que les dyspepsies, les gastralgies, les gastro-entéralgies ; dans diverses névro-pathies avec épuisement, suite d'excès vénériens, d'onanisme, de croissance trop rapide, etc.. ainsi que dans plusieurs irritations sécrétoires, comme la leucorrhée, le diabète, etc...

Les fomules que M. Pétrequin met en usage sont, 1° des *pilules*, soit de carbonate ferro-manganeux, qui remplacent les pilules de Blaud et de Vallet, soit d'iodure ferro-manganeux qui sont parallèles à celles de Blancard ; 2° des *pastilles* de lactate ferro-manganeux, qui suppléent celles de Gélis et Conté ; 3° des *sirops*, soit de lactate, soit d'iodure ferro-manganeux, préférables aux sirops ferrugineux ; 4° les *chocolats* ferro-manganeux, qui l'emportent certainement sur les chocolats ferrugineux ; 5° enfin une *eau gazeuse* ferro-manganifère, qui est préférée à la poudre Quesneville et aux eaux ferrées. M. Pétrequin n'administre pas toutes ces préparations à la fois. La poudre ferro-manganeuse en forme la base. D'ordinaire, il ajoute deux pilules par jour, qu'il remplace ensuite par des pastilles, pour ne pas lasser les organes. Les sirops complètent le traitement, où le chocolat joue un rôle utile. L'auteur prescrit ces médicamens dans les meilleures conditions pour les faire digérer et assimiler : ainsi il fait prendre les pilules et les pastilles au moment du repas, une avant le déjeûner, une avant le dîner. La poudre se mêle à la boisson vineuse. Les sirops se donnent à jeûn, à la dose d'une cuillérée d'abord chaque matin, et l'on se trouve bien de faire boire ensuite une infusion amère stomachique, soit de petite centaurée, soit de fleur de camomille et de feuilles d'oranger. Quant au chocolat, c'est à la fois un aliment et un médicament, qui porte en lui-même son véhicule : on en donne de quatre à huit pastilles par jour. Quand on prescrit simultanément le fer et le manganèse, il n'est pas nécessaire d'en donner une grande quantité, parce que l'on n'administre pas un seul produit à la fois, mais qu'on en combine plusieurs ensemble, et enfin parce que l'adjonction du manganèse rend la médication martiale plus efficace.

A l'égard des proportions de fer et de manganèse qui entrent dans ces diverses formules, c'est la constitution normale du sang qui a servi de guide ; comme il s'y trouve beaucoup plus de fer que de manganèse, ce dernier métal n'y figure que pour une quantité beaucoup moindre et dans le rapport de 1 à 3, ainsi qu'on pourra le voir, du reste, dans ces formules que nous reproduisons avec quelques détails pour ceux de nos lecteurs qui voudraient répéter les recherches de M. Pétrequin.

Poudre pour eau gazeuse ferro-manganeuse.

Bicarbonate de soude en poudre grossière. 20 gramm.
Acide tartrique. 25
Sucre pulvérisé. 53
Sulfate ferreux en poudre très fine.. . . . 1,50
Sulfate manganeux id. 0,75

Mêler avec soin et garder dans des flacons bien bouchés. Une cuillerée à café de poudre, pour chaque verre d'eau et de vin, que l'on boit pendant les repas.

Pilules de carbonate ferro-manganeux.

Sulfate ferreux cristallisé pur. . . 75 gramm.
Sulfate manganeux cristallisé pur. 25
Carbonate de soude cristallisé. . . 120
Miel fin. 60
Eau. . . . . q. s.

Même préparation que pour les pilules de Vallet. Faire des pilules de 20 centigrammes, qu'on peut argenter à volonté, et qui se conservent facilement sans s'oxider, en les fermant dans des flacons bien bouchés. 2 à 4 pilules par jour.

Chocolat ferro-manganeux.

On prépare d'abord une saccharure de carbonate ferro-manganeux, contenant une partie de sel double, pour quatre de sucre. On en fait de larges pastilles à la goutte, de 40 à 50 grammes, qui servent à confectionner le chocolat, en prenant :

Saccharure ci-dessus en pastilles. . . . . 100 gramm.
Pâte de chocolat (où l'on a supprimé, en la préparant, 100 grammes de sucre). 500

Mélangez et divisez en pastilles de 0,75. Chacune d'elles renferme environ 3 centigrammes de proto-carbonate de fer et de manganèse. — 4, 6 ou 8 pastilles par jour.

Sirop de lactate de fer et de manganèse.

Lactate ferro-manganeux. . . . . 4 gramm.
Sucre en poudre. 15
Triturez ensemble et ajoutez eau distillée.. 200
Dissolvez rapidement, versez la liqueur dans un matras au bain-marie, contenant sucre cassé. 384

Filtrez après solution. Ce sirop contient environ 0,15 de lactate de fer et 0,05 de lactate de manganèse par 30 g. — On en prend une ou deux cuillerées par jour.

Pastilles de lactate ferro-manganeux.

Lactate de fer et de manganèse. 20 gramm.
Sucre fin. 400
Eau.. . . . . q. s.

Faites des pastilles à la goutte de 0,5 ; dose de 6 à 8 par jour.

Sirop d'iodure ferro-manganeux.

Soluté officinal d'iodure ferro-manganeux, contenant un tiers de son poids de proto-iodure de fer et de manganèse (dans la proportion environ de 3 p. d'iodure ferreux et de 1 p. d'iodure manganeux). 6 gr.
Sirop blanc. 294

Mêlez 30 gr. de ce sirop contenant 0,2 de proto-iodure ferro-manganeux. — Une ou deux cuillerées par jour.

Pilules d'iodure ferro-manganeux.

Soluté officinal. . . 16 gramm.
Miel. 5
Poudre absorbante. . q. s.

Pour 100 pilules, mêlez le miel et le soluté ; évaporez d'abord rapidement et sur la fin à une douce température, jusqu'à ce que le poids du mélange soit de 10 grammes. Ajoutez quantité suffisante d'un mélange, à parties égales de poudre de guimauve et de réglisse, environ 9,5. Divisez la masse en quatre parties égales. Vous roulerez dans la poudre de fer, réduit par l'hydrogène. Allongez les petites masses en cylindre sur une plaque de fer, et divisez chacun d'eux en 25 pilules, que vous roulerez dans une nouvelle quantité de poudre de fer pour recouvrir les parties mises à nu par le pilulier. Procédez ensuite à la seconde opération, qui consiste à recouvrir les pilules d'une couche de baume de Tolu, en opérant comme le dit M. Blancard. Chaque pilule contient environ 0,05 d'iodure ferro-manganeux. Dose 2 à 4 par jour.

Toutes ces préparations doivent être faites avec le plus grand soin. M. Burin-Dubuisson ayant acquis la certitude que les sels de manganèse du commerce sont souvent impurs et renferment parfois des substances nuisibles, comme du cuivre, même de l'arsenic, insiste sur la nécessité de calciner au rouge sombre le sulfate de manganèse qui sert à préparer tous les autres sels manganeux, de répéter cette calcination deux fois au moins, et enfin d'essayer en outre la solution.

De l'emploi des frictions mercurielles dans la syphilis, coïncidant avec les premiers temps de la gestation; par le docteur J. Mazade.

L'auteur rapporte cinq observations dans lesquelles il a eu l'occasion d'employer les frictions mercurielles chez des femmes atteintes de blennorrhagie, de chancres, d'engorgemens ganglionnaires et de pustules muqueuses ; accidens qui s'étaient manifestés dans les premiers temps de la gestation. Les troubles digestifs existaient seulement chez deux malades ; chez une troisième il y avait des signes qui faisaient redouter un avortement prochain (la malade avait offert un exemple de cet accident dans une précédente grossesse). C'est au milieu de ces conditions que le traitement mercuriel fut entrepris. Après l'avoir fait précéder, chez deux malades seulement, par la saignée et des moyens émolliens, les frictions furent employées à dose peu élevée (jamais plus de 3 grammes d'onguent mercuriel dans les vingt-quatre heures). On en suspendit momentanément l'usage, ou on en réduisit les doses, aussitôt que l'influence de leur action se manifesta sur la bouche. Grâce à cette précaution, il n'y eut pas de signe intense de stomatite. Les frictions mercurielles ne furent discontinuées qu'après disparition complète de toute expression syphilitique ou locale, et de toute induration au-dessous de la cicatrice des ulcères. La durée du traitement a été à peu près égale à celle qu'exige la cure des symptômes syphilitiques primitifs en toute autre circonstance. Il n'y a pas eu d'accident syphilitique consécutif. Les enfans, examinés au moment de la naissance, et ultérieurement pendant un temps plus ou moins long, n'ont offert aucun signe d'infection. L'auteur ajoute que pendant deux fois il avait fait usage, avec la plus grande circonspection, de la liqueur de Van Swiéten, dans des cas de syphilis primitive, qui co-existait après les premiers mois de la gestation ; pendant deux fois l'avortement a succédé à son emploi.

De ces observations, M. Mazade a conclu :

1° Que les frictions mercurielles, dirigées contre la syphilis primitive, coïncidant avec les premiers temps de la gestation, procurent une guérison aussi prompte et aussi assurée qu'en toute autre circonstance ;

2° Que, administrées avec réserve, elles ne provoquent aucun accident grave du côté de la bouche, et que toutes les fois que les accidens commencent à se manifester, ils disparaissent rapidement en suspendant pendant quelque temps la médication mercurielle, ou seulement en en diminuant les doses ;

3° Qu'elles n'ont encore aucune influence nuisible sur le cours régulier de la grossesse, ni sur la viabilité de l'enfant ;

4° Enfin, qu'après la disparition de tous signes d'affection syphilitique primitive, aucun accident consécutif n'est survenu, et que nul indice de transmission de la maladie ne s'est déclaré chez les enfans.

Du traitement des maladies de l'oreille par l'insufflation et par le cathétérisme de la trompe d'Eustache; par M. le professeur Forget (de Strasbourg.)

La cautérisation du pharynx et l'insufflation de la trompe d'Eustache par l'expiration forcée, suffisent dans la plupart des cas où le cathétérisme a été prescrit comme nécessaire : telle est la conclusion de ce travail. L'insufflation *naturelle* de la trompe, dit M. Forget, peut très bien suppléer l'insufflation artificielle avec beaucoup d'avantage, et surtout sans danger ; et sous ce nom, il entend celle qu'on opère soi-même, en faisant une expiration aussi forte, prolongée et répétée qu'il est nécessaire, tenant hermétiquement fermées la bouche et les narines : l'air expulsé n'ayant plus d'issue, est forcé de passer par le pavillon de la trompe, et pour peu que le canal soit perméable, cet air arrive dans la caisse du tympan où il produit un murmure particulier qui constitue le succès de la manœuvre. D'abord, l'insufflation naturelle sauve au malade la douleur et les dangers d'une opération dont le moindre inconvénient est d'augmenter l'inflammation de la trompe ; elle n'a qu'un inconvénient, de pouvoir déterminer vers la tête et l'oreille elle-même un certain degré de congestion sanguine ; elle échone quelquefois, mais là où elle échoue, le cathétérisme ne réussit pas mieux ; aussi bien que le cathétérisme, elle donne la sensation, non seulement de la perméabilité de la trompe, mais encore de l'état de sécheresse ou d'humidité de la caisse du tympan, par le fait de l'absence ou de la manifestation du gargouillement ; mais mieux que celui-ci, elle donne la mesure du degré de perméabilité absolue et relative ; l'expiration forcée indique de plus avec précision le degré de force et de durée à donner à l'insufflation que le malade est libre de modifier à son gré, suivant les sensations qu'il éprouve. M. Forget rejette également, comme plus que problématiques, les avantages qu'on pourrait se promettre de l'introduction par le cathétérisme de substances médicamenteuses dans la cavité tympanique, et *à fortiori*, de la dilatation exercée par le cathéter, puisque celui-ci ne peut agir que sur la partie membraneuse de la trompe, là où rarement existe le rétrécissement.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Emprisonnement cellulaire. — Le pénitentier de Milbank, prison cellulaire-modèle de l'Angleterre, est, depuis quelque temps, le siége d'une mortalité considérable, sur laquelle l'attention du Parlement va être prochainement appelée. Pour ceux qui connaissent la situation de cet établissement, dans un lieu bas et humide, au voisinage de la Tamise, un pareil résultat n'a rien qui doive surprendre, surtout quand on songe que les prisonniers ne peuvent prendre que peu d'exercice et dans un endroit dont la salubrité est assez douteuse.

Noble conduite d'un médecin. — Il y a peu de temps encore, l'attention publique suivait avec un intérêt, mêlé de pitié et d'angoisse, le récit de la perte du navire l'*Amazone* qui a brûlé en mer très peu de temps après son départ d'Angleterre. Dans cet affreux désastre, beaucoup de personnes ont fait preuve d'un grand courage ; mais, pour l'honneur de la profession, nous devons dire que le jeune chirurgien du navire est peut-être un de ceux qui ont le plus contribué à sauver cette jeune dame et son enfant, dont le salut tient en quelque sorte du miracle. Malheureusement, ce brave jeune homme fut précipité dans la mer, au moment où la chaloupe se renversa, et ne reparut plus.

Un autographe de Harvey. — La signature de W. Harvey, qui est très rare, a été vendue dernièrement, à une vente publique, 4 livres ou 100 fr. L'illustre auteur de la découverte de la circulation avait apposé son nom au bas d'une liste de médicamens réclamés pour l'usage de la maison de Charles I[er].

Infirmerie pour les fistuleux. — L'Angleterre est le pays des spécialités. Il y a à Londres des infirmeries pour les yeux, pour les oreilles, et même pour les fistules. L'année dernière, 563 malades sont entrés dans cette infirmerie ; 332 ont guéri, 132 ont été fortement soulagés, 11 ont été déclarés incurables.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Élémens de Pathologie médicale ; par M. Requin, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôtel-Dieu, tome III, terminant la 2e section du plan nosographique de M. Requin. 1 vol. in-8 de 512 pages. Prix : 6 fr.
Prix des trois volumes : 22 fr.

Annuaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, pour 1852.— Résumé des travaux pratiques les plus importans publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1851 ; par M. le docteur Wahu, médecin de l'hôpital militaire du Roule, à Paris, etc. 7e année, 1 vol. in-32 de 320 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

Annuaire de Thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1852, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1851, et les formules des médicamens nouveaux, suivi d'un mémoire sur le *traitement de la phthisie et du rachitisme* par l'huile de foie de morue ; par M. Bouchardat, professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. 12e année, 1 vol. in-32 de 320 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

Tous ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-médecine, 17, à Paris.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesté et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 53. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 4 Mai 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. .... 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Messieurs,

Comme je vous l'avais annoncé en commençant ces conférences, nous allons consacrer plusieurs séances à l'étude des déviations de l'utérus. C'est un sujet dont je n'ai pas besoin de vous signaler toute l'importance, car vous savez très bien que depuis un certain temps déjà il est à l'ordre du jour, et que les nombreuses discussions auxquelles il a donné lieu sont loin d'être terminées.

Ces déviations, Messieurs, sont beaucoup plus fréquentes que vous ne seriez tenté de le croire. Si vous allez, en effet, dans un hôpital où l'on traite particulièrement les maladies de l'utérus, vous serez étonnés du grand nombre de malades que vous rencontrerez atteintes de ces affections dont il y a quelques années on parlait à peine, et il n'est pas de service de médecine ou de chirurgie, quel qu'il soit, qui ne vous en présentât assurément plusieurs cas.

Ce n'est pas seulement la fréquence de ces maladies qui les rend intéressantes à étudier, beaucoup d'autres motifs nous engagent à nous livrer à cette étude, difficile il est vrai, mais nécessairement fructueuse. Et d'abord, c'est le nombre et la variété des symptômes que présentent les déviations de l'utérus; vous verrez, en effet, sous quels divers aspects ces symptômes peuvent se manifester, combien ils peuvent occuper de points différens de l'économie, quelle est leur ténacité et quelquefois leur gravité.

Il est une seconde considération qui n'est pas moins digne de votre attention, c'est que ces maladies n'ont pas de tendance à guérir d'elles-mêmes, mais bien au contraire, de se perpétuer et de s'aggraver en se perpétuant; c'est ce que vous apprendront les différens cas qui passeront sous vos yeux, dans le cours de ces conférences. On comprend donc difficilement, au premier abord, pourquoi l'étude des déviations utérines a été si négligée jusqu'à ces dernières années, car autrefois, un très petit nombre de médecins s'en étaient occupés, et on n'avait trouvé que des traitemens insuffisans ou purement palliatifs. Ces réflexions toutefois, Messieurs, s'appliquent particulièrement aux déviations de l'utérus dans l'état de vacuité, car depuis longtemps les accidens qui succèdent aux déviations survenues pendant la grossesse avaient frappé l'attention, et on avait cherché à y remédier activement. La raison en est bien simple, c'est que ces accidens apparaissant tout à coup à la suite de déviations d'un utérus volumineux donnent lieu à une compression fâcheuse des organes voisins, et se manifestent par des symptômes d'autant plus intenses que le volume de l'organe est plus considérable. Il fallait donc nécessairement chercher à y remédier promptement, et dès lors il était impossible qu'on ne s'en fût pas occupé. Mais comme il n'en est pas de même dans l'état de vacuité, qu'ordinairement le renversement n'a pas lieu d'une façon brusque et rapide, qu'au contraire la marche de la maladie est lente, insidieuse, que les symptômes réellement sérieux ne se manifestent qu'après un certain temps, et ne sont du reste jamais aussi alarmans que dans les cas de grossesse, il n'est pas étonnant qu'ils aient moins attiré l'attention.

En outre, remarquons que cette négligence que nous signalons dans l'étude des déviations utérines s'applique aux maladies de l'utérus en général, soit parce que les moyens d'exploration étaient insuffisans, soit parce que les affections se montrant rebelles aux faibles traitemens qu'on pouvait leur opposer, on n'attachait qu'une faible importance à la connaissance de maladies qu'on pouvait à peine soulager.

Lorsque M. Récamier eut introduit et généralisé l'usage du speculum, on s'occupa davantage des maladies utérines. Mais l'invention de cet instrument qui rendit de si grands services sous un rapport, fut plutôt nuisible à l'étude des déviations. On ne s'occupa guère que des affections apparentes et pouvant être reconnues par l'examen direct; par conséquent de celles qui ont leur siége sur le col de l'utérus.

Or, ce moyen ne suffisait pas pour faire connaître les affections nombreuses et variées dont je dois vous donner l'histoire, car vous verrez que pour leur diagnostic le speculum n'offre pas un très grand avantage, et l'on est allé même jusqu'à nier son utilité. Cependant on a eu tort, et il y a là de l'exagération. Généralement le speculum ne suffit pas; quelquefois il ne nous apprend rien; mais le plus souvent, comme j'ai été à même de le montrer bien des fois à ceux d'entre vous qui suivent mes visites, il peut être d'une certaine utilité. En effet, quand, en introduisant votre speculum suivant l'axe du vagin, vous ne rencontrez pas le col, ou si le rencontrant vous apercevez une de ses parties que vous ne devriez pas voir, ne devez-vous pas vous attendre à rencontrer l'organe dévié de sa direction habituelle? C'est à quoi l'on aurait dû songer lorsque, dans les premiers temps où l'on a fait usage du speculum, on a tant de fois signalé la difficulté qu'il peut y avoir dans certains cas à rencontrer le col, ainsi que l'habitude et l'habileté qu'il fallait à l'opérateur pour aller le *saisir* soit en arrière sur le sacrum, soit en avant derrière le pubis. Car, si le col de l'utérus se fût toujours trouvé dans la direction qu'il doit affecter normalement, on n'aurait pas éprouvé ces difficultés pour le rencontrer, puisqu'il eût suffi tout simplement de porter le speculum dans la direction de l'axe du vagin. L'importance réelle de ce moyen d'investigation a donc été méconnue.

Enfin, il est une cause plus puissante que toutes les précédentes, de l'espèce d'abandon dans lequel les déviations de l'utérus avaient été laissées. C'est qu'il existait à ce sujet des idées préconçues. On pensait que la déviation n'offrait par elle-même aucun intérêt, et que les symptômes éprouvés par les malades devaient être bien plutôt attribués à l'engorgement dont elle est toujours accompagnée. C'est ainsi que M. Cruveilhier a écrit : « La déviation n'est rien, l'engorgement est tout. » Ajoutant: « Faites cesser l'un, et l'autre disparaîtra spontanément. » Cette opinion a été partagée par M. Dubois et par d'autres auteurs extrêmement recommandables. Voici sur quoi elle était fondée (car vous le comprenez, pour qu'une manière de voir soit adoptée par MM. Dubois, Cruveilhier, Bennet, elle doit être appuyée sur des raisons et sur des faits ayant une assez grande valeur) : d'abord on a trouvé des déviations congénitales ayant existé sans engorgement de l'utérus et n'ayant été accompagnées d'aucune douleur, d'aucun trouble symptomatique du genre de ceux que nous aurons occasion d'observer. En second lieu, on a vu des cas dans lesquels un renversement acquis de l'utérus, porté à un haut degré, n'occasionne pas de souffrances, particulièrement lorsque l'utérus est léger et que les tissus qui l'environnent ont conservé leur souplesse.

Mais ce sont là des cas exceptionnels desquels il faut bien

(1) L'intérêt tout spécial que présente, en ce moment surtout, la question des déviations utérines, nous engage à faire paraître, à mesure qu'elles seront professées, les leçons de M. Valleix sur ce sujet important, la publication des leçons précédentes, qui sera reprise plus tard, pouvant sans inconvénient être interrompue.

Feuilleton.

LA MÉDECINE CHEZ LES BIRMANS.

L'empire des Birmans, l'état le plus puissant de l'Inde transgangétique, renferme une population nombreuse plus active et plus laborieuse que celle de l'Inde proprement dite et qui, rameau de la grande famille mongolique, a conservé encore jusqu'à nos jours, malgré le voisinage des Anglais, le cachet de sa civilisation propre et rudimentaire. Depuis l'époque où l'Angleterre a mis le pied dans le royaume d'Ava, elle a fait étudier très attentivement la situation intérieure de ce pays destiné tôt ou tard à subir le sort de tous les empires indiens, et en cela elle a été grandement aidée par l'esprit d'observation qui caractérise ces hardis pionniers du commerce et de la civilisation. Nous avons sous les yeux une intéressante notice, que M. le docteur Parkes, attaché au service médical de la compagnie des Indes, a publiée, il y a quelque temps, dans le journal de médecine de Londres, sur l'état de la médecine chez les Birmans; il nous a semblé que, au moment où cet empire allait très probablement disparaître dans la guerre qu'il a eu le malheur d'engager contre les Anglais, nos lecteurs liraient peut-être avec intérêt les détails que M. Parkes a consignés dans sa notice sur l'état des sciences médicales dans ce pays.

La médecine est pratiquée chez les Birmans, dit M. Parkes, par deux classes d'individus, par les prêtres et par les hommes de loi. Si les prêtres birmans sont en même temps médecins, c'est que, ainsi que cela a lieu chez toutes les nations boudistes, la science est incorporée avec la religion, et se trouve renfermée dans les livres sacrés. Pour devenir prêtre, il est nécessaire d'être philosophe. Le boudisme compliqué, qui est professé dans tous ces pays, repose sur un vaste et singulier système de physique, dont il serait bien difficile de donner une idée exacte et complète. Quoi qu'il en soit, ce système, qui, d'après la croyance boudiste, n'a pas été découvert par l'homme, mais bien révélé dans toute son étendue, par la dernière incarnation de Boud, Gaudama, embrasse nécessairement la science de la médecine, modifiée cependant jusqu'à un certain point par des commentaires et par des interprétations qui paraissent remonter à une époque fort reculée. Par ce fait que la théorie des études médicales est ainsi étroitement unie à la religion, la pratique de la médecine devait tomber naturellement entre les mains des prêtres, de la même manière que, au moyen-âge, elle s'était trouvée dans les mains des moines de l'Europe. Il y a, du reste, plusieurs points de contact entre la constitution particulière qui gouverne les prêtres boudistes et celle qui régit le clergé catholique. Ainsi les prêtres boudistes forment un ordre à part, en dehors des laïques; ils ne se livrent à aucun travail; leur occupation continuelle est de prier et de lire les livres sacrés. Ils vivent dans des monastères, ou *kyomys*; ils sont voués au célibat, et dans quelques pays, ils poussent le scrupule jusqu'à ne jeter jamais un regard sur une femme; ils ne vivent que d'aumônes; ils ne cultivent pas la terre, et ne préparent pas leur nourriture, dans la crainte de causer la mort à une créature vivante; ils ne possèdent aucune propriété; ils considèrent toutes les occupations habituelles des hommes comme indignes de les occuper, et ils tiennent leur pensée entièrement fixée vers les vertus abstraites et vers les récompenses célestes. Au point de vue du costume, ils ont encore beaucoup de ressemblance avec les prêtres catholiques : ils portent un habillement particulier, ont la tête rasée, disent leurs prières sur des chapelets, accomplissent d'innombrables pénitences pour les fautes qu'ils ont commises, se retirent de temps en temps dans la solitude, et vivent des mois avec le peu que leur apporte la piété de quelques dévots enthousiastes. Ils semblent n'avoir aucune ambition, aucun désir de propagande; mais en fait, leur suprématie et celle de la religion qu'ils professent est si parfaitement reconnue qu'il ne saurait y avoir place parmi eux pour le développement des passions ordinaires de l'humanité; ils ne se mêlent jamais des affaires de la nation et ne donnent leur avis que lorsqu'on le leur demande; parfois ils tirent des horoscopes à la naissance des enfans, mais parfois aussi, lors de grands événemens, ils consultent les étoiles, car ils cultivent l'astrologie et la devination.

Il est facile de comprendre que ces hommes extraordinaires, qui sont dans le monde, sans en faire, en réalité, partie, placés au-dessus des tumultes des événemens humains, comme leurs maisons, bâties sur des montagnes autour des temples, ne doivent pas être de grands praticiens dans un art qui, plus que tous les autres, réclame le contact de l'homme. Bien plus leur croyance les éloigne, comme elle en éloignait autrefois les prêtres catholiques, de la pratique de plusieurs branches de la médecine, telles que les accouchemens, le traitement de la syphilis et les opérations chirurgicales. Aussi les prêtres birmans ne pratiquent-ils la médecine que par accident, et pour des motifs charitables, sans aucun but de profit et d'honneur; néanmoins, ils jouissent d'une haute réputation et sont souvent consultés dans les cas désespérés.

La classe d'hommes de loi qui pratiquent la médecine s'est formée peu à peu et a acquis une importance considérable parmi les Birmans. Parfois la médecine est menée par eux de front avec quelqu'autre occupation. Ainsi un docteur birman avec lequel M. Parkes était fort lié, et duquel il tient la plus grande partie des détails qu'il a publiés à cet égard, réunissait les fonctions de maître d'école et de docteur. On ne retrouve pas chez les Birmans, comme chez les Indous, la division des castes; néanmoins, l'étude de la médecine semble circonscrite aux mains de certaines familles, ainsi que les Asclépiades, chez les Grecs, nous en fournissent l'exemple. Les docteurs n'ont pas besoin de diplôme pour exercer, mais le public semble rechercher ceux qui ont reçu une éducation médicale régulière. Les docteurs sont, en outre, pharmaciens, ils préparent et vendent des drogues.

Un docteur, ou *sathamar*, est élevé de la manière suivante : de bonne heure on l'envoie dans un monastère, *kyomy*, où il reçoit l'enseignement des prêtres. C'est du reste l'habitude pour tous les hommes de loi un peu riches. Lorsqu'on suppose que le jeune homme est suffisamment insruit dans toutes les sciences des Birmans, il retourne auprès de son père, qui est le plus ordinairement un sathamar, et il com-

se garder de tirer une conclusion trop absolue, car j'ai pu observer d'un autre côté un grand nombre de faits desquels il résulte qu'une fois l'utérus remis en place, quel que soit l'engorgement et sans qu'on ait rien fait pour le dissiper, il y a presque toujours un soulagement si grand, si complet, si rapide qu'il ne peut pas être attribué à la disparition de l'engorgement, puisque celui-ci n'a évidemment pas pu se dissiper.

Comme exemple bien remarquable de ce fait, je vous citerai une dame que j'ai vue dernièrement. Elle avait une rétroflexion datant de neuf ans, comme cela résulte pour moi des renseignemens qui m'ont été fournis. Ce qui donne plus de prix à cette observation, c'est que pendant ces neuf ans tous les traitemens possibles de l'engorgement ont été épuisés sur cette malade : saignée, cautérisation, etc., et non seulement elle n'en avait éprouvé aucun soulagement, mais elle était devenue de plus en plus souffrante. Il y a six mois, environ, elle vint me consulter, je reconnus la rétroflexion et je commençai un traitement qu'une circonstance particulière vint interrompre. Cette dame perdit une fille unique, âgée de 14 à 15 ans, et pendant les premiers instans de sa douleur, elle ne songea plus à sa propre maladie. Enfin le traitement put être repris, je pratiquai seulement le redressement de l'utérus à l'aide de la sonde. L'utérus, ramené à sa position normale, s'y maintenait pendant quelque temps, comme il me fut facile de le constater par le toucher, et aussitôt, cette malade, qui, depuis neuf ans, souffrait continuellement, ne pouvant faire un seul pas sans souffrir et supportant à peine les cahots d'une voiture, éprouva un soulagement immédiat si marqué, qu'elle put se lever et se rendre chez elle à pied, sans souffrir. Puis, au bout de quelques heures, l'utérus ayant repris sa position vicieuse, les accidens reparurent. Le lendemain, nouveau redressement, nouveau soulagement pendant cinq ou six heures ; puis réapparition des symptômes. Après la quatrième application de la sonde, le soulagement a persisté, les douleurs ne sont pas revenues. Une période menstruelle est arrivée le lendemain, les règles ont eu leur cours régulier, la malade a dû rester quelque temps sans être examinée, et lorsque nous l'avons revue l'utérus avait conservé sa position normale.

Cette guérison est trop récente encore, pour que je puisse me croire suffisamment autorisé à la regarder comme définitive; mais si elle persiste, ce sera un cas de plus à ajouter à ceux que j'ai recueillis, où l'*application de la sonde a suffi* pour guérir une déviation.

Je n'ai cité ce fait qu'afin de vous montrer quel est le véritable rôle de l'engorgement, puisque, chez cette femme où il était considérable, l'utérus ayant 8 centimètres 1/2 de profondeur, et les conservant nécessairement encore après le redressement, il ne suffisait pas à déterminer des accidens, tous les symptômes ayant disparu en même temps que la déviation pour se produire avec elle, quand elle est revenue. Du reste, ce qui a eu lieu dans ce cas particulier, s'observe journellement, et l'on voit l'utérus conserver encore, pendant un temps plus ou moins long, un engorgement qui ne peut se dissiper instantanément pas plus dans cet organe que dans tout autre, bien que tous les symptômes aient disparu ou presque complètement disparu dès que l'utérus a été ramené à sa position normale. Mais ce point de l'histoire des déviations utérines est trop important pour être traité ainsi accidentellement, j'aurai à y revenir en temps opportun, et vous verrez alors quelle est la valeur réelle de l'engorgement dans les déviations utérines, car évidemment, c'est une condition de l'organe qui ne doit pas être comptée pour rien.

T. GALLARD,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE.

EXPÉRIENCES SUR LA DIGITALINE,

Faites par M. ANDRAL à l'hôpital de la Charité, en 1850;

Par M. le dr LEMAISTRE, ancien interne des hôpitaux, médecin à Limoges.

(Voir le dernier numéro.)

Action sur la sécrétion des reins. — Presque tous les auteurs qui ont expérimenté la digitaline lui ont reconnu une vertu diurétique. Nous pouvons, par nos observations, corroborer cette opinion. Dans la grande majorité de nos cas, nous avons obtenu une augmentation notable dans le nombre des émissions de l'urine. Les malades constataient fort bien qu'au lieu d'uriner quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures, comme telle était leur habitude, ils avaient dix, quinze, quelquefois vingt émissions dans le même espace de temps. Ils pouvaient très bien compter cela eux-mêmes et nous étions obligés de nous en rapporter à eux. Mais ce n'était pas tout que d'être sûrs que la digitaline augmentait le nombre des émissions, il fallait savoir si la quantité des urines était réellement plus considérable. Car lorsqu'un malade urine souvent, il ne faut pas en conclure qu'il rend plus de liquide. Tout le monde sait combien sont souvent fréquentes les émissions d'urine dans certaines maladies de l'appareil génito-urinaire et combien la quantité du liquide rendu est peu abondante. Alors nous avons mesuré la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures par les malades avant de leur donner le remède, puis nous avons continué à mesurer pendant l'administration de la digitaline. De cette façon nous sommes arrivés aux résultats suivans :

Dans deux cas de maladie du cœur et dans deux cas de pleurésie, nous n'avons obtenu aucune augmentation des urines. Dans l'hydatide de la plèvre, le malade a uriné à peine un peu plus qu'à l'état normal. Mais dans la plupart des autres cas, nous avons constaté une augmentation de la quantité du liquide émis. C'est surtout dans deux cas de maladies du cœur, dans un cas de phthisie et le cas d'albuminurie, que nous avons trouvé une véritable diurèse; car les urines ont été doublées, triplées, quadruplées même dans les vingt-quatre heures. En même temps, elles devenaient pâles, moins chargées, et leur densité, au lieu de 1012, 1016 comme à l'état normal, tombait à 1008, 1004, 1003.

La vertu diurétique de la digitaline a donc été évidente pour nous dans ces cas. Cette propriété ne se manifestait point du jour où le remède était administré, mais bien le troisième ou le quatrième jour de la médication, et persistait pendant deux ou trois jours d'une manière uniforme, puis elle baissait rapidement et, en quelques jours, le nombre des émissions et la quantité des urines étaient revenus au type normal, malgré la continuation du remède.

En examinant les faits ci-dessus, nous avons trouvé que là où la diurèse avait été la plus abondante, c'était dans les cas d'œdème du tissu cellulaire, qui a pu disparaître dans l'espace de quelques jours; tandis que dans les hydropisies de la plèvre, l'action de la digitaline a été peu ou pas sensible.

Cette remarque nous paraît très importante, et nous conduit à admettre que c'est dans le cas où l'œdème commence par les parties déclives, par le tissu cellulaire, pour aller de là envahir les séreuses, que la digitaline est réellement efficace; tandis qu'au contraire, dans les cas où les séreuses, la plèvre ou le péritoine, par exemple, commencent par être affectés d'hydropisies d'abord, et où le tissu cellulaire ne s'infiltre pas ou ne s'infiltre que plus tard, son efficacité nous paraît très douteuse.

Si donc nous voulions préciser les cas dans lesquels la digitaline doit être administrée, nous diviserions les hydropisies en deux grandes classes :

1° Les unes provenant d'une cause générale éloignée de l'effet;

2° Les autres d'une cause locale.

Dans la première classe, se trouvent les hydropisies produites par l'albuminurie ou les maladies du cœur : c'est dans ces cas que la digitaline doit être donnée.

Dans la seconde classe, se trouvent l'hydro-thorax, l'hydro-péricarde, les hydropisies enkystées, etc.

Dans ces cas, la digitaline aura peu ou pas d'action pour faire résoudre l'épanchement.

Ces indications, comme on le voit, sont absolument les mêmes que celles des purgatifs hydragogues; tout praticien, pour peu qu'il ait observé, sait avec quelle facilité on fait avec eux disparaître quelquefois les infiltrations de la première classe, tandis qu'on échoue le plus souvent pour les épanchemens de la seconde.

La vertu diurétique de la digitaline se développe-t-elle mieux à haute dose qu'à petite dose?

Il nous est difficile de pouvoir nous prononcer nettement sur cette question, car dans les deux cas nous avons obtenu de beaux résultats. Cependant, comme chez certains individus, à petite dose, elle ne produisait rien, tandis que à haute dose elle agissait alors que des troubles surgissaient dans l'économie, nous sommes portés à admettre que la digitaline à haute dose est plus diurétique qu'à petite dose, et que souvent ce n'est qu'en obtenant des phénomènes toxiques qu'on peut, de même que pour la digitale, obtenir une diurèse abondante avec ce remède.

Nous devons ajouter que la durée de la médication influe beaucoup aussi sur cette action. Presque toujours, en effet, ce n'était qu'au troisième ou au quatrième jour de son administration que les urines commençaient à augmenter. Il est vrai de dire que c'était vers cette époque que les doses, en général, devenaient plus fortes.

Nous avons voulu analyser cette propriété diurétique de la digitale, et nous avons cherché à élucider les deux questions suivantes :

1° Aux dépens de quels fluides la diurèse se produit-elle?

2° Cette diurèse se produit-elle par une action directe de la digitaline sur le rein ou secondairement?

La première question n'est point oiseuse; elle va nous conduire à définir ce qu'on doit entendre par diurétiques en thérapeutique, car pour nous, tout agent qui fait rendre plus d'urines dans un temps donné n'est point diurétique dans le sens médical.

Le froid, les boissons abondantes ne peuvent, en effet, être regardés comme tels.

En effet, on ne doit considérer comme vrais diurétiques que ceux qui, sans diminuer la perspiration cutanée, l'exhalation pulmonaire et les diverses sécrétions, font évacuer une plus grande quantité d'urine qu'en temps ordinaire, soit que le li-

---

mence à pratiquer.

Les études médicales que ces jeunes élèves font dans le monastère, sont, comme on le comprend, assez restreintes : on leur communique un certain nombre de règles empiriques, relativement aux maladies et à leurs symptômes. D'anatomie, pas l'ombre, bien entendu, quoiqu'il existe parmi les médecins quelques notions traditionnelles, fort erronées pour la plupart ; c'est ainsi qu'ils croient les os au nombre de 300, les muscles et les veines au nombre de 900, etc... La physiologie et la chimie sont aussi pour eux des lettres mortes ; mais en revanche on leur fait connaître une immense quantité de drogues, avec l'action qu'elles exercent sur l'économie, et les formules nécessaires pour leur emploi. On leur apprend aussi, avec grand soin, les différences qui existent entre les constitutions et les influences des saisons sur chacune d'elles. En réalité, c'est une médecine complètement empirique, qui ne s'arrête pas aux causes, mais bien aux effets, qui ne poursuit pas l'exposition physiologique d'une maladie, mais ses symptômes prédominans et ses résultats terminaux. Peut-être, en y regardant de près, pourrait-on saisir, dans cette pratique grossière des médecins du pays des Birmans, une lueur affaiblie de cet art, parvenu à sa perfection sous Hippocrate, de cet art qui prit naissance chez les Grecs dans l'observation et la comparaison rigoureuse des symptômes et du soulagement apporté par les remèdes.

Pour donner une idée de l'ensemble des règles et des principes avec lesquels le docteur birman commence la pratique de la médecine, M. Parkes a fait un extrait d'un ouvrage sur la médecine, qui lui a été remis par un médecin birman son ami, et qui présente, suivant ce dernier, le résumé de ces principes. Ce livre est un des traités les plus courts de leur littérature médicale, qui, à ce qu'il paraît, est fort riche. Il est écrit dans la langue des livres sacrés, c'est-à-dire en *pali*, variété du sanscrit, mais en caractères birmans ronds, et mélangé de beaucoup de mots birmans. Bien que M. Parkes se soit fait aider, pour le traduire, de deux personnes versées dans la connaissance du pali, et en particulier d'un sathamar, il lui a été impossible, en divers endroits, d'en déchiffrer le véritable sens.

Ce livre s'ouvre par une préface contenant une longue invocation à Gaudama, le dernier boud, destinée à célébrer sa puissance et sa bonté, et dans laquelle l'auteur exprime le désir de l'imiter. La vie de Gaudama, ses nombreuses transformations, les moyens par lesquels il est devenu boud, ou incarnation de la divinité, sont détaillés fort au long. Vient ensuite une énumération des neuf planètes, ou jours de la semaine gouvernés par elles ; puis celles des constellations, au nombre de vingt-sept. Les jours de la semaine, les planètes et les constellations sont tous unis entre eux par des liens mystérieux. Aussi, le nom des premiers est-il dérivé de celui des dernières.

Après cette préface vient une longue description des différens *tempéramens*, au nombre de cinq. Ils existent en différentes proportions chez tous les hommes; mais leur proportion varie suivant les personnes et les saisons. Il n'est pas dit que ces tempéramens soient reconnaissables à quelques signes physiques extérieurs; mais il n'en est pas moins curieux de voir que l'un de ces tempéramens est regardé comme accompagné d'un excès de bile; un autre comme produit par un excès de phlegme; et un troisième comme produisant la folie lorsqu'il est en excès; de sorte que l'on trouve dans cette division les traces de ces tempéramens bilieux ou cholérique, phlegmatique et nerveux, dont la connaissance nous a été léguée par les Grecs; lesquels, suivant toute probabilité, ne le signalèrent qu'à une époque bien plus rapprochée de nous. L'excès ou le défaut dans les tempéramens produit la maladie, et ses variations dépendent, soit des conditions extérieures, telles que des changemens de saison, etc., soit de l'influence des démons ou des esprits infernaux. Le trouble du premier tempérament (*ta-so-dah*) produit la fièvre, par suite frisson, horripilation; le malade est languissant, démoralisé; dégoût pour les alimens, etc. Le trouble du second tempérament (*wy-o-dah*) produit les maladies de la poitrine et de la tête. Si c'est la tête qui est affectée, il y a des éternuemens, de la toux, des vomissemens, de l'affaiblissement de la vue, de la surdité, de la langueur, des douleurs dans les membres, des crachats épais, parfois des gonflemens vers les pieds et des picotemens vers les yeux. Si la tête est plus particulièrement affectée, il y a de la douleur, ou au contraire une insensibilité partielle de la peau ; la moitié du corps peut être insensible ; la face est déviée d'un côté; la langue est embarrassée et engourdie. Les doigts sont le siége de fourmillemens; les mains et les pieds deviennent crochus; la colonne vertébrale s'incurve. Si *ar-bo-dah*, le troisième tempérament, est malade, c'est la peau qui est affectée. De là les maladies vénériennes cutanées. La peau devient d'une couleur cuivrée, ou comme de la chair rouge, ou d'une couleur rouge-pâle, ou comme de la cire; il y a des taches sur la peau et des démangeaisons; l'épiderme se fendille. Un dérangement considérable de ce tempérament produit la petite-vérole, la varicelle et la lèpre. Le quatrième tempérament, ou *put-da-wye-dah*, détermine les maladies intestinales, la diarrhée et le gonflement de l'abdomen. Le cinquième tempérament (*ar-can-dhar-dah*), lorsqu'il est augmenté, produit un état particulier de sécheresse avec desquammation de la peau; d'autres fois, lorsqu'il est diminué, il en résulte de grandes transpirations avec amaigrissement; la sueur est trouble. Les cinq tempéramens ne sont pas tous également affectés : avant l'âge de 16 ans, c'est le phlegme qui prédomine; de 16 à 32, c'est la bile, et après cette époque, c'est de nouveau le phlegme. Vient ensuite une exposition de la manière suivant laquelle ces tempéramens ou élémens du corps, c'est ainsi qu'on peut les appeler, sont influencés par les saisons. Ainsi, *ta-so-dah*, dont le trouble donne naissance aux fièvres, domine en avril, en août et en décembre; *ar-bo-dah* en octobre et en juillet, etc.

(*La suite au prochain n°*) Dr ARAN.

PRIX JACKSON. — Ce prix, qui a été fondé par J. Jackson et qui est distribué annuellement par le conseil du collége royal des chirurgiens à l'auteur du meilleur essai sur un sujet donné, a été accordé à M. le docteur E. Crisp, pour sa dissertation *sur les causes, le diagnostic et le traitement des obstructions de l'intestin dans la cavité abdominale.* M. Crisp avait déjà obtenu un prix pour un travail dont nous avons rendu compte, *sur la structure et les maladies des vaisseaux sanguins.*

quide émis en plus grande abondance provienne de la masse du sang, soit qu'il provienne d'une infiltration séreuse anormale dans les tissus.

Pour savoir si la digitaline agissait ainsi, nous avons comparé la quantité de liquide émis en vingt-quatre heures sous l'influence du remède, avec la quantité du liquide absorbé dans le même espace de temps, en tenant compte approximativement de l'eau qui existait dans les alimens, et nous avons trouvé que les urines ont, dans quelques cas, doublé, triplé les liquides ingérés. Cela nous prouve évidemment que ce n'était pas seulement aux dépens des boissons, comme dans le diabète sucré, des exhalations cutanée et pulmonaire, comme il arrive, sous l'influence du froid, que la diurèse avait lieu, mais encore aux dépens des liquides normaux de l'économie, et surtout des liquides morbides quand il s'en trouvait, ce qui est le plus important au point de vue thérapeutique.

Pour arriver à la solution de la seconde question, à savoir si la digitaline agit directement sur le rein, nous avons remarqué que la diurèse ne se produisait jamais sans le ralentissement de la circulation, mais toujours après ce ralentissement; nous en avons conclu que le second phénomène était la conséquence du premier, c'est-à-dire que la digitaline n'agit point sur les reins, et qu'elle n'augmente la sécrétion urinaire qu'en ralentissant la circulation.

Action sur l'innervation. — Aux doses données par nous, plusieurs malades n'ont eu en rien leur système nerveux influencé par la digitaline, mais il n'en a pas toujours été ainsi. Dans un grand nombre de cas, les premiers jours de la médication, le malade a accusé du sommeil pendant le jour. En général, ce sommeil variait de un quart d'heure à trois heures de durée, et cela quoique le sommeil de nuit fût plus long qu'auparavant. Ce sommeil ne se manifestait qu'au début de la médication, alors qu'aucun autre trouble n'avait encore surgi dans l'économie, et puis au bout de peu de jours le malade ne le ressentait plus. Ce sommeil était calme et ne fatiguait nullement les malades. Il provenait de l'action directe de la digitaline sur le cerveau.

D'autres fois, au début, le malade n'éprouvait qu'une simple lassitude. Il se trouvait un peu plus fatigué qu'à l'ordinaire. Mais plus tard, alors que des phénomènes d'intoxication apparaissaient, alors que les troubles du côté de l'estomac et de l'intestin se manifestaient, il arrivait parfois un second sommeil bien différent du premier; c'était un sommeil lourd avec rêvasseries, très fatigant pour la malade. Ce sommeil s'est montré bien moins fréquemment que le premier.

Le plus souvent, les autres troubles de l'innervation étaient les suivans :

Le malade éprouvait d'abord un malaise général; la tête devenait lourde, pesante, embarrassée; le sommeil, au lieu d'être augmenté, était non seulement diminué, mais encore troublé, agité par des rêves effrayans, ou même aboli et remplacé par une agitation continuelle. Bientôt, céphalalgie de plusieurs heures de durée, avec trouble de la vue; diplopie même une fois. C'est alors que des bouffées de chaleur se manifestaient, et que les vomissemens survenaient.

A un degré plus avancé, le malade éprouvait des étourdissemens, des vertiges, tels, que, s'il se levait, il était forcé de s'asseoir, et que même, assis quelquefois, il était obligé de reprendre la position horizontale. D'autres fois, il existait une faiblesse extrême; le système nerveux était déprimé; des lypothimies même ont été notées. Chez un malade, l'intelligence fut trouvée affaiblie avec l'air hébété, et les réponses lentes, tardives.

Tous ces phénomènes, dits d'intoxication, n'arrivaient presque jamais, comme nous l'avons annoncé, dès les premiers jours de la médication, mais bien vers le quatrième ou cinquième, et provenaient ou bien de la durée du traitement, ou bien de l'élévation de la dose à quatre, cinq, six granules. Cependant, à dix granules par jour, chez un individu, nous avons constaté une tolérance parfaite, sans aucun phénomène appréciable, provenant de la digitaline. Il est vrai de dire aussi que chez un adolescent, la dose de deux granules, donnée une seule fois, a causé tous les accidens précités, et à un haut degré. Mais ces deux cas sont exceptionnels.

Il en était de ces troubles de l'innervation comme des troubles de l'appareil digestif. Ils cessaient ou disparaissaient sitôt qu'on diminuait la dose ou qu'on cessait la médication.

CONCLUSIONS.

De tous les faits que nous venons d'examiner, nous devons conclure que la digitaline doit être administrée :

1° Dans les maladies chroniques du cœur, alors que le pouls est élevé et la circulation irrégulière. Cette substance a la vertu de ramener le pouls à son type normal;

2° Dans tous les cas d'hydropisie provenant soit d'une maladie du cœur, soit d'une altération du sang, comme dans l'albuminurie, la digitaline facilite la diurèse et dissipe ainsi les infiltrations séreuses.

Quant aux autres maladies dans lesquelles on l'a préconisée, telles que les fièvres intermittentes avec M. Bouillaud, la phthisie pulmonaire avec MM. Hervieux et Rayer, les palpitations chlorotiques ou nerveuses avec MM. Sandras et Bouchardat, nous dirons que nous n'avons pas assez de faits pour nous prononcer d'une manière affirmative sur de telles questions; mais que, d'après le peu de résultats obtenus par nous dans ces différens cas, tout nous porte à croire que, dans les maladies inflammatoires, dans la fièvre intermittente, dans les palpitations nerveuses, etc., l'effet de la digitaline est bien secondaire, si toutefois il existe.

A quelle dose la digitaline doit-elle être administrée?

Nous avons observé qu'à deux, trois granules par jour, nous obtenions presque toujours des effets très notables et sur la circulation et sur les urines, sans qu'il arrivât d'effets toxiques; tandis qu'à quatre ou cinq granules nous constations à peu près constamment des accidens. Nous sommes donc tout naturellement porté à conseiller de ne jamais donner que deux ou trois milligrammes par jour, et à ne dépasser cette dose que dans certains cas exceptionnels.

La forme pilulaire dite *granule* qu'a adoptée un des inventeurs, M. Quévenne, nous paraît le moyen le plus simple d'administrer le remède.

On peut faire fondre le granule dans un peu d'eau quand les malades se refusent à le prendre solide.

Au lieu du granule, on peut encore employer l'alcoolé de digitaline qui renferme environ trois milligrammes par trente gouttes. Cette préparation est très bonne pour administrer en potions.

Si nous comparons les effets de la digitaline à ceux que nous avons obtenus avec la digitale dans quelques expériences comparatives, nous trouvons qu'ils sont les mêmes, à la différence près d'une plus grande irritation sur la muqueuse digestive par la digitale. Cet inconvénient, joint aux mécomptes que cette dernière substance fait souvent éprouver, à cause de sa qualité différente, suivant qu'elle provient de telle ou telle pharmacie, nous engage fortement à lui préférer la digitaline, d'autant plus que celle-ci, telle qu'on l'a mise dans le commerce sous forme de granule, réunit, à l'avantage d'une administration facile, un dosage toujours sûr, car elle est inaltérable.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 24 Mars 1852. — Présidence de M. BOUVIER, vice-président.

M. BOUVIER entretient la Société des résultats qu'il a obtenus à l'hôpital des Enfans, depuis qu'il emploie contre la gale le traitement institué par M. Hardy à l'hôpital Saint-Louis. Ces résultats ne concordent pas entièrement avec ceux qui ont été annoncés par M. Hardy, bien que ce mode de traitement ait été identiquement le même. Toutefois, il est possible que les frictions n'aient pas été faites avec le même soin et surtout avec la même vigueur à l'hôpital des Enfans qu'à l'hôpital St-Louis. M. Bouvier avoue qu'il n'est pas encore complètement édifié sur cette circonstance dont il reconnaît d'ailleurs toute l'importance. Toujours est-il que, jusqu'à ce jour, il a trouvé, dans la moitié des cas environ, des acarus vivans et des sillons intacts, après les deux heures de traitement. De plus, après avoir fait répéter le traitement, il a constaté encore l'existence des acarus dans un certain nombre de cas; et il a fallu recourir à une troisième friction. Selon lui, on pouvait prévoir, *à priori*, un semblable résultat, car le nombre des acarus doit varier beaucoup chez les galeux; et lorsqu'ils sont nombreux, il est difficile qu'ils soient tous atteints par une seule friction. Si on pouvait remplacer la pommade par un liquide qui eût également la propriété de détruire immédiatement les acarus, il croit que le succès serait beaucoup plus complet.

M. DEVERGIE demande à M. Bouvier s'il a observé un grand nombre d'éruptions secondaires.

M. BOUVIER n'en a vu survenir qu'un petit nombre; mais il a vu persister les éruptions qui préexistaient à la friction.

M. DEVERGIE fait remarquer que l'on pouvait croire que le traitement agirait avec plus d'énergie et de rapidité sur les enfans que sur les adultes. Cette précision ne s'étant pas réalisée, il est à désirer que M. Bouvier continue son expérimentation. M. Devergie dit qu'il a fait des expériences sur l'acarus, et qu'il a recueilli des matériaux qu'il se propose d'utiliser ultérieurement. Il a constaté que le chloroforme et l'huile de cade surtout tuaient les acarus très rapidement. Tandis qu'un corps gras simple ne les tue qu'au bout de huit à dix heures. Le seul inconvénient que présente l'huile de cade, c'est son odeur désagréable, car elle n'est pas irritante, et ne produisait pas d'éruptions secondaires. M. Bazin l'a d'ailleurs employée avec succès sous forme de pommade, pour guérir la gale. M. Devergie rappelle à M. Bouvier qui voudrait remplacer la pommade par un liquide, que l'on guérit parfaitement la gale avec les bains de sublimé.

M. BOUVIER sait que l'on peut guérir la gale avec les bains de sublimé; mais il demande un liquide qui puisse tuer les acarus aussi rapidement que le fait la pommade. Or on ne peut pas employer une solution de sublimé assez concentrée pour parvenir à tuer les acarus à l'aide d'un seul bain.

M. BARTHEZ (François) dit avoir vu employer, il y a vingt ans environ, une pommade au sublimé avec laquelle on guérissait la gale en une seule friction.

M. BRICHETEAU rappelle qu'il y a quarante ans, les lotions de sublimé avaient été adoptées dans l'armée par le ministre de la guerre, pour le traitement de la gale.

M. LEGENDRE fait observer que l'onguent citrin, employé longtemps avec succès contre la gale, était également une préparation mercurielle, mais que l'on a été obligé de renoncer à son emploi, parce qu'il déterminait la salivation. Il voudrait que les liquides expérimentés par M. Devergie fussent essayés à travers l'épiderme. Si, en adoptant ce mode d'expérimentation, on obtenait le même résultat, ils pourraient remplacer avantageusement la pommade; car le succès des frictions tient à ce que cette pommade renferme des corpuscules durs qui déchirent les sillons.

M. BOUVIER fait remarquer qu'en préparant la pommade comme la indiqué M. Hardy, ces petits corpuscules n'existent pas, et que, cependant, le succès n'est pas douteux.

M. DEVERGIE est convaincu que les liquides précités tuent l'acarus, mais il n'a pas acquis la certitude qu'ils tuent également les œufs.

M. LEGENDRE croit que le traitement employé à l'hôpital Saint-Louis ne produirait pas en ville un résultat aussi avantageux, car il est très difficile d'y faire purifier les vêtemens des malades. Or, c'est là un obstacle à la guérison, attendu que ces vêtemens peuvent renfermer des œufs, et que la gale reparaît alors quelques jours après, bien qu'elle ait été réellement guérie. A l'hôpital, au contraire, il est facile d'obvier à cet inconvénient.

M. MAROTTE pense qu'il serait nécessaire de s'assurer d'une manière positive, si les malades qui ne font pas purifier leurs vêtemens peuvent contracter de nouveau la gale en reprenant immédiatement les mêmes vêtemens. Car, s'il en était ainsi, il y aurait un grave inconvénient à ne garder les malades que deux heures à l'hôpital et à les renvoyer sans avoir soumis leurs vêtemens à une fumigation sulfureuse ou chlorurée.

M. BOUVIER répond que cet inconvénient peut être facilement évité et que rien ne s'oppose à ce que l'on soumette les vêtemens des galeux à une fumigation, en même temps qu'on leur fait pratiquer les frictions.

Le secrétaire, Ch. LÉGER.

RÉCLAMATION.

M. Auzias-Turenne nous adresse une réclamation au sujet du travail de M. le docteur Vénot, de Bordeaux, publié dans ce journal, et reproduit du *Journal de médecine de Bordeaux*. Nous n'avons pas à nous immiscer dans une polémique que nous n'avons pas provoquée. Il nous suffira de dire que pour nous, comme sans doute pour M. Vénot, la moralité personnelle de M. Auzias n'a jamais été mise en cause ni en doute, et qu'il ne s'agit que d'un fait expérimental et pratique dont il est permis et dont tout critique a le devoir de discuter la valeur morale.

Amédée LATOUR.

Paris, le 28 avril 1852.

Monsieur le rédacteur,

On me communique les numéros de l'UNION MÉDICALE du 6 et du 8 avril, dans lesquels, non seulement mes idées sur la *syphilisation* se trouvent travesties (j'y suis habitué et je ne m'en plaindrai pas), mais encore où l'on va jusqu'à mettre en cause ma moralité. J'use de mon droit et j'accomplis un devoir, en protestant, dans l'UNION MÉDICALE elle-même, contre ces attaques, dont l'auteur est M. Vénot que je ne connais pas.

Les deux articles dans lesquels mon honneur est outragé, ont été lus, dites-vous, à la Société de médecine de Bordeaux et publiés dans le recueil de cette Société. Je ne doute pas que le président de cette compagnie, qui doit être en même temps le directeur de ce recueil, n'ait la loyauté de communiquer à l'une et d'insérer dans l'autre ma protestation.

Jusqu'à présent, Monsieur, je me suis abstenu de répondre aux injustes attaques, aux insinuations déloyales et aux allusions malveillantes dont ma doctrine et ma personne étaient l'objet. Je n'ai pas même réclamé contre le retentissement que vous avez donné à l'observation d'une syphilisation mal faite, et dont je n'avais point à rendre compte, parce qu'elle n'était pas mon œuvre. Il m'aurait d'ailleurs répugné, d'une part, de toucher à une question délicate d'individualité, et, d'autre part, de me mêler à une polémique passionnée, tant je redoute de me dévier de la voie scientifique et de devenir, par représailles, injuste envers mes adversaires! Mieux vaut cent fois être victime que coupable d'une injustice. Mais je ne veux pas souffrir que personne touche à mon honneur!

Quant à ma doctrine scientifique sur la syphilisation, M. Vénot la condamne avant d'en connaître le premier mot. Faut-il donc que je proteste tous les jours contre cette idée perfide de *saturation syphilitique* pour qu'on cesse de me l'imputer à crime? M. Vénot me fait dire tout le contraire de ce que j'ai écrit, puis il taxe ma pensée de ridicule. Que vos lecteurs s'amusent à relire dans le n° du 8 avril, les premières lignes fort bizarres de sa quatrième observation, et je serai dix fois vengé de ce reproche par la peine du talion que M. Vénot a pris soin de s'infliger lui-même.

Il m'a semblé que les auditeurs de mes cours saisissaient mieux le phénomène nouveau et complexe de la syphilisation, à l'aide d'une comparaison matérielle. J'ai supposé un voyageur qui gravissait et qui descendait les deux versans d'une montagne; j'ai considéré les chancres comme des étapes, et j'ai admis par fiction que le plus fort de la vérole du voyageur correspondait au milieu de sa route, c'est-à-dire au sommet de la montagne. Je savais bien que cette comparaison grossière n'était qu'une image imparfaite de la réalité. Je ne m'en suis servi et je ne l'invoque encore aujourd'hui que pour faciliter les études de ceux qui cherchent à comprendre la syphilisation. J'espérais qu'ils en choisiraient le côté sérieux et utile. Pourquoi M. Vénot a-t-il eu le mauvais esprit de faire le contraire? Je n'ai donc pas placé l'immunité à la crête de la montagne, comme il le suppose gratuitement, mais au terme du voyage.

Je suis, au reste, plus que personne, partisan de la simplicité et de la réserve dans l'expression en syphilographie; et, puisqu'on prétend parler *morale*, j'appelle de mes vœux une réforme dans les habitudes du langage de cette branche de la médecine. Ne devrait-on pas y éviter les phrases équivoques à l'endroit des mœurs et tout ce qui peut tendre à profaner le sanctuaire de la famille? Mais Dieu me garde de faire ici la moindre allusion à qui que ce soit, et en particulier à M. Vénot! Je ne veux que me justifier d'un reproche qu'il m'adresse.

Où serait donc l'immoralité dans la syphilisation? L'inoculation a été permise pour satisfaire une curiosité scientifique; serait-elle coupable quand elle guérit et préserve d'une affection contagieuse?

Cela se réduit en définitive à la solution d'une question des plus sim-

ples. *La syphilisation guérit-elle la vérole?* Je n'hésite pas à répondre : *oui.* Que de gens, en effet, atteints de véroles rebelles au traitement ordinaire, ont trouvé leur salut dans la syphilisation? Si vous désirez des faits qui le prouvent, vous en aurez assez pour en remplir vos colonnes. N'ai-je pas montré des faits à mon cours, dont la *Gazette médicale de Toulouse* est aujourd'hui le fidèle écho? N'en ai-je pas porté des échantillons à l'Académie royale de médecine de Belgique, dans la séance du 19 mars dernier, où j'ai eu l'honneur d'être admis à parler sur la syphilisation? Je m'étais rendu à Bruxelles à l'appel bienveillant de M. Seutin, qui m'avait convié à son banquet.

J'ai une ferme confiance dans les destinées de la syphilisation. Les esprits éclairés et impartiaux reconnaîtront sans peine qu'elle revêt tous les attributs des découvertes faites dans notre science. Les voici d'après M. Risuëno d'Amador : « Les caractères de la vraie découverte en médecine sont : 1° d'être niée, méprisée, persécutée à son apparition; 2° d'avoir l'air d'un paradoxe. » M. Arago dit à son tour : « Si vous trouvez une chose dans les sciences, attendez-vous à rencontrer deux sortes de contradicteurs, ceux qui la nieront et ceux qui prétendront l'avoir découverte avant vous. » La syphilisation reflète donc exactement l'histoire de toutes les grandes conquêtes médicales. Elle est sœur cadette de la *circulation* et de la *vaccine.*

N'est-il pas vrai que cinquante années après l'immortelle découverte de Harvey, la *circulation* était repoussée de la Faculté de médecine de Paris, sous le décanat de Denyan? N'est-il pas vrai que l'inoculation de la petite-vérole a été condamnée comme un meurtre? Des volumes n'ont-ils pas été écrits, et les parlemens n'ont-ils pas rendu des arrêts contre la vaccine, aujourd'hui obligatoire par devant la loi, comme un certificat de bonnes vie et mœurs? Le quinquina n'a-t-il pas mis cent ans à se faire agréer? Vous connaissez l'épitaphe de cette vile écorce par Guy-Patin :

Barbarus ipse jacet, sine vero nomine cortex.

Vous parlerai-je de la guerre acharnée faite à l'antimoine? Vous citerai-je les tribulations du mercure qui ont encore un cachet d'actualité?

Bien loin de moi la prétention de m'égaler aux auteurs des plus grandes découvertes! Mais les besoins de ma défense exigent impérieusement que je mette la syphilisation sous l'égide de ses devancières.

Ce n'est pas que je veuille l'exempter de son tribut obligé de lutte et de martyre. L'épreuve de la moquerie est la torture légitime de toute vérité naissante, et la calomnie, son baptême. Mais j'ai lieu de m'étonner, Monsieur, que cette consécration me vienne de votre part, avec l'autorisation des confrères honorables qui composent le comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE!

Je n'ai pas d'ailleurs à me plaindre. Une seule vie sauvée, une seule souffrance soulagée m'indemnise des persécutions que m'attire la syphilisation. Mais la plus cruelle et la plus odieuse de toutes, c'est l'accusation d'immoralité. Je dois à mes confrères, je me dois à moi-même de la repousser énergiquement.

Agréez, etc. AUZIAS-TURENNE.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Avril 1852.

Nouvelles recherches sur la curabilité du ramollissement cérébral; par le dr Max. DURAND-FARDEL, médecin-inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, etc.

Le ramollissement cérébral peut-il guérir? Avant de répondre à cette question, il faut bien s'entendre sur le sens qui doit lui être attribué. Pas plus que pour l'hémorrhagie cérébrale, la guérison n'a rien d'absolu. Ainsi, pour les foyers hémorrhagiques, ils ne peuvent disparaître entièrement; ils laissent pour trace indélébile de leur existence une cicatrice ou une cavité, qui altère, dans une étendue plus ou moins considérable la disposition et la consistance des fibres cérébrales. Sous le rapport des symptômes, le retour des fonctions cérébrales, si profondément altérées dans cette maladie, ne s'opère qu'à un degré compatible avec le siége et l'étendue de la cicatrice du cerveau. On voit à quel prix s'opère la guérison des foyers hémorrhagiques du cerveau et quelle restriction comporte le mot de curabilité ou de guérison de l'hémorrhagie cérébrale. Il en est exactement de même pour le ramollissement cérébral; mais cependant avec quelques différences, qui tiennent surtout à la marche des deux maladies. En effet, une fois l'hémorrhagie cérébrale accomplie, si la vie ne devient pas complètement incompatible avec le siége et l'étendue de l'épanchement, le travail de guérison ou celui de réparation commence par la résorption du sang, la formation d'une membrane,... etc. La maladie a atteint, du premier coup, son plus grand développement; elle ne peut que décroître. Il n'en est pas de même du ramollissement : c'est une altération dont la marche est d'abord essentiellement croissante; et si on la voit aussi tendre peu à peu vers un mode de guérison ou de terminaison, que caractérise en dernier ressort la résorption et la disparition de la substance ramollie, ce n'est que, après avoir subi les transformations et des changemens successifs, dont les foyers hémorrhagiques ne nous offrent aucun exemple. Il est bien vrai que le ramollissement simule quelquefois, à s'y méprendre, le développement instantané et la marche décroissante qui caractérise l'hémorrhagie. Mais on sait maintenant que c'est à la congestion générale qui accompagne souvent le début du ramollissement qu'on doit attribuer cette apparence symptomatique. Lorsqu'un ramollissement cérébral est une fois passé à l'état chronique, les symptômes qui en dépendent paraissent aussi étroitement liés qu'après une hémorrhagie, à l'altération matérielle de la pulpe nerveuse à la destruction d'une portion des fibres cérébrales, dues à une déchirure instantanée dans un cas, à une désorganisation graduelle dans l'autre.

M. Durand-Fardel rapporte ensuite sept observations, destinées à montrer les diverses phases par lesquelles passe le ramollissement cérébral pour arriver à la guérison. En résumé, dit-il, il est démontré que le ramollissement cérébral, parvenu à l'état chronique, peut guérir à la manière des foyers hémorrhagiques, c'est-à-dire en se limitant, et en subissant un travail de résorption de la substance ramollie, analogue à la résorption du caillot dans l'hémorrhagie; mais cette résorption qui, arrivée à son dernier terme, produit des ulcérations à la surface du cerveau, des cavités où de vastes déperditions de substance, dans la profondeur de cet organe, succède à des transformations, dont les caractères les plus importans sont des *plaques jaunes* à la surface du cerveau, des *infiltrations celluleuses* dans la substance médullaire. La filiation de ces plaques jaunes et de l'infiltration celluleuse est démontrée de la manière la plus convaincante par les observations nombreuses, où l'on a pu suivre leur tranformations aux dépens d'un ramollissement seulement pulpeux.

Voici pour la partie anatomique de la question. Quant aux symptômes, dit M. Durand-Fardel, nous avons vu que des individus, ayant présenté pendant la vie des symptômes cérébraux graves, ou avaient guéri complètement de ces accidens, ou n'en avaient conservé que des traces exactement semblables à celles que laisse la cicatrisation des foyers hémorrhagiques du cerveau. On trouvait, à l'autopsie, tantôt un ramollissement qui semblait être resté stationnaire depuis une époque plus ou moins éloignée, tantôt un ramollissement transformé, et offrant des caractères de réparation ou de cicatrisation; tantôt encore la nature de l'altération anatomique se trouvait confirmée par celle des symptômes observés; tantôt l'origine des symptômes était prouvée par la nature de l'altération anatomique. Dans certains cas, aucun symptôme ne fut observé. Mais il fallait bien supposer qu'il en avait existé, et qu'ils avaient guéri.

Ces différens faits, dit en terminant M. Durand-Fardel, ceux où la vie a persisté pendant des années avec un léger degré de paralysie, comme par suite d'un foyer hémorrhagique guéri, ceux où tous les symptômes avaient disparu depuis une durée de temps illimitée, prouvent, quels que soient les caractères des lésions, trouvées consécutivement, que le ramollissement cérébral n'a pas cette marche fatale qui lui est généralement attribuée, que le pronostic que l'on porte habituellement sur cette maladie doit être modifié, qu'un individu affecté de ramollissement peut voir les accidens ou disparaître complètement, ou plus souvent s'amoindrir, se borner et persister seulement sous cette forme, et dans cette limite qui ont permis d'établir que l'apoplexie, avec épanchement de sang, est susceptible de guérison.

NÉCROLOGIE.

Une mort prématurée vient d'enlever à l'âge de 48 ans un de nos plus honorables confrères.

Le docteur Boulay, dernier membre d'une famille qui a fourni plusieurs générations recommandables de praticiens, soit à la chirurgie militaire, soit à la médecine civile, se trouvait lui-même chirurgien des armées lorsqu'éclatèrent les événemens de 1830. Ce fut à cette occasion que des rapports officiels le signalèrent à la reconnaissance publique et qu'il reçut un légitime avancement pour son activité et son zèle infatigable au milieu des nombreuses victimes de cette révolution.

Au bout de dix années, il quitta le service militaire où il aurait pu conquérir une position brillante, il s'agissait pour lui de succéder à son père qu'il venait de perdre avant l'âge et que de nombreux services militaires avaient élevé au poste de médecin de la maison de St-Denis dès l'origine de la légion-d'honneur.

En 1832, parmi tant de médecins dont le dévoûment sera l'éternel honneur de la médecine française, le docteur Boulay se fit remarquer par le courage et l'abnégation complète qu'il déploya au milieu des malheureux frappés par l'épidémie et s'il échappa aux dangers qui firent tant de victimes dans nos rangs, sa santé reçut un ébranlement dont elle ne se releva jamais. Le sentiment de ses fatigues lui fit désirer de changer sa vie et de se retirer à la campagne, il choisit les environs de Houdan (Seine-et-Oise). Là commença pour le docteur Boulay une existence où il se retrouve avec toutes les éminentes qualités de cœur et d'esprit qui le distinguaient. Praticien rare à rencontrer dans une province, il parcourut sa carrière en recueillant l'estime et l'affection de tous. Qui pourrait s'en étonner quand on sait qu'il mit ardemment au service d'une population laborieuse et souvent peu aisée tout ce qu'il avait acquis de science pratique et qu'il plaça son bonheur, toutes les fois qu'il le put, à servir de lien entre la bienfaisance du riche et les besoins du pauvre, car il était à la fois le médecin de la chaumière et du château? Ceux de nous qui l'ont connu ont été frappés du soin qu'il mettait, au milieu de sa vie nomade, à se tenir au courant de la science et de l'enthousiasme qu'il montrait en parlant des hommes éminens de notre profession dont il avait suivi les enseignemens. Il n'y avait qu'une seule chose alors que sa modestie ne lui permettait pas de découvrir, c'est que ces sommités de la science l'avaient apprécié et souvent honoré des marques de leur sympathie. Notre regrettable confrère était en tout un esprit exact évidemment clair et lucide et se servant toujours d'un langage précis sans sécheresse. D'une nature douce qui se faisait aimer aux premiers abords, la calme surface de son humeur n'était parfois troublée que sous l'influence d'une forte excitation nerveuse. En effet, une grande partie de sa vie fut tourmentée par des souffrances nerveuses auxquelles semblaient l'avoir voué sa constitution originelle et quelques affections morales vivement senties. Par la plus désastreuse des coïncidences, c'est dans de telles conditions que son organisme eut à subir les atteintes d'une intoxication saturnine. Il serait trop long de dérouler ici les différentes péripéties de cet événement qui fut aussi singulier dans sa cause que fatal à la santé de notre confrère. Depuis ce jour ses forces ne répondirent plus à ses fatigues et c'est au milieu de ses pénibles devoirs qu'une hémorrhagie foudroyante provenant de la rupture d'un anévrysme interne est venue l'enlever à la tendresses des siens, à l'affection de ses amis dont la foule, parmi laquelle on pourrait citer d'illustres noms, l'a accompagné à sa dernière demeure.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — L'Académie des sciences vient de procéder à la nomination de la commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix fondé par M. de Monthion, et destiné à récompenser les inventions qui peuvent rendre un art ou un métier moins insalubre. Cette commission se compose de MM. Dumas, Payen, Rayer, Chevreuil et Pelouze.

SUICIDE. — On écrit de Cambrai : « Jamais peut-être la monomanie du suicide n'a existé d'une manière plus frappante que chez Démosthène Cattelain, menuisier, âgé seulement de vingt-un ans. Plusieurs fois retiré de l'eau où il s'était précipité, sauvé des suicides par strangulation qui avaient eu un commencement d'exécution, Démosthène s'était dernièrement porté un coup de couteau dans le ventre. Cette blessure n'était pas encore parfaitement guérie, lorsque, dimanche dernier, le jeune Cattelain quitta tout-à-coup ses camarades, avec lesquels il s'était gaîment amusé pendant plusieurs heures au tir à l'arc, et se glissa dans une grange, où il se pendit à une poutre. Cette fois, personne ne vint au secours du malheureux monomane, qui ne fut retrouvé que le lendemain, quand il était mort depuis longtemps. »

CONSEILS D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ PUBLIQUE. — Un décret en date du 23 avril institue des conseils d'hygiène et de salubrité publique en Algérie.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE EN ESPAGNE. — Ce corps comprend 3 directeurs aux appointemens de 7,500 francs, plus 2,500 francs de frais de bureaux; 4 sous-directeurs à 6,000 francs; 9 *consultores* (inspecteurs) à 4,500 francs et 14 *vice-consultores* à 3,600 francs; 86 médecins de première classe, à 2,700 francs; 118 de deuxième classe, à 2,000 francs. Les sous-aides ne touchent que 1,250 francs. On voit que les médecins militaires sont bien autrement maltraités en Espagne qu'en Angleterre, en France et aux États-Unis, où les appointemens des inspecteurs varient entre 50 et 9,000 francs, et ceux des médecins et chirurgiens ne descendent pas au-dessous de 3,000 francs.

AVIS A LA SOCIÉTÉ PROTECTRICE DES ANIMAUX. — *La Gazette médicale de Turin* rappelle, dans un de ses derniers numéros, un fait qui n'est pas de nature à donner une grande idée des habitudes de civilisation et d'humanité de la municipalité de cette ville. Par un arrêté du 15 mars dernier, il avait été décidé que les chiens vaguans dans les rues sans muselières seraient pris et tués. Or, veut-on savoir comment l'arrêté a été exécuté : Ces animaux ont été mis à mort le 16, dans un lieu très fréquenté, à Porta-Palazzo, et à *coups de bâton.* Le Journal de médecine auquel nous empruntons le fait, dit que ces assomades ont été accomplies au milieu de l'indignation des spectateurs; nous n'avons pas peine à le croire. Mais nous sommes seulement étonné que la municipalité de Turin ne fasse pas servir les rigueurs de son arrêté à l'avancement de la science, en dirigeant les animaux pris dans les rues sur l'école vétérinaire, où ils seraient gardés en dépôt, et pourraient être réclamés pendant quelques jours, puis seraient mis à la disposition de cette école, pour des expériences physiologiques et autres.

ÉPIDÉMIES. — Une très grave épidémie de variole règne en ce moment dans le Maestrygo, province d'Espagne. Les journaux de médecine d'Espagne appellent, à ce sujet, l'attention du gouvernement sur la propagation de la vaccine, qui ne trouve nulle part d'encouragement dans ce pays.

HOPITAUX. — Indépendamment d'un grand hôpital qui va s'élever a Madrid, sous le nom d'hôpital de la Princesse, pour remercier le ciel d'avoir sauvé ses jours et ceux de sa fille, la reine d'Espagne a décidé de faire ouvrir plusieurs hôpitaux pour les femmes en couches, hôpitaux dont l'absence se fait remarquer dans ce pays, si riche cependant en fait d'établissement de charité.

UNIVERSITÉ D'ATHÈNES. — Un de nos correspondans qui habite Athènes nous donne les détails suivans sur le nombre des étudians : médecine, 957; droit, 104; philosophie, 64; pharmacie, 31; théologie, 17; en tout, 473. Il y a aussi un séminaire particulier pour le clergé, qui renferme 100 élèves. Les salles de dissection sont abondamment pourvues de sujets par les hôpitaux. Il y a trois médecins allemands qui jouissent d'une grande réputation dans le pays, et plusieurs médecins grecs qui ont fait leurs études à Paris. Le plus grand nombre des jeunes gens va maintenant faire ses études à Pise et à Florence; un petit nombre seulement va étudier à Paris; mais à mesure que l'université d'Athènes croîtra en réputation, peu à peu sans doute, la nécessité se fera moins sentir pour les élèves d'aller chercher leur éducation au dehors.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie; par le docteur BELHOMME, directeur d'un établissement d'aliénés, etc.— En vente, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix : 1 fr. 50 c.

Traité pratique des Maladies des yeux, par W. MACKENSIE, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. RICHELOT et S. LAUGIER, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix : 6 fr.

Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Principes de médecine du professeur BILLING; traduction française sur la 4e édition; par le docteur Achille CHEREAU. — Un vol. in-8°. Prix : 5 fr.

Mémoire sur les maladies des ovaires, par le docteur Achille CHEREAU. Ce mémoire contient : 1° Les considérations anatomiques et physiologiques. 2° L'agénésie et les vices de conformation. 3° L'ovarite aiguë. In-8. Prix : 3 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez V. Masson, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur ANDRAL; recueilli et publié par M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité pratique de l'Inflammation de l'Utérus, de son col, et de ses annexes; par le docteur J. Henry BENNET; traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8, avec planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.

Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

LETTRES à M. le professeur ROSTAN sur le mot **Hypocondrie**; par le docteur DUMONT (de Monteux), médecin à l'état civil de Grenelle, etc. In-8, Prix : 1 fr. Paris, 1852, J.-B. Baillière, et au bureau de l'UNION MÉDICALE.

Ces lettres sont reproduites dans l'intérêt des personnes atteintes d'affections nerveuses que nul phénomène extérieur ne révèle, et qu'à cause de cela l'on considère comme *maladies imaginaires.*

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 54. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 6 Mai 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi . Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 MAI 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il y a évidemment pour les Associations médicales, et surtout pour celles des départemens, deux manières de comprendre les rôles que l'avenir leur réserve : l'un de ces rôles, qui a bien son utilité, mais aussi un peu passif, consiste à attendre, à recevoir les communications qui peuvent leur être faites par leurs membres ou par leurs correspondans et à publier chaque année ce que ces communications peuvent offrir d'intéressant; dans l'autre, à la vérité très actif et tout d'initiative, l'Association travaille comme un seul homme et, au lieu d'éparpiller son attention sur mille sujets divers, consacre ses forces vives à étudier, à discuter, à résoudre une de ces grandes questions dont la solution touche aux intérêts scientifiques les plus élevés. Dans le premier cas, ce sont les individualités qui prédominent et qui recueillent seules le bénéfice des travaux publiés en leur nom; dans le second, les individualités s'effacent devant l'honneur, devant la considération que ces recherches doivent faire rejaillir sur la Société tout entière. Plusieurs fois déjà en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, des comités délégués par des sociétés savantes ont travaillé à éclairer des questions obscures de physiologie et tout le monde a présens à la mémoire les grands travaux sur les mouvemens et les bruits du cœur qui ont illustré plusieurs des associations médicales de ces divers pays. Eh bien! c'est ce noble exemple dont nous avons été témoin hier à la séance de l'Académie de médecine. L'Association médicale du département d'Eure-et-Loir a chargé un de ses membres, M. Boutet, de donner lecture en son nom d'études faites au moyen de l'inoculation, de la transfusion, de la cohabitation, du contact et de l'alimentation avec les débris cadavériques sur les affections charbonneuses de l'homme et des principalee espèces domestiques. Certes, il était difficile de trouver une question plus importante au point de vue de la pathologie et surtout de l'hygiène publique. L'Association médicale d'Eure-et-Loir a compris que cette question ne pouvait être jugée que d'une manière expérimentale, et son rapporteur a déroulé pendant plus d'une demi-heure les expériences les plus nombreuses, les plus variées et les plus concluantes destinées à fixer la science sur les points les plus controversés. On comprend qu'après une première lecture, nous ne saurions apprécier complètement et dans toutes ses parties ce vaste travail, dont nous nous bornons aujourd'hui à reproduire les conclusions; mais l'occasion se présentera certainement d'y revenir à propos d'un rapport qui sera présenté prochainement par une commission de cinq membres que l'Académie a désignée à cet effet. Nous aurions cru toutefois manquer à notre devoir, en ne mettant pas dès aujourd'hui en relief cette excellente initiative prise par l'Association médicale d'Eure-et-Loir, en ne la signalant pas aux Sociétés médicales des départemens comme un noble exemple à suivre et à imiter.

Nous avons souvent fait la remarque que les communications présentées à l'Académie par les médecins vétérinaires offrent, le plus ordinairement, beaucoup d'intérêt. Cela tient probablement à ce que ces médecins, ne se trouvant pas sur leur terrain habituel, évitent de se prodiguer et ne parlent ou ne font des communications qu'à bon escient. Aujourd'hui, nous avons entendu un candidat à l'une des places vacantes dans la section de médecine vétérinaire, M. le professeur Bouley fils, l'un des professeurs les plus distingués et les plus instruits de l'École d'Alfort. M. Bouley a donné lecture de recherches expérimentales sur l'influence que la section des nerfs pneumo-gastriques exerce sur l'absorption stomacale dans le cheval, le chien et le bœuf. Destiné à résoudre la question de savoir si les poisons ingérés dans l'estomac après la section des pneumo-gastriques donnent lieu à leurs effets ordinaires, le travail de M. Bouley a surtout mis en relief les dissemblances notables qui peuvent exister entre les expérimentations pratiquées sur des animaux d'espèces différentes. C'est ainsi que chez le cheval, après la section du pneumo-gastrique, l'ingestion de 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique (dose toxique pour cet animal dans les conditions ordinaires), n'est suivie d'aucun accident; tandis que chez le chien, cette opération n'entrave en rien les effets du poison. Mais qu'on ne se hâte pas d'en conclure que chez le cheval l'absorption stomacale est sous la dépendance de l'influence nerveuse; c'est que chez le cheval et chez les herbivores en général, l'estomac n'absorbe pas ou n'absorbe que très peu; et si l'empoisonnement ne suit pas l'ingestion de la noix vomique, c'est que l'estomac est transformé en un vase inerte qui ne peut chasser le poison dans l'intestin, siége de l'absorption, tandis que chez le chien et les carnivores, dont l'estomac est un organe d'absorption, la paralysie des fibres musculaires ne retranche rien ou presque rien à la puissance absorbante.

Enfin l'Académie a encore entendu la lecture d'un travail de M. Lunier sur la médication bromo-iodurée, et d'un mémoire de M. Dubouloz sur les eaux naturelles alcalines iodurées de Coise, en Savoie. Nous avons vivement regretté de n'avoir pas pu prendre connaissance du travail de M. Lunier. Ce médecin, dont on connait les travaux estimables sur la paralysie générale progressive des aliénés, a cité, en effet, des cas bien remarquables de guérison de cette maladie, ainsi que de la lypémanie au moyen de la médication bromo-iodurée. Nous acceptons cette assertion de M. Lunier comme une espérance; mais que M. Lunier nous permette de réclamer en faveur de l'huile de foie de morue, que, à l'exemple de quelques thérapeutistes novateurs, il veut remplacer par la médication bromo-iodurée. Personne plus que celui qui signe cet article, ne croit à la puissance de cette dernière médication; mais avant de songer à remplacer l'huile de foie de morue par les préparations bromo-iodurées, par l'huile iodée ou par toute autre préparation analogue, il serait bon de démontrer que cette huile doit son activité à la présence de l'iode. Or, cette preuve n'est pas encore faite; peut-être ne le sera-t-elle pas de sitôt. Qu'on nous permette donc, en attendant cette démonstration, de continuer l'usage d'un agent thérapeutique parfaitement éprouvé et dont nous n'avons nullement à nous plaindre.

Dr ARAN.

CONSULTATION MÉDICALE.

A M. le docteur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Enhardi par la bonté du comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE, je viens, à mon tour, et dans l'intérêt d'un malade gravement atteint, demander les conseils d'éminens collègues.

Dans la crainte de porter atteinte aux intérêts matériels de mon malade, je dois taire son nom dans ce moment, et, pour le même motif, je vous prie de ne pas faire connaître le mien, ni la localité d'où j'ai l'honneur de vous écrire.

Feuilleton.

LA MÉDECINE CHEZ LES BIRMANS (1).

Dans la seconde partie de ce livre, se trouve la description des remèdes apportés à chacun de ces tempéramens. Les formules sont presque innombrables. Elles comprennent principalement des végétaux; en fait de minéraux, on voit figurer l'arsenic, le mercure et l'antimoine. Lorsqu'il y a trouble de ce tempérament, qui donne naissance à la fièvre, on prescrit d'abord les vomitifs, et après, les épices, gérofle, gingembre, et de nombreux végétaux appartenant pour la plupart à l'ordre des stimulans aromatiques. Voici, du reste, quelques renseignemens sur le traitement recommandé contre quelques-unes des principales maladies.

Avant tout, il faut dire que, chez les Birmans, les maladies diffèrent, à certains égards, de celles des Européens. Les plus communes sont les affections intestinales, les fièvres intermittentes, le rhumatisme, la petite vérole, les maladies syphilitiques, la lèpre. On y voit quelquefois le béribéri. La bronchite et la pneumonie s'y voient également, ainsi que la phthisie, au sujet de la fréquence de laquelle l'auteur n'a pu avoir aucun renseignement précis. Quant aux maladies nombreuses, qui sont le fruit de notre état de civilisation, de l'habitation dans les grandes villes, des habitudes de luxe des classes supérieures et de débauches des classes inférieures, elles sont à peu près ignorées. La folie et les maladies nerveuses sont peu connues. La dyspepsie et les maladies des reins sont assez rares. Mais sur tous ces points, il est impossible de rien affirmer, parce que les renseignemens sont insuffisans.

Pour combattre ces maladies, les Birmans administrent une immense quantité de médicamens, presque tous inconnus des Européens, mais parmi lesquels cependant on voit figurer l'opium, le chanvre, le cachou, la gomme kino, la gomme gutte, le camphre, la canelle et toutes les épices, l'anis, la chaux, l'antimoine, l'arsenic, le mercure, l'huile de ricin, le tabac. Leurs formules sont très complexes; quelquefois, il n'entre pas moins de 60 substances dans une préparation; ils prescrivent principalement des pilules et des décoctions. Un médicament qui mérite d'être signalé, est le *tabasheer*, ou suc épaissi du Bambou, qui contient une grande quantité de silice.

Une circonstance curieuse, c'est que, dans ces dernières années, il a éclaté une division entre les sathamars au sujet de l'administration des médicamens, les uns continuant à les donner en quantités énormes, les autres voulant en limiter la quantité, et s'attachant principalement aux moyens diététiques.

La classe la plus commune des maladies, après les fièvres, sont certainement les affections intestinales. L'alimentation des Birmans se compose presque exclusivement de poisson, de riz, de lait, et de divers végétaux, avec du poivre rouge et des épices; ils ne mangent pas de viande, parce qu'ils ne veulent pas tuer leurs animaux domestiques; mais une fois abattus, ils n'ont aucune répugnance à en manger. Pour corriger l'acidité de leurs alimens, ils ont l'habitude de prendre une ou deux fois par jour une petite quantité d'un mélange de chaux et de cachou. Quelques grains de chaux préparés avec soin et colorés avec la cochenille sont enveloppés dans une feuille d'une plante traçante, appartenant à la famille des pipéracées; un petit morceau de bois de Bétel est mis dans la bouche en même temps, et après que toute la masse a été suffisamment broyée, on frotte les dents avec une feuille de tabac. L'alimentation de ce peuple réclamant indispensablement l'emploi des astringens et des alcalins, il en résulte que c'est là un luxe nécessaire, même pour les pauvres, parmi les Birmans.

Lorsque la dyssenterie vient à se développer, les médecins birmans l'arrêtent avec l'emploi des astringens les plus puissans. Chez les Européens, ce traitement n'aurait sans doute aucun succès; la diarrhée ne serait pas suspendue; peut-être même serait-elle aggravée par l'emploi des astringens. Mais chez les birmans, la constitution est bien autre : la dyssenterie est encore inflammatoire; mais elle a un caractère passif, qui lui permet de céder à des remèdes excitans.

La petite vérole est traitée avec une grande supériorité par les médecins birmans : ils connaissent parfaitement les périodes et la marche de cette maladie. La diète, la ventilation et l'eau froide, avec peut-être un peu d'antimoine, voilà les seuls moyens mis en usage. Quelquefois le peau est arrosée largement avec l'eau froide, pendant tout le cours de la maladie, et, dit-on, avec le plus grand succès.

Le rhumatisme est très fréquent chez les Birmans, mais seulement sous la forme de douleurs chroniques vagues. Le rhumatisme articulaire aigu est rare, même chez les Européens. Les douleurs rhumatismales chroniques sont traitées principalement par les bains, le massage et les révulsifs, en particulier avec le jus d'une euphorbe, qui produit la vésication de la peau en très peu de temps.

La syphilis s'y montre comme une maladie très grave; peut-être est-elle aggravée par le mode de traitement. En effet, on détermine la salivation au moyen des fumigations mercurielles, et on l'entretient pendant quelque temps. Les symptômes secondaires sont assez fréquens, en particulier les ulcères phagédéniques de la peau. En même temps il existe souvent un état cachectique de la constitution, qu'il est très difficile de déraciner. Les Birmans disent qu'un homme affecté de cette cachexie est à jamais impropre au travail.

Les saignées ne sont jamais, ou presque jamais employées par les médecins birmans. En fait, les moyens déplétifs sont rarement nécessaires dans ce pays : les habitudes de vie des habitans ne les indiquent pas, et les maladies inflammatoires graves, telles que la pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu, triste apanage des pays froids, sont à peu près inconnues.

Les Birmans sont sujets à quelques maladies particulières pour lesquelles ils ont des remèdes très efficaces. A certaines époques de l'année, surtout vers le temps des pluies, ils sont excessivement tracassés par les vers intestinaux, par les lombrics surtout. Chez les enfans et quelquefois chez les adultes, la santé générale semble profondément compromise par la présence de ces ascarides qui pullulent par myriades. Les vers intestinaux ne paraissent pas tenir à l'alimentation particulière dont les Birmans

(1) Voir le dernier numéro.

Voici le résumé succinct de la maladie :

M. X..., âgé de 56 ans, profession libérale, taille au-dessus de la moyenne, forte constitution, tempérament sanguin, embonpoint régulier, mais s'amoindrissant peu à peu depuis six mois environ qu'il se trouve malade.

Un mouvement fébrile nocturne, tantôt venant une seule nuit, d'autres fois plusieurs nuits de suite, disparaissant pendant huit et douze jours, et revenant de cette sorte irrégulièrement, éveilla l'attention de M[me] X... avant celle de son mari. — Cette chaleur fébrile était suivie, le matin, d'une légère sueur, siégeant surtout à la poitrine. — Quelques semaines après le début de cette fièvre, un prurit général fort incommode, sans éruption à la peau, et accompagné d'insomnie, vint s'y ajouter. — Un ictère général est survenu trois mois après l'apparition du prurit. Enfin, de l'œdème aux membres inférieurs a été noté depuis quelques mois.

Le mouvement fébrile nocturne, qui n'apparaissait que dans les premiers temps qu'à d'assez longs intervalles, s'est bientôt montré plus souvent Il y a presque tous les soirs exagération de chaleur à la peau et accélération du pouls. Ce mouvement fébrile a revêtu fréquemment, mais avec irrégularité, la forme de véritables accès de fièvre intermittente. Le frisson, souvent violent, d'une demi-heure à une heure de durée, est suivi d'une chaleur considérable et d'un peu de sueur à la poitrine. Ces accès se sont présentés quelquefois dans le courant de la journée et à diverses heures ; habituellement, c'est de cinq à sept heures du soir qu'ils apparaissent.

Dans la période de froid, le malade a éprouvé jusqu'à ces derniers jours un sentiment d'oppression à l'épigastre, des lipothymies fréquentes, et parfois un rire convulsif, bruyant, assez prolongé, accompagné et suivi de quelques larmes brûlantes. Il n'a jamais de céphalalgie, ni de lombago. (Je dois faire remarquer qu'étant sur une hauteur, nous ne sommes pas sujets aux fièvres intermittentes.)

La poitrine du malade offre une ampleur proportionnée au reste du corps. Elle est un peu amaigrie supérieurement, et, dans l'acte de la respiration, elle se dilate un peu moins au sommet droit qu'au sommet gauche. A la percussion, il y a également un peu moins de résonnance à droite qu'à gauche. Du même côté, au sommet, j'entends moins le murmure respiratoire que du côté opposé. L'expiration y est prolongée et bruyante (dans le principe c'étaient des râles sonores, aujourd'hui simple rudesse). Il y a également du retentissement métallique de la voix. En arrière, rien d'anormal. Il n'y a jamais eu ni pleurésie, ni pneumonie. Il y a parfois un léger effort de toux, mais qui n'a pas éveillé l'attention du malade. Pas d'expectoration, jamais d'hémoptysie, pas de dyspnée en montant, pas d'enrouement notable. Le nombre des respirations, qui allait à 17 et 18 il y a un mois, est descendu à 14 dans la dernière quinzaine. Ce malade n'a pas de douleur d'épaules ; mais comme s'il éprouvait de la gêne dans le dos, il se fait frictionner cette région tous les soirs ; il éprouve, dit-il, du soulagement par cette friction. Cette sensation est indépendante du prurit qui s'est, au reste, beaucoup calmé depuis un mois. Rien d'anormal au cœur, pas de bruit de souffle aux carotides. Le pouls, qui était au commencement et dans l'apyrexie, position horizontale à 70,72, est descendu ces jours-ci à 57,60. Pendant les forts accès, au commencement comme aujourd'hui, il a été à 100,104, assez développé et régulier.

Le foie, examiné journellement avec la plus scrupuleuse attention et en faisant varier les attitudes du malade, n'a jamais offert, ni spontanément, ni par la pression ou la percussion, aucune douleur ni autre sensation. Le bord de son lobe droit est au niveau des côtes en avant ; il ne remonte pas plus haut que de coutume en arrière. Le lobe gauche s'étend à tout l'épigastre sans le dépasser. La rate, examinée également à diverses reprises, ne se trouve ni hypertrophiée, ni endolorie.

La langue est large, recouverte habituellement d'une légère couche de mucus blanc, le plus souvent sèche au centre, Il y a anorexie depuis le principe de la maladie, sans dégoût cependant pour les alimens. Il n'y a pas de soif. Au commencement de quelques accès, il y a des nausées et même des vomissemens; ainsi, dans le dernier, qui est venu aujourd'hui à deux heures du matin, il y a eu vomissement des alimens pris dans la journée d'hier, et non digérés. Le goût en était aigre, et les matières vomies ne contenaient pas de bile. Le ventre est indolent, souple ; il offre un léger météorisme, et depuis quelques jours un peu de suffusion séreuse dans son tissu cellulaire sous-cutané. Il n'y a pas indice d'épanchement dans la cavité péritonéale. Les alimens qui sont pris en petite quantité sont habituellement bien digérés. Il n'y a pas de constipation ni de diarrhée ; les fèces sont généralement moins colorés qu'à l'état normal. L'urine est souvent sédimenteuse depuis les premières manifestations de la fièvre, et elle est de plus devenue très jaune depuis l'apparition du prurit. Elle n'est pas abondante en proportion des boissons ingérées. La teinte jaune de la peau et de la conjonctive a diminué plus à droite qu'à gauche.

Maladies antérieures. — Depuis longues années, M. X... est atteint tous les ans à la fin de l'hiver, d'un accès de goutte limitée à l'un des pieds, plus souvent au droit. Il y a six ans, une kératite violente lui a laissé une taie. Depuis cette ophthalmie, les accès de goutte ont été moins intenses. Cette année, il n'a pas encore eu d'accès. Ses ascendans sont morts vieux ; un de ses frères est mort goutteux.

Diagnostic. — Est-ce la diathèse goutteuse, agissant sur le foie, qui a amené une perturbation dans sa fonction, ou qui a fait naître un abcès ou un kyste ?

Ou plutôt cette diathèse ne s'est-elle pas épuisée peu à peu dans l'économie, et la diathèse tuberculeuse, extrêmement fréquente dans notre contrée, n'est-elle pas venue remplacer la première et porter son action sur le foie en même temps que sur le poumon, où elle donne des signes de sa présence ?

Avons-nous affaire à des hydatides, à un cancer ou à des calculs biliaires ?

Je n'abuserai pas de la patience des praticiens distingués à qui j'ai l'honneur de m'adresser, confiant dans votre bienveillante médiation, je n'abuserai pas, dis-je, de leurs momens précieux en essayant de discuter ces diverses hypothèses. Ce sont, d'ailleurs, des conseils que je demande.

Voici le diagnostic auquel je me suis arrêté, non sans quelque hésitation :

Tubercules en petit nombre dans le poumon droit. Masses tuberculeuses, peut-être en voie de ramollissement, contiguës aux gros troncs de la veine porte et au canal hépatique, gênant la circulation du sang dans la veine, et la sortie de la bile par son canal excréteur.

Traitement. — Douze bains émolliens d'abord, légers laxatifs et diurétiques, diète légère. Bientôt saignée du bras de 700 grammes environ, qui offrit un sang très noir et une couenne inflammatoire, le sérum assez abondant ; le lendemain, sangsues à l'anus, qui ont extrait 300 grammes environ d'un sang vermeil. Douze bains de mer artificiels d'une heure et demie et à la température du corps.

A la suite des émissions sanguines et des premiers bains salés, le nombre des pulsations a baissé, ainsi que celui des respirations.

Un à deux décigrammes par jour de sulfate de quinine uni à cinq centigrammes d'opium, dans l'espoir de modérer les accès. Deux à quatre grammes de bi-carbonate de soude par jour dans une tisane adoucissante. Applications réitérées sur la région du foie de pommade stibiée, qui a fait naître une douzaine de pustules.

Depuis quelques jours, onctions à la poitrine, et surtout à la région hépatique, de pommade iodurée. Huile de foie de morue, deux cuillerées à soupe par jour, qui doivent être portées à quatre et à six, selon la tolérance de l'estomac et les effets. Nous tenons la digitale et autres diurétiques en réserve, avec l'intention de renouveler l'application des sangsues à un mois de distance de la première.

Telle est l'affection sur laquelle je réclame avec instance l'opinion de l'honorable conseil de rédaction de l'UNION MÉDICALE, et c'est avec le vif espoir d'une réponse, Monsieur le rédacteur, que je me souscris votre collègue des plus dévoués.

RÉPONSE.

Comme notre honorable correspondant, nous croyons inutile de discuter longuement les hypothèses qui se sont présentées à son esprit ; les hydatides du foie, les abcès, les kystes et le cancer de cet organe, les calculs biliaires, ont chacun ses caractères pathognomoniques que nous ne retrouvons pas dans la description des accidens éprouvés par le malade pour lequel il nous fait l'honneur de consulter le comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE.

La question pour nous se réduit à savoir si, en présence de l'ictère d'une part, et de l'autre, des signes fournis par l'examen de la poitrine, il y a lieu d'admettre, avec l'auteur, la double tuberculisation du foie et des poumons.

En ce qui concerne ces derniers, les détails rapportés par l'observation se réduisent aux points suivans : ampleur de la poitrine proportionnée au reste du corps, amaigrissement de sa partie supérieure : pendant la respiration, dilatation moindre du sommet droit que du gauche ; du même côté, légère diminution de son à la percussion ; diminution d'intensité du murmure respiratoire ; expiration prolongée, un peu rude et bruyante ; retentissement métallique de la voix ; toux très rare et trop peu considérable pour avoir jamais attiré l'attention du malade ; pas de râle, pas d'expectoration, pas de dyspnée, pas d'enrouement notable ; et comme antécédens, ni hémoptysie, ni pleurésie, ni pneumonie. Certes, l'ensemble de ces renseignemens légitime la croyance à la présence de quelques tubercules crus au sommet du poumon droit.

Quant au foie, examiné souvent et avec la plus scrupuleuse attention, il n'a jamais offert rien d'anormal. L'ictère, qui a été précédé pendant trois mois d'un prurit général fort incommode, survenu lui-même après plusieurs semaines de fièvre dure depuis plus de deux mois. Cela est-il suffisant pour qu'en raison de l'absence des symptômes d'hydatides, d'un abcès, d'un kyste, d'un cancer ou de calculs, on adopte la supposition de la présence de tubercules? Sans doute, l'existence des tubercules dans le poumon est une présomption en faveur de la tuberculisation d'autres organes ; mais si l'observation a permis d'établir la loi de coexistence des tubercules du poumon et des autres organes, elle a indiqué aussi l'ordre naturel d'évolution de ces productions morbides dans les divers organes. Si la phthisie pulmonaire était avancée, nous nous montrerions bien plus faciles pour l'hypothèse de l'auteur, hypothèse que nous ne rejetons pas, mais qui nous paraît bien hasardée, même sous la réserve de l'hésitation avec laquelle il la présente. A bien plus forte raison, la précision que notre honorable correspondant cherche à donner à son diagnostic par ces mots : *masses tuberculeuses peut-être en voie de ramollissement;* à plus forte raison, disons-nous, cette précision nous paraît-elle impossible. Nous ajouterons que la présence de tubercules fût-elle démontrée autour de la veine porte et du canal hépatique, nous ne saurions admettre leur ramollissement, car nous ne pouvons oublier les résultats des belles recherches de M Louis, qui lui ont servi à tracer les règles d'évolution que nous rappelions tout à l'heure.

En un mot, sans rejeter l'idée de la présence des tubercules dans les voies biliaires, et de leur influence sur la production de l'ictère, nous ne la considérons pas comme suffisamment justifiée.

Il est une autre maladie à laquelle l'auteur ne paraît pas avoir songé, et sur laquelle il nous permettra d'appeler son attention, je veux parler de la cyrrhose. Certes, elle n'est pas démontrée non plus, mais elle est possible, et mérite d'être notée au moins pour mémoire.

---

font usage, mais bien à quelque particularité du climat, ainsi que M. Parkes s'en est assuré. En effet, pendant que son régiment était caserné à Burmah, il fut très surpris de voir, à une certaine époque de l'année, un grand nombre d'enfans devenir faibles et cachectiques, maigrir et succomber sans cause de maladie appréciable. A la même époque, plusieurs soldats vinrent se plaindre à lui d'être tracassés par des vers, et lui annoncer qu'ils en avaient vomi. D'abord, il y attacha peu d'importance, ces vomissemens de lombrics n'étant pas rares dans l'Inde ; mais, au bout d'un certain temps, le nombre des militaires qui se plaignaient de cet accident devint si considérable, qu'il fallut bien se décider à y voir quelque chose de plus que d'ordinaire. Recherche faite, on apprit que c'était une maladie très connue des Birmans, et qu'ils traitaient avec succès avec un remède particulier. Ce remède, qu'ils appellent *wah-mo* ou *wah-thou-mo*, est un champignon qui croît sur le petit bambou femelle. Les Birmans le recueillent avec grand soin au temps des pluies, et le conservent dans un endroit sec, et bien enveloppé. Il est toujours en grande réputation parmi eux, et lorsqu'il est rare, il se vend souvent fort cher. M. Parkes n'en fit pas usage d'abord, mais après avoir essayé sans bon résultat les purgatifs ordinaires, la térébenthine, il en vint au spécifique birman, et il fut on ne peut plus surpris des résultats. Il était très probable que l'état cachectique des enfans tenait à cette immense collection de vers : quelques doses de *wah-mo* en firent justice. J'ai vu, dit M. Parkes, un enfant de quelques mois rendre au moins soixante vers dans une selle, après deux ou trois doses de ce médicament, autant au moins quelques heures après, et se rétablir parfaitement à la suite. Le médicament ne réussissait pas moins bien chez les hommes ; et l'année suivante, les soldats en achetaient eux-mêmes dans les bazars et en prenaient en grande quantité. Le *wah-mo* a une réaction légèrement acide lorsqu'il est frais ; et lorsqu'il l'a perdue, ce qui a lieu rapidement, il devient complètement inerte.

Les maladies de la peau sont fréquentes parmi les Birmans, en particulier différentes espèces d'herpès qui semblent prendre chez eux la place qu'occupe l'eczéma chez les Européens. Pour les guérir, on se sert de diverses applications irritantes, en particulier des sucs âcres de quelques espèces d'acacia et de mimoza. Le bois de Sandal en poudre, dont on fait une pâte avec de l'eau, et que les femmes emploient aussi comme cosmétique, est mis en usage dans les mêmes circonstances.

La lèpre est une maladie très commune et que l'on considère comme héréditaire ; de sorte que les enfans d'un lépreux, alors même qu'ils ne sont pas lépreux eux-mêmes, ne peuvent se marier qu'avec les enfans d'autres lépreux. Les lépreux deviennent immédiatement *hors-castes*, et, d'après les lois, ils sont tenus de vivre dans des villages lépreux et de porter un habillement particulier. Malgré cette défense, on ne trouve dans la population aucun sentiment de dégoût et de répulsion contre les lépreux, et l'on voit les femmes suivre leurs maris lépreux dans leur retraite et continuer à vivre avec eux. Le gouvernement de ces villages est une place fort lucrative, attendu la facilité que l'on a d'extorquer de l'argent à des personnes atteintes de maladies de la peau, sous prétexte qu'elles sont affectées de la lèpre. Cette maladie est, du reste, considérée comme incurable par les médecins birmans.

L'hydrophobie paraît être connue des Birmans, bien qu'on n'en trouve aucune description dans leurs livres de médecine. En effet, dans le serment que l'on fait prêter aux Birmans devant les cours suprêmes de justice, on trouve entre autres choses le passage suivant : « Si je ne dis pas la vérité, que je sois sujet à toutes les calamités qui sont sur le corps et à celles qui sont en dehors du corps ; que je sois pris de folie, de cécité, de surdité, de lèpre et d'*hydrophobie* ; que je sois frappé de la foudre et que je meure de mort subite ; que je vomisse du sang noir caillé et que je succombe tout d'un coup au milieu de mes frères. »

Quelques détails sur la médecine opératoire et l'obstétrique des Birmans, complètent la communication de M. Parkes. La medecine opératoire est presque inconnue, et cela a d'autant plus lieu de surprendre, que les tumeurs de mauvaise nature sont assez communes, et qu'on doit en avoir reconnu tout le danger. Mais les Birmans ont la plus grande répugnance pour l'instrument tranchant. Les abcès sont presque toujours abandonnés à eux-mêmes ; on les entoure de fomentations continuelles pour les faire aboutir plus rapidement. J'ai fait quelques opérations parmi eux, dit M. Parkes, mais seulement de petites opérations, et encore presque toujours, contrairement à l'avis des sathamars. Les fractures sont assez bien traitées par des bandages convenables et les membres maintenus en bonne situation. Relativement à la manière qu'ils emploient pour réduire les luxations, M. Parkes n'a pu recueillir aucun renseignement.

L'obstétrique est peut-être la partie la plus faible de leur pratique ; aussi y a-t-il une grande mortalité parmi les mères et parmi les enfans. Le travail est abandonné à lui-même jusqu'à ce que l'enfant soit né. Le placenta est ensuite détaché avec violence, et une immense pierre est placée immédiatement sur l'utérus pour arrêter l'hémorrhagie effroyable qui est souvent la conséquence d'une pareille manœuvre. Aussitôt que le sang est arrêté jusqu'à un certain point, un large cercle de feu est allumé autour du lit, et entretenu pendant près de vingt-quatre heures. L'enfant ne prend pas le sein, et la malheureuse mère, soumise à une effroyable chaleur, transpirant par tous les pores, le pouls agité de tremblemens fréquens, ne peut prendre autre chose que des boissons chaudes fortement épicées. J'ai visité, dit M. Parkes, après cet affreux traitement, des femmes récemment accouchées, et je les ai trouvées quelquefois dans un état d'épuisement et de débilité extrêmes ; quelquefois aussi en proie à une fièvre des plus violentes. Beaucoup de femmes succombent, mais à quels accidens, c'est ce qu'on ne peut savoir. Peut-être, cependant, ne faudrait-il pas mettre sur le compte de la médecine cet étrange supplice auquel on soumet les femmes récemment accouchées. C'est, en effet, une cérémonie religieuse, et le cercle de feu n'a d'autre but que d'éloigner les esprits infernaux dont le nombre est immense dans la mythologie birmane, qui pourraient atteindre la femme, et avec elle le nouveau-né.

La pratique des charmes et des amulettes est encore fort répandue dans ce pays, mais plutôt parmi le peuple que parmi les médecins. Toutes les maladies épidémiques, choléra, petite-vérole, etc., sont attribuées à la malice des démons que l'on cherche à se rendre propices par des

Quelle part d'influence peut avoir pris dans ces accidens la diathèse goutteuse? Cette question ouvre un vaste champ aux suppositions et aux discussions scolastiques, nous ne nous engagerons pas dans cette voie, sans intérêt pour le malade, mais croyant nous poser au véritable point de vue de notre confrère, en prenant celui de la pratique pure, nous dirons sans hésiter qu'il ne nous répugne en aucune façon d'admettre cette influence. Voilà un malade qui depuis de longues années est atteint à la fin de l'hiver d'un accès de goutte. Cette année l'accès a manqué et M. X... éprouve des désordres considérables dans plusieurs fonctions importantes notamment dans la sécrétion biliaire. Il doit y avoir là autre chose qu'une simple coïncidence. La relation entre l'absence de l'accès de goutte et les désordres qui la remplacent pour échapper à notre explication n'en est pas moins extrêmement probable. La pratique, d'ailleurs, ne fourmille-t-elle pas de faits analogues et trouverait-on un praticien qui n'ait pas été à même d'en observer?

Cette condition du malade d'appartenir à une famille de goutteux et d'être lui-même goutteux nous paraît de la plus grande importance dans l'institution du traitement; aussi serions-nous fortement d'avis de suspendre toute médication dirigée contre l'affection tuberculeuse du poumon, pour combattre à la fois et la diathèse goutteuse et l'affection biliaire. En conséquence, nous conseillerons à notre confrère d'envoyer son malade aux eaux de Vichy et de l'y astreindre à un traitement aussi énergique que possible. Au point de vue de l'affection mal diagnostiquée du foie, mais incontestable, s'il y a quelque chose à attendre de la thérapeutique, c'est assurément à la médication alcaline qu'il faut le demander, et notre confrère le sait aussi bien que nous, son malade tolèrera sans difficulté à la source des doses doubles et triples de celles qu'il tolèrerait chez lui. Au point de vue de la diathèse goutteuse, les dernières recherches de M. Petit n'ont pas laissé de doute pour les esprits dégagés de prévention.

Les révulsifs cutanés constitueraient quant à présent du moins les seuls agens que nous aimerions à associer à l'eau de Vichy. Ici encore il faut une énergie en rapport avec l'intensité présumée du mal. Les applications de pommade stibiée, si bien indiquées d'ailleurs, n'ayant pas amené d'amélioration, nous y substituerions quelques cautères sur la région du foie.

Tels sont, disons-nous les seuls moyens que nous conseillerons d'employer, mais en les administrant tous deux avec l'énergie que peut comporter l'état du sujet. Peut-être cependant tenterions-nous un dernier effort contre la périodicité, mais alors au lieu de 10 ou 20 centigrammes de sulfate de quinine, nous voudrions en voir administrer un gramme au moins chaque jour.

Quant aux autres moyens proposés par notre modeste et si bienveillant correspondant, il nous semble qu'ils doivent être réservés par lui pour le cas où se présenteraient des complications nouvelles, ou pour celui où l'affection de poitrine prenant une marche plus rapide et plus grave, il ne serait pas possible de la négliger momentanément comme nous le proposons. Ainsi dans l'état actuel les émissions sanguines enlèveraient inutilement les forces dont le malade a besoin. Nous en dirons autant des purgatifs qui, d'ailleurs feraient courir le danger d'amener la diarrhée si à redouter chez un malade qu'on croit atteint de tubercules répandus dans divers organes et notamment dans les voies digestives. L'huile de foie de morue serait aussi abandonnéee par nous jusqu'à disparition de la jaunisse. Les corps gras sont si mal supportés par les individus atteints de désordres dans les fonctions biliaires que nous craindrions plus sa fâcheuse action en cette qualité que nous n'espérerions de bien de ses propriétés réputées fondantes.

Approuvé par le comité de rédaction.

Dr J. Cherest,
Secrétaire général de la Société d'émulation.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 Mai 1852. — Présidence de M. Piobert.

M. Sédillot adresse un mémoire sur les *effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari*, pharmacien à Rome, et il examine à cette occasion toutes les eaux connues sous le nom d'eaux hémostatiques. Il termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Il existe des liquides qui jouissent de la propriété de coaguler instantanément le sang et de le convertir en un caillot épais, homogène et consistant.

2° L'eau Pagliari dont on connaît le secret, grâce à la générosité de son inventeur, jouit de cette remarquable propriété; et loin d'exercer aucune action fâcheuse sur les tissus en contact, paraît susceptible de hâter la cicatrisation des plaies.

3° La théorie, l'expérience et les observations chimiques concourent également à diminuer l'efficacité des effets hémostatiques de cette liqueur.

4° Le rôle de la compression dans l'application des liquides hémostatiques est de permettre la coagulation du sang et les adhérences du caillot à l'embouchure des vaisseaux blessés.

5° Dans tous les cas où l'on ne peut recourir sans de grands inconvéniens à la ligature et dans ceux où l'altération du sang en empêche la coagulation et rend dangereuses les hémorrhagies, l'eau hémostatiques pourra être employée avec beaucoup d'avantage.

M. Colin, chef de service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort, communique des *recherches expérimentales sur la sécrétion de la salive chez les ruminans.*

L'auteur résume ce mémoire par les propositions suivantes :

1° La sécrétion salivaire présente, chez les ruminans, des caractères particuliers qui la rendent tout à fait différente de celle des herbivores solipèdes, bien qu'elle conserve avec cette dernière beaucoup de traits de ressemblance.

2° Les diverses glandes, considérées isolément, ont chacune une activité spéciale bien déterminée, qui leur permet de fonctionner jusqu'à un certain point indépendamment les unes des autres.

3° Les parotides sécrètent continuellement, d'une manière inégale, en alternant l'une avec l'autre, soit pendant la première et la seconde mastication, soit pendant l'abstinence. Elles restent généralement insensibles à l'influence des substances sapides mises en contact avec la muqueuse buccale.

4° Les maxillaires sécrètent seulement hors de la première mastication et sous l'influence des excitans. Elles fournissent toutes les deux à peu près la même quantité de salive, quel que soit le sens de la mastication.

Bien qu'elles soient chez le bœuf, par leur poids, égales et quelquefois supérieures aux parotides, elles ne donnent pas même la moitié du produit de ces dernières.

5° Les sublinguales agissent comme les grandes maxillaires, ainsi qu'on peut le démontrer directement par une fistule établie au petit canal inférieur qu'elles possèdent dans les grands ruminans.

6° L'action générale du système salivaire varie notablement, suivant les circonstances dans lesquelles se trouvent les animaux. Elle a pour chacune d'elles, des caractères spéciaux bien déterminés.

7° Pendant le repas, toutes les glandes sécrètent avec une grande activité, les parotides versent dans la bouche une quantité de salive qui peut s'élever, dans un quart d'heure, jusqu'à 14 à 1,500 grammes. Celle du côté sur lequel s'opère la mastication donnent le double, le triple de celle du côté opposé; les maxillaires fonctionnent aussi, mais sans alterner l'une avec l'autre. Enfin les sublinguales sécrètent d'une manière incessante.

8° Lors de la rumination, les parotides ne secrètent guère moins que pendant la première mastication, bien que les alimens soient déjà imprégnés de salive. Mais tandis qu'elles sont si actives, les maxillaires se reposent ou du moins ne fournissent que des quantités très minimes de liquide. Il semble alors que le système salivaire postérieur de M. Duvernoy agisse de concert avec les dents molaires, et que l'antérieur partage l'inaction des incisives.

9° Pendant l'abstinence, les parotides continuent à fonctionner en alternant comme dans les autres circonstances. Leur produit oscille alors en général de 200 à 600 grammes par quart d'heure. Mêlé au liquide que sécrètent en même temps les autres glandes, il constitue un courant de salive sans cesse dirigé vers l'estomac, où il paraît jouer un rôle important relativement à la rumination, puisque quand il est suspendu cette fonction devient bientôt impossible.

10° Enfin, lorsque des substances stimulantes sont mises en contact avec la muqueuse buccale, elles mettent en jeu non seulement la sécrétion des maxillaires, mais encore celle des sublinguales et des autres glandules, sans influencer sensiblement celle des parotides.

11° Quant aux diverses salives, elles n'ont rien de particulier chez les ruminans, du moins sous le rapport de leurs propriétés physiques. Celle des parotides est constamment aqueuse et sans viscosité, tandis que celle des maxillaires, des sublinguales et de la plupart des glandules, est épaisse et filante.

M. Girbal, ancien chef de clinique médicale à Montpellier, adresse un mémoire *sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes*, avec un grand nombre d'observations à l'appui, recueillies à la clinique médicale, dans le service de M. Fuster.

L'auteur résume ces observations dans les conclusions suivantes :

1° L'acide arsénieux a une propriété fébrifuge réelle dans les fièvres intermittentes par intoxication paludéenne profonde.

2° Il réussit dans les fièvres tierces plus que dans les quartes et les quotidiennes.

3° Il n'exerce pas d'action appréciable sur l'engorgement splénique, ni sur l'état général.

4° La tolérance de l'acide arsénieux, administré depuis la dose de 4 milligrammes, jusqu'à 9 et même 12 centigrammes par jour, a été complète chez la moitié des malades.

5° Les accidens qu'il a déterminés ont été le plus souvent sans gravité.

6° La tolérance peut avoir lieu sans le secours d'un régime copieux et de fortes rations de vin.

7° L'emploi des éméto-cathartiques a le triple avantage de faciliter la tolérance, de faire cesser les accidens arsénicaux, et de contribuer à la guérison de la fièvre.

8° Il est prudent de suspendre l'acide arsénieux dès l'apparition de l'épigastralgie, des coliques, des nausées ou de la diarrhée.

9° L'administration de l'acide arsénieux doit avoir lieu par la bouche, pendant les intermissions ou au déclin des paroxysmes.

10° Le mode de préparation le plus simple et le plus sûr consiste en un mélange d'acide arsénieux bien pulvérisé, dans la proportion d'un sur vingt à prendre dans 60 grammes de véhicule.

11° On peut débuter par 2 centigrammes d'acide arsénieux en deux fois dans les vingt-quatre heures, et en élever au besoin progressivement la dose jusqu'à 9 centigrammes, en trois ou quatre fois dans la journée.

12° Quand les accès sont arrêtés, il convient de réduire, suivant la même progression, les doses de l'acide arsénieux.

13° Les préparations de quinquina, administrées après l'acide arsénieux, semblent agir avec plus de promptitude et plus de sûreté que si on les employait seules.

---

offrandes, des invocations et des charmes de diverses espèces. Il y a en particulier une singulière superstition relativement au choléra. Cette maladie est considérée comme une punition du ciel. Lorsque le malade meurt, on suppose que son âme est hors de toute atteinte et n'a plus rien à craindre de l'esprit du mal; il n'en est pas de même du corps, dont il pourrait s'emparer et sur lequel il pourrait exercer quelques indignités mystiques. Aussi, dès que le malade a rendu son dernier soupir, les amis du défunt s'assemblent autour du cadavre, et avec force gestes prononcent certaines sentences que l'on suppose de nature à chasser le démon qui rôde tout autour du mort. Ces pratiques sont continuées jusqu'au moment où le corps est transporté dans l'endroit où se font les cérémonies religieuses et où il est placé sur le bûcher. Lorsque toute trace de l'humanité a disparu, on suppose que le démon, désappointé et déconfit, quitte le champ de la lutte.

L'habitude de fumer l'opium existe chez les Birmans comme parmi tous les peuples des Indes-Orientales, et il est assez curieux de voir que le nom porté par cette substance est à peu de choses près le même chez toutes les nations, quelque différentes que soient leurs habitudes et leur origine. Chez les Malais et les Birmans, son nom est *aphyon*; c'est presque le même nom chez les Arabes, *afioon*, et chez les Indous *aphion*. On suppose que ce nom vient du grec ὀπος, jus. Quoi qu'il en soit, chez les Birmans, l'usage de fumer l'opium est un luxe que les gens riches seuls peuvent se permettre un peu largement. Les Birmans fument l'opium comme les Chinois. L'opium le plus fin est dissous dans l'eau, on le fait évaporer lentement et l'extrait qui en résulte est roulé en petites pilules. Une de ces pilules est glissée dans un petit trou situé sur le côté de la pipe, on y met le feu avec une petite lampe d'argent dans laquelle brûle de la naphte. Une pilule suffit pour trois ou quatre inspirations. Quelques grains suffisent au Birman pour lui donner de l'activité et de la vigueur; car il est remarquable que ce peuple ne recherche pas les effets soporifiques et rêveurs de l'opium. On sait, au reste, combien l'opium affecte diversement les différens peuples. A dose modérée, le Chinois le fume pour en obtenir du sommeil ou du moins une douce rêverie; le Malais devient agité et furieux; le Birman éprouve seulement une légère excitation. Rien de plus commun que de voir un Birman, ayant un travail rude et difficile à faire, fumer auparavant une pipe ou deux d'opium; il travaille ensuite avec une énergie et une vigueur merveilleuses pendant six ou huit heures, puis il s'endort d'un sommeil profond et réparateur. A haute dose, bien entendu, l'opium a les mêmes effets chez tous les peuples. Aux rêveries succède le sommeil profond ou le coma. Les Birmans donnent à ces rêveries le nom d'avant-goût du Ciel ou de ce qui, dans la mythologie, correspond aux cieux, *naik-ban*. L'opium est d'un prix trop élevé pour que son emploi puisse donner lieu à des abus; aussi ne voit-on jamais chez les Birmans les effets débilitans si fréquens chez les Chinois; en revanche, l'habitude de mâcher et de fumer le chanvre indien fait beaucoup plus de ravages parmi ces peuples et parmi ceux qui habitent la côte de Malabar.

Tels sont les renseignemens consignés par M. Parkes dans son curieux travail sur l'étude de la médecine chez les Birmans. Ils montrent que si, au point de vue théorique, la médecine est restée bien arriérée chez ce peuple, la pratique médicale n'est peut-être pas aussi déraisonnable et aussi peu avancée qu'on pourrait le supposer. Il y a plus, c'est que la confiance professée par les populations pour les médicamens nombreux et variés que les médecins birmans mettent en usage, ne saurait laisser aucun doute relativement à l'activité et à l'utilité d'un grand nombre de ces agens. Faisons des vœux pour que l'expédition que la compagnie des Indes va entreprendre prochainement contre les peuples de ce vaste empire tourne un peu au bénéfice de la science, et en particulier de la médecine, en nous faisant connaître les agens thérapeutiques les plus estimés et les diverses applications dont ils sont susceptibles.

Dr Aran.

LA MÉDECINE JUGÉE PAR UN MÉDECIN. — On demandait à un médecin anglais qui a fait une grand fortune dans l'Inde et qui compte à Londres parmi les médecins les plus répandus, pourquoi il ne mettait pas ses enfans dans la carrière médicale. Par trois raisons, répondit-il; le première, c'est que la profession médicale est certainement de toutes la plus difficile, et ce n'est pas certainement un bonheur pour des jeunes gens que d'être jetés dans une pareille profession; la seconde, c'est qu'avec la quantité de travail nécessaire pour arriver dans cette profession à un rang honorable, on arriverait à une situation éminente dans toute autre carrière; la 3me, c'est qu'avec la constitution actuelle de la société médicale, il n'y a pas place pour une grande considération au moins pour l'immense majorité des médecins et des chirurgiens. Pour la fortune, quelques-uns y arrivent, mais le plus grand nombre n'y arrivent même pas... Ce qui est vrai en Angleterre est certainement aussi vrai en France; et nous n'en voulons pour preuve que la répulsion de tous les médecins en renom à mettre leurs enfans dans cette carrière médicale si vantée, mais seulement par ceux qui ne la connaissent ni ne la voient de près.

ROME. — Sa Sainteté vient de nommer à la chaire de clinique, vacante à la Faculté de Rome, M. le docteur Viale. Ce savant médecin nous appartient; il est né dans le département de la Corse.

PRIX. — L'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Milan, a mis au concours la question suivante : *Quelles applications vraiment utiles pour la physiologie, pour la pathologie et pour la thérapeutique, peut-on attendre des études entreprises sur les phénomènes dits de magnétisme animal?* Prix, 600 fr. — Nous souhaitons, sans beaucoup l'espérer, que l'Académie de Milan trouve la solution de cette question dans les travaux qui lui seront adressés.

HYGIÈNE. — Le docteur Strada a fondé un prix de 600 fr. pour un *traité populaire d'hygiène publique et privée*, spécialement destiné à améliorer la condition des populations agricoles. Les travaux devront être adressés à l'association médicale d'Alexandrie, en Piémont, et seront soumis à un jury de trois membres pris dans l'Académie médico-chirurgicale de Turin.

14° La médication arsénicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique.

15° Les récidives ne paraissent ni moins promptes, ni moins fréquentes après la médication arsénicale qu'après la médication quinique.

16° La médication arsénicale doit être bannie dans le traitement des accès pernicieux.

M. le docteur Guillon adresse la lettre suivante :

« Monsieur le Secrétaire perpétuel,

» J'ai l'honneur de vous adresser du détritus d'une espèce de calcul vésical qui, je crois, n'avait point encore été trouvée chez l'homme. Le malade, M. de P..., de Lisbonne, avait deux pierres, une du volume d'un œuf de poule (7 centimètres de diamètre), et l'autre du volume d'une noix. Je l'en ai débarrassé en trois séances de quelques minutes, à l'aide de mon brise-pierre pulvérisateur, pour l'invention duquel l'Académie des sciences a bien voulu me décerner des encouragemens en 1847 et en 1850; et deux de ces séances ont été faites en présence de M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital de Vichy.

» Jusqu'à ce jour, on n'est point d'accord sur le régime prophylactique des calculeux; et, comme je désirerais, par un traitement convenable, prévenir la formation de nouveaux calculs chez M. de P..., je viens, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, vous prier de provoquer la formation d'une commission qui voudrait bien s'occuper de la prophylaxie de la pierre.

» Le détritus lithique, joint à cette lettre, pourrait être remis à MM. les commissaires, pour en faire l'analyse, et j'aurais l'honneur de leur présenter mon opéré portugais avant qu'il ne quitte Paris.

» Ce détritus, analysé par M. Mialhe, renferme une très grande quantité de carbonate de chaux.

» Agréez, etc. Guillon, d.-m. p.,

Ancien chirurgien consultant du roi.

Paris, le 2 Mai 1852.

(Commission : MM. Roux, Civiale, Lallemand, Dumas et Pelouze.)

M. Leroy-d'Étiolles adresse une note relative à des instrumens destinés à mesurer l'épaisseur du col de la vessie, afin d'apprécier le développement des bourrelets, valvules et tumeurs qui mettent obstacle à la libre sortie de l'urine. L'un de ces instrumens ne diffère du lithomètre et du brise-pierre ordinaire, que par la brièveté du mors de la branche mâle ou mobile qui, ramenée en arrière et rentrant dans l'urètre, saisit le bourrelet entre elle et la branche femelle restée dans la vessie et tournée en bas. Dans l'autre le petit coude est articulé, ce qui lui donne l'avantage de franchir le col sans le violenter, et de pouvoir être dégagé plus facilement. Ces instrumens que M. Leroy nomme *systitrachélotomes*, ont été exécutés par M. Mathieu.

M. Rayer présente, au nom de M. Boutet, médecin vétérinaire à Chartres, un mémoire sur la transmission des maladies charbonneuses de l'homme et des animaux. (Voir l'Académie de médecine.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Mai 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour les mois de janvier, février et mars derniers.

2° Un mémoire de M. le docteur Lambron, sur la thermalité et la sulfuration de 178 sources sulfureuses de la chaîne des Pyrénées.

3° Un mémoire de M. Lecadre, du Hâvre, ayant pour titre : Essai sur la névralgie intercostale. (Comm. MM. Jolly, Longet et Piorry.)

4° Un mémoire de M. le docteur Madin, de Verdun, sur la marche et les effets de l'épidémie cholérique de 1849 dans l'arrondissement de Verdun.

5° Divers appareils dits *anneaux métalliques*, et un nouveau dynamomètre destiné à apprécier les degrés de l'amyosthénie, de M. Burq.

6° Une lettre de M. Leblanc, vétérinaire, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

M. Boutet, médecin-vétérinaire à Chartres, lit au nom de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, un travail ayant pour titre : Résumé d'expériences sur les affections charbonneuses de l'homme et des principales espèces domestiques; étude faite au moyen de l'inoculation, de la transfusion, de la cohabitation, du contact et de l'alimentation avec des débris cadavériques provenant d'animaux charbonneux.

L'auteur résume ce travail par les propositions suivantes :

1° *Le sang de rate* du mouton, *la fièvre charbonneuse* du cheval, *la maladie du sang* de la vache, *la pustule maligne* de l'homme, sont des affections de nature septique qui se communiquent par inoculation.

2° La communication a lieu, pour *le sang de rate*, non seulement du mouton au mouton, mais encore du mouton au cheval, à la vache et au lapin.

3° La *maladie charbonneuse* du cheval se communique également du cheval au cheval, et du cheval au mouton, mais non à la vache (il n'y a pas eu pour cette affection d'inoculation faite au lapin).

4° La *maladie du sang* de la vache se communique aussi de la même manière au mouton, au cheval et au lapin, elle ne se communique pas à la vache elle-même.

5° La *pustule maligne* de l'homme se transmet également, par inoculation, au mouton; l'expérience est toujours restée sans effet, quand elle a été pratiquée sur un cheval, une vache ou un lapin.

6° Les hommes affectés de pustule maligne sont impunément inoculés dans leurs parties saines, avec le liquide séreux provenant du pourtour de cette pustule.

7° Avec ce liquide, on ne produit pas plus d'effet quand, au lieu d'un homme, on inocule un mouton, un cheval, une vache ou un lapin.

8° On détermine cependant la mort, quand, au lieu d'inoculer ce liquide, on introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané un ou plusieurs lambeaux de la pustule elle-même.

(1) M. de P... était venu réclamer mes soins pour des rétrécissemens urétraux, durs, anciens, que plusieurs confrères n'avaient pu franchir. Lorsque l'urètre a été rendu complètement libre, par l'emploi de ma méthode pour la guérison radicale de cette espèce de coarctation, j'ai pulvérisé les calculs dont il s'agit, et ils ont été entraînés au-dehors par l'urine.

9° La *pustule maligne*, ainsi inoculée au mouton, seul animal chez lequel elle a produit de l'effet, se transmet aussi bien du vivant qu'après la mort de l'individu qui a fourni la matière virulente.

10° La même expérience, faite une fois seulement pour la *maladie du sang* de la vache et deux fois pour la *fièvre charbonneuse* du cheval, n'a pas été suivie du moindre effet sur les trois individus inoculés.

11° Les chiens ne sont aptes à contracter, par inoculation, ni l'une, ni l'autre des affections qui précèdent.

12° Les poulets, les canards, les pigeons ne contractent pas non plus *le sang de rate* du mouton, ni *la fièvre charbonneuse* du cheval. La *maladie de sang* de la vache et la *pustule maligne* de l'homme, ne leur ont pas été inoculés.

13° Pour les quatre affections qui précèdent, la mort a lieu, chez toutes les espèces animales expérimentées, de 16 à 134 heures.

14° Toutes les parties du corps, telles que le foie, la rate, les reins, le tissu cellulaire au pourtour des piqûres d'inoculation, le sang du cœur, des veines, des artères, possèdent également la propriété de tuer par inoculation.

15° Le virus charbonneux ne nous a pas paru perdre de ses propriétés en s'éloignant de la source qui l'a produit, pas plus qu'en vieillissant. Il tue tout aussi bien et tout aussi vite au quatrième degré d'inoculation qu'au premier, six jours après la mort que le jour même où a succombé l'animal qui l'a fourni.

16° Les quatre affections qui nous occupent, paraissent être des maladies identiques sous le double rapport des lésions anatomiques et des effets d'inoculation qu'elles produisent.

17° Ces effets permettent de les classer, quant à leur activité et la rapidité avec laquelle ils se produisent, dans l'ordre que nous indiquons ci-dessous : 1° *sang de rate* du mouton; 2° *maladie du sang de la vache*, 2° *pustule maligne* de l'homme; 4° enfin, *maladie charbonneuse du cheval.*

18° L'animal qui contracte le plus facilement ces affections, est le mouton; vient ensuite le lapin, puis le cheval, et enfin la vache, qui n'a succombé qu'une seule fois aux inoculations nombreuses que nous avons pratiquées sur elle.

19° Une seule expérience de transfusion du sang charbonneux faite sur un cheval a été suivie de mort.

20° Sur cinq expériences de cohabitation d'animaux bien portans avec des bêtes mortes ou atteintes de charbon, une seulement a occasionné la mort d'un mouton.

21° Trois expériences de contact ont eu lieu, deux ont été suivies de mort.

22° L'alimentation de l'homme et des animanx avec des débris cadavériques provenant de bêtes charbonneuses ne produit jamais le moindre effet malfaisant.

(Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Renault, Delafont, Bouley, Laugier et Bousquet.)

M. Bouley fils lit un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur l'influence que la section des pneumo-gastriques exerce sur l'absorption stomacale dans le cheval, le chien et le bœuf.*

Il résulte des expériences auxquelles s'est livré M. Bouley avec la collaboration de M. Colin, d'Alfort, que l'absorption stomacale n'est nullement sous la dépendance de l'influence nerveuse, puisque lorsque l'estomac possède cette propriété, elle est aussi active après qu'avant la section des nerfs vagues.

La suspension de l'absorption dans l'estomac du cheval, après la section des pneumo-gastriques, est un fait illusoire, l'estomac de cet animal n'étant pas susceptible d'absorber, même dans les conditions normales.

La section des nerfs de la huitième paire produit la paralysie musculaire, et par la paralysie la rétention dans l'estomac de matières susceptibles d'être absorbées.

Dans les carnivores dont l'estomac jouit, dans l'état normal, de la propriété d'absorber, la section du pneumo-gastrique, n'exerce aucune influence sur cette propriété.

La raison de ces différences d'aptitude à l'absorption que présente l'estomac du cheval et celui du chien, se trouve dans la différence de structure de ces organes et du rôle qu'ils ont à remplir comme instrument de la digestion.

Dans le cheval, l'estomac constitue un vase d'une capacité très petite relativement à la taille de l'animal et surtout au volume énorme de la masse intestinale.

En raison de l'exiguité de sa cavité, le liquide n'y séjourne pas, il ne fait que la traverser. Les expériences démontrent, en effet, qu'on les retrouve en masse, quelques minutes après leur ingestion, dans le vaste sac du cœcum, où s'opère principalement leur absorption.

L'estomac du cheval aurait donc pour fonction principale la chimification des alimens; c'est un organe essentiellement digesteur. L'absorption s'effectue dans les autres parties de l'appareil intestinal, dans l'intestin grêle et dans le cœcum.

Il n'en est pas de même du chien : son estomac est énorme relativement à sa taille et au volume des intestins, et la muqueuse qui tapisse ce viscère présente à peu près les mêmes caractères de vascularité dans toute son étendue. Cette vaste capacité de l'estomac du chien implique que les substances ingérées doivent y faire un long séjour; et la vascularité de sa muqueuse permet d'admettre à première vue qu'elle est perméable au liquide, et que conséquemment elle constitue un appareil d'absorption.

L'expérience confirme, en effet, cette déduction.

L'estomac du chien est donc tout à la fois un organe de chimification et d'absorption.

Il existe donc, à l'égard de l'absorption stomacale, une notable différence entre le cheval et le chien; et ce n'est peut-être pas trop forcer les analogies que d'admettre que la même différence doit se retrouver, dans le règne animal, entre les carnivores et les herbivores considérés d'une manière générale. (Comm. MM. Longet, Renault et Bérard.)

M. Lunier, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Niort, lit sous ce titre : *Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la médication bromo-iodurée*, un mémoire dont voici les principales conclusions :

PREMIÈRE PARTIE.

1° L'huile de foie de morue agit à la fois par sa substance grasse et par le bromure de potassium qui entrent dans sa composition;

2° Ces deux sels alcalins favorisent la digestion de la substance grasse, en activant la sécrétion du suc pancréatique.

3° Cette substance grasse, aliment essentiellement combustible, joue un rôle important dans l'acte de la respiration et dans le développement de la chaleur animale.

4° L'iode et le brôme réunis agissent beaucoup plus d'énergie qu'administrés isolément.

5° On peut remplacer l'huile de foie de morue par la médication bromo-iodurée, associée à des substances hydro-carbonées, au chocolat, par exemple.

6° La médication bromo-iodurée, en augmentant la sécrétion des sucs digestifs, active les fonctions organiques, et surtout favorise le développement du système adipeux.

7° Cette médication détermine quelquefois du côté de la peau des membranes muqueuses une inflammation légère, qui n'a d'ailleurs nulle tendance à la suppuration.

8° Elle provoque aussi, mais beaucoup plus rarement, des accidens cérébraux qui affectent la forme de la fièvre nerveuse, et plus encore de la paralysie générale progressive.

9° Les matières grasses arrivent toutes formées dans le canal digestif, ou proviennent de la transformation des principes immédiats non azotés.

10° Parvenues dans le sang, elles y sont brûlées immédiatement, ou se déposent provisoirement dans les tissus, pour servir de réserve à la respiration.

11° Ce dépôt de la graisse dans les tissus a lieu quand l'oxygène, introduit dans l'économie, est insuffisant pour la brûler immédiatement.

DEUXIÈME PARTIE.

1° La maigreur, qui n'a pour cause aucune lésion organique grave, est combattue avec succès par l'huile de foie de morue ou de la médication bromo-iodurée, associée à des substances grasses.

2° L'opium en général neutralise les effets de la médication bromo-iodurée. Employé avec précaution, il peut avoir quelque utilité dans le traitement de l'obésité.

3° La médication bromo-iodurée doit modifier avantageusement certaines maladies chroniques du pancréas.

4° Dans la phthisie, l'huile de foie de morue agit surtout en fournissant un aliment à la combustion pulmonaire.

5° Elle est sans donc contre-indiquée dans la période aiguë de la maladie, alors qu'il est urgent de laisser en repos l'organe malade.

6° Les eaux sulfureuses agissent surtout dans la phthisie pulmonaire par l'iode et le brôme qui entrent dans la composition.

7° Dans certains cas de chlorose invétérée, l'on se trouvera bien d'associer la médication bromo-iodurée aux préparations ferrugineuses.

8° Dans le rachitis, l'huile de foie de morue paraît agir plus spécialement par substance grasse.

9° Dans le coryza chronique et dans l'ozène ulcéreux, la médication bromo-iodurée modifiera avec avantage l'état de la muqueuse des fosses nasales.

10° Cette médication, par suite de son action directe sur l'utérus, et de l'activité qu'elle imprime à la circulation capillaire, sera souvent employée avec succès pour rétablir ou provoquer la menstruation.

11° La médication bromo-iodurée, seule ou associée aux préparations ferrugineuses, produit d'excellens résultats dans le traitement de la paralysie générale progressive.

12° Par son action sur la sécrétion et sur les fonctions digestives, elle détermine dans la folie certains phénomènes critiques que la nature seule est souvent impuissante à provoquer.

13° Elle est surtout indiquée dans la folie chronique, et plus spécialement indiquée dans l'hypérémie et l'hypochondrie.

M. Dubouloz, de Montméliau, lit un travail intitulé : *Considérations sur quelques effets physiologiques et thérapeutiques des eaux naturelles alcalines iodurées de Coise, en Savoie.*

L'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les eaux naturelles, alcalines, ammoniacales iodurées de Coise, jouissent non seulement des propriétés généralement attribuées aux eaux alcalines, mais elles ont encore une action stimulante très prononcée, qui se révèle par une surexcitation du cerveau et des organes de la génération.

2° Elles ont une action spéciale sur la peau, qui se traduit par une éruption constante.

3° Elles sont anti-strumeuses : l'iode et le brôme sont sans doute des agens d'une grande valeur, mais ils ne sauraient eux seuls expliquer cette propriété; on doit sans doute tenir compte de la parfaite assimilation des alimens pendant que les malades sont soumis au régime des eaux, de l'énergie qu'elles impriment à tout l'organisme, surtout aux fonctions digestives.

4° Enfin, la propriété qu'elles ont de guérir le goître endémique, doit les faire prendre en considération par les gouvernemens limitrophes du département de l'Isère. (Comm. des eaux minérales.)

M. le Président appelle plusieurs personnes inscrites pour des lectures, qui ne répondent pas à l'appel.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée avant cinq heures.

HÉMORRHAGIE MORTELLE CHEZ UN ENFANT A LA SUITE DE LA SCARIFICATION DES GENCIVES. — Appelé à donner des soins à un enfant qui avait depuis quelques jours de la diarrhée, une fièvre vive, avec chaleur et sècheresse des gencives, M. le docteur H. Whitworth scarifia les gencives. Une hémorrhagie survint qui dura toute la journée et toute la soirée; lorsque le docteur arriva, il trouva le sang coulant en abondance de tous les points qui avaient été scarifiés. La compression fut essayée en vain; le cautère actuel ne réussit pas mieux et l'enfant succomba vingt et une heures après les scarifications.

(*The Lancet.*)

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesté et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 55. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 8 Mai 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. . . . . 32 Fr. :
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÈGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER;

Recueillies et analysées par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE (1).

DEUXIÈME PARTIE.

CONSIDÉRATIONS ET EXPÉRIENCES A PROPOS DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Les grandes maladies de l'homme ont pour principe une altération du sang, et la preuve qu'elles s'y rattachent du moins d'une manière essentielle, c'est qu'alors cette humeur a perdu ses qualités normales. Ce n'est que par l'altération d'un liquide aussi important et aussi généralement répandu dans l'économie que l'est le sang, que l'on peut expliquer les morts brusques qu'on observe dans certaines saisons et dans ces épidémies subites et meurtrières. Les *maladies dites contagieuses* n'ont probablement pas d'autre origine.

C'est *dans les systèmes capillaires*, où s'accomplissent des actes si essentiels à la vie, que *se manifestent principalement les conséquences physiques ou matérielles de l'altération du sang;* il faut mettre en première ligne le système capillaire des poumons. Le sang, n'ayant plus les qualités nécessaires pour parcourir ces infiniment petits vaisseaux, s'imbibe à travers leurs parois et s'épanche au dehors; il produit alors ces congestions, ces infiltrations, ces engouemens, ces hépatisations que les pathologistes appellent *inflammation.* Il est indispensable au médecin de bien connaître les relations qui existent entre les systèmes capillaires et le sang qui y circule. On n'avait que des idées inexactes sur ces phénomènes, lorsqu'on a imaginé tant de théories absurdes, par exemple l'irritation, et même cette inflammation, encore en crédit aujourd'hui. La seule chose qui soit réelle alors, c'est le défaut de circulation dans les vaisseaux capillaires. Bien des causes sont capables de troubler les fonctions de ces vaisseaux. On a vu, dans le discours d'ouverture, qu'un simple changement dans la température du corps ne manque pas de produire cet effet, et, dans la suite de ces leçons, on pourra constater combien il est de substances qui, en modifiant la composition du sang, sont également capables de déterminer ces fâcheux résultats.

L'étude des symptômes des maladies a sans doute une grande utilité; elle importe au diagnostic; elle fait connaître la gravité plus ou moins grande de la maladie, ses chances de guérison, etc. Il en est de même de la description minutieuse des lésions anatomiques. Mais *ce qui, sous le rapport thérapeutique, doit* particulièrement *attirer l'attention* du médecin, *c'est l'état du sang.* Il ne suffit pas de regarder ce liquide, de constater sa couleur plus ou moins foncée, sa consistance, l'existence de la couenne, la proportion du caillot et du sérum; il faut, de plus, rechercher quels sont les élémens qui sont altérés, quels sont ceux qui manquent, afin de s'efforcer de les ramener à leur état normal et de restituer ceux qui font défaut. L'ancienne méthode d'études ne peut conduire qu'à l'empirisme; celle qui est ici préconisée doit être dite rationnelle et scientifique.

Les réflexions qui précèdent s'appliquent également aux épizooties, car elles tiennent de même à une altération dans le sang des animaux. Ces altérations sont très probablement les mêmes que dans le sang de l'homme, ou tout au moins fort analogues. Bien des fois on a pu constater avec quelle facilité elles se produisent dans les systèmes capillaires.

Dès le début de son cours, M. Magendie avait déjà dit quelques mots de l'affection grave, qualifiée de *pneumonie*, et qui, depuis plusieurs années, règne *sur l'espèce bovine.* Plusieurs contrées de l'Europe en sont atteintes et il y périt une grande quantité de bestiaux. Depuis plusieurs années, la maladie sévit principalement dans le nord. L'art du vétérinaire étant impuissant contre ce mal, deux prix de 75,000 fr. ont été offerts, l'un par le gouvernement d'Autriche, l'autre par celui de Russie, à l'inventeur d'un *spécifique certain*; tels ont été les termes du programme.

En France même, les pertes qui en résultent s'élèvent à plusieurs millions. L'ancien ministère, la dernière assemblée composée d'un grand nombre de propriétaires, s'étaient émus de ce désastre qui ne cesse pas. On a senti le besoin d'en étudier les causes, de formuler un traitement qui pût arrêter le développement de ce fléau. A cette époque un homme bien connu dans les sciences, aujourd'hui sénateur, M. Dumas, était alors ministre de l'agriculture. Il pensa qu'il fallait des recherches sérieuses, vraiment scientifiques, par conséquent expérimentales. Il réunit une *commission composée de médecins et de vétérinaires;* M. Magendie en fut nommé le président. Les expériences qui ont été commencées à ce sujet deviendront un véritable événement scientifique, car les savans n'auront jamais eu d'aussi grands moyens d'études à leur disposition. Des fonds convenables ont été votés; un local à Rambouillet, un autre à Alfort, sont destinés à recevoir les animaux malades, qui y sont amenés de grandes distances. Il y a donc lieu d'espérer qu'on arrivera à d'importans résultats.

M. Magendie a accepté, avec empressement et bonheur, la mission d'étudier cette maladie des bêtes à cornes. A son point de vue, *il lui importait de s'assurer en quoi le sang des bœufs et des vaches malades différait de celui des mêmes animaux bien portans.* Jusqu'ici, les études de ce genre n'avaient pas été faites avec assez d'étendue. En outre du sang, ce physiologiste se propose d'analyser les différentes espèces de liquides pour rechercher si elles participent aux altérations de l'humeur principale. Par suite de ses recherches antérieures, il se croyait fondé dans la supposition que le sang avait perdu la faculté de se coaguler, et que les hépatisations, ainsi que les exsudations fibrineuses, qu'on trouve dans les poumons et les plèvres des animaux morts de la maladie, tenaient à une altération spéciale de ce liquide. Il fallait en fournir les preuves; à cet effet, il s'est livré avec M. Lecomte, son préparateur, à des analyses sur le sang des vaches atteintes de l'épizootie régnante et amenées à l'infirmerie des Rambouillet. Ils ont eu la précaution de choisir le sang des animaux arrivés au dernier terme de la maladie, n'ayant plus que quelques jours ou même quelques heures à vivre, et ils l'ont comparé au sang d'une vache saine. L'analyse a été suivie avec tous les soins imaginables, par M. Lecomte, qui a l'habitude des balances sensibles, qui est au courant de tous les procédés nouveaux d'évaporation, de dessication, de calcination, etc.

Voici *plusieurs analyses du sang des vaches malades de Rambouillet.* On y voit la composition du sang de trois de ces animaux, comparée avec celle du sang d'une vache saine.

	SANG MALADE.			SANG SAIN.
	N° 1.	N° 2.	N° 3.	
Eau	80,6479	79,8186	84,0951	83,2493
Albumine	10,7360	11,5614	6,5951	8,1581
Fibrine.	0,9677	0,9245	0,4638	1,1182
Globules. . . .	7,6484	7,6955	8,8460	7,4744
	100,0000	100,0000	100,0000	100,0000
Substances solides du sérum. . .	14,6883	14,1168	12,9583	13,9857

M. Magendie se livre à *quelques considérations sur les résultats de ces analyses.* En les comparant avec celle du sang d'un animal sain, on remarque que l'*eau*, sans varier beaucoup, présente cependant des différences; elle est augmentée surtout chez le troisième animal. Cela pourrait peut-être dépendre de l'âge, circonstance dont on n'a pas tenu compte. On ne saurait dire comment il se fait que l'*albumine* ait augmenté chez les deux premiers animaux, et surtout dans le second, ni pourquoi elle a diminué dans le troisième. La *fibrine*, comparée à celle du sang sain, a subi dans les trois analyses une notable diminution. Cette diminution diffère même dans ces diverses analyses, ce qui peut tenir au degré plus ou moins prononcé de l'affection. La quantité des *globules* est généralement plus grande chez les animaux malades, surtout dans le troisième. — Enfin, quant aux sels du sang, ou *matériaux solides du sérum*, ils diffèrent peu de l'état sain; cependant on peut remarquer une augmentation dans les deux premières analyses, et une diminution dans la troisième.

La *circonstance* qui paraît *la plus essentielle, est la diminution* dans

(1) Voir l'UNION MÉDICALE des 3, 6 Janvier et 24 Avril.

Feuilleton.

LE CORPS ET L'AME,

OU HISTOIRE NATURELLE DE L'ESPÈCE HUMAINE;

Par le docteur CLAVEL.

Un volume in-8°. — Paris, 1851, Garnier frères, libraires.

Ce n'est pas l'analyse de cet ouvrage que je veux entreprendre; cette analyse me serait impossible, car elle m'est interdite par la spécialité de ce journal, à qui est défendue toute question de politique ou d'économie sociale. Or, le fond de cet ouvrage est beaucoup politique et essentiellement social, ou plutôt socialiste; deux conditions sérieuses pour faire comprendre et approuver mon abstention. Mais il me semble que rien ne me défend et ne m'empêche de dire tout haut les réflexions que la lecture de cet ouvrage m'a fait faire tout bas, surtout en commençant par déclarer que son auteur me paraît animé des intentions les plus honnêtes et les plus pures, et qu'en se trompant, il se trompe de bonne foi, comme le font la plupart des esprits mélancoliques qui rêvent l'humanité comme elle devrait être et qui ne la voient pas telle qu'elle est. Si ces quelques lignes tombent sous les yeux de mon savant confrère, M. le docteur Clavel, je le prie de ne les considérer que comme une humble et simple protestation de ma conscience contre des doctrines que je crois dangereuses. Critique, c'est mon devoir de dire mon opinion sur un livre que son auteur m'a fait l'honneur de m'envoyer, ce que je n'aurais ni désiré, ni sollicité.

Je me suis quelquefois élevé, dans mes appréciations, contre les savans qui mêlent à la science les choses de la politique ou les questions de foi religieuse. Quelque but qu'on ait en vue par cette mixtion, il n'est jamais atteint, et par cela même cette mixtion est dangereuse. De grands, de nobles, de généreux esprits, dont toutes les tendances étaient assurément louables, ont échoué dans cette impossible entreprise de prouver la vérité de la religion par la science. Des génies non moins grands ont également échoué quand ils ont tenté de ruiner les dogmes religieux par les données scientifiques. Qui dira les mécomptes de ceux qui ont voulu concilier les principes de la liberté de la science avec les principes de l'autorité politique? Le monde ne retentit-il pas, à cette heure, du désespoir tardif de ceux qui ont voulu jeter dans le domaine gouvernemental le droit du libre examen scientifique.

Tort des deux parts. L'inquisition eut tort de croire la religion menacée par la promulgation d'une vérité mathématique. Il aurait tort, le géologue de nos jours, qui conclurait contre la *Génèse*, de l'étude des couches du globe. Tout cela peut exister simultanément, mais à condition d'exister à part et qu'on ne voudra pas faire un mariage impossible. La géométrie n'exclut pas la foi religieuse, et l'anatomie ne prouve rien contre les croyances qui prennent leur source dans la révélation.

L'ouvrage de M. Clavel est nettement et carrément matérialiste, teint d'une couche d'épicuréisme, mais dans l'acception philosophique et élevée de ce mot. Fond et doctrine, vous les connaissez si vous avez lu Lucrèce, Gassendi, Helvétius, d'Holbach, et une brochure plus récente d'un académicien que nous venons de perdre, de M. Rochoux. Vous les connaissez encore si vous avez lu la *Philosophie positive* de M. Conte, et les développemens spéciaux à la médecine donnés par quelques élèves de l'école de M. Conte.

On peut se demander d'abord le *cui bono* d'une pareille publication. L'esprit humain est-il sous le joug d'une tyrannie religieuse telle que l'on puisse comprendre la protestation désespérée d'une conviction courageuse? Non, assurément; à part les espiégleries sans importance de quelques écrivains plus tapageurs que redoutables, l'étude des sciences se fait avec une liberté complète, toutes les hardiesses de la philosophie sont tolérées, et les investigations les plus audacieuses de la science ne sont justiciables d'aucune inquisition.

Serait-ce qu'il y aurait urgence à retenir les esprits entraînés vers les stérilités du mysticisme, à les rappeler aux réalités matérielles, absorbés qu'ils seraient par la contemplation et l'ascétisme? L'auteur, certainement, n'a rien aperçu de semblable dans notre société complètement réaliste, uniquement préoccupée d'intérêts matériels, et prenant grand souci de la satisfaction à donner à tous les besoins physiques.

Non, il n'y avait réellement aucune nécessité à la publication de cette manifestation nouvelle d'une vieille philosophie, manifestation d'ailleurs, je dois le dire, qui n'offre aucun argument, aucun fait nouveau à opposer au spiritualisme.

« Dans l'homme, dit l'auteur, comme dans tous les êtres vivants, il n'y a que des organes et des fonctions : le fait le plus subtil de l'intelligence et de la conscience peut être ramené à un fait organique. C'est dans les organes qu'il faut chercher les destinées humaines, ou la règle de conduite de l'humanité. »

Telle est la conclusion dernière et brutale de ce livre où de précieuses qualités de style et une grande habileté de discussion ont été mises au service d'une triste doctrine. Je dis triste doctrine, car nous savons bien, nous médecins, que sur le terrain de l'observation pure, de l'anatomie pure, le matérialisme qui s'y fortifie avec habileté sera toujours inexpugnable. Il n'y a que les hommes qui font profession de philosophisme et qui se paient de mots qui aient la prétention de faire brèche au matérialisme par la doctrine opposée du spiritualisme. Non, quand la raison humaine, secouant toute entrave et toute autorité, se plonge résolument dans l'étude de la matière, elle aboutit fatalement aux doctrines de M. Clavel. Platon et son beau langage ne résistent pas une seconde à une dissection bien faite. C'est vanité, c'est folie d'opposer la raison à la raison. Toute la métaphysique spiritualiste fait plus de matérialistes que la science pure. La fausseté du matérialisme ne peut pas se prouver, elle ne peut que s'imposer. C'est dans une région plus haute que celle de la science qu'il faut chercher la vérité de la croyance à l'âme et de la croyance à Dieu. M. Clavel l'a bien compris. Il détruit d'abord toute idée religieuse; il met au néant la révélation, et ces ruines faites, il n'a plus rien à craindre ni du raisonnement, ni du sentiment pour planter les jalons de son matérialisme dans les sciences, les arts, la politique, l'éducation, l'hygiène et jusque dans la morale.

« Le progrès social, ajoute-t-il, n'est que l'agrandissement de la vie

les proportions *de la fibrine*, parce qu'elle diminue pour le sang la puissance de coagulation. Cette diminution se trouve en désaccord avec des recherches modernes, recherches par suite desquelles on a prétendu que, dans les maladies analogues à celles dont il est ici question, et en général dans toutes les maladies dites inflammatoires, il y avait augmentation dans les proportions de cet élément du sang. M. Magendie ne peut s'expliquer cette divergence, qu'en ce que les procédés mis aujourd'hui en usage sont plus précis que ceux qu'on employait naguère. Il est porté à croire qu'il y a eu erreur chez les premiers expérimentateurs. Il fallait que ceux-ci déterminassent d'abord la quantité de la fibrine dans un sang vraiment normal, car cette quantité change fréquemment; pour cela, il était nécessaire de dessécher cette matière à la presse pour l'obtenir seule et pure; sans ces précautions, on était exposé à partir de données fausses.

M. Magendie ne croit *pas* devoir tirer *de déductions de l'augmentation qu'on trouve dans les globules*, parce qu'on ignore l'origine et les usages de ces petits corps. Il ne veut même pas accorder une trop grande confiance, à leur égard, aux résultats des analyses, car, pour déterminer leur quantité, on ne connaît pas encore de procédé bien rigoureux, vu l'impossibilité de les isoler. Si l'on prend les globules au fond d'un sang défibriné et si on les fait sécher, l'eau du sérum qu'ils retiennent disparaît, mais l'albumine reste mêlée avec eux, et il faut en défalquer le poids pour avoir le leur. Si, comme l'indique Berzélius, on les lave avec une solution de sulfate de soude, cette substance, il est vrai, les sépare des autres matières, les gonfle et les empêche de passer à travers le filtre, mais on les a dénaturés, ce qui est un autre inconvénient.

Enfin, quant aux autres *matériaux solides du sang*, qui sont restés à peu près les mêmes, le professeur explique ce fait par la diminution d'une substance et l'augmentation d'une autre dans le même sang, de manière à reproduire un poids total, toujours le même, de matériaux.

La commission s'est posé la question de savoir *si la maladie était contagieuse*; mais cette question n'était pas facile à résoudre. Il ne suffisait pas de constater qu'une vache affectée étant amenée dans une étable, les autres vaches qui s'y trouvaient tombassent malades. Ce serait sans doute une probabilité, mais non une preuve complète, car d'autres vaches étant malades au dehors, celles de l'étable pourraient l'être devenues par la même cause. Pour s'assurer que l'affection n'est pas spontanée, il faudrait, à plusieurs reprises, placer une vache malade au milieu d'un troupeau dans un pays dont la salubrité serait bien établie. La commission a déjà fait quelques essais dans ce sens; elle doit les poursuivre. Si le phénomène de la communication morbide se manifestait en divers lieux, en divers saisons, il faudrait bien regarder la maladie comme contagieuse; et ce serait, il faut le dire, un grand mal à ajouter à un mal déjà trop grand.

L'appréciation d'un traitement véritablement utile exige également une grande prudence et même l'emploi de la méthode expérimentale. M. Magendie en cite pour exemple ce qui s'est passé à Rambouillet : une vingtaine de vaches furent prises subitement et presque en même temps de tous les signes de l'épizootie régnante. Pour en étudier les symptômes et la marche, ces animaux furent abandonnés à eux-mêmes et sans rien changer à leur régime. Quatre sont morts, les autres se sont parfaitement rétablis. Cela n'est-il pas remarquable, dans une affection qui semblait être très grave et qui faisait craindre sa propagation au loin? Que n'aurait-on pas dit du traitement à la suite duquel un pareil résultat serait arrivé? Et cependant, il est évident que pour un esprit logique, il aurait fallu mettre en doute son efficacité.

Lorsque les feuilles publiques viennent nous apprendre que les grands prix de l'Autriche et de la Russie vont être décernés à un Gallicien, le docteur Godlewschi, pour avoir employé les *bains de vapeur* et trouvé dans ce moyen un *spécifique infaillible* pour l'épizootie pneumonique qui désole les contrées du nord, ne doit-on pas faire les mêmes réflexions? Qui pourrait affirmer, si l'on a pas fait d'expérimentations contradictoires, que les maladies qu'on a vues guérir en se servant des bains de vapeur, n'auraient pas eu également une terminaison favorable, si ces bains n'eussent pas été mis en usage, ou si, à leur place, tout autre remède ou aucun remède n'eussent été employés.

N'est-ce pas là une preuve nouvelle des difficultés et même des incertitudes qui entourent les expérimentations? Non seulement leur pratique demande une grande habileté et une longue habitude, mais leur légitime interprétation surtout exige une portée d'esprit bien au-dessus du vulgaire. Ceux qui, ajoute le professeur, ne travaillent que dans le cabinet, font peu de cas des expérimentateurs; ils les regardent comme des manœuvres, tandis qu'eux se disent les *architectes de la science*. Il y a sans contredit de l'utilité à rapprocher les faits connus et positifs, puis à en tirer des corollaires. Les expérimentateurs sont loin eux-mêmes de négliger ces procédés philosophiques; seulement les déceptions dont ils sont si souvent éprouvés, la nécessité qu'ils reconnaissent de toujours contrôler une expérience par une autre, de renouveler les épreuves en différens temps et avec toutes les conditions désirables, les rendent plus sobres de déductions. Quant aux écrivains qui ne se livrent qu'aux spéculations de leur imagination, quelques brillantes qu'elles puissent être, M. Magendie les dédaigne et les accuse impitoyablement de surcharger la science d'embarras et d'inutilités.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CAUTÉRISATION ANTÉROGRADE OU D'AVANT EN ARRIÈRE; — CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES IL CONVIENT DE L'APPLIQUER.

Extrait du mémoire présenté à l'Académie de médecine, le 20 avril 1852, par M. LEROY-D'ÉTIOLLES.

La cautérisation directe, ou d'avant en arrière, est fort ancienne : Ambroise Paré la pratiquait avec les bougies qu'il désignait par l'appellation de *embouties*. Loiseau en fit l'application sur Henri IV : Wiseman, Watheley, Roncali, Hunter, Evrard Home, en ont été successivement partisans. Lorsque Ducamp proposa ses procédés de cautérisation latérale, la bougie armée d'Evrard Home était en grande faveur en Angleterre; en France, Petit s'efforçait de la préconiser, appuyé sur un rapport favorable de Percy à l'Institut. Il ne fut pas difficile à Ducamp de démontrer les inconvéniens, les dangers même de l'instrument grossier auquel Evrard Home avait donné le nom de bougie armée : c'était une sonde en gomme a l'extrémité de laquelle un fragment de nitrate d'argent était fixé avec de la cire.

Le prestige dont Ducamp avait entouré son procédé, l'engouement universel dont il fut l'objet, achevèrent de déconsidérer la cautérisation d'avant en arrière, et détournèrent d'y avoir recours, même dans les cas où elle était le mieux indiquée; à peine, en France, comptait-on, dans un laps de quinze années, trois applications faites par Nicod et par M. Lallemand; celui-ci même, après avoir rapporté deux cas dans lesquels il dit avoir fait deux fausses routes avec la bougie armée conduite dans une canule, ajoute : « On voit par » ces observations, que ce mode de cautérisation peut être » utile dans certains cas de rétrécissemens situés *dans la portion droite du canal*, mais qu'au-delà de la courbure sous-» pubienne il expose singulièrement à des fausses routes, » dirigées vers la partie inférieure du canal, et que les inconvéniens que Ducamp reproche à la méthode de Hunter ne » sont pas exagérés : *Pour mon compte, j'aimerais peut-être* » *mieux remettre indéfiniment la cautérisation, si je ne pouvais* » *pénétrer dans le rétrécissement, que de la pratiquer d'avant* » *en arrière.* »

Malgré l'appréhension que les écrits de Ducamp et de M. Lallemand avaient fait naître dans mon esprit, je me hasardai à essayer la cautérisation d'avant en arrière dans quelques cas de rétrécissemens qui avaient opposé au cathétérisme tenté par tous les moyens connus (sauf le cathétérisme forcé) une résistance insurmontable : les résultats me rassurèrent sur le danger de produire une rétention d'urine complète, et m'encouragèrent à persévérer. Je les communiquai à l'Académie de médecine, dans un mémoire dont je lui fis la lecture le 11 septembre 1838.

Mon opinion sur la cautérisation directe ne fut pas partagée par M. Civiale, il la combattit dans le *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires. Première partie. Maladies de l'urètre*, p. 283, 2e édition, 1843. Voici dans quels termes il s'exprime :

« M. Le Roy-d'Etiolles a tenté, en 1838, de remettre en » honneur la cautérisation d'avant en arrière, telle qu'elle fut » employée par Ambroise Paré, puis appliquée par Hunter, » Home, etc. Il pense que les reproches adressés à cette mé» thode ne sont applicables qu'aux procédés d'après lesquels » on l'a mise à exécution, et il recommande des instrumens » nouveaux de son invention..... M. Leroy-d'Etiolles n'a jamais » laissé échapper une occasion de prouver combien son ima» gination est prompte à lui suggérer des instrumens inu» tiles, et son esprit apte à lui suggérer des préceptes aven» tureux..... »

L'autorité de M. Civiale est grande en urinologie, celle de Ducamp et de M. Lallemand ne l'est pas moins; il faut donc pour combattre une telle influence, non des théories, mais des faits concluants. J'en ai cité dans le mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine en 1838. J'en ai relaté cinq dans mon *Traité des rétrécissemens*, publié en 1845. En voici onze nouveaux qui sont, comme les précédens, entourés de tous les caractères de l'authenticité; plusieurs ont eu pour témoins les membres de la commission de l'Académie.

Ne perdons pas de vue que la cautérisation n'est pas, à mes yeux, non plus que la scarification, une méthode générale, qu'elle ne doit être appliquée qu'exceptionnellement, et dans les cas d'insuffisance de la dilatation; que la cautérisation d'avant en arrière, plus exceptionnelle encore, n'entre ici en parallèle qu'avec le cathétérisme forcé, et l'incision de l'urètre de dehors en dedans. Cela est indispensable pour débarrasser la question des objections et critiques s'adressant à une application intempestive, plutôt qu'à la méthode elle-même.

J'ai donné, dans mon mémoire lu à l'Académie de médecine, en 1838, et dans mon *Traité des rétrécissemens et angusties de l'urètre*, quelques indications, je n'ose pas dire préceptes, relativement à la manière dont la cautérisation d'avant en arrière doit être pratiquée; l'espace dont je puis disposer dans le journal ne me permet pas de les reproduire. Je renvoie au mémoire publié *in extenso*. (V. aussi les fig. 1, 2 et 3.)

Dans la généralité des cas, je fais usage du nitrate d'argent; cependant il m'est arrivé, trouvant son action trop lente ou insuffisante, de lui substituer le caustique de Vienne, qui cause, il est vrai, une douleur plus vive au moment de son application, mais dont les effets sont bien plus rapides et plus puissans. Forcé de ne prendre que deux faits parmi ceux qui sont relatés dans le mémoire, je choisirai ceux dans lesquels le caustique de Vienne a été mis en usage.

Rétrécissement traumatique. — Fistules urinaires. — Occlusion complète de l'urètre, passage de la totalité de l'urine par les fistules pendant sept mois. — Cautérisation d'avant en arrière. — Guérison.

N° 65. — P.... âgé de 15 ans, habitant le village de Montgeron, près Paris, conduisait une charrette chargée de 3,000 kilogrammes (6,000 l.), il tomba, et la roue lui passa sur le bassin et le bas ventre, c'était le 19

---

dans ses dimensions physiques, affectives et intellectuelles. De l'étude du corps découle l'hygiène, ou la loi de perfectionnement du physique; de l'étude des instincts et des sentimens découle la morale, ou la loi de la conscience; de l'étude de l'intelligence découle la loi scientifique. »

Je n'aurais aucune répugnance à admettre tout cela dans l'application, mais à la condition d'abandonner les prémisses et de prendre un point de départ plus élevé, plus consolant, plus rémunérateur et qui livre moins le cœur humain aux entraînemens des appétits et aux exigences de l'individualisme. Placez à votre frontispice la reconnaissance d'un droit antérieur et supérieur à la matière, écrivez-y le nom de Dieu, l'existence de l'âme, les vérités religieuses qui découlent et les devoirs qui résultent de la révélation, et je ne craindrai plus, que vous soyez roi, législateur, éducateur ou hygiéniste, que vous tourniez toutes les aspirations de l'intelligence humaine vers la satisfaction grossière et purement matérielle des appétits et des instincts.

Ai-je raison de le craindre? Oui, car voici la pénultième pensée de votre livre : « La santé, la morale, la science et l'art résument donc le progrès de l'humanité, qu'ils tendent à perfectionner par l'attrait tout puissant du bonheur. »

De quelle morale parlez-vous? Je n'en ai aperçu d'autre que cette morale *organique* donnant naissance au droit et au devoir « qui de la sorte adhèrent à la chair et aux os de chaque être humain. » J'ai peine à comprendre cette morale d'amphithéâtre; dans ma simplicité, je préfère celle de l'Evangile et de l'*Imitation de J.-C.*

Franchement, on peut hésiter à croire qu'une morale bien pure, désintéressée, charitable surtout, puisse jamais sortir de la contemplation exclusive de la chair et des os, et de la satisfaction à donner à tous les besoins organiques.

« L'attrait du bonheur. » De quel bonheur parle-t-on? Existe-t-il donc un philosophe assez naïf, assez isolé dans ce monde, pour croire à ce mythe, à cette abstraction qu'on nomme le bonheur? Et quand satisfaction la plus large possible sera donnée aux exigences de la chair, le bonheur sera-t-il réalisé?

Imprudens qui placez le bonheur dans une vie sensuelle, qui semblez ignorer qu'au fond de toutes les coupes restent encore le désir, l'espérance, ces deux attributs de l'humanité; l'espérance surtout, ce sentiment spécial à l'homme, cette fleur toujours près d'éclore et qui ne s'épanouit jamais, selon une poétique et charmante expression; l'espérance, la cause et la raison d'être des croyances religieuses, et dont tous ces législateurs, tous ces nieurs de l'âme humaine ne connaissent ni la puissance, ni la portée, ni la signification, et qui, à elle seule, suffit pour expliquer Dieu, pour croire à l'âme et pour attendre d'autres destinées.

L'homme est une intelligence qui espère.
Pourquoi l'homme espère-t-il?
Quand vous le saurez, matérialistes, vous ne le serez plus.

Amédée LATOUR.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Les employés et les compositeurs de l'UNION MÉDICALE ayant manifesté le désir d'assister à la fête du 10 Mai, le journal ne pourra pas paraître mardi prochain.

CONCOURS. — La nomination pour deux places de chirurgien au bureau central des hôpitaux de Paris s'est faite hier. Le jury a nommé MM. Demarquay et Richard.

— Un journal rapporte qu'il vient d'être fait en Belgique une découverte qui intéresse au plus haut degré les agriculteurs de tous les pays. M. Willems fils, docteur en médecine à Hasselt, aurait trouvé, assure-t-on, un moyen aussi simple qu'efficace de préserver les bestiaux de la péri-pneumonie épizootique, ce fléau terrible qui, depuis plusieurs années, a exercé de si cruels ravages dans plusieurs contrées de l'Europe et auquel on n'a su opposer, jusqu'à ce moment, que des précautions hygiéniques et l'isolement absolu.

Le procédé de M. Willems consiste dans l'inoculation de l'affection contagieuse elle-même. On prend le virus sur un bœuf infecté et on le dépose dans la queue d'un bœuf sain. A la suite de cette opération, il se développe localement une série de phénomènes morbides d'une nature spéciale, et après leur disparition l'animal est à l'abri de tout danger. Ce journal ajoute que les expériences de M. Willems ont été faites avec tout le soin possible, dans une étable appartenant à son père, président de la commission provinciale d'agriculture du Limbourg. Dans cette étable, où le fléau n'avait cessé de régner depuis quinze années, 108 bœufs ou vaches ont été soumis à l'inoculation, pas un seul n'a été atteint de péri-pneumonie, tandis que sur 50 autres, placés cependant dans les mêmes conditions, mais qui n'avaient été l'objet d'aucun traitement préalable, 17 ont subi l'influence de la maladie. Ces expériences, commencées en février 1851, ont été, sans interruption, continuées jusqu'à ce jour.

M. Willems a généreusement livré son secret au gouvernement belge, qui s'est empressé de nommer une commission chargée de vérifier par de nouveaux essais l'efficacité de ce mode de préservation.

Nous avons dû rapporter ces faits qui appelleront sans doute l'attention de la direction de l'agriculture.

MORTALITÉ MOYENNE DANS LES PRINCIPALES VILLES DES ÉTATS-UNIS. — D'après M. Simonds, la mortalité annuelle moyenne est de 2.4572 pour cent à Boston, de 2.1194 à Lowell, de 2.9622 à New-York, de 2.5510 à Philadelphie, de 2.4917 à Baltimore, de 2.5793 à Charleston, de 4.1616 à Savannah, et de 8.1017 à la Nouvelle-Orléans. On sait qu'en Angleterre la mortalité moyenne est, pour les 12 comtés, de 1.93 pour cent, et pour les 26 villes principales de 2.72; dans les grandes villes manufacturières, telles que Liverpool et Manchester, la mortalité s'élève jusqu'à 3.65 pour cent; mais, comme on le voit, elle reste bien au-dessous du chiffre de la mortalité de la Nouvelle-Orléans.

ERRATA. — Un renvoi relatif à la note qui se trouve au bas de la 1re colonne de la page 222 du dernier numéro de ce journal, aurait dû être placé à la fin du premier paragraphe de la lettre de M. Guillon, après le mot Vichy.

février 1846. Des cataplasmes furent appliqués sur le ventre, des frictions furent faites sur cette région et sur les fesses, qui étaient fort contusionnées. Le troisième jour il y eut rétention complète d'urine; on introduisit la sonde, et l'on n'amena que quelques gouttes d'urine sanguinolente; un abcès urineux se forma dans l'une des fesses, on l'incisa, et pendant trois semaines l'urine coula par cette ouverture, après quoi elle reprit son cours par la verge. Cela dura quarante jours, alors l'autre fesse devint tuméfiée à son tour, un abcès s'y forma, on l'ouvrit avec le bistouri. La plaie resta fistuleuse, et elle donnait issue à la totalité de l'urine, mais non sans de violens efforts.

Depuis sept mois, P... était dans cet état, ne rendant pas une seule goutte d'urine par l'urètre, et l'introduction de toute espèce de sonde ou bougie étant impossible, lorsque le 25 janvier 1847, près d'un an après l'accident, il vint à ma consultation gratuite du Bureau central des hôpitaux. J'essayai plusieurs fois de faire pénétrer des bougies de diverses grosseurs et de diverses formes, aucune, même la bougie capillaire tortillée, ne put franchir l'obstacle qui existait au-dessous de la symphyse pubienne.

Je pris le parti d'attaquer l'obstacle d'avant en arrière avec le caustique. Quatre cautérisations furent faites à huit jours d'intervalle, au moyen du nitrate d'argent; comme il opposait encore de la résistance, j'en fis une cinquième avec un petit morceau de caustique de Vienne, gros comme une graine de chenevis, porté dans un tube d'argent dont l'ouverture était appuyée contre l'obstacle; la douleur fut plus vive qu'avec le nitrate d'argent, mais il n'y eut pas d'accident, et quatre jours après l'urine passait par l'urètre. L'admission des bougies était facile, j'en introduisis pendant quelques jours, une demi-heure durant, afin de dilater le passage nouvellement frayé et de le maintenir ouvert.

Depuis cinq ans je n'avais plus revu P..., et je n'avais plus entendu parler de lui : désirant savoir quel est son état de santé actuel, j'écrivis à M. le docteur Lacaze, à Montgeron. Voici un passage de la réponse que je viens de recevoir aujourd'hui même, 30 avril : « Pendant les cinq années qui se sont écoulées depuis que vous avez donné vos soins au jeune P..., il a uriné librement et exclusivement par l'urètre. En janvier dernier, à la suite d'une gonorrhée, une inflammation intense envahit le tissu cellulaire avoisinant le canal de l'urètre, un abcès survint, et à son ouverture, de l'urine s'échappa mêlée au pus. Les choses continuèrent ainsi pendant quinze à vingt jours, puis le trajet fistuleux se cicatrisa, et l'urine s'écoula et s'écoule exclusivement par les voies naturelles.

» Tels sont, mon cher confrère, les renseignemens que m'a fournis ce jeune homme, que j'ai beaucoup engagé à vous aller voir... »

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Rétrécissemens nombreux. — Abcès urineux, fistules. — Occlusion complète de l'urètre; passage de la totalité de l'urine par les fistules pendant huit mois. — Destruction des obstacles par la cautérisation directe. — Rétablissement du libre cours de l'urine.

N° 66. — M. E..., 52 ans, a contracté une première blennorrhagie à l'âge de 20 ans, en 1822; une seconde en 1824, puis une troisième en en 1832, qui dura dix ans, malgré tous les traitemens essayés pour la supprimer; elle mourut de vieillesse, comme dit le malade dans sa narration.

De 1832 à 1850, le canal s'est rétréci de plus en plus; l'hiver surtout, l'expulsion de l'urine était plus difficile encore, M. E... mettait quelquefois deux heures pour l'accomplir avec de violens efforts. Chaque année, il était obligé de garder la chambre un mois ou deux. Au commencement de 1851, les bourses, la verge, l'hypogastre et le périnée se tuméfièrent tout à coup; deux incisions furent pratiquées, l'une au périnée, l'autre sur la bourse gauche; l'urine s'échappa par ces ouvertures, dont une, celle du périnée, resta fistuleuse; et, depuis lors, il ne s'écoula plus une goutte d'urine par l'urètre. Plusieurs tentatives eurent lieu inutilement, pour faire pénétrer des sondes et des bougies.

M. E... vint à Paris me consulter; je le vis le 16 septembre 1851, en compagnie de M. le docteur Hutin. Une bougie très fine, introduite dans l'urètre, rencontra un rétrécissement à 2 centimètres (9 lignes) de l'orifice. Après un peu d'hésitation, elle le franchit, et arriva sur un second placé à 3 centimètres. Après avoir encore dépassé celui-ci, elle vint butter, à 11 centimètres de profondeur, contre un troisième, dans lequel sa pointe même ne s'engageait pas. L'irritabilité du canal et la sensibilité du malade étaient extrêmes.

Je renouvelai plusieurs jours de suite les essais pour introduire au-delà du troisième obstacle, des bougies de différentes grosseurs, droites, tortillées et crochues, cela me fut impossible. Je pris alors le parti de dilater les deux premiers rétrécissemens qui admettaient une bougie fine, afin de pouvoir arriver franchement sur le troisième, et de l'attaquer par la cautérisation d'avant en arrière. Je la pratiquai avec un porte-caustique de 4 millimètres; c'est tout ce que les deux premiers rétrécissemens, incomplètement dilatés et fort rétractiles, pouvaient admettre. Après cinq cautérisations faites avec le nitrate d'argent, ce troisième rétrécissement fut dépassé, et la sonde vint s'arrêter sur un quatrième, situé à 13 centimètres. Je me disposais à le détruire à son tour par le caustique, lorsque M. Wertheimber, demandant à faire, sur un rétrécissement infranchissable par les sondes et les bougies, l'application du galvanisme, je lui parlai de M. E... J'obtins de celui-ci qu'il se prêterait à cette épreuve, qui eut lieu à l'hôpital Beaujon, dans le mois de décembre 1851, en présence de M. Robert, de M. Huguier, de M. Duchesne-Duparc, de M. Duval, et d'autres médecins et élèves.

Un cathéter, de 4 millimètres de diamètre, fut introduit dans l'urètre, jusqu'à l'obstacle; on y attacha l'un des conducteurs; l'autre se terminait par une plaque de cuivre appliquée sur la cuisse; le courant était produit par huit couples de Buntzen.

Quatre applications de l'électricité eurent lieu de la même manière à cinq ou six jours d'intervalle l'une de l'autre; elles durèrent trente-trois, vingt-cinq, vingt-huit et trente minutes, le pôle négatif étant dans l'urètre, et le pôle positif sur la cuisse. Elles n'eurent point de résultat; la profondeur à laquelle pénétrait le cathéter était toujours de 13 centim., et il ne passait pas une goutte d'urine par l'urètre.—M. E...ayant déclaré à M. Robert et à moi qu'il ne voulait pas pousser plus loin l'expérience, je repris la cautérisation d'avant en arrière avec le nitrate d'argent.S pt applications eurent lieu à quatre jours de distance l'une de l'autre, sans que le rétrécissement fût traversé. Je me déterminai alors à recourir au caustique de Vienne, dont j'avais tiré déjà bon parti contre des rétrécissemens rebelles au nitrate d'argent, ainsi que je l'ai dit dans mon *Traité des rétrécissemeus et angusties de l'urètre*, page 384, année 1845. Je m'étais servi alors du caustique en pâte, préparé extemporairement, contenu dans une cupule. (V. fig. 2.) Cette fois, je fis usage du caustique solidifié, dont je poussai un petit fragment dans la canule ouverte à ses deux extrémités, et tenue appuyée contre l'obstacle. Quatre jours après la seconde application, qui eut lieu en présence de M. le docteur Hutin, une sonde métallique pénétrait sans effort à une profondeur de 16 centimètres. Là, elle fut arrêtée par un cinquième rétrécissement; je l'attaquai avec le nitrate d'argent; mais, après la troisième cautérisation, n'ayant pas obtenu de résultat, j'eus de nouveau recours au caustique de Vienne : deux applications en furent faites, l'une d'elles le fut encore en présence du docteur Hutin

Deux jours après la seconde, l'urine commença à couler par l'urètre. Cela eut lieu le 20 mars 1852. La sonde ne franchissant pas encore, je pratiquai une troisième cautérisation avec le caustique de Vienne. Trois jours après, l'urine coulait plus librement : une sonde de 5 millimètres de diamètre arrivait jusqu'au col de la vessie, mais ne pouvait le franchir. Je présentai successivement des sondes de métal et des sondes flexibles droites et à grande courbure, l'entrée leur fut refusée : une seule arriva dans la vessie sans résistance : ce fut la *seconde coudée flexible*.

Les jours suivans, la dilatation fut continuée avec des sondes de cette forme, qui, seules, franchissent le col de la vessie, probablement dévié et déformé par un bourrelet transversal qui empêche la vessie de se vider complètement et qu'il faudra peut-être inciser plus tard, si la miction ne se rétablit pas dans son intégrité. Les fistules du périnée et du scrotum se sont presque fermées.

M. Robert a constaté l'état de choses que je viens de décrire.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 5 Mai 1852. — Présidence de M. Larrey.

Amputation de la main; — membres artificiels.

M. Larrey présente à la Société deux artilleurs qui ont subi, le même jour, une mutilation semblable, intéressant sur l'un des malades, le bras droit, et sur l'autre le bras gauche.

Pendant un exercice à feu, ces deux hommes ont eu la main enlevée. Tous deux guéris actuellement, portent un membre artificiel, dont l'extrémité présente la forme de la main. Les doigts, en bois, offrent des articulations mobiles maintenues fléchies et viennent s'apposer au pouce, de telle façon qu'il est possible d'utiliser ces doigts ainsi disposés, et les malades peuvent tenir un couteau, une fourchette, etc.

Ces membres artificiels, légers et d'une bonne fabrication, sortent des ateliers de M. Charrière.

Grossesse extra-utérine.

M. Huguier communique l'observation de la malade à laquelle nous avons fait allusion dans notre dernier article; il la fait suivre cette observation des considérations que nous transcrivons :

Observation. — Le 17 avril 1852, est entrée dans le service de M. Huguier, salle Sainte-Clotilde, n° 387, la nommée Bodard (Rose), âgée de 30 ans, célibataire, demeurant à Montmartre, 51, rue Traînée. La menstruation, chez cette femme, s'est établie à 13 ans sans difficulté. Elle a eu des rapports sexuels à partir de l'âge de 15 ans; elle n'a éprouvé aucun trouble dans les fonctions menstruelles, et n'a jamais eu d'enfant. Il y a environ sept mois, il survint une suspension des menstrues; une tuméfaction douloureuse des seins; une somnolence habituelle; de la constipation; des envies fréquentes d'uriner; enfin, un développement progressif de l'abdomen. Ces accidens existaient depuis un mois, quand la malade prit le parti d'aller consulter un médecin qui, suivant toute probabilité, l'examina légèrement; car, après lui avoir ordonné un purgatif, il cessa de lui prodiguer ses soins.

Le volume de plus en plus considérable que présentait l'abdomen, la cessation complète des règles, lui donnèrent à penser qu'elle pouvait être enceinte; voulant avoir une idée arrêtée sur sa situation, elle consulta à Montmartre un médecin, M. Passeriny, qui, au premier abord, soupçonna une affection du foie, car il y avait du gonflement, de la douleur dans la région épigastrique; mais en examinant plus attentivement, il crut reconnaître un kyste de l'ovaire. Pour acquérir plus de certitude, il fit appeler un confrère qui se rangea de son avis; c'est alors que les deux médecins, d'un commun accord, conseillèrent à la malade d'entrer à l'hôpital. Trois jours après cette consultation, M. Passeriny adressa à M. Huguier la femme Bodard, munie d'une lettre conçue en ces termes : « Je vous prie de recevoir cette malade, qui porte une affection » dont je n'ai pu préciser le diagnostic, et qui a pour siége l'utérus. » (Text.) Vous trouverez un corps mobile qu'on ne peut définir, car il » n'est l'effet de la conception, manquant des deux signes les plus cer- » tains, qui sont : la pulsation du fœtus et le battement. »

Le jour même de l'entrée de la malade à l'hôpital, M. Huguier procède à un examen très minutieux : après avoir jeté un coup d'œil sur le ventre, il demande à cette femme si elle a eu des enfans; elle répond négativement, et affirme qu'elle est vierge. M. Huguier considère attentivement : 1° le ventre; 2° les organes génitaux.

1° *Exploration du ventre.* — On trouve la paroi abdominale antérieure, dont la peau n'est nullement altérée, distendue par une tumeur dont le plus grand diamètre est transversal; cette tumeur est séparée du pubis par une dépression profonde, qui permet à la main d'atteindre l'angle sacro-vertébral. Elle dépasse de 0,14 centimètres l'ombilic, et descend à 10 centimètres au-dessous de cette cicatrice, en sorte que cette tumeur offre un diamètre vertical de 0,24 centimètres, et un diamètre transversal de 27 centimètres; elle est obliquement dirigée de bas en haut et de gauche à droite; elle est inégale, anguleuse. En bas et à gauche de la masse principale, on sent une petite tumeur du volume d'une orange; elle est plus résistante et plus lisse que la précédente, dont elle est séparée par une dépression. Cette tumeur est mobile sous la pression, et fuit quelquefois devant le doigt explorateur. Le chirurgien se demande s'il s'agit du corps même de l'utérus accolé au kyste qui renferme l'enfant, si ce n'est pas la tête de celui-ci, ou bien si c'est une tumeur renfermée dans les annexes de l'utérus. La tumeur principale donne la sensation du ballottement, c'est-à-dire qu'on sent, au milieu de la fluctuation qu'elle présente, un corps dur qui se déplace sous la pression.

2° *Exploration des organes génitaux.* — L'orifice vulvaire, très dilaté, se présente sous un aspect violacé et bleuâtre. M. Huguier nous fait remarquer que, jusqu'à présent, cette coloration des organes génitaux externes a toujours été pour lui un signe de grossesse, qu'elle soit intra ou extra-utérine; tandis qu'une tumeur développée dans l'utérus ou ses annexes, quelle que soit sa nature, ne produit pas cette coloration.

Introduisant son doigt dans le vagin, M. Huguier découvre successivement de bas en haut et d'arrière en avant : 1° à travers la paroi postérieure du vagin, une masse molle assez souple, sur laquelle le doigt explorateur laisse des empreintes et qu'il reconnaît pour être des matières fécales contenues dans le rectum; 2° une partie dure, ferme, inégale et anguleuse comme serait un membre, cette portion dure et anguleuse lui paraît être un pied, sans qu'il ose l'affirmer; cette partie siége dans le cul-de-sac vagino-utérin postérieur, à droite du col. Elle est séparée du doigt explorateur par une très petite épaisseur de tissus. 3° Le col de l'utérus est placé en avant et à gauche de la partie anguleuse; on le trouve arrondi, muni d'une ouverture circulaire d'une consistance moins ferme qu'à l'état physiologique. Ses portions sus et sous vaginales, semblent avoir moins d'étendue, son orifice est moins large qu'il n'est habituellement au septième mois de la grossesse; sa muqueuse est plus souple qu'à l'état normal, l'application du spéculum permet de voir qu'elle est bleuâtre comme l'entrée vulvaire. Le toucher par le rectum fait connaître également la petite partie anguleuse que nous avons notée précédemment; mais il ne permet pas de préciser plus que le toucher vaginal. Le chirurgien place alors sa main sur l'abdomen; il croit sentir les mouvemens actifs du fœtus; il se met alors à la recherche des bruits du cœur; il les rencontre à 0,05 centimètres au-dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic et à 0,17 centimètres de l'épine iliaque, en suivant la direction d'une ligne oblique en haut et en dedans; notons, en passant, que le lendemain 18 avril, la position des bruits du cœur a changé; on les entend plus bas, vers la fosse iliaque, à 0,06 centimètres au-dessus de l'arcade crurale. On cherche en vain le souffle placentaire, on ne le rencontre dans aucun point.

Après ces recherches, M. Huguier posa le diagnostic d'une grossesse extra-utérine.

Il procéda dès lors à une interrogation minutieuse. Bodard, qui d'abord se prétendait vierge, finit par avouer qu'elle avait eu des rapports sexuels il y a huit ans; puis, pressée de questions, elle raconta que le 28 septembre 1851, un homme ivre a pénétré chez elle, a fermé la porte et l'a forcée d'accéder à ses désirs (cet homme habite la même maison qu'elle). Cette circonstance nous a été affirmée par des renseignemens pris auprès du maire et de l'adjoint de la commune de Montmartre; c'est depuis lors que les règles ont disparu, que le ventre a augmenté, et que les seins ont pris du développement.

M. Huguier pria MM. Robert, Danyau, Lenoir, Maisonneuve, Marjolin de venir examiner Bodard; MM. Depaul et Laborie virent également cette femme. Tous, d'un commun accord, se prononcèrent pour la grossesse extra-utérine.

Le 2 mai, M. Larrey vint visiter la femme Bodard. Il ne trouva dans aucun des points de la tumeur les bruits du cœur.

Le 3 mai, M. Giraldès vit la même femme; mais ce jour, les bruits du cœur sont on ne peut plus manifestes à la partie antérieure et au centre de la tumeur.

En résumé, Messieurs, dit M. Huguier, nous nous basons, pour admettre l'existence d'une grossesse extra-utérine :

1° Sur l'élévation de la tumeur, qui, bien que la malade ne soit enceinte que de six mois et demi lors de son entrée à l'hôpital, remonte jusqu'à l'épigastre, à 0,14 centimètres au-dessus de l'ombilic.

2° Sur la dépression sus-pubienne et transversale de l'hypogastre, dépression qui permet d'arriver jusqu'à l'angle sacro-vertébral sans obstacle, sans sentir le corps de l'utérus rempli du produit de la fécondation.

3° Sur l'extrême facilité avec laquelle on sent la fluctuation du liquide

amniotique, les mouvemens actifs de l'enfant et le ballottement à travers les parois abdominales sans recourir au toucher vaginal.

4° Sur l'irrégularité et la situation de la tumeur.

5° Sur l'absence du soufle placentaire, qui manque dans la grossesse extra-utérine.

6° Sur le peu de volume, de saillie et d'ouverture du col utérin.

7° Sur sa situation en avant et à gauche, *et c'est là le signe le plus important.*

8° Enfin sur la tumeur dure et inégale que forment le membre de l'enfant dans le cul-de-sac postérieur du vagin au-dessous et en arrière du col de l'utérus.

M. Huguier ajoute, en terminant, que M. Dubois a visité la malade, mais il n'a pas osé être affirmatif sur le diagnostic. Suivant le professeur, c'est bien certainement une grossesse qui marche d'une manière insolite; mais on n'a pas de raisons suffisantes pour affirmer qu'elle soit extra-utérine.

Ainsi, le membre que l'on sent dans le cul-de-sac vaginal ne lui paraît pas être une preuve de la présence de l'enfant en dehors de l'utérus. Cette partie peut être enveloppée par l'utérus aminci.

Le sillon sus-pubien serait dû à une courbure de la matrice. Du reste, M. Dubois reconnaît que le cathétérisme utérin serait seul capable de mettre sur la voie d'un diagnostic positif; mais il pense qu'il faut différer encore.

M. Dubois base encore ses doutes sur l'impossibilité de sentir l'utérus. Mais dans le cas de M. Desprez, il en était de même; la matrice était située derrière la tumeur. En est-il ici de même?

M. Danyau, qui avait d'abord assez nettement admis la grossesse extra-utérine, en réfléchissant de nouveau et après en avoir conféré avec M. Dubois, reste dans le doute, et il expose les motifs de ses doutes: d'abord, il ne sent pas l'utérus, et si, dans le cas de M. Desprez, on ne le sentait pas, cela tenait à ce que la tumeur occupait la face antérieure de l'organe. Ici, il n'en est pas de même; elle paraît, au contraire, située en haut.

Quelques-uns des signes qui paraissent, à M. Huguier, favorables à l'idée d'une grossesse extra-utérine, sont loin, aux yeux de M. Danyau, d'avoir la même signification; tels sont: la fluctuation, le ballottement abdominal. On retrouve ces mêmes symptômes tout aussi marqués chez des femmes ayant une grossesse normale. Il en est de même des mouvemens qui paraissent superficiels. Chez un assez grand nombre de sujets, les parois utérines et abdominales sont excessivement amincies et l'on sent aussi directement l'enfant se mouvoir.

Quant à ce que l'on sent dans le cul-de-sac vaginal rétro-utérin, est-ce une partie du fœtus? M. Dubois et M. Danyau conçoivent aussi des doutes sur cette question. Touchée par le vagin, la tumeur paraît bien formée par un pied ou un coude, mais par le rectum il n'en est plus de même, elle est rugueuse, inégale et immobile. M. Dubois pense que cette saillie pourrait bien être le résultat d'une affection des os du bassin.

Dans la grossesse ordinaire, outre le développement de la partie supérieure du corps de l'utérus, il se fait un accroissement remarquable du segment inférieur, et en général c'est sur la face antérieure surtout que se produit cet accroissement, et l'on peut facilement atteindre ce point à travers la paroi vaginale pour sentir le ballottement. Dans cet état de choses, le col utérin est porté en arrière. Mais quelquefois aussi c'est la partie postérieure du segment inférieur qui augmente de volume, et alors le col se porte en avant et on ne sent plus le corps utérin si on le cherche par la face antérieure et supérieure du vagin, n'est-ce pas ce qui a lieu dans cette circonstance.

En résumé, M. Danyau, tant en son nom qu'en celui de M. Dubois, déclare que la grossesse extra-utérine ne lui est pas démontrée, et dans cet état d'incertitude, l'expectation est indiquée, et même eût-on certitude, il faudrait encore attendre. Rien n'autorise à procéder dès maintenant à une opération. N'a-t-on pas vu des cas de ce genre se terminer heureusement, soit par la mort et l'enkystement définitif du fœtus, soit par la gastrotomie ou l'élitrotomie. M. Danyau cite deux faits d'élitrotomie empruntés l'un à une gazette américaine, l'autre à un recueil anglais; dans les deux cas, l'enfant a été obtenu vivant, et dans un des cas, la mère a succombé.

Il existe aussi un cas de guérison par la gastrotomie.

M. Huguier interroge la commission pour avoir une solution définitive sur les indications réclamées dans cette circonstance. Pour lui, il lui paraîtrait convenable d'éclairer le diagnostic en cathétérisant l'utérus, mais seulement dans une vingtaine de jours.

M. Roux cite un fait intéressant de grossesse intra-utérine avec développement extraordinaire de la face postérieure du segment inférieur de l'utérus. Cette disposition rendit le diagnostic de la grossesse extrêmement difficile.

M. Robert a vu et examiné plusieurs fois la malade, et, jusqu'à présent, il n'avait pas douté de la nature de la grossesse, qui lui paraissait bien extra-utérine. Cependant, devant ces réserves faites par des personnes aussi compétentes, il n'ose plus être aussi affirmatif.

Voici, du reste, les raisons qui paraissent à l'honorable chirurgien devoir faire repousser l'idée d'une grossesse intra-utérine.

1° La forme de la tumeur, qui oblique en approchant vers le côté droit, s'amincit et disparaît peu à peu en plongeant dans le bassin. C'est bien là une forme habituellement assignée aux grossesses extra-utérines.

2° Le très petit volume du col, sa mollesse, son peu de dilatabilité.

3° Facilité de pénétrer profondément dans le sillon sus-pubien. Quant aux indications, on paraît être d'avis qu'il faut attendre. Mais cette expectation ne rend-elle pas la situation de la mère beaucoup plus grave. On aura peut-être un fœtus vivant en attendant, mais c'est là un intérêt bien secondaire; ce qu'il faut sauvegarder avant tout, c'est la vie de la femme.

Il faut donc, suivant M. Robert, compléter le diagnostic pour agir. Et, dans ce cas, il repousse le cathétérisme avec un instrument métallique. Il en est de même de l'éponge préparée pour élargir le col utérin. Il a vu ce moyen déterminer une métro-péritonite. Mais il pense que l'on pourrait faire le cathétérisme avec une sonde en gomme élastique.

En résumé, attendre, c'est laisser l'œuf et le fœtus grossir, et par suite, c'est rendre l'opération plus grave et plus difficile.

M. Robert pense donc qu'il serait convenable d'agir immédiatement. Quant au procédé opératoire, on aurait à discuter du choix à faire.

M. Huguier, revenant sur l'ensemble des symptômes éprouvés par la malade, persiste à croire à une grossesse extra-utérine. La tumeur vaginale n'est pas une maladie des os du bassin. Il y aurait des symptômes spéciaux, et l'accroissement ne se ferait pas régulièrement comme il s'est fait. Que l'on passe en revue toutes les tumeurs du bassin, on n'en trouvera pas une seule pouvant se rapprocher de celle-là.

M. Robert, en parlant des signes de la grossesse, avait repoussé, comme n'ayant pas une très grande valeur, la teinte violacée des nymphes et de l'entrée du vagin. M. Huguier a eu raison, suivant nous, de donner à ce symptôme une très haute importance; et, à ce propos, rappelons que c'est à M. Jacquemin qu'est due la première indication de ce signe de grossesse. Cette teinte, qui manque dans les cas de tumeur utérine, se rencontre toujours même dans les cas de grossesse extra-utérine; il est pathognomonique.

M. Cullerier partage aussi l'opinion soutenue par M. Huguier, et jamais il ne s'est trompé lorsqu'il rencontrait cette teinte; constamment il reconnaissait la grossesse.

M. Huguier revenant au cathétérisme, démontre, contre l'opinion de M. Robert, que le cathétérisme à l'aide de la sonde molle de gomme élastique a tous les inconvéniens du cathérisme par le métromètre en métal, sans en avoir les avantages.

M. Danyau combat l'idée d'agir immédiatement, par les mêmes raisons que nous avons déjà reproduites. S'il n'opère pas dès maintenant, ce n'est pas en vue de conserver la vie de l'enfant, car il avait même songé à essayer de l'arrêter dans son développement à l'aide de l'électricité; mais ce moyen a paru inapplicable.

M. Maisonneuve paraît ne pas douter de la réalité de la grossesse extra-utérine; mais il est opposé à toute opération pour le moment, car le fœtus paraît être dans le cul-de-sac rétro-utérin, et c'est là surtout qu'elles se terminent heureusement.

Si nous résumons cette intéressante discussion, nous voyons de l'hésitation sur le diagnostic; et l'indécision vient surtout des personnes qui ont la plus grande expérience dans l'étude de ces accidens.

MM. Robert, Huguier et Maisonneuve ne partagent pas cette indécision; ils admettent qu'il y a bien grossesse extra-utérine; mais cependant, tenant grand compte d'une opinion aussi considérable que celle de MM. Dubois et Danyau, ils sont d'avis que le diagnostic ne sera positif qu'après le cathétérisme utérin.

C'est là, nous croyons, le seul parti raisonnable à prendre. Tout jugement doit être suspendu jusqu'à l'exploration de l'intérieur de l'organe. Mais, quant à présent, nous sommes tout à fait porté à admettre qu'il y a bien grossesse extra-utérine.

Quant au cathétérisme, le jour même où il sera pratiqué, quelle que soit la nature de la grossesse, il faut s'attendre à voir se développer le commencement d'un travail quelconque d'expulsion. On ne peut donc pas séparer ces deux idées: cathétérisme et intervention de la chirurgie avant la fin de la gestation.

On conçoit, dès lors, la gravité d'une décision à prendre. Les partisans de l'expectation paraissent en grande majorité. Ici, nous nous séparons de cette majorité, et nous admettrons, avec M. Robert, qu'il y aurait avantage à ne pas attendre. Les dangers que court la malade s'accroissent tous les jours. Nous pensons qu'une opération diminuerait les mauvaises chances. Nous nous abstenons, du reste, d'une appréciation plus étendue. Le fait sera suivi avec soin; et nous mettrons nos lecteurs à même d'en connaître toutes les phases.

Nous aurons, dans un prochain article, à parler du choix des méthodes opératoires.

D[r] Éd. Laborie.

PRESSE MÉDICALE.

Annales d'hygiène et de médecine légale. — Janvier et Avril 1852.

Mémoire sur l'industrie et l'hygiène de la peinture en blanc de zinc; par M. Bouchut.

On sait que le blanc de zinc n'est autre chose que l'oxyde de zinc convenablement préparé avec de l'huile siccative au manganèse. Les recherches de M. Bouchut établissent qu'à part l'oxyde blanc de zinc, tous les composés de ce métal, sans exception, exercent une fâcheuse influence sur l'économie. Ils sont irritans, émétiques et purgatifs à faible dose; ils produisent des accidens mortels à une dose plus élevée. L'auteur conclut que le blanc de zinc doit être substitué au blanc de plomb, qui est si éminemment toxique. Tout en approuvant le travail de M. Bouchut, M. Chevalier a fait observer que de nombreuses améliorations ont été introduites dans les fabriques de céruse.

Sur les urines, les moyens de les recueillir et de les utiliser; par M. Chevallier.

Dans son travail, l'auteur indique le parti que pourrait en retirer l'agriculture comme engrais.

De l'interdiction des aliénés et de l'état de la jurisprudence en matière de testamens dans l'imputation de démence; par A. Brierre de Boismont, *avec des notes* de M. Isambert, conseiller à la Cour de cassation.

Ce travail a été analysé dans ce journal.

De l'empoisonnement par l'acide tartrique; par M. Orfila.

Suivant l'auteur, on ne peut conclure que la matière toxique retirée de l'estomac, du sang et du foie, est de l'acide tartrique, qu'autant que celui-ci a été obtenu à l'aide de l'alcool absolu, et qu'il a fourni des cristaux qui possèdent les propriétés de cet acide.

De la circulation de l'eau, considérée comme moyen de chauffage et de ventilation; par M. Boudin.

Une des causes qui contribuent le plus à retarder les réformes hygiéniques en général, est peut-être l'ignorance de l'étendue du mal produit par la non-observation des règles de l'hygiène. A ce titre, on ne saurait attacher trop d'importance à la vulgarisation des faits les plus capables de mettre en lumière le danger de l'agglomération des hommes, ou, ce qui est synonime, de la ventilation ou de l'aération insuffisante des habitations. Les conséquences déplorables de cet oubli de l'hygiène ont été suffisamment établies par les enquêtes, qui prouvent que, dans certaines rues de Lille, on trouve 46 décès sur 48 naissances d'enfans avant trois ans; qu'à Manchester, sur 21,000 enfans, il en est mort 20,700 avant l'âge de 5 ans; qu'autour de nous, dans la demeure de l'ouvrier, sur 25 enfans, un seul atteint sa cinquième année; et qu'enfin, l'armée, composée de l'élite de la population, perd 20 hommes sur 1,000, presque le double de la population civile du même âge.

Un bon système de ventilation serait, sans contredit, un des meilleurs moyens à opposer aux causes qui déciment nos populations. Aussi nous ne saurions assez recommander celui de M. Léon Duvoir, adopté dans un grand nombre d'établissemens publics. Considéré dans son ensemble, l'appareil de M. Duvoir, dont la première idée appartient à Bonnemain (1777), se compose d'une cloche à doubles parois, communiquant au moyen d'un tube vertical avec un réservoir supérieur, de la partie inférieure duquel partent autant de tubes descendans qu'il y a d'étages à chauffer. Ces tubes aboutissent à des poêles, et de la partie inférieure de ces dernières partent des tubes de retour qui rejoignent la cloche.

Tout cet appareil est rempli d'eau plus ou moins saturée d'un sel destiné à augmenter la capacité de l'eau pour le calorique, en d'autres termes à retarder son ébullition, à ralentir son refroidissement et à prévenir l'encrassement des tuyaux de conduite.

Les résultats du système de circulation d'eau chaude sont pour l'hiver: extraction de l'air froid et vicié au niveau du sol, introduction de l'air chaud dans des canaux qui débouchent, soit à la partie supérieure des poêles, soit au niveau du sol, mais toujours à une certaine distance des bouches d'extraction.

Pour l'été: extraction de l'air chaud et introduction d'air frais, ce dernier pénétrant à la partie inférieure du sol après avoir parcouru de haut en bas un cylindre tubulaire rempli d'eau de puits.

Ce système de large ventilation présente des phénomènes dignes d'être notés. Ainsi, à la Madeleine, dont l'intérieur a jusqu'à 30 mètres de hauteur, la température ne varie pas au-delà de un degré et demi centigrade. Quant à la dépense, elle est presque fabuleuse pour le bon marché, puisque le chauffage et la ventilation, prolongés pendant toute la nuit, ne coûtent, pour cet édifice, que 6 fr. par jour l'hiver.

Une autre particularité, c'est l'absence de rapport entre la température indiquée par le thermomètre et la sensation perçue. Ainsi, 17° dans les salles ventilées de l'hôpital Beaujon, donnaient à peine la sensation de chaleur qu'on éprouve avec 13° dans les salles non ventilées de l'hôpital militaire du Roule. Par contre, une salle de 80 mètres cubes, recevant jusqu'à 120 mètres cubes d'air par heure, nous a donné en été, dit M. Boudin, une véritable sensation de froid, bien que le thermomètre marquât encore 20° centigrades.

Les expériences faites en 1844, par MM. Gay-Lussac, Séguier, Grillon et Regnault, ont constaté qu'à la maison de Charenton, dans les cellules les plus éloignées du centre de chauffage, l'air de la cellule était renouvelé en trente-deux minutes. Dans les salles de 300 mètres cubes, il y avait renouvellement de l'air une ou deux fois par heure, selon la distance du foyer. Ces faits sont de la plus haute importance pour tous les lieux où il y a de grands rassemblemens d'hommes, lorsqu'on a présent à l'esprit que chaque individu ne produit pas moins de 370 litres d'acide carbonique en vingt-quatre heures.

Les avantages de ce système sont si bien démontrés, qu'aujourd'hui, l'Observatoire, la police municipale, le palais du Luxembourg, la Madeleine, Saint-Germain-l'Auxerrois et beaucoup d'édifices publics sont chauffés par ce procédé. L'Institut, dont le chauffage par la vapeur avait été si peu satisfaisant, va recevoir un appareil à circulation d'eau.

Quant à la dépense, il suit du devis que nous ne pouvons reproduire ici, que le système de M. Léon Duvier est à celle qu'occasionne le système de chauffauge par l'air chaud comme 5 : 13. — Au Luxembourg, avant l'établissement de ce système, la dépense pour combustible et main-d'œuvre était de 38,000 fr. par an; les frais de réparations annuelles s'élevaient à 16,000 f. Avec le nouveau système, toutes les pièces, le musée, l'orangerie, la serre, les vestibules, les contours et les escaliers sont ventilés et chauffés uniformément, à 15 degrés, et à raison de 12,900 f. par an, frais de réparations et de ramonage compris.

Utilité, économie, telles sont les qualités de ce système qui devrait être appliqué aux casernes, aux hôpitaux, aux prisons, aux asiles de toute nature.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des Eaux minérales dans leurs rapports avec l'économie publique, la médecine et la législation, par le docteur Alibert (Constant), médecin-inspecteur des eaux thermales d'Ax (Ariége).

Brochure in-8. Paris, 1852. — Prix: 2 fr. 50 c.

Chez Victor Masson, éditeur, 17, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, avec des notes et des additions par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2[e] édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix: 9 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix: 4 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale.*

Localisation des Fonctions cérébrales et de la Folie; mémoire sur le tournis; mémoire sur la paralysie des aliénés; par le docteur Belhomme, directeur d'un établissement d'aliénés, etc., etc.

Un fort volume in-8° de 850 pages. — Prix: 15 fr.

En vente chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 56-57. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 13 Mai 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :
—
Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 MAI 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Peu s'en est fallu que la séance ne fût réduite à sa partie strictement officielle. Après la lecture du procès-verbal, après le dépouillement de la correspondance, qui était médiocrement chargée, M. Bouchardat a lu quelques rapports sur les remèdes secrets, dont les conclusions ont été adoptées sans observations; puis le président a appelé successivement à la tribune plusieurs personnes inscrites pour des lectures ou des présentations. Une seule a répondu à l'appel, c'était un candidat à l'une des places vacantes dans la section de médecine vétérinaire, M. Reynal, chef de service de clinique à l'école d'Alfort.

Cette fois, nous avons été conduit en pleine médecine vétérinaire; mais nous n'avons pas eu à le regretter; car la maladie dont M. Reynal a retracé l'histoire d'une manière si claire et si intéressante, n'est autre que cette maladie tant redoutée de nos agriculteurs et éleveurs, qui a reçu de son symptôme prédominant le nom pittoresque de tournis des bêtes ovines, et qui est occasionnée, comme on sait, par la présence dans le cerveau d'un ver vésiculaire, le *cœnure*. Pour épargner les momens de l'Académie, M. Reynal n'a donné lecture que de la partie de ses études relative à la symptomatologie et à l'étiologie. Après avoir parcouru les belles planches dans lesquelles il a fait représenter les diverses altérations de la maladie et l'animal dans ses particularités les plus détaillées, nous avons vivement regretté qu'il n'ait pas tracé brièvement l'anatomie pathologique de cette affection; mais notre plus grand regret, c'est qu'il n'ait pas essayé de rapprocher l'histoire de la maladie telle qu'on l'observe chez les moutons des accidens analogues qu'occasionne chez l'homme la présence dans l'encéphale d'autres vers vésiculaires, et en particulier du cysticerque. Ce n'est pas que le tournis n'ait été observé chez l'homme; une observation de M. le docteur Belhomme nous paraît ne laisser aucun doute à cet égard; mais c'est là un fait véritablement exceptionnel, tandis que la présence des acéphalocystes et des cysticerques s'observe encore assez fréquemment dans l'encéphale de l'homme. Il eût été curieux de rapprocher à ses différens points de vue l'histoire de la maladie hydatique du cerveau chez les moutons de celle de l'espèce humaine.

Parmi les symptômes primordiaux que M. Raynal a rattachés à la maladie hydatique des moutons, trois surtout ont été mis par lui en relief : le phénomène du tournis, un état de sidération particulier du système nerveux, et une intermittence bizarre des accidens. Si nous nous en tenons à ce que nous avons observé nous-même chez l'homme dans l'affection hydatique du cerveau, le premier symptôme ferait entièrement défaut; mais il n'en est pas de même des deux autres, et nous avons eu lieu de constater plusieurs fois cette intermittence des accidens signalés par M. Reynal. Il y a un mois à peine, nous avions dans notre service un malade qui a succombé à cette affection, et qui, après être resté paraplégique et presque aveugle pendant trois mois au moins, a pu, quelques jours avant sa mort, descendre seul les escaliers de l'hôpital, et se promener dans le jardin pendant une journée. M. Reynal ne signale pas l'absence de paralysie circonscrite, parce qu'il n'avait pas à établir chez le mouton le diagnostic différentiel du tournis et d'autres affections cérébrales; mais, ainsi que nous le faisions remarquer dans un mémoire publié sur ce sujet, il y a quelques années, cette absence de lésion circonscrite, le vague que présentent les phénomènes cérébraux, leur peu de détermination, peuvent compter parmi les symptômes les plus caractéristiques, les plus distinctifs de l'affection hydatique du cerveau chez l'homme.

Il est enfin une partie du travail de M. Raynal pour laquelle tout élément de comparaison nous manque chez l'homme, c'est l'étiologie. Chez le mouton, on trouve dans les conditions de l'alimentation, dans la jeunesse des animaux qu'on livre à la reproduction, dans l'hérédité principalement, la raison, sinon directe, au moins éloignée de la maladie. Rien de pareil chez l'homme; et tous ceux qui ont interrogé les malades atteints d'affection hydatique du cerveau, n'ont jamais pu trouver, dans aucune des conditions que nous venons d'énumérer pour les animaux de la race ovine, rien qui pût même mettre chez l'homme sur la voie étiologique. Cela n'est pas certainement une raison pour ne pas continuer l'étude des maladies analogues dans les diverses classes d'êtres organisés. Il y a, au contraire, ce nous semble, dans ce qu'on peut appeler la médecine comparée, une source inépuisable de découvertes précieuses et inattendues. C'est à ceux qui, ainsi que M. Reynal, sont admirablement placés pour faire des études d'anatomie pathologique et de pathologie comparée, c'est à ceux qui sont animés comme lui du désir de faire avancer la science, de prendre en main et de mener à bonne fin ces recherches.

La séance a fini comme elle avait commencé, par de la médecine vétérinaire. M. Huzard a donné lecture d'un rapport sur une épizootie observée chez les moutons par M. le docteur Laroche, de Gondrin (Gers), dont les conclusions favorables n'ont soulevé aucune difficulté.

Dr ARAN.

CLINIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Messieurs,

Après vous avoir exposé les raisons qui ont fait négliger l'étude des déviations utérines, et qui ont empêché d'accorder à ces maladies toute l'attention qu'elles méritent, je dois reconnaître néanmoins, qu'elles n'ont pas été complètement méconnues par les médecins qui ont écrit avant ces dernières années, et vous exposer l'état de la science sur ce point.

Aperçu historique. — De tout temps, comme je vous l'ai déjà dit, les accoucheurs ont signalé les déviations se produisant pendant la grossesse, et cela devait être, à cause de l'intensité des symptômes. Mais il y a une si grande différence entre la déviation produite pendant la grossesse et celle qui se manifeste pendant l'etat de vacuité de l'utérus, que pour l'étude aussi bien que pour le traitement, ces deux états doivent être nettement séparés l'un de l'autre.

M. Ameline, dans une thèse très estimable, où l'on trouve des faits très utiles à connaître sur l'antéversion, a recherché, comme nous le faisons actuellement, les indications historiques sur ce sujet, et il les a exposées d'une manière assez complète.

Il faut remonter jusqu'à Hippocrate pour retrouver les premières notions sur les déviations de l'utérus; encore ses expressions sont-elles tellement vagues, que l'on peut se demander s'il a bien réellement eu en vue ces affections. Je vais vous

(1) Voir le numéro du 4 Mai.

Feuilleton.

ANATOMISME ET VITALISME.

A M. le docteur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Montpellier, le 26 Avril 1852.

Monsieur et très honoré confrère,

L'UNION MÉDICALE, vous l'avez dit et prouvé plusieurs fois, est une tribune libéralement ouverte à toutes les opinions consciencieuses et à tous les faits intéressans, à quelque doctrine qu'ils appartiennent; j'ose espérer en conséquence, que vous serez assez bon pour donner place dans votre estimable journal aux quelques réflexions que j'ai l'honneur de vous soumettre sur un sujet des plus délicats, dont M. *Roche* a déjà entretenu vos lecteurs.

Si cette lettre vous est adressée directement, c'est que M. Roche ayant fait connaître sa ferme intention de ne pas répondre aux objections qui pourraient lui être faites, il était bien inutile que je lui écrivisse. Soyez d'ailleurs convaincu, Monsieur le rédacteur, que dans les lignes qui vont suivre, il n'y aura ni *gros mots*, ni *sarcasmes amers*, ni *superbes dédains*; l'école à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir ne se sert pas de telles armes, elle sait conserver envers ses adversaires scientifiques l'urbanité et le langage poli de la bonne société.

Mon but, en écrivant cette lettre, est de relever ce que je crois être des erreurs commises par M. Roche, et de fournir aux lecteurs impartiaux le moyen de s'éclairer sur la valeur respective du vitalisme et de l'anatomisme. Si je ne craignais d'être trop long, je réfuterais paragraphe par paragraphe toutes les propositions émises par M. Roche, mais cela m'entraînerait beaucoup trop loin, je serai donc obligé de me borner à quelques-unes d'entr'elles.

Le vitalisme s'en va, dit M. Roche, le vitalisme doit disparaître. Cet arrêt sévère qui nous condamne à mort n'est heureusement pas sans appel; jetons en effet un regard autour de nous : nous voyons presque toutes les publications médicales faites à Paris ou dans les départemens s'empreindre de vitalisme; les adeptes et les défenseurs de la doctrine dite physiologique renient leurs erreurs passées, et un grand nombre de membres parmi les plus distingués de l'Académie nationale de médecine, proclament hautement la nécessité de voir dans les maladies autre chose que des organes dérangés ou *souffrans*. Lisez les journaux et les livres qui nous viennent de la Belgique, de l'Allemagne, de l'Italie, de l'Espagne même, et vous serez frappé des tendances véritablement hippocratiques qui se manifestent dans toutes ces productions. Sur quoi d'ailleurs M. Roche se base-t-il pour dire que le vitalisme s'en va? A-t-il fait un dénombrement des partisans de l'une et de l'autre doctrine, pour savoir quel est leur nombre respectif? Ne serait-ce pas plutôt pour réchauffer les croyances un peu refroidies des partisans de l'organisme que sa lettre a été écrite? — Il ne faut pas s'y tromper, la vérité a lui à tous les regards, et la génération médicale actuelle s'avance à pas lents, il est vrai, mais d'une manière assurée vers la réalisation de cette unité de doctrine et de pratique qui a été le rêve de tous les réformateurs qui se sont succédé jusqu'à nos jours.

Il y a fort longtemps que l'on adresse aux vitalistes le reproche de négliger l'anatomie et de rester dans les hauteurs de la métaphysique; M. Roche ne dit, à cet égard, rien de plus que ceux qui l'ont précédé; nous lui dirons donc que le vitalisme, loin de repousser les progrès de l'anatomie, les accepte de grand cœur et les apprécie comme ils le méritent, car l'école de Montpellier a contribué puissamment à l'érection de cette science. Les GUY DE CHAULIAC, les RONDELET, les VIEUSSENS, les CHIRAC, les SYLVIUS, etc., étaient, on ne l'ignore pas, élèves ou professeurs de l'Université de Montpellier. De nos jours, un médecin qui ignorerait l'anatomie, ou qui nierait son utilité, ne pourrait pas plus se dire VITALISTE qu'ORGANICIEN; mais est-ce à dire que l'anatomie soit tout et qu'il soit inutile de s'élever au-dessus des phénomènes matériels, pour chercher à connaître les lois qui régissent ces phénomènes? Évidemment non.

Les phénomènes de la vie ne peuvent en rien être expliqués par les causes de l'ordre physique ou chimique, ainsi que l'admet M. Roche lui-même; cependant ils se présentent suivant certaines règles qui indiquent l'existence d'une cause particulière présidant aux phénomènes de la vie, comme l'âme préside aux phénomènes moraux, comme l'attraction, l'affinité, etc., président à ceux de l'ordre physique ou chimique. Ame, principe vital, attraction, gravitation, électricité, etc., sont des termes bien différens entr'eux, mais qui indiquent l'existence de forces qui dirigent les phénomènes de l'ordre moral, comme de l'ordre vital, comme de l'ordre physique. Nous ne sommes pas plus certains de la *nature* de l'âme, que de celle de l'attraction, cependant nous admettons ces entités comme causes, parce que nous voyons qu'il est des phénomènes qu'elles seules peuvent nous expliquer. Il en est de même de la force vitale qui préside aux phénomènes qui se passent dans tous les corps animés; vouloir découvrir dans les organes la cause de la vie, c'est vouloir trouver dans la forme d'un minéral la cause du calorique qu'il renferme. J'ai donc le droit de m'étonner de ce que M. Roche, qui admet l'existence d'une âme raisonnable, et qui croit sans hésiter à l'attraction, à la gravité, etc., et qui se tient pour satisfait de cette définition de l'élasticité qu'il a donnée, ne veuille pas admettre pour les corps vivans une cause analogue.

Mais j'ai lieu d'être bien plus surpris lorsque, quelques lignes plus bas, l'auteur voulant prouver que l'on peut être matérialiste en médecine sans nier l'existence de l'âme, emploie comme argument en sa faveur, précisément ce qu'il vient de nier, c'est-à-dire la force vitale. Voici ses propres expressions : « Les animaux et les plantes vivent. On est » bien forcé de reconnaître qu'ils vivent en vertu de la même *force* qui » fait vivre l'homme. Il y aurait quelque chose de blasphématoire, une » véritable impiété à accorder une âme à l'innocent brin d'herbe et à la » plante vénéneuse, à l'huître stupide et au tigre féroce. Et cependant » animaux et plantes naissent, se développent, deviennent malades et » meurent tout comme l'homme. » Il est évident, d'après ce passage, que M. Roche n'est pas bien familiarisé avec la doctrine et le langage des vitalistes, car il leur suppose la croyance que l'âme est pour quelque chose dans la naissance, le développement et la mort de l'homme; il

citer les principaux passages où il paraît en avoir parlé, afin que vous puissiez en juger par vous-même.

Dans le livre « *De morbis mulierum* » (edente Foësio, p. 153) il dit : « Postquam igitur mulieri quæ nunquam peperit, » menses delitescunt neque foras exitum evenire possunt, hic » morbus oritur. Id autem contingit si uterorum os conclusum » aut *obtortum* fuerit, aut *pudendi pars aliqua inversa*, horum » enim alterum si adfuerit, neque mulier viri consuetudine » fruatur. »

On a cru voir dans cette phrase une indication des déviations utérines; il n'y a pourtant que deux expressions qui puissent justifier cette manière de voir; c'est *os obtortum*, et *aut pudendi pars aliqua inversa*. Par la première de ces deux expressions, il désigne évidemment une torsion du col qui s'opposerait au cours des règles. Mais remarquez combien est vague cette expression de *pudendi pars aliqua*, qui peut se rapporter à une portion quelconque des organes génitaux. Vous voyez, du reste, qu'il est bien question de l'utérus à l'état de vacuité, puisqu'il s'agit même de femmes n'ayant point encore eu d'enfans.

Le deuxième passage est un peu plus explicite, il se trouve dans le livre *De naturâ muliebri* (Edente Van der Linden, op. omn., t. II, pag. 161) il est ainsi conçu : « Si uteri ad *medium* » *lumborum processerint*, dolor imum ventrem habet, et crura » *contrahuntur*; et quum *alvum exonerat* dolores acutiores » fiunt; et *stercus cum vi prodit* et *urina distillat* et animo linquitur. Quum sic habuerit fistula ad vesicam alligato uteros » sufflato et fomentum adhibito. »

Plus loin il dit : « Morbo autem liberabitur ubi conceperit; » *supina etiam pedibus altioribus* decumbat; posteà *appositas* » *spongias* ex lumbis religato mulier os uterorum corrigat, et » dirigat, et suffitum exodoratio adhibeat. »

On ne sait pas trop ce qu'il entend par *ad medium lumborum processerint*, à moins que ce ne soit un de ces mouvemens particuliers auxquels, dans l'opinion des anciens, l'utérus pouvait se livrer dans la cavité abdominale. Mais quand il parle de *douleurs vives en allant à la garderobe*, d'*émissions fréquentes des urines*, Hippocrate me paraît bien vouloir désigner une maladie de l'utérus se rapprochant des déviations. Cependant je ne suis pas bien sûr qu'il n'ait pas eu plutôt en vue l'état de grossesse que l'état de vacuité, et je me demande aussi s'il n'aurait pas, au lieu des déviations, décrit tout simplement une des inflammations des tissus voisins de l'utérus. Ces inflammations, dont j'ai eu plusieurs fois occasion de vous entretenir dans ces conférences, ayant pour siége principal le tissu cellulaire péri-utérin, amènent les accidens dont parle Hippocrate; seulement ces accidens sont plus marqués du côté du rectum, si l'inflammation siége à la partie postérieure, tandis que si elle siége en avant ou sur les côtés, c'est la vessie qui souffre le plus. Vous voyez, au reste, que pour ces cas, quels qu'ils soient, il propose des moyens de traitement particuliers. Je me borne à vous signaler l'*élévation des membres inférieurs et du bassin*, qui a été conseillée aussi dans ces derniers temps par M. Gerdy, et les *éponges* qu'il plaçait derrière ou devant le col de l'utérus (il ne s'explique pas très catégoriquement à cet égard). Quant aux fumigations, je n'y insiste pas, attendu qu'elles n'ont aucun intérêt pour nous.

Si nous arrivons à Aétius, nous trouvons une description plus explicite, et de laquelle il résulte pour nous qu'il avait bien évidemment reconnu les déviations de l'utérus. Dans sa *Tétralogie* (chap. 77), il s'exprime ainsi : « Si l'inclinaison de l'utérus a » lieu en arrière ou en bas, il s'ensuit un engourdissement et » de la difficulté des membres inférieurs; quelquefois même » les mouvemens sont tout à fait impossibles ou provoquent » des douleurs insupportables; la constipation devient opiniâtre, sans que les injections puissent passer par le rectum, » à moins que la malade ne soit sur les genoux. Les gaz mêmes » ne peuvent s'échapper, et les douleurs augmentent quand la » malade s'assied, surtout si l'inclinaison a lieu vers le pubis; » la partie inférieure du ventre et de l'hypogastre se gonfle et » devient douloureuse; il y a quelquefois rétention d'urine. »

Après cette énumération très précise des principaux symptômes, si nous pouvions conserver des doutes sur la nature de l'affection dont il veut parler, le traitement mécanique qu'il propose viendrait les lever, car il ajoute : « Quel que soit le » mode d'inclinaison, il faut d'abord le traiter comme une inflammation ou exacerbation de l'utérus. Si la maladie persiste, il faut *remédier au déplacement*. Nous recommandons » à la matrone d'introduire le *doigt dans le rectum*, et de placer à demeure une *bougie* dans le rectum, etc. »

Ce passage se rapporte bien évidemment aux déviations de l'utérus. Mais il est probable que l'auteur a voulu parler des déviations qui se produisent pendant la grossesse; les symptômes qu'il décrit ont en effet une intensité telle qu'ils ne semblent guère pouvoir être rapportés aux déviations dans l'état de vacuité. Il en est de même du traitement, car c'est principalement dans les déviations qui se produisent chez les femmes enceintes qu'on a eu recours à cette manœuvre qui consiste à replacer l'utérus avec les doigts introduits dans le rectum. Quant au moyen conseillé pour maintenir l'utérus en place, il me semble que le mot de bougie ne rend pas assez bien l'expression de *glandeam* employée par l'auteur et qu'il est plus que probable qu'il a voulu désigner par là un *tampon* d'un certain volume. Je signale ce fait parce que le même moyen a été mis en usage par M. Huguier dans ces derniers temps.

Remarquons en outre, relativement à l'espèce de déviation, que les symptômes décrits par Aétius se rapportent surtout à la *rétroversion*, bien que dans un certain endroit il indique des phénomènes existant du côté de la vessie et de l'hypogastre par suite de l'inclinaison vers le pubis. Mais s'agit-il ici de l'antéversion, ou tout simplement de la pression que le col exerce en avant par suite du mouvement de bascule que lui imprime le corps en s'inclinant en arrière? Les détails nous manquent pour nous éclairer sur ce point.

Ambroise Paré s'est aussi occupé de la direction vicieuse de l'utérus, mais il ne nous apprend rien de nouveau, bien loin de là, il nous fait retomber dans le vague où nous étions avant d'avoir lu le passage d'Aétius que je viens de vous citer; car il croit comme les anciens aux migrations de l'utérus sous l'abdomen. Vous retrouverez le passage auquel je fais allusion au t. II de ses *Œuvres complètes* (Paris 1841, édit. Malgaigne, p. 752.)

Parmi les auteurs qui, plus récemment, se sont occupés de ces affections, je citerai Morgagni qui, dans sa lettre 46, § 16, rapporte un cas de renversement causé par un engorgement du foie et de la rate. Vient ensuite Levret (*Journ. de Méd. de Vandermonde*, 1773) qui, en sa qualité d'accoucheur, s'est plus spécialement occupé des déviations pendant la grossesse, sans, toutefois, négliger ces affections dans l'état de vacuité de l'utérus, puisqu'il est un des premiers qui, depuis Hippocrate, ait reconnu l'existence de la rétroversion chez les femmes vierges.

C'est à dater de cette époque qu'a commencé une discussion qui s'est continuée presque jusqu'à nos jours sur la possibilité des déviations utérines en dehors du temps de la gestation. Jahn (*Sillog. oper. minor, etc.*; quam curavit, D.-J.-T.-C. Schtegel, tome I, page 612; cité par M. Lacroix, *Ann. de la chir. franç. et étrang.*, tome 13, page 420 et suiv., 1845.) a avancé que la rétroversion complète ne peut exister que chez les femmes enceintes, et d'autres auteurs ont soutenu cette opinion; mais aujourd'hui le doute n'est plus permis pour ceux qui ont examiné des malades, et il vous suffira de passer quelques instans dans nos salles pour constater l'existence de plusieurs cas de déviations de l'utérus dans l'état de vacuité. Guillaume Schmitt (*Remarques et expér. sur la rétrov. de l'utérus chez les femmes qui ne sont pas enceintes, suivies de quelques observations d'antéversion*. Vienne, 1820) en a un des premiers rapporté de nombreux exemples. Ses observations intéressantes ont été citées depuis par plusieurs auteurs, notamment par M. Lacroix. Après lui nous trouvons un nombre de travaux dont il me suffira de citer les principaux. Ce sont : un moire important de M. Martin le jeune, de Lyon (*Mém. sur la rétrov.*); les thèses de M. Bazin (*De la rétrov.* 1827) et de nombreux articles épars dans les divers traités d'accouchement,

Dès lors nous entrons dans une période pendant laquelle ces maladies ont été étudiées plus convenablement et avec tout le soin qu'elles méritent. Il est difficile même aujourd'hui d'ajouter quelque chose à la description des symptômes qui a été donnée en 1827 par M. Ameline (*Essai sur l'antéversion de l'utérus*, thèse nº 55; Paris 1827). Dans sa thèse sur l'antéversion, cet auteur admet deux degrés dans l'antéversion suivant que l'utérus a une position tout-à-fait horizontale, ou qu'au contraire le fond de l'organe est situé plus bas que le col, de telle sorte que le col étant exactement coiffé par le cul-de-sac postérieur du vagin, il peut y avoir rétention du mucus utérin et même des règles. En admettant parfaitement l'existence du premier degré, je dois dire que le deuxième est au moins extrêmement rare; pour mon compte je ne l'ai jamais rencontré. J'ai vu souvent le col situé sur le même plan horizontal que le corps, ayant son ouverture dirigée en arrière, se portant en haut, très difficile à atteindre avec le doigt, mais non plus élevé que le corps.

De plus M. Ameline est le premier qui ait signalé et dénommé l'*antéflexion*; il a aussi proposé le nom de *rétroflexion*, sans doute d'après l'expression de John (*Diss. de utero retroflexo*, 1787), et cette dénomination a été également adoptée.

M. Lacroix ayant à traiter la question des déviations utérines comme sujet de thèse dans un concours, s'est livré à des recherches qu'il a continuées depuis et dont il a publié les résultats en 1845 (*loc. cit.*). Ce travail renferme des indications historiques plus nombreuses que celui de M. Ameline et contient de plus des observations empruntées à d'autres auteurs; mais bien qu'il ait pour titre : *De l'antéversion et de la rétroversion de l'utérus*, il ne traite guère que de la rétroversion dont la description détaillée est suivie de réflexions générales. Mme Boivin et M. Dugès (*Traité pratique des maladies de l'utérus*, t. p. 136), ont fourni d'intéressantes observations que leur ont emprunté les auteurs. Enfin M. Hervez de Chégoin (*Mém. de l'Acad. roy. de méd.*, t. II, p. 319, 1833.) a publié un premier mémoire suivi de plusieurs articles dans lesquels il traite des diverses déviations utérines et propos un traitement particulier.

Tel était l'état de la science sur ce sujet quand, en 1843, M. Simpson, d'Édimbourg, publia un premier mémoire ayant trait

---

confond ici l'animisme et le vitalisme, car les partisans de cette dernière doctrine soutiennent que chez les animaux comme chez les végétaux, les phénomènes de la vie sont produits par une cause probablement unique, mais dont les effets varient suivant les êtres auxquels elle s'applique. L'âme humaine est totalement distincte de la force vitale commune aux animaux et aux végétaux. Cette conclusion ressort tout naturellement de la phrase de M. Roche que j'ai rapportée, et d'après laquelle on est en droit de supposer qu'il croit à la force vitale, et cependant il conclut de tout cela que la vie est la conséquence de l'organisation !!!

Le vitalisme, dit notre adversaire, n'a aucune valeur comme hypothèse..... Quelle perspective l'admission d'un principe vital comme cause et gouvernail de la vie et de ses actes, découvre-t-elle à l'esprit d'investigation? — A ces questions de M. Roche, permettez-moi, Monsieur le rédacteur, d'opposer un passage emprunté à un professeur dont vous ne récuserez certainement pas l'autorité, voici comment s'exprime M. Andral : « Sans l'intervention de la force vitale, on ne comprend pas plus » la santé que la maladie. C'est cette force des forces qui, de tant de » vies partielles, fait une seule vie, qui fonde l'unité du système vivant; » c'est elle qui, plus particulièrement considérée dans les maladies, assigne aux maladies un ordre, une durée, une succession, leur imprime une certaine direction, dont l'effet est le retour à l'équilibre » rompu; c'est cette force enfin qui, au lieu d'anéantir les forces physiques, reste à côté d'elles, intervient, pour les modifier, pour les contre-balancer (1). »

Mais voici qui est encore plus grave; car, si nous en croyons notre honorable adversaire « le vitalisme ne conduit et ne peut conduire à aucune application utile au traitement des maladies, attendu qu'en thérapeutique, tous les moyens étant matériels, on n'adresse pas les remèdes à des qualités ou à des abstractions, mais bien à des organes, » des tissus et des liquides tout matériels aussi. En présence d'un malade atteint de pneumonie, le vitaliste lui-même oublie ses doctrines, » il s'applique à connaître les désordres materiels.... Enfin, s'il saigne, » fait appliquer des vésicatoires, administre du tartre stibié ou du kermès minéral, ce n'est certes pas en vue de diminuer, d'augmenter, de » ramener à des conditions normales, ou de modifier d'une manière » quelconque le principe vital ou les propriétés vitales du poumon ou » du malade lui-même, c'est *uniquement dans le but de ramener l'organe à son état d'intégrité primitive*, absolument comme l'anatomiste. »

(1) *Traité élémentaire de pathologie et de thérapeutiques générales*, d'après les leçons faites à la Faculté de médecine de Paris, par M. Andral.—*Prolégomènes*, p. 11.

J'abrège cette citation, Monsieur le rédacteur, afin de ne pas abuser de votre complaisance; mais je dois répondre d'une manière aussi complète que possible à la pensée exprimée par M. Roche. J'ignore de quelle manière ce médecin peut s'y prendre pour modifier un organe malade sans modifier ses propriétés vitales; mais j'en appelle au jugement de tous les praticiens, et je leur demanderai si, lorsqu'ils sont appelés auprès d'un malade atteint de pneumonie, une fois la maladie constatée, leur premier soin n'est pas de reconnaître l'état des forces du malade, de s'assurer des conditions morales et physiques dans lesquelles il s'est trouvé précédemment; s'ils n'ont pas égard à la constitution médicale régnante; s'ils ne décomposent pas la maladie en ses élemens principaux, et s'ils osent instituer le traitement avant d'avoir mis en regard toutes ces circonstances diverses.

N'est-ce pas la connaissance que le médecin a acquise de l'état des forces, qui lui fait prescrire la saignée chez un homme vigoureux, le tartre stibié chez un autre, et l'opium chez un troisième? Traite-t-il de la même manière l'homme, la femme et l'enfant? Non, évidemment non. Et cependant, dans tous ces cas, vous avez pu reconnaître une altération d'organe identique, c'est toujours une pneumonie que vous avez traitée!

Vous dites qu'en thérapeutique tous les moyens étant matériels, on n'adresse les remèdes qu'à des organes, des tissus ou des liquides tout matériels aussi. Soyez donc assez bon pour me dire si vous appliquez le tartre stibié, le kermès minéral, la saignée, etc., sur le poumon malade? Je comprends que l'on puisse appliquer des remèdes de toute sorte sur une plaie de jambe, et peut-être y a-t-il une action locale; mais prétendre qu'un remède que l'on fait prendre par l'estomac ou par le rectum, ira directement s'appliquer sur un poumon malade, cela me paraît bien plus difficile à comprendre que la force vitale. Mais en supposant que le remède aille sans difficulté trouver l'organe altéré, par quel hasard arrive-t-il si souvent que vous obteniez des effets non pas seulement locaux, mais généraux si différens de ceux que vous désiriez? N'est-il pas vrai encore que lorsque vous administrez certains remèdes chez des malades dont les forces sont opprimées ou détruites, vous n'obtenez aucun effet local de vos remèdes, jusqu'à ce que les forces se soient relevées? Ce sont des faits que l'on observe tous les jours, et dont on ne peut méconnaître la nature que si l'on se met volontairement un bandeau sur les yeux. Disons-le donc bien haut : oui, dans la plupart des maladies, si ce n'est dans toutes, le médecin ne peut guérir les organes qu'en s'adressant aux forces qui font de ces organes quelque chose de différent des organes morts. Le médecin vitaliste ne néglige pas de s'assurer de leur état, il donne à cet examen toute l'importance qu'il mérite, mais il sait qu'il ne peut rien sur l'organe, tant que les forces ne seront pas modifiées. Nous disons donc avec M. le dr Devay (1) que les maladies n'étant que des altérations dynamiques de l'état de notre organisme, il faut, pour les anéantir, des agens qui soient capables de produire des altérations dynamiques.

Quant à savoir s'il est vrai que les moyens dont dispose le médecin sont tous matériels, j'ai bien de la peine à comprendre sur quoi on se base pour soutenir une semblable opinion; je ne sache pas, par exemple, que l'intimidation, moyen si employé de nos jours dans le traitement de la folie et de quelques autres maladies nerveuses, ait rien de matériel; je ne comprends pas non plus comment la simple nouvelle donnée à un nostalgique qu'il va retourner dans son pays, peut guérir

(1) *Recherches nouvelles sur le principe actif de la ciguë* (conicine), *et de son application aux maladies cancéreuses*, etc.; par le docteur Francis Devay et M. Guillaume, pharmacien. — Introduction.

aux déviations de l'utérus (*Contributions to the pathol. and treat. of diseases of the uter*; the Lond. and Edinb. Monthly journ., v. 3.) Il n'y est que très accessoirement parlé de ces maladies parce que, envisageant la question sous un point de vue plus général, l'auteur s'occupe principalement du diagnostic des maladies de l'utérus et de l'emploi de la sonde comme moyen d'exploration de cette organe.

Ce travail se divise en deux parties : la première renferme une série de propositions tendant à démontrer l'utilité des moyens physiques et de la sonde en particulier pour l'exploration de l'utérus. Cette partie nous importe peu et vous semblera même oiseuse, mais il faut vous rappeler que M. Simpson exerce dans un pays où ces moyens d'exploration étaient naguère très peu usités, où même il a été question de les réprouver complètement comme immoraux, et vous n'êtes pas sans avoir eu connaissance de la discussion excessivement vive et personnelle que M. Bennet a eu à soutenir à ce sujet. Il n'est donc pas étonnant que M. Simpson ait cru devoir commencer par combattre ces préjugés. La deuxième partie est consacrée à la description de la sonde utérine et à la démonstration de son utilité. La sonde que je vous présente est celle qu'il a décrite et employée; j'ignore si depuis il a accepté les modifications qu'on lui a fait subir en redressant cette courbure exagérée. Elle est divisée en pouces et demi-pouces anglais et présente des saillies et des enfoncemens situés à des distances déterminées pour permettre au doigt qui les sent de reconnaître jusqu'à quelle distance la sonde a pénétré dans la cavité de l'utérus, sans qu'il soit pour cela nécessaire de la retirer du vagin. La première saillie est située à 5 pouces anglais du bec de la sonde, entre ces deux points existe un enfoncement situé à 2 pouces 1/2 de chacun d'eux. L'utilité de cet instrument vous sera parfaitement démontrée quand nous parlerons du diagnostic des déviations de l'utérus.

Dans ce premier mémoire de M. Simpson, il n'est pas question de son instrument pour le redressement complet de l'utérus, ni de la cure radicale des déviations; ce n'est qu'en 1848 qu'il publia un nouveau mémoire ayant pour titre : *Sur la fréquence, le diagnostic et le traitement de la rétroflexion ou rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité* (Dublin, Quater. jour., vol. v). Il ne veut pas de distinction entre la rétroflexion et la rétroversion, qui ne seraient, suivant lui, que des degrés divers de la même maladie, séparés par des nuances très peu sensibles. Je reviendrai plus tard sur cette manière de voir, en partie fondée, mais que je ne partage pas complètement, parce que si on l'admettait dans toute sa rigueur, il y aurait moins de clarté dans la description des maladies qui nous occupent, et que, d'un autre côté, il existe quelque différence dans les symptômes, suivant qu'il y a une simple rétroversion ou une véritable rétroflexion, bien que cette différence disparaisse peu à peu par des nuances légères dans la série des cas qui unit l'une à l'autre les deux extrêmes.

Quant à l'antéversion, il n'y aurait, suivant M. Simpson, qu'à lui appliquer ce qui a été dit de la rétroversion. Ceci pourrait être admissible si l'on n'avait égard qu'à la déviation de l'axe même de l'utérus; mais les organes qui peuvent être comprimés ne sont plus exactement les mêmes dans les deux cas, et il en résulte souvent des symptômes différens. Sans doute le traitement est le même, mais là encore il y a dans son application des nuances importantes à saisir, puisque si on les négligeait, le succès pourrait en être compromis.

M. Simpson est un de ceux qui regardent le spéculum comme inutile pour le diagnostic des déviations utérines; mais vous vous rappelez les raisons qui nous ont fait regarder cette proposition comme trop absolue, et j'y reviendrai plus tard.

On regrette de ne pas trouver dans cet ouvrage les détails des observations sur lesquelles il s'appuie, non plus que la date de la première application de son redresseur utérin : ceci serait important, parce qu'on peut se demander s'il a eu réellement la priorité.

Ainsi M. Velpeau nous a appris dans son discours à l'Académie de médecine (discussion de 1849), qu'il avait imaginé, il y a quinze ans environ, de soutenir l'utérus en introduisant dans sa cavité une tige supportant par un demi-disque en caoutchouc, qu'il tournait tantôt en avant, tantôt en arrière, suivant qu'il y avait une rétroversion ou une antéversion.

Quant à M. Simpson, il a employé dans le principe, non pas un demi-disque, mais un disque complet, supportant une tige semblable, qu'il introduisait dans l'utérus. Ce disque restait maintenu dans le vagin comme un pessaire ordinaire. Comme l'introduction en était difficile et gênante, il fit d'abord articuler la tige sur le disque, afin que le tout pût pénétrer plus facilement dans le vagin.

Plus tard, il renonça à ce moyen pour employer un autre instrument que je vous ferai connaître plus tard. Bien que j'aie vu dans un journal anglais (*On malposition of the unimpregnated uterus*, etc., By Thomas Lightfoot; *The med. Times*, septembre 20, 1851), un dessin d'un instrument pareil attribué à M. Velpeau, je ne crois pas que ce professeur ait élevé de réclamation à ce sujet, et je pense qu'il y a eu confusion de la part de l'auteur de cet article.

Après lui, beaucoup de médecins anglais et américains se sont occupés des déviations utérines. Je ne fais que vous indiquer MM. Protheroe Smith (*Obstetric record.*, p. 35), Beattie (*Dublin journ.*, 1847), Rigby (*Med. Times*, 1849), Samuel Edwards (*Provinc. med. and surg. journ.*, juin 1849), Bond (*Amer. journ. of med. sc.*, 1849), Mac Cready (*Amer. trans.*, 1849), Cumming (*Edinb. Month. journ.*, 1849), etc., dont les noms reviendront quand nous parlerons des points qu'ils ont le plus spécialement étudiés.

Vous vous souvenez de la discussion qui a eu lieu en 1849, à l'Académie de médecine, à propos d'un mémoire de M. Baud *sur les déviations et les engorgemens de l'utérus et les moyens de les guérir*.

A cette discussion prirent part MM. Velpeau, Huguier, Malgaigne, Dubois, Hervez de Chégoin, Amussat, Gibert, Moreau, Roux, Jobert, Récamier, tous auteurs qui se sont occupés avec soin des maladies de l'utérus et qui, partant, pouvaient élucider la question. Malheureusement elle était mal posée, de telle sorte qu'il est difficile de distinguer la part, dans l'idée de l'auteur du mémoire, qui doit être faite aux engorgemens et aux déviations. Cette confusion se retrouve dans les discours prononcés à cette occasion, aussi bien que dans le mémoire. Depuis, M. Huguier et M. Amussat ont proposé des traitemens particuliers que je vous ferai connaître dans le cours de ces leçons.

Enfin, nous avons eu dernièrement à l'École de Paris trois thèses sur les déviations de l'utérus.

La première est de M. Dufraigne (*De la rétroflexion*, thèse, Paris, 1851). Elle contient plusieurs observations prises dans le service de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon.

Dans la deuxième, que nous devons à M. Grimaud (*De l'antéversion de la matrice*; thèse, Paris, 1852). Il est déjà question des moyens employés par M. Simpson pour redresser l'utérus et des modifications que nous avons fait subir à cet instrument.

Enfin la troisième, qui est de M. Piachaud, de Genève, un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, a été soutenue au mois de mars de cette année; elle a pour titre : *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité*. Après une symptomatologie bien faite, d'après des observations rigoureuses, elle contient des détails sur le traitement et l'exposé des modifications les plus récentes que j'ai apportées au redressement intra-utérin de M. Simpson, avec la description de cet appareil, tel que nous l'employons journellement.

Enfin, je vous rappellerai qu'en 1851 et 1852, j'ai inséré dans le *Bulletin de thérapeutique* deux articles destinés à faire connaître les modifications que j'ai apportées aux instrumens de M. Simpson, ainsi que la manière de les mettre en usage, et que M. le docteur Gaussail a donné dans le *Journal de médecine de Toulouse* (1851), un compte-rendu très exact et très bien fait de conférences que j'ai faites sur ce sujet à l'Hôtel-Dieu de Toulouse et à la *Société de médecine* de cette ville.

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES SCIATIQUES ET DE QUELQUES RHUMATISMES DE CAUSE SPÉCIFIQUE.

Monsieur le rédacteur,

Le traitement de la sciatique par l'iodure de potassium, décrit dans votre numéro du 17 avril dernier, n'est peut-être pas tellement irrationnel, que l'étude attentive de quelques-unes des causes de cette affection n'ait déjà pu conduire à l'emploi de ce moyen thérapeutique; et comme un traitement rationnel donne au praticien plus de sécurité qu'un traitement empirique, permettez-moi, Monsieur le rédacteur, de vous communiquer les observations sur lesquelles je base mon assertion :

M. Od..., 70 ans, tempérament sanguin, grande stature; corps robuste et bien proportionné.

A 25 ans, blennorrhagie, guérie par un traitement mercuriel, avec salivation.

30 ans. Chancre sur le dos de la verge, cicatrisé en trois jours sous l'influence de compresses de vin aromatique; ensuite, nouveau traitement mercuriel, mais cette fois sans salivation.

50 ans. Sciatique droite, aggravée par une saison passée aux eaux d'Aix.

60 ans. Traitement hydrothérapique qui paraît, les deux premiers mois, triompher de la sciatique et rajeunir le malade; mais qui, le troisième mois, lui enlève son calorique et ses forces.

69 ans. Eaux de Lamotte : aggravation des douleurs.

70 ans. Vingt après l'origine de la sciatique, le malade, quoique vigoureux encore, en est venu à se défier tellement de ses jambes, qu'il n'ose plus descendre les escaliers qu'à reculons et en se cramponant à la main courante; en même temps aussi les douleurs sont si vives, surtout la nuit, que le malade ne peut s'endormir qu'après avoir pris du sirop diacode.

15 août 1848. Le malade vient alors me consulter.

Ce chancre pansé avec le vin aromatique, ce traitement mercuriel sans salivation, cette sciatique que le froid calme et que la chaleur exaspère, *surtout la nuit*, ces traitemens antérieurs non seulement infructueux, mais encore nuisibles, me conduisent à croire à une syphilis constitutionnelle jusqu'alors méconnue et dont le traitement réclame l'iodure de potassium.

Prescription : Tisane de salsepareille . 1000 grammes.
Iodure de potassium . . 3 grammes.
Sirop d'écorces d'orange 100 grammes.

A prendre en quatre doses, une tous les matins à jeun.

matériellement sa maladie. Je pourrais multiplier ces exemples, mais je me hâte de répondre à une objection que M. Roche regarde comme victorieuse; ce sera par là que finira ma lettre.

« Ecartez de nos bibliothèques, dit notre adversaire, *tous les ouvrages qui traitent du principe vital, de la force vitale, de la résistance vitale, des propriétés vitales, de la nature médicatrice et de toutes les abstractions de ce genre exprimant les mêmes idées: que perdrons-nous, en définitive? Des mots vides de sens, des dissertations creuses et rien de plus.* »

Ma réponse ne sera ni longue ni difficile, et je dirai à M. Roche : si vous supprimez tous les ouvrages que vous dites, vous supprimerez tout d'un coup la presque totalité des ouvrages de médecine; quelques exemples suffiront pour prouver la vérité de la proposition que j'avance.

Ouvrez l'*Anatomie générale* de Bichat, le plus remarquable, sans contredit, des ouvrages de ce célèbre anatomiste, les mots de *propriétés* et de *forces vitales* se rencontrent à chaque pas; des chapitres entiers de cet ouvrage sont consacrés à l'étude des propriétés vitales, et à chaque page on trouve des passages dans le genre de ceux-ci :

« En examinant les propriétés de tout organe vivant, on peut les » distinguer en deux espèces : les unes tiennent immédiatement à la vie, » commençant et finissant avec elle, ou plutôt *en forment le principe* » *et l'essence*; les autres n'y sont liées qu'indirectement et paraissent » plutôt dépendre de l'organisation, de la texture des parties. La faculté de sentir, celle de se contracter spontanément sont des *propriétés vitales...* » (T. 1, 1re part., p. 60.)

« L'homme et les espèces voisines, qui sont l'objet spécial de nos » recherches, jouissent donc évidemment de toutes les *propriétés vitales* dont les unes appartiennent à sa vie organique, les autres à sa » vie animale. » (T. 1, 2e part., p. 7.)

« Examinez tous les phénomènes physiologiques, tous ceux de ma» ladies, vous verrez qu'il n'en est aucun qui ne puisse, en dernier ré» sultat, se rapporter à une des propriétés dont je viens de parler.

» La vérité incontestable de cette assertion nous mène à une consé» quence non moins certaine pour le traitement des maladies, savoir » que *tout moyen curatif n'a pour but que de ramener les pro» priétés vitales altérées, au type qui leur est naturel.* » (Ibidem, p. 9.)

Il ne serait pas difficile de citer un grand nombre de passages de Bichat, qui prouvent combien est vitaliste cet auteur que l'on regarde comme le chef de l'école organicienne; ses ouvrages devraient donc être écartés sans pitié de toutes les bibliothèques.

Parcourez maintenant les œuvres de M. Andral, celles de M. Fr. Dubois, celles de M. Grisolle, celles de MM. Trousseau et Pidoux, de M. Gerdy, de M. Vidal (de Cassis), de M. Bousquet, de M. Michéa, de M. Cerise, de M. Socquet, de M. Bonnet, de M. Devay et de tant d'autres écrivains du premier mérite qui appartiennent à l'Académie, à la Faculté de Paris, aux écoles secondaires ou à la presse médicale; vous voyez toujours les forces ou les propriétés vitales jouant un rôle des plus importans dans la production, la marche ou la guérison des maladies. Tous ces médecins, il est vrai, ne sont pas vitalistes comme on l'est à Montpellier, mais qu'importe? La religion chrétienne en est-elle moins vraie parce que les hommes qui la suivent sont divisés en de nombreuses sectes?

Je ne parlerai pas des ouvrages sortis de Montpellier, tels que ceux de Barthez, de Grimaud, de Fouquet, de Bordeu et de tant d'autres qui n'ont pas été sans éclaircir quelques points de la science, mais si vous rejetez comme inutiles tous les ouvrages qui parlent de forces ou de propriétés vitales, que vous restera-t-il? Rien que des ouvrages d'anatomie normale ou pathologique. Car vous ne pourrez pas conserver un seul ouvrage de physiologie.

Je m'aperçois, Monsieur le rédacteur, que malgré mon désir de faire cette lettre aussi courte que possible, je l'ai prolongée beaucoup plus qu'il ne convenait; je vous prie d'agréer mes excuses et de me croire,

Votre très obéissant serviteur, Louis Saurel, d.-m. m.,
Rédacteur de la *Revue thérapeutique du Midi*.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Coffinisme. — Le coffinisme est une variété de charlatanisme, qui, sous les auspices d'un certain docteur Coffin, tend à faire de très grands progrès en Angleterre. Ce système repose sur la répudiation complète et avouée de toutes les données médicales, physiologiques et anatomiques. Toute la médecine est renfermée dans l'ouvrage du père du système, le docteur Coffin; et ceux qui la pratiquent sont des cordonniers, des épiciers, des mécaniciens, etc. Les remèdes sont des plantes médicinales, dont quelques-unes sont des poisons des plus actifs; on ne les administre pas à dose infinitésimale, mais par cuillerée et par poignée; pour plus de précaution, les croyans ont établi une *caisse de défense* à laquelle ils souscrivent tous, et qui les met à l'abri des poursuites pécuniaires, en acquittant pour eux les amendes auxquelles ils peuvent être condamnés. Le mois dernier, une démonstration botanique fut faite à Londres pendant quatre jours, et les fidèles visitèrent le muséum du docteur Coffin, le muséum de Catlin et les jardins de Kew; ils se réunirent pour prendre du thé, et firent une procession avec bannières déployées, ayant à leur tête le docteur Coffin et le docteur Harle. Ce qu'il y a de pis dans ce système, c'est qu'il s'adresse aux classes inférieures et peu éclairées de la société, et que, par conséquent, il est susceptible d'avoir plus de dangers. Une pauvre ouvrière voit-elle son enfant un peu malade, elle le porte chez le savetier du coin, qui est coffinite, et qui lui administre une cuillerée de *lobelia inflata*; l'enfant va plus mal; on répète la dose; il meurt. Le coffinite, traduit devant la justice, protégé par la caisse de défense, soutient, par l'organe de son avocat, que l'enfant a été tué par le médecin qui lui a donné des soins en dernier lieu. Le jury acquitte le coffinite, qui retourne à ses savates, convaincu que si l'enfant eût pris une autre dose du médicament, il eût été sauvé.

Le malade prend, par erreur, cette dose en deux jours; et, les jours suivans, il revient à la dose prescrite.

2e jour. La transpiration, supprimée depuis un an, commence à reparaître sous forme d'une douce moiteur.

4e jour. Sommeil plus continu: douleurs moins vives le jour. Appétit plus vif.

6e jour. Douleurs aiguës dans tout le trajet du nerf sciatique malade, après avoir ingéré la dose ordinaire d'iodure de potassium. Mais, le soir, une cuillerée à bouche de sirop diacode calme les douleurs et ramène le sommeil.

8e jour. Non seulement la moiteur a reparu, mais encore la chaleur est revenue graduellement le long des membres inférieurs; le malade marche avec assurance, ne se plaint presque plus et a repris l'appétit et le sommeil.

30 août. Le malade a cessé l'usage de l'iodure de potassium, et, jusqu'à ce jour, la sciatique n'a pas reparu.

La cause de cette sciatique, considérée isolément, pourrait paraître douteuse; mais elle acquiert un certain degré d'évidence en rapprochant l'histoire de cette maladie de celle d'affections semblables, dont la cause, c'est-à-dire le virus syphilitique, a été également méconnue, et dont le traitement a eu le même résultat.

Mme S..., 23 ans, tempérament bilieux et scrofuleux; petite taille. Réglée à 13 ans; santé parfaite jusqu'à 18 ans. Mariée à 20 et mère à 21 ans. Rhumatisme erratique contracté pendant un changement de domicile effectué au moment des couches.

18 mois plus tard. La malade est retenue dans sa chambre et le plus ordinairement dans son lit par des douleurs qui du bassin s'irradient jusqu'au talon gauche, en suivant la partie postérieure du membre.

15 juin 1850. La malade me fait appeler.

L'insuccès des traitemens précédens m'engage à interroger et à examiner la malade sans attacher trop d'importance à la cause rhumatismale, et peu à peu se déroulent les symptômes suivans: 1° taches cuivrées, traces d'anciennes pustules; 2° larges taches cuivrées sur le dos; 3° tumeurs qui naissent et disparaissent successivement sur divers points des surfaces osseuses; 4° tumeur gommeuse sous le jarret gauche; 5° douleurs ostéocopes nocturnes; 6° chapelet de ganglions lymphatiques engorgés le long du cou et jusque sous les aisselles, à la suite d'ulcérations de l'arrière-gorge; 7° pustules plates et végétations verruqueuses au pourtour de la vulve et de l'anus.

La cause de cette sciatique était évidemment une compression du nerf sciatique gauche par des tumeurs gommeuses, qui ont disparu en quinze jours sous l'influence de l'iodure de potassium donné à doses successivement croissantes.

Restait toujours la syphilis constitutionnelle, qui a demandé un traitement beaucoup plus longtemps continué.

Si les symptômes de la syphilis constitutionnelle peuvent simuler une sciatique rhumatismale, ne pourraient-ils pas revêtir également la forme d'un rhumatisme chronique, avec la complication obligée d'une affection du cœur? En voici un cas qui ne m'a pas seul induit en erreur:

M. Th..., 36 ans, tempérament bilieux-sanguin; forte constitution; charpente robuste; taille moyenne.

Soldat en Afrique; le coucher sur la terre humide lui a donné des douleurs de rhumatisme et des accès de fièvre intermittente, dont le repos et le quinquina ont fait justice.

Au retour du service, le malade reprend des douleurs et des accès de fièvre intermittente après une courbature générale, gagnée en Bresse, dans la saison des fièvres.

Ainsi, deux causes évidentes, le rhumatisme et la fièvre intermittente ont, depuis dix ans, altéré la santé du sujet.

Aujourd'hui, 23 avril 1848, douleurs aiguës dans tout le côté droit du corps; douleurs précordiales portées parfois jusqu'à la lypothimie; accès de fièvre intermittente irrégulière caractérisée par des sueurs diffuses, succédant à des frissons plus manifestes et plus fréquens, surtout à six heures du soir; face bouffie et blafarde, caractéristique des cachexies fébriles; appétit nul; forces nulles; maigreur marquée; flaccidité des chairs.

23 mai. Les accès de fièvre intermittente ont cédé à l'usage du valérianate de quinine associé au sous-carbonate de fer et à l'opium. Le malade a quitté le lit, qu'il gardait depuis deux mois. L'appétit et les forces renaissent. Mais les douleurs, parfois très aiguës, du côté droit du corps et le facies cachectique surtout, me font continuer à prescrire l'usage de l'opiat fébrifuge à doses décroissantes, ne fût-ce qu'à titre de tonique.

23 juin. Névralgie du plexus brachial droit, traitée par la morphine, à l'aide de la méthode endermique.

27 juin. Douleurs tellement exaspérées par ce traitement, que le pouls s'élève à 100 pulsations; mais il retombe à 80, après une saignée de 180 grammes, dont le sang, quoique plus séreux qu'à l'état normal, présente cependant un caillot résistant, surmonté d'une couenne bien organisée: ce qui indique que la cachexie est plus apparente que réelle.

1er juillet. Douleurs atroces. Le malade se plaint de perdre graduellement la vue et de souffrir de plus en plus de l'œil gauche. L'ouverture pupillaire présente, en effet, la forme de l'*iritis syphilitique*, symptôme autour duquel viennent bientôt se grouper les symptômes suivans:

Bosses frontales envahies par deux tumeurs gommeuses, dont la symétrie avait dissimulé la présence; tumeur allongée sur la suture pariétale; tumeur sur l'angle externe de l'arcade sourcilière gauche; iritis syphilitique gauche; sur le sternum, tumeur gommeuse qui s'oppose à la plus légère compression de la poitrine par les vêtemens; taches cuivrées sur les cicatrices d'anciens vésicatoires; larges taches cuivrées sur le dos et sur les épaules; tache cuivrée dessinant, comme au daguerréotype, les points de la cuisse ordinairement en contact avec les bourses; prépuce légèrement eczémateux avec desquammation furfuracée chronique; tumeur gommeuse à cheval sur l'olécrâne et sur l'extrémité inférieure de l'humérus droit; autre tumeur également à cheval sur l'espace interosseux de l'avant-bras droit, au-dessus du carré pronateur; douleurs ostéocopes nocturnes, exaspérées par le froid comme par la chaleur, et soulagées par une douce moiteur.

Le malade se souvient d'avoir eu, au service, des végétations à l'anus, pansées avec des compresses imbibées d'eau blanche; un écoulement blennorrhagique tari après l'application d'un vésicatoire au périnée; enfin, un chancre sur le dos de la verge, cautérisé, par un de ses camarades, avec du sulfate de cuivre.

C'était donc une syphilis constitutionnelle, prise jusqu'alors, et deux fois *au moins* traitée pour un rhumatisme chronique; les commémoratifs et les symptômes les plus évidens s'accordaient, en effet, avec cette douleur précordiale, allant jusqu'à la lypothimie, pour donner le change sur la nature de la maladie.

Prescription: Tous les matins, à jeun, liqueur de Van Swiéten, une cuillerée à café, puis deux, puis trois successivement, suivant la tolérance de l'estomac.

1er août. Les symptômes se sont tellement amendés, que le malade a pu reprendre, pendant quelques jours, son travail de tailleur, qu'il avait été forcé de quitter depuis près d'un an.

27 août. Après 300 grammes, l'estomac se refuse à digérer la liqueur de Van Swiéten, et le malade entre à l'hospice de l'Antiquaille. M. le dr Rodet confirme le dernier diagnostic, et continue le traitement avec l'iodure de potassium à dose successivement croissante.

Deux mois après ce traitement, plus de symptômes syphilitiques, partant plus de douleurs précordiales et de lypothimies, et, aujourd'hui encore, le malade a repris et conserve l'embonpoint, la force et la santé.

Ces trois observations me semblent démontrer, par gradation de plus en plus évidente, la cause de l'efficacité de l'iodure de potassium dans certains rhumatismes; elles me semblent ainsi démontrer à quelles erreurs peut entraîner la médecine du symptôme; avec quelle attention les faits, qui paraissent les plus évidens, demandent à être examinés et interprétés; combien l'anatomisme pur, proclamé par M. Roche, comme la véritable base de la médecine, peut tromper le praticien, puisqu'une affection du cœur, capable d'amener des lypothymies, peut disparaître seulement sous l'influence d'un traitement général et sans laisser de traces après elle; et, surtout, s'il est vrai que la sciatique, sujet de la première observation, n'ait reconnu, pour cause efficiente, qu'un vice syphilitique, bien capable d'échapper au scalpel, en même temps qu'à l'œil le plus exercé.

Enfin, ce serait peut-être un chapitre qui, plus complet, mériterait de figurer à côté de celui de M. Thirial, sur la fièvre typhoïde.

Des considérations plus étendues auraient l'inconvénient de sortir de la question.

Agréez, etc. J.-A. Gérard, d.-m. p.

Lyon, ce 26 avril 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Mai 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance comprend:

1° Un rapport de M. le docteur Vial, de St-Etienne, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette ville de décembre 1851 en mars 1852. (Comm. des épidémies.)

2° Un mémoire de M. Doin, sur le traitement des maladies produites par les vents et par l'influence atmosphérique. (Même commission.)

3° Un mémoire de M. Dutrouleau, de la Martinique, sur une endémie dyssenterique de St-Pierre. (Même commission.)

4° Un mémoire de M. Mayer, de Belfort, sur la méningite cérébro-spinale. (Comm. MM. Michel Lévy et Roche.)

5° Une note de M. Simyaux, chirurgien de l'hôpital de Cheny (Saône-et-Loire), sur l'influence du déplacement des enfans trouvés nouveau-nés sur leur santé. (Comm. MM. Villeneuve et Mélier.)

6° Une lettre de M. Bouley fils, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

7° Une lettre du directeur des Beaux-Arts, qui annonce à l'Académie que le ministre de l'intérieur a, sur sa proposition, chargé M. Gayrard d'exécuter, pour l'Académie de médecine, une répétition en marbre du buste de Pariset déjà placé à l'Institut.

— M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports, dont les conclusions défavorables sont adoptées sans discussion.

M. Henry donne lecture des nouvelles conclusions qu'il propose de substituer à celles qui terminaient le rapport qu'il a lu dans l'une des séances précédentes sur les eaux minérales d'Aulus, et qui avaient été renvoyées à la commission. M. le rapporteur propose de répondre simplement au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

M. Huzard lit un rapport sur un mémoire de M. Laroche (Jean), à Gondrin (Gers), relatif à l'épizootie des moutons de 1836, 37 et 38.

D'après divers essais faits par M. Laroche, sur diverses substances mises en contact avec trois genres de vers intestinaux, tœnias, douves et filaires, extraits vivans du corps des moutons, l'acide sulfurique plus ou moins étendu d'eau serait la substance la plus nuisible à ces êtres. Ce même acide sulfurique, sous forme de limonade, paraît s'être montré le plus efficace agent contre la vie de ces mêmes êtres dans une méthode thérapeutique employée dans l'espèce ovine. Cette même limonade sulfurique a produit l'évacuation de l'ascaride lombricoïde chez des enfans; et chez d'autres enfans, il paraît avoir produit la disparition de tous les symptômes qui indiquent la présence de ces vers.

Il résulterait enfin, de tous ces faits, que l'emploi de la limonade sulfurique, et même du soufre, devrait être tenté dans toutes les affections vermineuses chez les moutons et même chez l'homme, et principalement contre l'ascaride lombricoïde chez les enfans.

Bien que ces expériences n'aient paru à M. Huzard ni assez nombreuses, ni assez concluantes pour les adopter sans autres preuves, il conclut néanmoins en proposant d'adresser des remercîmens à M. Laroche, de déposer son mémoire aux archives, et de l'engager à continuer ses recherches. (Adopté.)

M. Reynal, médecin-vétérinaire, chef de service de clinique à l'école d'Alfort, lit un travail intitulé: *Essai monographique sur le tournis des bêtes ovines.* Voici le résumé de ce travail:

1° Le tournis est une maladie du système nerveux occasionnée par un ver du genre *cœnure*.

2° Elle apparaît le plus ordinairement sur les jeunes agneaux de 4 à 12 mois, plus rarement à 1 ou 2 deux ans, et exceptionnellement au-delà de ce dernier âge.

3° La marche de cette affection est lente, elle progresse d'une manière incessante et détermine l'atrophie du cerveau ou de la moelle épinière.

4° Elle occasionne d'abord l'amaigrissement des animaux et plus tard la mort.

5° Au nombre des causes principales de propagation, je place:

A. L'hérédité. Les brebis et le bélier atteints du tournis le transmettent à leurs descendans.

B. L'accouplement d'animaux trop jeunes, surtout du bélier employé à la lutte de l'âge de 6 à 8 mois, comme cela se pratique dans quelques contrées.

6° Le moyen de prévenir le tournis consiste:

A. A éloigner de la reproduction les femelles et les mâles qui en sont atteints.

B. A ne faire reproduire que des brebis de 30 mois et des béliers de 15 à 18 mois.

7° Si une conclusion rigoureuse pouvait être tirée des observations ayant trait à l'influence d'une première fécondation sur les fécondations subséquentes, il faudrait éloigner de la reproduction, les femelles qui, bien que saines elles-mêmes, ont une fois donné des produits affectés du mal. (Comm. MM. Rayer, Cloquet et Huzard.)

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.)

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Avril 1852.

Relation de l'épidémie de variole qui sévit à Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu, depuis le mois de janvier 1852; par le docteur Empis, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

Depuis le commencement de l'année, un nombre si considérable de malades, affectés de variole, ont été observés à l'Hôtel-Dieu, et la maladie s'est présentée chez eux avec des caractères si remarquables, que le concours d'une influence générale et évidemment épidémique ne saurait passer inaperçu. Afin de donner une idée aussi exacte que possible des formes sous lesquelles la variole s'est offerte à son observation, l'auteur a partagé ses malades en trois catégories: 1° ceux qui, portant les stigmates de la vaccine ou de la variole, n'ont éprouvé la maladie que d'une façon fort incomplète et tout-à-fait anomale; 2° ceux qui, vaccinés ou non, ont été atteints de variole discrète, avec quelques particularités intéressantes dans l'éruption; 3° ceux qui, vaccinés ou non, ont présenté une variole confluente, et ont été atteints, pendant la convalescence, de divers accidens consécutifs.

Ce qu'il y a de remarquable relativement aux malades de la première catégorie, c'est que, suivant l'aptitude de chacun d'eux, la maladie se dessinait tantôt par un état général très bien caractérisé, qui ne pouvait laisser de doute sur l'arrivée prochaine de la lésion cutanée, propre à la maladie, et que celle-ci, cachet anatomique de l'affection, au lieu de parcourir ses phases régulières, comme dans les varioles légitimes, restait à l'état de papules, vésiculées à leur sommet, qui, après 3 ou 4 jours de durée, disparaissaient sans achever leur solution. Tantôt, au contraire, l'éruption n'était annoncée par aucune perturbation appréciable de la santé, et l'apparition furtive et soudaine d'un certain nombre de pustules bien caractérisées, ne permettait pas de douter que les personnes qui en étaient affectées n'eussent subi l'influence de la cause spécifique. Chez d'autres enfin, la maladie se montrait avec une extrême bénignité, tant sous le rapport des symptômes que sous celui de l'éruption. Après 24 heures de malaise, un peu de courbature, une fièvre légère, les malades paraissaient recouvrer la santé, lorsque, le 3e ou le 4e jour, il se manifestait, sur quelques points du corps, une douzaine ou une quinzaine de pustules, qui se développaient imparfaitement, et dont la suppuration, dans aucun cas, ne s'accompagnait de mouvement fébrile.

Dans la 2e catégorie, l'auteur a rangé les varioles encore bénignes dans lesquelles la période d'invasion s'est accomplie avec régularité, mais qui, au point de vue de l'éruption ont offert certaines particularités intéressantes; parmi ces malades, les uns ont été vaccinés, les autres ne pouvaient à cet égard fournir de renseignemens, et ne portaient pas les stigmates de la vaccine; les prodrômes n'ont présenté rien de particulier, mais l'éruption, au lieu de paraître d'emblée, avec les caractères qui lui sont propres, a été précédée, dans plusieurs cas, d'une éruption *morbiliforme*, et dans d'autres d'une éruption *scarlatiniforme*. Dès le 3e ou 4e jour des prodrômes, la face, le tronc et quelques parties des membres devenaient le siége d'une éruption, ayant une très grande analogie avec celle de la rougeole: elle consistait en de petites taches, rosées, irrégulièrement arrondies, ne faisant pas saillie au-dessus de la peau, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, et assez rapprochées les unes des autres sur quelques parties du ventre et de la face supérieure des cuisses, pour former des espèces de plaques irrégulières, comme dans certains cas de rougeole très confluente. Le plus ordinairement les taches étaient petites et très divisées sur les membres; elles étaient par contre toujours nombreuses à la face. Cette éruption morbiliforme différait toutefois de celle de la rougeole, par quelques caractères, par la rapidité de sa marche, par son apparition simultanée sur tout le corps, et sa disparution brusque après 24 heures, sans laisser même après elle cet aspect marbré de la peau, qui se retrouve pendant la période de déclin de cette dernière maladie. A ce moment l'éruption variolique se dessinait par ses traits spécifiques: on voyait apparaître les petits points saillans, coniques, durs sous le doigt, se vésiculant promptement à leur sommet, et parcourant ultérieurement leurs phases habituelles; toutefois, dans les varioles précédées de l'éruption variolique, les pustules ont toujours été assez discrètes, et plusieurs ont avorté avant d'arriver à une suppuration complète. Ajoutons que, dans cette forme rubéoleuse, comme dans la forme scarlatineuse, on ne retrouvait pas les symptômes prédominans, qui appartiennent en propre à la rougeole et à la scarlatine, tel que le coryza, le larmoiement, la bronchite, qui appartiennent à la première, et l'angine qui appartient à la seconde.

La 3e catégorie comprend les varioles légitimes, celles dans lesquelles toutes les périodes de la maladie se sont accomplies avec régularité, et dans lesquelles la suppuration des pustules a toujours été marquée par une fièvre secondaire bien manifeste. Elles ont été présentées en nombre à peu près égal par des personnes vaccinées et non vaccinées. M. Empis signale, à la suite de ces varioles, une éruption érythémateuse particulière, suivie de la formation de vastes phlyctènes, par la rupture desquelles le derme fut mis à nu et suppura pendant une huitaine de jours; l'auteur mentionne encore les abcès qui se sont montrés à la fin de la dessication, c'est-à-dire du 25 au 30e jour de la maladie, et lorsque déjà les malades étaient en convalescence et se promenaient dans les salles. Ces abcès ont été très nombreux chez certains individus, jusqu'à 30 se sont montrés partout le corps, à l'exception des mains et des pieds, toujours limités à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané.

En terminant l'auteur conclut: 1° que le virus varioleux est resté dans tous les cas la cause essentielle et spécifique de la maldie; 2° que c'est sous l'influence du génie épidémique qu'un nombre aussi grand de personnes ont acquis momentanément l'aptitude à la variole; 3° que la susceptibilité individuelle ou idiosyncrasie rend seule raison des formes variées sous lesquelles la maladie s'est présentée.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesté et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 58. SIXIÈME ANNÉE. **Samedi 15 Mai 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............... 32 Fr. :
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 MAI 1852.

DES BAINS DE MER (1).

La médecine des eaux minérales et des bains de mer a tant de succès dans l'opinion publique, que répandre des livres sur un sujet aussi fécond, c'est obéir en quelque sorte au caractère du siècle et à l'impulsion des esprits. On fuit maintenant, avec énergie, les médications compliquées, les traitemens pharmaceutiques; la potion brune, formulée magistralement, n'a plus le même crédit qu'autrefois, elle disparaît peu à peu, des obligations imposées aux malades. Le tour est venu de la médecine naturelle. Dans ces temps de scepticisme, on se jette bien un peu dans la médecine excentrique, comme celle par le magnétisme ou par l'homœopathie; mais les tendances sont surtout pour les eaux minérales. Il y a cinquante ans, on allait un peu prendre les eaux et lorsqu'on ne pouvait mieux faire; aujourd'hui, on y va beaucoup et même lorsque, rigoureusement, on pourrait s'en passer. Les livres sur les eaux minérales ont donc un intérêt d'actualité toujours croissant; on ne saurait mieux faire que de beaucoup publier sur cette matière, car les publications supposent des études préalables, et les eaux minérales commencent à peine à se révéler à nous.

A tous ces titres, les *Recherches et les observations* publiées par M. Pouget sur les bains de mer, méritent l'attention de la critique; nous allons dire en quoi consiste ce travail, et motiver notre opinion sur la valeur qu'il présente, d'après l'appréciation que nous en avons faite.

Généralement, les livres gros ou légers, écrits sur les eaux minérales, paraissent l'être moins dans un but scientifique que dans celui de la spéculation industrielle. Le médecin se montre assurément dans chaque page; on voit qu'il songe aux véritables intérêts des cliens, et qu'il croit à la valeur de la médication dont il prône les précieux avantages. On s'aperçoit toutefois qu'une autre influence se mêle à celle-là, et que la préoccupation des intérêts de l'établissement va même jusqu'à primer, dans quelques-uns de ces écrits, sur des préoccupations d'un autre ordre. C'est triste, on ne peut le nier; mais ici, comme dans tant d'autres choses, il est difficile de séparer des intérêts destinés si souvent à rester réunis. M. Pouget a évité l'inconvénient grave de cette sorte de fusion. Il paraît dans son livre avoir eu principalement en vue l'intérêt scientifique, de s'être réellement préoccupé de celui-là. Dans les divers chapitres qui le composent, il s'efforce à ne laisser aucune question sans la traiter; il fait les plus grands efforts pour être complet, sur ce sujet inépuisable de l'influence médicatrice des bains de mer, sur laquelle il y aura pendant longtemps encore beaucoup à dire. L'eau de la mer est, en effet, un moyen thérapeutique très varié. On peut la prendre à l'intérieur; on la prend surtout en bains, mais on sait combien les bains peuvent varier d'action, suivant la manière dont on les administre. Les bains de mer froids agissent autrement que les bains de mer chauds. Les bains de lame produisent une autre influence que les bains pris à l'abri du mouvement du flot. A côté de cela et même au-dessus de cela, il y a l'influence de l'air, suivant les conditions du vent prédominant et suivant l'étendue de la surface maritime traversée par lui, avant de souffler sur le rivage. Ce sont toutes ces actions variées qu'il faut analyser, si on veut se rendre compte sérieusement des effets médicamenteux des bains de mer. Pour bien voir, en médecine, il ne s'agit pas de voir un seul côté d'un fait, d'une question ou d'une influence, il faut les voir tous.

On jugera, d'après ce coup d'œil rapide sur l'ensemble du livre, si l'auteur a consciencieusement traité son sujet. Après avoir exposé dans la première partie les effets physiologiques de l'eau de la mer, employée à diverses températures, et à l'intérieur et à l'extérieur, question large qui comprend une série de chapitres très importans, l'auteur passe aux règles qui doivent diriger le médecin dans cette médication. Ce chapitre contient l'énumération des précautions à prendre avant, pendant et après le bain; il décrit les effets produits par les immersions spontanées dans l'eau de mer, par les affusions, les douches et les lotions, enfin par l'arénation ou les bains de sable, moyen d'action d'une grande énergie dans certaines localités, mais d'une influence très contestable sur le littoral maritime de la France. Dans les deux dernières parties, c'est le tour de la prophylaxie, de la thérapeutique, des indications et des contre-indications, suivant la méthode suivie depuis qu'on écrit des livres de médecine. Toutefois, comme nous l'avons déjà fait pressentir, l'auteur ne s'est pas astreint à suivre les routes battues. Il est entré dans des détails qui ne sont pas dans les habitudes ordinaires. Il a d'abord fait de l'érudition, et puis il est entré, en traitant de l'air et de son influence dans le domaine de la climatologie. Comme c'est un coin de terre que nous avons exploré quelquefois, nous nous permettrons de présenter à l'auteur et à nos lecteurs quelques courtes remarques.

Il n'y a rien d'absolu dans les conditions des atmosphères maritimes, car tous les rivages n'ont pas le même état du sol et la même exposition. Ainsi, le littoral de l'Océan donne un libre accès aux vents d'ouest et de nord-ouest; mais celui de la Méditerranée subit l'influence du sud-est et du vent d'Afrique. Ce dernier passant sur la mer, doué d'une grande capacité de saturation, arrive sur le continent chargé d'humidité; quant à l'autre, c'est le sirocco, ce vent si énervant et si redoutable dans la Péninsule italienne et sur les côtes orientales. L'égalité de la température comparée à celle des continens dépend aussi de la forme particulière des campagnes qui bordent les rivages; c'est une question d'hypsométrie. Une chose est vraie, c'est que les pays de côtes ou les péninsules présentent des extrêmes de température moins éloignés que les terres continentales : ils ont des hivers moins rigoureux et des étés moins chauds; mais, il y a encore là une condition à établir, celle de la découpure du littoral. Un rivage coupé droit comme celui qui règne depuis l'embouchure de la Loire jusqu'à Bayonne ne favorise pas le rapprochement des extrêmes; celui de la Bretagne et de la Normandie le favorise au contraire, car il est creusé de golfes dans tout son développement. On a fait de longs travaux déjà sur la climatologie, et on a trouvé la raison scientifique d'un grand nombre de phénomènes.

L'ouvrage de M. Pouget a pour but de faire connaître les bains de Royan, près Bordeaux, dont ce médecin est le directeur. Mais, ce but reste secondaire, si même il ne disparaît pas dans la plus grande partie du livre, pour ne pas nuire aux questions exclusivement médicales qui y sont traitées avec soin. Cet ouvrage est bon et mérite de tenir une place honorable parmi les livres, encore assez rares, publiés sur les bains de mer. Nous nous empressons de le constater, au moment du

(1) *Recherches et observations sur l'emploi hygiénique et médical de l'eau de la mer et sur les influences de l'atmosphère maritime*; par le docteur Pouget, de Bordeaux.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

NOTES NOSOCOMIALES

Extraites d'un vieux portefeuille.

La clinique peut être définie : *Mémoires d'un lit d'hôpital.* Dans une organisation scientifique raisonnable, chaque lit d'hôpital aura son historiographe.

Ils s'accordent tous à dire que la base de la science est la clinique, et que la clinique ne peut se faire avec certitude et authenticité que dans les hôpitaux; que les élémens de la clinique sont les faits, et cependant les trois quarts au moins des faits nosocomiaux sont perdus pour la science et pour l'art; il ne reste de trace de leur existence qu'une *pancarte* infidèle, sur laquelle est écrit un diagnostic douteux et une terminaison qui n'a de certitude que lorsqu'elle contient ce mot : MORT.

Ce n'est ni aux lumières des chefs de service, ni au zèle et au dévoûment des internes, ni à la vigilance éclairée de l'administration qu'il faut s'en prendre, si la clinique nosocomiale ne rend pas plus de services à la science et à l'art. Le seul coupable, c'est l'argent, c'est l'insuffisance des ressources.

L'administration est obligée de restreindre le nombre des chefs de service, des internes et de tout le personnel nosocomial, et de fonder de grandes salles où chaque médecin ou chirurgien doit examiner, interroger, panser 50, 60, 80 et 100 malades par matinée.

Le zèle le plus robuste, l'attention la plus soutenue, le dévoûment le plus charitable, ne suffisent pas à pareille tâche.

Les grands hôpitaux, les grandes salles dans les hôpitaux, les services nosocomiaux à lits nombreux, sont les conditions les plus défavorables à la bonne terminaison des maladies, aux progrès de la science et à l'avancement de l'art.

L'homme est fatal à l'homme (cette pensée est le début de mon chapitre sur l'*Encombrement*).

On trouvera dans les cartons de l'administration un projet de réorganisation nosocomiale, dont voici les principaux élémens :

Distribution des salles par douze lits.

Service médical ou chirurgical contenant deux salles, une d'hommes, l'autre de femmes.

Un interne et un externe par chaque salle.

Une religieuse et un infirmier ou infirmière pour chaque salle.

Obligation pour l'interne de recueillir toutes les observations de sa salle; obligation pour le chef de service de contrôler quotidiennement l'observation recueillie par l'interne et de la certifier conforme et véritable après la terminaison de la maladie.

Ces observations envoyées à l'administration, qui institue une commission scientifique permanente de vérification et de classement.

Ces observations imprimées par les procédés autographiques et sur papier uniforme, classées d'après un ordre nosographique mûrement délibéré, deviennent les *Archives nosocomiales*, qui sont accessibles à tous.

Les procédés autographiques permettant de multiplier à très peu de frais les observations recueillies dans les services nosocomiaux, un exemplaire de chaque observation sera envoyé à tous les hôpitaux de la France, qui devront à leur tour envoyer à l'administration des hôpitaux de Paris un exemplaire de chaque observation recueillie dans chaque hôpital.

Cet échange continuel de matériaux, cette accumulation constante de faits fournira, dans quelques années, une masse d'observations sans analogue dans l'histoire d'aucune science, et fournira aux élémens principaux de la médecine, étiologie et thérapeutique, des matériaux d'une valeur dont il est impossible d'apprécier et de prévoir toute l'importance.

Tous les dix ans, une grande commission, choisie dans l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, les Facultés de médecine et les Sociétés médicales des départemens, se réunira pour procéder au dépouillement et à l'analyse des faits recueillis pendant la période décennale précédente, et pour instituer les faits généraux qui découleront de cette analyse.

Le travail de cette commission sera imprimé, et un exemplaire en sera adressé à tous les hôpitaux pour être mis à la disposition de tout médecin qui voudra le consulter.

Des réglemens particuliers, délibérés par l'Académie de médecine, détermineront le mode à suivre pour la nomination des commissions, pour leur fonctionnement et les sections diverses qu'il conviendra d'y faire.

Des prix seront institués en faveur des médecins et des internes qui auront fourni le plus grand nombre d'observations utilisables.

Ces prix seront décernés tous les dix ans, dans la séance solennelle où la commission présentera son rapport aux délégués de toutes les Académies et Sociétés médicales, et des Facultés et Écoles prépara-

départ des malades et des touristes pour les stations du littoral de la Méditerranée ou de l'Océan.

Dr Éd. Carrière.

(Hôpital Beaujon.)

CLINIQUE MÉDICALE.

SUR LES MALADIES CHRONIQUES ET NERVEUSES,

Par M. S. Sandras.

Sommaire. — Des paralysies générales progressives. — Caractères génériques.— Formes principales de ces maladies.

Messieurs,

Quand on se donne la peine de réfléchir à la multiplicité des fonctions du système nerveux, on ne doit pas s'étonner de la variété infinie que présentent les affections dans lesquelles ce système est intéressé, soit primitivement, soit secondairement. Le système nerveux préside à la nutrition des organes; par conséquent des vices de nutrition très divers peuvent se montrer sous sa dépendance. La faculté contractile musculaire dépendante ou indépendante de la volonté, la faculté de sentir les impressions ou les douleurs, toutes les nuances des manifestations de ces propriétés éminentes constituent le département propre du système nerveux; et par conséquent forment aussi son domaine pathologique. C'est dans cet empire immense que nous avons choisi le champ de notre observation.

L'expérience a montré qu'au milieu des diversités de formes que présentent les fonctions du système nerveux et ses maladies, il y a possibilité et utilité de composer certains groupes d'affections qui se rapprochent par leur nature, leurs symptômes, leurs causes et les indications du traitement. Je me suis attaché à en saisir les liaisons, et je tâcherai, pour donner plus d'intérêt aux leçons que j'entreprends aujourd'hui, de rapprocher autant que possible les divers faits susceptibles d'être comparés entr'eux et de les étudier comme des genres morbides, en même temps que je chercherai à en mettre plus au jour les détails intéressans.

En tête de ces groupes, il en est un d'une très grande importance et dont l'existence était à peine soupçonnée il y a quelques années. Je veux parler des *paralysies générales progressives*, autrefois reléguées exclusivement dans les maisons d'aliénés, et sur lesquelles des doutes existent encore dans beaucoup d'esprits.

Dans la visite des malades que nous venons de voir ensemble, permettez-moi de vous rappeler que j'ai fixé votre attention particulière sur un certain nombre de cas que je crois propres à vous donner une idée des affections nerveuses progressives, et à vous introduire avec fruit dans l'étude des paralysies dont je parle, en même temps que ces faits pourront vous donner une idée des variétés que ce groupe présente, même en dehors des asiles d'aliénés. Je vous en ai montré déjà des cas assez nombreux, et je suis sûr que j'aurai pendant que nous étudierons ensemble les malades de ma clinique des occasions nouvelles de lever tous vos doutes. Ce que j'ai à vous dire aujourd'hui se rapporte exclusivement à une quinzaine des malades que vous avez vus, et que vous reconnaîtrez, je l'espère, dans les quelques mots que je leur appliquerai.

Les paralysies générales progressives ont de certains caractères, propres pour ainsi dire au genre, sur lesquels je ne peux pas trop fixer votre attention. Ainsi, elles débutent presque toujours par la périphérie; tantôt par les extrémités inférieures, par les orteils, d'autres fois par les extrémités supérieures. Leur premier et leur plus commun symptôme, est une sensation pénible d'engourdissement dans les parties atteintes; sensation qui peut manquer, mais qui s'accompagne aussi dans des cas assez nombreux de fourmillemens ou de douleurs dont les qualités sont très variables. Bientôt se manifestent des troubles marqués de la motilité et du sentiment. La force musculaire se perd graduellement et l'on voit apparaître divers symptômes en rapport avec les parties atteintes. Du côté de la sensibilité cutanée, les désordres présentent diverses formes. La plus ordinaire est l'analgésie, c'est-à-dire la diminution ou la suppression des sensations de douleur; d'autres fois, c'est l'abolition des sensations du contact ou des températures; enfin, dans certains cas plus rares, c'est un désordre particulier de l'intelligence des mouvemens, qui paraît avoir pour point de départ la perte de la sensibilité musculaire.

Ce début par la périphérie est un caractère essentiel des affections dont je parle; mais il faut noter qu'on rencontre aussi quelques cas où des accidens paralytiques de même nature prennent naissance en des points autres que les extrémités, comme à la face, à la langue, dans le larynx, et surtout dans la vessie et le rectum.

Pour le plus grand nombre des faits, ces paralysies se manifestent d'abord dans des parties limitées du corps, le pied, par exemple, ou la main, avant de gagner ensuite les organes symétriques et se propager au loin; dans d'autres cas, au contraire, elles envahissent d'emblée toutes les extrémités, prenant ainsi dès le principe la forme générale.

Une fois le début bien constaté, on doit s'attendre à voir ces maladies progresser d'une manière rapide ou lente, s'avancer de proche en proche de la périphérie vers le centre, jusqu'à atteindre la bouche, la langue, le voile du palais, le pharynx, etc..... Il faut noter que cette forme progressive appartient tout aussi bien à celles de ces affections dont le début a été local, qu'à celles d'apparence plus formidable qui se sont montrées générales dès leur première atteinte.

Cette marche, sans cesse envahissante des affections auxquelles je fais allusion, caractérise réellement pour moi leur nature progressive, et les distingue tout-à-fait de beaucoup d'autres sortes de paralysies. Une fois cette nature constatée, qu'importe ensuite, au point de vue de la classification, l'issue probable du mal! Qu'il guérisse, comme cela arrive pour un assez grand nombre de nos malades; ou qu'il finisse infailliblement par la mort, comme l'ont constaté les aliénistes, je ne comprends pas qu'on puisse monopoliser l'expression de progressive pour une seule des espèces de cette paralysie.

Je m'expliquerai plus tard sur les différences radicales que je dois reconnaître entre plusieurs variétés de ce groupe. Mais je n'en reste pas moins frappé de la forme progressive qui leur appartient à toutes; et je me sers de cette expression, parce qu'elle distingue très bien ces paralysies de toutes celles dans lesquelles on voit l'abolition du mouvement et du sentiment, partant des centres nerveux, frapper en masse et tout à la fois des moitiés du corps humain.

Les caractères essentiels de ce genre une fois déterminés, je crois devoir, avant d'aller plus loin, reporter un peu vos regards sur les principales formes de celles que nous avons maintenant en observation.

Une première forme ne mérite pour ainsi dire que par abus de langage le nom de paralysie; c'est de l'*atrophie musculaire*. Cette maladie ne présente pas toujours la marche progressive, et ne rentre pas alors dans le genre morbide qui nous occupe; mais, dans un assez bon nombre de cas, elle mérite d'y prendre place. Je vous en ai montré deux exemples, l'un au n° 2 de la salle des hommes, l'autre au n° 21. Vous avez été frappés sans doute de la généralité de l'atrophie, de la diminution de motilité du premier. La marche progressive si bien dessinée dans le second cas, la confond merveilleusement avec les paralysies de ce groupe.

Une seconde forme se complique de *contractures*, qu'il ne faut pas confondre avec les rétractions tendineuses. Vous avez vu, au n° 67 de la salle Sainte-Claire, une femme de 29 ans, qui est atteinte de cette espèce de désordre. J'aurai à vous en entretenir plus tard; il suffit, en ce moment, de vous rappeler qu'avec l'impuissance de mouvoir volontairement la main, on remarque chez elle une contracture violente et douloureuse, s'accroissant lorsque l'on cherche à la vaincre.

La forme *spasmodique* de cette paralysie se montre par des convulsions fibrillaires des muscles, envahissant progressivement des membres tout entiers, et y empêchant le mouvement volontaire. Vous en avez vu un exemple occupant les deux membres inférieurs, au n° 72. J'en traite en ville un autre exemple dans lequel le mal a débuté par la main gauche, par le bras, puis par le pied et la jambe du même côté; il occupe en plus maintenant les extrémités droites à un degré fort léger.

Dans ces cas, tous les muscles envahis sont le siége d'une sorte de convulsion fibrillaire qui ne fait que donner aux membres une sorte de tremblement tonique fort remarquable.

La *paraplégie au début*, avec envahissement *ultérieur* ou des membres supérieurs, ou de différens organes, est peut-être la forme la plus commune. Tantôt elle est bornée à un seul membre inférieur, comme au n° 29 de la salle Saint-François; d'autres fois elle se manifeste dans les deux, et ce sont les cas les plus ordinaires; j'ai attiré votre attention sur des malades de ce genre aux nos 14, 19, 40, 41 et 58; enfin, il n'est pas rare que les organes génito-urinaires et la dernière partie du tube digestif soient envahis ou au commencement ou dans le cours de la maladie.

L'*hémiplégie* ne s'observe pas fréquemment; cependant on la rencontre aussi; et par hasard j'ai pu vous en montrer deux cas, l'un chez cette jeune malade du n° 65, qui présente un affaiblissement musculaire très marqué de toute la moitié gauche du corps, avec analgésie presque complète de ce côté; l'autre chez cette fille hystérique du n° 71, chez qui on ne trouve encore qu'un engourdissement pénible du même côté.

La *paralysie généralisée progressive* est, après la forme paraplégique, la plus communément observée. Au n° 2 de la salle Saint-François, vous avez remarqué un homme encore jeune, chez qui la syphilis a déterminé tous les accidens possibles, et qui est actuellement atteint d'une atrophie musculaire des deux membres supérieurs, due probablement à la même cause. Plusieurs fois il est sorti et rentré dans mon service avec de nouveaux désordres. Il a d'abord eu une paralysie progressive qui avait envahi les quatre membres, et qui guérit très bien sous l'influence d'un traitement spécifique; mais la paralysie reparut plus tard en se localisant tantôt sur un point du corps, tantôt sur un autre. Aujourd'hui, ces paralysies, en quelque sorte erratives, ont fait place à une atrophie musculaire dont je vous ai déjà parlé. — Le jeune garçon du n° 32 présente aussi une paralysie généralisée, due à l'action du plomb. — L'an dernier, j'ai, pendant quelques mois, montré un homme à formes athlétiques, atteint d'une de ces affections de nature syphilitique, qui guérit complètement,

---

toires de médecine, sous la présidence de l'administration supérieure de l'assistance publique.

Les noms des médecins ou des chirurgiens, dont les observations auront conduit à l'application d'une nouvelle méthode thérapeutique efficace et sanctionnée par une expérience suffisante, seront signalés au chef de l'État comme dignes d'une récompense nationale; et ces mêmes noms seront gravés sur des tables de marbre, comme bienfaiteurs de l'humanité, et placés sous le péristyle de tous les établissemens hospitaliers.

Des prix et des mentions honorables seront aussi accordés aux religieuses, aux infirmiers et aux infirmières qui, pendant une période décennale, auront rempli leurs devoirs avec le plus de zèle, de dévoûment et de charité.

Tous les malades étant égaux devant la science et devant l'art, ayant tous besoin des mêmes soins et des mêmes lumières, il ne peut être établi aucune hiérarchie nosocomiale.

Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux et hospices sont nommés par concours. — Un réglement déterminera les formes de ce concours.

Les médecins et chirurgiens nommés par le concours doivent à l'administration hospitalière, cinq ans de stage avant d'être chargés d'un service nosocomial, et pendant lesquels ils dirigeront les consultations publiques et gratuites.

Une consultation publique et gratuite sera instituée dans chaque hôpital. L'administration hospitalière en fera connaître l'existence et donnera toutes les indications nécessaires par voie d'affiches, d'annonces, etc.

L'organisation de ces consultations sera faite de manière à concilier tous les égards dûs aux malades, avec les exigences de la science et de l'art. Les observations y seront recueillies, autant que possible, comme celles du service des salles et recevront la même destination.

Pour copie conforme,

Amédée Latour.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Classement des médecins militaires. — M. le ministre de la guerre a soumis, le 9 avril dernier, à l'approbation du prince-président de la République, le travail de classement des officiers de santé, dans l'ordre qu'assignent à chacun d'eux son rang d'ancienneté et sa position dans l'une des deux professions de médecine et de chirurgie, désormais fondues en une seule.

Il résulte de ce travail, approuvé par le président, que l'on a adopté pour la formation du corps nouveau une donnée rigoureusement mathématique qui assure à chaque officier de santé, dans la fusion des deux sections de médecine et de chirurgie, un rang relativement le même que celui qu'il occupait dans sa hiérarchie professionnelle.

Les médecins et les chirurgiens sont successivement inscrits dans les nouveaux cadres par séries proportionnelles à leurs effectifs respectifs, en commençant toujours par le plus ancien; car, pour en citer un exemple, dans la fusion de 44 médecins ordinaires de 2e classe avec 158 chirurgiens-majors de 2e classe, le 11e, le 22e, le 33e des médecins se retrouvent, comme ils l'étaient précédemment, classés au quart, à la moitié, aux trois quarts de l'effectif de leur grade et de même pour les chirurgiens.

Cette solution était la seule qui pût permettre aux médecins et aux chirurgiens de conserver, pour leur promotion à l'ancienneté, des droits en tous points égaux à ceux qu'ils avaient précédemment.

Par suite de la fusion, 256 chirurgiens aides-majors de 2e classe deviennent médecins aides-majors de 2e classe.

10 chirurgiens aides-majors de 2e classe, qui ne sont pas docteurs, ne pouvant être compris dans les médecins aides-majors de 2e classe, sont mis hors de cadre, tout en conservant leurs fonctions, et seront comptés en déduction de l'effectif, jusqu'à leur admission à la retraite ou leur réception au grade de docteur.

Les chirurgiens sous-aides, y compris ceux qui sont aujourd'hui commissionnés comme chirurgiens aides-majors, n'ayant pas de place dans la nouvelle organisation, restent classés à la suite du cadre, jusqu'à ce qu'ils aient rempli les conditions voulues pour être nommés médecins aides-majors de 2e classe.

La fusion des deux sections de médecine et de chirurgie prendra, comme l'organisation du corps, la date du 23 mars 1852.

Nouvel usage des feuilles du café. — L'expérience a, dit-on, appris que l'on peut substituer les feuilles du caféier, non seulement aux précieuses graines de cet arbre, mais encore au thé ordinaire, et M. Van Corput s'est même assuré que ces feuilles contiennent de la *caféine*.

Nécrologie. — Les journaux américains annoncent la mort d'un homme qui fit jadis beaucoup de bruit en Amérique, par la propagation du système végétarien, et qui est mort dernièrement à l'âge de 50 ans, dans un état d'épuisement extrême causé par la persistance dans l'emploi de l'eau et des végétaux.

— M. le docteur Ricord commencera ses leçons de clinique spéciale, à l'hôpital du Midi, le mardi 18 mai, à 8 heures du matin; et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — Cours public de clinique sur les aliénations mentales (avec applications à la médecine légale et à l'organisation des établissements d'aliénés), par M. Falret, médecin de la première section des aliénées.

Ce cours commencera le jeudi, 20 mai, à onze heures du matin, et se continuera tous les dimanches et tous les jeudis, à la même heure,

malgré l'apparente gravité du mal, et la guérison fut si prompte, qu'il faut éloigner toute idée d'altérations matérielles.

Enfin, l'*ivrognerie* réclame aussi sa part de paralysie générale progressive, et en offre une *forme* qu'il ne faut pas confondre ni avec celles que je viens de mentionner, ni avec celle des aliénés. Vous en avez vu un cas chez le malade couché au nº 4. Et je vous en rappellerai plusieurs fois un autre chez qui la maladie, causée à la fois par la syphilis et l'abus des boissons, a complètement cédé à un traitement bien entendu et suffisamment prolongé.

Toutes ces formes, Messieurs, ne doivent pas être confondues avec les désordres analogues que l'on observe chez les aliénés. Leur marche diffère, comme je l'ai déjà dit, mais ce qui les distingue surtout, c'est l'absence d'aliénation. Dans un temps plus ou moins long, s'accompagneront-elles de folie? Une réponse affirmative ne saurait trancher la question. Dans les cas où j'ai vu survenir des troubles de l'intelligence, ils apparaissaient, lorsque, par le progrès incessant du mal, les facultés intellectuelles ou affectives subissaient à leur tour l'influence de la cause morbide générale. La terminaison est en outre bien différente dans ces deux espèces d'affections. La mort est, en effet, le terme inévitable de celle qui se lie à l'aliéniation; les maladies dont je m'occupe sont au contraire curables. Est-ce à dire pour cela que nous les guérissons toujours? Non certainement; mais dans de certaines conditions, que j'aurai soin d'indiquer plus tard, on peut le plus souvent espérer un résultat heureux par l'application d'un traitement convenable.

Deux personnes dont je respecte beaucoup l'opinion ont cherché, dans ces derniers temps, à établir que l'irritabilité musculaire sous l'influence de l'électricité, toujours conservée chez les paralytiques déments, était au contraire affaiblie ou supprimée dans les cas de l'espèce que je signale. Si cette opinion était parfaitement exacte, on aurait là un moyen diagnostic d'une haute valeur. Malheureusement un certain nombre de faits combattent cette manière de voir. Pour moi, qui chaque jour examine les conditions les plus variées de ces paralysies, je puis dire que si le plus souvent on observe effectivement une diminution de la contractibilité musculaire, d'autrefois cette propriété persiste intacte. Aussi, tout en reconnaissant ce qu'il y a de vrai dans l'assertion à laquelle je fais allusion, je pense qu'il ne faut pas lui accorder l'importance qu'on a voulu lui attribuer.

Enfin, Messieurs, je dois repousser une erreur répandue sans aucune espèce de fondement. On a dit que l'analgésie était un symptôme précurseur de la paralysie générale avec aliénation. Tous les jours il me passe sous les yeux un nombre considérable de personnes qui présentent ce trouble de la sensibilité, soit local, soit étendu à de grandes surfaces; je ne puis admettre que tous ces sujets soient prédestinés à devenir fous et je le crois d'autant moins, qu'ils guérissent avec une grande facilité.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL DES ENFANS. — Service de M. Guersant.

DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES ET DE SON TRAITEMENT CHEZ LES ENFANS.

L'hypertrophie des amygdales est anatomiquement caractérisée par un développement exagéré du tissu normal de ces organes, ou par ce même développement accompagné d'une altération de tissu, l'induration. C'est surtout dans l'hypertrophie des adultes qu'on peut observer cette induration, car chez les enfans les amygdales conservent ordinairement leur souplesse. Un examen plus minutieux de la tonsille hypertrophiée y fait encore constater des lacunes plus larges, et plus remplies des concrétions fétides que secrète cette glande.

Quand on cherche à reconnaître la maladie sur le sujet qui la porte, on voit les amygdales faire en dedans des piliers du voile du palais un saillie variable; tantôt grosses comme deux cerises, tantôt comparables à deux prunes, elles peuvent venir toucher les deux bords de la luette, et, dans ce cas, elles sont bien saillantes et bien dégagées des piliers du voile. D'autrefois, au contraire, avec un volume non moins considérable, il se peut qu'elles ne soient presque pas visibles, c'est qu'alors elles n'ont pu se dégager de l'étreinte des piliers, qui se sont élargis et rapprochés à mesure que les tonsilles se développaient de telle sorte qu'ils les dérobent à la vue, et qu'elles sont vraiment *enchatonnées*. C'est surtout dans ce dernier cas qu'on observe la diminution de l'ouïe comme accident de l'hypertrophie des amygdales, et l'on conçoit aisément, que ces organes ainsi bridés, et refoulés par les piliers contre la trompe d'Eustache, puissent la comprimer au point de déterminer la surdité.

La plupart des symptômes fournis par cette affection résultent de l'obstacle mécanique apporté par le volume démesuré des amygdales aux fonctions de l'arrière-gorge; le malade se présente souvent *la bouche béante*, de telle sorte qu'on pourrait presque porter le diagnostic à distance; il éprouve dans la formation des sons une gêne qui lui rend *la voix sourde nazillarde*; ses parens nous apprennent qu'il dort la bouche ouverte et fait entendre un *ronflement* plus ou moins fort; *la surdité* est aussi un symptôme qu'il n'est pas rare d'observer, elle a des degrés variables selon les sujets, les saisons, l'état thermométrique et hygrométrique de l'atmosphère. La plupart des malades entendent mieux lorsque le temps est sec et chaud, et leur surdité s'accroit au contraire dans les saisons froides ou humides. *Des menaces d'asphyxie* passagères et pouvant durer quelque temps, constituent un symptôme beaucoup plus rare, mais que l'on remarque quelquefois. C'est surtout pendant le sommeil, lorsque les malades, dormant la bouche ouverte, ont la gorge sèche; il se produit subitement un resserrement particulier de la gorge qui les réveille en sursaut et les laisse pendant quelques instans dans l'anxiété.

Dans les cas où une *angine tonsillaire* est venue ajouter sa tuméfaction passagère à celle que l'hypertrophie maintient dans l'amygdale, la dyspnée devient beaucoup plus considérable, il peut même arriver plusieurs fois en 24 heures que la suffocation paraisse imminente et occasionne une grande agitation du malade.

Un dernier symptôme est une *déformation du thorax*, consistant en un rétrécissement de sa partie antérieure et un aplatissement latéral. Dupuytren enseignait que l'ablation des amygdales était suivie du redressement de la cage osseuse, et il expliquait la production de ce symptôme par les efforts des muscles inspirateurs pour faire vaincre à l'air la résistance qu'il rencontre à son passage dans l'arrière-gorge; on a donné depuis une autre explication: les malades atteints d'hypertrophie des tonsilles, n'inspirent qu'une petite quantité d'air; alors les mouvemens des côtes sont moins marqués et le thorax reste avec une capacité moindre que pour un sujet qui respire sans difficulté.

Quoi qu'il en soit de ces explications, nous avons constaté quelquefois ce symptôme, mais nous devons faire observer qu'avant de se prononcer sur son existence, on doit se garder de deux causes d'erreur; il y a en effet des malades atteints d'hypertrophie, qui sont en même temps rachitiques et présentent avec d'autres déformations osseuses, le rétrécissement du thorax; d'un autre côté, l'hypertrophie peut se rencontrer chez des enfans qui n'offrent que la déformation de la poitrine; c'est là le cas du malade couché au nº 29 de la salle St-Côme et sur lequel j'ai appelé votre attention; mais même en présence de cette seule difformité, il reste encore à se demander si son apparition n'a pas précédé le développement des amygdales. Et, en effet, il en est souvent ainsi, les parens de notre petit malade nous ont expliqué très clairement que chez lui la déformation de la poitrine était de beaucoup antérieure à l'époque où il a éprouvé de la gêne à l'arrière gorge.

Tels sont les symptômes qui, dans la plupart des cas, accompagnent l'hypertrophie des amygdales; mais, pour être exact, je dois ajouter qu'il se présente parfois à notre consultation des enfans dont les amygdales, très volumineuses, font en avant de l'arrière-gorge une saillie considérable, sans que cela entraîne ni surdité, ni nazonnement.

Que se passe-t-il lorsqu'on abandonne cette maladie aux ressources de la nature? Je suis parfaitement convaincu que vers l'âge de 12 ou 15 ans le plus grand nombre des malades cessent d'éprouver les symptômes que je viens de décrire. Cette guérison spontanée survient en même temps que les autres modifications imprimées à l'économie par la puberté. Mais dans les premiers âges de la vie de 2 à 6 ans, l'hypertrophie des amygdales abandonnée à elle-même détermine de fréquens maux de gorge, et quand ils se compliquent de la production de pseudo-membranes, les enfans sont sous l'imminence d'une suffocation beaucoup plus prompte que pour ceux dont les amygdales ne sont pas trop volumineuses. Il résulte de ces considérations, que la question de l'innocuité de l'hypertrophie des tonsilles est soumise, avant tout, à la considération de l'âge du sujet.

Dans quelques cas, bien que le malade ait atteint la puberté, son hypertrophie peut rester stationnaire, et même persister jusqu'à 18 et 30 ans; il est à remarquer que cela ne se voit que chez des sujets d'un tempérament très lymphatique, d'une constitution naturellement faible, ou détériorée par des maladies fréquentes; la résolution s'observe au contraire chez les enfans dans la constitution desquels la puberté provoque de notables améliorations.

Dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe, vous noterez en première ligne l'*enfance*, pendant laquelle elle est infiniment plus fréquente qu'à tout autre âge de la vie: tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point; il est vrai qu'on la rencontre souvent entre 18 mois et 15 ans; mais c'est surtout de 7 à 10 ans; puis la fréquence de la maladie diminue toujours avec les progrès de l'âge. Le tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin paraît aussi constituer une prédisposition. Si l'on ajoute le mouvement congestif local qui résulte de maux de gorge fréquens, et l'action irritante des liqueurs fortes, et de la fumée du tabac chez les jeunes gens qui en font abus, on aura réuni les seules données étiologiques auxquelles nous attachions quelque valeur.

Le *pronostic* varie suivant plusieurs conditions; les enfans de 12 à 14 ans peuvent sans doute plutôt espérer la guérison spontanée que les enfans de 2 à 3 ans. Mais pour arriver à cet âge, ils ont dû passer par toutes les chances des accidens que nous avons énumérés; il y a donc là une espèce de compensation; et c'est même une des raisons pour lesquelles nous sommes partisan de l'opération pratiquée dans les premières années.

La *consistance* et la *situation* des amygdales importent aussi au pronostic. En effet, les amygdales molles ou d'une consistance normale, subiront plus avantageusement l'action des moyens résolutifs, que celles qui réunissent l'induration à l'hypertrophie; et d'un autre côté les glandes saillantes et bien libres dans l'arrière-gorge se prêteront plus facilement à l'opération que celles qui sont enchatonnées, ajoutez que ces dernières si elles deviennent très volumineuses, détermineront bien plus sûrement la surdité; je signalerai même encore un résultat fort singulier, de cette situation de tonsilles comprimées et bridées par les piliers du voile du palais, il m'est arriver d'exciser ces organes dans de pareilles conditions, de constater par l'inspection de l'arrière-gorge qu'elle était suffisamment débarrassée, et de *retrouver le lendemain des amygdales aussi volumineuses qu'avant la première excision*, de telle sorte qu'il m'a fallu recommencer l'opération; il semblait alors que la glande refoulée sur elle-même par la pression que lui fait éprouver le pilier du voile, reprenne après l'excision, en vertu de son élasticité, le volume que le manque d'espace lui avait refusé.

Le tempéramment lympathique ne permet guère d'espérer la résolution qu'à l'âge où il peut se modifier, au lieu qu'on peut la voir survenir plutôt chez des enfans d'un autre tempérament et d'une bonne santé habituelle.

J'appellerai enfin votre attention sur la *constitution hémorrhagique* que certains enfans peuvent présenter; il n'est pas rare en effet de rencontrer des enfans qui ont une disposition singulière aux hémorrhagies; nous avons eu dans cet hôpital un enfant qui en a eu plus de 10 à la suite d'accidens ou d'opérations chirurgicales, plaies de tête, coupure d'un doigt, évulsion d'une dent, etc., et chacune de ces hémorrhagies a présenté tant de résistance aux moyens hémostatiques ordinaires qu'il a fallu chaque fois recourir à l'emploi du fer chauffé à blanc; l'an dernier ce même enfant est encore venu avec une ecchymose considérable au genou, je l'incisai, après avoir longtemps attendu en vain la résolution, il s'ensuivit encore une hémorrhagie que le feu seul put arrêter. D'autres enfans m'ont offert des accidens tout à fait analogues, aussi je considère comme très important de prendre ses précautions sur ce point et de s'enquérir près des parens si leur enfant perd habituellement beaucoup de sang après une dent arrachée, une coupure ou toute autre lésion chirurgicale ou traumatique.

(*La suite au prochain numéro*).

OBSTÉTRIQUE.

ÉCLAMPSIE PENDANT LA GROSSESSE; — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL A HUIT MOIS; — APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR PAR LE PROCÉDÉ F. HATIN; — SUCCÈS COMPLET POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT.

Le 14 avril 1852, à trois heures après midi, je fus appelé, rue Royale-Saint-Honoré, 9, chez madame J..., parvenue au terme de huit mois d'une grossesse exempte d'incommodités; une légère infiltration des extrémités inférieures s'était seulement manifestée depuis le sixième mois.

Madame J... est grande, d'un tempérament lympathique et nerveux.

A quatre heures du matin, le 14 avril, madame J... fut prise d'un premier accès d'éclampsie épileptiforme. M. Lacroix père, appelé après l'accès, prescrivit une infusion aromatique; les accès se succédèrent d'heure en heure jusqu'à neuf heures du matin. M. Goupil, appelé par la famille, pratiqua une large saignée du bras, de 5 à 600 grammes, et témoigna aux parens le désir de se réunir au plus vite à M. Moynier, accoucheur de la maison, ainsi qu'à M. Lacroix. Ces trois honorables confrères, ne voyant aucun amendement survenir dans les accès, et craignant pour les jours de l'enfant et pour ceux de la mère, voulurent bien aussi me réunir à eux pour statuer sur ce qu'il y aurait à faire.

J'arrivai à trois heures de l'après-midi, accompagné de M. Dequevauvillers; M. le docteur Rigal avait été amené par M. Monyer.

La malade était dans un état comateux profond, état qui s'était continué régulièrement entre chaque accès; seulement à de rares intervalles des lueurs de connaissance s'étaient manifestées. Les accès venaient toutes les heures avec une régularité parfaite.

Nous fûmes alors témoins d'un accès; il fut intense et se prolongea environ deux minutes, avec raptus violent de sang vers le cerveau, et abolition complète des facultés intellectuelles et sensoriales.

L'accès passé, la malade retomba dans l'état comateux accompagné de ronflement apoplectique.

Les battemens du cœur fœtal s'entendent très bien, avec leur rhythme normal. Le toucher ne fait reconnaître aucun commencement de travail.

Un traitement énergique est immédiatement mis en œuvre.

Écoulement continuel sanguin déterminé par l'application successive de sangsues aux apophyses mastoïdes; lavement purgatif; vésicatoire de 25 centimètres de long sur la région cervico-dorsale; sinapismes appliqués pendant dix minutes aux extrémités inférieures et promenés continuellement de place en place; 1 gramme de calomel incorporé à 10 grammes de miel, et introduit dans la bouche, par fractions grosses comme une noisette, d'heure en heure.

POTION ANTISPASMODIQUE.

Eau distillée de tilleul.	60	grammes.
Eau de valériane.	30	—
Teinture d'assa-fœtida	3	—
Sirop de sucre.	30	—

Administrée, s'il est possible, toutes les heures par cuillerée.

Ces prescriptions furent exécutées avec soin, mais sans amendement

marqué, par Mme Botto, sage-femme, qu'on plaça comme garde auprès de la malade,

Depuis trois heures jusqu'à sept que nous revîmes la malade, les accès s'étaient répétés avec la même intensité et la même fréquence; aucune contraction utérine ne s'était manifestée. L'état du col utérin est le même; celui du fœtus est encore satisfaisant.

Nous recommandons de continuer à entretenir l'écoulement sanguin des apophyses mastoïdes; de remplacer le vésicatoire du dos par un cataplasme, d'en appliquer deux autres aux cuisses avec la pommade de Gondret; de continuer le calomel et la potion; d'administrer un nouveau lavement purgatif.

Enfin, nous prenons la résolution de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, dans l'espérance de sauver l'enfant, pendant qu'il en est encore temps, et de modifier, peut-être même de faire cesser les accès qui ne se sont pas accrus ni rapprochés, grâce au traitement, mais qui ne se sont en aucune manière amendés, et qui menacent les jours de la mère.

Une consultation est rédigée et signée dans ce sens par MM. Goupil, Moynier, Dequevauvillers, Rigal et moi.

Immédiatement, je procède à l'introduction de l'éponge préparée, dans le col utérin, au moyen du spéculum. Une éponge ordinaire, introduite dans le vagin, après la première, sert à maintenir celle-ci. Des fils différens, passés à travers ces éponges, pendent au dehors, et sont destinés à les retirer quand il en sera temps.

Dix heures du soir. Un commencement de dilatation s'est effectué; quelques douleurs sourdes ont été constatées par la sage-femme. Je place une nouvelle éponge préparée plus volumineuse.

Deux heures du matin (le 15). L'état de la malade et celui de l'enfant sont le même. Je procède à la rupture des membranes; les accès d'éclampsie semblent se modifier après cette déplétion partielle de l'utérus, mais ils reprennent bientôt leur intensité.

Sept heures du matin. L'enfant étant encore vivant, le col dilatable, j'applique le forceps au détroit supérieur, par le procédé de M. Félix Hatin, en présence de MM. Moynier, Dequevauvillers et Rigal, qui purent constater avec quelle merveilleuse facilité ce procédé me permit d'appliquer les branches, et d'extraire une fille forte, vivante; ces honorables confrères ne comprirent pas qu'on ait pu qualifier ce procédé de tour de force impossible et dangereux.

L'enfant a immédiatement pris le sein d'une nourrice; sa santé a été excellente à partir de ce jour.

Quant à la mère, qui avait été accouchée dans l'état comateux, et qui n'avait pas eu la conscience de l'opération, elle s'est parfaitement et rapidement rétablie.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'à partir de l'extraction de l'enfant, aucun accès ne se manifesta. Le retour à la connaissance se fit graduellement et ne fut complet que le lendemain, 16 au soir. Aujourd'hui, 28 avril 1852, Mme J... a repris sa santé première.

Chailly-Honoré.

THÉRAPEUTIQUE.

EMPLOI DE LA CONÉINE CONTRE LA COQUELUCHE;

Par le docteur Spengler, à Herborn.

Le docteur Spengler, à Herborn, ayant trouvé la conéine fort efficace contre la coqueluche dans deux épidémies séparées l'une de l'autre par un intervalle de trois ans, croit devoir ranger ce médicament au-dessus de tous les autres médicamens vantés contre cette maladie, tels que le tannin, la digitaline, les croûtes de vaccine, le nitrate d'argent, le cuivre, etc. Voici les cas dans lesquels il l'a employée dans la dernière épidémie qu'il a observée pendant l'hiver passé.

1. Un garçon, âgé de 8 ans, souffrant d'une forte coqueluche déjà depuis quatre semaines, fut confié à ses soins, alors que les accès augmentaient d'intensité et de fréquence. Il lui prescrivit une potion composée de conéine, un demi-grain, eau six onces; à prendre une cuillerée à soupe toutes les trois heures. Les paroxismes deviennent moins fréquens et moins forts, l'enfant gagne de la gaîté et commence à manger. Bientôt les accès ne vinrent plus que trois à quatre fois par jour, mais il se développa un nouveau catarrhe bronchique suivi d'une péricardite à laquelle l'enfant succomba. Les accès de toux n'atteignaient plus, même pendant la péricardite durant laquelle la conéine fut suspendue, l'intensité qu'ils avaient eue avant l'usage de la conéine.

2. Dans la même famille, il se trouvait encore un enfant, âgé de 3 à 4 mois, qui, à l'époque de la mort du malade précédent, était atteint depuis quinze jours de la période catarrhale de la coqueluche et chez lequel la toux ordinaire commençait dans les derniers jours à apparaître par paroxismes, de manière qu'en présence de l'épidémie régnante, ces symptômes devaient être diagnostiqués décidément comme dépendant de la coqueluche. L'enfant prit trois fois par jour 1/40 de grain de conéine dans de l'eau de fleur d'oranger, et il était guéri au bout de huit jours.

3. Dans la même maison, il demeurait des parens de la même famille, qui avaient un enfant âgé de six semaines, toussant également déjà depuis quinze jours, mais qui commençait, dans les derniers temps, à vomir après chaque accès de toux, de sorte que les parens savaient d'avance l'arrivée du paroxisme. L'enfant devenait bleu à la figure, et l'oppression atteignit plusieurs fois un degré tel que les parens craignaient qu'il n'étouffât. Ce symptôme ne tardait cependant pas à disparaître chaque fois et l'enfant était assez gai dans les intervalles. L'existence de la coqueluche n'était pas douteuse. L'enfant prit 1/48 de grain de conéine trois fois par jour et fut rétabli après huit jours.

4. Les parens d'une fille, âgée de 3 ans, dont une sœur aînée venait de succomber à une bronchite pendant le cours de la coqueluche, réclamèrent du secours contre cette maladie dont l'enfant était atteinte depuis trois semaines. La période catarrhale était tout à fait passée et un paroxisme de toux arrivait environ toutes les deux à trois heures. L'enfant gardait constamment le lit. M. Spengler lui prescrivit 1/20 de grain de conéine trois fois par jour, laquelle dose, à défaut d'amélioration, fut augmentée de 1/10 de grain au bout de quatre jours. L'enfant était guéri huit jours après.

5. Un enfant, âgé d'un an, fut confié à M. Spengler par un collègue tombé malade. Cet enfant, atteint d'une coqueluche parfaitement développée, avait été traité auparavant dans la période catarrhale sans succès, au moyen du tartrate d'antimoine et de potasse, du muriate d'ammoniaque, etc., et plus tard, pendant longtemps, à l'aide de la pulsatille qu'on prétendait avoir trouvée utile dans une épidémie régnant à Giessen. La conéine lui fut prescrite à la dose de 1/16 de grain toutes les six heures, et il était entièrement rétabli au bout de dix jours.

(*Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, 1852.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 12 Mai 1852. — Présidence de M. Larrey.

Lectures. — Au commencement de la séance, plusieurs lectures ont été faites par des membres étrangers.

M. Dauvergne communique un mémoire sur un nouvel appareil de fractures. (Comm. MM. Denonvilliers, Larrey et Boinet.)

M. Verneuil lit une observation d'hydarthrose du genou, avec lésions anatomiques multiples. Ce travail consciencieux est exposé avec une grande lucidité et avec des aperçus nouveaux sur l'étiologie de certains corps étrangers intra-articulaires. (Comm. MM. Houël, Demarquay et Gosselin.)

Nous avons lu également devant la Société un mémoire intitulé : *Des indications pratiques à suivre dans les cas de grossesse extra-utérine abdominale, ayant dépassé le septième mois, la vie de l'enfant persistant.*

Dans ce travail, qui a été renvoyé à la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Desprez, nous avons voulu démontrer la nécessité d'une intervention prompte dans les cas qui offrent les conditions que l'on remarque sur la malade de l'hôpital Beaujon.

Cette opinion, contraire à celle de la grande majorité des membres de la Société de chirurgie, nous a paru mériter cependant d'être discutée; et c'est dans l'espérance de la voir reprise de nouveau, que nous nous sommes déterminé à communiquer notre mémoire. Nous serons largement dédommagé de nos efforts, si nous parvenons à atteindre le but vers lequel nous sommes entraîné par une conviction profonde.

Nous ajouterons, à ce propos, que M. Moreau a visité la malade de Beaujon. Le diagnostic reste également douteux pour l'honorable professeur, qui propose aussi l'expectation.

Des injections iodées dans les abcès par congestion.

Nous sommes destiné à revenir fréquemment sur cette question. La méthode préconisée par M. Boinet en est à son début, et comme toute question scientifique loyalement posée, elle doit être discutée avec soin. Le sujet en vaut bien la peine. Les termes de la discussion nous ont paru parfaitement posés par M. Robert. Il ne s'agit pas, en effet, de savoir si, par les injections iodées, on obtient des succès. Il n'est pas de méthode qui n'en donne; et dans la pratique de M. J. Guérin, ceci mérite bien d'être rappelé, les succès sont nombreux. Mais il faut établir, et cela par des faits, que les injections iodées guérissent plus que toute autre méthode.

Pour arriver à la solution de cette question, l'expérience seule sera l'élément incontestable; il faut réunir et collationner tous les cas, n'en négliger aucun de ceux qui n'auraient même eu qu'un commencement d'exécution; ceux-là aussi doivent être mis dans la balance; il n'y a pas de demi-succès, comme il ne peut y avoir de demi-traitement. Il ne faut pas, en effet, qu'on puisse admettre qu'un malade, dont le traitement aurait été commencé, ait pu être abandonné, parce qu'il paraissait ne pas devoir être guéri, et compromettre ainsi la méthode. Nous connaissons M. Boinet, et nous savons qu'il n'est pas attaquable à ce point de vue; mais il ne faut pas que ceux qui ne le connaissent pas puissent avoir une mauvaise pensée à son endroit.

Et de toutes nos forces, nous l'engageons à ne pas entreprendre de traitement dont il ne puisse assurer la continuation tant que cela restera nécessaire. Nous voyons, en effet, dans la séance de ce jour, M. Robert présenter à la Société de nouvelles pièces d'anatomie pathologique prises sur un jeune homme mort dans son service, à la suite d'un abcès par congestion.

Ce malade, dont M. Boinet avait commencé le traitement, avait paru à notre confrère devoir être un cas nouveau de succès; mais des occupations nécessitèrent l'interruption des soins donnés par M. Boinet, et la maladie emporta le malade. — Aurait-il guéri dans d'autres conditions? M. Boinet peut le croire; mais ce cas, néanmoins, restera sur la liste des faits comme un cas d'insuccès.

Voici du reste, en peu de mots, l'observation dont il s'agit:

Un jeune homme de 23 ans, d'une vie assez irrégulière, ayant eu la vérole, fut pris tout à coup et sans signes précurseurs, il y a deux ans environ, d'une paraplégie qu'on crut syphilitique.

Dans cette pensée, on prescrivit un traitement général par l'iodure de potassium. Après quelques mois, on vit apparaître une légère incurvation au niveau des parties supérieures de la région lombaire; puis enfin se montra un abcès dans la région crurale. Dès lors, la paralysie, que rien n'avait arrêtée, cessa tout à coup.

Le malade fut reçu alors à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin. Il fut vu par M. Boinet, qui lui pratiqua trois ou quatre ponctions et fit des injections d'iode. La dernière ponction fut suivie, une quinzaine de jours après, d'accidens inflammatoires graves; il se forma une large escarre, et le malade courut les plus grands dangers. Enfin il quitta l'hôpital St-Louis, et fut admis, il y a six semaines, dans le service de M. Robert. Un traitement général par les toniques et les amères, etc., amena un peu d'amélioration d'abord, et enfin le malade succomba.

Le foyer de l'abcès offrait une voie facile, qui, par un trajet fistuleux assez large, aboutissait au niveau de la onzième vertèbre dorsale; il communiquait également par le trou de conjugaison avec le canal rachidien, et c'est là, sans aucun doute, qu'il faut chercher la cause de la paraplégie, qui cessa dès que le foyer de l'abcès fut assez largement agrandi du côté de la région crurale pour permettre au pus de ne plus comprimer la moelle.

Quatre vertèbres ont leur corps ramolli et affaissé : ce sont les trois dernières dorsales et la première lombaire. Elles présentent l'affection tuberculeuse. Les méninges rachidiennes sont épaissies, enflammées; la moelle n'est pas altérée.

M. Robert, en terminant la démonstration de ces pièces pathologiques, ajoute qu'il pense que ce malade, qui est mort au septième mois après la première ponction, aurait pu être conservé plus longtemps, si on avait eu simplement recours aux ponctions sous-cutanées.

M. Boinet, après avoir vu les altérations organiques si graves rencontrées sur ce malade, dit qu'il ne saurait avoir la prétention de guérir de pareilles lésions. Seulement, dans ce cas, les injections ont été mal faites; elles doivent être répétées souvent; et, pour son compte, il les a pratiquées jusqu'à vingt et vingt-cinq fois sur quelques malades.

Sous l'influence des trois injections faites par M. Boinet, il ne surgit aucun accident, il y eut même une amélioration très marquée, et qui pouvait faire espérer une heureuse terminaison. Quant aux accidens inflammatoires, M. Boinet ne leur donne aucun rapport d'étiologie avec les injections iodées; ils ne se seraient développés, en effet, que deux mois et demi après la première opération. Et fussent-ils même apparus quinze jours après, que l'on ne serait pas en droit de les rapporter à l'influence des injections. M. Boinet admet que, dans ces cas, l'apparition des accidens doit suivre de bien plus près la cause qui les a produits.

En résumé, M. Boinet dit que ce cas ne prouve rien contre la méthode, le malade était incurable.

M. Robert fait remarquer que s'il ne prouve rien contre, il ne prouve également rien pour. Et, dans tous les cas, M. Boinet a tort de compromettre ainsi sa méthode, en suspendant le traitement après avoir seulement fait trois injections. Un homme hostile à la méthode ne ferait pas autrement. A l'examen de la pièce, on trouve que le malade était incurable; c'est juste, sans doute, mais alors il faut se demander si les injections ont éloigné la mort. Pour M. Robert, elles l'ont hâtée au contraire. Les ponctions simples eussent été d'une plus avantageuse application.

Quant aux accidens inflammatoires, M. Robert persiste à les attribuer à l'action de l'iode, le lieu occupé par l'escarre ne permet pas de leur assigner d'autre cause.

M. Boinet insiste sur la valeur de sa méthode, et il est convaincu, d'après les faits qu'il a observés, que même, dans les cas désespérés, on doit y recourir pour rendre moins douloureuse la mort des malades.

M. Larrey croit remarquer entre les opinions émises actuellement par M. Boinet et celles qu'il exposait d'abord, une différence assez marquée. Aujourd'hui M. Boinet lui paraît moins affirmatif; cela tiendrait-il à ce qu'il aurait rencontré une plus grande somme de revers?

M. Boinet renvoie M. Larrey au premier mémoire lu devant la Société, et il reconnaîtra qu'il n'a rien changé à ses premières convictions. Du reste, il possède des faits en assez grand nombre déjà, et il les fera connaître dès que la Société le jugera convenable. Un de ces faits même a été vu par M. Robert : il s'agissait de la femme d'un confrère.

M. Robert a vu, en effet, la malade à laquelle il est fait allusion; mais il s'agissait d'un de ces abcès dont la guérison s'obtient presque toujours, quelle que soit la méthode employée; c'était un abcès par congestion ossifluent, né par suite d'une carie d'une apophyse épineuse. Le foyer était resté dans le dos.

M. Maisonneuve demande instamment à la Société de ne pas abandonner cette question si grave sans la juger; il propose la nomination d'une commission. Cette proposition est adoptée et sont nommés commissaires : MM. Maisonneuve, Robert et Guersant.

Nous ne saurions trop applaudir à cette décision; c'était le seul moyen pour arriver à une solution inattaquable.

Disons encore, avant de terminer, que l'honorable M. Roux a voulu aussi apporter dans la question le tribut de son expérience personnelle. Il a fait plusieurs fois des injections iodées, et dans trois cas d'abcès par congestion, il a eu assez à s'en louer. Il n'a pas guéri encore ses malades, mais il a beaucoup amélioré leur position, et il n'a eu aucun accident.

Il a été moins heureux dans le traitement d'autres espèces d'abcès froids.

Dr Éd. Laborie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité du Goître et du Crétinisme, suivi de la statistique des goîtreux et des crétins dans le bassin de l'Isère (en Savoie), dans les départements de l'Isère, des Hautes-Alpes et des Basses-Alpes; par le docteur B. Niepce, médecin-inspecteur des eaux minérales sulfureuses d'Allevard.

Paris, 1851-52. Deux volumes in-8. — Prix : 9 fr. 50 c.
Le tome 2e seul : 3 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie nationale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Traité pratique de l'Inflammation de l'Utérus, de son col, et de ses annexes; par le docteur J. Henry Bennet; traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur F.-A. Aran, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8, avec planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.

Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Traité pratique des Maladies des yeux, par W. Mackensie, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. Richelot et S. Laugier, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix : 6 fr.

Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie; par le docteur Belhomme, directeur d'un établissement d'aliénés, etc. — En vente, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix : 1 fr. 50 c.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur Andral; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesté et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 59. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 18 Mai 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER;

Recueillies et analysées par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE (1).

SUITE DES CONSIDÉRATIONS ET EXPÉRIENCES A PROPOS DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Après les considérations qui tendent à établir que les grandes maladies de l'homme et les épizooties tiennent à une altération du sang, et l'exposé de ses premières recherches sur les animaux de l'espèce bovine réunis à Rambouillet et soumis à l'examen de la commission nommée par le gouvernement, M. Magendie se livre à l'examen des *voies par lesquelles les substances délétères pénètrent dans l'économie animale.*

La *respiration* est la principale. Par elle, nous sommes continuellement exposés à l'action des gaz, des vapeurs, des émanations, des poisons rapides, brûlans, aux germes, aux sporules, dont le développement ultérieur peut amener des accidens mortels. La plupart des substances qui pénètrent ainsi dans le corps, sont de nature à altérer la composition du sang, et à troubler les mouvemens vitaux.

Les *vapeurs* ont diverses compositions chimiques. Il en est qui peuvent anéantir promptement l'influence nerveuse ; quoique peu d'entre elles aient cette propriété funeste, il n'est pas moins important de chercher à connaître quel est leur mode d'action. En tête, il faut placer l'*acide prussique*, corps si volatil, qu'il se congèle en s'évaporant. M. Magendie fait devant son auditoire une *expérience* propre à en montrer le foudroyant effet. Il verse dans un vase conique une cuillerée d'acide prussique médicinal, composé avec trois quarts d'alcool et un quart d'acide prussique. Il place ensuite le museau d'un lapin dans le verre, de manière à l'exposer à la vapeur qui s'élève de cette préparation. L'animal s'agite ; il est pris de contractions convulsives et meurt en peu de secondes. La mort survient plus ou moins rapidement suivant la force de l'animal et surtout suivant la manière dont le poison est préparé. M. Magendie raconte qu'il a fait dans le temps les premières expériences sur cette terrible substance. Gay-Lussac, qui venait de la découvrir, lui avait envoyé ce produit dont personne ne connaissait alors l'énergie ; dès que le flacon fut débouché, son préparateur et lui se trouvèrent tellement incommodés, qu'ils se hâtèrent de fuir dans la cour.

L'*expérience* qui vient d'être rapportée, quoique bien connue, n'en est pas moins *intéressante pour le sujet qu'il s'agit d'élucider.* Le sang du lapin a été imprégné de la vapeur de l'acide prussique, et cependant les vaisseaux pulmonaires sont intacts. Les poumons sont constitués par une myriade de vaisseaux dont les parois formées de membranes extrêmement minces, poreuses, ont la propriété d'être perméables à la vapeur. Les vapeurs du sang passent également en dehors et constituent la transpiration pulmonaire. On peut clairement le prouver en introduisant du phosphore dans la circulation; arrivé aux poumons, il sort par la respiration, et l'animal rend des vapeurs blanches, opaques, formées d'acide phosphoreux, qui vient brûler à l'air. Cette évaporation continuelle n'empêche pas l'air d'être en contact avec le sang qui traverse les vaisseaux capillaires des poumons. Ainsi, ce qui est en dehors passe en dedans et *vice versâ.* Il y a longtemps que M. Magendie a établi cette théorie de l'absorption des différens corps ; avant lui, on croyait aux sensibilités intelligentes imaginées par Bichat.

Ces phénomènes sont on ne peut plus dignes d'attirer l'attention des médecins. Il importe extrêmement de connaître ce que peut contenir l'air que l'on respire, car beaucoup de maladies se produisent de cette manière. Bien qu'on ne puisse que difficilement constater *les miasmes qui s'élèvent des pays marécageux*, par suite de la décomposition putride des matières végétales et animales, on ne peut douter qu'ils *entrent dans le sang par la respiration* et qu'ils produisent de graves maladies. Il est des pays surtout où ces affections ont une extrême intensité; c'est ce qu'on remarque dans les climats chauds et humides et principalement sur le littoral de certaines mers et de quelques fleuves (golfe du Mexique, Vera-Cruz, Nouvelle-Orléans, etc.) Ces causes de maladies sont bien réelles, car, en les portant dans le sang, au moyen des procédés de l'expérimentation, on produit, non pas littéralement la *fièvre jaune* par exemple, mais des symptômes qui ont la plus grande ressemblance avec les siens, et, par exemple, le vomissement noir et la mort rapide.

Il est une autre maladie, la peste, qui paraît tenir à des foyers de matières animales en putréfaction. Elle se développait principalement dans la Basse-Égypte. Dans cette contrée d'une extrême fertilité, la chaleur et l'humidité qui y règnent sont des conditions favorables au développement et à la conservation des miasmes. Cette affreuse maladie ne s'y est pas montrée depuis un bon nombre d'années, ce qu'on doit sans doute attribuer à l'amélioration survenue dans le gouvernement de ce pays ; mais, autrefois, les causes d'insalubrité, provenant des détritus d'animaux, étaient telles, que les médecins sanitaires, envoyés en Orient par la France, ont transmis au comité supérieur d'hygiène des détails qui passent toute croyance.

Ce qui se remarque pour la fièvre jaune et la peste dans des climats tout spéciaux se passe malheureusement trop souvent sous nos yeux dans les *amphithéâtres de dissection.* Malgré les précautions prises aujourd'hui pour désinfecter ces lieux et pour retarder la putréfaction des cadavres, il arrive encore, chaque année, qu'un certain nombre des élèves, qui se livrent aux travaux anatomiques, soient pris de *fièvres graves*, appelées à présent typhoïdes.

Une *expérience fort curieuse* va servir à faire mieux comprendre la facilité avec laquelle les miasmes pénètrent dans le sang par les voies respiratoires. Il y a longues années, M. Magendie avait soutenu que la membrane muqueuse pulmonaire ne se continuait pas jusqu'aux dernières extrémités des bronches. Les recherches qu'il avait faites à ce sujet étaient fort délicates ; aussi, sans se donner la peine d'y regarder d'aussi près que lui, plusieurs anatomistes s'étaient-ils empressés de réfuter son assertion, par la raison que, la nature d'une muqueuse étant de tapisser tout organe intérieur, celle-ci devait revêtir les vésicules bronchiques, et que, si on ne pouvait y montrer son existence, c'est qu'elle devenait trop mince pour être vue. C'est sur cette donnée, de la non-existence de la membrane muqueuse jusqu'aux extrémités bronchiques, qu'est fondée l'expérience en question. M. Bernard a fait connaître les propriétés singulières du *curare*, poison énergique qui, en contact avec les muqueuses de l'estomac et des intestins, ne produit aucun effet fâcheux (1), et dont il faut, à peine 1 centigramme, pour déterminer la mort quand il est placé sur une surface vasculaire. Cet ingénieux physiologiste, ayant badigeonné les bronches avec un pinceau imbibé de curare ne produisit aucun signe d'empoisonnement, mais il n'en fut pas de même lorsque cette substance, réduite en grains très fins, put descendre petit à petit jusque dans les vésicules pulmonaires et s'y dissoudre. Alors l'effet vénéneux se développa et vint fournir la preuve physiologique du fait anatomique qui avait été avancé. Cette expérience, répétée plusieurs fois avec soin, a toujours donné le même résultat. Des essais avaient d'abord été tentés avec une dissolution de curare, ainsi qu'avec un liquide putride ; la toux avait repoussé cette forme des préparations toxiques ; mais ses efforts furent impuissans contre les petits grains de curare. On trouvera peut-être dans ce qui vient d'être dit, l'explication d'une foule de phénomènes relatifs à la manière dont se gagnent les maladies épidémiques.

On vient de voir que des essais d'injection dans les bronches avaient été tentés avec des matières putrides. M. Bernard en a injecté 1 gramme en enfonçant dans la trachée une seringue à canule pointue. L'animal a toussé, s'est agité, puis s'est remis à son état habituel. La dose a été doublée et la seringue introduite plus profondément ; la matière putride ne paraissait pas pour cela séjourner plus longtemps, et il n'y a pas eu davantage d'effet (1).

La preuve, comme on l'a vu dès le commencement, que la respiration

(1) Voir l'UNION MÉDICALE des 3, 6 Janvier, 24 Avril et 8 Mai.

(1) Le *curare*, introduit dans les voies digestives, en ressort avec les mêmes propriétés. Lorsqu'on le donne aux lapins et aux cochons d'Inde, les petites boulettes qui constituent les excrémens de ces animaux sont vénéneuses.

(1) Y aurait-il, dans ces cas, quelqu'action chimique? M. Verdeil vient de lire, à l'Académie des sciences, un mémoire dans lequel il annonce avoir trouvé dans les poumons un acide particulier, cristallisable avec facilité. Quelle que soit sa nature, il ne serait peut-être pas impossible qu'il jouât sur les matières putrides introduites dans les poumons un rôle analogue à celui du suc gastrique. Il serait curieux, en se procurant cet acide et en le mêlant avec des matières putrides, de faire une injection dans le sang, pour constater s'il détruirait l'effet nuisible de ces matières.

Feuilleton.

SUPPLIQUE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE,

EN FAVEUR DE LA CRÉATION D'UNE MAISON ET D'UNE CAISSE DE RETRAITE POUR LES MÉDECINS VIEUX ET INFIRMES.

(M. le docteur Munaret, dont il n'est pas un médecin qui ne connaisse et qui n'aime l'esprit et le cœur, a la bonté de nous communiquer une copie d'une supplique qu'il vient d'adresser au Prince-Président de la République. Notre aimable et généreux confrère ne pouvait pas douter de notre empressement à accueillir dans nos colonnes cette belle et noble épître, réclamation éloquente et douloureuse en faveur d'une profession si digne de l'attention et de l'intérêt des pouvoirs publics. Nous ne partageons pas toutes les opinions, nous n'avons pas toutes les espérances, si chaleureusement exprimées par M. Munaret, mais il nous a semblé de bon goût de dissimuler nos dissidences partielles, pour ne nous associer qu'à la généreuse pensée qui a dicté cette lettre. Nous avons dû en supprimer le début, parce qu'il indique et apprécie des actes politiques auxquels il nous est interdit de toucher.)

Amédée LATOUR.

Permettez-moi de vous dire, Prince, qu'il y a, en France, une classe d'hommes des plus honorables, des plus instruits, des plus utiles et des plus dévoués à l'ordre, qui peut revendiquer une part au moins égale à votre sollicitude ; car, dans l'exercice de leur noble ministère, ils ont besoin d'une activité plus incessante que celle de l'ouvrier, — d'un courage plus soutenu, j'oserai même ajouter aussi HÉROÏQUE que celui du soldat.

Les médecins ! — mais ce sont les ouvriers des ouvriers... Ils sont sur pied à toutes les heures du jour et de la nuit ; ils s'inquiètent, ils opèrent, ils luttent incessamment contre la maladie, les préjugés et l'ingratitude ; ils travaillent pour faire vivre les autres et pour vivre eux-mêmes, — et ne pouvant plus se servir de leurs mains qui tremblent, de leur vue qui baisse, de leur mémoire qui s'embarrasse, de leurs jambes qui fléchissent, — ils souffrent et se contentent de dire, comme Martin Luther, arrêté devant le cimetière de Worms, et étendant ses mains vers les morts : *invideo, invideo, quia quiescunt...*

Les médecins ! — vous les avez vus, Prince, sur un champ de bataille ; tremblent-ils, sous le feu, agenouillés devant le soldat blessé qu'ils pansent ?

En Égypte, le médecin en chef de notre armée s'inocule la peste, et par cette héroïque imprudence, la sauve...

Desgenettes est son nom ; sur un marbre pieux,
La Grèce l'eût inscrit au nombre de ses Dieux.

Chervin se dévoue volontairement, au milieu de toutes les privations et de toutes les fatigues, pendant huit années, à la cause de la non-contagion de la fièvre jaune, et, après avoir affranchi l'Europe du lourd fardeau qu'elle paie à une fausse opinion, meurt dans la misère, insolvable !...

En 1831, quel exemple de zèle donné par les médecins de France, qui volèrent au secours de la Pologne ! — Des soixante qui partirent, quinze y trouvèrent le martyre...

Et l'année suivante, lorsque cet épouvantable fléau, qu'on nomme *choléra*, fondit sur la capitale, et tout ce qui pouvait fuir fuyait, n'a-t-on pas vu les médecins se précipiter à sa rencontre, impatiens de le voir et de se mesurer avec lui ?

Au lieu d'ajouter d'autres faits non moins glorieux, et dont l'histoire ancienne et contemporaine abonde, je prendrai la liberté de vous faire remarquer, Monseigneur, que si la gloire électrise l'homme d'armes, — si la foi qui peut transporter des montagnes, les fait franchir par son missionnaire, — il n'y a que le devoir qui anime les médecins et impose silence à leur instinct de conservation.

Les médecins ! — Quels sacrifices leur sont imposés ! Point de tranquillité, peu de sommeil, plus de doux loisirs ! La *dure nécessité* les arrache impitoyablement à l'étude, à l'amitié, aux voyages, à la poésie... — Il ne leur est pas licite de se décharger d'un présent trop lourd, *inutile pondus* ! en se reposant dans les bras de l'oisiveté, en disant : demain, je ferai... demain ne leur appartiendra pas plus qu'aujourd'hui ; ils doivent vivre avec les malades, par les malades et pour les malades...

Et quelle responsabilité ! — Celle du prêtre ne relève que de Dieu ; celle des médecins a Dieu pour juge et les hommes pour impitoyables et injustes accusateurs. — « C'est un droit de vie ou de mort, ce sont des peines morales à eux seulement connues, qui les empêchent de dormir sur l'oreiller le plus doux... C'est la fièvre de toutes les fièvres qu'ils traitent ; issue incertaine, d'où peut dépendre, avec l'existence d'un client, leur réputation... Autant de gouttes d'eau qui finissent par creuser le cœur comme le rocher, parce qu'elles y tombent, incessantes et à la même place (1). »

Les médecins ! — Ah Monseigneur ! s'il m'était permis, dans une lettre, de vous initier à toutes les études immenses, arides, dangereuses même, auxquelles ils ont sacrifié leur jeunesse et souvent leur patrimoine, pour acheter ce morceau de parchemin, timbré et scellé, qu'on appelle un DIPLÔME !... Parchemin qui ne leur est utile, dans les villes, qu'autant qu'ils ont la patience et les ressources nécessaires pour attendre encore dix années une clientèle de quelques centaines de francs... Parchemin que l'on confond, à la campagne, avec la patente d'un marchand d'eau de Cologne !...

S'il m'était permis aussi de vous démontrer, avec des faits et des chiffres, que la *position* acquise aux médecins, dans le monde, est loin, bien loin d'être en rapport avec la gravité des intérêts qui leur sont confiés, et ne leur assure pas des moyens d'existence capables de les rémunérer de la difficulté et de la grandeur de leur mission ; — qu'en définitive, d'après un observateur aussi compétent que M. Réveillé-Parise, sur *cent* jeunes médecins, il n'y en a pas DIX qui arrivent à un tolérable état de médiocrité, et que la GRANDE MAJORITÉ végète en attendant le nécessaire...

Vous seriez péniblement étonné, Prince, — et l'étonnement faisant bien vite place, dans votre âme généreuse, au désir de vous *mettre du party battu de la fortune, pour secourir les affligés* (2) du corps

(1) *Du médecin des villes et des campagnes*, etc., par le docteur Munaret, page 370.

(2) Charron.

est la voie principale et la plus dangereuse pour l'introduction des miasmes, c'est que *des matières animales en putréfaction, introduites dans l'estomac, ne font pas périr.* Quelques carnassiers (les chiens, les loups), se plaisent à se nourrir de chairs putréfiées. Certains hommes ont cette passion; on en a même vu d'assez dépravés pour rechercher la chair pourrie de leurs semblables. On raconte que, dans les îles du grand Océan, dans la Nouvelle-Zélande, il est des peuplades qui se délectent de cadavres humains; elles les laissent arriver à dessein en pleine putréfaction; un mets de prédilection, que l'usage est d'envoyer en présent au chef de la peuplade, est le corps pourri d'un enfant. Les différens individus qui mangent des chairs dans cet horrible état n'en deviennent même pas malades. Dans notre civilisation avancée, ne sert-on pas, sur les tables somptueuses, certaines viandes qui ont déjà subi un commencement de décomposition? On sait qu'un faisan, pour être prisé d'un gourmand, doit avoir un mois de mort, une bécasse, deux mois et demi. Entre une viande faisandée et une viande putréfiée, la différence n'est pas immense; il en existe cependant une immense au point de vue gastrotomique.

Si l'industrie humaine est depuis longtemps en possession de *procédés propres à neutraliser les effets de la putréfaction*, l'estomac, de toute éternité, dans *le suc gastrique, en possède un d'une grande énergie*, et c'est là sans doute ce qui explique comment on peut manger impunément des viandes putréfiées. M. Magendie a fait à ce sujet des expériences comparatives fort curieuses. Il y a bien longtemps déjà qu'il s'était livré à des recherches tendant à faire connaître les effets des matières putrides mêlées au sang; il a voulu en rendre témoin son nouvel auditoire: un gramme de sang en putréfaction, dégageant de l'ammoniaque et de l'hydrogène sulfuré, a été injecté dans la veine jugulaire d'un chien. Il en est résulté un grand trouble dans toutes les fonctions, dans celles du cerveau, de la circulation, de la locomotion, et l'animal a succombé au bout de douze heures. La mort ne tenait sans doute ni à l'ammoniaque, ni à l'hydrogène sulfuré, car la faible quantité de ces corps que peut contenir un gramme de sang putréfié, ne saurait avoir cette puissance. Une seconde expérience a consisté à introduire, sous la peau d'un autre chien, dix grammes d'une eau putride provenant de la macération de débris de poisson. La simple absorption a suffi pour déterminer rapidement la mort. On a pu voir, dans ces deux cas, en faisant l'autopsie de ces animaux, que les poumons étaient fortement injectés, que le sang des gros vaisseaux était d'un noir foncé et à peine coagulé, et qu'il ressemblait presqu'à une gelée de groseilles. Ces expérimentations, répétées par le célèbre professeur, un grand nombre de fois, l'avaient amené à conclure que, toutes les fois qu'une matière putride est introduite en grande quantité, dans l'économie, le sang, perdant ses principales propriétés, devenant désormais impropre à traverser les poumons, la mort en est la suite.

Ceci posé, et pour savoir si le *suc gastrique a une influence capable de remédier aux effets délétères de la putréfaction*, M. Bernard a imaginé la curieuse et singulière expérience que nous allons rapporter et dont les assistans ont été encore rendus témoins. Cet habile expérimentateur, après avoir retiré du suc gastique au moyen d'une fistule stomacale, a mélangé ce suc avec partie égale de sang putréfié et a prolongé le contact pendant dix-huit heures; puis il a injecté ce mélange dans la veine jugulaire d'un chien. Cet animal n'ayant rien éprouvé, ne s'en étant pour ainsi dire pas aperçu, on a dû en conclure que le suc gastrique avait la propriété de neutraliser l'action délétère du ferment putride. Spallanzani, dans des expériences ingénieuses, avait déjà prouvé que le suc gastrique empêchait la putréfaction; mais l'observation qui vient d'être mentionnée montre, de plus, que ce suc enlève aux matières déjà putréfiées leurs qualités nuisibles.

Il est des *conditions dans lesquelles les miasmes putrides agissent avec énergie.* Ces conditions, dont il faut tenir grand compte, sont les suivantes: une quantité suffisante de miasmes, une température élevée, et l'on doit ajouter une disposition individuelle.

On comprend très bien, pour que des symptômes d'une maladie grave se manifestent, qu'il soit nécessaire qu'une *quantité considérable de miasmes* se répande dans l'air, et qu'il en arrive assez abondamment dans les poumons pour s'introduire dans l'économie.

Pour que ces miasmes se produisent, il faut une *chaleur* vive et continue. On ne voit point, en effet, la fièvre jaune apparaître dans les saisons froides. Si on l'observe surtout dans les contrées où la température est chaude et humide, c'est qu'alors la fermentation putride se développe avec activité, et acquiert toutes ses funestes propriétés. L'influence de la température extérieure se fait même ressentir dans les expériences sur les animaux. M. Magendie dit avoir vu, par un temps très chaud, deux grammes et même un seul gramme de matière putride amener presque instantanément la mort, lorsqu'on les injectait dans les veines des animaux; tandis que, dans l'hiver, il avait fallu trois, quatre et même jusqu'à dix grammes de la même matière pour amener un résultat semblable.

Chaque individu, en outre, a sa *résistance propre*. Telle dose qui suffit dans une circonstance ne suffit pas dans une autre. On ne remarque alors que du malaise, des vomissemens, des déjections, de l'abattement, symptômes qui se dissipent en quelques heures. C'est ainsi qu'un gramme de sang putride ayant été injecté dans la veine jugulaire d'un chien, cet animal était mort au bout de douze heures; tandis que la même injection, faite sur un autre chien qu'on amène devant les auditeurs, n'a produit que les symptômes indiqués ci-dessus.

On trouve donc la cause de ces maladies, qu'autrefois, non sans raison, on appelait *putrides*, dans l'introduction, au sein de la circulation, des matières putrides, soit sous forme de liquides, soit sous forme de gaz ou de vapeurs. Les faits qui ont été rapportés, et d'autres encore qui existent dans la science, ne sauraient laisser de doutes à cet égard.

M. Magendie veut montrer la *différence* qui existe *entre du sang normal et du sang altéré par le ferment putride.* Il présente deux éprouvettes. Dans la première se trouvent 30 grammes de sang extraits la veille d'un animal sain, et, dans la seconde, 29 grammes du même sang, auquel on a mêlé 1 gramme de sang putréfié. Le premier sang est rouge; son caillot, bien formé, s'est contracté après la coagulation, ce qui en a fait sortir la sérosité; si l'on touche le caillot avec une tige de verre, on le trouve résistant. Le second sang, au contraire, offre partout une couleur noire; c'est à peine si la surface est un peu moins colorée; le caillot est mal formé et sans aucune résistance; le sérum ne s'en sépare pas nettement et est très coloré. Le professeur fait remarquer que, dans beaucoup de maladies, le sang acquiert des altérations analogues, que le sérum ainsi coloré a une grande importance pathologique; que, dans ces conditions, la vie est compromise, parce que le sang a perdu les qualités qui le font librement circuler à travers les capillaires; il s'arrête alors dans ces infiniment petits vaisseaux, s'épanche au dehors; de là le trouble des fonctions, de là ces rougeurs intestinales qu'on dit inflammatoires, et qui ne sont, en réalité, que des phénomènes de circulation. Dans ce mélange du sang normal avec le sang putréfié, il y a sans doute une réaction du second sur le premier; mais quelle en est la nature? Est-elle purement chimique? Ne serait-ce pas plutôt un effet de ferment, de catalyse, comme on dit aujourd'hui? Quoi qu'il en soit, il y a là un phénomène très remarquable et digne de notre intérêt.

On a vu que les émanations des amphithéâtres de dissection produisent des maladies graves, lorsqu'elles pénètrent en assez grande quantité dans le sang par la voie de la respiration. Mais les *effets de la matière putride* sont infiniment plus rapides *lorsqu'on vient à se piquer ou à se couper en disséquant un cadavre en décomposition.* Il se manifeste d'abord des symptômes locaux, des abcès nombreux, des gangrènes; bientôt des accidens généraux s'y joignent, et les malades succombent en peu de jours.

Ce qui se passe alors ressemble à l'action des *virus* qui, introduits en quantité on ne peut plus minime, finissent par affecter toute l'économie. La salive dans la *rage*, par exemple, possède cette effroyable propriété; il suffit de quelques atômes, insérés sous l'épiderme avec la plus fine pointe de lancette, pour qu'au bout d'un mois environ l'animal devienne hydrophobe. Comment expliquer ces phénomènes? Ce ne peut pas être sans doute cette si faible quantité de substance qui aille agir dans toute l'économie; il en résulte plutôt une modification générale, et cette action peut être comparée à celle des *fermens*, dont la moindre parcelle développe des effets sur les masses. Le changement subi par l'animal nous est tout à fait inconnu. Chose singulière! malgré cet effet général, le virus rabique reste dans la salive et ne se répand pas dans le sang; car du sang d'un animal enragé, injecté dans les veines d'un animal sain, ne transmet pas la rage; ces expériences, faites autrefois par M. Magendie, ont été récemment répétées par M. Renault, professeur et directeur de l'École d'Alfort. Si l'influence du virus paraît en général s'affaiblir avec le temps, cela est surtout remarquable pour celui de la rage, car il cesse de se transmettre à la troisième génération: un chien est inoculé avec la salive d'un chien enragé, il devient hydrophobe; la même chose ne peut plus arriver sur un troisième. Il y a, dans toutes ces études, un mystère continu. On ne doit cependant pas se lasser d'expérimenter, car une découverte manque rarement d'être suivie d'une autre, ou d'avoir d'utiles applications.

Conclusions relatives à la deuxième partie. — Les grandes maladies de l'homme ont pour principe une altération du sang. C'est dans les systèmes capillaires et principalement dans celui des poumons que se manifestent essentiellement les conséquences de cette altération. La seule chose qui soit réelle dans ce que les pathologistes appellent inflammation, c'est le défaut de circulation dans ces systèmes. L'état du sang exige, de la part des médecins, plus d'attention que les symptômes des maladies. Ce qui a lieu chez l'homme s'observe également dans les épizooties, témoin celle qualifiée de pneumonie des bêtes bovines. La commission nommée pour l'étudier s'est occupée de l'état du sang de ces animaux et a constaté que la fibrine avait subi une notable diminution, que la proportion des globules était, au contraire, augmentée; elle n'a pu apprécier encore si la maladie est toujours ou exceptionnellement contagieuse et n'a formulé jusqu'à présent aucun traitement.

La respiration est la voie principale par laquelle les substances délétères entrent dans l'économie animale; des expériences prouvent que ces substances pénètrent dans le sang, comme les vapeurs de ce liquide en sortent. Quoiqu'on ne puisse constater l'existence des miasmes, il n'est pas douteux qu'ils produisent certaines maladies, car en introduisant dans le sang une minime quantité des substances qui les fournissent, on détermine des symptômes analogues. Une expérience, qui consiste à faire couler des grains très fins de curare dans les vésicules bronchiques, sert à prouver que la muqueuse n'y existe plus et explique la facilité avec laquelle les miasmes peuvent y être absorbés.

La preuve que la respiration est la voie la plus dangereuse pour l'introduction des miasmes, c'est que les matières animales en putréfaction, introduites dans l'estomac, ne font pas périr; cela tient à ce que le suc gastrique en neutralise les effets; ce qui le prouve, c'est que des matières putréfiées, introduites en certaine quantité dans le sang, font périr les animaux, tandis que ces mêmes matières, mêlées au suc gastrique, ne produisent aucun effet fâcheux. La quantité de miasmes, la température de l'air, la résistance propre aux individus, sont des conditions dont il est important de tenir compte. L'aspect d'un sang normal et d'un sang altéré par le ferment putride offre de grandes différences. Les effets des matières putrides sont bien plus rapides et plus énergiques lorsqu'ils pénètrent par une piqûre, que par la respiration; ce qui se passe alors ressemble à l'action des virus.

THÉRAPEUTIQUE.

ÉTUDES SUR LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE; par M. le docteur Henri GINTRAC, professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, médecin-adjoint de l'hôpital Saint-André, etc. Mémoire couronné par l'Académie nationale de médecine de Paris, dans sa séance publique du 17 décembre 1850. Brochure in-8° de 242 pages. — Bordeaux, chez Gounouilhou, imprimeur de la Société de médecine; 1851. Paris, chez Germer-Baillière.

En mettant au concours la question qui a été traitée par M. Henri Gintrac, l'Académie de médecine de Paris demandait surtout, c'est le programme qui parle, des faits en nombre suffisant, recueillis avec soin et avec tous les détails nécessaires, pour qu'aucun doute ne pût s'élever

---

médical, vous me feriez peut-être l'insigne honneur de me demander quelle serait l'huile à verser sur toutes ces plaies, et comment vous pourriez calmer cette poignante inquiétude d'avenir qui est le supplice de tant d'hommes de mérite, n'ayant su, comme l'a dit Montaigne, *appâter commodément leurs vieux ans et les adoucir*...

Pauvres pèlerins! ils descendent la colline, en pensant au temps qui fuit... à ce froid hiver qui va succéder à leur été; au manteau qu'ils n'auront pas, pour se protéger contre ses frigueurs!...

En continuant cette hypothèse, Monseigneur, je vais prendre pour thème de ma réponse ces graves paroles de la commission permanente du Congrès médical: « La nécessité d'une nouvelle organisation est un fait universellement reconnu; les conquêtes brillantes de la science ne peuvent cacher les tristes plaies de la profession; l'exercice de l'art est entouré d'abus innombrables; le charlatanisme l'exploite et le déshonore; personne ne révoque en doute l'utilité des réformes, on est d'accord sur les améliorations les plus urgentes, et cependant aucune d'elles ne s'accomplit... »

Je ne pourrais pas vous dénombrer les *abus*, puisqu'ils sont *innombrables*...Je n'oserais pas même vous les signaler, *plura non scribam, quia vetant et dolor et pudor sæculi* (1).

On réprimera le *charlatanisme*, en lui opposant une pénalité plus forte; — mais le détruire, c'est impossible... il est indélébile dans certaines consciences, dit M. Réveillé-Parise, comme le ver dans les mauvais fruits.

Quant aux réformes, *dont personne ne révoque en doute l'utilité*, — elles ont été soumises à l'étude la plus approfondie, de 1828 à 1846; — elles ont été discutées, pendant soixante longues et orageuses séances, au sein de l'Académie de médecine; — approuvées par les Facultés de Paris et de Montpellier, par l'Association des médecins du département de la Seine et par les principaux organes de la presse; — et si, *aucune d'elles ne s'est accomplie*, Prince, c'est parce que le gouvernement qui précéda le vôtre ne fit qu'opposer à nos plaintes, la plus notoire incurie; au lieu de promulguer la nouvelle législation, approuvée, sanctionnée par la Chambre des pairs, il la laissa tomber fatalement dans les catacombes d'un ministère...

Aujourd'hui, cette législation ne me paraît plus complète, mais il serait digne de vous et facile pour vous, Monseigneur, de l'élever à la hauteur de son but, en décrétant un seul ordre de médecins qui n'exerceraient plus un métier, mais une magistrature, — en proportionnant leurs honoraires à l'amélioration produite par leurs soins, dans la santé générale, — en limitant leur nombre, selon les besoins de la population, — et en assignant à chacun d'eux, une circonscription, dont l'importance serait en raison de ses services, de ses œuvres, de sa capacité.

Voilà ce que nous désirons tous, Monseigneur, mais ce que nous vous demandons, — en attendant mieux, — c'est une MAISON DE RETRAITE!..

En 1844, un médecin instruit, — un homme de cœur, — M. le docteur Dumont (de Monteux) publia un projet d'établissement d'une maison semblable pour les médecins du département de la Seine, qui, parvenus à un âge avancé ou atteints d'infirmités incurables, seraient dans l'impossibilité de pourvoir à leurs besoins.

« S'il est un spectacle affligeant pour l'humanité, dit-il, dans ses prolégomènes, c'est assurément celui qui résulte de l'association de la vieillesse, de la maladie et de l'indigence. Le malheureux soumis à cette triplicité d'action est bien à plaindre, lors même qu'il aurait encouru le reproche de n'avoir pas suffisamment profité de ses beaux jours pour se soustraire à la dernière des douleurs que je viens de nommer. Cependant, lorsqu'après avoir sacrifié l'intérêt au devoir, fourni une carrière honorable, et maintenu, si je puis ainsi parler, dans le luxe de la gêne, la dignité de sa position, un homme à bout de ses forces, ne recueille que les trois fatalités, *vieillesse, maladie, indigence*, il ne s'agit pas de le plaindre, il FAUT le secourir... »

Oui, Monseigneur, la Société ne ferait qu'acquitter une dette, en venant en aide aux médecins invalides. — « Dans les villes, la charité publique suffit à sa quote-part des huit millions d'indigens; à Paris, par exemple, les hôpitaux et hospices contiennent 17,540 lits destinés aux pauvres malades ou infirmes; tandis que, dans les campagnes, il faut que les médecins s'en chargent; il faut que nous partagions notre temps entre ceux qui nous paient et ceux qui ne le peuvent pas; il faut distribuer des médicamens chèrement achetés, à ceux qui lardent pour nous rembourser seulement le prix de cette fourniture, et à ceux qui n'ont pas seulement de quoi manger... (1). »

Ce qui a fait dire à M. le docteur Le Borgne, que je me plais à citer: « Lorsqu'un homme a partagé, pendant quarante années, ses sueurs et ses honoraires de tous les jours, entre l'humanité et sa famille, quand les forces lui manquent, ne lui doit-on pas une retraite?... »

Aussi, le projet de M. Dumont fut bien accueilli par quelques notabilités de la médecine, et notamment par M. le doyen de la Faculté de Paris, — le professeur Orfila, — dont le nom vivra autant que les bienfaits de l'Association de prévoyance entre les médecins du département de la Seine.

La presse périodique ne fut pas moins sympathique au projet dont j'ai l'honneur de vous parler; — des souscriptions furent ouvertes, mais le corps médical « resta inerte, faute d'un centre d'impulsion. » — L'année suivante, une adresse fut présentée au congrès médical, séant à Paris, dans l'espoir qu'il approuverait et prendrait même sous son patronage la *maison de retraite*; et la commission n° 12 émit le vœu, par l'organe de son rapporteur, que le congrès approuvât cette fondation, et décida même que la portion de ses fonds disponibles fût appliquée à ce but.

L'insuccès de cette proposition éminemment utile ne doit pas atténuer le mérite de son initiative; — mais il importe, Monseigneur, que vous daigniez l'écouter.

Le congrès médical, avec son beau rêve d'association libre et universelle, ne réalise pas son vœu en faveur de la *maison de retraite*, non par défaillance de volonté, mais par manque de fonds nécessaires à une fondation aussi importante; — il se reposait, du reste, sur l'espoir d'atteindre son but de bienfaisance et de prévoyance professionnelles,

(1) Guy-Patin.

(1) *Annuaire de l'économie médicale*, par le docteur Munaret, page 49.

sur le caractère des maladies traitées; elle voulait des démonstrations et non des conjectures. Nous devons le dire tout d'abord, ce programme a été parfaitement rempli par le mémoire de M. le docteur H. Gintrac, que l'Académie a honoré de sa sanction. Fils d'un médecin distingué qui occupe la première place comme praticien dans une de nos grandes villes de province, et dont l'enseignement est justement apprécié de ceux qui l'ont suivi, médecin lui-même d'un grand hôpital, M. Gintrac a pu réunir facilement, tant en puisant dans sa propre observation que dans les documens nombreux réunis par son père, des élémens suffisans, sinon pour résoudre une question aussi grave et aussi controversée, au moins pour l'éclairer d'une vive lumière, et pour en préparer et en avancer la solution.

Le travail de M. Henri Gintrac est divisé en deux parties : l'une qui renferme les observations dans lesquelles les effets thérapeutiques du tartre stibié ont été étudiés, au nombre de quatre-vingt-dix ; l'autre, dans laquelle l'auteur s'est efforcé de résumer en un certain nombre de paragraphes, et sous forme de propositions, ce qui lui a paru être le plus positif et le plus essentiel dans l'histoire thérapeutique du tartre stibié à haute dose. J'aurais désiré, je l'avoue, quelque chose de plus. Entre les observations que l'auteur, il faut lui rendre cette justice, a fait suivre le plus ordinairement de réflexions très judicieuses, et les propositions terminales de son travail, il y a une véritable lacune : c'est que ces propositions ne s'appliquent pas toujours d'une manière immédiate à tel ou tel groupe d'observations. Après avoir lu le travail de M. Gintrac, on sait, d'une manière générale, quel est le mode d'action du tartre stibié à haute dose, dans quelles circonstances on peut en attendre des effets favorables, quelles en peuvent être les contre-indications; mais on regrette que M. Gintrac n'ait pas fait suivre chaque groupe d'observations d'un résumé analytique destiné à nous faire connaître d'une manière précise ce qu'il en avait obtenu dans telle ou telle maladie; je regrette, enfin, qu'il n'ait pas fait pour toutes les maladies ce qu'il a fait d'une manière si heureuse pour le traitement de la bronchite chronique.

Peut-être M. Gintrac ne sera-t-il pas de notre avis; mais nous attachons au moins autant d'importance à la première partie de son travail qu'à la seconde, parce que, dans notre opinion, le médecin a à se préoccuper beaucoup plus de savoir comment et dans quels cas on peut employer un traitement pour guérir une maladie, que de savoir comment et pourquoi ce traitement guérit; bien entendu cependant que nous ne dédaignons pas les explications du mode d'action des médicamens, lorsque ces explications sont susceptibles d'être données. Je lui demande donc la permission, ainsi qu'au lecteur, de m'arrêter quelques instans à cette première partie.

J'ai dit que M. Gintrac avait réuni 90 observations : de ces 90 observations, il en est 24 relatives à la pneumonie, 13 de bronchite aiguë, 41 de bronchite chronique, 5 de rhumatisme; les autres se rapportent à l'angine laryngée œdémateuse, à la bronchite capillaire, à la phthisie pulmonaire, à l'hypertrophie chronique de la rate. Mais ce sont là seulement les observations dont il a fait usage pour établir les bases de ses propositions terminales : des faits bien plus nombreux avaient été mis à sa disposition; et pour la pneumonie en particulier, c'est dans une collection de 564 observations recueillies pendant dix années, qu'il a pu choisir ces élémens. Or, d'après ces documens, 209 fois la pneumonie a été traitée par les saignées générales et locales, et parfois par les vésicatoires, il n'y aurait eu que 15 décès; 205 fois l'oxyde blanc d'antimoine aurait été employé également, 22 décès; 97 fois le tartre stibié aurait été donné à haute dose, 31 décès; 38 fois la digitale pourprée aurait été l'un des principaux agens du traitement, 4 décès; 15 fois le kermès minéral aurait été le médicament interne le plus actif, il n'y aurait eu qu'un décès. D'après ce résumé, le tartre stibié serait le plus malheureux ou le plus infidèle des moyens auxquels l'art se serait adressé. Mais qui ne comprend qu'une statistique brute et n'établissant pas de distinction entre la gravité, l'étendue, la forme de la maladie, l'âge, la constitution des malades, etc., etc., ne saurait résoudre la question? Même en ajoutant, comme le fait M. H. Gintrac, que ce médicament n'a été employé en général que dans les cas très graves ou comme ressource extrême, tandis que les pneumonies les moins intenses ont été traitées par les autres moyens, on cesse de faire peser une aussi lourde responsabilité sur le tartre stibié; mais on ne fixe pas les praticiens sur les ressources qu'ils peuvent trouver dans cette médication; et c'est là certainement la question qu'il importait le plus de voir résoudre.

Les faits rassemblés par M. Henri Gintrac, relativement au traitement de la bronchite aiguë et chronique, de la bronchite capillaire, par le tartre stibié à haute dose, me paraissent au contraire trancher pleinement la question. Après la lecture des 13 observations de bronchite aiguë, des 2 observations de bronchite capillaire, des 42 observations de bronchite chronique, je maintiens qu'il est impossible de conserver des doutes sur l'efficacité du tartre stibié à haute dose dans ces trois formes de la bronchite. Je suis heureux d'ailleurs d'apporter ma faible expérience à l'appui des assertions de M. Gintrac. Depuis que j'ai lu son travail, j'ai essayé nombre de fois le tartre stibié à haute dose dans la bronchite chronique, et dans des cas véritablement très graves; le plus ordinairement, j'ai constaté une amélioration des plus marquées, lorsque je n'ai pas obtenu la cessation complète des accidens.—Comme c'est là, à mon avis, une des parties les plus intéressantes du mémoire de M. Gintrac, je ferai connaître la méthode de traitement qu'il suit en pareil cas, et les résultats qu'elle a eus entre ses mains. Le tartre stibié était donné par ce médecin aux doses de 30, 40, 50 et 60 centig., avec 3, 4 et 5 centig. d'opium, et continué jusqu'à guérison. Sur 41 malades qu'il a traités ainsi, et chez lesquels la maladie datait 18 fois de deux mois, 7 fois de trois mois, 3 fois de quatre, autant de cinq et six mois, 1 fois d'un an, 2 fois de trois ans, âgés pour la plupart de 30 à 60 ans, le traitement stibié dura chez 9 malades moins de 5 jours, chez 13 de 5 à 10 jours, chez 9 de 10 à 15 jours, chez 4 de 15 à 20 jours, chez 3 de 20 à 25 jours, et chez 3 encore de 25 à 30 jours. Quatre malades prirent en tout moins d'un gramme de tartre stibié, 8 de 1 à 2 grammes, 6 de 2 à 3 grammes, 4 de 5 à 6 grammes, 3 de 7 à 8 grammes, 1 plus de 8 grammes, 2 plus de 9 grammes, et 1 en prit 10 grammes 19 centigrammes. Veut-on savoir maintenant quels furent les résultats de ce traitement : les effets obtenus furent assez prompts, dit M. Gintrac; la toux céda la première ; ce changement s'effectua chez 13 malades dès le 2e jour, chez 10 le 3e, chez 8 le 4e, chez 6 le 6e, chez 4 du 8e au 12e jour. La diminution de l'expectoration se montra en même temps, mais les crachats ne cessèrent de présenter l'aspect purulent que quelques jours après. La tolérance s'établit d'emblée chez 11 malades ; elle ne se maintint que 8 fois; chez 5 autres l'intolérance persista pendant toute la durée du traitement. Chez un seul malade, le tartre stibié n'apporta aucune modification soit dans la toux, soit dans les crachats.

On voit que cette méthode de traitement de la bronchite chronique mérite toute l'attention des médecins. Je n'en dirai pas autant du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le tartre stibié à haute dose ; et quoique M. Gintrac rapporte quelques succès par cette médication, je ne crains pas de dire que lorsque la thérapeutique possède contre cette maladie des moyens aussi efficaces que les émissions sanguines, le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, auxquels on peut associer avec avantage les applications topiques anesthésiques, je ne crains pas de dire qu'il y a presque de l'inhumanité à mettre en usage une médication aussi peu certaine et aussi désagréable pour les malades.

Je m'arrête là pour la première partie et j'aborde la seconde : ici nous nous trouvons en présence de douze propositions ainsi conçues : « 1° le tartre stibié irrite les tissus avec lesquels il est en contact ; 2° le tartre stibié exerce une action spéciale sur les organes digestifs; 3° le tartre stibié, pris à forte dose, agit comme poison irritant; 4° le tartre stibié, pris à haute dose, quoique méthodiquement et dans un but thérapeutique, peut déterminer une irritation plus ou moins vive des organes digestifs; 5° lorsque la muqueuse gastro-intestinale était déjà irritée ou enflammée, le tartre stibié à haute dose a souvent augmenté l'état phlegmasique; 6° le tartre stibié, administré à haute dose, peut ne produire aucun symptôme d'irritation des voies digestives et n'y laisser après la mort aucune ou de faibles traces de phlegmasie ; 7° non seulement le tartre stibié, donné à haute dose, peut ne pas provoquer l'irritation des voies digestives, mais il a plusieurs fois fait diminuer celle qui existait; 8° le tartre stibié augmente la perspiration cutanée et la sécrétion de l'urine; 9° le tartre stibié ralentit la respiration et la circulation.» En terminant, M. Gintrac examine les trois questions suivantes : « 10° le tartre stibié peut-il être considéré comme un véritable contre-stimulant, hyposthénisant ou sédatif absolu? 11° le tartre stibié agit-il comme révulsif? 12° le tartre stibié, quand il est toléré, exerce-t-il en outre une action résolutive spéciale? »

Ainsi que je le disais en commençant, on voit que cette deuxième partie présente l'histoire thérapeutique générale du tartre stibié à haute dose. Il y aurait bien quelque chose à reprendre dans quelques-unes de ces propositions qui, prises isolément, sont très acceptables, mais qui se contredisent rapprochées l'une de l'autre. Par exemple la 1re, la 2e, la 3e, la 4e et la 5e, parfaitement d'accord entre elles, paraissent en contradiction avec la 6e et la 7e; mais derrière cette contradiction se cache la grande question de la tolérance, qui a été étudiée par M. Gintrac avec tout le soin qu'elle mérite.

M. Gintrac montre d'abord que la tolérance n'est pas le fait le plus constant dans l'emploi du tartre stibié à haute dose ; au contraire, la tolérance n'a été absolue que 14 fois sur 90 cas, et l'intolérance a eu lieu au commencement, au milieu et pendant tout le cours de l'administration du tartre stibié 76 fois; la tolérance n'est pas non plus le fait exclusif de l'état morbide et ne peut pas en donner la mesure ; elle n'est pas non plus nécessaire à la réussite de la médication, car sur les 14 cas de tolérance absolue, l'amélioration n'a été rapide que dans 4 cas ; elle a été lente dans 8 et nulle dans 2. Recherchant enfin les conditions de la tolérance, M. Gintrac les voit d'abord dans le mode d'administration du tartre stibié, dissous dans une petite quantité de liquide et administré par doses fractionnées, ensuite dans les dispositions et la manière d'être spéciale des organes digestifs. Mais ce sont précisément ces dispositions, cette manière d'être spéciale qui me paraissent devoir être rapportées à l'état morbide, et pour bien juger la question, il faudrait voir si la tolérance ne s'établit pas plutôt dans tel cas que dans tel autre , dans les maladies fébriles que dans les maladies apyrétiques, dans la pneumonie que dans le rhumatisme. Je n'ai pas vu traiter un grand nombre de malades rhumatisans par le tartre stibié, mais j'ai toujours été frappé de la difficulté avec laquelle s'établissait la tolérance dans cette maladie, tandis que dans la pneumonie elle s'établit comparativement avec plus de facilité. Voilà un point que je signale à M. Gintrac et qui me paraît appeler de nouvelles recherches.

Reste ce qui est relatif au véritable mode d'action du tartre stibié à haute dose. Est-ce un contre-stimulant, un révulsif, un résolutif spécial? On comprend la difficulté de faire rentrer un médicament à action aussi variée que le tartre stibié, dans des classifications étroites et purement artificielles. M. Gintrac l'a senti, car après avoir examiné les trois hypothèses, il est tenté d'admettre que le tartre stibié à haute dose réunit les trois qualités. Ce que nous savons bien, le travail de M. Gintrac vient encore le confirmer, c'est que le tartre stibié produit des effets physiologiques des plus remarquables, qu'il ralentit la respiration et la circulation, qu'il augmente la perspiration cutanée et la sécrétion de l'urine, que sous sa puissante intervention les maladies les plus graves diminuent, les phlegmasies les plus intenses se résolvent; voilà ce qui lui assure une place élevée parmi nos moyens thérapeutiques les plus efficaces et les plus certains; voilà ce qui donne une véritable utilité, voilà ce qui le fera lire avec intérêt et avantage par tous les praticiens. M. Gintrac n'aura pas eu seulement l'honneur de compter un triomphe académique de plus, il aura rendu un service à ses confrères en fixant leurs idées sur plusieurs points de la médication stibiée à haute dose, en agrandissant le cercle et le domaine de cette médication, en en faisant ressortir mieux qu'on ne l'avait fait avant lui les avantages et les inconvéniens.

Dr Aran.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 24 Mars 1852. — Présidence de M. Bouvier, vice-président.

(Suite. — Voir le numéro du 4 Mai.)

M. Aran demande la parole pour communiquer un fait d'*empoisonnement par le chloroforme*. Vous savez, Messieurs, dit M. Aran, que dans ce moment il y a, parmi les chirurgiens, une espèce de réaction contre le

---

par les seules ressources de l'association, ainsi que l'atteste un éloquent mémoire rédigé et adressé au ministre de l'intérieur, à la date du 5 novembre 1846, par son secrétaire-général, M. Amédée Latour.

Mais il faut céder au temps, qui est *le grand maître des bonnes choses*; — l'Association a été soumise à l'épreuve, sur une échelle restreinte, il est vrai, mais qui m'autorise néanmoins à dire qu'elle n'atteint que très imparfaitement le but d'une maison de retraite, et pour l'extension et pour la durée des secours ; — qu'en définitive, l'une ne peut pas remplacer l'autre, et que toutes deux se réclament pour compléter notre système de prévoyance médicale.

Après la louable tentative de M. le docteur Dumont, — d'autres médecins, et surtout MM. Simon et Le Borgne, ont écrit de belles pages sous la même et sainte inspiration ; et si, à mon tour, j'ai pris la liberté d'en référer directement à vous, Prince, vous m'y avez encouragé par votre acte tout spontané de bienfaisance en faveur de l'honorable et malheureuse famille Pasquier.

Voici les dispositions fondamentales de mon projet :

1° Une maison de retraite sera fondée sous le patronage du Prince-Président, — avec le concours du gouvernement, — et le produit de souscriptions, dons et legs particuliers, — en faveur des médecins qui auront exercé honorablement pendant quarante ans, — en France, — et seront privés, par l'âge ou par les infirmités, de tout moyen de continuer leur profession et de pourvoir à leur existence.

Les médecins qui, — sans distinction d'âge, — se trouveront dans la même incapacité d'exercer, par suite d'accident résultant de l'étude ou de la pratique, seront également admis dans la maison de retraite.

L'une des résidences, située dans les environs de Paris, sera affectée, ainsi que ses dépendances, à cette philanthropique destination.

Une succursale sera établie, dans le midi de la France, pour recevoir les médecins invalides, auxquels une température plus chaude conviendra.

2° Une caisse de retraite sera aussi fondée, — avec les mêmes ressources, — pour aider à faire vivre les médecins mariés, dont l'invalidité aura été légalement établie, et qui ne voudront pas se séparer de leurs familles.

D'après mes renseignemens statistiques, il y a *quatre cents* médecins environ, en notre « beau pays de France, » — trop vieux ou infirmes pour travailler, trop hauts pour demander et trop honnêtes pour emprunter, — qui se trouvent dans la rude condition de faire valoir leurs droits à la *retraite* que je sollicite...

Dans son compte-rendu de cette année, M. le docteur Perdrix, secrétaire général de l'association des médecins du département de la Seine, a cité deux exemples de misère médicale, la plus écœurante, la plus immméritée!... « Des demandes de secours, dit-il, nous ont été adressées des départemens les plus éloignés, et les malheureux confrères qui en étaient l'objet, étaient âgés l'un de 93, l'autre de 96 ans. Ce dernier, après avoir exercé pendant plus de soixante-dix ans dans des communes pauvres, et par conséquent sans rémunération, pour ainsi dire, de ses services, après avoir donné de longues preuves de dévoûment pendant les épidémies si communes dans ces localités, ce vieillard se trouvait dans un dénûment absolu! La demande de secours avait été faite et adressée à l'Académie de médecine, qui nous l'a renvoyée, par les maires des sept communes où ce pauvre confrère avait donné tant de preuves d'humanité et de désintéressement. — Ces sept communes et les sept magistrats étaient donc bien dénués de ressources, pour ne pouvoir ouvrir un asile si bien mérité à cette grande infortune!

Nicolle disait au célèbre Arnaud : Ce n'est pas la vérité qui persuade les hommes, ce sont ceux qui la disent.

Celui qui vous écrit, Monseigneur, n'est qu'un médecin de village, mais des hommes éminens dans le corps médical ont voulu apostiller sa supplique.

C'est une sage politique qui vous invite à la méditer; en améliorant progressivement le sort de tous et en recherchant les moyens de classer chacun, vous empêcherez les individualités déplacées, les âmes froissées, les intelligences sans emploi, de s'agiter et d'agiter de nouveau cet ordre social que vous avez si magistralement rétabli.

C'est une suprême équité qui vous fera comprendre que si, jusqu'à présent, les fonctionnaires publics, depuis le ministre jusqu'au gendarme et au garde-champêtre, ont obtenu, — pour avoir occupé des emplois bien payés et bien considérés, — des subventions, la croix d'honneur et une *retraite*... le moment est venu d'acquitter une dette sacrée, — celle du pays, — contractée avec le médecin qui s'est *appauvri* en faisant au nom et pour le compte de la société une avance de secours et de médicamens à ses pauvres...

C'est enfin, Monseigneur, le dernier cri de l'humanité souffrante et la plus honteuse de souffrir. — Un malheureux, en haillons, peut tendre la main et recevoir, sans rougir, l'obole de la pitié; n'est-il pas mille fois plus à plaindre celui qui est atteint par le carcinôme hideux de la gêne, et qui, loin de s'en plaindre, le cache sous un habit, jusqu'à ce qu'il tombe, — comme le Lacédémonien dont parle l'histoire, — le cœur rongé?...

Nous souffrons en silence, dit encore M. le docteur Le Borgne, et avec un certain vernis extérieur de bien-être, parce que beaucoup de médecins ont le courage qui supporte le malheur, la résignation qui l'adoucit, et comme une sorte d'héroïsme qui se place au-dessus.

Un jour, Prince, j'allais visiter un bon vieux médecin de campagne, — mon voisin, — qu'on m'avait dit être malade; il avait cinquante-deux ans de service et zéro d'économies... Un modeste mobilier, quelques livres et une maigre monture représentaient tout son avoir.

Je me trompe, ce médecin possédait encore une gouvernante presque aussi vieille que lui, — excellente fille qui savait discrètement suppléer aux honoraires de son *maître*, avec les quelques sous qu'elle gagnait avec son fer à repasser.

— Eh bien! lui dis-je, vous voilà donc au lit?

— Hélas oui, mon ami, me répondit-il, et j'espère bien dire enfin, avec Just Lipse, *ad lectum, ad lethum*...

— Des idées noires?.. allons donc! Je ne vous reconnais plus... réparez vos forces, calmez un peu votre tête, en vous rappelant tout le bien que vous avez fait et dont la Providence vous tiendra compte, une fois... Vous connaissez le mot de Châteaubriand : « La plus belle couronne du vieillard, ce sont ses cheveux blancs et le souvenir d'une vie honorable. »

— Une couronne! Ah! mon ami, une couronne de boulanger *ferait bien mieux mon affaire*...

Telle fut sa réponse, et il la fit avec cette amertume qu'un mourant ne se donne pas la peine de dissimuler.

Quelques jours après, Monseigneur, j'accompagnais mon voisin au cimetière, — sa *maison de retraite*, — et son cheval fut vendu pour payer ses modestes funérailles...

La morale de mon histoire, Prince, je l'ai trouvée dans ce vers d'Émile Augier :

« Noblesse oblige, indigence encor plus. »

J'ai l'honneur d'être avec le plus profond respect,

Monseigneur,

Votre très humble et très obéissant serviteur,

Dr Munaret,

Médecin à Brignais (Rhône);

Fondateur du dispensaire spécial de Lyon, auteur du *Médecin des villes et du Médecin de campagne*, secrétaire de l'Association des médecins du Rhône, membre de plusieurs Académies et Sociétés savantes, etc.

chloroforme. Si quelques-uns d'entre eux, comme M. le professeur Sédillot, par exemple, pensent que le chloroforme peut être employé sans aucune crainte, en s'entourant de quelques précautions indispensables, combien y en a-t-il, au contraire, qui n'en font usage qu'avec défiance et qui ne seraient pas éloignés d'y renoncer tout à fait, si le patient était de leur avis? Cette espèce de discrédit, qui porte principalement, je le reconnais, sur l'administration du chloroforme en inhalations, a atteint aussi l'administration de cet agent à l'intérieur. Il semble, à lire nos modernes formulaires, que le chloroforme est un médicament aussi dangereux que la morphine, que la strychnine, que l'arsenic et *tutti quanti.* C'est par gouttes qu'on en permet l'emploi, et les plus hardis ne dépassent pas 1 gramme dans une potion de 150 grammes. Depuis un an que je fais un usage presque journalier du chloroforme à l'intérieur, en particulier dans le traitement de l'hystérie, des coliques spasmodiques, de la colique de plomb, etc., j'ai pu me convaincre combien ces craintes sont peu fondées. J'ai donné successivement, à un grand nombre de malades, 20, 30, 40, 50, 100, 150 gouttes même de chloroforme dans les vingt-quatre heures, tant en potions qu'en lavemens, et non seulement je suis encore à en voir le moindre accident, mais même dans la plupart des cas, les effets physiologiques ont été presque nuls, et tout au plus si quelques malades ont éprouvé cette légère ivresse que donne le vin de Champagne.

Un fait d'empoisonnement par le chloroforme, qui a été observé en Angleterre, vient encore à l'appui de ce que j'avance relativement à l'innocuité du chloroforme administré aux doses que je viens de mentionner. Au mois de mars dernier, un jeune homme de 22 ans, qui paraissait en état d'ivresse, entra dans la boutique d'un barbier et se coucha sur un banc sur lequel il s'endormit. Deux heures après, on voulut le réveiller, il était dans le coma, la peau froide, les pupilles largement dilatées et insensibles à la lumière, la respiration calme, le pouls petit à 65, l'haleine fortement imprégnée de chloroforme. Le coma devint de plus en plus profond et il resta dans cet état près de dix heures, la peau froide, très pâle, la respiration stertoreuse; le pouls à 50 à peine, très faible, dépressible. Le lendemain, il ne conservait de ces graves accidens que de vives douleurs de tête avec un mouvement fébrile, et ces symptômes n'eurent pas de suite. On apprit alors de lui qu'il avait acheté 4 onces, 128 grammes, de chloroforme, qu'il avait avalé d'un seul trait.

Ainsi, voilà un individu qui a pris d'un seul trait 128 grammes, c'est-à-dire plus de *trois mille gouttes* de chloroforme (car 100 gouttes de chloroforme équivalent à 4 grammes) et qui, après avoir présenté des accidens dont je suis loin de contester la gravité, a fini cependant par se rétablir. Je suis en mesure de communiquer à la Société un fait analogue, arrivé dans le service dont je suis chargé en ce moment à l'hôpital de la Pitié, et dans lequel, si la quantité de chloroforme ingérée a été moins considérable, les accidens ont été aussi moins graves et surtout moins prolongés.

Le nommé Morel (François-Désiré), âgé de 31 ans, peintre en bâtimens, était entré à la Pitié le 9 mars dernier, pour être traité d'une colique saturnine qu'il avait contractée en travaillant au broyage des couleurs. Il fut soumis au traitement que j'emploie en pareil cas, et qui consiste dans l'administration du chloroforme en potion et en lavement, l'application topique du chloroforme lorsque les douleurs abdominales sont très vives, et de plus les bains sulfureux et alcalins alternés. L'intensité des accidens m'avait conduit à doubler chez lui la dose de chloroforme que j'emploie en pareil cas, et le malade a pris pendant son traitement deux potions et deux lavemens contenant chacun 30 gouttes de chloroforme, c'est-à-dire 120 gouttes ou 4.80 grammes de chloroforme. Depuis deux jours, les garderobes étaient rétablies et les douleurs abdominales presque nulles, lorsque dans la soirée du 18 mars le malade s'est empoisonné avec le chloroforme, dans les circonstances suivantes:

Il avait pris dans la journée sa première potion et son premier lavement; il venait de prendre le second vers six heures et demie ou six heures trois quarts du soir, et s'était couché immédiatement afin de le garder comme il en avait l'habitude. Il voulut commencer alors la deuxième potion de chloroforme; mais il se trompa de flacon et approchant de ses lèvres le flacon qu'il avait saisi, il en avala une forte gorgée sans se déranger. Averti par la sensation de chaleur et de brûlure provoquée par le passage du liquide dans l'arrière-gorge, l'œsophage et l'estomac, il jeta les yeux sur l'étiquette et reconnut alors qu'il avait bu du chloroforme pur, oublié par mégarde le matin sur le dossier de son lit. Il se hâta de boire de l'eau en abondance, fit quelques efforts pour vomir, mais sans résultat. Dix minutes après, grincemens de dents, discours sans suite; puis il s'assit sur son lit et se mit à chanter. L'interne de garde, appelé immédiatement, le trouva assis sur son lit, les yeux brillans, la face animée, ne paraissant pas reconnaître les personnes qui l'entouraient, chantant et interrompant de temps en temps ses chants pour tenir des discours sans suite. Déjà l'insensibilité avait commencé; les pincemens, les tiraillemens, les piqûres ne paraissaient avoir sur lui aucune influence. Interrogé, il paraissait entendre et répondait par un son inarticulé pour reprendre ensuite ses chants et son délire; tremblottemens dans les muscles de la face et dans les membres, avec de la carphologie et des mouvemens de la main comme pour arracher quelque chose de la bouche; pupille ni dilatée, ni contractée, mobile; cependant la vue était abolie; pouls entre 72 et 80 pulsations. Un verre d'eau sucrée, avec quelques gouttes d'ammoniaque liquide, ne calma en rien les accidens.

Le délire et les chants ne furent pas de longue durée: vingt ou trente minutes après l'accident, le malade se couchait et s'endormait profondément; d'abord le sommeil n'était pas très profond et on pouvait le réveiller en le stimulant; mais le sommeil devint bientôt de plus en plus profond, et à partir de huit heures du soir, le malade tomba dans un assoupissement complet avec ronflement, anesthésie générale et résolution complète des membres, paupières fermées, rétraction des cornées en haut et en dedans, sans dilatation ni contraction des pupilles, qui avaient conservé leur motilité, sans gêne apparente de la respiration. Justement effrayé de cet état, l'interne de garde fit appliquer seize sangsues derrière les oreilles, huit de chaque côté, et donner un lavement purgatif. Peu à peu le malade ouvrit les yeux, mais sans parler. Vers dix heures et un quart, il ne ronflait plus, paraissait reconnaître les personnes qui l'entouraient, mais n'avait pas encore recouvré la parole. Vers minuit, on le leva pour faire son lit; il put se tenir debout quelques instans, quoique chancelant un peu sur ses jambes et semblable à un homme ivre. Recouché immédiatement, il s'endormit d'un sommeil calme jusqu'au matin.

Le lendemain, le malade ne se rappelait rien de ce qui lui était arrivé à partir du moment où il avait commencé à avoir de la carphologie, c'est-à-dire à partir du commencement du délire. Face un peu altérée, amaigrie; fatigue générale, peau un peu chaude, moite; pouls à 96; langue blanche et humide; muqueuse buccale parfaitement saine; pas de difficulté dans la déglutition; sensibilité à l'épigastre. Cet accident n'a eu aucune suite fâcheuse et le malade est sorti de l'hôpital, parfaitement guéri, le 25 mars.

Il est un point relatif à cette observation que je n'ai pas pu élucider d'une manière complète, c'est celui qui est relatif à la quantité de la substance anesthésique ingérée. Pour arriver à cette détermination d'une manière aussi précise que possible, je m'y suis pris de deux manières: j'ai dit au malade d'introduire successivement dans la bouche une cuillerée ou une cuillerée et demie, deux cuillerées d'eau, et de voir à laquelle de ces trois quantités il évaluait ce qu'il avait pris de chloroforme. Le malade l'a évaluée à deux cuillerées. Comme contre-épreuve, j'ai fait remplir d'eau le flacon qui avait renfermé le chloroforme au moment de l'accident, et faisant exécuter sous mes yeux ce qui s'était passé au moment de l'accident, j'ai mesuré la quantité d'eau avalée, et j'ai trouvé un peu plus de deux cuillerées. Puis, la cuillère du malade qui avait servi à ces évaluations a été envoyée à la pharmacie pour faire peser la quantité de chloroforme qu'elle pouvait contenir. Cette quantité a été trouvée de 23 grammes, de sorte que je ne crois pas être au-delà de la vérité en affirmant que le malade a ingéré entre 30 et 40 grammes de chloroforme. Néanmoins, je le répète, ce n'est là qu'une approximation et une approximation très grossière.

Malgré ce qu'elle présente d'incomplet sous ce dernier rapport, cette observation n'en est pas moins importante; d'abord au point de vue physiologique pour établir, contrairement à ce que l'on a prétendu dans ces derniers temps, que les phénomènes déterminés par l'introduction du chloroforme dans les voies digestives sont exactement semblables à ceux que détermine cet agent, administré par la voie athmiatrique; ensuite au point de vue thérapeutique, pour montrer que l'administration du chloroforme à l'intérieur peut être portée très loin, sans qu'il en résulte des accidens mortels. Rien de plus facile, d'ailleurs, que de comprendre comment des doses aussi considérables de chloroforme peuvent pénétrer dans le torrent circulatoire sans entraîner la mort. Il résulte, en effet, des recherches de plusieurs observateurs, et en particulier de celles de M. Snow, que l'élimination du chloroforme s'opère avec la plus grande rapidité, immédiatement après son passage dans la circulation, et que cette élimination se fait principalement par la surface pulmonaire. J'ai même été averti, à diverses reprises, par mes malades, que les lavemens de chloroforme donnent lieu, après dix minutes ou un quart d'heure, à l'exhalation de vapeurs de chloroforme qui se prolonge pendant plusieurs heures, suivant la quantité du médicament administré par le rectum. Le chloroforme est donc un médicament qui ne séjourne pas dans l'économie, qui tend à s'éliminer et qui, à ce titre, ne présente pas les dangers de certains autres médicamens qui séjournent un certain temps dans l'économie, et, à plus forte raison, de ceux dont la quantité et les effets s'accumulent.

Je n'ajouterai plus qu'un mot, relativement au traitement. On a vu que l'ammoniaque n'a paru avoir aucune influence, et cela se comprend, parce qu'il a été employé au plus fort de l'intoxication. Les sangsues appliquées derrière les oreilles et les lavemens purgatifs ont mieux réussi; et cependant je pense qu'il ne faudrait pas attacher une trop grande importance à l'emploi exclusif de ces deux moyens. J'aurais préféré, pour ma part, l'emploi de l'infusion de café noir, les affusions froides sur la tête, les sinapismes promenés sur les extrémités, moyens dont l'efficacité a été si souvent vérifiée dans l'empoisonnement par l'alcool, par l'éther, par l'opium, etc.

M. Bouchut dit que l'appréciation de la quantité de chloroforme avalée par le malade dont M. Aran vient de rapporter l'observation, ne lui semble pas avoir été faite avec toute l'exactitude désirable. Le chloroforme détermine dans la bouche une sensation de brûlure telle, qu'il lui paraît impossible d'en avaler deux cuillerées, surtout en buvant à même au flacon. Or, dans cette circonstance, l'appréciation de la quantité est très importante, car si elle est moindre que celle indiquée, les conséquences que l'on peut déduire de ce fait, relativement à la dose, devraient nécessairement être modifiées. Enfin, comme le chloroforme est très volatil, il est très probable que le malade de M. Aran ne prenait pas pas réellement la quantité de chloroforme qui lui était prescrite. Ceci, d'ailleurs, n'attaque en rien les effets physiologiques qui ont été signalés. Ce qu'il faut savoir, c'est que l'absorption par la muqueuse gastrique diffère de beaucoup de celle qui s'effectue par la muqueuse pulmonaire. Cette déduction, ainsi que le fait remarquer M. Bouchut, concorde avec le résultat d'autres expériences. Il cite, entre autres exemples, l'absorption de la morphine par la méthode endermique; celle du curare, qui tue immédiatement un chien, lorsqu'il est inoculé à la dose d'une seule goutte, tandis qu'il peut être mangé et digéré par des animaux de la même espèce, sans qu'il en résulte le moindre accident. Ces faits ont été parfaitement démontrés, comme chacun le sait, par M. Cl. Bernard.

M. Aran: Je remercie M. Bouchut de me fournir l'occasion de compléter ma communication, en répondant aux remarques qu'il vient de présenter. Il est bien vrai, dit M. Aran, que nous n'avons pas pu déterminer mathématiquement la quantité de chloroforme qui a été ingérée par le malade; mais le procédé que nous avons adopté pour arriver à cette détermination, était cependant le seul que nous pussions suivre; et puisque nous sommes arrivés de deux manières à un résultat tout semblable, j'en conclus que nous ne sommes pas très loin de la vérité, en disant que le malade a ingéré entre 30 et 40 grammes de chloroforme. Sans doute, ainsi que le fait remarquer M. Bouchut, la saveur brûlante du chloroforme aurait dû avertir le malade de son erreur; mais la situation dans laquelle il était placé, couché horizontalement, buvant au flacon, et comme on dit *à la régalade*, permet de comprendre comment il ne s'est aperçu qu'il s'était trompé que lorsque le liquide a traversé l'œsophage et est arrivé dans l'estomac. M. Bouchut pense également qu'on ne peut évaluer non plus rigoureusement la quantité de chloroforme qui était donnée chaque jour en potion et en lavement, attendu la volatilité bien connue de cet agent; mais j'ajouterai que le chloroforme a toujours été donné dans une potion gommeuse ou mélangé avec un jaune d'œuf, qu'on a la précaution de le mettre dans des vases bien bouchés, de sorte que si une certaine quantité de cet agent s'est perdue par l'évaporation, il est très probable, cependant, que le malade en a pris la plus grande partie. M. Bouchut a fait remarquer, de plus, qu'il pouvait y avoir des différences entre le mode d'action d'un médicament, suivant qu'il était administré par telle ou telle voie; et il a cité à ce sujet le curare qui tue comme la foudre, lorsqu'il est placé sous la peau ou injecté dans les veines, et qui peut être ingéré dans le tube digestif en toute proportion, sans que les animaux en éprouvent le moindre effet fâcheux. Je crains que l'exemple ne soit pas bien choisi, et en ce qui regarde le chloroforme, je ne saurais l'accepter; car si le curare ne tue pas quand il est introduit dans les voies digestives, c'est qu'il n'est pas absorbé; tandis que le chloroforme est certainement absorbé, ainsi que le prouvent les expériences de M. Pirogoff et les effets physiologiques observés dans le fait d'empoisonnement qui a eu lieu en Angleterre, et dans celui dont je vous ai communiqué les détails. Il y a plus, c'est que cette absorption peut être démontrée physiquement et chimiquement par l'élimination qui s'opère par les voies respiratoires, par l'odeur qu'exhale l'haleine, et mieux en faisant passer, ainsi que l'a pratiqué M. Snow, l'air expiré dans un tube de porcelaine chauffé au rouge: la présence du chloroforme se trouve démontrée par celle de l'acide chlorhydrique et du chlore résultant de sa décomposition.

M. Devergie doute que deux cuillerées de chloroforme puissent être évaluées, en poids, à 30 ou 40 grammes; car deux cuillerées d'eau ne pèsent pas 30 grammes, et l'on sait que le chloroforme est spécifiquement plus léger que l'eau. Il insiste sur le contraste admis par M. Bouchut entre l'absorption gastrique et l'absorption pulmonaire, et il établit qu'on ne peut pas admettre la moindre parité entre l'absorption du chloroforme à l'état liquide et celle du même agent administré à l'état de vapeur. En effet, un corps à l'état gazeux se disséminant sur toute la surface de la muqueuse pulmonaire, son absorption doit nécessairement s'effectuer d'une manière très rapide. Or, il ne peut pas en être ainsi d'un liquide introduit dans l'estomac. Il admet que le chloroforme tue par asphyxie ou par congestion cérébrale. A l'hôpital Saint-Louis, il a vu presque toujours des accidens survenir chez les individus forts et à poitrine large, tandis que les individus faibles, au contraire, échappaient à ces mêmes accidens. Aussi est-il d'avis que l'on prenne en considération le développement de la poitrine chez les malades que l'on soumet aux inhalations de chloroforme, et il est disposé à croire qu'il serait peut-être utile de saigner préalablement les hommes forts et vigoureux.

(*La fin au prochain numéro.*) *Le secrétaire*, Ch. Léger.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Les médecins anglais dans l'Inde. — La pratique médicale est bien déchue aujourd'hui dans l'Inde anglaise de ce qu'elle était autrefois, en particulier du temps où le frère de lord Wellington, le marquis de Wellesley était gouverneur de ce pays; et cependant rien n'approche, dans notre pays, des positions médicales que les médecins peuvent encore s'y faire aujourd'hui. A Calcutta, il y a 25 ou 30 ans, les deux principaux médecins de cette ville, qui étaient en réputation, gagnaient de 10 à 15,000 livres, de 250 à 375 mille francs par an. A mesure que cette ville est devenue plus commerçante et plus anglaise, le chiffre des honoraires est descendu, et de nos jours, ce que la plus belle clientèle rapporte ne va pas à plus de 225,000 francs, ce qui est déjà fort joli.

Comme, dans l'Inde, le gouverneur-général représente le souverain, la plus belle place, la plus élevée et la plus lucrative est certainement celle de chirurgien du gouverneur-général, qui ne rapporte pas moins de 120 livres (3,000 fr.) par mois à son heureux titulaire.

Ce n'est pas l'usage à Calcutta de payer par visite ni d'envoyer de comptes d'honoraires. Les familles paient à l'année et le médecin est à leur discrétion, de sorte qu'une personne qui demeure à côté du médecin lui envoie, au bout de l'année, 50 livres ou 1,250 fr., tandis qu'une autre qui demeure à demi-lieue et qui a souvent une très nombreuse famille, ne lui envoie pas davantage. Du reste, les familles riches ont l'habitude de donner à leur médecin de 100 à 120 livres par an (2,500 à 3,000 fr.)

Autrefois, les médecins de l'armée anglaise, après avoir eu dans l'Inde des appointemens souvent très considérables, après avoir été habitués à un grand luxe, et ce qui est pis, après avoir usé leur santé au service de la compagnie, étaient renvoyés en Angleterre avec une pension extrêmement modeste qui n'allait jamais au-delà de 191 liv. (4,175 fr.); mais depuis les réclamations bien fondées du corps de santé militaire de l'Inde, la pension qui leur est accordée varie suivant le temps qu'ils ont passé au service de la compagnie. Le minimum, pour 20 ans de service, est aujourd'hui de 4,775 fr.; pour 28 ans de service, c'est 7,500 fr.; pour 32 ans, 9,125 fr.; pour 35 ans, 12,500 fr.; pour 38 ans, 17,500 fr. Dans ce temps de service sont toujours compris trois ans de congé. Enfin les médecins de la compagnie ont fondé eux-mêmes une association financière à laquelle ils souscrivent tous, et qui leur sert de plus une rente de 7,500 fr. après 17 ans de service, de sorte qu'un médecin qui quitte le service de l'armée anglaise dans l'Inde, après 17 années de service effectif, se retire dans ses foyers avec une très jolie retraite de 12,275 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme.* — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur Fauconneau-Dufresne. — Prix : 1 fr.

Se vend au bureau de l'*Union Médicale.*

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 60. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 20 Mai 1852.



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.:
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 MAI 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Je ne sais dans quelle vieille dissertation je me rappelle avoir lu le titre suivant : *De privilegio hominis dextri*, du privilége, de la supériorité de l'homme droit. Eh oui ! de l'homme droit; car indépendamment de cette grande dualité de la nature humaine, l'homme moral et l'homme physique, l'esprit et la matière, l'âme et le corps, il en est une autre, purement d'organisation, c'est la dualité symétrique sur laquelle les anatomistes et physiologistes ont renchéri à l'envi. L'homme est double : il est composé de deux moitiés, une droite et une gauche, toutes deux symétriques si l'on s'en tient à une considération d'ensemble, mais offrant bien rarement cependant une ressemblance absolue et complète, à cause de l'inégal développement que peuvent acquérir ces moitiés latérales. Telle est même la fréquence de ces inégalités de développement, surtout en quelques points du corps, que l'anomalie asymétrique est presque la règle, et la symétrie parfaite l'exception. Bichat, Meckel, M. Serres, dans sa *Théorie des formations et déformations organiques*, publiée en 1832, ont insisté sur ces exceptions à la règle de la symétrie, et Bichat a même essayé, dans son *Anatomie générale*, d'expliquer, principalement par des raisons physiques, les développemens inégaux, les déviations anormales que peuvent prendre l'un ou l'autre côté du corps. Et néanmoins il n'est pas douteux que si ces déviations de la symétrie peuvent être quelque chose de primordial, tenir à une disposition originelle, il en est aussi qui peuvent être le résultat d'une maladie, d'une influence mécanique et plus rarement d'un excès de développement.

Appliquant les données qui précèdent à l'étude de l'inégalité congénitale ou acquise des deux moitiés latérales de la face, M. Bouvier, dans un travail qui a vivement intéressé l'Académie, à la fois par son originalité et par son côté utile et pratique, a montré toute la fréquence des anomalies asymétriques de la face, soit qu'elles tiennent à une conformation originelle, soit qu'elles dépendent d'une maladie ou d'une influence mécanique, et en particulier de la rétraction du sterno-mastoïdien ; il a fait voir en quoi consistaient ces anomalies, la moitié de la face affectée se trouvant réduite en tous sens, avec quelques variétés dans les formes, produites par des circonstances secondaires. Il a signalé, dans l'état de la région cervicale le moyen de distinguer les variétés. Arrivant enfin au traitement de ces asymétries, il a montré quelles étaient les variétés qui pouvaient réclamer la myotomie et en attendre une modification favorable, quelles étaient au contraire celles pour lesquelles cette opération ne pouvait avoir aucun résultat, à savoir les asymétries primitives ou essentielles, à peu près incurables, mais pour lesquelles l'art peut cependant intervenir utilement pour prévenir des déformations secondaires de la région cervicale.— M. Bouvier a complété sa communication en mettant sous les yeux de l'Académie des plâtres présentant des exemples de ces diverses formes d'inégalités des moitiés latérales de la face, presque toutes sur le côté droit, et l'une entre autres sur le beau buste d'Hermès Alexandre, regardé comme authentique par les archéologues et qui nous montre l'illustre conquérant avec le côté droit de la face réduit et atrophié en tous sens. Notre savant et spirituel confrère, M. le docteur Dechambre avait conclu, de l'examen attentif de ce buste célèbre, qu'Alexandre-le-Grand était affecté d'une asymétrie de la face, due à un torticolis chronique; peut-être en rangeant cette asymétrie dans les inégalités congéniales ou originelles, M. Bouvier n'a-t-il pas été très fidèle aux principes de diagnostic qu'il avait posés, car nous avons facilement reconnu sur ce buste la saillie très marquée du sterno-mastoïdien gauche, coïncidant avec l'atrophie du côté droit. Ainsi se trouve éclairée par la médecine une question archéologique et historique des plus controversées; ce qui, soit dit en passant, montre que la médecine peut être appelée à servir d'auxiliaire à beaucoup d'autres sciences.

La discussion dont cette communication a été suivie et à laquelle ont pris part successivement MM. les professeurs Roux et Duméril, et M. Huzard, n'a pas tant roulé sur la question soulevée par M. Bouvier que sur l'asymétrie ou, mieux la faiblesse congéniale et originelle du côté gauche du corps. M. Roux a signalé la fréquence des vices de conformation, et en particulier du bec-de-lièvre du côté gauche ; il a cité en outre quelques cas de lésions multipliées vers le côté gauche du corps, hernies, varicocèles, varices, etc. M. Huzard a signalé ce fait qu'il est bien plus facile de faire galoper un cheval sur le pied droit que sur le pied gauche, et que lorsqu'on le fait tourner à gauche, l'animal tremble et peut tomber facilement. La prédominance du côté droit sur le côté gauche est donc un fait originel, un fait de conformation, entièrement indépendant des habitudes et de l'éducation. M. Duméril a signalé, comme un sujet curieux d'études certains animaux vertébrés, chez lesquels le côté droit et le côté gauche s'enchevêtrent mutuellement, de sorte qu'il y aurait à voir de quel côté est la prédominance et la supériorité.

La séance s'est terminée par une longue et confuse discussion au sujet des pilules de M. Blaud, que M. Gaultier de Claubry proposait de faire jouir du bénéfice des préparations officinales. Nous avons vu représenter ici tous les argumens que les discussions de ce genre ont l'habitude de rayiver. L'Académie a remis à la prochaine séance à prendre une décision. C'est donc une question sur laquelle nous aurons très probablement à revenir.

Dr ARAN.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur DENONVILLIERS.

DEUXIÈME LEÇON. — (Voir le numéro du 1er Mai.)

Sommaire. — Diagnostic et traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Plaies des membres par morsure de cheval. — Plaies contuses et par écrasement des doigts. — Traitement qu'il convient d'appliquer à ces sortes de plaies

Messieurs,

J'ai à compléter aujourd'hui l'histoire clinique des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Et tout d'abord j'ai à vous parler du diagnostic différentiel de cette espèce de fracture.

La fracture de l'extrémité inférieure du radius peut être confondue, soit avec une luxation du poignet, soit avec une entorse, soit avec une simple contusion de cette partie. Je laisserai entièrement de côté tout ce qui se rapporte à la luxation du poignet; d'un côté, parce que c'est une lésion dont l'existence est contestée par des chirurgiens d'un grand mérite, d'un autre côté, parce que, si tant est que la lésion existe, elle est du moins très rare. Quant au diagnostic différentiel de la fracture de l'extrémité inférieure du radius avec une contusion ou une entorse du poignet, les détails dans lesquels je suis entré suffiront, je pense, pour vous prémunir contre une pareille méprise ; c'est en ayant surtout égard à la déformation si caractéristique du poignet que vous éviterez une erreur fort préjudiciable pour les malades. Vous comprenez très bien que si l'on méconnaissait une fracture de l'extrémité inférieure du radius, on laisserait subsister une difformité fâcheuse, et il y a peu de temps encore nous avions dans nos salles un malade entré pour une autre affection et qui se trouvait dans de pareilles conditions.

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius présentent, comme toutes les fractures, deux indications à remplir : réduire la fracture et la maintenir réduite.

Pour opérer cette réduction, j'ai l'habitude de me conduire de la manière suivante : je fais asseoir le malade dans son lit ou sur une chaise, et je fléchis l'avant-bras sur le bras. Dans cette situation, les muscles qui se portent du bras à l'avant-bras sont dans le relâchement ; je donne également à l'avant-bras une situation qui tient le milieu entre la pronation et la supination, je place ainsi les os de l'avant-bras sur un même plan, et je relâche à peu près également les muscles pronateurs et supinateurs de l'avant-bras. Un aide pratique la contre-extension en croisant les mains sur la partie inférieure du bras ; un autre opère sur la main une extension graduelle, et pour cela il embrasse la main du malade avec ses deux mains, de telle façon que ses pouces se croisent sur le bord radial, et les autres doigts sur le bord cubital de la main du patient. Je me place moi-même au côté externe du membre, et j'opère la coaptation en repoussant les fragmens du radius en sens opposé.

Pour maintenir la fracture réduite pendant le temps nécessaire à la consolidation, on a imaginé un grand nombre d'appareils; mon intention n'est pas de les passer en revue, je désire seulement vous faire bien comprendre les indications que les chirurgiens ont cru devoir remplir avec ces appareils.

Ces indications sont au nombre de quatre :

1° Faire disparaître la difformité que présente le poignet ;

2° Rendre au radius sa longueur normale;

3° Rétablir l'espace interosseux ;

4° Reporter dans sa direction naturelle la main déviée du côté du bord radial.

Ces quatre indications peuvent être ramenées à deux indications, ou plutôt à deux classes d'indications.

Première indication. — Rendre au radius sa longueur naturelle, et replacer les fragmens de la fracture sur un même plan.

Deuxième indication. — Rétablir l'espace interosseux et opérer le renversement de la main en sens opposé au déplacement.

Pour comprendre la portée de ces diverses indications, il est nécessaire que nous revenions sur quelques-uns des détails relatifs à l'anatomie pathologique de la fracture.

Dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, il y a le plus souvent enfoncement ou pénétration réciproque des fragmens, et cet enfoncement a lieu le plus ordinairement de la manière suivante : le fragment antibrachial entre par sa partie postérieure dans le fragment carpien, qui est un peu porté en arrière ; mais en même temps que ce dernier fragment se porte dans le sens que je viens de vous indiquer, il se dirige quelquefois vers le bord radial; dans ce point, le fragment antibrachial s'y enfonce, et de là un renversement plus ou moins prononcé de la main vers le bord radial de l'avant-bras.

La plus importante des indications à remplir dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, est de porter les fragmens en sens opposé; cette indication est ordinairement facile à remplir. Il n'en est pas de même de celle qui consiste à redonner au radius sa longueur naturelle; comment, en effet, voudrait-on rétablir cette longueur dans les cas si nombreux où les surfaces osseuses de la fracture ont subi un véritable écrasement? Dans le but d'obtenir ce résultat, on a imaginé d'appliquer des appareils à extension continue; mais, outre que ces appareils ne donnent pas toujours le résultat qu'on en attend, ils sont incommodes et souvent nuisibles par l'écartement qu'ils déterminent entre les fragmens.

Il faut donc renoncer à vouloir rendre au radius sa longueur, et se borner à replacer les fragmens sur un même plan.

L'indication relative au rétablissement de l'espace interosseux est tout à fait accessoire, sinon erronée, dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius; vous savez, en effet, que le siége même de la fracture ne comporte pas une diminution dans l'espace interosseux ; il n'y a donc aucune nécessité à faire usage, dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, de compresses graduées placées sur les deux faces de l'avant-bras.

Le renversement de la main vers le bord cubital est aussi une indication secondaire, d'un côté, parce que le renversement de la main vers le bord radial est rare ; et, d'un autre côté, parce que la persistance de ce renversement n'aurait pas de grands inconvéniens. Toutefois, je dois vous dire que cette indication ne doit pas être négligée dans quelques circonstances.

En résumé, l'indication qui domine toutes les autres, c'est de maintenir la réduction, qui a repoussé les fragmens en sens opposé. Pour remplir cette indication, je place plusieurs compresses plates épaisses et souples sur les deux faces de l'avant-bras; celles qui se trouvent sur la face palmaire sont reployées à leur extrémité, au niveau du point où existe la fracture de manière à former une sorte de talon et l'attelle qui les recouvre s'étend jusqu'au bout des doigts. S'il était nécessaire de remédier à un déplacement latéral de la main, j'emploierais

une attelle coudée au lieu de me servir d'une attelle droite. Les compresses de la face dorsale de l'avant-bras ne sont nullement repliées et descendent jusqu'au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; une attelle les recouvre et descend jusqu'au même point. Pardessus les attelles je place une bande roulée et j'ai soin de garnir la face palmaire des doigts de coton cardé, afin de remplir le vide laissé en ce point par les pièces de l'appareil; cette précaution est indispensable; elle empêche le malade d'exécuter des mouvemens avec les doigts et de déranger l'appareil.

Au bout de trente à trente-cinq jours, je substitue à l'appareil une simple bande roulée.

Messieurs, il existe en ce moment, dans la salle des hommes, trois malades qui présentent des plaies produites par morsure de cheval; l'une des plaies occupe le milieu du bras, l'autre a son siége à la main, la troisième est sur l'avant-bras.

Ces plaies présentent des caractères qui leur sont communs et des caractères qui sont propres à chacune d'elles.

Les caractères communs à toutes ces plaies tiennent à la cause même de la morsure; en effet, il s'agit ici d'une force contondante qui est toujours la même, il s'agit des mâchoires du cheval. Cet animal saisit une partie du corps entre ses dents et en même temps qu'il serre ainsi la région qu'il tient, il remue fortement la tête sans lâcher prise. Il en résulte qu'il communique un ébranlement aux articulations voisines et souvent il en résulte des entorses. Chez nos malades, il n'y a eu, heureusement, aucune de ces lésions articulaires médiates.

La manière dont les plaies par morsure se produisent explique très bien leur physionomie spéciale; ces plaies sont doubles et elles sont situées sur deux points opposés du membre; elles ont une forme semi-lunaire, c'est-à-dire la forme de la mâchoire du cheval; elles présentent une interruption dans un point, cette interruption correspond à cette portion de la mâchoire où les dents manquent et que l'on désigne sous le nom de barre. Ces plaies ont tous les caractères des plaies contuses, et la contusion qui les accompagne est très forte, aussi sont-elles suivies d'une escarre qui plus tard doit se détacher.

Ces plaies diffèrent eu égard au siége qu'elle occupent; on peut dire que la blessure est d'autant plus grave qu'elle est plus rapprochée de l'extrémité périphérique du membre. Les conditions anatomiques rendent parfaitement compte de cette particularité. En effet, le bras présente au centre un seul os entouré de parties molles; il en résulte que les lésions produites par la morsure ne portent que sur ces parties molles, l'os est assez profondément situé pour échapper à la cause vulnérante; de plus le membre étant en général saisi par sa partie externe, la portion interne du membre qui recèle, comme vous le savez, les nerfs et les vaisseaux volumineux est à l'abri des effets de la blessure.

L'avant-bras présente des conditions bien différentes: ici vous avez deux os qui sont parallèles dans cette situation du membre qui tient le milieu entre la pronation et la supination; vers la partie inférieure ces os ne sont séparés des tégumens que par des tendons, la situation de ces os est donc très superficielle et les mâchoires du cheval peuvent porter presque directement sur les parties dures. Dès que les mâchoires de l'animal ont saisi l'avant-bras, les deux os glissent l'un sur l'autre et deviennent parallèles; il peut alors arriver plusieurs choses, ou bien les deux os sont saisis en même temps par les deux mâchoires et ils peuvent être fracturés; ou bien l'effort des mâchoires se concentre sur l'espace interosseux et les os se dérobent à la cause contondante; ou bien enfin un seul des os est brisé.

A la main, les choses se passent différemment, selon la partie qui est saisie; si ce sont les doigts, la lésion peut se borner à un seul doigt et s'étendre à plusieurs; si c'est la partie pleine de la main, les conditions anatomiques répétant ici exactement celles que nous avons signalées pour l'avant-bras, et de plus les os métacarpiens étant trop rapprochés pour se soustraire à la cause contondante, il en résulte habituellement une fracture à plusieurs de ces os à la fois. De plus les tendons qui recouvrent la face dorsale de la main sont lésés, circonstance très facheuse, car la lésion des tendons est suivie de la nécrose, ce qui entraîne une paralysie des doigts auxquels ces tendons sont destinés.

Une autre circonstance qui aggrave ces plaies, c'est la coïncidence entre la plaie contuse et la fracture des os subjacens. Il en résulte que le foyer même de la fracture, et d'une fracture directe et comminutive, communique avec l'air extérieur, ce qui rend le pronostic beaucoup plus fâcheux.

Revenons maintenant, Messieurs, à nos trois malades. Celui qui a une plaie au bras va très bien. Celui dont la blessure occupe l'avant-bras était précisément dans les conditions dont je vous entretenais tout-à-l'heure. Chez lui, il existait une communication de la plaie avec le foyer de la fracture; le cubitus était brisé à sa partie inférieure, nous avions donc à redouter une violente inflammation, tous nos soins devaient être dirigés dans le but de la prévenir. Plusieurs moyens se présentaient, celui de tous auquel j'ai donné la préférence est l'irrigation continue de la plaie par l'eau tiède. Cette irrigation prolongée pendant quinze, vingt et même trente jours, calme les accidents inflammatoires et modère l'abondance de la suppuration. Le malade que vous avez examiné à la visite, est resté pendant vingt-sept jours exposé à l'irrigation; pendant ce temps une esquille du cubitus s'est détachée et la cicatrisation a commencé pendant le cours même de l'irrigation.

Chez le troisième malade, trois métacarpiens étaient fracassés; la plaie occupe la face dorsale et la face palmaire de la main; les tendons étaient fortement contus et dénudés. Cette plaie présentait un tel délabrement qu'on aurait pu songer à faire une amputation, je reviendrai tout-à-l'heure sur ce fait. J'ai fait subir à ce malade le même traitement qu'au précédent; la plaie a été soumise à un courant d'eau tiède pendant trente jours et je m'en suis très bien trouvé.

Chez les deux malades je n'ai fait cesser l'irrigation que lorsque les bourgeons charnus ont apparu, que la suppuration est devenue médiocre; je n'aurais suspendu l'irrigation avant cette époque que si la plaie avait pris un aspect blafard, si une tuméfaction œdémateuse s'était développée dans les environs de la plaie, ces phénomènes indiquent en effet que le travail de réparation se ralentit. Du reste quand je fais supprimer l'irrigation, je prends quelques précautions qui me paraissent indispensables. Pour opérer une transition graduelle de l'humidité à la sécheresse, je fais appliquer sur la partie qui a été soumise à l'irrigation, des cataplasme très liquides renouvelés souvent. Les jours suivans, les cataplasmes doivent être moins liquides et on les renouvelle moins fréquemment. Enfin il arrive un moment où la plaie est traitée comme une plaie simple.

Le malade qui a été blessé à la main est dans de bonnes conditions, mais la consolidation des métacarpiens n'est pas encore achevée, j'espère toutefois que cette heureuse terminaison ne se fera pas longtemps attendre. Les derniers doigts de la main ont perdu leurs mouvemens, ce qui était inévitable en raison de l'exfoliation des tendons.

Messieurs, le hasard amène fort à propos près de nous un jeune homme qui a été il y a quelques années atteint d'une lésion analogue à celle sur laquelle je viens d'appeler votre attention. Ce jeune homme a eu l'avant-bras droit pris entre deux roues d'engrenage, il a été saisi par le bord cubital de l'avant-bras. Vous n'ignorez pas que l'action de ces machines est non seulement de presser fortement les parties, mais encore de les attirer. C'est ainsi qu'on voit dans les grandes fabriques où fonctionnent des machines à vapeur, des malheureux dont la main a été engagée entre des cylindres, avoir tout le bras broyé; chez notre malade la machine put être arrêtée à temps pour prévenir un tel délabrement.

Lorsque le malade entra dans mon service, l'avant-bras était broyé, il y avait sur la face dorsale et palmaire de ce membre des plaies longitudinales qui correspondaient aux dents des roues de la machine; vers le bord cubital de l'avant-bras, il ne restait qu'une lanière de peau intacte; vers le bord radial il restait une portion de tissus sains, tout le reste était horriblement meurtri. Il n'y avait pas d'hémorrhagie, les battemens de l'artère cubitale et de l'artère radiale étaient perçus au-dessous de la plaie, le cubitus et le radius semblaient avoir conservé leur intégrité; toutefois je soupçonnais l'existence d'une fracture longitudinale du cubitus, et vous verrez que ce soupçon s'est confirmé.

La première idée qui devait se présenter à l'esprit du chirurgien en voyant une pareille lésion était qu'il fallait faire une amputation. Cependant, Messieurs, j'hésitai à sacrifier ainsi la main droite de ce pauvre jeune homme et j'essayai de lui conserver son membre.

Pendant quarante-huit jours, le membre blessé fut sonmis à une irrigation continue d'eau tiède, à cette époque la plaie fut pansée simplement. Pendant le cours du traitement j'ai retiré à plusieurs reprises quelques esquilles appartenant au cubitus; la cicatrisation de la plaie s'est effectuée parfaitement.

Le malade, comme vous pouvez le voir, se sert des doigts, mais imparfaitement; il ne peut fléchir complètement le pouce, l'indicateur et le medius; l'annulaire et le petit doigt sont plus complètement paralysés que les autres doigts.

Messieurs, avant de terminer ce sujet, je désire encore appeler votre attention sur quelques blessures de doigts qui sont en ce moment dans mon service. Ce sont les malades couchés aux numéros 37, 40 et 57 de la salle St-Augustin.

Le malade couché au n° 37 a eu les doigts médius et indicateur de la main droite écrasés par une barrique, l'extrémité de la dernière phalange a été mise à nu. Le malade du n° 40 est dans le même cas; celui qui est couché au numéro 47, a eu le médius de la main gauche mis sous une machine d'un poids considérable. Le doigt a été écrasé et les tégumens qui recouvrent la troisième phalange ont éclaté.

Ces trois plaies ont, comme vous le voyez, beaucoup de ressemblance entre elles et les malades qui en ont été affectés se trouvent aujourd'hui dans un état des plus satisfaisans. Ces malades n'ont été traités que par l'application de simples cataplasmes émolliens; peut-être cette thérapeutique vous étonnet-elle? C'était cependant la conduite suivie par les anciens chirurgiens, et ce n'est qu'au commencement de ce siècle qu'on a voulu entrer dans une autre voie; au lieu de se borner dans les plaies contuses des doigts à surveiller avec soin le travail de la nature, on avait pris pour principe de régulariser les plaies. Ainsi dans les deux cas dont je vous ai entretenus, on n'aurait pas hésité à pratiquer la désarticulation de la phalange. On croyait qu'une plaie faite par un bistouri, une plaie bien régulière devait se comporter mieux qu'une plaie faite par une puissance aveugle. Mais il ne suffit pas en chirurgie de raisonner sur des faits, il faut interroger les résultats qu'ils fournissent et c'est à l'observation clinique à intervenir.

Or, Messieurs, voici ce que l'observation clinique m'a appris. En prenant, il y a environ une dixaine d'années, la direction temporaire d'un service chirurgical de Paris, où ces idées régnaient, j'ai été témoin, dans un temps fort court, de la mort de quatre malades opérés pour des écrasemens de doigts; ces malades ont succombé à la résorption purulente. A la même époque, se présenta à moi un autre malade qui avait été traité en province pour une plaie contuse du pouce; ce malade n'avait subi aucune opération; je le vis quinze jours après son accident, et, à cette époque, la troisième phalange faisait une saillie; je la détachai avec une petite scie, et il ne survint aucun accident. Depuis cette époque, j'ai complètement réformé ma pratique en ce qui touche les plaies contuses ou les plaies par écrasement des doigts; je ne pratique aucune opération immédiate, j'attends que la période des accidens inflammatoires soit complètement passée, et alors si la pointe d'os qui dépasse le reste du doigt est mobile, j'achève de couper les adhérences qui l'unissent à la phalange voisine; si, au contraire, la phalange n'est dénudée que dans une portion de son étendue, j'en fais l'ablation soit avec des pinces incisives, soit avec une petite scie. Il y a quelques jours encore, vous auriez pu voir dans mon service un jeune homme qui avait eu la dernière phalange de l'index de la main droite complètement dénudée par l'action d'une de ces machines dans laquelle le doigt s'était engagé. Au bout de quinze jours, la troisième phalange ne tenait plus à la seconde du même doigt que par quelques liens fibreux, et il me fut facile de les détacher: aucun accident n'est survenu.

Pour prévenir les accidens inflammatoires, je n'ai même que fort rarement recours à l'irrigation d'eau tiède; je me contente de l'application de cataplasmes émolliens.

Depuis neuf à dix ans que j'ai été chargé de services chirurgicaux dans les différens hôpitaux, j'ai constamment suivi cette pratique, et je n'ai jamais eu qu'à m'en louer; jamais je n'ai perdu un seul malade.

BIBLIOTHÈQUE.

DU RACHITIS, DE LA FRAGILITÉ DES OS, DE L'OSTÉOMALACIE; par M. E.-G. BEYLARD (de Philadelphie), docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société médicale d'observation, membre correspondant de la Société de biologie. — Un volume in-4° de 285 pages, avec quatre planches lithographiées. Paris, Rignoux, imprimeur de la Faculté de médecine, 1852.

La réunion en tête de ce travail, de ces trois mots: rachitis, fragilité, ostéomalacie, indique très nettement le but que l'auteur s'est proposé. Lui-même n'en fait aucun mystère, et résume tout son travail dans cette conclusion générale, à savoir: 1° que les trois états morbides connus sous les noms de rachitis, fragilité des os et ostéomalacie, sont identiques dans leur nature, et constituent tout au plus trois formes d'une seule et même espèce nosologique; 2° que si l'on a séparé ces trois formes d'une même maladie pour en faire autant d'affections distinctes, c'est qu'on a confondu l'ostéomalacie proprement dite avec d'autres altérations du squelette, qui en sont essentiellement différentes, et qui n'ont d'autres rapports avec elle que les déformations qu'elles produisent; ou bien qu'on s'est arrêté à des considérations d'un ordre tout à fait secondaire, telles que la prédominance de la friabilité ou de la mollesse, oubliant ainsi qu'on ne saurait, en bonne logique, créer des maladies distinctes d'après les degrés variables d'un seul de leurs symptômes. C'est donc, à quelques égards, un travail qui rappelle les articles remarquables publiés dans ce journal par MM. Trousseau et Lasègue (UNION MÉDICALE, 1850), sur le rachitis et l'ostéomalacie comparées, dans lesquels, nos lecteurs doivent se le rappeler, les deux auteurs ont exposé les similitudes et les dissemblances que ces deux états morbides offrent entre eux, et les ont expliquées par la différence d'âge des sujets; de sorte que, d'après ces deux médecins, on pourrait suivre pas à pas les modifications qui surviennent dans les lésions anatomiques du rachitis depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Nos lecteurs doivent se rappeler également que MM. Trousseau et Lasègue consignèrent aussi dans ce travail plusieurs curieux exemples d'ostéomalacie, suivis de guérison.

On n'aurait cependant qu'une idée très imparfaite du travail de M. Beylard, si l'on croyait qu'il s'est borné à reproduire les argumens développés par MM. Trousseau et Lasègue, à l'appui de leur opinion relative à l'identité du rachitis et de l'ostéomalacie. M. Beylard a compris plus largement sa tâche: il a pensé que, pour arriver à démontrer cette identité, qui ne lui semble pas contestable, mais qui n'est pas encore admise par tous, il fallait tracer une histoire complète des deux, j'aurais pu dire, des trois états morbides, qu'il s'agissait pour lui de fondre dans un ordre nosologique commun. En effet, la fragilité des os, décrite à part par quelques auteurs, lui paraît devoir être réunie avec l'ostéomalacie, et cette opinion sera partagée par tous ceux qui liront la discussion intéressante à laquelle l'auteur s'est livré à cet égard.

Abstraction faite de la question d'identité du rachitis et de l'ostéomalacie, en faveur de laquelle il a réuni des argumens nombreux puisés dans l'étiologie, la symptomatologie, l'anatomie pathologique et même le traitement de ces deux états morbides, il y a donc encore dans le travail de M. Beylard quelque chose qui le recommande à l'attention des médecins et des élèves, c'est la description excellente et aussi complète que possible qu'il a donnée du rachitis et de l'ostéomalacie, description puisée non seulement dans les documens nombreux que renferment les annales de la science, mais encore dans les communications qui lui ont été faites par plusieurs personnes, et dans les recherches qui lui sont propres. Personne, avant M. Beylard, n'avait écrit, à notre avis, une aussi bonne description de l'ostéomalacie à tous ses points de vue, et ce qui ajoute

encore à l'intérêt de cette partie de son travail, c'est qu'il n'a pas craint de publier *in extenso* ces faits traditionnels dont tout le monde parle sans les avoir lus, et qui finissent par se dénaturer en passant par tant de bouches; de sorte que le lecteur trouve à côté de la description de la maladie les faits qui peuvent lui être utiles pour fixer sa conviction, et pour établir ou non la concordance avec les opinions formulées par M. Beylard. Des planches lithographiées, dessinées avec soin par M. Roussin, ajoutent à la clarté de la description anatomo-pathologique du rachitisme, en permettant de suivre et de saisir plus facilement les nombreuses altérations qu'entraîne cette affection dans la structure du système osseux. Nous mentionnerons encore dans ce travail, comme pouvant être d'une grande utilité pour les médecins qui voudraient faire des recherches sur ces états morbides, la longue liste bibliographique dressée par M. Beylard des principaux auteurs qui ont écrit sur ces divers points. Cette liste des livres, dont M. Beylard ne s'est pas seulement borné à consigner les titres, mais qu'il a véritablement bien consultés, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les citations nombreuses qu'il en a faites, témoigne en même temps que de la difficulté des questions qu'il a eu à traiter, des soins et de la conscience avec laquelle ce jeune médecin a mené à fin son œuvre, et du travail immense qu'elle a réclamé de sa part. Que la conviction d'avoir fait quelque chose pour la science, et la sympathie de ses confrères soient pour lui un juste dédommagement de ce vaste travail et de ses longues recherches!

Dr Aran.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 Mai 1852.—Présidence de M. Piobert.

MM. Gratiolet et Cloez présentent de *nouvelles observations sur le venin contenu dans les pustules cutanées des batraciens.* Les auteurs ont constaté, par leurs expériences, que le principe du venin du crapaud est à un faible degré soluble dans l'éther, et très soluble dans l'alcool. Ce n'est donc point une matière albuminoïde, comme on aurait pu le présumer d'après l'opinion la plus généralement reçue sur la nature des poisons animaux. Ce poison desséché conserve très longtemps, sinon toujours, ses propriétés vénéneuses. Dans les expériences d'inoculation que MM. Gratiolet et Cloëz ont faites, et dont ils se proposent de rendre compte en détail plus tard, ils ont constaté ce fait, intéressant pour les physiologistes, que, dans tous les oiseaux soumis aux expériences, et qui sont morts après des convulsions en sens divers, les canaux demi-circulaires de l'oreille ont toujours été trouvés simultanément remplis de sang.

M. le docteur Niepce, médecin-inspecteur des eaux thermales sulfureuses d'Allevard (Isère), envoie un mémoire sur l'*action des bains de petit-lait.*

Dans un premier mémoire, publié il y a trois ans, sur l'action des bains de petit-lait, soit pur, soit à l'état de mélange avec l'eau sulfureuse d'Allevard, M. Niepce citait plusieurs observations prouvant que, dans un grand nombre d'affections nerveuses, l'usage de ces bains produisait d'excellens résultats.

Depuis lors, ce que l'auteur avançait à cette époque, s'est trouvé confirmé, dit-il, par des faits nombreux de guérisons de gastralgie, d'entéralgie, d'hystérie et d'autres affections dépendant des troubles des fonctions de l'innervation. M. Niepce a remarqué, en outre, que, chez la plupart des malades qui prenaient des bains de petit-lait, le pouls s'abaissait d'une manière très notable, au point de ne donner quelquefois que 34 pulsations. Voici les résultats qu'il a constatés sur 217 malades qui ont fait usage de ces bains pendant les années 1849, 1050 et 1851 :

Chez 69 malades, le nombre des pulsations s'est abaissé à	34
Chez 93, il s'est abaissé à.	38
Chez 31, à.	42
Chez 24, à.	45

L'auteur croit que c'est à l'acide lactique qu'il faut attribuer en partie cette sédation de la circulation.

Quoi qu'il en soit, il a été conduit, par ces faits, à employer ces bains dans diverses affections du cœur, et en particulier dans les palpitations nerveuses.

Il rapporte dans son mémoire des observations qui tendent à prouver les bons effets de cette médication dans les palpitations nerveuses, ainsi que dans quelques cas de palpitations dues à des lésions organiques du cœur, et dans un grand nombre de cas de chlorose.

M. Niepce adresse aussi un mémoire ayant pour titre : *Recherches de l'iode dans l'air, les eaux et les produits alimentaires des Alpes de France et des Cévennes.*

L'auteur s'est principalement proposé, dans ce travail, de faire ressortir quelle pouvait être sur le développement du goître et du crétinisme l'action de l'absence ou de la présence de l'iode dans ces différens milieux.

Il constate, par de nombreux exemples, que si l'absence plus ou moins complète de l'iode dans l'air, les eaux et les produits alimentaires, est une cause active du crétinisme et du goître, on ne serait pas fondé à en conclure, d'une manière absolue, qu'elle en est la cause unique. Il est, en effet, nombre de lieux où ces deux affections, autrefois si nombreuses, ont disparu presque entièrement depuis que l'aisance y a pénétré, sans que la composition de l'air ou des eaux ait été changée.

M. Filhol envoie une note sur *la composition de l'air des piscines, des salles de douches et des étuves de Bagnères-de-Luchon.*

Les chimistes qui se sont occupés de l'étude des eaux thermales sulfureuses, dit M. Filhol, n'ont pas suffisamment dirigé leur attention sur la composition de l'atmosphère dans laquelle respirent les malades qui prennent des bains de piscines, des douches, ou qui séjournent dans les étuves, soit sèches, soit humides. L'action des émanations sulfureuses n'a pourtant pas été méconnue par tous les médecins.

M. Lallemand l'a surtout signalée à l'attention de ses confrères comme un moyen thérapeutique dont on pourrait tirer un parti avantageux dans l'établissement du Vernet. Malgré cela, aucun chimiste n'a cherché à se rendre compte de l'altération qu'éprouve l'air confiné dans les salles dont il s'agit, et à fixer les médecins par des expériences précises sur l'activité probable de cette atmosphère, sur les bons effets qu'il peut en attendre dans certains cas, et sur les dangers qu'elle peut faire courir aux malades dans d'autres. Les expériences que M. Filhol soumet au jugement de l'Académie ont pour but de combler cette lacune.

L'air des piscines des salles de douches et d'étuves est altéré :

1° Par l'acide sulfhydrique qui se dégage de l'eau minérale;

2° Par le contact de l'eau sulfureuse elle-même, dont l'un des élémens (le sulfure de sodium) absorbe continuellement de l'oxigène. Le malade qui est placé dans une piscine respire dans une atmosphère très chaude (de 26 à 30 degrés). Cet air dilaté lui fournit à chaque inspiration moins d'oxigène que l'air extérieur.

L'air des piscines et des douches est, en outre, sensiblement saturé de vapeur d'eau, ce qui doit considérablement amoindrir la transpiration cutanée et même la transpiration pulmonaire.

Cet air est plus pauvre en oxygène que l'air du dehors; enfin il contient un peu d'acide sulfhydrique.

L'acide sulfhydrique qui est versé dans l'air contribue lui-même à l'appauvrir en oxygène. Il produit de l'eau et un dépôt de soufre.

Ce soufre, très divisé, disséminé dans cette atmosphère humide, pénètre à chaque inspiration dans les organes respiratoires en même temps que l'acide sulfhydrique non décomposé.

Toutes ces causes concourent à amoindrir l'hématose; elles privent momentanément la peau et les poumons d'une partie de leurs droits, et l'on conçoit sans peine l'état de malaise qu'éprouvent les malades qui y sont soumis. On voit aussi pourquoi ces malades, sortant très échauffés de cette atmosphère riche en azote, souillée par des vapeurs sulfureuses et saturée d'humidité, sentent se développer en eux une réaction salutaire qui peut, en rétablissant la transpiration dans toute son intégrité, amener la guérison des affections rhumatismales et de plusieurs autres maladies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Mai 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Tueffert, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montbéliard, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Béthancourt pendant les quatre derniers mois de 1851.

2° Un rapport de M. le docteur Huard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Metz, sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Plesnois pendant les mois de février, mars et avril dernier.

3° Un rapport de M. le docteur de Crozant, médecin-inspecteur des eaux minérales de Pougues, sur les malades scrofuleux qui ont fait usage de ces eaux pendant les années 1847, 1848 et 1849.

4° Un rapport de M. le docteur Doux, médecin-inspecteur des eaux minérales de Gréoulx, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850.

5° Un rapport de M. le docteur Subervic, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Bigorre, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851.

6° Un rapport de M. le docteur Barrié, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, sur le service médical de cet établissement pendant la même année.

7° Un rapport de M. le docteur Bailly, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bains (Vosges), sur le service médical de cet établissement (même année).

8° Un rapport de M. le docteur Chapelain, médecin-inspecteur des eaux minérales de Luxeuil, sur le service médical de cet établissement. (Id.)

9° Un rapport de M. Pigtowski, médecin-inspecteur des eaux minérales du Vernet. (Id.)

10° Un rapport de M. le docteur Calvet, médecin-inspecteur des eaux minérales de Sylvanès et Camarès. (Id.)

11° Un rapport de M. le docteur Privat, médecin-inspecteur des eaux minérales de La Malou et Villecelle. (Id.)

12° Une demande d'autorisation pour l'exploitation d'une nouvelle source minérale récemment découverte à Belleville.

13° Un mémoire de M. Carron du Villards, sur la fréquence de la pierre ou calcul vésical dans l'île de Cuba. (Comm. MM. Malgaigne et Velpeau.)

14° Un mémoire de M. Plouviez, de Lille, intitulé : De l'art d'employer le chloroforme pour déterminer l'insensibilité. (Comm. du chloroforme.)

15° Un mémoire de M. Adde Margras (de Nancy), sur la vaccine et la revaccination. (Comm. de vaccine.)

16° Un mémoire de M. Chevandier, de Die (Drôme), sur l'application des bains de vapeur thérébenthinée au traitement du rhumatisme chronique, de la goutte, des ankyloses, des catarrhes chroniques, de l'aménorrhée, de la gonorrhée ancienne, etc. (Comm. MM. Boullay, Bouvier et Gibert.)

17° Un mémoire de M. Delioux, médecin de la marine, à Rochefort, sur le traitement de l'aphonie par l'éther.

18° Une note de M. Liégey, de Rambervillers, contenant la relation d'un cas de délire revêtant successivement les formes de la monomanie alcoolique, de la monomanie religieuse et de la monomanie homicide. (Comm. M. Baillarger.)

19° Une note de M. Giusti, de Tripoli, qui fait connaître un nouveau fébrifuge, composé de nitre et de crême de tartre. (Comm. des succédanés de quinquina.)

20° Enfin, un tableau des vaccinations pratiqués par M. Hullin, de Mortagne, en 1851. (Comm. de vaccine.)

— M. Bouvier lit un mémoire *sur l'inégalité congénitale ou acquise des deux moitiés latérales de la face.*

Les faits et les considérations énoncés dans ce mémoire, peuvent se résumer comme il suit :

1° La dualité symétrique d'un grand nombre d'êtres, ou de parties des êtres organisés, les expose à un genre d'anomalies résultant de l'inégal développement de leurs deux moitiés latérales.

2° Des conditions physiologiques du développement symétrique dérivent les conditions accidentelles du défaut de symétrie latérale.

3° Chez les animaux, le système musculaire fournit un élément important, mais non général, dans l'étiologie de cette malformation.

4° La fréquence de cette anomalie à la face est telle, qu'elle semble la règle, et la symétrie parfaite l'exception.

5° Les causes des asymétries faciales congénitales ou acquises se rapportent généralement à l'arrêt du développement d'une demi-face, produit par une disposition originelle, une maladie ou une influence mécanique, rarement à un excès de développement de la demi-face opposée.

6° Elles agissent en déterminant une inégalité dans le développement du système sanguin à droite et à gauche, et dans la proportion des fluides qu'il charrie; d'où la semi-atrophie relative d'une des moitiés latérales.

7° Les caractères extérieurs des asymétries organiques, de celles de la face en particulier, se déduisent de la réduction en tous sens de la moitié affectée, bien que les formes qui en résultent présentent des variétés produites par des circonstances secondaires.

8° L'état de la région cervicale fournit les moyens de distinguer les inégalités des deux moitiés de la face déterminées par des causes diverses.

9° Cette distinction conduit à fixer le choix des moyens thérapeutiques.

10° La myotomie pratiquée de bonne heure, est le plus sûr remède à opposer aux progrès de la déformation de la face dans le torticolis par rétraction musculaire.

11° Cette opération n'est presque jamais applicable aux autres espèces étiologiques d'asymétrie faciale, et notamment à celle qu'on peut appeler primitive ou essentielle.

12° Celle-ci est à peu près incurable. Néanmoins, l'art intervient utilement dans cette circonstance pour prévenir la déformation de la région cervicale.

Je dois déclarer, en terminant, ajoute M. Bouvier, que je n'ai nullement la prétention de présenter comme nouvelles toutes les propositions qui précèdent. Le développement asymétrique, celui de la face en particulier, a déjà fixé l'attention de plusieurs savans, parmi lesquels je me me bornerai à citer M. Serres, qui lui a consacré un article dans sa *Théorie des formations et déformations organiques, appliquée à l'anatomie de Ritta-Christina,* publiée en 1832; mais j'ai dû fondre ce qui m'appartient et ce qui existait dans la science, n'ayant eu d'autre but que de réunir en un faisceau des faits dont on n'avait pas assez tenu compte, en les envisageant spécialement au point de vue pratique.

M. Roux présente quelques courtes réflexions sur cette lecture. Suivant lui, M. Bouvier aurait attaché trop d'importance aux causes accidentelles, et n'aurait pas assez tenu compte d'une loi primordiale d'où découleraient tous les faits qu'il a considérés comme des anomalies. Cette loi, c'est l'inégalité native, naturelle des deux côtés symétriques du corps, inégalité qui existe non seulement dans les formes, mais encore dans les forces, dans la puissance vitale. Je ne sais, dit M. Roux, s'il en est ainsi chez les animaux, mais chez l'homme, le côté gauche est généralement et primitivement plus faible que le côté droit. Cette inégalité naturelle peut expliquer un grand nombre d'anomalies, telles que la faiblesse relative de la vue du côté gauche. Certaines maladies siégent beaucoup plus fréquemment à gauche qu'à droite, par exemple les hernies, les varices, le bec-de-lièvre, etc. Ainsi, ce n'est pas seulement une différence de conformation, mais une différence dans le degré des forces elles-mêmes, qui explique cette inégalité congénitale des deux moitiés de la face. M. Bouvier n'a peut-être pas assez approfondi sous ce rapport le phénomène de la dualité.

M. Bouvier convient qu'il a commis une omission, mais cette omission a été volontaire. S'il n'a pas cherché à déterminer quel est le côté de la face qui est le plus souvent réduit, c'est qu'il a pensé que les élémens statistiques manquaient pour la solution de cette question. Il y a, d'ailleurs, des causes qui peuvent changer l'expression de la loi. Un fait, par exemple, dont n'a pas parlé M. Roux, la déviation latérale de la taille, est loin de pouvoir s'expliquer par la prédominance du côté droit sur le côté gauche. Il pense qu'il faut attribuer une grande part à la production de cette difformité à la situation de l'aorte et à son influence sur le développement des vertèbres.

M. Duméril rappelle qu'il existe dans un certain nombre d'animaux vertébrés, des exemples très remarquables de ces prédominances de l'un des deux côtés du corps, tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche.

Le bureau propose de renvoyer le mémoire de M. Bouvier au comité de publication. (Adopté.)

M. H. Gaultier de Claubry lit au nom de la commission des remèdes, un nouveau rapport sur les pilules ferrugineuses, dites pilules du docteur Blaud, et sur l'opportunité qu'il y aurait à faire droit à la demande qu'a faite M. Blaud, qu'il fût fait application à ses pilules du décret du 10 mai 1850. M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de déclarer qu'il y a lieu d'autoriser cette application.

Une vive et longue discussion s'élève sur cette conclusion. Sur la proposition de M. le président, qui rappelle que le conseil d'aministration s'occupe en ce moment d'une proposition relative aux demandes de cette nature, et avec l'assentiment de M. le rapporteur, le vote des conclusions est ajourné jusqu'à ce que l'Académie ait pris une décision à cet égard.

La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Louis-Napoléon,

Président de la République française,

Vu le décret du 10 avril 1852, sur l'organisation de l'instruction publique,

Vu l'ordonnadce du 17 juillet 1835 et le réglement du 23 juillet 1836, sur le service de santé de la marine,

Sur le rapport du ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies,

Décrète :

Art. 1er. — Les jeunes gens qui désirent être admis à étudier dans les écoles de médecine navale, ou à prendre part au concours pour le grade de chirurgien ou de pharmacien de 3me classe de la marine, devront justifier, jusqu'au 1er octobre 1855, soit du titre de bachelier ès-lettres, soit de celui de bachelier ès-sciences.

A dater du 1er octobre 1855, nul ne sera admis à étudier dans les écoles de médecine de la marine, ou à concourir pour le grade de chirurgien ou de pharmacien de 3me classe, s'il n'est pourvu du diplôme de bachelier ès-sciences.

Art. 2. Le ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 15 mai 1852.

Louis-Napoléon.

Par le Prince-Président de la République :

Le ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies,

Th. Ducos.

— M. Blandet, directeur de l'Hôtel-Dieu, vient de succomber à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Il avait été précédemment directeur de la Charité, et comptait trente années de service dans l'administration des hôpitaux.

Le gérant, Richelot.

Les bains de Bagnoles, en Normandie, peu éloignés de Paris et autres grandes villes, ouvrent fin mai. Les vertus curatives de ces eaux minérales chaudes, la beauté du site, l'air pur qu'on y respire et les charmes qu'on y trouve en font l'asile le plus propice aux santés délicates.

Nous recommandons avec la plus vive instance, à nos confrères de Paris et des départemens, les ceintures hypogastriques de Mme Girard, sage-femme, rue Saint-Lazare, n° 3.

Ces ceintures, destinées aux femmes enceintes et à celles affectées de l'abaissement de l'utérus, d'antéversion, rétroversion, chute de matrice, écartement de la ligne blanche, hernie ombilicale et hydropisie, n'offrent plus rien à désirer sous tous les rapports, et elles SONT LES SEULES APPROUVÉES PAR TOUT LE CORPS MÉDICAL.

Elles n'ont rien de commun avec toutes celles fabriquées jusqu'à ce jour.

Nous faisons cette recommandation à nos confrères, dans l'intérêt de leurs cliens.

L'EMPLATRE ÉPISPASTIQUE de M. MUGUET, pharmacien à Muret (Haute-Garonne), est employé avec le plus grand succès par les médecins du Midi, contre les ophthalmies chroniques, les congestions oculaires, les surdités dépendant d'un état congestif de l'organe auditif, et dans tous les cas où il faut obtenir une révulsion énergique.

Les guérisons nombreuses et inespérées produites par l'emploi de cet emplâtre, le recommandent à l'attention sérieuse des praticiens. C'est le plus puissant dérivatif qui ait été mis jusqu'à ce jour entre les mains des médecins.

L'*emplâtre épispastique* n'est délivré que sur demande ou ordonnance de médecin.

CEINTURE HYPOGASTRIQUE de CHARBONNIER, 347, r. St-Honoré, *près la place Vendome.*

Cette ceinture, à l'usage des femmes, est destinée à soutenir les ligamens abdominaux; placée sur l'hypogastre, elle produit l'effet de deux mains croisées; souple et élastique, elle présente plusieurs avantages sur celles connues. Prix modéré: 25 fr. Remise de 25 p. % pour les pharmaciens, etc.

CERTIFICATS constatant l'efficacité de l'EMPLATRE ÉPISPASTIQUE de M. MUGUET, pharmacien à Muret (Haute-Garonne).

1. Je soussigné, habitant de Cazères (Haute-Garonne), déclare avoir employé souvent, dans ma pratique, depuis longues années, l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret. Les effets que j'en ai toujours obtenus dans les diverses affections, notamment de la tête, me le font bien préférer à tous les exutoires usités; son activité étonnante, jointe au peu de souffrance et surtout à la facilité de son pansement, méritent des éloges et mes remercîmens pour son auteur. — Cazères, le 11 février 1851. Signé LAPEYRIE, D.-M. P. Certifié.

2. Je soussigné, chirurgien, domicilié dans la commune de Portel, arrondissement de Toulouse, certifie avoir fait usage, dans ma pratique, de l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret, et d'en avoir constamment obtenu de très bons résultats, depuis longues années, surtout dans les surdités où j'ai eu de bons succès, ainsi que dans les ophthalmies chroniques, sciatiques, migraines, otalgies, etc., etc., lors même que la médecine avait épuisé toutes les ressources de son art. — Signé FAURÉ, chirurgien. Certifié légalement.

3. Je soussigné, médecin et maire de la commune de Lherm, canton de Muret (Haute-Garonne), certifie avoir fait usage, pour mes malades, de l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret, et en avoir toujours obtenu de bons résultats dans les ophthalmies chroniques, otalgies, surdités, migraines, etc., etc. — Signé BRUN, médecin et maire. Certifié légalement.

4. Je soussigné, docteur-médecin, habitant de Rieumes, membre du conseil d'arrondissement de Muret (Haute-Garonne), certifie avoir fait usage, pour mes malades, de l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret, et en avoir éprouvé de très bons résultats, principalement dans les ophthalmies chroniques, surdités, migraines, otalgies, etc., etc., lors même que la médecine avait échoué avec l'emploi des moyens ordinaires. — Rieumes, le 13 février 1851. Signé BARADOU, D.-M. P. Certifié.

5. Je soussigné, docteur-médecin de la Faculté de Paris, membre émérite de la Société d'instruction de la même ville, certifie avoir, dans diverses circonstances, employé l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret (Haute-Garonne), et d'en avoir toujours obtenu un très bon effet, surtout dans les affections ophthalmiques, otalgiques, migraines, surdités et même dans les douleurs sciatiques, et dans quelques cas où la médecine avait épuisé ses ressources. En foi de ce, le présent a été délivré au Fausseret, le 1er janvier 1851. Signé LECUSSAN, D.-M. P. Certifié.

6. Je soussigné, ancien chirurgien de 1re classe des armées des Pyrénées orientales et d'Italie, ancien professeur dans les hôpitaux militaires et docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, certifie que je me suis servi, dans le temps que j'exerçais mon état à Toulouse, de l'emplâtre épispastique de M. Muguet, pharmacien à Muret (Haute-Garonne), et j'en ai retiré le plus grand succès, notamment chez la dame Justine Jambert, de cette ville, qui était affligée d'une ulcération au cuir chevelu et d'un ulcère qui couvrait tout l'extérieur de son nez et lui donnait un aspect horrible à voir. Fait à Toulouse, le 21 octobre 1851. Signé CLANET.

Dépôts :

A *Toulouse*, MM. Gassaud et Vidal-Abadie; à *Issoudun*, Bujeard; à *Épinal*, Granet; à *Cambrai*, Dumont; à *Paris*, Faure, 25, rue Simon-le-Franc; à *Angers*, Menière; à *Marseille*, Aubin; à *Toulon*, Honoraty; à *Béziers*, Baron; à *Aurillac*, Gaffard; à *Rhodez*, Raymond; à *Bar-le-Duc*, Picquot; à *Draguignan*, V. Blanc; à *Mont-de-Marsan*, Bergeron G.; à *Céré*, Lafon, suc. de Grenié; à *La Rochelle*, Grand; à *Mâcon*, Voitivret; à *St-Flour*, Clavelera; à *Riom*, Fourtoul; à *Colmar*, Duchampt, Toulon-Boussot; à *Moulins*, Parabon; à *Brioude*, Dauzat; à *Clermont-Ferrand*, Gautier Lacroze; à *Montbrison*, Fessy; tous pharmaciens.

CHANGEMENT DE DOMICILE.

Le sirop pectoral calmant de JOHNSON, préparé avec l'asperge, d'après la formule du professeur Broussais, le seul qui ait été employé dans les expériences de la commission de l'Académie de médecine, se vend actuellement *rue Caumartin*, 6, à Paris.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 2 avril 1833, Broussais déclara formellement que ce sirop avait été préparé, d'après sa formule, par Johnson, pharmacien, et dans les *Annales de médecine physiologique*, il écrivit : « Ce sirop, préparé chez M. Johnson, pharm., jouit, d'après notre observation particulière, de la propriété de calmer les pulsations du cœur sans irriter l'estomac. » — Ces observations qui se sont continuées à la Pitié, à la Charité, à Beaujon, à St-Louis, ont démontré que l'accélération, l'augmentation, la force des battemens du cœur, non liées à une hypertrophie de cet organe, ont été souvent calmées par l'usage de ce sirop, pris dans les vingt-quatre heures.

Un grand nombre de faits attestent les avantages qu'il a procurés, à la même dose, dans le traitement des affections nerveuses, ainsi que les toux opiniâtres, les bronchites, les coqueluches, qui avaient résisté à tous les moyens préconisés. Il est donc important de ne pas confondre le sirop Johnson avec les contrefaçons.

RAPPELER à MM. les Médecins le RACAHOUT DES ARABES, qui a reçu l'approbation de l'Académie de médecine, c'est leur signaler un aliment que les praticiens les plus distingués ordonnent souvent, depuis plus de 20 ans, *pour les déjeûners des convalescens et des dames nourrices*. Ses propriétés analeptiques sont aussi très convenables aux sujets faibles et aux jeunes enfans, chez lesquels il réussit parfaitement. Bien se tenir en garde contre les imitations et contrefaçons du *Racahout des Arabes*, dont M. Delangrenier est seul propriétaire et préparateur. — Dépôt, 26, rue Richelieu, à Paris.

MANUEL PRATIQUE DE L'HYDROTHÉRAPIE, Par le docteur LUBANSKI, directeur de l'Établissement **HYDROTHÉRAPIQUE** du Château de Longchêne, à Saint-Genis-Laval, près Lyon (Rhône). — Paris, 1852, chez Germer-Baillière, et chez tous les principaux libraires.

MAISON BROSSON FRÈRES.

AUX PYRAMIDES.

Rue Saint-Honoré, 295, *à Paris.*

BROSSON aîné, successeur.

Etiquette de la maison.

Eaux minérales naturelles de Vichy. — Eau d'Hauterive-les-Vichy. — Pastilles de Vichy. Sels de Vichy, pour boissons et pour bains.

MÉDAILLE DE PRIX A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE LONDRES.

Pour l'Apparil Électro-Médical de BRETON Frères,

Seuls INVENTEURS et CONSTRUCTEURS de

L'APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL

FONCTIONNANT SANS PILE NI LIQUIDE.

Cet *instrument*, déjà si connu par les services qu'il rend tous les jours dans les sciences médicales, vient d'être tout nouvellement perfectionné. On peut, de la manière la plus facile, appliquer sans danger l'électricité galvanique dans les diverses et nombreuses maladies qui nécessitent l'emploi de cet agent comme moyen thérapeutique; car, avec l'intensité des fortes commotions électriques, qui peuvent se graduer et devenir presque insensibles, on peut aussi maintenant en graduer le nombre à volonté. Cet appareil, qui vient d'être tout récemment présenté à l'Académie des sciences, et dont l'usage est adopté pour le service des hôpitaux, est du prix de 140 francs. Chez MM. BRETON frères, rue Dauphine, 25.

Par DÉCRET MINISTÉRIEL sur les RAPPORTS des Académies des Sciences et de Médecine,

KOUSSO REMÈDE CONTRE LE VER SOLITAIRE. 15f. dose ord. 20f. dose forte

cessé d'être considéré comme remède secret. — LES DEUX ACADÉMIES ont déclaré que : « LES EXPÉRIENCES » ont eu UN PLEIN SUCCÈS. » Le Kousso est plus facile à » prendre et surtout plus efficace que tous les autres » moyens. Il est donc bien à désirer qu'il soit mis à la disposition de nos praticiens. »

A la pharmacie de PHILIPPE, successeur de LABARRAQUE, rue St-Martin, 125, à Paris. (*Documens officiels et Instruction* avec chaque dose ; à part 1 franc. Expédition; affranchir.)

PILULES DE BLANCARD à l'iodure ferreux inaltérable sans odeur ni saveur de fer ou d'iode

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE a décidé (séance du 13 août 1850) : « Que le » procédé de conservation de ces Pilules offrant » de *grands avantages*, serait publié dans » le *Bulletin* de ses travaux. » Exiger le *cachet d'argent réactif* et la signature.

Blancard

PRIX : 4 FR. LE FLACON DE 100 PILULES.

Chez BLANCARD, pharmacien, rue de Seine, n° 51, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

Les principaux ouvrages de médecine indiquent l'iodure de fer contre la CHLOROSE, la LEUCORRHÉE, l'AMENORRHÉE, différens accidens de la SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE, les AFFECTIONS SCROFULEUSES et TUBERCULEUSES. (M. Dupasquier et autres praticiens distingués ont constaté son efficacité contre la PHTHISIE.) C'est un excellent fortifiant pour les personnes faibles, lymphatiques ou épuisées.

N. B. *L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle et quelquefois dangereux. par suite de la présence de l'iode libre. Le médecin pourra toujours s'assurer de la pureté de ces pilules au moyen du* CACHET D'ARGENT RÉACTIF *qui est fixé à la partie inférieure du bouchon.*

CHOCOLATS MÉDICINAUX-COLMET-DAAGE,

Approuvés par la Faculté de Médecine de Paris,

Sur le rapport et l'analyse de MM. les professeurs de l'Ecole de Médecine et de l'Ecole de Pharmacie de Paris, MM. FOUQUIER, MARJOLIN, DEVERGIE, TROUSSEAU et GAULTIER DE CLAUBRY.

1° LE CHOCOLAT FERRUGINEUX DE COLMET-DAAGE. Il est en tablettes distinctes et doit se manger sec, jamais fondu dans un liquide. La dose est d'une tablette pour adultes et de 1/2 tablette pour adolescents. Prix : les 500 gr.. 5 fr.
2° SES BONBONS FERRUGINEUX CANDIS, pour enfants, par boîte. Prix de la boîte. 3 fr.
3° SON CHOCOLAT AU LAIT D'AMANDES, déjeûner rafraîchissant pour les tempéraments nerveux. Prix: les 500 gr. 4 fr.
4° SON CHOCOLAT AU SALEP DE PERSE, aliment analeptique recommandé aux personnes maigres. Une tablette compose un potage. Prix: les 500 grammes. 4 fr.
5° SON CHOCOLAT A L'OSMAZONE, chocolat des convalescens. Il se prépare comme tout chocolat à l'eau. Prix 5 fr. 50 c.
6° SON CHOCOLAT A L'EXTRAIT GÉLATINEUX DE LICHEN. Prix: les 500 grammes 4 fr.
7° SON CHOCOLAT PECTORAL AU BAUME DE TOLU, déjeûner agréable pour les personnes dont la poitrine est irritable et faible. Prix: les 500 grammes 4 fr.
8° SON CHOCOLAT A L'EXTRAIT DE CACHOU, par boîte. Prix: la boîte 2 fr.
9° SON CHOCOLAT PURGATIF pour adultes et enfants. Chaque boîte renferme deux purgations. Prix de la boîte 2 fr.
10° SES BONBONS VERMIFUGES AU CHOCOLAT, pour enfants. Prix de la boîte 2 fr.

AVIS. — Chaque paquet ou boîte des CHOCOLATS COLMET-DAAGE sont TOUJOURS accompagnés d'une NOTICE servant d'instruction, et revêtus des médailles décernées à ce pharmacien par les Sociétés d'Encouragement de Paris, pour ses travaux sur les chocolats. — Les CHOCOLATS MÉDICINAUX-COLMET-DAAGE se vendent à sa fabrique de Paris, rue NEUVE-SAINT-MERRY, n° 12, et dans toutes les pharmacies.

HUILE DE FOIE DE MORUE DE SWANN, pharmacien anglais, 12, rue Castiglione, Paris.

Préparée à Terre-Neuve des foies de morue frais, elle est naturelle, limpide, sans saveur désagréable; *elle n'est pas épurée*, elle est telle qu'on l'a décrite dans la nouvelle édition du Codex de Londres, et approuvée par les membres les plus célèbres de la Faculté. Prix réduit : 7 fr. 50 c. le flacon; 3 fr. 75 c. le 1/2 flacon. — *Exiger le cachet de Swann.*

HUILE IODÉE DE J. PERSONNE.

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *seule expérimentée dans les Hôpitaux.*

Le rapport fait à l'Académie, à la suite de ces expériences, déclare que « CETTE HUILE » EST UN MÉDICAMENT D'UNE HAUTE VALEUR, » QUI PRÉSENTE BEAUCOUP D'AVANTAGES SUR » L'HUILE DE FOIE DE MORUE. »

DÉPÔT GÉNÉRAL à la pharmacie rue Bourbon-Villeneuve, 19, place du Caire, à Paris; à la pharmacie rue Saint-Louis (au Marais), 17; et dans toutes les pharmacies.

BANDAGES de WICKHAM et HART, chirurgiens-herniaires, brev., rue St-Honoré, 257, à Paris, à vis de pression, sans sous-cuisses, et ne comprimant pas les hanches; ceintures hypogastriques et ombilicales.—Suspensoirs, etc.

De Paris à l'établissement **HYDROTHÉRAPIQUE** de SAINT-SEINE (Côte-d'Or), dirigé par le Dr GUETTET. Trajet en 9 heures, chemin de fer de Lyon, station de Verrey (Côte-d'Or). — Malades pensionnaires, 6 fr. par jour; malades externes, 4 fr. 50 c., traitement, nourriture et logement compris.

Vésicatoires d'Albespeyres.

Disposés en forme de taffetas ciré vert, propres et adhérens comme le sparadrap. Le même morceau, **appliqué 4 ou 5 fois,** produit toujours la vésication en quelques heures, sans irriter les voies urinaires. Prix : 2 fr. 50 c. le rouleau de 1 mètre; 1 fr. 25 c le 1/2 rouleau, ce qui constitue économie et qualité rare.

Le Papier d'Albespeyres est toujours le meilleur épispastique pour l'entretien parfait et inodore des **Vésicatoires.** — (Se méfier des contrefaçons et imitations.) Échantillons gratuits.

MIGRAINE et NÉVROSES en général, soulagement instantané, guérison prompte, par le *Paullinia de Fournier*, pharmacien à Paris. — M. le prof. Grisolle s'exprime ainsi : « Il » est un médicament qui, en pareil cas, nous a fourni » des résultats très avantageux, et que nul autre ne » nous avait donnés au même degré, je veux parler du *Paullinia*. » Ps. 571, des NÉVROSES, *Path. interne*, 1850. — Dépôt à Paris, n° 26, rue d'Anjou-Saint-Honoré. (Innocuité complète.)

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

En vente, chez VICTOR MASSON, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

DES ACCIDENS DE DENTITION chez les Enfans en bas-âge, et des moyens de les combattre; par M. A. DELABARRE FILS, docteur en médecine, médecin-dentiste de l'hospice des Enfans-Trouvés et Orphelins de Paris. — Un volume in-8 avec figures dans le texte. Prix : 3 fr.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE, quai de Serin, n° 55, à Lyon. Médecin-Directeur : Docteur GILLEBERT-DHERCOURT. — Cet établissement, le plus ancien et le plus important de ceux de ce genre existant en France, offre aux malades, avec son agréable situation sur un des plus jolis coteaux de la Saône, une complète organisation médicale, un confortable bien entendu, tous les soins et toutes les distractions qu'ils peuvent désirer. — S'adresser au médecin, ou à M. Hardouin, propriétaire-gérant de l'établissement.

BANDAGES ÉLASTIQUES ANGLAIS,

SEUL DÉPÔT EN FRANCE

Chez VARNOUT et GALANTE, brevetés (s. g. d. g.),

FABRIQUE SPÉCIALE D'APPAREILS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE EN CAOUTCHOUC VULCANISÉ,

Rue du Faubourg-Montmartre, n° 9, *Paris.*

Bas pour Varices.— Guêtres.— Cuissards.— Genouillères.— Ceintures ombilicales, hypogastriques, avec pelotes en caoutchouc vulcanisé, etc.

SIROP JONHSON.

La température a depuis quelque temps une inconstance égale au froid qui la fait passer presque sans transition de la chaleur au froid; ces changemens exercent une influence désastreuse sur la santé, et il n'en pas, depuis longtemps, complet autant d'affections nerveuses, de courbatures et de rhumes aussi persistans que dans ces derniers jours. La même cause détermine aussi des maladies plus graves; ce sont les fluxions de poitrine, les pleurésies, les gastrites, les gastro-entérites, etc.

La plupart de ces maladies inflammatoires étant sous la dépendance plus ou moins immédiate du cœur, beaucoup de médecins ont conseillé comme adjuvant le sirop préparé selon la formule du Dr Broussais, par M. Johnson, pharmacien à Paris. Ce sirop a toujours eu pour effet de tempérer et de calmer l'ardeur des inflammations, c'est surtout lorsque ces affections ont été négligées et qu'il y a étouffemens, asthmes, rhumes, toux chronique, que ce sirop calme la toux, facilite l'expectoration, dissipe les douleurs nerveuses de la poitrine et la gêne de la respiration.

Nous avons souvent remarqué que, pour les personnes dont le système nerveux est très impressionnable, chez lesquelles le froid, la chaud, la sécheresse, l'humidité, les émotions, les fatigues et les vicissitudes ont développé un état d'excitation, ce sirop, employé souvent par le professeur Broussais, les a guéries, en certains cas, définitivement, dans d'autres, pour un temps assez long; il est même des circonstances dans lesquelles ce médicament a paru atteindre les causes de la maladie. Ses propriétés en permettent l'emploi, sans que l'on n'ait jamais à redouter la constipation, la céphalalgie, la somnolence; elles ont été reconnues par un grand nombre d'observations publiées dans la plupart des journaux de médecine.

DRAGÉES AU LACTATE DE FER DE GÉLIS & CONTÉ 4f LA BOITE — 2f LA ½ BOITE

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Voici quelques passages du rapport fait à l'Académie par MM. les professeurs Bouillaud, Fouquier et Bally :

« Cette préparation a été parfaitement supportée par tous les sujets....

» Peu à peu les sujets reprenaient des forces; ils montaient plus facilement les escaliers; les palpitations et les essoufflemens, les étourdissemens et les maux de tête diminuaient sensiblement; le teint reprenait un peu de couleur; les *souffles et sifflemens des artères* (des carotides et des sous-clavières surtout), le souffle au premier temps des battemens du cœur, perdaient de leur intensité, et les règles reprenaient chez quelques-unes de nos chlorotiques.

» *Il n'est aucun de nos malades qui ne se soit bien trouvé de l'usage du lactate de fer, et tous, à leur sortie de l'hôpital, étaient dans un état des plus satisfaisans.* »

D'après les faits dont nous venons d'avoir l'honneur de vous exposer un résumé succinct, nous croyons, Messieurs, qu'il serait difficile de ne pas porter un jugement favorable sur la nouvelle préparation ferrugineuse proposée par MM. Gélis et Conté, et de ne pas reconnaître que les recherches cliniques permettent dès à présent de placer au rang des plus utiles préparations ferrugineuses le sel nouveau dont ils viennent, d'après un heureux et ingénieux rapprochement, d'enrichir la matière médicale. »

Les *Dragées de Gélis et Conté* ne sont vendues qu'en boîtes carrées, revêtues du cachet et de la signature des inventeurs. — Dépôt général à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19, place du Caire, à Paris; et dans toutes les pharmacies.

HUILE DE FOIE DE MORUE de HOGG et Ce,

Rue Castiglione, n° 2 (*Notez l'adresse*, s. v. p.).

Cette huile, couleur paille, est sans odeur ni saveur, et extraite de gros foies de morue avant leur putréfaction. L'analyse qui en a été faite par M. LESUEUR, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine, constate que l'huile de HOGG et Ce contient presque le *double* d'iodure de potassium que n'en contient l'huile de foie de morue du commerce. On a cherché à lui opposer *l'huile iodée* et *l'iodure d'amidon*, sans tenir compte que *l'iode* n'est pas le seul principe efficace dans l'huile de foie de morue, et qu'elle renferme aussi une matière organique que la nature seule peut créer, et qui lui *donne une action toute spéciale*. Vente en gros, rue de Rivoli, n° 36. — Fabrique à Terre-Neuve.

PASTILLES DE CALABRE

à la manne, sans opium. — On les emploie avec succès contre le rhume, la bronchite chronique, l'asthme, etc., etc. Elles sont légèrement laxatives. Leur goût agréable les rend particulièrement précieuses dans les maladies des enfans. — A Paris, chez POTARD, pharmacien, rue Saint-Honoré, n° 271. — En province, dans toutes les pharmacies.

MÉDAILLE D'OR DU GOUVERNEMENT BELGE. *Médaille de vermeil du gouver. des Pays-Bas.* La véritable **HUILE DE FOIE DE MORUE** de M. DE JONGH, médecin-docteur, se trouve chez M. MÉNIER, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, n° 46, dépositaire général, et dans toutes les bonnes pharmacies de Paris et de la France.

MAISON DE SANTÉ spécialement consacrée aux *maladies chirurgicales* et aux *opérations* qui leur conviennent, ainsi qu'au traitement des *maladies chroniques*, dirigée par le Dr ROCHARD, rue de *Marbeuf*, 36, près les Champs Elysées — Situation saine et agréable, — soins de famille, — prix modérés. — *Les malades y sont traités par les médecins de leur choix.*

MAISON DE SANTÉ DU Dr LEY,

Avenue Montaigne, n° 45 (*ancienne allée des Veuves*).

Cet établissement, fondé depuis 25 ans, destiné aux traitemens des maladies aiguës et chroniques, aux opérations chirurgicales et aux accouchemens, offre, jusqu'à avoir aux bains de toute espèce que l'on y trouve, l'application de la méthode hydrothérapique. MM. les docteurs pourront suivre et diriger comme ils le jugeront convenable l'emploi de ce moyen. — Vaste jardin. — Le prix de la pension est modéré. Les malades y sont traités par les médecins de leur choix.

LE ROB ANTISYPHILITIQUE

de B. LAFFECTEUR, seul autorisé, se vend 15 francs le litre au lieu de 25 francs. Dix à douze bouteilles sont nécessaires pour un traitement. L'on accorde 50 p. 100 de remise aux médecins et aux hôpitaux qui s'adressent au docteur GIRAUDEAU, 12, rue Richer, à Paris.

Papier d'Albespeyres.

Chez l'Inventeur, faubourg St-Denis, 84, à Paris, et chez MM. les Pharmaciens dépositaires de la France et de l'étranger. Depuis plus de 30 ans, ce papier est toujours recommandé comme le meilleur épispastique, pour l'entretien facile, régulier et inodore des **Vésicatoires.**

A CÉDER DE SUITE une belle clientèle médicale, dans une ville de 10,000 âmes, à 50 lieues de Paris, sur une ligne de chemin de fer. Recette annuelle de 5,000 fr. — Prix très modéré, facilités de paiement. — S'adresser à M. A. CRENET, directeur-gérant de la caisse centrale des médecins, 7, rue Joquelet, près la Bourse.

MICROSCOPE GAUDIN.

Microscope portatif usuel; lentilles en cristal de roche fondu, d'un fort grossissement, à une lentille, 3 fr. 50 c.; à deux lentilles, 6 fr.; à mieux, deux lentilles, 10 fr., avec boîte en acajou. Port par la poste, 1 fr. de plus par microscope, contre mandat sur la poste. — M. GAUDIN, rue de Varennes, 38, à Paris. (Affranchir.)

INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LYON.

Maison de santé spécialement consacrée aux Maladies des yeux et aux Opérations qui leur conviennent. — Situation saine et agréable. — Prix modérés.

S'adresser, pour les renseignements, au cabinet du docteur RIVAUD-LANDRAU, oculiste, 26, rue du Pérat, à Lyon.

SIROP DE DIGITALE DE LABELONYE.

Ce Sirop présente le mode d'administration le plus rationnel et le plus commode de la digitale. Il est employé depuis 15 ans par un très grand nombre de médecins qui s'accordent à lui reconnaître toutes les propriétés de cette plante, soit qu'on l'emploie comme sédatif ou comme diurétique, et qu'il a, sur les autres préparations l'avantage de ne jamais fatiguer l'estomac.

Pharmacie rue Bourbon-Villeneuve, 19, place du Caire, à Paris, et dans presque toutes les pharmacies.

20 fr. KOUSSO la dose.

REMÈDE INFAILLIBLE CONTRE LE VER SOLITAIRE

SEUL APPROUVÉ

Par les Académies des Sciences et de Médecine de Paris. EXIGER le cachet et la signature de BOGGIO, médecin-pharmacien, 13, r. NEUVE-DES-PETITS-CHAMPS (Paris. — Affranchir.)

Tome VI. — N° 61. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 22 Mai 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Messieurs,

Après l'historique très incomplet, sans doute, que je viens de vous présenter, il me reste à vous dire quels sont les matériaux qui vont principalement nous servir à tracer l'histoire des déviations utérines.

C'est en 1849 que fut connu, en France, le mémoire de M. Simpson, et c'est alors seulement que je commençai à m'occuper activement des déviations de la matrice. Depuis lors, j'ai pu réunir 68 observations, la plupart complètes, de déviations diverses, et c'est principalement d'après ce que j'ai vu moi-même, que je tracerai l'histoire de ces maladies. Mais avant d'en venir à ces détails, je dois chercher à vous familiariser avec l'exploration exacte et méthodique de l'utérus, sans laquelle, vous auriez de la peine à suivre les descriptions que je vous présenterai, et avant de parler de l'utérus en état de déviation, il faut évidemment établir quel est l'état normal de cet organe.

EXPLORATION DE L'UTÉRUS.

Utérus à l'état normal. — Vous comprendrez facilement, Messieurs, que nous ne devons guère nous occuper ici que de la situation, de la direction, du volume de cet organe, et de l'état normal de sa cavité; quant à la structure intime de son tissu, à la présence ou à l'absence de la muqueuse, à l'origine et au mode de distribution des vaisseaux et des nerfs, ce sont, relativement au sujet que nous traitons, des questions secondaires, pour lesquelles vos connaissances anatomiques antérieures doivent suffire.

Situation. — L'utérus, situé dans l'excavation du bassin, est, pour ainsi dire, suspendu entre la vessie et le rectum; de chaque côté de lui, s'étendent les deux replis du péritoine connus sous le nom de ligamens larges. Par son col, il fait saillie dans le vagin, situé au-dessous de lui, et son fond ou face supérieure, se trouve situé au-dessous des circonvolutions intestinales, qui l'environnent de toutes parts et font effort pour glisser soit en avant, entre l'utérus et la vessie, soit en arrière, entre l'utérus et le rectum. De telle sorte que l'utérus se trouve interposé entre elles et le doigt introduit sous le vagin.

Direction. — Sa direction est celle de l'axe du détroit supérieur du bassin; tandis que le vagin suit celle de l'axe du détroit inférieur. Or, comme vous le savez très bien, l'axe du détroit supérieur étant oblique de haut en bas et d'avant en arrière, et celui du détroit inférieur également oblique, mais de bas en haut et d'avant en arrière, il en résulte de la rencontre de ces deux axes un angle obtus et à sinus antérieur. C'est donc sous le même angle que se rencontrent l'utérus et le vagin.

Tissus environnans. — Le fond de l'utérus est recouvert par le péritoine, qui forme latéralement les ligamens larges, et se réfléchit en avant sur la vessie, en arrière sur le rectum.

Entre la partie inférieure de l'utérus et le rectum, au-dessous du repli ou cul-de-sac formé par le péritoine, et au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin, se trouve du tissu cellulaire extrêmement fin, et susceptible, par son inflammation, de donner lieu à des tumeurs dont je vous ai plusieurs fois entretenus, et qu'un examen superficiel peut faire prendre pour le corps de l'utérus en arrière. C'est donc un point très important à noter.

Dimensions. — J'ai pris les dimensions sur plusieurs sujets, mais mes recherches n'ont pas été faites sur un assez grand nombre, pour qu'il me soit permis, quant à présent, de substituer mes mesures à celles données par les auteurs. On attribue généralement à l'utérus de 7 à 8 centimètres de long, et 3 ou 4 centimètres dans sa plus grande largeur. Chez les vierges, suivant Müller, la longueur totale serait de 5 ou 6 centimètres, la largeur de 32 millimètres, et la longueur du col de 18 millimètres.

Cavités. — L'utérus présente, à considérer, deux cavités communiquant l'une avec l'autre. *Celle du corps* est triangulaire, à base supérieure, et ayant environ 10 millimètres. La sonde, dès qu'elle a franchi l'orifice interne, y pénètre facilement et peut recevoir des mouvemens d'une certaine étendue.

La *cavité du col* est ovalaire; elle est assez bien figurée, ainsi que celle du corps, dans une planche de l'ouvrage de M. Bennet, bien que l'on puisse, selon moi, reprocher à ce dessin un défaut de proportion, car je trouve que le col y est trop grand par rapport aux dimensions du corps. La cavité du col est rétrécie en bas où se trouve l'*orifice externe* qui la fait communiquer avec le vagin. Un rétrécissement encore plus marqué existe au point où elle se continue avec la cavité du corps, c'est l'*orifice interne* qui existe à peu près au niveau de la réunion du corps avec le col, et qui a une largeur d'environ 2 millimètres. Il est toujours plus étroit que l'orifice externe, et peut arrêter une sonde qui a pu franchir le premier. Cette sonde peut encore être arrêtée, mais momentanément dans l'intérieur même de la cavité du col, par des saillies valvuliformes, qui ne sont autre chose que les replis saillans qui forment ce que l'on a nommé l'arbre de vie, et qui sont ordinairement beaucoup plus marqués chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfans.

Sensibilité. — La sensibilité, qui peut être développée surtout par le contact de la sonde utérine, est nulle dans l'état ordinaire à l'orifice externe et dans l'intérieur de la cavité du col; mais le passage de la sonde, à travers l'orifice interne, est toujours plus ou moins douloureux. Une fois cet orifice franchi, la cavité du corps parait un peu moins sensible; mais lorsque le bec de la sonde vient à heurter le fond de l'utérus, les femmes éprouvent une sensation particulière indéfinissable *qui leur va au cœur*, pour employer l'expression dont elles se servent généralement. En même temps, l'utérus pouvant se contracter d'une manière spasmodique, car elles ressentent des douleurs qui ressemblent à celles de l'accouchement, bien qu'infiniment moins fortes, c'est une nouvelle cause de la difficulté qu'on éprouve à franchir cet orifice.

Je me hâte d'ajouter que rien n'est plus variable que cette sensibilité de l'utérus, et il vous arrivera souvent de la trouver exaltée d'une façon morbide dans les points que je viens de vous désigner comme devant être insensibles.

EXAMEN DE L'UTÉRUS EN ÉTAT DE DÉVIATION.

Définition de la déviation. — Avant de vous exposer, avec tous les détails nécessaires, l'état de l'organe, les divers moyens de l'explorer et leur degré d'utilité dans les déviations utérines, il faut d'abord établir ce qu'on doit entendre par ces mots : déviation de l'utérus. *Il y a déviation, toutes les fois que l'axe de l'utérus ne correspond plus, en tout ou en partie, avec celui du détroit supérieur du bassin.*

Cette définition, comme vous le voyez, comprend toutes les

(1) Voir les numéros des 4 et 13 Mai.

Feuilleton.

SUR LA MÉDECINE DES PAUVRES A LA CAMPAGNE ET EN VILLE;

Par M. le docteur VERGER, de Châteaubriant.

Vir bonus medendi peritus.

Organisation. Efficacité et économie dans l'organisation.

L'intérêt qui s'attache à la question de l'organisation du service médical des indigens dans les campagnes, nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs le réglement d'un service semblable, fonctionnant depuis l'année 1840 dans un arrondissement de la France, à la grande satisfaction de tous les intéressés.

Ce réglement est extrait du mémoire de M. le docteur VERGER, de Châteaubriant, mémoire couronné par la Société académique du département de la Loire-Inférieure.

RÉGLEMENT DU SERVICE MÉDICAL

des indigens de l'arrondissement de Châteaubriant (Loire-Inférieure) et de l'arrondissement de Laval (Mayenne).

NOTA. Ce réglement a reçu la sanction du temps et de l'expérience; il est mis en pratique, depuis 1840, dans 16 communes de l'arrondissement de Châteaubriant et dans une commune du département de Maine-et-Loire.

Art. 1er. Le service médical rural des indigens a pour but de faire administrer gratuitement les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchemens aux malades indigens inscrits sur la liste des pauvres, ou munis d'un billet de visite ou de consultation délivré par l'administration municipale, par les délégués, par les administrateurs des Bureaux de Bienfaisance ou par les souscripteurs.

Art. 2. Tous les médecins, tous les pharmaciens, toutes les sages-femmes qui veulent bien y contribuer pour leur part, en faisant, sur leurs honoraires, une réduction spécifiée au tarif, sont chargés de la circonscription médicale dont ils sont convenus entre eux et avec les souscripteurs.

Art. 3. Toute personne, tout établissement de bienfaisances, toute commune qui veut bien y contribuer pour sa part, en prenant un ou plusieurs billets de visite ou de consultation, est inscrite au nombre des souscripteurs, et a le droit d'adresser des indigens au médecin et à la sage-femme de la circonscription.

Art. 4. Dans toute circonscription médicale à population agglomérée, et en deçà de 3 kilomètres de rayon, il est plus convenable, plus commode, et sans inconvénient d'établir le service par abonnement. Toutefois, les médecins et les souscripteurs devront préalablement en convenir, ainsi que des conditions de l'abonnement.

Art. 5. Dans toute circonscription médicale à population disséminée, et à plus de 3 kilomètres de rayon, le service est fait au moyen de billets de visite et de consultation imprimés, délivrés par le comité ou par les souscripteurs.

Les médecins ne donnent leurs soins, soit par visites, consultations ou médicamens, qu'aux indigens qui en ont préalablement obtenus.

En cas d'urgence, une simple demande écrite ou verbale suffit pour que le médecin donne les premiers soins; mais elle est échangée contre un billet du service médical dans le plus bref délai.

Art. 6. Si le médecin, les administrateurs ou les souscripteurs en témoignent le désir, il faut un nouveau billet pour chaque voyage, et même pour les consultations trop multipliées pour le même malade. Il n'en est pas besoin pour les simples visites par occasion ou par tournée de visites, à moins qu'elles ne soient trop multipliées.

Art. 7. Il y a, pour chaque circonscription médicale, un médecin ordinaire et un médecin suppléant.

Art. 8. Outre les visites extra-périodiques qui se font au moyen de billets, il y a chaque semaine, selon les conventions, une ou deux visites périodiques et des consultations à jour et heure fixes à la mairie.

Art. 9. Il y a une liste des pauvres, revue tous les six mois dans la réunion du comité; mais, en dehors de cette liste, chaque membre du comité et chaque souscripteur peut, sur sa responsabilité personnelle, délivrer des billets à quiconque est reconnu par lui incapable de faire les frais de sa maladie : sont dans ce cas, notamment, les pauvres honteux et ceux que des malheurs, ou l'effet seul de la maladie y ont réduits.

Art. 10. Si le médecin, les souscripteurs et les administrateurs s'aperçoivent que celui qui a obtenu un billet a trompé sur ses ressources celui dont il l'a obtenu, ils en avertissent le comité, qui en délibère.

Art. 11. Au bas et au dos des billets de visite ou de consultation, les médecins et les sages-femmes écriront le mémoire détaillé de leurs honoraires, avec les prix ordinaires et les prix réduits en regard.

Le billet contient le nom et la demeure du malade, la signature de celui qui l'a délivré, le genre et la terminison de la maladie.

Art. 12. Les médicamens sont fournis par le pharmacien de la circonscription, sauf le cas d'impossibilité ou d'urgence, sur ordonnances imprimées, autant que possible, et signées du médecin, contenant le nom et la demeure du malade. Les pharmaciens écrivent leurs mémoires à la marge même de l'ordonnance, avec les prix ordinaires et les prix réduits en regard, dans une colonne destinée à cette fin.

Art. 13. Dans les remèdes que les médecins prescrivent aux malades indigens, ils indiquent toujours (à vertu à peu près égale) ceux qui sont les plus économiques.

Art. 14. Le service médical ne fournit, que par exception, les sangsues, et sur l'autorisation écrite d'un membre du comité ou d'un souscripteur. Quand le médecin juge ne pouvoir les remplacer par la saignée ou les ventouses, on a recours aux aumônes particulières pour s'en procurer.

déviations, dans quelque sens qu'elles aient lieu et à quelque degré qu'elles soient portées. Et vous concevez qu'il peut y en avoir de très limitées, comme de très étendues. L'axe de l'utérus peut s'éloigner de l'axe du détroit supérieur du bassin, depuis le plus léger écartement jusqu'à former un angle droit, en sens inverse de celui qui existe normalement. Il nous faut donc rechercher maintenant jusqu'à quel point ces déviations peuvent être compatibles avec la santé et jusqu'où elles doivent être étendues pour constituer une maladie.

Cette limite est très difficile à poser d'une manière exacte, car chez certains sujets, il ne faut qu'un très léger écartement pour produire des symptômes, tandis que chez d'autres, un déplacement plus considérable peut passer inaperçu. Cependant, je crois que lorsqu'on a dit que souvent des déviations considérables n'influaient en rien sur la santé, on a généralisé à tort un fait qui ne se présente qu'exceptionnellement. Si l'utérus est souple, léger, n'ayant contracté aucune adhérence avec les parties voisines, et si en même temps la déviation est peu considérable, on conçoit, à la rigueur, qu'il n'en résulte aucun trouble marqué. Dans des conditions contraires, il est bien rare qu'il ne se développe pas un certain nombre de symptômes qui peuvent ne pas frapper la malade, ou dont la cause peut être méconnue. On voit, par exemple, des femmes qui ne souffrent pas en marchant, mais qui se fatiguent facilement lorsqu'elles font une longue course et ressentent alors de la pesanteur sur le fondement, des douleurs lancinantes dans les lombes, et de l'engourdissement dans les cuisses. D'autres éprouvent les mêmes symptômes quand elles montent ou descendent un escalier, tandis que la marche sur un terrain plat ne les fatigue nullement. Quelques-unes, toujours en n'éprouvant que des symptômes extrêmement peu marqués du côté de l'utérus, dépérissent, s'étiolent, perdent l'appétit, ont des digestions difficiles, sans que rien puisse expliquer ces symptômes; quelquefois même il s'y joint des troubles nerveux particuliers, des accidens de toute sorte également inexplicables, et si alors un examen attentif permet de constater l'existence d'une déviation, on voit qu'il suffit de la faire cesser pour faire disparaître tous les symptômes et rendre à la malade une santé parfaite.

Je ne peux m'empêcher de vous citer, à ce sujet, un cas qui n'est pas simple, il est vrai, et dans lequel il y avait d'autres symptômes que ceux que produisait la déviation, mais qui, sous ce dernier point de vue, présente des particularités intéressantes.

Observation I. — Il s'agit d'une dame de trente-six ans, d'une constitution robuste, ayant toujours eu une bonne hygiène, et n'ayant jamais fait d'excès d'aucune sorte. Elle a eu cinq enfans, et à son dernier accouchement, qui a eu lieu il y a sept ans, elle a mis au monde deux jumelles à terme. Aucun de ses accouchemens n'a été accompagné ou suivi d'accidens, et depuis elle n'avait éprouvé rien de particulier, ni douleurs dans le bassin et dans les lombes, ni leucorrhée, ni troubles de la menstruation. Il y a trois ans, elle a commencé à éprouver des étourdissemens revenant à de longs intervalles, s'accompagnant de gonflement considérable de l'estomac, avec vomissemens et sentiment d'oppression; ces accidens étaient suivis de diarrhée passagère, puis de prostration générale et d'engourdissement dans le côté gauche de la tête; la malade ne pouvait remuer l'œil gauche, ni tourner la tête du côté gauche, sans éprouver des nausées et des envies de vomir; bientôt survinrent des étourdissemens et des bourdonnemens d'oreille douloureux, surtout à gauche. Il n'y avait aucun signe de paralysie.

Dans les intervalles de ces attaques, la santé générale était parfaite; toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement, et la marche n'était pas douloureuse.

Plus tard, les attaques sont devenues plus fréquentes, on a constaté la présence de nombreux points névralgiques existant aux lombes, à la poitrine, aussi bien à droite qu'à gauche et devenant plus douloureux pendant les attaques. Alors, pendant les efforts de vomissement, il s'est développé au côté gauche du cou, envahissant un peu la ligne médiane, une tumeur qui augmentait à chaque effort de vomissement et occupait bien évidemment la glande thyroïde.

Lorsque le 3 décembre dernier je vis la malade, les attaques revenaient tous les dix ou douze jours, et indépendamment de ce que je viens de vous dire, j'appris, en l'interrogeant plus attentivement, qu'il lui arrivait d'éprouver un sentiment d'oppression et de resserrement qui partait de l'épigastre et remontait non pas jusqu'à la gorge, mais jusqu'au milieu du sternum.

Elle avait été traitée d'abord par la diète et les adoucissans sans aucun soulagement; la maladie avait plutôt augmenté. Plus tard, les vomitifs et les purgatifs avaient amené un peu d'amélioration.

Je prescrivis les narcotiques et les antispasmodiques, auxquels je joignis les douches froides et les vésicatoires morphinés appliqués sur les points douloureux. Ces deux derniers moyens procurèrent un soulagement notable.

Le 17 décembre, quand je revis la malade, je l'interrogeai avec plus de soin encore sur les symptômes qui pouvaient être attribués à une affection interne, et j'appris qu'elle n'éprouvait pas de douleur dans la marche, qu'elle pouvait faire des courses assez longues sans grande fatigue, sans pesanteur dans le bassin ni sur le périnée, qu'elle n'avait pas d'envies très fréquentes d'uriner, mais urinait deux fois chaque nuit, que les garderobes seules étaient quelquefois, mais rarement difficiles.

Et pourtant, en pratiquant le toucher, je ne trouvai pas l'utérus dans sa direction normale. Le doigt, introduit dans le vagin et suivant sa paroi antérieure, rencontrait, immédiatement derrière le pubis, le corps globuleux de l'utérus; on en sentait facilement toute la face antérieure et on avait de la peine à aller chercher le col situé en arrière et en haut vers le sacrum; son ouverture était tellement élevée, que le doigt l'atteignait difficilement. Quant à la face postérieure, le doigt ne pouvait aucunement arriver jusqu'à elle. En faisant basculer l'utérus à l'aide du doigt introduit dans le vagin, on sentait qu'il se déplaçait facilement, mais qu'il était lourd et qu'il retombait rapidement dans sa position vicieuse.

Pour introduire la sonde, j'eus assez de difficulté à aller chercher l'ouverture du col, tellement elle était élevée et dirigée en arrière; mais une fois que j'y fus parvenu, je l'introduisis facilement en portant fortement le manche de l'instrument en bas et en arrière. La malade n'en ressentit aucune douleur et l'utérus se laissa facilement ramener à sa direction normale. Je conclus donc à l'existence d'une antéversion avec engorgement de l'utérus. C'est alors seulement que la malade me fit part d'un phénomène important auquel elle n'avait pas, jusque là, apporté une grande attention. Lorsque la nuit elle se levait pour uriner, elle sentait dans l'abdomen un poids qui tombait à mesure que la vessie se vidait, puis elle était prise de nausées, d'étourdissemens, de vertiges, en un mot de tous les symptômes qui annonçaient les attaques dont je vous ai parlé, et elle était obligée de se recoucher rapidement de crainte d'en voir survenir une. Ce renseignement est intéressant surtout en ce qu'il nous fait en quelque sorte assister au mouvement que l'utérus en antéversion doit effectuer dans l'abdomen. Comme il presse sur la vessie, il doit, s'il est mobile, être soulevé quand celle-ci est distendue par l'urine; puis, à mesure qu'elle se vide, ce point d'appui lui manquant, il doit tendre à revenir à sa position vicieuse, et c'est là ce que cette dame a, en effet, très bien ressenti.

Je renouvelai le cathétérisme pendant trois jours consécutifs sans qu'il survînt de douleur ni d'écoulement de sang par la vulve. Mais alors la malade fut prise d'une bronchite générale très violente pendant le cours de laquelle les accidens dont je viens de vous parler se reproduisirent avec une nouvelle intensité, et je fus obligé de suspendre momentanément le traitement de l'antéversion, pour ne le reprendre que le 24 janvier. Après quatre jours de préparation par la sonde, le redresseur utérin est posé et il reste sans accident jusqu'au 2 février. Alors les règles survenant, je l'enlève, et le 10 je constate que l'utérus est beaucoup moins incliné en avant que le premier jour, mais il est loin encore d'être complètement replacé dans l'axe du détroit supérieur du bassin. Le redresseur intra-utérin, appliqué de nouveau le 10 janvier, reste jusqu'au 17, jour où je l'ai retiré parce qu'il était survenu un léger gonflement du ventre, avec douleurs dans l'abdomen, mais sans vomissemens ni frissons. J'ai pu constater qu'alors l'utérus avait parfaitement repris sa direction normale; il s'y est toujours maintenu depuis. Les attaques sont devenues moins fortes et moins fréquentes. Cette dame a pu faire un voyage d'un mois sans en éprouver, et depuis son retour à Paris, une seule fois elle en a été menacée, mais l'attaque s'est bornée aux premiers symptômes, qui se sont promptement dissipés. Elle ne se lève plus qu'une seule fois la nuit pour uriner, et a remarqué elle-même qu'elle ne sent plus ce corps lourd tomber quand la vessie se vide.

Si nous réfléchissons à la série de symptômes présentés par cette malade, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître des accidens hystériques caractérisés par ce sentiment d'oppression, de gonflement de l'estomac, ces vomissemens, cet engourdissement douloureux tout particulier du côté gauche de la face, cette constriction qui remontait de l'épigastre jusqu'au haut du sternum; en un mot, par tous ces phénomènes nerveux extrêmement variés, dont l'ensemble constituait chacune des attaques; et vous savez combien sont variables les phénomènes dus à l'hystérie. On aurait pu, en raison des étourdissemens, des douleurs de tête affectant plus spécialement deux organes des sens, l'œil et l'oreille, et s'accompagnant de vomissemens, croire à une affection cérébrale; mais il n'y a jamais eu aucun symptôme de paralysie; et dans l'intervalle des attaques, la santé a toujours été parfaite et les forces conservées. Si quelques affections cérébrales, telles que les tubercules, les hydatides ou les autres tumeurs, offrent des alternatives de rémission ou de recrudescence, jamais, dans les intervalles, la santé n'est aussi bonne, les forces ne reviennent pas, et il reste dans les membres affectés, ou de la paralysie, ou une sensation d'engourdissement, qui, chez notre malade, n'a été que passagère. Dans ces cas, du reste, les attaques, à chaque recrudescence, ont un caractère épileptiforme qu'elles n'avaient pas ici, et la maladie est toujours incurable.

L'hystérie, comme vous savez, Messieurs, est tellement fréquente chez les personnes affectées de maladies utérines, que des auteurs très compétens l'ont regardée comme une affection de l'utérus lui-même, se traduisant à l'extérieur par des symptômes nerveux; nous sommes donc à rechercher quelle influence la déviation de l'utérus a pu exercer dans ce cas sur la production des phénomènes hystériques. Cette influence est réelle et d'autant plus incontestable, qu'une fois la déviation guérie, nous avons vu les accidens nerveux diminuer rapidement d'intensité. S'ils ont persisté depuis, c'est peut-être parce qu'il reste encore un certain engorgement de l'utérus auquel ils peuvent être rapportés. Ils auraient pu également se reproduire par suite de l'habitude, car c'est là un des caractères principaux de l'hystérie de ne se dissiper complètement qu'après un temps assez long. On ne peut dire encore si la guérison aura lieu, et surtout si elle sera définitive et complète; mais ce qu'on doit espérer, d'après ce qui est déjà survenu, c'est une grande modification dans l'intensité et dans la fréquence de ces accidens.

Je pourrais vous citer d'autres faits, afin de vous prouver qu'il suffit d'interroger et d'examiner avec soin les malades,

---

Art. 15. Il y a un tarif à prix réduit, réglé d'avance, pour tous les cas et tous les honoraires. La réduction est de la moitié du prix ordinaire, sauf conventions particulières.

Les mémoires d'un prix élevé sont réduits au tiers et même au quart du prix ordinaire. Sont compris dans ce cas, les voyages éloignés, les maladies chroniques, les opérations et le traitement des fractures.

Art. 16. Le comité du service médical distribue, argent comptant, aux souscripteurs qui en témoignent le désir, des bons de visite et de consultation, dont il règle le prix. De même que les billets, ils ne peuvent servir qu'aux indigens.

Art. 17. Les intérêts de l'administration sont régis par un comité. Il peut réduire les mémoires à raison de l'inobservation du tarif.

Art. 18. Ce comité est composé de conseillers municipaux, des membres des Bureaux de Bienfaisance de la circonscription et de souscripteurs. Les maires et les curés en font nécessairement partie. Il est composé d'un nombre triple de celui des communes qui forment la circonscription médicale.

Art. 19. Il se réunit tous les six mois, dans les mois de janvier et de juillet. A la réunion de juillet, tous les souscripteurs sont convoqués, ainsi que le médecin et le pharmacien. Ils votent, au scrutin secret, avec les membres du comité, pour le renouvellement triennal, s'il y a lieu, des membres sortans, qui sont indéfiniment rééligibles. Le médecin et le pharmacien assistent aux délibérations du comité, mais avec voix consultative seulement.

Art. 20. Tous les six mois, ou tous les ans au plus tard, les billets et ordonnances sont remis au comité avec les mémoires détaillés et des notes sur les maladies et le résultat du traitement. Suivant l'usage des services médicaux des villes, les médecins y ajoutent quelques observations. Il y a des modèles imprimés pour les comptes-rendus, afin de faciliter et d'abréger le travail des médecins. Il est lu dans l'assemblée du comité et des souscripteurs.

Art. 21. Suivant les usages des dispensaires et des autres œuvres de bienfaisance, le service médical rural des indigens tient une liste des souscripteurs et des donateurs.

Art. 22. L'adjonction des lingeries et autres secours fournis par les dispensaires deviennent, au fur et à mesure des ressources et des souscriptions, le complément du service médical dans les campagnes comme dans les villes.

RÉGLEMENT SPÉCIAL POUR LES LINGERIES CHARITABLES ET AUTRES SECOURS DITS DE DISPENSAIRES.

Art. 1er. Dans les circonscriptions où il existe des lingeries, et au chef-lieu d'arrondissement, pour celles qui n'ont pu encore s'en procurer, on prête aux malades secourus par le service médical, sur la demande écrite du médecin ou de la sage-femme, des draps, des chemises, des gilets de laine, et une couverture pour huit jours, au bout desquels les objets doivent être rapportés et échangés, s'il en est encore besoin, contre d'autres blancs et propres.

Art. 2. Le dépôt de la lingerie est confié à deux personnes désignées par le comité; une femme en fait nécessairement partie.

Art. 3. Elles écrivent sur un registre *ad hoc* le nom et la demeure du malade, le nom et le nombre des objets, le quantième de la sortie et de la rentrée.

Art. 4. Les indigens, avant de remettre le linge, le passent seulement à l'eau; ils ne le lessivent point. Cet office est confié à une personne aux frais de l'œuvre.

Art. 5. S'il arrivait qu'un objet, prêté à un indigent, fût égaré, les dépositaires de la lingerie exigeraient qu'il fût rendu à sa place un autre objet de même nature, et, autant que possible, de la même valeur, sous peine de radiation de la liste.

Art. 6. On fournit aussi, au fur et à mesure des souscriptions, les garde-malades, les bandages, les pessaires, le linge à pansement, les appareils à fracture, la charpie, les bandes, le bouillon, le sucre, le miel, le vin et les alimens aux convalescens, sur ordonnance écrite du médecin.

LES CONFISEURS ANGLAIS. — On sait à quelle surveillance sévère les confiseurs de Paris sont soumis relativement à l'emploi des matières colorantes destinées à ornementer les bonbons. En Angleterre, pays, par excellence, de la liberté du commerce, jamais pareille idée n'entrerait dans l'esprit des gouvernans. Aussi les confiseurs emploient-ils sans se gêner les substances les plus dangereuses. Non seulement ils falsifient leurs bonbons avec du plâtre, de l'amidon, de la chaux, du sulfate de baryte et autres choses de même nature, mais encore ils emploient à chaque instant le bronze, les feuilles de cuivre ou d'étain, l'arsénite et le carbonate de cuivre, le vert-de-gris, le chromate de plomb, l'orpiment l'oxy-chlorure de plomb, le minium et le vermillon. Presque tous les lozanges de gingembre et tous les fruits confits exposés aux devantures des confiseurs contiennent un sel de plomb. D'après une analyse faite par M. Louyet, quelques-uns de ces bonbons contiennent jusqu'à 1.5 p. 100 de plomb. Le chromate de plomb, l'arsénite de cuivre servent à colorer les devises des gâteaux; enfin, dans les puddings, dans les tartes, dans les liqueurs cordiales, on emploie ordinairement le ratafia non dépouillé de son acide hydrocianique, c'est-à-dire d'un des poisons les plus actifs que compte l'arsenal pharmaceutique. Aussi chaque année enregistre-t-on un certain nombre de morts parmi les enfans à la suite de l'ingestion de bonbons colorés par des substances toxiques ou des liqueurs falsifiées.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Dalrymple, auteur de travaux remarquables sur la microscopie, si connu par son grand ouvrage sur la *Pathologie de l'œil*, vient de mourir à Londres, dans un âge peu avancé, des suites d'une albuminurie.

Cours de physiologie comparée. — M. FLOURENS, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours mardi, 25 mai 1852, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine. — Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie,

pour se rendre compte de beaucoup d'accidens qui doivent être attribués aux déviations utérines, même quand ces maladies ne se présentent pas avec tout le cortége de symptômes qui les accompagne habituellement ; mais nous reviendrons sur ce point dans le cours de ces conférences.

T. Gallard,
Interne.

(La suite prochainement.

THÉRAPEUTIQUE.

Effets toxiques de l'émétique administré a faible dose; par M. Raymond Falot, docteur-médecin à St-Laurent-d'Aygouze (Gard).

Les dispositions particulières en vertu desquelles quelques personnes sont diversement impressionnées par les mêmes agens, sont assez nombreuses et assez importantes pour mériter l'attention du praticien. Ainsi, chez certains, l'opium agit comme purgatif; l'ipécacuanha produit la dyspnée ou le catarrhe; le sucre, le vomissement; les moules, l'urticaire; le lait, la constipation, etc.

Dans la classe des idiosyncrasies mises en jeu par l'action des médicamens, on peut ranger les effets du tartre stibié donné comme vomitif ou comme éméto-cathartique chez certains individus.

On sait par expérience qu'il n'est pas indifférent d'administrer l'émétique ou l'ipécacuanha, toutes les fois qu'il y a indication de provoquer des vomissemens. Ainsi, quoique le tartre stibié soit le plus sûr et le plus prompt des vomitifs, son emploi est parfois suivi d'inconvéniens assez fâcheux chez les enfans et les sujets doués d'une susceptibilité particulière. Ici deux sortes d'effets bien distincts: ou bien une diarrhée abondante, accompagnée d'état nerveux, qui est le plus souvent contre-indiquée par les forces du malade; ou bien des vomissemens qui ne tardent pas, quand ils se prolongent, à amener un collapsus profond.

Il est clair qu'on doit préférer alors l'ipécacuanha, par exemple, dans les diarrhées et les dyssenteries qui réclament l'emploi d'un vomitif.

Par contre, il est des sujets singulièrement réfractaires à l'émétique et chez lesquels l'association des deux substances est souvent impuissante.

Les trois observations qui suivent tendent à prouver, d'après nous, l'obligation fréquente de modifier les indications des vomitifs, chez certains malades atteints de cette disposition idiosyncrasique qu'on serait heureux de connaître avant de procéder au traitement. Il est du devoir de tout malade intelligent de donner au praticien qui le voit pour la première fois, les renseignemens qui sont à sa portée sur cette manière d'être, conséquence d'une idiosyncrasie, et dont l'ignorance peut donner lieu à des accidens graves. Le médecin, à son tour, devra respecter dans une juste mesure les répulsions de son malade pour l'émétique, par exemple, surtout si elles son fondées sur des motifs antérieurs raisonnables, à moins que l'indication ne puisse être modifiée.

Observation Ire. — Delon, 35 ans, chétif, entre à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, le 22 novembre 1847, atteint de fièvre catarrhale. (Eau tiède 300 gram., tartre stibié 15 centig., en trois fois tous les quarts d'heure.) Les deux premières doses n'ayant pas agi, on force le malade à ingérer la troisième malgré sa répugnance : il prétend n'avoir jamais eu que deux angines traitées par ce vomitif, qui a failli le tuer *deux fois*. Bientôt après, nausées fatigantes, soif intense, saveur de métal, douleurs épigastriques, selles jaunâtres alternant avec des vomissemens répétés, crampes aux mollets et aux avant-bras, suppression des urines, altération de la physionomie, extrémités froides, conservation de l'intelligence, crainte de la mort, voix éteinte en dépit de ses efforts pour se plaindre. Bientôt le malade n'a plus la force de vomir; la peau est froide et couverte de sueurs visqueuses; le pouls est filiforme et d'une fréquence extrême. Ces symptômes alarmans durent toute la nuit. (Frictions spiritueuses; glace à l'intérieur; potion de Rivière ; sinapismes.)

Le lendemain 23, la face est presque hippocratique; les vomissemens et les crampes ont cessé, mais la prostration est si considérable que le malade séjourne à l'hôpital une vingtaine de jours sans pouvoir se rétablir complètement. Il sort dans un état de faiblesse peu rassurant.

Observation II. — Carrière, âgé de 11 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, le 27 juillet 1848, atteint de fièvre intermittente et d'embarras gastrique; l'invasion de la maladie remonte à un mois. Constitution assez robuste et pas de maladies antérieures. (5 centigram. d'émétique dans un verre d'eau tiède en quatre fois.) Demi-heure après l'ingestion de la dernière dose, trois vomissemens bilieux : l'enfant reste environ deux heures sans vomir, il est tracassé par des nausées. Bientôt la face s'altère; le pouls, qui était à 90, augmente de fréquence (125) : il est petit et serré; soif ardente, crampes, extrémités froides, délire léger pendant deux heures; des vomissemens verdâtres et fréquens amènent une prostration rapide. (Limonade à la glace par petites cuillerées ; potion de Rivière opiacée; 45 gram. sirop diacode dans un demi-verre d'eau ; bouteilles d'eau bouillante aux extrémités inférieures; frictions spiritueuses.)

28. La nuit a été calme; les vomissemens ont cessé à deux heures; les crampes se font encore sentir; coliques et météorisme, deux selles copieuses, faiblesse extrême, goût métallique très prononcé, retour de l'intelligence : la respiration est moins anxieuse, la face est toujours très altérée.

Ce n'est qu'au bout de huit jours que le petit malade entre en convalescence : il a eu, dans ce laps de temps, des vertiges, des crampes et quelques convulsions qui nous ont fait craindre un résultat funeste.

Observation III. — La femme M..., âgée de 32 ans, sanguine et robuste, éprouvait depuis quelques jours les symptômes de l'état bilieux : frissons irréguliers et fréquens alternant avec des bouffées de chaleur, malaise, céphalalgie sus-orbitaire, anorexie, langue large et jaunâtre, saveur amère, soif, éructations fréquentes, légère douleur à l'épigastre; la face, habituellement colorée, est un peu jaunâtre, surtout aux yeux ; constipation depuis deux jours.

La chaleur et la céphalalgie ayant augmenté dans le courant de la journée (6 avril 1849), je fais une saignée de 300 grammes, et prescris, pour le lendemain matin, 10 centigrammes de tartre stibié en quatre tasses, toutes les demi-heures.

La première dose fut rendue sur-le-champ; les trois autres tasses lui furent administrées à d'assez courts intervalles, malgré des vomissemens bilieux plus que suffisans.

Quand je revis la malade, elle était en proie à une vive anxiété et à des vomissemens porracés continus et activés par l'eau tiède qu'on lui avait fait avaler presque par force, *dans le but de la soulager plus vite* : pouls très fréquent, petit et concentré; céphalalgie atroce, bourdonnement d'oreilles, face vultueuse et baignée de sueur, soif, goût métallique, frissons, coliques, crampes dans les jambes : la malade dit éprouver souvent ce dernier symptôme dans l'état de santé; les extrémités sont glacées. (Limonade froide par cuillerées; potion de Rivière; cataplasmes chauds aux pieds et sur l'épigastre ; frictions.)

Dans l'après-midi, les vomissemens continuent et alternent avec des évacuations jaunâtres très fétides; l'épigastre devient plus douloureux; pincement d'entrailles, suppression des urines, abattement de la physionomie; les crampes, répandues dans tous les membres, arrachent des cris à la malade plongée dans une terreur profonde; dyspnée intense, augmentation de la soif et des évacuations; persistance du froid des extrémités, malgré l'emploi incessant des moyens appropriés; le pouls est insensible à l'avant-bras.

La continuation des évacuations et la gravité des accidens nerveux me font craindre une fin prochaine, si ces symptômes se prolongent une partie de la nuit.

7 heures du soir. — Crampes, froid de la peau, anxiété, mouvement convulsif, lèvres bleues ; langue froide, bleuâtre, recouverte à la base d'un enduit jaunâtre; respiration très courte, pouls insensible aux radiales : on sent pourtant les pulsations des carotides et du cœur; face froide, yeux enfoncés dans les orbites, conservation de l'intelligence, voix faible et saccadée, sueurs froides et visqueuses de la tête et de la poitrine.

Tous les moyens propres à ranimer la circulation, tels que sinapismes, frictions sèches et irritantes, etc., sont employés d'une manière permanente.

Les antispasmodiques (sirop d'éther), l'infusion de thé très chargée, étaient rendus sur-le-champ; l'eau de poulet, l'orangeade froide par cuillerées, n'étaient pas mieux supportées.

De sept à dix heures du soir, quatre ou cinq vomissemens, quelques crampes et deux selles bilieuses seulement; commencement d'une réaction faible, mais soutenue.

Le lendemain, amélioration visible : rétablissement de la chaleur d'une manière uniforme; les yeux sont moins enfoncés; la diarrhée a beaucoup diminué, et il n'y a plus eu de vomissemens; la miction est rétablie; le pouls, quoique faible et fréquent, est sensible à l'avant-bras; il y a encore de la soif, une lassitude extrême de tous les membres, des bâillemens et des pandiculations.

Les jours suivans, la malade ne conserve de cette crise effrayante qu'une faiblesse considérable, peu en rapport avec la force primitive de sa constitution : ce n'est qu'à la longue qu'elle peut se rétablir.

Les accidens survenus chez ce dernier sujet offrent trop d'analogie avec une attaque de choléra sporadique, pour que nous ne voulions y voir que les effets insolites du tartre stibié. Il est évident que la malade a rendu presque immédiatement les quatre tasses de liquide, et alors l'émétique a-t-il pu agir comme irritant sur l'estomac, et exercer une action quelconque sur les poumons, consécutivement à son absorption?... Pourtant l'engoûment pulmonaire a réellement existé; il y a eu cette saveur métallique, austère, qu'on remarque chez les individus empoisonnés par cette substance, et que la malade comparait au goût du fer; en outre, il n'y avait pas, à cette époque, un seul cas de choléra dans ce village.

Un éméto-cathartique nous parut parfaitement indiqué par l'état bilieux de notre malade. Aucun écart de régime, aucune impression morale n'ont joué aucun rôle dans l'étiologie; elle était à la diète depuis deux jours, quand nous l'avons vue pour la première fois. Enfin, chez elle, les vomissemens ont paru plusieurs heures avant les déjections, comme cela a lieu ordinairement dans l'empoisonnement par les préparations antimoniales.

Quoi qu'il en soit, ce cas nous a paru assez intéressant pour être mis à côté des deux premiers. Ce qu'il y a de curieux, selon nous, dans ceux-ci, c'est qu'une si faible dose ait pu déterminer des troubles aussi sérieux (1).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 20 Mai 1852. — Présidence de M. Larrey.

Tumeurs des bourses.

M. Vidal présente un malade qui porte sur la peau du scrotum de nombreuses tumeurs, variant de volume, depuis un grain de maïs jusqu'à une grosse noisette. Ces tumeurs, dures, légèrement élastiques, n'ont en aucune façon altéré la peau. Elles paraissent appartenir aux tumeurs sébacées. M. Vidal en a enlevé une; il a suffi d'une incision pour l'énucléer avec facilité : elle était formée d'un tissu comme plâtreux; elle a immédiatement durci au contact de l'air.

M. Lebert examinera cette tumeur au microscope.

M. Huguier trouve ce fait excessivement rare, en raison de la multiplicité des tumeurs; il propose d'en faire faire le dessin.

(1) *Revue thérapeutique du Midi*, 15 mai 1852.

A la suite de la lecture du procès-verbrl, M. Boinet demande la parole pour faire une rectification relativement au malade dont M. Robert avait entretenu la Société dans la dernière séance.

L'honorable chirurgien de Beaujon, en parlant des accidens survenus chez ce malade, avait dit que la gangrène avait suivi la dernière injection iodée. M. Boinet s'est procuré l'observation détaillée, et cette gangrène ne serait survenue que plusieurs mois après cette injection.

Une nouvelle discussion s'engage sur ce sujet. Nous nous abstiendrons de la reproduire. Nous avons assez longuement entretenu nos lecteurs de la question des injections iodées. Une commission se met à l'œuvre pour porter un jugement définitif sur la valeur de la méthode. Nous attendrons le résultat des travaux de la commission.

Nous ne terminerons pas sans rectifier une erreur que nous avons commise. La malade vue par M. Robert et M. Boinet, et qui avait une carie d'une apophyse épineuse, avait un abcès dans la région crurale. Nous avions dit que cet abcès était resté dans la région dorsale.

De la luxation du cristallin.

M. Larrey avait déjà communiqué un fait de luxation du cristallin sur un enfant de troupe. Dans ce cas remarquable, le cristallin, malgré son déplacement, avait conservé sa transparence. En faisant cette communication, M. Larrey, signalant la rareté de ces déplacemens sans opacité, demandait si des membres de la Société avaient rencontré des exemples de ce genre.

Aujourd'hui M. Lebert communique quatre faits de luxation du cristallin, que M. le docteur Recordon, chirurgien fort distingué de Lausanne, lui a fait connaître dans une lettre. Comme c'est la lecture de l'observation de M. Larrey, qui a engagé M. Recordon de réunir ces faits, c'est naturellement à M. Larrey, qui s'occupe d'un travail sur ce sujet intéressant, que M. Lebert a cru devoir adresser ces observations, dont voici le résumé :

1° Un homme âgé de 22 ans, s'aperçoit un jour qu'il a perdu la vue de l'œil gauche. En examinant le fond de l'œil, M. Recordon voit un corps flottant dans la chambre postérieure, qu'il fut facile de reconnaître, après la dilatation de la pupille, pour le cristallin luxé dans sa partie postérieure, et retenu par sa partie inférieure; il a conservé, du reste, sa transparence normale. Lorsque le malade se couche sur le dos, la vue revient momentanément. Depuis quatre ans, cette luxation incomplète, qui s'est produite spontanément, persiste sans changement.

2° Une femme, âgée de 32 ans, se plaint d'avoir perdu, depuis quelques mois, la vue de l'œil droit. En examinant l'œil, M. Recordon fut frappé de voir, à travers la cornée transparente, le cristallin couché dans la chambre antérieure, et appuyant contre l'iris qu'il repousse en arrière; parfaitement transparent, il ressemble à une grosse goutte d'eau. L'iris n'est pas enflammé. Tout mouvement de la tête en arrière fait disparaître le cristallin dans la chambre postérieure, pour reparaître dès que de nouveau la malade penchait la tête en avant. L'extraction dut être faite, mais elle fut très laborieuse, le cristallin ayant été très difficile à saisir. Il était, du reste, d'une transparence parfaite, et la vue s'est rétablie complètement. Cette même femme, opérée en 1847, se présenta de nouveau à la consultation de l'hôpital, en mars 1852, offrant à l'œil gauche les mêmes symptômes qui nécessitèrent la même opération qu'à l'autre œil, et amenèrent une guérison complète.

3° Les deux malades précédens offraient trois cas de luxation de cristallins transparens. Dans le quatrième cas de M. Recordon, il s'agit d'un cristallin cataracté chez un homme âgé de 70 ans, qui, ayant les deux cristallins pris, devait être opéré prochainement, lorsqu'un jour, retenu au lit pour des douleurs de rhumatisme, il fut étonné de voir tout à coup la partie supérieure de la fenêtre; mais dès qu'il s'assit dans son lit, il rentra dans l'obscurité. Les jours suivans, le cristallin se détacha davantage, et environ huit jours après, il avait complètement disparu dans le corps vitré, fixé probablement dans quelque endroit, en dehors de la pupille, mais non résorbé. La vue s'est maintenue sur cet œil jusqu'à présent.

M. Larrey insiste sur la rareté beaucoup plus grande du déplacement du cristallin transparent que de celui des cataractes; il demande si M. Recordon a précisé la durée de ce déplacement dans ces différens cas, point qui a une certaine importance par rapport à l'intégrité ou aux modifications du cristallin.

M. Lebert répond à M. Larrey que les faits communiqués par M. Recordon se groupent en deux catégories. D'un côté, il y a les trois faits de cristallins transparens, dont l'un luxé incomplètement, les deux autres d'une manière entière. Le second cas offre encore cela de curieux, que la même malade présente successivement la maladie aux deux yeux et est guérie par la double extraction. Dans le second fait, le cristallin transparent s'était déjà déplacé depuis plusieurs mois; toutefois, je suis sûr que M. Recordon se fera un grand plaisir de donner à M. Larrey des renseignemens sur la durée du déplacement, ainsi que sur tout autre point de ces observations qui serait précisé par notre honorable président.

J'aurais peut-être passé sous silence le quatrième cas d'un cristallin cataracté déplacé, comme se rapportant à des faits bien moins rares, si nous n'assistions pas, dans ce fait, à une issue très heureuse et inespérée d'un déplacement d'une cataracte qui faisait cesser la cécité sans opération et d'une manière jusqu'à présent durable.

M. Roux n'a jamais rencontré de déplacemens avec transparence du cristallin. Il a vu plusieurs fois cet organe opacifié se luxer, et tantôt il déterminait des accidens, tantôt au contraire la luxation ne se trahissait par aucune douleur.

A ce propos, l'honorable professeur cite le fait du fils de Don Carlos, qui portait une cataracte sur l'œil gauche. Lors de la détention de ce prince à Bourges, tout à coup, et sans cause connue, le cristallin tomba dans la chambre antérieure et détermina, par sa présence, une ophthalmie des plus intenses. M. Roux fut envoyé par le gouvernement pour donner ses soins au malade ; mais le jour même de son arrivée à Bourges, le cristallin avait repris sa place et toute douleur avait cessé. Il fut convenu que si l'accident se reproduisait, immédiatement le chirurgien serait prévenu et alors on procéderait à l'extraction. Le déplacement se reproduisit en effet, et M. Roux, par une incision, fit sortir le cristallin. L'opération fut couronnée de succès. Seulement, comme de ce côté existait une amaurose, le prince n'éprouva pas le bénéfice que l'on aurait pu attendre de l'extraction du cristallin opaque.

Tumeur de la région thyro-hyoïdienne.

Un médecin, M. Chamart, présente à la Société une jeune fille âgée de 7 à 8 ans, qui porte dans la région thyro-hyoïdienne une tumeur grosse comme une noisette, assez mobile, donnant la sensation de la fluctuation, non adhérente à la peau, mais paraissant unie par un *tractus*

ou prolongement à la membrane thyro-hyoïdienne. Il s'agit de savoir quelle est la nature de cette tumeur et quel traitement on doit adopter.

M. Guersant a déjà vu bon nombre de ces tumeurs; c'est, suivant lui, un *kyste pédiculé*. Il admet qu'il faut l'enlever, seulement il pense qu'il restera, après l'opération, une fistule très difficile à guérir. Pour éviter cette fistule, on pourrait, après avoir énucléé la tumeur, lier le pédicule avant de le séparer.

M. Maisonneuve, dans dix ou douze cas, a eu de ces tumeurs à opérer; il a constamment réussi en les traitant par les injections d'iode. Quand on les enlève avec le bistouri, il reste une fistule quelquefois inguérissable.

M. Boinet a guéri également, par l'injection iodée, une malade qui offrait une tumeur de ce genre. Elle avait été traitée par Lisfranc; depuis M. Boinet a publié, dans la *Gazette Médicale*, trois cas de guérison obtenue par le même procédé.

M. Giraldès insiste sur la nécessité de faire une ponction; cette opération aura le grand avantage d'éclairer le diagnostic; la couleur, la quantité du liquide permettront de juger de la nature et de l'étendue du kyste. Ces kystes ont, en effet, quelquefois une très grande profondeur. Quand il en est ainsi, les parois sont très épaisses et l'injection n'amène le plus souvent pas la guérison. L'iode détermine une transformation de la surface interne du foyer, qui devient fongueuse, et l'on ne peut guérir qu'à l'aide d'un traitement général, le traitement local restant toujours insuffisant.

M. Robert n'a aucun doute sur le siége de la tumeur; elle est bien entre l'hyoïde et le cartilage thyroïde. Mais elle a une racine, racine profonde qui paraît filer derrière l'os hyoïde. Le caractère spécial de ces tumeurs est, après l'opération, de laisser subsister une fistule intarissable. Sabatier et Boyer avaient déjà signalé cette incurabilité des fistules consécutives à l'ablation de la tumeur.

Il y a une quinzaine d'années, M. Robert fut consulté par un jeune homme de 22 ans qui portait une fistule de ce genre depuis plusieurs années déjà. Ennuyé de cette infirmité, ce garçon voulut tenter de guérir et il vint à Paris pour consulter. Il me raconta, dit M. Robert, que le vieux praticien du pays, qui lui donnait ses soins, lui avait prédit que son mal ne guérirait pas. Je voulus faire mentir ce pronostic, mais malgré tous les moyens imaginables que je mis en usage, j'échouai.

La tumeur siége dans une bourse muqueuse qui se remarque au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne, et Boyer signalait comme cause de la non-curabilité la mobilité de la région. En résumé, M. Robert est d'avis qu'il ne faut pas opérer.

Il ne faut pas confondre ces fistules avec quelques autres fistules congénitales que l'on remarque également au cou; ces fistules ne sont pas situées, comme celles qui nous occupent, sur la ligne médiane; elles ont leur orifice extérieur sur la partie latérale; elles seraient le résultat de la persistance de fissures branchiales qui existeraient transitoirement dans le fœtus.

M. Danyau rappelle un exemple de ce genre de fistule; elle se dirigeait vers la base de la langue. Le petit malade qui portait cette affection a été guéri par M. Danyau et Blandin. Les cautérisations ayant été sans effet, on réussit par l'iode.

M. Forget ne saurait partager l'opinion de M. Robert; il est d'avis qu'il faut opérer. La tumeur ne lui paraît pas profonde; elle a commencé par être mobile, et si elle adhère profondément, il est permis de croire que cette adhérence est simplement fibreuse. On peut facilement circonscrire la tumeur, la déplacer latéralement, sans déterminer de douleurs.

Si l'adhérence était constituée par un conduit menant à un *diverticulum* quelconque de la tumeur, on la verrait s'amoindrir et devenir plus molle sous l'influence de la pression; mais il n'en est rien. Il y a donc tout avantage, ajoute M. Forget, à opérer, car la tumeur grossit, et plus son volume s'accroîtra, plus augmenteront les difficultés que l'on croit voir pour obtenir la guérison complète.

M. Forget cite l'observation d'un malade, habitant de Chartres, qui portait une tumeur absolument semblable, grosse comme un œuf. Lisfranc l'opéra en incisant crucialement et faisant suppurer le foyer. Le malade guérit parfaitement, mais avec une cicatrice, que l'on devra éviter dans ce cas, en opérant par ponction et injection.

M. Giraldès est tout à fait de l'avis d'opérer. On pourrait s'abstenir si la tumeur n'augmentait pas. Mais dès qu'elle s'accroît, les indications paraissent formelles.

En résumé, le diagnostic de la tumeur paraît le même pour tous les membres de la Société : il y a un kyste contenant un liquide. Mais quant à l'étendue du kyste, le doute commence. Pour plusieurs des membres, la tumeur envoie un prolongement profondément. Quoi qu'il en soit de l'étendue du mal, le fait saillant, c'est l'accroissement de la tumeur. Cet accroissement doit, suivant nous, tracer la conduite à suivre, il faut opérer.

Nous adoptons donc l'opinion de la grande majorité des membres de la Société, et nous espérons même que, comme le fait remarquer M. Forget, le prolongement mal défini que l'on sent en arrière, est simplement ligamenteux. Quant au choix de l'opération, nous ne voyons aucune raison de ne pas adopter la ponction et l'injection iodée, qui ne présentent dans leur application aucun danger, qui ne laisseront après elles aucune cicatrice bien apparente, et qui, en résumé, si elles ne réussissent pas, ne gêneront en aucune façon l'emploi ultérieur d'un autre procédé.

Anatomie pathologique.

M. Larrey présente, à la fin de la séance, une énorme tumeur *fibro-colloïde*, ayant envahi tout le sein chez une femme de 40 ans.

M. Lebert entre dans d'intéressans détails sur la nature intime de cette tumeur, qui ne contient aucune trace de cellules cancéreuses.

D^r Éd. Laborie.

Société médicale des hopitaux de Paris.

Séance du 24 Mars 1852. — Présidence de M. Bouvier, vice-président.

(Suite. — Voir le numéro du 18 Mai.)

M. Delasiauve admet qu'il y a sans contredit des voies électives d'absorption pour les substances médicamenteuses ou toxiques; mais ce n'est pas seulement sous le rapport de l'intensité que cette absorption varie, très souvent aussi son mode diffère. Tel est, en particulier, le cas du mercure, qui finit par occasionner la salivation lorsqu'on le fait prendre directement à l'intérieur, ou qu'on l'emploie en frictions; tandis qu'il provoque surtout le tremblement chez les individus qui, par profession, vivent dans une atmosphère mercurielle. Quelquefois même l'absorption qui s'effectue par les voies respiratoires, détermine la folie. Il a publié, il y a une douzaine d'années, dans le journal l'*Expérience*, une consultation médico-légale relative à trois enfans aliénés, dont le trouble mental avait une semblable origine. Leur famille habitait au 3me étage d'une maison de la rue Vieille-du-Temple, un appartement dont une chambre prenait jour sur un arrière-cour très étroite. Cette cour étant circonscrite de tous côtés par de hautes constructions, il en résultait une sorte de tuyau de cheminée par où s'échappaient les vapeurs d'un fourneau mal construit qui y avait été établi par un locataire pour l'extraction du mercure de l'eau des doreurs. Une partie de la journée, les enfans, en l'absence des parens qui travaillaient au dehors, demeuraient dans la chambre en question, la croisée ouverte. Peu à peu se manifestèrent de graves accidens, consistant, au physique, en un tremblement choréiforme; au moral, en une irritabilité croissante qui dégénéra en idiotisme et trouble maniaque. Vainement traités par les médecins du voisinage, un des malades dut être admis à l'hôpital des Enfans, les deux autres à la Salpêtrière; mais nulle part on ne se pouvait faire une idée du caractère de leur mal, que des personnes de la maison attribuaient aux violences exercées par la mère. L'incertitude eût persisté vraisemblablement toujours, sans une circonstance qui mit sur les traces de la vérité. Une dame que la curiosité attirait fréquemment dans le fourneau de distillation, s'aperçut que sa bague était blanchie. Il n'en fallut pas davantage pour éveiller les soupçons de la mère incriminée. Nul doute que le mercure qui avait produit cet effet n'eût causé la maladie de ses enfans. Les informations qu'elle prit auprès des médecins, le fort tremblement dont était affecté lui-même celui qui extrayait le mercure, confirmèrent son idée. De là, plainte au parquet, enquête, procès, et finalement condamnation du locataire et du propriétaire comme civilement responsables, aux frais du procès, et à des dommages-intérêts de 1,500 francs envers les parties lésées.

M. Marrotte a vu un malade affecté d'étranglement herniaire qui fut soumis, pendant une heure, aux inhalations de chloroforme, et qui mourut dix heures après. Il s'est demandé si la mort n'avait pas été le résultat de l'atteinte profonde portée aux forces vitales par l'agent anesthésique. Le chloroforme, qui peut tuer immédiatement, pourrait donc tuer aussi d'une manière plus lente, et cela en raison du trouble qu'il détermine dans le jeu régulier des forces vitales.

M. Bouchut ne croit pas que la forme de l'agent toxique puisse à elle seule rendre compte de la différence qui existe dans l'activité de l'absorption, il faut encore faire intervenir la texture des parties. L'absorption qui s'effectue à la surface de la membrane muqueuse gastrique n'est-elle pas plus lente, en effet, que l'absorption sous-épidermique? Il admet volontiers que le chloroforme peut déterminer la mort par asphyxie; mais, selon lui, cette asphyxie est consécutive : le chloroforme agit comme un poison, et son action est une paralysie, une sédation du système nerveux.

M. Devergie n'a pas prétendu dire que, pour apprécier la faculté absorbante, il fallût seulement tenir compte de la forme sous laquelle on faisait absorber le poison; il veut également que l'on ait égard à l'état des surfaces absorbantes. Mais il n'en est pas moins vrai que si, par exemple, on introduit dans l'estomac de l'arsenic à l'état solide liquide ou gazeux, l'arsenic gazeux tuera comme la foudre, et l'arsenic liquide déterminera une mort plus rapide que l'arsenic solide. Il ne nie pas l'action du chloroforme sur le système nerveux. Toutefois, il n'en regarde pas moins comme démontré que la mort peut survenir par asphyxie. La congestion est secondaire, si l'on veut; mais il ne faut pas oublier qu'en saignant le malade on peut le sauver. M. Devergie rappelle ensuite un cas bien connu d'empoisonnement par le laudanum, dans lequel, après l'emploi de moyens énergiques, on vit disparaître le coma, l'insensibilité, etc. Le malade reprit pendant quelques heures l'exercice de ses facultés intellectuelles, puis les accidens reparurent, et la mort s'ensuivit. Eh bien! dans ce cas, l'atteinte portée au système nerveux fut telle, que la mort en fut la conséquence, bien que les phénomènes de congestion eussent été momentanément conjurés.

M. Marrotte fait remarquer qu'indépendamment des causes qui viennent d'être signalées comme pouvant déterminer la mort à la suite des inhalations de chloroforme, il faut encore mentionner la rétraction de la langue et le spasme de la glotte.

M. Aran désire répondre quelques mots à M. Devergie, parce qu'il ne partage pas les opinions qu'il a émises sur plusieurs points relatifs aux inhalations du chloroforme, et surtout parce qu'il croit les assertions de son honorable collègue en désaccord avec les faits bien observés. M. Bouchut a très bien fait remarquer tout à l'heure, dit M. Aran, que dans les cas de mort par inhalations du chloroforme, l'asphyxie n'est pas un phénomène primitif, mais bien un phénomène secondaire. J'irai plus loin que M. Bouchut, et je dirai que, à moins de quelque circonstance particulière, la mort n'a pas lieu dans les cas de ce genre par asphyxie, mais bien par syncope. Je dis à moins de quelque circonstance particulière, parce que l'asphyxie peut être le résultat d'inhalations mal dirigées, lorsque la quantité d'air respirable est trop peu considérable; dans ce cas, le malade meurt asphyxié par le chloroforme, comme il mourrait asphyxié par tout autre gaz non respirable, par le gaz azote, par exemple. Il est encore d'autres circonstances qui peuvent déterminer la mort par asphyxie. M. Marrotte a signalé la rétraction de la langue; j'ajouterai la présence des mucosités qui peuvent s'accumuler dans l'arrière-gorge et dans les voies aériennes. Le nombre des morts par le chloroforme est assez nombreux aujourd'hui, pour qu'il me soit facile de citer des faits dans lesquels l'examen du cadavre n'a fait reconnaître aucune des altérations propres à l'asphyxie. C'est que le chloroforme agit non seulement sur les centres nerveux dont il paralyse les fonctions, mais aussi sur le cœur dont il trouble et peut suspendre l'action, ainsi que M. Gosselin l'a très bien montré. Quant à la précaution recommandée par M. Devergie, de faire précéder les inhalations chez les hommes forts et robustes, à large poitrine, par une émission sanguine, je crains que notre honorable collègue se soit laissé faire illusion par quelques cas exceptionnels : c'est la première fois que j'entends parler de cette recommandation, et si elle était fondée, je suis persuadé qu'elle aurait pour résultat de faire renoncer aux inhalations anesthésiques. Il est bien vrai que les inhalations anesthésiques ne sont pas une chose indifférente chez tous les sujets; que certains individus en éprouvent des accidens d'affaissement et de prostration nerveuse, qui ont pu, dans certains cas, donner de vives inquiétudes aux chirurgiens; mais ces accidens ont été observés aussi bien sur des sujets faibles que sur des sujets forts, et on peut même ajouter que les sujets forts éprouvent plutôt de l'exaltation que de l'affaissement. Il est encore un point sur lequel je ne saurais être d'accord avec M. Devergie, c'est celui qui a trait à l'assimilation qu'il a établie entre l'opium et le chloroforme. En effet, non seulement le chloroforme diffère de l'opium par sa spécificité d'action sur les centres nerveux, dont il atteint plus spécialement la sensibilité, mais encore il a une action paralysante sur l'organe central de la circulation. Au point de vue pratique, il y a enfin entre ces deux agens cette grande différence que l'action de l'opium est durable et persistante, tandis que celle du chloroforme s'épuise rapidement, grâce à la facilité avec laquelle ce dernier agent s'élimine par les voies respiratoires principalement; de là, une grande différence dans les précautions avec lesquelles on peut manier les deux agens, l'opium étant un médicament qui, à très faible dose, a déterminé, dans certains cas, des empoisonnemens très graves et même mortels, le chloroforme pouvant être donné à l'intérieur à de très hautes doses, sans grand inconvénient, et surtout sans crainte d'accidens sérieux, et encore moins d'accidens mortels.

Le secrétaire, Ch. Léger.

PRESSE MÉDICALE.

Revue médico-chirurgicale. — Mars et Avril 1852.

Note sur un nouveau procédé opératoire pour la cure de l'anévrisme artérioso-veineux; par M. le professeur Malgaigne.

Tous ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer la double ligature de l'artère blessée dans l'anévrisme artérioso-veineux, dit M. Malgaigne, ont pu juger des difficultés que présente parfois le procédé opératoire qui oblige à chercher les deux bouts de l'artère au fond de la poche anévrismale, où les veines intéressées versent incessamment une pluie de sang. Aussi a-t-on vu les chirurgiens les plus habiles, vaincus par ces difficultés, obligés de lier ensemble la veine avec l'artère, sans parler d'un cas plus malheureux où le nerf voisin paraît avoir été compris dans la ligature. L'occasion s'étant présentée de faire une semblable opération et d'affronter les mêmes dangers, M. Malgaigne résolut d'étudier avant tout la maladie avec grand soin, afin de voir s'il ne pourrait pas améliorer le procédé opératoire.

La simple ligature de l'artère au-dessus de l'anévrisme artérioso-veineux selon la méthode d'Anel est aujourd'hui jugée et justement condamnée; et il est généralement admis qu'il faut lier les deux bouts de l'artère. Mais est-il nécessaire, pour cela, d'ouvrir le sac; et ne pourrait-on même attaquer l'artère au-dessus et au-dessous par deux incisions séparées, en respectant à la fois le sac et les tégumens qui le recouvrent? C'est ce que M. Malgaigne vient d'exécuter avec succès chez un malade. Je ne sais pas, ajoute-t-il, jusqu'à quel point ce procédé sera applicable dans d'autres cas, soit que l'anévrisme siége au pli du coude, soit surtout qu'il ait son siége dans des régions plus profondes : seulement comme je l'ai pratiqué avec une facilité inespérée et avec un succès aussi complet que possible, il me paraît devoir être préféré toutes les fois qu'il ne présentera pas de contre-indication absolue.

Voici en quelques mots le fait de M. Malgaigne. Un homme de 42 ans, portait depuis quelques mois un anévrisme variqueux au pli du coude droit, ayant le volume d'une petite noisette. M. Malgaigne lui pratiqua l'opération indiquée plus haut de la manière suivante : assis à côté du lit du malade, préalablement chloroformé, il fit immédiatement au-dessous de la tumeur une première incision verticale d'environ deux centimètres et demi, n'intéressant que la peau; puis disséquant avec soin le tissu cellulaire sous-cutané, il écarta la veine médiane basilique qui fut rejetée en dedans et maintenue par un aide avec un crochet mousse; il divisa ensuite l'aponévrose antibrachiale sur la sonde canelée dans la même étendue que la peau; puis, guidé par les battemens de l'artère et se servant du bec de la sonde pour écarter les fibres du tissu cellulaire, il mit à découvert, assez profondément, dans la plaie écartée par deux crochets mousses, deux cordons vasculaires, dont l'un fut reconnu pour l'artère à ses battemens, chargé sur la sonde, isolé avec soin, puis lié d'un fil simple, dont l'un des bouts fut coupé près du nœud, l'autre laissé pendant en dehors de la plaie. Pas la moindre hémorrhagie pendant cette première partie de l'opération. Dans la seconde, M. Malgaigne fit immédiatement au-dessus de la tumeur, sur le trajet de l'artère humérale, une nouvelle incision de la même étendue que la première. Le tissu cellulaire et l'aponévrose furent divisés avec soin, l'artère reconnue à ses battemens, isolée et liée de la même manière. Immédiatement la tumeur cessa de battre, les frémissemens des veines avaient disparu, et les artères radiale et cubitale n'offraient plus aucun battement. Les deux incisions furent réunies à l'aide de trois points de suture à bandelettes de caoutchouc fixées par des épingles. Le membre fut fixé à angle presque droit sur une attelle coudée, dans la demi-pronation et posé sur un coussin élevé. Une simple compresse fut jetée par-dessus la suture pour tout pansement. Enfin on entoura d'une alèse chaude l'avant-bras, qui semblait un peu refroidi. Il ne survint aucun accident, et, bien que la réunion ne se fît pas par première intention, le vingt-quatrième jour la guérison était complète et la tumeur avait entièrement disparu.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 62. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 25 Mai 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 MAI 1852.

LES REMÈDES NOUVEAUX.

Un décret du 3 mai 1850, rendu sur le rapport de M. Dumas, alors ministre de l'agriculture et du commerce, dispose que « les remèdes qui auront été reconnus nouveaux et utiles par l'Académie nationale de médecine, et dont les formules, approuvées par le ministre de l'agriculture et du commerce, conformément à l'avis de cette compagnie savante, auront été publiées dans son *Bulletin*, avec l'assentiment des inventeurs ou possesseurs, cesseront d'être considérés comme remèdes secrets. — Ils pourront être, en conséquence, vendus librement par les pharmaciens, en attendant que la recette en soit insérée dans une nouvelle édition du Codex. »

L'esprit de ce décret, fort sage, et qui concilie les intérêts des inventeurs avec les exigences de l'art et la protection due aux intérêts du public, doit être cherché dans la circulaire ministérielle du 2 novembre 1850, relative à son exécution. Le ministre y fait observer que la législation et la jurisprudence, en ce qui touche l'annonce et la vente des remèdes nouveaux, sont depuis longtemps une cause d'embarras pour l'administration, d'hésitation et de doute pour les jurys médicaux, de décisions opposées et contradictoires pour les tribunaux. Il est vrai que la jurisprudence de la Cour de cassation semblait avoir fixé, sur ce point, les idées et les principes. Suivant cette jurisprudence, en effet, toute préparation qui n'est pas inscrite au Codex ou qui n'a pas été composée par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin, pour un cas particulier, ou enfin qui n'a pas été spécialement autorisée par le gouvernement, devait être considérée comme remède secret.

Guidés par cette jurisprudence, les jurys médicaux se voyaient forcés de sévir contre plusieurs préparations médicinales dont l'utilité avait été consacrée déjà par l'expérience clinique, et dont les avantages avaient été reconnus par l'Académie de médecine.

De là des réclamations incessantes auprès de l'administration, de la part des inventeurs et débitans de remèdes nouveaux qui invoquaient vainement leur bonne foi, l'approbation des corps scientifiques, la publicité donnée à la composition de ces médicamens et l'usage général qui en était fait par les hommes de l'art.

« L'administration, dit la circulaire, a dû se préoccuper, dans l'intérêt des inventeurs sérieux et de la santé publique, des difficultés sans cesse renaissantes et qui toutes prenaient leur source dans l'application rigoureuse de la jurisprudence; elle s'est demandé si les remèdes qui avaient été accueillis par l'Académie de médecine, dans l'intervalle écoulé entre leur approbation et leur insertion au Codex, devaient et pouvaient être assimilés à des remèdes secrets, et si, par suite, on devait en poursuivre et l'annonce et la vente. »

Ainsi donc, c'est pour soustraire les inventeurs sérieux de remèdes reconnus utiles, aux sévérités de la jurisprudence de la Cour de cassation, que le décret du 3 mai 1850 a été fait et promulgué.

Il importe d'ajouter, d'ailleurs, que dans sa circulaire du 2 novembre 1850, M. Dumas annonce que l'Académie de médecine, consultée, a émis un avis par suite duquel il a été amené à présenter à la signature du président de la République le décret dont nous avons fait connaître les dispositions principales.

Ce préambule était indispensable pour l'intelligence des faits sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention de nos lecteurs.

Il est de toute évidence que l'Académie de médecine, ou pour parler avec plus de vérité, qu'une fraction plus ou moins considérable de l'Académie n'a accepté ce décret qu'avec déplaisir et qu'elle fait tout ce qui peut dépendre d'elle pour en entraver l'exécution.

Ainsi, dans la dernière séance, une sorte d'orage s'est élevée à l'occasion de la demande de bénéficier des dispositions du décret du 3 mai 1850, adressée par le possesseur d'un médicament d'un usage vulgaire dans la thérapeutique, parfaitement connu dans sa composition, qui n'a jamais été secrète, médicament qui a déjà même reçu une sorte de sanction de la part de l'Académie, nous voulons parler des pilules ferrugineuses de Blaud.

L'Académie n'ayant pas pu s'entendre, le vote a été renvoyé au moment où l'Académie sera fixée sur l'interprétation à donner au décret du 3 mai 1850.

C'est avec surprise, nous le reconnaissons, que nous avons vu l'Académie accepter un ajournement basé sur un motif semblable. L'interprétation du décret du 3 mai 1850, est d'une facilité peu commune en jurisprudence pharmaceutique. Si ce décret lui même pouvait donner lieu au moindre doute et au moindre embarras, la circulaire du 2 novembre enlève tout prétexte à l'incertitude. Il s'agit, c'est clair comme le jour, de fixer les droits et les devoirs des jurys médicaux et des inventeurs en matière de remèdes nouveaux reconnus utiles, et de modifier sur ce sujet la jurisprudence de la Cour de cassation. Nous ne savons, en vérité, ce que les méditations les plus profondes de l'Académie pourront trouver de plus ou de moins dans le décret du 3 mai 1850.

Mais, disons-le avec franchise, le motif de l'ajournement n'est qu'un prétexte; ce qui est désiré et attendu, c'est une manifestation de l'Académie contre le décret du 3 mai, et sur les conséquences de son exécution dans des circonstances récentes.

Cette question est délicate et grave. Délicate, par sa nature même, car elle touche à des points où les consciences les plus austères ne voient pas toujours très clair; grave, car des intérêts considérables sont en cause.

Nous demandons la permission de la traiter devant nos lecteurs, du point de vue le plus général, le seul qui puisse nous convenir, et d'oublier complètement les intérêts particuliers qui peuvent s'émouvoir de telle ou telle décision.

Ce sujet est un des points afférens à la grande question de l'organisation des professions médicales. Il touche surtout à l'organisation de l'exercice de la pharmacie, sur laquelle trois opinions sont en présence, et se trouvent représentées par des adhérens également convaincus.

L'une de ces opinions, celle qui trouve surtout faveur à l'Académie de médecine, à l'école et à la Société de pharmacie de Paris, soutient un système absolu et complet de restriction à l'égard de la vente et de l'annonce des préparations médicinales. D'après elle, les véritables principes sur la matière se trouvent dans la loi du 21 germinal an XI, et notamment dans les articles 32 et 36, qui n'auraient besoin que d'une pénalité plus sévère, ou même d'une sanction pénale, pour que l'exercice de la pharmacie trouvât satisfaction aux griefs dont il se plaint depuis si longtemps. Les modifications apportées à cette loi par des décrets subséquens, et notamment par le décret du 18 août 1810, n'ont été que des altérations fâcheuses au principe; il faut en revenir là, si l'on veut garantir la profession d'une ruine imminente et sauvegarder les intérêts du public contre

Feuilleton.

DU CONCOURS GÉNÉRAL DE VERSAILLES POUR LES ANIMAUX DE BOUCHERIE ET LES PRODUITS ALIMENTAIRES.

Nous avons traité en 1849, dans trois feuilletons (1), deux questions dont le sujet actuel peut être considéré comme une suite. Il s'agissait des ressources alimentaires de la France et des procédés mis en pratique pour augmenter la quantité et élever la qualité de la viande dans notre pays. L'hygiène publique était notre but; ce but sera encore le même en nous occupant du concours de Versailles.

S'il appartient aux économistes d'indiquer les moyens de mettre la nourriture d'un peuple en rapport avec l'accroissement de la population, si c'est une des plus hautes missions de l'éleveur de bestiaux d'opérer, par des croisemens intelligens, des aptitudes qui favorisent une plus grande production de viande, une facilité plus prononcée pour l'engraissement, il sera toujours dans les attributions de la médecine de suivre ces progrès et d'en tirer des déductions pour la santé publique. Nous ne pourrons donc point être accusés de nous éloigner du cercle que nous nous sommes proposé de parcourir, en nous occupant de l'exposition qui avait attiré un grand concours d'amateurs.

On sait que, depuis huit ans, un concours d'animaux de boucherie existe à Poissy. D'année en année, on y a constaté un progrès dans l'art d'engraisser le bétail. On a reconnu que l'engraissement économique et précoce tient à l'aptitude native ou acquise des races, et que la bonne conformation du sujet ajoute encore à cette aptitude. Comme ces qualités se transmettent, il était de la plus haute importance d'avoir des producteurs d'élite; de là l'idée des concours spéciaux que l'on a institués par régions, et que couronne le concours général de Versailles. Aux animaux, on a ajouté cette année des produits alimentaires.

Le problème de l'engraissement est complexe, car il se lie aux questions de la multiplication du bétail et à l'agriculture. Celle-ci, comme toutes les autres industries, règle ses travaux sur la proportion des demandes et sur les facilités des débouchés. Elle a besoin du travail du bœuf; elle retire des vaches le lait, le beurre, les fromages, qui sont des produits d'une immense consommation et très avantageux en certaines contrées; pour satisfaire à ces exigences, il faut une attention extrême et une étude particulière pour conserver dans les croisemens toutes ces aptitudes. Notez encore que la nature du sol, les eaux et le climat contraignent de plus l'agriculteur à suivre une ligne d'opérations plutôt qu'une autre.

Quand il s'agit d'appliquer ces idées dans les concours, des dissentimens s'élèvent. Aux premiers concours des reproducteurs, on avait classé les animaux par régions; cette année, on les a classés par races, ce qui paraît préférable; le temps viendra, sans doute, où on les classera selon la nature des produits qu'ils donnent ou qu'on veut obtenir. Le jugement deviendrait alors plus facile, puisqu'on comparerait ce qui est comparable.

Le concours de cette année était le troisième; il était malheureusement incomplet; vingt-cinq à trente animaux manquaient. M. Pluchet, de Seine-et-Marne, exposait de magnifiques béliers dishleys-mérinos; c'était la laine longue pour le peigne, et la taille ou la viande en volume, sinon en qualité. M. Maringué, de Loir-et-Cher, présentait des reproductions de sa belle race charmoise; si l'on remarquait leur bonne laine demi-longue, forte, sans grande finesse, mais excellente, on admirait surtout leur bonne conformation et leur engraissement magnifique à douze mois. Enfin, la race de Mauchamps, du département de l'Aisne, œuvre essentielle de M. Graux, offrait une laine longue et fine comme le duvet de cachemire. Il y avait peu de toisons, mais celles qui s'y trouvaient étaient généralement belles.

La race porcine a fourni, cette fois, un beau contingent. Parmi les specimens remarquables, on admirait un berkshire blanc de dix-huit mois, envoyé par M. Mecflet, du Calvados. Au milieu des beaux animaux fournis par le vicomte de Cursay, de la Vienne, on s'arrêtait devant un très beau verrat de Kendel. On attendait deux autres superbes verrats de M. Vigneral, mais ils sont morts d'excès d'embonpoint la veille du départ.

Pour la première fois, on avait fait paraître à ce concours des lapins et des coqs. Il y avait douze lapins de races diverses, sept coqs superbes (bentham pur sang, russe pur sang, cochinchinois non moins pur sang, cochinchinois croisé, crèvecœur ou caumont, crèvecœur pur, coucou crèvecœur) s'agitaient fièrement, avec gaîté et la crête haute; six pigeons offraient des échantillons des différentes espèces. On peut espérer, une autre année, de voir ces innovations se multiplier.

Les *produits alimentaires* ne sont pas arrivés en grand nombre dans ce concours général. Il faut assurément le regretter, car ce n'est que de cette manière que l'émulation s'établit et que les bons exemples se prennent.

Le même vicomte de Cursay avait fait apporter deux jambons de belle apparence; il en fait préparer en grand par la méthode anglaise; ils sont très bien fumés et leur chair est fort belle; le sucre qu'il emploie favorise la pénétration du sel, mais le salpêtre dessèche et durcit la chair.

Dans les denrées comestibles, il faut noter deux envois de fromages cuits : le fromage façon Hollande, fabriqué par M. Miquel et par M. Pellerin, de la Charente-Inférieure, est assez bien travaillé; comme sa pâte est sèche, la marine doit en tirer un bon parti. Trois variétés de Gruyère ont été exposées par M. Marret, de la Haute-Vienne; l'une d'elles surtout a une pâte moelleuse, d'agréable saveur; on peut lui reprocher d'être trop pleine; elle aurait besoin d'être ouverte par un développement de gaz plus actif et plus complet. Quand on voit de telles préparations qui n'offrent, ni dans les procédés, ni dans les appareils, aucune difficulté sérieuse de fabrication, on gémit de la misère de nos campagnes en fait de fromages. Cet aliment, si riche en principes nutritifs, se réduit, pour les deux tiers de la population française, au caséum desséché jusqu'à consistance de brique, ou bien à une matière presque putréfiée, malsaine et même dangereuse. L'Angleterre, à cet

(1) Voir les numéros 10, 13 et 134 de 1849.

les dangers et les excès de l'annonce.

Ce système s'appuie, au demeurant, sur des considérations d'intérêt public qui ont une véritable importance. Parmi les argumens qu'il invoque, il fait valoir surtout celui-ci, savoir, que l'inventeur d'un remède ne peut, sans crime de lèse-humanité, s'en approprier le secret et le monopole; que la société a le droit de l'exproprier pour cause d'utilité publique, et que le salut public est ici la loi suprême.

Un autre système, aussi radical dans sa divergence, soutient que le commerce des médicamens doit être aussi libre que tout autre commerce, que la loi et l'administration ne doivent intervenir que pour réglementer le débit des substances vénéneuses, que pour assurer au public certaines conditions d'aptitude de la part du débitant et des garanties contre la fraude et la sophistication des remèdes; qu'en dehors de cela, la société n'a aucun intérêt à une organisation restrictive, et qu'au contraire la libre concurrence lui donne des avantages dont elle serait privée par le monopole ou par la limitation.

Entre ces deux opinions extrêmes vient se placer un troisième système, celui précisément qui a suggéré le décret du 3 mai 1850 et qui a pour but de sauvegarder à la fois les intérêts de la société et les intérêts de la profession. Ce système admet et reconnaît les droits des inventeurs de remèdes, mais il n'accorde protection à ces droits que lorsqu'une expérience clinique, sanctionnée par un corps compétent, aura sérieusement et rigoureusement reconnu l'importance, la réalité et la valeur de la découverte.

Ce dernier système est celui qui nous paraît le plus vrai, le plus sage et le plus pratique. Quelques considérations sur ce point légitimeront peut-être, auprès de nos lecteurs, le choix que nous faisons parmi ces opinions diverses.

L'exercice de la pharmacie est en souffrance, nul ne conteste et ne peut contester cela. Mais cet état de souffrance tient-il, comme l'assurent les partisans du système restrictif, à certains abus qu'ils signalent, et surtout aux résultats de la publicité donnée à certains médicamens? Nous différons sur ce point avec d'honorables convictions, et nous sommes obligé de chercher ailleurs les causes de la décadence de la pharmacie. Pour nous, l'exploitation de la spécialité, en pharmacie, n'est qu'un effet et non la cause de l'état de souffrance de cette profession.

La principale cause de la détresse de la pharmacie, nous aurons la hardiesse de la chercher dans la position fausse, position mixte, complexe et contradictoire qu'on a voulu faire et qu'on tend de plus en plus à faire au pharmacien.

Il ne peut pas être un *savant* pur;

On ne veut pas qu'il soit un *commerçant* pur.

Le pharmacien ne peut pas être un savant pur, parce que le culte austère et désintéressé de la science exige du temps, du recueillement, l'absence de toute préoccupation mercantile et des charges que l'exercice du commerce entraîne après lui; conditions dans lesquelles le pharmacien ne peut pas généralement se trouver, parce que le pharmacien a des frais considérables auxquels il doit subvenir par l'exercice de sa profession commerciale, frais de loyer, de patente, d'élèves, etc., etc., et que le culte de la science pure ne lui en fournirait pas les moyens.

On ne veut pas qu'il soit un commerçant pur; la dignité, l'amour-propre professionnels se révoltent à cette idée; et cependant le pharmacien achète et revend, il est patenté comme commerçant, il en a toutes les charges, il en encourt toutes les responsabilités, il est justiciable du tribunal de commerce; il remplit, en un mot, toutes les conditions du commerçant.

Qu'arrive-t-il de cette position fausse? C'est que lorsque d'un côté on l'élève comme savant, on le ruine de l'autre comme commerçant; on enfle son amour-propre, mais on fait maigrir sa bourse; on lui crie sur tous les tons: la profession se meurt, la profession est morte; et l'on fait tout ce qu'on peut pour arriver le plus rapidement possible à ce résultat en demandant des réformes qui touchent précisément au vif de l'élément commercial de la profession.

Ambiguité de position, voilà donc une première source et une première cause du mal de la profession pharmaceutique.

Si, comme cela ne peut être contesté par personne, la pharmacie est un véritable commerce, ce commerce doit éprouver et subir toutes les conséquences subies par le commerce en général, par le système d'économie politique qui règne en France depuis 1789. C'est ce qui est en effet. Liberté commerciale, d'où multiplication des officines; concurrence illimitée, résultats de cette concurrence, tels qu'étalage, publicité, remèdes spéciaux, en un mot tous les moyens possibles d'attirer l'attention du public et la clientèle, telles sont les mesures qu'a dû nécessairement, fatalement employer le commerce de la pharmacie, précisément parce que la pharmacie est un commerce, et comme tous les autres commerces, un commerce à peu près libre. Mais les inconvéniens qu'elle éprouve à cet égard, les abus qui l'oppriment, les excès qui la dégradent, tout cela lui est commun avec tous les autres commerces. En est-il un seul qui ne puisse élever les mêmes plaintes et faire entendre les mêmes doléances? S'agit-il donc de changer, pour la pharmacie, le système qui régit la matière? Veut-on créer une exception, établir un privilége pour le commerce de la pharmacie? Quelques-uns le veulent, le demandent, et pétitionnent à cet égard auprès des pouvoirs publics, mais cette prétention ne sera évidemment accueillie par aucun d'eux. On entretient dans la pharmacie une agitation stérile qui ne peut nourrir que des espérances illusoires. C'est l'opinion des hommes expérimentés et pratiques qui voient avec regret que l'on fatigue les pouvoirs publics de sollicitations impossibles, au lieu de s'attacher exclusivement à des réformes praticables.

Mais poursuivons la recherche des autres causes de détresse de la pharmacie.

(La suite à un prochain n°). Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Synonymie.—On s'est servi de différentes dénominations pour désigner les déviations; ainsi Levret employait l'expression de *renversement transversal* en avant ou en arrière pour désigner la déviation complète dans l'un ou dans l'autre de ces deux sens. C'est Desgranges qui a employé, le premier, les mots d'*antéversion* et de *rétroversion*. En 1803, les Allemands, parmi lesquels il faut citer Mœller, appelaient la rétroversion *reclinatio*, et l'antéversion *pronatio uteri*. Avant eux, on se servait du mot unique de *delapsus*, qui était très mal choisi. C'est, comme je vous l'ai déjà dit, M. Ameline qui a employé définitivement les expressions d'*antéflexion* et de *rétroflexion*, qui sont généralement admis avec ceux d'*antéversion* et de *rétroversion*, proposés par Desgranges. On y a ajouté, depuis peu de temps, et avec raison, la *latéroflexion* et la *latéro-version*.

Fréquence des déviations. — La fréquence de ces maladies est grande, comme je vous l'ai déjà dit; cependant les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet, surtout quand il s'agit de déterminer le degré de fréquence relative de chacune des diverses espèces de déviations. Pour les uns, l'antéversion est la plus fréquente; tandis que pour d'autres, c'est la rétroversion; et pour d'autres, enfin, les diverses flexions l'emportent sur les autres formes.

Parmi les 68 cas que j'ai rassemblés, il y avait 11 antéflexions simples et 12 rétroflexions simples, 24 antéversions avec ou sans flexions, et 21 rétroversions avec ou sans flexions. Ce qui ferait 35 déviations en avant sur 33 en arrière, ou à très peu de chose près autant dans un sens que dans un autre. Je vous donne, toutefois, ces chiffres comme un document qui pourra être consulté au besoin, quand on aura joint d'autres faits à ceux que j'ai analysés; car, quant à présent, leur nombre n'est pas assez considérable, pour que, d'après eux, je puisse établir la fréquence relative des diverses déviations.

Espèces diverses. — Les espèces que l'on peut admettre sont les suivantes

A. Dans un premier groupe:

1° L'antéversion simple;

2° L'antéflexion;

3° Des variétés dans lesquelles on trouve une antéversion avec une ou plusieurs flexions peu considérables.

B. Dans un deuxième groupe:

1° La rétroversion simple;

2° La rétroflexion;

3° Des variétés analogues aux précédentes.

C. Dans un troisième groupe enfin:

1° Les latéro-versions;

2° Les latéro-flexions.

Pour l'application de ces diverses dénominations, il faut toujours avoir égard à la position du corps de l'utérus, et non pas à celle du col, comme certains auteurs l'ont fait à tort, selon nous. Pour qu'il y ait antéversion, il faudra que le *corps soit penché en avant*, tandis que le col sera élevé en arrière et viendra arc-bouter contre le rectum. Dans la rétroversion, au contraire, le *corps appuiera directement en arrière* sur le rectum et le col en avant, de bas en haut, sur le bas-fond de la vessie.

Quant aux flexions, c'est également d'après la position du corps qu'on les désigne: ainsi *antéflexion quand le corps est en avant, rétroflexion quand il est en arrière*. En un mot, *c'est dans tous les cas la position du corps qui détermine la dénomination.* Il est important que les médecins soient bien d'accord sur ce point pour éviter des malentendus qui n'ont lieu que trop fréquemment.

Devons-nous étudier à la fois toutes ces diverses espèces de déviations, en nous contentant d'indiquer dans le cours d'une description générale ce que chacune de ces espèces peut offrir de particulier? Assurément on peut dire en faveur de cette manière d'agir que les causes sont souvent les mêmes, qu'il y a beaucoup de symptômes communs, et que nous avons un traitement unique pour toutes les diverses espèces de déviations. Mais il n'en est pas moins vrai que chaque espèce en particulier peut présenter quelques symptômes particuliers assez importans à connaître, que le toucher et la sonde sur-

(1) Voir les numéros des 4, 13 et 22 Mai.

égard, est bien plus avancée que nous; au fond de ses campagnes, on trouve des fromages bien préparés et savoureux, dont on fait une consommation énorme.

Il y avait des échantillons magnifiques de pruneaux; voilà encore une fabrication du plus grand intérêt, une industrie qu'il serait bien utile d'introduire dans nos campagnes. Les belles prunes sèches se vendent bien; les villes en manquent quelquefois et l'on ne peut suffire aux demandes de l'étranger. L'arbre n'est nullement difficile sur la qualité du sol; il ne faut que le soigner.

N'oublions pas de mentionner une remarquable collection de blés, due à M. Malleville, de la Haute-Garonne; des féverolles en paille, avec pousses et racines, de M. Moritz-Lohse, de la Gironde; du lin, depuis la graine jusqu'à la toile; des racines fourragères, des garances de Vaucluse, des poirés et des cidres de Seine-et-Marne.

M. le docteur Auzoux a fait figurer son beau cheval clastique, son ver à soie et ses abeilles. Enfin, M. Boubée, géologue agricole, avait offert aux regards des visiteurs une collection de roches. Ce savant a entrepris la recherche des roches, dont la composition chimique peut améliorer un sol qui manque de l'élément qu'elles lui apportent, et qui sont voisines parfois de la terre à laquelle leur mélange serait d'un puissant secours. On peut prévoir que l'agriculteur fouillera quelque jour avec passion ces riches et inépuisables trésors qu'il ignore aujourd'hui, et que la nature a placés sous sa main.

Nous pensons qu'on ne saurait donner trop de publicité aux expositions qui constituent ces concours. Ils nous fournissent une occasion de constater les progrès qui se font en France pour l'alimentation des masses, et de signaler les lacunes qui restent à remplir. La santé, l'existence même des habitans d'un pays sont essentiellement liées à leurs moyens alimentaires; on sait que des documens authentiques prouvent que la mortalité augmente à chaque renchérissement du blé, et qu'une rapide dépopulation est la conséquence inévitable de l'insuffisance des alimens. La nature des produits, qui sont offerts soit par l'agriculture, soit par l'industrie, doit elle-même être examinée avec soin; et, sous ce rapport, les médecins ont fourni les observations les plus utiles; c'est ainsi qu'ils ont signalé l'action fâcheuse du sarrasin sur le cerveau, l'influence du maïs sur le développement de la pellagre, le danger des substances trop peu nutritives qui énervent le corps, le font s'étioler, se déjeter et dépérir, les craintes que doit inspirer l'usage du lait des vaches si souvent phthisiques dans les établissemens de la banlieue de Paris, etc., etc.

Les expositions des produits du jardinage nous paraissent aussi de nature à appeler l'attention des médecins. Leur multiplication a amené dans les familles une très grande quantité et une prodigieuse variété d'alimens accessoires; ceux-ci ont fait notablement diminuer la consommation du pain. Cette culture a également droit aux encouragemens de la médecine, de même que son contrôle lui est nécessaire.

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours ouvert à l'administration des hôpitaux pour quatre places de médecin du bureau central s'est terminé, samedi dernier, par la nomination de MM. Sée, Chapotin St-Laurent, Delpech et Hillairet.

UN ÉPISODE DE LA VIE MÉDICALE DANS L'INDE. — Les médecins et les chirurgiens de l'armée anglaise dans l'Inde prennent leur part, comme nos chirurgiens militaires en Algérie, des dangers et des hasards que court l'armée elle-même. Dans une notice biographique que la *Lancette anglaise* a publiée sur M. Ranald Martin, ancien chirurgien principal de l'armée anglaise dans l'Inde, nous avons remarqué un épisode très intéressant, qui montre combien le sangfroid, la présence d'esprit et le calme peuvent imposer aux peuples barbares. C'était dans la première guerre contre les Birmans, en 1825 ou 1826, M. Martin s'était embarqué avec trois soldats malades et un *Havildar*, sur un petit bateau, dans lequel il devait faire plus de 100 lieues pour se rendre à Rangoon. Les bords de la rivière étaient infestés par des débris de l'armée birmane; vols et assassinats étaient à l'ordre du jour. Un après-midi, le petit bateau se trouva engagé dans une portion de la rivière fortement rétrécie par une espèce de cap et une île très étendue. Des deux côtés, se trouvaient des détachemens de l'armée ennemie exaspérés par une défaite récente; sur des bûchers se consumaient les cadavres de deux de leurs compagnons. A mesure qu'ils approchaient de ce point, M. Martin distinguait de mieux en mieux les bouts des fusils anglais qui s'abaissaient et le couchaient en joue. L'Havildar s'approcha alors de M. Martin et l'engagea à se coucher au fond du bateau, tandis qu'ils feraient feu sur cette canaille. M. Martin s'y refusa; il dit à l'Havildar de tirer son sabre et de se préparer à tirer sur ceux qui voudraient monter sur le canot; puis le bateau s'avança lentement entre les deux haies de Birmans, qui couchaient en joue M. Martin. On n'a pas peine à comprendre l'inquiétude de la petite troupe: s'attendant à chaque instant à leur voir faire feu, M. Martin tira de sa poche sa lorgnette d'approche et se mit à les considérer. Quel fut son étonnement de voir les Birmans prendre les jambes à leur cou, détaler au plus vite, et disparaître derrière les bords du fleuve! Les rameurs redoublèrent de force et le bateau avait repris le large lorsque les Birmans reparurent sur la rive avec leurs longs fusils et firent une fusillade qui blessa à la jambe l'un des domestiques de M. Martin, placé à ses côtés. On apprit plus tard par quelques prisonniers capturés sur le point où s'était passée la scène, que la lorgnette que les Birmans avaient vu M. Martin approcher de son œil, avait été prise par eux pour une de ces fusées à la congrève qui leur avaient fait tant de mal dans la campagne précédente. Si M. Martin eût eu l'imprudence de permettre à ses soldats de tirer, il était perdu et ils auraient été tous massacrés par les 100 Birmans qui étaient sur les bords et armés de beaux et bons fusils.

NOMINATION. — Pour récompenser son chirurgien, le docteur Toca, professeur de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Madrid, des soins qu'il lui a donnés lors de la blessure qui lui fut faite par l'assassin Mérino, la reine d'Espagne vient de nommer ce chirurgien grand'croix de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique.

tout fournissent des signes différentiels d'une grande valeur, et que, de plus, si le traitement est le même, son application présente cependant, dans les divers cas, des modifications essentielles à saisir, puisque c'est d'elles seules que dépend souvent tout le succès.

Pour bien faire ressortir toutes ces différences et vous mettre à même de saisir parfaitement ce qui caractérise chaque espèce en particulier, je vois qu'un exposé général ne suffirait pas et qu'il vaut mieux décrire séparément chacune des diverses espèces de déviation dans l'ordre suivant lequel je vous les ai énumérées.

Quand nous aurons fait l'histoire de chaque déviation en particulier, nous terminerons par un résumé général qui nous permettra d'embrasser d'un seul coup d'œil tout ce qu'elles peuvent présenter de commun.

EXPLORATION DE L'UTÉRUS.

Mais, avant tout, je dois vous faire connaître les divers moyens d'exploration dont nous pouvons disposer, et qui sont employés indifféremment pour les déviations.

Toucher vaginal. — En première ligne, vient le toucher, et surtout le *toucher vaginal.* On ne peut se dispenser de l'employer pour le diagnostic des déviations utérines, car il fournit des indications extrêmement utiles. Je le pratique d'abord la femme étant debout, parce que, dans cette position, on apprécie mieux le degré de la déviation. D'ailleurs, les premiers symptômes se produisent surtout quand elle est debout; et il est important de connaître au juste quelle est alors la direction de l'utérus, cette direction pouvant n'être plus la même si la malade est couchée. Le doigt indicateur avec lequel on pratique le toucher, doit suivre l'axe du vagin pour arriver jusqu'au col, et je ne saurais trop vous recommander d'aller doucement, graduellement, sans chercher à vouloir arriver d'emblée sur le col, et surtout de bien éviter de repousser trop fortement les parties et d'occasionner de la douleur.

Si le doigt indicateur ne pouvait atteindre le col, il serait bon d'introduire en même temps le médius, qui, ayant un centimètre environ de plus en longueur, permettrait d'explorer à une plus grande profondeur.

Certains auteurs ont conseillé de chercher à pénétrer plus avant, en faisant prendre au coude un point d'appui sur la hanche ou sur le genou. Mais c'est alors surtout que l'on doit aller avec beaucoup de lenteur et de ménagement. Il ne faut surtout jamais se préoccuper exclusivement du soin de rencontrer le col, mais bien au contraire chercher à se rendre compte de tout ce qui se présente sous le doigt.

Rappelons d'abord ce que l'on trouve, à l'aide du toucher, *quand l'utérus est à l'état normal*, afin d'avoir un point de comparaison.

Si l'utérus occupe sa position normale, on rencontre d'abord la lèvre antérieure, puis, immédiatement au-dessous, l'ouverture du col qu'il est très facile d'atteindre. En portant le doigt en avant, on trouve la face antérieure du col se continuant supérieurement avec la face antérieure du corps qui ne peut être complètement suivie, et qui se dirige obliquement en haut et en avant, en s'inclinant vers la paroi abdominale antérieure, comme pour aller la rejoindre. En avant du corps, on sent la résistance molle particulière à l'intestin. La vessie, distendue par l'urine, peut donner une sensation de fluctuation, et quelquefois être assez volumineuse pour gêner l'exploration; il faut alors la vider en sondant la malade, si elle ne peut pas uriner spontanément.

En arrière de l'ouverture du col le doigt rencontre la lèvre postérieure derrière laquelle se trouve le cul-de-sac du vagin, dans lequel on pénètre en suivant la face postérieure du col. Le doigt ne peut atteindre plus loin que la réunion du col avec le corps, et tout à fait en arrière on ne trouve plus rien, on sent seulement la mollesse particulière à l'intestin, à moins, toutefois, que des matières fécales étant accumulées dans le rectum, on n'en apprécie la résistance à travers la paroi recto-vaginale.

Si vous vous êtes bien pénétrés des principes que je viens de vous exposer, il vous sera facile d'en faire l'application à l'exploration des déviations de l'utérus. Il est évident, en effet, que dans les déviations du col, le doigt, en pratiquant le toucher, ne rencontrera plus cette partie dans la même position, ou bien si c'est la direction du corps qui a changé, on pourra sentir des angles saillans ou rentrans situés en divers points; mais ce sont là des différences sur lesquelles j'insisterai plus spécialement en parlant de chaque espèce de déviation en particulier.

Le toucher permet encore de constater l'état du col, son volume, sa consistance, sa température, sa conformation extérieure. Y a-t-il des granulations ou des ulcérations? L'ouverture est-elle régulière ou non? C'est ce dont il faut s'assurer. Enfin le doigt ne sera pas retiré du vagin sans avoir imprimé des mouvemens au col, afin de faire basculer l'utérus pour savoir s'il se meut facilement, si les tissus qui l'environnent sont souples, s'il n'a pas contracté d'adhérences anormales avec les parties voisines, s'il ne se plie pas quand on veut le déplacer et s'il n'est pas plus lourd qu'il ne devrait l'être.

Il est également très important de chercher à saisir avec l'autre main le fond de l'organe à travers la paroi abdominale, pendant que le doigt, introduit dans le vagin, soulève le col, ce qui aide à apprécier le volume de l'utérus et aussi sa direction.

Toucher rectal. — Quant au toucher rectal, vous verrez plus tard que pour l'antéversion et l'antéflexion, il ne nous apprend que peu de chose, et que pour la rétroversion et la rétroflexion, s'il est quelquefois utile, il peut souvent aussi être négligé sans inconvénient. Vous aurez donc soin de ne le pratiquer que lorsqu'il vous paraîtra indispensable; car avant tout, Messieurs, il faut songer, dans la pratique, à retrancher de ces sortes d'explorations tout ce qui ne nous est pas absolument nécessaire pour arriver à un diagnostic précis.

Le doigt, introduit dans le rectum quand l'utérus occupe sa position normale, ne sent rien de différent de ce qu'on rencontre en arrière du col par le toucher vaginal; seulement, comme il peut atteindre plus haut, il peut suivre également un peu plus haut la direction de l'organe. Dans le cas de déviation, on sent l'extrémité du col s'il s'agit d'une antéversion, ou la tumeur globuleuse formée par le corps de l'utérus s'il s'agit d'une rétroversion ou d'une rétroflexion. Mais ce sont des points sur lesquels nous reviendrons en détail.

(*La suite prochainement.*)

T. GALLARD,
Interne.

THÉRAPEUTIQUE.

GUÉRISON DE LA CHORÉE PAR LA STRYCHNINE.

Monsieur et honoré confrère,

Après avoir lu dans un de vos derniers numéros le résumé d'un article publié par M. Forget, de Strasbourg, sur le traitement de la chorée par la strychnine à l'intérieur, j'ai pensé que la publication de quelques observations recueillies dans ma pratique pouvait avoir quelqu'utilité. Elles confirment pleinement tout ce que M. Forget dit des propriétés antichoréiques de la strychnine. Celle-ci est devenue pour moi une sorte de spécifique de la chorée. Ses effets ont été si constamment heureux pour les malades et si frappans pour l'observateur, que je les croyais connus de tous les praticiens. Aussi mon étonnement a-t-il été grand lorsque j'ai vu la plupart des auteurs qui ont écrit sur la danse de Saint-Guy ne rien dire de la strychnine. Son emploi n'est donc pas si connu qu'il soit inutile de raconter les guérisons qui lui sont justement attribuées, afin de vulgariser son emploi.

Cette maladie a été si bien décrite par tous les pathologistes qui l'ont étudiée, qu'il serait superflu d'en raconter les étranges manifestations. Il n'est personne qui puisse ne pas la reconnaître s'il en a lu la description qu'en donnent Sydenham, Magendie, Serres et une foule d'autres. Selon nous, il y a non seulement aberration, mais encore insuffisance des forces. Les mouvemens des membres sont rapides, mais sans précision et sans énergie; la fibre musculaire est relâchée et la vie nerveuse est certainement incomplète dans les parties frappées par la chorée. En un mot, cette maladie touche de bien plus près à la paralysie qu'aux convulsions; dans celles-ci, l'innervation est plus intense; dans la chorée, elle est incomplète et la paralysie lui succède presque toujours, si l'on n'a pu la dissiper.

Il est certain que l'axe cérébro-spinal est affecté, comme le pense M. le professeur Forget. Sans rien dire des désordres anatomiques qui accompagnent la maladie qui nous occupe, je suis porté à croire que Serres, Magendie et Bouillaud ont eu raison de la regarder comme dépendante d'une lésion des tubercules quadrijumeaux et du cervelet.

La chorée se rencontre presque toujours chez les petites filles, et les quatre cas que j'ai observés ont tous confirmé cette règle. J'ai dirigé le traitement d'après les idées que je viens d'émettre en quelques lignes. La strychnine, administrée en solution ou en pilules, à la dose d'un quinzième de grain, m'a constamment réussi, et la guérison s'est faite dans une moyenne de vingt jours. Les frictions tout le long du rachis et des membres malades, avec quelques gouttes d'huile de croton-tiglium, ou avec un liniment éthéré de strychnine, se sont montrées utiles.

Je ne veux établir aucun parallèle entre la strychnine et les autres médicamens employés en pareil cas, qui tous ont des faits pour les défendre; je regarde comme logique le traitement du docteur Prichard, qui appliquait des cautères et des vésicatoires sur le trajet de la moelle épinière; je sais que le liniment de Rosen a été vanté par le docteur Chrestien, que les frictions avec la pommade stibiée ont été prônées en Italie par Strambio, et par Burns en Amérique; qu'Elliotson, en Angleterre, a dû plusieurs guérisons au sous-carbonate de fer, dont l'emploi pourrait facilement rentrer dans notre pratique sans porter atteinte à notre manière de voir; que les antispasmodiques sont des succédanés puissans; que les bains froids de Dupuytren et les bains sulfureux de Baudelocque ont amené des guérisons aussi nombreuses que remarquables; ces derniers n'auraient-ils eu, pour faire leur réputation, que les treize enfans qu'ils guérirent en 1832, sur quatorze qui furent soumis à leur usage. Mais je n'ai jamais eu à recourir à tous ces moyens, la strychnine ayant toujours suffi. Aussi, je pense qu'on ne saurait entourer de faits trop nombreux un remède puissant dont l'application peut être fréquente.

OBSERVATION I. — Au mois de janvier 1849, je fus appelé à donner mes soins à Julie Michel, petite fille de 8 ans, d'un tempérament nerveux, d'un caractère vif et d'une constitution délicate. A l'âge de 4 ans, elle avait été atteinte d'une affection de la moelle épinière qui agita le membre abdominal droit de mouvemens choréiformes qui n'ont jamais été complètement vaincus. La jambe est restée maigre et la plante du pied était tout à fait tournée en dedans; la petite malade marche en s'appuyant sur le bord externe de cet organe. Sans cause connue, elle fut prise un jour de mal de tête, d'agitation, et enfin de mouvemens choréiques parfaitement caractérisés : grimace du visage, mobilité extrême de la tête, impossibilité absolue de tenir le bras et la jambe du côté droit en repos, bégalement; un rire niais indique que l'intelligence est atteinte; la station est impossible. Les frictions avec l'huile de croton étendue d'huile camphrée, la strychnine à l'intérieur, ont amené la guérison en vingt jours. La jambe malade a repris des forces et des chairs; le pied est enfermé dans une bottine à l'aide de laquelle la marche est moins défectueuse et plus assurée.

OBSERVATION II. — Un cantonnier du village de Beaussière m'amena quelques jours après sa petite fille, âgée de 7 ans. Elle est d'un tempérament nerveux, très timide. A la suite d'une exposition au soleil, elle fut prise d'un violent mal de tête suivi bientôt de mouvemens involontaires et désordonnés de tout le côté droit. La face était grimaçante, la bouche, toujours en mouvement, laissait s'échapper constamment une écume que la langue battait et repoussait sans cesse; le bras ne pouvait rien atteindre, la main ne savait rien tenir et le pied ne trouvait plus le sol.

La chorée revenait par accès, séparés seulement par une rémission de dix minutes environ. Les bains tièdes et les sangues à la nuque furent inutiles. Le sommeil était nul; la vessie ne retenait pas les urines; une sorte de hoquet très pénible se montrait souvent; la sensibilité était très obtuse sur tout le côté droit. Tous ces symptômes avaient deux mois de date, quand je soumis l'enfant aux frictions sur le dos et sur les membres avec la strychnine dissoute avec l'alcool et l'éther, et aux pilules de strychnine de 1/16e de grain, une le matin et une le soir. Dix centigrammes ont amené une guérison radicale. Les accès étaient quelquefois si forts, qu'ils simulaient l'épilepsie.

OBSERVATION III. — Rolland, menuisier à Luc, m'amena, dans le courant de janvier 1852, sa petite fille âgée de 11 ans, qui, effrayée par les gentillesse d'un petit ramoneur, perdit l'appétit, se plaignit ensuite de pesanteur de tête, et fut prise bientôt, dans tout le côté droit, de mouvemens involontaires très violens. Il était impossible de la tenir au lit; elle buvait avec une extrême difficulté; tous les symptômes de la chorée la plus violente se rencontraient chez elle. Les sangsues et les bains amènent une amélioration passagère. La strychnine en frictions et en pilules détermine dans quinze jours une cure complète qui ne s'est pas démentie.

OBSERVATION IV. — Il y a trois mois qu'une petite fille du fermier de M. L. C..., fut prise, sans autre cause connue qu'une exposition trop prolongée au soleil, de tous les symptômes que nous avons déjà signalés. Le bégaiement était tel, qu'il lui était impossible de lire. Il y avait de la paralysie dans tout le côté droit; insensibilité presque complète; le chatouillement du pied est à peine perçu. La strychnine seule en frictions, et à l'intérieur, a amené la guérison en vingt-et-un jours.

Ces faits me paraissent avoir quelque valeur. Mais je ne résiste pas au désir de raconter une autre observation, dans laquelle la strychnine a joué un rôle important, et qui, tout en montrant la possibilité d'étendre l'usage de ce remède contre certains cas d'épilepsie, ne manquera pas de faire naître quelques réflexions sur les rapports qui peuvent exister entre l'épilepsie, la paralysie et la chorée.

OBSERVATION V. — Marie Frel est une jeune fille de 18 ans, grande, bien développée, d'un tempérament lymphatique sanguin, d'un caractère doux et timide et d'une intelligence très obtuse. Elle a été réglée deux fois il y a deux ans. Depuis trois ans, elle est sujette à des attaques d'épilepsie qui prennent ordinairement deux ou trois fois dans la journée. Pendant le temps très court qu'elle fut à peu près réglée, l'épilepsie sembla moins violente. L'attaque dure plus d'un quart d'heure; la malade ne se souvient de rien. Il y a dix-huit mois qu'elle commença à se plaindre d'une faiblesse de la jambe gauche. Bientôt il lui fut impossible de marcher et même de se tenir debout. Sa jambe droite a conservé presque toute sa force. L'autre est amaigrie, froide et insensible; incontinence d'urine.

Tel était l'état dans lequel cette malade se présentait à nous. On avait consulté quelques médecins; mais aucune médication sérieuse n'avait été employée.

Je la vis pour la première fois au mois de novembre 1851. J'ordonnai la strychnine, la tisane de valériane et d'armoise; j'appliquai sur les lombes une ventouse profondément scarifiée, sur laquelle je fis mettre un large vésicatoire. Les règles reparaissent assez abondantes et très colorées quelques jours après. Depuis, l'attaque d'épilepsie n'a plus reparu; les forces reviennent dans le membre abdominal gauche, et les urines sont mieux retenues. La malade essaie de marcher à l'aide d'une seule béquille. Au mois de janvier, la malade m'est amenée de nouveau. La physionomie est plus intelligente; la jambe plus chaude et plus sensible; la timidité a disparu. J'applique une nouvelle ventouse, deux cautères volans sur les lombes, frictions avec la strychnine, dont l'usage à l'intérieur a été interrompu pendant un mois, et dont elle prendra encore 5 centigrammes en seize pilules. J'ai revu cette malade il y a un mois environ. Elle marche à l'aide d'un petit bâton dont elle se sert à peine. La jambe a repris ses dimensions, sa chaleur et sa sensibilité normales. Cette fille, qui était presque idiote, a l'intelligence très nette et rapide. L'incontinence d'urine n'existe plus, et l'apoplexie n'a pas reparu. Elle est parfaitement réglée.

Il est certain que la réapparition du flux menstruel est ce qui a le plus contribué à la disparition des phénomènes si graves. Pourtant l'épilepsie avait continué, quand, il y a deux ans, les menstrues s'étaient montrées pour la première fois. Le succès est-il dû à la valériane, à la strychnine? L'épilepsie ne dépendait-elle pas d'une irritation de la moelle épinière? La paralysie, qui est survenue postérieurement à l'épilepsie,

en est-elle la suite, ou bien est-elle, comme sa devancière, seulement une conséquence de la lésion de la moelle? Ce sont là autant de questions importantes qu'il est difficile de résoudre. Cependant, nous pensons que le flux menstruel ne se faisant pas, le système nerveux spinal est devenu le siége d'une inflammation qui a pu déterminer une épilepsie symptomatique, et plus tard la paralysie. C'est cette apparition et cette guérison de l'épilepsie et de la paralysie qui me font penser que la strychnine pourrait quelquefois être employée avec quelque chance de succès contre la première de ces affections.

Je livre ces faits aux méditations des lecteurs, et surtout des pathologistes.

Antonin CHEVANDIER, D.-M.

Die, le 29 avril 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Mars 1852. — Présidence de M. le docteur TRÈVES.

La correspondance comprend plusieurs mémoires pour le concours institué par la Société sur l'emploi de l'huile de foie de morue.

Deux de ces mémoires ne sont adressés à la Société qu'à titre de documens, et appartiennent : l'un au docteur *Augustus-Antonius Reder*, l'autre à un des membres correspondans de la Société, le docteur Fleury, chef du service de santé des îles St-Pierre et Miquelon.

En raison des nombreux et intéressans mémoires adressés pour le concours, la Société ne pourra décerner le prix que dans le courant de juin ou juillet.

M. le docteur AMEUILLE demande la parole pour faire à la Société la communication suivante. Il s'agit d'un vieillard de 82 ans, qui, à la suite de difficultés successivement croissantes dans l'émission des urines, finit par ne plus pouvoir uriner que par regorgement. Quand M. Ameuille vit ce malade, la vessie, distendue par l'urine, remontait jusque vers l'ombilic. Il le sonda avec la plus grande facilité et évacua une quantité considérable d'urine qui, vers la fin, devint mucoso-purulente. Cette opération dut être pratiquée pendant deux mois consécutifs. Pour donner un peu de ton à cette vessie, devenue inerte, M. Ameuille essaya, mais inutilement, les frictions sur les régions lombaire et hypogastrique, à l'aide d'une pommade dans la composition de laquelle il avait fait entrer une certaine quantité de strychnine. Il fit également sans résultat des injections dans la vessie avec la décoction de bourgeons de sapin, et même à l'aide d'une solution renfermant trois centigrammes de strychnine pour trois cents grammes d'eau. Ce dernier moyen fut continué pendant dix jours consécutifs. Le seigle ergoté fut enfin et vainement administré à l'intérieur. On avait, depuis quelque temps, cessé toute espèce de médication, et l'on se bornait à sonder le malade, lorsque un jour, à la suite de quelques efforts, il put émettre quelques gouttes d'urine. Le lendemain, la quantité émise devint un peu plus considérable; bref, au bout de quelques jours, il urinait seul.

M. MOREAU a vu également un vieillard, âgé de 90 ans, qui, dans la convalescence d'une pneumonie, fut pris tout à coup de rétention d'urine. Il n'urinait non plus que par regorgement. M. Moreau se contenta de le sonder, et dans moins de huit jours la vessie recouvra progressivement son énergie habituelle.

Le rétablissement naturel du cours de l'urine, chez ce vieillard, prouve, selon M. Moreau, qu'il ne faut pas trop se hâter, dans de pareils cas, de l'attribuer aux médications employées, puisque ici il s'est montré de lui-même.

M. Aug. MERCIER trouve ces deux observations incomplètes. Il est convaincu que si on eût sondé ces deux vieillards, après qu'ils venaient d'uriner, on aurait encore pu évacuer par la sonde une certaine quantité de liquide. Dans l'immense majorité des cas, voici, selon lui, ce qui se passe chez les vieillards dans le cas de rétention d'urine. Un obstacle quelconque existe au col de la vessie ou dans son voisinage : survient une irritation, une inflammation de ce col, par exemple, ou mieux encore un gonflement de la prostate, alors le cours de l'urine devient plus ou moins difficile, souvent même impossible. Dans ce dernier cas, la vessie, distendue outre mesure par l'urine, devient inerte à son tour, ce qui double les causes de rétention. Maintenant, que ces dernières causes de rétention viennent à disparaître, le cours de l'urine se rétablira jusqu'à un certain point, mais le plus souvent, un certain degré d'inertie vésicale persistant, l'obstacle primitif existant toujours, il ne sera guère possible, on le conçoit, que la vessie puisse se vider complètement.

Dans la séance suivante, M. AMEUILLE revient sur l'histoire de son malade, pour informer la Société que ce dernier avait été repris de sa rétention, et qu'en outre, comme l'avait justement pensé M. Mercier, alors même qu'il pissait seul, ce qui lui arrive encore de temps en temps, il ne vidait qu'incomplètement sa vessie.

M. MERCIER, revenant sur les idées émises par lui au sein de la Société, sur les causes nombreuses et complexes de la rétention d'urine, ajoute que l'inflammation de la vessie, qui est souvent une cause de dysurie, est aussi quelquefois la cause du rétablissement du cours du liquide urinaire. Dans ce cas, l'inflammation augmente la contractilité musculaire de la vessie, dont l'inertie par là même diminue. Toutefois, si cette inflammation était trop intense, si surtout elle envahissait le tissu musculaire vésical, en déterminant une sorte d'induration interfibrillaire de ce même tissu, la paralysie complète de la vessie serait nécessairement le résultat d'une semblable complication.

M. MERCIER a observé deux ou trois fois une autre cause bien remarquable de rétention de l'urine. Il a vu l'extraction d'un calcul, qui, habituellement, dans les cas analogues, apporte un amendement à la dysurie coexistante, l'aggraver et la rendre complète.

La solution de ce problème pathologique, selon lui, est facile : quand la dysurie est due à un spasme des fibres musculaires obturatrices du col de la vessie, sous l'influence de l'irritation causée par le calcul, il est évident qu'elle doit disparaître ou au moins diminuer, lorsque sa cause, c'est-à-dire lorsque le calcul n'existe plus. Mais dans les cas où c'est un engorgement de la prostate qui cause la difficulté d'uriner, il est facile de prévoir que la destruction du calcul n'apportera aucun changement favorable dans la dysurie, et que même elle pourra être aggravée, tant que cet obstacle persistera, parce que la vessie, cessant d'être stimulée par la présence d'un corps étranger, le calcul ne sera plus le siége de contractions assez énergiques et suffisantes pour opérer la miction.

A l'appui des idées qu'il vient d'émettre, il cite l'histoire d'un malade affecté d'une rétention d'urine presque complète et d'un calcul dans la vessie. La rétention était produite par une valvule très saillante et assez épaisse du col vésical. Eh bien, après la destruction du calcul, la rétention d'urine, au lieu de diminuer, devint complète. Le malade fut habitué à se sonder lui-même chaque fois qu'il en avait besoin. Malgré son vif désir d'être débarrassé de son infirmité, M. Mercier, à cause de la mauvaise saison dans laquelle on allait entrer, l'engagea à retourner en province, où il résidait, sauf à revenir au beau temps pour remédier par une opération à sa rétention. En effet, au bout de quatre mois, le malade revint à Paris, et M. le docteur Mercier, procédant à l'excision de la valvule, cause mécanique de la dysurie, rétablit le cours des urines, en même temps que les contractions de la vessie, à partir de moment devinrent, suffisantes pour la miction.

M. le docteur CHARRIER demande la parole pour faire une autre communication à la Société, sur l'utilité de l'emploi de l'huile de foie de morue dans certains cas de pneumonie chronique. Il y a six semaines, il a donné ses soins à une petite fille, âgée de 4 ans, de chétive constitution, et atteinte de pneumonie du lobe moyen du poumon gauche, parfaitement caractérisée par de la matité, du râle crépitant et du souffle. A cet état local, s'ajoutait un cortége inflammatoire intense. Notre confrère eut d'abord recours à deux applications de sangsues, et le surlendemain à un large vésicatoire, *loco dolenti*, qui fut renouvelé quatre fois les jours suivans. Des tisanes émollientes et des potions kermétisées furent simultanément administrées. Le kermès n'amenait pas la résolution de l'engorgement pneumonique, non plus que les révulsifs, M. Charrier en vint au tartre stibié en potion, à la dose de 20 centig. Mais on fut presque aussitôt obligé de renoncer à ce moyen, à cause de la superpurgation et de la fatigue qu'il détermina chez la malade.

Ne pouvant plus se servir des antiphlogistiques, ni des révulsifs, ni des antimoniaux, notre confrère ne savait plus trop que faire en présence de cette pneumonie persistante, quoique déjà arrivée à la fin du 3me septenaire, c'est-à-dire à une époque où les malades sont habituellement morts ou guéris, lorsqu'il lui vint à l'idée de s'attaquer à l'état général, dans l'espoir d'arriver par là peut-être à modifier un état local qui ne bougeait pas, et qui, de plus, s'accompagnait d'amaigrissement général, et, vers le soir, d'une exacerbation manifeste dans le mouvement fébrile. Dans ce but, il prescrivit d'emblée une cuillerée à bouche, matin et soir, d'huile de foie de morue, et, en outre, il fit pratiquer des frictions sur tout le corps avec cette même quantité d'huile. Sous l'influence de ce traitement unique, mais aidé d'une alimentation suffisante, lait, œufs, bouillon, la petite fille devint mieux au bout de quelques jours. L'état local se modifia rapidement et heureusement, et, contre toute espérance, l'enfant se rétablit complètement.

M. MOREAU signale, à l'occasion de cette observation, les bons résultats qu'il a obtenus de l'alimentation chez un malade atteint de pneumonie. La pneumonie avait résisté, pendant vingt jours, aux antiphlogistiques et aux révulsifs, et les crachats conservaient encore, à cette époque, un caractère rouillé et visqueux. Malgré les contre-indications formelles tirées de cet état local, M. Moreau crut devoir alimenter son malade, et prescrire du bouillon. Sous l'influence de cette alimentation, en effet, la malade devint mieux, l'état local s'amenda vite, et les crachats perdirent presque immédiatement leur teinte rouillée, et leur viscosité. M. Moreau croit que l'huile de foie de morue chez la petite malade de M. Charrier, comme le bouillon chez le sien, ont été utiles, en nourrissant à propos des sujets manifestement débilités.

M. CHARRIER partage cet avis. Pour lui, l'huile de foie de morue agit comme analeptique, et indépendamment des principes, iode, brome, iodure de potassium, qu'elle renferme, et en très faible proportion. M. Champouillon, du Val-de-Grâce, dans des expériences comparatives sur l'huile de foie de morue, et sur les huiles iodées artificielles, n'a obtenu que des résultats négatifs de l'emploi de ces dernières. Dans les phlegmasies, et surtout dans certaines phlegmasies tendant à la chronicité, les malades brûlant leur propre substance, on remplit évidemment une indication utile en leur faisant prendre de l'huile de foie de morue, et en les frictionnant à l'aide de ce précieux remède. Les frictions à l'aide des corps gras ont cela de remarquable, que la peau absorbe ces substances avec une facilité extrême. Leur utilité, selon M. Trèves, est bien connue d'une foule de peuples qui s'en servent comme d'un moyen efficace de conserver leur santé, ou de les guérir en maladie.

M. PERRIN partage complètement l'opinion de ceux qui croient que l'huile de foie de morue agit comme aliment, comme substance analeptique. Il se demande même, si, dans certains cas où il est impossible d'administrer l'huile de foie de morue, à cause de sa saveur détestable, on ne pourrait pas recourir à l'usage d'huiles, même végétales, comme l'huile d'olives. Il cite, à cette occasion, l'histoire de deux malades, atteints de phthisie pulmonaire, qui ont guéri par l'usage continué de l'huile de lin. Ces deux faits se trouvent consignés dans les mémoires de l'Académie des sciences, de la fin du dernier siècle.

M. le docteur BELHOMME profite de l'intéressante question soulevée par MM. Charrier et Moreau pour rappeler l'importance extrême du chapitre de l'alimentation dans les maladies, et spécialement dans les affections mentales. Il faut se garder d'abuser de la diète, ou d'un régime trop sévère chez les aliénés. On doit s'enquérir avec soin des habitudes antérieures de régime de ces malades, et baser sur elles l'alimentation plus ou moins substantielle qui pourra leur convenir. Par une diète inintelligente, on jetterait une foule d'aliénés, surtout d'aliénés paralytiques, dans une débilité promptement mortelle. En les nourrissant, au contraire, on relève l'activité fonctionnelle de tous les organes, du cerveau lui-même, et on prolonge sûrement l'existence de ces malheureux.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

VARIÉTÉS.

NOUVEAU FAIT DE TRANSFUSION DU SANG PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS.

Les faits de transfusion du sang se multiplient depuis quelque temps, et si leur nombre n'est pas encore suffisant pour qu'on puisse fixer d'une manière définitive la valeur de cette opération, ces faits suffisent pour montrer que la transfusion, considérée en elle-même, n'est pas, à beaucoup près, une opération aussi dangereuse qu'on aurait pu le supposer. Voici le nouveau fait qui a été communiqué par M. J. Soden, chirurgien à l'hôpital général de Bath, à la Société médico-chirurgicale de Londres, dans la séance du 11 mai :

Une dame, enceinte pour la troisième fois et arrivée au terme de la grossesse, accoucha avec une si grande rapidité et avec des contractions utérines si violentes, que l'utérus se renversa. Ce renversement fut suivi d'une abondante hémorrhagie et d'une syncope. Le placenta fut décollé, et l'utérus reprit sa place; il ne survint pas de nouvelle hémorrhagie. Mais telle avait été l'abondance de la première, qu'une demi-heure après, la malade n'avait pas encore repris connaissance. Elle était insensible, froide, sans pouls et exsangue en apparence; la respiration se faisait à longs intervalles; elle était stertoreuse et saccadée. On lui fit avaler quelques cuillerées de boissons stimulantes et l'on mit en usage les moyens habituellement usités en pareil cas. Cependant une nouvelle demi-heure s'écoule et la malade est dans un état plus alarmant encore; à peine si elle peut avaler, la respiration devient de plus en plus rare et stertoreuse. Dans ces circonstances, M. Soden n'hésita pas à recourir à la transfusion : il ouvrit la veine céphalique externe, y introduisit un tube à robinet, par lequel il injecta le sang provenant d'une saignée faite immédiatement au mari de cette dame et recueilli dans une petite seringue d'étain préalablement échauffée. D'abord le sang ne passait pas dans la veine, mais tout d'un coup la résistance fut vaincue, et le sang, bien que chassé avec modération dans la veine, pénétra assez rapidement pour que, instantanément, la malade fût prise de convulsions générales, avec une horrible distorsion des traits de la face; une once au plus de sang avait été injectée. Ces convulsions ne tardèrent pas à se calmer : une heure après le pouls pouvait être senti au poignet, mais ce fut seulement le lendemain matin que la malade reprit connaissance. Pendant cet intervalle, la malade avait été continuellement soumise à l'emploi des stimulans. Elle est restée pendant assez longtemps dans un grand état de faiblesse, mais elle s'en est très bien rétablie et a eu depuis un enfant.

En rapportant ce fait, M. Soden l'a fait suivre du résumé analytique de *trente-six* autres cas, sur lesquels il a pu trouver des détails dans les auteurs, et de ces 36 cas il en est 29 dans lesquels les malades ont échappé aux dangers les plus imminens. Dans les 7 cas suivis de mort, rien ne prouve, du reste, que l'opération ait causé ou même seulement hâté la mort. Ainsi dans deux cas, la mort était survenue avant que l'opération fût terminée; dans un troisième, on ne put injecter qu'une très petite quantité de sang; dans un quatrième, pas de résultat; dans un cinquième, effets marqués d'abord, mais non permanens; dans le sixième et le septième, les femmes étaient trop affaiblies pour que l'opération pût avoir quelques chances de succès.

M. Soden a encore ajouté quelques réflexions que nous croyons devoir reproduire : ce n'est pas à une action simplement mécanique sur le cœur qu'il faut rapporter l'influence exercée par le sang injecté dans les veines, mais bien plutôt à la stimulation directe du système nerveux, et la rapidité des effets produits par cette injection est considérablement modifiée par les circonstances propres au malade, telles que la durée et les causes de l'épuisement, et aussi par la nature des moyens employés, par la quantité, la qualité du sang et le mode d'opérer. Relativement à la quantité du sang, l'auteur pense qu'il faut en injecter d'autant moins que l'épuisement tient plutôt à la rapidité de la perte sanguine qu'à son abondance. A son avis, on a souvent échoué parce qu'on avait craint d'injecter trop de sang dans le système veineux. La qualité du sang a aussi son importance : il ne conviendrait pas d'employer du sang d'animaux inférieurs; peu importe qu'on le prenne sur plusieurs individus, mais il faut que ces individus soient sains. Relativement à la manière de pratiquer l'opération, l'auteur pense que les moyens et les instrumens les plus simples sont les meilleurs, parce que les craintes de la pénétration de l'air dans les veines sont presque chimériques, lorsqu'on opère sur les veines du pli du coude. Quant aux convulsions qui ont été observées par M. Soden chez la malade, au moment de la pénétration du sang, ce médecin ne pense pas que cette pénétration en soit la cause, et il l'attribue seulement au passage de l'état de coma à l'état de syncope; il a ajouté que dans un cas analogue il avait vu l'emploi des stimulans être suivi trois fois de convulsions entièrement semblables.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur ANDRAL; recueilli et publié par M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8o de 2076 pages. — Prix : 18 fr.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie; par le docteur BELHOMME, directeur d'un établissement d'aliénés, etc. — En vente, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix : 1 fr. 50 c.

Traité pratique de l'Inflammation de l'Utérus, de son col, et de ses annexes; par le docteur J. Henry BENNET; traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8, avec planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.
Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE. — Prix : 1 fr.
Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTÉ et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 63. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 27 Mai 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.

6 Mois.......... 17

3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 MAI 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous ne suivrons pas l'Académie dans la longue et confuse discussion à laquelle elle a cru devoir consacrer la plus grande partie de sa séance pour savoir si elle adopterait ou si elle renverrait à un nouvel examen le rapport de M. Gaultier de Claubry sur les pilules de Blaud. Le sujet est en vérité de trop minime importance pour occuper l'attention de nos lecteurs. Il nous suffit de constater que, grâce aux réflexions qui ont dû se présenter au conseil d'administration, l'Académie, mise en demeure de formuler un vote sur le principe et l'interprétation du décret du 3 mai 1850, grâce aux observations présentées avec une grande netteté et une intelligence complète de la matière par M. Orfila et par M. Adelon, l'Académie s'est prononcée dans le sens que nous avions indiqué nous-même. Reste, il est vrai, la question d'exécution et d'application sur laquelle les adversaires de ce décret espèrent bien reprendre le terrain perdu, on l'a bien vu par la discussion d'hier et par le vote qui l'a terminée, vote abandonné par l'indifférence des médecins à la majorité tenace et compacte des pharmaciens; mais nous espérons aussi que l'expérience ne sera pas perdue pour l'Académie; nous ferons de notre côté tous nos efforts pour lui démontrer qu'elle s'engagerait inévitablement dans une voie certaine d'amoindrissement en luttant systématiquement contre les principes et contre l'application des dispositions du décret du 3 mai 1850.

M. Michel Lévy a fait un excellent rapport sur deux observations adressées à l'Académie par M. le docteur Chrestien, de Montpellier, et par lesquelles cet honorable confrère croyait pouvoir prouver la terminaison du rhumatisme musculaire par suppuration. L'analyse et la critique savante de ces observations faites par M. Lévy n'a laissé aucun doute sur l'erreur d'interprétation de notre confrère de Montpellier. M. Piorry a fait avec verve une dissertation intéressante sur le rhumatisme, mais qui n'était pas directement afférente à la question.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Examen à l'aide du spéculum. — Nous ne négligeons pas, ainsi que je vous l'ai déjà dit, l'emploi du spéculum comme moyen de diagnostic dans les cas de déviations de l'utérus, et nous employons de préférence le *spéculum plein* ou un *spéculum à développement*, à trois ou quatre valves, qui, une fois ouvert, simule le spéculum plein. Le spéculum bi-valve ne peut être utilement employé, selon moi, dans ces cas où il est important surtout de savoir comment se présente le col de l'utérus dans le champ de l'instrument. Ces deux valves, en effet, s'écartent en décrivant chacune un arc de cercle dont le centre est auprès de la valve, à leur articulation; le mouvement qui en résulte peut suffire, si l'utérus est mobile, pour changer la direction suivant laquelle il va se présenter.

Le spéculum sera introduit lentement, avec précaution et en suivant la direction de l'axe du vagin. Ne cherchez pas, encore moins que dans le toucher, à tomber directement et d'emblée sur le col ou à vouloir toujours le saisir en dirigeant votre spéculum de manière à aller le chercher dans un autre point, si vous ne l'avez pas trouvé à sa place habituelle. La nécessité de cette manœuvre, qui, je vous l'ai déjà dit, avait frappé sans qu'on en comprît toute la portée, est toujours due à une déviation.

Or, si en pareil cas vous saisissez le col de l'utérus, ce n'est qu'après l'avoir fait basculer, et il ne vous est plus possible alors d'apprécier sa situation réelle, tandis que vous vous en rendrez parfaitement compte en agissant de la manière suivante:

Aussitôt que votre spéculum aura dépassé l'orifice du vagin, il faut retirer l'embout; alors les parois du vagin étant constamment adossées l'une contre l'autre, vous les verrez se déplisser sur l'extrémité de l'instrument, en formant une espèce de rosace dont le centre se trouve nécessairement situé dans l'axe du vagin. Cette rosace semblera s'éloigner à mesure que le spéculum avancera, et si vous avez bien soin d'en maintenir continuellement le centre au milieu même du champ du spéculum, vous resterez forcément dans l'axe même du vagin. En procédant ainsi, vous arrivez sur le col, qui, dans la position normale de l'utérus, ne se présentera pas directement à vous; car, vous devez vous le rappeler, l'axe de l'utérus ne continue pas celui du vagin, mais fait avec ce dernier un angle obtus ouvert en avant. Il en résulte que le col doit se présenter plutôt par sa face antérieure que par sa face postérieure, et l'on voit, en effet, une plus grande partie de la lèvre antérieure que de la lèvre postérieure. Quant à l'orifice externe, il est situé plus en arrière.

Telle est la présentation normale du col de l'utérus. Quand vous ne le trouvez pas dans cette position, soyez sûr qu'il existe une déviation. Si, par exemple, l'orifice externe se montre au centre même de la portion apparente du col, celui-ci est dévié en avant, comme cela a lieu dans quelques cas de rétroversion, et cette déviation sera plus marquée encore si l'orifice se rapproche davantage de la paroi antérieure du spéculum.

Dans ce dernier cas, on voit tout d'abord une grande étendue de la face postérieure du col. Que si, au contraire, vous apercevez une grande étendue de sa face antérieure et si l'orifice externe va se cacher profondément vers la paroi postérieure de l'instrument, il est probable que vous avez affaire à une antéversion; je dis il est probable, parce que, dans les flexions, le corps ne suit plus l'axe du corps et que n'apercevant que le col, vous ne pouvez pas encore savoir s'il s'agit d'une version ou d'une flexion. Vous voyez donc que le spéculum vous fait connaître qu'il existe une déviation, ce qui a son importance; mais qu'à lui seul il ne peut pas vous en faire distinguer exactement l'espèce.

Dans les déviations latérales, l'orifice externe, qui, normalement, est situé sur la ligne médiane, s'incline vers le côté opposé à la déviation, et l'on peut voir très bien, dans le champ du spéculum, une plus ou moins grande étendue d'une d'une des faces latérales du col.

Tout en examinant la situation du col à l'aide du spéculum, on ne doit pas négliger de noter son volume, sa coloration, ainsi que l'état de son ouverture, et l'existence ou l'absence des diverses altérations qu'il peut présenter. Comme le conseille M. Bennet, c'est alors que l'on emploie le spéculum bivalve pour écarter les lèvres du col et examiner sa cavité à une certaine profondeur; mais vous concevez que ceci ne peut être fait que dans les cas où le col est déjà large et suffisamment entr'ouvert, soit par suite d'une inflammation, soit après de nombreux accouchemens antérieurs.

Cathétérisme utérin. — Nous arrivons, Messieurs, à un moyen d'exploration bien autrement important; je veux parler de l'emploi de la sonde utérine. En effet, si, par le toucher et le spéculum, nous pouvons réunir des indications nombreuses et utiles pour le diagnostic, à l'aide de la sonde, nous arriverons toujours à un diagnostic précis, rigoureux, j'ai presque dit mathématique. M. Simpson, qui en a le premier fait usage d'une façon méthodique, employait une tige métallique fortement recourbée, que je vous ai déjà montrée et dont je vous ai fait remarquer les divisions marquées par des saillies, et des creux alternatifs que le doigt peut sentir.

Depuis un certain temps, M. Huguier se sert d'une sonde beaucoup moins recourbée, présentant des divisions en centimètres sur sa concavité, et un curseur mobile qu'on fait mouvoir à l'aide d'une tige traversant le manche. Ce curseur est destiné à marquer jusqu'où la sonde a pénétré dans l'utérus. M. Huguier a donné à cette sonde le nom d'*hystéromètre*. Celle dont je me sers est à peu près semblable; mais je n'ai pas conservé le curseur, le doigt suffisant pour marquer la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré.

M. Charrière a rendu cet instrument plus portatif et par conséquent plus commode, en le divisant en deux fragmens qui se vissent l'un sur l'autre. Un bouton de vis, placé sur le manche du côté de la concavité, sert à maintenir les deux portions plus solidement réunies, et, en même temps, indique de quel côté se trouve la concavité de la sonde, sans qu'il soit nécessaire de s'en assurer avec le doigt. On peut, en la faisant faire en un métal flexible, augmenter ou diminuer au besoin sa courbure. C'est ce qui est parfois utile quand l'utérus est en rétroflexion, et c'est parce qu'il s'occupait plus exclusivement de cette sorte de déviation que, M. Simpson avait cru devoir faire des sondes aussi courbées. L'expérience, néanmoins, m'a démontré que cette courbure exagérée n'est pas nécessaire et qu'une sonde plus droite pénètre tout aussi bien, parce qu'à mesure qu'elle avance, l'utérus, soulevé par elle, s'accommode à la direction qu'elle lui imprime et se déplisse, pour ainsi dire. Que s'il était trop solidement uni aux parties voisines, ou trop peu flexible pour pouvoir se laisser redresser par ce moyen, l'instrument serait arrêté au niveau de la déviation et l'on ne pénètrerait pas plus avec une sonde très fortement courbée qu'avec la nôtre; car quelque exagérée qu'elle soit, la courbure de l'instrument ne saurait jamais être aussi forte que celle de l'utérus lui-même, quand il est fléchi.

Cela dit, pour justifier le choix de la sonde que nous préférons, voyons comment il faut l'employer. Quelques personnes font usage du spéculum pour introduire la sonde; ce moyen peut être bon pour aider à pénétrer dans l'orifice externe quand on n'a pas une habitude suffisante de cette petite opération. En ce cas, le spéculum doit être retiré aussitôt que l'on est parvenu dans la cavité du col, car il gênerait plus tard dans les divers mouvemens qu'il faut imprimer à la sonde; c'est pourquoi je préfère ne pas l'employer. Je me contente de faire glisser le bec de la sonde sur l'indicateur de la main gauche, préalablement introduit dans le vagin, et dont la pulpe est fixée sur l'ouverture du col. Ici déjà il peut se présenter quelquefois une première difficulté, indépendamment de celle que vous pouvez éprouver si vous n'êtes pas très exercé à reconnaître l'ouverture du col chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfans. Il peut arriver que cette ouverture soit extrêmement petite et tellement rétrécie, qu'il n'y ait pas moyen de faire pénétrer la sonde. Trois fois j'ai rencontré cette résistance insurmontable : une fois, chez une femme ayant eu des enfans, mais ayant été fréquemment cautérisée; chez elle l'orifice interne n'était pas rétréci comme l'externe. Les deux autres fois, c'était chez des femmes qui n'avaient pas eu d'enfans, et le rétrécissement existait également à l'orifice interne, si bien que pour une d'elles, qui est encore actuellement dans nos salles, il a fallu faire faire exprès un redresseur à tige extrêmement fine, les tiges ordinaires ne pouvant pas être introduites. Dans des cas pareils, il suffit, après avoir introduit le spéculum, de faire, à l'aide du bistouri, quelques scarifications autour de l'ouverture du col, on pénètre ensuite facilement. Quant à l'orifice interne, on ne parvient parfois à le franchir qu'après des tentatives plusieurs fois répétées.

Une fois arrivée dans la cavité du col, la sonde sera ensuite dirigée suivant l'axe du détroit supérieur du bassin, en supposant l'utérus dans sa position normale, et si l'on rencontre quelque résistance due aux replis valvulaires de la muqueuse, il ne faudra pas essayer de les franchir en poussant brusquement et avec force, mais bien aller doucement, en imprimant au bec de la sonde de légers mouvemens, qui lui permettront de dépasser ces obstacles et d'arriver à l'orifice interne. Là il peut se présenter d'abord une résistance assez grande par suite du rétrécissement dont je viens de vous parler. Ensuite, il existe constamment une sensibilité particulière qui est plus ou moins vive, suivant les sujets. De telle sorte que, si la sonde est fine et l'orifice interne suffisamment large, l'instrument peut passer de la cavité du col dans celle du corps sans que vous éprouviez la sensation de résistance qui vous instruit du moment où a lieu ce passage; mais vous en serez toujours averti par la sensibilité de l'organe, car le col étant toujours à peu près insensible et cet orifice ayant une

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22 et 25 Mai.

assez grande sensibilité, il se produira même chez les malades, chez lesquelles le cathétérisme est le moins douloureux, une sensation désagréable dont la malade vous avertira ordinairement, et qui ne vous échappera jamais si vous y apportez une suffisante attention. Chez d'autres, il y aura des douleurs assez vives, avec de petites coliques semblables à celles que produisent les contractions utérines, puisque les femmes disent souffrir comme dans les petites douleurs qui annoncent que l'accouchement se prépare. Une fois dans la cavité du corps, la sensibilité cesse; mais elle reparaît au moment où la sonde touche le fond de l'utérus et donne lieu à cette douleur particulière qui, suivant l'expression des malades, leur va au cœur. Il est facile, du reste, de s'assurer que les parois de la cavité du corps sont sensibles partout, en les touchant avec l'extrémité de la sonde, et si après avoir franchi l'orifice interne, cette sensibilité paraît cesser, c'est que la sonde glisse doucement entre ces parois. Quand la sonde pénètre dans la cavité du corps de l'utérus, on sent qu'elle est plus libre et se meut plus facilement.

Si vous éprouviez une résistance plus considérable offerte par les parois mêmes de l'utérus avant que vous fussiez parvenu jusqu'au fond de l'organe, c'est qu'il y aurait une déviation, et alors, au lieu d'insister pour pénétrer suivant la direction normale, vous devriez incliner le bec de la sonde suivant le sens vers lequel le toucher vous aura fait supposer qu'existe cette déviation. S'il y avait rétroflexion, par exemple, la concavité devrait être dirigée en arrière et non plus en avant, et il faudrait faire décrire à la sonde un arc de cercle se passant dans le manche et ayant pour centre le bec, qui, par conséquent, pivoterait seul sur lui-même. Si l'on faisait pivoter le manche, le bec, à cause de la courbure de l'instrument, aurait à décrire un grand arc de cercle, ce qui ne pourrait avoir lieu sans douleur, ni sans inconvénient, les parois de l'utérus se trouvant nécessairement contuses.

La sonde ayant ainsi pris la direction du canal dans lequel elle doit pénétrer, l'utérus se redresse à mesure qu'on l'enfonce, de telle sorte que la rétroflexion que j'ai prise pour exemple, se trouvera transformée en rétroversion quand la sonde sera arrivée au fond.

Une fois la sonde introduite, il faut redresser l'organe dévié. Pour cela, on doit agir toujours avec douceur, en imprimant à la sonde un mouvement opposé à celui qui l'avait fait pénétrer. Pour juger approximativement quand la sonde est arrivée au fond de l'utérus, j'ai fait faire à 6 centimètres 1/4 (longueur qui représente la profondeur moyenne de cet organe à l'état normal) une échancrure qui peut être sentie par le doigt sans qu'on soit obligé de la retirer. Tant que la sonde n'a pas pénétré jusqu'à ce point, s'il se présente un obstacle, il y a lieu de penser que cet obstacle n'est pas le fond même de l'utérus, et, par conséquent, on peut essayer de le franchir, tandis que lorsqu'on l'a dépassé, il n'est pas prudent de vouloir aller plus loin.

Je constate la profondeur de l'utérus en maintenant, quand je retire la sonde, le doigt indicateur de la main gauche sur le point qui correspond à l'orifice externe, et c'est ainsi que je supplée au curseur de M. Huguier. Car il est important de connaître la profondeur exacte de l'utérus si l'on veut appliquer un redresseur intra-utérin, afin de donner à la tige une longueur un peu moindre.

Quant à la longueur du col, on peut la reconnaître en tenant compte de la sensation particulière qu'éprouvent les malades et de la résistance qui existe à l'orifice interne. Il suffit de retirer l'instrument aussitôt qu'on est parvenu à ce point.

J'insiste sur une recommandation que je vous ai déjà faite, mais qui est importante pour la pratique, c'est de ne pas vous obstiner à vouloir introduire la sonde si vous trouvez une résistance trop grande. Il vaut mieux renouveler vos tentatives deux, trois ou même quatre fois, que de chercher à pénétrer de vive force, car vous pourriez alors déterminer des accidens ou tout au moins des douleurs assez vives pour dégoûter dès le principe les malades d'un traitement qui doit être assez long.

Je vous engage, en outre, à *combiner le toucher avec le cathétérisme* de l'utérus. Le doigt, introduit dans le vagin pour guider l'instrument, explorera le col, appréciera l'épaisseur de ses parois en le circonscrivant, et tandis que la sonde le maintient fixé, reconnaîtra certaines sinuosités existant dans la direction du col, et qui sans cela resteraient ignorées, jugera s'il existe des tumeurs au voisinage et surtout si elles restent fixes quand on fait mouvoir l'utérus. M. Simpson pense que dans les cas de rétroflexion, il faut chercher à sentir le bec de la sonde au moment où il arrive dans la tumeur que forme l'utérus en arrière du col. Pour mon compte, je ne l'ai jamais pu sentir, même en employant des sondes aussi recourbées que celles de M. Simpson, et ceci s'explique par le redressement de l'utérus sur la sonde elle-même, suivant le mécanisme que je vous ai indiqué. Dans ces cas, en effet, on ne retrouve plus l'utérus à la même place; l'introduction de la sonde a suffi pour le relever, même avant qu'on ait exécuté le mouvement qui doit le ramener dans sa situation normale.

Les mouvemens imprimés à l'utérus à l'aide de la sonde vous permettent encore d'apprécier la rigidité ou la souplesse des tissus environnans, et les adhérences qu'il peut avoir contractées avec eux. Lorsque vous ramènerez la matrice dans sa position normale, vous agirez lentement et sans effort, car en voulant la replacer brusquement vous vous exposeriez à opérer des ruptures ou des tiraillemens qui seraient suivis d'inflammations redoutables.

En retirant la sonde après avoir replacé l'utérus, il est bon de repousser un peu le col avec le doigt, afin de le maintenir le plus de temps possible dans la direction qu'on lui a donnée.

Maintenant, Messieurs, les divers moyens d'exploration dont nous faisons usage vous étant connus, nous reviendrons sur ce qu'ils permettent de constater de spécial dans chaque espèce de déviation en particulier, en faisant l'histoire de chacune d'elles, ce que nous pouvons entreprendre dès à présent en commençant par l'antéversion.

T. GALLARD,
Interne.

(*La suite prochainement.*

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME DANS LES CONVULSIONS DE L'ENFANCE ET DANS D'AUTRES MALADIES SPASMODIQUES; par M. le professeur J.-Y. SIMPSON (d'Édimbourg).

Peu de maladies sont plus dangereuses pour les enfans que les convulsions; je n'en citerai pour preuve que le nombre des décès par cette cause, qui figurent sur les tables de mortalité. En cinq années, de 1838 à 1842 inclusivement, il y a eu en Angleterre d'après le *Registrar general*, 127,276 décès par suite de convulsions, et de ces décès, au nombre de 25,000 par an environ, presque tous ont porté sur des enfans au-dessous de cinq ans; le plus grand nombre même a eu lieu chez des enfans n'ayant pas accompli leur première année, dans les premières semaines ou les premiers mois de la vie.

Sans entrer dans la question de la nature des différens types ou formes de convulsions qu'on observe dans l'enfance, je me contenterai, pour le moment, de citer l'opinion générale des pathologistes qui pensent que dans le plus grand nombre des cas les convulsions de l'enfance sont des accidens sympathiques ou purement fonctionnels, qui tiennent à une excitabilité excessive du système cérébro-spinal ou du système réflexe de M. Marshall-Hall, et que la cause immédiate excitatrice de l'affection doit être rapportée habituellement à quelque irritation morbifique exercée sur un point éloigné, tel que l'estomac, l'intestin, les dents, etc. Aussi, rien de plus rare que de trouver après la mort, dans les cas de ce genre, une lésion morbide quelconque, et comme l'a dit le docteur Merei, dans l'immense majorité des cas, non seulement on ne trouve pas de traces d'inflammation cérébrale ou spinale, mais même on ne trouve pas de traces de congestion vasculaire active.

Par conséquent, dans les cas de convulsions chez les enfans, en particulier lorsqu'elles se présentent sous la forme sympathique, reflexe ou excentrique, après qu'on a fait disparaître les sources de l'irritation que l'on a pu saisir et que l'on a diminué l'excès d'action vasculaire dans les centres nerveux, les médecins ont combattu le plus ordinairement les maladies par des agens médicamenteux destinés à faire tomber l'irritabilité excessive du système excito-moteur, ou à la ramener à son activité moyenne et normale. Pour remplir cette indication, on a employé dans les cas à forme chronique, les préparations de fer, de zinc, etc., et dans les cas aigus ou sub-aigus, les antispasmodiques de différentes espèces, tels que l'opium, la jusquiame, le musc, etc. Dans le fait suivant, après avoir épuisé sans succès les moyens ordinaires de traitement, j'ai fait usage du chloroforme comme antispasmodique, avec les résultats les plus marqués et les plus satisfaisans.

OBSERVATION. — La vicomtesse *** accoucha le 7 octobre dernier d'un garçon; pendant dix jours, l'enfant alla bien. A cette époque, la nourrice s'aperçut que deux ou trois fois par jour il présentait des sautillemens dans les muscles de la face; mais on n'y fit pas grande attention. Les deux jours suivans, ces sautillemens convulsifs se répétèrent avec une plus grande fréquence; pendant leur durée, les mains se tordaient et les pouces se fléchissaient fortement dans la paume de la main.

Le 20 octobre, les convulsions devinrent plus violentes, plus prolongées et plus fréquentes. Elles continuèrent sans grand changement et sans diminuer d'intensité et de fréquence pendant 14 autres jours. Quelquefois elles affectaient le côté droit du corps plus que le gauche. Il va sans dire que j'essayai une grande quantité de moyens, mais ce fut en vain. J'allai même jusqu'à lui donner une nouvelle nourrice, dans la crainte que le lait n'eût éprouvé quelque altération qui lui eût été nuisible. Je fis placer l'enfant dans une chambre large et bien aérée, appliquer de temps en temps de la glace et de l'eau froide sur la tête, faire des frictions stimulantes sur la colonne vertébrale. Je donnai des purgatifs, du musc, de petites doses d'opium, des lavemens de térébenthine; je fis encore appliquer deux sangsues sur la fontanelle, parce qu'il y avait eu beaucoup de congestion vers la tête à la suite d'un accès convulsif. Tous ces moyens, et beaucoup d'autres encore, échouèrent complètement. Depuis le 20 octobre, les accès continuèrent sans amélioration pendant quatorze jours, se reproduisant souvent jusqu'à dix et douze fois par heure. Cependant l'enfant, qui avait conservé d'abord ses forces et sa vigueur, commençait à s'affaiblir. Le quinzième et le seizième jour, les accès devinrent encore plus violens et plus effrayans; ils étaient accompagnés de plaintes et de cris aigus qui faisaient mal à entendre; à la fin de chaque accès, il survenait des symptômes de laryngisme et de dyspnée, et dans l'intervalle, la respiration, ainsi que le pouls, étaient fort accélérés.

Pendant ces deux derniers jours, l'épuisement avait fait de tels progrès, la dyspnée était si intense de temps en temps, les accès étaient si violens et si répétés (j'en comptai jusqu'à dix-sept en une heure), que je désespérai de le sauver. J'avais épuisé tous les moyens ordinaires de traitement. Dans cette circonstance, et bien plus dans le but de faire cesser les cris, la gêne extrême de la respiration et les autres symptômes désolans auxquels ce petit malade était en proie, qu'avec quelque espérance de succès et surtout de guérison, je fis respirer à l'enfant du chloroforme, le 5 novembre, et le tins pendant une heure sous l'influence de cet agent. Pendant cet intervalle, il n'y eut pas d'accès; mais très peu de temps après que j'eus interrompu les inhalations, les convulsions recommencèrent avec leur violence et leur fréquence anciennes. Cependant, les bons effets que j'avais obtenus du chloroforme étaient bien de nature à m'engager à revenir à l'anesthésique. Je plaçai auprès du petit malade un de mes élèves qui, pendant quatre heures, de quatre à huit heures du soir, le tint constamment sous l'influence du chloroforme, en versant de temps en temps sur un mouchoir une petite quantité de ce liquide et en le lui approchant de la figure; il y revenait surtout dès qu'il voyait l'accès sur le point de reparaître, et de cette manière, les convulsions furent suspendues pendant quatre heures. Lorsque l'enfant se réveilla, à huit heures du soir, il prit le sein avec avidité et resta tranquille pendant plus d'une heure, après quoi les convulsions recommencèrent. Vers minuit, on reprit les inhalations que l'on continua presque sans interruption pendant plus de vingt-quatre heures, en laissant seulement de temps en temps dix minutes d'intervalle pour permettre qu'on l'approchât du sein. Pendant presque tout le temps, mon élève resta auprès du petit malade, et dans les dernières heures, la nourrice versait elle-même quelques gouttes de chloroforme sur le mouchoir, dès que l'enfant paraissait éveillé ou devenir agité.

Après cette longue éthérisation, l'enfant se réveilla, prit de nouveau le sein avec avidité et tomba ensuite dans un sommeil tranquille et profond. Toute médication fut en conséquence interrompue, et depuis ce moment les convulsions ne reparurent plus. Dix jours après, l'enfant partait avec sa famille pour la campagne, et lorsque je l'ai revu un mois et demi après, il était fort et bien portant.

Cet enfant avait usé dix onces de chloroforme; mais bien certainement une très grande quantité de l'anesthésique avait été perdue par l'évaporation, par suite du mode suivant lequel il avait été employé.

J'ai obtenu dans d'autres cas des effets aussi favorables des inhalations de chloroforme pour arrêter les convulsions chez les enfans, mais jamais chez un enfant aussi jeune. Chez l'adulte également, surtout dans le cas d'éclampsie puerpérale, j'ai vu nombre de fois ces inhalations réussir aussi merveilleusement que dans le cas précédent. Le tétanos et l'épilepsie ont été aussi arrêtés et momentanément suspendus par ces inhalations. Peut-être même le chloroforme doit-il figurer parmi les moyens thérapeutiques les plus certains et les plus efficaces que nous possédons pour combattre les troubles fonctionnels de ces maladies convulsives ou spasmodiques qui sont dues soit à une excitabilité exagérée du système spinal réflexe, soit à des irritations morbides vers des points éloignés, se manifestant par son intermédiaire. Ces affections convulsives ou spasmodiques réflexes sont, on le sait bien, très communes dans la première et la seconde enfance. C'est ainsi que j'ai vu les inhalations de chloroforme arrêter le spasme glottique, les coliques, le hoquet, etc.; et j'ai reçu des communications nombreuses relatives à ses bons effets dans l'asthme, dans le rétrécissement spasmodique de l'urètre. Mais il est une maladie très commune et trop souvent funeste à l'enfance, dans laquelle les inhalations anesthésiques réussissent à arrêter et à soulager les accès, et dans laquelle on pourrait peut-être espérer des résultats encore plus utiles si leur emploi était plus étendu et plus généralisé, je veux parler de la coqueluche. Mais ce qui m'a éloigné d'en faire grand usage dans cette maladie, c'est la crainte d'ajouter par là à la prédisposition que les jeunes malades présentent à la pneumonie ou d'aggraver cette inflammation si elle existait. Mais aujourd'hui une pareille crainte ne saurait être de mise, en présence des résultats obtenus par divers médecins de l'Allemagne dans le traitement de la pneumonie. Dans ces derniers temps, ces médecins ont publié les résultats du traitement de plus de 200 pneumonies par les inhalations du chloroforme. Sur 193 cas traités par Wachern, Baumgartner, Helbing et Schmidt, il n'y a eu que 9 morts ou 4 1/2 pour cent, et sur 23 pneumonies traitées ainsi par M. Warrentrapp, à l'hôpital de Francfort, il n'y a eu qu'un seul décès (1). Ainsi donc ces inhalations pourront être essayées sans crainte d'aggraver les accidens dans tous les cas où l'on voudra calmer la toux, mettre les poumons dans un état de repos relatif, ou restreindre la succession d'accès spasmodiques caractéristiques.

(1) Des 23 cas de pneumonie rapportés par Warrentrapp, 19 furent traités exclusivement par le chloroforme : toutes les deux, trois ou quatre heures on faisait respirer au malade les vapeurs de 60 gouttes de chloroforme pendant dix ou quinze minutes, mais jamais jusqu'à perte de connaissance. Dans un cas, le chloroforme fut employé avec la saignée et l'antimoine; dans un autre, avec la saignée seule; et dans deux autres, qui étaient compliqués de pleurésie, le calomel fut administré à l'intérieur et des vésicatoires furent appliqués sur la poitrine. Tous les malades étaient adultes; en moyenne, ils étaient au cinquième jour de la maladie. D'après M. Varrentrapp, les inhalations de chloroforme ont pour résultat : 1° de déterminer la transpiration, quelquefois après la première inhalation, mais jamais plus tard que la troisième ou la quatrième; 2° de diminuer graduellement et de faire disparaître définitivement la douleur de poitrine ou de côté; 3° de soulager la sensation de gêne thoracique; 4° de ramener graduellement la respiration à sa moyenne normale; 5° de diminuer la toux dans tous les cas sans exception, de la rendre moins fréquente, moins intense, de rendre l'expectoration plus facile, de faire perdre peu à peu aux crachats leur coloration rouillée et d'en diminuer la quantité; 6° de faire tomber rapidement la fièvre; 7° d'amener un sommeil rafraîchissant et réparateur du troisième au quatrième jour après le commencement des inhalations. (*Henle's Zeitschrift für Rationelle medicin.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 Mai 1852.—Présidence de M. PIOBERT.

M. BAUDENS lit un mémoire *sur l'entorse du pied et son traitement curatif.*

Voici en quels termes M. Baudens décrit la méthode de traitement qu'il applique à l'entorse du pied :

Ce traitement repose sur deux indications fondamentales : 1° prévenir ou combattre l'inflammation ; 2° obtenir l'immobilité des surfaces articulaires.

Pour prévenir ou combattre l'inflammation, M. Baudens a recours uniquement au froid ; eau froide ou glace, avec ou sans addition de sel marin, selon les complications de l'entorse. Ce qui fait l'originalité de la méthode, c'est que l'eau froide constitue à elle seule le fond du traitement ; c'est la durée de son emploi et la manière de s'en servir ; c'est enfin d'avoir écarté les dangers dont les auteurs la prétendent entourée, répercussions, gangrènes, etc. Comme la glace que nous employons depuis tant d'années avec succès, pour combattre les graves lésions traumatiques, l'eau froide, dit M. Baudens, a été mal appréciée dans ses effets thérapeutiques ; on semble ignorer encore que le froid agit en soutirant de la partie lésée un excès de chaleur que l'on peut appeler *calorique morbide* par opposition au calorique normal ; que l'intensité du froid doit être en rapport d'équilibre avec la somme du calorique morbide produit ; que le froid n'expose à aucun danger tant qu'il ne soutire que du calorique morbide, à l'exclusion du calorique normal.

Or, si, malgré la glace, la partie phlogosée conserve un excès de calorique ; si le membre soumis aux réfrigérens demeure plus chaud qu'à l'état normal, comme cela a lieu en effet, que deviennent les craintes concernant les répercussions, la gangrène ? Le membre soumis au froid conserve un degré de chaleur exagéré ; car le malade déclare qu'il le sent plus chaud que l'autre, et cela persiste tant que dure l'inflammation. Il y a un instant où le froid cesse d'être bienfaisant, c'est quand l'inflammation tombe, parce qu'alors c'est du calorique normal qui est soutiré, et non plus du calorique morbide. Le moment est alors venu de le supprimer. Le malade plonge dans un baquet d'eau froide le pied atteint d'entorse ; il l'y laisse nuit et jour, plus ou moins de temps, selon la gravité du mal ; quelquefois une semaine, quelquefois plus encore ; en un mot, tant qu'il s'y trouve bien. Lui seul est juge de la durée de l'immersion, ses sensations sont les seuls guides, et ces guides-là sont infaillibles. Quand l'inflammation a cessé, quand la réaction n'est plus à redouter, on supprime l'eau froide.

Si l'épanchement de sang et de synovie, qui est quelquefois considérable, n'a pas été entièrement résorbé, on peut, à l'exemple de M. J. Guérin, recourir utilement à une ponction sous-cutanée évacuative, après quoi commence la deuxième indication du traitement. On obtient l'immobilité des surfaces articulaires à l'aide du bandage à entorse de M. Baudens, qui n'est autre que le bandage de l'étrier perfectionné, portant sur tous les points d'une manière uniforme, et parfaitement disposé par échelons, depuis la racine des orteils jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des malléoles. Ce bandage est solidifié pour n'en faire qu'une seule pièce à l'aide d'une solution aqueuse de gomme très concentrée. Il reste 10, 20, 30 jours et plus, selon le degré de l'entorse.

M. Baudens rappelle, en terminant, que depuis vingt-deux ans il a traité dans les hôpitaux militaires des centaines d'entorses par cette méthode, et qu'aucune de ses complications fort graves, aucune n'a entraîné à sa suite l'amputation. Il est permis, ajoute-t-il, de conclure que les amputations de jambes pourraient être réduites des trois quarts, puisque le contingent des entorses est dans le rapport de 3 à 4 dans le chiffre de ces dernières (M. Baudens a calculé que sur 78 amputations de jambe ou du pied en totalité, qui compose sa statistique, 60 avaient pour origine une entorse, et 18 seulement, étaient étrangères à cette cause).

M. FLOURENS présente l'extrait suivant des recherches de M. Wagner sur l'*organe du tact.*

Ce qu'on a appelé jusqu'ici les papilles du toucher présente deux ordres de papilles distinctes, savoir : 1° les papilles vasculaires ; 2° les papilles nerveuses.

1° *Papilles vasculaires* — Elles sont beaucoup plus nombreuses que les papilles nerveuses. Elles sont formées d'une anse vasculaire et d'une enveloppe. Le vaisseau qui forme l'anse a environ 1/200e de ligne ; il est juste assez large pour laisser passer un filet simple de globules de sang.

2° *Papilles nerveuses.* — Ces papilles, entourées de papilles vasculaires, ne reçoivent pas elles-mêmes de vaisseaux. Elles contiennent un petit corps formé de membranes horizontalement superposées et ayant, entre ces couches membraneuses, de nombreux grains oblongs et d'un contour foncé. Les couches membraneuses, aussi bien que les grains, rappellent les formations analogues des corpuscules de Pacini.

Le corpuscule du tact est recouvert d'une enveloppe striée d'une finesse excessive.

Voici les rapports de ce corpuscule avec le système nerveux. Chaque fibre nerveuse primitive se divise en branches plus fines, lesquelles se subdivisent encore.

Les plus fines, au nombre de une, deux et même trois, se dressent perpendiculairement vers la surface de la peau pour entrer dans les papilles et les corpuscules, soit par leur base, soit par leurs côtés.

Ces corpuscules doivent être l'appareil du toucher, puisque seuls ils recouvrent des nerfs, ils méritent le nom de corpuscules du tact : *corpuscula tactûs.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Mai 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur A. DESIDERIO, de Venise, sur un moyen de guérir le choléra.

2° Un rapport de M. le docteur CHEVALLIER, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Lozère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850.

3° Une lettre de M. Léon LAFAGE, de St-Vincent-sur-Lot, sur l'emploi du chlorure de soude comme purgatif.

4° Une lettre de M. BETTI, de Florence, qui revendique en faveur de son compatriote Vacca Bellingheri, la priorité de la propagation de la vaccine dans le continent, attribuée en France à Hallé.

5° Une lettre de M. REYNAL, chef de service de clinique à l'École d'Alfort, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

6° Deux paquets cachetés, l'un de M. LECANU, l'autre de M. GIRAULT, médecin à Onzain (Loir-et-Cher).

— M. POISEUILLE lit deux rapports officiels, l'un relatif à un appareil à frictions pour la guérison des douleurs rhumatismales et des démangeaisons, etc.; l'autre, sur des lits-fauteuils, destinés aux malades. Ces deux objets ne sont pas de nature à fixer l'attention du ministre. (Adopté.)

M. MICHEL LÉVY lit un rapport sur deux observations communiquées à l'Académie par M. le docteur Chrestien, de Montpellier, et destinées à démontrer que le rhumatisme est susceptible de se terminer par suppuration. Ces deux observations se rapportent au rhumatisme musculaire.

Dans la première, que l'auteur a recueillie en 1846, il s'agit d'un postillon âgé de 47 ans, et d'une forte constitution, qui à peine débarrassé d'une douleur au sein gauche par le repos, la diète et la sueur, est pris d'une vive douleur dans la région temporo-pariétale droite. Le 2 janvier, M. Chrestien l'examine pour la première fois et prescrit 10 sangsues à l'anus, et pour le lendemain 1 gramme 20 centig. d'ipécacuanha à cause de l'enduit jaunâtre de la langue. Persistance de la douleur ; et le 4 janvier, d'après l'état de la langue, on donna une potion purgative composée de mauve, de pulpe de tamarin, de follicules de séné et de fleurs de pêcher.

Le 8, la douleur n'avait pas cédé malgré la purgation : 15 sangsues derrière l'apophyse mastoïde droite ; le 12, 15 autres sangsues au même lieu, les téguments de la région temporo-pariétale s'étant tuméfiés, et, ajoute l'auteur, « l'articulation temporo-maxillaire droite dut participer à cette hypertrophie de divers tissus, car l'ouverture de la bouche devint difficile. Je continue ici le texte de l'observation : « Le 12, voyant l'insuccès des antiphlogistiques, je tournai les regards vers les dérivatifs » cutanés et je prescrivis des frictions sur toute la branche ascendante » droite du maxillaire inférieur avec une pommade composée de 20 » centig. de vératrine sur 4 grammes d'axonge rancie. » Le 13, saignée couenneuse de 250 grammes pratiquée sur les instances du malade, et continuation des frictions. La douleur ne se fait plus sentir que dans le conduit auditif. Le 17, enduit jaunâtre et visqueux de la langue, 32 gr. de sulfate de soude. Le 18, dit M. Chrestien, le postillon crut pouvoir reprendre les rênes de ses chevaux ; mais le 25, frisson ; le 26, retour de la douleur dans la région temporo-pariétale droite ; saignée au bras, et pilules sudorifiques composées d'antimoine diaphorétique, de résine de gayac, d'extrait de ciguë, d'aconit et de poudre de digitale.

Cependant la douleur revenant de plus en plus vive, on applique un vésicatoire à chaque bras. Les téguments de la région temporo-pariétale droite se tuméfient de nouveau. Le 8 février, fluctuation ; une ponction est faite avec un bistouri à lame droite qui ne donne issue qu'à quelques gouttes de pus ; le 11, nouvelle ponction suivie, dit l'auteur, « d'une véritable évacuation de pus ensanglanté par quelque rameau de l'artère temporale ; » le 12, la tuméfaction a reparu : troisième ponction ; « j'ouvris, dit l'auteur, une véritable collection purulente ; la suppuration » devint même si abondante, que le 15 je me crus obligé d'inciser largement les tissus épicraniens de la région temporale droite.... La douleur fut victorieusement combattue à dater de ce jour-là ; aussi le malade consentit-il à de nouvelles incisions qui furent nécessaires ensuite » pour éviter le décollement des parties molles, et la mortification des » tissus osseux. »

Le 3 mars, il se manifeste une douleur des plus vives au genou gauche, sans gonflement ni rougeur, et qui ne cède qu'à l'application d'un large vésicatoire. Le 10, cicatrisation des incisions faites dans la région temporo-pariétale droite ; convalescence ; à la fin du mois la guérison est complète. Et en terminant cette observation, l'auteur exprime l'opinion que la douleur ressentie par son malade à la région temporo-pariétale droite était de nature rhumatismale, il pense que ce caractère étiologique est prouvé : 1° par la profession du sujet qui était exposé à l'intempérie de la saison quand il est tombé malade ; 2° par l'absence de toute cause productive de l'inflammation ; 3° par la récidive qui a été notée le 25 février ; par l'apparition d'une douleur semblable au genou droit et sa guérison à l'aide d'un vaste vésicatoire ; 5° par l'exemple d'un fils de ce postillon qui, atteint de rhumatisme articulaire le 2 octobre 1846, a succombé le 18 mars 1849.

Le dernier fait n'étant que mentionné par M. Chrestien, et comme en passant, il nous est impossible de l'apprécier, et force nous est de l'écarter de la discussion. La nature de la douleur survenue le 3 mars au genou gauche n'est pas démontrée, même par l'efficacité du vésicatoire, car il n'est pas à notre connaissance que ce moyen ait la valeur d'un spécifique dans le traitement du rhumatisme articulaire, et suffise à la vérification du diagnostic en l'absence de tout autre symptôme qu'une douleur fixe et persistante. En admettant d'ailleurs que telle fût la nature de la douleur ressentie le 3 mars au genou gauche, on n'en peut induire rien de positif, quant à celle des accidens qui se sont manifestés dans la région temporo-pariétale droite deux mois auparavant et qui ont suivi une marche bien différente : *post hoc ergo propter hoc*, c'est là une erreur qui se glisse journellement dans les explications étiologiques : un phlegmon sous-aponévrotique peut se développer chez un individu habituellement rhumatisant, et tel serait tout au plus le cas du postillon traité par M. Chrestien.

La prétendue récidive que M. Chrestien fait valoir comme une preuve de rhumatisme n'est autre chose que l'expression symptomatique de la formation du pus ; le frisson qui l'a signalée le 25 janvier, la douleur aiguë qui s'est renouvelée le lendemain à la région temporo-pariétale, la tuméfaction rapide de cette partie, la fluctuation manifestée enfin le 8 février, ne laissent aucun doute à cet égard. L'abondance de la suppuration confirme cette interprétation des phénomènes que M. Chrestien considère comme une récidive de rhumatisme. Est-il nécessaire de réfuter les argumens fondés sur l'état de l'atmosphère ? Les intempéries de la saison, et surtout les froids de l'hiver, sont tout aussi bien une cause occasionnelle d'affections phlegmasiques que de maladies rhumatismales. Suivant nous, M. Chrestien a commis dans l'appréciation du fait dont il s'agit, l'erreur où est tombé Pinel dans une circonstance analogue ; c'est se tromper en bonne compagnie, quoiqu'à longs intervalles, et à une époque où l'explication clinique est arrivée à un plus grand degré de précision et de netteté : il a pris pour un rhumatisme un phlegmon sous-aponévrotique de la région temporo-maxillaire droite ; ce qui a peut-être contribué à l'entraîner dans cette manière de voir, c'est l'extension phlegmasique à l'articulation temporo-maxillaire, et c'est encore là une particularité souvent observée dans les inflammations phlegmoneuses qui siègent au voisinage d'une articulation. Il n'est point jusqu'aux suites de la première fonction qui ne rentrent dans les données classiques de l'art sur les abcès sous-aponévrotiques ; on a souvent remarqué qu'il peut se passer plusieurs jours après l'incision exploratrice comprenant l'aponévrose d'enveloppe, avant que le pus, d'ailleurs bien formé et rassemblé en collection, ne se porte vers l'ouverture pratiquée à l'aponévrose, et c'est ce qui est arrivé à M. Chrestien.

Le deuxième fait n'a pas été observé directement par M. Chrestien, il s'est rencontré parmi les observations recueillies à la clinique de la Faculté de Montpellier ; mais c'est M. Chrestien qui en a donné l'interprétation qu'on va voir. Voici ce deuxième fait :

Un sous-officier du 38e de ligne, âgé de 38 ans, robuste et d'une santé intacte, subit un refroidissement intense et prolongé sur le lit de camp du corps-de-garde ; le lendemain, tuméfaction considérable et douloureuse sur la joue gauche, œdème de la paupière, céphalalgie, douleurs dans l'oreille ; au bout de huit jours, suintement purulent par l'oreille, qui diminue par l'application d'un vésicatoire ; en même temps la joue est désenflée et le malade se croit guéri ; quinze jours après, douleurs vives à la région temporale, qui s'est tuméfiée, ainsi que la joue et l'intérieur de la bouche ; mastication et déglutition difficiles. Le 22 novembre 1850, le malade entre à l'hôpital ; le moindre mouvement de la mâchoire inférieure détermine une douleur vive à son angle et vers l'articulation où existe une tumeur assez considérable ; au-dessous du point tuméfié, on croit sentir de la fluctuation ; on soupçonne un abcès sous l'aponévrose temporale, et pour l'empêcher de fuser dans la région zygomatique, on pratique du haut en bas une incision d'un centimètre, qui intéresse la branche antérieure de l'artère temporale, et ne donne issue qu'à du sang. Le 23, la tuméfaction est moins prononcée. Le 24, céphalalgie, otorrhée plus abondante, la tuméfaction et la fluctuation persistent. Le 26, nouvelle incision précédée de l'application locale d'un nouveau liquide anesthésique ; l'incision, faite dans le même sens que la première, n'amène pas de pus ; on y introduit une mèche que l'on recouvre d'un cataplasme. Le 27, le pus se présente au pansement, mais, dit la feuille que nous analysons, l'abcès n'est pas encore ouvert. Le 28, écoulement très abondant par l'oreille, fluctuation très considérable vers l'abcès. M. Alquié introduit des pinces à dissection au-dessus de l'aponévrose temporale un peu relâchée, et en les retirant en sens inverse sur leurs branches, il donne issue à une quantité considérable de pus crémeux et strié de sang. Le 29, moins d'écoulement par l'oreille, l'incision fournit un pus assez abondant. Le 30, l'otorrhée est tarie complètement, l'abcès temporal s'est affaissé, et jusqu'au 8 mars, jour de la sortie, tout marche vers une prompte guérison.

Voilà un deuxième cas de phlegmon sous-aponévrotique ; la feuille clinique où il est relaté est signée par M. Alquié, et les réflexions intercalées par l'élève, écho des explications données au lit du malade, n'autorisent pas à croire que le professeur l'ait envisagé autrement. C'est donc à M. le docteur Chrestien que revient l'interprétation énoncée plus haut ; c'est lui qui a vu dans ce cas une fièvre catarrhale qui s'est localisée dans les tissus de la région temporale et un état rhumatismal consécutif à l'état catarrhal. Il me paraît inutile de discuter cette opinion, qui relève d'une doctrine pathogénique très générale ; le point de clinique et d'anatomie pathologique que M. Chrestien s'était proposé d'éclairer, ne peut être décidé que par des résultats d'observation, non par une simple induction et comme par un artifice d'interprétation étiologique.

Les faits bien observés ont une signification qui leur est propre, et manquent d'élasticité pour les théories. Il serait oiseux d'insister sur les caractères si tranchés de celui qui a été emprunté à la clinique de M. le professeur Alquié, et personne, ici, ne l'admettra comme une preuve de la terminaison du rhumatisme musculaire par suppuration.

En réduisant à leur valeur les deux observations qui précèdent, nous n'avons pas la prétention de nous inscrire ni contre celles qui existeraient à notre insu dans les annales de la science portant en soi cette démonstration, ni contre celles qui surgiront ultérieurement pour la solution affirmative du même problème. En médecine, il ne peut y avoir de convictions irrévocables, ni de parti pris contre les faits, mais le devoir est de regarder de près ceux qui ont été successivement produits pour établir la réalité de la suppuration rhumatismale. Ces faits, extrêmement rares, par rapport au nombre immense de rhumatismes qu'on observe, laissent à désirer pour l'exactitude et le complément de la preuve. Je n'excepterai pas entièrement de cette remarque le cas, d'ailleurs si intéressant, que M. Andral a communiqué en 1850 à l'Académie. Sans doute le pus s'est montré dans deux articulations, la synovie a paru troublée dans une troisième articulation ; les membranes synoviales étaient merveilleusement injectées. Mais les altérations les plus saillantes de l'inflammation manquent-elles aux suppurations articulaires qui signalent la fièvre puerpérale, la méningite céphalo-rachidienne ?....

Malgré les remarquables travaux de nos contemporains, il reste beaucoup à nous apprendre sur les conditions qui favorisent la pyogénie, sur les rapports avec l'inflammation, et quand il serait démontré que le rhumatisme articulaire et musculaire peut être suivi de suppuration, la nature de cette affection serait-elle dévoilée ? L'inflammation suppurative est-elle l'élément initial de l'évolution morbide que l'on appelle rhumatisme ? La solution complète du problème n'est pas au bout du scalpel. Mais il n'en faut pas moins encourager ces investigations, qui sont l'une des voies du progrès scientifique, et plein d'estime pour tous les efforts qui tendent vers ce but, nous avons l'honneur de vous proposer de remercier M. le docteur Chrestien de ses communications, et de déposer aux archives les documens dont nous avons rendu compte.

M. Piorry : Le rapport de M. Lévy soulève une question capitale : Qu'est-ce que le rhumatisme ! Y a-t-il quelque chose de spécial, un être, une maladie particulière qu'on puisse appeler rhumatisme, et qui se porte successivement d'une partie du corps à l'autre ! Il y a longtemps, dit M. Piorry, que j'étudie cette question et que je demande à tous les médecins ce que c'est que le rhumatisme : jusqu'à présent je n'ai reçu aucune réponse satisfaisante. En examinant cliniquement tous les faits que l'on qualifie habituellement de rhumatisme, voici ce que l'on trouve. Il existe des inflammations articulaires franches qui suivent les évolutions ordinaires de l'inflammation et qui se terminent le plus ordinairement par résolution. Dans quelques cas très rares, cette inflammation se termine par suppuration : tels sont les exemples rapportés par Dupuytren, par M. Bouillaud et par moi-même. Mais ces cas, je le répète, sont très rares ; à côté de cela il y a ensuite ce qu'on appelle le rhumatisme musculaire, le lumbago. Qu'est-ce que le lumbago ? Tantôt ce sont des douleurs qui ont leur siége dans les reins, d'autres fois des douleurs des ovaires ou de l'utérus, ou même des affections des vertèbres. On appelle encore rhumatisme des névralgies sciatiques, des névralgies intercostales, des douleurs superficielles des os, etc. Comment se reconnaître dans ce dédale. On donne comme caractère du rhumatisme de ne se point terminer habituellement par suppuration ; mais n'y a-t-il pas d'autres inflammations, la pleurite par exemple, qui ne se terminent pas non plus ordinairement par suppuration ! Le rhumatisme a été inventé dans un temps où les études anatomiques étaient peu avancées. En résumé, on voit quelquefois, mais très rarement, des arthrites se terminer par suppuration. Quant aux autres sortes de douleurs confondues sous le nom de rhumatisme, ce ne sont que des symptômes, des affections très différentes les unes des autres. C'est là une question jugée aujourd'hui.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la délibération sur le rapport de M. H. Gaultier de Claubry, relatif aux pilules de Blaud.

M. le Président soumet préalablement à l'Académie la décision suivante, prise par le conseil d'administration : Toutes les fois qu'un médicament nouveau sera soumis à l'appréciation de l'Académie, la commission chargée du rapport devra toujours se borner à dire, dans ses conclusions, s'il y a lieu ou non à appliquer à ce remède le décret du 3 mai 1850.

La discussion est ouverte sur cette proposition.

M. Soubeiran fait deux propositions dont le but est de donner, à l'avenir, plus de garantie aux rapports de l'Académie : la première est que deux médecins fassent toujours partie des commissions et que ces deux médecins soient tenus de faire séparément des expériences.

La seconde proposition est que la discussion des rapports sur les remèdes nouveaux n'ait lieu qu'après leur impression.

La proposition du conseil d'administration, vivement appuyée et commentée par MM. Adelon et Orfila, est mise aux voix et adoptée.

M. Caventou appuie les deux propositions de M. Soubeiran et insiste sur leur adoption.

Sur l'observation de M. le Président, que le choix des commissions est laissé aux soins du bureau, la première proposition de M. Soubeiran n'est point mise aux voix.

L'ordre du jour proposé sur la deuxième proposition de M. Soubeiran est adopté.

On passe à la délibération sur les conclusions du rapport de M. Gaultier de Claubry.

Après une discussion très animée et très confuse, l'Académie décide que le rapport et les conclusions seront renvoyés à l'examen d'une nouvelle commission.

La séance est levée à cinq heures et quart.

PRESSE MÉDICALE.

Revue médico-chirurgicale. — Mars et Avril 1852.

Observation de ligature de l'aorte abdominale, pratiquée en 1842; par le docteur Candido Borges Menteiro, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro.

Nouvel et triste exemple de cette monstrueuse opération pratiquée comme celles qui l'ont précédée, pour un anévrysme appartenant à l'origine de la crurale ou à l'iliaque externe, c'est-à-dire pour un anévrysme auquel aurait largement suffi la ligature de l'iliaque primitive. Avons-nous besoin de dire que le malade a succombé ?

De la ponction abdominale dans la tympanite; par M. Labric, d.-m.-p., ancien interne des hôpitaux.

Dans ce travail, qui a servi à l'auteur de thèse inaugurale, il a étudié la tympanite intestinale et péritonéale. La ponction peut s'appliquer à chacune de ces deux espèces de tympanite ; mais les faits qui se rattachent à la tympanite péritonéale étant pour la plupart obscurs et équivoques, nous ne nous occuperons que de ce qui a trait à la ponction dans la tympanite intestinale.

On sait que cette opération est pratiquée très fréquemment sur les animaux par les médecins vétérinaires. Les animaux qui présentent la tympanite sont les bestiaux ; les bœufs et les moutons en sont surtout atteints lorsqu'ils ont mangé une grande quantité de certains fourrages humides de rosée ou de pluie, ainsi par exemple le trèfle nouveau. Le siége de la tympanite, chez les animaux, est la panse, d'où le mot d'*empansement* qu'on lui a donnée. Les vétérinaires pratiquent cette opération avec un trocart qui, en donnant issue à une grande quantité de gaz, soulage immédiatement l'animal prêt à expirer quand on l'opère, et amène promptement sa guérison.

Chez l'homme, on est loin d'être d'accord sur l'opportunité de cette opération. Quelques-uns la rejettent complètement, d'autres, au contraire, la conseillent. La péritonite est presque le seul accident que l'on ait à redouter de la ponction intestinale, c'est aussi celui qui a fait reculer bon nombre de praticiens devant cette opération. Mais ce n'est pas à la ponction qu'il faut rapporter la péritonite ; car les piqûres de l'intestin ne sont nullement accompagnées d'épanchement de matière dans l'abdomen, et quelques faits cités par l'auteur montrent, d'ailleurs, qu'elle peut ne pas avoir lieu.

Quant au procédé opératoire, c'est au trocart qu'il faut donner la préférence. Cet instrument devra être du plus petit calibre possible, pourvu toutefois que ce calibre soit assez considérable pour laisser échapper les gaz intestinaux ; car on aura dès lors plus de chance pour que la piqûre de l'intestin n'entraîne pas de déchirure des fibres musculaires et ne permette pas, par conséquent la sortie des matières intestinales, quand on retirera la canule. Ces conditions sont remplies par le trocart dit *explorateur*. Il n'y a point à indiquer de lieu précis où l'on doive pratiquer la ponction ; il faudrait seulement s'assurer que le point qu'on ponctionne est bien sonore, et autant que possible faire cette ponction sur la ligne médiane ou dans une portion aponévrotique, afin que les tissus à traverser soient moins épais. On doit choisir le point de l'abdomen qui se trouve le plus saillant, et si les circonvolutions intestinales se dessinent à travers les parois abdominales, ce sera pour l'opérateur un guide certain. L'instrument doit être dirigé perpendiculairement à la surface abdominale, pour permettre à la canule, quand on aura enlevé l'aiguille du trocart, de suivre facilement, en quelque sens que ce soit, le trajet que l'intestin aura à parcourir lors de son affaissement. On pourrait, au lieu de ponctionner directement, pour éviter des difficultés au chirurgien et de la douleur au malade, inciser préalablement la peau, comme on le fait pour l'opération de la thoracentèse, d'après les conseils de M. le professeur Trousseau, et pour la ponction intestinale chez les animaux, d'après M. Hurtrel d'Arboval. La canule du trocart doit être laissée à demeure pendant un certain temps après l'opération, d'abord parce qu'il peut être bon de ne retirer les gaz qu'à diverses reprises pour ne pas amener un affaissement trop subit de l'abdomen ; de plus, parce que les gaz peuvent ne s'échapper qu'avec une certaine lenteur. Le séjour prolongé de la canule, comme cause d'irritation pour les tissus qu'elle traverse, ne donne lieu à aucun accident, mais à la condition de la retirer après quelques heures. Chez les animaux, cette pratique est toujours adoptée, et même la canule du trocart est faite de manière à recevoir des liens qui sont destinés à la fixer. Avant de pratiquer la ponction, on devra encore s'assurer que ce n'est pas dans le colon que se trouvent les gaz qui distendent l'abdomen ; car dans ce cas, une sonde ordinaire, introduite dans le rectum, peut quelquefois leur donner une issue facile ; il en serait de même si l'on soupçonnait que ces gaz sont dans l'estomac ; dans ce cas, une sonde œsophagienne suffirait pour en débarrasser cet organe.

M. Labric rapporte, à l'appui de cette pratique chez l'homme, quatre observations. La première de tympanite intestinale, avec obstacle au cours des matières, produite par des brides anciennes, étranglant l'intestin colon, chez un homme de 50 ans. La ponction pratiquée par M. Michon soulagea considérablement le malade, qui était mourant, et qui vécut dix jours. Il mourut d'une péritonite, mais qui n'était pas due à la ponction, dont on ne trouva pas de traces. Dans le deuxième cas, chez un enfant de cinq ans et demi, M. Blache pratiqua plusieurs ponctions pour une tympanite, suite d'accumulation des matières fécales dans l'intestin. L'enfant succomba, mais sans péritonite. Dans le troisième cas, celui consigné par Levrat dans les *Bulletins* de la Société médicale d'émulation, l'opération guérit parfaitement le malade. Enfin, dans le quatrième cas, celui de M. Maisonneuve, la mort eut lieu quelques heures après la ponction, mais par suite de la maladie elle-même, consistant en une escarrhe du cœcum consécutive à la constipation.

Mémoire sur la déviation latérale du gros orteil ; par M. le professeur Malgaigne.

Ce travail est destiné à montrer que ce n'est pas seulement à l'action des chaussures que sont dues les déviations du gros orteil. Les recherches nombreuses qu'il a faites en 1840, à l'hospice de Bicêtre, lui ont appris qu'il s'en faut de beaucoup que cette cause, purement mécanique, ait toute l'influence qu'on serait tenté de lui donner. C'est au contraire ou par suite d'une rétraction musculaire primitive, suffisante pour distendre le ligament à la longue, ou par un affaiblissement primitif du ligament qui ne fait plus résistance, que M. Malgaigne explique le mécanisme de la déviation. Les chaussures étroites n'agiraient donc que dans la production de l'oignon presque au même titre que des chaussures trop larges. Plus tard, la persistance de la déviation finit par déterminer la rétraction du muscle et non pas seulement du muscle, mais du ligament latéral interne, en sorte que le redressement du pied est presque impossible. Plus tard encore, l'irritation de la face interne, qui de la peau a gagné le ligament, finit aussi par atteindre l'os ; et il y a une hypertrophie partielle de la tête du métatarsien qui amène une déformation bien plus irremédiable encore. Dans quelques cas la pression que le gros orteil exerce sur les autres peut avoir pour conséquence la gangrène limitée ou illimitée ; aussi M. Malgaigne n'hésite-t-il pas à recommander l'amputation du gros orteil si la maladie est arrivée à ce degré où la rétraction du ligament interne et la déformation des os rend la guérison impossible, et même l'amputation dans la continuité du premier métatarsien, si la tête de cet os fait une saillie exorbitante.

VARIÉTÉS.

Bains et lavoirs publics. — L'expérience qui a été faite à Rouen, par M. de Saint-Léger, relativement aux bains et lavoirs publics, a été couronnée d'un plein succès. Au bout d'une année d'existence, le 31 août 1850, l'établissement de la rue du Gril avait fourni 2,135 bains chauds de première et de deuxième classe, et il avait reçu 8,346 laveuses au prix de 5 cent. par heure et par laveuse ; 25,386 femmes avaient de plus lavé leur linge pendant le même temps. Le résultat de cette première année de gestion avait été un bénéfice net de 66 fr. 97 c. tous frais payés, mais non compris les intérêts du capital employé. Par suite d'améliorations importantes faites par les fondateurs, la dépense totale a été portée à 8,898 fr., c'est-à-dire à une somme qui dépasse de 2,470 f. celle fournie par les souscripteurs. La seconde année de gestion, arrêtée à la fin d'août 1851, a été beaucoup plus fructueuse, bien que le prix du lavage eût été réduit à 3 centimes au lieu de 5 par heure. 7,403 bains ont été donnés, 26,088 femmes ont lavé, pendant une heure, aux places payantes, et 6,945 aux places gratuites. La balance des recettes et des dépenses a donné, tous frais soldés, un bénéfice de 1,380 fr., qui ont été employés à rembourser l'emprunt fait pour subvenir aux nouvelles dépenses. Depuis le mois d'août dernier, la prospérité de l'établissement a continué. Avant trois mois, toutes les dépenses d'installation auront été couvertes et on accumulera un nouveau capital pour créer une succursale.

L'établissement du Gril était consacré aux femmes ; restait à faire la même expérience pour les hommes. Cette expérience a été faite et elle a pleinement réussi. Une maison de la rue Saint-Vivien, à Rouen, a été louée pour 540 fr. par an, près de la filature de M. Théodore Legrand, qui avait offert les eaux froides et chaudes de son usine. Seize cabinets de bains ont été pratiqués au rez-de-chaussée avec des baignoires en faïence. L'établissement de Saint-Vivien a commencé à fonctionner le 1er septembre 1850. On n'y a point établi de lavoir ; on n'y donne que des bains pour hommes : de première classe à 25 c., et de deuxième à 10 c., linge compris. La dépense totale pour frais d'installation a été de 10,335 fr. 50 c. La première année de gestion, qui s'est terminée au 31 août, a produit des résultats décisifs. Le nombre des bains a été de 10,461 ; le bénéfice net s'est élevé à 1,018 fr. 36 c., c'est-à-dire à un intérêt de 9 fr. 85 c. pour 100 fr. du capital employé.

En récapitulant les bains donnés par les deux établissemens du Gril et de St-Vivien depuis leur création jusqu'au 1er mars 1852, en comptant le nombre des femmes qui ont lavé leur linge au lavoir public, on reconnaît 1° que le nombre des bains a été de 29,637, pris par de petits marchands, par des ouvriers, par des soldats de la garnison qui, à raison de la modicité de leur paie, étaient admis au prix de 10 c.; 2° que le nombre des laveuses a été de 89,219. Ces résultats remarquables ont été obtenus, comme on a pu le voir, avec un capital fort modique, et avec un succès tel, que cette bonne action est en même temps une bonne affaire.

Le conseil municipal de Rouen, frappé de cet exemple, a acheté récemment un vaste terrain à St-Sever, pour y créer un établissement de bains et de lavoirs publics d'après les mêmes données et dans des proportions beaucoup plus considérables.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Erratum. — Une erreur s'est glissée dans l'ordre du classement des nouveaux médecins du bureau central. Voici dans quel ordre ils ont été nommés : MM. Sée, Delpech, Chapotin St-Laurent et Hillairet.

Démolition de l'Hôtel-Dieu. — La démolition des maisons qui bordent le Petit-Pont et la reconstruction de ce pont, qui se poursuivent en ce moment, ont rappelé l'attention de l'édilité parisienne sur un projet qui paraît avoir faveur en haut lieu, mais qui n'est cependant pas d'une exécution très facile : il s'agit, en effet, de la démolition de la partie de l'Hôtel-Dieu placée sur le parvis Notre-Dame, et qui forme la partie sud de la place du Parvis.

Le bâtiment Saint-Charles une fois mis à bas, le quai du Marché-Neuf serait raccordé avec les terrains laissés vacans par cette démolition : une voie large, parfaitement de niveau, serait établie à partir du pont St-Michel, et se relierait avec le terre-plain ombragé d'arbres qui entoure la cathédrale. Notre-Dame serait isolée, et les abords de ce magnifique monument, dégagés et largement aérés, ajouteraient encore à son imposante architecture.

La question est seulement de savoir comment remplacer un établissement dont les malades connaissent le chemin depuis des siècles et que sa situation au centre d'une population agglomérée et très pauvre rend presque indispensable. Plusieurs projets sont en présence : dans l'un, il est question de remplacer le bâtiment St-Charles par d'autres constructions. L'Hôtel-Dieu serait placé en entier sur la rive gauche. Un ensemble de bâtimens seraient élevés sur l'espace compris entre les rues du Fouarre, Galande, du Petit-Pont. Les rues de la Huchette et de St-Julien seraient supprimées. Cette dernière est une ruelle étroite et fort mal habitée. D'un autre côté on voudrait, dit-on, laisser subsister seulement le bâtiment qui longe le quai Montébello et faire du grand hôpital de la République, élevé dans le clos St-Lazare, le nouvel Hôtel-Dieu.

Les brasseurs de Londres et M. Payen. — Les brasseurs anglais sont fortement émus de cette assertion de M. Payen, que nous avions empruntée aux leçons du savant professeur, publiées dans le *Constitutionnel*, et qui avaient été reproduites par la *Lancette anglaise*, à savoir qu'une certaine quantité de strychnine aurait été fabriquée en France pour être employée, en Angleterre, à la fabrication de la liqueur favorite de nos voisins d'outre-Manche. C'était presque une question d'amour-propre national ; aussi les brasseurs ont-ils écrit à M. Payen pour lui demander quelle était l'origine de son affirmation. Le savant professeur a répondu qu'il tenait le fait de M. Pelletier, qui avait été chargé, il y a dix ou douze ans, de livrer pour l'Angleterre de 80 à 100 onces de strychnine, quantité énorme à cette époque, et qui lui avait dit qu'elle était employée pour donner de l'amertume à certaines espèces de bière. Il a ajouté que, suivant toute probabilité, cette fraude avait cessé depuis longtemps d'exister, et il termine en regrettant qu'on eût pu donner une pareille importance à cette affaire. Ce n'était pas le compte des brasseurs anglais, qui voulaient occuper le public de leurs personnes et de leur bière ; ils ont soumis leur bière à l'examen de la fameuse commission d'analyse sanitaire du journal la *Lancette*, qui, non seulement a déclaré qu'il n'y avait pas trace de strychnine, mais encore que cette fraude était impossible. En effet, s'il est vrai qu'un grain seulement de strychnine suffit pour donner une amertume très prononcée et très persistante, à 40,000 grains, ou a plus d'un demi-gallon d'eau, et que la même quantité de strychnine peut donner un goût amer assez sensible à 420,000 grains ou à six gallons d'eau ; comme la bière contient toujours une assez grande quantité d'acide acétique libre, c'est à l'état d'acétate que la strychnine devrait se trouver dans la bière, et dès lors il faudrait au moins un grain et demi de strychnine pour donner de l'amertume à un demi-gallon d'eau, c'est-à-dire une quantité de cette substance suffisante pour donner lieu aux accidens les plus graves.

Nécrologie. — Le docteur et baron Despine, médecin des célèbres eaux thermales d'Aix, en Savoie, qui lui doivent une grande partie de leur réputation, vient de mourir dans un âge avancé. M. Despine laisse, comme on sait, un fils qui continue dignement sa réputation, M. le docteur Constant Despine.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 64. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 29 Mai 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr. :
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

(Hôpital Beaujon.)

SUR LES MALADIES CHRONIQUES ET NERVEUSES,

Par M. S. SANDRAS.

Sommaire. — Diagnostic différentiel; causes essentielles et siége de la paralysie générale progressive.

Messieurs,

Dans notre dernière leçon, j'ai parlé de différens points importans de l'étude des paralysies progressives. Je me suis appesanti sur les diverses formes sous lesquelles ces maladies se présentent, et qui sont caractérisées par l'*atrophie musculaire*, la *contracture*, les *spasmes fibrillaires*, des *signes dominans de paraplégie*, par une *sorte d'hémiplégie*, ou enfin par des formes qu'on rencontre plus particulièrement *chez les ivrognes*, *chez les malades atteints d'affections saturnines* ou *syphilitiques*.

J'en étais arrivé à établir les caractères propres de ces paralysies qui permettent de les distinguer des autres affections, paralytiques ou non; en un mot, à en faire le diagnostic différentiel.

Un des points capitaux de ce diagnostic, est celui qui sépare ces *paralysies générales progressives* de celles qui surviennent *chez les aliénés*. Cela importe au point de vue, et du pronostic, et du traitement. Dans le premier cas, le pronostic est mortel, et le traitement sans efficacité présente ni future; tandis que dans le second, les résultats sont tout différens; on obtient toujours au moins un soulagement très marqué, et souvent l'interruption et même la guérison de la maladie.

Le fait même de l'aliénation suffirait à lui seul à distinguer ces deux espèces de paralysies. On trouve bien quelquefois chez les malades atteints de paralysie générale progressive simple, quelques troubles des idées et de la mémoire; on n'y rencontre réellement aucune trace d'altération dans l'intelligence. Mais l'aliénation mise de côté, les deux maladies diffèrent encore et dans l'invasion et dans la marche. Les engourdissemens, les contractures, le refroidissement progressif, l'embarras de la circulation capillaire qui s'observent chez les aliénés, ne se montrent pas chez nos malades, ou du moins ne sont pas semblables; en outre, chez ceux-ci l'étude de la maladie nous force à remonter à des antécédens essentiellement différens de ceux des aliénés.

La distinction de ces paralysies générales et de celles des aliénés étant faite, hâtons-nous de les séparer des paraplégies ou des hémiplégies qu'on pourrait dire *traumatiques*, c'est-à-dire dues à l'inflammation, au ramollissement ou aux épanchemens matériels du cerveau, de la moelle ou de leurs enveloppes. Dans ces derniers cas, les accidens arrivent d'une manière relativement subite; les centres nerveux sont atteints les premiers, et offrent les signes d'altération avant les extrémités. Dans les autres, au contraire, l'affection marche d'une manière assez lentement progressive, et toujours de la périphérie aux centres.

On peut encore confondre ces paralysies générales avec le délire chronique des ivrognes. Le *delirium tremens* accompagne souvent des paralysies qu'il importe d'autant plus de distinguer de celles dont nous parlons, que l'existence même de ce délire constitue un état plus grave et plus avancé de la maladie. Le tremblement qui l'accompagne, joint aux renseignemens fournis par l'histoire du malade, mettra sur la voie de la cause essentielle de l'affection.

Je sépare ces mêmes paralysies progressives, non pas de toutes les paralysies saturnines, mais de quelques-unes qui sont bien localisées; celles-ci, arrivées à un certain degré, avec atrophie des muscles, et abolition de l'irritabilité électrique, cèdent bien moins facilement et laissent des infirmités; les mains restent fléchies sur l'avant-bras (par suite de la prédilection de l'affection saturnine pour les muscles extenseurs).

Certaines chorées partielles chroniques doivent être éloignées aussi de la paralysie générale de forme progressive. Dans mon opinion, le pronostic est moins grave quand ces chorées toniques se généralisent que quand elles restent parfaitement localisées. Dans ce dernier cas, je soupçonne quelque altération matérielle des centres nerveux ou de leurs enveloppes.

Enfin, les contractures résultant de quelque altération des centres nerveux, en sont séparées au même titre que les chorées partielles toniques; la distinction réside dans la fixation de ces contractures et dans leur tendance à rester bornées à un point, sans chercher à s'étendre ni à se généraliser.

Si j'insiste sur ces distinctions, c'est qu'elles sont fondées sur l'étude de la *cause essentielle* de ces maladies; c'est l'étude de cette cause essentielle me paraît mériter avant tout l'attention du médecin; c'est qu'il importe, pardessus tout; de remonter à cette cause pour le traitement des maladies nerveuses. On arrive par là à des résultats quelquefois merveilleux aux yeux du malade, en même qu'ils sont honorables pour le médecin.

Jusqu'à présent, j'ai reconnu différentes *causes essentielles* de ces maladies.

Parmi elles, la plus fréquente, sans contredit, c'est la *chlorose*; les échantillons en abondent dans nos salles; je vais vous en montrer quelques-uns :

Au n° 29, salle St-François, c'est un homme qui, à la suite d'une chlorose, fut pris de paralysie du membre inférieur gauche, puis de paralysie de la vessie. Notez que j'insiste, et pour cause, sur ce point que la paralysie et la rétention et l'incontinence d'urine ont suivi et non précédé les phénomènes de paralysie, j'ai peur que M. Leroy-d'Étiolles n'ait plusieurs fois confondu l'effet avec la cause, en donnant ces affections des voies urinaires comme causes de paralysie.

Je n'ai constaté chez ce malade qu'une chlorose bien caractérisée; il a été traité à ce point de vue et est sorti une première fois presque complétement guéri; il vient de rentrer dernièrement avec les mêmes phénomènes; les mêmes conditions hygiéniques désavantageuses ayant amené une réapparition de sa première affection.

N° 41, salle Sainte-Claire, paralysie avec prédominance de paraplégie due à la chlorose. N° 40, même salle, jeune fille chez qui la paralysie est accompagnée d'accès d'hystérie précédés de chlorose. N° 58, paralysie avec prédominance de paraplégie. N° 65, paraplégie générale avec forme hémiplégique développée sous l'influence de la même cause.

Dans d'autres cas, l'*hystérie* devient la cause essentielle, et je m'empresse d'abord de distinguer l'hystérie primitive de celle qui n'est que consécutive de la chlorose. Dans les deux cas, les accidens sont les mêmes; mais la cause variant, les résultats sont tout différens. L'hystérie primitive, constitutionnelle, pour ainsi dire, me semble plus grave et le plus souvent incurable.

Du reste, dans la plupart des cas, l'hystérie n'est qu'une conséquence de la chlorose; il y a *chloro-hystérie* et l'affection paralytique ne débute qu'aprés l'apparition de l'hystérie. Dans ce cas, il faut se rendre compte des deux causes et observer avec

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — Événemens à la Faculté de médecine de Paris. — Démission de M. Chomel. — Retraite de M. Dumas. — Appel aux rigueurs du pouvoir contre l'École de Paris. — Une définition de la vie à Montpellier.

La Faculté de médecine de Paris fait en ce moment deux pertes considérables. M. le professeur Chomel, par des motifs connus de tous, s'est déclaré démissionnaire de sa chaire de clinique médicale; M. le professeur Dumas, mis en demeure d'opter entre la Faculté des sciences et la Faculté de médecine, abandonne sa chaire de chimie organique dans notre Faculté. Ce sont là de véritables événemens pour la Faculté, et quoique cette séparation ne laisse pas, heureusement, après elle les douloureuses émotions qu'occasionne la mort, elle a été néanmoins pleine de regrets et de tristesse.

Il y a près d'un quart de siècle que M. Chomel occupe la chaire de clinique médicale. Il succéda à Laennec, et cette riche succession ne s'est pas amoindrie entre ses mains. M. Chomel avait été placé selon son aptitude et son véritable mérite; c'est le professeur de clinique par excellence. Parmi nos médecins contemporains, s'il en est qui portent un diagnostic avec plus de hardiesse, il n'en est pas qui le posent avec plus de sûreté, plus de précision, et à l'aide de déductions plus exactes. Les maladies organiques ne reconnaissent pas un scrutateur plus rigoureux. C'est surtout par l'exactitude et la rigueur de la diagnose que brillait l'enseignement de ce professeur. M. Chomel est le médecin de l'observation pure; il ne croit qu'à la valeur et à l'utilité des faits cliniques rigoureusement observés; la théorie, le système, le dogme, n'ont pour lui qu'une importance secondaire; c'est à l'analyse des faits qu'il demande des principes; et les lois générales, en pathologie, il ne les cherche que dans les conclusions légitimes de faits suffisamment nombreux, exactement observés, rigoureusement analysés.

Ces qualités donnent à un enseignement plus de solidité que d'éclat; c'est aussi par la solidité, par l'utilité que s'est caractérisé le long enseignement de M. Chomel. Il y a eu, il y a encore des professeurs plus brillans que M. Chomel, il n'y en a pas auprès duquel les élèves puissent puiser une instruction médicale plus pratique et plus sûre. Ses préceptes thérapeutiques ne visent ni à l'étrangeté, ni à la nouveauté, ni à la témérité, ils ne prennent leur raison de se produire que dans les résultats d'une longue observation, d'une sagace expérience et dans la science pratique des indications.

Les leçons de M. Chomel étaient suivies par une foule nombreuse d'élèves et de jeunes médecins. Ces leçons brillaient par une grande clarté, une grande précision de langage, véritable et réelle éloquence d'un cours de clinique. M. Chomel ne cherchait pas les occasions de polémique; mais ces occasions venaient-elles à surgir, il n'éludait ni les devoirs, ni les droits de son enseignement, il exprimait ses opinions avec franchise, combattait celles des autres avec liberté, mais en conservant toujours le ton de courtoise politesse d'un homme de bonne compagnie.

M. Chomel laisse de vifs et d'unanimes regrets au sein de la Faculté. L'aménité et la dignité de ses manières lui avaient concilié tous les esprits et lui donnaient une grande autorité dans les décisions intérieures de la compagnie. M. Chomel était encore d'âge et de force à rendre de grands services à l'enseignement; aussi sa retraite est-elle l'objet des regrets de tous; professeurs et élèves sentent la perte immense que la Faculté et son enseignement clinique viennent de faire. Puisse le choix que le Pouvoir fera du successeur de M. Chomel tempérer nos regrets et satisfaire nos espérances!

Le choix libre et spontané que fait M. Dumas de la Faculté des sciences pour la Faculté de médecine, s'il rend pour cette dernière la douleur moins amère, n'en doit pas moins être considéré par elle comme un événement fâcheux. Nous savons bien que d'aucuns ont accusé l'enseignement de M. Dumas de conduire la médecine dans des voies dangereuses; nous n'ignorons pas que l'introduction du chimisme moderne, comme disait Broussais, dans la pathologie, est regardée, par un grand nombre de médecins, comme une usurpation déplorable. Mais nous, qui ne croyons pas aux *Ecoles* et à leur influence, qui pensons que l'enseignement officiel ou officieux de la médecine est fatalement voué à l'individualisme, nous pensons aussi qu'exclure la philosophie chimique de l'enseignement médical, ce serait le priver d'un élément précieux et fécond. Le dogmatisme absolu est actuellement impossible en médecine, et l'unitarisme sera longtemps encore une chimère. Il n'y a de possible et, en fait, il n'existe qu'un enseignement individuel, que des opinions particulières et des doctrines isolées. Tenter la coordination et la systématisation de ces élémens aussi nombreux que divers, serait se condamner au labeur de Sisyphe, parce qu'il n'est pas un de ces élémens qui, pris en soi, renferme la vérité médicale tout entière. Cette vérité est ici et là, un peu partout, même dans les explications chimiques dont M. Dumas est aujourd'hui, dans le monde, un des plus brillans interprètes.

Quoique depuis plusieurs années, M. Dumas ait renoncé à faire son cours à la Faculté de médecine, la tradition y est encore vivante de cet enseignement élégant et disert par lequel l'habile professeur faisait pénétrer dans l'esprit de ses auditeurs les plus séduisantes théories chimico-pathologiques. Cet enseignement s'éloigne de l'École avec M. Dumas; car nul parmi ses successeurs désignés ou probables n'y apportera cette hardiesse de vues, cet ensemble systématique et cette autorité doctrinale dont M. Dumas était en possession. Beaucoup trouveront que c'est un bien; nous ne pouvons partager cette opinion. Nous croyons que la seule base solide de la médecine est la physiologie expérimentale, et cette physiologie trouve ses élémens de recherches les plus précieux dans les notions de la physique et de la chimie. Nous pensons avec Liébig que la chimie est déjà arrivée à des résulats assez satisfaisans « pour qu'il soit permis d'espérer qu'un jour elle produira aussi, avec toutes leurs propriétés, la quinine et la morphine, les combinaisons qui constituent le blanc d'œuf et la fibrine, les muscles. Certes, il y a des effets qui appartiennent en propre à la force vitale : jamais le chimiste ne sera capable de créer un œil, un cheveu, une feuille. Mais, d'un autre côté, il est positif aussi que la formation de l'acide prussique

soin la succession et l'enchaînement des phénomènes. Dans ces complications, il est prudent de ne pas se prononcer trop promptement; j'ai vu, dans bon nombre de faits, l'affection persister malgré le traitement de la chlorose.

L'Ivrognerie, l'empoisonnement par le *plomb*, la *syphilis*, sont trois causes qui s'observent souvent chez les hommes et qu'il faut invoquer dans l'occasion.

Les paralysies produites par l'empoisonnement alcoolique donnent lieu à des phénomènes qui, sans différer beaucoup des autres, offrent cependant un cachet tout particulier qui n'appartient qu'à ce genre d'intoxication.

Le plomb produit quelque chose d'analogue à ce que produit le vin; mais presque constamment on observe un bombement particulier et caractéristique de la face dorsale du carpe, avec flexion très marquée du poignet.

Quant à la syphilis, c'est une cause sur laquelle il importe beaucoup d'être complètement édifié, car les paralysies dues à cette origine, peuvent offrir quelquefois des résultats vraiment merveilleux. A ce sujet, je ne puis résister à la satisfaction de vous parler d'un malade qui s'est présenté à notre observation, c'était un homme couché au nº 9 de la salle Saint-François. Il était primitivement entré en chirurgie pour y être guéri de vastes ulcères variqueux qu'il avait aux jambes. Ces ulcères disparurent à peu près complètement, mais à mesure que la guérison s'opérait, le chirurgien remarqua des symptômes non équivoques de paralysie générale progressive, symptômes qu'il attribua naturellement à la guérison de l'ulcère. Dans cette opinion, il se hâta de placer des vésicatoires dans la région postérieure du tronc et aux environs de l'ulcère lui-même, dans le but de suppléer la suppuration dont l'économie avait été privée; cette médication restant sans résultat, le malade fut envoyé dans nos salles. Indépendamment de l'ulcère variqueux de la jambe, nous constatâmes sous l'ulcère et dans les environs : des exostoses non douteuses sur le tibia, de petits ulcères syphilitiques sur la jambe, et des taches de même nature. Nous continuâmes la guérison de l'ulcère variqueux au moyen d'irrigations froides et sans craindre la suppression de cet exutoire naturel; en outre, le malade fut mis à un traitement antisyphilitique (2 grammes d'iodure de potassium par jour). En quelques semaines la guérison était complète.

Certaines cachexies autres que la cachexie syphilitique, c'est-à-dire les cachexies saturnines ou alcooliques, amènent lentement des phénomènes de paralysie qui marchent invariablement vers une terminaison fatale, si on ne se hâte d'enrayer le mal.

Enfin, il est d'autres causes toutes morales; là est le côté épineux de la question; car dans ces cas le médecin ne peut agir que faiblement sur la cause première. Les *chagrins*, les *préoccupations*, les *déceptions*, la *misère* sont tout autant de causes qu'il est difficile de conjurer, et dont l'influence n'est pas moindre que celle des autres causes que nous avons signalées. On observe encore ces phénomènes de paralysie chez les personnes qui, dans le cours de leur vie, ont développé une activité énorme dans les affaires publiques ou privées. On voit ces sujets là perdre peu à peu toute leur énergie, devenir faibles et pusillanimes au point de pleurer avec la plus grande facilité jusqu'à ce que l'intelligence elle-même fasse défaut.

Toutes les causes que nous venons de passer en revue agissent sans produire de lésions matérielles des centres nerveux. Il est, au contraire, de ces maladies qui résident essentiellement dans des altérations de ces organes. Il importe beaucoup (quand cela est possible) de savoir les distinguer; car, dans l'un et l'autre cas, on n'aura pas à espérer le même résultat. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de faire rétrograder dans leur marche des altérations matérielles; nous n'avons au moins sur elles qu'une action très limitée.

Pour distinguer ces paralysies de causes si différentes, il faut considérer surtout la marche de la maladie. Les paralysies résultant d'une altération matérielle restent *fixées* avec opiniâtreté en quelque partie du corps; elles s'étendent bien aussi, mais leur marche est invariable, sans relâche, sans interruption aucune. Dans les cas ainsi caractérisés, si l'on n'a pas la certitude d'une lésion de nature syphilitique, on peut, presque à coup sûr, invoquer une altération matérielle des centres nerveux.

Lorsqu'on arrive à rechercher le *siége* de ces affections, trois points se présentent à examiner. La maladie peut siéger soit dans les *centres nerveux* eux-mêmes (moelle, cerveau), soit dans les *nerfs*, soit dans les *expansions nerveuses* périphériques. Établissons, avant tout, qu'il faut se garder de croire qu'on trouvera infailliblement dans ces parties des altérations visibles à l'œil nu ou même au microscope. J'ai vu plusieurs faits négatifs de ce genre. Bien mieux, on découvre quelquefois des lésions légères, dont la présence même ne satisfait pas l'esprit et ne suffit pas à l'interprétation des phénomènes observés pendant la vie. Ainsi, il m'est arrivé de rencontrer dans les corps striés et les couches optiques de petits kystes multiples remplis de sérosité jaunâtre, et rien de plus. Dernièrement, nous avons, dans deux autopsies, rencontré encore des faits analogues. La première était celle d'un homme qui nous est arrivé au dernier degré de la maladie. Nous avons trouvé dans le cerveau deux petits espaces rougeâtres, quadrilatéraux, situés en dehors des bandelettes optiques près de la grande scissure médiane du cerveau; le tissu n'était ni celui du ramollissement, ni le tissu inodulaire qui comble les foyers hémorrhagiques. Dans la moelle, en plusieurs points de la face postérieure, et de chaque côté de la partie moyenne de la ligne médiane, se trouvaient de petits amas de taches noirs, dont la plus grande avait la dimension d'un pois; pas de dépression de la moelle, ni de ramollissement, ni de traces d'inflammation aux environs. Examinés au microscope, ces petits corps étaient composés de simples amas de granules pigmentaires, granules qu'on a trouvés aussi dans des tubercules occupant le sommet d'un des poumons, et qui n'avaient pas été ramollis.

La seconde autopsie est celle d'une de nos malades qui était couchée au nº 72, que nous traitions depuis longtemps pour une paralysie générale progressive, et qui vient de succomber à une pleurésie dont la marche rapide a amené la mort en deux heures. Nous avons constaté une pleurésie purulente dans le côté droit de la poitrine. En portant notre attention vers les centres nerveux, nous n'avons rien trouvé dans le cerveau et ses membranes, rien dans la moelle allongée ni dans les deux renflemens médullaires. Mais au-dessous du renflement cervical, de chaque côté de la moelle, étaient deux taches d'un gris rosé, de la longueur de l'ongle, sans traces de ramollissement ni d'autre altération dans la moelle; plus bas, se trouvaient quelques taches analogues. Ces taches ont été examinées avec soin au microscope par deux observateurs, M. Corvisart et M. le docteur Bourguignon, qui sont arrivés au même résultat, quoique l'examen ait été fait par l'un vingt-six heures, par l'autre trente-huit heures après la mort. Les fibres nerveuses primitives étaient détruites au niveau des taches; les canalicules étaient altérés ou détruits; les corpuscules nerveux altérés; deux ou trois globules de pus ont été vus par M. Bourguignon sur l'une des plaques.

Quant aux nerfs ou leurs expansions périphériques, je ne pense pas qu'il soit possible d'établir, par les faits jusqu'à présent énoncés, qu'ils soient altérés dans ces maladies. Ces nerfs sont sensitifs ou moteurs; or, d'après les exemples que nous avons sous les yeux constamment, les symptômes débutent indifféremment par les modifications dans la sensibilité ou la la motilité; je ne sache pas qu'on ait rien constaté qui rende raison de ces différences de débuts. Les paralysies saturnines dans lesquelles la motilité seulement est abolie, est un exemple frappant de ce fait.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

MALADIE DE BRIGHT; — ACCÈS ÉPILEPTIFORMES, ETC.

Maurice Yve, âgé de 18 ans, matelot, né à Plonbazlanec (Côtes-du-Nord), entre à l'Hôtel-Dieu le 31 juillet 1850; ce malade à cheveux très blonds, à peau très blanche, a fait une traversée pendant laquelle il a été souvent mouillé et a gardé, sans pouvoir les changer, ses vêtemens humides. Le 23 juillet, il a été pris de fièvre et de toux. Le 27, il s'est aperçu que ses pieds et son visage étaient enflés; il a eu aussi quelques légers frissons et des douleurs de reins, il avait, du reste, joui jusque-là d'une parfaite santé.

Le 1er août, à la visite, je le trouve dans l'état suivant : face pâle, légèrement bouffie, surtout aux paupières inférieures; les mains et les pieds sont aussi un peu œdématiés, la peau est chaude et sèche, le pouls fort, large, médiocrement fréquent; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, l'appétit manque tout à fait; il a quelques selles liquides, abondantes; une toux peu fréquente existe; la percussion donne un son normal, l'oreille entend du râle sous-crépitant dans les deux poumons à la base. L'urine est abondante, fortement colorée en brun; l'examen de ce liquide ne peut être fait ce jour-là (saignée de 300 grammes, mauve, potion diacodée, lavement laudanisé, diète).

2 août, le pouls est moins fréquent, la peau moins chaude, la toux moindre, le sang de la saignée est couenneux à un assez haut degré, l'urine, toujours brune, fournit par l'acide nitrique et la chaleur une abondante quantité d'albumine (Diète, chiendent nitré.) La fièvre et la toux vont en diminuant, l'albumine persiste au même degré, la dose du nitre est élevée à 5 grammes, il prend en outre deux cuillerées par jour de sirop de digitale; l'appétit est revenu, le malade mange le quart; sa vue, plusieurs fois examinée, est tout à fait normale. Quand le 11 août la fièvre reparaît, le malade, qui a été vacciné dans son enfance, accuse de la céphalalgie, des douleurs de reins; l'œdème est plus prononcé, l'urine très foncée; cet état de choses dure jusqu'au 13, qu'une éruption discrète de varioloïde apparaît; celle-ci suivit sa marche avec beaucoup de rapidité, et le 20 août le malade mangeait le quart. Mais l'œdème persiste toujours; on sent de la fluctuation sous l'abdomen; l'urine, très colorée, donne un précipité albumineux très abondant, il prend du chiendent nitré et un looch avec une dose progressivement croissante de teinture de digitale.

Le 26 août, la fièvre reparaît, les glandes sous-maxillaires sont enflées, un érysipèle léger de la face se montre; le malade est mis à la diète, une saignée de 300 grammes est pratiquée, le sang est couenneux et l'érysipèle suit sa marche avec rapidité, et le 1er septembre il n'en reste presque plus de traces. A cette époque, bien que l'œdème fût toujours le même, l'urine était moins foncée, moins abondante; l'acide nitrique et la chaleur donnent un précipité albumineux moins abondant.

Le 6 septembre, il survient une dysenterie très forte, selles nombreuses, peu abondantes, difficiles, muqueuses et sanguinolentes. (Eau-de-riz avec sirop de coings, un quart de lavement avec 2 grammes de ra-

---

et de l'huile essentielle dans les amandes amères, celle de l'huile volatile et de la sinapine dans la moutarde, celle du sucre dans les graines en germination; il est certain, dis-je, que tous ces phénomènes sont le résultat d'une décomposition chimique. Quand on voit un estomac de veau mort, au moyen d'un peu d'acide hydrochlorique, agir sur la viande et sur l'albumine coagulée de la même manière qu'un estomac vivant, c'est-à-dire dissoudre ces substances et les digérer, tous ces faits autorisent à conclure qu'en interrogeant la nature par voie expérimentale, nous arriverons un jour à des idées précises sur les métamorphoses des alimens dans l'organisme, et sur les effets des médicamens. » (*Lettres sur la chimie*, p. 23.)

Voilà pourquoi il est à regretter, pour l'enseignement de la Faculté de Paris, que M. Dumas fasse abandon d'une chaire autour de laquelle il avait su attirer un si grand concours d'élèves, même avec quelques exagérations de doctrine et quelques illusions d'application.

Mais hélas! notre Faculté de Paris et son enseignement seraient destinés à de bien plus cruelles épreuves si l'on écoutait les avis et les incitations de l'un de ses plus acharnés détracteurs. Que notre Faculté lise et frémisse!

« Nous pourrions pousser bien plus loin la réfutation des argumens » invoqués par M. Roche; mais c'est incidemment que nous nous en » occupons aujourd'hui, car nous ne voulons, en prenant la plume, que » prouver à M. Amédée Latour combien est fondé le reproche de *ma-* » *térialisme* adressé par le journal l'*Univers* à l'École médicale de » Paris, et combien peu victorieuses sont les réfutations qu'il en fait, ou » même celles qu'il en fait faire. Soutenant depuis longtemps, contre » le rédacteur de l'UNION MÉDICALE, qu'il y a un abîme immense entre » les doctrines médicales de Paris et celles de Montpellier, *que les pre-* » *mières sont dangereuses, tant au point de vue moral,* qu'au point » de vue médical, et que, par conséquent, LE POUVOIR DEVRAIT S'OP- » POSER A LEUR PROPAGATION AVEC AUTANT D'ÉNERGIE QU'IL EN A » DÉPLOYÉ ENVERS L'ENSEIGNEMENT SOCIALISTE, nous avons dû faire » une revue rétrospective qui, quoique rapide, *suffira probablement* » *pour donner l'éveil à nos gouvernans.* »

Cette charitable tirade est signée *Chrestien* (comme c'est chrétien!), et se peut lire dans la *Gazette médicale de Montpellier*, numéro du 15 mai 1852.

Nous ne voulons infliger d'autre peine au journaliste qui fait cet appel — nous pourrions nous servir d'une autre expression plus juste — aux sévérités du pouvoir, qu'en reproduisant ce passage, dont le bon sens de nos lecteurs fera suffisamment justice. Nous ne ferons pas l'injure à l'École de Montpellier, dont nous n'avons jamais parlé qu'avec respect et déférence, nous ne ferons l'injure à aucun de ses professeurs, parmi lesquels nous avons l'honneur de compter plusieurs amis, de les soupçonner d'avoir incité de pareils conseils au pouvoir ou même d'en accepter la solidarité. Non, nous savons très bien que l'auteur de cet article agit et écrit pour son propre compte et ne représente absolument que son individualité, légèrement inquiète. Mais mon Dieu! que de maladresses en ces quelques lignes! « Il y a un abîme immense entre les doctrines médicales de Paris et celles de Montpellier, » dit notre irritable confrère. Il a cent fois raison, si l'École de Montpellier ne se lève pas en masse contre la définition suivante de la vie, que nous trouvons dans un ouvrage récent sorti de cette École :

« La vie est un phénomène temporaire, qui consiste en ce qu'une » jouissance unitaire, procédant par succession d'un agrégat vivant, » primitivement infinitésimale, inimaginable, plastique, composé et » construit lentement de plusieurs élémens hétérogènes et insatiables, » et conserve intact un mixte éminemment corruptible, dans lequel elle » exécute un grand nombre de fonctions conservatrices, s'accroît, se » développe, acquiert le plus haut degré d'intensité; et, quand le temps » est venu, s'affaiblit progressivement dans le même agrégat, et finit par » disparaître, sans que cet agrégat ait perdu les conditions qui étaient » nécessaires pour l'habitation de son auteur, et le laisse à la merci des » fermentations auxquelles il est chimiquement sujet par l'hétérogénéité » des élémens et par les affinités divellentes du milieu. »

Nous laissons à M. Chrestien le soin de chercher d'où nous avons extrait ce passage, et de dire le nom de son célèbre auteur. Il est de fait qu'à Paris nous ne sommes de force ni d'en écrire de pareils, ni même de les comprendre.

Amédée LATOUR.

ACHAT ET VENTE DES DIPLOMES. — Tel est le libellé d'une annonce insérée dans le dernier numéro d'un journal anglais de modes, le *Lady's newspapers* et adressé spécialement aux veuves des chirurgiens anglais. C'est qu'en Angleterre, pays du commerce, terre classique de l'échange, le diplôme d'un chirurgien mort vaut quelque chose s'il n'est pas trop ancien, s'il n'a pas dix ans de date par exemple, pour permettre d'exercer sous un nom supposé dans une des colonies anglaises. C'est là une petite gentillesse que l'on peut se permettre aisément et sans crainte d'être atteint par le Collége des chirurgiens.

HOPITAUX D'ALIÉNÉS. — Les aliénés, qui étaient jusqu'ici renfermés dans l'hôpital général de Madrid, avec les autres malades, viennent d'être transférés dans l'hôpital spécial qui vient d'être ouvert à Leganes.

COMMENT LES CHOSES SE PASSENT EN ESPAGNE. — Tel est le titre d'un petit article publié dans la *Union medica*. L'auteur de cet article, après avoir fait remarquer combien les hôpitaux vasco-navarais sont bien tenus, raconte que les autorités municipales de Barcelone désirant se procurer, pour l'hôpital, un fourneau économique, nouveau modèle, ont fait la demande au gouvernement de lui faire remise des droits de douane. Le gouvernement espagnol a refusé, bien qu'il autorise son imprimeur à introduire en toute liberté de droit une grande quantité de papier venant de l'étranger. Ce qui fait répéter à l'auteur les fameux mots : *Cosas de Espana!..*

anhia et 10 gouttes de laudanum, 5 centigrammes extrait de thébaïque en deux pilules, deux soupes.) Le 8, vomissemens considérables. Le 10, toux. Ces symptômes ont disparu, l'appétit revient.

De cette époque au 10 octobre, l'état du malade va en s'améliorant; l'œdème est moindre, l'urine est moins foncée, le malade prend des bains de vapeur et une potion avec deux gouttes de teinture de cantharides. Le 15, il prenait cinq gouttes de teinture, quand le 16 octobre je le trouve sans connaissance, les pupilles fortement dilatées, le pouls très fréquent, petit; les membres agités par quelques mouvemens convulsifs et une absence complète de la sensibilité de la peau. Ces phénomènes avaient débuté à cinq heures du matin par un accès épileptique qui avait duré près d'une heure. Craignant quelque congestion sanguine ou séreuse, je fais appliquer vingt sangsues à chaque mastoïde, des sinapismes aux jambes, un lavement purgatif et une potion éthérée et légèrement diacodée.

Le 17, il y a une stupeur profonde, une insensibilité complète de la peau sur toute la surface du corps, les pupilles sont toujours très dilatées; épistaxis assez considérable, le pouls est beaucoup plus calme. (Lavemens purgatifs, continuation de la potion.)

Le 18, à l'état de la veille s'ajoute un délire peu bruyant dans la journée; il a un second accès épileptiforme, on applique de nouveau vingt sangsues à chaque mastoïde, lavement purgatif, potion éthérée.

Le 19, le pouls est normal, le malade peut se mouvoir dans son lit, l'intelligence est obtuse, mais elle revient.

Le 20, l'état s'améliore, mais la sensibilité de la peau est toujours nulle; il prend un bouillon. J'examine la vue du malade, elle s'exerce avec netteté.

Le 22, troisième accès épileptiforme, lavement avec 2 grammes de sulfate de quinine, potion antispasmodique.

Le 23, les idées du malade sont peu nettes, la sensibilité est toujours nulle.

Le 24, l'intelligence est parfaitement revenue, mais la sensibilité de la peau est toujours abolie; il ne sent pas les plus fortes pincées; il laisse, sans douleur, son doigt sur la flamme de la bougie; la piqûre d'une épingle n'est pas sentie. Les mouvemens, cependant, sont libres et volontaires, les pupilles sont à l'état normal; la vue, essayée, s'exerce très librement; l'appétit revient; il prend de la quinine à dose graduellement décroissante. Le 27, il en prenait 0,50 et mangeait le quart; les accès n'ont plus reparu. Le 30, l'œdème existait encore, mais à un moindre degré; l'épanchement abdominal n'est plus perceptible, l'urine est abondante, plus blanche qu'à l'état normal, et contient toujours de l'albumine; le malade prend des pilules de Blaud. Le 4 novembre, la sensibilité reparaît. Le 10, une diarrhée très considérable se déclare; vingt selles abondantes par jour; cette diarrhée dure deux jours et cesse complètement; le lendemain, l'œdème avait tout à fait disparu. Le malade continue à prendre des ferrugineux; il sort le 20 novembre. A cette époque, l'épanchement et l'œdème n'existent plus; les forces sont parfaites, la sensibilité de la peau très vive; l'urine, de couleur normale, ne contient qu'une quantité d'albumine à peine appréciable.

Cette observation me paraît intéressante sous plusieurs rapports; la rapidité du début sous l'influence probable de l'humidité, les frissons, les symptômes de bronchites existant dès l'abord et pouvant induire en erreur, s'il n'y avait eu pour fixer le diagnostic l'œdème et l'albumine dans l'urine.

Ces frissons, ce malaise, ce mouvement fébrile étaient-ils sous la dépendance de la bronchite ou produits par la maladie des reins, c'est ce qu'il n'est pas possible de déterminer avec exactitude.

Ce qui est digne de remarque ensuite, c'est la multiplicité des maladies intercurrentes et la rapidité de leur marche, variole, érysipèle de la face, diarrhée, vomissemens.

On dirait que l'organisme, ébranlé par la perte de l'albumine, est plus accessible aux causes morbifiques. J'ai vu récemment deux malades atteints de maladie de Bright, affectés d'érysipèles de la face à des intervalles très courts.

Les convulsions dont ce malade a été atteint, sont aussi dignes de remarque, bien qu'elles aient offert un type intermittent et cédé après l'administration du sulfate de quinine. N'y a-t-il pas là quelque chose d'analogue aux convulsions éclamptiques des femmes en couches? Il serait curieux de rechercher si les convulsions auxquelles certains individus sont sujets ne tiennent pas à une cause analogue.

Cette anesthésie si complète, avec intégrité des mouvemens, anesthésie qui a duré longtemps, malgré l'amélioration des autres symptômes est un phénomène très remarquable. Elle était sans doute sous la dépendance de la maladie des reins et analogue à l'amaurose qu'on rencontre dans cette affection, bien que dans le cas dont il s'agit ce symptôme n'ait pas existé, même quand la paralysie du sentiment était la plus complète.

Il serait intéressant de savoir si, dans un certain nombre de cas de maladie de Bright, des phénomènes nerveux du même genre se sont manifestés, et s'il y aurait entre cette maladie et ces phénomènes une relation analogue à celle qui, d'après M. Landouzy, existe pour l'amaurose.

GIRARD,
Professeur de clinique interne à l'école de Marseille.

Aux remarques fort judicieuses dont notre honorable confrère, M. Girard, a fait suivre le fait intéressant qu'on vient de lire, nous demandons la permission d'ajouter les suivantes :

M. Girard se demande s'il n'y a pas quelque analogie entre les phénomènes nerveux observés chez son malade et les convulsions éclamptiques des femmes en couches.

L'analogie existe, cela n'est pas douteux. Mais à quelle cause rattacher plus particulièrement les accidens convulsifs?

Est-ce à la présence de l'albumine dans les urines, ainsi que notre confrère paraît disposé à le croire?

Ces accidens ne sont-ils pas plutôt sous la dépendance de l'infiltration séreuse, soit partielle, soit générale, qui est un des symptômes concomitans de l'albuminuric?

Nous inclinons beaucoup vers cette manière de voir et en voici les raisons :

1° Il est bien vrai que l'éclampsie, chez les femmes en couches, s'accompagne constamment d'albuminurie. Le fait a été démontré par MM. Lever, Devilliers fils, H. Blot.

Mais s'en suit-il, comme l'ont pensé MM. Cahen et Simpson, qu'il faille admettre une relation de cause à effet, entre l'albuminurie et les convulsions puerpérales? Nous ne le pensons pas.

Nous sommes, sur ce point, de l'avis de M. H. Blot, qui a fait de ce sujet une étude approfondie (thèse, 1849) :

« Tous les cas d'éclampsie que j'ai observés, dit M. Blot, ont été accompagnés d'albuminurie : il s'en faut de beaucoup que la réciproque soit vraie. »

En effet, sur 41 femmes albuminuriques, 7 seulement avaient éprouvé des attaques d'éclampsie!

Assurément, ajouterons-nous avec l'auteur que nous citons, il semble impossible de ne pas admettre un certain rapport, une certaine liaison entre ces deux faits pathologiques : albuminurie, éclampsie; mais de ce qu'on reconnaît entre deux faits une certaine liaison, un certain rapport, doit-on nécessairement en conclure que l'un de ces faits est produit par l'autre? Cela ne me paraît pas logiquement nécessaire; car ils peuvent fort bien exister simultanément sous l'influence d'une même cause qui les fasse naître tous les deux?

2° Les aliénés atteints d'encéphalite chronique (*méningo-encéphalite chronique, paralysie générale*) présentent fréquemment dans le cours de leur maladie, vers la fin surtout, des accidens nerveux comparables, sous beaucoup de rapports, à ceux que M. Girard a observés.

Chez ces malades, on voit fréquemment survenir des hydropisies partielles (œdème des extrémités), et même des infiltrations séreuses de tout le corps. A l'autopsie, on trouve des épanchemens de même nature dans les méningites, dans les ventricules du cerveau, etc.

S'il n'est pas absolument démontré que ces lésions, que ces épanchemens soient la cause unique des phénomènes convulsifs, cela est infiniment probable, à nos yeux du moins.

Or, je me suis souvent livré à des recherches sur les urines de paralytiques qui avaient été atteints de convulsions épileptiformes; chez aucun d'eux je n'ai pu trouver traces d'albuminurie.

3° Enfin, sous l'influence de cette pensée que l'état convulsif, en général, pourrait dépendre de la présence de l'albumine dans les urines, j'ai soumis à l'examen par l'acide hydro-chlorique, et par la chaleur, l'urine de plus de trente épileptiques de tout âge, dans des conditions de santé très variées; jamais je n'ai trouvé d'albumine.

J. MOREAU (de Tours),
Médecin de Bicêtre.

THÉRAPEUTIQUE.

DE LA VACCINATION, COMME MOYEN CURATIF DES CROUTES LAITEUSES; par M. SARTI.

Le mot de *croûtes laiteuses* paraîtra sans doute bien vulgaire à ces dermatologues d'une certaine école, qui, tout absorbés dans la contemplation des accidens de forme les plus minutieux, tout occupés à diviser et à subdiviser, réduiraient volontiers la pathologie des affections cutanées à une pure affaire de classification. La précision du diagnostic est une excellente chose, sans doute, mais encore ne faut-il pas en abuser, surtout quand l'abus ne mène à aucun résultat utile; et, pour les médecins qui recherchent avant tout le côté pratique des choses, les *gourmes* et les *croûtes laiteuses* se comprennent à merveille, et beaucoup mieux assurément que les dénominations systématiques par lesquelles on a voulu vainement les remplacer.

Tous ceux qui ont attaché leur nom à la propagation de la vaccine, Jenner, Sacco, M. Husson, Griva, Chevalley, de Rivaz, Menicucci, Noli, Parola, Vasi, Berthollet, Percy, Hallé, etc., ne manquèrent pas de signaler l'action curative de la vaccine sur les croûtes lymphatiques ou laiteuses. Mais ces faits peu nombreux avaient besoin d'être vérifiés sur une grande échelle, et c'est ce qui vient d'être fait avec grand succès, par un médecin italien, M. le docteur Sarti, chargé, depuis dix-huit ans, de vaccinations dans les Marches, et qui évalue à près de 4,000 les vaccinations qu'il a pratiquées dans cet intervalle.

Parmi les individus qu'il a vaccinés enfans, la plupart étaient affectés de croûtes laiteuses, sèches ou humides, récentes ou invétérées ou récidivantes, qui sont d'ailleurs très communes dans le pays; néanmoins, M. Sarti n'a gardé de notes que sur 93 enfans, tous affectés, à un plus ou moins haut degré et dans une plus ou moins grande étendue, de croûtes laiteuses de toutes les variétés et à différentes phases de leur développement, dont quelques-uns avaient beaucoup souffert dans leur nutrition, et d'autres présentaient des engorgemens ganglionnaires, au cou principalement. Or, voici les résultats qu'il a obtenus, tant relativement à la marche de la vaccination chez ces enfans, que sous le rapport des modifications que cette opération a apportées dans l'état des éruptions du cuir chevelu.

« Sous le premier point de vue, la vaccination, pratiquée au bras par quatre ou huit piqûres, suivant l'âge des enfans, et suivant l'étendue de l'affection du cuir chevelu, parcourut régulièrement ses périodes, et produisit les résultats les plus heureux sur 32 de ces enfans. Chez 9 d'entre eux, l'un et l'autre résultat ne fut obtenu qu'à la seconde vaccination, la première ayant échoué. Sur 48 enfans, la vaccine eût encore les résultats les plus heureux, bien qu'elle n'eût pas suivi sa marche ordinaire, les pustules ne s'étant montrées que du neuvième au douzième jour de la vaccination. De plus, sur 32 de ces 48 enfans, la lenteur avec laquelle se fit l'éruption fut suivie d'un retard dans la marche des pustules vaccinales, puisque les croûtes ne se détachèrent que plus de trente jours après cette petite opération. Chez deux enfans, il n'y eut qu'une fausse vaccine, et une nouvelle vaccination ne donna pas d'autre résultat. Enfin, chez deux autres enfans, la vaccine, pratiquée plusieurs fois, échoua complètement.

Sous le second point de vue, celui relatif aux modifications apportées par la vaccine aux éruptions du cuir chevelu, voici les résultats auxquels est arrivé M. Sarti. Sur 25 des 89 enfans vaccinés avec succès, l'état des croûtes laiteuses s'est amélioré sensiblement à partir de la chute des croûtes vaccinales, et sans qu'il y ait eu plus tard des rechutes; de même, on a vu diminuer d'une manière presque aussi constante l'engorgement glandulaire. Sur 58 de ces 89 enfants, la dessiccation des pustules vaccinales terminée, les croûtes laiteuses ont marché rapidement vers l'amélioration pour disparaître totalement et pour toujours, peu après la chute des croûtes vaccinales, laissant les enfants dans un meilleur état de santé, y compris la disparition des engorgemens ganglionnaires, qui paraissaient symptomatiques dans beaucoup de cas de l'affection du cuir chevelu; et les 37 enfans qui avaient souffert plus ou moins dans leur nutrition ont repris un certain degré d'embonpoint. Sur les 6 restans de ces 89, tous présentant des croûtes laiteuses rebelles, d'ancienne date et fort étendues, à forme sèche chez 2 d'entre eux, à forme humide chez 4 autres, non seulement il n'y eut pas d'amélioration ni de guérison, mais les achores allèrent en augmentant, diminuant ensuite pour reprendre de nouveau leur fâcheux caractère avec d'assez longues alternatives. Enfin, chez les deux sujets chez lesquels il n'y a eu que de fausses vaccines, de même que chez les deux chez lesquels la vaccination a échoué à plusieurs reprises, il n'y a pas eu de changement en mieux ni de guérison des croûtes, sinon à une époque plus éloignée et après diverses phases d'augmentation.

Telles sont les expériences et les recherches qui ont conduit M. Sarti à considérer la vaccine comme un puissant agent de modification dans les cas de ce genre, et à poser les conclusions suivantes :

« 1° La vaccination est un moyen très efficace pour améliorer l'état des individus affectés des croûtes laiteuses, puisque, dans 25 cas sur 89, dans lesquels la vaccine a réussi, il y a eu diminution prompte et durable dans les phénomènes de cette affection.

» 2° La vaccination peut être, à plus forte raison, considérée comme un moyen absolu de guérison dans ces cas, puisque de 89 enfants vaccinés avec succès, 58 ont guéri de leurs achores, promptement, complètement et définitivement.

» 3° Comme contre-épreuve des effets modificateurs de la vaccine dans le traitement des croûtes laiteuses, il faut poser ce fait que ces dernières n'ont parcouru leurs phases ordinaires de développement, et ne sont arrivées à guérison tardivement que dans deux cas, dans lesquels la vaccine n'a pas pris, et dans deux autres, dans lesquels il y a eu une fausse vaccine.

» 4° Si, dans 6 cas, sur 89, il n'y a eu aucun effet favorable sur les croûtes laiteuses, il n'en faut rien conclure contre l'efficacité du vaccin, d'une part, à cause du petit nombre de cas dans lesquels il a échoué, et de l'autre, à cause de la durée ancienne et de la grande étendue des croûtes laiteuses.

» 5° Les engorgemens ganglionnaires surtout, s'ils sont secondaires ou symptomatiques des croûtes laiteuses, comme cela a lieu le plus souvent, trouvent dans la vaccination l'amélioration ou la guérison.

» 6° Enfin, l'état d'amaigrissement des enfans affectés de croûtes laiteuses, quelque loin qu'il soit porté, ne doit pas détourner le médecin de pratiquer la vaccination, parce que les effets dynamiques occultes et salutaires de la vaccine, tout en guérissant les croûtes laiteuses, amènent une amélioration remarquable dans la nutrition, ainsi qu'on l'a vu dans les 37 cas précédemment cités. (1) »

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 26 Mai 1852. — Présidence de M. LARREY.

Dilatation du vaisseau lymphatique du pénis.

Nous avons rendu compte d'un intéressant travail de M. Demarquay sur les dilatations variqueuses des vaisseaux lymphatiques. M. Huguier a présenté, dans cette séance, un nouvel exemple de cette affection, encore peu connue, surtout au point de vue de la thérapeutique. Voici le fait :

Le nommé Tamisin, âgé de 39 ans, demeurant à Neuilly, est atteint d'une hernie inguinale droite, pour laquelle il porte un bandage depuis deux ans. Il porte en outre un varicocèle datant de dix-huit ans.

On remarque sur la verge, au niveau de la base du gland, une couronne de vaisseaux transparens, durs, tortueux, de 3 à 4 millimètres de diamètre. Ces vaisseaux paraissent naître vers le frein du prépuce, contournant le gland, gagnant, en grossissant, la face dorsale de la verge. De ce point partent encore trois ou quatre de ces varices, un peu plus petites, mais aussi dures et aussi tortueuses; elles paraissent s'enfoncer dans les tissus fibreux de l'enveloppe de cet organe.

La muqueuse, ainsi que les vaisseaux, glissent avec facilité sur les conduits déjà décrits, qui semblent formés par des vaisseaux lymphatiques dilatés.

La ponction, faite immédiatement avec une lancette, donne lieu à un écoulement d'un liquide aqueux et jaunâtre, et les vaisseaux s'affaissent après cette opération.

M. HUGUIER demande quel traitement on devra suivre pour faire disparaître ces dilatations.

M. DEMARQUAY rappelle que c'est dans un cas analogue que M. Beau

(1) *Bulletin de thérapeutique* du 30 avril 1852.

a réussi par l'emploi d'un séton introduit dans les vaisseaux malades et laissé en place pendant quelques heures.

Deux exemples d'arrachement d'un orteil et d'un doigt, avec entraînement des tendons et d'une partie des fibres charnues de leurs muscles.

M. DEBROUT, d'Orléans, présente à la Société deux pièces pathologiques intéressantes. Nous transcrivons en entier ces deux observations :

OBSERVATION I. — Un homme qui, descendant de cheval, à une porte où il dévait s'arrêter, mit d'abord un pied à terre, pendant qu'il dégageait le pied gauche de l'étrier, le cheval appuya son sabot sur le bout du gros orteil du pied droit, qui était déjà posé sur le sol. Le premier mouvement de l'homme, une fois que son pied gauche fut dégagé, fut de retirer fortement le pied qui était comprimé par le cheval, au lieu de chercher à faire changer celui-ci de place. Pendant le mouvement brusque et très fort ainsi opéré, le cheval ne lâcha point prise, et il résulta de cette double circonstance, d'une part, une extension énergique faite par la jambe de l'homme, et, d'autre part, une contre-extension faite par la pression du sabot du cheval. L'orteil se rompit sous ces deux efforts dirigés en sens inverse, et la séparation eut lieu au niveau de l'articulation des deux phalanges. Au premier instant, l'homme, heureux d'avoir retiré son pied, se crut quitte pour peu de chose; mais, en voulant marcher, il se sentit blessé, vit du sang sortir, et, regardant alors au pied du cheval, il trouva un bout de son orteil avec des chairs pendantes. Le hasard fit qu'il était à la porte d'un médecin qu'il venait chercher, M. Malartic, d'Olivet, près Orléans. Ce médecin, dit M. Debrou, recueillit la partie mutilée, qu'il a eu la bonté de m'offrir, et que je mets sous vos yeux.

En examinant la partie séparée, on voit qu'elle consiste : 1° en la dernière phalange recouverte de tout ce qui l'entoure, ongle et chairs, celles-ci étant coupées par une section nette au niveau de l'articulation des deux phalanges entr'elles; 2° en un long tendon, celui du grand fléchisseur propre du gros orteil, qui, seul entre les parties molles, a échappé à la section, tient encore à la base de la première phalange, et a entraîné avec lui une partie des fibres charnues du muscle. La longueur totale ainsi arrachée avec la phalange, est de 0 m. 34 c., dont 0,21 c. pour la partie tendineuse, et 0,13 c. pour la partie charnue. Pour faire comprendre cette disposition, qui semble au premier abord contraire à la disposition naturelle du muscle, puisque celui-ci, à l'inspection sur le cadavre, n'offre un tendon libre que dans l'étendue de quelques centimètres, je rappellerai qu'une partie du tendon est cachée par les fibres charnues et remonte assez haut à la jambe, et qu'elle a été arrachée ici avec l'épanouissement aponévrotique qui lui sert d'origine.

La plaie de l'orteil donna peu de sang, et fut pansée à plat, parce qu'il n'y avait pas de lambeaux de chair capables de recouvrir sa surface. Elle fut trois semaines à se cicatriser. Il n'y eut point d'abcès, ni d'autre accident notable. Le malade conserva assez longtemps une douleur en arrière de la jambe, dans sa moitié inférieure, et le long de son bord interne. Cette douleur gêna d'abord la marche, qui finit cependant par s'établir d'une manière complète. Je n'ai point vu moi-même le blessé, et n'ai pas pu constater l'état des parties; mais je tiens de M. Malartic qu'au bout de deux mois, il marchait très librement.

OBSERVATION II. — Chez le second blessé, ce fut le doigt indicateur de la main droite qui fut arraché avec ses tendons, et l'accident arriva de la manière suivante ;

L'homme (Isidore Pointereau, fort et vigoureux, âgé de 42 ans) s'arrêtait dans une auberge d'Orléans avec son cheval et sa voiture, lorsque le cheval prit peur et se mit à ruer. Pour le maintenir, Pointreau voulut prendre la bride de la main droite. Le cheval alors saisit entre ses dents trois doigts de cette main, et s'enlève en tenant le malheureux homme suspendu en l'air. Celui-ci fit des efforts pour dégager ses doigts, parvint à retirer le médius et l'annulaire de la bouche du cheval, mais l'indicateur resta engagé, et se rompit un peu au-dessous de l'extrémité métacarpienne de la première phalange. Dans le premier instant, le blessé ne s'aperçut point de sa mutilation, et, exaspéré par la colère, il se mit à corriger le cheval sur lequel il cassa le bâton de son fouet en le tenant de la main mutilée elle même. Ce ne fut qu'un peu après qu'il eut le sentiment de sa blessure. Le doigt fut ramassé, et le malade vint à notre hôpital, où il nous le présenta le lendemain. Je le mets sous vos yeux, comme je l'ai fait pour l'orteil du premier malade.

On voit, en l'examinant, que le doigt entier a été arraché près de l'articulation métacarpo-pharyngienne. La phalange est brisée et éclatée en plusieurs esquilles. Toutes les parties molles sont circulairement et nettement coupées, à l'exception de deux tendons, celui de l'extenseur propre et celui du fléchisseur commun et profond. Tous les deux sont arrachés dans une longueur à peu près égale de 0 m. 28 c., et sont accompagnés d'une portion charnue, le second surtout, sur lequel on reconnaît même l'insertion déchirée du lombrical correspondant.

Il n'y eut point d'hémorrhagie. La plaie fut recouverte de bandelettes agglutinatives, après que l'on eut retranché quelques esquilles faites par la brisure de l'os. L'extrémité supérieure de celui-ci (qui était la première phalange), fut d'ailleurs laissée dans son articulation avec le métacarpien.

Il survint quelques accidens. D'abord une bronchite intense qui fut accompagnée de fièvre. Puis, le poignet, du côté de l'éminence thénare, l'avant-bras et un peu le bras se tuméfièrent. Des sangsues furent appliquées. Néanmoins, il se forma deux abcès qui furent ouverts l'un dans la paume de la main, en dedans du pouce, l'autre au bas et sur le côté interne de l'avant-bras. Des bains et des cataplasmes achevèrent le traitement. Entré à l'hôpital le 24 novembre 1851, le malade en sortit le 8 janvier 1852, conservant encore un peu de gonflement dans la paume de la main, mais ayant sa plaie cicatrisée.

— Des faits semblables à ceux que je viens de rapporter sont assez rares, pour qu'il m'ait paru utile de vous les présenter; mais je me hâte de dire qu'ils ne sont pas uniques. Le tome II des *Mémoires de l'Académie de chirurgie* en renferme à lui seul huit exemples, dont sept ont été rassemblés par Moraud. Dans tous les cas, il s'agissait de doigts de la main, principalement le pouce ou l'index, qui avaient été arrachés avec leurs tendons dans une grande longueur. Moraud remarque, d'après les faits eux-mêmes, que le danger de ces sortes de plaies n'est pas en général très grand. Il expose avec habileté le mécanisme de l'arrachement des tendons, donne plusieurs figures concernant les pièces anatomiques qu'il a vues, et semble même indiquer qu'il aurait fait des expériences sur le cadavre, pour reproduire artificiellement la lésion qu'il décrit. Après lui, il n'y a donc pas grand'chose ou rien à faire, et si je n'ai pas voulu laisser perdre les deux observations que j'ai l'honneur de vous présenter, c'est qu'il m'a paru que les recueils de nos jours, qui enregistrent cependant tant de choses, sont très peu riches en faits de ce genre.

Je me bornerai à rapporter très brièvement les tentatives que j'ai faites moi-même pour opérer l'arrachement des tendons du cadavre. Le résultat en est assez facile à obtenir, pourvu que l'on se place dans les conditions où se sont trouvés les blessés, c'est-à-dire si l'on coupe soigneusement toutes les parties qui enveloppent une phalange à l'exception des tendons. Au moyen d'une traction forte, opérée sur le doigt à l'aide d'une corde, on arrache ainsi facilement les tendons extenseurs et fléchisseurs dans une grande étendue et avec des fibres charnues. Ce qui est le plus important à constater, c'est l'état de la partie d'où les tendons ont été arrachés. Pour en donner une idée exacte, je rapporterai, comme il suit, ce que j'ai observé au pied et à la jambe, après un arrachement du gros orteil, accompagné de son tendon grand-fléchisseur.

A la région plantaire, on ne voyait aucun désordre. Le tendon manquait seulement dans la coulisse étendue qui lui donne passage, et qui était vide sans être déchirée. Au-dessus du calcanéum, existait un renflement charnu, long de 4 à 5 centimètres, et assez fort, sorte de bourrelet ou de peloton, situé sur le bord interne du tendon d'Achille, et qui était formé par un tassement et une agglomération des fibres charnues, lesquelles, entraînées en bas avec le tendon, n'avaient pas pu s'engager avec lui dans la coulisse. Cette disposition est due à ce que le muscle grand fléchisseur du gros orteil a un ventre de fibres assez considérable, immédiatement au-dessus de la coulisse calcanienne. Si, au milieu des fibres charnues ainsi agglomérées, on cherchait le tendon qu'elles recouvrent et cachent à l'état ordinaire, on le trouvait absent, et à sa place était une gouttière capable d'admettre aisément un gros tuyau de plume. Cette gouttière se prolongeait de bas en haut, en diminuant de calibre jusque vers le milieu de la jambe, et se continuait par une gaîne plus étroite, presque jusqu'à l'attache supérieure du muscle au péroné. Cette gouttière et cette gaîne marquaient la place laissée vide par le tendon arraché et par l'aponévrose qui sert d'origine au tendon, laquelle aponévrose avait été entraînée avec lui. Tout le long de la coulisse ainsi formée, les fibres charnues étaient déchirées régulièrement, et s'inclinaient en bas où les plus inférieures donnaient lieu au bourrelet dont j'ai parlé ci-dessus.

Je constatai, en outre, une déchirure au tendon du long fléchisseur commun des orteils, et un arrachement des deux faisceaux tendineux qu'envoie ce muscle aux deuxième et troisième orteils. Cette circonstance résulte d'une disposition anatomique que je n'ai pas besoin de rappeler ici, et en vertu de laquelle le tendon fléchisseur propre envoie au tendon fléchisseur commun un gros faisceau qui se fond avec lui, et va fournir ensuite au deuxième et troisième orteils. Et il en suit cette conséquence que l'arrachement opéré sur le gros orteil endommage aussi le second et le troisième.

Cette description me dispense de rapporter ce qui arrive à la main et à l'avant-bras, dans l'arrachement d'un doigt. La différence principale consiste en ce qu'il n'y a point de bourrelet charnu au niveau du poignet. Les tendons et leur épanouissement aponévrotique glissent facilement dans les coulisses de cette région, avec une partie des fibres charnues, parce que les muscles ici sont régulièrement fusiformes.

Après cette intéressante communication, une discussion s'engage sur ce genre de lésion, encore peu connue.

M. ROBERT rappelle, qu'il y a trois ans, il a communiqué un fait tout à fait semblable à la deuxième observation de M. Debrout.

Un doigt fut aussi arraché avec ses tendons par un cheval.

M. CLOQUET, étant chirurgien à l'hôpital St-Louis, observa également un arrachement produit dans des conditions analogues. Ce fait fut présenté à l'Académie et devint l'objet d'une discussion.

M. ROUX, à ce propos, attaqua les lois admises sur la résistance comparée des fibres musculaires et des fibres tendineuses.

M. ROBERT, depuis la première présentation qu'il a faite, a eu l'occasion d'observer un nouveau cas, encore relatif à un voiturier saisi par son cheval. La guérison, comme sur le premier malade, fut rapide.

Ainsi, sur 12 observations, 7 de M. Moraud, 2 de M. Debrout, 1 de M. Cloquet, et 2 de M. Robert, tous les malades auraient guéri assez rapidement, moins deux, qui ont eu quelques accidens comme inflammation, abcès, etc.

M. MARJOLIN a donné des soins à un malade qui eut le doigt indicateur de la main droite enlevé avec ses tendons. L'accident eut lieu pendant que le malade faisait manœuvrer un tour; le doigt fut saisi sans qu'il soit possible de bien expliquer comment et fut lancé de l'autre côté de l'atelier, à une assez grande distance.

Dans ce cas, il y eut de très graves accidens inflammatoires, hémorrhagie, abcès, etc., et pendant quelque temps, on dut croire qu'il deviendrait urgent de pratiquer l'amputation du bras. Néanmoins, le malade guérit.

M. GIRALDÈS cite un autre cas, qui serait le quatorzième. Le pouce fut enlevé par une machine; la guérison fut rapide; il n'y eut aucun accident.

M. HUGUIER a traité un malade (quinzième fait) qui eut le doigt enlevé (toujours avec les tendons) par un cheval. Guérison rapide et sans accidens. Un autre fait signalé par M. Huguier ne peut être assimilé absolument à ceux qui nous occupent; les lésions étaient multiples et tellement graves, qu'il fallut pratiquer l'amputation.

En résumé, sur 15 faits, pas de morts, et dans 3 cas seulement des accidens; très sérieux dans un seul fait, celui de M. Marjolin.

On ne saurait trop s'étonner de l'innocuité de pareilles lésions. Quand on a sous les yeux les pièces pathologiques, on ne peut comprendre comment les malades peuvent les supporter presque sans douleurs immédiates, car, le plus souvent, ils ne s'aperçoivent que quelque temps après qu'elle a été produite, et sans accidens consécutifs.

Ne doit-on pas attribuer une pareille innocuité à l'absence complète du contact de l'air avec la longue plaie résultant de l'arrachement.

M. DENONVILLIERS a demandé à ses collègues de vouloir bien abandonner en faveur du musée Dupuytren les pièces qu'ils possèdent. Il y a en effet, relativement au mode de déchirure des fibres musculaires et tendineuses, bien des problèmes encore non résolus, et en rapprochant ces pièces, dont le musée ne possède encore aucun exemple, on pourrait probablement éclairer bien des points de l'histoire des arrachemens.

Une discussion s'est engagée sur cette question de la résistance comparée des fibres musculaires et tendineuses; ainsi que sur l'influence que devrait exercer sur la nature des lésions, l'état de contraction ou de relâchement des muscles; mais malheureusement il ne nous a paru ressortir rien de bien précis de cette discussion, qui avait pour point de départ des faits dont l'interprétation est loin d'être à l'abri elle-même de toute discussion.

Nous nous abstenons donc de reproduire cette partie de la séance. Nous signalons seulement aux travailleurs ce champ fertile de recherches nouvelles.

En terminant, nous ajouterons que M. Larrey pourra aussi apporter un certain nombre de faits précieux, car les arrachemens de doigts sont assez fréquens parmi les cavaliers dans l'armée.

Atrophie et paralysie musculaire à la suite d'une plaie par arme à feu.

M. BOINET présente un malade qui, à la suite d'un coup de feu qui intéressa les parties molles du moignon de l'épaule, présente une atrophie et une paralysie du muscle de cette région.

On propose, pour traiter cette affection, l'emploi de l'électricité.

M. DEBOUT rappelle que le malade de M. Gosselin, qui offrait une paralysie avec atrophie bien plus considérable à la suite d'une luxation, est actuellement, après deux ans de traitement, en voie de guérison.

Pour que le traitement devienne efficace, il faut le poursuivre longtemps et ne pas l'abandonner, même après plusieurs années.

Dr Éd. LABORIE.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

ÉPIDÉMIES. — Une épidémie de fièvre miliaire règne depuis le mois d'avril dans la ville d'Ayala, province d'Alava, Espagne. Il résulte des renseignemens publiés dans les journaux espagnols, sur cette épidémie, par le docteur Santa Marina, que cette épidémie, qui se présente avec les caractères ordinaire de la maladie, cède très bien aux émissions sanguines, faute de quoi la mort en est la conséquence. La durée moyenne de la maladie est de 12 à 15 jours. Les convalescens offrent une coloration jaunâtre.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — L'*Academia quirurgica Cesar-Augustana* de Sarragosse a mis au concours les questions suivantes :

1° Dans le traitement des calculs vésicaux, peut-on espérer en obtenir la destruction au moyen des agens thérapeutiques seulement? Quelle peut-être, dans cette affection, la valeur de l'hygiène? A quelle époque doit-on nécessairement recourir à l'opération? Faire connaître le lieu d'élection de l'opération de la taille et le meilleur procédé opératoire à suivre. Prix : une médaille d'argent d'une once et demie.

2° Décrire le charbon et la pustule maligne; établir le diagnostic différentiel de ces affections; faire connaître les causes qui peuvent leur donner naissance, le traitement à suivre et les contrées de l'Espagne où cette affection est le plus répandue. Prix : une médaille d'argent d'une once et demie.

3° La teigne peut-elle être considérée comme une maladie purement locale? Décrire les diverses espèces, les causes qui donnent lieu à cette affection et enfin son traitement radical. Prix : un diplôme d'associé.

4° Faire l'histoire du seigle ergoté; quels sont les cas dans lesquels il convient de l'employer, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Prix : comme pour la question précédente.

Les mémoires doivent être adressés à la Société, suivant les formes académiques, avant le 1er octobre 1852.

MORTALITÉ DES HOPITAUX MILITAIRES EN ESPAGNE. — Du mois de décembre 1850 à la fin de novembre 1851, il est entré dans les hôpitaux militaires d'Espagne 52,845 malades, dont 50,833 ont guéri, et 1,322 ont succombé, ce qui donne la proportion de deux et demi pour cent. De ces 52,845 malades, 1,020 sont entrés pour des maladies chroniques de poitrine, et 435 ont succombé; 275 pour la petite vérole, 25 décès; 9,837 pour la syphilis, 32 décès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'emploi des eaux minérales dans le traitement des accidens consécutifs de la syphilis, par le docteur Constantin JAMES, auteur du *Guide pratique aux eaux minérales*; chez Victor Masson, éditeur du GUIDE, place de l'Ecole-de-Médecine, 17. — Une brochure in-8. Prix : 1 fr. 25 c.

Traité pratique des Maladies des yeux, par W. MACKENSIE, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. RICHELOT et S. LAUGIER, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix : 6 fr.

Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE. — Prix : 1 fr.

Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par le docteur G. RICHELOT, avec des notes et des additions per le docteur Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Principes de médecine du professeur BILLING; traduction française sur la 4e édition; par le docteur Achille CHEREAU. — Un vol. in-8°. Prix : 5 fr.

Mémoire sur les maladies des ovaires, par le docteur Achille CHEREAU. Ce mémoire contient : 1° Les considérations anatomiques et physiologiques. 2° L'agénésie et les vices de conformation. 3° L'ovarite aiguë. In-8. Prix : 3 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez V. Masson, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 65. SIXIÈME ANNÉE. **Mardi 1er Juin 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.

6 Mois.......... 17

3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 31 MAI 1852.

DE L'EMPLOI DU SEL MARIN DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Dieuze (Meurthe), le 22 avril 1852.

Monsieur le rédacteur,

D'honorables praticiens, appliqués à la recherche des succédanés du quinquina qui devient de plus en plus rare et hors de la portée des fortunes médiocres et des indigens, à cause de l'élévation du prix auquel il est soumis, ont cru trouver au sel marin toutes les qualités fébrifuges accordées au sulfate de quinine, et le préconisent à l'égal d'un spécifique. Peut-être eût-il été plus profitable pour l'humanité de signaler à l'autorité les causes des endémies et des épidémies de fièvres intermittentes qui désolent le pays; en faisant disparaître ces causes, on parviendrait à abaisser singulièrement le prix du quinquina.

Mais il n'entre pas dans mon sujet de descendre actuellement sur ce terrain; ma tâche est de rechercher aujourd'hui quel degré de confiance on doit accorder à l'intervention du sel marin dans la cure des fièvres d'accès, en tant qu'elles sont produites par l'intoxication paludéenne,

Dans la brillante discussion soulevée naguère à ce sujet au sein de l'Académie de médecine, par le savant rapport de M. Piorrry, on a largement attaqué la question; mais, néanmoins, il semble qu'une des faces importantes de cette question soit complètement demeurée dans l'ombre. S'est-on rendu un compte assez exact des résultats de l'empoisonnement par les effluves des marais? De l'action du sel marin sur l'économie animale? S'est-on avisé de comparer les conséquences de l'action des effluves aux résultats nécessaires de l'emploi du chlorure de sodium? D'autre part, on ne nous paraît pas avoir assez insisté sur la différence qui existe entre le traitement à employer dans les contrées où les fièvres intermittentes sévissent endémiquement ou épidémiquement et celui qui peut les guérir dans les pays où ces fièvres n'étant que sporadiques ou importées, se terminent souvent d'elles-mêmes, sans l'intervention de fébrifuges actifs.

Une grave erreur, suivant moi, a été commise en n'éliminant pas tout d'abord de la discussion des élémens qui la compliquent d'une manière inextricable. On a oublié — ce fait observé par Broussais qui a eu le malheur de vouloir le généraliser — que des phlegmasies plus ou moins chroniques s'accompagnent de fièvres intermittentes : quelques gastrites, quelques métrites chroniques, les métrites scrofuleuses, la phthisie pulmonaire, à divers degrés, ont simulé des fièvres quotidiennes, tierces et double tierces, notamment dans les pays de marais; et l'on n'est parvenu à suspendre définitivement ces mouvemens de fièvre périodique, qu'en s'adressant aux phlegmasies et aux lésions dont elles n'étaient qu'un symptôme. Il eût encore été nécessaire de mettre hors de cause les incoërcibles pyrexies périodiques, déterminées par plusieurs affections vermineuses, par les progrès de la seconde dentition et de la croissance, dans le jeune âge.

La question une fois dégagée de ces élémens hétérogènes, où le rôle des anti-périodiques en général, et du chlorure de sodium, en particulier, ne saurait trouver son application, il eût été facile d'entrer de plein pied au cœur du débat.

§ I.

DES RÉSULTATS DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES EFFLUVES DES MARAIS.

1. *a.* Quelles conditions exige le développement des fièvres intermittentes? Pour produire ces sortes de fièvres d'une manière sporadique, des mares accidentellement formées, des défrichemens et des mouvemens de terrains un peu étendus, suffisent au printemps et à l'automne; pour les endémies et les épidémies, il faut des étangs vastes ou nombreux, des marais permanens, découverts, chargés de détritus végétaux et animaux, les températures moites et variables du printemps et de l'automne, d'une part; et, d'autre part, des organisations préparées par la longue influence paludéenne, débilitées par les privations de la misère; par des maladies et des pertes antérieures, le défaut d'acclimatement, et enfin, quels que soient l'état de santé des sujets, l'exposition prolongée aux émanations paludéennes, l'estomac étant depuis longtemps en état de vacuité.

Quand on parle, dans les pays tempérés, de la nécessité du concours des températures moites du printemps et de l'automne pour donner naissance aux pyrexies périodiques, ce n'est pas que, durant le cours des étés, le miasme paludéen cesse d'être dégagé des marais et d'agir sur l'économie animale; seulement, à cette époque, il paraît être élevé à une plus haute puissance par une sorte de condensation et par la fomentation des rayons solaires, et alors il substitue, aux fièvres intermittentes qui disparaissent, le typhus paludéen (fièvre typhoïde) ou le charbon des marais; à condition, néanmoins, que la température des jours étant brûlante, celle des nuits sera toujours tiède; car il est rare que les deux dernières affections se montrent d'une manière un peu générale sous l'influence de nuits très froides.

b. L'économie, plongée pendant longtemps au milieu d'une atmosphère chargée d'effluves marécageux, et dont elle subit les alternatives du froid et du chaud, d'humidité et de sécheresse, se détériore d'une manière appréciable à nos sens. Les facultés dépendantes du spasme nerveux cérébro-spinal tombent dans une sorte de langueur aussi bien que les forces physiques; les puissances digestives amoindries fournissent à l'absorption languissante des sucs de plus en plus dépravés; la peau se décolore, jaunit, perd son onctuosité et prend une teinte terreuse; les tissus sont flasques et sans rénitence; les muqueuses, d'abord violacées, pâlissent; les sécrétions viciées se suppriment; la bouche devient sèche et pâteuse; les urines rares et concentrées, tantôt rouges, tantôt citrines, avec énéorèmes; le ventre est gros, empâté; les sucs aqueux prédominent, et bientôt leur exubérance amène de la bouffissure et un œdème général; dès lors, on semble avoir affaire à ce que les médecins vétérinaires appellent *hydrohémie.*

Au printemps, les accès de fièvre tierce ou quotidienne débutent bien avant que les signes d'impaludation désignés plus haut soient manifestes; en automne, au contraire, la plupart sont fort apparens, quand se déclarent les mouvemens pyrétiques à types tierce et quarte; vers la fin de l'été, les signes d'empoisonnement par les effluves se révèlent, la plupart du temps, par des accès pernicieux de forme apoplectique.

c. Mais quand donc apparaît l'engorgement de la rate? Personne ne l'a dit encore d'une manière positive. Ce développement insolite d'un organe, qui n'a peut être d'autres fonctions que celle de fournir au sang sa matière colorante, précède, suivant les uns, les accès de fièvre; tandis que, suivant les autres, il ne fait que les suivre et souvent de fort loin. Dans nos pays de marais, où nous avons occasion de soigner des fiévreux en grand nombre, dès les premiers accès, il nous a été impossible, quelque soin que nous prissions, de constater l'existence d'un engorgement de la rate au début de la fièvre;

Feuilleton.

LES EAUX DE CONTREXÉVILLE.

Contrexéville (Vosges), le 14 Mai 1852.

Qu'il plaise à Esculape de mettre un terme aux empiétemens progressifs de l'hiver sur la belle saison, et nous octroyer un précoce été en indemnité du printemps dont nous fûmes frustrés, et sous peu de jours les fervens adeptes de sa bienfaisante toute puissance commenceront, sous son invocation, leurs pieux pélerinages vers les nombreuses sources minérales dont il a si libéralement doté notre beau pays; sur toutes nos voies ferrées, la vapeur se mettra au service de notre art; partout les trains de santé succéderont aux trains de plaisirs et d'affaires. Mais il faut le dire, sans fausse honte d'un abus dont la plus grosse part de responsabilité nous incombe, l'attrait du plaisir, la déraison de la mode, les séductions artificieuses de l'engouement, l'accoutumance et la routine compteront, bien plus que les prescriptions rationnelles de l'art, dans les préférences qui guideront cette foule voyageuse, dont pourtant la responsabilité doit remonter à nous tout entière. Permettez-moi de vous le dire, mon très écouté confrère, vous seriez engagé très avant dans la responsabilité de tels empiétemens, si, abandonnant aux influences de l'intérêt privé, de la routine et des préjugés, ce magnifique héritage de notre domaine médical, vous négligiez d'employer les ressources de votre retentissante publicité à faire le jour dans cet obscur et important refuge de ces incoërcibles ennemis des progrès de notre art. Je dis que c'est votre devoir spécial, mon cher confrère, parce que je connais vos prédilections pour tout ce qui peut étendre et rationnaliser la pratique des eaux minérales; parce que, au Pouvoir comme à l'Académie, la tendance est manifeste vers l'étude et le développement de cette puissante ressource de l'art de guérir; parce que d'ailleurs et spécialement votre journal s'est donné et poursuit la mission élevée d'inciter et de propager les questions générales de réforme professionnelle et de conquêtes scientifiques.

Une enquête synthétique, *à lædentidus* et *adjuvantibus*, sur toutes nos richesses thermales; un tableau en partie double où elles seraient déterminées, classées et jugées, *à priori*, au flambeau lumineux de la chimie moderne, *à posteriori* à la lumière plus calme de l'observation clinique; puis à la suite, et pour corollaire systématique, un essai de raccordement des indications diagnostiques avec les titres et les quantités chimiques, ne fût-ce que pour prendre date contre les prétentions exclusives de l'empirisme, seraient sans doute plus selon les exigences actuelles du sujet, plus aussi selon les habitudes de votre journal et de son rédacteur; mais je ne crois pas que le moment soit encore venu de cette coordination synthétique des travaux spéciaux dont s'est enrichie cette importante étude; et d'ailleurs, ce moment fût-il venu, que je laisserais à d'autres une telle tâche trop au-dessus de mes forces.

C'est donc une modeste recherche de faits spéciaux que je viens vous prier de collecter pour cette réforme future, qu'il me plaît d'espérer au profit de notre œuvre progressive. J'ai d'ailleurs la confiance de faire quelque chose d'actuellement utile en mettant sous les yeux de vos lecteurs les titres et les mérites consacrés des eaux de Contrexéville, titres et mérites que j'ai choisis avec une scrupuleuse sévérité dans les rares documens consacrés à ces eaux, trop peu connues pour le bien de l'humanité et pour le progrès de la science docimasique, titres et mérites que je ne prends, au reste, et que je ne donne encore que comme élémens d'incitation à une étude plus approfondie de ces eaux.

Quelques praticiens de haute renommée, tels que MM. Andral, Chomel, Rostan, Récamier, Velpeau, Civiale, Ségalas, Leroy-d'Etiolles, Rayer, Guersant, Malgaigne, Ricord, Patissier, conservent encore de Contrexéville d'honorables souvenirs et y envoient annuellement un certain nombre de malades; mais en face des remarquables faits de guérisons de la pierre, de la gravelle, de la goutte, des engorgemens viscéraux, des affections utérines, des maladies catarrhales et spasmodiques du tube digestif et des organes génito-urinaires, épars dans les recueils et dans les souvenirs du petit nombre des initiés, il est bien difficile de s'expliquer l'oubli presque général dans lequel sont tombées ces sources jadis célèbres, et dont pourtant l'efficacité est, sinon unique, au moins incontestablement supérieure dans la série si multiple, en même temps que si grave et si rebelle, des affections génito-urinaires. Cet oubli n'émeut-il pas en vous, mon cher confrère, une sorte de besoin sympathique de rendre enfin éclatante justice à la pauvre source délaissée, quoique, toujours aussi bienfaisante, et continuant dans son humble mérite à faire beaucoup de bien et peu de bruit, quand tant d'autres obéissent à des préoccupations inverses !

Avant le milieu du siècle dernier, les vertus salutaires de ces eaux n'étaient encore connues que des habitans de la contrée, qui instinctivement y avaient recours dans le plus grand nombre de leurs maladies et de celles de leurs animaux. En 1760, Bayard, doyen et président du Collége de Nancy, témoin d'une cure de calculeux qu'il estime miraculeuse, fit et publia sur ces sources des travaux qui respirent la chaleur d'âme de l'homme de bien et l'enthousiasme du savant convaincu de l'importance humanitaire de son œuvre; il conclut des brillantes observations qu'il avait recueillies, que les eaux de Contrexéville sont souveraines, merveilleuses, c'est son expression, dans « les maladies des reins, des urétères, de la vessie et de l'urètre: telles que la pierre, la gravelle, les glaires, les suppurations, les ulcères et les carnosités de ces parties. » Qu'elles sont bonnes « pour prévenir les retours de la goutte, en rétablissant la souplesse des nerfs et des parties desséchées par l'humeur de cette maladie, en facilitant la transpiration des humeurs qui l'occasionnent, etc. » Qu'elles conviennent « dans les cas de ce vice de la lymphe qui caractérise une acrimonie scrofuleuse; » qu'elles sont très favorables aux maladies des nerfs, par l'action de leurs parties pétroliques, balsamiques et savonneuses: que par cette même raison elles détergent et consolident les ulcérations internes et externes; qu'elles ont procuré des observations bien constatées de guérison des maladies de la peau les plus difficiles et les plus invétérées; « que leur souverain mérite est « de guérir la pierre, qu'elles détachent et font sortir de la vessie quand elles ne sont que d'une grosseur médiocre; qu'elles ont la propriété de dissoudre en fragmens celles qui sont plus grosses et d'une nature plâ-

cet accident ne s'est offert à nous que fort tard, après de fréquentes récidives, et, le plus souvent alors que la fièvre avait pris le type quarte le plus rebelle de tous. Bien plus souvent, nous avons eu occasion de remarquer l'hypertrophie de la rate, atteignant des proportions extraordinaires, sans accès de fièvre préalable, ou concomitans. Pour les causes de ces sortes d'hypertrophie, nous avouons n'avoir jamais pu les saisir hors les cas de violences directes exercées sur la région de l'organe.

Toutefois, la rate n'est pas le seul organe qui s'engorge et s'indure à la suite des fièvres à quinquina; le foie, les ganglions mésentériques, le poumon et le cerveau se congestionnent et s'affectent, dans des proportions dont il serait curieux de rechercher le chiffre pour le comparer avec celui que fournissent les engorgemens de la rate. Dans la fièvre typhoïde et les affections charbonneuses des marais, la rate n'est pas moins malade que dans les pyrexies intermittentes.

(*La suite à un prochain n°*). Dr Ancelon (de Dieuze).

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU COLCHIQUE D'AUTOMNE; par le docteur J. Mac Grégor Maclagan (1).

1° ACTION PHYSIOLOGIQUE DU COLCHIQUE.

Il est très difficile de dire, d'une manière nette et précise, quelle est au juste l'action du colchique, et dans quelle classe de médicamens il convient de le ranger.

A dose médicinale, il semble avoir la propriété d'agir comme déprimant sur le cœur, et d'affecter la plupart des organes sécréteurs; de là vient que, suivant les circonstances dans lesquelles il est administré, il peut produire des effets diurétiques éméto-cathartiques ou diaphorétiques. Il a été regardé par quelques auteurs comme un expectorant; d'autres ont supposé qu'il avait une propriété particulière pour stimuler l'appareil hépatique; on a également prétendu qu'il exerçait une influence puissante sur l'utérus; enfin les effets remarquables qu'il produit dans la goutte et dans le rhumatisme l'ont fait regarder comme possédant une action spécifique dans ces maladies. Mais le mot *spécifique* ne saurait exprimer autre chose qu'une action heureuse et puissante; car ce médicament ne soulage le plus souvent de ces deux maladies qu'en déterminant, à un degré marqué, quelques-uns des effets physiologiques qui lui sont propres, tels que la dépression du pouls, la diarrhée, la diurèse ou la diaphorèse.

A haute dose, on ne saurait douter que le colchique ne soit un poison narcotico-âcre, mais son action semble plutôt se rapporter à un principe âcre qu'à un principe narcotique, les effets cérébraux étant généralement secondaires à ceux exercés sur le tube digestif. Ainsi, dans 15 cas d'empoisonnement par le colchique, que j'ai pu rassembler, constamment il y a eu des coliques, des vomissemens, des superpurgations, de la faiblesse et du ralentissement du pouls, et une très grande prostration des forces. Dans 3 cas seulement, il y a eu des symptômes tranchés vers le système nerveux, et dans un cas seulement on vit les troubles du côté du système nerveux précéder ceux de l'empoisonnement par les substances âcres. Dans trois cas, les pupilles étaient dilatées; dans un quatrième elles étaient resserrées. Dans la plupart des cas, l'urine était supprimée, mais dans un cas il y eut une diurèse qui continua depuis les phénomènes d'empoisonnement jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant six semaines.

Parmi les effets physiologiques les plus remarquables du colchique, il faut certainement ranger celui qui a été signalé par le professeur Chélius (de Heidelberg); ce médecin s'est assuré que, dans l'urine des personnes qui prenaient du colchique, la quantité d'acide urique doublait presque en douze jours. Ainsi, dans un cas, l'urine, avant l'administration du colchique, contenait 0,69 pour mille d'acide urique; quatre jours après l'administration du colchique, la proportion était de 0,076; le huitième jour, elle était de 0,091, et le douzième de 0,102. Chélius obtint les mêmes résultats dans beaucoup d'autres cas.

Le professeur Christison a examiné également l'urine d'un malade qui prenait du colchique, et il a trouvé que, en deux jours, la quantité d'urée avait presque doublé. Avant l'administration du colchique, l'urine ne déposait pas d'urate d'ammoniaque; la densité était de 1,020; elle contenait environ 47 parties de matières solides sur 1,000, dont 20 d'urée. Or, après l'administration du colchique, 24 et 48 heures après, les urines étaient troubles et s'éclaircissaient par la chaleur, ce qui prouvait que le dépôt était formé d'urate d'ammoniaque; leur densité variait de 1,033 à 1,034; densité certainement fort élevée pour les urines non diabétiques. Quant à leur composition, elles contenaient 79 parties de matériaux solides sur 1,000, et sur ce nombre 35 d'urée. M. Christison suppose même que la quantité d'urée était peut-être plus considérable; car n'ayant pas ajouté un excès d'acide nitrique, un peu de nitrate d'urée aura pu rester dans la solution.

Je dois à M. Holliday et Douglas d'avoir pu suivre les effets du colchique sur la composition de l'urine, chez un marin placé dans son service, pour des accidens syphilitiques secondaires, mais dont la santé générale était très bonne. Avant d'administrer le colchique, je fis d'abord l'analyse des urines. Leur densité était de 1025; elles ne déposaient pas, ne se troublaient ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, contenaient 27,5 de matières solides sur 1000, et leur composition chimique était la suivante: eau 972,500; urée 12,360; acide urique 0,281; sels inorganiques 7,436; matières organiques 7,423. Comme on le voit, cette urine était un peu au-dessous de la moyenne donnée par M. Becquerel, qui est, comme on sait, de 13,838 pour l'urée, de 0,391 pour l'acide urique, de 7,695 pour les sels inorgarniques, et de 9,961 pour la matière organique.

Après avoir administré, pendant deux jours, le colchique, j'examinai l'urine le troisième jour: elle était légèrement trouble, s'éclaircissait par la chaleur, avait une densité de 1030 et contenait 29,650 de matériaux solides sur 1,000. Sa composition chimique était: eau 970,350; urée 15,500; acide urique 0,491; sels inorganiques 6,350; matières organiques 7,209. Il était donc évident que l'urée avait augmenté d'un quart, que l'acide urique avait presque doublé, et que les sels inorganiques, ainsi que la matière organique avait considérablement diminué. J'examinai de nouveau les urines, le sixième jour à partir de l'administration du colchique. Elles étaient plus troubles, d'une densité de 1034 et contenaient 33,460 de de matières solides sur 1000. Leur composition était: eau 966,540; urée 18,341; acide urique 0,750; sels inorganiques 7,436; matière organique 6,933. Il était donc impossible de nier, dans ce cas, l'action physiologique exercée par le colchique sur l'augmention de l'urée et de l'acide urique. Je ne crus pas devoir pousser plus loin l'expérience sur ce malade.

On a prétendu que, sous l'influence du colchique, il se fait, dans l'économie, un changement remarquable, à savoir; que l'acide urique se convertit en urée. Mais cela n'est qu'une hypothèse, et les faits de Chélius, aussi bien que les analyses que j'ai faites moi-même, me portent plutôt à penser qu'il y a une augmentation véritable dans la quantité excrétée de ces deux principes. D'après M. Graves, l'action efficace du colchique ne tiendrait pas à l'excrétion plus rapide des urates, mais bien à la propriété remarquable que possède cette substance, d'arrêter la formation morbide de ces urates. D'après M. Gairdner, l'augmentation de l'urée serait toujours accompagnée d'une diminution correspondante dans la quantité des urates; mais les expériences précédentes me portent à croire que ces deux suppositions sont erronées.

Dans le but de vérifier les propriétés sédatives du colchique, j'ai fait sur moi-même les deux expériences suivantes; j'ai pris chaque fois 20 gouttes de teinture de colchique: la première fois à 8 heures du soir, le pouls battait 87 pulsations par minute; à 9 heures, même nombre; à 10 heures, 80; à 11 heures, 72; à 11 heures et demie, 70; à minuit et minuit et demie, 65. Dans la seconde expérience, commencée à 6 heures du soir, le pouls battait 84; à 7 heures, même nombre; à 8 heures, 78; à 9 heures, 72; à 10 heures, 66; à 11 heures, 60; à minuit, 62. Je n'ai éprouvé, du reste, d'autres effets physiologiques que quelques envies de vomir.

(*La suite au prochain numéro*).

(1) Le mémoire de M. Maclagan, qui a paru, il y a quelques mois, dans le *Monthly journal of medicine*, offre une histoire complète, au point de vue botanique, pharmaceutique, chimique, toxicologique et médical, du colchique d'automne. Nous en avons extrait ce qui est relatif aux propriétés physiologiques et thérapeutiques de cette substance; nous nous sommes permis, de plus, quelques coupures, mais en conservant cependant les parties les plus utiles et les plus pratiques de cet important travail. (*Note du traducteur.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 14 Avril 1852. — Présidence de M. Bouvier, vice-président.

M. Requin, secrétaire général, donne lecture de la correspondance, qui comprend l'envoi d'un mémoire *sur l'invagination des enfans* (inséré dans la *Gazette des hôpitaux*), par M. Rilliet, de Genève; et des numéros de mars et d'avril des *Annales des maladies de la peau* et du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. Roger (Henri) met sous les yeux de la Société une pièce pathologique, une *monstruosité* qu'il a observée dans son service aux Enfans-Trouvés.

Il s'agit, dans ce cas, d'un vice de conformation aux mains et d'une de ces lésions congéniales des extrémités inférieures qui se trouvent décrites par les auteurs modernes, et principalement par les accoucheurs anglais et allemands sous le nom d'*amputations spontanées dans l'utérus*.

L'hospice des Enfans-Trouvés est un théâtre très favorable à l'étude des monstruosités: on comprend qu'une mère que la misère force à abandonner son enfant, se décidera beaucoup plus vite si elle a donné naissance à un monstre. Celui-ci fut apporté dans nos salles il y a un mois environ: Il fut repoussé par les nourrices, et il ne tarda pas à succomber à une de ces diarahées qu'engendre l'alimentation mauvaise et incomplète, et qui donnent presque toujours naissance à des pneumonies ultimes. M. Lorain, interne attaché à ma division, a bien voulu préparer la pièce anatomique, en faire le dessin, et rédiger l'observation complète.

---

treuse et graveleuse, même celles qui sont en partie plâtreuses et en partie murales. » Suit une brillante nomenelature de guérisons de graveleux et de calculeux. Enfin, il détaille ainsi une expérience qu'il a faite, et que, depuis lui, jamais malades ou médecins n'ont manqué de répéter avec le même succès: « Nous avons mis dans un vaisseau de de verre, rempli d'eau de Contrexéville, treize pierres animales de la grosseur d'un bon pois chacune, dures et solides: elles sont restées en macération sur la cheminée pendant trois jours, sans rien perdre de leur dureté; mais le quatrième, elles ont commencé à s'amollir sur leur surface et à se séparer en fragmens: les fragmens se sont divisés et dissous, et les pierres se sont réduites en graviers. » Naïves explications que je vous donne dans toute la pureté de leur parfum ancien, et qui, je vous prie de le croire, n'ont en rien augmenté ou atténué les hautes espérances que me font naître les observations à l'appui.

Quinze ans plus tard, la cure retentissante du célèbre abbé de Bouville, que trois opérations de taille n'avaient pas préservé d'une nouvelle pierre, et qui paya sa reconnaissance à la bienfaisante source par d'importans travaux de conservation; celles non moins remarquables de plusieurs grands seigneurs de la Lorraine; les travaux et l'influence de Thouvenel, qui comptait alors dans sa brillante clientèle toutes les jolies femmes de la cour, assurèrent enfin à Contrexéville une réputation en rapport avec ses mérites, et en firent le rendez-vous des grands seigneurs de l'époque en même temps que d'une foule de malades accourus des contrées les plus diverses.

La bienfaisante naïade ne devait pas longtemps jouir en paix d'un culte aussi splendide que bien mérité: la gigantesque commotion de 89 jeta à terre ses autels pêle-mêle avec tant d'autres, et son culte émigra dans les souvenirs et dans la reconnaissance de la noblesse d'alors. Ces jours de gloire semblaient passés sans retour, et cependant la source continuait à jaillir avec toute sa pureté primitive; et malgré la pénurie, la nudité, le délabrement auxquels, depuis cette époque, l'établissement était resté abandonné par l'incurie ou par l'impuissance de ses propriétaires successifs, je retrouve encore dans ses annales une phalange dévouée d'illustrations en tous genres, tirant un recueil d'observations peu nombreuses, mais toutes d'une valeur exceptionnelle.

Mais grâces en soient rendues à Esculape et à Hygie, une nouvelle ère vient de s'ouvrir pour ces eaux qu'ils protègent! Et le temps n'est déjà plus où l'un de nos spirituels confrères preservait une tente et un fourgon à l'un de ses malades qu'il envoyait à Contrexéville; grâces encore au chemin de fer de Strasbourg et aux routes récemment ouvertes à travers les pittoresques forêts qui cernent Contrexéville du côté de Neufchâteau, nous ne verrons plus se renouveler la mésaventure de l'infortuné Bustamente, qui, obligé de résigner ses hautes fonctions et de passer les mers pour invoquer les lumières spéciales de nos illustrations parisiennes contre une affection calculeuse des plus douloureuses, raconte qu'il fut sur le point de repasser l'Océan, désespéré des recherches infructueuses qu'il avait faites dans nos parages de l'Est pour découvrir le gisement de la source lithontriptique, dont on lui avait conseillé l'usage.

Un nouveau propriétaire, qui peut tout ce qu'il veut, et qui veut tout ce qu'il peut en faveur de ces sources salutaires, a déjà consacré et consacre encore chaque jour beaucoup d'argent, beaucoup de zèle et beaucoup d'intelligence à réparer, à créer, à perfectionner et à embellir tout ce qui importe au traitement et au bien-être des buveurs.

Coquettement posé comme un frais oasis entre deux limpides ruisseaux qui le dessinent en un gracieux îlot de verdure, l'établissement, ou plutôt ses ruines, payaient à cette faveur de situation un tribut d'inondations fréquentes et de permanente humidité; le sol a été sillonné de tranchées profondes et recouvert de bitume sur les points les plus exposés; des digues en talus de verdure se sont élevées sur les bords des cours d'eau; des éclaircies, habilement ménagées dans les massifs des jardins et du parc, ont facilité et activé la circulation assainissante de l'air, en même temps qu'elles ont ouvert de riantes perspectives. Deux galeries circulaires, jadis livrées aux invasions des pernicieux courans d'air par leurs larges et multiples ouvertures cintrées, galeries qui conduisent à couvert les buveurs de leurs logemens au pavillon octogone, temple de la bienfaisante naïade, sont en ce moment même décorées, élargies et complétées pas des travaux destinés à en mettre le parcours à l'abri du froid et de l'humidité. L'emménagement des bains et des douches reçoit un notable développement. Les logemens des buveurs, les salons communs se décorent avec élégance, et échangent leur déplorable délabrement contre le confortable intelligent de nos modernes habitations.

Moindre réhabilitation n'était pas due à l'humble source; si riche, sous ses haillons, des plus brillantes vertus médicatrices; et quand partout le sol s'affermit et s'étend sous les créations utiles ou bienfaisantes, il nous est permis d'espérer que cette ère de progrès est définitive pour la bienfaisante source, aussi longtemps méconnue ou délaissée. Si maintenant j'ajoute qu'en ce moment même un chimiste éminent, dont le nom fait foi et loi, en poursuit l'analyse sérieuse, vous comprendrez et vous partagerez mes ardentes aspirations vers la lumière qui nous est promise d'en haut, et vous m'aiderez à attirer l'attention de la grande famille médicale sur les titres, empiriques encore, mais incontestables et incontestés de ces eaux, titres à une sérieuse expérimentation et pierres d'attente d'une plus sérieuse étude.

Dr V. Baud,
Médecin-inspecteur des eaux de Contrexéville.

Sociétés savantes. — La Société des sciences, belles-lettres et arts du Hainaut, a mis au concours la question suivante: Indiquer les causes, les symptômes, le caractère et la médication de la coqueluche, et en particulier les effets de la racine de belladone dans cette maladie, considérée comme moyen curatif et préservatif de cette affection. Prix: une médaille d'or. — Les mémoires devront être adressés avant le 31 décembre prochain, à M. Lambert, secrétaire général, rue des Dominicains, n° 22, à Mons.

Nomination. — Le docteur Monatterio y Correo a été nommé professeur de clinique à la Faculté de médecine de Madrid.

Le 15 mars dernier, a été reçu à l'hospice des Enfans-Trouvés, un enfant du sexe masculin, paraissant nouvellement né, à terme, dans des conditions favorables à la viabilité. Cet enfant nous a été présenté le lendemain de son entrée à l'hospice : il était de taille moyenne, vivace, mais il avait aux deux pieds et aux deux mains des difformités remarquables.

Au premier abord, voici ce qui frappe l'attention : les deux mains sont difformes, à peu près de la même manière ; le pouce est plus grêle que dans l'état naturel ; l'auriculaire, qui n'a cependant que sa longueur ordinaire, dépasse tous les autres doigts ; l'annulaire est petit, atrophié, beaucoup moins long et moins gros que l'auriculaire ; le médius est rudimentaire : c'est de tous les doigts le plus petit. Quant à l'index, il est un peu moins développé que l'auriculaire, et il l'est plus que le médius.

Tous ces doigts sont pourvus d'ongles, ils sont palmés, à l'exception du pouce. Le pouce seul est entièrement libre. L'annulaire et le médius sont accolés à l'auriculaire, aux mouvemens duquel ils s'associent. Les doigts du milieu étant les plus petits, la main offre l'aspect d'une pince, dont les deux mors seraient représentés par l'auriculaire d'une part, et, de l'autre, par le pouce, ces deux parties tendant à se toucher par leurs extrémités, et convergeant de façon à former une courbe à concavité regardant l'axe longitudinal de la main.

La difformité est bien plus remarquable aux membres inférieurs ; elle n'est pas la même aux deux pieds : le gauche paraît avoir subi une amputation transversale dans sa partie moyenne, sans trace aucune de cicatrice ; il est privé de métatarsiens et d'orteils. Le pied droit se termine en une extrémité effilée, pourvue de quatre ongles : il est aplati de haut en bas ; son extrémité est amincie, comme tordue, et il est dévié en dedans, son bord externe étant abaissé et son bord interne relevé, premier degré du pied-bot poplité interne.

Ces difformités ont été fatales à cet enfant : repoussé par les nourrices venues de la campagne, il a séjourné dans nos salles, où il n'a pas tardé à dépérir ; la bouche s'est couverte de muguet, les poumons se sont engoués, et, au bout de huit ou dix jours, la mort est survenue.

L'*autopsie* n'a révélé aucune lésion intéressante dans les viscères ; ils ne présentaient pas d'anomalie, si ce n'est que le poumon gauche était pourvu de *trois* lobes. Les membres ont surtout attiré notre attention : nous les avons trouvés régulièrement conformés et bien développés, jusqu'à leur extrémité exclusivement.

Aux deux mains, les os du carpe, du métacarpe et les pouces sont normaux ; à tous les doigts, la phalange moyenne manque. Les doigts sont réunis jusqu'à la base de la phalange unguéale, par des palmatures que constituent du tissu cellulaire et la peau. La distribution et le nombre des élémens musculaires, vasculaires et nerveux, nous ont paru réguliers. Les muscles propres de la main sont peu développés.

Au pied gauche, nous avons fait à peu près les mêmes observations. Les os du tarse et du métatarse sont normaux. Les orteils existent, mais dépourvus de la phalange moyenne ; on ne voit que deux ou trois phalanges qui aient subi la transformation osseuse ; au gros orteil, les phalanges sont rudimentaires, à peine à l'état cartilagineux, et l'on n'y voit point d'ongle. Tous ces orteils sont cachés sous la peau qui les enveloppe de toutes parts, jusqu'aux ongles.

Le gros orteil est, de tous, le plus petit ; les autres sont à peu près sur la même ligne.

Le pied droit, qui offre la difformité la plus intéressante, ne présente, comme squelette, que trois os, l'astragale, le calcanéum et le scaphoïde, bien développés et ayant leur volume normal. Autour de ces os, sur un tissu fibreux, dense, comme autour d'un moignon, les muscles épanouissent leurs tendons ou s'implantent par le moyen d'un tissu cellulaire condensé. On ne trouve aucun osselet qui représente les parties manquantes du squelette. Toutes les parties de ce pied, autres que le squelette, sont développées et disposées de façon à alimenter et à mouvoir un pied complet ; elles s'arrêtent brusquement là où s'arrête aussi le squelette. Le moignon ne va pas en s'effilant ; il présente, en avant, une surface plane, large, perpendiculaire à l'axe longitudinal du pied. On n'aperçoit aucune trace de cicatrice à la peau.

Nous avons été frappés de la généralisation, pour ainsi dire, de la difformité et de la symétrie aux membres supérieurs ; à ne considérer que ceux-ci, on était tenté de voir là une forme propre à l'individu, un vice de conformation, indépendant de toute cause traumatique. Mais cette manière de voir est contrariée par l'aspect si différent des extrémités inférieures. Un des deux pieds présente, il est vrai, une difformité qui peut être rapprochée de celle qu'on observe aux mains ; mais l'autre, unique dans sa forme, et présentant à l'œil toutes les apparences d'un pied amputé, dont les parties conservées sont parfaitement régulières et bien conformées, fait naître la pensée d'une cause accidentelle, mécanique, plutôt que celle d'un vice de conformation physiologique.

Si les deux mains et l'autre pied étaient régulièrement conformés, l'idée de l'*amputation avant la naissance* satisferait peut-être plus facilement l'esprit ; on ne serait plus tenté de rapprocher l'une de l'autre ces lésions, et l'on ne verrait, dans ce pied qui paraît avoir été amputé par le couteau d'un chirurgien, qu'un exemple de plus de ces déformations connues sous le nom d'*amputations spontanées dans l'utérus.*

L'absence de cicatrice n'est pas en contradiction avec cette opinion ; dans plusieurs cas de ce genre, cités par les auteurs, on n'a pas trouvé de cicatrice, et cela pourrait jusqu'à un certain point se comprendre, si l'amputation intra-utérine avait eu lieu à une époque où le membre était extrêmement petit. Mais en admettant pour ce pied l'amputation avant la naissance, comment expliquera-t-on les déformations observées aux autres extrémités ? Serait-il possible de les expliquer toutes par la même cause ?

Les accoucheurs ont pu, de tout temps, observer des enfans venus au monde avec des membres difformes ou imparfaits ; des lésions très différentes ont dû être longtemps confondues. Des maladies du système osseux, suivies de la résorption d'une partie du squelette des membres, des fractures comminutives suivies de l'élimination d'une extrémité, donnent lieu à des difformités antérieures à la naissance, mais très différentes de celles que nous avons décrites tout à l'heure.

Peut-on, pour les cas de ce genre, s'arrêter à l'idée d'un arrêt de développement sans cause connue ? Mais il y a des objections sérieuses à cette théorie : la plus forte est l'exposé même des faits dans lesquels il paraît évident qu'une cause mécanique a arrêté en certains points le développement du squelette, tandis qu'en même temps, en d'autres points, agissant de la même manière, mais avec plus de force, elle en *supprimait* une partie tout entière.

Dans notre observation, l'on voit, d'une part, trois des membres atrophiés et arrêtés dans leur développement à leur extrémité, et au quatrième, le pied coupé, pour ainsi dire, par le milieu et présentant l'aspect d'un moignon.

Montgomery a réuni un certain nombre d'exemples d'amputations avant la naissance. L'explication de quelques-uns de ces faits par l'action de brides celluleuses s'enroulant autour des membres, lui appartient. Depuis, un petit nombre d'observations probantes sont venues confirmer cette opinion. M. Simpson a publié un mémoire sur ce sujet, et M. Paul Dubois a montré dans ses leçons cliniques des lésions de cette nature. M. Follin possède (et a bien voulu nous communiquer) plusieurs faits de ce genre fort intéressans.

Voici ce qu'ils démontrent : une bride fibreuse émanée parfois des membranes de l'œuf, s'enroule autour d'un membre ; quelquefois, de celui-ci, elle se projette sur les autres ainsi que nous en avons vu plusieurs dessins. Alors, ou bien cette bride circulaire étrangle et coupe le membre ; c'est ainsi qu'on trouve un membre amputé auquel pend, par un filament celluleux, une extrémité qui n'a pu continuer à se développer et qui est en disproportion de volume avec la partie centrale du membre dont le développement ultérieur a été normal ; ou bien cette bride a seulement tracé un sillon circulaire sur le membre, sans entamer la peau ; ou bien encore elle pince et comprime les extrémités.

Dans les dessins de M. Follin, on peut voir, sur un fœtus âgé de deux mois et demi, une bride de cette espèce qui, partie du placenta, entoure un des pieds, et de là se porte sur une main autour de laquelle elle s'enroule. Sur un autre fœtus plus âgé, un pied est séparé de la jambe à laquelle il était appendu par un long filament, et l'autre jambe est entourée d'une bride qui a seulement tracé un sillon circulaire.

Dans aucun de ces cas, on ne voit une atrophie générale des membres qui ont pu être le siége de la lésion. Les altérations sont toujours au-dessous du point où paraît s'être exercée la cause mécanique accidentelle, imprévue, dont nous parlons.

Sur notre sujet, les membres sont régulièrement conformés et bien développés, sauf les extrémités. Les muscles, les vaisseaux et les nerfs n'y ont subi aucune altération de forme ou de nombre. Pour un des pieds, le droit, on peut admettre assez facilement l'amputation par la cause mécanique précitée. Il paraît plus difficile d'expliquer de la même manière la difformité des trois autres extrémités auxquelles manquent des phalanges moyennes ; l'esprit ne répugne pourtant pas à croire qu'un obstacle, une gêne mécanique, tels que des brides celluleuses enroulées autour de ces extrémités, en aient pu arrêter et modifier le développement à une époque où le squelette n'est pas encore fait, mais va se faire.

Cette supposition est-elle fondée sur l'observation ? Sur un sujet décrit par M. Follin, on voit une jambe amputée se terminant un peu au-dessous du genou par un moignon conique dans lequel on retrouve le tibia et le péroné. Les deux mains présentent en outre des difformités semblables à celles que nous avons mises sous vos yeux, et l'autre jambe se termine par un pied-bot en dedans, avec des orteils rudimentaires. Dans ce cas, l'amputation spontanée intra-utérine ne paraît pas avoir été douteuse. Il y a un véritable moignon, tel qu'on en produit par des opérations chirurgicales ; on n'y découvre pas d'autres élémens osseux que ceux qui appartiennent normalement à cette région. Le pied de l'autre côté, et les mains, portent l'empreinte circulaire de la bride qui les a comprimés et déformés. Plusieurs doigts n'ont que la première et la troisième phalange. Les doigts, comme sur notre sujet, sont palmés.

Une lésion intéressante s'est présentée à notre observation ; nous avons cédé au désir d'en rechercher la cause ; nous avons rapporté le fait en le rapprochant de faits semblables consignés dans les archives de la science ; mais nous n'oserions pas en tirer une conclusion formelle relativement à l'origine toujours fort obscure de ces difformités congéniales.

M. Bouvier a vu très peu d'exemples de monstruosités analogues à celle qui vient d'être décrite, et il ne saurait avoir une opinion positive dans le cas présent. S'agit-il d'un vice de conformation ou d'une amputation intra-utérine ? La question ne lui paraît pas susceptible d'une solution précise ; un examen attentif du mode de terminaison des tendons et des muscles dans le moignon, fournirait peut-être quelques lumières à cet égard.

M. Roger (Henri) : On sait que pour expliquer des montruosités du genre de celle que nous avons présentée à la Société, deux théories tout à fait contraires ont été émises. Les uns, avec Haller en tête, ont soutenu qu'il y avait toujours arrêt de développement ; les autres, que tous ces faits devaient être rapportés à des amputations spontanées dans l'utérus. Cette dernière théorie, qui paraît plus séduisante, est fondée sur certains exemples irréfragables, ceux où l'on a vu la bride encore existante, soit le cordon ombilical, soit une bride cellulo-fibreuse, partie des membranes de l'œuf ou d'un point du fœtus, se porter sur une jambe, s'y enrouler et exercer une constriction à effets variés, depuis une simple dépression de la peau de cette jambe jusqu'à une section des parties molles et de l'os lui-même. (Voir le mémoire de Gatty sur ce sujet, Union Médicale, 1851, p. 565.)

Mais pourquoi être exclusif ? Pourquoi admettre une explication unique pour des faits entièrement dissemblables, en apparence du moins, alors qu'on peut raisonnablement les expliquer par deux causes différentes. S'il est incontestable que des amputations ont pu s'opérer spontanément dans l'utérus, n'a-t-on pas observé très souvent aussi des arrêts de développement, des vices de conformation coïncidant avec ces lésions ; dans le cas présent, outre qu'on pourrait objecter à l'idée d'une amputation, l'absence de toute cicatrice sur le moignon du pied et la régularité de la section, régularité telle, que le couteau du plus habile chirurgien ne saurait faire mieux ; outre ces objections, n'existe-t-il pas simultanément aux mains, qui sont palmées, à certains doigts qui sont dépourvus d'une phalange, des altérations qu'un arrêt de développement peut seul expliquer ?

M. Delasiauve lit un mémoire ayant pour but de faire connaître une forme spéciale ou plutôt un degré particulier du *delirium tremens.*

Les cas qui s'observent dans les asiles d'aliénés s'offrent généralement sous une apparence bénigne. Dans les hôpitaux, au contraire, la maladie présente souvent un caractère grave. Cela tient, sans nul doute, au plus ou moins de trouble pyrétique dont s'accompagne le délire ébrieux, et qui tantôt le rapproche de l'aliénation mentale, et d'autres fois le fait ressembler aux affections aiguës ordinaires.

Quoi qu'il en soit, il en est résulté dans les opinions une diversité fâcheuse ; et tandis que pour les aliénistes le *delirium tremens* est une maladie légère n'appelant que l'expectation, il est considéré par la plupart des autres médecins comme une affection dangereuse à laquelle il faut opposer une médication énergique.

Je n'avais vu, comme mes collègues, que des cas légers, lorsqu'au moment de mettre sous presse un précédent travail inséré dans la *Revue médicale*, un fait exceptionnel mentionné dans une note ajoutée, vint par sa prompte issue funeste, attirer mon attention. Celle-ci fut surtout excitée par le surveillant, qui affirma avoir vu succomber quelques heures après leur entrée, d'une manière inattendue, plusieurs individus, dans des conditions identiques.

Parmi une quarantaine de nouveaux cas, je pus, en effet, constater quelques exemples de la variété intense du *delirium tremens* ; et de leur analyse, je crois avoir déduit que les élémens qui en concilient les théories opposées, sont de nature à servir de base à une classification plus exacte.

Ce n'est pas qu'au fond, entre ces cas et les autres, il existe une opposition radicale. Le mal revêt seulement dans les paroxysme une physionomie qui mérite une étude particulière.

Ce qui distingue surtout la forme que j'appelle *suraiguë*, c'est la prodigieuse activité nerveuse. Le malade n'a ni paix, ni trêve. Aucune partie du corps n'est exempte d'agitation ; les membres tremblent ; vultueuse, rouge, violacée même, la face grimace par le frémissement prononcé de ses muscles ; les yeux roulent dans leur orbite ; la peau chaude, brûlante s'humecte d'une sueur profuse, visqueuse, exhalant parfois une odeur alcoolique. La langue peut conserver sa fraîcheur naturelle ; elle est plus souvent desséchée sur ses bords, à sa surface, et recouverte, ainsi que les lèvres, de croûtes fuligineuses. Communément, la soif est inextinguible, la respiration plus ou moins gênée, la prostration profonde ; quant au pouls, tantôt accéléré et déprimé, il contraste d'autres fois par son rythme presque normal avec l'ensemble des symptômes. L'esprit, de son côté, est assailli par des hallucinations, notamment de la vue, dont la rapide succession occasionne une mobilité incessante. Contrairement à ce qu'on a avancé, il n'y a, à proprement parler, aucune préoccupation fixe et déterminée. L'incohérence est complète ; tour à tour se peignent à l'imagination les scènes les plus désordonnées. Ainsi remué, le délirant devient incoërcible : les paroles se pressant au point de se faire concurrence, ne s'échappent de sa bouche qu'en phrases saccadées, entrecoupées et souvent inintelligibles. La jactitation est continuelle ; sa tête et ses mains se portent brusquement de tous les côtés d'où semblent provenir les impressions imaginaires. Plusieurs personnes vigoureuses suffisent à peine pour le contenir. Au plus fort degré de l'exaltation, il est rare, néanmoins, que toute conscience soit abolie. Une interlocution énergique peut, équilibrant les fausses perceptions, provoquer quelques réponses plus ou moins sensées ; mais cet effet est passager, et le malade retombe dans son agitation aussitôt qu'on l'abandonne à lui-même.

Pareil ébranlement ne s'observe point dans le délire alcoolique ordinaire. Ne se répétant que par intervalles, les hallucinations évoquent des sentimens qui ont leur retentissement dans la pensée. Celle-ci à son tour réagit sur les pseudo-perceptions, qui, en recevant plus ou moins l'atteinte, sont comme la résultante et de cette disposition morale et de l'excitation morbide. Il s'ensuit des scènes fantastiques sans doute, mais jusqu'à un certain point enchaînées et suivies ; les rêves en fournissent un exemple. Il se passe là, en un mot, avec ses péripéties, un drame que ne saurait offrir le délire suraigu, où, brisées par leur multiplicité, les aberrations perceptives manquent de cohésion et de suite.

On est conduit, d'ailleurs, par cette distinction à l'explication de certaines particularités importantes :

Si, dans la folie ébrieuse suraiguë, le délire roule en partie sur les occupations habituelles, ce caractère est moins saillant dans les cas ordinaires. L'action matérielle, automatique du cerveau étant prédominante dans le premier cas, n'est-il pas naturel que les sensations soient en harmonie avec les idées dont cet organe conserve partout l'empreinte ? L'exaltation morale, par son intervention puissante dans le second, communique au contraire aux conceptions anormales un cachet qui est loin de refléter toujours l'objet des pensées quotidiennes.

On n'a point lieu, non plus, de s'étonner de ce mélange si remarquable d'idées justes et d'idées extravagantes que l'on rencontre dans le *delirium tremens*. Les fausses sensations, caractère fondamental de ce genre de vésanie, n'excluent nullement les sensations réelles ; elles leur font concurrence sans les effacer, soit que celles-ci proviennent de souvenirs rappelés ou d'impressions présentes. De là, la coexistence de manifestations mentales irrégulières et régulières.

Cette prépondérance morale sur les hallucinations ébrieuses est quelquefois marquée, au point qu'on croirait le délire fomenté autant par les contrariétés et les chagrins que par l'influence des spiritueux, décélée seulement par la marche et la durée des accidens.

L'activité diverse du cerveau communique également à l'agitation une expression variable, tumultueuse, incessante dans le délire suraigu, mais en même temps bornée dans sa véhémence, par cela même que mobiles et fugitives, les impressions dont elles dérivent ne laissent point de traces ; elle est, au contraire, dans les exacerbations du délire simple, saccadée, mieux dessinée et susceptible d'acquérir un haut degré d'énergie et de violence : actes et paroles traduisent le sentiment que les hallucinations développent.

Rarement, a-t-on dit, la mémoire conserve le souvenir des impressions éprouvées dans le délire alcoolique. Il faut distinguer encore. Si c'est vrai pour les sensations disparates et précipitées des crises suraiguës, il en est autrement lorsque les scènes fantastiques se rapprochent par leur lenteur et leur cohérence des conceptions normales ; souvent alors le souvenir des fausses perceptions est si vif, que, longtemps même après la guérison, il est difficile de persuader aux malades qu'ils ont été le jouet d'illusions chimériques.

Cet état de la mémoire influe, du reste, sur les dispositions intellectuelles. Le paroxysme ne laisse guère à sa suite qu'une apathique indifférence. Sous le coup des terreurs qui l'ont obsédé, l'individu sortant d'un accès ordinaire, réfléchit, dans sa physionomie et son langage, les traits plus ou moins accentués de la lypémanie.

Les phénomènes physiques contrastent comme les manifestations morales. Au lieu d'être turgescente, animée, continuellement trémulante, la figure, dans le délire simple, est souvent morne, pensive : véritable éclair, la réaction hallucinatoire ne fend le nuage que par intervalles. Rarement le pouls s'élève au-dessus du type normal. La sueur est modérée ou nulle ; on ne remarque point cette soif si ardente du délire sur-aigu ; la langue est seulement couverte d'un enduit muqueux sale ou blanchâtre. Le tremblement est aussi beaucoup moins prononcé. Ajoutons que les attaques épileptiformes, complication fréquente de l'œnomanie sur-aiguë, sont exceptionnelles dans la forme bénigne. Nous ne les y avons point encore rencontrées.

On voit combien de caractères séparent les deux espèces de la folie ébrieuse aiguë.

Une démarcation non moins tranchée existe entre la forme grave de cette affection et les exacerbations de la manie, qu'aucun signe précis ne délimite dans les auteurs. Les mêmes termes vagues, *agitation*, *délire*, *hallucination*, servent, en effet, à exprimer le trouble mental des deux maladies.

Pour apprécier la différence, il faut remonter au point de départ. La perversion maniaque provenant de l'excitation intellectuelle ou du défaut d'association des idées, ne ressemble point à l'agitation alcoolique, dérivant presque exclusivement de sensations fausses. Dans la première, le malade, inattentif, mobile et loquace, divague et passe instantanément d'une idée, d'un sentiment à un autre ; les illusions et les hallucinations, s'il en éprouve, ne font que se mêler au torrent de pensées, qui, incidentes et fugaces, résultent de l'exercice incohérent de l'intelligence. Chez l'individu soumis à l'énergique influence des spiritueux, le délire se circonscrit dans la traduction des impressions vicieuses qui oppriment les opérations intellectuelles. La manie est compatible, d'ailleurs, avec la santé physique, tandis que le délire alcoolique suraigu s'accompagne presque toujours d'une grave altération matérielle.

La marche des accidens confirme l'idée émise plus haut, que la forme suraiguë n'est qu'un degré, non une variété, de la maladie. Si, dans certains cas, les symptômes atteignent d'emblée leur summum de gravité, dans d'autres ils n'arrivent à cette suprême limite qu'en passant par des termes intermédiaires. Souvent aussi, quand l'issue est favorable, la décroissance ramène graduellement le type modéré. La nuit coïncide enfin avec les paroxysmes. Dans le jour, la lucidité est quelquefois revenue au point d'inspirer, même au médecin le plus expérimenté, une sécurité trompeuse.

Il est difficile de préjuger d'abord des suites de l'affection. 4 malades sur 8 ont été brusquement emportés. Chez les 4 autres, le retour à la vie morale a oscillé entre 8 et 15 jours. Le danger, en général, semble être en rapport avec la gravité de la perturbation physique.

Quant au traitement, les bases sont loin d'en être assises. L'opium à dose élevée (15 à 25 centig.) paraît encore le remède par excellence. Trop prolongé, cependant, son usage peut avoir des inconvéniens. On ne doit recourir aux émissions sanguines qu'avec circonspection et seulement lorsqu'il y a indication évidente de débarrasser le cerveau congestionné. Les émétiques, recommandés par Stoll, ont un effet utile. Il en est de même des bains et de la glace pilée sur la tête, qui ont constamment modéré les symptômes.

Neuf observations viennent à l'appui de notre travail. Deux autopsies seulement ont été faites. Leur résultat ne diffère point de celui signalé par les auteurs. Il n'y avait que les vestiges d'une vive injection dans les membranes.

M. Moreau : Il est vrai, comme vient de le remarquer M. Delasiauve, que les auteurs n'ont point établi positivement le diagnostic différentiel du délire aigu et du *delirium tremens* ; mais cependant ils ont séparé, depuis longtemps, cette dernière affection du délire ordinaire. Ils n'en méconnaissent ni la cause spéciale, ni les caractères tranchés.

Les deux formes du délire dans cette maladie, forme aiguë et forme

chronique, sont pareillement connues : les ivrognes délirans qu'on arrête sur la voie publique, ont été pris soudainement de délire qui est d'abord très aigu ; puis ils tombent dans un état de stupeur, de démence semblable à celle qu'on observe dans la paralysie générale.

D'après les distinctions de M. Delasiauve, il semblerait qu'il existe deux maladies ; un délire chronique et un délire suraigu ; or, c'est la même affection avec formes différentes qui peuvent alterner, se transformer l'une dans l'autre.

Quant au traitement, j'ai essayé l'opium, les lavemens salés, la saignée, les affusions froides : la saignée m'a paru nuisible, et, pour les autres agens thérapeutiques, leur utilité est douteuse ; la médecine expectante est encore la meilleure.

M. MARROTTE reproche à M. Delasiauve, tout en indiquant deux formes de *delirium tremens*, la forme *bénigne* et celle qui est suraiguë et *maligne*, de n'avoir pas signalé les moyens de reconnaître cette seconde forme, de la prévoir ; il n'a pas donné les caractères qui annoncent le passage de l'une à l'autre, ce qui serait important, pour que le médecin se tînt sur ses gardes et pût combattre une maladie dont la transformation et la terminaison deviendront funestes.

Du reste, ce n'est point d'après le délire lui-même, d'après sa violence, sa forme, ses caractères qu'il faut juger de sa gravité : c'est sur l'état des *fonctions naturelles* et *vitales* que l'on doit asseoir son pronostic, sur le pouls, la nature des sécrétions, etc.

En outre, dans l'histoire du *delirium tremens*, un fait l'a frappé : si, dans la plupart des cas, le délire se manifeste par suite des excès alcooliques répétés, qui ont amené une surexcitation du cerveau, dans d'autres le délire se montre, chez les ivrognes, parce qu'un stimulus qui est devenu pour ainsi dire physiologique, fait défaut. C'est ainsi qu'on observe dans les hôpitaux des individus, adonnés aux boissons alcooliques, que l'on saigne et que l'on met à la diète, pour combattre une affection aiguë dont ils sont atteints, et qui sont pris de *delirium tremens*. Ceux qui guérissent par l'opium ne doivent-ils pas leur guérison à ce que, par ce médicament, on leur a rendu le stimulus qui leur manquait. Pour le traitement considéré d'une manière générale, c'est encore à l'état fonctionnel de l'individu délirant qu'il faudra demander des indications : si par exemple le pouls reste naturel, on pourra s'en tenir à la médecine expectante ; dans le cas contraire, il sera beaucoup plus prudent d'agir, et l'on ne saurait laisser sans secours un malade qui peut succomber.

M. BARTHEZ (François) cite un fait particulier qu'il a observé et qui semble en désaccord avec la distinction établie par M. Delasiauve dans les formes et les caractères du délire.

M. BOURDON rapporte une observation de *delirium tremens* qu'il a recueillie récemment à l'hôpital et qui se termina d'une manière funeste : le délire se montra trente-six heures avant la mort, dans le cours d'une pleurésie peu intense : le malade poursuivi par des hallucinations diverses, sortit un soir de son lit et alla frapper un de ses voisins à la tête, avec son urinoir ; après le délire, il fut pris de tremblement, et enfin de convulsions épileptiformes au milieu desquelles il succomba au bout d'une heure. Après une saignée, on avait administré l'opium à haute dose.

L'autopsie fut faite avec soin : en voici les détails, pour ce qui a rapport à l'axe cérébro-spinal :

Les sinus de la dure-mère et toutes les veines de l'encéphale sont remplis de sang noir non coagulé. Autour de la protubérance annulaire et dans les espaces sous-arachnoïdiens on trouve une grande quantité de sérosité légèrement citrine, transparente, sans flocons, sans traces de pus. Il existe environ une cuillerée à bouche du même liquide dans chacun des ventricules latéraux. L'arachnoïde ne paraît pas altérée ; elle n'est ni épaissie, ni opaque. La pie-mère est généralement injectée ; dans plusieurs points, à la convexité du cerveau et près des scissures de Sylvius, sur les lobes moyens, l'injection est surtout prononcée, au point de représenter de larges taches rouges. La surface du cerveau en rapport avec ces lésions de la pie-mère offre une teinte rosée qui tranche avec la blancheur des circonvolutions voisines. Cette coloration morbide qui résiste au lavage offre un piqueté rouge très fin, lorsqu'on l'examine de près et avec attention. Du reste, cette partie au cerveau, ainsi que tout le reste de l'organe, a une consistance ferme tout à fait normale ; en détachant les membranes, on n'entraîne aucune parcelle de substance cérébrale, mais les membranes semblent se déchirer plus facilement que d'habitude. Aucun épanchement sanguin dans le cerveau : seulement en l'incisant on remarque un sablé rouge, bien prononcé.
Le cervelet et la moelle allongée ne présentent pas d'altération.

M. DELASIAUVE, après avoir répondu aux objections qui viennent de lui être faites, ajoute que dans le petit nombre d'autopsies qu'il a pu pratiquer, les lésions cadavériques ont été semblables à celles que M. Bourdon signale, c'est-à-dire qu'elles consistaient uniquement en une congestion des organes encéphalo-rachidiens.

M. REQUIN : Je ne saurais partager l'opinion de M. Marrotte, qui paraît croire à l'utilité de l'opium, dans les seuls cas où cet agent thérapeutique remplace les boissons alcooliques manquantes. Je crois avoir acquis une assez grande expérience relativement à la manie alcoolique (ce mot me paraît préférable à celui de *delirium tremens*, parce qu'il n'y a pas toujours tremblement, et, sous ce nom, j'ai décrit, dans mon *Traité de pathologie*, une des formes de l'empoisonnement alcoolique). J'ai eu l'occasion de voir un grand nombre de ces malades à l'hôpital Saint-Antoine, et surtout à la *Maison de santé*, voisine des barrières de la Villette, de la Chapelle, etc. J'engageais d'ordinaire le directeur de la Maison de santé à admettre ces ivrognes délirans, malgré la gêne qu'ils occasionnent, parce que, par leur guérison rapide, ils faisaient honneur à l'établissement. Chez ces malades, en effet, la guérison est la règle, même sans qu'on fasse aucun traitement. Mais faut-il en conclure que le médecin ne doive point agir ? Je ne suis point aussi explicite, et comme il y a des cas où la mort peut survenir, l'homme de l'art ne doit point se tenir dans l'expectation.

Après avoir essayé la saignée et l'opium, je reste partisan très convaincu de ce dernier médicament, et je pense qu'il y a faute à ne pas l'employer. Beaucoup, sans doute, ont guéri sans médication aucune ; mais avec l'opium administré à haute dose, il y a tout de suite du soulagement, du calme très utile pour le malade lui-même et pour les assistans, et des accidens mortels peuvent être éloignés. Toutefois, on doit, pour le traitement, faire une distinction : s'agit-il d'individus qui sont pris de délire pour la deuxième ou pour la troisième fois, parce qu'ils ont fait un excès, parce qu'ils ont ingéré accidentellement une quantité plus considérable de boissons alcooliques, d'eau-de-vie, l'opium alors réussira davantage et amènera prompte guérison. Dans le second cas, on a affaire à des ivrognes de profession : il y a œnomanie. Ces individus ont besoin, pendant l'attaque, de prendre une certaine quantité de spiritueux : on leur donne du vin, de l'eau-de-vie, et leur délire, qui continuait avec l'opium, cesse par l'administration des boissons spiritueuses. Dernièrement encore, chez un cocher, j'ai suivi cette méthode, et l'amendement s'est montré aussitôt après l'administration immédiate du vin. C'est cette médication que M. Chomel a préconisée, et dont il a retiré des avantages notables dans la *pneumonie des ivrognes*.

Le secrétaire : Henri ROGER.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Avril 1852.

Nouvelles recherches pratiques sur les causes, le pronostic et le traitement de la surdité ; par le docteur MARC D'ESPINE, médecin de l'institut des Sourds et Muets, des prisons, membre du conseil de santé du canton de Genève.

Les recherches de M. Marc d'Espine, destinées, comme l'indique leur titre, à éclairer les questions relatives aux causes, au pronostic et au traitement de la surdité, reposent sur 110 observations recueillies par lui. L'étendue de ce mémoire, qui a paru en trois fois dans les *Archives*, nous oblige à nous restreindre, et nous donnons d'abord les conclusions relatives aux causes et au pronostic de la surdité.

La surdité, dit M. Marc d'Espine, semble être un peu plus fréquente chez les hommes ; de sorte que sur dix sourds qui se présentent, il y en a six du sexe masculin pour quatre du sexe féminin. Quant à la curabilité, la surdité paraît être un peu plus souvent rebelle chez la femme que chez l'homme. D'autre part, il y aurait un peu plus de chance de guérir entièrement cette infirmité chez la femme que chez l'homme ; tandis qu'une simple amélioration serait plus facile à obtenir chez l'homme que chez la femme.

Les surdités doubles se présentent beaucoup plus communément que celles qui n'affectent qu'une oreille ; la proportion est comme 8 à 2. La surdité uni-latérale semble affecter plus souvent l'oreille gauche que la droite ; mais il ne paraît pas que les sexes aient aucune influence sur le côté affecté de surdité.

Quoique très probablement les vieillards comptent un plus grand nombre de sourds que les jeunes gens, ces derniers recourent plus volontiers au médecin que les premiers, ayant plus d'espoir de se guérir. C'est ce qui explique comment plus de la moitié des sourds qui sont venus consulter l'auteur avaient moins de 30 ans. Quant au pronostic, l'âge est très important à considérer. Ainsi, ont été améliorés ou guéris tous les individus âgés de moins de 10 ans ; les trois quarts de ceux âgés de 10 à 20 ans ; près des deux tiers de ceux de 20 à 30, de 30 à 40 et de 40 à 50 ; le quart seulement de ceux de 50 à 60, tandis que, au-de là de 60 ans, tous les cas traités l'ont été sans succès. Depuis que la série est close, l'auteur a cependant rencontré une exception à cette dernière règle.

Le degré d'ancienneté de la surdité, à l'époque où elle se présente pour être traitée, a une influence générale sur le pronostic, c'est-à-dire que les surdités guéries ne dataient, en moyenne, que de quatorze mois, que celles qui ont été améliorées dataient de quatre ans et demi, et que les cas qui n'ont été que légèrement améliorés dataient de six ans ; et les cas qui ont été entièrement rebelles remontaient à huit ans, toujours en moyenne. Toutefois, les surdités les plus anciennes, ainsi que les congéniales, ont offert des exemples de guérison ou d'amélioration, comme les cas récens ; même ceux qui dataient de quelques mois ont offert des exemples d'insuccès.

Le nombre des insuccès est proportionnel au degré d'intensité de la surdité. Les dysécées peu prononcées s'améliorent plus facilement sous l'influence du traitement. Toutefois, les cas de guérison complète se rencontrent aussi bien parmi les cas très prononcés que parmi les dysécées. Les cas, où il y a une disproportion évidente entre la perception des simples bruits et la faculté d'entendre la conversation, ainsi que les cas où une seule oreille est très sourde, et atteinte depuis longtemps, sont particulièrement rebelles au traitement.

L'hérédité est généralement considérée, en médecine, comme une circonstance qui aggrave le pronostic ; et de ce qu'on a cru remarquer que plusieurs maladies se transmettaient par voie de guérison, dans une certaine mesure de probabilité, on en a conclu, peut-être sans soumettre suffisamment cette question au creuset de l'expérience, que les maladies transmises par voie d'hérédité étaient moins curables que celles qui naissaient spontanément. M. le docteur Herpin a été presque étonné de trouver, par l'analyse des faits, que les épilepsies héréditaires lui avaient offert au moins autant d'exemples de guérison que les autres. L'auteur en dit autant pour les sourds ; la proportion des guéris ou améliorés, parmi les cas héréditaires, était la même que parmi ceux qui ne comptaient pas un seul sourd dans leur famille ; et dans une famille qui lui a fourni sept sourds à traiter, il a réussi à en améliorer deux et à en guérir trois, deux insuccès sur sept cas ! Il est fort possible que, en examinant avec quelque soin ce point important dans le reste du cadre nosologique, on arrive à établir que l'hérédité n'est point une circonstance aussi défavorable qu'on l'a pensé jusqu'à ce jour.

La mussitation, ou prononciation indistincte et empâtée des sourds n'exclut pas les chances d'amélioration.

La nature du cérumen sécrété par les conduits externes, qu'il soit brun et concret, ou jaune et liquide, n'a pas paru avoir de portée sur le pronostic ; tandis que l'absence du cérumen semble être un caractère qui appartient aux surdités rebelles.

La perforation du tympan n'empêche pas les sourds qui en sont atteints d'éprouver une notable amélioration de l'ouïe, par un traitement approprié.

Des bruits de différentes formes accompagnent fréquemment la surdité ; l'auteur pense que plus de la moitié des sourds sont affligés de cette pénible complication. Ces bruits apparaissent vers le début de la surdité, continuent plus ou moins pendant sa durée, et cessent lorsque la cophose est entièrement confirmée. Il semblerait qu'une surdité qui ne s'est jamais accompagnée de bruits soit moins rebelle à l'action du traitement ; cependant la proportion des guéris et des améliorés est assez considérable parmi les surdités compliquées de bruits, pour que cette complication ne puisse pas être considérée comme un signe fâcheux.

La forme brusque, rapide ou lente et imperceptible, sous laquelle débute la surdité, n'a pas une aussi grande portée sur le pronostic qu'on pourrait le croire. Chacune de ces formes, du moins, peut se rencontrer chez ceux que le traitement a améliorés. Toutefois, ce sont des surdités qui, sans débuter brusquement et tout à coup, ont cependant paru à une époque que le malade peut préciser, dans l'espace de quelques jours, qui ont offert le plus d'exemples de guérison.

En étudiant, au point de vue du pronostic, les différentes circonstances extérieures et accidentelles ou morbides qui se sont rencontrées vers l'origine des surdités qu'il a traitées, voici ce que l'auteur a trouvé :

Le pronostic de la surdité est surtout favorable lorsqu'on peut le rattacher à l'action de l'air froid ou humide, à un coryza, à une bronchite, à un état habituel d'enchifrènement, à des maux de gorge. L'otorrhée même, celle qui est fétide et s'accompagne d'une perforation du tympan, n'influe pas en général d'une manière fâcheuse sur le pronostic. Les surdités qui se lient aux scrofules, aux gourmes de l'enfance, celles qui tiennent lieu à la présence d'un corps étranger, d'un polype des conduits externes ou des fosses nasales, offrent toutes un pronostic favorable.

Le pronostic est, au contraire, défavorable lorsque la surdité reconnaît pour origine de violentes contusions à la tête, de fortes détonations d'armes à feu, des cris perçans poussés vers les oreilles. Les surdités survenues par métastase, ainsi que celles qui se développent insensiblement, et sans qu'on puisse leur assigner aucune cause appréciable sont aussi très rebelles.

Enfin la coqueluche, la scarlatine, les maladies aiguës fébriles, la fièvre typhoïde en particulier et l'âge critique, sont autant de circonstances qui se sont rencontrées à l'origine de surdités que l'auteur a pu améliorer, mais non guérir.

(*La suite au prochain n°.*)

Le feuilleton de l'UNION MÉDICALE, du 10 avril dernier, contenait une allusion à un article de chirurgie publié dans un journal étranger par sa nature aux publications de ce genre. Cette allusion a éveillé la légitime susceptibilité de M. le dr Chassaignac. Nous regrettons que des explications amiables n'aient pas pu avoir lieu immédiatement. Elles auraient certainement convaincu M. Chassaignac que jamais l'UNION MÉDICALE n'avait eu la pensée de lui attribuer soit l'initiative d'une pareille publication, soit aucune influence sur son insertion dans le journal qui l'a accueillie. Nous n'avons voulu que signaler à M. Chassaignac et à ses honorables collègues de la Société de chirurgie, l'usage que l'on avait fait de son nom et du leur. Des explications complètes ont eu lieu à ce sujet ; et nous nous empressons de déclarer que leur résultat a été de nous démontrer que nous avions eu raison d'éloigner toute pensée d'une participation quelconque de l'honorable M. Chassaignac à cette publication.

Amédée LATOUR.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

DÉMOLITION DE L'HOTEL-DIEU. — Ainsi que nous l'avons annoncé, le projet de démolition de l'Hôtel-Dieu prend tous les jours plus de consistance. La ville de Paris vient même de soumettre au gouvernement un projet d'échange d'après lequel elle ferait démolir à ses frais le principal bâtiment de l'Hôtel-Dieu, formant une des faces de la place du Parvis Notre-Dame, et elle recevrait en retour, de l'État, l'église et l'enclos des Barnabites. Cette église est située dans l'enceinte que forment les maisons donnant sur les rues de la Barillerie, aux Fèves, de la Calandre, de la Vieille-Draperie et place du Palais-de-Justice. On y pénètre par un large portail qui s'ouvre sur cette place.

La ville de Paris démolirait l'église des Barnabites, s'approprierait le terrain, y établirait le marché du quai du Marché-Neuf, et très probablement la Morgue, qui, d'après les projets des travaux de la Seine, doit changer d'emplacement. L'église des Barnabites, aujourd'hui sans destination, a servi, jusqu'à ces derniers temps, de lieu de dépôt pour les archives de la Cour des comptes.

NOMINATIONS. — Par suite du concours qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de la marine du port de Rochefort, ont été proposés : MM. Jossic, à la chaire de matière médicale ; Japhet, chirurgien de 1re classe ; Brunereau et Duplessy pour la 2e classe ; Chalex, Gailhard, de Nozeille, Savatier et Luzet pour la 3e classe, ce dernier au service colonial. Pharmaciens de 2e classe : MM. Peyromol et Giraudias (ce dernier pour le service colonial) ; MM. Pernet et Roux pour la 3e classe.

PRIX. — Le directeur du commerce et de l'agriculture vient d'envoyer, à plusieurs de nos Académies de province, des secours destinés à fonder des prix pour les personnes qui trouveront un spécifique contre la rage.

NÉCROLOGIE. — Le docteur A. Moreno, premier médecin de la chambre de la reine d'Espagne, et professeur de pharmacie, vient de mourir.

Le docteur Amella, de l'Université de Grenade, vient de mourir également à Cadix.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 66. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 3 Juin 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. .... 32 Fr. :
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 JUIN 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Tout l'intérêt de la séance s'est concentré sur une communication de M. Huzard, relative à la morve aiguë de l'homme, et à la doctrine bien inattendue que cet honorable membre de la section vétérinaire est venu exposer devant l'Académie. Quand nous disons doctrine, le mot paraîtra ambitieux, même à M. Huzard; et pour être plus vrai, nous nous bornerons au mot assertion, assertion étrange qui rompt en visière avec les opinions unanimement reçues aujourd'hui en pathologie, et que M. Huzard a eu le tort scientifique grave de jeter en avant, sans l'accompagner des apparences même de la preuve.

M. Huzard, à l'occasion d'un fait de morve aiguë, récemment observé à l'hôpital de la Charité, et dont il a contesté le diagnostic et l'étiologie, M. Huzard a jeté sur les esprits étonnés de l'Académie et de l'assistance cette singulière opinion : la morve aiguë n'existe pas chez l'homme comme maladie spéciale; ce qu'on désigne sous ce nom, n'est que la résultante et la terminaison de beaucoup d'autres maladies.

Mais l'étonnement est devenu plus profond quand M. Huzard a ajouté : l'ensemble de symptômes que l'on désigne sous le nom de morve aiguë chez le cheval, n'existe pas plus comme maladie spéciale; ce n'est pas la même maladie que les anciens vétérinaires appelaient de ce nom.

Interpelé d'abord par M. Velpeau, qui craignait d'avoir mal entendu, si c'était bien là ce qu'il avait voulu dire, M. Huzard a bravement répondu : Oui; ce qui lui a valu une vive et excellente réplique du professeur de la Charité, de M. Renault, de M. Bérard, de M. Laugier, qui, tous, et à qui mieux mieux, rappelaient les faits, les longues discussions, les nombreux travaux par lesquels la transmission de la morve aiguë du cheval à l'homme, son étiologie spéciale, ses symptômes caractéristiques et l'ensemble des élémens de cette terrible maladie, ont valu une place à part dans le cadre nosologique, et ont édifié la doctrine actuelle de ce point de pathologie.

M. Huzard a répondu par des assertions nouvelles à ces redoutables adversaires. Cet honorable membre de la section vétérinaire doit s'être aperçu qu'il ne portait la conviction dans aucun esprit, et que s'il veut entamer sérieusement le débat, il a besoin de se munir d'autres armes et d'une argumentation plus solide.

Amédée LATOUR.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Deux communications intéressantes ont été faites à l'Académie des sciences. MM. A. Becquerel et A. Rodier, continuant leurs études hématologiques, ont présenté hier les résultats de leurs recherches sur les modifications que les maladies chroniques font subir à la composition du sang. Ces modifications sont profondes et diverses. Les trois principaux élémens du sang, les globules, la fibrine et l'albumine, peuvent augmenter ou diminuer isolément, deux à deux, ou tous trois simultanément. Les auteurs indiquent et précisent ces diverses modifications selon les diverses maladies. Quant aux applications thérapeutiques, nous avons le regret de voir dans ce travail que les idées généralement reçues et la pratique ordinaire ne recevront aucune modification importante par ces recherches, car la conclusion des auteurs, à cet égard, laisse les choses à peu près dans l'état où elles sont aujourd'hui.

Moyen de composer les anesthésiques, tel est le titre de la note que M. Ed. Robin a soumise à l'Académie. D'après des principes précédemment indiqués par l'auteur, il a été conduit à employer l'éther chlorhydrique, anesthésique découvert par M. Flourens, mais en le dissolvant dans la liqueur des Hollandais, dans le chloroforme, dans la benzine, ce qui lui donne une volatilité moindre. D'après M. Robin, ce mélange produirait une anesthésie complète, sans aucune excitation, sans aucun malaise, et ne serait susceptible de donner lieu à aucun accident toxique. Voilà de bien belles espérances. Souhaitons qu'elles se réalisent.

Amédée LATOUR.

La vacance des chaires de clinique médicale et de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris, a mis en circulation des bruits divers, soit de permutation, soit de nomination, soit de création ou de transformation de chaires nouvelles. Nous pouvons assurer que tous ces bruits sont au moins prématurés. M. le ministre de l'instruction publique ne paraît avoir pris encore aucune détermination sur ce sujet, et la Faculté de médecine n'a encore reçu aucune communication officielle à cet égard.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU SEL MARIN DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

§ II.

DE L'ACTION DU SEL MARIN SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

L'action du sel marin, comme celle d'un grand nombre d'agens thérapeutiques, varie suivant sa nature, suivant l'état de pureté dans lequel il se trouve et suivant les doses auxquelles il est administré.

1. Généralement on confond, sous le nom de sel marin, tous les chlorures de sodium livrés à la consommation par le commerce. Cette erreur, dont personne, que je sache, n'a encore tenu compte, si elle est sans importance aucune sous le rapport culinaire, peut être fort grave en thérapeutique.

a. Le véritable sel marin, ou chlorure de sodium, produit d'une lente évaporation de l'eau de mer, dans les marais salans, se présente sous la forme de cubes assez gros, assez solides et de couleur grisâtre; il contient de l'iode en quantités indéterminées.

b. Le sel de cuisine, qui provient des sources salées ou de la solution de sel gemme que l'on fait évaporer à grand feu dans les usines de l'Est, se trouve, dans le commerce, sous la forme de larges pyramides concaves, très friables et d'une blancheur éclatante; il est entièrement privé d'iode; peut-être y trouve-t-on quelquefois un peu de fer. Les pyramides sont d'autant petites, que l'évaporation de l'eau a été plus rapide; et l'on doit à cette grande rapidité d'évaporation le sel pulvérulent, dont la blancheur et la finesse le font rechercher pour le service de la table.

c. Enfin, la sophistication qui pénètre partout avec l'industrie, pour répondre aux demandes des localités où l'on croit devoir donner la préférence au sel marin sur l'autre, salit ce dernier en le colorant avec des marnes grises, pour lui donner l'aspect du sel de mer.

Quand donc on parle du sel marin, il faudrait, avant tout, que l'on se fût assuré de son origine, de la nature des élémens qui le composent, avant de rien affirmer.

2. Il ne sera question, dans ce travail, que du chlorure de sodium fabriqué à Dieuze (Meurthe).

A. Pris à faible dose, pendant longtemps, il agit d'abord comme tonique; puis, si l'on en prolonge démesurément l'usage, il attaque la fibrine et diminue la plasticité du sang qu'il liquéfie outre mesure.

a. L'hygiène et la pathologie vétérinaire nous fournissent, à cet égard, des données précieuses que l'on n'a pas toujours eu occasion de recueillir en médecine humaine.

Dans nos pays de marais, les fourrages souvent rasés, à la suite de fréquentes inondations, et trop souvent de qualité médiocre, ne contiennent plus la quantité de matières alibiles nécessaires à l'entretien du bétail; les cultivateurs, pour remédier à cet ordre de choses, répandent, couche par couche, sur ces mêmes fourrages, des quantités de sel dont ils ne prennent pas toujours la précaution de déterminer exactement la dose. Quand cette dernière dépasse certaines limites, apparaît alors, surtout chez les jeunes animaux dont les facultés absorbantes sont très énergiques, une maladie toujours grave, presque toujours incurable, qui a nom hydrohémie.

Beaucoup de nos pâturages, largement arrosés par des sources salées, fournissent des plantes chargés de chlorure de sodium, que le bétail recherche avec une grande avidité. Tant qu'on permet aux animaux de n'user qu'avec discrétion de cette sorte d'alimentation, leur santé est florissante; mais aussitôt qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils sont bientôt pris, par suite de l'ingestion d'une trop grande quantité d'alimens saturés de chlorure de sodium, de l'incurable hydrohémie.

J'ignore si cette modification du sang par les sels de soude peut être enrayée par la petite quantité d'iode contenu dans le sel de mer.

Un fait remarquable, et dont nous avons vérifié, par des analyses, la constante exactitude, pour le cheval, c'est que le sel commun est éliminé presque en totalité par les urines et les selles. Il en est sans doute de même pour le reste du bétail.

b. Au moyen de quelques faits de pathologie humaine, il nous a été facile de rapprocher l'action des sels de soude sur le sang de l'homme de leur action sur le sang des animaux. Les ouvriers de la saline de Dieuze, occupés à la fabrication de la soude factice (carbonate de soude), sont sujets à des sortes d'accidens que l'on ne saurait mieux comparer qu'à la chlorose, avec décoloration, relâchement, bouffissure des tissus, diminution, suspension des sécrétions, engorgemens hydrohémiques des extrémités inférieures; gonflement, empâtement du bas-ventre et lésion chronique de quelque viscère abdominal. Les ouvriers chargés d'entasser la soude dans des tonnes, sont les plus exposés, attendu qu'ils vivent dans une atmosphère constamment chargée de ce sel pulvérulent.

B. Donné à doses un peu élevées, le chlorure de sodium est irritant, par conséquent vomi ou rendu par les selles. Entraîné lui-même par les sécrétions qu'il provoque, il ne saurait passer dans le sang et en produire la fluidité morbide; quelques affections du tube digestif et de ses annexes sont certainement le moindre des inconvéniens que l'on doive attendre de son emploi à haute dose, très mal supporté par le duodénum et le foie. Si donc il guérit quelquefois les fièvres à quinquina, ce ne peut être qu'à la manière des substances employées dans toutes les méthodes perturbatrices; si, d'un autre côté, l'ingestion en est suivie du dégorgement *presque instantané* de la rate, que doit-on penser de la nature de l'engorgement de cet organe (1), surtout si, comme cela est nécessaire, on tient compte du déplacement opéré des viscères très mobiles, lorsque les mouvemens de l'un d'eux sont sollicités par une substance aussi irritante que le chlorure de sodium? Puis, encore une fois, faudrait-il faire connaître l'espèce de chlorure de sodium qui a servi aux expérimentations.

Pour compléter ce qui reste à dire sur l'action du chlorure de sodium, on pourrait ajouter ici que le sel de mer, appliqué extérieurement en poudre ou incorporé dans l'huile de lin, est un fondant précieux à l'adresse des ganglions lymphatiques indurés, et que le sel des mines de l'Est ne jouit point de cette faculté.

§ III.

CONSÉQUENCES DE L'ACTION DES EFFLUVES DES MARAIS SUR L'ÉCONOMIE, COMPARÉES AUX RÉSULTATS NÉCESSAIRES DE L'EMPLOI DU SEL MARIN.

Nous avons vu que l'action prolongée du miasme paludéen sur l'économie humaine produit tous les accidens observés par les médecins vétérinaires, dans ce qu'ils nomment hydrohémie; d'un autre côté, il résulte de l'observation la plus rigoureuse que la fluidité morbide du sang et la prédominance des sucs aqueux, avec ou sans engorgemens viscéraux, dans l'espèce humaine, reconnaissent pour cause l'action des sels de soude, de même que l'hydrohémie du bétail est provoquée par l'abus du chlorure de sodium.

Est-il rationnel dès lors d'opposer, soit comme moyen prophylactique, soit comme agent curatif, le chlorure de sodium aux résultats de l'empoisonnement paludéen? Certes, si le chlorure de sodium pouvait être, dans cette occasion, l'antidote par excellence, les habitans de notre vallée marécageuse de la Seille où tout est salé : la terre, les eaux, les végétaux, les maisons, ces habitans, dis-je, seraient à jamais préservés des fièvres à quinquina; et les nombreux ouvriers qui travaillent dans le fond de la mine du sel gemme et ceux qui sont employés à la fabrication du sel par évaporation à grand feu, devraient jouir de la même immunité. Mais malheureusement les faits sont en perpétuelle et flagrante opposition avec la théorie;

(1) M. Rochard pense que cet organe s'atrophie sous l'influence du miasme paludéen. (UNION MÉDICALE, t. VI, n° 17, 10 février 1852.)

ici l'expérience prophylactique proposée par M. Piorry, est faite en grand : le chlorure de sodium absorbé par toutes les voies, loin de préserver de la fièvre d'accès, rend au contraire, par son action sur le sang, l'homme beaucoup plus vulnérable aux atteintes des endémies et des épidémies paludéennes.

N'y a-t-il pas là de quoi faire cesser toutes les hésitations provoquées dans le monde médical, par des données trop peu positives? Et puisque nous ne possédons qu'un seul spécifique, le sulfate de quinine, tâchons d'en restreindre l'emploi, non en l'accusant d'insuffisance pour lui substituer des succédanés fort incertains, mais en nous occupant davantage des exigences de l'hygiène publique (1).

§ IV.

DIFFÉRENCE DES TRAITEMENS A EMPLOYER SUIVANT QUE LES CONTRÉES SONT SALUBRES OU INSALUBRES.

Quelle valeur scientifique peuvent avoir, aux yeux des praticiens, les expériences entreprises dans les contrées qui doivent leur salubrité à l'absence de tout foyer paludéen? Les fièvres d'accès s'y montrent-elles autrement que d'une manière sporadique? N'y guérissent-elles pas par tous les moyens même les plus étranges : expectation (le miasme paludéen ne pouvant continuer à influencer l'économie), compression du petit doigt au moyen de la *peau* d'un œuf, ligature des poignets, application de la renoncule scélérate fraîche à la partie inférieure et antérieure des avant-bras, bains de surprise et impressions morales de toute sorte, suc de citron, infusion de café salée, poivre noir, décoction de saule, sel marin et vinaigre, etc. (2).

Ne sait-on pas que, le plus souvent, pour la cure d'une fièvre intermittente rebelle, il suffit de l'abandonner à elle-même et de transporter le fébricitant d'une contrée paludéenne dans un pays où il n'y a pas de marais? Et alors que devient l'hypersplénotrophie, puisque la fièvre ne reparaît pas tant que l'on se tient éloigné des émanations qui l'avaient produite?

L'observation a encore constaté que les fièvres à quinquina cèdent infiniment plus facilement au fébrifuge par excellence, loin des foyers d'où elles émanent que lorsque les sujets qui en sont atteints restent plongés dans une atmosphère chargée d'effluves marécageux; et nul ne conteste la rareté des rechutes loin des foyers endémiques : n'y a-t-il pas là encore un grand enseignement?

Ce serait une grave erreur de croire que, dans les pays de marais, les endémies se présentent chaque année et dans chaque saison avec les mêmes formes, la même persistance, la même intensité. Il est certaines périodes vernales où les fièvres quotidiennes et tierces affectent un tel caractère de béniguité, que l'on en a facilement raison au moyen d'un éméto-cathartique, d'un agent perturbateur quel qu'il soit, ou les plus faibles doses du sulfate de quinine; mais le plus souvent, dans nos contrées, les fièvres vernales sévissent et se reproduisent avec une désespérante tenacité : chaque quinze jours les accès se montrent de nouveau et continuent ainsi quelquefois jusqu'au printemps suivant, quelle que soit la valeur et la dose du fébrifuge employé. On a beau substituer l'arsenic au sulfate de quinine, mélanger ce dernier avec le quinquina et d'autres substances, on n'est pas plus heureux.

Les fièvres les plus communes de l'automne sont les fièvres tierces et quartes, et la ténacité, ainsi que la tendance aux récidives chaque quinzaine, est un caractère essentiel des pyrexies de cette saison; on ne peut s'en rendre maître qu'au moyen des préparations de quinquina et quelquefois de l'émigration, quand la position sociale et pécuniaire des malades le permet.

Au printemps et en automne des tentatives ont été faites, sous mes yeux, pour guérir des fébricitans avec le chlorure de sodium; le sel a été vomi, sans profit pour les malades.

Ce n'est guère que dans le voisinage des marais, où les fièvres sont endémiques, que l'on rencontre au commencement ou à la fin de l'été, des fièvres pernicieuses qui tuent quelquefois au premier, au second et sûrement au troisième accès.

A-t-on osé, jusqu'à ce jour, se fier à d'autres agens que le sulfate de quinine à doses élevées quand il s'agit de ces épouvantables empoisonnemens paludéens? De l'avis de tout le monde, le sulfate de quinine est resté, pour ces cas graves, comme il doit l'être dans tous les autres, le seul spécifique à préconiser.

En résumé, les fièvres intermittentes, développées en dehors de l'influence de foyers endémiques, cèdent à tous les moyens, depuis l'expectation jusqu'au chlorure de sodium, quelle que soit origine; mais à part quelques circonstances, la seule ressource qui reste aux fiévreux, vivant dans la sphère d'action des marais, est le sulfate de quinine, puis exceptionnellement l'émigration.

CONCLUSION.

1° Le sel gemme, le chlorure de sodium des usines de l'Est, sophistiqué ou non, et le sel marin, n'étant point identiques dans leur composition, ne sauraient agir de la même manière; conséquemment beaucoup des expériences publiées restent sans valeur;

2° L'action du chlorure de sodium sur le sang est analogue à celle de l'effluve des marais; l'une et l'autre produit l'hydrohémie;

3° Le chlorure de sodium ne guérit les fièvres des marais que dans des cas exceptionnels, au printemps, où tout autre moyen perturbateur réussirait;

4° Le sulfate de quinine demeure, quoi qu'on fasse, le seul spécifique à opposer à toutes les formes de fièvres des marais.

Agréez, etc. Dr L.-A. ANCELON (de Dieuze).

(1) J'ai donné l'exemple en publiant les travaux que j'ai adressés à l'Académie des sciences sur les maladies causées par nos marais.

(2) Ce mélange de chlorure de sodium et de vinaigre employé, depuis fort longtemps dans nos campagnes avec une persistance digne d'un meilleur sort, jamais il ne guérit, seulement il ajoute au mal une gastrite aiguë.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU COLCHIQUE D'AUTOMNE; par le docteur J. Mac Grégor MACLAGAN.

(Voir le dernier numéro.)

2° ACTION THÉRAPEUTIQUE DU COLCHIQUE.

1° *Comme diurétique.* — C'est Stoerk, médecin de Vienne, qui a signalé le premier les propriétés diurétiques du colchique, en 1763, et depuis il a publié, dans un autre ouvrage, de nombreux faits de guérison à l'aide de cet agent. Ainsi, on y trouve deux observations d'hydropisie, consécutives à la scarlatine, terminées par guérison complète en quatorze jours, et une observation d'asthme avec ascite, chez un vieillard qui fut entièrement débarrassé de ces deux maladies en une semaine. Stoerk employait l'oxymel de colchique en commençant par 4 grammes, et en augmentant peu à peu la dose jusqu'à 60 grammes par jour. Suivant ce médecin, l'action physiologique du colchique peut être traduite par l'aphorisme suivant : « *Le colchique dissout le phlegme et augmente l'expectoration et* » *les urines.* »

Nous croyons inutile d'insister davantage sur les faits publiés par Stoerk; mais tout en rendant justice à ce médecin pour les progrès qu'il a fait faire à la thérapeutique, par l'introduction de nouveaux agens, et en particulier du colchique, il nous est impossible de ne pas ajouter que Stoerk était assez disposé à se faire illusion sur les résultats heureux de sa pratique; et son contemporain de Haen rapporte que sur 36 cas de cancers que Stoerk considérait comme guéris par l'usage de la ciguë, il se trouva, toutes recherches faites, que 30 s'étaient terminés par la mort, et que dans 6 autres les malades conservaient encore leur affection.

M. Planchon a consigné dans le *Journal de médecine*, 1765, plusieurs faits de sa pratique dans lesquels l'usage du colchique a triomphé d'asthmes, d'hydrothorax, d'ascites et d'anasarques.

De nos jours, le colchique est, je crois, peu employé comme diurétique. Il en est à peine fait mention dans les auteurs modernes. Cependant M. Mason Good a écrit dans ses *Études sur la médecine* que le colchique est fort utile dans les hydropisies, et que comme diurétique il peut être mis sur le même plan que la scille dans le traitement de cette maladie. M. Craigie, dans sa *Médecine pratique*, mentionne aussi son utilité dans les hydropisies, tout en disant qu'il est incertain dans ses effets. Pour moi, je ne doute pas des propriétés diurétiques du colchique; et cette particularité de son action, en vertu de laquelle il augmente la sécrétion de l'urée, doit le faire considérer comme un véritable et efficace stimulant des reins, dans les cas de suppression d'urine, et par conséquent lorsqu'il y a à craindre les effets fâcheux de l'accumulation de l'urée dans le sang.

Le docteur Douglas Maclagan a employé avec le plus grand succès le vinaigre de colchique chez un jeune enfant affecté, depuis trois jours, d'une suppression presque complète d'urine (il n'en avait pas rendu en tout une once dans cet intervalle) alors que la digitale, l'esprit d'éther nitrique, l'acétate de potasse et les délayans avaient complètement échoué. Nous citerons encore le passage suivant de l'article *hydropisie* du *Dictionnaire de médecine*, de Copland : « Dans la forme aiguë de » l'hydropisie, dit ce médecin, on peut employer avec avan- » tage le colchique, joint aux mercuriaux en poudre; mais » dans la forme asthésique, il vaut beaucoup mieux le com- » biner avec les diurétiques chauds, avec les infusions toni- » ques, avec les préparations contenant du camphre ou de » l'ammoniaque, ou avec les carbonates alcalins à haute dose, » particulièrement dans la diathèse goutteuse ou rhumatis- » male. »

Pour ma part, dans l'hydropisie qui succède à la scarlatine, je me suis souvent bien trouvé de l'emploi du colchique, surtout dans les cas où l'urine est presque supprimée et où il existe des symptômes comateux. Ces derniers symptômes, on est fondé à les rapporter à l'accumulation de l'urée dans le sang; et la puissance dont jouit cet agent thérapeutique, de ramener l'urée à sa proportion normale, même au-delà, semble l'indiquer comme un remède efficace contre cette maladie et contre celles qui présentent à la fois le coma et la suppression d'urine. Chez un malade que j'ai soigné avec le docteur A. Christison, affecté de scarlatine, avec suppression complète d'urine et symptômes comateux, l'extrait acétique de colchique fut employé avec un succès complet, alors que les délayans et les diurétiques ordinaires, employés d'abord, n'avaient amené qu'une sécrétion insignifiante d'urine, d'une pesanteur spécifique peu élevée. Ce fut à titre de diurétique et d'éliminateur de l'urée que je proposai le colchique. Pour contrôler son action, j'examinai d'abord les urines et je les trouvai composées, sur 1,000 parties de : urée 1,427, acide urique, une trace, sels inorganiques 13,510, matière organique et eau 969,573, albumine 15,490. Le lendemain du jour où l'extrait acétique de colchique fut prescrit, les symptômes comateux avaient beaucoup diminué; l'urine, d'une densité normale, avait été rendue en assez grande quantité, et l'analyse que j'en fis le lendemain me donna les proportions suivantes : urée 7,500, acide urique 0,480, sels inorganiques 8,718, matière organique et eau 975,359, albumine 7,943. Dans la soirée du quatrième jour, tous les symptômes comateux avaient disparu, ainsi que l'hydropisie et l'anasarque, l'urine avait repris son aspect et ses proportions normales. Le lendemain, l'emploi du colchique fut suspendu, parce qu'il était survenu de la diarrhée; mais l'urine, examinée pour la troisième fois, ne contenait plus d'albumine et donnait les résultats suivans : pour l'urée 13,573, pour l'acide urique 0,814, pour les sels organiques 7,431, pour les matières organiques et l'eau 978,182.

En résumé, sous l'influence du colchique, la proportion de l'urée s'était élevée successivement de 2 à 7 et à 13 millièmes; celle de l'acide urique d'une trace à 0,480 et à 0,814, tandis que les matériaux solides tombaient successivement de 35 à 30 et à 27 millièmes. Je crois donc que, dans tous les cas où l'albumine et l'urée semblent se remplacer et où le coma survient très probablement à la suite de l'accumulation de ce dernier principe dans le sang, le colchique est appelé à rendre les mêmes services que dans celui que je viens de faire connaître. Du reste, j'ai traité depuis, de la même manière, deux malades placés dans les mêmes conditions; le résultat a été exactement le même.

2° *Comme sédatif.* — M. Haden a publié, en 1820, une petite brochure sur le colchique, dans laquelle il a appelé particulièrement l'attention sur les effets sédatifs de cette substance contre les inflammations. « Si, dit-il, dans une inflammation » pure, on donne le colchique de manière à avoir de larges » effets purgatifs, on verra le pouls revenir à son état natu- » rel, qu'il soit vite ou dur, lent ou plein. Mais on peut aussi » observer le même effet avant que la purgation se soit pro- » duite. Les fièvres et les inflammations traitées de cette ma- » nière ne réclament jamais l'emploi des toniques pendant la » convalescence; les malades se trouvent généralement aussi » forts que s'ils n'avaient pas été affectés de maladie; et si » parfois les symptômes se reproduisent, c'est avec une inten- » sité moindre, et les nouveaux accidens sont enlevés immé- » diatement et en quelques heures par la reprise du traitement, » mais employé d'une manière moins rigoureuse. »

M. Haden a fait observer que la teinture de colchique ne produit souvent d'effets purgatifs qu'après quarante-huit heures, et que alors ses effets sont très violens; tandis que, en les combinant avec un purgatif salin, les effets sédatifs du colchique sont plus rapides et plus marqués que lorsqu'il est donné seul. Frappé des effets trop énergiques de la teinture, il lui substituait souvent la poudre de bulbe, qu'il employait dans un grand nombre de maladies, principalement dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les fièvres inflammatoires, dans l'inflammation des poumons, de la plèvre et des bronches, et dans la fièvre puerpérale. Parmi ces faits, nous citerons un cas de rhumatisme articulaire aigu, développé depuis vingt-quatre heures seulement, et dans lequel cinq doses d'une poudre, composée de 25 centigr. de colchique en poudre et de 1 gr. 25 de sulfate de potasse, administré à six heures d'intervalle, firent justice en deux jours des accidens. M. Haden rapporte un cas de pneumonie, et six cas de fièvre traités par le même moyen; mais rien ne prouve que le médicament ait exercé, dans ces circonstances, une influence bien manifeste et bien directe. Quoi qu'il en soit, M. Haden résume son opinion sur l'action du colchique dans les termes suivans : « Les effets sensibles du colchique paraissent se traduire par une action spéciale sur le cœur et sur les artères, dont il ramène le mouvement au type normal, et même au-dessous. Ces effets se produisent souvent bien avant tout autre; mais lorsqu'on continue assez longtemps le médicament, et généralement avant que l'action thérapeutique ait pris tout son développement, il survient des effets purgatifs. Ces effets purgatifs s'accompagnent quelquefois de nausées et de vomissemens, tandis que dans d'autres c'est la sécrétion rénale ou cutanée qui est augmentée; même parfois ce dernier effet a lieu sans qu'on aperçoive les premiers phénomènes. »

On voit, par ces conclusions, que M. Haden considère l'action du colchique comme essentiellement sédative, et cela en dehors des effets purgatifs et diurétiques, qui lui paraissent des effets accidentels. Tout fait croire que M. Haden a exagéré les effets sédatifs du colchique; mais la chose dont on doit le plus s'étonner, c'est que ce médecin ait obtenu des résultats si remarquables avec la poudre de bulbe, préparation rarement employée par les médecins, et considérée par eux comme très incertaine dans son action. Ajoutons, relativement aux effets sédatifs du colchique, que trois médecins, le docteur Lewins (*Edimb. journal*, t. 47), le docteur Tait (*the Lancet*, t. 1), et le docteur Lewins junior (*Edimb. journal*, t. 56), ont proposé l'emploi du colchique, le premier dans les maladies inflammatoires de poitrine, du cœur et des gros vaisseaux principale-

ment; les deux autres dans les formes graves de la scarlatine.

3° *Comme diaphorétique.* — Le colchique est rarement employé aujourd'hui à titre de diaphorétique, bien que, sans aucun doute, il possède une action remarquable sous ce rapport, surtout lorsqu'il est combiné avec l'opium. Comme c'est probablement à des effets analogues qu'il faut rapporter les résultats remarquables que ce médicament a donnés entre les mains d'un grand nombre de médecins, dans le traitement de la goutte et du rhumatisme, nous placerons ici ce qui est relatif à l'emploi du colchique dans ces deux maladies.

Il est probable que le colchique a été employé dans des temps très anciens, pour la guérison de la goutte; mais ce qui est certain, c'est que aujourd'hui son emploi est très général; peut-être même certaines préparations, renommées dans le traitement de la goutte, telles que l'eau médicinale, par exemple, ne doivent leur activité qu'à la présence du colchique (1).

On a dit souvent que l'action du colchique a quelque chose de spécifique dans la goutte; mais, comme je l'ai fait remarquer ailleurs, cette expression ne semble indiquer autre chose que des effets énergiques et marqués sur la maladie. Car, pris à la lettre, le mot spécifique semblerait indiquer que le colchique guérit la maladie sans déterminer aucun effet physiologique; tandis qu'il résulte du témoignage des praticiens que cette action curative s'exerce rarement sur les paroxysmes sans qu'il y ait des effets physiologiques bien tranchés. J'ajouterai cependant que, suivant quelques auteurs, suivant M. Gairdner en particulier, le colchique n'agirait jamais plus efficacement que lorsque ses effets seraient silencieux et calmes, c'est-à-dire lorsqu'il n'y aurait aucune évacuation, aucun trouble dans la santé des malades. Pour ma part, je ne peux trancher la question, n'ayant pas vu un assez grand nombre de goutteux pour m'assurer des effets physiologiques et thérapeutiques du colchique dans la goutte.

On a dit souvent que l'emploi du colchique a un inconvénient sérieux : c'est qu'il confirme la constitution goutteuse chez les personnes qui en font usage. Comme, en général, la goutte survient chez des personnes qui y sont prédisposées, soit par l'hérédité, soit par les habitudes d'une vie trop large, etc., on a supposé que le colchique enracinait la goutte dans l'économie des malades; tandis que, en réalité, on eût pu aussi bien attribuer les récidives de la goutte aux habitudes héréditaires ou acquises. Toujours est-il que les avis sont partagés sur ce point. D'après M. Holland, l'accusation portée contre le colchique ne serait rien moins que fondée; mais, en revanche, M. Copland pense que l'emploi de ce moyen a pour résultat de rendre les accès plus fréquens, et d'augmenter les phénomènes qui annoncent l'approche des accès, tels que les troubles nerveux, la débilité des organes digestifs, la torpeur et l'irrégularité des fonctions biliaires et intestinales, la céphalalgie, etc.

Peut-être, cependant, faut-il admettre que M. Copland a beaucoup exagéré les inconvéniens de l'emploi du colchique, et M. Holland pense, au contraire, qu'on peut en faire usage à la fois comme moyen préventif et curatif de la goutte. J'ai dit plus haut que mon expérience était insuffisante à cet égard. Quant au mode d'action du colchique dans la goutte, indépendamment des effets dont nous avons parlé, il doit agir comme diurétique et diaphorétique; mais sa principale action consiste à agir sur le pouls, qu'il fait tomber, sur la douleur qu'il soulage, et par conséquent il agit à titre de calmant ou de sédatif. Si on se rappelle, toutefois, l'action particulière du colchique sur la sécrétion rénale, et la tendance des reins chez les goutteux à sécréter de l'acide urique, il sera peut-être permis de penser que les effets de ce médicament sont dus en partie aux changemens qu'il détermine dans les qualités chimiques du sang et des sécrétions qui en dérivent.

(La fin au prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DES EAUX ET DES BOUES THERMO-MINÉRALES DE SAINT-AMAND; par D. CHARPENTIER, d.-m., médecin-inspecteur de Thermes de St-Thomas, membre titulaire de la Société de médecine de Paris. — In-8°, etc.; Paris, J.-B. Baillière.

Comme l'a dit dans ce journal un honorable et savant confrère (2) : « Écrire sur la médecine des eaux minérales, c'est obéir en quelque » sorte au caractère du siècle et à l'impulsion des esprits;.... on ne saurait mieux faire que de publier beaucoup sur cette matière, car les » publications supposent des études préalables, et les eaux minérales » commencent à peine à se révéler à nous. »

J'ajouterai qu'on sert non moins utilement la science et l'humanité, en vulgarisant tout ce qui peut faciliter aux classes moins aisées de la société l'emploi des moyens énergiques empruntés à la médecine naturelle. Or, pour le grand nombre des malades, un long et dispendieux voyage étant impossible, il est à souhaiter que les ressources thermales de chaque localité soient bien connues des praticiens. Tels sont certainement les motifs qui ont dicté au docteur Charpentier la notice qu'il présente au public médical.

Les eaux et les boues de St-Amand peuvent, à bon droit, s'enorgueillir d'un antique renom; mais depuis 1772 aucun médecin n'a tenté de ramener sur elles l'attention. Aussi, privées de la sanction que seule l'observation clinique peut donner aujourd'hui aux agens thérapeutiques, ces eaux sont-elles à peine mentionnées pour mémoire dans les différens ouvrages sur la matière. Une condition fâcheuse, leur température relativement basse (20 à 21° R.), s'est ajoutée à l'incurie des médecins-inspecteurs de ces eaux pour les maintenir dans un oubli complet pendant le dernier siècle.

Eh bien! hâtons-nous de le dire, ces causes d'infériorité ont été heureusement combattues par le docteur Charpentier : un ingénieux procédé, dont il est l'auteur, élève et maintient au degré convenable la température des boues. D'un autre côté, certains de trouver à l'établissement de St-Amand des soins médicaux actifs et éclairés, les malades y sont venus cette année en nombre plus considérable que par le passé. Enfin la publication des résultats remarquables récemment obtenus portera dans le corps médical la conviction nécessaire pour que les praticiens du Nord se souviennent qu'ils ont pour ainsi dire à leur porte une ressource précieuse contre une foule de maladies trop souvent incurables par les seuls moyens pharmaceutiques. Etat lymphatique prononcé, affections rhumatismales, pullulent dans nos contrées, et y font journellement le désespoir de la médecine et des malades : sachons donc reconnaître et utiliser contre ces maux les puissantes armes que la nature, mère prévoyante, a disposées près de nous.

Après un historique intéressant, un exposé des travaux chimiques publiés sur la nature des eaux et boues de Saint-Amand, et celui des améliorations apportées à l'établissement, particulièrement pour ce qui est de la température des thermes, l'auteur aborde la partie médicale de son sujet. Celle-ci comprend vingt-quatre observations que précèdent quelques considérations générales sur les effets physiologiques et thérapeutiques des eaux; le mode d'administration, les indications et contre-indications, et surtout les indications spéciales des boues et des eaux dans la pratique. A Saint-Amand, comme ailleurs, les conseils et l'intervention du médecin sont donc indispensables au traitement.

Cette réunion dans le même établisssement de deux agens analogues, mais susceptibles d'applications différentes, les boues et les eaux, dont on combine au besoin l'action, donne la raison des succès obtenus dans une foule d'états différens. En effet, les affections rhumatismales chroniques sur quelque tissu de l'économie qu'elles sévissent, les manifestations de la scrofule, l'état lymphatique et la tuberculisation pulmonaire au début, toutes les affections traumatiques anciennes, notamment celles par armes à feu, les infiltrations et engorgemens des membres, les affections utérines chroniques, la goutte, lagravelle, si fréquente autrefois dans le pays, les dermatoses squammeuses et pustulo-vésiculeuses, enfin les inflammations chroniques des organes parenchymateux de l'abdomen, ont trouvé de tout temps, aux thermes de St-Amand, soulagement notable ou guérison complète. Nous verrons plus loin qu'un temps relativement très court a souvent suffi pour cela; inutile de dire qu'ici, comme ailleurs, les malades n'éprouvent parfois les bons effets de leur traitement qu'après avoir quitté les eaux; et que, dans les cas invétérés, ils doivent parfois revenir aux eaux à plusieurs reprises, pour parfaire et consolider leur guérison.

Presque toutes les affections énumérées plus haut se retrouvent dans les observations qui terminent le mémoire du docteur Charpentier; elles viennent en appui à des travaux sérieux de Desmilleville, Bouquié, Josse, Brassart, etc. (de 1685 à 1772), lesquelles, pour dater de loin, n'en sont pas moins dignes de créance et d'attention. Cinq affections articulaires rhumatismales chroniques et multiples (2°, 3°, 4°, 5°, 6° observations), ont été notablement soulagées dans un temps relativement très court; l'une d'elles (4° obs.) est surtout intéressante par la généralité de l'attaque et une guérison presque complète après 24 jours de traitement. Nous rapprocherons de ces faits un cas de luxation spontanée de l'articulation coxo-fémorale chez un enfant très lymphatique, avec état général grave et avec abcès fistuleux : 35 jours de traitement (bains de boues, douches et eaux sulfureuses en boisson) relèvent la constitution, rendent au sujet toute la vivacité de son âge, et cicatrisent complètement l'abcès; résultat assez beau, lors même que l'on verrait seulement dans ce cas un abcès circonvoisin. — Des 5 observations d'arthrite traumatique, trois sont très dignes d'attention (les 13°, 14° et 20°), tant par l'ancienneté du mal, la persistance et la répétition de ses causes, que par les nombreux traitemens mis en usage avant l'emploi des boues. La 20° observation est un exemple d'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne avec extension du pied, suite de fracture au tiers inférieur de la jambe. La malade qui en est l'objet, recouvre en 35 jours de traitement la faculté de marcher sans ses béquilles, qu'elle n'avait pu quitter depuis quatorze mois. Le sujet de la 13° observation, presque continuellement souffrant pendant vingt années, trouve aux thermes, en moins d'un mois, un soulagement inespéré. — Deux infiltrations séreuses péri-articulaires, deux engorgemens des parties molles d'un membre (obs. 9, 10, 15, 16), compromettant gravement les mouvemens, ont été radicalement guéris dans un temps très court (10 à 15 jours de traitement). — Un seul cas de gravelle s'est présenté cette année aux thermes; mais l'affection, qui résistait depuis trois ans à des traitemens variés, disparut après quinze jours d'usage des eaux, comme l'atteste une lettre du malade au directeur de l'établissement. — Un cas de flexion forcée des doigts, un cas de paralysie saturnine ancienne, attirent encore mon attention; mais, ne pouvant tout mentionner, je m'arrête : une rapide analyse ne donnerait d'ailleurs qu'une idée bien imparfaite des faits saillans que présente le travail du docteur Charpentier.

Quelques réflexions termineront ma tâche. Les malades qui sont venus améliorer leur état aux thermes de St-Amand, avaient épuisé toutes les ressources de la pharmacie et de l'hygiène; quelques-uns même avaient usé d'eaux thermales renommées avant de recourir à des eaux trop ignorées jusqu'ici. Le soulagement qu'ils y trouvent est rapide : et pourtant nous les voyons quitter les thermes dès la première amélioration, malgré l'espérance permise d'une guérison plus radicale s'ils y prolongeaient leur séjour. Rarement y réside-t-on cinq semaines.

Ce fait, frappant à la première lecture des observations rapportées, resterait inexplicable pour qui ne connaît pas Saint-Amand, ou pourrait être interprété d'une manière fâcheuse pour ces eaux. Hâtons-nous donc de le dire : la cause de cette désertion est dans l'absence de certaines conditions matérielles de bien-être faciles à réunir. Des moyens de distraction plus nombreux dans l'établissement; une concurrence plus active entre les hôtels qui hébergent les malades au dehors, d'où baisse de prix et émulation dans le service; enfin pour les individus et les familles, la possibilité de trouver dans un court périmètre des garnis où l'on vive isolé si on le préfère : telles sont les conditions nouvelles pour Saint-Amand. Le temps, la force des choses et peut-être l'appui du conseil départemental, qui ne voudra pas laisser péricliter plus longtemps une institution précieuse pour la santé publique, se chargeront de réaliser ces vues.

En attendant, sites agréables, air pur, vie calme, agreste et peu coûteuse, et, pardessus tout, puissance d'action, les thermes de St-Amand ont tout ce qu'il faut pour attirer ceux qui cherchent aux eaux soulagement et diversion à la vie agitée du monde. Et si jusqu'à présent les malades ont pu se plaindre de l'abandon où restait le traitement, la publication dont j'ai tenté de rendre compte, leur assure à l'avenir une direction médicale aussi zélée que digne de confiance.

Dr Ed. COURTIN,
Ex-interne des hôpitaux civils de Paris.

Valenciennes, 21 mai 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 Mai 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

MM. A. BECQUEREL et A. RODIER communiquent de *nouvelles recherches d'hématologie*, qu'ils résument dans les conclusions suivantes :

1° Dans la plupart des maladies chroniques, ou bien spontanément, à la suite de modificateurs hygiéniques de diverses natures, *les trois principaux élémens du sang, c'est-à-dire les globules, la fibrine et l'albumine, peuvent augmenter ou diminuer isolément, deux à deux, à tous trois simultanément.* Ces associations dépendent de la nature des maladies, ou de l'espèce de modificateurs auxquels les individus ont été soumis.

2° Les globules diminuent dans le cours de la plupart des maladies chroniques, dont la durée se prolonge, et en particulier les maladies organiques du cœur, la maladie de Bright chronique, la chlorose, la cachexie paludéenne, les hémorrhagies, les émissions sanguines considérables, les flux, la dernière période de la tuberculisation, la diathèse cancéreuse. Les globules diminuent également toutes les fois que des individus ont été soumis à une alimentation insuffisante, ou insuffisamment réparatrice, à une aération insuffisante, à l'humidité, à l'obscurité, etc.

3° L'albumine du sérum du sang diminue dans un certain nombre de circonstances, qui sont : les maladies du cœur au troisième degré, les anémies symptomatiques considérables, la diathèse cancéreuse. L'albumine diminue encore à la suite d'une alimentation insuffisante.

4° La fibrine est conservée à l'état normal, et quelquefois augmentée dans le scorbut aigu. Elle diminue dans le scorbut chronique et dans l'état scorbutique symptomatique d'un certain nombre de maladies chroniques. C'est dans les maladies organiques du cœur que cet état scorbutique est le plus fréquent et le mieux caractérisé.

5° Dans tous les cas précédens, la quantité d'eau contenue dans le sang augmente et devient beaucoup plus considérable que dans l'état normal.

6° La diminution de proportion des globules se traduit spécialement par les phénomènes suivans : décoloration de la peau, palpitations, dyspnée, bruit de souffle au premier temps du cœur et à la base de cet organe, bruit de souffle intermittent dans les artères carotides, bruit de souffle continu dans les veines jugulaires.

7° La diminution de proportion de l'albumine, alors qu'elle n'est pas très considérable, lorsqu'elle a lieu d'une manière aiguë, détermine rapidement la production d'une hydropisie, mais il faut qu'elle soit bien plus considérable que quand elle est aiguë. Considérée d'une manière générale, l'hydropisie est le caractère symptomatique de la diminution de proportion de l'albumine du sang.

8° La diminution de proportion de fibrine se manifeste par la production d'hémorrhagies cutanées ou muqueuses.

9° Dans l'anémie symptomatique d'hémorrhagies considérables, de l'alimentation insuffisante, de flux abondans, l'altération du sang est caractérisée par la diminution de la densité, l'augmentation de l'eau, la diminution des globules, la conservation du chiffre normal, ou quelquefois une légère diminution de l'albumine, la conservation du chiffre normal de la fibrine.

10° Dans la chlorose, qui est une affection tout à fait distincte de l'anémie, et qui en diffère sous sept rapports divers, qui ont été mentionnés plus haut, les altérations du sang peuvent manquer complètement. Quand elles ont lieu, elles consistent dans l'augmentation de proportion de l'eau, la diminution des globules, la conservation du chiffre normal ou l'augmentation de la fibrine.

11° Dans la maladie de Bright aiguë, les altérations du sang consistent dans la conservation du chiffre de la fibrine, et la diminution de l'albumine. Dans la maladie de Bright chronique, il y a diminution du chiffre des globules, diminution de l'albumine, et conservation du chiffre de la fibrine, ou même diminution.

12° La plupart des hydropisies regardées comme essentielles, sont dues à la diminution de proportion de l'albumine du sang. Elles sont aiguës ou chroniques, et reconnaissent la plupart du temps pour origine une cause matérielle, qui consiste dans une déperdition quelconque des parties solides ou liquides de l'organisme.

13° Dans les maladies du cœur, le sang s'allie de plus en plus, à mesure que les individus atteints approchent de la terminaison fatale. Les altérations de ce liquide consistent dans la diminution simultanée des trois élémens du sang, globules, albumine, fibrine, et dans l'augmentation de l'eau.

14° Dans le scorbut aigu, le sang ne subit aucune modification appréciable de ses principes. Dans le scorbut chronique, la fibrine est notablement diminuée de quantité, et parfois les globules considérablement augmentés; dans l'une et l'autre forme, l'augmentation de proportion de la soude de sang explique tous les faits, mais elle n'est point encore démontrée.

15° Toutes les modifications précédemment étudiées exercent une grande influence sur la thérapeutique de ces divers états morbides. Cha-

(1) L'auteur eût pu ajouter les pilules de Lartigue, dont l'efficacité est due aussi à la présence du colchique. *(Note du traducteur.)*

(2) M. le docteur Ed. Carrière, *Union Médicale*, n° 58, 1852.

que élément de sang est modifié par une méthode thérapeutique spéciale : la diminution de proportion de l'albumine par le quinquina, et l'alimentation tonique fortifiante ; la diminution de la fibrine, et l'augmentation de la soude du sang, par l'alimentation tonique, les acides végétaux et une hygiène convenable. La diminution de proportion des globules est combattue par les ferrugineux et un traitement hygiénique approprié.

M. Éd. Robin communique une note ayant pour titre : *Moyen de composer des anesthésiques*.

Un principe établi par l'auteur, dans de précédentes recherches, lui avait permis de désigner, d'une manière générale, quelles sont parmi les substances actuellement connues, celles qui doivent être anesthésiques par inspiration.

Il suffirait, suivant lui, de choisir, dans la série des substances insolubles et protégeant contre la combustion lente, malgré la présence de l'oxygène humide, celles qui ne contractent pas de combinaison avec les tissus, ou n'ayant de saveur ni âcre, ni caustique, présentant un point d'ébullition assez peu élevé pour répandre beaucoup de vapeurs aux températures ordinaires.

La chimie indiquait, en outre, un autre principe non moins fécond : le moyen de composer pour ainsi dire à volonté des anesthésiques, de modifier et d'améliorer ceux qui ont par eux-mêmes ce pouvoir.

Il fallait fixer les anesthésiques très volatils par ceux qui le sont trop peu, communiquer au besoin à chacun quelque chose des propriétés qui recommandent l'un quelconque des autres.

M. Robin a fait l'application de ce principe à l'éther chlorhydrique, excellent anesthésique découvert par M. Flourens, mais dont la trop grande volatilité ne permettait pas l'emploi dans nos pays. D'après son expérience, cet éther a produit une anesthésie qui ne semble précédée d'aucune excitation : c'est un état léthargique succédant à un doux sommeil ; le réveil facile n'est suivi d'aucun malaise apparent ; M. Robin lui a communiqué une volatilité moindre en le dissolvant dans la liqueur des Hollandais, dans le chloroforme, dans la benzine, etc. Dissous dans un tiers environ de liqueur des Hollandais, il lui a paru constituer un très bon anesthésique par inspiration : les expériences sur les oiseaux ont donné les meilleurs résultats ; l'action, comme celle de l'éther chlorhydrique, n'a été précédée d'aucune excitation.

Les praticiens pourraient donc, d'après l'auteur, remplacer le chloroforme, agent sous plus d'un rapport défectueux, ou par l'éther bromhydrique, dont le point d'ébullition (40°,7), la saveur et les autres propriétés sont très convenables, ou par l'éther chlorhydrique, fixé par un autre anesthésique bien choisi, par la liqueur des Hollandais, par exemple.

M. A. Legrand met sous les yeux de l'Académie un lipôme pesant 118 grammes, qu'il a enlevé de la région deltoïdienne d'une femme, à l'aide de la cautérisation linéaire avec la potasse caustique, substituée à l'action du bistouri. Sept cautérisations ont suffi pour obtenir ce résultat.

M. L. Roux présente à l'Académie diverses *pièces anatomiques conservées par un procédé particulier*. Ces pièces sont une main infiltrée préparée en décembre 1851 ; un cœur de veau préparé en avril de la même année ; un fœtus datant du mois de mars 1849 ; un oiseau entier (avril 1851) ; un escargot (mars 1851) ; une écrevisse avec les articulations mouvantes (même époque) ; un lézard entier (20) ; des serpens (juin 1851) ; une tortue (décembre 1851) ; une côtelette (janvier 1852) ; une tête de lièvre (avril 1851) ; une tête de canard (30).

L'auteur accompagne ces pièces d'une note dans laquelle il expose la marche qu'il a suivie dans ses recherches.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er Juin 1852. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Bernard, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Uriage (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850.

2° Un semblable rapport de M. le docteur Roussel, pour les eaux minérales de Chaldette (Lozère).

3° Et de M. le docteur Niepce, pour les eaux d'Allevard (Isère).

4° Une note de M. Farradesches-Chaubasse, d'Allanches (Cantal), sur une épidémie de variole qui a sévi sur ce canton.

5° Un mémoire de M. Potton, de Lyon, intitulé : Recherches et observations sur le mal de vers ou mal de Bassine, éruption vésiculo-pustuleuse qui attaque exclusivement les fileuses de cocons de vers à soie. (Comm. MM. Robinet, Villermé et Pâtissier.)

6° Une note de M. Gérard, de Gray, contenant la relation d'un accouchement compliqué d'hémorrhagie grave. (Comm. MM. P. Dubois et Depaul.)

7° Une observation de M. Madin, de Verdun, sur un cas de mort par suite de combustion volontaire d'un aliéné dans un accès de délire. (Comm. MM. Falret et Bricheteau.)

8° Une note de M. Liégey, de Rambervilliers, ayant pour titre : Sur une influence qui peut rendre nuisible l'action du chloroforme.

9° Enfin, une lettre de M. Lacauchie, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

— M. Chevallier lit au nom de M. O. Henry un rapport officiel sur une demande d'exploration d'une source minérale située à Renaison (Loire). La commission émettant un avis favorable, propose d'accorder l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

M. Huzard lit une note sur l'affection dite morveuse chez l'homme.

Un homme est mort à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bouillaud. A l'autopsie, on a reconnu des lésions de l'affection morveuse.

Pendant sa maladie, cet homme a présenté tous les symptômes d'un érysipèle gangréneux de la face, et jusqu'à sa mort et même jusqu'à l'autopsie, il a été regardé comme atteint et mort de cette affection. En effet, sur le cadavre, la face, du côté droit surtout, était tuméfiée, de couleur violette, marbrée, les plaques de l'épiderme étaient soulevées par un léger suintement, de grosses pustules donnant une matière sanieuse, entouraient la bouche, la narine et recouvraient la paupière.

Comme pouvant appartenir plus particulièrement à l'affection morveuse, on remarquait, au-dessous de la narine, un écoulement de sanie, un gonflement et une injection de la membrane muqueuse des narines, du larynx et du pharynx, et aussi des sinus osseux. On trouvait une fausse membrane assez consistante sur une grande étendue des membranes muqueuses de ces parties. Une petite altération se remarquait dans la narine droite, et une perforation à bord d'aspect livide gangréneux, de 3 à 4 millimètres dans la cloison médiane. De petits points de suppuration se montraient dans les tissus gangréneux incisés de la face, et aussi dans les muqueuses non gangréneuses, mais seulement gonflés et injectés de la bouche, de l'arrière-bouche ; quelques points suppurés semblables se trouvaient dans la muqueuse du pharynx et du larynx.

Deux taches violettes éminemment gangréneuses se montraient sur la peau, au haut du bras droit sur l'articulation ; enfin, ce qui se rapportait bien encore à l'affection morveuse, c'était la présence d'un petit abcès de mauvais caractère qui s'était fait jour au coude droit, et aussi la présence d'un grand abcès qui s'était formé dans les muscles de la face externe de ce bras, et qui, quand il a été ouvert, a présenté tous les muscles environnans et le tissu cellulaire infiltrés, gonflés, blafards, d'une teinte rose-jaunâtre. Enfin, les ganglions lymphatiques de la région de l'arrière-bouche étaient gonflés, mollasses, pâles ; et on y voyait quelques points suppurés.

Dans le reste du corps on ne trouvait plus rien qui pût se rattacher à l'affection morveuse.

Quant à la vie de cet homme, des renseignemens qu'a pris à cet égard M. Huzard, il résulte que, depuis un grand nombre d'années, il n'avait jamais été en contact avec des chevaux.

Il résulte, suivant M. Huzard, de ces faits, que cet homme est mort d'un érysipèle gangréneux de la face ; que l'autopsie a fait voir des lésions pathologiques assez nombreuses, identiques à celles qui appartiennent à l'affection morveuse ; et que cependant depuis plus de neuf ans, au au moins, il n'avait pas de contact avec les chevaux.

Ce fait, ajoute l'auteur, vient à l'appui de l'opinion que le groupe de symptômes et de lésions qu'on a désigné nouvellement sous le nom d'affection morveuse aiguë, au lieu de dénoter une affection spéciale, indique plutôt la terminaison funeste de certaines maladies, en particulier de celles gangréneuses et typhoïdes de l'homme et du cheval.

M. Velpeau n'a pas entendu sans surprise la proposition que vient d'émettre M. Huzard ; cette proposition ne saurait passer devant l'Académie sans opposition. Ce que l'on est convenu d'appeler morve aiguë chez l'homme comme chez le cheval, est une maladie spéciale. Il n'y a rien de plus spécial, de mieux caractérisé que la morve aiguë. Cette maladie ne ressemble à rien autre chose ; elle a des caractères tellement distincts, qu'avant que l'on fût fixé par son origine, toutes les fois qu'on la rencontrait, on était frappé de l'étrangeté de ses symptômes et de leurs différences avec ceux des autres maladies connues. C'est là, du reste, un fait aujourd'hui bien établi et mis hors de toute contestation par les expériences d'inoculation de l'homme au cheval, expériences maintes fois répétées, et qui ont toujours produit le même résultat. Pour soutenir une opinion contraire, il faudrait d'autres faits et d'autres preuves que ceux qu'apporte ici M. Huzard.

M. Renault : L'étrange et inattendue conclusion de M. Huzard est tellement grave, et irait si loin dans ses conséquences, qu'il y a lieu de s'étonner qu'il ne l'ait pas appuyée sur des faits plus nombreux et des développemens plus étendus. Il y aurait un très grand nombre d'objections à faire à une semblable assertion ; mais ce serait une discussion trop grave pour l'entreprendre en ce moment ; il la combattra de point en point quand M. Huzard voudra venir exposer devant l'Académie toutes ses opinions sur ce point. Quant au fait particulier, il y aurait eu un moyen de juger la question, c'eût été d'inoculer le pus ou les produits de sécrétion recueillis sur le corps de cet homme, et de l'inoculer à un cheval. Si, comme cela est très probable, le cheval inoculé avait présenté les symptômes de la morve, comment M. Huzard aurait-il motivé sa conclusion ?

M. Bérard rappelle que, lorsqu'il était chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, il a vu dans son service un homme dans un état cachectique, présentant des abcès multiples, dont quelques-uns se résorbaient, circonstance rare et propre à caractériser une maladie spécifique. Tout, en un mot, le portait à soupçonner l'existence d'un farcin, lorsque, quelque temps après, cet homme présenta tous les symptômes de la morve aiguë, à laquelle il ne tarda pas à succomber. Les faits de ce genre se sont trop multipliés depuis dans les hôpitaux de Paris, pour qu'il soit possible aujourd'hui de mettre en doute l'existence de la morve aiguë chez l'homme, comme maladie spéciale.

M. Huzard n'a émis cette opinion que comme une pierre d'attente. Il n'espère pas faire passer ses convictions dans l'esprit de l'Académie ; mais il se croit fondé, par les faits et les expériences dont il a été témoin, à croire que ce que l'on est convenu aujourd'hui d'appeler morve aiguë, n'est point une maladie spéciale, mais un mode de terminaison commun à plusieurs maladies, ainsi qu'on le pensait autrefois.

M. Roux, sans partager ni prétendre soutenir les opinions de M. Huzard, pense cependant qu'il est des faits qui se rapprochent de celui que M. Huzard vient de rapporter et qui laissent au moins du doute sur le sujet en discussion. Il rappelle qu'il y a vingt ans, s'étant piqué le doigt en pratiquant le débridement d'une fistule, il éprouva peu de temps après des douleurs extrêmement vives dans tout le membre, suivies de quelques symptômes généraux, d'une angine pseudo-membraneuse, et enfin de la production sur les quatre membres de dix gros abcès placés presque d'une manière symétrique. Vers le quatorzième jour, les abcès se résorbèrent et la maladie se termina par des sueurs copieuses. Qu'était-ce que cette affection ? Je ne doute pas, dit M. Roux, que si j'eusse succombé, on n'eût dit : « Roux est mort du farcin. » (Hilarité générale.) Ce n'était pas le farcin à coup sûr, mais quelque chose qui avait avec cette affection beaucoup de ressemblance.

M. Gerdy considère le fait rapporté par M. Huzard comme digne de fixer l'attention de l'Académie, à cause de son affinité avec un ordre d'affection qu'on méconnaît trop souvent. C'est, à ses yeux, un de ces exemples de fièvres graves dans lesquelles les lésions locales sont complètement subordonnées à l'état général. M. Gerdy prend texte de ce fait pour reprocher à l'École de Paris d'être en général trop portée à localiser.

Après quelques observations de M. Laugier, qui pense dans le même sens que MM. Velpeau, Renault et Bérard, et une courte réplique de M. Huzard, la discussion est close.

— M. le Président informe l'Académie qu'elle aura à procéder, dans la prochaine séance, à la désignation d'un membre qui devra être adjoint à la section de médecine vétérinaire, afin de la compléter comme commission d'élection.

M. Burq a la parole pour lire une note *sur une application nouvelle des métaux à l'étude et au traitement de la chlorose.*

La chlorose, ainsi que la dispepsie qui la précède, n'est jamais que le symptôme d'un état ou d'une maladie nerveuse ; elle arrive consécutivement et presque nécessairement sous l'influence des phénomènes asthéniques (anesthésie, amyosthénie, aménorrhée, etc.) qui caractérisent la plupart des affections nerveuses, et se guérit de même par n'importe quel moyen ou quel agent qui ramène la sensibilité, la motilité, la menstruation, etc., à des conditions normales. En cela, le fer à l'intérieur n'agit pas autrement qu'une armature de ce même métal, par exemple ; une fois l'innervation bien rétablie dans tous les organes, la dyspepsie cesse, le tube digestif reprend toutes ses fonctions et bientôt le sang retrouve dans les alimens eux-mêmes, et *pas ailleurs*, tous les élémens nécessaires à sa reconstitution.

Il existe dans les métaux une propriété particulière qui, soit par l'électricité ou le magnétisme minéral dont elle serait une modification, soit par toute autre cause qui nous échappe, les rend capables d'exercer une action spéciale directe sur la force nerveuse, de l'attirer quand on les applique à la surface du corps, et de la mettre en mouvement lorsqu'ils sont donnés à l'intérieur sous une forme convenable. Cette propriété, variable pour les différens métaux et leurs alliages, attractive ou répulsive d'après les individus auxquels elle s'adresse, semble constituer presque autant d'*aptitudes métalliques* différentes qu'il existe de métaux. De là, il résulte que dans les mêmes conditions, tel malade éprouve de bons effets d'un métal à l'intérieur ou à l'extérieur, tandis que un second malade qui se serait très bien trouvé, au contraire, de l'usage d'un autre métal, n'éprouvera rien avec le premier, si même il ne lui arrive des accidens de son administration intérieure.

L'ignorance de ces aptitudes et d'ailleurs la presque impossibilité de les constater avant que les métaux ne fussent entrés dans la voie nouvelle que nous leur avons ouverte, fut souvent funeste à la science et aux malades, et il *importerait* qu'à l'avenir on pût éviter, dans l'administration des substances des sels et des oxydes métalliques, les tâtonnemens et l'empirisme. Si nous ne faisons pas erreur, les applications extérieures de métaux, déjà si utiles par elles-mêmes, sont très propres pour cela, et désormais ces nouveaux agens, devenus en outre comme tout autant de pierres de touche (à de nouvelles choses il faut de nouveaux mots, ou tout au moins étendre la signification de ceux qui existent), par l'heureuse rivalité qui semble exister entre leur action intérieure et leur action à l'extérieur serait souvent d'un grand secours, non seulement pour nous éclairer dans le choix des anciennes formules, mais aussi quelquefois pour nous aider sûrement à en créer de nouvelles.

La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Sociétés savantes. — La Société de médecine de Toulouse a tenu sa séance publique annuelle le 16 mai 1852, devant un nombreux auditoire.

M. Couseran, président, a ouvert la séance par un discours sur les services rendus à la science par la Société de médecine, depuis sa fondation, et sur le bien qu'elle est appelée à produire dans l'avenir.

M. Dassier, secrétaire général, a présenté le compte-rendu des travaux dont la Société s'est occupée depuis le 12 mai 1851 jusqu'au 15 mai 1852.

Après cette lecture, M. Magnes-Lahens a lu le rapport de la commission nommée pour examiner les mémoires adressés au concours du grand prix, sur une question de pharmacie.

La Société a décerné le prix, avec le titre d'associé correspondant, à M. Meurein, pharmacien à Lille (Nord).

Une mention honorable et le titre de correspondant ont été accordés à M. Gaffard, pharmacien à Aurillac.

Indépendamment de ces récompenses, la Société a décerné pour des travaux particuliers :

1° Une première médaille d'encouragement à M. le docteur Caussé, d'Alby (Tarn) ;

2° Une deuxième médaille d'encouragement à M. le docteur Déchaut, à Montluçon (Allier).

La Société rappelle qu'elle a proposé, pour 1853, la question suivante :

« Déterminer, par l'observation, la valeur thérapeutique des eaux » thermales sulfureuses ; préciser leurs indications, et leurs divers modes » d'administration dans les maladies chroniques. »

Elle propose pour sujet de prix à décerner en 1854, la question suivante : « Du diagnostic différentiel et du traitement des ulcérations du col de la matrice. »

Les mémoires devront être adressés avant le 1er janvier de chaque année, *en français ou en latin*, au secrétariat de la Société.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 26 mai, M. le docteur Aliès a été nommé médecin-inspecteur des bains de mer de Trouville.

— M. le docteur Duchesne-Duparc reprend aujourd'hui, 3 juin, ses conférences cliniques *sur les maladies de la peau*, à son dispensaire de la rue Larrey, n° 8 (ancienne du Paon-St-André), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivans.

A 11 heures précises du matin, consultation et examen des malades. Tout est public.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 67. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 5 Juin 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. . . . . 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL DES ENFANS. — Service de M. GUERSANT.

DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES ET DE SON TRAITEMENT CHEZ LES ENFANS.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 15 mai.)

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES.

Nous le diviserons en *palliatif* et en *curatif*.

A notre sens, tout traitement autre que l'excision, n'est, dans la grande majorité des cas, qu'un traitement palliatif, et cette vérité n'est pas détruite par les rares exceptions que fournissent quelques adultes qui savent se gargariser avec intelligence et persévérance, ce qu'on ne peut obtenir des enfans. Voici, en peu de mots, sur quelle base repose ce traitement palliatif : les astringens ou les médicamens acides, soit à dose faible, soit à dose cautérisante ; c'est ainsi que l'emploi longtemps continué du suc de groseilles, d'oranges, de citrons, soit en solution dans l'eau, soit porté pur sur les amygdales, a pu les faire diminuer de volume, on obtient le même résultat, mais d'une manière plus rapide à l'aide d'acides minéraux fortement étendus d'eau ; un médicament qui est encore très vanté, est le gargarisme aluminé, dans la proportion de 4 à 8 grammes d'alun pour 200 grammes d'eau ; et nous devons dire que, plusieurs fois, l'emploi persévérant de ce gargarisme nous a donné un bon résultat. On peut aussi faire des applications directes d'alun en poudre sur les amygdales, par l'insufflation. Enfin, on a eu quelques succès par de véritables cautérisations à l'aide du nitrate d'argent ou des acides minéraux.

Mais, hâtons-nous de le dire, le plus souvent tous ces moyens échouent, et ce résultat est presque invariable chez les enfans, ce qui s'explique facilement par la répugnance qu'ils éprouvent pour les médications portées sur le fond de leur gorge et par la résistance souvent insurmontable qu'ils y opposent.

On a encore proposé contre l'hypertrophie des amygdales, un *traitement antiscrofuleux*, et un *traitement antiphlogistique*, ce dernier consistant surtout en applications de sangsues souvent répétées ; mais nous ferons observer que ces applications de sangsues sont loin d'être sans danger pour les enfans, et que si l'on doit en attendre quelque utilité, ce n'est guère que chez les adultes qui ont des amygdalites. Quant au traitement antiscrofuleux, il nous paraît plus utile, car souvent les enfans atteints de l'affection qui nous occupe, présentent un état général qui le réclame ; il est bon alors de faire suivre ce traitement, local et général, tout à la fois ; ainsi on fera sur les glandes malades des applications d'une légère solution d'iode, ou d'une décoction de feuilles de noyer ; on frictionnera les parties latérales du cou avec une pommade iodurée, pendant qu'on fera prendre à l'intérieur de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium.

Pour nous, nous avons presque constamment recours à la médecine opératoire, et c'est bien à elle, en effet, que l'on doit le plus de succès ; nous agissons ainsi, même pour de très jeunes enfans, persuadés que la maladie a d'autant plus de gravité pour eux, qu'ils sont plus jeunes, et croyant d'ailleurs que cet âge n'ajoute rien aux dangers de l'opération, nous n'y voyons qu'un peu plus de difficulté ou de désagrément pour les chirurgiens ; et c'est là la cause pour laquelle beaucoup d'entre eux refusent de la pratiquer sur de petits enfans. J'ai enlevé avec succès, et sans accidens, les amygdales à des enfans de dix-huit mois.

Plusieurs méthodes ont été imaginées dans le but de débarrasser les malades de leurs amygdales hypertrophiées ; je ne vous citerai que pour mémoire la cautérisation à l'aide du fer rouge, la ligature que Desault et quelques chirurgiens anglais pratiquaient, et les différens instrumens que Desault avait inventés ou perfectionnés ; tout cela a été justement abandonné pour des procédés beaucoup moins imparfaits, et que je rangerai sous trois chefs : les ciseaux, le bistouri, l'amygdalotome de Fahnestock.

1° Les *ciseaux*, leur emploi, dans cette opération, est déjà fort ancien, on sait que Lisfranc les préférait au bistouri ; après avoir saisi l'amygdale avec une érigne ou une pince de Museux, la main libre porte en dehors de ces instrumens des ciseaux courbes sur le plat et dont la concavité est dirigée vers la ligne médiane ; des ciseaux plus longs et plus forts que les ciseaux courbes ordinaires seraient préférables. Cette manière d'opérer donne de bons résultats, car l'érigne fixe bien la glande et permet de l'attirer en avant et en dedans après l'avoir bien dégagée des piliers ; de plus, le voile du palais se trouve suffisamment protégé par la convexité des ciseaux, qui permet de le refouler. On conçoit que pour agir ainsi, le chirurgien doit être ambidextre. La forme des ciseaux a subi plusieurs modifications. M. Cloquet en a inventé dont chaque lame représente une faux ; les deux lames, en se rapprochant, se regardent par leur concavité tranchante, forment d'abord un anneau qui embrasse bien la glande, puis se croisent sur elle en la coupant ; plus tard on a ajouté deux petites pointes recourbées à angle droit, et qui, piquant l'amygdale en sens inverse, la retiennent sur les ciseaux après la section.

2° Le *bistouri* est encore aujourd'hui l'instrument que préfèrent beaucoup de chirurgiens. Le bistouri boutonné ordinaire peut très bien servir, à la condition d'envelopper de linge une partie de la lame. L'érigne double ou la pince de Museux sont nécessaires comme pour l'excision par les ciseaux ; souvent aussi il est indispensable d'abaisser la langue à l'aide de spatules ou d'instrumens spéciaux, et de maintenir l'écartement des mâchoires en plaçant des bouchons entre les dents ; beaucoup d'enfans opposent de la résistance à ces manœuvres, on peut, du reste, les simplifier par l'emploi d'un doigtier en bois. Après avoir saisi les glandes avec l'érigne, le chirurgien les excise en imprimant au bistouri un mouvement de scie de bas en haut, et il retire ensemble le bistouri et l'érigne qui emporte la glande. En opérant par ce procédé, on a à redouter la lésion du voile du palais et de ses piliers, car rien ne les protège bien efficacement contre le tranchant du bistouri, et le danger augmente beaucoup lorsque l'enfant se débat, lorsque le chirurgien est mal éclairé ou que le sang qui peut s'écouler abondamment après l'excision d'une amygdale, l'empêche de diriger sûrement son bistouri pour la seconde. Cependant, je le répète, ce procédé est encore employé avec succès par un grand nombre de chirurgiens, surtout pour les adultes. Blandin a fait subir au bistouri boutonné ordinaire une modification qui est généralement conservée pour cette opération.

3° L'instrument dont Fahnestock est l'inventeur, et qui ne date que d'une douzaine d'années, a, suivant nous, des avantages marqués sur tous les autres, et c'est le seul que nous employons habituellement ; voici d'ailleurs les raisons qui justifient cette préférence : qu'a-t-on à craindre en pratiquant l'excision des amygdales ? 1° Une excision incomplète qui ne remédie pas suffisamment aux accidens ; 2° une lésion du voile ou de ses piliers : 3° la blessure de l'artère carotide interne, elle doit être infiniment rare, sans doute, de la part d'un chirurgien expérimenté, mais on en a cité plusieurs exemples. Voyons donc si le bistouri fait éviter ces accidens plus sûrement que l'instrument dont nous faisons usage, ou si au contraire il y expose davantage. Tout le monde reconnaîtra que pour exciser les amygdales à l'aide des pinces de Museux et du bistouri, il est nécessaire de bien voir ce que l'on fait. Or, cela n'est pas facile pour les enfans qu'on est souvent obligé d'opérer par surprise, pour ainsi dire ; la difficulté augmente pour la seconde amygdale, car quand on est parvenu à la saisir, le sang empêche souvent l'œil de suivre les mouvemens du bistouri pour lui faire éviter le voile du palais.

Dans les cas où les glandes sont bien saillantes, et où une traction légère les isole bien nettement, avec un peu d'habitude l'excision s'opère avec assez de sûreté ; mais quand elles sont masquées par les piliers du voile, ou adhérentes, l'érigne entraîne le tout ensemble, et la lésion des piliers est difficile à éviter.

D'un autre côté, il est hors de doute, que si l'on doit craindre d'entraîner la carotide avec la glande, et de l'intéresser dans la section, c'est bien plutôt dans le procédé par le bistouri, qu'avec l'amygdalotome.

Ces raisons m'ont déterminé à abandonner le bistouri pour l'instrument de Fahnestock ; ajoutez à cela que sans doute, quand on emploie ce dernier, il est aussi fort utile de suivre des yeux son action, mais cela est moins indispensable que pour le bistouri ; et même on pourrait, à la rigueur, engager la glande dans l'anneau de l'instrument presque sans y voir ; avec l'érigne, il faut au préalable maintenir la langue abaissée de peur de la piquer, dans notre procédé, le sécateur fait lui-même l'office d'abaisse-langue ; disons encore que l'opération est plus rapidement terminée, et ce fait constitue un avantage réel, car toutes les fois qu'on opère dans une cavité où l'on ne peut pas voir facilement les détails de l'opération, il faut se hâter de l'exécuter. Enfin, je puis affirmer que la lésion de l'artère carotide est impossible, puisque l'anneau de l'instrument repousse constamment la paroi latérale du pharynx dans un sens opposé à celui dans lequel sa fourchette entraîne la glande.

Quelques chirurgiens ont encore objecté qu'on sait bien mieux ce qu'on fait avec la pince de Museux et le bistouri, dont tous les mouvemens sont dirigés par une main intelligente ; nous leur répondrons que cela peut bien être pour des sujets très raisonnables et très dociles, mais qu'on n'est pas aussi heureux pour les enfans, et qu'avec eux la précision et la sûreté du bistouri n'ont rien de supérieur à celles de l'amygdalotome. Quant à ceux qui prétendent qu'il ne fait qu'ébarber les amygdales, c'est à tort qu'ils se fient à des idées préconçues, et que les faits démentent à chaque instant ; on voit bien, il est vrai, parfois des excisions incomplètes, mais seulement dans quelques cas particuliers, où ceci est inévitable, quel que soit le procédé employé.

Entrons maintenant dans quelques détails sur l'exécution de l'opération, ils ne seront pas sans intérêt pour ceux qui doivent la pratiquer, et c'est sans doute faute d'une attention suffisante donnée à des détails semblables, qu'on voit parfois des hommes éminens d'ailleurs, rejeter au premier examen des instrumens fort utiles, mais dont ils n'ont pas bien étudié le mécanisme.

L'enfant a été préparé par quelques bains de pieds, et une solution astringente portée pendant quelque temps sur les amygdales, dans le but d'en resserrer les vaisseaux ; il doit être à jeun ; un aide, assis sur une chaise qui ne puisse pas glisser, et dans un endroit bien éclairé, fait asseoir l'enfant sur ses genoux, emprisonne ses deux jambes en croisant les siennes au-devant, tient ses deux mains de la main gauche, et de la droite appliquée sur le front, fixe solidement la tête sur sa poitrine. Nous nous abstenons de chloroformiser l'enfant, dans la crainte d'accidens déterminés par le passage du sang dans les voies respiratoires. Saisissant l'instrument entre le pouce, l'indicateur et le médius, vers le milieu de sa branche, et le tenant comme une plume à écrire, j'exécute successivement les six temps suivans :

1° Abaisser la langue en la déprimant avec l'anneau de l'amygdalotome.

2° Faire décrire à l'anneau un quart de cercle qui présente son ouverture à l'amygdale, et l'y engage en pressant un peu.

3° Porter l'indicateur et le médius d'une main dans les deux anneaux accolés, et le pouce dans l'anneau isolé, pendant que l'autre main maintient l'instrument bien appliqué.

4° Fixer l'amygdale, en poussant la broche sur elle, mais sans faire basculer la tige qui la supporte, et cette recommandation a son importance ; car s'il se fait un mouvement de bascule, la broche peut passer au-devant de la glande ou n'en traverser qu'une partie, ce qui ne permet pas de l'entraîner ; il faut que la broche rase l'anneau dans sa progression.

5° Dégager l'amygdale en faisant basculer la broche à l'aide du pouce passé dans l'anneau isolé.

6° Opérer la section en tirant à soi le manche de l'instrument avec la main qui avait servi à le fixer, avant que la petite broche ne fût poussée.

Nous agissons de même pour la glande qui reste, sans autre intervalle que le temps nécessaire pour débarrasser l'instrument de la tonsille qu'il retient ; et pour le réintroduire, nous arrivons à faire ouvrir la bouche aux petits enfans en les effrayant, et en leur disant qu'ils vont étouffer s'ils ne se hâtent.

L'instrument primitif de Fahnestock a éprouvé quelques modifications importantes, son anneau formait un ovale à grand

diamètre antéro-postérieur; j'ai rendu l'ovale transversal, par rapport à la tige de l'instrument, ce qui le met bien mieux en rapport avec le grand diamètre de l'amygdale, qui est vertical.

La lance simple a été remplacée par une petite fourche qui saisit la glande dans une étendue plus considérable, j'ai fait terminer les deux dents de la fourche par des hameçons qui les empêchent d'abandonner la glande une fois qu'ils y sont entrés. Quelques chirurgiens, craignant que l'instrument ne coupât pas suffisamment, ont voulu remplacer l'anneau à bord concentrique tranchant, par des lames en faulx; nous sommes en mesure d'affirmer que leur crainte était imaginaire, car l'instrument dont je me suis longtemps servi, en a coupé plus de cent avant d'être repassé.

Dans les cas particuliers où l'amygdale est enchatonnée, comme son volume n'est pas très considérable, j'emploie un instrument plus petit, que je puis porter obliquement en arrière du voile du palais, j'embrasse et fixe l'amygdale, puis, portant le manche de l'instrument fortement en dehors, je produis un mouvement de bascule considérable, qui refoule le pilier du voile du palais, et permet de ne pas le blesser.

Quel que soit le procédé employé, l'opération peut être suivie d'*hémorrhagie*, ou de la *production de fausses membranes* sur la surface de section, le crachement de sang est un phénomène constant, mais il est ordinairement peu considérable, et il est bien rare qu'il se prolonge assez longtemps pour faire naître des inquiétudes, je parle des enfans, car chez l'adulte, il m'a quelquefois donné des craintes sérieuses. On peut combattre cette hémorrhagie par des moyens variables avec sa gravité; est-elle légère, de simples lotions avec de l'eau froide, et l'usage de boissons acides, aidés du repos absolu du malade pourront suffire. Dans les cas où elle persiste, on fait avaler de la glace en petits morceaux, et arrosés de jus de citron; en ville, dans certaines familles, on peut donner des sorbets à l'orange ou au citron; de l'alun peut être porté directement sur les surfaces saignantes, et si l'écoulement continue malgré ces moyens, je fais appliquer de la glace autour du cou; un moyen très commode d'y réussir, est d'enfermer la glace concassée dans un intestin de mouton préparé, qu'on attache en mentonnière.

Il est très rare que ces moyens échouent; cependant cela peut arriver chez l'adulte, dont les amygdales volumineuses depuis l'enfance, contiennent des vaisseaux plus développés; je n'hésite pas alors à recourir au cautère olivaire chauffé à blanc, que je porte sur la plaie après avoir fait écarter convenablement les joues et maintenir la langue à l'aide de cuillers; cette cautérisation, bien faite, n'est suivie d'aucun accident: mon expérience personnelle m'autorise à vous l'affirmer.

Très fréquemment des fausses membranes viennent recouvrir les surfaces de section; mais il ne faut pas s'en effrayer, car elles ne s'étendent pas plus loin et disparaissent promptement sous l'influence des astringens directement portés sur le lieu qu'elles occupent; je dois pourtant vous avertir que j'ai vu plusieurs fois une hémorrhagie suivre la chute des fausses membranes au cinquième jour de l'opération: la glace m'a suffi pour l'arrêter.

Le seul conseil à donner aux parens après l'excision des amygdales, est de ne faire prendre à leurs enfans que des alimens froids et des boissons acidules, comme la limonade, la solution de sirop de groseilles, pendant deux ou trois jours; après cela les enfans peuvent reprendre leurs habitudes, sans cependant se livrer de suite à des exercices trop violens.

DUCHAUSSOY,
Interne du service.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU COLCHIQUE D'AUTOMNE; par le docteur J. Mac Grégor MACLAGAN.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 1er et 3 Juin.)

Toutes les préparations de colchique ont été employées dans la goutte et dans le rhumatisme, et ont été administrées de diverses manières. Watson recommande de donner de quarante à soixante gouttes de vin de colchique dans une potion saline, le soir en se couchant, et 2 grammes le lendemain matin, dans une potion noire (purgative); plus communément on emploie la teinture des semences; c'est celle qui a été recommandée par M. Barlow comme plus uniforme dans sa composition et plus certaine dans ses effets. On peut donner cette préparation à assez haute dose, de vingt à trente gouttes, et en répéter l'emploi jusqu'à ce que les douleurs soient calmées ou jusqu'à production de quelques-uns des effets physiologiques, tels que la purgation ou la diurèse.

Dans le *rhumatisme*, le colchique a été employé au même titre que dans la goutte, et la ressemblance qu'offrent ces deux maladies tend à faire penser qu'on devrait obtenir des résultats aussi favorables dans l'une que dans l'autre. Il paraît cependant que sa puissance curative ne se manifeste que lorsqu'on a vu paraître quelques-uns de ses effets physiologiques; mais aussi, lorsque ses effets sont des plus marqués, par exemple l'irritation du tube digestif, la maladie cède quelquefois avec la plus grande rapidité. D'après M. Watson, les préparations de colchique, qu'elles soient ou non précédées de la saignée, ont quelquefois des effets merveilleux dans le traitement de cette maladie. Le plus ordinairement, bien que ce ne soit pas constant, l'amélioration marche parallèlement avec une action très marquée sur le tube digestif, nausées, vomissemens, coliques, diarrhées. Lorsque ces effets se montrent, l'inflammation articulaire cède souvent complètement; mais si le rhumatisme ne disparaît pas entièrement, alors que le tube digestif est ainsi affecté, le plus sûr est de renoncer à l'emploi du colchique. Dans le mémoire qu'il a publié en 1844 dans les *Archives de médecine*, M. le docteur Monneret a fait connaître les résultats de 25 cas de rhumatisme articulaire, traités par la teinture de colchique, à la dose de 4 à 16 grammes par jour. Chez 8 de ses malades, la diminution ou même la disparition complète des symptômes de rhumatisme coïncida avec l'administration du colchique. Dans ces cas, la maladie, ou bien ne datait que de quelques jours et était à peine accompagnée de fièvre, ou bien était entièrement chronique. Dans tous les cas, les effets favorables du colchique étaient accompagnés de diarrhée; dans quelques cas seulement, il y eut des nausées et des vomissemens.

On voit, par ces résultats, que le colchique ne manifeste son action thérapeutique dans le rhumatisme qu'après avoir déployé son action physiologique. J'ai moi-même recueilli 17 observations de rhumatismes articulaires traités par le colchique. Sur ce nombre de malades, il en est 9 qui ont eu de la diarrhée seulement, 2 de la diarrhée avec des nausées, 2 de la diaphorèse seulement, 1 de la diarrhée avec de la diaphorèse, 1 des vomissemens, 2 des coliques et des nausées; ces 17 malades ont guéri dans une moyenne de onze jours.

J'ai pu me convaincre dans le rhumatisme articulaire, comme j'avais pu le faire dans d'autres maladies, que le colchique, indépendamment de ses effets évacuans et sédatifs, agit également en éliminant l'urée et l'acide urique du sang, et en augmentant la quantité de ces deux substances dans l'urine. Ainsi, chez une jeune fille dont le sang contenait 0,507 d'urée et 0,864 d'acide urique sur 1,000 parties, après douze jours de l'emploi du colchique, je ne pus trouver dans ce liquide aucune trace d'urée ni d'acide urique; en revanche, la proportion d'urée s'éleva graduellement de 10,496 à 12,312 le cinquième jour, à 13,984 le neuvième jour, à 14,561 le douzième, et à 17,635 le dix-huitième. L'acide urique s'éleva aussi de 0,267 à 0,421, 0,598, 0,737 et 1,034. Les sels inorganiques s'élevèrent de 7,461, à 8,231, à 9,401, à 9,619 et à 9,999. Dans un cas, cependant, la quantité d'urée et l'acide urique, après avoir augmenté pendant quelques jours, ne suivit pas une progression aussi rapidement croissante que dans le cas précédent.

Le colchique a été employé dans toutes les formes de rhumatisme; mais je le crois plus particulièrement utile dans le rhumatisme articulaire de forme erratique, c'est-à-dire dans les cas où l'on voit la maladie abandonner tout d'un coup une articulation pour se jeter sur une autre; or, comme c'est précisément dans ces cas que le cœur et les autres organes intérieurs sont plus particulièrement affectés, je suis persuadé que si on avait recours de bonne heure au colchique, on verrait moins souvent se produire ces graves complications. D'après M. Watson, ce serait dans les cas où l'on voit prédominer les symptômes de synovite ou dans lesquels ces symptômes se combinent avec ceux d'inflammation du tissu fibreux, c'est-à-dire à mesure que le rhumatisme tend à prendre le caractère goutteux, qu'on peut attendre les plus heureux succès du colchique.

Je signale seulement en passant l'emploi topique du colchique dans le traitement du rhumatisme, dont M. Gumpert s'est si bien trouvé chez un malade condamné au repos au lit par un rhumatisme des plus aigus, et chez lequel des frictions faites avec la teinture de semences de colchique, amenèrent la guérison en cinq jours.

Il me reste à signaler quelques autres applications du colchique, qui n'ont pas pu trouver place dans le cadre précédent.

Ainsi, le colchique a été employé dans plusieurs *maladies de la peau*. J'en ai fait usage moi-même dans un cas d'*urticaire*, dans lequel l'urine était très pauvre en urée et en acide urique, 6,91 du premier, 0,05 du second; quinze jours après, l'urine contenait 12,36 d'urée et 0,50 d'acide urique. L'urée avait donc plus que triplé de quantité, et l'acide urique avait décuplé, tandis que les matériaux solides avaient conservé leur proportion. M. Elliotson l'a administré dans le *prurigo* chez un homme affecté de cette maladie sous la forme la plus invétérée, à la dose de 2 grammes trois fois par jour. Après trois semaines, la guérison était complète. Le colchique semble donc pouvoir convenir dans quelques cas de maladies de la peau, dans lesquels l'urine ne présente qu'une pesanteur spécifique très faible.

Le colchique a été aussi employé dans les *maladies nerveuses*: dans l'*hystérie*, d'après M. Ravin, chez une jeune femme qui avait été prise d'accès hystériques après avoir assisté à la mort d'une de ses amies, et qui avait été traitée sans succès par les gommes fétides, par les huiles volatiles, par les cathartiques, etc. Encouragé par les succès qu'il en avait obtenus dans quelques cas de chorée grave, M. Alderson administra à cette malade 30 gouttes de teinture tous les huit jours; en quelques jours, les convulsions disparurent et ne se montrèrent plus. On trouve dans la *Biblioth. médicale* trois faits de succès dans le traitement de la *chorée* avec le colchique, chez des enfans qui furent très soulagés en trois ou quatre jours par 10 ou 20 gouttes de teinture donnée chaque jour.

Dans les maladies du *système génito-urinaire*, le colchique a été administré en divers cas. Clutterbuck a cru lui reconnaître une action particulière sur les contractions utérines; il administra 50 centigrammes de colchique en poudre à une femme dont l'utérus s'était contracté sur le placenta. La dose fut répétée, le col utérin se dilata, les contractions utérines reprirent et le placenta fut expulsé dans un état de putréfaction. Metta rapporte également un fait dans lequel deux doses de poudre de bulbe de colchique, données dans les mêmes circonstances, à demi-heure d'intervalle, furent suivies des mêmes résultats.

Dans la *leucorrhée*, M. Ritton dit s'être très bien trouvé de l'emploi du colchique en poudre : huit ou dix jours suffirent pour compléter la cure, la malade ayant le soin de s'abstenir de toute liqueur alcoolique pendant ce traitement. De même dans la *gonorrhée*, Eisenmann (de Berlin) se loue beaucoup des résultats qu'il a obtenus de l'emploi du vin opiacé de colchique dans cette maladie. La préparation qu'il emploie se compose de 12 grammes de vin de colchique et de 2 gram. de teinture d'opium. On l'administre soit à doses croissantes, soit à la dose de 20 gouttes, deux fois par jour. La guérison est ordinairement complète du 7e au 14e jour. Dans la *chaude-pisse cordée*, Brodie a aussi remarqué que le colchique fait tomber les symptômes douloureux mieux que l'opium, et qu'il a la propriété de calmer les érections. La dose est de 4 grammes de vin de colchique pour 45 grammes de mixture de camphre en une seule fois.

On trouve, dans plusieurs journaux, des faits dans lesquels on a vu la teinture de semences de colchique, donnée trois fois par jour, pendant quelque temps, à la dose de 2 grammes, dans des cas d'ophthalmie le plus ordinairement, déterminer un *ptyalisme* des plus intenses, sans que les malades eussent salivé ou qu'ils eussent pris du mercure.

Dans le *tétanos*, M. Smith (de Port-au-Prince) a employé avantageusement le colchique dans les formes traumatique et idiopathique, à haute dose, jusqu'à effet vomitif et purgatif.

Comme *anthelmintique* et *vermifuge*, Chisholm et Baumbach en ont fait usage avec succès contre le tœnia, et Bauhin s'en est servi pour tuer les animaux du genre *pediculus*.

Tels sont les divers emplois du colchique, au sujet desquels il importe que l'expérience vienne prononcer en dernier ressort, avant qu'on puisse en faire un usage un peu général dans ces diverses maladies. Au même titre, je signalerai l'emploi du colchique dans le *choléra asiatique*. Du moment que cette maladie s'accompagne de suppression d'urine et que l'urée s'accumule dans le sang, je suis porté à penser qu'il y aurait peut-être avantage à essayer le colchique dans le choléra. Mais c'est surtout dans la *maladie de Bright* que le colchique me semble devoir occuper une place importante. Je parle ici plus au point de vue théorique qu'au point de vue pratique. Car M. Prout est le seul qui l'ait recommandé dans cette affection et seulement dans le cas de diathèse goutteuse préexistante. Mais ce fait que l'urée existe dans le sang parallèlement à une diminution de l'albumine et dans une proportion tout à fait anormale (de 0,209 à 0,5 par mille, d'après les analyses de M. Rees), ces résultats, qui tendent à prouver que dans la maladie de Bright, l'albumine pathologiquement excrétée dans l'urine et l'urée, sont des principes corrélatifs qui se suppléent; que dans le sang, tandis que l'albumine diminue, l'urée est morbidement retenue; et que dans l'urine, pendant que l'urée est grandement diminuée, l'albumine est pathologiquement en excès, ne doivent-ils pas faire espérer que le colchique, dont nous avons montré plus haut l'action remarquable sur la composition de l'urine, pourra figurer à titre d'auxiliaire favorable dans le traitement de cette maladie? Les cas que j'ai rapportés plus haut, relativement à son emploi dans l'hydropisie consécutive à la scarlatine, tendraient à corroborer encore cette opinion. J'ajouterai enfin, qu'à tout événement, on pourrait employer le colchique comme cathartique et diurétique dans cette maladie, lorsqu'elle est compliquée d'ascite et d'anasarque, et, *à fortiori*, dans les cas dans lesquels il survient du coma par suite de la présence anormale de l'urée dans le sang.

Il me reste à dire quelques mots des diverses préparations sous lesquelles on peut administrer le colchique. On a beaucoup disputé pour savoir si l'on devait donner la préférence aux préparations faites avec le bulbe ou avec les semences, et malgré ce qui a été avancé, je n'hésite pas à considérer les préparations de semence comme plus certaines et plus fidèles que celles de bulbe. Quatre de ces préparations me paraissent devoir être conservées : le *vinaigre de colchique*, l'*extrait acétique*, la *teinture* et le *vin de colchique*. La teinture et le vin sont les préparations les plus employées; mais lorsque l'on veut donner le colchique en pilules, c'est l'extrait acétique qu'il faut prescrire.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 2 Juin 1852. — Présidence de M. LARREY.

Correspondance. — M. John BIRKETT fait hommage à la Société d'un ouvrage intitulé : *The diseases of the breast, and their treatiment.* — M. GIRALDÈS est chargé de faire un rapport verbal sur ce livre.

M. Ferdinand MARTIN, à propos de la communication de M. Debrou, adresse une note dans laquelle est consignée une observation d'arrachement de la main entière. Dans cet arrachement, la volonté du malade a joué le principal rôle, comme dans le cas d'arrachement de l'orteil cité par M. Debrou. Le membre étant engagé dans une mécanique, le malade s'arc-boutant de son mieux par un puissant effort, retira son bras, laissant la main dans les engrenages.

M. Martin termine sa note en ajoutant quelques considérations sur le traitement des paralysies.

Tumeur de l'os maxillaire supérieur.

M. ROUX présente un os maxillaire gauche, qu'il a enlevé, il y a quatre jours, pour une tumeur fongueuse de la muqueuse du sinus. La tumeur, examinée au microscope, ne contenait aucune trace de cellules cancéreuses. C'était une tumeur épithéliale. Les symptômes que présentait la malade, l'aspect de la lésion, avaient fait croire à une affection cancéreuse.

M. ROUX, ayant signalé chez la malade l'intégrité des dents qui n'étaient nullement ébranlées, M. Gosselin entre dans quelques considérations sur les difficultés du diagnostic dans les tumeurs du sinus maxillaire. Il n'existe aucun symptôme pathognomonique qui puisse mettre sur la voie du diagnostic ; et c'est seulement sous le champ du microscope qu'il est permis de savoir si l'on a affaire à une tumeur maligne ou pseudo-cancéreuse. La science a, sur ce point, de grands progrès à faire.

M. GOSSELIN signale un symptôme qui lui paraît avoir de la valeur ; et il fixe sur ce symptôme l'attention de ses collègues.

Il lui a semblé que, dans les cas d'affection véritablement cancéreuse, le malade présentait un ébranlement, et par suite la chute spontanée des dents. Ainsi, la malade de M. Roux a conservé ses dents intactes et solidement fixées dans leur alvéole.

M. MICHON a, ce matin même, enlevé une tumeur énorme du sinus maxillaire, ayant envahi la fosse nasale, l'orbite, etc. L'affection avait été considérée comme indubitablement cancéreuse. Mais M. Gosselin, frappé de l'intégrité des dents, voulut examiner immédiatement la tumeur enlevée. Et dans les fragmens qu'il a déjà analysés, il n'a trouvé aucune trace de cancer.

M. LENOIR ne veut pas qu'on donne trop de valeur au caractère du diagnostic signalé par M. Gosselin. Il a enlevé, il y a trois mois, un cancer du sinus maxillaire, et le malade avait conservé toutes ses dents qui n'avaient été nullement ébranlées par les progrès de la dégénérescence.

Néanmoins, peu de temps après l'ablation, une récidive venait témoigner de la nature maligne de la tumeur. Comme contre-poids, de cette observation, M. Marjolin en cite une qui lui est propre. Il s'agissait d'un malade offrant une tumeur avec déformation de l'os maxillaire. Cet homme était tuberculeux ; sa constitution déplorable fit repousser l'opération. Ce malade offrait un ébranlement de toutes ses dents. Sous l'influence d'un traitement général convenable, le malade se rétablit, et la prétendue tumeur cancéreuse disparut. Les dents retrouvèrent toute leur solidité.

M. GOSSELIN, répondant à MM. Lenoir et Marjolin, dit qu'il ne veut parler que de ces tumeurs volumineuses ayant envahi les parties voisines, le pharynx, les fosses nasales, l'orbite. Si un malade, offrant une tumeur de ce genre, conserve l'intégrité de ses dents, il lui a paru que c'était une présomption favorable, et que la tumeur n'était pas cancéreuse.

M. DEBOUT commence la lecture d'un mémoire.

Nous reviendrons sur cette lecture lorsqu'elle sera complètement terminée.

Nouvelle espèce de fistule vésico-vaginale.

On sait que les fistules vésico-vaginales décrites ont été désignées, suivant leur siége, en vésico-urétrales, vésico-vaginales et vésico-utérines, suivant que la perte de substance se trouvait sur l'urètre, sur un des points du bas-fond de la vessie ou dans un point communiquant avec le col utérin.

M. HUGUIER a actuellement dans son service une malade qui présente une nouvelle forme de fistule ; la déchirure a porté sur la partie antérieure et supérieure de la vessie. L'urètre a été détaché complètement, de telle sorte que les urines sortent par une ouverture située tout à fait au-dessous de la symphise pubienne. Le doigt, introduit par cette ouverture, pénètre dans la vessie, et l'on sent à nu la partie postérieure de la symphise.

La cause de cet accident est très difficile à apprécier. Il a succédé à un accouchement naturel. L'enfant se présentait par le siége, et l'on ne fut pas forcé d'intervenir pour l'extraire.

Les symptômes de la fistule, c'est-à-dire l'écoulement incessant de l'urine, apparurent immédiatement après l'accouchement.

Actuellement, la malade présente une ouverture large comme une pièce d'un franc. L'urètre, détaché de la vessie, se retrouve. Le méat reste perméable, mais la partie vésicale de ce conduit est oblitérée.

Que peut-on faire dans ce cas ? N'y a-t-il pas d'autre ressource que l'oblitération du vagin ?

Telles sont les questions que M. Huguier soumet à ses collègues.

M. LALLEMAND pense qu'il faudrait, pour avoir une opinion, examiner la malade ; mais, par avance, il signale toutes les difficultés que présente l'opération proposée par M. Vidal.

M. VIDAL reconnaît les difficultés de l'oblitération aussi bien que les dangers ; mais ces difficultés ne lui paraissent pas insurmontables ; un fait bien connu, qui lui est propre, le démontre déjà ; et, de plus, l'observation récente de M. Maisonneuve prouve que cette oblitération peut s'obtenir.

Quant aux dangers, la théorie seule les a prévus. Il faut, avant de rien décider, en appeler à la pratique.

En résumé, pour qu'une observation aussi importante puisse être utile à l'histoire si complexe des fistules vésico-vaginales, il est convenu que MM. Lallemand et Vidal examineront la malade de M. Huguier, et en rendront compte à la Société.

A la fin de la séance, M. LARREY présente un orteil arraché avec ses tendons, dans des conditions absolument semblables à celles presentées par le malade de M. Debrou.

D^r Éd. LABORIE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(ancienne Société médicale du Temple).

Séances du 1er trimestre de 1852. — Présidence de M. MOREAU (de Tours).

Sommaire. — Irrigations continues d'eau froide dans les plaies par armes à feu. Electricité au point de vue physiologique et thérapeutique.

M. BONNAFONT fait hommage à la Société d'un mémoire qu'il a fait imprimer *sur les polypes de l'oreille.*

M. LABARRAQUE a donné des soins à des militaires blessés qui ont été transportés à l'hôpital du Gros-Caillou ; il a été les y voir et a remarqué les bons effets produits par les irrigations continues d'eau froide sur les plaies par armes à feu. Il prie M. Bonnafont de vouloir bien donner à la Société quelques détails à ce sujet.

M. BONNAFONT : Bien que les irrigations continues d'eau froide soient depuis longtemps connues et employées, c'est surtout depuis la guerre d'Afrique que leur emploi s'est généralisé dans les hôpitaux militaires. Au moment où il parle, un assez grand nombre de militaires blessés, dans la journée du 4 décembre, se trouvent dans les salles de l'hôpital du Gros-Caillou. Et en effet, les irrigations y rendent journellement des services réels. Elles modèrent l'inflammation, l'empêchent de se propager aux parties voisines, diminuent la douleur et la fièvre. Mais pour que cet agent thérapeutique ait un plein succès, il est nécessaire qu'il soit employé le plus tôt possible et avant l'apparition de tout accident ; son usage doit être continué nuit et jour pendant quinze, vingt jours, un mois, quelquefois plus. La nature de la plaie, son siége, son état simple ou compliqué, la constitution du malade, ses prédispositions morbides, sont autant de causes qui peuvent en modifier l'emploi, le faire continuer, suspendre ou supprimer. Mais, en règle générale, on peut dire que l'usage des irrigations doit être continué jusqu'à ce que les plaies se soient détergées de toute escarre et que la suppuration se produise d'une manière normale, sans aucun symptôme de réaction. Voici de quelle manière M. Bonnafont pratique les irrigations. Sur un support haut d'environ un mètre et demi, on met un sceau rempli aux trois quarts d'eau ; on y plonge l'extrémité d'un siphon en fer blanc, tandis que l'autre bout est dirigé du côté et au-dessus de la blessure. L'appareil ainsi fixé, et le membre convenablement disposé sur une toile cirée pour recevoir le liquide et le conduire dans un sceau placé au bas du lit à cet effet, le siphon est mis en action et le jet de liquide qui doit se faire presque goutte à goutte, tombe sur la plaie recouverte seulement d'un linge fin.

MM. GÉRY, MAILLIOT et THIBAULT racontent successivement des faits de leur pratique personnelle, dans lesquels ils ont eu recours avec avantage aux irrigations continues d'eau froide pour le traitement des plaies par armes à feu. Le cas cité par M. Géry est une blessure de l'avant-bras par une balle. Celui de M. Mailliot une blessure également par une balle qui avait traversé le pied gauche de dehors en dedans et de bas en haut. Enfin, celui de M. Thibault une blessure de l'éminence hypothénar. Ces messieurs ont recouvert les plaies d'un linge fin, sur lequel l'eau s'écoulait continuellement et sans choc, à l'aide, l'un d'une mèche à trois fils, l'autre d'une simple bande, plongées par un bout dans un sceau rempli d'eau et placé au-dessus du lit.

M. MAILLIOT lit au nom d'une commission un rapport sur les résultats que M. Duchenne (de Boulogne) a obtenu de ses recherches électro-physiologiques et pathologiques sur l'action individuelle et les usages des muscles qui meuvent le pouce et les doigts de la main. A la suite de ce rapport, M. le docteur Duchenne (de Boulogne) est nommé *membre titulaire* de la Société médico-chirurgicale de Paris.

M. DEPAUL présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique. C'est un enfant venu dans le huitième mois de la grossesse et qui n'a vécu que quelques heures. Il offre d'évidentes et nombreuses traces de *pemphygus* à la plante des pieds, sur les membres inférieurs, sur les bras et à la paume des mains. Les joues, le front surtout, offrent un pointillé de petites taches d'un rouge-brun. Les poumons sont dans un état de carnification comparable, pour la consistance et la couleur, au foie d'un fœtus. Ils renferment des noyaux jaunes, d'une dureté semi-cartilagineuse, volumineux et non susceptibles d'être confondus avec des tubercules. Des renseignemens pris avec soin donnent la certitude que la mère est actuellement atteinte de syphilis, et qu'elle en était malade pendant sa grossesse. Ce fait sera publié plus tard dans tous ses détails.

Dans une autre séance, la parole est donnée à M. DUCHENNE (de Boulogne). Il a amené trois malades qu'il traite de paralysie, pour nous montrer plusieurs des effets qu'il produit à l'aide de l'électricité, et notamment pour éclaircir, par une démonstration saisissable à la vue, les divers usages des muscles de l'avant-bras, de l'éminence thénar et des interosseux métacarpiens dont il était question dans l'écrit qu'il nous avait envoyé à l'occasion de sa candidature.

M. Duchenne nous fait d'abord observer qu'il n'est pas indifférent d'employer tel ou tel autre genre d'électricité. La seule qu'il emploiera aujourd'hui pour faire des expériences devant nous est l'électricité d'induction découverte par Faraday. Désirant se servir d'une locution abrégée, M. Duchenne désigne souvent l'électricité d'induction sous le nom de *faradisation,* dérivé du nom de Faraday, son inventeur, comme on a formé le mot *galvanisation* de Galvani, pour l'électricité de contact obtenue par les auges et la pile, et comme la pile elle-même a été nommée *voltaïque*, du nom de Volta. L'électricité d'induction ou faradique, dont les actions physiques et chimiques sont faibles, a néanmoins une puissance physiologique et thérapeutique d'une grande efficacité. Grâce à sa méthode, M. Duchenne (de Boulogne) peut limiter la force électrique dans chacun des muscles. Or, cette facilité de localiser ainsi cet excitant de la contractilité musculaire fournit un moyen précieux de reconnaître quelle est l'action propre et toute spéciale des muscles ainsi soumis à l'influence de l'électricité d'induction. L'électricité du contact ou galvanique a une grande puissance chimique et calorifique. Mais son action n'est pas sans danger lorsqu'on l'applique en médecine. Elle convient tout au plus dans un petit nombre de cas spéciaux, plus particulièrement dans la chirurgie ; et l'on pourrait la nommer électricité chirurgicale.

M. Duchenne nous présente successivement deux hommes qui, à la suite de la réduction de luxations scapulo-humérales en avant, ont éprouvé des paralysies du bras, de l'avant-bras et de la main ; ces muscles s'étaient atrophiés, maintenant, sauf un peu d'amaigrissement, ils ont repris leur forme normale, presque tous les mouvemens sont revenus, et, en continuant le traitement, on peut compter sur une entière guérison. — Plaçant les excitateurs préalablement mouillés sur les divers muscles de l'épaule, du bras, de l'éminence thénar ou bien encore sur les interosseux métacarpiens, M. Duchenne annonce et produit devant nous la contraction de chacun des muscles, ainsi électrisés ; ce qui nous fait voir des effets physiologiques d'un saisissant intérêt. Plusieurs de ces expériences sont répétées, avec les mêmes résultats, sur l'un de nos collègues qui consent à s'y soumettre. Entre autres choses, notre collègue ayant une plume entre les doigts comme pour écrire, M. Duchenne, par l'électrisation faradique successive de différens muscles, fait exécuter les mouvemens nécessaires pour tracer les caractères de l'écriture, et saisit cette occasion de démontrer que ces mouvemens sont plus compliqués qu'on ne le croirait au premier abord ; que le mécanisme du mouvement des phalanges ne peut être expliqué avec les données fournies par la physiologie actuelle ; que les mouvemens en sens inverse des phalanges nécessitent une indépendance d'action dans les muscles qui les produisent, indépendance qui existe réellement d'après ses nouvelles recherches électro-physiologiques et pathologiques, et qui ne pourrait exister d'après la physiologie écrite. Des deux malades qu'on vient de nous présenter, l'un était paralysé depuis deux ans ; c'est celui qui a guéri le plus vite. Chez l'autre, la paralysie était récente, le traitement est plus long, la guérison plus difficile à obtenir. Ce contraste est l'inverse de ce que l'on aurait pu présumer. M. Duchenne l'explique en disant qu'après la contusion ou la division d'un nerf il faut un temps assez long pour que la nature, par des voies à elle seule connues, rétablisse l'influx nerveux entre les parties séparées d'un même nerf ; qu'au bout d'un certain temps, cet influx existe quoiqu'il ne suffise pas pour permettre à la volonté de vaincre la paralysie. En sorte que si vous électrisez un malade peu de temps après son accident, il vous faut, bon gré malgré, attendre le retour de l'influx nerveux pour avancer dans votre traitement, tandis qu'au contraire si vous ne commencez que plus tard et alors seulement que l'influx nerveux est déjà rétabli, vous arriverez plus rapidement à la guérison. Voici d'ailleurs quelle est la marche naturelle du rétablissement. Il faut d'abord que la sensibilité revienne ; plus le malade sent vivement l'électrisation, mieux va le traitement. Sous l'influence du retour de la sensibilité, la nutrition s'opère, l'atrophie se dissipe, et ce n'est qu'ensuite que les mouvemens reparaissent. — Avant de quitter ses malades, M. Duchenne leur donne devant nous la dose d'électricité utile à leur traitement. Cela ne dure que quelques instans et paraît faible ; néanmoins, le malade le plus avancé n'est électrisé que tous les deux jours, et M. Duchenne dit que ce qui nous a paru si peu de chose lui fera passer une nuit agitée.

Le troisième malade était un homme qui avait une paralysie saturnine de l'avant-bras. Ce genre de paralysie a pour caractère spécial de porter sur les extenseurs, c'est-à-dire sur les muscles de la face dorsale de l'avant-bras, et de laisser intacts les muscles de la face palmaire, mais surtout de ne point attaquer le long supinateur. — Ce malade est guéri ; il exécute librement devant nous tous les mouvemens de la main, du poignet et des doigts, et (ce qu'il faut voir de ses yeux pour le croire) l'électricité d'induction appliquée sur la face dorsale de l'avant-bras ne produit aucun effet. Là, où nous verrions sur un cadavre, pourvu que la mort fût récente et qu'il fût encore chaud, des contractions musculaires se produire sous l'action électrique, nous trouvons ici immobilité, insensibilité complètes.

Un autre malade passe sous nos yeux ; il est aussi affecté d'une paralysie de l'avant-bras et de la main, qu'au premier abord on croirait occasionnée par l'intoxication saturnine. Mais l'appareil d'induction fait mouvoir les muscles extenseurs situés à la face postérieure de l'avant-bras. Cela prouve que cette paralysie est de cause rhumatismale et non saturnine. Voilà donc un moyen d'éclairer un diagnostic qui aurait pu rester équivoque.

Dans la séance suivante, la parole est maintenue à M. Duchenne (de Boulogne) pour la suite de ses communications. Il nous présente trois appareils qu'il a lui-même fait construire, et nous en fait remarquer la composition, le mécanisme et la commodité pour les divers usages thérapeutiques auxquels ils sont destinés. Tous les trois ont peu de volume et peu de poids, ce qui permet de les transporter facilement au domicile des malades et de les changer de place à volonté. — Deux de ces appareils fournissent de l'électricité d'induction, dont on peut graduer la puissance ; ils donnent des intermittences lentes ou rapides, suivant les indications à remplir. Ces appareils possèdent deux courans, l'un du premier ordre et l'autre de deuxième ordre, jouissant chacun de propriétés physiologiques et thérapeutiques spéciales. Ils diffèrent entre eux d'après la source initiale qui donne lieu aux phénomènes d'induction. Dans l'un, c'est la pile voltaïque, M. Duchenne le nomme *électro-dynamique* à double courant. Dans l'autre, qu'il nomme *électro-magnétique* à double courant, l'électricité d'induction vient d'un aimant faisant lui-même partie intrinsèque de l'appareil. — Le troisième appareil est une pile voltaïque que M. Duchenne désigne sous le nom de *pile à rubans*, à cause de la disposition de ses batteries, qui sont au nombre de 150 et lui donnent une grande puissance. Il présente une surface d'environ 16 centimètres sur 12, avec une épaisseur de 4 à 5 centimètres. Il ne pèse guère que 2 livres. Or, pour obtenir, soit avec une pile ordinaire, soit avec un appareil à auge, un résultat aussi puissant, il faudrait des machines très volumineuses, très lourdes et par conséquent embarrassantes. Cet appareil est entièrement nouveau et n'a encore été présenté à aucune autre réunion scientifique. Il diffère essentiellement des deux autres en ce qu'il fournit exclusivement de l'électricité de

contact ou galvanique, tandis que les autres donnent exclusivement de l'électricité d'induction ou faradique. — Pour faire ressortir la nécessité de distinguer les propriétés physiologiques et thérapeutiques appartenant à chacun de ces appareils, M. Duchenne rapporte deux faits que nous allons exposer avec quelques détails.

Depuis environ un mois, il électrisait avec son appareil d'induction un malade affecté de paralysie d'un côté des muscles de la face; de l'amélioration se produisait graduellement; chaque jour les excitateurs étaient mis en contact avec les muscles paralysés, sans inconvénient, quoique l'appareil fonctionnât à un degré assez élevé de sa puissance. La vue n'en avait éprouvé aucun effet appréciable. Un jour, en présence du malade, l'inventeur d'un nouvel appareil galvanique vint prier M. Duchenne de vonloir bien expérimenter sa machine. N'ayant à sa connaissance aucun fait qui donnât lieu de craindre ce qui allait arriver, l'appareil galvanique, réduit à son minimum de puissance, fut mis en rapport avec les muscles paralysés qui se contractèrent, mais beaucoup plus faiblement que sous l'influence ordinaire de l'appareil d'induction. A l'instant même, le malade vit une flamme considérable dans l'œil du côté correspondant. Il s'écria : je vois votre appartement tout en feu ! et pria de suspendre toute application. Lorsqu'il revint de son éblouissement, il se plaignit d'un trouble considérable de la vue et s'aperçut qu'il ne voyait plus de cet œil-là. L'œil du côté opposé ne paraissait pas avoir souffert. M. Duchenne lui fit prendre immédiatement un bain de pieds; dès qu'il fut rentré chez lui, une saignée lui fut pratiquée. La vue ne s'améliora pas; malgré l'emploi d'une série de moyens excitans et un traitement rationnel, on ne put obtenir qu'un léger amendement; la vue est restée considérablement affaiblie.

Ce fait malheureux, d'ailleurs impossible à prévoir, ne devait pas être perdu pour la science. Au contraire, il en devait résulter des applications thérapeutiques éminemment utiles aux malades, car il démontrait d'une part que l'électricité d'induction, même avec une grande puissance, n'agissait pas sensiblement sur la rétine; d'autre part, que l'électricité de contact (galvanisme), à dose très faible, avait au contraire montré une action très énergique sur cet organe. On était donc en droit d'espérer que l'emploi bien réglé de l'électricité de contact produirait des modifications thérapeutiques utiles dans les affections purement nerveuses de l'œil. — M. Duchenne en tirait ces conclusions théoriques, mais il lui restait à en expérimenter la valeur. L'occasion ne se fit pas longtemps attendre ; voici dans quelles circonstances :

M. Chatillon, cordonnier, rue de la Verrerie, 65, âgé maintenant de 48 ans, habituellement d'une bonne santé, d'une bonne constitution, a été affecté en 1834 d'une amygdalite du côté gauche, à la suite de laquelle s'est produit un abcès à l'extérieur, dont la trace existe encore vers l'angle de la mâchoire à gauche. Ces maladies furent de courte durée. En 1838, ayant fait des injections avec un collyre au nitrate d'argent dans les yeux d'une de ses nièces, affectée d'ophtalmie, il lui en jaillit dans les yeux, dont il souffrit pendant deux mois, au bout desquels le repos et des soins lui rendirent la vue aussi bonne qu'auparavant. Au mois de mars 1850, il se coucha un soir en parfaite santé; le lendemain matin, en se réveillant, il voit double; il essaie de se lever, tout est confus autour de lui, il se heurte contre les meubles, on est obligé de l'aider à retrouver son lit. Dès lors un oculiste fort connu lui fait subir un traitement énergique : saignées répétées, applications de sangsues, purgatifs, frictions ammoniacales sur la tête, vésicatoires aux tempes. Au bout de trois mois de traitement, le malade, n'obtenant aucun résultat, se décourage et va consulter une autre réputation ophtalmologique qui le soumet à un traitement à peu près identique, sans plus de succès. Il demande les avis d'un troisième médecin, qui n'obtient rien de plus. Cédant enfin à une dure nécessité, il abandonne tout traitement. Il perd jusqu'à l'espoir de pouvoir jamais reprendre son travail. La tête était un peu embarrassée, mais la parole restait complètement libre. Il y avait un sentiment de pesanteur vers le front et plus encore au sommet de la tête. Les membres inférieurs étaient faibles, la démarche était pleine d'hésitation; mais il faut noter que cela paraissait tenir principalement, sinon tout à fait exclusivement, à une illusion continuelle de la vue, que ne pouvait rectifier ni l'habitude de chaque jour, ni la volonté du malade. Lorsqu'il était placé sur une surface parfaitement plane, comme le sol de la rue ou le plancher de sa chambre, la route lui semblait toujours latéralement divisée en deux parties, l'une à gauche qui lui semblait monter, l'autre à droite qu'il croyait voir fuir en descendant. En sorte qu'instinctivement, plus rassuré sur le côté montant, il faisait une haute enjambée à gauche et retombait plus bas qu'il ne l'avait cru. De la jambe droite, au contraire, croyant descendre, il se trouvait rudement arrêté et en recevait un choc dont la secousse douloureuse lui laisse encore un souvenir pénible. Rien ne pouvait le désabuser de cette illusion, et il en était venu à ne plus oser marcher.

C'est dans cette position, sa maladie datant de deux ans, qu'il vint demander à M. Duchenne ce que l'électricité pouvait faire pour lui. Il fut une fois opéré par l'appareil d'induction, sans résultat. Et dès lors, M. Duchenne se refusa à lui donner des soins, découragé qu'il était des insuccès qu'il avait éprouvés jusqu'alors dans le traitement des troubles dynamiques de la vue (diplopie, amaurose, etc.). Le malade n'en tint aucun compte, et continua de se présenter à sa consultation. Tous les moyens ordinaires de traitement avaient été épuisés en vain sur lui; et, dans la déplorable position où il se trouvait, il n'avait plus rien à perdre, quant à la vue. — M. Duchenne, guidé par les déductions qu'il avait tirées du cas malheureux cité plus haut, se résolut à faire une tentative avec l'électricité de contact (galvanisme). On venait de lui apporter son nouvel appareil, *la pile a rubans*. C'était précisément le jour réservé pour les expériences auxquelles assistaient plusieurs personnes. Il employa donc cet appareil pour la première fois, en lui donnant toute sa puissance. Ce ne fut pas sans un sentiment d'anxiété qu'il appliqua sur les paupières, préalablement fermées, les deux rhéophores (excitateurs) humides. Il donna deux excitations, successives à une seconde d'intervalle l'une de l'autre. — Le malade vit une flamme considérable (phosphène) qui lui causa une sorte d'éblouissement. Il secoua la tête; mais il faut noter qu'il ne porta pas la main sur l'œil; et, ouvrant les yeux, il dit : vous n'avez plus qu'une tête ! Je ne vois plus double ! Alors, sans ajouter un mot, exalté par la joie, il se met à marcher, à courir dans l'appartement assez encombré de meubles, de fauteuils déplacés, de personnes présentes aux expériences, sans toucher à rien, lui qui, auparavant, se heurtait partout, ou bien n'osait faire un pas. Il aperçoit une épingle à la distance de cinq pas, et suivant que derrière un doigt on la fait paraître, disparaître, monter ou descendre, il en indique la hauteur. Plusieurs fois, il enfile assez facilement une aiguille à tricoter. — M. Duchenne, voulant savoir si cet heureux changement persisterait, garda le malade chez lui pendant une heure; et au bout de ce temps, l'action thérapeutique était la même. Huit jours après, il revient seul, sans avoir besoin que personne l'accompagne. Il est toujours aussi bien. Au moment que nous écrivons, la guérison date de six semaines. La vue reste bonne. Le malade a pu, tout en se ménageant, travailler un peu de son état de cordonnier. — Il nous a été présenté dans une séance de la Société. Il marche maintenant d'un pas aussi ferme qu'avant sa diplopie.

Des deux faits qui viennent d'être exposés, faits d'ailleurs confirmés par d'autres expériences, M. Duchenne tire les conclusions suivantes :

1° *L'électricité de contact ou galvanique* produit un grand effet sur la rétine, lorsque l'excitation est dirigée sur un des points de la face où se ramifie la cinquième paire.

2° Cette électricité peut être un excellent agent thérapeutique dans les affections purement dynamiques de la vue.

3° *L'électricité d'induction, ou faradique*, au contraire, agit très faiblement sur la rétine.

4° Or, précisément par la raison qu'elle est insuffisante lorsqu'il est nécessaire de stimuler la rétine, elle convient exclusivement quand il faut provoquer la contractilité musculaire à la face, sans exposer cette même rétine aux dangers d'une surexcitation.

M. Duchenne fait, en outre, observer que chacun des trois appareils qu'il nous a présentés à cette séance, possède d'autres propriétés physiologiques et thérapeutiques, qui, toutes, répondent à des indications spéciales, et dont plus tard il pourra nous entretenir.

Le secrétaire général : Dr COLLOMB.

PRESSE MÉDICALE.

American journal of the medical sciences. — Janvier 1852.

De la reproduction de la lactation; par le docteur Ariel BALLOU.

Le travail intéressant de M. Gubler, que nous avons publié dans ces derniers temps sur la même question, donne de l'intérêt à la communication de M. Ballou. Frappé de ce fait que, chez quelques femmes, la production du lait continuait pendant une période de deux années, et même davantage, alors que toutes les fonctions que l'utérus accomplit en dehors de la gestation étaient parfaitement rétablies, l'auteur fut conduit à penser qu'il n'y avait pas de condition déterminée du système utérin, nécessaire à l'existence et à la continuation de la lactation, et par conséquent que le stimulus, résultant de l'application de l'enfant au sein et de ses efforts pour obtenir son aliment naturel, aidée peut-être de l'habitude, était la véritable cause de la sécrétion du lait. Fort de cette idée, M. Ballou, dans plusieurs cas, dans lesquels la maladie avait suspendu la sécrétion du lait, et nécessité par suite la suspension de l'allaitement, n'a pas hésité après la guérison, et bien que la sécrétion ne se fût pas reproduite, à faire approcher l'enfant du sein deux ou trois fois par jour, et même davantage. Le résultat a toujours été le même : la sécrétion s'est reproduite. Allant plus loin, dans d'autres cas, dans lesquels il y avait de la faiblesse, dépendant d'une maladie et de la grossesse, ou bien seulement produite par la fonction de l'allaitement elle-même, et lorsque l'économie ne pouvait suffire plus longtemps à cette dépense de ses forces, l'enfant a été enlevé du sein, pendant une saison, jusqu'au moment où l'organisme a eu repris sa vigueur et son caractère habituel; puis l'enfant a été remis au sein; et en quelques jours, il avait retrouvé son alimentation naturelle. Dans aucun cas, dit M. Ballou, mon attente n'a été trompée.

Les faits cités par M. Ballou sont au nombre de trois : le premier est relatif à une dame de 30 à 40 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, et mère de plusieurs enfans, chez laquelle, à la suite d'un accouchement naturel, il survint pendant l'automne de 1836, une *phlegmasia alba dolens* double, avec un mouvement fébrile très intense et des douleurs très vives, la sécrétion du lait s'étant supprimée dès le début de la maladie, l'enfant fut confié à une bonne nourrice, qui le garda pendant trois ou quatre mois, pendant lesquels la mère ne vit pas reparaître son lait. Au printemps suivant, cette dame, voulant faire un petit voyage, pour sa santé, désira emmener son enfant avec elle; mais elle était fort embarrassée, parce que, en même temps, elle ne voulait pas le sevrer. M. Ballou lui conseilla d'approcher son enfant du sein, comme si elle eût eu beaucoup de lait, lui assurant que, en deux ou trois semaines, elle aurait du lait et en quantité suffisante pour l'allaiter convenablement. C'est ce qu'elle fit. Quinze jours après, la sécrétion du lait était rétablie; elle a encore continué de nourrir son enfant pendant plus d'une année.

Dans le second fait, relatif à une dame de 25 ans, l'enfant se sevra lui-même à l'âge de cinq mois, à la suite d'une stomatite. La malade vit son lait disparaître entièrement. Trois mois après, M. Ballou fut appelé pour donner des soins à cet enfant, qui était atteint du choléra sporadique. Comme cette dame avait perdu plusieurs enfans de la même maladie et au même âge, ce médecin lui exprima le regret que l'enfant eût été privé du bénéfice de l'allaitement naturel, ajoutant que, dans son opinion, les chances de guérison étaient beaucoup atténuées. Informé que, dans des cas semblables, M. Ballou avait fait reprendre la lactation avec succès, cette dame, sans l'en avertir, mit l'enfant au sein, qui le prit sans difficulté, et sembla s'apaiser. Cependant, rien ne prouvait qu'il eût pris du lait, ou que la sécrétion se fût reproduite. M. Ballou l'engagea à persévérer dans cette pratique, ce qu'elle fit : l'enfant se rétablit, et huit ou dix jours après, le lait était parfaitement revenu. La mère nourrit son enfant encore pendant plusieurs mois, comme s'il n'y eût pas eu d'interruption dans la sécrétion lactée.

Enfin, dans le 3me cas, celui d'une dame de 21 ans, qui était affectée, avant son accouchement, d'une stomatite aphteuse, avec diarrhée, les accidens, d'abord calmés par la perte du sang, ne tardèrent pas à reparaître avec une nouvelle violence, dix ou douze jours après. La sécrétion du lait était abondante; mais comme le pouls était à 120, la langue chargée, les forces affaiblies par d'abondantes déjections, la face et les extrémités congestionnés, M. Ballou n'hésita pas à faire cesser l'allaitement, et à mettre l'enfant aux mains d'une nourrice, annonçant aux parens que, dès que la malade serait rétablie, il lui suffirait d'appliquer son enfant au sein, pour voir reparaître le lait, et pour reprendre ses devoirs de mère. Le lait disparut peu à peu. La malade se rétablit sous l'influence des toniques et d'une alimentation généreuse. Deux ou trois mois après, cette dame fit appeler M. Ballou, pour le prier de tenir la promesse qu'il lui avait faite de reprendre l'allaitement. Il lui assura qu'il n'y avait aucun doute sur le résultat; et la malade, ayant porté son enfant au sein, avait recouvré la puissance de l'allaitement en deux semaines, comme si, disait-elle, le lait n'eût jamais tari.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

HOPITAUX. — On termine le grand hôpital de la République, élevé sur les terrains de l'ancien clos Saint-Lazare. Depuis deux années, les travaux avaient été conduits avec assez peu d'activité, et dans la campagne dernière, on s'est borné à l'achèvement de la chapelle de cet établissement hospitalier. Un crédit supplémentaire avait été alloué pour exhausser la tour de cette chapelle, beaucoup trop basse, et qui, de loin, produisait un mauvais effet. Ces travaux sont terminés, et il ne reste plus qu'à exécuter les aménagemens et les distributions intérieures. Tout fait présumer que l'année prochaine les malades pourront être admis dans cet hôpital, que l'augmentation toujours croissante de la population, dans les quartiers situés sur la rive droite de la Seine, a rendu indispensable aujourd'hui.

MÉDECINS CANTONAUX. — Nous avons déjà parlé de ce qui s'est fait dans le Loiret pour l'organisation du service médical gratuit. Le préfet du Doubs, M. de Lapeyrouse, se préoccupe vivement aussi de cette question; il vient d'adresser aux maires une circulaire où il trace ainsi le plan d'organisation de ce service :

On instituerait dans chaque canton deux médecins qui seraient chargés de porter sur les divers points de leur circonscription respective les secours et les médicamens qu'exigerait la maladie d'une famille nécessiteuse. Une commission, au sein de laquelle siégeraient MM. les curés et pasteurs, serait formée, sous votre présidence, dans chaque commune, à l'effet d'apprécier *les besoins de la famille malade et l'opportunité de l'appel du médecin spécial.* Celui-ci visiterait le malade pendant la durée du traitement. Les frais à faire, tant pour assurer les émolumens annuels du médecin que pour garantir le paiement des médicamens employés, seraient couverts au moyen d'allocations fournies par le département, et avec le concours des communes dans la proportion de leurs revenus. Les deux médecins recevraient chacun 300 fr. d'indemnité par an; à cette somme il faudrait ajouter le prix des fournitures effectuées et d'après l'expérience acquise dans un département plus populeux que le nôtre, ces fournitures ne coûteraient pas, par an, plus de 3,600 fr. pour tout le département; de telle façon que le bilan du service se règlerait ainsi :

Cinquante-deux médecins pour vingt-six cantons. . . .	15,600 fr.
Achats de médicamens.	3,600
Total pour l'année. . . .	19,200
Le département affecte déjà, à titre de secours médicaux, à son budget, ci.	4,300
qui seraient reportés en faveur du nouveau service.	
Il y aurait donc un découvert de.	14,900

Six cent trente-neuf communes auraient à unir leur action pour y faire face. Or, en consultant la statistique communale dressée sous les auspices de l'administration, et publiée dans l'*Annuaire du Doubs*, pour 1849, le chiffre des revenus ordinaires des communes (non compris la ville de Besançon) s'élève à la somme totale de 2,489,549 fr. En prenant ce chiffre pour élément de calcul du concours des communes, nous trouvons que la proportion de ce concours serait *par chaque 1,000 fr. de revenus*, de 5 fr. 98 c. Une commune ayant 1,000 fr. de revenus ordinaires n'aurait à donner qu'une faible contribution de 5 fr. 98 c. par an, *pour voir soigner gratuitement ses malades indigens.* Le contingent s'accroîtrait au fur et à mesure que les ressources elles-mêmes seraient plus abondantes.

CONCOURS. — On écrit de Prague, que la chaire laissée vacante à l'Université de cette ville, par Kiwisch, dont nous avons annoncé la mort, sera prochainement mise au concours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de l'angine laryngée œdémateuse, par le docteur SESTIER, chevalier de la Légion-d'Honneur, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
Paris, 1852, 1 vol. in-8 de 480 pages. — Prix : 7 fr. 50 c.

Maladies de l'Algérie. Des causes, de la symptomatologie, de la nature et du traitement des maladies endémo-épidémiques de la province d'Oran; par le docteur HASPEL, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon, ex-médecin en chef de plusieurs hôpitaux de l'Algérie, membre de l Académie nationale de médecine de Marseille, etc. — Paris, 1852, tome deuxième, in-8°. Prix : 6 fr.
Les deux volumes, Paris, 1850 et 1852. Prix : 12 fr.
Ces deux ouvrages se trouvent chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie nationale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur ANDRAL; recueilli et publié par M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité pratique de l'Inflammation de l'Utérus, de son col, et de ses annexes; par le docteur J. Henry BENNET; traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8, avec planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.
Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE. — Prix : 1 fr.
Se vend au bureau de l'*Union Médicale.*

Traité de la Maladie vénérienne, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par le docteur G. RICHELOT, avec des notes et des additions per le docteur Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.
Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTÉ et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 68. SIXIÈME ANNÉE. **Mardi 8 Juin 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE LA SUBSTITUTION DU BLANC DE ZING AU BLANC DE PLOMB DANS L'INDUSTRIE ET DANS LES ARTS.

Un des caractères les plus remarquables de notre époque, c'est une tendance incessante et éclairée vers les moyens qui peuvent contribuer à l'amélioration physique et morale des classes laborieuses de la société. La médecine, qui a découvert et formulé les lois bienfaisantes de l'hygiène, et qui ne cesse de faire des efforts pour en populariser les saines notions, ne saurait rester muette dans ce mouvement général; et il appartient surtout à la presse médicale périodique, dont l'autorité ne peut être contestée en matière de santé publique, de faire connaître son opinion sur tous les sujets de cette nature qui surgissent, et de travailler ainsi à porter la conviction dans les esprits.

Au moment où nous écrivons, le gouvernement français paraît se préoccuper vivement des graves atteintes portées à la santé publique et privée par la fabrication et l'emploi des diverses préparations dont le plomb fait la base, et qui sont d'un usage si fréquent et si répandu dans l'industrie et dans les arts. C'est, en effet, un sujet digne de toute la sollicitude des hygiénistes et de l'autorité, car il touche aux intérêts les plus chers d'une classe considérable d'ouvriers; et les maux qu'il s'agit de faire disparaître, outre ce qu'ils ont de cruel pour l'humanité, entraînent, dans les établissements hospitaliers, des dépenses qui ne peuvent manquer d'aller en s'accroissant, si l'on ne met en pratique de faire disparaître la cause funeste qui les engendre.

Tout le monde sait que les préparations plombiques et le plomb lui-même, quand ils s'introduisent dans l'économie vivante, soit à l'état de solution, soit sous forme de poussière fine ou de vapeur, constituent des poisons terribles dont les effets délétères, reconnus dès l'antiquité, ont été étudiés avec un soin tout particulier de nos jours. Tout le monde sait également que les ouvriers qui fabriquent ces préparations plombiques, si dangereuses et pourtant si utiles, sont à peu près dans l'impossibilité de se soustraire aux influences pernicieuses de leurs émanations. Voilà donc, ainsi que nous le ferons voir tout-à-l'heure, une série nombreuse d'industries qui sont une source de souffrances, d'infirmités et même de mort pour les malheureux qui s'y consacrent. Or, le problème qui se pose naturellement à l'esprit de l'observateur, en présence de ces tristes faits, et dont la solution vient enfin d'être trouvée, consiste à remplacer, dans l'industrie et dans les arts, les préparations saturnines par des produits susceptibles de rendre les mêmes services sans offrir les mêmes propriétés vénéneuses; ces produits sont fournis par l'oxyde de zinc.

Mais il ne suffit pas que cette solution heureuse soit acceptée par un petit nombre d'hommes éclairés. Pour que l'humanité retire tous les bienfaits de cette découverte, il faut que l'application en soit générale et que, par conséquent, tous les esprits soient pénétrés de la nécessité, de l'urgence de cette application. Nous espérons, par les considérations suivantes, mettre en vive lumière cette importante vérité.

Et d'abord, sans chercher à décrire d'une manière complète les symptômes, si connus des médecins, de l'empoisonnement par le plomb, rappelons en peu de mots quelques-uns des traits les plus saillans de ce genre d'intoxication. Suivons dans les fabriques de céruse l'ouvrier qui va y chercher des moyens d'existence pour lui et pour sa famille. Plongé dans une atmosphère chargée de poussière de carbonate de plomb, qu'il respire et qu'il avale sans cesse, le poison pénétrant peu à peu dans tout son organisme, son sang s'altère; l'analyse chimique peut y démontrer la présence du plomb. Ses gencives et ses dents se recouvrent d'une couche bleuâtre caractéristique; ses gencives se ramollissent, se détruisent, et ses dents se déchaussent; ses dents elles-mêmes, devenues friables, se brisent au moindre choc, ou sont rongées par la carie; sa bouche exhale une odeur fétide, spéciale, dont le médecin reconnaît sans hésiter l'origine; son teint devient jaune, terreux; tout son corps s'amaigrit, mais cet amaigrissement est plus prononcé encore au visage, qui se sillonne de rides et lui donne l'aspect d'un malheureux vieilli avant le temps; sa physionomie s'empreint de tristesse; ses forces déclinent; son énergie s'éteint; son pouls devient petit, grêle, facile à déprimer; quelquefois même les battemens du cœur présentent un ralentissement considérable. En un mot, la vitalité s'échappe graduellement, à mesure que le poison s'insinue.

On sait qu'il ne faut pas toujours un grand nombre de jours de travail dans une fabrique de céruse, pour arriver à ce déplorable état de santé, qui n'est qu'un triste prélude aux phénomènes propres de l'empoisonnement saturnin confirmé.

Bientôt l'infortuné sera en proie à la colique, dite de plomb, caractérisée surtout par l'atrocité de la douleur, l'insomnie, la constipation, l'altération toute particulière des traits, la démoralisation du malade, et son état d'angoisses, qui va souvent jusqu'au plus violent désespoir.

Ou bien, ses articulations deviendront le siége de vives souffrances, auxquelles s'ajouteront des crampes cruelles dans les membres.

Ou enfin, ce sera la paralysie qui viendra interrompre ses travaux, et apporter la misère au sein de sa malheureuse famille : des lassitudes insolites, une sensation de pesanteur, un refroidissement partiel, le brisement des forces, la gêne des mouvemens, l'avertiront de la nécessité de se soustraire aux émanations plombiques et de réclamer les secours de la médecine; s'il attend, dans son inexpérience, un ou plusieurs de ses membres perdront le mouvement, la sensibilité s'émoussera dans une étendue plus ou moins grande de son corps, la vue, l'ouïe se détruiront.

Ajoutons, pour achever le tableau, le délire, les convulsions, les accidens épileptiques, le coma, et, quand ces derniers symptômes se trouvent réunis, la mort souvent inévitable!

Lorsqu'une industrie exerce une pareille influence sur le plus grand nombre des individus qui s'y consacrent, il faut qu'elle soit bien indispensable à la société pour qu'on la conserve dans un pays bien administré!

Dans le temps où nous vivons, grâce aux progrès de l'hygiène et à la surveillance infatigable de l'autorité, sans cesse avertie par les médecins, les corps savans et la presse périodique, les maladies causées par le plomb sont rares dans l'ensemble de la population. En effet, d'une part, mieux instruits qu'autrefois sur les dangers de l'emploi du plomb, nous savons mieux renoncer à son usage ou nous garantir contre son influence délétère, et d'autre part, les préparations saturnines sont beaucoup moins employées pour la falsification des substances alimentaires et des boissons. C'est donc presque exclusivement sur les ouvriers qui fabriquent ou emploient les préparations de plomb que sévissent de nos jours ces cruelles maladies. Or, ces ouvriers constituent une classe nombreuse

Feuilleton.

DE LA CROISSANCE DANS SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES DES ENFANS [1];

Par M. le docteur BOUCHUT, médecin des hôpitaux.

La croissance de l'homme est le résultat de la même impulsion qui lui a donné la vie. C'est un phénomène qui s'accomplit fatalement et qu'une force inconnue soutient et dirige vers un but déterminé.

Engendrée par le contact sexuel, cette force s'empare subitement de la cellule qui constitue le germe humain et ne la quittera plus que le jour de son entier développement dans l'humanité. Elle préexiste à son effet comme toutes les forces de la nature et elle varie suivant les races, le temps, l'air et le lieu. La matière lui obéit servilement, tant qu'une autre force ne la vient pas troubler. Alors, amoindrie ou neutralisée dans son action, le développement de l'homme en souffre, ce qui devrait être à droite se montre à gauche, le blanc passe au noir, ce qui est droit vient de travers, des parties séparées se réunissent, et celles qui sont réunies devraient au contraire rester séparées. Depuis la moins apparente difformité, jusqu'aux troubles les plus complets du développement et de l'accroissement, tout est possible quand la force qui les dirige vient à être gênée dans son impulsion.

Après neuf mois d'un travail intra-utérin, cette force s'épanouit au dehors avec le nouveau-né; elle vient continuer son œuvre, à l'air et à la lumière, au milieu d'agens nouveaux et variés, ayant désormais pour auxiliaire la puissance d'une alimentation nouvelle, jusqu'alors inconnue.

A ce moment, le corps est achevé dans ses contours, et dans son ensemble le plus général, les vices de conformation ne sont plus à redouter, c'est désormais en longueur et en largeur que doit s'effectuer la croissance, et cela, d'après des lois encore peu connues, qu'il serait bien important de découvrir.

Buffon est le premier qui ait défrayé la voie, et il en a laissé un magnifique témoignage dans son tableau de l'accroissement d'un jeune homme d'une belle venue. Quetelet a imité l'exemple de notre grand naturaliste, et par de nombreux calculs, savamment disposés, dans son travail de pure statistique, il a fait connaître ou à peu près la loi de l'accroissement physiologique depuis la naissance jusqu'à la puberté. Des médecins auraient pu s'emparer de ces faits pour les mettre en lumière et pour éclairer la pathologie; mais, à l'exception de quelques rares travaux, parmi lesquels je citerai ceux de Duchamp et de Richard de Nancy, la science est restée muette sur ce point.

La croissance de l'homme, quoique très variable, est entravée par un grand nombre d'influences, telles que la température, la localité, le régime, le genre de vie, la maladie, la fièvre, etc., s'accomplit cependant d'une façon assez régulière, ainsi que je vais le montrer sur les tableaux empruntés à Quetelet. J'étudierai ensuite l'influence des maladies sur la croissance, et réciproquement, l'influence de la croissance sur le développement des maladies.

Ainsi : 1° De l'accroissement dans l'état physiologique;
2° De l'influence des maladies sur la croissance;
3° De la croissance sur le développement des maladies.

1° De l'accroissement dans l'état physiologique.

C'est en Belgique que Quetelet a recueilli ses observations et publié ses tables de statistique. Or, il est inutile de dire qu'on ne doit pas conclure rigoureusement des résultats de Bruxelles à l'existence de pareils résultats dans Paris ou dans toute autre localité. *Hæc scripsi sub sole romano*, s'écriait Baglivi, en pensant à ses lecteurs; il avait raison, et, ici, en moins bons termes, nous dirons la même chose, afin qu'on ne tire pas de conclusions trop absolues de recherches qui seraient seulement approximatives, si on les vérifiait chez nous.

Cinquante enfans mâles et cinquante filles ont été mesurés au moment de la naissance; ils se divisent comme il suit :

Enfans ayant de 16 à 17 pouces.	2 garçons.	4 filles.	Total 6
17 à 18	8	19	27
18 à 19	28	18	46
19 à 20	12	8	20
20 à 21	»	1	1
	50	50	100

	Garçons.			Filles.	
Maximum.	19 pouces	8 lignes	et	20 pouces	6 lignes.
Minimum.	16	2		16	2
Moyenne..	18	5 3/5e		18	1 14/25e.

Ce qui donne : 0m,4999 pour les garçons.
— — 0m,4896 pour les filles.

D'où résulte une différence de taille de 1 centimètre en plus pour les garçons au moment de la naissance.

La même différence existe dans les âges suivans, ainsi qu'on le pourra voir dans le tableau suivant, fait par MM. Delemer, Feigniaux, Guiette et Van Essch :

1 jour......	0,500	0,490	0,010
1 an.......	0,698	»	»
2 ans.......	0,796	0,780	0,016
3 ans.......	0,867	0,853	0,014
4 ans.......	0,930	0,913	0,017
5 ans.......	0,986	0,978	0,008
6 ans.......	1,045	1,035	0,010
7 ans.......	»	1,091	»
8 ans.......	1,160	1,154	0,006
9 ans.......	1,221	1,205	0,016
10 ans.......	1,280	1,256	0,034
11 ans.......	1,334	1,286	0,048
12 ans.......	1,384	1,340	0,044
13 ans.......	1,431	1,417	0,014
14 ans.......	1,489	1,475	0,014
15 ans.......	1,549	1,495	0,053
16 ans.......	1,600	1,518	0,082
17 ans.......	1,640	1,553	0,087
18 ans.......	»	1,564	»
19 ans.......	1,665	1,570	0,095
20 ans.......	»	1,574	»
Croissance terminée..	1,684	1,579	0,105

(1) Cet article est extrait du *Traité des maladies des nouveau-nés et des enfans à la mamelle*, dont M. le docteur Bouchut va bientôt faire paraître la seconde édition.

et intéressante, ainsi qu'on peut en juger par le relevé suivant, qui a été publié dans ces dernières années par un savant observateur, M. le docteur Tanquerel des Planches, et que nous empruntons à son excellent ouvrage (*Traité des maladies de plomb ou saturnines*, t. I, p. 92) :

Indication des professions de 1,213 individus affectés de colique saturnine.

Ouvriers des fabriques de blanc de céruse. . . .	406
Ouvriers des fabriques de minium.	63
Ouvriers des fabriques de mine orange.	12
Peintres en bâtimens.	305
Peintres en voitures.	47
Peintres de décors, de lettres et d'attributs. . , .	33
Peintres sur porcelaine.	3
Doreurs sur bois.	1
Peintres ou vernisseurs sur métaux.	2
Fabricans de papiers peints.	2
Broyeurs de couleurs.	68
Fabricans de cartes d'Allemagne.	13
Fabricans de cartes glacées.	6
Ceinturonniers.	2
Parfumeurs.	2
Potiers de terre.	54
Faïenciers.	7
Affineurs.	25
Fondeurs de plomb.	14
Étameurs.	8
Fabricans de potée d'étain.	4
Ferblantiers.	4
Joailliers, orfèvres, bijoutiers.	4
Fondeurs dits de cuivre.	2
Fondeurs de bronze.	1
Ouvriers des fonderies de caractères.	52
Imprimeurs.	12
Ouvriers des fabriques de plomb de chasse. . . .	11
Lapidaires.	35
Tailleurs et polisseurs de cristaux.	3
Ouvriers des manufactures de glaces.	2
Ouvriers des fabriques d'acétate de plomb. . . .	4
Ouvriers des fabriques de nitrate de plomb. . . .	3
Ouvriers des fabriques de chromate de plomb. .	3
Total général.	1,213

A cette longue liste d'artisans, voués par leurs occupations quotidiennes à l'intoxication saturnine, il faut encore ajouter : les ouvriers des mines de plomb, les ouvriers des fabriques de litharge, les ouvriers chauffeurs des bateaux à vapeur, les vitriers, les porcelainiers, les verriers, les fabricans d'émaux, les pharmaciens, et peut-être d'autres encore.....

On voit quel nombre considérable et quelle variété de professions exposent les ouvriers à contracter les maladies qui proviennent du plomb. Mais ce qui frappe surtout dans le tableau qui précède, c'est la proportion énorme des ouvriers des fabriques de blanc de céruse et des peintres en bâtimens, c'est-à-dire de ceux qui préparent la céruse et de ceux qui l'appliquent. Cette remarque est de la plus haute importance pour le sujet qui nous occupe, car elle fait ressortir avec une grande force la nécessité de supprimer la fabrication et l'emploi d'un produit aussi dangereux que l'est la céruse, s'il est vrai, comme nous le croyons démontré maintenant, qu'on peut le remplacer par un autre produit aussi utile et sans danger, l'oxyde de zinc.

Il est facile de se rendre compte de la prédominance si remarquable des ouvriers cérusiers parmi les malades atteints d'affections saturnines. Il doit être évident pour tout le monde que les préparations plombiques dont les émanations doivent être les plus dangereuses sont celles qui se réduisent le plus facilement en vapeur ou en poussière susceptible de se disséminer dans l'air. Ces préparations sont la céruse, le minium et la litharge. Les ouvriers cérusiers respirent donc largement la poussière plombique répandue dans l'atmosphère qui les environne, cette poussière retombe dans l'eau qui sert à les désaltérer, elle pénètre dans leur estomac avec leurs alimens lorsqu'ils ont l'imprudence de manger dans l'intérieur des ateliers, elle s'attache à toute la surface de leur corps; en un mot, elle s'introduit en eux par toutes les voies. Aussi voit-on, dans ces fabriques, non seulement les ouvriers, mais encore les directeurs, les contre-maîtres, etc., atteints eux-mêmes par la maladie. Et un fait curieux qui vient dénoter d'une manière frappante l'influence délétère d'un pareil séjour, c'est qu'on a constaté que dans les fabriques de céruse et de minium, et même dans les grands ateliers de peinture en bâtimens, les animaux, comme les poules, les chats, les chiens, les chevaux, peuvent être affectés de coliques saturnines. La maladie les attaque plus sûrement quand ils se roulent dans la poussière plombique et la font voltiger autour d'eux; mais il suffit qu'ils séjournent dans les ateliers pour subir l'influence du poison!

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur les dangers de la fabrication et de l'emploi des préparations saturnines en général et de la céruse en particulier, nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques renseignemens statistiques, qui nous paraissent propres à donner à tous une juste idée de la haute importance économique et sociale de la question que nous agitons en ce moment, indépendamment de son intérêt au point de vue de l'humanité.

(*La suite au prochain n°.*) G. Richelot.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hopital de la Pitié. — Service de M. Valleix.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

ANTÉVERSION.

Messieurs,

On pourrait facilement réunir dans la même description l'antéversion simple, l'antéflexion, et l'antéversion avec flexion, car toutes ces formes de déviation ont des points de ressemblance extrêmement nombreux ; mais il y a aussi certaines différences, et je crois que nous arriverons à une description plus exacte et plus complète en faisant d'abord l'histoire de l'antéversion simple, et en indiquant ensuite en quoi s'en rapprochent ou en diffèrent les deux autres formes.

J'entrerai, à propos de l'antéversion, dans des détails multipliés qui nous permettront d'aller plus rapidement dans la description des autres déviations, parce qu'alors nous aurons un type, un point de départ nécessaire pour l'intelligence du sujet.

Définition. — Il y a antéversion simple (*pronatio uteri*) quand le corps de l'utérus est incliné en avant, sans qu'il existe aucune flexion de l'organe. Comme le mouvement d'inclinaison se passe autour d'un point fictif qui serait situé non pas à la partie inférieure du col de la matrice, mais vers la réunion du corps et du col, il en résulte que le col est porté en haut et en arrière, quand le corps se renverse en bas et en avant.

Parmi les cas d'antéversion qui ont passé sous nos yeux, 21 ont été observés d'une manière assez exacte, pour pouvoir servir à l'étude de cette maladie. La thèse de M. Ameline en contient 18; mais comme il ne les a pas tous observés lui-même, qu'il n'a pas eu tous les renseignemens désirables, et qu'il n'a pu nullement contrôler ceux qui lui étaient communiqués, je me servirai exclusivement des 21 faits recueillis par moi, n'ayant recours aux siens ou à ceux consignés dans les autres auteurs, que comme point de comparaison.

Étiologie. — On trouve d'abord, comme cause de l'antéversion aussi bien que de toutes les autres déviations, la *forme* et la *position anatomique* de l'utérus. Cet organe jouit d'une assez grande mobilité dans le petit bassin; il est soutenu par des ligamens lâches, et susceptibles de s'allonger ou de se raccourcir, et peut être, par conséquent, repoussé en avant, en arrière, latéralement, par les variations qu'éprouvent les organes environnans, par les tumeurs, etc. D'un autre côté, la grosse extrémité de l'utérus, étant située supérieurement, permet au centre de gravité de se déplacer, et à l'organe de basculer bien plus facilement que cela n'aurait lieu dans des conditions opposées.

On a pensé, de plus, que les *congestions périodiques* auxquelles l'utérus est soumis pendant la menstruation, doivent favoriser l'action de ces causes; mais on pourrait objecter à cela que si la longueur de la matrice augmente alors, tous ses autres diamètres augmentent dans la même proportion, et qu'ainsi le centre de gravité ne se trouve pas déplacé.

Les autres causes physiologiques, auxquelles on a attribué une grande valeur, sont d'abord les *changemens de volume auxquels sont soumis les organes qui environnent l'utérus*, et qui, comme je viens de le dire, peuvent repousser cet organe dans divers sens; puis, le *relâchement des ligamens* à la suite des tiraillemens qu'ils ont éprouvés pendant la grossesse, de telle sorte qu'ils ne résistent plus avec efficacité aux causes qui viennent d'être énumérées.

Je dois vous dire, Messieurs, que plusieurs de ces causes ont été invoquées d'après des vues physiologiques, et que l'étude des faits n'en a pas encore confirmé suffisamment l'existence. Il faudrait, pour nous ôter toute incertitude à ce sujet, que nous pussions consulter les résultats d'un assez grand nombre d'autopsies; mais la science n'en possède encore que quelques-unes, dont la plupart ont été faites sur des sujets qu'on n'avait pas observés pendant la vie.

Aussi, quand on parle de l'état de l'utérus et de ses annexes, ou des organes voisins, expose-t-on presque uniquement ce qu'a permis de supposer l'examen de ces parties fait sur le vivant, et non ce qu'ont démontré rigoureusement les recherches nécroscopiques.

Mais je n'insiste pas davantage sur ces causes, qui, je le répète, sont communes à toutes les déviations, et sur lesquelles, par conséquent, je n'aurai plus à revenir.

Age. — M. Ameline dit ne pas avoir vu d'antéversion avant la puberté. Cependant M. Huguier a vu un cas d'antéversion congénitale, et moi-même j'ai observé le suivant qui l'était probablement aussi :

Une jeune fille, qui m'avait été adressée à l'hôpital Beaujon par M. Gillette, mourut d'une fièvre typhoïde, sans avoir accusé le plus léger symptôme du côté de l'utérus. Cet organe ne dut pas, dans une pareille affection, être examiné pendant la vie; mais, à l'autopsie, nous le

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25 et 27 Mai.

A seize ou dix-sept ans, la croissance des filles est donc *relativement* presque aussi avancée que celle des jeunes garçons de dix huit ou dix-neuf ans; et l'on voit aussi que de cinq à quinze ans la croissance est pour elles de 52 millimètres, tandis qu'elle est de 56 millimètres pour les garçons.

M. Quetelet a établi, d'après ses calculs, la loi de croissance des *habitans de Bruxelles :*

1° La croissance la plus rapide a immédiatement lieu après la naissance; l'enfant, dans l'espace d'un an, croît d'environ 2 décimètres.

2° La croissance de l'enfant diminue à mesure que son âge augmente presque vers l'âge de quatre ou cinq ans, époque à laquelle il atteint le *maximum* de la vie probable; ainsi, pendant la seconde année qui suit la naissance, l'accroissement n'est que la moitié de ce qu'il était la première, et pendant la troisième année, le tiers environ.

3° A partir de quatre à cinq ans, l'accroissement de la taille devient à peu près régulier jusque vers seize ans, c'est-à-dire jusqu'après l'âge de la puberté, et l'accroissement annuel est d'environ 56 millimètres.

4° Après l'âge de la puberté, la taille continue encore à croître, mais faiblement; ainsi, de seize à dix-sept ans, elle croît de 4 centimètres; dans les deux années qui suivent, elle croît de 2 centimètres 1/2 seulement.

5° La croissance totale de l'homme ne paraît pas encore terminée à l'âge de vingt-cinq ans.

C'est en étudiant aussi la croissance sur l'habitant des villes et des campagnes qu'il a vu la taille du citadin s'élever au-dessus de celle du paysan. Quetelet confirme à cet égard les résultats de Villermé, exprimés dans ces paroles :

La taille des hommes devient d'autant plus haute, et leur croissance s'achève d'autant plus vite, que toutes choses étant égales d'ailleurs, le pays est plus riche, l'aisance plus générale; que les logemens, les vêtemens, et surtout la nourriture sont meilleurs, et que les peines, les fatigues, les privations éprouvées dans l'enfance et la jeunesse sont moins grandes. En d'autres termes, la misère, c'est-à-dire les circonstances qui l'accompagnent, produit les petites tailles et retarde l'époque du développement complet du corps.

La croissance se termine ordinairement à dix-neuf ou vingt ans; elle se prolonge quelquefois jusqu'à vingt-cinq ans.

Elle est modifiée par les localités autant que par les climats. Le développement de la taille s'arrête plus rapidement dans les pays très chauds et dans les pays très froids, que dans la température modérée, dans les plaines basses, que sur les hautes montagnes où le climat est le plus rigoureux. On dit aussi que le genre de vie influe encore sur la croissance, et que des individus ont acquis un développement considérable en hauteur, après avoir modifié leur genre de vie, et fait usage des alimens humides.

D'autres recherches sur la croissance particulière des différentes parties du corps ont été entreprises par Joerg, Ténon, Wenzel et Richard (de Nancy). Elles ont donné des résultats assez curieux pour mériter une place dans ce chapitre.

Accroissement de la tête.

De 1 jour à 1 an.	Diamètre	longitudinal.	4	pouces	1/2 à 5 1/2.
—	—	transverse. .	3	—	1/2 à 5.
—	—	oblique. . .	5	—	à 6.
A 7 ans.	—	longitudinal.	6	—	4 lignes.
—	—	transverse. .	5	—	

Longueur du tronc.

De 1 jour à 9 mois. . . . . . . 8 pouces à 13 ou 14.

Longueur de la poitrine, du sternum au creux de l'estomac.

A 1 jour.	2	pouces 1/2.
A 9 mois.	3	—
De 2 à 4 ans.	4	—
De 4 à 7 ans.	5	—

Circonférence de la poitrine à sa base.

A 1 jour.	13	pouces.
A 1 an.	17	—
A 5 ans.	19	—
A 7 ans.	20	—

Longueur du ventre.

A 1 jour.	4	pouces.
A 1 an.	6	—
A 2 ans.	7	—
A 4 ans.	8	—
A 6 ans.	9	—
A 7 ans.	9	— 1/2.

Accroissement des membres supérieurs.

De 1 jour à 9 mois. . .	8 à 11 pouces.	
A 7 ans.	18	—

Accroissement des membres inférieurs.

De 1 jour à 9 mois. . .	8 pouces à 12.	
A 7 ans.	19	—

Ces chiffres intéressans donnent une idée approximative du développement de la tête, du tronc et des membres pendant les premières années de la vie. Ils sont, à défaut de tout autre document, comme la mesure propre à guider le médecin, dans l'appréciation des modifications partielles de la croissance, causées par différentes maladies.

2° De l'influence des maladies sur la croissance.

Les unes, en petit nombre, arrêtent le développement de la taille; les autres, au contraire, l'accélèrent très notablement. Il faut faire attention à ne pas prendre pour arrêt de croissance les modifications de la taille dont je vais parler.

L'arrêt de la taille, ou sa diminution est apparente ou réelle. Ainsi, dans la courbature occasionnée par une grande fatigue, on observe constamment chez les jeunes sujets une diminution momentanée de la taille, qui est le résultat de la fatigue, et qui cesse après le repos. Un adolescent peut perdre de cette façon de 1 à 4 centimètres de hauteur, Des conscrits emploient fréquemment cette ruse pour échapper à l'impôt du sang; ils marchent et courent, sans désemparer, la veille et le matin du jour où l'on doit les mesurer avant ou après le tirage au sort, et ceux dont la taille approche des limites inférieures fixées par la loi, ayant perdu 1 ou 2 centimètres, sont déclarés impropres au service. Buffon a raconté le plus extraordinaire des faits de ce genre. Il a été observé par M. Gueneau de Montbelliard sur son fils, le même dont Buffon a rapporté l'accroissement dans son tableau. Ce jeune homme, de 5 pieds 9 pouces, après avoir passé une nuit au bal, avait perdu 18 bonnes lignes de sa taille, et n'avait plus que 5 pieds 7 pouces 6 lignes faibles, diminution bien considérable que vingt-quatre heures de repos ont rétabli.

trouvâmes transversalement étendu, et situé de telle sorte, que le corps était littéralement couché sur la vessie. Il était léger, peu volumineux, et n'avait contracté aucune adhérence normale avec les tissus voisins.

Ce fait tend à prouver que la déviation peut exister sans déterminer d'accidens jusqu'à un certain âge. Mais cette disposition ne serait-elle pas une raison suffisante pour en faire redouter l'apparition plus tard, quand l'organe aura atteint son entier développement.

Quant aux malades qui se sont présentées à nous avec des symptômes assez graves pour les engager à réclamer des soins, elles avaient de 20 à 38 ans au moment où nous les avons vues; et alors l'*âge moyen* était de 30 ans. Mais il faut considérer que, chez toutes, la maladie existait déjà depuis un certain temps. Dans 17 cas seulement, nous avons pu constater, d'une manière rigoureuse, l'époque précise du début, et nous avons trouvé qu'il avait eu lieu entre 19 et 33 ans, et en moyenne à 25 ans et une très petite fraction. Cette différence qui, pour la moyenne, est de cinq ans entre l'âge des malades au début de l'affection, et l'âge qu'elles avaient au moment de notre observation, suffit déjà pour nous montrer combien cette maladie a par elle-même de tendance à se prolonger.

Constitution. — La constitution a été primitivement robuste 10 fois, 9 fois médiocre et 2 fois faible. Mais, généralement, si la maladie avait duré un certain temps, il était très rare que la constitution primitive ne fût pas plus ou moins altérée.

Tempérament. — La difficulté qui résulte, pour l'appréciation des tempéramens, des combinaisons nombreuses suivant lesquelles se réunissent les élémens de chacun d'eux chez les divers individus, nous a fait apporter à l'étude de cette cause prédisposante une attention toute particulière. 18 de nos malades seulement nous ont paru offrir des signes assez prédominans de tel ou tel tempérament, pour qu'il ait été possible de le noter.

Chez 6, les élémens du tempérament lymphatique dominaient, surtout chez une qui présentait des chairs flasques, décolorées, et de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Chez 6 autres, nous avons trouvé ces élémens de tempérament lymphatique, unis à ceux du tempérament nerveux; 5 avaient un tempérament sanguin, et une un tempérament bilieux.

Leucorrhée. — On a considéré la leucorrhée comme une des causes de l'antéversion; et lorsque, pour élucider cette question, nous avons cherché si elle avait existé avant l'apparition des autres symptômes, le plus souvent nous avons manqué de renseignemens, ou ils ont été extrêmement vagues : 4 malades nous ont très positivement assuré ne pas avoir eu de flueurs blanches antérieurement, 3 seulement se sont bien souvenues en avoir eu depuis longtemps; une quatrième nous a dit en avoir eu déjà, mais elles étaient survenues à la suite d'une chute, et avaient disparu longtemps avant la production de l'antéversion; les autres ne nous ont donné que des renseignemens insuffisans.

Menstruation. — Relativement à la menstruation, nous trouvons qu'en général elle s'est établie facilement au début, sauf ces légères irrégularités qui se rencontrent presque toujours, et dont nous ne tenons pas compte. Une malade avait été chlorotique pendant un an avant l'apparition de ses règles, et 3 autres avaient eu, pendant les premiers mois, des irrégularités, des retards assez considérables, pour que nous devions y attacher une certaine importance. Une fois la menstruation bien établie, 4 nous ont présenté de la *dysménorrhée* antérieure aux autres symptômes; une seule a eu une *suppression* complète des règles pendant un temps assez long; mais elles étaient revenues bien longtemps avant la production de l'antéversion. — Nous ne trouvons donc pas un seul cas où la suppression des règles puisse être regardée réellement comme une cause de cette maladie; et je me demande si les auteurs qui en ont parlé, n'ont pas pris l'effet pour la cause.

Accouchement. — L'influence des accouchemens est plus intéressante à rechercher que celle des causes précédemment énumérées. Sur 20 cas qui peuvent nous servir à cette étude, 18 femmes ont eu un ou plusieurs accouchemens à terme. De ce nombre, 12 ont eu un seul enfant, et sont restées ensuite deux, trois et cinq ans sans en avoir; une d'entre elles a eu deux avortemens depuis.

Des 6 autres qui ont eu des enfans, 1 en a eu deux; 2 en ont eu trois; 1 en a eu quatre; 1 autre cinq, et la dernière en a eu six.

Dans deux cas l'accouchement a été laborieux; dans un autre il a été suivi d'hémorrhagie; et dans un quatrième d'inflammation. Hormis ce petit nombre d'exceptions, les accouchemens n'ont rien présenté de particulier.

Une seule de nos malades *s'est levée trop tôt* après son accouchement (quatre jours); toutes les autres ont gardé le lit au moins neuf jours.

Tels sont, Messieurs, les renseignemens que j'ai pu recueillir à ce sujet. Je vous les donne non pas comme l'expression rigoureuse de ce qui est ou de ce qui doit être dans la majorité des cas; je n'ai pas un nombre assez considérable de faits pour cela; mais comme un document qui peut être utilement consulté au besoin.

Avortement. — Trois de nos malades seulement ont eu des avortemens; chez deux ils ont été suivis d'accouchemens à terme, et par conséquent me semblent avoir été étrangers à la déviation survenue plus tard. Chez la troisième, au contraire, deux avortemens successifs sont survenus après un premier accouchement à terme. L'histoire de cette malade est assez intéressante pour que je croie devoir vous la faire connaître (1).

Observation II. — A... C... entre à l'hôpital Beaujon le 27 septembre 1851. Pâle, maigre, d'une constitution médiocre; elle a eu, de 12 à 16 ans, de la leucorrhée, cessant après l'apparition des règles, qui furent peu abondantes et difficiles. A 17 ans, elle eut un premier accouchement à terme; le travail dura vingt-quatre heures; il n'y eut aucun accident; elle put se reposer plusieurs semaines, et les menstrues reparurent régulièrement après le deuxième mois. A 26 ans, après neuf ans d'une santé parfaite, elle fit une fausse couche au deuxième mois; il se produisit des hémorrhagies, à la suite desquelles survint de l'anémie, qui fut traitée probablement par les ferrugineux, et la santé se rétablit. Mais deux ans plus tard, survint une nouvelle grossesse, au commencement de laquelle la malade ressentit des douleurs lombaires. Une hémorrhagie se produisit au troisième mois et fut suivie d'un nouvel avortement. Au dire de son médecin, il resta dans l'utérus des débris du placenta, qui ne furent expulsés qu'au bout de plusieurs jours, et après l'administration du seigle ergoté. A... C... fut ensuite obligée de garder le lit pendant six mois, et les règles ne reparurent que le troisième mois. Depuis, elle avait constamment éprouvé de la faiblesse dans les membres, des pesanteurs et des tiraillemens dans le bassin, dans les lombes et dans les aines. L'appétit était irrégulier, les digestions difficiles. Il n'y avait de troubles ni de la défécation, ni de la miction. Les douleurs de la marche étaient si vives que, dans les derniers temps, elle ne quittait presque plus la chambre.

Le 27 septembre, je l'examinai avec M. Danyau, et nous constatâmes une antéversion de l'utérus; nous fîmes ensemble un dessin pour nous rappeler la position dans laquelle nous l'avions trouvé.

Ce jour et les suivans, le cathétérisme est pratiqué; il n'est pas douloureux, et suivi seulement de l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Le 30, application, un peu fatigante pour la malade, d'un redresseur à flexion fixe, qui est enlevé au bout de vingt-quatre heures, à cause de l'apparition des règles dix ou douze jours avant leur époque habituelle. Elles sont plus abondantes que de coutume.

Le 10 octobre, en examinant de nouveau la malade avec M. Danyau, nous trouvâmes le col encore en arrière, mais son ouverture plus facile à atteindre; le corps était incliné en avant dans sa position normale. A l'antéversion avait donc succédé une légère flexion, avec déviation du col en arrière. La malade se trouvait mieux, et, sur sa demande, elle put quitter l'hôpital.

Du 16 au 21 elle eut une entérite assez intense.

Le 21, je réappliquai le redresseur; il resta trois jours, au bout desquels il se déplaça dans un mouvement de la malade. Remis le 26, il fut très bien supporté pendant treize jours. On l'enleva le 9 décembre, à cause de l'arrivée des règles, qui durèrent douze jours; celles de janvier ont été également très abondantes.

Après que le redresseur a été enlevé, l'utérus a été trouvé dans sa position normale, et il s'y est maintenu depuis, ainsi que j'ai été à même de le constater encore il y a un mois à peine. La marche est devenue facile, et les accidens qui existaient du côté des voies digestives ont disparu. A... C... se trouve dans un état de santé qu'elle ne connaissait pas depuis le début des accidens.

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*

(1) Toutes les observations citées ayant été longuement exposées à la clinique et restant entre les mains de M. Valleix, pour être, selon toute probabilité, complètement reproduites plus tard, je n'en donnerai ici que le résumé le plus succinct possible, et je m'abstiendrai surtout de détailler l'examen des malades quand il n'offrira rien d'extraordinaire. — T. Gallard.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 28 Avril 1852. — Présidence de M. Bouvier, vice-président.

M. Grisolle communique à la Société l'observation suivante : une femme âgée de 21 ans, cuisinière, entra samedi dernier dans son service à l'hôpital Beaujon; elle disait éprouver de l'oppression depuis quinze à vingt jours, et avait une aphonie presque complète. Cette femme jouissait habituellement d'une bonne santé; elle disait eu, il y a dix ans, un enfant qui était mort à un an. Il n'existait pas d'antécédens tuberculeux dans sa famille, et elle affirmait n'avoir jamais éprouvé d'accidens syphilitiques. Au mois de novembre dernier, elle avait été prise, sans cause appréciable, d'un enrouement qui n'avait pas tardé à disparaître.

Lorsque M. Grisolle la vit pour la première fois, dimanche matin, la respiration s'accompagnait d'un sifflement qui s'entendait à distance, et lorsqu'elle avait parlé, ce sifflement était remplacé momentanément par un bruit analogue au cornage. Quand la malade gardait un repos complet, la respiration devenait plus libre; il n'y avait ni tuméfaction au cou, ni sensibilité à la pression au niveau du larynx. L'examen de la cavité buccale et du pharynx démontra qu'il n'existait pas d'ulcérations sur la membrane muqueuse qui tapisse ces régions. La luette était seulement un peu tuméfiée. La percussion donnait un son normal dans toute l'étendue du thorax, et l'auscultation ne faisait constater aucun signe morbide, sauf un affaiblissement du murmure respiratoire, qui dépendait évidemment de l'obstacle que la gêne de la respiration mettait à l'introduction de l'air dans les voies respiratoires. La malade n'avait éprouvé jusqu'alors aucun accès de suffocation. Sur le côté du nez, on remarquait une petite plaque analogue à une syphilide tuberculeuse; mais il n'en existait pas d'autres sur la surface du corps. Toutes les autres fonctions étaient dans un état d'intégrité parfait. Soupçonnant une affection syphilitique, M. Grisolle prescrivit les pilules de Dupuytren. Le lendemain lundi, il fit donner en outre 1 gramme d'iodure de potassium.

L'arrêt réel de la croissance est le résultat d'une seule maladie qui a le sang pour siége, et pour nom *rachitisme*. C'est le fait qu'on indique, à l'exemple des médecins d'autrefois, en disant qu'un enfant est noué; c'est même là encore la dénomination vulgaire des embarras de croissance.

Dans cette maladie, ou plutôt dans cet état du sang causé par un régime peu approprié, les os sont profondément atteints dans leur nutrition moléculaire, insuffisans à porter la masse du corps, ramollis et douloureux, leur tissu s'altère et devient moins compact, ils se courbent et s'écrasent jusqu'à ce que l'état général ayant disparu, de nouvelles couches à leur extérieur et dans leur intérieur, soient venues les soutenir et les consolider.

Pendant ce temps, l'accroissement en longueur est presque entièrement suspendu; de 7 à 18 centimètres qu'il devrait être en un an, il se trouve réduit à 2 ou 3 au plus; la sortie des dents se trouve interrompue; les os du crâne, au lieu de se rejoindre, semblent s'écarter; les fontanelles restent béantes et la tête prend un peu la forme de l'hydrocéphale. La colonne vertébrale s'incline en avant et dessine en arrière une sorte de gibbosité dorso-lombaire. La poitrine se déforme et s'aplatit latéralement pour recevoir l'empreinte des bras. Les articulations enfin grossissent par le fait du gonflement des extrémités spongieuses articulaires, d'où les *nœuds* des membres, et le nom de *nœure* jadis donné à la maladie.

J'ai mesuré beaucoup d'enfans affectés de cette maladie à divers degrés, et j'ai pu me convaincre de sa fâcheuse influence sur le développement du corps.

Sur vingt garçons de un à deux ans, affectés de rachitisme, la moyenne de la taille n'a été que de $0^m,734$, ce qui établit une différence de plus de 6 centimètres au-dessous de la moyenne ordinaire, qui est de $0^m,796$.

Sur douze filles également âgées de un à deux ans, la moyenne de la taille s'est trouvée être de $0^m,717$, c'est-à-dire inférieure de près de 7 centimètres au-dessous de la moyenne ordinaire $0^m,780$.

Sur huit garçons de deux à trois ans, j'ai trouvé pour moyenne $0^m,823$ inférieure à 4 centimètres à la moyenne physiologique, et sur cinq filles du même âge, $0^m,819$ inférieure au chiffre moyen normal de $0^m,853$.

Ces résultats intéressans ne doivent pas être considérés dans leur signification absolue, mais bien dans leur expression approximative, puisque ce sont des moyennes, c'est-à-dire des abstractions, tirées d'un nombre assez restreint d'observations.

Ils signifient seulement que le rachitisme arrête momentanément la croissance; mais pendant combien de temps peut-il agir, et de combien doit-il réduire les proportions du corps? C'est ce que je n'ai pu encore déterminer n'ayant pas assez longtemps suivi les malades. Quand l'affection n'est pas bien caractérisée et qu'une modification de régime la neutralise à propos, les enfans se dénouent rapidement, leur taille s'élance et reprend bientôt ce qui lui manquait. Si, au contraire, faute de soins et de discernement, le rachitisme a fait de grands ravages, la guérison est plus lente, la croissance est pour longtemps entravée, et chaque jour on voit des enfans qui conservent et qui conserveront toujours des traces plus ou moins évidentes de leur ancienne maladie. Ils sont courts, trapus, la tête volumineuse, le menton porté en avant, les membres un peu trop forts; ou bien ils sont difformes, la tête dans les épaules démesurément larges, le tronc rabougri et les membres tordus sur eux-mêmes.

A côté de l'influence du rachitisme sur la croissance, doit se placer l'influence du régime alimentaire mal approprié des enfans, qui, sans produire évidemment les altérations rachitiques des os, altère cependant la nutrition générale et peut arrêter le développement de la taille. Le régime animal exclusif, qui conduit les enfans au rachitisme, suffirait, dit-on, à empêcher la croissance, et, dit Quetelet, on a vu, par une simple modification de régime et par la substitution d'alimens humides à l'usage prématuré des viandes, la taille prendre un développement considérable. Je n'ai pas observé de faits de ce genre, mais ils ne me semblent pas impossibles, ils ressortent implicitement de nos connaissances acquises sur la cause et les effets du rachitisme.

Certaines maladies scrofuleuses localisées agissent sur l'accroissement local des parties qui leur servent de support. La maladie de Pott, outre la perte de substance qu'elle fait éprouver à certaines vertèbres, nuit encore au développement du reste de la colonne vertébrale. Toutes les tumeurs blanches des enfans arrêtent plus ou moins longtemps le développement du membre affecté, mais ce ne sont là que des détails de la grande question qui m'occupe et sur lesquels je ne dois pas m'arrêter davantage.

Il n'y a donc qu'une seule affection susceptible d'entraver et de suspendre la croissance générale des enfans, c'est le rachitisme. Il en est, au contraire, un grand nombre d'autres qui agissent en sens inverse et qui l'activent d'une façon quelquefois très surprenante. Ce sont les fièvres, les maladies aiguës et l'éclampsie.

Toutefois, il faut prendre garde de ne pas se tromper dans l'estimation de la croissance réelle des enfans pendant la durée des maladies. Il y a une cause d'erreur, non signalée jusqu'à ce jour, que mes recherches m'ont permis de découvrir et qui peut facilement faire considérer comme *réelle* une croissance tout à fait *apparente*. Je m'explique. On mesure un enfant le jour où il tombe malade, on le mesure quinze jours après, lorsqu'il se lève pour la première fois, et on trouve, je suppose, qu'il a grandi de 3 centimètres. Le lendemain, ces 3 centimètres se trouvent réduits à 2, et le jour d'après, à 1 centimètre seulement qui reste définitivement acquis à la taille. Ce dernier chiffre exprime la *croissance réelle* de l'enfant, tandis que l'autre n'indiquait que sa *croissance apparente*, celle que j'attribue au gonflement des cartilages intervertébraux et interarticulaires par le fait seul du repos au lit. Il ne faut donc pas prendre, comme expression de la croissance réelle des enfans, la différence de la taille qu'on observe au premier jour de la levée; il faut attendre trois et quatre jours de marche pour avoir le chiffre exact de l'accroissement.

Cela dit, afin de montrer à combien d'erreurs un examen superficiel pourrait conduire, voyons quelle est la véritable influence des maladies fébriles sur l'allongement du corps.

(*La suite au prochain numéro*).

L'état de la malade ne paraissait pas s'être aggravé. Une demi-heure environ après la visite, elle fut prise d'un accès de suffocation. Malheureusement on ne fut pas prévenu de cette circonstance. Vers dix heures du soir survint un nouvel accès pendant lequel la malade succomba.

L'autopsie permit de constater dans le larynx les lésions suivantes : sur le repli aryténo-épiglottique du côté droit existait une ulcération qui se prolongeait jusqu'à la corde vocale supérieure. Cette ulcération reparaît sur des tissus indurés épaissis, mais dans lesquels on reconnaissait, à l'inspection, la texture des divers élémens anatomiques dont ils étaient composés. Cette partie tuméfiée bouchait complètement l'ouverture supérieure du larynx. Un peu au-dessus de la corde vocale supérieure, du même côté, près de son extrémité antérieure, on remarquait une petite végétation rougeâtre arrondie, non pédiculée, du volume d'une petite lentille. Du côté opposé à la lésion, les tissus paraissaient seulement un peu plus épais que dans l'état normal. Aucune trace de tubercules.

M. Grisolle soumet la pièce anatomique à l'examen de la Société. Il se demande si cette malade a été affectée d'une laryngite chronique simple, ulcéreuse. Cette opinion lui paraît fort douteuse, surtout vu la marche rapide des accidens et la rareté de cette affection. Il regarde comme beaucoup plus probable, sans pouvoir toutefois l'affirmer, que cette ulcération est de nature syphilitique. Il reconnaît d'ailleurs que l'absence d'ulcérations de la gorge, qui précèdent souvent les ulcérations du larynx, et celles d'autres accidens syphilitiques concomitans, sauf la tache qui existait sur le côté du nez, empêchent de trancher affirmativement la question. Il ajoute qu'on ne peut pas songer à une laryngite tuberculeuse, et que l'aspect des tissus malades éloigne également l'idée d'une affection cancéreuse.

M. Monneret pense qu'il faudrait examiner les tissus malades au microscope, et qu'on pourrait peut-être ainsi éclairer la nature de la maladie. (Après s'être livré à cet examen, M. Monneret nous fait savoir qu'il n'avait constaté aucun des caractères du tissu squirrheux ou encéphaloïde, et que cette altération pouvait se rapporter à l'inflammation chronique.

M. Barthez (François) a rencontré trois fois, dans l'espace d'un an, des ulcérations du larynx chez des malades qui étaient morts de la fièvre typhoïde. Un de ces malades avait eu, pendant la vie, des accès de suffocation, et on lui avait pratiqué l'opération de la trachéotomie.

La Société procède au renouvellement de son bureau. Sont nommés :

Président. . . . . MM. Bouvier.
Vice-président. . . . . Requin.
Secrétaire-général. . . . Henri Roger.
Secrétaires particuliers. { Bouchut. / Ch. Léger.
Trésorier. . . . . Labric.

Le secrétaire, Ch. Léger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Caffe.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.

De l'administration des médicamens actifs sous forme concentrée.

M. Caffe dépose sur le bureau de la Société, de la part de M. le docteur Clairtan, de Dijon, des flacons contenant des capsules remplies d'éther et de chloroforme. L'auteur dit avoir employé un grand nombre de fois ces deux médicamens sous cette forme dans diverses affections douloureuses de l'estomac et des intestins, et il déclare en avoir obtenu de très bons résultats, notamment dans les coliques saturnines. Ce médecin insiste sur les avantages inhérens à ce mode de préparation, qui permet un dosage parfaitement exact et qui garantit contre la volatilisation des substances très diffusibles. Il voudrait le voir appliqué à l'emploi de tous les médicamens énergiques, de la strychnine, de la morphine, etc.

M. Forget dit que l'idée n'est pas nouvelle; que le comité de rédaction de l'*Union Médicale* a reçu, il y a déjà plusieurs mois, d'un médecin de Blois, des bonbons très agréables au goût, et consistant en une enveloppe de sucre, au centre de laquelle se trouvait une goutte de chloroforme. D'autre part, il a vu depuis longtemps, chez M. le docteur Homolle, des capsules gélatineuses contenant de l'éther et du chloroforme, préparées par lui. En conséquence, il trouve que M. Clairtan ne saurait prétendre à la priorité. Quant aux avantages de ce procédé d'administration des médicamens énergiques, qui, ainsi concentrés, peuvent avoir une action irritante sur l'estomac, il se demande jusqu'à quel point ils sont démontrés.

M. Larrey ajoute que M. Milon, professeur au Val-de-Grâce, a fait depuis longtemps des essais analogues, et qu'il a aussi proposé d'administrer l'éther et le chloroforme sous forme de bonbons.

M. Caffe, sans s'attacher à la question de priorité, fait l'éloge de ces tentatives faites dans le but d'administrer les médicamens sous le moindre volume possible, à dose constamment la même, et sans déperdition par l'évaporation. Elles réalisent, selon lui, l'idée que M. Munaret a cherché à vulgariser, et elles constituent une conquête thérapeutique importante.

M. Gillette est de l'avis diamétralement opposé. La concentration des médicamens lui paraît pleine de dangers. Ne doit-on pas justement redouter de porter du chloroforme dans l'estomac, quand on se rappelle son action sur les muqueuses? Étendu dans une potion, il est au contraire sans action locale fâcheuse.

On parle de la généralisation de ce procédé, on voudrait l'appliquer aux substances les plus dangereuses; plus elles sont dangereuses, plus il faut se défier de la concentration. L'appliquerait-on, par exemple, à l'administration de l'arsenic qu'on a aujourd'hui de la tendance à employer? M. Gillette a vu employer du sirop arsénical, et il en a constaté des effets très fâcheux; tandis que la liqueur de Fowler, étendue dans un pot de tisane, n'en détermine jamais. L'appliquerait-on à la cantharide? Notre confrère a donné 30 et 40 gouttes de teinture dans de la tisane, sans inconvénient; il n'eût certes pas été innocent de la donner sans véhicule.

En résumé, la question thérapeutique du contact des médicamens non divisés lui paraît très importante. Il ne voudrait pas voir la Société encourager des travaux qui peuvent avoir des conséquences fâcheuses.

Plusieurs membres font remarquer, en ce qui concerne l'éther et le chloroforme, que la rapidité de leur passage à l'état de vapeur ne peut laisser d'inquiétude sur l'action topique.

On demande la nomination d'une commission chargée d'examiner les produits adressés par M. Clairtan.

M. Forget s'oppose à ce qu'un médicament, qui ne se présente pas avec un caractère parfait d'innocuité, soit expérimenté officiellement.

On décide le renvoi à M. Barth, qui, après examen plus complet des préparations en question, jugera s'il doit oui ou non répéter les expériences de l'auteur. La question est abandonnée à son appréciation.

Mort trois heures après l'accouchement sans hémorrhagie, à la suite d'accidens nerveux particuliers, se liant à des contractions utérines douloureuses.

M. Depaul communique à la Société un fait qu'il vient d'avoir la douleur d'observer pour la troisième fois et qu'il n'a trouvé indiqué ni dans les ouvrages, ni dans les cours.

Une dame italienne, d'une très faible complexion, habitant Paris depuis peu de temps, avait eu déjà quatre enfans et cinq ou six fausses-couches, quand redevenue enceinte elle consulta M. Depaul. Sa santé était alors très mauvaise; il lui conseilla de garder le repos sur une chaise longue. Le conseil ayant été plus ou moins bien suivi, au septième mois une hémorrhagie survint, elle fut peu considérable. La guérison eut lieu au bout de quatre jours. Cinq semaines après, le travail d'accouchement s'établit et l'enfant vint vivant et vit encore. La malade fut délivrée sans difficulté; on la coucha avec beaucoup de précaution, mais bientôt elle accusa de violentes douleurs dans le bas-ventre. M. Depaul crut à l'existence de caillots sanguins dans le col; il en retira quelques-uns, mais trouva peu de sang. Très peu de temps après, la malade accusa de nouveau de vives douleurs dans le ventre et la région du cœur, accompagnées d'un sentiment de brûlure pendant les contractions utérines, et d'un état nerveux caractérisé par des malaises, des défaillances, de la crainte de la mort, le refroidissement des extrémités, des sueurs et une douleur poignante de la colonne vertébrale, etc. Toutes les cinq minutes, il vit se renouveler ces contractions et les mêmes accidens nerveux.

M. Depaul fit appeler M. Guéneau de Mussy, médecin habituel de la malade, qui ne crut pas au danger proche que redoutait M. Depaul, déjà instruit par les faits précédens; mais les accidens firent des progrès rapides et en trois heures cette femme était morte.

M. Forget est frappé surtout, dans cette observation, du fait de l'hémorrhagie antérieure. Eu égard à la constitution particulière et chétive de cette dame, à cette perte, à la quantité de sang perdue pendant l'accouchement, à la présence des caillots dans le vagin, il se demande s'il n'y avait pas chez cette dame de quoi constituer une véritable hémorrhagie. Il voudrait savoir aussi de M. Depaul si les deux autres femmes qu'il a vues mourir de la même façon étaient dans les mêmes conditions d'antécédens et de constitution.

M. Depaul répond qu'il y a dans ces trois faits quelque chose qui ne ressemble pas du tout à la mort par hémorrhagie; ainsi il n'y a pas eu de syncope, pas d'affaiblissement des sens ni de l'intelligence. Il ajoute que les deux autres femmes n'étaient pas dans des conditions semblables à celle dont il vient d'entretenir la Société, l'une était d'une forte constitution, et n'avait pas perdu de sang pendant la grossesse.

M. Forget demande à M. Depaul s'il repousserait complètement l'explication proposée à la Société de chirurgie à l'occasion de faits de mort subite quelques jours après l'accouchement, rapportés par M. Robert. On a essayé d'expliquer la mort, dans ces cas, par l'introduction de l'air dans les sinus utérins.

M. Depaul accepte avec plaisir l'extension donnée à la question par M. Forget, car elle lui fournit l'occasion de citer deux faits analogues à ceux dont s'est occupée la Société de chirurgie.

Pendant qu'il était à la Clinique en qualité d'interne ou de chef de clinique, il vit une jeune femme, accouchée trois jours auparavant, fraîche et très bien portante, mourir subitement. A l'autopsie, il trouva un kyste hydatique de la cloison inter-auriculaire qui venait de se rompre.

Dans un autre cas, il a trouvé la rupture d'une veine ovarique.

Aussi, dans les cas semblables, est-il disposé, jusqu'à autopsie, à croire que la mort a été déterminée par une lésion matérielle. L'introduction de l'air dans les sinus utérins lui paraît d'ailleurs une chose fort difficile. Sans doute les sinus sont béans, mais leur ouverture ne se continue pas bien loin. Ces conduits sont tortueux, sinueux; les vaisseaux sont réduits et revenus sur eux-mêmes.

Du reste, ces cas ne se rapprochent en aucune façon de ceux qui font l'objet de sa communication, et dont le cachet caractéristique est une douleur dans l'utérus, jointe à cet état nerveux particulier.

M. Fournet développe l'idée que les faits qui infirment la pensée de la mort subite chez les nouvelles accouchées, par l'introduction de l'air dans les veines et les sinus utérins, sont de deux ordres; les vaisseaux de l'utérus ne sont pas disposés pour permettre cette introduction. Courbes, sinueux et comprimés par les contractions utérines, ils rejettent en dehors au lieu d'absorber, et loin de produire une aspiration, il se contractent continuellement et doivent produire un effet contraire. L'explication tombe donc au point de vue anatomique et physiologique; mais il y a une considération d'un ordre plus élevé : l'accouchement étant une fonction naturelle, l'état normal des vaisseaux ne peut pas causer la mort dans le moment où la nature, si sage et si prévoyante veut donner la vie à une nouvelle créature. Ainsi, l'explication tombe également au point de vue logique de la nature.

M. Gilette combat la 2me proposition de M. Fournet. La nature, si sage et si prévoyante qu'elle soit, a ses vues et ses lois au-dessus de nos investigations; elle a mis souvent, dans sa sagesse, la vie à côté de la mort. La preuve, c'est que la malade dont a parlé M. Depaul est morte, comme bien d'autres, pendant l'accouchement.

M. Cherest demande à M. Depaul si, indépendamment des trois faits si fatalement terminés, il en a vu d'autres dont l'issue ait été favorable.

M. Depaul répond avoir vu un cas dans lequel il est parvenu à calmer la douleur et à guérir à l'aide du laudanum en lavement. La même médication avait été employée vainement dans les cas malheureux.

Le secrétaire général, J. Cherest.

PRESSE MÉDICALE.

La Presse médicale belge. — Avril 1851.

Note sur la présence habituelle du sucre dans l'urine des vieillards, par le docteur A. Dechambre (lue à l'Académie de médecine de Belgique, dans la séance du 27 mars dernier).

Il existe habituellement du sucre dans les urines des vieillards, telle est la conclusion de cette note. L'auteur, après avoir fait allusion à l'importante découverte de M. Cl. Bernard, relative à la présence normale du sucre de diabète dans le foie, quel que soit le régime alimentaire, et à la production de toutes pièces de ce sucre dans l'intérieur de l'organe hépatique, sous la dépendance du nerf pneumo-gastrique, a été conduit par les recherches postérieures de M. Reynoso, qui tendent à établir que la gêne et le ralentissement de la respiration amènent la glucosurie, et que l'existence de la glucosurie appuie alors par une contre-épreuve la théorie de la destruction du sucre dans l'acte de l'hématose, l'auteur, disons-nous, a été conduit à penser que si l'insuffisance de l'hématose avait pour effet d'amener la glucosurie, on trouverait probablement du sucre dans les urines des vieillards. Se rappelant ces dispositions de l'appareil respiratoire observées par Hourman, et lui-même, chez les vieilles femmes de la Salpêtrière, se rappelant cette dépression latérale du thorax, cette projection du sternum en avant, cette raideur des articulations costo-vertébrales, cette dureté ou cette ossification des appendices cartilagineux, le parenchyme pulmonaire raréfié, les parois cellulaires amincies ou rompues, les vaisseaux capillaires oblitérés, M. Dechambre a conjecturé que, à moins que pour une raison ou pour une autre, le sang des vieillards ne contînt pas de sucre ou n'en contînt que très peu, de telles conditions étaient dans la théorie de M. Reynoso, on ne peut plus favorables à la production de la glucosurie. C'est ce que l'expérience est venue confirmer. Chez une femme de 81 ans tombée dans le dernier degré de la décrépitude et ne présentant d'ailleurs aucun signe physique ou simplement symptomatologique d'affection cardiaque ou pulmonaire, ou de toute autre maladie capable de gêner la respiration, 100 grammes d'urine débarrassés par le sous-acétate de plomb de l'acide urique et autres matières organiques précipitables, filtrés et traités par le carbonate de soude, puis filtrés de nouveau, donnèrent, par la liqueur cuprico-potassique de M. Barreswil, un précipité rougeâtre très abondant de protoxyde de cuivre. La même expérience, faite sur les urines de femmes de 68 à 81 ans, couchées dans les salles de chirurgie de la Salpêtrière, et de huit autres femmes exemptes d'affections du cœur ou du poumon, qui habitaient les dortoirs de ce même établissement, a donné le même résultat. Voulant savoir si la glucosurie était constante chez ces femmes, MM. Dechambre et Reynoso ont examiné les urines de ces mêmes femmes une semaine après : les réactions chimiques ont été semblables. Pour ne laisser aucune prise au doute, ces urines, traitées d'abord par l'acétate de plomb et le carbonate de soude, comme dans les expériences précédentes, réduites par l'évaporation à consistance sirpueuse, furent mises en contact avec la levure de bière dans une cornue de verre dont le goulot s'adaptait à un petit récipient, et distillées à feu doux; il passa dans le récipient 1 gramme environ d'un liquide incolore qui, chauffé légèrement, brûla avec une flamme bleuâtre et une odeur non équivoque d'alcool; partant, les urines expérimentées contenaient une quantité notable de principes sucrés. MM. Dechambre et Reynoso avaient d'abord l'intention de rechercher s'il y a quelque proportion entre l'intensité de la glucosurie et l'âge des sujets, ou le degré de décrépitude; mais les seuls essais auxquels ils se sont livrés jusqu'ici ne leur ont pas donné de résultat satisfaisant. Certaines femmes très bien conservées malgré leur grand âge, ayant encore la peau souple, les seins assez développés, la poitrine peu déformée, ont donné beaucoup de sucre; tandis que d'autres, tout à fait desséchées, n'en ont donné que très peu et même pas du tout.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

HYDROPHOBIE — Le mininistre de l'intérieur, pour prévenir les cas d'hydrophobie, trop nombreux dans les campagnes, vient d'adresser aux préfets une circulaire dans laquelle il leur recommande de faire une enquête suivie et minutieuse sur tous les cas qui se présentent. Ils devront, comme base de leurs observations, consigner pour chaque fait :

1° Le sexe de la personne exposée à la contagion ou atteinte; 2° son âge; 3° sa résidence; 4° l'espèce de l'animal qui a fait la morsure; 5° le mode d'inoculation, ou la nature et le siége des blessures virulentes; 6° les signes propres à établir l'existence de la maladie chez l'animal supposé enragé, les causes probables à lui assigner, la marche qu'elle a suivie en se transmettant d'un premier individu aux autres, et les différences d'énergie que peut présenter le principe contagieux après plusieurs transmissions; 7° la date du jour ou a eu lieu la transmission du mal; 8° le nombre des individus simultanément mordus, et la proportion de ceux qui ont été atteints de la rage.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Nous trouvons dans un journal belge la nouvelle suivante, dont nous lui laissons toute la responsabilité :

« Il paraît certain que le gouvernement va interdire d'une manière absolue la fabrication de la céruse dans toute la France. Des questions d'hygiène et de santé des ouvriers fréquemment frappés d'indispositions graves paraissent avoir amené cette résolution. On donnerait du temps aux fabricans pour écouler leurs produits, peut-être même une indemnité. Ce serait juste, car la fabrication de la céruse en France est évaluée annuellement à vingt millions de kilogrammes. A l'avenir, on emploierait du blanc de zinc. Les trois principaux fabricans de céruse de Lille, MM. Théodore Lefebvre, Poulmann et Faure, sont, dit-on, à Paris pour cette question. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesté et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 69. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 10 Juin 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. . . . . 32 Fr.

6 Mois. 17

3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 JUIN 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une des pensées les plus heureuses dont le gouvernement ait eu l'initiative, fut celle de l'institution des cliniques d'eaux minérales fondées par M. Dumas. Cette institution était réellement utile; elle ne demandait au budget qu'une somme minime, aussi succomba-t-elle sous l'âpre et inintelligente économie de l'Assemblée législative. L'idée de M. Dumas ne put vivre qu'une saison.

Pendant cette saison, les élèves que le concours avait désignés pour être envoyés aux établissemens thermaux appartenant à l'État, remplirent avec zèle, avec talent, et quelques-uns avec une grande distinction, le programme étendu d'études et de recherches qui leur avait été imposé. De ce nombre a été M. Baudrimont, élève en pharmacie, qui porte un nom cher à la science, et qui, envoyé à Vichy, en a rapporté un travail plein d'intérêt, contenant quelques idées nouvelles, quelques rectifications à des opinions reçues, mettant en lumière surtout tout ce qu'il y avait d'avenir et de fécondes ressources dans cette institution des cliniques thermales si brillamment inaugurée et si sauvagement détruite.

C'est sur ce travail remarquable de M. Baudrimont, que M. Chevallier a fait hier un rapport étendu, dans lequel il a exposé avec un soin scrupuleux les recherches de ce jeune et intelligent chimiste, pour lesquelles il a demandé les encouragemens et l'approbation de l'Académie. Ce rapport, peu écouté, parce qu'il méritait de l'être, n'a soulevé aucune discussion.

Au nom de la commission permanente de vaccine, M. Bousquet a commencé la lecture du rapport annuel sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1850. La première partie de ce rapport, dont il ne nous a été possible que de saisir quelques fragmens au milieu du bruit que faisait l'assemblée étrangement distraite, nous a paru offrir beaucoup d'intérêt. Nous ajouterons que l'exposition de M. Bousquet nous a semblé très heureuse sous le rapport de la forme, ce qui n'est pas un petit mérite dans des travaux de ce genre, ingrats à faire et difficiles à lire, si le rapporteur ne réussit pas à soutenir l'attention par quelques soins de composition. Le rapport de M. Bousquet devant être livré à l'impression, nous en présenterons l'analyse après une lecture plus attentive.

Amédée LATOUR.

Une circonstance indépendante de notre volonté nous a empêché de publier la suite de nos réflexions *sur les remèdes nouveaux*, au sujet desquelles nous avons reçu plusieurs lettres et communications. Nous prions nos honorés correspondans de vouloir bien attendre la suite et la fin de cette publication, qui, nous l'espérons, ne se feront pas attendre et qui modifieront, nous l'espérons encore, les opinions que l'on a pu se former sur une publication incomplète.

Amédée LATOUR.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE LA SUBSTITUTION DU BLANC DE ZINC AU BLANC DE PLOMB DANS L'INDUSTRIE ET DANS LES ARTS.

(Suite. — Voir le numéro du 8 Juin.)

Le travail de la céruse et du minium, dit M. A. Chevallier, dans son rapport à la *Société d'encouragement pour l'industrie nationale*, l'application du blanc de plomb, soit dans la peinture, soit dans les opérations diverses, donnent lieu, chaque année, à de nombreux accidens et à des décès. Bien que Paris ne compte que deux fabriques de céruse et de minium, les hôpitaux de cette ville ont reçu en 10 ans, de 1838 à 1847, 3,142 malades atteints de coliques saturnines. Sur ce nombre, 112 ont succombé, et quelquefois avec une telle rapidité, qu'ils sont morts le jour de leur entrée à l'hôpital, sans pouvoir donner de renseignemens sur les causes de leur maladie ; un de ces malheureux a même succombé sur la voie publique en se rendant à l'hôpital. Parmi ceux qui sont sortis des hôpitaux, paraissant guéris, plusieurs ont dû y rentrer presque aussitôt et sans avoir de nouveau exercé leur profession. Sur ces 3,142 malades, on comptait 1,898 ouvriers travaillant soit au blanc de plomb, soit au minium, 712 peintres, 63 broyeurs de couleurs, 10 ouvriers préparant des cartes de porcelaine. Sur les 112 décès, 86 ont porté sur les ouvriers travaillant au minium et à la céruse.

Voici un autre document qui ne mérite pas moins de fixer l'attention : dans les années 1844, 1845 et 1846, les hôpitaux de Paris ont reçu 1,287 ouvriers atteints de coliques métalliques, dont 39 sont morts. Ces malades se trouvent répartis pour chaque année de manière à former le tableau suivant :

1844	— 260 malades	dont	204	ouvriers en céruse ou en minium.
1845	— 475	—	237	Id.
1846	— 552	—	355	Id.

Ce tableau révèle un fait auquel nous faisions allusion au commencement de notre précédent article, c'est qu'à mesure que l'industrie grandit et se développe, le nombre des malades augmente d'une manière effrayante, et les dépenses à la charge des hôpitaux s'accroissent dans la même proportion.

On a fait, il faut le dire, dans ces derniers temps, de louables efforts pour rendre moins dangereuse la fabrication des produits plombiques. Le conseil de salubrité de Paris s'est occupé avec soin de ce sujet, et d'importantes améliorations ont été obtenues. Mais jusqu'à quel point peut-on compter sur les moyens prophylactiques qui ont été proposés? Les documens statistiques qui suivent nous paraissent suffisans pour éclairer la conscience publique sur cette question. Il nous font connaître le mouvement des maladies saturnines dans les hôpitaux de Paris à une époque toute récente, et, par conséquent, depuis que les moyens prophylactiques en question sont connus :

L'hôpital Beaujon a reçu, du 4 septembre 1849 au 31 mars 1852, 233 malades, dont 2 sont morts. Ces 233 malades ont représenté 5,128 journées de traitement, soit 22 journées en moyenne pour chaque malade. Il y a donc eu, pendant cette période de 939 jours, plus de 5 malades constamment en traitement dans ce seul hôpital.

L'hôpital de la Charité a reçu, du 3 septembre 1849 au 24 mars 1852, 210 malades, dont 2 sont morts. Ces 210 malades ont représenté 4,770 journées de traitement, soit plus de 22 journées en moyenne pour chaque malade. Comme à l'hôpital Beaujon, il y a eu, pendant cette période de 933 jours, plus de 5 malades constamment en traitement dans cet hôpital.

L'hôpital de la Pitié a reçu, du 10 septembre 1849 au 15 mars 1852, 196 malades, dont 3 sont morts. Ces 96 malades ont représenté 3,341 journées de traitement, soit 17 journées en moyenne pour chaque malade. Il y a eu, pendant cette période de 917 jours, plus de 3 malades constamment en traitement dans cet hôpital.

L'Hôtel-Dieu a reçu, du 3 septembre 1849 au 31 mars 1852, 77 malades, dont 2 sont morts. — 1,048 journées de traitement ; en moyenne,

Feuilleton.

DE LA CROISSANCE DANS SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES DES ENFANS (1) ;

Par M. le docteur BOUCHUT, médecin des hôpitaux.

Mes observations ont été faites sur des enfans atteints d'éclampsie, de méningite et de pseudo-méningite, de coqueluche, de pneumonie, de rougeole et de scarlatine.

1re *éclampsie.* — Un garçon de 3 ans, vingt dents, d'une bonne santé habituelle et d'une bonne constitution, est tout à coup pris d'une attaque d'éclampsie venue sans cause appréciable. On me fait appeler, et je le mesure à 0m,854 millimètres. L'attaque d'éclampsie dura trente-six heures, et se termina par la mort. La taille s'était allongée de 2 centimètres, elle portait 0m,876 ; en défalquant plus d'un centimètre pour ce que j'appelle la croissance apparente, il reste encore 7 à 8 millimètres d'accroissement réel en trente six heures, ce qui me paraît énorme.

2e *éclampsie.* — Une fille de 4 ans venait d'être mesurée par ses parens, et sa taille était marquée sur un panneau d'appartement à 0m,92. Le soir même, après une indigestion, elle vomit et rend un lombric; elle a une convulsion assez intense qui se prolonge dans la nuit ; elle reste au lit trois jours, puis se relève bien rétablie. Elle mesurait 0m,93 1/2, c'est-à-dire 1 centimètre 1/2 de plus qu'avant l'accident. Deux jours après, elle mesurait 93 centimètres, et au bout de huit jours 92 1/2, qui restait définitivement. Cela fait donc une réduction de 1 centimètre pour la croissance apparente due au repos, et 1/2 centimètre d'accroissement réel en trois jours, à la suite d'une convulsion.

Pseudo-méningite. — J'appelle pseudo-méningite ces maladies de l'enfance qui simulent complètement le début de la méningite, que l'on soigne comme telles, et qui guérissent sans avoir présenté autre chose que les phénomènes fébriles, nerveux et intestinaux de la méningite.

La petite fille du médecin de Seine-Port, âgée de 4 ans, m'offrit les troubles précurseurs de la méningite, tristesse, frayeurs subites, pleurs fréquens, sommeil troublé, perte d'appétit, vomissement, constipation, et enfin, après huit ou dix jours, fièvre intense que nulle lésion évidente ne pouvait expliquer. Je la traitais, comme étant affectée de méningite, par les sangsues aux oreilles et par le calomel à dose fractionnée. Le grand-père de l'enfant vint, et sans me consulter au préalable, partagea mon opinion. Bref, l'enfant guérit en quinze jours. Je l'avais mesurée au début des accidens, elle portait 0m,92 centimètres. A sa première levée, elle en mesurait 0m,96, qui se réduisirent, les jours suivans, à 95, 94, et définitivement à 93.

Elle avait donc acquis, en quinze jours, une croissance apparente de 3 centimètres, et l'accroissement réel ne fut que de 1 centimètre seulement.

Méningite. — Dans plusieurs cas de méningite terminée par la mort, j'ai pu constater des élongations de 2 et 3 centimètres chez les enfans; mais ne pouvant pas faire à leur égard la réduction que la fatigue opère nécessairement chez les sujets qui guérissent et qui marchent, je ne fais que mentionner ces observations.

Il en est une cependant que je rapporterai brièvement, et sans y attacher beaucoup d'importance, parce qu'elle ne m'appartient pas, et que je ne puis me porter garant de son entière exactitude :

Marie Alavaine, fille de 20 ans, rue Traverse, 20, accidentellement sourde et muette, fort intelligente et très habile aux travaux de couture, eut une fièvre cérébrale à l'âge de 7 ans. Elle parlait et entendait bien avant cette maladie. Lors de sa guérison, au bout de quinze jours, elle avait, selon l'expression de ses parens, grandi de la moitié de la tête, c'est-à-dire de 10 à 12 centimètres, elle était muette, et progressivement ensuite elle devint sourde.

Coqueluche. — Une petite fille de 6 ans, atteinte de coqueluche, avait passé les premières semaines sans être trop fatiguée de la toux ; mais dans la période convulsive, la fièvre se déclara et mit la malade au lit pendant trois jours. Après la première levée de l'enfant, sa taille était allongée de 1 centimètre 1/2.

Pneumonie; rougeole; scarlatine. — Je pourrais rapporter ici plusieurs observations analogues aux précédentes et relatives au développement de la taille dans le cours de ces trois maladies aiguës. J'abrège en disant que ces faits n'ont rien de spécial, et qu'ils présentent tous, à divers degrés, ce même phénomène d'accroissement du corps ultérieurement réduit des deux tiers dans la convalescence.

Bien que ces observations ne soient pas suffisantes et surtout assez nombreuses pour indiquer le rapport de la croissance et des maladies aiguës, infantilles, elles fournissent déjà des renseignemens certains sur quelques points et pourront, je crois, servir de point de départ à des recherches ultérieures.

En résumé, sous l'influence de l'éclampsie, de l'état fébrile simple et de quelques maladies aiguës, la croissance des enfans paraît considérable, et l'allongement de la taille s'étend de 1 à 3 ou 4 centimètres.

Cet accroissement est apparent; car durant la convalescence et sous l'influence des jeux, de la marche et de la fatigue, la taille s'affaisse de nouveau, perd 1 ou 2 centimètres, de manière à réduire des deux tiers quelquefois l'élongation acquise pendant le repos de la maladie.

L'accroissement réel de la taille des enfans pendant leurs maladies aiguës, doit donc être estimé à peu près au tiers de leur élongation apparente.

3° Influence de la croissance sur les maladies.

Une tradition respectable qui se perd dans un temps fort reculé, et dont M. Richard de Nancy s'est constitué l'interprète dans son livre, nous fait connaître, avec les nombreuses variétés individuelles de la croissance plus ou moins rapide, les troubles qui en résultent pour l'organisme.

Quand la taille s'élève rapidement, les enfans sont maigres, leurs chairs sont molles, et leurs muscles sans ressort, promptement lassés, arrivent vite à la courbature. Le besoin fréquent du repos engendre la nonchalance et rend le sommeil plus nécessaire, plus long et plus complet.

Les articulations sont fréquemment douloureuses, et leur jeu parfois accompagné d'un léger bruit de frottement. Les sphincters sont lâches, d'où résulte quelquefois, en cas de besoin impérieux, les déjections involontaires des fèces ou des urines.

Les facultés intellectuelles sont un peu retardées, et les enfans conservent plus longtemps que les autres le goût de puérilité au-dessous de leur âge.

Rarement le mouvement de croissance des enfans est accompagné de fièvre. Il y a cependant des circonstances où, en l'absence de toutes localisation possible d'un état fébrile, et en face d'un accroissement exagéré, on se demande s'il n'y aurait pas quelque rapport entre cette croissance et cette fièvre.

J'ai traversé plusieurs difficultés de ce genre, et il ne m'a pas toujours été possible de résoudre la question. Voici un de ces faits:

Un enfant de vingt-cinq mois, élevé de 80 centimètres, nourri par sa mère, toujours bien portant depuis sa naissance, n'ayant encore que 10 dents, 4 incisives inférieures, 2 incisives médianes supérieures, 4 premières molaires, a commencé de marcher à treize mois.

Depuis six semaines il ne peut se tenir, il a une fièvre remittente qu'on ne peut localiser. L'enfant est maigre, triste et abattu ; il mange à peine,

(1) Voir le dernier numéro.

14. — Il y a toujours eu, pendant cette période de 939 jours, plus d'un malade en traitement dans cet hôpital.

L'hôpital St-Antoine a reçu, du 1er septembre 1849 au 24 mars 1852, 64 malades, représentant 1,402 journées de traitement pendant une période de 936 jours. — Moyenne pour chaque malade, 22 journées.

L'hôpital Necker, du 6 septembre 1849 au 22 février 1852, a reçu 60 malades, représentant 876 journées de traitement pendant une période de 899 jours. — Moyenne pour chaque malade, 14.

L'hôpital Sainte-Marguerite, du 1er octobre 1849 au 24 mars 1852, a reçu 44 malades, représentant 931 journées de traitement pendant une période de 906 jours. — Moyenne pour chaque malade, 21.

L'hôpital de Bon-Secours, du 4 septembre 1849 au 3 avril 1852, a reçu 43 malades, dont 1 mort, représentant 702 journées de traitement pendant une période de 942 jours. — Moyenne, 16.

L'hôpital Cochin, 21 malades, dont 1 mort, représentant 415 journées de traitement; en moyenne, 20 journées.

On voit, par ce relevé, et en additionnant tous ces chiffres, que dans une période de 942 jours, on a reçu dans les hôpitaux de Paris 948 malades par le plomb, c'est-à-dire au moins un chaque jour; qu'il en est même entré, en moyenne, jusqu'à 5 à la fois tous les jours dans deux hôpitaux; que ces 948 malades ont coûté 18,611 journées de traitement à l'assistance publique; que ce chiffre donne une moyenne de 20 lits constamment occupés par des malades affectés d'intoxication saturnine, ce qui porte la durée moyenne du traitement à 20 jours; enfin, que la connaissance des moyens prophylactiques qui ont été préconisés n'a point empêché jusqu'à présent le nombre des malheureux ouvriers atteints par le poison d'être considérable.

Maintenant, on peut calculer ce que doivent coûter à l'assistance publique, seulement à Paris, chaque année, ces vingt journées de traitement par jour, et appliquer ce calcul à tous les établissemens hospitaliers de la France; on peut calculer également ce que doivent perdre ces ouvriers, pendant vingt jours de maladie, en ne tenant compte que de leur salaire quotidien; et l'on jugera si ce sujet n'est pas digne de tout l'intérêt des économistes et des législateurs.

Ajoutez à ces considérations que, si la durée moyenne des maladies saturnines observées à Paris est d'environ 20 jours, il ne faut pas oublier qu'un grand nombre de malades restent en traitement beaucoup plus longtemps. Que devient leur famille pendant ce temps de souffrances? Si ces ouvriers continuent la profession qu'ils ont adoptée, les récidives altèrent de plus en plus leur santé. Ils deviennent la proie d'infirmités qui peuvent être incurables. Les enfans se ressentent de la dégradation physique de leurs pères; et des générations affaiblies, sans vigueur, à charge à la charité publique et à l'État, dont la puissance et la richesse sont ainsi partiellement amoindries, attestent les ravages d'une branche d'industrie qui appelle une réforme radicale.

On ne saurait invoquer contre la nécessité de cette réforme les succès remarquables obtenus dans quelques fabriques de céruse bien dirigées, où l'on est parvenu à faire cesser en grande partie les dangers de cette fabrication. L'assainissement complet des fabriques de céruse, s'il était possible, ne serait qu'un faible palliatif aux maux contre lesquels on réclame l'application d'un remède efficace. En effet, si, partant de Paris où nous avons pris les élémens de notre discussion, nous envisageons les maladies de plomb dans toute l'étendue de la France, nous voyons que les ouvriers cérusiers traités dans les hôpitaux ne doivent former qu'une portion peu considérable de la totalité des ouvriers atteints de ces maladies, car les fabriques de céruse sont en nombre restreint, et les ouvriers qui emploient cette substance, comme les peintres en bâtimens, par exemple, sont répandus dans toutes les localités. Des professions qui sembleraient devoir être complètement étrangères à tout emploi de la céruse, offrent, elles aussi, des victimes de l'influence nuisible de cette substance. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir les ouvriers en dentelles dites de Bruxelles, entièrement paralysés dans un âge avancé, parce qu'on emploie le blanc de plomb pour le blanchiment de ces dentelles.

En un mot, le danger est partout, dans nos appartemens fraîchement peints avec la céruse, sur les bonbons colorés par le plomb, dans les cosmétiques dont se servent les femmes et surtout les artistes dramatiques, etc., etc. C'est donc dans sa racine qu'il faut détruire le mal.

Par l'exposé sommaire de tous les faits qu'on vient de lire, nous croyons avoir démontré qu'il importe, dans l'intérêt de l'humanité et dans celui de l'État, de proscrire la fabrication et l'usage de la céruse. Etablissons maintenant qu'on peut, avec avantage et sans inconvéniens sérieux pour la santé publique, remplacer cette substance par l'oxyde de zinc.

(*La suite à un prochain n°.*) G. Richelot.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hopital de la Pitié. — Service de M. Valleix.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Je n'insiste pas, Messieurs, sur le diagnostic dans ce cas; nous avons, de concert avec M. Danyau, qui a bien voulu suivre le traitement, et dont je n'ai pas besoin de vous rappeler la compétence et l'habileté, constaté facilement une antéversion complète. Ce qui nous intéresse actuellement, c'est de savoir à quelle cause elle peut être attribuée. Évidemment, ce n'est pas à l'accouchement qui a été suivi de plus de dix années d'une santé parfaite. Ce ne pourrait être non plus au premier avortement, à la suite duquel la malade n'a éprouvé qu'une légère anémie causée par les hémorrhagies qui ont suivi. Du reste, après ce premier avortement, il s'est écoulé deux ans sans qu'il y ait eu le moindre symptôme de déviation. Mais à la suite du deuxième, il n'en est plus de même: nous voyons la malade garder six mois le lit, et lorsqu'elle se lève, elle éprouve des douleurs dans les lombes, des tiraillemens dans les aines, de la pesanteur dans le bassin, etc.; tous ces symptômes augmentent pendant la marche. Il n'y a pas eu de fréquentes envies d'uriner; mais cela s'est vu plusieurs fois, et se conçoit à la rigueur dans un cas d'antéversion où l'utérus n'est pas très lourd et a conservé une assez grande mobilité.

On peut se demander si la déviation s'est produite au moment même de l'avortement, ou seulement six mois après, lorsque la malade a essayé de marcher. Comme c'est alors seulement que se sont fait sentir les douleurs et les tiraillemens, il est supposable que, par suite de la station verticale, la déviation qui existait probablement déjà s'est seulement manifestée alors par les symptômes qui lui sont propres.

J'attire en passant votre attention sur le traitement. Il a suffi de vingt-quatre heures d'application de l'instrument pour redresser le corps de l'utérus. Plus tard, je l'ai appliqué de nouveau pour redresser le col; mais cette nouvelle application était-elle indispensable? D'après des faits observés depuis, je crois qu'on aurait peut-être pu l'éviter, et qu'il eût pu arriver, au bout d'un certain temps, de voir le col revenir spontanément à sa situation normale après la disparition complète de l'engorgement.

On a pensé que l'antéversion produisait souvent l'avortement; c'est un point sur lequel je reviendrai plus tard, à propos des déviations en général. Pour le cas dont il s'agit ici, vous avez vu, par la succession des symptômes, que c'est l'avortement qui a produit l'antéversion.

Les cas que j'ai analysés ne prouvent pas que l'*accouchement chez les femmes très jeunes* produit plus facilement l'antéversion qu'à un âge plus avancé. Deux seulement de nos malades ont eu des enfans étant très jeunes; chez l'une, il est vrai, la déviation est survenue peu de temps après l'accouchement; mais chez l'autre (obs. II), qui a eu un premier accouchement à 17 ans, c'est seulement au bout de onze ans, et après deux avortemens ultérieurs, que s'est produite la déviation.

Sur nos 18 cas, 13 fois les premiers accidens dus à l'antéversion, suivirent de si près l'accouchement ou l'avortement, qu'on ne peut pas leur attribuer une autre cause. Deux fois il nous a été impossible de savoir au juste à quelle époque ces premiers accidens apparurent, et trois fois ils se montrèrent à une époque trop éloignée de l'accouchement, pour pouvoir lui être attribués.

Effets violens; chutes. — Dans un de ces 3 cas, la cause réelle de la maladie nous échappe; mais dans les 2 autres cas, il y a eu une cause évidente, car des efforts violens ou des chutes, suivis rapidement de la production de la maladie, nous en rendent parfaitement compte. Dans aucun cas de ce genre, l'action de la cause n'a été plus rapidement suivie de l'effet que chez une femme traitée par moi à l'hôpital Beaujon.

Voici son histoire:

Observation III. — M... E..., 37 ans, cuisinière, entre à l'hôpital le 16 avril 1851; elle est d'une constitution robuste, d'une taille élevée, d'un embonpoint considérable, a le teint coloré, les muscles développés, et n'a jamais fait de maladie grave.

Réglée à 13 ans peu abondamment et avec des variations dues à des circonstances hygiéniques; à 22 ans, elle a fait une chute à la suite de laquelle est survenue une leucorrhée qui a persisté jusqu'à 34 ans; à 32 ans, elle a eu un enfant; l'accouchement a été pénible, le travail a duré quinze heures, mais il n'a été suivi d'aucun accident. C'est un an après, il y avait quatre ans au moment de l'observation, que faisant un effort pour soulever un lit, elle sentit immédiatement dans l'hypocondre gauche une espèce de craquement avec douleurs dans l'aine; ces symptômes redoublaient pendant la marche ou la défécation et s'accrurent constamment jusqu'en 1850, époque à laquelle je reçus cette femme dans mon service, à l'hôpital Sainte-Marguerite. Je constatai alors l'existence d'une antéversion, et ne connaissant pas encore le traitement de M. Simpson, j'eus recours à un instrument qui a été imaginé par M. Meyer, de Berlin. Il se composait d'une éponge supportée par une tige de baleine. L'éponge, introduite dans le vagin, en arrière du col, le poussait en avant pour relever l'utérus, tandis que le manche en baleine se recourbait en formant ressort jusque sur l'abdomen, où il était maintenu par une ceinture. Cet instrument, bien que très défectueux, amena une légère amélioration, et la leucorrhée disparut.

Mais en 1851, après avoir fait deux chutes sur le siége pendant la même semaine, la malade vint nous trouver à l'hôpital Beaujon le 16 avril. Ses règles étaient en retard de quinze jours; la leucorrhée, les douleurs et la constipation étaient revenues.

Par le toucher, le spéculum et la sonde, je constatai l'existence de l'antéversion; l'utérus se laissait facilement ramener en place après trois jours de préparation à l'aide de la sonde. Le redresseur à flexion fixe

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai et 8 Juin.

---

et boit beaucoup. Sa langue est gaufrée, son estomac très bon; il n'a pas de vomissemens ni de diarrhée.

Aucun trouble n'existe dans les fonctions de la poitrine et de la tête.

L'enfant ne veut et ne peut marcher quoiqu'il n'y ait pas de douleur aux membres sous l'influence de la pression. Les os ne sont pas ramollis, la colonne vertébrale est droite, il n'y a pas de rachitisme.

Depuis six semaines, l'enfant a grandi de 80 jusqu'à 84 centimètres.

Est-ce le mouvement exagéré de croissance qui est la cause de cet état fébrile qu'il m'a été impossible de localiser, ou est-ce, tout au contraire, la fièvre en rapport avec un retard de dentition chez l'enfant qui a déterminé cette élongation de la taille? C'est ce qu'il est impossible de dire. Chacune de ces opinions peut se défendre, mais la vérité reste à découvrir. Pour moi la question est restée insoluble.

Il y a un fait général qui me paraît accompagner l'accroissement trop rapide de la taille, c'est l'affaiblissement plus ou moins marqué du système musculaire, notamment celui des membres inférieurs. Cet affaiblissement peut aller jusqu'à la paraplégie complète.

On sait que tous les enfans grandissent beaucoup dans les maladies aiguës, et quiconque les a observés dans leur convalescence, les a vus faibles, chancelans, incertains de leurs pieds plus que jamais; pareille chose ne se voit pas chez l'adulte. C'est là un fait vulgaire. Chez eux cet état se prolonge fort longtemps, d'autant plus que la croissance a été plus grande, et tant que les muscles des jambes et des cuisses n'ont pas repris leur force primitive. Chose remarquable, cette faiblesse, qui existe d'abord partout, persiste dans les muscles des membres inférieurs lorsqu'elle a depuis longtemps disparu des membres thoraciques. J'ai vu des enfans rester ainsi plusieurs mois avant de recouvrer le complet exercice de leurs jambes, et chez un adulte dont la croissance était tardive, j'ai vu le mouvement aboli pour toujours caractériser une véritable paraplégie.

C'est en 1844, salle St-Michel, n° 42, dans le service de M. Rayer:

Un homme âgé de 21 ans, appelé par la loi du recrutement, se présenta au tirage et tomba désigné par le sort. Il passa devant le conseil de révision et fut réformé à cause de sa taille, alors fixée à 1m.460, chiffre inférieur de 10 centimètres au minimum exigé par la loi. Il venait donc d'être déclaré exempt du service militaire au mois de mars, quand il tomba légèrement malade sans savoir me dire par quelle lésion. Il grandit beaucoup, et ses membres inférieurs, chaque jour alourdis, devinrent bientôt immobiles. Il était paraplégique.

Désespéré de ne pas guérir, il quitta sa province au bout de six mois pour venir à Paris. Alors il prit un passeport qui témoigna de sa taille au moment du départ. Cet homme avait alors 1m,486, ce qui établit une différence de 12 centimètres avec la mesure prise par les autorités militaires. Il avait donc à 21 ans grandi de 4 pouces ou à peu près en six mois, et pendant ce temps il était devenu paraplégique.

J'avoue que, pour mon compte, sans le merveilleux hasard de la réforme à la conscription et d'un passeport délivré ultérieurement, c'est-à-dire sans l'existence de deux actes authentiques faits à six mois de distance, et qui démontrent la réalité de cette croissance tardive, je n'eusse jamais pu y croire; et si j'ai publié tous ces détails, c'est afin d'établir que je n'ai été la dupe d'aucune mystification.

Ce malade est resté plusieurs mois dans le service sans éprouver d'amélioration, et au concours du bureau central des hôpitaux, il a fait l'objet d'une leçon fort incomplète, puisqu'elle était dépourvue des précieux renseignemens dont j'ai parlé.

Pour moi, s'il m'est permis de hasarder une opinion dans ce cas extraordinaire et difficile, je dirai que j'attribue la paraplégie à la croissance tardive exagérée de ce jeune homme, et j'ajouterai fort timidement cette autre hypothèse, que ses membres inférieurs en grandissant auront distendu ou tiraillé la moelle et les nerfs qui en sortent.

La croissance ne s'accomplit pas toujours d'une façon régulière sur la totalité de la longueur du corps; elle porte quelquefois plus exclusivement sur une de ses parties: la *poitrine*, la *tête* ou les *membres supérieurs* et *inférieurs*.

M. Richard de Nancy a nettement indiqué les caractères de ces accroissemens anormaux partiels, et leur influence sur la santé des individus:

« La *poitrine* chez les enfans n'a point la conformation de celle de l'adulte. Son diamètre perpendiculaire est plus petit, son diamètre antéro-postérieur est plus grand, toute proportion gardée; en un mot, le cône auquel on a coutume de comparer le thorax, a un axe plus petit et une base plus large.

» La raison de cette disposition se trouve dans l'immense développement du ventre de l'enfant, qui renferme un appareil digestif accommodé au besoin de la nutrition et de l'accroissement tout à la fois.

» Le thorax, diminué dans son diamètre vertical, doit donc s'accroître d'avant en arrière, afin de loger le cœur, qui est très volumineux chez le fœtus, et le thymus qui n'existe plus chez l'adulte. Aussi le sternum est-il fortement incliné de haut en bas et d'arrière en avant, de manière que l'appendice xyphoïde est très éloigné de la colonne vertébrale.

» A mesure que le sujet grandit, c'est surtout dans la portion dorsale de la colonne que le mouvement d'élongation se fait sentir, par la raison que cette partie occupe à elle seule la moitié de toutes les vertèbres; pour que l'harmonie ne soit pas troublée, il faut que les dimensions transversales s'accroissent en même temps, et c'est ce double travail qui est souvent difficile.

» Quand le sujet grandit trop rapidement, le mouvement d'élongation l'emporte nécessairement; le mouvement transversal est suspendu ou ralenti.

» Quelle que soit la période de la vie où ce mouvement trop précipité s'exécute, tout autre développement s'arrête. La seconde dentition se retarde et se dérange; plus tard, ce sont les phénomènes de la puberté qui se modifient, les règles qui ne viennent pas ou qui disparaissent après s'être déjà montrées quelquefois.

» Si l'accroissement dépasse certaines limites, le cœur, les poumons se trouvent mal à l'aise dans une poitrine trop étroite, et il peut en résulter des inconvéniens plus graves pour la santé. C'est peut-être là l'origine d'un grand nombre de maladies ou de quelques affections pulmonaires tuberculeuses.

En 1851, une jeune fille de 21 ans, entrée à la Charité, dans le service de M. Andral, que j'avais l'honneur de remplacer, s'y est présentée avec une affection du cœur développée dans les conditions suivantes de croissance tardive.

Elle est née de père épileptique et de mère parfaitement bien constituée, tous deux vivans encore. Elle a été nourrie par sa mère à Paris et marchait à l'âge d'un an. Puis elle a été emmenée à la campagne chez des paysans malheureux où elle a été mal nourrie, et à trois ans elle ne pouvait plus marcher. Elle était nouée, et cette atteinte de rachitisme dura près d'un an. Quand elle put marcher de nouveau, elle n'était pas difforme, et elle était seulement faible et très petite.

Depuis l'âge de 12 ans, elle a pris l'habitude de la masturbation. Cette jeune fille a toujours été souffreteuse, petite et maigre. A 14 ans, elle avait encore la taille d'une fille de 6 à 7 ans, soit 1 mètre et 3 à 9 centimètres.

Alors elle commençait à grandir, puis elle tomba malade et resta au lit pendant dix-huit mois. Pendant ce temps, sa taille s'allongea beaucoup, et elle eut des palpitations, des crachemens de sang, de l'anasarque. Elle guérit enfin, et sortit du lit vers seize ans, presque aussi grande qu'elle est aujourd'hui, c'est-à-dire ayant 1 mètre 54 centimètres, ce qui donne à peu près une différence de 50 centimètres.

En faisant la part de l'exagération des malades, et réduisant de moitié la croissance de cette jeune fille dans l'espace de quatorze à seize ans, il nous reste encore à enregistrer un accroissement de 25 centimètres, ce qui est énorme à cet âge.

fut appliqué sans difficulté le 21 avril ; il ne resta que quatre jours à cause de l'apparition de règles abondantes. Replacé le 3 mai, il se déplaça au bout de neuf jours par suite d'un mouvement de la malade, et l'on put déjà constater une amélioration notable dans la position de l'utérus, qui n'était pas encore complètement ramené à sa direction normale. Le 16, replacé de nouveau, il fut enlevé le 20, la malade se plaignant de coliques utérines. Ces coliques précédèrent de trois jours l'apparition de règles abondantes qui durèrent cinq jours, tandis que d'habitude elles duraient un jour ou deux. Dès lors l'utérus se maintint en place et les symptômes, après avoir persisté quelque temps encore, cessèrent bientôt complètement. Le 5 juin, la malade put quitter l'hôpital. Je l'ai revue le 6 juillet, le 8 septembre et le 7 octobre, et bien qu'elle se soit livrée à des travaux pénibles, la déviation ne s'est pas reproduite. Le 7 octobre, je trouvai pourtant l'utérus plus incliné en avant et quelques douleurs avec pesanteur au périnée étaient produites depuis une chute faite la veille. Mais un des anciens élèves des hôpitaux, M. Leclerc, a revu la malade, et m'a dit au mois de février dernier que tout cela s'était dissipé sous l'influence de quelques pilules laxatives seulement.

Vous me permettrez, Messieurs, de ne pas discuter, dans ce cas, le diagnostic, puisque je vous le cite uniquement pour vous montrer l'influence de ce violent effort et des chutes successives, agissant comme cause de la maladie. Vous avez dû remarquer, en effet, qu'immédiatement après, la malade a éprouvé les premiers symptômes, et que depuis, jusqu'au moment de notre traitement, ils ne se sont amendés que momentanément, et cela après l'emploi d'un procédé de redressement dont je n'ai obtenu qu'un soulagement passager. Voyez, au contraire, combien la guérison obtenue à l'aide du redresseur utérin a été plus solide, puisqu'une chute très violente n'a pas suffi pour reproduire complètement l'antéversion, et que la légère inclinaison constatée s'est dissipée spontanément.

Résumé. — En résumant ce que nous apprend l'analyse rigoureuse des faits, nous voyons, Messieurs, qu'une des principales causes de l'antéversion est l'accouchement ou l'avortement, puisque, dans la grande majorité des cas, l'un ou l'autre a précédé de très peu de temps l'apparition des premiers symptômes. Il ne nous a pas été démontré qu'un accouchement pénible et laborieux ait eu plus d'influence que l'accouchement ordinaire. Ajoutons qu'à cette cause s'est jointe l'existence d'un tempérament lymphatique dont nous avons trouvé les élémens dominans, soit seuls, soit unis à ceux du tempérament nerveux dans les deux tiers des cas (12 sur 18). Ce tempérament agirait-il comme cause prédisposante en s'opposant au prompt retour de l'utérus sur lui-même après l'accouchement, et par suite en facilitant son déplacement sous l'influence de la plus légère cause? C'est une question qu'il nous est permis de poser, mais qui, pour le moment, ne peut être complètement élucidée.

Aucune de nos 21 malades n'avait atteint l'*âge critique*. Nous avons observé quelques autres déviations après cet âge, mais pas une seule antéversion.

Je n'ai jamais trouvé non plus de cas où l'affection aurait été produite par des tumeurs ou des adhérences existant au voisinage de l'utérus. Dans tous les cas, l'organe avait conservé une assez grande mobilité.

Quand M. Ameline range la *constipation* parmi les causes de l'antéversion, il me semble avoir pris l'effet pour la cause; car même dans les cas cités par lui, elle ne s'est montrée qu'après le début de la maladie.

Le foie et la rate, en s'hypertrophiant, pourraient-ils repousser assez fortement les intestins en bas, pour agir sur l'utérus, de façon à le dévier? M. Ameline le pense d'après un cas cité par Morgagni (Let. 46, § 16). Mais à propos de ce fait unique dans la science, nous n'avons d'autres renseignemens que ceux fournis par l'autopsie. On trouva dans le vagin un anneau de bois recouvert d'incrustations, espèce de pessaire grossier qui avait dû être employé pour soutenir l'utérus. Et je me demande si ce n'est pas l'introduction maladroitement faite de cet anneau lui-même qui a produit la déviation.

M. Rayer a observé un cas d'antéversion (cité par M. Ameline) après une péritonite. Quelle fut l'influence de cette péritonite? Amena-t-elle des adhérences? Les détails nous manquent.

L'engorgement de la paroi antérieure peut-il occasionner une antéversion de l'utérus? A la rigueur, on le concevrait, puisqu'alors l'utérus serait plus lourd en avant. Mais dans le cas cité par Levrat, l'engorgement était-il antérieur ou postérieur à la déviation?

Murat et M. Patissier (*Diction. des sciences méd.*) rapportent un cas d'antéversion, qu'ils croyaient avoir été causé par un *cancer* de l'utérus. Mais ici encore le cancer a-t-il précédé ou suivi l'antéversion? C'est un point sur lequel nous n'avons pas assez de renseignemens, et vous voyez combien il est difficile d'arriver à une solution de ces questions avec les faits cités par les auteurs qui ne se sont pas préoccupés de tout noter rigoureusement.

Parmi les autres causes énoncées par les auteurs, nous voyons encore prédominer l'accouchement. Dans 5 observations des 18 contenues dans la thèse de M. Ameline, il est dit que les femmes ont eu des accouchemens antérieurs. Dans les autres, il n'en est fait aucune mention ni positive, ni négative.

En examinant les autres observations rassemblées par M. Ameline, nous trouvons, dans un cas, un effort brusque, suivi immédiatement de l'apparition des premiers symptômes; dans un second fait, emprunté à Mme Legrand, la déviation peut être rapportée à une chute vingt-quatre heures après l'accouchement; et dans un troisième cas, dû également à Mme Legrand, à des adhérences du col à la paroi postérieure du vagin, adhérences qui ont été vues et senties, de telle sorte que leur existence est incontestable. Mais il n'en est pas de même dans un cas emprunté à Mme Boivin, où l'on a cru l'antéversion occasionnée par des adhérences de la paroi antérieure du corps avec les organes voisins, parce qu'en cherchant à replacer l'utérus on a développé de la douleur dans l'aine droite. Nous savons, en effet, que cette manœuvre peut produire de la douleur sans qu'il y ait d'adhérences, et je pourrais vous citer un cas de rétroversion où l'utérus étant très mobile, il y avait de la douleur dans l'aine gauche quand on le remettait en place. Si cette douleur eût été produite par des adhérences tiraillées, elle aurait dû se manifester, dans ce cas, du côté du sacrum.

Nous voyons donc que les assertions des auteurs confirment les résultats que nous avons obtenus par l'examen de nos observations, et que même, d'après les faits cités par eux, il est permis de conserver des doutes sur l'influence réelle de certaines causes, dont nous n'avons jamais pu reconnaître l'existence chez nos malades. En somme, si nous réunissons les observations qui peuvent nous servir pour l'étude des causes, à celles que j'ai recueillies moi-même, nous avons 31 cas dans lesquels nous trouvons :

18 fois influence réelle de l'accouchement.
2 » douteuse.
4 » secousse, chute, effort, dont 1 après l'accouchement.
1 » volume du foie et de la rate (cause douteuse).
1 » engorgement de la paroi antérieure (douteuse).
1 » cancer (douteuse).
1 » péritonite (douteuse).
1 » adhérence présumée du corps (douteuse).
1 » adhérence du col à la paroi postérieure (cause réelle constatée rigoureusement).
1 » cause complètement inconnue (c'est chez la malade de notre première observation).

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Juin 1852. — Présidence de M. Mêlier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Deux rapports de M. Mathieu, médecin des épidémies de l'arrondissement de Copu : le premier, sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné, en 1851 et 1852, dans la commune d'Arbouse; le deuxième, sur une épidémie de gale qui a régné dans la commune de Prémery.

2° Une note rédigée par M. François, ingénieur en chef des mines de Carcassonne, contenant la description d'un appareil conservateur de l'eau de Labassère, qu'il a établi, sur la demande de M. Soubier, aux thermes de Théas, à Bagnères-de-Bigorre.

— M. Chevallier lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur un travail de M. Baudrimont, sur les eaux minérales thermales de Vichy.

Envoyé à Vichy à la suite du concours pour l'établissement des cliniques thermales, créées en mai 1850, M. Baudrimont a fait un séjour de trois mois et demi dans cette ville, afin d'y étudier les eaux minérales. M. Baudrimont, après avoir satisfait au programme de recherches qui lui avait été tracé, s'est livré ensuite à une série d'expériences dans lesquelles il a examiné successivement : la température de l'eau des sources, les causes qui paraissent la modifier d'une façon passagère ou continue, leur rendement, leurs propriétés organoleptiques, etc.; la densité de ces eaux, l'action de la chaleur, l'action de l'air; leur analyse comprenant : l'analyse des gaz qu'elles renferment et qu'elles laissent échapper, des recherches sur l'hydrogène sulfuré du gaz libre, l'analyse des produits fixes que les eaux de Vichy tiennent en dissolution, la nature des dépôts spontanés et incrustations qu'elles fournissent, les variations qu'elles paraissent subir dans leur composition, les influences qu'elles reçoivent de la part des phénomènes météorologiques, celles que leur font subir les agens artificiels (construction, pompe, etc.), les plantes thermales auxquelles ces eaux donnent naissance, etc.

Voici sur quelques-uns de ces points les résultats des recherches de M. Baudrimont.

Il a constaté que la température est invariable pour les sources qui jaillissent d'elles-mêmes, sans que l'eau ait à se condenser dans un bassin ou dans un réservoir. Lorsqu'au contraire l'eau de la source est reçue dans des bassins, elle offre des variations quotidiennes qui dépendent de causes tout accidentelles.

L'analyse des gaz, qui n'avait point encore été traitée, a été l'objet d'une attention particulière de la part de M. Baudrimont. Il en résulte que les proportions d'air en dissolution dans l'eau, ou mêlées à l'acide carbonique dans leur gaz libre, sont essentiellement variables, ainsi que le rapport de l'oxygène à l'azotate dans cet air lui-même.

M. Baudrimont a constaté un fait nouveau, c'est la présence de l'hydrogène sulfuré à l'état de liberté dans le gaz libre du plus grand nom-

---

Les règles ne vinrent qu'après cet accroissement de la taille, et depuis lors, elles ne sont jamais venues régulièrement; elles ont toujours obéi plus ou moins à des emménagogues administrés dans le but de régulariser leur marche. Les parties génitales furent consécutivement le siége d'une leucorrhée habituelle.

La santé ne s'est jamais entièrement rétablie; une nouvelle hémoptysie abondante a eu lieu il y a deux mois, sans provoquer de graves accidens.

Cette jeune femme entre à l'hôpital pour une vaginite, et nullement pour sa maladie de cœur. C'est en l'examinant que nous avons fait cette découverte et formulé un triple diagnostic ainsi conçu, vaginite; rétrécissement de l'orifice de l'aorte avec état de chloro-anémie très prononcé.

Il serait absurde de considérer la croissance tardive de cette jeune fille, dont je viens de rapporter l'histoire, comme la *cause certaine* de la lésion organique du cœur trouvée chez elle. Ce serait une induction prématurée. Il en pourrait être tout différemment. Rien ne prouve, en effet, que l'enfant primitivement atteinte d'une endocardite, ne soit restée malade au lit pendant deux ans, et que, sous l'influence de cette affection et du repos, la taille retardée dans son essor n'ait acquis les dimensions que nous avons indiquées. Rien ne le prouve, mais aussi rien ne l'établit; et nous ne voyons pas, en conséquence, ce qui pourrait empêcher de croire, dans une certaine mesure, à l'influence possible de la croissance exagérée sur le développement de l'altération organique du cœur. Pour mon compte, je n'y vois en ce moment qu'une coïncidence, et je laisse à l'avenir le soin d'éclairer, par de nouvelles observations, le sujet en litige.

M. Richard de Nancy a publié, en trop peu de mots, une observation qui offre de l'analogie avec la précédente, mais que je ne puis utiliser ici faute de détails. Voici en quoi elle consiste :

Un enfant de la Charité de Lyon, âgé de seize à dix-sept ans, grandit de *plusieurs pouces* dans l'espace assez court de *deux mois*.

Pendant ce temps, l'hémoptysie, la toux, l'émaciation se réunissaient pour faire craindre une phthisie pulmonaire. L'auscultation, cependant, n'indiquait aucune lésion tuberculeuse, et le poumon était perméable partout.

Après quelque temps de repos, sous l'influence de l'usage du lait d'ânesse, de boissons gommées, et plus tard l'addition d'une forte nourriture animale, ce jeune homme guérit; mais, je le répète, il manque à ce fait la plupart des détails rigoureusement nécessaires à n'importe quelle conclusion. Je le signale comme un fait de croissance rapide et considérable à un âge avancé.

Il n'est pas impossible, non plus, que sous l'influence de l'accroissement rapide du corps, et du rétrécissement notable de la poitrine qui en est la conséquence, les poumons, comprimés, mal à l'aise, gênés dans leurs fonctions, insuffisans à une puissante hématose, ne puissent devenir le siége d'une affection tuberculeuse. On voit, en effet, tant de gens prématurément allongés, dont la poitrine est étroite et amaigrie, qui deviennent ultérieurement tuberculeux, qu'on peut demander, sans faire tort à son jugement, si la croissance rapide est chez eux la cause ou au contraire l'effet de la maladie à venir. Dans quelques cas rares, il ne saurait y avoir de doute; chez des individus nés de bonne race, et qu'un accroissement rapide a prématurément grandis, la faiblesse, les palpitations et les tubercules doivent être rapportés à ce mouvement exagéré de la croissance.

Une autre variété d'accroissement partiel anormal est celui qui a pour siége les membres supérieurs et qu'on reconnaît à la longueur et au volume des bras, chez des sujets de petite taille; ou aux dimensions des hanches, et à l'étendue disproportionnelle des cuisses et des jambes ainsi qu'à leur maigreur chez certains hommes de haute stature. Ces faits n'ont qu'une médiocre importance en pathologie et nous ne croyons pas devoir nous en occuper autrement que par cette simple mention.

CONCLUSIONS.

Vainement on s'élève par la pensée au niveau de la conception des puissances de l'accroissement humain, toujours il faut descendre à l'observation de ses phénomènes, pour remonter, s'il est possible, aux lois qui les régissent. Ainsi ai-je procédé. Les faits nombreux que j'ai rapportés m'ont fait connaître, mesure en main, la taille moyenne des enfans aux différens âges, dans l'un et dans l'autre sexe. J'ai apprécié l'influence des maladies sur la *croissance apparente* des enfans et leur influence sur la *croissance réelle*. J'ai terminé, enfin, par la recherche de l'influence des croissances trop rapides et trop exagérées sur l'organisme et sur le développement des forces du système musculaire, de la paraplégie et des fonctions respiratoires et circulatoires.

Il me reste maintenant à compléter ces dernières considérations par l'exposé des règles d'hygiène et de thérapeutique qui me paraissent convenir en pareille occurrence.

Chez les enfans qui ne grandissent pas, on peut, à moins de circonstance héréditaire spéciale, croire à l'existence du rachitisme ou du commencement de cette affection, et il faut changer le régime et la manière de vivre des sujets. Il faut les mettre à l'usage exclusif du laitage sous toutes ses formes, supprimer la viande, les légumes et le vin, et les envoyer vivre à la campagne. Si le rachitisme est nettement caractérisé, il convient de recourir aux bains salés et à l'huile de foie de morue à des doses variables indiquées par l'âge et la susceptibilité des enfans.

Dans le cas de croissance exagérée trop rapide, il faut, au contraire, diminuer la quantité de lait et d'alimens maigres, pour habituer l'estomac, autant que possible, à l'usage d'un régime fortement animalisé. Il faut prescrire les affusions froides quotidiennes sur le corps, et en été les bains froids souvent répétés. La course et la marche sont très nécessaires et il est d'autant plus important de recourir à ces exercices que, ainsi qu'on le sait, la fatigue amène l'affaissement momentané de la colonne vertébrale. La marche prolongée, avec un poids sur la tête, constitue la gymnastique la plus utile de la croissance. Les enfans doivent, en outre, être couchés durement sur le crin, et séjourner peu au lit, tout juste le temps nécessaire pour réparer les forces. Sept heures de sommeil et de repos doivent leur suffire.

La gymnastique, en général, est ici d'une haute utilité; tous les exercices qui consistent à lever des poids pendant longtemps, la suspension prolongée du corps à l'aide des mains, la lutte, les jeux de boxe, l'escrime impriment une vitalité différente aux muscles, qui grossissent et résistent par leur tonicité à l'extension des os qu'ils recouvrent.

APHORISMES.

345. La croissance est une des plus curieuses manifestations de la force motrice qui règle, dirige et coordonne la création et le développement des êtres organisés.

346. La croissance s'accomplit d'après des lois régulières et absolues, variables dans chaque climat, dans chaque race, dans chaque sexe, et troublées seulement par les révolutions soulevées dans l'organisme par les maladies.

347. Les maladies du jeune âge accélèrent toujours le mouvement de la croissance.

348. La croissance qui résulte de l'action des maladies du jeune âge n'est pas aussi rapide qu'on pourrait le croire de prime-abord; elle est toujours plus considérable *en apparence* qu'elle ne l'est *en réalité*.

349. L'influence des maladies sur la croissance doit être directement rapportée à l'influence de l'état fébrile qui les accompagne.

350. La croissance exagérée agit à son tour comme cause de maladie ultérieure, et des affections pulmonaires cardiaques ou paralytiques peuvent en être la conséquence.

bre des sources de Vichy; mais il y est en quantité si minime, que l'odorat en est à peine affecté.

L'analyse des substances fixes n'a pas été complètement terminée. Mais parmi les recherches que M. Baudrimont a entreprises sur les eaux de Vichy, il en est une, dit M. le rapporteur, qui, par son importance et sa nouveauté, mérite un sérieux examen. Il a cherché à résoudre cette question : Une eau minérale éprouve-t-elle dans sa composition des variations journalières? Les expériences auxquelles il s'est livré à cet égard l'ont conduit aux résultats suivans : *Il doit y avoir, il y a bien certainement une grande mobilité dans la composition des eaux minérales, non pas peut-être dans la nature de leurs principes minéralisateurs, mais bien dans la proportion de ces principes.*

Les influences météorologiques ayant paru inappréciables, il n'en a pas été de même de celle des agens mécaniques. Les expériences particulières que M. Baudrimont a entreprises sur la source Brosson, lui ont montré que cette source subit une modification importante sous l'influence prolongée de la pompe, et des résultats analytiques semblent prouver qu'il y a là mélange de l'eau minérale avec de l'eau douce arrivant des terrains supérieurs par infiltration.

Enfin, M. Baudrimont a porté son attention sur les productions organiques qu'engendrent les eaux de Vichy, telles que l'oscillaire thermal, la glairine, la sulfuraire, etc., et sur l'action du temps sur ces eaux; et il termine par l'énoncé des expériences qu'il y aurait à faire pour compléter les travaux commencés.

M. le rapporteur, après avoir signalé avec éloge les points nouveaux que renferme ce travail, conclut en proposant de remercier M. Baudrimont de la communication qu'il a faite à l'Académie de son mémoire sur les eaux de Vichy.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Bousquet lit la première partie du rapport annuel sur la vaccine.

Pendant cette dernière lecture, l'Académie a procédé à la nomination d'un membre adjoint à la section de médecine vétérinaire, constituée en commission d'élection. La majorité des suffrages a été obtenue par M. Rayer. En conséquence, M. Rayer sera temporairement adjoint à la section de médecine vétérinaire.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée avant cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Avril 1852.

Nouvelles recherches pratiques sur les causes, le pronostic et le traitement de la surdité; par le docteur Marc d'Espine, médecin de l'institut des Sourds et Muets, des prisons, membre du conseil de santé du canton de Genève.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 1er Juin.)

Dans la deuxième partie de ce mémoire, celle relative au traitement, l'auteur fait d'abord connaître la marche qu'il suit en général vis-à-vis des sourds qu'il a l'occasion de traiter. Après un interrogatoire complet sur les antécédents et sur les sensations éprouvées par le malade, il s'assure aussitôt de l'état de l'ouïe, soit à l'aide de la montre ou des battemens du pendule, inscrivant exactement la distance maximum à laquelle ces bruits sont perçus, soit en appréciant à quel degré il faut élever la voix pour articuler nettement le langage, pour que le malade puisse entendre la conversation. Après cela, il procède à l'examen de l'oreille externe, des deux côtés. Lorsqu'il y rencontre des agglomérations de cérumen, il prescrit, pour quelques jours, des injections destinées à le dissoudre. Lorsqu'il trouve un écoulement quelconque, c'est-à-dire une otorrhée, il prescrit des injections d'une autre nature, destinées à combattre l'écoulement. Dans l'un ou dans l'autre cas, il diffère plus ou moins les explorations par les trompes, afin de pouvoir juger de l'effet des injections seules sur l'audition. Dans quelques cas où les amygdales sont volumineuses, il les cautérise avant de recourir au cathétérisme. Celui-ci se pratique avec des sondes d'argent de 6 pouces environ de longueur, formant une courbure à l'extrémité, dont l'angle obtus varie entre 120 et 135°, d'un calibre assez fort (l'extrémité de la sonde offre à sa partie inférieure un diamètre total, y compris l'épaisseur du métal, d'une ligne et demie, et l'orifice lui-même a une ligne de diamètre). Pour pratiquer l'insufflation des trompes, l'auteur se sert, ou bien de petites vessies à air en caoutchouc, telles que celles dont se servent MM. Ménière, Hubert-Valleroux, etc.; ou bien de l'insufflation directe avec la bouche. Après avoir insufflé pendant quelques séances de l'air ou de l'eau dans les trompes, l'auteur y injecte des substances médicamenteuses. Dans quelques cas, il a engagé un mandrin plus ou moins loin dans la trompe; quelquefois même il a cautérisé le long du trajet des trompes avec du nitrate d'argent. Chez quelques sujets, il a fait priser des poudres errhines dans l'intervalle des séances. Un certain nombre a subi, indépendamment du cathétérisme, des cautérisations pharyngiennes, soit avec la potasse, soit avec le nitrate acide de mercure; enfin, pour certains malades qui n'avaient pas retiré du traitement local des effets satisfaisans, l'auteur a eu recours à diverses médications indirectes et générales, telles que les vésicatoires, les purgatifs, les sangsues, l'usage intérieur de la salsepareille, de l'eau de Wildegg, du kermès, de l'infusion des feuilles de noyer, l'emploi de différens bains froids ou thermaux.

Relativement aux injections à faire dans l'oreille externe, M. d'Espine s'est assuré que l'huile ne dissout en aucune façon le cérumen; son action se borne à lisser la surface du tampon cérumineux, à diminuer sa propriété d'agglutination; aussi l'huile est-elle excellente pour préparer l'opération de l'extraction du tampon. L'alcool, non seulement n'a aucune influence dissolvante sur le cérumen, mais encore il semble le tasser, le racornir, le rendre plus concret. Il n'en est plus de même si l'on ajoute de l'eau à l'alcool; et plus on en ajoute, plus aussi l'action dissolvante se manifeste. Enfin, l'eau tenant en dissolution la potasse, de la soude, ou des carbonates de ces alcalis, en quantité assez faible pour n'avoir aucun effet irritant sur le conduit auditif externe, est le meilleur dissolvant et réussit à désagréger entièrement les molécules du cérumen. Aussi M. d'Espine se sert-il de l'huile d'amandes douces toutes les fois qu'il désire tasser davantage les tampons du cérumen, et les détacher des parois de l'oreille, pour ensuite les extraire avec des pinces; et lorsqu'il se propose de dissoudre le cérumen et de le chasser de l'oreille au moyen d'injections, il fait injecter chaque soir dans l'oreille, le malade étant couché sur l'oreille opposée, de façon à pouvoir remplir le conduit et à y maintenir la solution pendant toute la nuit en bouchant l'oreille au moyen d'un tampon de coton, une solution de potasse, à la dose de 4 grains par once d'eau, ou de sous-carbonate de potasse à la dose de 24 grains par once. Le lendemain matin, il fait ôter le coton, injecter une nouvelle dose de la solution, afin de chasser la liqueur qui était demeurée dans le conduit pendant la nuit. Ainsi de suite pendant cinq ou six soirs. Ces moyens suffisent ordinairement pour nettoyer entièrement le conduit et permettre d'apercevoir au fond la membrane du tympan. Sur 19 individus qui ont été soumis au cathétérisme, aux injections détersives, cinq ont gagné une première amélioration, qui a augmenté ensuite beaucoup pendant le cathétérisme; 12 avaient les oreilles trop incomplètement encroûtées pour obtenir une amélioration. Ils n'ont commencé à faire des progrès qu'avec le cathétérisme des trompes; enfin, chez deux, les injections externes ont été suivies de la seule amélioration dont les deux cas étaient susceptibles.

Après quelques détails consacrés à l'emploi des injections chlorurées, comme moyen de traitement de l'otorrhée fétide et au sujet desquelles l'auteur fait remarquer que la perforation du tympan ne contr'indique nullement ces injections. Après avoir parlé de l'extraction des corps étrangers et des polypes du conduit auditif externe et de la perforation du tympan, opération sans danger, mais aussi sans aucun résultat favorable, M. d'Espine parle du cathétérisme des trompes; d'abord des douches d'air, qui le plus souvent donnent une amélioration momentanée, puis des injections médicamenteuses. Ainsi, une solution de potasse caustique à divers degrés de concentration a été injectée sur 60 malades de la manière suivante : l'auteur se sert de petits tubes de verre, tels que ceux que l'on emploie pour la fabrication des thermomètres; il plonge dans la solution un de ces tubes ouvert aux deux extrémités, ferme avec le pouce l'extrémité supérieure du tube, jusqu'à ce qu'il soit à l'entrée du cathéter; puis levant le doigt, le liquide qui était retenu dans le tube descend dans le cathéter, d'où la vessie de caoutchouc, introduite et pressée fortement, chasse le liquide dans l'oreille moyenne. Jamais ces injections, dit l'auteur, n'ont causé d'accident inflammatoire. Il en résulte seulement une douleur vive au moment même. Sous leur influence, les trompes les plus sèches au début ne tardent pas à devenir humides; elles deviennent également plus largement perméables. Plusieurs malades ont dû leur amélioration, quelques autres la guérison, aux seules injections potassiques dans l'oreille moyenne.

L'éther sulfurique est le médicament que l'auteur a employé le plus souvent après la potasse; 47 malades ont reçu par insufflation quelques gouttes d'éther en vapeur ou à l'état liquide dans les trompes, les uns à deux ou trois reprises, quelques-uns dix, quinze et vingt fois de suite. L'impression que produit l'éther liquide est très vive et très rapide. Souvent le malade pousse un cri, fait un mouvement brusque avec la tête, porte vivement la main à l'oreille. Mais la douleur est aussi courte que vive : en deux ou trois secondes, elle fait place à une douleur plus supportable, laquelle s'affaiblit graduellement, de sorte que, au bout de deux minutes, elle se réduit à une simple sensation pénible, et que, dans la plupart des cas, il n'en reste nulle trace après une demi-heure. L'effet thérapeutique immédiat produit par l'insufflation de l'éther sulfurique liquide dans l'oreille moyenne, est presque toujours une suspension ou au moins l'affaiblissement prononcé des bruits, dans les cas de surdité qui s'accompagnent de ce désagréable symptôme. Souvent les bruits reprennent leur intensité et leur rhythme accoutumé une ou deux heures après l'opération, quelquefois le lendemain; mais quelquefois aussi dès la première séance l'amélioration est permanente. Chez plusieurs sourds, les insufflations d'éther, répétées journellement pendant deux semaines, ont diminué, rendu intermittent, ou fait disparaître entièrement des bruits opiniâtres et d'origine assez ancienne. L'insufflation de l'éther à l'état de vapeur a le même effet que l'éther liquide, mais à un degré moins prononcé.

Parmi les substances que M. d'Espine a encore essayées avec succès, et cependant dans des cas où la potasse et l'éther avaient épuisé leur action, la vératrine, employée à dose très faible, un soixantième et même un quatre-vingtième de grain, en commençant, et en allant jusqu'à un vingt-quatrième et un douzième de grain, a produit une amélioration des plus marquées, mais seulement sur la puissance auditive. Cette substance doit être maniée avec prudence, à cause des douleurs très vives qu'elle détermine.

Parmi les autres moyens essayés par M. Marc d'Espine, la glycérine a échoué complètement entre ses mains. La cautérisation des amygdales et du pharynx a échoué plus souvent qu'elle n'a réussi. Les vésicatoires et les purgatifs, ainsi que les sangsues derrière les oreilles, n'ont abouti qu'à soulager quelques phénomènes particuliers. L'eau de Wildegg, eau saline fortement iodurée et bromurée, l'eau de feuille de noyer, les bains froids ont réussi chez quelques sujets d'une constitution faible et délicate, à améliorer l'état de l'ouïe. En terminant, l'auteur fait remarquer que dans la surdité très récente, suite de refroidissement, le cathétérisme est inefficace, tandis que les moyens généraux ou indirects (kermès, bains sulfureux, etc.) donnent des résultats promptement satisfaisans.

FALSIFICATIONS.

GRANULES DE DIGITALINE SANS DIGITALINE.

Certains des granules de digitaline du commerce ayant, par des raisons qu'il est inutile de rapporter ici, attiré notre attention, nous voulûmes en apprécier la qualité, et n'avons pas été peu surpris de constater, dès le premier abord, qu'ils étaient complètement dénués d'amertume et que par conséquent ils ne devaient point renfermer de digitaline.

En effet, celle-ci est tellement amère que par le seul fait d'avoir goûté ces granules et d'y avoir constaté l'absence d'amertume, le doute ne nous était pas possible.

Mais avait-on confectionné ces granules en supprimant par avance la digitaline; ou bien, tout en faisant entrer celle-ci dans leur composition, ne l'aurait-on pas détruite par des manipulations intempestives pendant leur préparation? La digitaline, comme nous l'avons dit ailleurs, est si facile à détruire ou à altérer lorsqu'on la place dans de certaines conditions que nous pouvions très bien, que nous devions même nous poser cette question.

Sans doute le malade qui a mis son espoir dans la vertu d'un médicament et qui se voit déçu dans son attente, s'inquiétera peu que l'inefficacité de ce médicament tienne à l'absence du principe actif ou à son altération, à sa destruction ultérieures; mais à un autre point de vue, on comprend toute l'importance de reconnaître si c'est volontairement ou sans le savoir que le préparateur livre au public un médicament inerte, un remède sans vertu.

Il nous était facile, dans la circonstance dont il s'agit, de distinguer auquel des deux cas nous avions affaire, attendu que la digitaline, lorsqu'elle s'est altérée et a perdu la saveur amère qui constitue un de ses caractères, conserve encore la propriété de verdir par l'acide chlorhydrique.

En conséquence, nous avons pris vingt des granules suspectes. Nous les avons réduits en poudre et mis en contact pendant vingt-quatre heures dans un petit ballon avec 15 grammes d'alcool à 96 c. Puis le liquide a été filtré et évaporé.

Pour point de comparaison, une pareille expérience a été faite avec vingt granules de digitaline dont la bonne préparation et la qualité nous étaient assurées.

Voici les résultats comparatifs obtenus avec les deux produits enlevés par l'alcool :

N° 1. *Granules suspects.*	N° 2. *Granules de qualité connue.*
Couche mince transparente d'un blond paille, légèrement déliquescente, pèse 0,06.	Couche mince transparente, plus pâle que la première, n'attirant que faiblement l'humidité de l'air, pesant 0,07 (1).
Un fragment traité par 2 gouttes d'alcool à 65 c., s'y dissout facilement et la solution n'offre point de saveur marquée, à part celle de l'alcool.	Un fragment traité de même par 2 gouttes, alcool à 65, s'y dissout promptement, et la solution est d'une *amertume intense.*

Un autre fragment de chaque résidu est mis dans un très petit tube avec suffisante quantité, pour le baigner, d'acide chlorhydrique concentré et incolore; on bouche et l'on agite de temps à autre.

Trois heures après les deux liquides offrent l'aspect suivant :

N° 1.	N° 2.
Matière imparfaitement dissoute; liquide surnageant jaunâtre caramel, limpide.	Matière imparfaitement dissoute; liquide surnageant trouble *vert ciguë intense.*

Le reste de la journée et le lendemain chacun de ces deux liquides a conservé respectivement le même aspect.

Ainsi, le défaut de saveur amère dans les granules n° 1, et l'absence de couleur verte par l'acide chlorhydrique du produit retiré de ces granules par l'alcool, nous font conclure *qu'ils ne contenaient pas trace de digitaline.*

En outre, la deuxième circonstance (absence de couleur verte) nous autorise à dire que le défaut de saveur amère dans les granules en question ne provenait pas d'une altération accidentelle de la digitaline, mais bien de l'absence complète de celle-ci.

Assurément si le préparateur de ces granules est un homme consciencieux, il aura fait le raisonnement suivant :

Le premier devoir du pharmacien, comme du médecin, est de ne pas nuire au malade.

La digitaline est un médicament très actif et pouvant en conséquence devenir dangereux dans des mains inhabiles ou inexpérimentées : donc le plus sûr moyen de ne courir les chances d'aucun accident est de supprimer la digitaline dans les granules de ce nom.

Peut-être se sera-t-il affermi dans sa manière de voir par cette considération que, dans l'action de tout médicament, il faut faire une certaine part à l'influence morale, à tel point qu'on a pu voir des malades purgés avec des pilules de mie de pain, uniquement sur la foi d'avoir pris un purgatif.

Or, le mot *granules de digitaline* étant imprimé en grandes capitales sur les étiquettes du produit dont nous parlons, et de manière à frapper vivement l'esprit, l'auteur aura cru que cela suffirait pour agir sur la circulation du malade.

Parlons plus sérieusement.

Quels que soient les motifs qui aient dirigé le préparateur de ces granules, par le fait, c'est un nom de plus à inscrire sur la liste des fraudes qui ont envahi jusqu'au domaine des substances médicinales : liste qui commence au sirop de gomme sans gomme, et s'élève audacieusement jusqu'au quinquina sans quinine, à l'opium sans morphine.

Dr Homolle. T.-V. Quevenne.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le *Constitutionnel* annonce qu'un projet de loi sur les médecins cantonaux pourrait être prochainement présenté au corps législatif. Ce projet se rattacherait à un projet général d'organisation de l'assistance publique.

Incendie d'un hopital. — Un accident qui eût pu avoir les plus graves conséquences vient d'attrister la ville de Bordeaux. Le 5 juin, à dix heures et demie du soir, un violent incendie s'est déclaré dans l'hospice des vieillards de cette ville, établissement qui renferme environ 450 infirmes des deux sexes. En quelques instans, le premier étage, consacré aux dortoirs des femmes, a été envahi par les flammes. Grâce aux prompts secours arrivés de toutes parts, et bien que l'incendie se soit étendu rapidement au quartier des hommes, aucun des malheureux vieillards n'a perdu la vie. Quelques-uns seulement ont reçu des contusions, peut-être des blessures, dans l'embarras inévitable qui a été la conséquence de l'empressement que chacun mettait à sauver un si grand nombre d'infirmes; mais ces accidens ne sont rien auprès des malheurs qui auraient pu arriver et dont la pensée seule fait frémir.

(1) La faible déliquescence ici constatée doit être attribuée, ainsi que l'augmentation de poids, à une petite quantité de sucre métamorphosé qui se trouve toujours dans le sucre ordinaire.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 70. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 12 Juin 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An............... 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 JUIN 1852.

DES EAUX MINÉRALES CONSIDÉRÉES COMME MOYEN DE REVENU PUBLIC.

Le revenu public croît avec la civilisation, c'est-à-dire avec l'augmentation progressive des moyens d'action que l'homme emploie pour user des ressources qu'il invente et de celles que lui offre la nature. Il fut un temps, qui du reste n'est pas bien éloigné du nôtre, où les eaux minérales n'étaient pas même de bonnes eaux. Exhalant de mauvaises odeurs, ayant pour la plupart un goût désagréable, on les laissait couler à l'aventure sans chercher à les utiliser. L'ancienne tradition, la tradition romaine, avait été perdue dans le naufrage général de la science qui sépara l'antiquité des premiers temps du moyen-âge. On revint peu à peu aux bonnes choses du passé, mais on ne songeait pas à appliquer au traitement des maladies, ces eaux minérales qui avaient été entre les mains des médecins romains, un si puissant moyen de succès. Enfin, grâce aux études scientifiques, et aux voyages qui donnent souvent mieux que les livres une idée juste des coutumes, même des peuples disparus, on comprit quelle était l'importance thérapeutique d'une ressource naturelle, distribuée avec tant d'abondance sur notre sol.

Il suffisait, en effet, de visiter quelques parties du territoire italien pour voir combien les eaux minérales, et les thermes proprement dits, avaient de la valeur au point de vue de l'utilité publique et des habitudes privées. Nous ne disons rien de nouveau pour personne, en rappelant que les thermes étaient de magnifiques monumens embellis par l'art, et construits dans toutes les conditions imposées par les lois de l'hygiène. A Rome, les thermes d'Antonin, de Dioclétien et de Titus, étonnent celui qui les visite, et cependant ce ne sont que des ruines, qui permettent à peine de reconnaître la destination de quelques parties de ces magnifiques monumens. Heureusement pour notre instruction, le temps n'a pas tout détruit. Un des moyens les plus terribles de cette destruction, qui emporte les œuvres de l'homme sans en laisser trace, nous a conservé des thermes dans leur complète intégrité. Non seulement les salles sont comme elles étaient à l'époque où elles s'ouvraient à la foule des baigneurs, mais les ornemens, les figurines en stuc ne sont pas même endommagés. Nous voulons parler des thermes de Pompeïa, ensevelis depuis 1,700 ans par des masses de cendres et aujourd'hui à découvert. Il sont assurément un remarquable modèle du genre fait pour inspirer ceux qui s'occupent de la construction d'édifices destinés à des thermes ou à des bains. Ils donnent une idée de l'importance des monumens de cette classe, même dans une ville de rang inférieur. Ils ne donnent pas une idée moins élevée au point de vue de la richesse publique, lorsque les thermes étaient consacrés à des traitemens par les eaux minérales.

Assurément, la douceur du climat a contribué pour beaucoup à créer, sous la période romaine, la splendeur de la côte formée par le golfe de Naples; mais les eaux minérales ont contribué plus encore à ce résultat. Nous avons eu depuis longtemps l'occasion de le montrer (1); on nous permettra de le répéter encore. Sans les eaux d'Ischia, fréquentées par les Romains, les eaux de Castellamare, celles de Pouzzole et tant d'autres qui couvrent le littoral, la société du temps des empereurs et de la fin de la République ne se serait pas disputé un sol que les plus riches pouvaient seuls acquérir. Toute la côte, depuis le cap Mysène jusqu'à la pointe campanienne, n'était qu'une longue cité. Les palais et les jardins se succédaient sur toute la rive, empiétaient sur les hauteurs et même les franchissaient, car la place n'était pas assez grande en ce coin de l'Italie pour tous ceux qui désiraient de s'y en faire une. La source principale de cette rare faveur, de cette faveur qui fit couler sur cette terre heureuse de prodigieuses richesses et y fixa un luxe sans égal, ce sont les eaux minérales.

Il était permis, après un précédent aussi précieux à recueillir, de jeter les yeux sur les eaux minérales qui existent en si grande abondance dans toutes les parties de notre territoire. Puisque dans le passé elles étaient la cause d'un si grand déplacement de population, qu'elles créaient des villes opulentes autour d'elles, les eaux françaises n'ont-elles pas à leur tour un bel avenir sous le rapport de la richesse publique? Elles ont montré déjà quels signalés services elles ont rendus à ce seul point de vue; ne peuvent-elles pas en rendre de plus grands encore?

Ces questions se posent d'elles-mêmes dans tous les esprits qui s'occupent d'eaux minérales. Elles ont été traitées avec distinction dans un travail consciencieux et bien écrit du docteur Alibert, inspecteur des eaux d'Ax, dans l'Ariège (1). Une considération frappe tout d'abord, c'est que la population n'a pas besoin d'être poussée vers les eaux minérales : elle s'y porte de plus en plus chaque année. Aussi le gouvernement n'a pas même à encourager ce goût ou cette passion qui a adopté les eaux minérales ou les eaux minéro-thermales, comme une médication des plus actives et des plus salutaires, il n'a qu'à l'entretenir. On a dit que rien n'était plus éloquent que les chiffres; en voici qui ont une grande valeur, et qui, en faisant juger le passé, doivent donner les plus légitimes espérances pour l'avenir. Il y a trente ans, la population annuelle des eaux minérales s'élevait à 30,000, à peu près; maintenant elle surpasse 160,000.

Pour entretenir ce goût qui porte les riches habitans des villes à aller dépenser un peu de leur fortune au milieu des montagnes habitées généralement par les classes les plus pauvres, le gouvernement a déjà beaucoup fait. D'abord il a voulu qu'on connût le nombre et la composition chimique des eaux. L'*Annuaire de l'hydrologie de la France*, qui a signalé le passage de M. Dumas au ministère de l'agriculture et du commerce, est déjà un grand bienfait. Il faut, on le comprend, que la géographie hydro-thermale et hydrologique proprement dite soit exactement dressée, pour pouvoir bien choisir une station et lui donner la préférence sur une autre. Le moyen, d'ailleurs, de tirer le plus grand parti possible des eaux minérales, c'est d'en signaler un grand nombre aux médecins et au public. Comme, quelque analogie qu'il y ait dans leur composition, elles ne sont jamais identiques et peuvent rarement se suppléer, elles correspondent à un chiffre plus nombreux de maladies et aussi à une masse plus considérable de malades dont les tempéramens divers, même dans l'hypothèse de maladies absolument semblables, sont loin de s'accommoder des mêmes eaux et des mêmes lieux.

Ce côté de la question sur lequel M. Alibert n'a pas, peut-être, assez insisté, mérite qu'on s'y arrête; il le mérite d'autant plus que l'*Annuaire* est destiné à rendre les plus grands services quand il formera un travail systématisé et en quelque sorte un traité d'enseignement enrichi de toutes les notions les plus nécessaires à la connaissance de l'état chimique et de la valeur thérapeutique des eaux. Ce ne sera pas un guide pour le malade, mais un formulaire officiel à l'usage du médecin, auquel il n'aura pas exceptionnellement recours quand il saura qu'il

(1) *Les eaux minérales du golfe de Naples*, par le docteur Éd. Carrière; brochure in-8°, travail paru, en 1846, dans la *Gazette médicale de Paris*.

(1) *Des eaux minérales dans leurs rapports avec l'économie publique, la médecine et la législation.*

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

APHORISMES PROFESSIONNELS.

La vie est courte, la clientèle difficile, la confraternité trompeuse.

La clientèle est un champ dont le savoir-faire est l'engrais.

La clientèle est comparable à la flanelle; l'une et l'autre ne peuvent pas se quitter un instant sans danger.

Le médecin qui s'absente court la même chance que l'amant qui quitte sa maîtresse; il est à peu près sûr, au retour, de trouver un remplaçant.

Jeunes médecins, soignez, choyez, caressez vos premiers cliens; c'est la graine qui ensemence de proche en proche, centiare par centiare, les hectares de la clientèle.

Voulez-vous vous défaire d'un client ennuyeux? Envoyez-lui la note de vos honoraires.

Le client qui paie son médecin n'est qu'exigeant; celui qui ne le paie pas est un despote.

Le médecin qui attend ses honoraires de la reconnaissance spontanée de ses cliens, ressemble à ce voyageur qui attendait que la rivière eût fini de couler pour passer sur l'autre rive.

L'exagération dans le prix des honoraires tourne toujours à la confusion de l'art et de ceux qui l'exercent. Un homme riche auquel un chirurgien venait de faire une opération grave, reçut de lui la demande d'une somme énorme. — Il fallait m'avertir, lui répondit-il, que vous exerciez votre métier en demandant la bourse ou la vie.

Quand on songe à la stupide crédulité des hommes en fait de médecine, ce n'est pas de ce qu'il y ait des médecins charlatans qu'il faut s'étonner, mais bien de ce qu'il y ait encore en si grand nombre des médecins honnêtes gens.

Une dame du grand monde, connue par ses légèretés, demandait à son docteur combien il fallait de médecins pour faire un savant. — Juste autant qu'il faut d'amans pour lasser une coquette, lui répondit-il.

La consultation est un moyen utile ou dangereux, selon que l'on sait s'en servir. En abuser est mauvais, la rejeter plus mauvais encore. N'attendez jamais que les parens inquiets vous la demandent; ne la demandez jamais quand l'issue de la maladie doit être heureuse.

Sortir d'une consultation sans être amoindri, exige un talent rare et difficile. Il est des consultans qui, sous les formes les plus polies et en apparence les plus bienveillantes, glissent le mot perfide qui jette le doute dans l'esprit du malade et des assistans. Arrêtez ce mot au passage, faites sentir que vous le comprenez, provoquez, exigez une explication, et la tentative malveillante, ainsi déjouée, va devenir pour vous l'occasion d'un triomphe.

Les médecins systématiques s'étonnent et s'indignent d'être moins appelés en consultation que beaucoup d'autres de leurs confrères. C'est à eux seuls qu'ils doivent s'en prendre, à leur arrogance, à l'autorité avec laquelle ils veulent imposer leur opinion, au dédain qu'il affectent pour celle des autres, et au ton magistral avec lequel ils prescrivent le traitement. Ce n'est pas un consultant, c'est un maître qui parle; on cherchait un conseil, on a trouvé un ordre. Quoi d'étonnant que l'on s'éloigne de pareils confrères!

Une consultation est souvent une lettre de change tirée par le médecin ordinaire sur le malade, au profit de quelque célébrité médicale.

Un compétiteur à un concours de la Faculté eut le talent de trouver l'occasion d'appeler en consultation cinquante-quatre fois en trois mois, quatre juges influens. Il ne fut pas nommé. On s'écriait devant lui : O vertu! Il répondit naïvement : O ingratitude!

Un praticien très répandu tout autour du temple de la Madeleine, se lamentait sur l'échec subi par son fils au concours de l'internat. — Et cependant, disait-il en parlant des juges, je les appelle toujours en consultation!....

Un médecin qui habitait les hauteurs du Panthéon, n'appelait jamais en consultation. Quand on lui en demandait une, il avait pour habitude de répondre : Avez-vous quelques louis de trop? Une consultation, c'est des louis de moins et le doute de plus.

Un autre médecin du quartier du Palais-Cardinal répond ainsi à la même demande : « Si vous connaissez un meilleur médecin que moi, envoyez-le quérir et je me retirerai. »

Il n'y a pas de circonstance, quelque étrangère qu'elle paraisse au premier abord à la pratique de la médecine, qui soit indifférente pour un médecin intelligent. Certes, l'application du macadam ne paraît avoir aucune espèce de rapport avec la clientèle, eh bien! il existe un médecin qui est parvenu à s'en faire une au moyen du système Bineau. Le boulevard qu'il habite et où il vivait à peu près inconnu, est peuplé de beaux magasins. Au moment où commença l'application du macadam, il s'imagina de se faire l'éditeur et le colporteur d'une pétition à l'édilité parisienne pour prouver que ce système d'empierrement était contraire à la santé, désastreux pour le commerce de luxe à cause de la poussière, etc., etc. Il prenait ses voisins par le bon bout. Chez tous il laissait une copie de la pétition, accompagnée de son adresse où on venait la signer. La chose a parfaitement réussi, mais le macadam n'en envahit pas moins les chaussées de nos rues.

Les Sociétés médicales de Paris refusent avec opiniâtreté l'admission dans leur sein aux médecins qui indiquent leur demeure par quelque signe extérieur. C'est là un préjugé qu'il faudrait combattre; ni le public, ni la profession ne gagnent à cette austérité; elle n'est utile qu'aux médecins qui la bravent. On reviendra de cette idée, mais il sera bien tard.

On entraînerait les médecins dans une mauvaise voie, en leur proposant d'exiger leurs honoraires par visite. L'exemple des habitudes anglaises qu'on leur cite sans cesse n'a aucune valeur. Il n'y a que la haute aristocratie anglaise qui paie ainsi le médecin en lui donnant une guinée par visite. Mais c'est là précisément un signe, un témoignage de supériorité de naissance et de position, cela veut dire au médecin : vous êtes un inférieur dont on paie les services. Les classes moyennes n'agissent pas ainsi. Les médecins anglais sont placés vis-à-vis d'elles, absolument comme les médecins français vis-à-vis de leurs cliens de toutes les classes de la société. L'exemple de l'Angleterre ne peut pas être proposé aux médecins qui ont conservé le sentiment de leur dignité et de leur devoir. Il rappelle l'usage humiliant de quelques grands seigneurs du siècle passé, qui, lorsqu'ils admettaient leur médecin à leur table, plaçaient un louis sous sa serviette.

Amédée LATOUR.

tient dans ses mains un *compendium* de prescriptions aussi variées qu'efficaces.

Pour obtenir ce résultat, et en ceci M. Alibert insiste comme nous, il est important d'organiser les travaux d'analyse, d'observation qui se poursuivent ou doivent se poursuivre dans les établissemens d'eaux minérales. Il faut que cette médecine, qui tend à prendre une si grande prépondérance sur la médecine artificielle de la pharmacie, soit féconde en recherches sérieuses, en renseignemens complets autant sur les eaux que sur les lieux, autant sur la médication fournie par la nature que sur les conditions du climat. Toutefois, pour arriver à une telle situation, il faut des hommes non seulement bons pour l'œuvre, mais pleins de zèle pour la remplir. Ceci nous ouvre un horizon trop profond pour que nous n'attendions pas à un autre jour pour y porter les yeux de nos lecteurs.

Dr Éd. Carrière.

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER ;

Recueillies et analysées par M. Fauconneau-Dufresne [1].

TROISIÈME PARTIE.

ÉTUDES ET EXPÉRIENCES CONCERNANT L'INFLUENCE DU RÉGIME SUR LA COMPOSITION DU SANG.

La nature du sang influant essentiellement sur la circulation, il importe au médecin d'étudier toutes les circonstances qui sont propres à modifier un fluide aussi essentiel. Si, d'une part, on ne saurait assez éviter une alimentation qui aurait la puissance de changer d'une manière fâcheuse sa composition; d'une autre part, la thérapeutique pourrait tirer un grand parti d'une nourriture qui serait susceptible de faire disparaître les conditions de cette humeur qui seraient incompatibles avec la santé. Sans doute, la qualité ou la quantité des alimens doivent avoir une grande action sur le sang et l'hématose; le raisonnement l'indique. Mais nous n'en avons pas la preuve expérimentale satisfaisante et indubitable, l'expérimentation seule peut montrer ce qu'il y a de réel à cet égard. C'est cette étude que M. Magendie a voulu commencer.

A cet effet, il a institué plusieurs séries d'expériences. La première a consisté à soumettre des chevaux à certains régimes alimentaires, et à rechercher, par l'analyse chimique, quelles modifications le sang pouvait avoir subies selon chaque régime. La seconde série d'expériences a eu pour but de reconnaître les modifications de la liqueur sanguine, à mesure qu'un animal serait épuisé par une diète absolue. Dans la troisième et la quatrième séries, on a voulu voir ce que produirait sur d'autres animaux, soit d'une espèce différente, soit de la même espèce, la transfusion du sang d'un animal mort d'inanition. Enfin, dans la cinquième série, on a expérimenté, de la même manière, avec le sang d'un cheval ayant succombé avec rapidité à une altération spontanée du sang.

Première série d'expériences.

Un premier cheval recevait la ration réglementaire, composée de huit litres d'avoine et de cinq kilogrammes de foin et de cinq kilogrammes de paille; un second ne mangeait que de l'avoine et de la paille; un troisième que du foin et de la paille; un quatrième était nourri uniquement avec de la paille. Tous les huit jours, on tirait une petite éprouvette de sang à ces chevaux, pour en examiner la nature. On partageait le produit de la saignée en deux parties; l'une que l'on abandonnait à elle-même; l'autre que l'on privait de sa fibrine par le procédé de l'agitation, lequel consiste à remuer le sang dans une éprouvette, jusqu'à ce que la fibrine s'en soit séparée, et apparaisse à la partie supérieure, tandis que le sérum reste au milieu, et que les globules se précipitent au fond du vase. Quelquefois, dans ce cas, on voit un caillot secondaire se former au milieu du sérum. Ce procédé de défibrination, imaginé par M. Leconte, est préférable à l'ancien, par lequel le sang était battu avec des verges, jusqu'à ce que la fibrine s'y attachât en filamens blanchâtres.

Cinq analyses ont été pratiquées avec le plus grand soin par cet habile chimiste, sur chacun de ces différens sangs. En voici les résultats

Tableau des analyses comparatives du sang des chevaux soumis à divers régimes alimentaires.

	RÉGIME COMPLET. — Analyses.					AVOINE ET PAILLE. — Analyses.					FOIN ET PAILLE (1). — Analyses.					PAILLE SEULE (2). — Analyses.			Analyse de M. Nasse.
	1re	2me	3me	4me	5me	1re	2me	3me	4me	5me	1re	2me	3me	4me	5me	1re	2me	3me	
Albumine et sels. .	8,737	7,826	9,535	8,979	10,228	7,405	8,233	8,060	8,013	8,625	8,013	9,605	9,411	8,973	9,938	9,741	9,453	10,222	6,758
Globules.	4,660	8,964	6,698	10,650	6,585	8,491	7,457	10,874	7,620	12,425	3,644	4,806	8,012	8,813	8,064	9,717	11,005	9,388	11,713
Fibrine.	1,229	0,411	0,831	0,509	0,536	0,396	0,400	0,445	0,481	0,358	0,608	0,265	0,268	0,798	0,755	0,671	0,735	0,504	2,410
Eau.	85,368	82,799	82,936	79,872	82,651	83,708	83,910	80,261	83,886	78,592	87,735	85,324	82,309	81,416	81,243	79,871	78,807	79,886	81,173
Total. . . .	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
Substances solides du sang.	14,632	17,201	17,064	20,128	17,349	16,292	16,090	19,739	16,114	21,408	12,265	14,676	17,691	18,584	18,757	20,129	21,193	20,114	17,701

(1) Il faut noter que le cheval du 2e régime, qui n'a pas d'avoine, a eu celle-ci en moins de la ration complète, l'avoine n'ayant été remplacée par rien, ce qui fait 5 *kilogrammes de moins* en vingt-quatre heures. Cela est à noter, en raison des différences qu'on peut rencontrer dans le sang.

(2) Le cheval étant mort d'accident, on n'a pu faire que trois analyses. On a supposé que la saignée n'ayant pas été refermée avec soin, de l'atr se sera introduit dans ta veine.

Pour commencer ces recherches, on s'est borné à examiner les trois principaux élémens du sang. Les sels du sang ont été seulement pesés en masse; M. Leconte les a conservés et se propose de les analyser plus tard. Cependant, jamais on n'avait mis autant de suite, ni autant multiplié les exemples, soit dans l'étude du sang des chevaux, soit dans celle de tout autre animal.

Si l'on examine les chiffres du tableau, on voit que l'*albumine* ne varie pas beaucoup suivant les différentes nourritures; on la voit osciller entre les chiffres 7 et 10. Le chiffre 10 ne se trouve que dans les régimes complet et paille seule. Le chiffre 9 se remarque deux fois dans le régime foin et paille, deux fois dans le régime de la paille seule et une fois dans celui de la ration complète. Le chiffre 8 est dispersé dans tous les régimes, sauf dans celui de la paille, qui se tient toujours au-dessus.

L'appréciation des *globules* est la plus imparfaite. M. Dumas, dans ses tableaux, n'en donne pas la quantité; il y a pourtant manière de les isoler et de les peser; son analyse, il est vrai, est déjà ancienne. On trouve, dans l'analyse de M. Nasse, le chiffre de 11 2/3; dans celles des chevaux au régime, les globules atteignent une fois les chiffres 12 et 11, deux fois les chiffres 10 et 9, et descendent à 8, 7, 6, et même à 4 et à 3. C'est dans le régime avoine et paille qu'on trouve le chiffre 12 et une forte fraction. Il se tient constamment au-dessus de 9 dans le régime de la paille seule, où il n'y a, à la vérité, que trois analyses; mais, dans les autres régimes, la variété est extrême. Dans le chiffre de la ration complète, le chiffre oscille de 4 à 10; de 7 à 12 dans avoine et paille, de 3 à 8 dans foin et paille. Ces résultats sont vraiment étranges et leur variété est, on pourrait dire, désespérante. On verra, toutefois, que leur étude peut avoir d'importantes conséquences, car c'est sur eux principalement que se manifestent les altérations du sang. Il est déjà fort essentiel d'avoir constaté que, chez des animaux qui restent dans les mêmes conditions apparentes, la quantité de ces globules varie excessivement. Si l'on s'était borné à une ou deux analyses, on n'aurait pas pu reconnaître toute l'étendue de cette variation.

La *fibrine* est partout en moins grande quantité que dans l'analyse de M. Nasse, où elle dépasse le chiffre 2. Dans le sang des chevaux, on ne trouve qu'une seule fois le chiffre 1, c'est dans la première analyse du cheval à la ration complète; les fractions les plus fortes se remarquent ensuite dans les première et quatrième analyses du régime foin et paille (ce qui est d'autant plus singulier, que le cheval recevait une moins grande quantité de nourriture que les autres), et dans la troisième analyse de la ration complète; ces fractions se maintiennent très élevées dans les trois analyses du régime de la paille seule.

L'*eau*, en général, a peu varié; cependant il y en a un peu plus dans le régime foin et paille.

Quant aux *substances solides du sang*, portées à 17 dans l'analyse de M. Nasse, on les voit à 20 dans la quatrième analyse de la ration complète, à 20 et 21 dans les trois analyses de paille seule, à 19 dans la troisième analyse d'avoine et paille; elles descendent ensuite, çà et là, jusqu'à 14 et même 12 dans la première de foin et paille.

Ces études ont donné des résultats inattendus. Il ne fallait pas, en effet, s'arrêter aux idées reçues sur l'influence de tel ou tel régime pour refaire ou altérer le sang; il était nécessaire d'expérimenter, au moyen d'analyses rigoureuses, sur le sang même d'animaux qui seraient soumis à des régimes variés. Une telle méthode demandait du temps et du travail, mais au moins les résultats devaient être positifs.

On a remarqué que la fibrine et les globules sont les élémens du sang qui varient le plus; en même temps, il ressort des chiffres du tableau cette observation générale qu'il y a entre la première et les seconds une compensation constante, une sorte de balancement qui fait que, lorsque l'une diminue, les autres augmentent, *et vice versâ*. M. Magendie croit que cette circonstance n'a pas encore été indiquée; il ne l'affirmerait pas cependant, car il a peu l'habitude de faire de l'érudition avant de commencer ses recherches; il s'en occupe plutôt lorsque celles-ci sont terminées. En agissant de cette façon, il n'a aucune prévention, aucune influence à craindre.

L'alimentation paraîtrait donc porter principalement son action sur les globules et la fibrine. Mais quand on voit des animaux soumis à un régime toujours le même, ne variant en rien, offrir dans les élémens essentiels de leur sang les différences indiquées par le tableau ci-dessus, ne doit-on pas soupçonner qu'il y a une influence autre que celle de la nourriture? On ne peut, quant à présent, risquer aucune conjecture sur de tels résultats; il faut se contenter de les noter.

Il est à remarquer, néanmoins, que le sang du cheval nourri avec de la paille seule est le plus riche en albumine, que la proportion de ses globules est considérable et ne varie pas, et que celle de la fibrine se maintient aussi à un chiffre assez élevé. Ce résultat est conforme à des expériences faites par la commission hippique avec des alimens isolés; les chevaux qui ne mangeaient que de la paille étaient ceux qui se maintenaient en meilleur état; ce régime paraissait même plus favorable que celui de l'avoine. Il y aurait donc de la vérité dans ce dictum : *cheval de paille, cheval de bataille.* Il est des personnes qui pensent qu'il ne faut pas donner de foin aux chevaux de selle; sous le rapport des globules du sang, elles peuvent avoir raison. L'avoine et la paille paraissent être la meilleure nourriture pour le cheval.

Les recherches qui viennent d'être rapportées ne peuvent assurément être considérées que comme une ébauche; mais elles ouvrent une voie nouvelle; elles serviront de point de départ pour des travaux ultérieurs. Constater qu'on ignore des choses qu'on croyait savoir, n'est-ce pas une espèce de progrès? Pouvons-nous dire en ce moment quel est notre but en réalité, quand nous prescrivons certaines alimentations aux malades? Savons-nous ce qui en résultera? L'expérience principale de la deuxième série nous humiliera encore davantage, car nous aurons à nous demander où le sang lui-même prend les élémens de sa réparation.

(1) Voir l'Union Médicale des 3, 6 Janvier, 24 Avril, 8 et 18 Mai.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ SUR LES MALADIES CHRONIQUES QUI ONT LEUR SIÉGE DANS LES ORGANES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE; par M. J. Bricheteau, médecin à l'hôpital Necker, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. Un vol. in-8° de 650 pages. — Paris, 1852. Hippolyte Souverain, éditeur.

Il y aurait un curieux travail à faire, ce serait de chercher à saisir les traits principaux qu'offre la physionomie de la littérature médicale depuis cinquante ans, non pas seulement considérée dans son ensemble, dans ses tendances générales, dans l'empreinte que lui ont imprimée successivement des écoles rivales ou ennemies, dans les transformations qu'elle a subies sous l'influence de ces impulsions diverses et souvent opposées, mais aussi à un point de vue plus modeste et plus littéraire, abstraction faite des sujets traités, dans la manière dont on concevait et on exécutait un livre à cette époque, et dans les procédés de facture qu'une éducation médicale plus rigoureuse et que le goût plus difficile du public médical a obligé d'introduire dans les livres modernes. Je laisse à d'autres plus versés que moi, dans ce qu'on appelle un peu ambitieusement peut-être la philosophie médicale, le soin de débrouiller cette histoire un peu confuse, de faire la part de tout et de tous; aussi bien cette tâche me paraît-elle bien difficile à remplir en ce moment, avec les passions et les intérêts qui s'agitent encore autour de nous. Mais il est une particularité qui frappe tous ceux qui sont au courant de la littérature médicale moderne, qui étonne surtout les étrangers lorsqu'ils veulent se familiariser avec les ouvrages de médecine de nos jours, c'est que la jeunesse seule paraît avoir chez nous le privilége de produire des livres. Tous ou presque tous les hommes qui occupent dans notre pays une position médicale élevée, l'ont acquise par des productions de leur jeunesse, et depuis le moment où leur situation s'est agrandie, depuis que l'enseignement officiel ou libre a été largement suivi, leur voix est restée silencieuse; tous ou presque tous ont déposé la plume et n'ont plus rien écrit.

A Dieu ne plaise que nous voulions rien voir de calculé dans ce silence; à Dieu ne plaise surtout que, à l'exemple de quelques esprits chagrins, nous cherchions les mobiles de cette conduite dans des motifs peu avouables. Non, non, pour qu'une règle soit aussi absolue, pour qu'elle souffre aussi peu d'exceptions (il en est quelques-unes cependant et de très honorables), il faut que les motifs soient ailleurs, et ces motifs nous les trouvons dans la transformation qu'ont subie les études et la littérature médicales modernes. Plus de ces assertions sans preuves, plus de ces affirmations hautaines reposant sur une expérience vague et mal définie. Aujourd'hui, il faut arriver avec des observations nombreuses, recueillies avec soin, et pour cela il faut sacrifier un temps considérable. Or, peu d'hommes, parvenus à la maturité de la vie, peuvent sacrifier à ces recherches un temps que réclament des relations de famille et de société, des occupations nombreuses, une vaste clientèle.

Voilà donc pour nous la véritable cause de ce silence de ces hommes

mûrs, de ces professeurs, de ces médecins expérimentés qui ont blanchi sous le harnais, et dont l'expérience serait si précieuse à recueillir, à condenser dans les livres. Cela ne veut pas dire, sans doute que nous dédaignions les œuvres qui appartiennent à leur jeunesse. On pourrait citer aisément parmi elles des œuvres que ne répudieraient pas la maturité et le talent fait de leurs auteurs; plusieurs ont reçu le baptême d'éditions successives qui en ont consacré de plus en plus le succès, et grâce à des améliorations bien entendues qu'elles ont pu recevoir en des éditions multipliées, il en est dont on pourrait dire qu'elles datent d'hier, qu'elles n'ont pas vieilli un seul instant. Mais qu'on songe à ce qu'auraient pu produire ces esprits distingués, ces observateurs profonds, ces praticiens éminens, s'ils n'avaient pris la plume que mûris par les années et par l'expérience, et l'on sera de notre avis : on regrettera vivement que les médecins et les grands chirurgiens de notre époque se retirent pour la plupart de la carrière scientifique à l'époque où ils pourraient, avec le plus d'avantage pour la science et pour la postérité, y marquer glorieusement leur place, et qu'ils emportent avec eux des trésors d'expérience que leurs successeurs ne retrouveront peut-être jamais, ou seulement par fragmens, et après de nombreuses années. Il y a d'ailleurs, dans l'exemple que donnent les maîtres à leurs jeunes confrères, quelque chose de bien dangereux : par cela que des hommes de mérite ont conquis, jeunes encore, une position honorable par des travaux de la jeunesse, combien ont pu se croire appelés à les imiter? Aussi, que d'œuvres incomplètes, que de fruits cueillis avant le temps et qui n'arriveront jamais à maturité; que de temps, d'espérances, de talent en germe, gaspillés, perdus sans retour!...

Nous avons mis le doigt sur la plaie, sans avoir le désir ni la possibilité d'indiquer le remède. Ce nous est cependant une douce satisfaction de nous trouver en présence d'un de ces livres qui résument une vaste expérience, qui sont le fruit de longues et consciencieuses études. M. Bricheteau est, en effet, une de ces natures heureuses, un de ces esprits d'élite qui n'ont pas perdu un seul instant le goût de l'observation, de l'étude, des recherches médicales. Tel il était lorsqu'il travaillait, il y a quelques quarante ans, à la collaboration du grand *Dictionnaire des sciences médicales*, c'est-à-dire à l'œuvre la plus gigantesque de notre époque, tel nous le retrouvons dans les diverses phases de sa vie, esprit littéraire, profondément versé dans la connaissance des anciens, et en même temps observateur consciencieux et sévère, s'attachant plus aux détails qu'à l'ensemble, ayant marché avec le siècle, mais conservant encore les traditions et les doctrines de celui qui fut son maître, de l'illustre Pinel. M. Bricheteau appartient sans doute, par ce dernier côté, à une époque qui n'est pas la nôtre; mais par son désir ardent de la vérité, par son mépris des systèmes, par son amour du progrès, M. Bricheteau est bien de notre temps, et nous n'en voulons pour preuve que l'ouvrage que nous avons sous les yeux, son *Traité des maladies chroniques de l'appareil respiratoire*.

Le traité que vient de publier M. Bricheteau pourrait être considéré, à la rigueur, comme le complément du célèbre ouvrage de Laennec; mais tel est le respect de M. Bricheteau pour la mémoire de l'illustre inventeur de l'auscultation, qu'il n'a pas voulu aborder l'histoire des maladies aiguës de poitrine, si admirablement et si complètement traitées, suivant lui, par Laennec, que nul ne pouvait espérer l'égaler. Parce que M. Bricheteau nous a fourni de choses intéressantes sur les maladies chroniques, nous regrettons vivement qu'il n'ait pas fait figurer dans son livre les maladies aiguës : il est des choses qu'il est impossible de séparer, et la distinction entre les maladies aiguës et chroniques est souvent quelque chose de si artificiel, qu'en traitant seulement des unes, on s'expose à rompre la continuité du sujet dans ce qu'il a de plus frappant et de plus saisissant. Ajoutons que si Laennec a porté de prime-abord, à un haut degré de perfection, l'étude des maladies de poitrine, il a laissé des lacunes et même des erreurs qu'il importait de réparer et de faire disparaître. Parmi les maladies chroniques de la poitrine, M. Bricheteau signale, avec raison, les épanchemens purulens, le cancer, la gangrène, les congestions sanguines, les hémorrhagies des poumons, comme les maladies dont l'histoire réclamait surtout de nouvelles recherches; enfin, Laennec, par suite de son goût prédominant pour l'anatomie pathologique, n'avait pas donné un développement suffisant à plusieurs parties importantes comme l'étiologie, les traitemens hygiénique, prophylactique et curatif. Sur tous ces points, il restait évidemment beaucoup à faire, et M. Bricheteau s'est efforcé de combler ce que son illustre prédécesseur à l'hôpital Necker avait laissé d'incomplet dans son œuvre immortelle.

Bien que M. Bricheteau ne mentionne pas la phthisie pulmonaire parmi les maladies dont l'histoire est encore à revoir, c'est cette maladie qui lui a fourni, cependant, l'une des parties les plus importantes et les plus curieuses de son livre. Sans doute, au point de vue symptomatologique et diagnostique, peu de maladies sont aussi bien connues; sans doute il y a peu à ajouter relativement à l'anatomie pathologique de cette affection; mais en est-il de même sous le rapport étiologique? Les médecins sont-ils bien fixés sur les causes qui peuvent en entraîner le développement ou en précipiter la marche? Et sous le rapport thérapeutique, y a-t-il une maladie qui laisse plus à désirer? Cette triste conviction où sont les médecins que la phthisie pulmonaire est toujours incurable n'a-t-elle pas rejailli d'une manière fâcheuse sur la thérapeutique de cette affection, en décourageant les recherches, en brisant entre leurs mains des moyens qui, bien employés, pourraient, s'ils ne guérissaient pas entièrement la maladie, en suspendre au moins le cours pendant un temps plus ou moins long? En refaisant l'histoire de la phthisie pulmonaire, M. Bricheteau a bien compris que c'était sur ces derniers points qu'il convenait d'insister, et la partie étiologique, de même que celle relative à la thérapeutique, ont reçu de sa part toute l'attention qu'elles méritent. Parmi les questions les plus intéressantes qu'il a été appelé à traiter, nous signalerons celles qui font le sujet du chap. III : *De la conformation défectueuse de la poitrine, considérée comme cause et comme signe de la phthisie pulmonaire*; du chap. VIII : *Des états pathologiques qu'on a considérés comme causes déterminantes de la phthisie pulmonaire, et de leur influence sur le développement de cette maladie*; du chap. XI : *L'antagonisme des fièvres intermittentes et de la phthisie*; un chapitre non moins intéressant et dont la lecture ne saurait être trop méditée, est celui qui traite *du degré de curabilité de la phthisie pulmonaire*. En sa qualité de praticien, M. Bricheteau combat l'opinion qui voudrait considérer cette maladie comme incurable. « Rien ne prouve, dit-il, qu'il soit impossible d'enrayer l'évolution des tubercules comme on arrête les progrès de l'inflammation, comme on fond les tumeurs glanduleuses. » Seulement il ajoute : « C'est encore une question de savoir si l'art peut imiter les procédés salutaires de la nature. » Ainsi posée, la question serait probablement insoluble; car si un malade guérit sous l'influence d'une médication quelconque, on pourra toujours se demander si c'est à la médication ou si ce n'est pas plutôt aux efforts inespérés de la nature qu'il doit sa guérison. La preuve que M. Bricheteau a plus confiance en notre art que ne l'indique cette phrase, c'est précisément l'étendue qu'il a accordée d'abord à la prophylaxie et au traitement général de la phthisie pulmonaire, puis au traitement curatif proprement dit. Que de préceptes pleins de sagesse, de raison et de bon sens dans ce chapitre qui traite de la prophylaxie, et malheureusement que d'obstacles ces préceptes ne rencontrent-ils pas tous les jours dans les exigences de la vie sociale et dans les conditions particulières dans lesquelles les malades se trouvent placés!...

Une question très grave que M. Bricheteau a été conduit à traiter dans la prophylaxie est la suivante : jusqu'à quel point est-il possible, par une sorte de rénovation organique, de modifier profondément la constitution au point de changer le travail morbide quand il est commencé ou même encore de la prévenir chez de jeunes sujets cacochymes nés de parens tuberculeux? C'est là une question qui sera peut-être considérée comme une chose d'un autre monde par des esprits méticuleux et mathématiques. Et, néanmoins, comment comprendre d'une autre manière les effets si remarquables de l'exercice, des voyages, des bains d'eau, des bains d'air comprimé, des bains de vapeur, de l'hydrothérapie? « Il serait prématuré sans doute, dit M. Bricheteau, d'émettre une opinion décisive sur ce point de thérapeutique; toutefois, on ne doit pas rejeter toute idée de rénovation organique, quand on sait que le corps de l'homme ne reste jamais le même, que ses élémens se renouvellent sans cesse et se reconstituent avec les alimens qu'on ingère, l'air qu'on respire, et sous l'influence de l'exercice qu'on prend journellement......... Malheureusement il arrive trop souvent chez les tuberculeux que les instrumens destinés à opérer cette rénovation, les organes digestifs surtout, sont eux-mêmes frappés d'asthénie, même d'un état tuberculeux, qui entrave leur action et les empêche par conséquent de fonctionner. De là l'impérieuse nécessité de s'y prendre de très bonne heure pour essayer de renouveler les élémens d'une constitution débile. »

Le chapitre XII, celui qui traite des localités et des climats les plus favorables aux phthisiques, soulève la question de savoir si les malades peuvent espérer quelque chose de la migration vers les pays chauds. Qui le croirait! cette question, tant de fois résolue par des faits incontestables, dont chaque médecin compte peut-être dans sa clientèle un ou deux exemples des plus consolans, cette question trouve encore des contradicteurs qui, se basant sur ce fait que la phthisie existe même dans les pays où l'on envoie habituellement les phthisiques, désapprouvent et condamnent les voyages dans les pays chauds. Comme si les conditions étaient semblables pour les personnes devenues phthisiques sous un beau ciel, et pour celles qui, habitant des climats froids et humides, soumises aux variations brusques de température, se trouvent, par le fait du voyage, dans des conditions de climat toutes différentes! Quoi qu'on puisse dire, les voyages et le séjour dans les pays chauds, et principalement dans ceux dans lesquels la température, même moins chaude, est très égale, seront toujours considérés par les médecins comme un des meilleurs moyens d'arrêter la phthisie pulmonaire à son début et d'en ralentir les progrès, alors qu'elle n'est pas trop avancée et que le malade peut supporter les fatigues du voyage.

Dans le traitement curatif et au milieu des divers moyens qui ont été essayés par M. Bricheteau, tels que la saignée, le tartre stibié, les vésicatoires, cautères et sétons, les toniques amers et les antiscorbutiques, l'iode et les iodures, le chlorure de sodium, les ferrugineux, la digitale, l'arsenic, le phellandrium aquaticum, les fumigations, etc., etc, il est un moyen sur lequel nous étions curieux d'avoir l'avis de notre respectable confrère, c'est l'huile de foie de morue. « Depuis plus d'un an que nous en faisons usage à l'hôpital Necker, dit M. Bricheteau, nous n'avons pas obtenu de résultats concluans. Plusieurs malades ont éprouvé du soulagement de l'administration de l'huile de foie de morue à la dose de 40 à 100 grammes par jour. Mais le bénéfice qu'ils en retiraient diffère peu de celui que leur procuraient plusieurs des médicamens dont nous avons déjà parlé. Cette huile a, au surplus, l'inconvénient d'être souvent d'un goût désagréable et nauséeux; elle provoque quelquefois la diarrhée et par conséquent ne peut être administrée quand les malades ont le dévoiement. » De cette citation il résulte bien évidemment que M. Bricheteau n'est pas très favorable à l'huile de foie de morue. Mais il faut bien le dire, M. Bricheteau n'est pas seul de cet avis. MM. Chomel, Louis, Trousseau et Pidoux pensent comme lui sur ce point. N'est-ce pas une chose bien curieuse que cette opinion professée par des médecins éminens des hôpitaux, tandis que si l'on interrogeait les médecins qui pratiquent exclusivement parmi les malades de la ville, la plupart citeraient à l'envi les cas de succès les plus heureux et les plus frappans? S'il nous était permis de parler de notre bien jeune expérience, nous pourrions dire que depuis deux années que nous avons prescrit indistinctement à tous les phthisiques que nous avons rencontrés dans les hôpitaux l'huile de foie de morue, et cela dans plusieurs centaines de cas, nous ne comptons peut-être pas trois cas de succès vraiment dignes d'être notés. Ainsi, notre opinion est conforme à celle exprimée par M. Bricheteau dans son livre, à celle de MM. Chomel, Louis, Trousseau et Pidoux, mais seulement pour les malades des hôpitaux. S'ensuit-il, en effet, que pour les malades de la ville les résultats soient semblables? Sur ce point, nous commençons à différer d'avis avec ces savans confrères. Nous n'avons pas eu bien souvent l'occasion d'en faire usage en ville, mais nous comptons dans ces circonstances presque autant d'améliorations, nous n'osons pas dire de guérisons, que nous avons administré de fois l'huile de foie de morue. C'est dans les conditions particulières des malades placés dans nos hôpitaux, dans le défaut d'aération, dans la grossièreté de l'alimentation, dans l'absence de ces mille précautions que les malades peuvent prendre chez eux que se trouve, à notre avis, la véritable explication des insuccès de ce précieux médicament dans les établissemens nosocomiaux, de ses succès remarquables dans la pratique civile. Comment expliquerait-on autrement les résultats si satisfaisans obtenus par tant de médecins recommandables de tous les pays, et en particulier ceux que M. Walshe vient de consigner récemment dans son nouvel ouvrage? Est-ce que par hasard les malades français différeraient à ce point des malades anglais, qu'un médicalement utile par-delà la Manche, serait inutile ou insuffisant chez nous? Nullement, c'est que l'hôpital des phthisiques, à la tête duquel est placé M. Walshe, est un hôpital peu considérable et spécial par ses conditions favorables d'aération, d'exposition, de calorification, de nourriture, dans lequel tout a été prévu pour améliorer l'état des malheureux phthisiques, tandis que nos grands hôpitaux ont rarement été construits pour leur destination et présentent les conditions les plus fâcheuses sous beaucoup de rapports.

Parmi les moyens dont M. Bricheteau a eu à se louer d'une manière toute particulière, nous trouvons le tartre stibié employé comme vomitif et évacuant, à l'exemple de ce que faisaient les anciens, et plus près de nous Morton et Bayle. Nous engageons les médecins à lire cette partie du livre de M. Bricheteau. Il y a là des faits qui méritent d'être examinés et qui, s'ils se multipliaient suffisamment, seraient de nature à donner de véritables espérances. Enfin nous signalons cette partie de la thérapeutique de la phthisie, dans laquelle notre respectable confrère fait connaître les résultats de la paracentèse thoracique, ou, pour parler plus clairement, de l'ouverture artificielle des excavations tuberculeuses à l'extérieur, opération hardie, dont M. Bricheteau ne rapporte malheureusement que deux observations, et c'est bien peu pour engager les médecins à suivre son exemple dans une voie aussi dangereuse, surtout pour leur réputation auprès des malades.

Il nous reste bien peu d'espace pour parler des monographies que M. Bricheteau a tracées de l'hydro-pneumo-thorax et du pneumo-thorax, de la gangrène et du cancer du poumon, de la pneumonie chronique, de l'emphysème, de l'empyème et des vomiques. Aussi bien nous avons là la deuxième partie qui traite de la phlegmorrhagie pulmonaire, de la laryngo-trachéite et de la bronchite chronique, ainsi que de l'hémoptisie, et la troisième partie avec l'asthme, l'angine de poitrine, les anhématosies ou asphyxies lentes, l'aphonie et la dyspnée nerveuse. Qu'il nous suffise de dire que ces articles ont été traités avec le plus grand soin par notre respectable confrère, que l'auteur a su faire marcher de front l'expérience des anciens et des modernes, cherchant avec patience à établir la vérité et s'appuyant le plus ordinairement sur les résultats de son expérience personnelle. Peut-être aurions-nous désiré un peu plus de sévérité dans la critique, peut-être M. Bricheteau s'est-il souvenu un peu trop souvent de sa bienveillance habituelle. Il est en effet des circonstances où se prononcer est un devoir et trancher dans le vif une nécessité inexorable, *dura lex, sed lex*. Mais comment faire un reproche à un auteur de ce qui est le fruit d'une qualité de son cœur? J'aime mieux, en finissant, rendre hommage à cette activité du travail, à cette verdeur d'études et d'observation que M. Bricheteau a conservées, et dont, il faut l'espérer, l'échantillon qu'il offre au public médical ne sera certainement pas la dernière manifestation.

Dr ARAN.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CONCOURS AU VAL-DE-GRACE. — Un concours pour l'admission au grade de médecin aide-major de 2e classe vient de se terminer au Val-de-Grâce, sous la présidence de M. l'inspecteur Alquié. Le jury était composé de MM. Hutin, médecin en chef de l'Hôtel des Invalides; Faure, médecin principal id.; Lacarterie, pharmacien en chef du Val-de-Grâce; Champouillon, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce; Mounier, id.; Lustremann, médecin major, professeur id.; Goffrel, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou; Perrier, médecin major au Val-de-Grâce.

Cinquante-cinq candidats ont été reconnus aptes au grade d'aide-major; ce sont les sous-aides chirurgiens dont les noms suivent. Ils sont placés par ordre de mérite :

MM. 1, Levié; 2, Paillon; 3, Raoult; 4, Thierry de Maugras; 5, Guipon; 6, Allaire; 7, Barbier; 8, Houneau; 9, Bézins; 10, Douillot; 11, Perrin; 12, Mouina; 13, Desjardins; 14, Balansa; 15, Wintrebert; 16, Lécart; 17, Rognès; 18, Muller; 19, Miche; 20, Bougel; 21, Campardon; 22, Gillin; 23, Hamel; 24, Lapeyre; 25, Trassart; 26, Robelin; 27, Glaise; 28, Didelot; 29, Viscaro; 30, Bailly; 31, Beurdy; 32, Desoteux; 33, Dubosequ; 34, Linquette; 35, Ohier; 36, Pucelle; 37, Nuzilla; 38, Bagnol; 39, Millot; 40, Girard; 41, Marlier; 42, Herbecq; 43, Gronnier; 44, Marquès; 45, Fleury; 46, Vallois; 47, Barahan; 48, Roustans; 49, Ely; 50, Gaillard; 51, Courbet; 52, Lefebvre; 53, Lèques; 54, Lambert; 55, Hanse.

NOMINATIONS. — Sont promus dans le corps des officiers de santé de la marine, au grade de médecin-professeur, M. Jossic, chirurgien de 1re classe.

Au grade de chirurgien de 1re classe : MM. Erhel, Gourrier, Azan, Villette, Gantelme, Mauger, Malherne, Huet, Le Coq, Gautier, Mougrand, Japhet, chirurgiens de 2e classe.

Au grade de chirurgien de 2e classe : MM. Vincent, Bernier, Boëlle, Loher, Demoute, Lagarde, Brunereau, Pommier, Echallier, Lallour, Gaston, Clouet, Savina, Duplouy, Barthélemy, Quillard, Romain, Martin, Giuly, 3e classe.

Au grade de chirurgien de 3e classe : les élèves Chaleix, Gailhard, Vinson, German, Toye, Giraud, Laure, Marinier, Lucas, Raibaud, Madon, Lota, Gestin, Hombron, Guérault, Bourse, Péron, Pinel, de Nozeille, Savatier, Luzet, Manès, Brion, Beauchef, Pidou, Touchard, Jacolot, Thomas, Bouzel-Roncière, Martialis.

— L'association des pharmaciens du département de la Haute-Garonne s'est engagée, de son propre mouvement, à faire sur le prix des médicamens une remise considérable en faveur des indigens.

NÉCROLOGIE. — Nous avons à annoncer la mort de M. le docteur Michel Skjelderup, professeur d'anatomie à Christiania; du célèbre professeur de physique Pfaff, doyen de l'Université de Kiel; de M. J. Macquelin, professeur émérite de l'Université de Leyde; de M. le docteur Agricol Clément, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital d'Avignon, et ex-professeur d'accouchement.

Le gérant, RICHELOT.

INSTRUMENS ET PHARMACIE.

Nous recommandons avec la plus vive instance, à nos confrères de Paris et des départemens, les ceintures hypogastriques de Mme Girard, sage-femme, rue Saint-Lazare, n° 3.

Ces ceintures, destinées aux femmes enceintes et à celles affectées de l'abaissement de l'utérus, d'antéversion, rétroversion, chute de matrice, écartement de la ligne blanche, hernie ombilicale et hydropisie, n'offrent plus rien à désirer sous tous les rapports, et elles SONT LES SEULES APPROUVÉES PAR TOUT LE CORPS MÉDICAL.

Elles n'ont rien de commun avec toutes celles fabriquées jusqu'à ce jour.

Nous faisons cette recommandation à nos confrères, dans l'intérêt de leurs cliens.

Bon nombre d'affections inflammatoires peuvent, sans contredit, être imputées aux transitions brusques que subit la température de cette saison ; la santé elle-même subit ces influences qui se traduisent par des malaises de toute espèce ; depuis la simple courbature et le rhume simple, jusqu'aux pleurésies, aux fluxions de poitrine, sans compter les recrudescences de névroses gastriques et gastro-entérites, toutes ces maladies peuvent reconnaître pour causes les variations atmosphériques.

Or, il est d'expérience aujourd'hui acquise que toutes les affections inflammatoires de la poitrine et des intestins se trouvent bien du sirop préparé sur la formule de Broussais, par M. Johnson, pharmacien à Paris. Cette préparation a pour effet constant de tempérer la douleur et de calmer les symptômes de l'inflammation, soit qu'ils se traduisent par l'état aigu, soit que, prenant la forme chronique, ils constituent ce que l'on nomme asthme, dyspnées, rhumes, catarrhes chroniques, etc. Le résultat immédiat du sirop de Johnson est de faciliter l'expectoration et de dissiper le caractère nerveux qui complique d'ordinaire les maladies de poitrine.

Il est d'observation, disons-nous, que les personnes dont la fibre nerveuse est très impressionnable, chez lesquelles le froid, le chaud, la sécheresse, l'humidité, les émotions morales; les fatigues de corps ou d'esprit ont développé un état d'exitation, doivent se trouver promptement soulagées momentanément, et même pour un temps assez long de leurs indispositions si elles font un emploi régulier et bien entendu du sirop dont nous parlons. Sa composition, du reste, ne doit laisser aucune crainte touchant son usage. La constipation, les céphalalgies, l'état de somnolence qu'on peut redouter de la part des préparations analogues ne sont nullement possibles de la part de ce sirop. D'ailleurs, la plupart des journaux de médecine, édifiés par des observations nombreuses, lui ont rendu le double témoignage à la fois de son utilité et de son innocuité.

La plus ancienne Maison spéciale d'abonnemens et d'insertions aux journaux de médecine (M. Rouzière) et l'administration du journal l'*Indicateur médical*, sont rue du Caire, n° 30, à Paris.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 71. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 15 Juin 1852.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An................ 32 Fr.

6 Mois............. 17

3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE LA SUBSTITUTION DU BLANC DE ZINC AU BLANC DE PLOMB DANS L'INDUSTRIE ET DANS LES ARTS.

(Suite. — Voir les numéros des 8 et 10 Juin.)

L'industrie, dont les efforts ont pour but, en définitive, le bien-être des hommes, a cela de malheureux que trop souvent ses procédés s'accompagnent de dangers pour la classe ouvrière. De là, les recherches des savans et des philanthropes, de là, les mesures prises par les gouvernemens bien organisés, et, avant tous les autres, par le gouvernement français, pour rendre moins insalubres un grand nombre de professions.

Parmi toutes ces tentatives, plusieurs arrivent à d'heureux résultats; mais la plupart ont à lutter contre des difficultés sérieuses. La routine, il faut le dire, présente un obstacle considérable. Il est aussi des intérêts matériels importans qu'on ne saurait fouler aux pieds; et, pour ne point sortir de notre mission spéciale de médecins, qui est le soin de la santé des travailleurs, il ne suffit malheureusement pas qu'un produit soit sans danger dans sa fabrication et dans son emploi, pour que l'industrie le préfère à ceux dont l'usage peut être funeste. Il faut encore qu'il réunisse des conditions de fabrication facile, de bon marché et de perfection, qui assurent aux industriels qui le mettent en œuvre des bénéfices plus considérables et aux consommateurs des jouissances plus complètes. Ainsi, lorsqu'un pharmacien de Bruxelles, M. Leroy, proposait pour le blanchîment des dentelles un blanc qui devait être sans inconvéniens pour la santé des ouvriers, sa proposition restait à peu près sans succès, parce que le blanc de plomb, employé de tout temps, adhère mieux aux tissus. L'influence du blanc de plomb sur la santé des ouvriers n'était même pas mise en ligne de compte!

Certes, la substitution de l'oxyde de zinc à la céruse et aux autres préparations de plomb, dans tous les cas où elle est possible, sera un bienfait immense au point de vue de la santé d'une classe nombreuse d'ouvriers; et cependant, il serait téméraire d'espérer le triomphe complet d'une idée aussi bienfaisante, si cette substitution n'offrait des avantages évidens au point de vue économique et industriel!

Ces considérations nous conduisent naturellement à examiner en peu de mots les avantages très remarquables que présente l'emploi de l'oxyde de zinc, et, avant tout, à entrer dans quelques détails qui ne peuvent manquer d'être d'un grand intérêt pour quiconque aime à suivre l'évolution, quelquefois pénible, des découvertes scientifiques et les progrès de leur application aux besoins de l'humanité.

Il ne faut pas remonter bien loin de nous pour assister aux premiers pas de l'industrie du zinc proprement dite. C'est seulement vers la fin du siècle dernier, qu'on la voit poindre et laisser entrevoir les beaux résultats qu'elle a réalisés depuis.

Les maladies causées par les préparations saturnines avaient attiré l'attention particulière d'un chimiste de grande distinction, d'un savant qui a su se rendre célèbre par des bienfaits rendus à l'humanité, Guyton de Morveau. Vers l'année 1780, guidé par ses travaux et ses connaissances spéciales, cet homme de bien conçut l'idée de remplacer le blanc de plomb dans la peinture par l'oxyde de zinc; et avec l'aide de son collaborateur Courtois, il s'occupa de la fabrication de cet oxyde. Ses travaux ne tardèrent pas à être connus; des expériences, dont les résultats parurent concluans, furent faites à l'Académie de Dijon. Ces expériences, répétées à Paris, notamment par un artiste de mérite, Vincent-Montpetit, conduisirent ce dernier à des conclusions tellement favorables, qu'il s'empressa de les soumettre à l'Académie royale d'architecture, qui leur donna une éclatante approbation. En 1786, Vincent-Montpetit rédigea une instruction destinée à être présentée au ministre de la marine. Dans cette instruction, il signalait le danger des émanations plombiques dans l'intérieur des appartemens; il insistait sur l'inaltérabilité de la peinture au blanc de zinc; il combattait les objections qui avaient été dirigées contre l'emploi de cette substance; il indiquait avec soin les moyens les plus convenables pour la mettre en œuvre. Préparé avec toutes ces précautions, disait-il, le blanc de zinc peut se mêler à toutes les matières colorantes en usage; il donnera toutes les teintes qui peuvent être obtenues avec les blancs de plomb connus; et ces teintes seront bien plus fraîches que celles qui sont produites par les blancs de céruse. Enfin, il terminait son mémoire en faisant remarquer que l'emploi du blanc de zinc épargnait des maladies cruelles aux ouvriers.

A peu près dans le même temps, des expériences sur le même sujet se faisaient en Angleterre et amenaient des résultats semblables. Le 8 mars 1796, un fabricant de couleurs de ce pays, John Atkinson, de Harrington, près Liverpool, se faisait breveter pour un procédé de fabrication, à l'aide duquel il était parvenu à préparer l'oxyde de zinc et à en former, selon les termes de l'article inséré dans le tome II des *Annales des arts et manufactures*, un blanc très brillant qui se combine parfaitement avec l'huile, et qui l'emporte à tous égards sur toutes les préparations de blanc de plomb.

Ainsi, l'idée savante et philanthropique était lancée, accueillie, élaborée. La voix éloquente de Guyton de Morveau s'était élevée pour signaler avec une force nouvelle le danger de l'emploi des produits du plomb, et pour faire connaître les avantages qu'on trouverait, au double point de vue de l'industrie et de la santé publique, à leur substituer l'oxyde de zinc. Et ce n'était point une chimère que cette substitution proposée par un tel homme, appuyée de l'autorité de tant de savans compétens, et dont l'industrie même paraissait avide de s'emparer. Cependant les efforts de Guyton de Morveau, pour réaliser la fabrication en grand d'un produit qui avait pour lui tant d'intérêt, ne furent pas suivis de succès. On doit reconnaître que les secousses politiques et sociales de ces temps malheureux durent arrêter l'essor de toute tentative industrielle ; mais des difficultés inhérentes au sujet lui-même, et qui rentrent dans la catégorie des obstacles que nous signalions plus haut, s'opposèrent à une application définitive de l'idée féconde de Guyton de Morveau.

Toutefois, les promesses de la science en faveur de l'humanité ne furent point oubliées. En 1808, un fabricant de couleurs, M. Mollerat, s'appuyant sur les travaux de Guyton de Morveau, proposa de nouveau la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb. L'Institut national de France, saisi de cette question, nomma pour l'examiner une commission dans laquelle nous trouvons les noms respectables de Fourcroy, de Berthollet et de Vauquelin. Cette commission disait dans son rapport, et nous ne saurions résister au désir de rapporter de telles paroles émanant d'une pareille source : « Les teintes que donne le blanc de zinc sont plus pures et plus nettes; son éclat, s'il est moins vif, ne se ternit point; à quantités égales, il couvre plus de superficie que le carbonate de plomb. Il est vrai qu'il ne foisonne pas assez sous le pinceau; mais on y remédie en chargeant le pinceau plus souvent, ou en donnant

Feuilleton.

UN PROGRÈS NOUVEAU DANS LA MÉTÉOROLOGIE.

Je m'empresse d'expliquer ce titre pour ne pas laisser longtemps le lecteur dans l'incertitude. L'eau qui se condense en nuages et qui tombe à l'état de pluie, l'eau qui se répand en si grande quantité sur le sol parisien depuis quelques semaines, cette eau contient de l'acide azotique à doses parfaitement appréciables et assez élevées pour jouer un rôle actif dans les phénomènes de la production et de la vie. Cette existence de l'acide azotique a été affirmée par un chimiste très sage et très clairvoyant, M. Barral. Une commission, composée de MM. Dumas, Boussingault, Gasparin, Regnault et Arago, rapporteur, s'est assurée de la réalité du fait; et un rapport fort remarquable de détails et de vues montre ce qu'il y a d'important et de fécond dans cette constatation de l'acide azotique dans l'eau qui arrose la surface du sol.

On ne peut pas dire que le fait soit nouveau de tout point; il a des précédens, il a une histoire. L'acide azotique n'est pas tout à fait un nouveau venu dans l'eau de pluie, aux yeux des chimistes; ils l'y avaient déjà trouvé, mais à l'état de trace et comme par accident. Maintenant il n'en est plus ainsi. L'acide azotique a désormais une place dans les conditions chimiques de cette eau vaporisée dans l'atmosphère et qui retombe sur le sol. Il contribue aux effets que cette eau produit; il les détermine ou les modifie; par lui, enfin, des phénomènes imparfaitement analysés ou complètement méconnus se rattacheraient à une cause et trouveraient leur explication. Il faut le dire cependant; quand de telles révélations scientifiques ont lieu, ce que l'esprit éprouve d'abord c'est une sorte d'hésitation dans la confiance : on doute d'abord avant de croire, sage méthode, qui empêche d'adopter avec enthousiasme les faits du ressort de la réflexion. M. Barral eût-il annoncé seulement sa découverte, avant qu'une commission formée des plus habiles chimistes et physiciens de l'Institut eût été appelée à la juger, il aurait été permis assurément de la classer au nombre de ces hypothèses aventureuses qui naissent un matin pour mourir quelques jours après. Une commission a prononcé, comme on le sait déjà. La responsabilité de l'événement n'appartient pas seulement à M. Barral lui-même; elle est partagée par la commission tout entière, à la tête de laquelle se trouve placé M. Arago, le rapporteur. Avec de pareils parrains, une découverte doit être prise en sérieuse considération; tout lecteur comprendra que c'est ce que je vais faire.

La présence de l'acide azotique dans l'eau de pluie disais-je il n'y a qu'un moment, a des précédens, a une histoire. Les idées ne sortent jamais toutes armées des têtes du Jupiter de la science; elles parviennent à la plénitude de la vie, de manière à ne pas ressembler d'abord à ce qu'elles sont destinées à devenir plus tard : il leur faut du temps pour acquérir les traits caractéristiques qui seront le signe de leur individualité. C'est une règle générale; à peine dans l'histoire de la science, pourrait-on signaler quelques exceptions, si même il y en a.

Bergman, chimiste suédois, constata le premier des traces d'acide nitrique ou azotique dans l'eau de pluie. Brandes entreprit l'analyse de l'eau recueillie près de la saline de Salzuflen, en Allemagne; et il crut y avoir trouvé, avec beaucoup d'autres substances inutiles à énumérer, des traces de sels ammoniacaux, et peut-être des nitrates. Il y avait déjà du doute sur la présence des nitrates dans l'eau de pluie, doute affirmé par Brandes lui-même; Liébig, cette autorité si imposante en chimie, aggrava ces doutes encore, et écarta même la pensée des savans d'une recherche qui devait avoir tant d'applications, et servir à expliquer tant de choses. Le rôle de l'acide azotique, disait-il en effet, devait être entièrement secondaire et insignifiant, car il était impossible de doser l'acide azotique contenu dans les eaux de pluie, même dans celles qui proviennent des orages. M. Henri Ben-Jones s'écarta de l'opinion de Liébig dans les *Transactions philosophiques* pour l'année 1851. Il résultait, d'après ce savant, que des pluies recueillies à Londres, à Kingston dans le Sursey, à Melburg dans le Dorsetshire et près de Clonakelty, dans le comté de Cork, contenaient de l'acide azotique rendu évident par le réactif à l'amidon. L'acide azotique était signalé, et avec une certaine précision ; s'il n'était pas dosable comme il l'est devenu entre les mains de M. Barral, il se présentait de manière à prouver qu'il finirait bientôt par trouver un rôle, par acquérir la place qu'on lui avait refusée jusque-là.

L'eau sur laquelle M. Barral a opéré sur analyses, a été recueillie sur la plate-forme de l'Observatoire de Paris. Les procédés analytiques ont paru à la commission être à l'abri de toute objection. Du reste, une contre-épreuve a confirmé, de la manière la plus décisive, les résultats trouvés. M. Barral a mêlé, à de l'eau distillée, des proportions connues d'azotate d'ammoniaque, et les a retrouvées presque mathématiquement, en appliquant à ce mélange artificiel le procédé employé pour l'analyse des eaux de pluie. Il serait trop long de transcrire ici les moyennes des composés dosés mois par mois, pendant les six mois de l'année 1851, époque à laquelle se rapportent les expériences qui font la base du mémoire. Il faudrait tracer des tables, accumuler des chiffres, et reproduire en fin de compte, ce qu'on trouvera tout au long dans les *comptes-rendus hebdomadaires de l'Académie des sciences*. Il est plus simple de se borner aux résultats bien faits, comme on va le voir, pour exciter la surprise.

L'eau inégalement azotée dans les divers mois de l'année, ce qui est très important à constater en météorologie, répandrait en un an, sur un hectare de terrain, 31 kilogrammes d'azote, au minimum; il est bien entendu que M. Barral ne parle que de l'eau soumise à ses analyses et où les proportions d'azote peuvent être très différentes de l'eau qui tombe à Marseille, à Limoges, ou à Bordeaux. Cet azote provenant de deux sources, l'acide azotique et l'ammoniaque, combien d'azote donnerait l'acide azotique et combien à son tour, en donnerait l'ammoniaque? Sur les 31 kilogrammes, répond l'auteur, l'acide azotique en donnerait 22, tandis que l'ammoniaque n'en fournirait que 9. De quelque manière que la répartition se fasse, quelles proportions énormes d'azote arrivent par les pluies à la surface du sol, si M. Barral ne s'est pas trompé. On ne se trompe pas, dit-on, avec les chiffres; c'est possible. Mais ne peut-on pas se demander comment des Liébig et tant d'autres chimistes avec lui, n'ont vu que des traces d'une

une couche de plus aux ouvrages. Si les particuliers qui font décorer leur appartement pouvaient bien se pénétrer du danger que présente l'emploi du blanc de plomb, il n'y a point de doute qu'on n'en restreignît l'usage; mais on se prémunit rarement contre un danger que l'on ne connaît pas ou que l'on regarde comme incertain et éloigné. Il est cependant bien prouvé que beaucoup de maladies dont il est souvent difficile d'assigner les causes, peuvent être occasionnées par les émanations du plomb, toujours nuisibles à la santé. On doit savoir gré à M. Mollerat d'avoir dirigé ses travaux sur un objet d'un si grand intérêt. » Plus tard, en 1821, M. Lassaigne faisait connaître à plusieurs artistes les avantages de la substitution proposée, et il existe même, dit-on, un portrait qui a été exécuté à cette époque, par Ponce-Camus, avec du blanc de zinc préparé par M. Lassaigne.

On le voit, ce n'était ni le zèle des philanthropes, ni l'approbation des savans les plus dignes de foi qui manquaient à la réalisation de l'idée de Guyton de Morveau.

C'était un procédé de fabrication qui permît de produire en grand et avec facilité l'oxyde de zinc.

Ce procédé a été trouvé de nos jours. Mais à l'époque où Guyton de Morveau faisait ses recherches on ne savait pas fondre, ou plutôt *distiller* le zinc. Toute la difficulté était là. Le zinc n'existe point dans la nature à l'état natif. Du moins, on ne l'a trouvé jusqu'à présent que combiné avec d'autres corps dont il faut le séparer par les procédés métallurgiques. Aussi, n'était-il connu et employé autrefois que dans ses alliages : mélangé avec le cuivre, il formait le laiton; uni au cuivre et à l'étain, il constituait le bronze. Son principal minerai, la calamine, dont on se sert aujourd'hui pour obtenir le zinc métallique, n'était employée que pour convertir le cuivre rouge en laiton. On était donc forcé, à la fin du dernier siècle, pour préparer l'oxyde de zinc, d'agir, soit directement sur la calamine, soit par la séparation des métaux alliés, ce qui constituait toujours une opération incomplète, difficile et coûteuse. Telle était précisément la base ruineuse sur laquelle reposait le procédé Atkinson, qui, à ce qu'il paraît, avait été adopté par Guyton de Morveau.

C'est le hasard, si l'on veut, mais le hasard dirigé par l'esprit de recherches et l'observation savante, qui mit sur la voie des moyens d'isoler le zinc et de le réduire à l'état métallique libre. Ce fait, si intéressant par sa simplicité même et par la fécondité de ses résultats, constitue un curieux épisode dans l'histoire des découvertes de l'intelligence humaine. Au commencement de notre siècle, un savant exact et attentif, l'abbé Dony, cherchant à réduire le minerai de zinc dans un four à résorber, dans l'espoir de le voir se convertir en métal, ennuyé de l'insuccès de ses tentatives, fatigué surtout de ne pas savoir exactement ce qui se passait dans le four, eut l'idée ingénieuse de pratiquer, à diverses hauteurs, dans le four, des ouvertures qu'il boucha avec des pots à fleurs ordinaires. Ces pots faisaient saillie hors des parois du four. Au bout de quelques heures, en regardant au travers des trous qu'il avait ménagés à ces pots, il reconnut, avec autant de joie que de surprise, du zinc métallique qui s'était déposé dans leur intérieur. Les vapeurs de zinc étaient venues s'y condenser à cause de l'abaissement de la température. Il y avait dans cette découverte, toute fortuite et si simple, un immense avenir, car elle révélait le moyen d'obtenir le zinc à l'état métallique. C'est elle qui a donné lieu à la création du four liégeois, aujourd'hui encore en usage dans toute la Belgique.

Une fois le zinc obtenu à l'état métallique, le problème de la fabrication en grand de son oxyde était en majeure partie résolu. Il ne s'agissait plus, en effet, en opérant sur le zinc lui-même, que de le brûler au contact de l'oxygène de l'air atmosphérique.

(*La suite au prochain n°.*) G. Richelot.

OPHTHALMOLOGIE.

A M. le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur et honoré confrère,

A l'occasion du fait de luxation spontanée du cristallin normal observé l'année dernière, par M. le docteur Larrey, chez un enfant de troupe âgé de 13 ans, et présenté par cet honorable praticien aux différentes Sociétés savantes dont il est membre, et en particulier à l'Académie de médecine, je me disposais à vous adresser la relation d'un fait analogue qu'il m'avait été donné d'observer quelques années auparavant. Déjà cette observation, accompagnée de tous les commentaires que sa méditation m'avait inspirés, était sur le point de vous être soumise, lorsque, par réflexion, je crus devoir en différer, quelque temps encore, la publication. J'étais désireux, avant de vous la livrer, de savoir quelle serait l'issue de l'accident arrivé au petit malade en question, afin de tirer, s'il était possible, de la comparaison de ce résultat avec celui que j'ai obtenu dans le fait qui m'est personnel, quelque enseignement utile au point de vue surtout du traitement de cette lésion accidentelle. Car vous le savez, mon cher confrère, la science est loin d'être faite en ce qui concerne la thérapeutique des accidens de cette nature.

Mais cette issue se faisant beaucoup trop désirer, puisque je vois dans le compte-rendu de la séance de la Société de chirurgie du 20 mai dernier, que la position de ce petit malade n'a encore rien présenté de particulier, c'est-à-dire que son cristallin, toujours luxé, a conservé jusqu'à ce jour sa transparence parfaite (je dirai plus tard comment peut s'expliquer, dans ce cas spécial, la persistance de cette transparence). Je ne crois plus devoir ajourner la publication de ce fait remarquable; ne fût-ce d'ailleurs que pour répondre à l'appel fait aux praticiens par M. le docteur Larrey lui-même, au sein de la Société de chirurgie, ou seulement pour conserver à ce fait important cet intérêt d'actualité qui doit être un titre à son admission dans les colonnes de votre excellent journal, toujours si avide de nouveautés scientifiques de quelque rareté.

Agréez, etc. Le Dr Compérat.

Observation de luxation spontanée du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil gauche; — accidens consécutifs graves; — opération par extraction, dix-sept jours après l'événement; — guérison.

Le 6 juin 1846, une dame vint me consulter, adressée par un des plus recommandables praticiens de Paris, M. le docteur Vinchon fils, pour un trouble visuel survenu chez elle quelques jours auparavant, brusquement et sans cause appréciable. Cette dame, qui est âgée de 43 ans, d'une taille moyenne, d'un embonpoint assez prononcé, et, comme toutes les personnes grasses, douée d'une constitution lymphatique-sanguine, apoplectique même, ne se rappelle pas avoir jamais eu mal aux yeux. Elle me raconta que, quatre jours auparavant, étant occupée à vernir une chaise, dans une position assise et un peu penchée, travail auquel elle se livrait chaque jour depuis nombre d'années, elle éprouva tout à coup et sans qu'elle pût attribuer ce phénomène à un effort bien manifeste, une certaine perturbation dans la vision de l'œil gauche, qui lui fit croire tout d'abord que peut-être un corps étranger venait de s'introduire entre ses paupières; y portant aussitôt la main, elle chercha par des frictions légères et ménagées à se débarrasser de cette incommodité. Après plusieurs tentatives inutiles, elle pria son mari de lui venir en aide; à peine celui-ci eut-il entr'ouvert les paupières de l'œil affecté, qu'il aperçut au milieu de cet organe un petit corps arrondi qu'il désigna d'une façon assez pittoresque sous le nom de *petite boule d'eau* : cette qualification ingénieuse fait déjà pressentir que ce corps était transparent.

Conduite chez moi, quatre jours après l'accident, par son médecin habituel, voici ce que je constatai :

On distinguait parfaitement à travers la cornée transparente de l'œil gauche, et au-devant de l'iris, un petit corps lenticulaire à circonférence nette et régulière, d'une transparence parfaite, occupant plus des deux tiers inférieurs de la chambre antérieure. Toute la partie de l'iris, au-devant de laquelle ce corps était placé, se trouvait refoulée un peu en arrière, de telle sorte que la pupille subissait, sous l'influence de cette pression, une certaine déformation, et était un peu gênée dans ses mouvemens. Celle-ci, du reste, n'était pas plus dilatée que celle de l'œil opposé, dont l'intégrité était parfaite. La courbure de la cornée transparente n'était pas sensiblement augmentée.

Ce corps lenticulaire était très mobile, et il était très facile de s'en assurer par de légères pressions exercées sur la cornée à l'aide du doigt et par l'interposition de la paupière inférieure, pour prémunir cette membrane transparente contre tout frottement irritant ou bien encore par des mouvemens brusques et saccadés imprimés aux yeux dans des directions différentes par la malade elle-même.

Je note, en passant, que, sous l'influence de ces mouvemens musculaires brusques et volontaires, on constate une grande mobilité dans le diaphragme irridien *des deux yeux*, preuve assez plausible que le corps vitré a déjà subi un commencement de ramollissement (synchysis) et peut-être d'atrophie partielle. Je ne dois point omettre de dire, car cela me paraît très important à noter encore, que ni la conjonctive, ni la sclérotique ne présentent la moindre trace d'injection, et que le globe oculaire, siége de l'accident, est complètement exempt de douleur.

J'avais donc évidemment affaire à une luxation spontanée du cristallin dans la chambre antérieure.

Mais à quelle cause pouvais-je attribuer la production de cet accident?

En la recherchant avec soin, j'appris de la malade qu'un mois auparavant, un de ses enfans l'avait involontairement heurtée violemment à la tête. Cette secousse avait-elle déjà eu pour effet d'ébranler le cristallin et d'affaiblir ses attaches? Ou bien le ramollissement du corps vitré, si manifestement caractérisé par le *tremulus* dans le diaphragme irridien, était le siége pendant les mouvemens un peu brusques imprimés aux deux globes oculaires, doit-il être considéré comme la seule circonstance propre à expliquer la facilité avec laquelle cet organe a pu se déchatonner? Ces questions trouveront leur solution dans les commentaires dont je me propose de faire suivre cette intéressante observation.

Quoi qu'il en soit de l'intervention isolée de l'une ou de l'autre de ces causes ou de leur réunion dans la production de l'accident en question, le fait n'en existait pas moins; le cristallin avait spontanément franchi la pupille et envahi subitement la chambre antérieure. Il fallait aviser, et comme M. Larrey, je me demandais ce qu'il fallait faire; car, je dois le dire, c'était la première fois que, dans le cours d'une pratique presque exclusivement oculistique, datant déjà de plus de douze ans à cette époque, je me trouvais en présence d'un cas de cette nature.

Ma première idée fut d'essayer la réduction, mais j'avoue que j'avais si peu de confiance dans ce que disent certains auteurs touchant la réintégration du cristallin ainsi *émancipé*, et surtout dans la conservation ultérieure de sa transparence et sa consolidation indéfinie après un déplacement aussi radical, que je ne jugeai pas convenable de faire de longues tentatives pour obtenir cette réduction. Comptant beaucoup plus sur l'activité absorbante dont on sait que la chambre antérieure est douée à un haut degré, je préférai me borner à réveiller ou à favoriser

---

substance dont la quantité s'accuse par des nombres aussi importans? N'avaient-ils pas entre les mains de bons procédés d'analyse, ou dirigés par des idées préconçues, n'ont-ils pas voulu s'éviter la peine de chercher ce qui leur eût été si facile de trouver? Quoi qu'il en soit, voilà les résultats dus aux travaux de M. Barral, et dont la commission reconnaît pleinement l'exactitude. Je ne me trompais pas en promettant au lecteur la surprise la plus grande pour un fait aussi inattendu.

Ainsi, il est maintenant avéré que l'acide nitrique ou azotique est parfaitement dosable dans l'eau de pluie recueillie au sud-est de la capitale, et que sa quantité correspond à 22 kilogrammes d'azote, dont il pénétrerait annuellement un hectare de terrain. Mais ce résultat, que serait-il sans les conséquences qu'il permet de tirer, sans les applications qu'il permet de faire, sans les explications qu'il fait espérer de faire trouver? On va voir que sous ces rapports variés, l'horizon est large, et qu'il y a matière à exercer la sagacité des savans et à exciter le zèle des travailleurs.

Parmi toutes les questions qui se posent d'elles-mêmes et que M. Barral a du reste signalées à l'attention, en voici qui sont d'une certaine importance. L'eau pluviale est-elle la même sous le rapport de la richesse en acide nitrique, quand elle tombe sur les grandes villes ou qu'elle arrose la rase campagne? Quel serait, dans le cas où l'acide azotique tomberait dans les campagnes comme sur les villes, quel serait son rôle dans l'agriculture, c'est-à-dire dans la force de nutrition plus ou moins grande des terrains par rapport aux plantes cultivées? Quant à la météorologie proprement dite, il s'agirait de savoir si l'électricité des orages augmente ou n'augmente pas les doses ordinaires de l'acide azotique, si enfin l'état du ciel n'influe pas sur les doses d'un agent qui se présente sous la forme d'azotate d'ammoniaque. Je ne sais si ces révélations seraient d'un très grand intérêt au seul point de vue de la météorologie, mais il est évident que puisque les saisons et probablement les climats font varier les proportions d'acide azotique, il en serait de même pour les grands changemens qui se produisent dans les profondeurs de l'air. Ainsi l'hygiène, ainsi la climatologie ont beaucoup à tirer de cette révélation, ou pour mieux dire de cette démonstration que la science doit à M. Barral.

Plus l'eau de pluie azotera la surface du sol, plus l'air ambiant s'imprégnera d'azote; et dans l'hypothèse d'une surcharge de cet élément dans le milieu qui alimente la respiration, n'y aura-t-il pas des effets particuliers qui se produiront sur l'organisation humaine? Comme il est probable que des différences se trouvent entre la pluie qui tombe sur les villes et celle qui tombe sur les campagnes, les différences qui se remarquent entre les individus qui demeurent dans les unes et ceux qui habitent les autres, tiendraient-elles plus ou moins aux modifications dont ces recherches ultérieures montreront sans doute la grandeur? Comme je le disais précédemment, si les saisons font varier les proportions d'azote dans les eaux pluviales, à plus forte raison les climats; dans quels rapports seraient alors les atmosphères les moins ou les plus azotées avec les conditions hygiéniques de l'homme? Le problème s'agrandit puisqu'on sait qu'il y a des climats où il ne pleut presque pas dans l'année, excepté dans les dernières semaines de l'automne ou au début de l'hiver; qu'il y en a d'autres où la pluie ne tombe jamais, remplacée qu'elle est par des phénomènes météorologiques qui peuvent, jusqu'à un certain point, en tenir lieu. Sous le rapport médical, ne voit-on pas aussi s'ouvrir un horizon nouveau? L'hygiène a de très beaux chapitres, sans doute, mais il en est d'autres où tout est à effacer; je me trompe, où il ne se trouve absolument rien. De ce nombre sont ceux où il s'agit de l'influence des milieux sur le développement des maladies. Quand on saura tout ce qu'on commence à apprendre, ce qu'enseigne le remarquable travail de M. Barral avec les faits et les résultats qui en seront sans doute la conséquence, si M. Barral entraîne à sa suite des imitateurs, on sera étonné de l'importance de causes qu'on méconnaissait, on saura peut-être mieux apprécier l'origine et le mode de propagation des épidémies; enfin ce mot étiologie, tant prôné dans ces derniers temps, acquerra une sérieuse valeur.

Dr Éd. Carrière.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Encore la bière et la strychnine. — M. Payen n'est pas au bout des tribulations que lui causera cette assertion relative à la falsification de la bière par la strychnine. L'honorable professeur du Conservatoire des arts et métiers ignore sans doute qu'il a blessé l'une des corporations les plus riches, les plus puissantes et peut-être les plus intraitables de l'Angleterre. Déjà M. Payen a été attaqué et condamné par la commission d'analyse sanitaire; mais la corporation des brasseurs lui ménageait une attaque et une condamnation venant de plus haut, celles de l'illustre Liébig. Après avoir rappelé que, il y a quelque vingt-cinq ans, un brasseur de la Westphalie ayant essayé d'employer la strychnine dans la fabrication de la bière, ne tarda pas à voir la fraude découverte, et à paraître devant les tribunaux; après une allusion au moins assez étrange au roman de *Monte-Christo* de M. Al. Dumas, M. Liébig déclare complètement impossible une falsification de ce genre, non seulement parce qu'elle ne tarderait pas à être découverte à cause des accidens graves que cette boisson ne manquerait pas de déterminer, mais encore parce qu'il faudrait mettre trop d'ouvriers, trop de complices dans la confidence. M. Liebig ajoute qu'il a visité la brasserie de Burton-on-Trent, qu'il en a suivi toutes les opérations et qu'il peut rassurer les consommateurs, puisqu'il a, de plus, analysé à ce point de vue plusieurs échantillons d'*ale*. Il termine en disant qu'il tient de M. E. Merck, de Darmstadt, l'un des plus grands fabricans de strychnine de l'Europe, qu'une grande partie de cette substance est employée à détruire les animaux destructeurs, et en particulier les rats et les souris. C'est du moins l'habitude en Allemagne.

Épidémies. — Une lettre particulière annonce qu'à Falmouth (Jamaïque), il y a eu 2,000 cas de variole, dont 200 suivis de succès.

Le choléra et la fièvre font également de grands ravages parmi les troupes anglaises qui sont entrées dans l'empire des Birmans et qui se sont emparées de Rangoon.

cette fonction à l'aide des moyens dont la thérapeutique dispose et en tête desquels doivent être placés les purgatifs incessamment administrés. Je conseillai donc les sels de magnésie, fréquemment répétés, les bains de pieds, les compresses d'eau fraîche sur l'œil, l'abstinence de toute espèce de travail et la temporisation.

A quelques jours de là, cette dame se rendit à la consultation gratuite de M. Sichel. C'était le 10, c'est-à-dire quatre jours après m'avoir consulté, par conséquent huit jours après le moment de l'accident. M. Sichel constata également la présence du corps lenticulaire dans la chambre antérieure, et *ne jugeant pas qu'il y eût nécessité d'agir*, immédiatement au moins, *par voie chirurgicale*, il se borna à prescrire un traitement analogue à celui que j'avais indiqué moi-même, ainsi que le constate son ordonnance à tête imprimée que j'ai sous les yeux et qui porte le n° 1,888. Cette ordonnance est ainsi conçue :

« *Cristallin tombé dans la chambre antérieure gauche* :

» Se bassiner souvent l'œil avec de l'eau froide.

» Se purger avec un gramme de scammonée.

» Bains de pieds.

» Prendre un verre d'eau de Sedlitz tous les deux jours. »

Le 13, la malade me fait appeler de nouveau. Je constate, ce jour-là, un commencement d'injection radiée autour de la cornée, un peu de gêne dans l'œil, sans pourtant que cette gêne soit poussée jusqu'à la douleur, un peu de pesanteur de tête, sans fièvre, toutefois. Le cristallin semble s'élever un peu pour se rapprocher du centre de la chambre antérieure, il ne présente pourtant encore aucun changement appréciable, soit dans sa forme, soit dans ses dimensions ; les mouvemens de la pupille semblent un peu plus gênés que le jour de mon premier examen. (Même prescription.)

Le 15, je constate une augmentation notable de l'injection sclérotícale; de la douleur réelle commence à se manifester, il n'y a pas encore d'élancemens; la céphalalgie devient plus intense. Le cristallin qui, il y a deux jours, semblait s'être un peu déplacé, occupe effectivement aujourd'hui un point beaucoup plus central, son axe tend à se rapprocher de celui de la pupille. En outre, sa face postérieure commence à perdre un peu de sa transparence.

A partir de ce moment, en effet, il va être facile de juger, *oculo menteque*, de l'influence des changemens physiques, *chimiques peut-être aussi*, que subissent le cristallin et sa capsule postérieure surtout, sur le développement successif et graduel d'accidens graves qui, pendant quelques jours, ont fait courir à l'œil les plus grands dangers.

Prescription : 20 sangsues derrière l'oreille gauche, bains de pieds sinapisés, sulfate de magnésie, compresses d'eau fraîche en permanence, limonade, diète, repos à la chambre.

Du 15 au 20, les accidens vont encore en augmentant, mais d'une manière lente, sourde, insidieuse; les changemens auxquels le cristallin est en proie deviennent de plus en plus appréciables ; son volume s'est déjà accru à ce point qu'il occupe la presque totalité de la chambre antérieure ; son segment postérieur surtout, dont le développement augmente chaque jour davantage, prend bientôt un aspect blanchâtre, rugueux, spongieux, tandis que l'antérieur conserve encore assez bien sa transparence et son volume ; il semble que cette portion considérablement renflée aspire à franchir l'espace pupillaire comme pour faire reconquérir au cristallin entier sa position normale. Bientôt, en effet, la pupille est envahie tout entière, le cristallin déformé et à cheval sur le rebord pupillaire qui l'embrasse et l'étreint dans toute sa circonférence, occupe tout à la fois une partie de la chambre antérieure et une partie de la chambre postérieure ; bientôt encore cette portion envahissante augmentant toujours et trouvant une résistance à son expansion en avant dans l'inextensibilité de la cornée transparente, dilate de plus en plus le trou papillaire au point de forcer l'iris qui jusqu'à ce moment était restée comme refoulée en arrière, à venir se placer complètement en avant pour coiffer en partie le segment antérieur du cristallin qui, jusqu'à cet instant, avait conservé, comme nous l'avons dit plus haut, à peu de chose près ses conditions normales. A partir de ce moment, la chambre antérieure s'efface en grande partie; alors, des symptômes plus graves que jamais se manifestent. Ainsi, de violens élancemens dans l'œil et le sourcil commencent à se faire sentir, la tête devient plus lourde et est le siége de battemens fort douloureux ; il y a de la fièvre, de l'insomnie et un grand malaise général.

Prescription : forte saignée, friction d'onguent napolitain belladoné, glace, *ut suprà*.

Un peu de calme résulte de l'emploi de ces moyens; mais il n'est pas de longue durée, car le surlendemain 22, les symptômes redoublent de violence et d'intensité; ce jour-là, la malade reste couchée toute la journée, elle fuit la lumière, le moindre bruit exaspère ses souffrances, les élancemens sont plus violens et plus fréquens que les jours précédens, des envies de vomir, des vomissemens même se déclarent; la fièvre, qui avait un peu cédé sous l'influence de la saignée, revient plus ardente et plus vive. La conjonctive oculaire, gorgée de sang, forme un bourrelet chémosique autour de la cornée, qui semble plus conique que du côté opposé. La pupille, un peu plus dilatée par l'influence dioptrique de la belladone, permet de constater l'aspect de la partie antérieure du cristallin, qui commence à devenir elle-même un peu nébuleuse.

Evidemment, tous les tissus contenus dans le globe de l'œil sont soumis à une sorte de compression excentrique, par suite de la résistance qu'oppose à leur expansion la coque oculaire dont la trame fibreuse ne se laisse pas distendre; ils éprouvent indubitablement tous les phénomènes d'un véritable étranglement.

Il était sept heures du soir ce jour-là quand nous constatâmes, mon honorable confrère et moi, tout ce cortège d'accidens; nous hésitions encore à pratiquer une opération que la malade redoutait au-delà de toute expression, et que nous jugions cependant déjà devoir être le seul moyen propre à mettre un terme à un état de choses aussi alarmant. Nous nous contentâmes pourtant de prescrire une nouvelle application de sangsues, de l'eau glacée en fomentations, de sinapismes aux extrémités, etc., etc. Bien décidés cependant à ne pas différer plus longtemps l'opération par extraction, que nous considérions dorénavant comme la seule et dernière chance de salut pour l'œil, dans le cas où, pendant la nuit qui allait suivre, les symptômes ne s'amenderaient pas sensiblement.

Le lendemain donc, 17me jour après l'événement, nous vîmes la malade de bonne heure ; les accidens, loin d'avoir diminué, avaient encore notablement augmenté, la nuit avait été des plus agitées, des nausées incessantes, des vomissemens fréquens avaient tourmenté la patiente, des battemens douloureux dans la tête et de violens élancemens dans l'œil et le sourcil l'avaient constamment tenue en éveil ; la tête était en feu, comme elle le disait avec désespoir ; la fièvre, en effet, était très intense. Quant au globe de l'œil, il présentait tous les signes d'une phlogose portée au plus haut degré; il semblait à la malade qu'il eût triplé de volume.

Le phlegmon de l'œil était imminent. Il n'y avait donc plus à hésiter, d'ailleurs, à ce moment, cette pauvre dame qui, dès le début de son accident, s'alarmait si fort sur le sort de son œil et appréhendait tant les chances d'une opération et l'opération elle-même, me propose de son propre mouvement le sacrifice complet de son œil, pourvu que je la débarrasse de ses souffrances. Aucune indécision n'était donc plus permise; et comme par prévision je m'étais muni de mes instrumens à cataracte. Je me disposai à pratiquer immédiatement l'extraction du corps lenticulaire dont la présence insolite dans la chambre antérieure était la cause positive de tous ces désordres, et jouait ici, évidemment, le rôle de corps étranger.

Tandis que nous faisions préparer le lit sur lequel la malade devait être opérée, de violens vomissemens se renouvelèrent plusieurs fois à quelques instans d'intervalle.

J'avoue que le retour de cet accident, au moment de pratiquer une incision à la cornée d'un œil dont le corps vitré me paraissait avoir subi un certain degré de ramollissement, et surtout une incision assez grande pour permettre à un cristallin considérablement augmenté de volume de la franchir, me jeta momentanément dans une perplexité que partageront sans doute ceux qui liront cette intéressante observation. Grâce à Dieu, elle ne fut que de courte durée, car la manière dont j'avais envisagé jusqu'alors le développement des phénomènes ci-dessus mentionnés, en me faisant présager qu'une fois le *débridement* opéré, tous ces phénomènes devaient aussitôt disparaître et s'évanouir, m'enhardit. J'incisai, et je m'empresse de le dire, l'événement a complètement confirmé la justesse de mes prévisions. En effet, à peine l'incision pratiquée à la partie supérieure de la cornée fut-elle terminée, que la sortie brusque et impétueuse du cristallin fut suivie immédiatement, et comme par enchantement, d'un soulagement considérable et instantané, il y eut une véritable détente.

A partir de ce moment, plus de douleurs sourdes, plus d'élancemens, plus de nausées, plus de vomissemens, plus de céphalalgie; partant, plus d'inquiétude pour la malade et plus de préoccupations pénibles pour le chirurgien.

Je dois ajouter, avant d'aller plus loin, que si l'accident que je redoutais surtout, et qui était en effet le plus à craindre au moment de l'opération, c'est-à-dire l'évacuation plus ou moins abondante des humeurs de l'œil, n'eut pas le temps de se produire ; cela tient vraisemblablement à la promptitude avec laquelle je me hâtai d'abaisser la paupière supérieure aussitôt après la sortie du cristallin et de l'humeur aqueuse, et au soin que j'eus de rapprocher immédiatement les deux paupières, et de les maintenir hermétiquement fermées à l'aide de bandelettes agglutinatives, et peut-être aussi un peu, je dois le dire encore, à la présence entre les lèvres de la plaie d'une petite portion de l'iris que le brusque passage du cristallin y avait engagé ; portion d'iris que je ne crus pas prudent de dégager dans les conditions spéciales où cet œil était placé, et qui, dans l'espèce, a peut-être opposé à la sortie du corps vitré ramolli une digue solide et salutaire. Quant au procédé opératoire, il n'a différé en rien du procédé employé ordinairement pour l'extraction de la cataracte, si ce n'est que la malade a dû être opérée dans la position horizontale et que l'incision a dû être faite à la partie supérieure et externe de la cornée transparente.

Le quatrième jour après l'opération, la cicatrisation de la plaie faite à la cornée fut complète, puis sous l'influence de deux ou trois légères cautérisations pratiquées à l'aide du nitrate d'argent sur la petite saillie formée dans un des points de la cicatrice par la petite portion d'iris herniée, cette petite saillie s'est complètement effacée. Puis enfin, après un temps assez court, l'organe opéré s'est complètement rétabli sans que la guérison ait été gênée ou entravée par le moindre incident qui méritât d'être noté ; la fonction visuelle s'est consolidée, et bien que cet œil ne puisse pas rendre à l'opérée les mêmes services que celui du côté opposé, qui n'a été le siége d'aucun désordre, il n'en est pas moins vrai qu'il lui est encore d'une grande utilité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CRISTALLIN EXTRAIT DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

La lentille cristalline examinée au sortir du globe oculaire et envisagée dans son ensemble, a perdu complètement sa forme primitive ; mais considérée dans ses détails, cette forme se retrouve presque entière dans une de ses parties. Cette partie, qui est constituée par le segment antérieur du cristallin, est celle qui a conservé à peu de chose près sa transparence normale ; elle est recouverte de la capsule cristalline dans toute son étendue. Accolée à celle-ci, se remarque une portion opaque formant à peu près les deux tiers de la totalité de l'organe lenticulaire et qui est complètement dépourvue de l'enveloppe cristallinienne.

C'est cette portion du cristallin qui, mise en contact avec l'humeur aqueuse, par suite de la déchirure de la capsule, a subi, sous l'influence de ce contact, une augmentation de volume considérable, cause évidente des phénomènes de compression excentrique qui ont été observés.

Sur la région limitrophe de ces deux portions de la lentille, existe circulairement une dépression qui semble avoir été occasionnée par la résistance des bords de la déchirure de la capsule, à travers laquelle cette portion renflée a fait irruption pour s'avancer ensuite dans le trou pupillaire qu'elle a fini par obstruer complètement; ce qui a fait faire cette remarque dans le cours de l'observation, que, à un moment donné, le cristallin à cheval sur le bord pupillaire occupait à la fois et la chambre antérieure et la chambre postérieure. Ce qui était parfaitement exact et facile à constater.

L'organe, plongé en totalité dans l'alcool, immédiatement après son extraction de l'œil, subit aussitôt dans l'une de ses portions, un phénomène qui vint confirmer pleinement, à mon avis au moins, la théorie d'après laquelle j'avais envisagé les différentes phases par lesquelles le cristallin avait dû passer pendant son séjour dans la chambre antérieure. Ainsi, cette portion exubérante, dépouillée de sa membrane dont il vient d'être question, et qui était évidemment, selon moi, celle qui avait subi tous les phénomènes d'une longue macération, devait nécessairement, par le fait même de cet état hygrométrique, être la première qui dût, au contact de l'alcool, éprouver certain changement que l'affinité bien connue de cet esprit pour l'eau devait nécessairement faire pressentir. C'est, en effet, ce qui est arrivé. Ainsi, à peine cette partie fut-elle en contact avec l'alcool, que, lui cédant aussitôt toute l'eau qu'elle contenait, elle acquit immédiatement une opacité plus considérable, et d'une blancheur plus mate que celle qu'elle avait présentée jusqu'à ce moment.

L'autre portion, au contraire, c'est-à-dire celle qui était encore revêtue de sa capsule, n'a vu sa transparence diminuer sensiblement qu'après un séjour assez longtemps prolongé dans l'alcool.

Aujourd'hui, après six ans de conservation de la pièce pathologique dans le liquide spiritueux, c'est encore cette portion extumescente qui a conservé cet aspect crétacé qu'elle acquit au moment de son immersion alcoolique, tandis que l'autre n'a que fort peu perdu de sa transparence.

En résumé, les modifications qu'on remarque dans la forme et dans la contexture de l'appareil lenticulaire sont évidemment dues à ces conditions anormales et insolites au milieu desquelles il a séjourné pendant un temps assez long, puisque dix-sept jours se sont écoulés depuis le moment de l'accident jusqu'à celui de l'opération.

En outre, elles expliquent d'une manière très satisfaisante le mode de production des phénomènes pathologiques successifs qui se sont développés pendant tout le temps que ce corps lenticulaire a séjourné dans la chambre antérieure de l'œil, phénomènes dont la gravité fut telle, ainsi qu'on a pu s'en convaincre, qu'il eût été irrationnel, imprudent, dangereux même, de compter sur les seuls efforts de la nature pour en faire justice.

(*La suite à un prochain n°.*) Le Dr Compérat.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 9 Juin 1852. — Présidence de M. Larrey.

Correspondance. — M. Larrey dépose sur le bureau la collection de *Guy's hospital reports*, adressée à la Société par l'intermédiaire de M. Birkett, membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre.

Cette collection, comprenant une vingtaine de volumes, renferme d'importans travaux. Nous signalerons le luxe de cette publication, luxe d'impression et de planches, comme il est rare d'en rencontrer dans les livres de science.

Du bec-de-lièvre.

M. Guersant présente un enfant de 18 jours. Cet enfant est venu au monde avec un bec-de-lièvre compliqué de l'écartement des os maxillaires, de toute la voûte palatine et du voile du palais. M. Guersant l'a opéré le lendemain de la naissance ; il a employé une forte serre-fine pour remplacer l'épingle qu'on fait passer en travers de la base du nez en arrière des ailes du nez, cette serre-fine agit avec beaucoup de force et empêche l'écartement si souvent déterminé par les muscles de la face, on peut la retirer avec beaucoup plus de facilité que l'épingle. On applique d'ailleurs deux points de suture entortillée sur la lèvre. Ce moyen a déjà rendu plusieurs fois service à M. Guersant dans les becs-de-lièvre compliqués; et de cette manière, quelle que soit la complication, il les opère le plus tôt possible après la naissance. L'enfant qu'il présente est à quinze jours de l'opération. La réunion de la lèvre est parfaite, et l'enfant tète bien, quoiqu'il offre la division complète de la voûte palatine et du voile du palais.

La serre-fine a été retirée au bout de quarante-huit heures. Les épingles seulement au bout de trois jours.

Du traitement de la paralysie par la galvanisation localisée.

M. Debout continue et termine la lecture de son travail sur le traitement des paralysies par le procédé de galvanisation de M. Duchenne de Boulogne.

L'auteur dans son mémoire, que nous ne pouvons malheureusement analyser, cite des observations de paralysies musculaires avec atrophie des muscles, guéries, après un temps plus ou moins long, par l'emploi répété de la galvanisation. Le travail de M. Debout, sur la proposition de M. Cullerier, sera renvoyé au comité de publication.

Une courte discussion s'engage à la suite de cette lecture.

M. Lallemand, à l'appui de l'opinion de M. Debout, dit que bien souvent des paralysies qui, d'abord, n'avaient été que le symptôme d'une première affection, persistent après que la lésion qui les avait produites n'existe plus. Aussi, l'honorable professeur de Montpellier cite un cas tout récent de paralysie de la vessie, ayant été produite par le fait d'un rétrécissement de l'urètre qui empêchait l'émission complète de l'urine.

Une fois le rétrécissement passé, la paralysie persista et ne fut dissipée que par l'emploi de l'électricité.

M. Lallemand rappelle les intéressantes recherches communiquées à la Société de biologie par M. Bernard, recherches qui démontrent que

l'irritabilité musculaire peut exister tout à fait indépendamment de l'influx nerveux et lorsque l'excitation, directement appliquée sur les nerfs, ne détermine plus aucun mouvement sur les muscles.

M. ROBERT demande si, dans les cas de paralysie succédant à une hémorrhagie cérébrale, la galvanisation peut déterminer quelques bons effets. Peut-on également, dans ces cas, ranimer le mouvement lorsque la lésion cérébrale n'est pas entièrement dissipée.

M. LALLEMAND est porté à croire à la possibilité de guérison dans des cas d'hémorrhagies cérébrales d'autant que bien certainement les déchirures résultant d'épanchement sanguin sont susceptibles de se réunir d'une manière parfaite lorsque, par suite d'un travail de résorbtion, le sang épanché et le foyer qu'il s'était formé ont complètement disparu.

M. LEBERT, revenant sur la question soulevée par M. Robert, dit qu'il est positif que la paralysie peut disparaître même si la lésion cérébrale persiste.

M. Durand-Fardel a, dans un mémoire inséré dans les archives, rapporté des faits qui ne laissent aucun doute. Il y a, du reste, dans la manière dont se développent et guérissent ces paralysies musculaires bien des phénomènes inexpliqués, et on est forcé d'admettre que, dans l'irritabilité musculaire, l'influence nerveuse est loin d'être l'agent indispensable. Ne voit-on pas, en effet, qu'un organe essentiellement musculaire, le cœur, est en pleine activité de mouvemens avant qu'on puisse attribuer ces mouvemens à l'action des nerfs. Du reste, dans la guérison des paralysies, il y a des phénomènes inattendus qui ne permettent pas de considérer l'heureuse terminaison de ces paralysies comme absolument dues à l'électrisation, car bien souvent des affections de ce genre guérissent sans traitement et spontanément. Il faut donc, pour se rendre un compte exact de la part à faire à la galvanisation, réunir un assez grand nombre de paralysies se présentant dans des conditions assez identiques; on diviserait ces faits en deux groupes; dans la moitié des cas, on traiterait par la galvanisation; dans l'autre moitié, on abandonnerait la maladie aux seules ressources de la nature. De la comparaison des résultats obtenus pourrait naître la lumière sur cette importante question.

Du reste, M. Lebert a souvent eu recours à l'électricité dans des cas d'apoplexies assez récentes, et jamais il n'a vu se développer d'accidens.

Sur la grossesse extra-utérine abdominale.

M. DANYAU lit un long et remarquable rapport sur un mémoire que nous avons lu devant la Société il y a environ un mois.

L'honorable rapporteur a combattu, en citant des faits assez nombreux, une des conclusions les plus importantes de notre mémoire. Tout en acceptant ces faits, nous pensons cependant qu'ils doivent, pour donner à l'opinion de M. Danyau toute la valeur que nous sommes par avance disposé à accepter, qu'ils ont besoin d'être soumis à une discussion approfondie.

Un rapport aussi laborieusement et consciencieusement conçu, ne saurait manquer d'être le sujet d'une discussion devant la Société. Nous l'attendons avec impatience, en nous félicitant d'avoir avivé une question d'obstétrique qui ne trouve que de très incomplets développemens dans nos livres classiques.

Anatomie pathologique.

M. HUGUIER présente une pièce pathologique intéressante. C'est un pied qu'il a enlevé il y a quelques jours. Le malade sur lequel a été pratiquée cette opération, portait une tumeur au talon. Cette tumeur, d'aspect cancéreux, s'ulcéra et donna lieu à des hémorrhagies. M. Huguier se décida à faire l'amputation du pied.

La tumeur a envahi tous les tissus mous jusqu'au calcanéum, et la maladie s'est arrêtée sur le périoste, ne franchissant pas cette membrane fibreuse.

La tumeur, qui paraît être de nature fibreuse, aurait cependant été considérée, par un micographe, comme de nature épithéliale.

M. LEBERT examinera la pièce.

Arrachement des doigts avec leurs tendons.

M. NÉLATON présente encore deux pièces analogues à celles de M. Debrou. Ce sont deux pouces arrachés avec leurs tendons. Ces deux accidens ont été produits, dans des conditions semblables, par des morsures de chevaux.

Sur l'un des doigts ainsi arrachés, on remarque en outre de deux tendons, un nerf qui fut également arraché. La longueur de ce nerf est d'environ quatre pouces.

La guérison, dans ces deux cas, a été assez rapide, et il n'y a eu aucun accident.

Dr Éd. LABORIE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances d'Avril 1852. — Présidence de M. le docteur TRÈVES.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. PERRIN lit la note suivante sur l'utilité pratique du collodion vésicant :

Un pharmacien de Saint-Pétersbourg, M. Hisch, a donné (*Gazette des hôpitaux*, 1849, p. 290) le mode de préparation d'un collodion cantharidal, sur l'utilité clinique duquel nous demandons à entretenir la Société. Pour préparer ce produit, M. Hisch épuise, par la méthode de déplacement, 500 grammes de cantharides grossièrement pulvérisées avec 500 grammes d'éther sulfurique et 100 grammes environ d'éther acétique. Il obtient ainsi une liqueur verdâtre, saturée de cantharidine, dans laquelle on fait dissoudre 1 gramme 30 centigrammes de poudre-coton, par 60 grammes de teinture, pour avoir le collodion cantharidal. On a soin, cette liqueur étant essentiellement volatile, de la tenir renfermée dans un flacon bien bouché.

Nous avons également fait usage d'un mélange vésicant d'une préparation plus facile, et que M. Oettinger, de Munich, obtient en prenant parties égales de teinture éthérée de cantharides et de collodion. Toutefois, la teinture éthérée doit être très concentrée et préparée par digestion, pendant trois jours, dans la proportion d'une partie de cantharides pour deux d'éther sulfurique.

Nous avons enfin employé avec succès un autre mélange, composé comme il suit :

Collodion. . . . . 15 grammes.
Huile verte de cantharides. . . . 3 grammes.

Quoi qu'il en soit, il suffit d'enduire, à l'aide d'un pinceau, de plusieurs couches de l'une de ces diverses compositions, le point de la surface du corps sur lequel on veut obtenir une vésication, pour déterminer, au bout de quelques heures, le soulèvement de l'épiderme, et la formation d'une ampoule plus ou moins remplie de sérosité, dont les dimensions sont en rapport exact avec l'étendue de la surface enduite.

L'inutilité des bandages et des compresses, dans l'emploi de cet enduit vésicant, rend possible l'établissement de vésicatoires, de dimensions de toutes sortes, et aux formes les plus variées, dans des régions où, jusqu'à ce jour, vu l'insuffisance des moyens habituels de contention, il n'arrive que rarement au praticien d'en appliquer, à moins d'indications tout à fait pressantes ou exceptionnelles. Telles sont les diverses régions du cou, de la face, du périnée, etc., etc...

Toutefois, si le collodion cantharidal permet d'obtenir sûrement, d'après nos essais, une action vésicante, il est vrai de dire que cette liqueur n'est pas sans offrir, dans l'application, de graves inconvéniens, comme d'être trop liquide, et, partant, d'une application difficile dans les régions déclives du corps, et surtout de donner lieu, en se desséchant, à une couche membraniforme trop sèche, comme parcheminée, qui bride désagréablement la peau des malades et devient d'un enlèvement difficile, douloureux, par suite de l'adhérence intime qu'elle contracte le plus souvent avec l'épiderme sous-jacent. Ces inconvéniens sont inévitables quand il s'agit de grands vésicatoires. C'est vraisemblablement là la cause de l'oubli profond dans lequel est resté enfoui ce nouveau genre d'appliquer les vésicatoires. Aussi cherchons-nous à modifier la composition du collodion cantharidal, à l'effet d'obtenir une liqueur vésicante moins liquide, d'une consistance véritablement sirupeuse et susceptible de donner lieu, par sa dessication rapide, à une membrane plus souple, à un tissu plus mou, presque élastique, et d'un enlèvement facile, une fois l'effet vésicant produit. M. Roche, pharmacien, auquel nous avons fait part du but que nous cherchons à atteindre, espère, par l'addition au collodion du caoutchouc dissous dans le chloroforme, arriver à obtenir une liqueur vésicante qui nous paraît, en effet, susceptible des plus heureuses applications.

Nous voulons, avec cette nouvelle liqueur vésicante, en quelques heures, à l'aide d'un simple badigeonnage, produire sur la peau d'un malade autant de points de vésication que le médecin le jugera convenable.

Ce badigeonnage, si je puis ainsi dire, pourra au besoin être fait par le malade lui-même ou une autre personne. Dans un cas de sciatique invétérée, nous avions tracé à l'encre, suivant le trajet du nerf, une série de petits cercles que le fils de notre malade convertit successivement en autant de vésicatoires, en enduisant leur surface de vernis vésicant.

La médication endermique, grâce à cette extrême facilité de produire désormais la vésication de la peau, suivant les formes et les dimensions les plus variées, deviendra elle-même d'une simplicité plus grande dans ses applications, et permettra de poursuivre sans relâche, dans ses mille foyers de douleur, les nombreuses formes de l'affection névralgique.

On aura là, enfin, un moyen précieux d'apprécier instantanément un vésicatoire qui prendra sûrement, chez les enfans, chez les fous, chez les malades en délire, etc., tous malades chez lesquels il est presque impossible de maintenir en place les vésicatoires ordinaires, à l'aide des bandages les mieux appliqués.

Nous bornerons là cette communication, promettant à la Société de la tenir au courant des expérimentations que nous poursuivons en ce moment dans notre pratique particulière, et à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Piédagnel, sur cette simplication nouvelle de la médication vésicante, dans ses procédés d'application.

M. AMEUILLE dit que l'éther cantharidal, par la rapidité de son action, aura moins de chance d'agir d'une manière fâcheuse sur la vessie, comme il arrive pour les emplâtres épispastiques ordinaires.

M. DELCROIX croit que la pommade de Gondret est et reste un des moyens les plus sûrs d'obtenir une prompte vésication.

M. PERRIN répond qu'il ne se propose, en aucune manière, de diminuer la valeur relative des épispastiques en général, et en particulier de la pommade ammoniacale. Cette dernière surtout sera toujours indispensable pour remplir certaines indications urgentes de la médication endermique. Toutefois, il ne peut s'empêcher d'ajouter que la pommade de Gondret est loin d'être aussi sûre et aussi prompte dans ses effets qu'on le prétend généralement. Sans doute, cette infidélité tient à des raisons qui ont leur explication dans un emploi imparfait de cet agent, ou dans un mode vicieux de préparation, mais le résultat n'en est pas moins le même, c'est-à-dire souvent négatif. Cela est tellement vrai que, comme l'a dit tout à l'heure M. le dr Gaide, on n'applique plus guère la pommade aujourd'hui, et on lui préfère l'ammoniaque en nature. Un mode d'application très ingénieux, selon lui, de cette dernière substance, parmi beaucoup d'autres qu'il est inutile de rappeler ici, consiste à introduire dans un dé à coudre un petit tampon de ouate imprégné d'ammoniaque, et à renverser ce dé sur l'endroit de la peau où l'on veut produire la vésication. Au bout de dix minutes, l'épiderme peut être enlevé, le derme mis à nu, et la morphine, ou toute autre substance, offerte à l'absorption.

M. le docteur DREYFUS demande à faire à la Société la communication suivante :

Une jeune femme de 18 ans, mariée depuis quinze jours, d'une bonne santé habituelle, quoique d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique, est prise tout à coup, et pour la première fois, d'une hémoptysie d'une abondance extrême. Une cuvette fut remplie, et au-delà, d'un sang rutilant et écumeux. Quand notre confrère arriva, la malade était pâle, exsangue, froide, oppressée, offrant à l'auscultation de la poitrine des râles de tous côtés, et à la percussion, de la matité à gauche et au-dessous de la clavicule.

Cette hémoptysie, qui coïncida, chose importante à noter, avec le début d'une grossesse, s'est renouvelée plus de quarante fois jusqu'au moment de la délivrance. M. Dreyfus estime à plus de 15 kilogrammes la quantité de sang rendue par la malade dans ces hémoptysies successives. Divers confrères appelés, rattachèrent sans hésiter ces graves accidens à l'existence de tubercules pulmonaires, et portèrent un pronostic fâcheux. M. Dreyfus seul, se rappelant que chez sa malade il n'y avait pas de tuberculeux dans la famille, et qu'en outre, ces hémorrhagies coïncidaient avec l'existence d'une grossesse, ne perdit pas tout-à-fait espoir. En effet, cette dame, dit M. Dreyfus, est accouchée heureusement depuis trois mois. Elle ne crache plus de sang, elle ne tousse plus. Sa santé est parfaite. Rien à l'auscultation ni à la percussion ne dénote la moindre altération fonctionnelle ou organique du côté de l'appareil respiratoire.

M. Dreyfus admet les déplacemens idiopathiques du sang, surtout sous l'influence de certains états physiologiques, comme, par exemple, la grossesse, et, dans ce cas, les hémorrhagies qui les constituent, comme l'hématémèse, l'hémoptysie, etc., ne sont pas nécessairement liées à des lésions matérielles correspondantes des organes d'où elles proviennent.

Quelques membres, tout en admettant fondée en fait et en principe l'opinion de M. le docteur Dreyfus, sont d'avis qu'en présence d'accidens aussi graves, et spécialement du cas signalé par cet honorable collègue, on ne doit poser un pronostic, et surtout un pronostic favorable, qu'avec la plus grande réserve.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Dans la dernière séance du conseil municipal de Paris, le conseil a autorisé M. le directeur de l'assistance publique à faire faire des promenades en voiture aux jeunes enfans malades ou convalescens reçus dans l'hôpital des Enfans malades. On ne peut qu'applaudir à cette mesure.

— On lit dans le *Siècle :*

« Une circulaire ministérielle prescrit aux entrepreneurs de peinture des bâtimens civils l'emploi du blanc de zinc au lieu du blanc de céruse. »

PRIX. — L'Institut médical de Valence (Espagne) a mis au concours les trois questions de médecine, de chirurgie et de pharmacie qui suivent :

Première question: Dans l'état actuel de la science peut-on admettre l'existence d'une apoplexie nerveuse? Dans l'affirmative, signaler les causes qui la produisent et démontrer son mode d'agir; indiquer les phénomènes qui la différencient des autres variétés de l'apoplexie, ses terminaisons les plus fréquentes et les moyens applicables à son traitement. Dans la négative, exposer les raisons sur lesquelles repose cette dernière opinion.

Deuxième question: De la cataracte, des causes qui la produisent et de celles qui contribuent à la rendre aussi fréquente; faire connaître son action; indiquer les symptômes qui lui sont propres. Dans le cas où la guérison serait possible sans opération, exposer les moyens que l'on doit employer pour la dissoudre. Si la chose est impossible, indiquer les raisons sur lesquelles se fonde cette opinion, fixer le moment opportun pour procéder à l'opération, exposer d'une manière générale la méthode préférable pour la pratiquer et signaler les causes des mauvais résultats que peut avoir cette opération dans les cas où elle est cependant pratiquée suivant les règles de l'art.

Troisième question: Connaît-on un produit chimique qui, réunissant les avantages du chloroforme, n'offre aucun des inconvéniens de celui-ci, dans ses applications comme moyen anesthésique? Dans l'affirmative, le présenter à la Société, en fournissant une description de ses propriétés physiques et chimiques; dans la négative, faire connaître les raisons qui s'opposent, pour le moment, à l'adoption d'un nouvel agent anesthésique?

Pour chacune de ces questions, le prix est d'une médaille d'or pour le mémoire qui obtiendra le premier rang, plus un diplôme d'associé, et pour le second prix, un diplôme d'associé seulement. Ces prix seront décernés le 31 mars 1853. Les mémoires écrits en espagnol, en latin, en français, en portugais, en anglais ou en italien, devront être adressés suivant les formes académiques et avant le 1er décembre 1852, au secrétaire de l'Institut, le docteur Antonio Navarro.

— Le docteur B. Gutierrez, doyen de la Faculté de médecine de Madrid, a été frappé ces jours derniers d'une hémiplégie, dont les suites ont donné d'abord beaucoup d'inquiétudes à ses amis, mais dont il est presque entièrement rétabli aujourd'hui.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 72. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 17 Juin 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 JUIN 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le banc des pharmaciens l'a emporté! Les pilules de Blaud ne seront pas décidément inscrites au *Bulletin* de l'Académie. Tel est le résultat de la mémorable bataille qui s'est livrée hier, de trois à cinq heures, dans l'enceinte académique, bataille acharnée, pendant laquelle la pharmacie a fait des prodiges de valeur, et dans le cours de laquelle tous les honorables membres de cette section ont montré l'ardeur la plus belliqueuse. Mais une mention spéciale doit être faite en faveur de M. Guibourt. Qui jamais eût pensé que sous cette enveloppe placide, le savant trésorier de l'École de pharmacie pût cacher un courage si intrépide? C'était merveille de l'entendre et surtout de le voir; sa mimique était plus éloquente encore que sa parole, il pourfendait de la voix et du geste, ses accens rappelaient Mirabeau, ses charges imprévues et soudaines faisaient souvenir de Murat. C'est justice de signaler M. Guibourt à l'ordre du jour de l'Académie.

Un si beau dévoûment méritait la victoire, il l'a obtenue. L'Académie, à une majorité non douteuse, contrairement à d'excellentes réflexions présentées par M. Orfila et par M. Bégin, l'Académie a rejeté les conclusions de la commission. Il est douteux, pour nous, que l'Académie ait compris toute la portée de son vote. Mais il n'est pas douteux, pour nous, que l'Académie ne vienne d'abdiquer toute participation à l'avenir dans l'examen et l'appréciation des remèdes nouveaux. Après ce qui s'est passé hier, après cette longue et vive discussion, après cet acharnement systématique et évidemment concerté, il est surabondamment prouvé que l'exécution et l'application du décret du 3 mai 1850 ne peuvent être laissées à cette compagnie. Le ministre de l'intérieur avisera sans doute, afin que les intentions du gouvernement puissent recevoir leur exécution. Cette discussion, en effet, a manqué de franchise. Ce n'est pas dans les petites chicanes faites à la formule des pilules du docteur Blaud, dans le plus ou moins de nouveauté de cette formule qu'il faut chercher la signification du vote d'hier. Il faut la chercher dans l'allocution du seul orateur qui ait eu la franchise et le courage de son opinion, de M. le professeur Bussy, l'honorable directeur de l'École de pharmacie de Paris. Ce savant académicien a très énergiquement et d'une façon fort claire, expliqué son vote et celui de ses adhérens. Qu'on nous laisse à nos travaux scientifiques, s'est-il écrié ou à peu près, et qu'on ne nous importune plus par ces demandes d'inscription au *Bulletin*, qui ne sont, après tout, qu'une question de commerce.

Ce vœu, si légitime, ne peut manquer d'être exaucé. Puisque tel est son désir, l'Académie restera dans ses attributions purement scientifiques; elle deviendra ce qu'elle aurait dû toujours être, un corps savant, et le gouvernement cherchera sans doute ailleurs ou constituera à nouveau, un Conseil ou une Commission qui comprenne mieux et les exigences administratives, et les droits des inventeurs. Tout le monde y gagnera.

Passons donc à la partie scientifique de cette séance. Elle s'est résumée dans un très bon rapport de M. Jolly, sur des mémoires relatifs aux eaux de Salins.

Le rapporteur n'a pas voulu négliger un sujet aussi important en passant rapidement comme on le fait si souvent à l'Académie, toutes les fois qu'il est question d'eaux minérales. Le rapport avait pour but de rendre compte de deux mémoires écrits, l'un par un médecin de Salins, M. le docteur Germain, l'autre par un auteur bien connu de nos lecteurs, qui s'occupe de la question des eaux minérales dans ce journal, et qui avait été envoyé en mission dans le Jura, pour y étudier les eaux salées et les eaux-mères; ce médecin, c'est M. le docteur Ed. Carrière.

Les eaux salées sortent des bancs de sel gemme qui ont un si grand développement dans le Jura et dans les départemens limitrophes. Il y a des sources dont la salure est assez faible pour être administrée à l'intérieur, dans les cas où on prescrirait les eaux de mer; mais ce n'est pas en cela que consistent les avantages présentés par ces eaux dont l'industrie s'empare pour en extraire le sel. Avec les eaux salées il y a les eaux-mères. Les eaux-mères sont le résidu de l'évaporation des eaux de sources, après l'extraction du sel cristallisable. C'est une eau minérale d'une rare énergie et d'une précieuse activité; ses propriétés sont dues surtout aux proportions de bromure de potassium qu'elle contient : sur 1,000 grammes d'eaux-mères, il y a 2 grammes 70 de ce composé. Par les matériaux chimiques qui constituent ces résidus de l'évaporation des eaux salées, on comprend les services qu'ils doivent rendre à l'art de guérir. Ils fournissent les élémens d'une médication tonique, fortifiante, résolutive, bien au-dessus de celles qu'on pourrait leur comparer. L'eau de mer donne d'excellens résultats quand on l'emploie contre les engorgemens lymphatiques, les scrofules, ainsi que les eaux ferrugineuses, qui jouissent d'une incontestable efficacité. Mais il y a loin de ces moyens d'action si utiles cependant à la puissance médicatrice des eaux-mères. C'est une vérité acquise depuis que la pratique médicale a largement employé celles des bords du Rhin. Il y a longtemps, en effet, que Kreussnach et d'autres établissemens du voisinage jouissent d'une réputation méritée. La France pouvait rivaliser avec eux et garder chez elle les nombreux malades qui la visitent chaque année. Malgré le nombre des salines qui couvrent notre sol, cette pensée de créer un établissement rival n'avait pas encore été réalisée. Grâce aux travaux d'expérience et de comparaison qui ont été faits sur les eaux-mères de Salins une lacune va être comblée dans le groupe des établissemens hydro-minéraux qui existent en France. L'Allemagne ne jouira pas seule du monopole exclusif des eaux-mères; une partie, et peut-être la plus grande, en reviendra à notre pays.

On voit maintenant que l'importance du mémoire dont M. Jolly a sû rendre compte avec cette mesure et cette sagesse qui le distinguent, sort de la ligne ordinaire. Il s'agit, en effet, d'une création toute nouvelle pour notre pays, si elle ne l'est pas au point de vue de la science. On comprend la réserve que nous impose la collaboration de M. le docteur Carrière, mais elle ne doit pas nous empêcher de dire qu'il a eu par son travail une grande part dans cet utile résultat.

Le rapport de M. Jolly lui rend d'ailleurs justice. Si M. Carrière n'a pas pu réunir tous les faits qui résultent de la longue pratique des médecins du pays, et de M. Germain en particulier, il a su les discuter, les juger et en faire sortir une appréciation exacte et scientifique des effets thérapeutiques des eaux-mères, sans livrer leur efficacité à ces exagérations compromettantes pour l'avenir des remèdes les plus précieux. On sait que lorsqu'il s'agit d'un moyen d'action nouveau comme d'une vérité nouvelle, la difficulté consiste à en régler les termes, les lois, les conditions, à en écrire en quelque sorte la formule. C'est ce qu'a fait M. Carrière, en complétant son travail par des études géologiques et climatologiques qui en augmentent l'intérêt. Renvoyé au comité de rédaction, il sera sans doute imprimé dans les mémoires de l'Académie.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

(Hôpital Beaujon.)

SUR LES MALADIES CHRONIQUES ET NERVEUSES,

Par M. S. SANDRAS.

Sommaire. — Anatomie pathologique; pronostic et traitement des paralysies progressives sans aliénation.

Messieurs,

Dans notre dernière conférence, après vous avoir parlé des causes essentielles et du diagnostic des paralysies progressives, je vous ai dit quelques mots sur ce que l'on en pourrait considérer comme le siége; et je vous ai rapporté en même temps le résultat de deux autopsies qui nous ont dernièrement offert certaines lésions assez anormales, siégeant d'une part dans le cerveau et la moelle, et d'autre part sur la moelle exclusivement.

Pour compléter aujourd'hui ce qui me reste à dire de l'anatomie pathologique, j'aborderai ce double point : à savoir, s'il faut s'attendre à trouver *toujours des lésions matérielles*; et s'il y a des probabilités pour que le siége de la lésion, quand lésion existe, se trouve plutôt dans le cerveau ou dans la moelle.

Les aliénistes, qui ont conservé pendant un certain temps le monopole de ces paralysies, les avaient attribuées aux altérations encéphaliques qui accompagnent la folie : lésions des méninges, indurations, ramollissement du cerveau, etc. Mais depuis que les paralysies progressives simples ont pu être distinguées de celles qui s'observent chez les aliénés, la question a changé. Les aliénistes et les partisans des lésions matérielles se sont alors rabattus sur la moelle et ont invoqué les idées et les expériences de Marschall-Hall. Ils avancent que dans celles qui se montrent sans aliénation, l'irritabilité musculaire est détruite puisque la lésion est dans la moelle, tandis que dans l'aliénation, cette même irritabilité est conservée.

Il m'a été facile de vérifier ces assertions, et les faits que j'ai observés ne me permettent pas de partager cette opinion, non plus que les conclusions exclusives tirées des expériences de M. Marshall-Hall. Nous avons, en effet, des paraplégies dues évidemment à une altération de la moelle, et dans lesquelles l'irritabilité musculaire est conservée. Cela s'explique d'ailleurs, parce que dans les altérations pathologiques dues aux maladies, les choses ne se passent pas comme dans les vivisections où l'on opère des destructions complètes ou des sections de la moelle. Voilà pour ce qui regarde la moelle. Quant au cerveau, la vérité m'oblige de dire que, tantôt on n'y trouve rien, tantôt au contraire on constate les plus grands désordres, comme cela a lieu, du reste pour toutes les affections nerveuses graves, l'épilepsie par exemple.

Il me semble qu'on est en droit de conclure de ces observations, non pas que les lésions matérielles, quand elles existent, n'ont entraîné par elles-mêmes aucune conséquence, mais seulement qu'elles ne sont pas nécessaires pour que la paralysie progressive se montre. Cette dernière conclusion résulte logiquement de ces deux faits, d'une part que tous les symptômes peuvent exister sans la lésion et que les mêmes signes accompagnent souvent, d'autre part, des lésions entièrement différentes. Pour se trouver donc dans le vrai, il faut tenir compte des lésions qu'on peut rencontrer. Il y a sagesse à supposer l'existence de ces lésions lorsqu'on voit une paralysie marcher infailliblement vers une terminaison fatale ou se fixer en un point et s'y tenir avec opiniâtreté. Dans ces cas, admettez une lésion, mais partout ailleurs suspendez votre jugement anatomique, et cherchez bien dans l'étude des fonctions générales, car nous avons des exemples de guérisons assez nombreuses obtenues en suivant cette voie. Et, s'il est difficile d'admettre que les centres nerveux, quand ils sont lésés, reviennent à l'état normal, nous nous croyons en droit d'invoquer, de notre côté, les faits heureux dans lesquels nous n'avons voulu combattre qu'une lésion fonctionnelle.

Quant aux autres points du système nerveux, dans lesquels on pourrait placer la lésion, j'avoue que je ne conçois guère la possibilité de faire siéger la paralysie progressive dans les nerfs ou leurs expansions.

Nous avons, au n° 30 de la salle Saint-François, un sujet dont l'histoire appelle l'attention sur un semblable point de départ, je veux parler du malade que je viens d'électriser devant vous. Chez lui les accidens ont débuté par une espèce d'*onglée* très forte quelque temps après qu'il eut reçu un coup de pied de cheval dans la région du nerf cubital. Mais, d'une part, les phénomènes consécutifs n'ont rien montré qui pût porter à conclure que ce nerf a été lésé; d'autre part, le malade a considérablement souffert du froid; en tout cas, j'aurais peine à admettre que la lésion du nerf cubital pût amener une paralysie générale avec les signes de rétention d'urine, etc.

Pour les expansions nerveuses, je ne connais aucun fait qui puisse trancher la question; je ne puis entrevoir à ce sujet que des probabilités plus ou moins soutenables.

Somme toute, et comme précepte en ce qui regarde l'ana-

tomie pathologique, le plus grand nombre des faits ne peut être attribué à des lésions appréciables du système nerveux central. Il y a, dans certains cas, des lésions dont il faut tenir compte, mais elles n'existent pas infailliblement. On doit, le plus souvent, réserver le pronostic et chercher la guérison en s'attaquant à des altérations tout autres que celles dont la révélation est due à l'anatomie pathologique locale.

De tout ce qui précède, il résulte que le pronostic des paralysies générales progressives simples est bien moins grave que quand elles s'accompagnent d'aliénation; car, pour ces dernières, la loi invariable est la mort. C'est cette espèce de loi établie par les aliénistes, qui a engagé M. Requin à consacrer pour ces maladies le nom de *progressives;* et il entend par là désigner la progression constante qu'elles suivent vers une terminaison fatale. Je vous ai expliqué pour moi comment ce mot peut être conservé pour ces maladies, sans qu'il entraîne cette signification fataliste.

Il y a lieu, au point de vue du résultat probable, de distinguer les paralysies générales en deux sortes : 1° celles dans lesquelles il y a lésion anatomique, et contre lesquelles, par conséquent, nous ne pouvons rien ou presque rien; 2° celles dans lesquelles, au contraire, on peut reconnaître une diathèse curable. Dans ce dernier cas, la terminaison est d'autant plus favorable, que la cause qui l'a produite peut être plus facilement combattue.

Prenons un exemple : au n° 10 de la salle Saint-François, est couché un homme chez lequel la paralysie a pris la forme hémiplégique. Chez lui, le pronostic a une certaine gravité, malgré le mieux qu'il éprouve; nous avons en vain cherché un état diathésique quelconque qui expliquât sa maladie, nous n'avons rien rencontré, et il y a une persistance très grande dans les accidens. Les symptômes, leur succession, l'absence de diathèse, nous conduisent raisonnablement, et par voie d'exclusion, à supposer une altération lente et graduelle des centres nerveux.

La chlorose, la syphilis, au contraire, sont des diathèses dont la présence est d'un bon augure pour le pronostic; la syphilis surtout, pour laquelle le traitement a une si grande efficacité, qu'on peut à coup sûr, avec le temps, prédire une guérison certaine. Ajoutons, toutefois, qu'il faut que le traitement arrive assez à temps, car les lésions peuvent se produire à la suite des diathèses longtemps persistantes. Nous avons eu des exemples de l'une et de l'autre sortes.

Nous arrivons naturellement au traitement de ces maladies.

Le traitement me paraît devoir être partagé en deux parties bien distinctes : celui de la cause essentielle, principe; et celui des manifestations pathologiques qui en sont la conséquence. Dans la première partie, vous comprenez déjà l'importance qu'il y a de rechercher et de ne pas méconnaître cette cause essentielle; car de la curabilité ou de l'incurabilité de celle-ci dépend la terminaison de la maladie. Arrivez-vous à conclure à une altération fonctionnelle pathologique curable, dirigez avant tout et par dessus tout votre thérapeutique contre cette cause essentielle. Constatez-vous au contraire une lésion à laquelle vous ne pouvez vous attaquer, abandonnez le premier point du traitement, et passez au second; quelque infructueux qu'il puisse être pour la guérison, il vous donnera, encore du moins, le pouvoir de soulager et de consoler votre malade.

Parmi les causes essentielles, je vous ai signalé la chlorose, l'hystérie, certaines cachexies; n'en abandonnez jamais le traitement tant que durera le mal, sinon tous les accessoires du traitement resteront sans effet. Si, oubliant ce précepte, et laissant de côté la cause première, vous vous rejetiez sur le traitement banal et non innocent des cautères, des bains minéraux, des points de feu, vos malades n'y gagneront rien. Il n'y aura eu qu'une perte de temps, de violentes douleurs et une aggravation de leur mal. Tandis qu'au contraire, si vous combattez tout d'abord et activement la cause essentielle, vous pouvez arriver, même par cet unique traitement, à un résultat heureux, définitif.

Il faut reconnaître, d'ailleurs, qu'il est des cas dans lesquels la cause nous échappe; nous en avons un exemple au n° 19 : chez ce malade, je n'ai pu déterminer aucune cause probable de sa maladie; et, en vérité, malgré l'amélioration assez marquée qu'il éprouve, je ne suis nullement satisfait du traitement que je lui fais subir, et qui ne s'adresse qu'aux manifestations extérieures de sa maladie.

Chacune des causes essentielles entraîne son traitement avec elle. Ce sont : la chlorose, l'hystérie, la chloro-hystérie, l'ivrognerie (pour celle-ci, on doit se regarder comme favorisé quand on a pu entraver à temps la marche des accidens), l'intoxication saturnine (je tiens fort longtemps ces malades au traitement par le persulfure de fer et les bains savonneux), la syphilis, dont le traitement naturel a été si bien étudié dans ces derniers temps; il en est de même des autres cachexies.

Je tiens qu'il faut continuer, pendant tout le temps nécessaire, le traitement de chacune de ces causes essentielles, une fois qu'elles ont été bien reconnues; et je pose en principe qu'il ne faut arriver à la seconde partie de la thérapeutique que quand elles ont été convenablement modifiées.

Une fois le malade en voie de se débarrasser de son affection diathésique, je m'adresse aux accidens consécutifs, c'est-à-dire à la paralysie elle-même; et les moyens, qui, employés intempestivement, n'eussent rien obtenu, produisent alors des effets merveilleux. Or, ces moyens sont de trois sortes :

1° *Application de bains*, modifiés pour la température, suivant les sujets et les maladies, prolongés pendant deux ou trois heures chez ceux qui peuvent les supporter sans crainte d'affaiblissement, rendus sulfureux, alcalins, ou salins, ou gélatineux, d'après les indications générales ou locales, l'état des forces, de la peau et des tissus sous-jacens.

2° *Onctions avec la pommade au sulfate de strychnine.* Cette pommade, composée de 60 grammes d'axonge pour 1 gramme de sulfate de strychnine, est employée en onctions qui, répétées deux fois par jour, produisent un excellent effet. Les malades sensibles accusent, après les frictions, une certaine raideur et une certaine tension musculaire ou cutanée qu'ils n'éprouvaient pas. Ce bénéfice est bien préparé par l'usage des bains qui ont, entre autres effets, rendu la peau plus perméable à ces onctions. J'aime mieux la strychnine ainsi employée, qu'administrée à l'intérieur; dans ce dernier cas, je crois qu'elle agit plutôt sur les centres nerveux, en déterminant une congestion soit par l'effet même du médicament, soit par la gêne de la respiration que provoquent les convulsions.

Les malades chez lesquels la paralysie s'accompagne d'analgésie dans certaines parties du corps, m'ont presque toujours présenté un fait singulier : les parties analgésiées passent pour arriver à la guérison à un état d'hypéresthésie très marqué. Cette observation m'a souvent conduit, dans les cas d'hypéresthésie, à appliquer la pommade de strychnine à l'extérieur au lieu de la pommade à la morphine que j'employais auparavant, et je m'en suis plusieurs fois bien trouvé. Les malades reviennent alors à l'état normal après l'avoir d'abord dépassé.

3° *Électricité.* Le troisième moyen thérapeutique que nous employons est l'électricité, dont M. Duchenne a si heureusement déterminé les variations, et qu'il a soumises pour ainsi dire à la volonté de l'expérimentateur.

En excitant tour à tour, ou tout à la fois, suivant les caractères dominans de la paralysie, la sensibilité musculaire et cutanée, ou la contractilité, dans les parties les plus frappées par la maladie, on y réveille, comme vous avez pu le voir, les facultés qui faisaient défaut. Il suffit presque toujours, pour conserver et augmenter le bénéfice une fois obtenu, de répéter tous les trois ou quatre jours l'application de ce moyen; et l'expérience apprend bientôt à en modérer l'intensité, suivant le besoin et la tolérance des malades, aussi bien qu'à régler la durée du temps pendant lequel l'électrisation peut être faite chaque fois utilement.

Tous ces moyens combinés amènent assez rapidement la guérison des paralysies dans les cas récens bien déterminés.

Ce que j'ai dit plus haut du traitement général, au point de vue de la cause essentielle, aura dû suffire pour faire bien connaître les conditions les plus importantes et en même temps les plus variées du traitement de ces maladies. Il est facile de comprendre comment les moyens locaux du traitement, ceux du second ordre, peuvent et doivent être presque toujours les mêmes, puisqu'ils ne s'adressent qu'aux manifestations périphériques de l'action de cette cause, manifestations à peu près invariables, quel qu'en ait été le point de départ.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 Juin 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

M. Oscar HEYFELDER, d'Erlangen (Bavière), adresse un travail intitulé : *Sur la structure des glandes lymphatiques.* L'auteur s'est proposé de prouver dans ce travail : que les glandes lymphatiques sont formées par un amas de vaisseaux lymphatiques entrelacés et pelotonnés, présentant çà et là des dilatations remplies de corpuscules chylifères, et n'ayant plus, dans ces endroits dilatés, qu'une seule membrane amorphe. Le tout est soutenu par des cloisons fibreuses contractiles, et entouré d'une enveloppe de même nature.

Les glandes lymphatiques servent à perfectionner et à former définitivement les globules de la lymphe et du chyle; leur structure favorise cette fonction en ralentissant la marche du liquide.

Quant aux fibres musculaires lisses, que l'auteur a découvertes dans l'enveloppe de la glande et dans les cloisons qu'elle fournit, ces fibres favorisent la sortie de la lymphe des réservoirs qui la renfermaient. D'ailleurs, M. Heyfelder s'est assuré, par des expériences faites à l'aide du galvanisme, que l'enveloppe des glandes est réellement contractile.

Aussi, a-t-il montré l'analogie qui existe entre la rate et les glandes lymphatiques; et il croit même que les vésicules de Malpighi ne sont autre chose que des réservoirs lymphatiques qui communiquent avec les vaisseaux.

M. Constant DESPINE, médecin-inspecteur des eaux d'Aix, annonce qu'il vient de soumettre à l'influence des eaux thermales d'Aix un certain nombre d'œufs de poule, dans le but de savoir si la chaleur naturelle de ces eaux était suffisante pour provoquer le développement de l'embryon.

Des expériences qu'il a entreprises sur ce sujet, l'auteur conclut :

1° Que la chaleur des eaux sulfureuses d'Aix est plus que suffisante pour provoquer le développement du poulet dans l'œuf.

2° Que la présence de l'acide sulfhydrique dans ces mêmes eaux, est la cause directe de la mort de l'embryon par la transformation qu'il opère dans la coquille de l'œuf. Cette coquille se trouvant, en effet, beaucoup plus dure qu'à la suite de l'incubation naturelle.

L'auteur se propose de reprendre une série d'expériences, et d'en varier les conditions, dans le but de renouveler celle que fit Haller dans le dernier siècle, sur le développement de l'œuf, et de voir ce qu'il serait possible d'ajouter dans le champ de cette question, en s'aidant des travaux des embryogénistes contemporains.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Juin 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur DUFRESSE-CHASSAIGNE, sur une angine épidémique qui a régné depuis le mois de septembre 1851 jusqu'au mois de mars dernier, dans les communes de Chadurie et de Charmant (Charente).

2° Un rapport de M. le docteur ROUSSET, médecin cantonnal à Sarreguemines, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Witring en décembre dernier.

3° Un rapport de M. le docteur Foucault, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Epernay, sur l'épidémie de variole qui a régné à Etoges (Marne) pendant le premier trimestre de l'année courante.

4° Un rapport de M. le docteur AMIOT, médecin des épidémies de l'arrondissement de Baune, sur l'épidémie typhoïde qui a régné au village de Lanaus (Doubs).

5° Un rapport de M. le docteur GRUISARD, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans la commune de Baume (Jura).

6° Un rapport de M. le docteur Déhée, médecin des épidémies de l'arrondissement de St-Paul, sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans les communes de Bryas, Saulty et Fontaine-les-Herman (Pas-de-Calais).

7° Un rapport de M. le docteur TELLIER, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851.

8° Un mémoire de M. le docteur LAMBRON, de Levroux (Indre), contenant les résultats de ses observations sur les eaux minérales des Pyrénées.

9° Une observation de M. le docteur CABARET, médecin à St-Mâlo, relative à un cas de métro-péritonite, avec phlegmon des ligamens larges.

10° Une notice de M. Thomas Blizard CURLING, membre de la Société royale de Londres, sur le fongus bénin du testicule et le traitement de cette affection sans opération. (Cette notice est accompagnée des pièces pathologiques et de la représentation en cire des organes qui étaient le siége de cette affection). Cette communication et les pièces à l'appui sont renvoyées à une commission composée de MM. Velpeau, Ricord et Malgaigne).

11° Une lettre de M. BRACHET, de Lyon, qui soumet à l'Académie deux questions, l'une relative à la pénurie des cadavres destinés aux autopsies dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, depuis la fondation de certaines associations, et sur les moyens qu'il propose de concilier les intérêts de la science avec ceux de la piété; la seconde, relative aux accidens qui arrivent journellement dans les hôpitaux, à cause de la difficulté de distinguer les vases destinés à renfermer les différentes sortes de médicamens internes et externes, et aux moyens d'y obvier. (Comm. MM. P. Dubois, Guibourt, Boullay, Orfila et Guéneau de Mussy).

12° Une lettre de M. MAZADE, pharmacien à Valence, qui annonce avoir découvert du titane et de la zircône dans les eaux minérales de Neyrac (Ardèche).

13° Une note de M. RÉMY, de Châtillon-sur-Marne, sur la vaccine et la variole.

14° M. POGGIALE, pharmacien en chef et professeur de chimie à l'École du Val-de-Grâce, présente un mémoire sur les eaux et les boues minérales de Viterbe, qu'il a analysées avec le plus grand soin. Les recherches analytiques auxquelles il s'est livré et qu'il expose dans son travail, ont été prescrites par l'administration de la guerre, qui attache une haute importance à l'étude de ces eaux.

Quelques essais ont été exécutés à la source même par MM. Gillet, Dusseuil et Monseil, pharmaciens militaires, qui ont été chargés de cette opération par le Conseil de santé des armées, sur la demande de M. Poggiale. Ces pharmaciens, suivant un programme d'expériences rédigé par l'auteur de ce mémoire, ont particulièrement dosé l'acide sulfhydrique, l'acide carbonique et les gaz qui s'échappent de la source; ils ont examiné l'odeur et la saveur de l'eau, ils ont pris sa température, qui est de 58° centigrades; ils ont noté les particularités les plus intéressantes, telles que la formation des dépôts, la quantité d'eau qui s'écoule, etc. Enfin, ils ont fait évaporer cinquante litres d'eau et ils ont envoyé les résidus à M. Poggiale, qui les a soumis à une analyse rigoureuse. Il a pu ainsi constater d'une manière évidente la présence de l'iode, du brôme et de l'arsenic, déterminer avec précision les proportions des autres principes minéralisateurs et contrôler l'analyse qu'il avait faite en 1850.

Voici la composition des eaux et des boues minérales de Viterbe :

Eaux minérales.

	Eau sulfureuse, iodurée et bromurée du Bullicame.	Eau ferrugineuse iodurée et brom.
Acide carbonique libre ou provenant des bi-carbonates.	0,4520	0,248
Acide sulfhydrique	0,0097	0,004
Acide arsénique.	»	traces sensibles.
Carbonate de chaux.	0,7320	0,778
» de magnésie.	0,0140	0,008
Sulfate de chaux	1,2440	1,178
» de magnésie.	0,1470	0,302
Chlorure de calcium	0,0290	0,019
» de magnésium.	0,0070	0,008
Iodure de sodium.	0,0130	0,010
Bromure de sodium.	traces.	traces.
Alumine	0,0150	0,018
Acide silicique	traces.	0,089
Carbonate de péroxide de fer	0,0290	0,073
Fluorure de calcium	traces.	»
Matières organiques	0,1980	0,021
	2,8897	2,757

Boues minérales.

	Boues sulfureuses.	Boues ferrugineuses.
Soufre.	22,752	»
Sulfate de chaux.	0,119	3,274
Chlorures de calcium et de magnésium.	traces.	0,403
Carbonates de chaux.	0,087	70,682
» de fer.	0,237	20,693
Alumine.	»	1,057
Acide silicique et silicates.	55,768	2,720
Acide arsénique.	»	0,140
Matières organiques.	21,037	1,031
	100,000	100,000

Il existe à Viterbe deux autres sources, la première, qui est désignée sous le nom de *source magnésienne*, est employée comme laxative. La seconde a une composition qui se rapproche de celle de l'eau de Spa. Elle contient, en effet, une proportion considérable de carbonate de fer et d'acide carbonique libre qui la rend très agréable au goût.

15° Une lettre de M. Herpin, de Genève, qui sollicite la faveur d'être inscrit parmi les correspondans de l'Académie.

— L'ordre du jour appelle la lecture d'un nouveau rapport de M. H. Gaultier de Claubry, sur les pilules de Blaud.

M. Gaultier de Claubry, propose, au nom de la commission, de déclarer que l'application des dispositions favorables du décret du 3 mai 1850, doit être faite aux pilules ferrugineuses du docteur Bland.

Après une discussion que nous renonçons à reproduire, les conclusions du rapport sont repoussées.

M. Jolly fait, au nom d'une commission, un *rapport sur deux mémoires relatifs aux eaux minérales de Salins*, ayant pour titre :

1° *Recherches sur les propriétés thérapeutiques des sources minérales salines, et principalement des eaux-mères de la saline de Salins;* par M. le docteur Germain, de Salins.

2° *Etudes sur les propriétés médicales des eaux salées et des eaux-mères de Salins, suivies d'un apercu sur le sol et le climat de la contrée;* par M. le docteur Édouard Carrière.

M. le rapporteur, après quelques considérations générales pleines d'intérêt sur l'utilité de l'emploi thérapeutique des eaux-mères et sur l'absence en France d'établissemens destinés à en favoriser l'application, résume en ces termes les deux mémoires qui font l'objet de son rapport :

Il y a dans le mémoire de M. Germain, deux parties distinctes; l'une qui a pour objet l'histoire géologique du territoire de Salins, l'autre l'étude théorique et pratique des eaux minérales de cette ville, ainsi que leur application à l'hygiène et à la thérapeutique.

M. Germain, après avoir reproduit l'analyse des eaux salées et des eaux-mères, ou résidus d'évaporations, discute la valeur pharmacologique de leurs principaux élémens de minéralisation, et surtout celle du bromure de potassium, dont il oppose l'action thérapeutique à celle de l'iodure de potassium, et bien persuadé, d'après sa propre expérience comme d'après tous les témoignages de la science et de la pratique qu'il a pu réunir, que les avantages hygiéniques et thérapeutiques que l'on a obtenus de l'usage des bains de mer sont dus au brômure plutôt qu'à l'iodure de potassium, il n'hésite pas de donner aux bains de Salins une préférence marquée sur les bains de mer. Et cette préférence, il la donnerait volontiers aux bains de Salins sur toutes les eaux minérales de France. C'est ainsi qu'il propose de généraliser l'application des bains d'eaux-mères de Salins, en modifiant toutefois leurs composés minéralisateurs par l'addition des principes sulfureux, ferrugineux, alcalins, etc., suivant les intentions voulues et de manière à ce que les bains de Salins tiennent lieu des bains sulfureux, ferrugineux ou autres.

M. Germain a été à même de faire un large et fréquent usage de la médication iodo-bromurée qu'il préconise avec tant de conviction. Il l'a administrée sous toutes les formes; en topique, en douches, en boisson suivant les indications particulières qui pouvaient en faire varier le mode d'administration. Les effets sont nécessairement variables aussi, suivant le genre d'accident qu'elle est appelée à combattre, suivant la nature des fonctions auxquelles elle s'adresse; ce qui fait qu'elle peut être, suivant M. Germain, fondante, résolutive, stimulante, diurétique, sudorifique, laxative.

Pour nous faire comprendre cette variété de médication dans l'application variée d'un seul et même agent thérapeutique, l'honorable confrère s'est livré à des raisonnemens théoriques que nous n'avons pas toujours crus bien nécessaires à l'explication du fait, et qui se résument dans cette proposition générale : à savoir, que le mode d'action physiologique de l'eau iodo-bromurée de Salins la rapproche de la médication alcaline, c'est-à-dire qu'elle agit en restituant au sang les élémens alcalins dont il peut être dépouillé, et en neutralisant les élémens acides qui dominent dans ce liquide.

Ce qui donne la principale mesure de son action physiologique ou altérante, c'est la puissante influence qu'elle exerce sur la diathèse lymphatique, c'est là surtout qu'elle a trouvé, dans la pratique de M. Germain, les plus nombreux succès, son véritable triomphe. Ainsi, appliquée en topique au moyen de flanelles, sur les tumeurs glandulaires, sur les engorgemens froids, les engelures, même les tumeurs blanches, l'eau-mère de Salins en a souvent amené la résolution avec une promptitude remarquable.

Administrée en bain, elle a aussi fait justice, dans beaucoup de cas, de l'opiniâtreté désespérante de ces ganglions indurés ou suppurés qui peuvent atteindre les diverses régions du corps, des engorgemens mésentériques, des goîtres plus ou moins volumineux qui se lient à l'état scrofuleux, et surtout des ramollissemens osseux avec déviation dont la gymnastique la plus rationnelle, dont l'orthopédie la mieux combinée tenteraient en vain par elles seules la guérison.

M. Germain n'a pas été moins heureux dans l'emploi des eaux-mères de Salins contre certaines affections chroniques de la peau, telles que les dartres papuleuses, le prurigo, le lichen. Il cite également les beaux effets des bains joints aux injections d'eaux-mères contre les flux muqueux devenus chroniques et habituels, par suite d'une cause scrofuleuse ou syphilitique dégénérée, tels que les otorrhées, les ulcérations avec suppurations de la pituitaire, certaines blennorrhées ou leucorrhées.

M. Germain cite plusieurs exemples de rhumatismes chroniques, de névroses asthéniques, même de myélites chroniques, avec paralysie et incontinence d'urines, qui ont été guéries par suite de l'usage des bains et des douches de Salins. Jusqu'à présent, ajoute M. le rapporteur, nous n'avons rien à opposer à des faits que justifient également l'expérience et le raisonnement, mais nous ne proposerions pas avec la même confiance le même traitement que M. Germain conseille également contre certaines affections mentales, l'hypocondrie, la démonomanie par exemple, non plus que contre des cas de toux opiniâtre, de néphrite, de cystite, d'hépatite et autres affections de ce genre; ou du moins nous aurions besoin d'un plus grand nombre d'épreuves pour éclairer et asseoir notre opinion sur de tels faits.

Ce que nous avons mieux compris, et ce que nous admettons avec grande confiance, c'est l'application des eaux-mères à la prophylaxie, au traitement des affections scrofuleuses et tuberculeuses chez les sujets qui apportent par voie d'hérédité cette disposition de l'organisme dite lymphatique, qui semble recéler en elle-même tous les rudimens diathésiques de la tuberculisation. Il est certain que, dans ce cas, l'usage convenablement appliqué des eaux iodo-bromurées de Salins pourrait être rationnelle et salutaire, si d'ailleurs il était permis de la rapprocher de celles des eaux de mer, et si l'expérience en avait suffisamment établi l'efficacité relativement à ces dernières. Mais, hâtons-nous de dire qu'il en est de la médication dont il s'agit comme de toutes celles que leur activité seule peut rendre aussi funeste dans certaines conditions physiologiques, qu'elle peut être salutaire dans la juste mesure et l'opportunité de son application; et ici, il faut bien encore le reconnaître, les lois d'indication ou de contre-indication sont loin de pouvoir être toujours bien déterminées à l'avance. Il est des analogies de constitution physiologique ou pathologique qui ne sont qu'apparentes, des susceptibilités organiques qui échappent à toutes les prévoyances de l'art, à toute la sagacité du praticien, et qui peuvent, par cela seul, changer le sort de la médication saline, en développant tous les phénomènes d'une réaction aussi imprévue que funeste.

Il importe donc, aux bains de Salins, comme aux bains de mer, d'être averti de tous les dangers des deux médications. Aussi M. Germain, tout en préconisant la médication iodo-bromurée dans des termes que d'autres trouveront peut-être quelque peu exagérés, a néanmoins compris qu'elle devait avoir sa mesure et sa durée d'application, même dans les cas les mieux indiqués.....

Le mémoire de M. Carrière, quoique moins étendu, moins riche de faits de détails que le précédent, ne méritait pas moins d'attention de la part de la commission, par l'importance du sujet et par la nouveauté des faits qu'il contient, et peut-être devons-nous lui reconnaître d'abord un premier mérite, celui de pouvoir offrir dans un assez petit nombre de pages le résumé fidèle et complet de tous les faits qui peuvent intéresser la science et la pratique dans la question qui en est le sujet.

Appelé spécialement et pour ainsi dire officiellement par l'administration des mines de l'Est, à lui faire connaître la valeur hygiénique et thérapeutique des eaux iodo-bromurées de Salins, à proposer et à préparer le plan de travaux à exécuter pour l'établissement de bains projeté, M. Carrière a compris tout ce que lui imposait son importante mission et s'est résolument installé sur les lieux pendant plusieurs mois pour l'accomplir.

Non seulement il a pu explorer les lieux jusque dans leurs moindres détails et s'enquérir de tous les documens dont il lui a été permis de s'éclairer; non seulement il a su mettre à profit tous les travaux de ceux qui l'avaient précédé dans la même voie de recherches, les juger, les apprécier, les soumettre à l'épreuve du contrôle et de l'expérience; mais il a pu y ajouter de nouveaux faits, y répandre de nouvelles lumières, et donner ainsi un nouvel intérêt à toutes les questions qui se rattachaient à l'objet de sa mission.

Toutes les matières de son travail se rangent sur les deux principaux chefs : études médicales des eaux de Salins, aperçu du sol et du climat de la contrée; toutes se renferment dans autant de chapitres distincts, qui ont pour objet :

La nature et la composition des eaux salées et des eaux-mères de Salins ;

Les eaux salées et les eaux-mères de Salins, comparées à l'eau de la mer;

Les eaux-mères de Salins comparées aux eaux-mères de la France et de l'Allemagne ;

Le mode d'action physiologique des eaux salées et des eaux-mères;

Leurs effets thérapeutiques et le mode d'administration des eaux et des résidus de Salins.

Ce qui distingue plus particulièrement le travail de M. Carrière à côté de celui de M. Germain, c'est la rigoureuse précision qu'il a su apporter dans l'étude comparative des eaux salées et des eaux-mères de Salins comparées à l'eau de la mer, ainsi qu'aux eaux-mères de la France et de l'Allemagne; ce sont les déductions pratiques qu'il fait sortir de cette appréciation comparative; c'est la juste part de succès qui revient à chacune d'elles dans le traitement des nombreuses assertions auxquelles elles ont été opposées. Ce que M. Germain avait fait pour l'étude comparative des eaux de sources de Salins, M. Carrière l'a fait, en outre, pour ces dernières comparées aux eaux de la mer, aux eaux de Balaruc, de Béarn, de Kreussnach, de Sassendorf, et toujours pour en tirer des résultats et des avantages d'application au profit de la médication iodo-bromurée de Salins.

M. Carrière a attaché une importance toute particulière à l'usage simultané des eaux salées prises à l'intérieur, et des eaux-mères administrées en bain ou autrement. Il pense que ce nouveau mode d'administration est nécessaire pour compléter la médication et pour en assurer le succès. Il conseille pourtant, dans certains cas, de faire alterner les deux modes d'administration au lieu de les employer simultanément.

Quant aux cas pathologiques contre lesquels M. Carrière conseille plus spécialement la médication iodo-bromurée, il place en première ligne le lymphatisme comme source commune de toutes les formes d'affections scrofuleuses qui en dérivent, et contre lesquelles on chercherait en vain, dit-il, une médication aussi puissante et aussi efficace. En cela il y a, comme on le voit, parfaite concordance d'opinion entre les deux auteurs, et nous n'avons pas besoin d'ajouter que les faits thérapeutiques ne pouvaient manquer de venir à l'appui de leur commune opinion dans un pays où l'expérience ne s'acquiert que trop facilement sur de telles affections. C'est là en effet, dans cette région, où les terrains magnésiens abondent, où l'iode disparaît pour ainsi dire des localités, ou du moins ne se trouve plus combiné aux élémens matériels de la vie que dans de faibles proportions; c'est là, dis-je, que la médication iodo-bromurée comme succédanée de l'iode et de ses composés, pouvait être à la fois nécessaire et salutaire; et c'est ainsi, en effet, d'après M. Carrière, que le succès des eaux de Salins est devenu presque populaire dans cette contrée, comme si, là aussi, la Providence eût placé à dessein le remède à côté du mal. Le goître, le crétinisme, le rachitisme, les engorgemens ganglionnaires, les affections tuberculeuses, toutes les formes de diathèse scrofuleuse figurent nécessairement au premier chef dans l'heureuse application du traitement. La chloro-anémie, les asthénies nerveuses qui n'en sont que la cause la plus fréquente, les rhumatismes chroniques, les syphilides, telles sont encore les affections contre lesquelles M. Carrière préconise plus spécialement la médication iodo-bromurée de Salins à laquelle il donne aussi toutes ses préférences sur les bains de mer. Que si nous lui opposions en faveur de celle-ci la puissante influence de l'air maritime, de l'habitation, de la plage, de l'action vive et bienfaisante de l'insolation locale, de l'exercice de la natation ou de l'action non moins salutaire de la douche de la lame, toutes circonstances qui peuvent coopérer si puissamment aux effets pharmacologiques et hygiéniques de la médication saline, M. Carrière, sans en nier tous les bienfaits, nous répond que toutes ces diverses influences sont victorieusement balancées, non seulement par le fait de la médication iodo-bromurée, mais aussi par l'avantage de varier à volonté sa puissance d'action, suivant les indications pathologiques ou les conditions individuelles, de la gradner, de l'abréger ou de la prolonger à son gré, de l'adapter pour ainsi dire aux individualités morbides plus facilement et plus sûrement que par l'usage des bains de mer qui sont nécessairement identiques, invariables.

C'est encore sous ce point de vue que nous avons dû trouver d'accord MM. Germain et Carrière; mais il s'en faut bien que les deux auteurs partagent la même opinion relativement aux cas d'applications des bains de Salins. Non seulement M. Carrière en a déterminé l'usage dans des limites plus restreintes que ne l'avait fait son prédécesseur, mais il en a signalé quelques inconvéniens, et en a combattu quelques abus. Et, en cela, nous croyons qu'il a mieux compris les intérêts de la science, mieux servi la cause de l'administration. M. Carrière a surtout élevé des doutes sur l'efficacité des bains de Salins contre les affections papuleuses de la peau, contre le prurigo en particulier, qu'il a vu se transformer en eczéma aigu, sous l'influence de ce traitement; contre l'ecthyma, qu'il a vu prendre la forme suraiguë après quelques jours du même traitement; bien qu'il conseille l'usage intérieur de l'eau salée dans le cas de tuberculisations pulmonaires, il repousse de la manière la plus absolue l'usage des bains de Salins dans la même affection.

Du reste, malgré tout le temps qu'il a dû consacrer à étudier la question thérapeutique des bains de Salins, M. Carrière n'a pu réunir un aussi grand nombre de faits cliniques que M. Germain; mais on voit pourtant qu'il ne s'est pas borné à l'examen et à l'appréciation de ceux que pouvait lui offrir la pratique des médecins de la ville et des hôpitaux de Salins, qu'il y ajoute un certain nombre de faits qui lui sont propres; et s'il faut regretter qu'ils ne soient pas plus nombreux, ils n'en confirment pas mo[illegible] l'efficacité de la médication iodo-bromurée appliquée dans tou[illegible]nditions voulues d'opportunité, comme ils témoignent surtout du [illegible]ère indépendant et de l'esprit judicieux de l'auteur.

Dirons-nous, toutefois, avant de terminer, que tous les faits réunis en faveur de la médication alcaline de Salins, quelle que soit leur importance dans la question d'application pratique, sont loin de résoudre la question des propriétés thérapeutiques de la médication bromurée opposée comme succédanée à la méd[illegible] iodurée? Sous ce rapport, votre commission n'a pu admettre comme suffisamment démontrée cette proposition au moins contestable de MM. Germain et Carrière, que l'action médicatrice des bromures est deux fois supérieure à celle des iodures alcalins. Elle a pensé que si des expériences comparatives entre les deux médications ont pu attribuer à la première une action physiologique ou toxicologique plus énergique qu'à la seconde, elles ne peuvent justifier des préférences d'application clinique qui ne lui paraissent pas encore suffisamment fondées. Mais si elle n'a pu partager l'opinion des auteurs sur ce point, elle n'en conclura pas moins que leurs travaux ont une valeur réelle dans la solution de la question, qu'ils contiennent des faits nouveaux de chimie appliquée, de pharmacologie et d'hydrologie médicale, dont la publicité peut intéresser à la fois l'hygiène et la thérapeutique. En conséquence, elle a l'honneur de vous proposer de les renvoyer au comité de publication et d'adresser en même temps à leurs auteurs des remercîmens et des encouragemens.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Avril.

Note sur les fièvres intermittentes pernicieuses; par M. Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Si la fièvre pernicieuse n'apparaît que de loin en loin à Paris, il n'en est pas de même dans la plupart des campagnes; pendant huit ans et demi, dit M. Delasiauve, j'ai habité une circonscription où, sur un total de 144 fièvres intermittentes, la fièvre pernicieuse figurait pour une proportion de 38, c'est-à-dire un peu plus d'un quart. Rien de moins défini dans leur expression symptomatique que les fièvres pernicieuses. Diverse selon les appareils qui supportent la profonde atteinte nerveuse, cette expression varie surtout en raison du mode d'attaque dont les organes sont frappés. De là cette multiplicité de formes dont on trouve la nomenclature dans les auteurs. Onze de ces cas ont particulièrement revêtu la forme cérébrale: accablement mélangé d'agitation, de délire, et même, notamment chez les enfans, de mouvemens convulsifs. Chez six malades, le coma plus ou moins voisin de l'apparence apoplectique a été le phénomène prédominant, auquel chez l'un d'eux se joignait une hémiplégie prononcée. Sept fois, le mal a pris le caractère d'une violente perturbation abdominale; c'étaient des déchiremens d'entrailles, des

points douloureux, des défaillances, des constrictions à la région épigastrique, des évacuations bilieuses ou autres. Quatre fois les symptômes cérébraux et intestinaux, réunis, simulèrent une forte gastro-méningite ou une fièvre typhoïde intense. Dans deux autres cas, l'aspect fut celui d'une véritable pneumonie. Chez un malade, le principe des accidens paraissait consister dans une modification de la sensibilité rachidienne; les membres, le dos, les parois abdominales étaient le siége de douleurs, de crampes, de fourmillemens; il y avait à la peau une sensation de froid que ne justifiait point la chaleur de cette partie; la sueur exhalait une odeur de souris. M. Delasiauve a également rencontré isolément les formes algide, névralgique et nerveuse. Chez trois individus enfin, les accès présentaient quelque chose d'indéterminé; il y avait seulement prostration, anxiété profonde, tendance à pleurer, altération des traits, etc. Les types ont été divers; comme pour les fièvres simples, le tierce a été le plus fréquent; sur 29 cas, 14 fièvres tierces, 9 quotidiennes, 5 quartes; et chez le vingt-neuvième malade, la fièvre affectait le type septenaire, c'est-à-dire que les accès se sont reproduits de sept en sept jours; mais comme ils durèrent environ quatre jours, l'intervalle apyrétique n'était que de trois jours.

L'absence de marais dans le pays, du reste, salubre, habité par M. Delasiauve, exclut l'idée de l'influence paludéenne à laquelle on a fait jouer un rôle important dans la production des fièvres intermittentes et pernicieuses. L'action des vicissitudes atmosphériques, conformément à l'opinion émise par MM. Fourcault et Michel, lui paraît moins improbable; mais cette action ne serait pas la seule. D'autres causes, à la fois physiques et morales, ont ostensiblement agi chez plusieurs malades; ainsi, chez l'un une fatigue extraordinaire, chez un second des démarches pénibles, chez un troisième des inquiétudes analogues, chez un quatrième des voyages précipités et une perte d'argent, chez un cinquième un procès, chez un sixième un refroidissement étant en sueur. Chez cinq à six autres enfin, les accès se sont manifestés dans la convalescence ou même dans le cours d'autres états pathologiques, d'une bronchite capillaire, d'une grave pneumonie, d'une couche récente, d'une affection organique du cœur, d'une maladie chronique des viscères, d'une phlegmasie pulmonaire, d'une fièvre typhoïde.

La fièvre intermittente pernicieuse mérite surtout le nom d'insidieuse. Même en la reconnaissant, on ne saurait l'affirmer d'une manière positive. On a pensé que, sous le masque qui la recouvrait, il était toujours possible, en y regardant de près, de constater quelques-uns des stades caractéristiques de la fièvres intermittente. Telle n'est pas l'opinion de M. Delasiauve. Ni collectivement, ni séparément, les périodes de frisson, de chaleur et de sueur n'ont ostensiblement constitué le substratum des accès. L'imprévu des accidens, leur forme anormale, les inégalités de leur cours, leur soudaine et souvent inexplicable gravité, la transition non moins inattendue d'un état menaçant à une situation pleinement rassurante; telles sont les circonstances sur lesquelles doit s'appuyer le diagnostic. Rarement le pouls fournit des indications certaines; souvent il est petit, inégal, mou et d'une fréquence qui permet à peine de le compter; mais dans beaucoup de cas aussi, malgré l'intensité du trouble morbide, il s'éloigne peu du rhythme normal; quelquefois même il acquiert une remarquable lenteur. Les urines, de leur côté, éprouvent des modifications, mais qui n'ont été que vaguement appréciées. On rencontre, au contraire, un symptôme qui, lorsqu'il existe, est de nature à inspirer la plus vive défiance, c'est une certaine sécheresse de la langue, qui commence dans les accès, [illegible] les précède ou les suit.

En général, le pronostic des fièvres pernicieuses est très grave; toutefois, si, traitées par des moyens insuffisans, elles se terminent le plus souvent par la mort, il en est tout autrement lorsqu'on leur oppose à temps une médication appropriée. Trente-deux des malades de M. Delasiauve ont guéri; tous ont pris du sulfate de quinine. Sept seulement ont succombé du 2[e] au 4[e] accès; aucun, soit précipitation des symptômes, soit méconnaissance de la maladie, n'avait été souuis à son administration.

Nouvelles remarques sur les varices artérielles (anévrisme cirsoïde) du cuir chevelu; cas de guérison par la galvano-puncture.

On sait que cette grave affection a été considérée, par M. Robert, comme étant de nature à réclamer la ligature du tronc artériel principal du membre, ou de la partie sur laquelle ces tumeurs sont situées. L'analogie que cette affection présente avec quelques tumeurs érectiles, avait cependant conduit quelques chirurgiens à supposer que l'on pouvait lui opposer quelques-uns des moyens employés pour combattre le *nævi materni*, tels que la compression, la cautérisation, la suture entortillée et la galvano-puncture. Le fait suivant est de nature à faire espérer beaucoup de ce dernier moyen :

Une jeune femme, d'environ 20 ans, entra dans le service de M. Nélaton, avec une tumeur située au-dessus de la bosse nasale, s'étendant au plus vers le côté gauche du front, ayant 3 centimètres dans tous les sens, manifestement constituée par des vaisseaux repliés sur eux-mêmes, dont on constatait très facilement les flexuosités par le toucher, et dans laquelle on percevait en même temps un frémissement prononcé, au moment de la diastole artérielle. Lorsqu'on venait à remplacer le doigt par l'oreille, on constatait un bruit de souffle continu avec renforcement. Ces varices artérielles s'étaient montrées, au dire de la malade, peu de temps après une forte contusion reçue deux ou trois mois auparavant. L'électricité fut appliquée de la manière suivante : deux aiguilles furent implantées dans les points de la tumeur, où l'on sentait des battemens très apparens, puis mises en rapport avec un système de piles de Bunsen, composé de trente couples, que l'on fit agir par courans non interrompus pendant dix minutes. La douleur fut très faible, même pendant l'action de l'électricité; et le lendemain, à la visite, on appréciait les bons résultats de cette première application. Dans le rayon d'un centimètre du point d'implantation de l'aiguille qui avait été mise en contact avec le pôle primitif de la pile, on constatait une dureté témoignant de la coagulation du sang contenu dans les flexuosités artérielles qui constituaient cette portion de la tumeur. Une semblable application de l'électricité fut pratiquée huit jours plus tard dans un autre point de la tumeur, et amena le même résultat. Bref, six séances de galvanisation suffirent pour éteindre les battemens dans toute l'étendue de la tumeur, et amener l'oblitération du lacis d'Artius qui la constituait. Les parties dures se résorbèrent peu à peu, sans ramener la perméabilité des varices artérielles; et la guérison de cette jeune femme vint montrer que la galvano-puncture ne mérite pas le dédain dans lequel elle a été tenue par quelques chirurgiens.

Des meilleurs moyens hémostatiques contre l'épistaxis, ou hémorrhagie nasale; par M. Réveillé-Parise.

Les trois moyens que l'auteur dit avoir employés jusqu'à présent avec un succès constant, sont les suivans : le premier est l'emploi de bourdonnets de charpie fortement imbibés d'alcool. C'est un styptique des plus puissans et d'une grande énergie d'action. L'impression qu'il détermine sur la pituitaire ne laisse pas que d'être vive et même un peu douloureuse; mais elle est passagère, et, dans beaucoup de cas, elle arrête assez promptement les épistaxis. Le point essentiel est d'absterger de sang autant que possible la narine d'où ce flux s'écoule. Pour cela, on fait moucher le malade, on passe rapidement un bourdonnet sec dans la narine, puis on introduit aussitôt les bourdonnets alcoolisés. On comprend, en effet, que plus il y a de sang dans la narine, plus l'alcool est dilué, et moins il a d'action.

Le second moyen est un mélange formé à parties égales d'alun et de gomme arabique en poudre. On insuffle fortement ce mélange dans la narine, siége de l'hémorrhagie; puis on y introduit des bourdonnets roulés dans cette même poudre. Bientôt il se fait un magma de coagulum avec le sang qui arrête l'épistaxis. La seule précaution à prendre est d'attendre, avant d'ôter les bourdonnets, que la narine soit humide, pour qu'elle se détache facilement. On peut aussi, dans ce cas, recourir à l'eau tiède; mais il faut être bien assuré que l'hémorrhagie est non seulement arrêtée, mais qu'elle ne se renouvellera pas.

Enfin, le troisième moyen, le plus simple et le meilleur de tous, est l'emploi du coton en rame ou coton cardé. Il y a plusieurs précautions qui ne doivent pas être négligées : il faut d'abord nettoyer la narine malade autant que possible du sang qui peut y être épanché; en second lieu, choisir un coton bien pur, blanc, sans la moindre trace de corps étranger, puis en former des bourdonnets en nombre suffisant pour bien remplir les narines, bourdonnets qui ne soient ni trop pressés ni trop mous; car, dans le premier cas, le sang ne pourrait pénétrer dans les interstices de cette substance; et dans le second, il les traverserait avec trop de facilité, et l'hémorrhagie pourrait continuer.

Observation d'une hernie étranglée réduite à l'aide du vomissement spontané; par M. Galiay, docteur-médecin à Tarbes.

Observation relative à une femme de 45 ans, affectée d'une double hernie inguinale, chez laquelle la hernie inguinale gauche était étranglée depuis vingt-quatre heures. Tumeur allongée de la grosseur d'une forte noix, dure, sensible et résistante. Après une demi-heure de taxis, l'auteur allait le cesser pour avoir recours à l'emploi d'autres moyens, lorsque la patiente fut prise de vomissemens; et au mouvement de retrait qui s'opéra dans toute la région abdominale, M. Galiay prévit la possibilité de la rentrée de la hernie. Dans un nouvel effort de vomissement, il se fit un haut-le-corps et un retrait si brusque des circonvolutions du tube digestif, que la hernie fut rudement entraînée dans la cavité abdominale. Les vomisssemens s'amoindrirent aussitôt, mais ils continuèrent cependant encore quelques instans, ce qui fit craindre un étranglement interne par la rentrée simultanée de la hernie et de son enveloppe. Il n'en fut rien, toutefois : les fonctions physiologiques reprirent leur cours habituel, à la suite de l'usage d'une potion opiacée. L'auteur se demande, en présence d'une solution si simple et si facile, amenée en grande partie par un accident naturel, si on ne devrait pas provoquer artificiellement les vomissemens dans les cas de hernie peu volumineuse, et alors qu'une opération, toujours douteuse, serait la seule chance de salut.

PHARMACIE.

SIROP DE TÉRÉBENTHINE.

Le *Codex* ne fait aucune mention du sirop de térébenthine. Dans l'*Officine*, nous faisons connaître deux formules de ce sirop, la première, d'après la pharmacopée sarde, la seconde d'après Taddei.

M. le professeur Trousseau, employant fréquemment dans sa pratique de ville le sirop de térébenthine dans les cas de catarrhes chroniques de la vessie et du poumon, de suppurations anciennes abondantes, et éprouvant quelque difficulté à obtenir de la part des pharmaciens le produit qu'il entend prescrire, nous a fait l'honneur de nous écrire la lettre suivante :

« Il y a quelques jours, une de mes prescriptions, portant du sirop de térébenthine, a été exécutée par un pharmacien de Paris qui a fourni une mixture, laquelle a singulièrement troublé l'estomac de mon malade. M'en étant plaint, et ayant fait prendre le sirop chez un pharmacien où je savais l'avoir selon mon désir, j'ai reçu du premier la lettre que je vous envoie.

» Déjà, dans trois ou quatre pharmacies, le sirop en question a été fourni dans les conditions dont je me plains; tandis que dans d'autres, préparé d'après la formule indiquée dans mon *Traité de thérapeutique*, il est limpide et peut se donner sous forme édulcorante, exactement comme le sirop de Tolu.

» Évidemment, la formule que nous avons adoptée donne un véritable *sirop officinal*; la vôtre ne donne qu'une *préparation magistrale* dont je reconnais la bonté dans quelques cas, mais qui ne peut être indiquée d'une manière générale.

» Vos ouvrages faisant autorité en pharmacie, j'ai cru devoir vous faire ces remarques, afin d'appeler votre attention sur le mode de préparation du médicament en question.

» Agréez, etc..... »

Nous avons dit plus haut que nous avions donné dans notre ouvrage deux formules de sirop de térébenthine. D'après la lettre que M. le professeur Trousseau joint à la sienne, nous voyons que c'est la deuxième qui donne, en effet, un produit magistral, que le pharmacien a suivi comme plus expéditive. Mais la première formule, comme celle du *Traité de thérapeutique*, donne une préparation officinale. Nonobstant ce fait, reconnaissant la supériorité de cette dernière, nous allons la reproduire ici, en recommandant à nos confrères de la suivre comme plus rationnelle et comme donnant un produit préférable à tous égards à celui des deux formules de l'*Officine*.

Voici la formule du *Traité de thérapeutique* :

Sirop de térébenthine :

Térébenthine au citron. 100
Eau. 375

Faites digérer pendant deux jours, en ayant soin d'agiter fréquemment, puis faites un sirop à la manière de celui de baume de Tolu, en ajoutant :

Sucre blanc. 750

Ce sirop renferme, outre des principes résineux sur la nature desquels on n'est pas bien fixé, de 1/100 à 1/60 de son poids d'essence de térébenthine. Il est limpide, d'une odeur aromatique très suave, et d'une saveur très agréable.

Nous remercions infiniment M. le docteur Trousseau de son attention. Nous serions très heureux que les praticiens, dont les formules seraient défigurées dans les ouvrages de pharmacie, et en particulier dans les nôtres, ou dont les prescriptions seraient quelquefois mal comprises par les pharmaciens, imitassent l'exemple donné par le professeur de matière médicale de la Faculté de médecine de Paris, en nous le faisant connaître. C'est le moyen d'établir entre la prescription et la préparation des médicamens, une corrélation profitable à la thérapeutique.

Dorvault.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

On assure que M. Orfila a déposé, dans la dernière séance des assemblées de la Faculté de médecine, une proposition ayant pour but, dans le cas où la Faculté serait appelée à présenter une liste de candidats, de désigner une commission devant laquelle les aspirans aux chaires vacantes par la démission de deux professeurs, seraient tenus de se présenter et de faire l'exposition de leurs travaux et de leurs titres. Cette proposition devrait être discutée à la prochaine réunion des professeurs. Nous l'avons toujours pensé et nous l'avons souvent dit : on reviendra tôt ou tard au principe du concours.

— Le gouvernement paraît avoir reçu l'adhésion de l'Autriche à la convention sanitaire internationale délibérée par le congrès qui s'est réuni l'an passé à Paris. Cette adhésion, due aux persévérans efforts de M. David, envoyé extraordinaire en Autriche, est un fait important en ce qu'elle entraîne l'adhésion de plusieurs États italiens.

— On dit qu'une congrégation religieuse, principalement instituée pour le soulagement des malades, et qui possède déjà plusieurs établissemens en activité dans quelques départemens, se propose de présenter un projet au conseil de l'assistance publique, ayant pour but de se charger du service des infirmiers et des infirmières dans les hôpitaux et hospices de Paris. On sait que ce service est l'objet de vives sollicitudes de l'administration nosocomiale.

Bibliothèque de la Faculté de médecine — L'avis suivant, daté du 4 courant et signé de M. Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, vient d'être placardé à l'École de médecine :

« De nombreuses soustractions de livres ou de portions de livres ayant été faites à la Bibliothèque, et ces actes coupables ayant été probablement commis par des étrangers à la Faculté, MM. les élèves sont prévenus qu'à l'avenir ils ne seront admis à la Bibliothèque que sur la présentation d'un ecarte d'entrée qui se délivre au secrétariat. »

Nécrologie. — Le docteur Moreno, pharmacien, membre du Conseil de l'instruction publique, professeur de pharmacie, ancien professeur de cette Faculté à l'Université de Madrid, l'un des chimistes les plus distingués de l'Espagne, vient de mourir subitement des suites d'un ancien anévrysme.

Longévité. — Il existe actuellement à Séville, dans la rue de La Plata, une femme des environs d'Antequerra, agée actuellement de 118 ans et mariée depuis l'âge de 36 ans. Cette femme a eu 17 enfans; elle a eu et a en ce moment 36 petits-fils et petites-filles, 31 arrière-petits-fils et 14 arrière-arrière-petits-fils. Elle a perdu son mari, il y a 8 ans; elle a conservé jusqu'ici tous ses sens et toutes ses facultés.

Fécondité. — D'après un journal de Liége, Belgique, il existe dans cette ville une femme de 33 ans, dont la fécondité est vraiment extraordinaire. Ces jours derniers, elle a encore mis au monde trois enfans; ce sont les 22[e], 23[e] et 24[e]. En neuf années de mariage, elle a eu ainsi 24 enfans du sexe féminin et très bien portans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 73. SIXIÈME ANNÉE. **Samedi 19 Juin 1852.**

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE LA SUBSTITUTION DU BLANC DE ZINC AU BLANC DE PLOMB DANS L'INDUSTRIE ET DANS LES ARTS.

(Suite. — Voir les numéros des 8, 10 et 15 Juin.)

Malgré la découverte de l'abbé Dony, tout le travail d'application restait à faire, lorsqu'en 1835, un industriel habile, M. Leclaire, fit, pour réaliser la pensée de Guyton de Morveau, de nouveaux essais, qu'il ne rendit publics qu'après neuf ans d'étude et de courageuse persévérance, et qui ne paraissent avoir attiré l'attention des corps savans qu'en 1849, c'est-à-dire après quatorze années.

M. Leclaire, reprenant les travaux de Guyton de Morveau et de Courtois, mais avec les données nouvelles de la science, et, par conséquent, avec des principes de fabrication entièrement différens, a eu le mérite et le bonheur de créer un mode de production en grand, qui, non seulement, paraît être le seul à l'aide duquel on puisse obtenir des blancs de zinc de première qualité, mais qui encore permet de livrer la matière produite au même prix que la céruse,

Son système, qui est très simple, consiste essentiellement en un certain nombre de cornues qui correspondent directement avec un appareil de condensation. Ces cornues sont placées dans un four silésien. Quand la température est suffisamment élevée, on introduit le zinc dans les cornues. Le métal brûle avec flamme, se volatilise, et vient se combiner avec l'oxygène de l'air atmosphérique à la bouche des cornues. L'oxyde de zinc, ainsi formé, passe dans l'appareil de condensation, d'où, par des trémies, il tombe et s'accumule dans des tonneaux disposés pour le recevoir.

La fabrication, ainsi établie, se fait avec une telle abondance et une telle facilité, qu'un four renfermant dix cornues peut fournir trois mille kilogrammes de blanc de zinc par jour.

Les produits que M. Leclaire est parvenu à obtenir avec ses appareils ingénieux, sont de trois qualités différentes : le produit du plus beau blanc, appelé *blanc de neige*, qui correspond au *blanc d'argent* ou blanc de plomb, est du peroxyde de zinc; le *blanc de zinc*, qui est destiné à remplacer la *céruse*, est du protoxyde; enfin, après la *distillation* du zinc, il reste dans les cornues une poussière ou *gris de zinc*, qui est encore de l'oxyde, mais un oxyde rendu impur par son mélange avec des substances de diverse nature.

Pour couronner son œuvre importante, qui eût été imparfaite s'il avait fallu associer au blanc de zinc, dans la peinture, une huile siccative préparée avec le plomb, M. Leclaire, se livrant à de nouvelles recherches, a trouvé le moyen de fabriquer une huile siccative avec l'aide d'un métal sans danger pour la santé, c'est l'huile siccative au manganèse.

Ainsi, grâce à l'opiniâtreté des efforts de M. Leclaire et à sa puissance de volonté, se trouve créée une industrie nouvelle, qui lutte contre l'industrie de la céruse, non seulement par le prix et la qualité de ses produits, mais surtout par l'absence de tout danger pour la santé publique. Sous ce dernier point de vue, elle constitue un véritable bienfait pour l'humanité. M. Leclaire, peintre en bâtimens, a assuré, le pinceau à la main, le succès de sa découverte et rendu évidens les services qu'elle peut rendre à l'industrie, aux arts, à la science. Une association riche et puissante, prenant sous son patronage l'industrie nouvelle, a répandu la lumière partout, sillonné la France de ses agens, installé des dépôts sur tout le globe, traduit ses prospectus dans toutes les langues. Sous cette énergique impulsion, la fabrication de l'oxyde de zinc prend chaque jour une extension plus grande. Depuis quelques années, une quantité considérable de cette substance a été jetée dans le commerce de la peinture, en France, en Belgique et en Amérique. Et cette industrie que nous voyons ainsi grandir est une industrie toute française, car elle est le fruit des recherches des savans et des industriels français; et de plus, si la France ne possède ni le plomb, ni le zinc qui lui sont nécessaires, si sous ce rapport elle est tributaire des pays étrangers, il est à remarquer que, tandis que les mines de plomb appartiennent à des maisons privées de l'Espagne et de l'Allemagne qui importent en France ce métal et en exportent la valeur, les mines de zinc de la Belgique, qui sont montées par actions, appartiennent au contraire presque exclusivement à des actionnaires français, de sorte que, si le minerai vient de l'étranger, le produit de l'exploitation reste en France.

Examinons maintenant, d'une manière sommaire, les avantages que présente l'emploi du blanc de zinc au point de vue industriel; nous étudierons ensuite son influence sur la santé des ouvriers.

Aucune industrie, peut-être, n'a été mieux étudiée, mieux contrôlée que l'industrie créée par M. Leclaire. L'Académie de médecine, l'Académie des sciences, la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, ont eu à se prononcer sur sa valeur. Le gouvernement lui-même a été saisi de plusieurs demandes à ce sujet. De nombreuses commissions, composées de médecins, de chimistes, d'ingénieurs, d'architectes, ont élaboré cette intéressante question. Des expériences officielles ont été faites et répétées. Des enquêtes ont eu lieu dans plusieurs ministères et au conseil de salubrité. Les travaux de peinture dirigés par M. Leclaire ou exécutés sous son inspiration, et qui, aujourd'hui, sont en nombre considérable, ont été inspectés après plusieurs années d'exécution. Des entrepreneurs, des fabricans, des peintres, des architectes, ont fait connaître le fruit de leur expérience personnelle. Les résultats obtenus dans des conditions si diverses, ont été comparés avec les résultats connus de la peinture à la céruse. Enfin, les jugemens qui ont découlé de tant de recherches et d'études ont été consignés dans des rapports, dont la réunion forme une masse imposante de documens à consulter.

C'est après avoir exploré avec soin ces matériaux si abondans et si dignes de foi, que nous nous croyons en droit d'exposer les considérations qui suivent.

A n'envisager que la facilité de fabrication, tout l'avantage est du côté du blanc de zinc comparé à la céruse. En effet, tandis que la production du carbonate de plomb exige plusieurs mois, celle de l'oxyde de zinc s'obtient par une sublimation et une combinaison chimique aussi rapides que la pensée.

La céruse est presque toujours adultérée dans le commerce; c'est un mélange de plomb, de terre de Meudon, de blanc de Troyes, de baryte, de kaolin, etc. L'oxyde de zinc, au contraire, est toujours pur, et ne comporte point de pareils mélanges, à cause de sa légèreté.

Les blancs de zinc ne sont pas plus chers que les préparations saturnines auxquelles ils font concurrence, et l'on doit espérer que de nouveaux perfectionnemens permettront d'en abaisser les prix.

Si la peinture au blanc de zinc réclame quelques précautions spéciales pour donner les résultats les plus parfaits pos-

Feuilleton.

LETTRES SUR LA CHIMIE CONSIDÉRÉE DANS SES APPLICATIONS A L'INDUSTRIE, A LA PHYSIOLOGIE ET A L'AGRICULTURE; — NOUVELLES LETTRES SUR LA CHIMIE, etc.; par M. Justus LIÉBIG, édition française publiée par M. Charles GERHARDT. — 2 vol. in-18, avec un portrait de M. Liébig. Paris, 1847-1852. Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Les destinées de la chimie ne sont plus contestées; elles s'accomplissent paisiblement; son intervention la plus hardie dans le domaine des phénomènes physiologiques est aujourd'hui généralement acceptée; en vain quelques esprits attachés aux dogmes d'un vitalisme qui a fait son temps, repoussent le droit, ils sont forcés de subir le fait et la chimie agrandit tous les jours ses conquêtes sur le terrain même le plus disputé de la physiologie. L'un des savans qui ont le plus contribué à imprimer la direction actuelle des esprits en physiologie est, sans contredit, le savant professeur de Giessen, M. Liébig. C'est à son enseignement, à ses travaux, à ses recherches rapidement popularisés, non moins qu'à l'enseignement, aux travaux et aux recherches du chimiste français, dont le nom se présente à l'esprit de tous les lecteurs, de M. le professeur Dumas, que la physiologie doit l'impulsion qu'elle a reçue et les découvertes précieuses qu'elle a récemment faites. L'ouvrage de M. Liébig qui a le plus servi ce mouvement des idées est l'ouvrage intitulé : *Lettres sur la chimie*, dont le premier volume parut en France en 1847. Un second volume vient d'être ajouté à cette première publication. Dans les cinq ans qui se sont écoulés depuis la publication du premier volume, que de progrès accomplis dans la direction imprimée par M. Liébig ! Certainement il n'aurait plus besoin d'écrire aujourd'hui ce passage de sa première lettre de 1847 : « Ne voyez-vous pas maintenant ce qui manque à la physiologie? La conviction intime de nos grands physiologistes ne se trahit-elle pas à chaque parole qu'ils prononcent, à chaque expérience qu'ils exécutent? N'est-ce pas que la connaissance des formes extérieures ne leur suffit plus, et qu'ils sont pénétrés d'une étude plus profonde, plus intime, c'est-à-dire d'une étude chimique de l'organisme ?....

» Quand d'autres physiologistes, d'une moindre portée, reprochent à la chimie que tous ses résultats leur sont inutiles et sans application fructueuse, c'est assurément bien à tort, car ces physiologistes n'en comprennent ni le sens, ni l'usage... Et d'ailleurs, la physiologie n'est-elle pas tout autant dédaignée que la chimie, par beaucoup de médecins qui font à la physiologie précisément les mêmes reproches, tout aussi peu fondés?

« Le médecin qui a appris la médecine, non comme une science, mais comme un art purement pratique, ne reconnaît aucun principe; il n'y a pour lui que des règles empiriques, il n'admet que ce qui, dans tel ou tel cas particulier, a produit un bon ou un mauvais effet. L'art empirique ne s'inquiète pas du pourquoi, il ne s'occupe pas des causes; et cependant, de quel point de vue le médecin ne jugerait-il pas l'état pathologique de l'économie humaine, s'il en connaissait suffisamment l'état normal, s'il avait des idées nettes sur la marche de la digestion, de l'assimilation, des sécrétions; quelles modifications profondes n'en recevrait pas le traitement des maladies ! Quand on voit, chez le médecin, cette absence de notions exactes sur les forces, sur les causes et leurs effets; cette ignorance des phénomènes de la nature, ce manque d'une instruction réelle en physique et en chimie, faut-il s'étonner que des hommes, d'ailleurs intelligens, aient pu prôner les idées les plus absurdes, que la doctrine d'Hahnemann ait pu naître en Allemagne et faire des prosélytes dans tous les pays? Le seul bon sens ne garantit de la superstition, pas même les nations, mais le développement de l'esprit et des connaissances fait perdre à l'enfant la peur des fantômes. »

Toute une révolution s'est faite en France sous l'impulsion de ces idées; on comprend que je veux parler des modifications profondes qui viennent d'être apportées à la direction des études scholaires. Ce n'est pas le moment de montrer que cette sorte de programme scientifique de M. Liébig est, de tous points, compatible avec le programme littéraire que je crois non moins utile au médecin. Mais il était bon de rappeler à M. Liébig que ses idées ont fait plus de chemin qu'il ne l'aurait voulu peut-être, et qu'il n'aurait plus le droit d'écrire aujourd'hui le passage que je viens de citer.

Les *lettres* de M. Liébig embrassent toutes les applications de la chimie aux sciences, à l'industrie, à l'agriculture, à la physiologie et à la médecine proprement dite. On comprend que je ne puisse ici m'occuper que de ces dernières. Il m'a paru intéressant de voir, d'après l'inventaire dressé par M. Liébig lui-même, les services, les secours que les sciences physiologiques et médicales peuvent demander à la chimie, et d'indiquer, d'après les indications mêmes de l'éminent chimiste, à qui en revient la plus grande part, les progrès que cette science a fait faire à la physiologie et à la médecine.

Les phénomènes dont est accompagnée la réaction de la muqueuse de l'estomac des animaux sur les substances animales solides, en présence de l'acide hydrochlorique faible, ont répandu, dit M. Liébig, une lumière inattendue sur l'acte de la digestion chez les animaux. Quand on laisse macérer un petit lambeau de caillette pendant quelques heures dans de l'eau chaude aiguisée d'un peu d'acide hydrochlorique, de manière à lui communiquer une saveur à peine acide, on obtient un liquide qui agit sur la chair bouillie, sur le gluten et sur le blanc d'œuf durci par cuisson, absolument comme le suc gastrique dans un animal vivant. Or, les recherches de la physiologie moderne démontrent qu'à chaque digestion la membrane interne la plus superficielle de l'estomac, l'épithélium, se détache tout entière; il est hors de doute que la substance de cette membrane, rencontrant l'oxygène qu'y apporte l'air emprisonné dans la mousse de la salive, éprouve une décomposition, à la suite de laquelle les matières contenues dans l'estomac se dissolvent et se fluidifient dans un temps très court. Pour M. Liébig, la *pepsine* et la *diastase* ne sont autre chose que cette partie de la muqueuse dans un état de décomposition, qui suffit pour dissoudre un grand nombre de substances animales, et qui, entrée dans une autre phase de métamorphose, peut convertir l'amidon en sucre, le sucre en acide lactique, en mannite et en mucilage ou en acide carbonique et en alcool.

sibles, ces précautions, ces règles à suivre ne présentent aucune difficulté. Les ouvriers l'appliquent même avec moins de fatigue que la peinture à la céruse, à cause du faible poids qui charge l'extrémité de leur pinceau.

Quoi qu'on ait pu dire, la peinture au blanc de zinc couvre aussi bien que la peinture au blanc de plomb. En effet, la commission instituée par le ministre de la marine a constaté que le blanc de zinc couvrait les pores du bois tout autant que la céruse et qu'il donnait même un blanc plus beau. Il y a plus, on a reconnu que la céruse avait un désavantage marqué, appliquée sur le bois de sapin neuf, sur la toile, sur le fer, etc.

A poids égal, la peinture au blanc de zinc recouvre une surface plus étendue que la peinture à la céruse, ce qui produit une économie assez importante.

Le blanc de zinc donne des teintes plus pures, plus brillantes, plus transparentes que les peintures à base de plomb et de cuivre. Il l'emporte sur la céruse par la fraîcheur, la blancheur éclatante, et la finesse des tons.

La peinture au blanc de zinc présente des qualités de durée et de solidité tout à fait remarquables. Elle ne jaunit pas avec le temps comme la céruse, et par conséquent elle laisse aux teintes employées toute leur fraîcheur primitive. La commission de la marine a remarqué qu'à l'air la peinture au blanc de zinc prenait une légère teinte bleuâtre agréable, qui lui parut bien préférable à la teinte jaune de la peinture à la céruse, et que dans l'eau de mer elle durait plus que la céruse, adhérait mieux au bois et attirait moins les coquillages. Mais ce qui constitue surtout pour la peinture au blanc de zinc une supériorité incontestable sur la peinture à la céruse, c'est qu'elle ne noircit point, comme elle, sous l'influence des émanations sulfureuses, qui sont si communes dans toutes les localités. Aussi, conserve-t-elle sa blancheur dans les cafés, dans les théâtres, dans les laboratoires, dans les écuries, dans les cabinets d'aisance, dans les établissemens de bains sulfureux, dans les navires, où elle défie les gaz qui s'élèvent de la cale. La vidange des fosses ne l'altère en rien. Cette propriété la rend nécessairement précieuse pour une foule d'usages.

Le blanc de zinc emploie notablement plus d'huile que la céruse. Cette particularité pourrait faire croire à une augmentation de dépense; cependant il n'en est rien. La peinture au zinc recouvrant, comme nous l'avons dit plus haut, une surface beaucoup plus étendue, il reste encore une économie qui, d'après les commissaires de la marine, varie de 5 à 14 pour cent. Mais ce fait présente un avantage considérable : on sait que plus une peinture a contenu d'huile, plus elle conserve les bois, les plâtres, etc. Il y a donc là une garantie toute particulière pour la solidité et la durée des travaux.

La peinture à l'oxyde de zinc garantit le fer de l'oxydation plus sûrement que les autres peintures. C'est un fait qui se lie jusqu'à un certain point à l'hygiène des habitations. Des expériences fort intéressantes ont été faites à ce sujet. On a constaté qu'une couche d'enduit faite avec le gris de zinc convenablement préparé suffit pour préserver le fer de l'oxydation dans des appartemens humides. Avec une deuxième couche, il reste inaltérable à l'action de la pluie et des diverses influences atmosphériques pendant plusieurs années. Des plaques de tôle ayant été peintes comparativement, les unes avec le gris de zinc, les autres avec le minium, furent soumises à une température constante de 30 à 40°. Au bout de 4 ans, les premières étaient sans oxydation à l'air, tandis que sur les autres la peinture était détruite et ne garantissait plus le métal depuis longtemps. On peut penser que, en raison de la composition du gris de zinc, qui est un mélange intime de zinc métallique, de sous-oxyde et de protoxyde, il se produit un véritable *zincage*, comme dans le procédé de la galvanisation.

La peinture au blanc de zinc est susceptible d'acquérir une dureté qui permet de lui donner un beau poli.

Jusqu'à présent, c'est la céruse qui a servi de base à presque toutes les couleurs que l'on emploie habituellement, soit dans la peinture industrielle, soit dans la peinture artistique. Or, il paraît démontré maintenant que l'oxyde de zinc peut remplacer avec avantage la céruse dans la plupart des couleurs composées où entre cette substance. Il produit même, selon plusieurs artistes distingués, de plus belles couleurs. C'est ainsi que l'administration du blanc de zinc a remplacé les jaunes et les verts à base de plomb, de cuivre et d'arsenic, qui sont si dangereux et qui s'altèrent si facilement, par des couleurs équivalentes, inaltérables et sans danger pour la santé. Les verts zinciques résistent à la potasse, à l'hydrogène sulfuré, à l'action de la chaleur la plus intense, à celle de l'air extérieur et du soleil.

Du reste, l'oxyde de zinc paraît devoir se prêter à toutes les nuances de couleurs comme à tous les genres de peinture, à l'eau, à la cire, à l'aquarelle, à la gouache, au lavis. On a trouvé qu'à la gouache il permet de tracer les traits les plus fins, impossibles avec la céruse. L'opinion d'un peintre célèbre, M. Paul Delaroche, nous servira à résumer tout ce que nous aurions à dire sur cette partie intéressante de la question qui nous occupe : « La Société d'encouragement, écrivait cet artiste éminent à M. Leclaire, doit s'occuper de votre belle application aux arts et à l'industrie, des couleurs à base de zinc. S'il ne m'est pas permis de parler des bienfaits si précieux qui en résultent pour la santé et la vie des ouvriers, et si je dois laisser à la science le soin de les constater avec toute l'autorité qui lui appartient, je regarde comme un devoir de vous remercier au nom des arts, et de vous féliciter, Monsieur, d'une découverte qui mettra désormais à l'abri d'une destruction, si prompte naguère, les chefs-d'œuvre de la peinture. » Qui n'est frappé, en effet, de ce fait remarquable et digne de toute la sollicitude des esprits éclairés, que, si les tableaux anciens ont pu se conserver de longues années, c'est, au moins en très grande partie, parce qu'autrefois on ne connaissait que la chandelle, la lampe et la bougie pour éclairer les appartemens, et que le bois pour les chauffer; mais qu'aujourd'hui, avec l'éclairage au gaz et le chauffage au charbon de terre, les tableaux exposés aux émanations de ces substances se noirciront dans tous les points où le pinceau aura déposé des couleurs à base de plomb.

L'oxyde de zinc n'est pas seulement utile dans la peinture; il contribuera encore à rendre salubres un grand nombre de professions dans lesquelles les préparations de plomb sont une cause de maladies pour les ouvriers. Nous en citerons quelques-unes : les verts et jaunes à base de zinc offrent de grands avantages pour la fabrication des papiers de tenture; l'oxyde de zinc peut remplacer le minium dans la fabrication des émaux et des cristaux; il peut être employé au blanchiment des dentelles; il peut servir à préparer un *blanc de fard*, coloré par le carmin; le carton porcelaine préparé avec le blanc de zinc est plus blanc que celui qui est fabriqué avec le blanc de plomb, et ne jaunit pas comme lui; enfin, l'oxyde de zinc sert à préparer, soit à l'huile, soit à l'eau, des mastics qui peuvent remplacer les mastics au minium et dont l'usage est général aujourd'hui dans la marine de l'État.

Nous pourrions nous étendre plus longuement sur ce sujet, qui intéresse à un si haut point l'industrie, les arts, et la santé publique. Mais nous croyons avoir accumulé assez de preuves à l'appui de notre thèse. En présence de tant de faits confirmés aujourd'hui par une expérience de plusieurs années et constatés par tant d'hommes compétens, personne ne voudra nier que l'industrie ne puisse, avec avantage, remplacer la plupart des préparations de plomb par l'oxyde de zinc.

Il nous reste à rechercher quelle influence peuvent exercer sur la santé humaine la fabrication et l'emploi de cette substance utile.

(*La fin au prochain n°.*) G. Richelot.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hopital de la Pitié. — Service de M. Valleix.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

§ III. *Symptômes.* — Il importe beaucoup d'étudier les symptômes qui se manifestent avant le traitement, parce que ce sont ceux qui appartiennent en propre à la maladie. Nous allons en conséquence les étudier successivement avec la plus grande attention. Plus tard, je vous dirai quelles modifications le traitement leur a fait subir.

Début. — Dans un seul cas, le début a été brusque, instantané (obs III); dans un autre, qui vous sera cité plus loin (obs. VI), il a été rapide; et il est à remarquer que chez ces deux femmes, la maladie est survenue à la suite de secousses violentes, efforts ou chutes. Dans tous les autres cas, il a été difficile, et chez une malade (observation Ire), tout à fait impossible de préciser l'époque du début. Les symptômes se sont, dans tous ces cas, produits lentement, graduellement. Il y avait d'abord de la douleur dans les aines ou dans les cuisses, puis la marche devenait difficile et douloureuse; survenaient ensuite des envies fréquentes d'uriner, de la leucorrhée, des troubles divers des voies digestives qui amenaient la perte des forces, la maigreur, l'émaciation; alors la maladie était tout à fait confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. — Si, maintenant, nous étudions les divers symptômes séparément, afin d'en apprécier le degré d'importance, nous trouvons ce qui suit :

Douleur. — Une *douleur spontanée* a existé 19 fois sur 20 cas où elle a été recherchée. Encore chez la malade qui fait exception (obs. Ire), existait-il pendant la miction cette sensation particulière dont je vous ai parlé. Cette douleur avait son siége 17 fois dans les deux aines. — Dans une seule une fois, et une fois à l'hypogastre. Dans ce dernier cas, il y avait des signes de métrite.

Cette douleur n'avait pas toujours la même intensité des deux côtés, et cela pouvait, en général, s'expliquer par une inclinaison latérale de l'utérus, compliquant l'antéversion. Ordinairement, la douleur était plus vive du côté vers lequel s'inclinait l'utérus, quelquefois aussi c'était le contraire. J'en dirai autant pour les douleurs des cuisses, qui se sont rencontrées dans les 19 cas.

Nous avons aussi trouvé de la douleur dans des points éloignés de l'utérus. Cinq fois, occupant les parois de la poitrine, elle a été due une fois à un rhumatisme musculaire, et les quatre autres à une névralgie intercostale, correspondant une

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8 et 10 Juin.

Grâce à la chimie, nous savons aujourd'hui ce qu'il faut entendre par les mots *aliment*, *poison*, *médicament*. Nous savons, d'une manière positive, que les alimens de l'homme sont à diviser en deux grandes classes : l'une comprenant ceux qui servent proprement à la nutrition et à la reproduction; l'autre, ceux qui jouent un tout autre rôle dans l'économie. Les premières conditions de la vie animale sont l'introduction, dans l'organisme, de substances alimentaires, et l'absorption de l'oxygène contenu dans l'air atmosphérique. L'homme adulte absorbe par jour 1,015 grammes d'oxygène. Cet oxygène, par son action sur le carbone et l'hydrogène du sang, se transforme en acide carbonique et en vapeur d'eau, qui s'échappent par la peau et les poumons. Or, cette perte incessante aurait bientôt épuisé l'organisme si l'homme ne lui restituait pas, par l'alimentation, ce qu'il dépense par la transpiration et par l'expiration. Pour se maintenir dans un mouvement modéré, il faut qu'il consomme par jour 435 grammes de carbone.

La quantité des alimens exigés pour la conservation des fonctions vitales doit être en rapport direct avec la quantité de l'oxygène absorbé. Il en résulte que, pour le même individu, la quantité de nourriture à prendre varie suivant le nombre et l'étendue des inspirations. Les enfans, chez qui les organes respiratoires sont plus actifs que ceux d'un homme adulte, supportent la faim moins bien que lui; un oiseau moins qu'un serpent; la quantité de nourriture nécessaire est plus grande dans l'état d'agitation et de travail que dans l'état de repos.

A volume égal, l'air renferme plus d'oxygène en hiver qu'en été; ainsi, à dépense égale, on respire plus d'oxygène en hiver. Nous devons, par conséquent, consommer par les alimens une proportion de carbone qui soit en rapport avec cette quantité; en Suède, il faut en prendre plus qu'en Sicile; dans nos régions tempérées, en hiver sensiblement un huitième de plus qu'en été. Les alimens, par une disposition fort sage de la nature, renferment des quantités fort inégales de carbone; en effet, les fruits des pays méridionaux ne contiennent, à l'état récent, pas plus de 12 pour 100 de carbone, tandis que le lard et les huiles de poisson dont se nourrit l'habitant des régions polaires, en renferment de 66 à 80 pour 100. Dans les pays chauds, sous l'équateur, il est aisé de se soumettre au régime de la diète ou de supporter la faim, mais le froid et la faim réunis usent le corps en peu de temps.

La restitution de la chaleur perdue s'effectue par l'action réciproque des principes alimentaires et de l'oxygène respiré. Peu importent les formes que prennent peu à peu les alimens sous l'influence des organes, peu importent leurs transformations directes; en thèse finale, leur carbone se trouve toujours transformé en acide carbonique, leur hydrogène en eau; l'azote et le charbon non brûlé sont évacués par les urines et par les excrémens solides. Disons, pour nous servir d'une comparaison triviale, mais fort juste, que le corps des animaux se comporte, sous ce rapport, comme un poêle qu'on nourrit de combustible : pour avoir dans le poêle une température constante, il faut, suivant les variations de la température extérieure, l'alimenter avec des quantités différentes de combustible. Les alimens sont pour le corps de l'animal ce que le combustible est pour le poêle; l'oxygène a-t-il suffisamment accès, il en résulte de la chaleur qui devient sensible.

Nos vêtemens ne sont que des équivalens pour les alimens, car plus nous nous couvrons chaudement, plus nous sentons diminuer le besoin de manger, par la raison que le corps, dans cet état, perd moins de chaleur, se refroidit moins, et qu'alors la réparation nécessaire par les alimens devient aussi moindre. Si nous allions nus comme les sauvages, ou que nous fussions à la chasse et à la pêche, exposés au froid glacial des régions polaires, notre estomac supporterait, sans être incommodé, les mêmes quantités d'eau-de-vie, d'huile de poisson que nous voyons prendre aux habitans de ces contrées. Cela n'a rien qui doive nous étonner; le carbone et l'hydrogène de ces alimens serviraient à mettre notre corps en équilibre de température avec l'atmosphère.

Il résulte de ce qui précède que la quantité des alimens à consommer se règle sur le nombre des inspirations, sur la température de l'air inspiré et sur la quantité de chaleur cédée par le corps à l'extérieur, sans nuire à la santé d'une manière passagère ou durable, les habitans du Midi ne sauraient, dans leurs alimens, prendre plus de carbone et d'hydrogène qu'ils n'en exhalent par la respiration ; de même les habitans du Nord ne peuvent, à moins d'être malades ou de souffrir la faim, exhaler plus de carbone et d'hydrogène que les alimens n'en introduisent dans l'économie. L'Anglais qui perd l'appétit dans les Antilles et qui cherche à l'exciter par l'emploi du poivre de Cayenne, produit un excès de carbone qui n'a pas d'emploi. Les habitans du Midi, transportés dans un pays froid, s'ils ne consomment pas une plus grande proportion d'alimens que dans leur pays, voient bientôt leurs organes respiratoires succomber à l'action de l'oxygène.

Les maladies du foie (maladie de carbone) prédominent en été et dans les pays chauds; les maladies pulmonaires (maladies d'oxygène) sont plus fréquentes en hiver et dans les climats froids.

Que nous sommes loin de la physiologie de Barthez et de la pathologie de Gaubius!

Mais poursuivons.

Si l'on établit en principe que l'accroissement du corps, le développement de ses organes, la reproduction de l'espèce se font par les élémens du sang, il est évident qu'on ne pourra donner le nom d'*alimens* qu'aux corps susceptibles de se sanguifier. Pour savoir quelles sont les matières capables de se transformer en sang, il faut donc examiner la composition des alimens et la comparer avec celle de ce liquide.

Les substances alimentaires peuvent se diviser en deux classes : en *alimens azotés* et en *alimens non azotés;* la première classe possède seule la propriété de se convertir en sang. Les substances alimentaires propres à la sanguification donnent naissance aux principes des organes; les autres servent, dans l'état de santé, à l'entretien de l'acte respiratoire, c'est-à-dire à la production de la chaleur animale. M. Liébig désigne les substances azotées sous le nom d'*alimens plastiques*, et les substances non azotées sous celui d'*alimens respiratoires*. Les alimens plastiques sont :

La fibrine végétale ;
L'albumine végétale ;
La caséine végétale ;

seule fois avec la déviation latérale de l'utérus qui compliquait l'antéversion.

Quatre fois il y avait une douleur plus ou moins persistante dans les reins; et je ne trouve pas dans mes notes plus de détails à ce sujet, soit que la malade n'ait pu préciser au juste le siége de cette douleur, soit qu'on ait négligé de le noter.

Deux fois seulement il y a eu douleur au sacrum, et encore dans un de ces deux cas y avait-il des hémorrhoïdes. Une fois enfin la douleur était vive au périnée, en même temps que les garderobes étaient difficiles.

Des trois cas où il existait de la *douleur provoquée*, il y avait dans un, métrite; dans le deuxième, rhumatisme musculaire; dans le troisième, névralgie intercostale; et les points douloureux qui caractérisent cette dernière maladie, ne se retrouvaient pas sur les parois de l'abdomen.

Sensation de pesanteur dans le bassin. — Il y a eu cinq fois sensation de pesanteur au périnée. Dans ces cas, le col était très volumineux. Cette sensation de pesanteur serait-elle due à l'engorgement du col? Je n'ose l'affirmer; car s'il est vrai que jamais je ne l'ai rencontrée sans qu'il y eût engorgement, d'un autre côté, j'ai vu souvent le col engorgé sans qu'elle existât.

Miction. — Dans 15 cas sur les 19 où nous avons pu noter exactement les symptômes, la *miction* a été *fréquente* et quelquefois douloureuse. Dans les 4 autres cas, l'utérus avait une grande mobilité; il se pourrait qu'étant, dans ces cas, moins volumineux et moins lourd que dans les autres, il ait été plus facilement soulevé par la vessie, et lui ait ainsi permis de se distendre davantage. Toutefois, ce n'est là qu'une explication, et le fait n'a pas été rigoureusement constaté; mais ce que j'ai constaté bien nettement, c'est que c'est bien réellement le corps de l'utérus pesant sur la vessie, qui produit ces envies fréquentes d'uriner; et j'ai pu m'en assurer dans un cas où ayant introduit la sonde pour réduire une rétroflexion simple, j'exagérai le mouvement et portai le corps de l'utérus en avant, en même temps que je repoussai fortement le col en arrière avec le doigt, de façon à simuler une antéversion. La matrice se maintint dans cette position durant quelques jours pendant lesquels la miction fut beaucoup plus fréquente que d'habitude.

Évacuations alvines. — Onze fois les garderobes ont été rares et difficiles; je n'ai pas trouvé qu'il existât un rapport évident entre la sensation de pesanteur au périnée et cette constipation qui m'a paru bien plutôt coïncider avec l'augmentation de volume du col et les douleurs au niveau du sacrum.

Tous ces symptômes sont, comme on le voit, assez facilement expliqués par la position vicieuse de l'utérus et par l'engorgement utérin. Nous allons maintenant en examiner d'un autre ordre, et qui, sans caractériser aussi bien la maladie, ont néanmoins leur importance.

Menstruation. — Les règles, diminuées une fois, ont été, dans deux cas, plus abondantes qu'avant la maladie. En outre, dans un ces deux derniers cas, elles avaient lieu à des intervalles plus rapprochés, et dans l'autre il est survenu de véritables *hémorrhagies*; ce fait est assez intéressant pour que je vous le rapporte avec quelques détails.

Observation IV. — Marie S..., âgée de 28 ans, couturière, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution primitivement assez forte, a été réglée à 15 ans, et convenablement dès le début. Sa santé a toujours été parfaite jusqu'à 17 ans. Elle eut alors une première grossesse très pénible et avorta au troisième mois. L'avortement, dont la cause nous échappe, fut suivi de coliques, de douleurs vives dans les lombes et les aines, avec fièvre et délire.

Au bout de huit jours, on la transporta à l'Hôtel-Dieu, et, dit-elle, le médecin lui introduisit la main entière dans le vagin, après quoi les douleurs cessèrent, l'hémorrhagie seule persista. La malade resta trois semaines à l'hôpital.

Depuis, elle a eu quatre nouvelles grossesses qui ont été menées à terme; le dernier accouchement a eu lieu en 1849. Chacun de ces accouchemens, bien que peu laborieux, a été suivi d'accidens graves, d'inflammations qu'il fallait combattre par des applications de sangsues, et qui nécessitèrent un traitement de quinze à dix-huit jours. Dans les intervalles, les règles ont été irrégulières, douloureuses, souvent abondantes, et il y a eu de la leucorrhée.

C'est six mois avant que nous ne la vîmes que les métrorrhagies devinrent plus fréquentes et plus abondantes. En même temps, la malade éprouva dans les seins et dans la fosse iliaque droite de la douleur qui s'étendit, le mois suivant, jusqu'à l'hypogastre. Il y eut ensuite des envies fréquentes d'uriner, une constipation opiniâtre, des douleurs vives pendant la marche, qui était très difficile et très pénible, de l'inappétence, des douleurs épigastriques après les repas; la malade maigrit, perdit ses forces, et ne pouvant se tenir debout, se traînait courbée en deux lorsqu'elle marchait. Deux fois elle fut obligée d'entrer à l'Hôtel-Dieu; une première dans le service de M. Horteloup, d'où elle sortit au bout de quinze jours, un peu soulagée par des applications de ventouses scarifiées; une deuxième chez M. Louis, qui reconnut sa maladie et me l'adressa sans avoir commencé de traitement.

Je la reçus à l'hôpital Beaujon le 16 octobre 1851, et constatai l'existence d'une antéversion avec légère déviation latérale gauche; la face antérieure du corps n'était pas horizontalement étendue, mais décrivait une légère courbe à concavité antérieure, comme s'il y eût eu un commencement d'antéflexion. Le col, volumineux, présentait quelques granulations. La sonde pénétrait jusqu'à 7 centimètres 1/2. Après deux cathétérismes dont un fut douloureux et fatigant pour elle, car ce jour-là l'exploration fut faite successivement pendant près de vingt minutes par M. Dubois, M[me] Charrier et d'autres personnes qui confirmèrent mon diagnostic, la malade éprouva de la courbature, de légers frissons, et ses règles apparurent en avance de trois jours. Elles furent abondantes et durèrent jusqu'au 23, accompagnées de douleurs dans les reins et à l'hypogastre.

La sonde, introduite le 24 et le 25, donne lieu à un écoulement de sang peu abondant. Néanmoins, le redresseur est appliqué le 25; il reste sept jours et on l'enlève parce qu'il survient une hémorrhagie assez abondante. Il est réappliqué quatre autres fois: la deuxième le 22; il reste trois jours seulement et il se produit une nouvelle hémorrhagie; à la troisième application, qui a lieu le 28, il reste quatre jours, et cette fois il est enlevé à cause de l'apparition des règles à leur époque habituelle; elles durent quatre jours, ne sont pas douloureuses, et quand elles ont cessé, l'utérus est moins lourd, mais sa déviation n'a pas changé.

A la quatrième application, le redresseur reste treize jours; on le retire dès qu'il apparaît un peu de sang, et, cette fois encore, ce sont les règles qui surviennent en avance de cinq à six jours. L'utérus est encore un peu oblique en avant, mais non plus transversal.

Le 7 janvier, le redresseur est placé une cinquième fois; il reste quinze jours sans causer d'accidens. La malade va, vient, se trouve mieux, reprend son embonpoint, et lorsqu'on enlève l'appareil, l'utérus se trouve maintenu dans sa direction normale.

J'ai revu la malade depuis, le 29 mars et le 2 mai. La santé générale était parfaite, et l'antéversion ne s'était pas reproduite.

Dans ce cas, dont le diagnostic ne saurait être douteux, il y avait, outre l'antéversion, un certain degré de métrite avec tendance aux hémorrhagies. Ces métrorrhagies n'ont rien qui doivent vous étonner, car il résulte de recherches intéressantes faites par M. le docteur Hérard, sur ce sujet, qu'elles sont un des symptômes les plus constans de la métrite.

Quant à l'antéversion elle-même, il est très difficile d'en préciser le début, car si la malade le fixe seulement à six mois, époque où elle a commencé à éprouver des douleurs, nous voyons de notre côté que, depuis bien longtemps, sa menstruation était irrégulière, pénible et douloureuse, et que la malade était loin de jouir d'une bonne santé.

La facilité avec laquelle se reproduisaient ces hémorrhagies après chaque cathétérisme, nous montre bien qu'alors le tissu même de l'utérus n'était pas à l'état normal. Ceci nous rend compte de la production de ces symptômes fébriles, avec sensibilité de l'utérus, qui était devenu plus lourd et plus volumineux après une première application du redresseur. Mais tous ces accidens, qui augmentaient par le séjour de l'instrument, n'ont eu aucune gravité et se sont promptement dissipés quand, après l'avoir retiré, on a appliqué quelques sangsues à l'hypogastre.

Une circonstance très digne de remarque, qui ne vous a certainement pas échappé, c'est que plus nous avancions dans le traitement, mieux le redresseur était supporté; si bien qu'à la fin il a pu rester treize, puis quinze jours sans occasionner d'hémorrhagie.

Ce fait est important à noter, parce que si l'on n'eût pas été prévenu, on aurait pu ou ne pas surveiller assez attentivement la malade après les premières applications de l'instrument, et le laisser assez longtemps en place pour lui permettre de déterminer des accidens sérieux; ou se laisser trop facilement décourager en voyant chaque fois reparaître les symptômes qui forçaient à l'enlever et abandonner le traitement comme pouvant être dangereux.

Si l'on eût agi ainsi, on n'aurait pas obtenu la guérison, aujourd'hui confirmée, d'une affection fort grave et capable, par les hémorrhagies qui en étaient la conséquence, de mettre en danger les jours de la malade.

Il y a eu, après le traitement, un moment où l'utérus était congestionné; il s'est manifesté une légère tendance à la reproduction de l'antéversion. Mais il a suffi de moyens très simples pour dissiper la congestion et maintenir l'organe dans sa position normale en le rendant plus léger. Maintenant à mesure que l'engorgement diminuera, ce qui aura lieu par le seul fait du redressement, la guérison deviendra de plus en plus solide.

Je ne fais plus qu'une seule remarque sur ce fait, c'est que les traitemens précédemment employés n'avaient pas eu d'efficacité; les ventouses scarifiées seules avaient un peu soulagé, mais c'est en diminuant la phlogose, car elles n'avaient eu aucune action directe sur la déviation.

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2[me] ARRONDISSEMENT.

Séance du 11 Mars 1852. — Présidence de M. Laguerre.

M. Demarquay communique le fait suivant : un jeune homme de 18 à 20 ans est venu tout récemment le consulter pour une orchite blennorrhagique affectant le testicule gauche. En examinant les organes génitaux, M. Demarquay a constaté une atrophie avancée du testicule droit. Cet organe, en effet, dépassait à peine le volume d'une grosse noisette. Interrogé sur ses antécédens, le jeune malade lui a raconté qu'il y a huit mois environ, il a été pris d'un oreillon qui a disparu promptement, et qu'au même instant le testicule droit est devenu le siége d'un gonflement douloureux; c'est à la suite de cet engorgement

---

La chair et le sang des animaux.

Les alimens respiratoires comprennent :

La graisse;
L'amidon;
La gomme;
Les sucres;
La pectine;
La bassorine;
La bière;
Le vin, l'eau-de-vie, etc.

Un fait général, démontré par l'expérience, c'est que tous les principes nutritifs et azotés des plantes ont la même composition que les principes essentiels du sang. Aucun corps azoté, dont la composition diffère de celle de la fibrine, de l'albumine et de la caséine, n'est propre à entretenir la vie des animaux.

Sans doute, l'économie animale possède la faculté de préparer, avec les substances du sang, la substance des membranes et des cellules, des nerfs et du cerveau, les principes organiques des tendons, des cartilages et des os, mais il faut que la substance elle-même du sang, sinon se forme, du moins soit offerte à l'animal; dans le cas contraire, la sanguification, et conséquemment la vie, s'arrêtent.

Cette vérité explique fort bien pourquoi les tissus gélatineux, la gélatine des os et des membranes sont impropres à la nutrition, à l'entretien des fonctions vitales, car leur composition diffère de celle de la fibrine et de l'albumine du sang; elles ne renferment pas de soufre.

Puisque nous admettons sans difficulté que l'albumine du sang se transforme en fibrine, il est tout aussi rationnel d'admettre que la gélatine redevient membrane, cellule ou principe des os; qu'elle sert, en un mot, à renouveler les tissus gélatineux ayant éprouvé quelque perte.

La médecine pratique apprend, en effet, que l'ingestion des tissus gélatineux, rendus solubles, exercent une influence bien marquée sur le bien-être du corps; lorsqu'ils lui sont offerts dans un état propre à l'assimilation, ils servent à économiser de la force, et leur action salutaire peut se comparer à celle qu'une nourriture convenablement apprêtée exerce sur l'estomac.

Il ne me reste pas assez d'espace pour terminer cette exposition; je demande la permission d'en renvoyer la suite à un prochain numéro.

Amédée Latour.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

M. le docteur Ricord vient de recevoir la décoration de l'ordre de Léopold de Belgique. La manière flatteuse dont notre aimable et savant confrère a reçu cette distinction ajoute encore au prix de cette faveur. Le roi Léopold a gracieusement prié M. Ricord de venir recevoir de ses mains, à Bruxelles, les insignes de la décoration, et dans quelques paroles extrêmement honorables pour notre compatriote, le prince a exprimé tout le plaisir qu'il éprouvait à payer sa dette à la science française.

— M. le docteur Édouard Laborie, notre collaborateur, vient d'être élu membre de la *Société de chirurgie*. Cette nomination empêche notre honoré confrère de continuer le compte-rendu des séances de cette Société, qu'il publiait dans ce journal depuis plusieurs années. Nous aviserons aux moyens à prendre pour que nos lecteurs ne soient pas privés de connaître les intéressans travaux de cette compagnie savante.

— Voici un fait qui offrirait un très grand intérêt s'il se présentait avec des garanties scientifiques suffisantes. Nous ne pouvons qu'engager l'administration à recueillir des renseignemens précis et authentiques :

On écrit de Romanèche (Saône-et-Loire), 13 courant : « Un cas d'hydrophobie, dont les suites peuvent être fort graves, vient d'avoir lieu dans cette ville. Le sieur Babuel, ouvrier charpentier, vint travailler au chantier du sieur Lombard son patron, il emmena avec lui son jeune fils âgé de trois ans, qu'il laissa libre dans l'établissement.

» Le sieur Lombard avait été informé que son chien avait été mordu par un autre chien atteint d'hydrophobie; il avait mis cet animal à l'attache, mais sans le museler. L'enfant s'approcha du chien qui le saisit, l'entraîna vers lui et le mordit fortement à la joue. Le père abattit l'animal et conduisit son fils chez un pharmacien qui, au lieu de cautériser la plaie, fit prendre à l'enfant un breuvage préparé par lui.

» Dix-huit jours après, le jeune Babuel fut saisi d'une forte fièvre; les signes caractéristiques de la rage se manifestèrent, et il succomba le troisième jour.

» Cet enfant avait été récemment vacciné, son vaccin paraissait tellement favorable, qu'il fut inoculé à quinze autres enfans deux jours avant que la terrible maladie ne se déclarât; or, il y a en ce moment, à Romanèche et dans les environs, quinze familles qui tremblent que le virus hydrophobique n'ait accompagné dans l'inoculation celui de la vaccine.

» Un autre enfant, âgé de dix ans, demeurant à la Chapelle-de-Guinchay, a été mordu à la même époque; on lui a fait prendre le même breuvage qu'au jeune Babuel. Les signes du mal ne sont pas encore déclarés, mais la famille craint de les voir paraître. »

— Un cas remarquable de fécondité vient d'arriver à Sancourt, arrondissement de Cambrai. Une femme âgée de plus de cinquante ans a mis au monde, il y a deux jours, trois enfans du sexe féminin, jouissant d'une santé parfaite.

— L'infirmerie de la prison de Saint-Lazare va être agrandie. Cette infirmerie, ainsi que la chapelle actuelle, furent construites sur l'emplacement de l'ancienne église de la léproserie de Saint-Lazare, qui, depuis le rétablissement du culte catholique, servait de succursale à la paroisse de Saint-Laurent. Elle fut démolie en 1823. Depuis cette époque, cet établissement a été considérablement augmenté au moyen de diverses acquisitions faites sur les fonds départementaux et par la ville de Paris. La population de cette prison, affectée aux femmes prévenues ou condamnées pour crimes et délits, ainsi qu'aux filles publiques, s'élève de neuf cents à mille annuellement.

que l'atrophie de l'organe a commencé. Le même malade a présenté encore une particularité dont M. Demarquay croit devoir faire part à la Société : l'épididyme du testicule gauche, au lieu d'être placé en arrière de l'organe, était au contraire situé en avant, et en avait imposé autrefois pour un engorgement qu'on s'obstinait à combattre, bien vainement comme on pense, avec des fondans de toute nature.

M. Denonvillers, après quelques considérations générales sur l'atrophie des testicules, parle de l'anomalie dont il vient d'être question, et en fait ressortir toute l'importance, non seulement au point de vue de l'inflammation de l'organe, mais encore sous le rapport de l'hydrocèle et de la hernie inguinale congénitales; dans ces deux cas, en effet, le testicule n'est plus dans la position ordinaire, car on le rencontre au-devant de l'hydrocèle et de la hernie, et ce déplacement, si on n'en était prévenu, exposerait le chirurgien à des fautes graves qui pourraient compromettre sa réputation.

M. Marrotte appelle de nouveau l'attention de la Société sur les hématocèles utérins. L'épanchement, dit-il, a lieu le plus ordinairement dans le cul-de-sac recto-utérin, et fait à la partie supérieure et postérieure du vagin une saillie qu'on constate facilement par le toucher; mais il n'en est pas toujours ainsi. Il y a quelques jours, en effet, M. Marrotte a eu à donner ses soins à une malade chez laquelle l'accumulation du sang s'était faite dans la région abdominale inférieure où elle s'annonçait par une tuméfaction et un empâtement faciles à apprécier, et sans aucun symptôme du côté du vagin. M. Marrotte ajoute que le pronostic de ces tumeurs n'est pas aussi grave qu'on le pense généralement, attendu qu'elles guérissent d'elles-mêmes parfois et sans l'intervention du bistouri; il cite un cas de cette heureuse terminaison.

M. Denonvilliers rapporte qu'une femme entra dernièrement dans le service médical de l'hôpital où il pratique, pour s'y faire soigner d'une constipation opiniâtre qui ne céda qu'à l'usage intérieur de l'huile de croton; les mêmes accidens s'étant renouvelés quelques jours après et s'étant accompagnés de vives douleurs et de vomissemens opiniâtres, on examina la malade avec plus d'attention, et on constata à la partie supérieure droite du ventre une tumeur volumineuse qu'on rapportait au foie; c'est alors que la malade fut transportée dans le service de M. Denonvilliers. Déjà la tumeur n'était plus à droite, mais au niveau de l'épigastre, et le soir elle occupait plus particulièrement la partie supérieure du flanc gauche. Interprétant cette sorte de pérégrination de la tumeur, considérant d'un autre côté qu'elle n'avait pas la dureté de matières fécales accumulées, qu'elle était le siége de douleurs vives, que des vomissemens violens existaient depuis sa première apparition, qu'on n'avait obtenu un peu de répit qu'après l'action purgative de l'huile de croton, etc., M. Denonvilliers soupçonna une invagination de l'intestin grêle dans le gros intestin. Un peu plus tard, en effet, à la suite d'efforts avortés faits par la malade pour aller à la garde-robe, une tumeur molle et d'aspect livide se montra à l'anus, et l'on reconnut aisément, par l'appendice vermiculaire, qu'elle était formée par le cœcum tout entier. M. Denonvilliers espérant, d'après d'autres exemples analogues, que la nature, après avoir établi des adhérences protectrices au point opportun, se débarrasserait par la gangrène de la portion invaginée, se contenta de favoriser ce travail par des purgatifs doux, mais fréquemment répétés. Cependant les vomissemens ayant rendu nul l'effet qu'on attendait de cette médication, et les accidens ayant redoublé, la malade succomba avant la terminaison sur laquelle le chirurgien avait fondé sa dernière espérance.

A l'autopsie, on reconnut que le gros intestin s'était invaginé dans lui-même et que l'intestin grêle l'avait suivi, en partie, dans cet étrange déplacement. M. Denonvilliers ayant pu désinvaginer le tout avec la plus grande facilité, s'est demandé si, avant la mort, on n'aurait pas pu faire, dans le flanc droit, une large incision et s'en servir, soit pour remettre l'intestin en place, soit pour établir un anus contre-nature, en attendant que la gangrène eût séparé la portion d'intestin invaginée.

M. Arnal pense qu'une opération de ce genre ne pouvait qu'ajouter à la gravité déjà si grande de la maladie et qu'elle aurait suffi, à elle seule, pour tuer la malade, lors même que, grâce à l'absence de toute adhérence, la désinvagination eut été aussi facile qu'elle l'a été après la mort : il ajoute que, si on avait voulu faire une opération, il eût été plus rationnel et surtout moins grave de couper un segment de la portion d'intestin qui faisait hernie à l'anus, pour donner un libre cours aux matières fécales, puis de faire autour de l'anus une nouvelle incision circulaire et d'y fixer, par des points de suture, les lèvres de l'intestin incisé : de la sorte on aurait eu un anus artificiel dans l'anus naturel lui-même; on aurait profité du sphincter de celui-ci, et, ce faisant, peut-être aurait-on pu sauver la malade et lui permettre de vivre ultérieurement sans une trop grande infirmité.

Séance du 13 Mai 1852.

M. Chassaignac expose qu'il est généralement admis qu'on ne doit pas faire l'amputation des amygdales pendant qu'elles sont le siége d'une inflammation aiguë, parce qu'on a à craindre à la fois et la difficulté même de l'opération, et la douleur, l'hémorrhagie, et l'inflammation consécutive : cependant l'expérience lui a démontré qu'aucun de ces accidens n'est à craindre et il cite à l'appui de cette opinion 15 opérations de ce genre, pratiquées par lui en peu de temps : chez les 15 opérés, tout s'est passé comme dans les cas d'extirpation d'amygdales simplement hypertrophiées, et pourtant, chez la plupart, l'opération avait été pratiquée aux deux côtés à la fois.

M. Arnal, sans s'arrêter à ce que présente d'étrange au premier abord une opération qui supprime un organe pour faire cesser une inflammation simple dont il est le siége et dont quelques gargarismes auraient eu facilement raison, soutient qu'en agissant ainsi, le chirurgien manque même le but qu'il s'était proposé. Dans ce cas, en effet, on ne fait que déplacer le mal auquel on veut remédier; on ne fait que substituer une inflammation traumatique profonde à une plus superficielle qui généralement dure moins que la première, d'où il résulte que tout le bénéfice du malade consiste à avoir un organe de moins et une opération douloureuse de plus.

M. Chassaignac réplique que les amygdales sont très peu importantes par elles-mêmes et que, sous ce rapport, la perte du malade n'est pas grande; qu'étant très sujettes à s'enflammer et à s'hypertrophier elles nuisent souvent plus aux fonctions de la déglutition et de la digestion qu'elles ne leur viennent en aide; qu'elles gênent la parole; que parfois, en rétrécissant le passage de l'air, elles mettent obstacle à l'hématose et prédisposent aux affections des voies respiratoires, et enfin que, quant à l'inflammation traumatique, elle est à peu près nulle, attendu qu'une couche pseudo-membraneuse recouvre promptement la surface que l'amputation laisse après elle et protège les radicules nerveux contre l'action des corps extérieurs.

M. Marrotte fait remarquer qu'il ne s'agit pas ici de l'importance plus ou moins grande des amygdales, mais bien de savoir si, pour une inflammation qui sera peut-être très légère, il est bien rationnel de sacrifier des organes qui, quoi qu'en dise M. Chassaignac, ont une utilité relative, et si de simples scarifications ne suffisent pas le plus souvent pour dégorger rapidement ces organes, et, par cela même, rendre leur amputation inutile. M. Marrotte n'hésite pas à se prononcer pour l'affirmative. Il ajoute, subsidiairement, que supprimer n'est pas guérir, et que l'importance de l'opération proposée par M. Chassaignac n'est nullement en rapport avec celle du mal auquel il veut remédier.

M. Gendrin s'élève également avec force contre l'opération dont il s'agit, non seulement pour les cas d'inflammation aiguë superficielle ou profonde, mais encore pour les hypertrophies elles-mêmes. Il a remarqué, en effet, que chez les enfans, chez lesquels ces hypertrophies sont plus communes, elles cessent ordinairement d'elles-mêmes aux approches de la puberté. Il ajoute que l'amygdalite aiguë, quand elle est simple, guérit elle-même sans sangsues, sans vésicatoires, sans scarifications, voire même sans gargarismes, et que, parfois, tous ces moyens nuisent plus qu'ils ne servent.

M. Chassaignac ne partage pas la manière de voir de M. Gendrin, au sujet de l'amygdalite, et proteste contre la prétendue bénignité de cette inflammation. Souvent, en effet, elle s'accompagne d'accidens sérieux, pendant les premiers jours de son développement, soit pendant les réactions fébriles qu'elle détermine, soit comme obstacle à la déglutition et à la respiration, soit enfin par les abcès qui peuvent en être la suite, et qui, s'ouvrant parfois à l'extérieur, laissent après eux des fistules toujours difficiles à guérir. Une maladie, ajoute-t-il, qui, pendant quinze jours, peut tenir un malade au lit, le faire souffrir, l'étouffer, le priver de nourriture, etc., mérite bien qu'on compte avec elle. Quant à l'hypertrophie, M. Chassaignac avoue qu'elle disparaît assez souvent avec les progrès de l'âge; mais indépendamment des inconvéniens qu'il a déjà signalés, il lui trouve encore celui de prédisposer particulièrement aux angines, et, chez les enfans, ainsi que Dupuytren avait cru le remarquer, de mettre obstacle au développement normal de la poitrine.

M. Charrier fait remarquer que la question a été déplacée, et s'attache à la ramener à son point de départ. La communication de M. Chassaignac, dit-il, avait pour but non l'hypertrophie des amygdales et leur traitement, mais l'amputation de ces organes dans les cas de leur inflammation aiguë, vive ou légère, superficielle ou profonde. Eh bien! dans tous ces cas, le remède lui paraît pire que le mal. Il ajoute que, dans beaucoup de circonstances, l'opération serait même impraticable, en raison de la difficulté d'entr'ouvrir assez largement les mâchoires pour permettre le jeu des instrumens, et que très souvent on n'y parviendrait qu'au prix de violences qui ne seraient pas sans inconvénient.

M. Lecointe cite, à l'appui de l'opinion de M. Charrier, plusieurs cas d'amygdalite aiguë, dans lesquels l'écartement des mâchoires n'avait pu être suffisamment obtenu, même à l'aide du levier qui multiplie la force, et, dans tous les cas, dit-il, les tentatives avaient été très douloureuses pour les malades. Quant à l'amputation pour l'amygdalite simple qui doit, en trois à quatre jours, se terminer par la résolution, il la repousse comme un moyen trop radical, sans compensation suffisante; et il doute fort que, malgré la juste autorité de son talent, M. Chassaignac parvienne jamais à la faire admettre, même par la petite minorité des praticiens.

M. Chassaignac, après avoir résumé la discussion, répond aux deux précédens argumentateurs qu'ils se sont singulièrement exagéré la difficulté de l'écartement des mâchoires; que cet écartement peut toujours être obtenu, sans violences, assez complètement, pour que l'instrument de Fahnestock puisse aisément manœuvrer; qu'il avait l'expérience pour lui, puisque sur les 15 cas d'amputation amygdalienne dont il est parlé plus haut, il n'a trouvé, ni obstacle sérieux, ni accident consécutif de la plus minime importance; qu'il conçoit, du reste, qu'au premier abord sa manière de faire étonne et appelle l'opposition; qu'au surplus, il n'entend imposer ses opinions à personne, et enfin qu'il a voulu seulement, par cette communication, prouver que l'extirpation des amygdales pouvait être pratiquée sans inconvénient, même pendant la période aiguë de leur inflammation et que cette complication, tout au moins, ne devait pas arrêter le chirurgien, si déjà il était décidé à l'opération, pour une hypertrophie préexistante.

Le secrétaire général : Arnal.

PRESSE MÉDICALE.

The Lancet. — Numéros de novembre et décembre 1851.

De l'inflammation chronique et de quelques autres états pathologiques du corps caverneux; par le docteur J. H. Johnson, ancien professeur d'anatomie et de physiologie, et chirurgien-adjoint de l'hôpital St-George.

Sous le nom d'inflammation chronique du corps caverneux, M. Johnson a publié plusieurs observations intéressantes d'une affection encore peu connue et qui doit être fort rare. La première de ces observation est relative à un avocat de plus de quarante ans, qui avait mené une vie assez déréglée dans ces dernières années et qui avait, par suite, éprouvé un grand nombre d'atteintes de la blennorrhagie, dont il s'était soigné tout seul; aussi la blennorrhagie était-elle devenue pour lui un état habituel. Six mois environ avant le moment où il vint consulter M. Johnson, il commença à éprouver des douleurs lancinantes dans le corps du pénis, immédiatement au-devant du scrotum; l'organe était douloureux dans l'érection et peu à peu il commença à prendre la forme d'une spirale. Cette tension, arrivée à un certain degré, finit par donner à l'organe l'aspect de l'appendice vermiforme. De l'examen auquel se livra M. Johnson, il résulta que la cause de cette tension se trouvait être dans le corps caverneux, dont l'enveloppe fibreuse était irrégulièrement indurée, tandis que l'épaississement et l'induration avaient envahi à l'intérieur le tissu érectile. Cette affection rappelait, à beaucoup d'égards, cette induration de l'aponévrose palmaire que présente la main des porteurs d'eau. L'érection était devenue aussi insupportable qu'imparfaite et les souffrances étaient positivement très vives. Tous les remèdes que l'auteur mit en usage n'eurent d'autre effet que de faire disparaître, et encore à la longue, la sensibilité et la douleur. Quant à l'induration, elle persiste, ainsi que la rétraction, et le malade, depuis plusieurs années, est encore dans le même état.

Dans le second fait, il s'agit d'un homme de 51 ans, qui, cinq ou six mois auparavant, avait éprouvé tout d'un coup, pendant le coït, une douleur aiguë dans le pénis. Cette douleur ne disparut pas avant une semaine; mais peu à peu ce malade s'aperçut que dans l'érection l'organe se recourbait en haut, et que le point vers lequel il avait éprouvé la douleur était le siége d'une sensibilité assez vive. M. Johnson reconnut sur le dos du pénis, immédiatement au-devant du pubis, un nodule dur, du volume d'une petite féverolle, mais assez mal circonscrit. On ne pouvait le sentir qu'en pinçant le corps caverneux entre l'index et le pouce, et l'induration avait son siége plutôt dans l'enveloppe fibreuse que dans la substance même du membre. Elle était légèrement sensible à la pression. Le corps spongieux avait sa forme et sa dureté habituelles, et l'écoulement de l'urine n'était nullement empêché. Après quelques onctions mercurielles, l'induration avait diminué, mais l'engorgement était devenu diffus et s'était étendu un peu à gauche. Malgré l'emploi de divers moyens fondans et résolutifs, cet engorgement continua à s'étendre, mais l'induration disparut. La paroi du corps caverneux donnait, lorsqu'on la prenait entre les doigts, la sensation du parchemin. Il resta encore de la sensibilité pendant quelque temps, et pendant les érections le pénis s'incurvait à gauche, ce qui était dû à l'extension de l'épaississement dans ce sens.

Dans un troisième cas, chez un homme de 40 à 50 ans, d'une bonne constitution, adonné aux plaisirs vénériens, le pénis commença peu à peu à se recourber en haut pendant l'érection. Dans le coït, la douleur avait son siége au-devant du pubis, dans un point particulier, qui était douloureux à la pression. Des révulsifs calmèrent un peu la douleur, mais ne firent pas disparaître l'incurvation du pénis, et lorsque ce malade vint consulter l'auteur, celui-ci constata, à un demi-pouce en avant du pubis, une induration parfaitement circonscrite et lisse, située sur la ligne médiane, sur le dos du pénis, du volume d'une petite féverolle, aplatie, que l'on appréciait seulement en pinçant le corps caverneux entre le pouce et l'index. Cette affection avait donc son siége dans l'épaisseur des parois du corps caverneux; il y avait de la sensibilité à la pression, mais c'était surtout pendant l'érection qu'il y avait de la douleur; aussi avait-il été forcé de renoncer au coït. L'auteur a essayé divers moyens sans succès.

Dans un quatrième cas, c'était aussi chez un homme de 40 à 50 ans, adonné aux plaisirs sexuels, plusieurs fois atteint de blennorrhagie, qui, dans un coït un peu brusque, éprouva tout d'un coup une douleur subite, mais non violente dans le pénis, immédiatement au devant du pubis. Quelque temps auparavant, il avait éprouvé, dans une érection, une sensation de douleur qui s'était dissipée d'elle-même. Huit ou neuf mois après, il s'aperçut que le pénis, en se distendant, se recourbait vers l'abdomen; et que par conséquent les rapports sexuels lui devenaient difficiles. Ces accidens duraient depuis dix-huit mois, lorsque l'auteur fut consulté; il existait sur le dos du pénis, près du pubis, un peu à droite, mais s'étendant aussi jusqu'à la ligne médiane, une induration aplatie, ovoïde, circonscrite, mais non absolument régulière, de trois lignes et demie de large sur deux lignes et demie de long, plus facile à apprécier quand on pinçait le corps caverneux; on sentait alors qu'elle avait son siége dans la paroi de celui-ci, immédiatement au-dessous de la peau, qui n'était ni adhérente, ni comprise dans l'induration. Peu de sensibilité à la pression, mais coït très difficile et très douloureux à cause de l'incurvation du pénis en haut. Même insuccès que dans les cas précédens.

Comme on le voit, un trait commun à toutes ces observations, c'est que les individus qui en étaient affectés faisaient grand abus du coït. Rien de plus facile à comprendre que l'enveloppe fibreuse du corps caverneux, soumise ainsi à des distensions subites et violentes, puisse être endommagée et s'enflammer chroniquement, comme l'aponévrose palmaire chez les forgerons et les porteurs d'eau. Qu'on remarque d'un autre côté, que tous ces malades avaient atteint, et un même avait dépassé, la période moyenne de la vie, c'est-à-dire celle où l'élasticité et la flexibilité des organes vont en déclinant, et où les membranes fibreuses présentent le plus de dispositions à cette altération. Dans le deuxième et le quatrième cas, ce fut à la suite d'une douleur vive dans le coït que l'induration commença à se montrer. Il était naturel de supposer que cela était dû à une déchirure de quelques fibres. Quant à l'influence de la gonorrhée, elle est douteuse, excepté dans le premier cas, et encore est-ce après des excès répétés et après des blennorrhagies multipliées que cette induration s'est montrée. Le traitement reste, comme on voit, très inefficace et très incertain. On ne comprend pas trop ce qu'une opération chirurgicale pourrait faire dans ce cas.

Les autres maladies du corps caverneux dont M. Johnson a traité sont : 1° la *perte partielle d'élasticité de la paroi du corps caverneux,* plus commune que l'affection précédente, qui produit comme elle un changement dans l'axe du pénis, mais sans mettre un obstacle absolu au coït et surtout sans douleur, sans induration, sans altération quelconque des tissus, mais néanmoins tout aussi incurable par les moyens ordinaires que l'inflammation chronique; 2° les *abcès circonscrits dans le corps caverneux,* affection rare, excepté à la suite de lésions extérieures. L'auteur en cite un exemple observé par lui chez un jeune homme de 32 ans qui, montant un cheval très vif et se trouvant en érection, fut surpris par un écart de son cheval, et dans l'effort qu'il fit pour se retenir, éprouva une vive douleur près du pubis, comme s'il y eût eu une déchirure. De là une contusion et un gonflement considérable du pénis avec ecchymose, d'abord diffuse, puis se circonscrivant dans la partie droite du corps caverneux, près du pubis, avec sensibilité à la pression, douleur lancinante et sentiment vague de tension. Dans l'érection, le pénis se tendait et s'inclinait à droite. Bientôt la peau rougit, œdème des tégumens, sensation de résistance profonde. L'abcès fut ouvert et il s'écoula 8 grammes de pus bien lié. Trois jours après, il y eut une arthrite du genou qui réclama un traitement actif. Cet abcès mit plus d'un mois à se fermer. Le malade conserva pendant trois mois encore de l'induration qui entraînait le pénis à droite, mais qui diminua peu à peu et finit par disparaître; 3° la *suppuration secondaire du corps caverneux,* consécutive à la déchirure de celui-ci et suivie de phlébite mortelle dans le seul cas que l'on connaisse; 4° la *torsion du corps caverneux, résultat de la présence de cicatrices de chancres phagédéniques,* affection qui n'est pas très rare et qui l'était bien davantage autrefois, contre laquelle l'art ne possède pas encore de ressources bien certaines.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 74. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 22 Juin 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 JUIN 1852.

LE BUDGET DES RECETTES ET LES MÉDECINS.

Nous trouvons dans le projet de loi sur le budget des recettes quelques renseignemens assez curieux sur le nombre des patentables qui appartiennent à la profession médicale proprement dite. On connaît le zèle de l'administration des contributions en faveur des intérêts du trésor, de sorte qu'il est permis de considérer les chiffres donnés par le projet de loi comme un document plus sûr et plus authentique que toutes les statistiques connues jusqu'à ce jour.

D'après le budget :

168 docteurs en chirurgie,
10,971 docteurs en médecine,
4,522 officiers de santé,
411 chirurgiens dentistes.

Total 16,072 personnes exerçant la médecine, paient l'impôt de la patente.

Chacun de ces patentés paie, en moyenne, la somme de 24 fr. 79 c. sur l'impôt de la patente seulement.

Voici comment le fisc a fixé, en moyenne, la valeur locative de chacune de ces catégories :

Les docteurs en chirurgie paient la patente sur une valeur locative de. . . . . 339 fr.
Les docteurs en médecine de. . . . 407
Les officiers de santé de. 168
Les chirurgiens dentistes 666

C'est un résultat assez curieux de voir que les dentistes sont de beaucoup mieux logés que les médecins.

Parmi les autres professions libérales, la valeur locative est-elle plus élevée que dans la profession médicale? Les chiffres du budget vont nous édifier sur ce point :

Les architectes paient leur patente sur une valeur locative de. 515 fr.
Les avocats de. 510
Les avoués de. 614
Les agréés de. 627
Les notaires de 413

Ainsi, il résulte de ces chiffres que le taux de la valeur locative, qui traduit généralement assez bien les conditions d'aisance et de bien-être, est de beaucoup plus humble dans la profession médicale que dans toute autre profession libérale.

De tous côtés vient ainsi se confirmer ce résultat qui est dans la pensée de tous, que la profession médicale est dans un état général de malaise et de souffrance, et que l'impôt de la patente pèse sur le corps médical d'un poids très lourd.

Ces chiffres démontrent encore combien sont exagérées certaines évaluations qui portent à 20,000, les autres à 24,000 le nombre des médecins en France. En ajoutant au chiffre indiqué par le budget le chiffre des médecins de l'armée, qui ne s'élève pas à 1,000, on n'arrive pas à un total de 17,000 praticiens en France. Ce nombre, sans être excessif, ne demande pas non plus à être augmenté, car la population du pays étant de 35 millions d'habitans, chaque médecin ne pourrait avoir qu'un peu plus de 2,000 habitans dont il soignerait la santé, si une égale répartition était praticable et possible.

On sait qu'il est bien loin d'en être ainsi. A Paris, par exemple et dans quelques autres centres de population, où les médecins s'accumulent, chaque médecin, en supposant toujours une égale répartition, n'aurait pas plus de 400 à 500 habitans dans sa clientèle, dont il faut distraire encore la portion la plus nombreuse, celle qui a recours aux soins médicaux de l'assistance publique.

Tous ces faits confirment ce que nous avons souvent dit dans ce journal, que la population médicale est plus que suffisante, et que toutes les mesures qui tendent à l'augmenter augmentent le malaise de la profession en général, et préparent le malheur particulier des individus que l'on jette inconsidérément dans une carrière encombrée.

Amédée LATOUR.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DE LA SUBSTITUTION DU BLANC DE ZINC AU BLANC DE PLOMB DANS L'INDUSTRIE ET DANS LES ARTS.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 8, 10, 15 et 19 Juin.)

L'industrie humaine ne saurait rester stationnaire ; des efforts sans cesse renouvelés la poussent invinciblement dans la voie du progrès. Mais, livrée à ses seules inspirations, elle s'égarera presque certainement. En voulant perfectionner, souvent elle fera naître de nouvelles sources de souffrances pour l'humanité. Elle ne doit donc rien produire sans contrôle.

A la médecine seule appartient ce contrôle. A la médecine seule il est permis de décider si un perfectionnement industriel ou une branche nouvelle d'industrie constitue réellement un progrès. Car il n'y a progrès pour la société humaine qu'à la condition d'un adoucissement aux maux contre lesquels elle lutte.

A ce point de vue, qui domine tous les autres, la nouvelle industrie du blanc de zinc est-elle un progrès? En d'autres termes, la substitution de l'oxyde de zinc, aux préparations si dangereuses du plomb, est-elle un bienfait réel pour de nombreuses classes d'ouvriers?

La médecine répond affirmativement ; et cette vérité, nous espérons la faire sans peine briller à tous les yeux.

Rappelons d'abord les connaissances acquises en médecine sur les propriétés du zinc et de ses composés. On verra que la science pouvait, *à priori*, décider la question de salubrité.

Le zinc, à l'état métallique, paraît être sans action sur l'économie animale. Des médecins qui lui supposaient la vertu de détruire le tœnia, ont pu faire prendre à des malades jusqu'à 30 grammes de zinc en poudre dans 60 grammes de sirop, pour une première dose, et 15 grammes les jours suivans, sans qu'il en soit résulté le moindre accident. Hufeland faisait continuer l'usage de ce prétendu médicament pendant plusieurs semaines. Il est vrai qu'en même temps on administrait des purgatifs répétés ; et cette remarque a de l'importance, car il y a lieu de croire que si le zinc en poudre eût séjourné longtemps dans les voies digestives, il se serait formé, avec les acides gastriques, des sels de zinc qui n'auraient pas été sans danger à pareille dose. En effet, les expériences de M. Orfila ont fait voir que la limaille de zinc donnée à haute dose à des chiens les fait périr. Quoi qu'il en soit, quelle est la substance, pour peu qu'elle ait des qualités vénéneuses, qui pourrait être ingérée en aussi grande quantité et d'une manière suivie, sans déterminer des maladies graves ou la mort? Le zinc n'est donc pas un poison.

Il n'en est pas tout à fait des sels de zinc comme du zinc lui-même. Plusieurs peuvent être nuisibles. Le chlorure de zinc est un caustique énergique, et le cyanure de zinc est décidément vénéneux. Les autres, quoique peu dangereux en général, peuvent, à haute dose, produire des effets vomitifs et purgatifs. Les symptômes morbides, récemment signalés par MM. les docteurs Landouzy et Maumené, de Reims, chez des ouvriers qui avaient pour occupation de couper, tordre et battre des paquets de fil de fer *galvanisé* destinés au ficelage des vins de Champagne, doivent être attribués, ainsi que l'a démontré M. le docteur Bouchut, dans son intéressant mémoire *sur l'hygiène et l'industrie de la peinture au blanc de zinc*, à l'influence des sels de zinc qui s'étaient formés à la surface de ces fils, dans les caves, soit par le contact du vin, soit de toute autre manière, en un mot, par défaut de soins.

L'oxyde de zinc, qui a reçu tant de noms tirés, pour la plupart, de ses propriétés physiques, *fleurs de zinc, tuthie, cadmie des fourneaux, oxyde blanc de zinc, protoxyde de zinc, pompholix, lana philosophica, nihil album, oxydum zinci*, est employé en médecine depuis l'antiquité. Il est même probable que, dans des temps très anciens, on en faisait une assez grande consommation. Hœfer donne, en effet, dans son *Histoire de la chimie*, la description d'un mode de fabrication du *pompholix*, qui a de l'analogie avec le procédé usité de nos jours, et qui remonte à une époque antérieure à Galien, puisque ce médecin en parle. Mais le fruit de la science antique était comme non avenu pour la science moderne. Guyton de Morveau n'avait probablement pas connaissance de ce fait curieux, qui aurait pu le mettre sur la voie de la solution qu'il cherchait avec tant de zèle. L'abbé Dony, M. Leclaire, ne le connaissaient pas davantage.

L'oxyde de zinc a été prescrit surtout dans le traitement des maladies nerveuses, parce qu'on avait cru remarquer qu'il exerçait une certaine influence sur l'appareil de l'innervation. Mais l'expérience, éclairée par une observation plus exacte, a fait abandonner cette croyance. L'oxyde de zinc paraît être une substance à peu près inerte. On a pu en donner jusqu'à 6 grammes par jour sans danger. A des doses considérables, il agit comme vomitif; mais alors encore il est d'un effet incertain. Cependant, son action n'est pas toujours la même : tantôt, et c'est le plus ordinaire, il ne produit aucun phénomène sensible dans l'économie vivante; tantôt, dans quelques cas rares et à hautes doses seulement, il détermine des nausées, des coliques, des vomissemens, parfois même des vertiges et une sorte d'ivresse passagère. Ces derniers phénomènes ne présentent jamais de gravité. Ce qui est certain, c'est que l'oxyde de zinc n'est pas plus un poison que le zinc lui-même. Les expériences faites sur les animaux par MM. les docteurs Orfila, Flandin et Bouchut ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

Ainsi, les sels de zinc seuls possèdent des qualités nuisibles; le zinc et son oxyde jouissent d'une innocuité complète. Il importe de bien établir cette distinction. En la négligeant, on a élevé contre l'emploi du blanc de zinc des objections qui étaient le résultat d'une erreur scientifique. Les sels zinciques n'ont rien de commun avec l'industrie du blanc ou oxyde de zinc; des propriétés particulières de ces sels, on ne peut rien conclure contre l'industrie nouvelle.

Ce que la science pouvait prédire, les faits observés par les hommes les plus compétens, sont venus le démontrer. De nombreux et imposans témoignages se sont accordés pour proclamer l'innocuité de la fabrication et de l'emploi du blanc de zinc. Parmi les médecins qui ont le plus contribué à établir cette vérité, nous devons mettre en première ligne M. le docteur Bouchut, dont le mémoire cité plus haut a reçu la haute approbation de l'Académie de médecine; M. le docteur Courregé, de Clichy-la-Garenne, qui donne habituellement ses soins éclairés aux ouvriers malades de l'usine fondée par M. Leclaire, à Asnières, près Paris, et M. le docteur Bossut, médecin de l'association des ouvriers peintres de M. Leclaire. Des chimistes honorablement connus, des ingénieurs, des architectes parmi lesquels on trouve les noms les plus distingués, MM. Achille Leclère, de l'Institut, Visconti, Gounod, architecte de la manufacture de Sèvres, etc., etc., ont étudié aussi la question de la salubrité. Tous sont arrivés au même résultat. Et l'on ne saurait trop remercier tous ces hommes éclairés d'avoir voulu consacrer leur temps et leur attention à un sujet si utile à l'humanité.

Si l'on recherche, tout d'abord, quelles sont les maladies particulières auxquelles pourraient être exposés les ouvriers des mines de zinc et ceux qui travaillent dans les usines où l'on produit le zinc à l'état métallique, par suite de leur contact avec ce métal, on obtient un résultat entièrement négatif. Seulement, dans les usines à zinc, les ouvriers nouvellement admis éprouvent quelquefois des vomissemens accompagnés de sueur froide et de prostration des forces. Mais ces accidens, qui, comme nous le verrons tout à l'heure, présentent beaucoup d'analogie avec ceux qu'on observe, en général, dans les fonderies, ne durent jamais longtemps, et après un mois de travail, ils ne se reproduisent plus. Il n'y a rien là qui ressemble à un empoisonnement. Chez les ouvriers qui sont en contact avec le plomb ou ses composés, les accidens vont toujours en augmentant et en se multipliant, s'ils n'interrompent leurs travaux après une courte période.

Relativement à l'oxyde de zinc, qui est l'objet spécial de ce travail, nous avons à considérer en premier lieu les ouvriers qui le fabriquent, puis ceux qui l'emploient.

Les ouvriers qui travaillent dans les fabriques de blanc de zinc forment un contraste frappant avec ceux des fabriques de céruse. Ils ont généralement l'apparence de la vigueur et de la santé. La plupart y travaillent depuis la création de l'éta-

blissement et n'ont jamais été obligés de suspendre leurs occupations. Le docteur Courregé n'a jamais observé chez les ouvriers de la fabrique d'Asnières aucune maladie qu'il lui fût possible d'attribuer à une influence délétère exercée par l'oxyde de zinc. Les ouvriers eux-mêmes, pressés de questions, ne signalent guère qu'un peu de sécheresse dans la bouche et quelques légers maux de gorge, phénomènes insignifians qu'ils éprouvent parfois et qui ne persistent point.

Ces ouvriers sont d'ailleurs exposés, indépendamment de toute action spéciale qui pourrait provenir de l'oxyde de zinc, à une double influence qu'il ne faut point perdre de vue dans cette étude, celle de la température élevée des fours et celle de la poussière plus ou moins abondante qui se répand sans cesse autour d'eux. A cette double influence doivent, selon nous, se rapporter quelques phénomènes peu graves qui ont été observés et que nous allons faire connaître.

Les ouvriers qui travaillent aux fours sont sujets quelquefois à éprouver une courbature, qui est surtout prononcée dans les cuisses, et qui s'accompagne de céphalalgie et d'un mouvement fébrile la nuit. Ces accidens, toujours peu intenses, se montrent seulement de temps à autre, plus particulièrement chez les ouvriers peu anciens, et sont même très rares chez ceux qui sont habitués à ce genre de travail. Ces phénomènes morbides ayant été remarqués parfois chez des fondeurs en cuivre lorsqu'ils faisaient l'alliage du cuivre et du zinc, on avait cru pouvoir les attribuer à l'inspiration des vapeurs du zinc en fusion. Mais des effets entièrement analogues s'observent également dans des fonderies où il n'y a ni cuivre, ni zinc, ni étain, ni plomb. Ces accidens dépendent donc évidemment de la nature même du travail, et ne peuvent être attribués à aucune influence délétère.

Si l'oxyde de zinc était vénéneux, son action nuisible devrait surtout s'exercer sur les ouvriers qui passent la journée dans une atmosphère chargée de sa poussière, et qui respirent à pleine poitrine cette poussière, de laquelle ils ne cherchent nullement à se garantir, bien différens en cela des malheureux ouvriers de la céruse; par exemple, chez ceux qui travaillent à la récolte, à l'embarrillage, etc. Eh bien! ces ouvriers jouissent généralement d'une santé parfaite. M. Debette, ingénieur des mines, déclare qu'il a absorbé par les voies respiratoires, et à plusieurs reprises, du blanc de zinc pulvérulent en quantités relativement considérables, en s'introduisant au moment de la récolte, sans prendre aucune précaution, dans des chambres pleines de ce produit, et qu'il n'en a jamais ressenti le moindre inconvénient. Citerons-nous M. Leclaire lui-même, qui vivait comme à plaisir dans cette atmosphère de zinc, et dont la santé n'a pas été altérée un seul instant?

Outre les maux de gorge légers et peu durables dont nous parlions plus haut, les ouvriers du blanc de zinc éprouvent quelquefois des démangeaisons au bout des doigts, sous les ongles, dans les aisselles, aux aines et au scrotum. M. le docteur Bouchut a même observé de petits boutons ou papules sur la peau des régions où ces démangeaisons ont leur siége. Mais ces démangeaisons et ces papules ne peuvent être attribuées à une cause spécifique quelconque, car il suffit d'un simple lavage pour les empêcher de se produire. Elles sont l'effet tout mécanique du frottement avec l'interposition d'un corps pulvérulent.

Enfin, les ouvriers du blanc de zinc ressentent de temps en temps un peu d'agitation pendant la nuit. Quelques-uns même éprouvent alors cette espèce d'ivresse passagère que les médecins ont signalée, ainsi que nous l'avons dit plus haut, comme un effet de l'ingestion de l'oxyde de zinc. Ici, l'action spéciale de cette substance ne saurait être niée. Mais, dès le lendemain matin, les ouvriers ne s'en ressentent plus et peuvent reprendre leurs travaux. Ce n'est donc que l'effet d'une influence bénigne et passagère, pour laquelle le mot intoxication, qui est synonyme d'empoisonnement, est tout à fait inadmissible, car il éveillerait nécessairement une idée entièrement fausse.

En résumé, après les recherches les plus consciencieuses, pour une période de quatre ans, et sur la totalité des ouvriers qui travaillent à la fabrication du blanc de zinc dans le ressort des hôpitaux de Paris, à Asnières, à la Villette et à Grenelle, on est parvenu à grand'peine à rassembler en tout trois cas dans lesquels des accidens assez intenses pour forcer les malades de se mettre au lit, auraient pu à la rigueur être rapportés à la fabrication du blanc de zinc. Ces cas ont été cités d'une manière complète par M. le docteur Bouchut, qui, après avoir fait remarquer que les symptômes n'étaient point les mêmes dans chacun d'eux, et que, d'ailleurs, les trois malades ont été promptement et facilement guéris, a démontré que, selon toute apparence, ces maladies se sont produites sous l'influence de circonstances étrangères à l'industrie du blanc de zinc. Mais en admettant même que l'oxyde de zinc ait été la cause des accidens éprouvés par ces malades, que pourrait-on conclure d'un si petit nombre de faits contre l'industrie du blanc de zinc? Ils ne pourraient constituer qu'une rare exception tout individuelle. On sait qu'il est des individus qui, en vertu d'une idiosyncrasie particulière, sont péniblement affectés par certaines influences sans effet pour la généralité des hommes.

De tout ce qui précède, il résulte que la fabrication de l'oxyde de zinc n'exerce sur les ouvriers qui s'y consacrent aucune action délétère, et que, si l'on excepte seulement l'espèce d'ivresse rare et passagère attribuée à l'action toute bénigne de cet oxyde sur les centres nerveux, les phénomènes morbides, toujours sans gravité, que l'on observe de temps à autre chez ces ouvriers, doivent être attribués à l'influence de la température élevée des fours et à l'action mécanique de la poussière de zinc.

Interrogeons maintenant les ouvriers qui emploient le blanc de zinc, les peintres en bâtimens, etc.

Ici, nous avons peu de chose à dire. C'est qu'en réalité, il est impossible de saisir la trace d'une maladie quelconque qui puisse être attribuée à l'emploi du blanc de zinc dans la peinture. Les procès-verbaux de la Société de secours mutuels des ouvriers peintres de M. Leclaire et les renseignemens fournis par M. le docteur Bossut démontrent qu'à partir de l'année 1846, époque à laquelle M. Leclaire a introduit la peinture au blanc de zinc dans tous ses travaux, non seulement les coliques de plomb ont disparu chez ses ouvriers, mais encore que le nombre des maladies de tout genre a diminué de moitié. La constitution de tous ces hommes s'est donc considérablement améliorée! Ce fait nous paraît d'une haute importance. Des peintres qui avaient été obligés de renoncer à leur profession, ont pu la reprendre et la continuer.

Un grand nombre d'architectes, qui, ainsi que nous le disions tout à l'heure, se sont occupés de la question sanitaire, et en tête desquels nous placerons M. Achille Leclère, ont constaté que la peinture au blanc de zinc n'exerçait aucune influence délétère sur les ouvriers, qu'elle séchait plus promptement, laissait moins d'odeur, et que les appartemens fraîchement peints pouvaient être habités immédiatement sans danger pour la santé.

Il est donc démontré aujourd'hui, par plusieurs années d'expérience, que les ouvriers qui fabriquent le blanc de zinc et ceux qui l'emploient ne courent aucun danger.

Si l'on rapproche le récit que nous venons de faire de l'état sanitaire des ouvriers du blanc de zinc, de la description des maux causés par le plomb, que nous avons placée au commencement de notre travail, n'est-on pas frappé de la différence énorme qui existe entre la condition de ces ouvriers et celle des ouvriers des préparations saturnines? Et pourtant, notre tableau, quelque sombre qu'il soit, n'avait rien d'exagéré, car nous n'avons établi nos calculs que sur le nombre des malades traités dans les hôpitaux, c'est-à-dire sur la moindre partie des malades frappés par le plomb. M. Leclaire nous disait dernièrement qu'avant d'avoir adopté la peinture au blanc de zinc dans ses ateliers, il avait, comme tous les entrepreneurs de peinture, un grand nombre d'ouvriers atteints de coliques saturnines. Or, un seul de ses ouvriers a consenti à chercher les secours de la médecine dans un hôpital.

Depuis quelque temps, le nombre des malades affectés par le plomb diminue, dit-on, sensiblement dans les hôpitaux de Paris. Cela tient à plusieurs causes. Il faut certainement en faire honneur, en grande partie, aux soins minutieux dont les ouvriers en céruse sont l'objet dans les fabriques bien dirigées, et à l'emploi des machines qui remplacent les hommes. Mais il est à remarquer aussi que les fabricans de céruse font traiter à domicile leurs ouvriers malades.

Les précautions dont on entoure les ouvriers cérusiers et dont ils ont soin de s'entourer eux-mêmes, leur sont, en général, d'un bien faible secours. Rien ne peut les soustraire à l'influence pernicieuse, s'ils continuent leurs travaux au-delà d'une courte période de temps. Les fabricans ne peuvent garder un ouvrier plus de douze à quinze jours. Sans cette précaution, toutes les autres sont illusoires. Et n'est-ce pas une terrible industrie que celle qui impose une telle nécessité? Quels sont donc les ouvriers intelligens qui voudront s'astreindre à une pareille irrégularité dans leurs travaux, à un pareil désordre dans leur existence? Dans la fabrication et l'emploi du blanc de zinc, les ouvriers peuvent travailler sans interruption, ils peuvent se consacrer entièrement à l'industrie sur laquelle ils ont fait porter leur choix, sans altérer leur santé, sans abréger leur vie.

Mais malgré tant de soins et de précautions, pense-t-on que les maladies saturnines disparaissent enfin des fabriques de céruse? Hélas, non. Dans une des fabriques les plus justement renommées pour l'excellente administration, qui emploie 23 ouvriers, il y a eu encore 20 malades en 1850, et 13 l'année dernière! Les fabricans eux-mêmes ne réussissent pas toujours à se mettre à l'abri des atteintes du poison.

Mais quelle est la part des fabriques de céruse dans la somme totale des individus susceptibles de contracter l'intoxication saturnine? Nous l'avons dit déjà, et nous ne saurions trop le répéter, elle est peu considérable. Ces fabriques emploient, en France, environ 400 à 500 ouvriers; et il n'y a pas moins de 50,000 peintres en bâtimens, sans compter toutes les autres professions qui font usage des préparations du plomb. Peut-on espérer faire disparaître les maladies saturnines si l'on ne supprime la céruse?

Nous devons signaler ici, en passant, un fait qui a son intérêt dans la question, c'est que les ouvriers en peinture ne contractent pas seulement la colique de plomb en appliquant la peinture fraîche, mais encore en faisant le grattage des vieilles peintures à la céruse. Aussi, lors même que le blanc de zinc aura été généralement adopté, il y aura encore longtemps des coliques saturnines chez les peintres en bâtimens, à moins que ces ouvriers n'adoptent un moyen de se soustraire, pendant leur travail, à l'influence de cette poussière.

Après avoir lu notre travail, on ne s'étonnera pas si les conclusions de toutes les commissions instituées, soit par les corps savans, soit par les ministres et par M. le préfet de la Seine, pour examiner la découverte de M. Leclaire et ses applications, se sont montrées constamment favorables. Nous nous bornerons à rapporter ici celles de la commission spéciale nommée par ordre du ministre des travaux publics, l'honorable M. Vivien, parce que ces conclusions, qui émanent, comme celles des autres commissions scientifiques ou ministérielles, d'une source éminemment respectable, résument assez bien notre sujet: « Au point de vue de la salubrité, la commission regarde, comme étant dès à présent incontestables, les avantages de la substitution de l'oxyde de zinc à la céruse, en raison des effets nuisibles que cette dernière matière produit fréquemment, principalement sur les ouvriers et sur les personnes exposées à séjourner dans les habitations récemment peintes. — Au point de vue industriel et artistique, elle pense 1° que les peintures ayant pour base l'oxyde de zinc seront plus inaltérables, n'étant surtout aucunement attaquables par les émanations sulfureuses, comme sont nécessairement les peintures à la céruse; 2° que l'oxyde de zinc peut procurer des tons au moins aussi frais et aussi beaux que la céruse; 3° enfin, qu'il y a lieu d'espérer que l'emploi de l'oxyde de zinc dans les peintures purement artistiques empêchera l'altération si rapide des tons, qui se fait remarquer dans la plupart des tableaux modernes. »

Les récompenses les plus honorables ne pouvaient manquer d'être décernées à M. Leclaire. Une médaille d'or lui a été accordée par la Société d'encouragement pour l'industrie nationale et par le jury de l'exposition de 1849; l'Institut l'a jugé digne du prix Montyon; le gouvernement lui a conféré l'ordre national de la Légion-d'Honneur.

Conséquent avec tous ces actes, le gouvernement, par ses circulaires et ses arrêtés ministériels, a saisi, depuis, toutes les occasions de faire substituer le blanc de zinc à la céruse dans tous les travaux qui sont du ressort de l'administration publique.

Pour ce qui est de la médecine, son jugement ne saurait être indécis. Pour elle, l'industrie du blanc de zinc réalise un progrès véritable.

Après avoir fait tous nos efforts pour élucider cette grave question, dont la solution importe à la santé et à l'existence de tant de milliers de nos semblables, nous ne pouvons plus que former des vœux. Nous espérons que le gouvernement français fera de nouveau, ici, l'application de ce principe salutaire, qui consiste à prohiber l'usage des matières d'un emploi nuisible, toutes les fois que des agens nouveaux, reconnus sans danger, doivent produire des effets semblables et aussi avantageux; principe qui a été consacré par plusieurs mesures législatives, entre autres, par le décret qui interdit l'emploi de l'arsenic pour le chaulage des grains.

C'est au législateur à apprécier jusqu'à quelle limite il doit intervenir.

Interprètes sincères de la science, nous avons cherché à faire ressortir de nouveau les graves dangers inséparables de la fabrication et de l'emploi des préparations du plomb, à rendre incontestables les services que peut rendre le blanc de zinc dans l'industrie et dans les arts, enfin à établir l'entière innocuité de l'industrie nouvelle créée par M. Leclaire.

Et nous croyons avoir démontré *qu'il importe, dans l'intérêt de l'humanité et dans celui de l'État, de proscrire la fabrication et l'usage de la céruse; et qu'on peut, avec avantage et sans inconvéniens pour la santé publique, remplacer cette substance par l'oxyde de zinc.*

G. Richelot.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

NOTE SUR UNE FORME REMARQUABLE DE MALADIE BULLEUSE, OBSERVÉE CHEZ DES NOUVEAU-NÉS ET DE JEUNES ENFANS;

Par le docteur Robert Barnes, professeur d'accouchemens, chirurgien accoucheur du dispensaire général de l'Ouest.

Vers la fin de l'année 1850, et au commencement de l'année 1851, j'ai eu occasion d'observer, chez des nouveau-nés, et chez de jeunes enfans, plusieurs cas de maladie bulleuse présentant des caractères tellement différens de ceux qu'on attribue au pemphigus, dans les ouvrages qui traitent des maladies cutanées, ou de ce que j'ai moi-même observé chez les enfans, que je serais tenté de les considérer, sinon comme une maladie entièrement nouvelle, au moins comme une maladie très rare. En outre de leur nouveauté ou de leur rareté, ces faits me paraissent avoir un grand intérêt, surtout lorsqu'ils sont rapprochés des circonstances au milieu desquelles ils se sont développés, parce qu'ils peuvent servir à éclairer un point récemment controversé de l'histoire du pemphigus des nouveau-nés. Ils peuvent, en outre servir à prouver que de larges bulles peuvent exister au dehors de tout trouble fonctionnel bien tranché; ils tendent enfin à renverser cette opinion générale, qui veut que cette forme de maladie cutanée

soit nécessairement associée à un état asthénique ou cachectique de l'organisme.

Je rapporterai d'abord quelques-uns des faits que j'ai recueillis :

OBSERVATION I. — 19 septembre 1850. — Enfant de huit jours. Père sain et bien portant; mère offrant toutes les apparences d'une bonne santé. L'enfant a eu de l'ictère. Il présente de nombreuses bulles, de dimension variable, depuis celle d'un pois, jusqu'à celle d'un haricot, remplies d'une sérosité transparente jaunâtre. Les bulles existent principalement au pli des aisselles et des aines, et dans les replis cutanés autour du cou; mais des bulles isolées se retrouvent également sur le cuir chevelu, sur le tronc et sur les membres. L'épiderme semble simplement soulevé par de la sérosité jaunâtre; le derme est un peu rouge au-dessous, et dans bien peu de points, la rougeur s'étend au-delà de la base de la bulle, de manière à former une aréole. Les bulles rompues, la peau présente l'aspect d'une surface dénudée de l'épiderme par un vésicatoire. Elle continue à sécréter un fluide séreux. L'enfant ne présente pas d'autre signe d'altération de la santé : il est bien nourri; seulement il est agité par suite de l'irritation causée par les bulles (lotions d'oxyde de zinc; poudre grise et carbonate de soude, de chaque, 2 grains par jour).

21 septembre. Pas de nouvelles bulles. Le derme dénudé dans les points où les bulles se sont rompues n'est plus enflammé, ni ne sécrète plus de sérosité autour du cou; c'est le seul sur lequel les lotions aient été faites. Aux aines et aux aisselles, où les lotions n'ont pas eu lieu, l'inflammation et l'irritation persistent (continuer les lotions).

26 septembre. La place occupée par les bulles fournit encore une sécrétion séreuse, mais pas d'inflammation, excepté dans les points où les replis de la peau frottent l'un sur l'autre.

3 octobre. Pas de bulle nouvelle. Sécrétion tarie. Inflammation disparue là où les lotions ont été faites. Les bulles sont desséchées ou sans formation de croûtes (peut-être cela tient-il au frottement auquel les parties affectées ont été exposées); la santé de l'enfant continue à être excellente.

OBSERVATION II. — 21 septembre 1850. Enfant d'une semaine. Ce fait est presque entièrement semblable au précédent : les seules différences sont : 1° que les bulles sont remplies d'une sérosité transparente, incolore, et non pas jaunâtre, comme dans le cas précédent : ce qui tenait sans doute à la présence de l'ictère. 2° que les bulles ne sont pas aussi nombreuses.

26 septembre. De nouvelles bulles se sont montrées; les anciennes se sont déchirées, il en résulte une sécrétion séreuse. Des lotions d'oxyde de zinc ont eu un plein succès.

3 octobre. Pas de nouvelle bulle; cicatrisation partout.

OBSERVATION III. — 1er octobre 1850. Enfant de quatre jours. Fait entièrement semblable aux précédens. Les bulles paraissent seulement plus profondément placées dans l'épaisseur de la peau.

5 octobre. La plupart des bulles sont déchirées et sont en pleine dessication.

8 octobre. De nouvelles bulles se sont montrées sur différentes parties du corps; une sur le cuir chevelu, près du front, a l'étendue d'une demi-couronne; elle est tout à fait aplatie; et comme la peau est peu rouge au-dessous, elle eût pu échapper à l'attention; mais l'épiderme se déplace aisément sur le derme, et se détache à la plus légère pression. Une autre bulle, du volume d'une fève, a pour siége l'index de la main gauche.

11 octobre. Les lotions d'oxyde de zinc ont eu de bons résultats : elles ont presque entièrement cicatrisé les surfaces excoriées. Les croûtes sont détachées en partie; la peau est un peu rouge au-dessous, mais sans autre altération.

OBSERVATION IV. — Le 8 octobre 1850. Enfant de quatre ans, habitant la même maison que celui qui fait le sujet de l'observation I, d'une santé délicate, porte sur le crâne une bulle du volume d'une noisette, et une bulle semblable sur l'abdomen. Ces bulles furent suivies de la formation de croûtes sèreuses. Elles se desséchèrent en quelques jours.

OBSERVATION V. — 29 janvier 1851. Enfant de 12 jours fortement amaigri, assez souvent malade, et présentant des troubles des fonctions digestives. Sous tous les autres rapports, ce cas se rapproche des précédens.

8 février. Pas de bulles nouvelles; les anciennes sont cicatrisées; l'enfant est presque entièrement rétabli.

J'ai rencontré encore deux autres cas, dans lesquels les enfans présentaient des croûtes exactement semblables à celles des malades dont j'ai fait l'histoire, et j'en conclus que ces croûtes avaient succédé à de véritables bulles, comme dans les cas précédens.

Si l'on compare les faits qui précèdent avec les formes de maladies bulleuses, décrites par les auteurs, on pourra saisir des particularités assez remarquables. Ainsi Willan, sous le nom de *pemphigus infantile*, et Bateman et Biett, sous le nom de *rupia escarrotica*, décrivent une maladie très sérieuse, souvent funeste, et dans laquelle le traitement ne compte que peu de succès. Une maladie très formidable a été décrite par le docteur Whitley Stokes, comme maladie endémique, parfois même épidémique dans certaines parties de l'Irlande. « La maladie, dit-il, se montre au milieu d'une santé parfaite; une ou plusieurs vésicules apparaissent, la plupart plus volumineuses que les plus grosses pustules de la variole; elles augmentent pendant deux ou trois jours et se rompent ensuite. Avant ou après s'être rompues, les vésicules se réunissent; et il en résulte des ulcérations qui s'étendent rapidement. » Une forme moins grave a été décrite par Underwood, sous le nom de phlyctènes, « affection qui se montre, dit-il, soit avec des maladies de l'intestin, soit pendant la dentition...... L'intestin contient habituellement des liquides acides en abondance, toutes les fois qu'il y a beaucoup d'éruption à la peau. » Cette affection paraît semblable au *pompholyx benignus* de Willan; c'est la même maladie que le *pemphigus* de quelques autres auteurs. D'après M. Erasmus Wilson, c'est une forme rare de maladie cutanée, qui affecte principalement les enfans et les jeunes sujets, et qui ne s'accompagne que de troubles fonctionnels ou insignifians ou très peu prononcés. Osiander parle du *pemphigus connatus*. Alibert cite le fait d'un enfant, né avec une large bulle sur la poitrine. Lobstein a écrit un traité sur le *pemphigus neonatorum*; mais tous les auteurs qui ont parlé de cette affection l'ont regardée comme rare.

Le pemphigus des enfans a fixé récemment, d'une manière toute particulière, l'attention des médecins, à la suite de la discussion qui a eu lieu au sein de l'Académie de médecine, relativement à la nature prétendue syphilitique de cette éruption. On sait que cette dernière opinion a été soutenue par M. Paul Dubois. Les faits que j'ai rapportés plus haut offrent beaucoup d'intérêt en ce qui touche cette question. Effectivement, si on les regarde comme d'une nature analogue à celle de l'affection qui a fait le sujet de la discussion académique, force sera bien de conclure que M. Dubois est dans l'erreur lorsqu'il soutient d'une manière générale et absolue que le pemphigus des nouveau-nés tient à une infection syphilitique. D'abord cette maladie bulleuse ne s'observe pas sur des nouveau-nés seulement. Les enfans des observations 1, 3 et 5 avaient à la vérité moins de douze jours. Mais celui de l'observation 4 était âgé de 4 ans, avait toujours été bien portant jusqu'à cette époque; et cette affection avait paru chez lui trois semaines environ après s'être montrée chez un enfant nouveau-né, vivant sous le même toit. Si, pour les enfans nouveaux-nés, on pouvait rigoureusement rapporter l'éruption à une infection spécifique de la mère, il ne pouvait en être ainsi pour un enfant de 4 ans. La vérité est que le pemphigus, comme d'autres maladies de la peau, peut être associé à l'infection syphilitique; mais qu'il peut aussi se montrer en dehors de cette contamination. Peut-être l'apparition successive de l'éruption, chez des enfans habitant sous le même toit, pourrait-elle faire songer à la contagion. Il est de plus à remarquer que tous ces faits se sont montrés pendant l'automne et l'hiver de 1850. Il n'en est pas moins impossible cependant de tirer des conclusions positives de pareilles coïncidences.

Rien de plus important en pathologie que de connaître à fond les diverses formes sous lesquelles une maladie peut se produire, les degrés divers de gravité qu'elle peut offrir chez des sujets différens, dans des saisons différentes et sous l'influence de diverses conditions modificatrices. En effet, si les circonstances sont différentes, il peut arriver que les symptômes présentent eux-mêmes des différences telles qu'il ne soit pas toujours possible de suivre leur filiation et de les rattacher à une seule et même maladie. Dans les cas que j'ai rapportés plus haut, la forme bulleuse de la maladie cutanée offre un aspect différent des affections graves décrites par Willan, Bateman et Whitley-Stokes; elle était bénigne, avec peu ou point de troubles fonctionnels. Elle différait aussi de l'affection décrite par Underwood, parce qu'elle ne paraissait avoir aucune relation avec des troubles de la digestion ou de la dentition. Néanmoins, je suis disposé à la considérer comme de la même famille que les formes décrites par ces auteurs.

Pour donner aux cas que j'ai recueillis toute leur valeur, il faut les comparer avec les autres. A ce point de vue, ils établissent que les éruptions bulleuses peuvent se montrer à tout âge de la vie, dans les états de santé les plus divers, avec ou sans symptômes fébriles, bref dans presque toutes les variétés de circonstances possibles. Mais ces faits, bien loin de justifier les divisions nosologiques minutieuses, semblent prouver seulement l'impossibilité de rattacher les éruptions bulleuses à des conditions spéciales de l'économie, et doivent par conséquent faire abandonner l'application de termes spéciaux destinés à les caractériser par ce qui n'est autre chose qu'une complication accidentelle. Le plus sûr est donc, dans l'état actuel de nos connaissances, de décrire les formes telles qu'elles se présentent, sans attacher trop d'importance à la place qu'elles occupent dans les classifications artificielles.

Les faits que j'ai rapportés fournissent plusieurs exemples frappant de la futilité de ces raffinemens de classification dont est hérissée la pathologie cutanée. M. Schédel a donné comme signe différentiel du rupia et du pemphigus que dans le *rupia* les bulles sont toujours suivies d'ulcération et que les croûtes ont une grande épaisseur; tandis que dans le *pemphigus* il n'y a pas d'ulcération et que les croûtes sont minces et peu saillantes. J'ai vu effectivement à l'hôpital Saint-Louis bon nombre de cas de pemphigus chez l'adulte, qui n'étaient pas suivis de croûtes saillantes et d'ulcérations. Le diagnostic de M. Schedel ne me paraît pas moins insoutenable; car dans les observations 3 et 4 il y avait des croûtes au moins aussi saillantes que celles du rupia; et lorsqu'il y a des croûtes aussi larges et aussi dures, il est facile à comprendre qu'en se détachant elles pourront laisser une ulcération. A ce moment, il eût suffi d'un état cachectique pour amener très probablement ce résultat. Les traits variables de ces éruptions bulleuses dépendent donc bien plus des différentes circonstances de la constitution que d'un caractère spécifique quelconque de l'éruption.

S'il était cependant nécessaire d'assigner aux cas que j'ai décrits une place dans la classification nosologique, je serais tenté de les rapporter au genre *pompholyx*; mais quant à leur affinité avec les genres *pemphigus*, *phlyctena* et *rupia*, personne ne peut conserver de doutes à cet égard (1).

(1) Extrait de la *Lancette anglaise*, numéros de mai 1852.

BIBLIOTHÈQUE.

PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DU COEUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG; par C. FORGET, professeur de clinique et de pathologie internes à la Faculté de Strasbourg, etc.

Si la critique a des obligations absolues de justice et de vérité, elle n'est pas dispensée de se proportionner aux hommes et aux circonstances, c'est-à-dire de tenir compte des difficultés qui assiégent les écrivains dans toutes les phases de l'élaboration de leurs œuvres. Sous ce rapport, il n'en est point qui méritent plus d'égards et d'encouragement que nos confrères de la province, quand ils présentent au contrôle souverain de la publicité le produit de leurs veilles et souvent de leurs sacrifices. Il ne s'agit pas ici de la supériorité des productions intellectuelles, en raison de leur provenance; c'est là un de ces sujets de controverse, à la fois délicats et stériles, que l'on se hasarde à indiquer, non à traiter; de solution impartiale, il n'en comporte pas. Dans les matières de l'esprit, province et capitale se traiteront toujours comme les habitans de la terre et ceux de la lune dans les entretiens de Fontenelle sur la pluralité des mondes : « Je voudrais bien savoir pourquoi messieurs de la lune auraient l'esprit plus fort que nous? » Et des deux côtés, la sagesse comme la justice, consiste à se dire avec le même philosophe : « Nous voulons juger de nous, nous en sommes trop près; nous voulons juger des autres, nous en sommes trop loin. » Mais beaucoup de nos lecteurs se sont trouvés autrefois, comme nous-même, ou se trouvent encore assez près des choses de la province, pour savoir ce qu'elle promet de fortune aux œuvres de l'intelligence, de souffle à l'inspiration littéraire, d'appui aux entreprises scientifiques. Une monographie médicale, un traité didactique sur l'une des branches de la pathologie, est avant tout, dans les départemens, un acte de courage et de résignation. Attendre les faits qui doivent former la base de la publication, les recueillir avec soin, les féconder dans le silence du cabinet, les entourer de discussion et d'érudition, les grouper avec méthode et les exprimer en généralités classiques, tout ce labeur sied encore mieux au travailleur paisible de nos métropoles départementales qu'au praticien haletant de Paris, et personne ne conteste que beaucoup de nos confrères éloignés ne s'en acquittent avec une vraie distinction, et surtout avec une consciencieuse persévérance. Mais écrire, mais faire un livre, mais se constituer à l'état d'auteur, voilà l'effort et l'abnégation; car, ne vous y trompez pas, ce titre ne s'acquiert pas impunément en tous lieux. Écrire et pratiquer sont aux yeux de bien des gens, en province, deux fonctions qui s'excluent; la plume et le tact médical ne se rencontrent pas aux mêmes mains, ainsi le veut et l'insinue l'envieuse médiocrité des uns, l'incomplète supériorité des autres, et, comme l'opinion publique ressemble aux théories qui recèlent quelque peu de vérité dans un mélange d'erreurs et de faussetés, comme elle n'est elle-même que la théorie des vraisemblances et un simulacre de justice, le médecin qui se rend coupable de publications et de livres, renonce à une partie du succès qu'il avait le droit d'espérer comme praticien; à quelques exceptions près, la gloire de l'écrivain se déduit du revenu de sa clientèle. Abnégation en face des intérêts matériels, courage en face des confrères; car, et c'est là une autre indication de la vie médicale en province, le heurt des opinions adverses ou dissidentes est la conséquence de toute publication sur un sujet de médecine pratique, et plus le milieu est circonscrit, plus ces chocs se répètent et se renforcent; aussi, pour l'exercice placide de l'art et pour la faveur croissante de consultations, voici la recette : flotter entre toutes les doctrines, toucher à toutes les médications, adhérer à tous les diagnostics, c'est-à-dire se taire et ne pas écrire.

M. Forget, de Strasbourg, s'obstine à ne pas suivre ce conseil; nous en félicitons la science d'abord, puis l'École qu'il honore par son enseignement; a-t-il lieu de s'en féliciter sous d'autres rapports, c'est son affaire. La nôtre, puisqu'il l'a voulu, est de lui appliquer ici la torture des auteurs, moderne supplice que par euphémisme on appelle compte-rendu ou bibliographie.

Il y a trois choses à considérer dans un livre, la méthode, la matière, la forme. Pour les monographies et les traités didactiques, la marche est tracée : analyse et synthèse. Les élémens de chaque question importante, ou si vous aimez mieux, de chaque chapitre, sont discutés, envisagés isolément, puis rapprochés et liés; à mesure que ce travail de décomposition et de recomposition partielle avance et se complète, l'ensemble se dégage, et les généralités se présentent en guise de couronnement. M. Forget a généralisé au début et à la fin de son livre : une esquisse de pathologie générale du cœur y sert d'introduction et permet au lecteur novice d'embrasser, d'un premier regard, et comme dans un seul horizon, les faits dominans, les caractères communs et les dissemblances essentielles de tous les états morbides de l'appareil circulatoire. Une série d'aphorismes résume à la fin de l'ouvrage les points de doctrine et d'application qui sont culminans dans l'histoire des troubles et des lésions cardiaques et vasculaires, ou qui ont reçu des investigations de l'auteur une lumière, une interprétation nouvelles. Entre ces deux synthèses, dont l'une est inaugurale et l'autre sommaire, M. Forget ne s'est pas astreint à la monotone continuité de l'analyse; toutes les fois que des vues d'ensemble s'entr'ouvrent, que des applications générales s'offrent à la pensée, que les faits se prêtent aux palpables catégories de la réalité clinique, l'auteur ne s'en fait faute : nous signalerons, par exemple, ce chapitre si pratique de l'anévrysme du cœur qu'il a refait de toutes pièces, à la suite de l'histoire des hypertrophies cardiaques, vieux chapitre, vieille dénomination qu'il a restituée à la science avec une justesse de sens médical que nous ne saurions trop louer; car traiter ici de l'endocardite, là des altérations valvulaires, plus loin de l'ampliation des cavités du cœur, ailleurs encore de l'augmentation d'épaisseur de ses parois, etc., c'est disloquer par une analyse artificielle, suivant l'expression de M. Forget, des élémens pathologiques que la nature réunit et combine; et s'il est utile de les décomposer par l'étude, l'instruction pratique exige que le tableau clinique soit reconstitué, que la maladie soit retracée dans le livre telle qu'on l'observe le plus souvent, dans la

complexité de ses lésions, dans sa marche, dans l'enchaînement de causes et d'effets qui se répètent ou se renforcent. Ainsi la méthode adoptée par M. Forget, répond aux nécessités du sujet, précisément parce qu'elle n'est pas absolument philosophique; il l'a adaptée aux conditions d'un ouvrage à la fois didactique et pratique, et par l'usage habilement combiné de l'analyse et de l'induction, il a retracé avec clarté, avec une sorte de franchise vive et nette, une masse de données élémentaires, d'observations, de critiques, de résultats et d'expériences que l'on s'étonne de voir condensés en un si petit nombre de pages : pages faciles à lire, mais écrites difficilement, laborieusement, parce que les mots y ont leur fonction légitime, qui consiste à exprimer le fait ou la pensée.

Et tout en louant cette sage distribution des matières, qui va du simple au composé, qui masque les difficultés et les aspérités par les pentes insensibles du chemin, nous nous demandons si un jour, au lieu d'appuyer l'histoire des troubles et des lésions matérielles de l'appareil circulatoire sur l'exclusive considération de sa structure, et d'y rattacher, en guise d'appendice, quelques notions sur le liquide qui y circule, on ne se placera pas, dès l'abord, au point de vue des modifications physiologiques et pathologiques du sang, suivant la constitution, l'âge, le sexe, les diathèses et évolutions morbides, etc. Déjà, par quelques coins, apparaît la nécessité de la détermination préalable des caractères et réactions du sang; les controverses encore pendantes de la *phlegmasia alba dolens*, de ce que M. Forget appelle la phlébite adhésive, indiquent cette voie de recherches et de liaisons pathogéniques. M. Forget n'a rien ajouté aux preuves très incomplètes de la doctrine solidiste, et l'idée des coagulations spontanées du sang, sous l'influence de certains états cachectiques, demeure pour le moins aussi rationnelle que celle des inflammations multiples, disséminées, limitées presque toujours dans le système veineux périphérique, suivies d'oblitérations et d'œdème. Il y a plus, et M. Forget peut s'en assurer expérimentalement, on ne provoque pas à volonté, au moyen d'une irritation mécanique, la phlogose de la membrane interne d'un segment de veine pris entre deux ligatures, bien qu'il reste adhérent aux parties ambiantes. Les phlébolithes, les dégénérescences graisseuses du cœur, des veines, les productions cartilagineuses et osseuses dans les parois artérielles, les accumulations de matières stéatomateuses ou athéromateuses, les coagulations du sang artériel observées par M. Forget lui-même dans un cas de gangrène *spontanée* d'un membre pelvien, survenu trente-six heures après un empoisonnement par l'arsenic, la coïncidence récemment signalée entre certaines gangrènes des membres et la glucosurie, la prédominance des lésions dans le cœur gauche en rapport avec la différence de composition des sangs artériel et veineux, tous ces faits et tant d'autres auxquels l'analyse chimique rattachera plus tard certaines concrétions et altérations des orifices du cœur, ne semblent-ils point placer dans le sang l'origine d'un grand nombre des maladies étudiées jusqu'à présent comme l'expression de lésions primordiales des tissus qui entrent dans la composition du système circulatoire? Cette vérité physiologique, que le sang est le centre de la vie végétative, n'a-t-elle pas une haute portée pour l'élucidation pathogénique d'un grand nombre d'altérations que la routine d'une observation superficielle fait dépendre de l'inflammation des solides? A-t-on précisé l'influence de certains principes versés dans le sang par l'alimentation ou qui y pénètrent accidentellement, sur la circulation capillaire et sur les phénomènes pathologiques qui en dépendent, tels que stases, engorgemens, phlegmasies consécutives, etc.? Mais sans faire appel à l'avenir, sans faire valoir les lacunes de l'hématologie morbide, la médecine pratique ne nous montre-t-elle pas, dans une étroite solidarité de causes et d'effets, l'appareil de la circulation et le liquide qui le parcourt? Le seul déchet de l'élément globulaire s'exprime par des troubles marqués : murmure continu des veines jugulaires, souffle intermittent des carotides, souvent encore souffle systolique à la base du cœur; que l'albumine soit en perte notable, surviennent les hydropisies; qu'il en soit ainsi de la fibrine, les hémorrhagies; qu'il y ait empoisonnement par le seigle ergoté, par l'arsenic (Forget), les coagulations artérielles; que l'altération générale de la constitution dérive de certaines cachexies, les coagulations veineuses; à leur tour, les lésions du cœur qui apportent un obstacle à la circulation et diminuent son action sur le sang, entraînent un changement dans la crâse de ce liquide, finissent par donner lieu à la cachexie séreuse, etc. Ainsi s'enchaînent, dans l'ordre pathologique et dans l'ordre physiologique, toutes les manifestations, toutes les actions propres du liquide circulant et de l'appareil qu'il parcourt; ce qui embarrasse, c'est la détermination de leur prépondérance, et si les progrès ultérieurs de la science peuvent seuls autoriser la subordination de l'étude générale des lésions cardiaques et vasculaires à celles du sang, dès aujourd'hui il ne convient plus de reléguer celles-ci en dehors du cadre général, et l'on doit se montrer plus réservé à faire jouer dans le mécanisme encore obscur de beaucoup de ces lésions, le ressort banal de l'inflammation.

Après avoir tracé avec une docte concision la pathologie générale du cœur, où nous avons surtout remarqué une esquisse anatomo-physiologique sur laquelle nous reviendrons, M. Forget entre dans le détail des individualités morbides qu'il groupe en sept classes : 1° vices congéniaux ou tératologie cardiaque; 2° lésions mécaniques; 3° inflammations; 4° flux (hémorrhagie, hydropisie); 5° lésions de l'organisme; 6° corps étrangers; 7° névroses. « Si cette classification n'est pas la meilleure possible, dit l'auteur (p. 91), je déclare n'en pouvoir produire de meilleure quant au but que nous nous proposons, celui de faire suivre au lecteur une marche ascendante progressive, où les élémens se déduisent les uns des autres, autant que possible, dans un enchaînement facile à saisir et à fixer dans la mémoire. » Et nous pensons qu'il a atteint le but qu'il s'est proposé, la simplicité et la clarté, double condition des livres classiques; celui de M. Forget ne peut manquer de le devenir.

Quant à la substance même de cette importante publication, elle se compose de ce qu'une érudition sobre et choisie, une critique sévère, une expérience personnelle approfondie ont pu réunir dans un cadre un peu resserré, mais suffisant pour l'exposition des données positives et vraiment utiles; l'auteur a su l'enrichir de tout ce qu'il a refusé aux discussions oiseuses, aux théories contradictoires, aux assertions douteuses, aux subtilités; un jugement sûr, un plan méthodique, un style clair et concis sont aussi des moyens de synthèse et d'abréviation, et M. Forget appartient au petit nombre d'écrivains qui en disposent comme d'un bien naturel. On peut dire qu'il ne manque à son livre rien de ce qui importe à la saine instruction des élèves ni à la direction des praticiens qui ont l'habitude de se recueillir sur les faits médicaux et de faire auprès des malades besogne sincère de science et d'art. L'écueil des ouvrages qui s'adressent à ces deux catégories de lecteurs est dans l'usage exclusif du laconisme élémentaire ou dans la surabondance de la controverse et de l'érudition; les uns ne sont vraiment qu'une introduction à la science, dont ils sont censés offrir un traité didactique; les autres mentent à ce titre par le développement inégal de leurs parties, surchargés d'observations et de discussions dans celles que l'auteur a cultivées de préférence ou par hasard, tronqués et presque interrompus dans les autres. M. Forget a fait, si l'on peut ainsi dire, une juste répartition de substance et de force sur tous les points de son œuvre; la trame en est ferme et serrée partout, excepté dans les chapitres qui concernent les artères, les veines et le sang; encore y trouve-t-on d'excellens résumés sur l'anévrysme de l'aorte, sur la phlébite traumatique et spontanée, et pour les élèves surtout la somme des connaissances classiques que l'on possède sur ces sujets. Il est impossible de faire un plus sage emploi de la discussion et de l'érudition, d'éviter avec plus de soin les redondances et les superfluités, de repousser avec plus de vigilance et de discernement tous les matériaux de faux ou de médiocre aloi; il a refusé l'illustration de sa prose, comme Boileau celle de ses vers, à tous les inventeurs de petits riens soi-disant scientifiques; il a corrigé, émondé, expurgé; il a fait acte continu de professeur, ayant mission d'enseigner, d'éclairer, d'assainir les intelligences, et ce livre honore non seulement le maître qui l'a fait, mais les élèves de Strasbourg qui en ont demandé l'impression, après l'avoir lu par fragmens dans les *Études cliniques* sur les maladies du cœur, que M. Forget a publiées en 1844, dans un recueil périodique.

(*La suite au prochain n°.*) Michel LÉVY.

PRESSE MÉDICALE.

Annales médico-psychologiques. — Avril 1852.

Des phénomènes et du principe de la vie; par M. LÉLUT, membre de l'Institut.

Quel est l'état actuel de nos connaissances sur les phénomènes et le principe de la vie? Des opinions émises sur cette matière, éternellement livrée aux controverses des savans (*disputationibus eorum*), laquelle mérite plus particulièrement d'être prise en considération?

Répondre brièvement à ces deux questions, tel est simplement le but (du moins à ce qu'il nous semble) que s'est proposé l'auteur de l'article que nous analysons, article que nous savons d'ailleurs avoir été composé primitivement pour un *dictionnaire philosophique*.

M. Lélut ne veut pas ajouter une définition à toutes celles qui ont été données de la vie, définitions à peu près également défectueuses et insuffisantes. Il se borne à une désignation :

« La vie, dit-il, est un des modes de l'existence. C'est ce qu'il y a de commun dans la manière dont existent les corps qu'on appelle organisés, c'est-à-dire les végétaux et les animaux. »

La vie peut être considérée sous deux points de vue, sous deux aspects : premièrement dans les conditions organiques, dans les actes par lesquels elle s'exprime; deuxièmement, dans les facultés, les forces qu'il est permis d'induire de ces formes, de ces conditions, de ces actes, dans le principe auquel on rattache ces facultés, ces forces...

Après avoir jeté un rapide coup-d'œil sur les caractères extérieurs et, comme il le dit, *les apparences* de la vie, et avoir établi en quelque sorte le diagnostic différentiel des corps vivants et des corps inertes, M. Lélut pénètre plus avant dans la question dont il n'avait jusqu'ici soulevé que l'écorce. Il passe successivement en revue les divers systèmes qui ont été émis sur les facultés, les forces, le principe de la vie, et finit par se rallier, à certains égards du moins, et non sans faire de nombreuses réserves, à la doctrine de Stahl, qui n'admet qu'un seul principe. Cette doctrine, selon lui, excelle en ce sens qu'elle soumet au despotisme d'un seul *moi*, du grand *moi*, du vrai *moi*, cette foule de petits *moi* qui constituent la faculté pensante en un perpétuel état d'anarchie, met à la réforme tous ces ministres muets, aveugles et sourds qu'on a voulu lui donner sous les noms d'archée, de principe vital, d'âme nutritive, végétative, irrationnelle, matérielle, etc.

Dans l'être double que nous sommes, ajoute M. Lélut, le *moi*, le principe, quel qu'il soit, qui sent à la fois et a conscience, n'exerce son activité et sa clairvoyance que de compte à demi avec les organes, qui, de leur côté, sont obligés de compter avec lui. Telle est, conclut-il, la meilleure manière d'envisager la vie, la sensibilité, leurs rapports dans le roi des êtres vivans, dans l'homme.

Mémoire sur les prodrômes de la folie; par le docteur J. MOREAU (de Tours), médecin de Bicêtre; mémoire lu à l'Académie de médecine.

L'UNION MÉDICALE a déjà fait connaître les conclusions de ce travail dans un de ses numéros du mois d'avril dernier.

Nous nous bornerons à signaler quelques points spéciaux du sujet :

Pour la plupart des médecins comme pour le public non médical, la folie est, dans son origine, un phénomène exclusivement d'ordre moral; c'est le moral modifié par le moral même. Non pas que l'on nie, d'une manière absolue, l'intervention de l'élément *somatique*, mais cette intervention, l'observation directe ne l'a pas démontrée.

Suivant M. Moreau, « dans aucun cas, le délire, sous quelque forme qu'il se présente, *alors même que sa cause est exclusivement morale*, ne fait irruption dans l'intelligence, sans que des symptômes spéciaux et ayant la plus grande analogie avec ceux qui sont propres aux autres névroses, ne viennent révéler un état de souffrance du système nerveux. »

C'est à la démonstration *expérimentale* de ce fait qu'est consacré le travail que nous résumons.

Ce fait, ces symptômes, ou plutôt l'altération organique toute matérielle qu'ils révèlent, on comprend quelle portée ils doivent avoir dans la solution des questions relatives à l'étiologie, à la nature essentielle et surtout à la thérapeutique des affections mentales. Il n'y a rien de plus dans le délire aigu, chronique, symptomatique, essentiel, comme on voudra l'appeler, quant à son origine du moins (*in radice*), et à son essence, que dans les autres maladies des centres nerveux; le médecin seul est apte à en connaître, seul apte à le combattre et à le guérir.

Résumé des travaux faits sur le goître et le crétinisme; par M. ÉD. CARRIÈRE.

Depuis quelque temps, on s'est de nouveau préoccupé de la question déjà ancienne et très controversée du goître et du crétinisme. M. Éd. Carrière a voulu passer en revue et mettre en lumière les résultats acquis particulièrement sous le rapport médical.

S'occupant d'abord du côté étiologique de la question, l'auteur analyse brièvement le travail si complet et si consciencieux de la commission créée par le roi de Sardaigne pour étudier le crétinisme; viennent ensuite les opinions émises par MM. Grange et Chatin, et développées avec un si remarquable talent par ces deux jeunes savans; celle enfin de M. Fourcault, dont les recherches sur l'iodation des terrains ont ajouté de nouveaux élémens à la question.

Restait un fait important à étudier, « fait, dit M. Carrière, qui touche directement à l'art de guérir, et qui consiste dans l'analyse des conditions pathologiques du crétinisme et des moyens d'action propres à les faire disparaître. »

Déjà M. Niepce avait démontré, par des faits authentiques, que l'on peut guérir le crétinisme quand on l'attaque *à son début*, et non pas lorsque, par sa longue durée, il a modifié profondément l'organisme.

Les succès obtenus dans l'hospice de l'Abendberg, par le docteur Guggenbühl, ne permettent pas de douter qu'en plaçant les crétins dans des conditions de localité, d'atmosphère, d'hygiène convenables, il ne soit possible de changer, pour nous servir des expressions d'un conseiller d'État bernois chargé de faire un rapport sur l'Abendberg, « de misérables créatures infirmes de corps et d'esprit, en hommes utiles. »

La question pathologique du crétinisme a été l'objet d'une étude approfondie de la part des docteurs Stahl, Ferrus et Baillarger.

Suivant M. Ferrus, « il y a deux ordres de phénomènes essentiels dans le crétinisme : 1° un état constitutionnel de l'économie entière, un tempérament propre, une *cachexie lymphatique et crétineuse*; 2° une compression cérébrale modérée, mais permanente et signalée par l'obtusion des facultés, l'engourdissement général de l'économie, le volume insolite et la vacillation continuelle de la tête. »

En conséquence, M. Ferrus définit le crétinisme : « *une hydrocéphalie œdémateuse et constitutionnelle.* » Pour M. Baillarger, le crétinisme ne saurait être considéré comme une maladie. « On doit regarder les crétins comme des êtres imparfaits que rien ne saurait changer complètement, et qu'il faut assimiler aux idiots dont ils forment une simple variété. »

En exposant avec impartialité les argumens que chacun des auteurs a fait valoir en faveur de son opinion, M. Carrière avoue son penchant à partager celle de ces opinions qui, dit-il, ne met pas la science face à face avec une impossibilité, mais au contraire conduit à engager la médecine dans le problème de la guérison des crétins commençans. « *Qu'on essaie*! dit en terminant M. Carrière; une voie est ouverte pour l'amélioration du crétinisme, *qu'on s'y engage!* En médecine, comme en toute chose, il n'y a rien de plus triste et de plus stérile que l'immobilité. »

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

La ville d'Argentan (Orne), vient de perdre un excellent médecin et un citoyen des plus honorables, le docteur Emmanuel Th. Guillaumet. Ce savant confrère s'occupait aussi de mécanique, et plusieurs de ses travaux, présentés à l'Institut, il y a quelques années, avaient été l'objet d'honorables rapports.

VACCINE. — La Société épidémiologique de Londres a ouvert sur la vaccine et sur la variole une enquête des plus importantes; elle a adressé à 3,000 médecins un tableau détaillé des questions qu'elle leur soumettait, avec prière de remplir les blancs par leur réponse. Nul doute que si les 3,000 médecins répondaient à l'appel, on n'arrivât à quelque résultat intéressant; mais jusqu'ici la commission n'a reçu que 1,400 réponses, et tout fait craindre que, sans manquer son but, l'enquête ne réponde pas entièrement aux espérances de ses promoteurs.

ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE DE TURIN. — Cette Académie a composé son bureau pour l'année courante de MM. Demichelis, président; Sachero, vice-président; Garbiglietti, secrétaire général; Peyrani et Porporari, secrétaires particuliers; Bertini, trésorier; Demarchi, archiviste.

AFFICHES IMMORALES. — Le gouverneur général de Madrid vient de défendre l'apposition sur les murs de cette ville d'affiches portant l'annonce de remèdes et de traitemens contre les maladies secrètes, spéciales et autres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des Fistules vésico-utérines et recto-vaginales; par le docteur JOBERT (de Lamballe), docteur en médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, chirurgien du Prince-Président de la République, membre de l'Académie nationale de médecine, avec 10 figures intercallées dans le texte.
In-8, Paris, 1852. — Prix : 7 fr. 50 c.

Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfans à la mamelle; par E. BOUCHUT, médecin des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut de France. 2e édition, revue et corrigée. In-8, Paris, 1852. Prix : 9 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie nationale de médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. FAUCONNEAU-DUFRESNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.
Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie; par le docteur BELHOMME, directeur d'un établissement d'aliénés, etc. — En vente, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix : 1 fr. 50 c.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTÉ et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 75. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 24 Juin 1852.**



PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............. 32 Fr. :
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 JUIN 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Qu'il nous soit permis de commencer comme a commencé la séance de l'Académie, c'est-à-dire en signalant la présence au milieu de la compagnie de l'honorable et savant M. Vleminckx, président de l'Académie royale de Belgique. Il n'y a peut-être pas actuellement de médecin en Europe qui ait dans son pays la même influence et qui jouisse de la même considération que M. Vleminckx en Belgique. Toutes les affaires médicales se traitent et s'achèvent sous sa direction. C'est sous son impulsion que l'Académie de médecine fonctionne, que les corps enseignans marchent, que les institutions d'hygiène publique accomplissent leur mission. C'est à M. Vleminckx que la Belgique est redevable, entre autres choses, de cet admirable réglement qui a diminué en ce pays et dans des proportions si considérables la propagation de la syphilis, que la possibilité et l'espérance de l'extinction complète de cette maladie funeste peuvent ne plus être considérées comme un vœu chimérique. La déférence dont le gouvernement fait preuve envers les opinions de M. Vleminckx, l'autorité dont il jouit auprès de ses confrères et le respect universel dont il est entouré, cet honorable médecin les doit d'abord à son caractère aussi élevé que conciliant, à ses formes pleines de courtoisie, mais aussi de fermeté au besoin, et surtout à l'usage toujours équitable qu'il fait de son pouvoir. C'est un devoir que nous accomplissons avec plaisir et qui, nous l'espérons, ne blessera personne, en ajoutant que M. Vleminckx s'est montré bon, hospitalier, généreux envers un grand nombre de confrères, nos compatriotes, que les événemens politiques ont jetés en exil. Merci pour eux, noble confrère! Le malheureux exilé n'a plus d'adversaire politique.

La présence de M. Vleminckx a porté bonheur à notre Académie, qui a eu la bonne fortune d'entendre un excellent — nous allions dire un charmant rapport de M. le professeur Bérard. Il s'agissait d'un travail remarquable de M. Bouley fils, professeur à l'École d'Alfort, et candidat à une des places vacantes dans la section de médecine vétérinaire, sur l'action du pneumo-gastrique dans l'absorption des poisons. Nous nous garderons bien de déflorer par une froide analyse cette page brillante de physiologie ; nous avons mieux à faire, à coup sûr, c'est de la publier, et c'est ce que nous ferons le plus prochainement possible. Il n'y a qu'une chose que nous aurions retranchée de ce rapport, c'est la péroraison — nous ne disons pas les conclusions. Dans la bouche de M. Bérard, avec son autorité, et dans son séduisant langage, le chaleureux éloge, bien mérité d'ailleurs, qu'il a fait de M. Bouley jeune, a paru à d'aucuns une sorte de pression sur les déterminations de l'Académie. Nous osons assurer que M. Bérard n'a cédé qu'à une loyale conviction, mais il comprendra lui-même avec quel désavantage se présenteront les travaux d'autres candidats qui n'auront pas le bonheur d'avoir M. Bérard pour rapporteur. Si, comme l'a dit lui-même le savant professeur, une candidature académique est une sorte de concours moins le scandale, est-ce trop exiger en demandant que les moyens d'action restent égaux jusqu'au jour du scrutin?

M. le docteur Lacauchie, qui vient de remplir avec éclat les fonctions de chirurgien en chef de l'armée d'occupation à Rome, se présente aussi comme candidat dans la section vétérinaire; et comme appui à sa candidature, il a lu un long mémoire, trop long peut-être, sur la méthode d'investigation anatomique qu'il a cherché à introduire dans les études, et qu'il a nommée *hydrotomie*. Il nous serait impossible de suivre l'honorable candidat dans les nombreux et quelquefois poétiques méandres qu'il a fait parcourir à sa dissertation. Ce travail estimable gagnera beaucoup à être lu à tête reposée.

Un académicien, homme d'esprit, nous faisait remarquer que, depuis le décret du 10 avril, on parlait beaucoup latin à l'Académie. Hier, par exemple, M. Bérard a cité le grand Haller dans son latin si correct et si pur. M. Lacauchie a été, en fait de citations latines, d'une largesse prodigue. Est-ce malice, est-ce protestation, nous demandait le savant académicien? Nous nous garderons bien de répondre, mais nous constatons le fait.

Amédée LATOUR.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

DU TRAITEMENT ABORTIF DES AMYGDALITES AIGUES;

Par M. Th. HERPIN, d.-m. à Genève.

Les maladies aiguës, envisagées dans leur marche, peuvent être partagées en trois catégories. Quelques-unes, telles que la variole, la rougeole, le zona, parcourent des phases très régulières, et ont, à quelques nuances près, une durée toujours la même. A part l'intensité et les complications, le médecin peut d'avance en tracer la marche, sans s'exposer à être démenti par l'événement. Dans les affections de cette catégorie, l'art est impuissant à abréger la durée du mal; et il y aurait péril, peut-être, pour quelques-unes, quand la chose serait possible, à en enrayer brusquement le cours ; l'intervention du médecin se borne donc à mitiger les symptômes, à prévenir et à combattre les complications. A la condition de recueillir une suite nombreuse d'observations bien faites et de posséder des moyens de comparaison puisés dans des faits du même ordre, publiés par d'autres praticiens, on peut, sans de trop grandes difficultés, s'assurer si, en réalité, on a atteint le double but indiqué plus haut, et si le traitement a été incontestablement utile.

Dans un autre ordre de maladies, auquel appartiennent les hémorrhagies morbides et un certain nombre de névroses, rien de plus anormal que la marche et la durée de l'affection : disparition brusque et spontanée, ou du moins sans cause appréciable ; récidives irrégulières dans leur apparition ; d'autres fois, persévérance continue ou rémittente. Ici, le pronostic est fort incertain, mais l'intervention de l'art souvent efficace; cependant les preuves positives de l'utilité des médications sont très difficiles à obtenir ; c'est pour ce genre de maladies qu'on trouve préconisés les moyens les plus variés et souvent contradictoires ; c'est dans ce champ que l'homœopathie a cueilli ses plus beaux trophées.

Enfin, il reste une catégorie d'affections, presque toutes inflammatoires, parmi lesquelles se rangent la pneumonie, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la dyssenterie, etc., dont la marche est intermédiaire entre celles qu'affectent les maladies des deux premiers ordres. Elles se rapprochent des fièvres éruptives, en ce que, abandonnées à elles-mêmes, elles ont des phases assez régulières et une durée plus ou moins déterminée pour chaque espèce. Elles en diffèrent en ceci que certaines périodes peuvent manquer soit spontanément, soit sous l'influence d'une médication active ; ainsi la pneumonie n'arrive que rarement à la période de suppuration ; la dyssenterie est quelquefois enrayée en quelques jours ; l'érysipèle avorte parfois à son début, quoique ce fait soit assez rare. Dans la grande majorité des cas, toutefois, on peut tracer d'avance la marche du mal. La médecine possède des moyens efficaces pour empêcher fréquemment la maladie d'atteindre son summum d'intensité, et pour abréger même la durée de l'affection. En recueillant avec soin des faits un peu nombreux, il est bien plus facile, que dans les deux premières catégories, de distinguer ce qui, dans les cas à issue rapidement heureuse, peut tenir à la marche naturelle du mal ou aux méthodes curatives ; dans les maladies de ce dernier ordre, les délitescences brusques, surtout vers le début de l'affection, sont, en effet, peu communes. Toutes les fois donc qu'une médication réussira, dans la grande majorité des cas, à enrayer dès les premiers jours la maladie, elle peut être considérée comme étant d'une utilité incontestable.

L'amygdalite, ou angine tonsillaire, me paraît appartenir à la dernière des trois catégories. A moins qu'elle ne soit apyrétique et très légère, il n'est pas commun que, abandonnée à elle-même, elle cesse après deux ou trois jours ; le plus souvent elle dure un septenaire environ ; et, dans un certain nombre de cas, surtout chez les personnes qui en ont été déjà atteintes, elle se termine par la suppuration de l'une des amygdales ou même de toutes les deux ; la maladie se prolonge alors pendant dix ou douze jours. Si donc, sous l'influence d'un agent unique appliqué indistinctement à tous les cas, on parvenait presque constamment à guérir l'amygdalite en deux ou trois jours, et si on ne voyait jamais ou presque jamais arriver la suppuration, le remède pourrait être regardé comme un moyen vraiment abortif, une sorte de spécifique.

Ce moyen, je crois l'avoir trouvé dans la cautérisation des amygdales par le nitrate d'argent, pratiquée dans les premiers jours de la maladie, quel que soit son degré d'acuité.

L'application de ce procédé à la guérison des engorgemens des tonsilles ou amygdalites chroniques, a été faite il y a déjà longtemps ; et elle est entrée aujourd'hui dans la pratique ordinaire ; en y mettant de la persévérance, il est rare qu'on ne dissipe pas ainsi ces engorgemens. Il y a vingt ans environ je guéris ainsi radicalement une jeune personne à qui, peu d'années auparavant, Dupuytren avait excisé les amygdales. De fréquents maux de gorge, auxquels la jeune fille était sujette, avaient peu à peu ramené les deux glandes au point où elles étaient au moment de l'opération, c'est-à-dire qu'elles se touchaient au milieu, et laissaient en haut un intervalle triangulaire fermé par la luette. Des cautérisations, pratiquées tous les deux jours d'abord, puis à des intervalles plus éloignés, finirent par ramener les amygdales à un volume presque ordinaire. La jeune personne y gagna, en outre, l'avantage de voir s'éloigner, puis disparaître ses maux de gorge.

Ce dernier résultat m'engagea, dès lors, à essayer de la cautérisation, comme moyen préventif de l'angine tonsillaire, chez les malades sujets à de fréquentes récidives. Je remarquai que chez ces personnes, les amygdales restaient grosses dans les intervalles des atteintes d'angine, quoique ces intervalles fussent parfois assez éloignés; et je pus me convaincre que la cautérisation, en réduisant le volume des glandes, finissait presque toujours par prévenir le retour des angines. D'autres praticiens ont dû faire la même remarque, et je ne prétends point donner ce traitement préservatif comme une découverte; mais voici ce que je crois qui m'appartient, au moins comme méthode générale.

Je fus appelé un jour auprès d'un jeune sujet chez qui les angines tonsillaires avaient été fréquentes jusqu'à l'époque où, par quelques cautérisations, j'étais parvenu à diminuer notablement le volume de ses amygdales. La veille, il avait été pris de mal de gorge; je trouvai l'une des glandes douloureuse, et plus tuméfiée que l'autre; il n'y avait pas de fièvre, et l'inflammation de l'amygdale était peu intense; je n'hésitai pas à la cautériser. Le lendemain, le mal de gorge avait cessé. Ce fait se passait à la fin de 1848. Dès lors, je continuai à cautériser d'emblée toutes les amygdalites légères qui s'offrirent à mon observation; après une ou deux applications de nitrate à vingt-quatre heures d'intervalle, le succès immédiat fut constant, quoique je n'eusse employé comme auxiliaire qu'une infusion de fleurs de chèvrefeuille ou autre boisson analogue, sans gargarisme quelconque.

Je m'enhardis bientôt, et ne craignis pas de cautériser, vers leur début, les amygdalites les plus intenses, quel que fût l'appareil fébrile qui les accompagnât. Les résultats furent presque aussi satisfaisans; seulement, je dus recourir quelquefois à une troisième cautérisation le troisième jour du traitement; je n'ai jamais eu besoin d'aller au-delà. La fièvre cessait le jour de la première, ou au plus tard de la seconde cautérisation.

Je fus assez heureux pour rencontrer des personnes sujettes aux angines tonsillaires, et chez qui elles se terminaient toujours par suppuration; je réussis également à les faire avorter quand j'arrivai avant la formation du pus, c'est-à-dire avant que le resserrement des mâchoires, qui survient ordinairement à cette époque, m'empêchât d'atteindre les tonsilles. Il ne m'est arrivé que deux fois d'échouer; et ce fut précisément dans des cas où le rapprochement des mâchoires rendait déjà l'opération difficile.

L'un de ces faits a présenté quelques circonstances qui méritent d'être rapportées : il concerne une jeune fille de 18 ans, fort sujette aux esquinancies terminées par suppuration; les amygdales restaient volumineuses dans les intervalles. Comme la voix en était altérée, on réclama mes conseils au printemps de 1850. Je cautérisai à plusieurs reprises, et les amygdales diminuèrent graduellement. J'avais demandé à la famille de me

faire appeler dès que paraîtrait quelque symptôme d'angine; on me le promit et on tint parole : deux ou trois fois je fis, par une ou deux cautérisations successives, avorter l'amygdalite. Cependant, même parmi des gens très raisonnables, il n'est pas rare d'en rencontrer qui sont plus disposés à attribuer la guérison de leurs maux aux seuls efforts de la nature, qu'à en faire honneur à leur médecin. Les parens de la jeune personne finirent par croire que, si ces maux de gorge se terminaient si rapidement, c'était que la constitution de leur fille avait changé. Ils tentèrent donc une fois, en mai 1851, à plusieurs mois d'intervalle de la précédente invasion, de laisser marcher l'angine, ou plutôt de ne la combattre qu'avec des cataplasmes, des gargarismes, le lit et les boissons chaudes. Bientôt, le resserrement des mâchoires rendait l'opération impossible; on regarda comme inutile de m'appeler. Huit jours après, une des amygdales suppurait; il n'y eut qu'un soulagement incomplet. Deux jours après, l'autre glande perçait à son tour; mais la déglutition ne devenait pas encore facile, les mâchoires ne s'ouvraient que très incomplètement. Bientôt la première amygdale perça de nouveau. Bref, six abcès s'ouvrirent ainsi consécutivement. On se décida enfin à réclamer mes conseils. Trois semaines environ s'étaient écoulées depuis l'invasion; la malade n'avait pas cessé d'être alitée. Il y avait beaucoup de fièvre, beaucoup de douleur du côté de la seconde amygdale (la droite), un faible écartement des maxillaires; je ne pus que difficilement et incomplètement cautériser les deux glandes; mais, pour la plus enflammée, il était trop tard; trois jours après, elle s'ouvrit; cependant la guérison fut bientôt obtenue.

Comme on le voit, ce fait, malgré l'insuccès de la cautérisation pour l'une des amygdales, loin d'infirmer l'efficacité du remède, en confirme amplement l'utilité, en montrant le service qu'avaient rendu les précédentes opérations faites dans des circonstances opportunes. Trois fois, dès lors, l'angine s'est renouvelée, et chaque fois elle a cédé à deux, puis à une seule application du caustique.

(La fin au prochain numéro.)

PATHOLOGIE.

SUR LES CRISES ET LES JOURS CRITIQUES;

Par le docteur TRAUBE.

S'il y a quelque chose qui frappe d'étonnement dans l'étude de la médecine, c'est l'incertitude qui règne encore actuellement sur la question des crises. Serait-il vrai qu'Hippocrate, et après lui tous ses disciples dans l'antiquité et dans l'âge moderne, se seraient trompés sur un fait de cette importance? Ou bien seraient-ce les observateurs contemporains, si fiers de leur méthode, qui tout préoccupés de détails beaucoup plus minutieux, auraient laissé échapper presque volontairement une vérité découverte avant eux? Sans vouloir porter un jugement peut-être encore prématuré, nous disons que pour nous la présomption est au moins du côté d'Hippocrate. La grande et belle étude de la marche naturelle des maladies a trop été oubliée de nos jours; quelques travaux partiels ont montré pourtant le bénéfice qu'on en pourrait retirer, et il serait temps à notre avis d'y revenir. M. Traube, médecin à l'hôpital de la Charité de Berlin, s'est livré à des recherches de ce genre sur un assez bon nombre de malades; ses observations, prises avec soin, sont au nombre de cinquante-deux. Il s'est attaché à un seul élément de la fièvre, la chaleur, qui, du reste, pour les anciens, en constituait l'élément essentiel, et qui pour M. Traube en est encore le phénomène le plus réellement constant. Ceci posé, sur chacun de ses cinquante-deux malades, le praticien de Berlin a pris soin de mesurer la température lors de l'entrée à l'hôpital ou peu après; puis il la mesurait deux fois par jour, dans la période de rémission et dans celle d'exacerbation; et le plus souvent l'observation était poursuivie un certain temps après la cessation de la fièvre, huit jours, par exemple. En même temps les autres phénomènes étaient notés chaque fois avec le plus grand soin.

Voyons maintenant à quelles conclusions il a été conduit, et les principaux faits sur lesquels sont appuyées ces conclusions. Nous noterons que la température a été appréciée au thermomètre centigrade.

I. — *Le passage de l'élévation anormale de température à la température normale peut avoir lieu subitement ou graduellement. La température tombe rapidement, dans l'espace de 12 à 36 heures, ou bien elle tombe lentement, de façon qu'il faut plusieurs jours avant qu'elle ne présente plus d'élévation.*

1° Pleuro-pneumonie à droite et péricardite chez un jeune homme de 18 ans. Entrée dans la période d'exacerbation du 6e jour.

Jour de la maladie.	Période d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.	Période de rémission. Fréquence du pouls.	Température.
6	120	39°,9	120	40°,5
7	116	39°,975	58	37°,525
8	52	37°,75	40	36°,6
9	38	36°,75	40	36°,95

Dans ce cas, on voit la température tomber de 2°,4 en 17 heures de temps, dans le courant du 7e jour.

2° Cas de pleuro-pneumonie chez un jeune homme de 21 ans. Entrée dans la période d'exacerbation du 3e jour.

Jour de la maladie.	Période de rémission. Fréquence du pouls.	Température.	Période d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.
5	—	—	116	40°,6
6	104	40°,1	116	40°,675
7	118	40°,6	120	—
8	76	37°,3	80	37°,35

Dans ce cas, un intervalle de 24 heures, de la période de rémission du 7e jour à celle du 8e, vit tomber la température de 3°,3.

3° Cas de pleuro-pneumonie chez un homme de 40 ans. Entrée dans la période d'exacerbation du 3e jour.

Jour de la maladie.	Période d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.	Période de rémission. Fréquence du pouls.	Température.
3	104	40°,8	91	40°,6
4	99	44°,75	92	40°,3
5	97	40°,6	80	38°,7
6	72	37°,75	56	37°,1

Ici, la température tomba dans l'espace de 24 heures (de la période d'exacerbation du 5e jour à celle du 6e), de près de 3°. La diminution avait déjà commencé dans le courant du 5e jour.

4° Cas léger de typhus abdominal chez un jeune homme de 17 ans. Entrée dans la période de rémission du 4e jour. Traitement purement expectant.

Jour de la maladie.	Période de rémission. Fréquence du pouls.	Température.	Période d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.
4	100	39°,6	100	40°,1
5	96	39°,8	96	40°,6
6	96	39°,85	104	40°,8
7	96	39°,4	100	40°,5
8	100	39°,25	100	40°,05
9	92	39°,4	92	40°,1
10	96	39°,8	96	40°,1
11	92	38°,2	92	39°,1
12	84	38°,45	92	39°,95
13	92	38°,45	96	39°,8
14	88	37°,9	92	39°
15	88	37°,4	88	39°,125
16	84	37°,65	74	39°,3
17	84	37°,5	96	39°,
18	80	37°,5	68	37°,6
19	76	36°,9	60	36°,9
20	72	37°,1	—	—

Dans ce cas, la température anormale cessa à la fin du 17e jour. Si nous comparons celle du 6e jour où la fièvre était à son plus haut degré, à celle du 17e où elle cessa, nous trouvons qu'elle avait baissé insensiblement seulement de 2°,35 dans la période de rémission, et de 1°,8 dans celle d'exacerbation. On remarquera aussi l'abaissement frappant de la température les 7e, 11e et 14e jours; ce fait sera encore rappelé plus tard.

II. — *L'abaissement rapide de la température, qui conduit à la guérison, est très-souvent accompagné d'une forte transpiration, moins fréquemment d'une tendance frappante de l'urine au dépôt d'urates. Quelquefois on rencontre des cas où l'un ou l'autre phénomène ne se manifeste évidemment qu'après la disparition de l'élévation anormale de température. Enfin, il y a des cas où aucun de ces deux phénomènes ne peut être constaté.*

La tendance de l'urine au dépôt d'urates est annoncée dans un certain nombre de cas par un sédiment qui se forme spontanément, dans d'autres par le précipité considérable que déterminent dans une urine parfaitement claire, une ou deux gouttes d'acide acétique. Ce dernier phénomène paraît se montrer plus fréquemment que le premier. Dans un grand nombre de cas, l'urine a été examinée tous les jours dans la période de rémission et dans celle d'exacerbation; dans certains d'entre eux, cette tendance de l'urine se montre dès le début de la maladie; cependant, dans le plus grand nombre, elle n'apparaît qu'à l'époque indiquée précédemment, c'est-à-dire aux environs du moment où survient le rapide abaissement de la température. De même la tendance aux transpirations apparaît dès le début dans certains cas de maladie fébriles aiguës, tandis que, dans d'autres cas plus nombreux, elle se manifeste seulement vers l'époque où la température commence à tomber rapidement. Voici entre autres un cas où une abondante transpiration et la tendance de l'urine au dépôt d'urates se montrèrent d'une manière décidée seulement après la disparition subite de l'élévation de température.

Il s'agit d'une dyssenterie chez un jeune homme de 22 ans. Entrée dans la période d'exacerbation du 8e jour. Traitement : trois fois par jour une cuillerée à bouche d'huile de ricin.

Jour de la maladie.	Période d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.	Période de rémission. Fréquence du pouls.	Température.
8	84	39°,85	76	38°,95
9	88	40°,2	74	37°,375
10	64	—	58	37°,7
11	56	37°,4	56	37°,52
12	48	37°,275	52	—

L'abaissement subit de la température eut lieu dans le courant du neuvième jour; et à la fin de ce jour seulement, après que la température fut tombée dans le courant de la nuit de 40°,2 à 37°,375, la peau, jusqu'alors sèche, se couvrit de transpiration, et l'urine, restée claire jusqu'alors, laissa déposer spontanément une forte proportion d'urates.

III. — *Avec l'abaissement rapide de la température qui annonce la guérison, se montre presque toujours aussi une diminution aussi rapide que frappante dans la fréquence du pouls.*

La diminution de fréquence du pouls peut être la suite de l'emploi de fortes doses de digitale, ou d'une affection du cerveau avec extension à la moelle allongée. En dehors de ces cas, elle n'a *jamais* lieu sans abaissement remarquable de la température. Dans la plupart des cas de maladies fébriles aiguës, une diminution rapide et frappante de fréquence du pouls peut donc faire conclure à une diminution correspondante de la température. Cette observation permet de profiter, pour élucider les questions suivantes, d'un certain nombre de cas dans lesquels la température n'a pas été mesurée.

IV. — *L'abaissement subit de la température qui annonce la guérison, peut se montrer avant que l'inflammation qu'accompagne l'élévation de la température ait cessé de s'étendre.*

Un bel exemple de cette proposition est fourni par un érysipèle de la de la face, survenu chez un homme de 33 ans, fort et musculeux.

Jour de la malad.	Période de rémission. Fréquence de la resp.	Fréquence du pouls.	Température.	Période d'exacerbation. Fréquence de la resp.	Fréquence du pouls.	Température.
3	—	—	—	34	107	39°,9
4	28	79	38°,25	22	90	39°,9
5	18	63	37°,15	26	80	38°,7
6	28	66	37°,2	21	64	37°,35
7	18	59	36°,7	—	52	37°,2

A la fin du quatrième jour, la fièvre était encore à sa période d'état; l'abaissement de la température survint au commencement du cinquième jour et dura vingt-quatre heures. Comment se comporta pendant ce temps l'affection locale? A la fin du troisième jour, l'érysipèle occupait le côté gauche du visage et du front. Pendant la période de rémission du quatrième jour, il s'étendit vers l'oreille gauche; le lobule, encore intact la veille au soir, offrait une coloration d'un rouge vif, il était fortement gonflé et très sensible à la pression. Le soir du quatrième jour, la maladie n'avait fait aucun progrès; mais le cinquième jour, au matin, indépendamment des lésions décrites du côté gauche, il y avait aussi un gonflement et une rougeur très marqués de la joue droite; le seul changement du côté gauche, c'est que les parties étaient gonflées, étaient un peu moins dures au toucher et couvertes d'une foule de petites phlyctènes. Ainsi, *dans la même nuit*, la température et la fréquence du pouls étaient tombées d'une manière très marquées, tandis que l'affection locale s'était considérablement étendue.

V. — *Dans les maladies aiguës de longue durée, où la température anormale diminue petit à petit, le type de la fièvre prend souvent, vers la fin, les caractères de celui de la fièvre hectique; la température de la période de rémission se rapproche beaucoup de la température normale ou tombe même au-dessous, tandis que celle de la période d'exacerbation s'élève au-dessus d'une quantité très sensible.*

On trouve déjà un fait à l'appui de cette proposition dans un cas cité précédemment. Là, aux 15e, 16e et 17e jours, on voit déjà une température normale dans la période de rémission, tandis que dans celle d'exacerbation, elle était de plus de 1°,5 plus élevée.

Ce phénomène se montre peut-être d'une manière plus frappante encore dans le cas suivant de typhus abdominal, chez une jeune fille de 15 ans, admise le 14e jour de la maladie.

Jour de la maladie.	Période de rémission. Fréquence du pouls.	Température.	Période d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.
14	108	40°,6	104	40°,45
15	100	39°,6	100	40°,9
16	104	39°,5	100	40°,3
17	104	40°	104	40°,3
18	104	39°,9	104	40°,5
19	96	39°,4	112	40°,4
20	100	38°,95	96	39°,9
21	92	39°,925	104	40°,3
22	100	40°,075	104	40°,45
23	88	38°,4	92	39°,1
24	84	36°,7	100	39°,55
25	84	36°,875	92	39°,35
26	76	36°,95	108	40°,2
27	80	37°,3	96	40°,5
28	76	37°,4	88	39°,4
29	76	37°,5	84	38°,75
30	68	35°,975	76	38°,35
31	76	36°,55	84	38°,35
32	72	36°,875	88	37°,95
33	76	36°,875	78	37°,65
34	76	37°,2	80	38°,05
35	84	37°,45	76	36°,725
36	80	37°,175	72	37°,45
37	80	37°,15	76	37°,35

Le traitement fut en général expectant; seulement, les 19e, 20e et 28e jours, dans la période d'exacerbation, après que la température eût été mesurée, le malade fut enveloppé dans un drap trempé dans l'eau froide. La fièvre cessa le 34e jour, car la période d'exacerbation de ce jour amena pour la dernière fois une température anormale.

Ce tableau nous offre de plus les conséquences suivantes :

1° Une rémission remarquable eut lieu le 20e et le 23e jour;

2° Du 24e au 28e jour se montra une différence énorme entre la température de la période de rémission et celle de la période d'exacerbation; du 14e au 23e jour, le minimum de cette différence fut de 0°,15, le maximum de 1°,3; du 24e au 28e, le minimum fut de 2°, le maximum de 3°,25;

3° Du 24e au 28e jour, la moyenne de la température de la période de rémission fut de 0°,6 moindre que la température normale (celle-ci étant admise égale en moyenne à 37°,6); au contraire, la moyenne de la température de la période d'exacerbation fut plus élevée de 2°,3 :

4° Du 29e au 34e jour, la température de la période de rémission resta, en moyenne inférieure, à la température normale; au contraire, celle de la période d'exacerbation diminua considérablement, de sorte que la différence entre les deux n'atteignit plus même le minimum indiqué précédemment.

Cette proposition a une utilité thérapeutique immédiate : elle nous indique l'époque où, dans les maladies aiguës de longue durée, il convient le mieux de commencer à nourrir le malade. M. Traube croit, avec Chossat (*Recherches sur l'inanition*) qu'un certain nombre de malades meurent de faim, surtout dans le typhus abdominal. Il a vu, dans un grand hôpital, mourir beaucoup de malades, chez lesquels il ne trouva rien qui pût expliquer la mort; les ulcères intestinaux étaient en voie de cicatrisation; la rate était réduite à un petit volume; les ganglions mésentériques étaient affaissés et piquetés de noir; nulle part une lésion de date récente : il n'y avait de frappant qu'un amaigrissement excessif.

VI. — *L'abaissement rapide de température qui annonce la guérison, lorsqu'il survient avant le 14e jour, comme c'est généralement le cas, se manifeste toujours soit le 3e, soit le 5e, soit le 7e, soit le 9e, soit le 11e jour.*

Sur les 52 cas observés, l'abaissement subit se montra 30 cas. Dans deux de ceux-ci le début de la maladie ne put être fixé avec certitude; dans un troisième la température commença à tomber le 17e jour; dans les 27 autres, tout se passa conformément à la loi qui vient d'être énoncée.

A l'exemple de Galien et de tous les anciens, M. Traube ne compte comme jour de maladie qu'une période de 24 heures. Dans tous ces 27 cas, le début de la maladie s'était manifesté tout à coup, le plus souvent par un frisson. Voici le tableau de ces cas.

Maladies.	Nombre des cas	Jour auquel eut lieu l'abaissement subit de température.
Pleuro-pneumonie.	18	1 fois le 3e jour,
		7 fois le 5e jour,
		8 fois le 7e jour,
		1 fois le 9e jour,
Pleuro-pneumonie et péricardite. . . .	1	le 7e jour.

Glossite	1	le 5ᵉ jour.
Erysipèle	2	1 fois le 5ᵉ jour, et 1 fois le 7ᵉ jour.
Dyssenterie	1	le 9ᵉ jour.
Rougeole	2	1 fois le 3ᵉ jour, et 1 fois le 7ᵉ jour.
Fièvre rhumatismale	2	1 fois le 3ᵉ jour, et 1 fois le 11ᵉ jour.

Dans la plupart des cas, le commencement de l'abaissement de température eut lieu d'une manière décidée entre les limites du jour impair ; dans 4 cas il se montra vers la limite entre ce jour et le jour pair; dans aucun il n'eut lieu entre les limites de ce dernier.

On a vu dans ce qui précède (proposition III) qu'un abaissement subit de la fréquence du pouls peut faire conclure à un abaissement correspondant de la température, à moins que l'on n'ait employé la digitale à haute dose, ou que le cerveau ne soit malade. Cette remarque a permis à M. Traube d'utiliser, pour prouver la proposition précédente, 47 cas de pleuro-pneumonie, observés avant qu'il eût songé à mesurer la température. Dans ces cas, tous les phénomènes, à l'exception de celle-ci, ont été notés avec le plus grand soin dans les périodes d'exacerbation et de rémission. De ces 47 cas, 15 ne peuvent être invoqués, soit parce que le début de la maladie n'a pu être exactement fixé, soit parce que la diminution des symptômes fébriles s'est opérée graduellement.

Voici le tableau des 32 autres cas:

Nombre des cas.	Jour où survint une diminution subite et considérable du nombre des pulsations.
2	le 3ᵉ jour.
8	le 5ᵉ jour.
13	le 7ᵉ jour.
6	le 9ᵉ jour.
2	le 11ᵉ jour.
1	le 6ᵉ jour.
32 cas.	

Ainsi, sur ces 32 cas, un seul nous montre l'abaissement de la température commençant dans les limites d'un jour pair; encore peut-on se demander s'il n'y avait pas erreur dans les renseignemens fournis par le malade. Dans tous les autres, la diminution s'annonça entre les limites du jour impair (1).

BIBLIOTHÈQUE.

PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DU COEUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG; par C. FORGET, professeur de clinique et de pathologie internes à la Faculté de Strasbourg, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 15 mai.)

L'élucidation des problèmes naguères encore si difficiles de la pathologie cardiaque, l'exposition logique de tous les élémens de la séméiotique, la coordination de toutes les données classiques sur les nombreuses lésions du système circulatoire, ne sont pas les seuls mérites de l'ouvrage de M. Forget; il a su lui imprimer un caractère d'originalité qui lui donne une valeur de progrès scientifique. Nous voudrions signaler tous les passages qui en témoignent, et mettre en lumière tous les traits de sagacité clinique, les aperçus judicieux, les faits propres à l'auteur qui abondent dans ce volume dense et châtié, l'espace nous manque, et plus désireux de prouver au lecteur l'impartialité de nos éloges, que de les compléter à la juste satisfaction de l'auteur, nous terminerons par quelques remarques sur plusieurs points qui nous ont arrêté à une première lecture.

Nous avons déjà appelé l'attention sur l'excellent article que M. Forget a intitulé : *Esquisse anatomo-physiologique du cœur;* il y a consigné des détails topographiques qui l'ont conduit à d'importantes rectifications de la séméiotique du cœur; il insiste particulièrement sur les rapports des orifices auriculo-ventriculaires, des orifices aortique et pulmonaire, sur la position des deux moitiés du cœur, etc. Et il en infère que l'auscultation ne peut discerner le siége précis des bruits morbides, et par conséquent des lésions qu'ils indiquent, soit à droite, soit à gauche. Les quatre orifices se croisent et se superposent de manière à se trouver englobés, les deux orifices artériels tout entiers, et les orifices auriculo-ventriculaires en majeure partie, dans un champ qui n'égale pas celui d'une pièce de cinq francs. C'est en faisant valoir ces données, pour la vérification desquelles M. Forget indique de nouveaux procédés d'autopsie, qu'il est arrivé à nier la possibilité de distinguer les bruits physiologiques et anormaux qui se rapportent aux orifices du cœur droit et à ceux du cœur gauche, à rejeter la méthode d'auscultation périphérique proposée par M. Littré pour établir ce diagnostic. Les difficultés notées par M. Forget sont réelles; mais les faits anatomiques dont il les appuie, n'ont pas été méconnus autant qu'il paraît le croire ; ne dirait-on pas, d'après M. Forget (p. 7), que MM. Bouillaud, Piorry et lui ont seuls bien vu que le ventricule droit recouvre en partie le ventricule gauche? Tous les anatomistes n'ont-ils pas appelé le premier ventricule *antérieur*, et le second *postérieur?* La proximité des orifices ne leur a pas échappé davantage ; le croisement de l'aorte et de l'artère pulmonaire, la direction inverse de leurs orifices, l'interposition de l'orifice auriculo-ventriculaire droit entre l'orifice pulmonaire et l'orifice aortique, l'intervalle de cinq à six lignes seulement qui sépare ces deux derniers, etc., toutes ces particularités sont décrites amplement dans les traités d'anatomie ; mais il est vrai que les cliniciens, jaloux de localiser les phénomènes morbides avec une excessive précision, les ont un peu perdus de vue, et M. Forget les y ramène vertement. Quant aux phénomènes de propagation sonore, il ne les a pas entièrement éclairés; sans doute, les bruits normaux et anormaux se passent dans le même point, et en raison de leur inégale intensité, on arrivera, en s'éloignant de la sphère précordiale, à une limite où le bruit morbide expire, tandis que le bruit normal se perçoit au-delà. Nous acceptons jusqu'ici l'explication de M. Forget; mais si le bruit morbide se prolonge plus loin sur une moitié du thorax que sur l'autre; si nettement limité à la base du cœur, il se propage vers la pointe et jusqu'au bas de la région antéro-latérale gauche de la poitrine, ou si rapidement décroissant au-dessous du bord inférieur de la troisième côte, il s'étend sur le sternum et remonte jusqu'à son extrémité supérieure, si le maximum d'intensité du bruit existe au-dessus ou au-dessous du mamelon, ces différences séméiotiques sont-elles dénuées de signification, et ne suggèrent-elles pas de légitimes inductions sur le siége de la lésion?

Le tableau synoptique des caractères du pouls dans les principales affections du cœur nous semble un peu étudié, et quelques-uns de ces caractères ne s'appliquent qu'aux formes les plus avancées des altérations qu'ils dénotent; tels sont ceux du pouls dans le rétrécissement valvulaire mitral, de la dilatation simple du ventricule droit, de l'hypertrophie du même ventricule. Si l'on admet avec M. Forget que le pouls est mou, défaillant, tumultueux dans les adhérences du péricarde, il faut spécifier que c'est dans les adhérences de récente formation; plusieurs faits de notre domaine clinique nous permettent d'assurer que la régularité du pouls peut coïncider avec l'adhérence générale et ancienne du péricarde; nous nous rappelons, entre autres, un homme qui a succombé dans la salle n° 5 de l'hôpital d'instruction de Metz, en 1846, à une pneumonie rapidement parvenue au troisième degré, et chez qui l'autopsie fit voir une adhérence péricardiaque de vieille date. Les observations (II et III) que relate M. Forget à l'appui des signes du pouls dans cette lésion, ne sont pas probantes ; dans l'une, il y avait épaississement des valvules aortiques, dilatation et hypertrophie du ventricule gauche ; dans l'autre péricardite avec épanchement, et l'auteur ne dit pas si le pouls est resté irrégulier et tumultueux jusqu'à la mort, survenue deux mois après l'admission de la malade. M. Forget n'a pas mentionné, à cette occasion, le signe indiqué par M. Aran (*Archives de méd.*, 1844) pour le diagnostic des adhérences générales du péricarde et qui consiste dans l'extinction graduelle et totale du second bruit; le signe n'est sans doute pas constant, puisqu'il a manqué chez les malades observés par M. Forget, chez un autre dont parle M. Grisolle (t. II, p.399) et chez plusieurs de ceux qui m'ont offert cette lésion ; mais je l'ai constaté dans un cas suivi d'autopsie, et une autre fois il a été constaté, au Val-de-Grâce, par M. Laveran, qui a bien voulu m'appeler à l'exploration de ce malade. Nous sommes étonné de lire (p. 67) qu'il est facile de confondre la péricardite avec l'endocardite, des névroses cardiaques avec des phlegmasies ou des lésions organiques du cœur, et cette opinion surprend d'autant plus qu'elle se produit à la fin d'une histoire générale des symptômes organiques et fonctionnels des maladies du cœur, histoire tracée de main de maître, et présentant, dans leur logique et fatal enchaînement, les séries complexes de troubles et d'altérations qui vont agrandissant la sphère d'activité de ces maladies ; on y remarquera le substantiel article sur le pouls artériel, sur l'artériostasie, sur la gangrène spontanée, sur les engorgemens sanguins, les phlegmasis secondaires, la dyspnée cardiaque, l'albuminurie, l'hydropisie et la cachexie cardiaque, etc.

Dans le chapitre consacré à l'endocardite (p. 125), nous avons rencontré avec plaisir une revendication que nous avons faite le premier en faveur de Broussais (éloge de Broussais, prononcé au Val-de-Grâce en 1839) qui a très explicitement noté l'inflammation de la membrane interne du cœur avec toutes ses conséquences, voire même exagérées, car il y rattache les végétations, l'ossification, etc. On s'est trop habitué à n'envisager en lui que le fougueux novateur, le chef d'école ; il est juste de rappeler parfois ce qu'il y avait en lui de génie médical et de puissance d'observation ; cela peut se faire à propos de l'endocardite, sans rien ôter à M. Bouillaud, qui a constitué ce chapitre de la pathologie moderne par ses actives recherches et avec une haute sagacité de praticien. Si nous regrettons de voir M. Forget retomber dans l'exagération de l'école physiologique en assignant une origine inflammatoire à toutes les ossifications valvulaires, et jusqu'aux ossifications séniles, nous ne saurions trop louer la netteté avec laquelle il étudie les lésions organiques de l'endocarde, et discute leur diagnostic différentiel; c'est ici qu'il fait valoir heureusement, comme en beaucoup d'autres endroits de la pathologie du cœur, la loi de dilatation *à tergo* ou d'opistectasie qu'il a développée dans les généralités; il fournit sur la fréquence relative et la coïncidence des altérations des orifices aortique et mitral, des données statistiques qui paraissent devoir faire loi, et qui conduisent à cette importante conclusion, à savoir, qu'en face d'un cas donné, il y a autant de chance de rencontrer une lésion mitrale isolée ou une lésion des deux orifices mitral et aortique, qu'une lésion aortique isolée. Ce résultat statistique explique bien des difficultés d'auscultation. Ces difficultés se retrouvent quand il s'agit de distinguer l'insuffisance du rétrécissement, en faisant la part des lésions valvulaires qui sont la véritable cause des bruits morbides. Pour les résoudre, M. Forget fait un ingénieux emploi de la loi de rétro-dilatation, et au lieu de faire osciller le diagnostic sur des subtilités stéthoscopiques, il le détermine en vrai médecin par l'ensemble des faits cliniques; son scepticisme va même un peu trop loin à l'égard des signes physiques pris isolément. C'est ainsi que tout en reconnaissant la valeur du souffle propagé dans l'aorte ascendante pour le diagnostic des lésions de l'orifice aortique, il ajoute : « ce bruit peut résulter d'une lésion de la crosse aortique elle-même, et non de l'orifice valvulaire » (p. 180); mais dans ce cas, le siége du maximum du bruit et la marche de sa dégradation peuvent aider au diagnostic; il y a de l'exagération à considérer le bruit du souffle aux deux temps comme un signe « de nulle valeur, car il exprime tout aussi bien une lésion mitrale » (p. 181), comme si le siége du phénomène, sa propagation, etc., n'avaient pas de sens, comme s'il n'était pas le plus ordinairement l'indice d'un rétrécissement et d'une insuffisance aortiques. S'agit-il des altérations de la valvule mitrale, le bruit de souffle présystolique, dit M. Forget (p. 194), est assez rare, et lorsqu'il existe, il peut tout aussi bien dériver de l'insuffisance aortique que du rétrécissement mitral; on peut opposer à cette opinion les trois observations publiées par M. Fauvel (*Archives de méd.*, 1843, t. 61, p. 16), qui montrent que ce bruit anormal *localisé vers la pointe* du cœur est le signe le plus probable du rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche; quand il se rapporte à l'insuffisance aortique, ce n'est sans doute pas vers la pointe du cœur qu'il domine.

La dégénérescence graisseuse du cœur aurait pu être mieux précisée (p. 264) dans ses conditions d'origine; l'auteur hésite à admettre la conversion graisseuse de la fibre musculaire ; et il incline théoriquement à l'idée de la compression, de l'atrophie du tissu cardiaque par la matière graisseuse. On sait aujourd'hui que la dégénérescence graisseuse du cœur se présente sous deux formes : dans la première, la graisse, composée de larges cellules contenant une matière huileuse identique à la graisse que l'on trouve dans d'autres parties du corps, s'accroît et s'étale à la surface du cœur, s'insinue entre les fibres de son tissu musculaire, et les cache entièrement, dans certains cas, à l'œil nu ; dans la seconde forme, une substance grasse, formée de granules et de petits globules huileux, occupe et finit par remplir l'enveloppe de la fibre musculaire (sarcolème). Pour le diagnostic différentiel de cette maladie, l'auteur aurait pu tirer parti des observations en assez grand nombre qui ont été publiées en ces derniers temps, et qui tendent à démontrer la coïncidence de la dégénérescence graisseuse du cœur : 1° avec celle des artères; 2° avec certaines formes de ramollissement cérébral dues à la dégénérescence graisseuse; 3° avec un état de la cornée des vieillards, l'*arc sénile*, qui paraît n'être aussi, au microscope, qu'une altération de nature graisseuse. C'était le lieu d'examiner les rapports de la dégénérescence graisseuse du cœur avec l'augmentation progressive des matières grasses dans le sang suivant l'âge, signalée par MM. Becquerel et Rodier (Académie des sciences, comptes-rendus, t. xx), et de discuter les faits rapportés par Smith (*Dublin Journal*), qui a trouvé une matière huileuse libre dans le sang d'un vieillard de 90 ans, mort d'une rupture du ventricule gauche, suite de dégénérescence graisseuse des parois du cœur. Ces rapprochemens offrent d'autant plus d'intérêt, que les auteurs ont confondu sous le titre vague de ramollissement du cœur, des cas divers de dégénérescence graisseuse, et l'on arrivera à rattacher à cette altération celle que M. Bouillaud appelle *ramollissement jaune, ramollissement pâle*, et qu'il impute à la cardite.

Ne terminons pas sans mentionner un nouveau signe que propose M. Forget pour le diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte, la voussure et le soulèvement du sternum par la tumeur ; sans lui accorder une valeur péremptoire, il la considère comme une légitime base de présomption et comme une sorte de transition naturelle entre l'état obscur des premières périodes de l'anévrysme et l'apparition de la tumeur au-dehors. Nous ne repoussons pas cette appréciation, pourvu qu'il soit tenu compte de la saillie naturelle de la pièce supérieure du sternum, l'une des hétéromorphies congénitales les plus communes du thorax. Il en est de même de la saillie sterno-mamelonnaire gauche, d'après les recherches de MM. Woillez et Corbin, saillie très commune, ainsi que les cliniciens, habitués à explorer la conformation thoracique, ont l'occasion de le constater ; et c'est pourquoi on ne lui accordera pas toujours l'importance séméiotique que M. Forget lui attribue sans restriction dans l'hypertrophie du cœur, etc.

A la suite des articles consacrés aux principales affections du cœur, on lira avec fruit les observations choisies que M. Forget y a annexées; ce sont presque autant de modèles de narrations cliniques, à la fois concises et exactes, propres à familiariser les élèves avec les difficultés de ce travail, et à servir de types mnémoniques aux praticiens.

Inutile d'ajouter que le style rehausse cette œuvre de saine science et d'expérience consommée; il contribuera à sa durée, à son succès, M. Forget, qui ne manque pas de tendances littéraires, a su se contenter d'être clair, correct, précis; forme et fond, c'est un livre digéré, depuis longtemps achevé dans la méditation de l'auteur, avant d'avoir été écrit; il honore le praticien, le professeur; il accroît le patrimoine de cette École de Strasbourg, qui, placée entre deux nationalités, se montre, dans son enseignement et dans ses écrits, profonde comme le génie allemand, limpide comme l'esprit français.

Michel LÉVY.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 Juin 1852.—Présidence de M. PIOBERT.

M. le docteur VALAT, secrétaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité d'Autun, transmet sous le couvert du ministre de l'intérieur une note relative au *goître aigu épidémique*. Dans la séance du 23 février 1852, M. Nivet, professeur-adjoint à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, a adressé à l'Académie une note sur le goître estival épidémique, variété de cette affection qui, suivant lui, n'avait pas encore fixé l'attention des auteurs. La lettre de M. Valat a pour objet d'établir que la priorité de la constatation du goître aigu épidémique est acquise à M. le docteur Guyton, d'Autun. Peu de jours avant la communication de M. Nivet à l'Académie, M. Guyton avait lu devant le conseil de salubrité d'Autun un mémoire sur les diverses épidémies de goître qu'il a eu l'occasion d'observer dans sa longue carrière. C'est principalement dans les deux séminaires d'Autun qu'il a surtout observé ces épidémies.

La marche en était généralement bénigne; cette affection avait les allures d'une affection catarrhale, telle que la nombreuse classe des angines parotidienne, tonsillaire, pharyngienne, laryngée, bronchique, etc. Ce goître épidémique, qui ne durait guère qu'un ou deux septenaires, cédait toujours aux méthodes curatives émollientes et diaphorétiques; jamais il n'a été mortel, ni jamais il n'a laissé après lui de goître définitif ou chronique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Juin 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur LEFEBVRE, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Yvetot, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Ste-Marguerite-sur-Fauville.

2° Un rapport de M. le docteur JACQUOT, médecin des épidémies de l'arrondissement de St-Dié, sur une fièvre typhoïde qui a régné dans un hameau de la commune de Cusse (Vosges).

3° Un rapport de M. le docteur LIÉGEY, médecin cantonal à Rambervilliers, sur une épidémie de typhus qui a régné dans la commune de Domptail (Vosges).

4° Un rapport de M. le docteur FUZELLIER, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montreuil, sur une fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Euby.

5° Un rapport de M. le docteur IZARIÉ, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851.

6° Un rapport de M. LEBRETON, médecin-inspecteur des eaux miné-

(1) *Deutsche Klinik* et *Journal de méd. de Bruxelles.*

rales de Bagnols (Orne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851.

7° Un mémoire de M. Alessandro COLAPROTE, médecin napolitain, sur le choléra.

8° Un travail de M. MASLIEURAT-LAGÉMARD, ayant pour titre : Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse.

9° Un mémoire de M. REYNAL, chef du service clinique à l'École d'Alfort, sur un nouvel emplâtre agglutinatif pour fixer les bandages et pour maintenir les pansemens chez les animaux domestiques, sans le secours des sutures.

10° Une note de M. LEMOAL, de Rennes, étudiant en médecine, qui annonce avoir constaté par des études sur les changemens qui surviennent dans les parties externes de la génération pendant les derniers mois de la gestation chez la vache et la jument, que l'œdème ou gonflement des parties génitales externes coïncidait avec l'existence, dans le sein de la mère, d'un individu du sexe féminin, et que l'absence de cet œdème indiquait, au contraire, l'existence dans l'utérus d'un produit mâle.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. Vleminckx, président de l'Académie de médecine de Belgique, est présent à la séance.

M. BÉRARD lit un rapport sur un mémoire dont M. Bouley fils a donné lecture dans la séance du 4 mai dernier, et ayant pour titre : Recherches expérimentales sur l'influence que la section du pneumo-gastrique exerce sur l'absorption stomacale dans le cheval, le chien et le bœuf.

(Vu l'étendue et l'importance de ce rapport, dont il ne nous pas été possible de prendre connaissance en temps opportun, nous en renvoyons la publication à un prochain numéro.)

M. LACAUCHIE, candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, lit un mémoire très étendu et nullement susceptible d'analyse *sur la méthode d'hydrotomie.*

Le travail de M. Lacauchie est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Cloquet, Cruveilhier, Poiseuille, Renault et Bérard.

M. B. SÉCHAUD lit un travail sur les fractures de la base du crâne, à l'occasion d'un fait de cette nature qu'il a eu l'occasion d'observer, et qui s'est terminé heureusement. L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Dans les fractures du crâne et de la base du crâne, il est toujours convenable de faire cesser la compression, quels que soient les moyens qu'on emploie ; d'avoir recours à un traitement énergique en harmonie avec les forces des sujets.

2° Dans aucun cas, on ne doit désespérer de sauver les jours d'un individu qui a eu le crâne fracturé, quelles que soient les lésions qui en résultent ; et, bien que le cerveau soit un des organes les plus importans à la vie, sa substance corticale peut être meurtrie, broyée, réduite en bouillie (dans des conditions données), sans que pour cela il y ait perversion, anéantissement des actes intellectuels, cessation de la sensibilité et de la motilité ; conséquemment, la mort n'est pas toujours certaine, du moment que les centres qui donnent naissance aux racines nerveuses ne sont pas profondément atteints, et qu'ils peuvent encore continuer les fonctions de l'innervation.

3° Un épanchement sanguin à la base du crâne peut occasionner la perte temporaire de la vue, la contracture des membres. Cette contracture est le plus ordinairement liée à une hémorrhagie.

4° Les fractures de la voûte orbitaire donnent lieu le plus fréquemment à des accidens du côté des organes de la vue ; ces accidens sont d'un grand secours pour établir le diagnostic de ces fractures.

5° La fracture du rocher se révèle presque toujours par un écoulement du sang par l'oreille, et le sang épanché à la base du crâne peut tomber dans le pharynx par la trompe d'Eustache. Ces deux signes réunis sont d'une valeur réelle.

6° Dans l'état actuel de la science, le diagnostic des fractures du sphénoïde et du trou occipital est difficile à établir. Elles peuvent donner lieu à un écoulement du sang dans le pharynx, sans qu'il soit facile de préciser l'endroit d'où il s'échappe. De nouvelles observations sont donc nécessaires pour aider à résoudre les questions qui s'y rattachent.

7° Enfin, toutes les fractures de la base du crâne sont toujours graves, parce qu'il faut, pour les produire, une cause vulnérante considérable, et qu'en tout état de cause, le danger de mort est imminent.

M. BARRUEL lit un mémoire ayant pour titre : Examen des différens procédés employés pour analyser l'opium sous le rapport de la morphine, production de nouveaux sels à base de cet alcaloïde, et constatation de l'acide pectique dans les divers opiums du commerce. (Comm. MM. Soubeiran, Chevallier et Caventou.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

ENSEIGNEMENT. — M. le docteur Gaussail vient d'être nommé professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine de Toulouse. Cette nomination sera bien accueillie par tous ceux qui connaissent le talent, le zèle et l'instruction aussi solide que variée de notre excellent confrère M. Gaussail.

CONCOURS. — Le concours n'est pas tout à fait mort. Par arrêté de M. le ministre de l'instruction et des cultes, en date du 21 juin 1852, un concours public sera ouvert le 6 décembre prochain, devant la Faculté de médecine de Paris, pour douze places d'agrégés, savoir : cinq places pour la section de médecine, quatre places pour la section de chirurgie, trois places pour la section des sciences accessoires (anatomie, physiologie et chimie).

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 1er novembre 1853.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours, devront déposer au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le réglement, savoir, pour la section de médecine, avant le 6 novembre 1852 ; pour la section de chirurgie, avant le 6 février 1853 ; pour la section des sciences accessoires, avant le 6 mai 1853.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient d'adresser à M. le ministre de l'instruction publique une liste de trois candidats pour la place de chef des travaux chimiques vacante dans la Faculté. Ont été présentés : en première ligne, M. Louis Figuier ; en deuxième ligne, M. Galtier ; en troisième ligne, M. Brousse.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Clémot, ancien chirurgien de la marine, vient de mourir à Rochefort dans un âge avancé.

Le gérant, RICHELOT.

INSTRUMENS ET PHARMACIE.

MALADIES DE LA GROSSESSE. — Il arrive souvent, comme nos confrères le savent, qu'à une certaine époque de la grossesse, le ventre a besoin d'être soutenu pour faire cesser des souffrances très vives. Cette indication peut être parfaitement remplie par la ceinture hypogastrique de Mme GIRARD, sage-femme de Paris, ceinture qui est d'ailleurs destinée aussi aux femmes affectées d'abaissement, d'antéversion, de rétroversion et de chute de la matrice, d'écartement de la ligne blanche, de hernie ombilicale et d'hydropisie. Il appartient certainement aux médecins praticiens de s'assurer par eux-mêmes si cette ceinture, qui n'a rien de commun avec toutes celles qu'on a fabriquées jusqu'à ce jour, ne laisse rien à désirer, et si elle justifie bien l'approbation qu'elle a reçue dans tout le corps médical. C'est dans cette pensée que nous signalons à nos confrères ce moyen de traitement.

Les médecins sont d'accord pour reconnaître que la plupart des maladies inflammatoires doivent être attribuées aux transitions brusques que subit la température, quelle que soit la saison de l'année ; on peut même dire qu'en été ces transitions sont encore plus sensibles sur les organisations débilitées par des causes quelconques. Depuis la simple courbature, depuis le rhume ordinaire, jusqu'aux pleurésies et aux fluxions de poitrine, depuis les plus simples névralgies superficielles jusqu'aux névroses gastriques et les gastro entéralgies, toutes ces affections aiguës ou chroniques peuvent avoir pour causes morbides les variations atmosphériques.

Or l'expérience des praticiens les plus recommandables a constaté que toutes les affections inflammatoires de la poitrine ou des intestins se trouvent bien du sirop préparé, selon la formule de Broussais, par M. Johnson pharmacien à Paris. Cette préparation a pour effet constant de calmer les douleurs et d'arrêter le progrès de l'irritation, soit que le mal affecte l'état aigu, soit que, prenant la forme chronique, il se traduise par l'asthme, les dyspnées, les catharres bronchiques, ou toute autre maladie des voies digestives. Le résultat le plus souvent immédiat du sirop de Johnson est de faciliter l'expectoration, de modérer la toux et ses accès, et enfin de dissiper le caractère nerveux qui complique d'ordinaire toutes ces affections.

Le sirop de Johnson n'est pas moins efficace dans les maladies du cœur ; il a toujours modéré l'action de cet organe et en a calmé les mouvemens tumultueux, *si connus sous le nom de palpitations.*

Il est d'observation que chez les personnes dont la fibre organique est très impressionnable, chez lesquelles le froid, le chaud, la sécheresse, l'humidité, les émotions morales, les fatigues de corps ou d'esprit ont développé un état d'excitation, doivent se trouver promptement soulagées de leurs indispositions si elles font un emploi régulier et bien entendu du sirop dont nous parlons. Sa composition, du reste, ne doit laisser aucune crainte touchant son usage. La constipation, les céphalalgies, l'état de somnolence qu'on peut redouter de l'usage des préparations recommandées jusqu'à ce jour ne sont nullement à craindre de la part de ce sirop. D'ailleurs, la plupart des journaux de médecine, édifiés par des observations nombreuses, ont rendu témoignage de ses bons effets.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 76. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 26 Juin 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. .... 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 JUIN 1852.

SUR LA SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Maisonneuve a fait part à la Société de deux faits qu'il a observés, à une année d'intervalle, dans son service de l'hôpital Cochin. Le premier de ces faits est relatif à un cas de gangrène traumatique de la jambe, suite de fracture ; le membre présenta une tuméfaction considérable, accompagnée d'emphysème. On pratiqua des incisions multiples, et une veine sous-cutanée s'étant trouvée intéressée par l'instrument, on vit manifestement sortir du vaisseau des bulles de gaz.

Dans le second fait, il s'agit d'une fracture de l'avant-bras, accompagnée de plaie ; la gangrène du membre survint très rapidement et s'étendit jusqu'au coude, des gaz se développèrent dans le tissu cellulaire, et cet emphysème remonta jusqu'à l'épaule. M. Maisonneuve pratique l'amputation du bras au-dessous de l'insertion du deltoïde, au-dessus des limites de la mortification. L'opération faite et le membre disséqué, on reconnaît dans les veines la présence de bulles de gaz, qu'il est facile de faire sortir par la pression. M. Maisonneuve a insisté sur ce fait, qu'il a pratiqué l'amputation très haut afin de s'éloigner le plus possible du foyer des gaz qui ont produit, par leur absorption, un véritable empoisonnement, analogue à celui que l'on constate toutes les fois que des gaz putrides sont introduits dans l'économie.

La communication faite par M. Maisonneuve a fourni matière à une excellente dissertation de la part de M. Roux, sur la fréquence plus grande de la gangrène traumatique dans les fractures du membre supérieur que dans celles du membre inférieur. Invoquant les souvenirs de sa vaste expérience, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu a démontré tous les dangers de l'application d'un appareil trop serré dans les fractures de l'avant-bras, et avec cette sincérité scientifique qui l'honore, il a cité un fait très malheureux qu'il a emprunté à sa propre pratique.

M. Gosselin s'est demandé si la gangrène peut être causée par la lésion traumatique seule, ou s'il est absolument nécessaire que l'action d'un appareil s'y ajoute.

M. Maisonneuve se prononce manifestement pour la première opinion, et invoque, entr'autres preuves, le fait de son dernier malade, chez lequel on avait appliqué un appareil à fracture très peu serré ; la veille du jour de l'amputation, l'avant-bras était dans un état des plus satisfaisans ; le soir de ce même jour, l'interne du service ne constata rien d'apparent ; le lendemain matin, on trouva une gangrène du membre, mais une gangrène humide et non pas une gangrène sèche. M. Maisonneuve s'est surtout attaché à faire ressortir les caractères du genre de gangrène qu'il a observée. Il croit que cette gangrène humide reconnaît pour cause une sorte de contusion des vaisseaux du membre.

M. Marjolin s'est rattaché à l'opinion de M. Maisonneuve, en ce qui touche la spontanéité de la gangrène dans quelques cas de fracture.

M. H. Larrey admet, au contraire, que la gangrène ne se développe dans les fractures que sous la condition expresse qu'il existe quelques circonstances accessoires. Ainsi, pour les fractures de l'avant-bras, il est incontestable, suivant lui, qu'il doit y avoir une cause mécanique. Du reste, M. Larrey s'est conformé pleinement à l'opinion de M. Roux, relativement à la fréquence plus grande de la gangrène traumatique dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs.

M. H. Larrey a présenté quelques considérations pleines d'intérêt sur la comparaison entre la désarticulation scapulo-humérale et l'amputation du bras près de l'article. Il a défendu avec chaleur l'opinion de son père, qui, dans des cas de ce genre, penchait pour l'extirpation totale du membre.

M. Guersant a clos ce débat en faisant part à la Société d'un certain nombre de cas de gangrènes par compression d'appareil à fractures qu'il a observés lui-même ; mais dans ces diverses circonstances, la gangrène était parfaitement limitée, et il n'existait pas cette tuméfaction générale avec un emphysème du membre, comme dans les deux observations relatées par M. Maisonneuve.

En résumé, la discussion qui vient d'avoir lieu au sein de la Société de chirurgie, nous semble avoir prouvé qu'il y a dans les fractures deux sortes de gangrène à redouter : l'une, gangrène sèche, parfaitement limitée, est le résultat de la compression exercée par l'appareil à fracture ; l'autre, gangrène humide, accompagnée de tuméfaction considérable du membre et de la présence de gaz dans le tissu cellulaire et dans les veines, est complètement indépendante de la compression, mais sa cause prochaine ne semble pas parfaitement connue. En outre, la présence de gaz dans les veines du membre, constatée par M. Maisonneuve, explique parfaitement ces accidens si rapides d'intoxication qui surviennent alors, l'absorption s'exerçant avec la plus grande facilité par l'intermédiaire des veines qui portent les gaz putrides dans la circulation générale.

Au commencement de la séance, le bureau de la Société a été renouvelé. Ont été nommés :

Président	M. Guersant.
Vice-président. . . .	M. Denonvilliers.
Secrétaire.	M. Marjolin.
Vice-secrétaire. . . .	M. Laborie.
Trésorier	M. Debout.

Dr FANO,
Prosecteur de la Faculté.

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER ;

Recueillies et analysées par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE (1).

SUITE DES ÉTUDES ET EXPÉRIENCES CONCERNANT L'INFLUENCE DU RÉGIME SUR LA COMPOSITION DU SANG.

Deuxième série d'expériences.

Les expériences de cette série, qui sont relatives à l'état du sang chez un animal privé de nourriture, vont offrir un intérêt bien plus grand que celles de la série précédente. Ce genre d'essais se rattachait à une question pratique concernant l'armée. Il y avait de l'utilité à savoir pendant combien de temps, dans un siége, une campagne, un cheval pouvait continuer de servir étant privé de nourriture. La commission d'hygiène hippique, instituée par le ministre de la guerre, a fait ces expérimentations sur de nombreux chevaux et a constaté qu'ils pouvaient faire un certain service, pendant huit jours, sans manger ni boire. Au point de vue de la guerre, cette question était importante à résoudre.

Un physiologiste de la trempe de M. Magendie ne pouvait en rester là, surtout ayant, comme président de cette commission, de nombreux chevaux morveux dont il lui était permis de disposer. Il a voulu savoir quel était l'état du sang aux diverses périodes de la diète ; il voulait aussi constater l'état général et successif d'un cheval qu'on laisserait mourir de faim et le comparer à ce qu'il avait déjà observé sur des chiens privés de nourriture ou qui n'avaient reçu que des substances non nutritives, telles que la gélatine, l'albumine et la fibrine.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Une jument blanche, morveuse, âgée de 9

(1) Voir l'UNION MÉDICALE des 3, 6 Janvier, 24 Avril, 8, 18 Mai et 12 Juin.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

APHORISMES PROFESSIONNELS.

Le corps médical semble n'attendre et n'espérer les améliorations auxquelles il aspire que des pouvoirs publics. S'il n'y avait là une illusion complète, il y aurait pour lui un grand danger. Quelle que soit la forme politique, le corps médical ne peut que perdre à ce que le gouvernement se mêle de ses affaires intérieures. Si c'est le principe de l'autorité qui gouverne, ce principe lui confisquera le peu de libertés professionnelles qu'il possède encore. Si c'est le principe opposé, il sera sacrifié aux exigences populaires. Ecueil des deux côtés.

Il est des temps et des circonstances où ce que le corps médical a de mieux à faire, c'est de faire le mort.

Les pharmaciens qui s'agitent beaucoup à cette heure devraient s'infuser le précédent aphorisme. Je tremble pour eux que tout le bruit qu'ils font ne soit enfin entendu. Il est un apologue, toujours jeune et éternellement vrai, dont je ne veux pas rappeler le titre, qui blesserait ces Messieurs. Mais, pour Dieu, qu'ils le relisent donc !

Que demander à la loi ? La répression du charlatanisme médical ? Mais, y pense-t-on ? On peut hardiment, défier les cinq classes de l'Institut, renforcées et fortifiées de toutes les Académies et corps savans de l'Europe, de donner une bonne définition du charlatanisme médical. Il en est de lui comme du médicament, substantif singulier masculin dont on n'a jamais pu donner l'acception précise. Les dattes et les figues sèches, le raisin sec et le biscuit de mer, ne sont pas des médicamens, leur usage constitue cependant une méthode de traitement contre la syphilis constitutionnelle (traitement arabique), encore quelquefois pratiquée en Provence. Se coiffer d'un chapeau à larges bords peut être un goût fort inoffensif, c'est cependant une enseigne pour quelques médecins.

Il est aussi facile de supprimer le charlatanisme que la sottise et la crédulité.

S'armer en guerre contre le charlatanisme, c'est quelquefois en faire acte.

Au degré d'exactitude des sciences on peut juger du nombre de leurs charlatans. Il n'y a pas de charlatans géomètres, il y en a peu de physiciens, il y en a quelques-uns parmi les chimistes, il y en a beaucoup plus parmi les météorologues, qui font encore des almanachs. La médecine aura longtemps encore aussi ses Mathieu Laensberg.

Le public, d'ailleurs, fait plus de charlatans que la science elle-même. Le monde se montre si inintelligent en tout ce qui concerne la médecine, qu'il n'est pas de médecin qui ne soit tenu à quelques frais de mise en scène. La médecine est peut-être la seule profession où il ne soit pas permis de faire de l'art pour l'art. Qu'il soit savant, qu'il ne soit qu'artiste, le médecin qui cherche des cliens et qui veut conserver ceux qu'il possède, est obligé, neuf fois sur dix, d'exagérer l'exactitude de sa science ou la puissance de son art.

Simplicité, modestie, vérité, conditions charmantes partout ailleurs qu'auprès des malades. Simplicité se traduira par hésitation, modestie par doute de soi-même, vérité par impolitesse.

Rester dans les limites d'une habile assurance sans tomber dans les ridicules vanteries du fanfaron, c'est là le talent suprême des médecins.

Et même, entre la modestie savante et l'ignorante fanfaronnade, le choix du public est tellement certain, qu'il faut posséder un sens moral très élevé pour ne pas se conduire toujours en vertu de cet adage : *Vulgus vult decipi, decipiatur.*

Ces mots : il faut rassurer le moral du malade, sont un manteau commode qui couvre bien des hâbleries, et qui les justifient quelquefois.

La médecine est la seule profession où le mensonge soit un devoir.

La mise en scène du grand drame de la vie médicale n'est pas susceptible d'une indication générale, parce qu'elle peut varier selon les lieux, les temps et les hommes. Le médecin à Carcassonne n'est pas tenu aux mêmes obligations que le médecin à Paris, les exigences professionnelles sont différentes à la campagne et à la ville, la qualité des habitans influe aussi sur la conduite extérieure.

Ne heurter de front et de prime abord ni les préjugés ni les coutumes du pays où l'on veut exercer la médecine, est une conduite prudente et habile.

Ces préjugés et ces coutumes reconnaissent presque toujours pour origine et pour cause la pratique du médecin auquel vous succédez. S'il purgeait beaucoup, s'il purgeait trop, gardez-vous de ne pas purger du tout ; vous n'inspireriez aucune confiance. Le pli est pris, et ce n'est que graduellement que vous pourrez arriver à une pratique plus rationnelle, selon vous.

La chance la plus heureuse est de tomber dans un pays où les habitans ne soient pas habitués à être drogués. Une cure heureuse, dans ces circonstances, corroborée d'un long mémoire d'apothicaire, voilà de quoi accaparer toute la bonne clientèle du pays.

Souvenez-vous d'avoir toujours l'air de faire quelque chose, alors même et surtout quand vous ne faites rien. S'abstenir de toute médication est quelquefois, sans contredit, d'une pratique intelligente et hon-

ans, du nom de *Carotte*, a donc été soumise à cette cruelle épreuve. Il ne lui était donné que six litres d'eau par vingt-quatre heures.

Après six jours d'abstinence, on lui fit une petite saignée. Le sang, présenté dans une éprouvette, offrait un aspect remarquable. On y voyait deux parties distinctes : l'une, blanche, était en haut, c'était de la fibrine, moins les globules ; l'autre, rouge, était en bas, les globules s'y étaient concentrés. Ces deux parties constituent le caillot blanc et le caillot rouge des vétérinaires. On ne remarquait pas de sérosité. Le raisonnement faisait prévoir un résultat opposé, car dans le sang d'un animal qui n'a pour toute réparation que de l'eau, celle-ci ne devrait-elle pas dominer ? Il est bon pourtant de prévenir qu'après un plus long repos, la partie fibrineuse du caillot se contractera et chassera l'eau qu'il contient. — Par comparaison, M. Magendie a montré un sang provenant d'un cheval également morveux, mais qui mange ; ce sang, plus contractile, contenait, au contraire, une quantité considérable de sérum. Il convient de noter que, chez les chevaux, il y a comparativement moins de sérum que chez l'homme. La sérosité s'est, en effet, échappée plus tard du caillot blanc du sang de la jument, et, deux jours après, M. Magendie a pu faire voir qu'il y en avait beaucoup. Ce caillot blanc adhérait en haut au bouchon de l'éprouvette ; là, il avait assez de largeur, mais ailleurs il avait perdu la moitié de son volume. Pour connaître au juste la quantité d'eau que contient le caillot, il faut égoutter le sang sur un filtre et le presser ; il faudrait même laisser évaporer l'eau et peser le résidu. On voit qu'il y a de l'importance à ne pas se contenter du premier aspect. Dans les cliniques, il serait souvent utile de garder le sang un certain nombre de jours, pour mieux juger de la véritable proportion du caillot et de la sérosité.

Au huitième jour de l'abstinence, du sang ayant encore été tiré, on remarquait du sérum dessus, dessous et autour du caillot blanc. Le caillot rouge était encore assez considérable, mais il était mal pris et mal coloré. La jument ne paraissait guère se ressentir de l'absence d'alimentation ; elle marchait et courait comme si de rien n'était.

Au quinzième jour, son état physique était peu altéré ; l'amaigrissement était à peine notable ; elle était prête à courir quand on la sortait de l'écurie. Le sang extrait à cette époque, présentait cependant des modifications remarquables ; la portion défibrinée était prise entièrement en une masse d'un rouge extrêmement foncé et presque noir ; c'était à peine si l'on voyait encore à la surface une légère couche de sérum. Ce n'était pas, toutefois, que cet élément fût devenu moins abondant, le contraire avait plutôt lieu ; seulement, il semblait avoir plus de difficulté à se séparer du caillot, et il a fini par s'en dégager comme cela s'était effectué dans la première saignée. La portion de la dernière saignée, qui avait été défibrinée, en contenait une très grande quantité. Or, la même quantité devait évidemment exister dans la portion non défibrinée. Le peu de sérum que l'on pouvait observer d'abord était extrêmement liquide et il n'y existait point de caillot blanc, comme cela a lieu dans l'état normal. Pourquoi le caillot retient-il, dans ce cas, le sérum avec tant d'opiniâtreté ? Qui pourrait le dire, plus que la cause première de la coagulation du sang au sortir de l'économie, et que cette suite de phénomènes qui s'y succèdent et qui semblent être des manifestations d'une vie presque éteinte ?

Au dix-septième jour, le sang était pris en masse et ne paraissait pas avoir perdu ses propriétés ; un peu d'eau se séparait seulement par la base. A l'aspect de ce sang, on n'aurait pas soupçonné que l'animal souffrît. Une partie ayant été agitée, la fibrine se forma en petites masses à la surface.

Au vingtième jour, l'aspect de la jument avait beaucoup changé ; ses poils, devenus d'une couleur sale, étaient allongés et hérissés comme ceux d'un ours. Ses yeux étaient vitreux et comme artificiels ; du reste, sans injection ni sécrétion ; la cornée était devenue d'un jaune verdâtre très prononcé. Un tel aspect singulier aurait pu faire croire qu'elle était aveugle ; il n'en était pourtant rien. Ce changement s'était opéré assez rapidement. A part cela, elle se soutenait, paraissait même encore assez vigoureuse. On la fit courir à la longe, et, ayant entendu le claquement du fouet, elle se mit à courir plus vite. On ne se doutait pas qu'elle eût subi une abstinence aussi prolongée. Ses artères, peu distendues, donnaient un pouls faible, mais sans fréquence. On a tiré un peu de sang ; il paraissait naturel ; il était pris en masse, possédant encore la qualité si importante de la coagulation ; peu de sérum en sortait. Une portion de ce sang ayant été battue pour en retirer la fibrine, on vit celle-ci en dessus par petits paquets blanchâtres. — Mais, dans une petite saignée pratiquée au vingt-deuxième jour, le sang était devenu liquide ; sa fibrine était essentiellement altérée.

Enfin, la *mort survint après vingt-quatre jours* d'abstinence complète, sauf les six litres d'eau qu'on n'avait pas cessé de donner par jour. Les yeux étaient devenus rouges, gonflés et chassieux. — L'autopsie, faite par des vétérinaires instruits, a fourni les détails qui suivent : Un épanchement sanguin considérable existait dans l'estomac et les intestins ; l'intestin grêle contenait beaucoup de sang, mais surtout le cæcum. On en trouva aussi dans le péricarde. A vue d'œil, on a estimé qu'il y en avait trente litres d'épanché. On a recueilli des échantillons de ce sang, il était d'un brun foncé, sans aucune cohésion. Pourquoi ce sang ne s'est-il pas épanché dans d'autres cavités ? Cependant les organes étaient engoués du sang qui s'y était extravasé. M. Magendie ne se rappelle pas avoir observé des épanchemens semblables dans ses précédentes expériences. L'hémorrhagie intérieure avait dû activer la mort, car d'autres animaux, au régime unique de l'eau, avaient continué de vivre plus longtemps. Il est vrai qu'on avait saigné assez souvent cette jument, quoique légèrement. On ne doit pas non plus oublier qu'elle était atteinte de la morve.

Voici le résultat de quatre analyses du sang qui a été retiré aux diverses périodes de l'expérience.

	1re saignée.	2e saignée.	3e saignée.	4e saignée.
Albumine et sels.	8,792	10,246	9,276	7,681
Globules.	8,696	8,651	9,761	16,189
Fibrine.	0,345	0,223	0,691	0,609
Eau.	82,167	80,880	80,292	75,521
	100,000	100,000	100,000	100,000
Matériaux solides du sang.	17,833	19,120	19,708	24,479

Il faut d'abord noter qu'en général on trouve moins de différences dans les diverses analyses du sang de cette jument à la diète absolue, que dans celles des chevaux soumis aux divers régimes indiqués. Comment comprendre qu'après une abstinence aussi prolongée, il y ait autant d'*albumine* dans le sang que chez des chevaux bien nourris, et surtout que cette albumine ait éprouvé les variations qu'on voit dans ces quatre analyses. Ce qui est relatif aux *globules* ne doit-il pas surprendre encore davantage ? En effet, au chiffre 8 dans la première analyse, ils finissent par arriver, dans la dernière, à celui de 16, tandis que chez les chevaux ci-dessus, ils sont quelquefois descendus à un chiffre très bas, mais n'ont jamais dépassé 10. L'abstinence ne ferait donc pas diminuer les globules, et ceux-ci, même, examinés au microscope, n'ont rien montré de particulier. Il est remarquable également que la *fibrine*, élément par excellence du sang, se soit généralement maintenue à un chiffre plus élevé que chez les chevaux en expérience. Chose vraiment singulière ! l'*eau* se trouve en minimum chez une bête qui n'a pu ingérer que de l'eau. Enfin, l'ensemble des *substances solides du sang* s'est maintenue au maximum.

Il est convenable, toutefois, de remarquer que nous n'avons pas les moyens de constater les qualités véritables des élémens du sang. L'albumine et la fibrine ne peuvent-elles pas s'altérer ? On sait que la fibrine n'est pas la même suivant le temps de sa formation, que, lorsqu'on la retire du sang, elle se reproduit différente de la fibrine normale. Les globules peuvent sans doute aussi s'altérer. On peut donc soupçonner que des altérations se préparaient dans les élémens du sang de *Carotte*, et existaient avant qu'il ait été possible de les reconnaître. Deux jours avant sa mort, un signe indiquait que le sang avait perdu ses qualités naturelles ; il était devenu liquide, ce qui prouvait que sa fibrine n'était plus propre à entretenir la vie. Le sang qui fut recueilli après la mort, offrait une altération encore plus grande ; il était acide ; on ne pouvait plus dire que ce fût du sang, bien que son odeur le rappelât encore ; les élémens paraissaient tous confondus dans le sérum, et l'on ne voyait plus de globules au microscope.

M. Leconte a fait l'analyse de ce sang altéré, autant qu'on peut opérer sur un sang qui ne se coagule plus, et où il y a confusion dans ses élémens, ce qui oblige de les calculer. Ne pouvant trouver les globules, il a réuni les substances solides qui ont donné le résultat suivant :

Fibrine.	00,018
Parties solides.	18,102

Dans l'examen qui a été fait de la fibrine, on l'a trouvée en suspension sous forme de filamens irréguliers et à peine visibles à l'œil nu. Mise dans l'eau, elle avait l'aspect de particules voltigeantes. Une portion a dû se dissoudre dans le sérum, ce qui sans doute a empêché d'en bien préciser la quantité.

Tout n'est-il pas matière à étonnement dans la singulière observation qui vient d'être racontée ? Ne renverse-t-elle pas toutes les idées reçues ? Qui aurait pu supposer que les élémens du sang pouvaient se multiplier à mesure qu'un animal était soumis à l'abstinence ? Que penser de tout ce qui a été dit sur les causes de l'anémie, sur les résultats d'une nourriture insuffisante, sur les avantages de tel ou tel régime ? Si l'on se croyait autorisé à penser qu'il existe des différences dans le sang par suite de mauvaises nourritures, comme celles dont usent les pauvres gens, on peut juger, d'après ces analyses, jusqu'à quel point il a été possible de s'abuser. Comment donc s'entretient le sang, puisque après vingt-deux jours de diète absolue, il peut encore offrir les conditions ou du moins les apparences d'un sang normal ? Ne serait-on pas tenté de se demander s'il est besoin de manger pour entretenir le sang en bonne composition, car ce liquide ne pouvait faire dire si la jument mangeait ou ne mangeait pas ?

Il semble qu'une composition identique du sang soit indispensable à la vie, et qu'elle ne doit pas changer, quel que soit le genre de nourriture ; c'est ainsi que le sang du cheval, qui est nourri de fourrages, ressemble à celui de l'homme qui se sustente avec de la viande. Que nous fassions usage des viandes de boucherie, de poisson, de pain ou de légumes, le sang, malgré la diversité du régime, ne diffère pas sensiblement. Des différences existent sans doute, mais elles ne sont pas trouvées, et celles qui ont pu être constatées ne sont pas conformes à ce qu'on attendait. Pourquoi les carnassiers et les herbivores ont-ils les globules du sang arrondis, tandis que ces globules sont ovoïdes chez les oiseaux ? Pourquoi sont-ils plus gros chez les poissons ? Pourquoi, chez les reptiles, sont-ils différens de ceux des poissons ? Nous l'ignorons. On a vu, du reste, dans le discours d'ouverture de ces leçons, que, si l'on mélange des sangs sur les animaux vivans, ces divers globules s'harmonisaient avec ceux du sang qui les recevait. Pourquoi alors perdent-ils leurs formes ? Dans l'abstinence prolongée, comment le sang se répare-t-il ? Il reprend peut-être des élémens qui disparaissent alors de l'ensemble du corps, la graisse surtout ; mais on ignore comment cela s'opère. On ne sait pas non plus comment le sang se détruit et si sa destruction a lieu d'une manière régulière ; il s'en perd sans doute par l'urine, les transpirations cutanée et pulmonaire, etc. Ne serait-il pas possible que la nourriture eût plus d'influence sur la quantité que sur la qualité du sang ? Il faudrait alors s'assurer si cette quantité ne diminue pas et s'il faut la rapporter aux alimens. Les chirurgiens ont remarqué, de tout temps, qu'un malade qui avait perdu beaucoup de sang dans une opération pouvait succomber rapidement ; la même remarque a été faite par les accoucheurs. Il est probable que la vie ne peut plus s'entretenir au-dessous d'une certaine quantité de sang, quantité qui doit, d'ailleurs, varier beaucoup suivant les individus.

Tous ces phénomènes sont plongés pour nous dans la plus grande obscurité ; cette constatation n'est pas sans utilité si elle doit nous porter à de nouvelles recherches. La nécessité de ces recherches se présente dans toute son extension quand il s'agit d'étudier une maladie, car on sait que le sang, par sa composition, a la plus grande influence sur la vie. Si les proportions dans ses élémens viennent à subir de grandes modifications, les animaux périssent. Il en est de même si des élémens hétérogènes s'y introduisent, si des fermens viennent à y réagir.

---

nête, mais sauvez toujours les apparences et faites que le malade ne s'aperçoive pas de votre inaction.

Passer pour savant, telle est la grande affaire du médecin. Il en est de la science médicale comme de la fortune. Si l'on vous croit riche, vous avez du crédit ; si l'on vous croit savant, vous avez des cliens. Malheureusement, pour l'humanité, il est plus difficile de passer pour riche quand on ne l'est pas, que d'être cru savant quand on n'en a que les apparences.

Le début du médecin, dans les petites villes, est un coup de dez qui peut amener une bonne ou une mauvaise chance. Le médecin qui arrive est inévitablement assailli par deux classes de malades peu agréables, ceux qui ont été abandonnés par leur médecin, et ceux qui quittent leur médecin faute de paiement. Acceptez-les tous d'abord, vous ferez votre triage après. Parmi les premiers, il peut se trouver des malades curables, et ces cures ont toujours un grand retentissement. Servez-vous des seconds comme de trompettes. Un homme intelligent doit savoir utiliser tous les matériaux qu'il a sous la main.

Amédée Latour.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Empoisonnement par le cidre. — On se rappelle l'émotion causée, il y a quelques mois, par des cas nombreux d'empoisonnement par le cidre. Plusieurs personnes succombèrent ; beaucoup tombèrent gravement malades. L'enquête démontra que plusieurs brasseurs clarifiaient leur cidre au moyen de l'acétate de plomb.

Par suite de ces faits, les sieurs Charles-Victor Henon, brasseur ; Dorvet, son commis ; François-Albert Richebe, brasseur ; Léon Vaudoré, brasseur ; Wandelin, son associé, et Steinacher, brasseur, étaient traduits devant la 6e chambre, savoir : Henon, Dorvet, Steinacher, comme prévenus d'homicide par imprudence, de blessures graves, de lésions intérieures, involontaires, et les autres de ce dernier chef seulement. Vingt-trois parties civiles réclamaient des dommages intérêts qui ne s'élevaient pas à moins de 100,000 fr. répétés envers Henon, et 20,000 fr. envers Steinacher.

Le ministère public procédait seul à l'égard des autres prévenus. Tous déclaraient ou n'avoir pas employé de l'acétate de plomb dans leur cidre ou s'en être servis comme moyen de clarification. Le tribunal a consacré trois audiences au jugement de cette affaire, et, sur les conclusions de M. le substitut Dupré-Lasalle, Me Allou entendu pour M. Henon, Me de Normandie plaidant pour Steinacher, a condamné Henon à dix-huit mois de prison, 600 fr. d'amende ; Dorvet à six mois de la même peine, 50 f. d'amende ; Steinacher, à huit mois de prison, 500 f. d'amende, et, statuant sur les dommages-intérêts, les a fixés, en ce qui concerne Henon, à 24,050 fr. ; en ce qui concerne Dorvet, à 2,500 fr. ; à l'égard de Steinacher, à 1,500 fr. — Vaudoré et Wandeling subiront chacun trois mois d'emprisonnement, 100 fr. d'amende.

Épidémies. — La fièvre miliaire sévit en ce moment à Bernay et dans les environs ; elle n'a revêtu cependant le caractère épidémique qu'à Bournainville. Depuis le commencement de l'épidémie, 97 personnes en ont été victimes, et, chose assez extraordinaire, les femmes seules paraissent en être affectées. A la date des dernières nouvelles, il y avait encore dans la commune 15 malades du même sexe, dont 4 dans la situation la plus grave.

Hygiène publique. — Le congrès d'hygiène publique qui a été tenu à Bruxelles le 22 septembre dernier, avec l'autorisation du gouvernement, sous la présidence de M. Vleminckx, président de l'Académie royale de médecine, et dans lequel MM. Ducpétiaux et Theis ont rempli les fonctions de secrétaires, a examiné une foule de graves et importantes questions relatives aux meilleurs moyens d'assainir les villes et les campagnes. Sans espérer que ce congrès ait une bien grande influence sur les solutions que le gouvernement belge donnera à ces questions et surtout que ces solutions s'accomplissent prochainement, nous signalons aux hommes qui s'occupent de cette partie de la science le compte-rendu des séances de cette réunion scientifique.

Nécrologie. — M. le docteur Juge, ancien médecin des armées, ancien vice-président du Conseil de salubrité, vient de terminer à 83 ans une utile et laborieuse carrière.

Nous avons aussi à annoncer la mort du célèbre chimiste et professeur de l'Université de Munich, André Buchner, auquel on doit d'immenses travaux, consignés, pour la plupart, dans son *Répertoire de pharmacie*, ouvrage en 41 volumes in-8°, dont la réputation ne s'est pas démentie.

Aliénation mentale. — La *Gazetta medica lombarda* annonce, dans son n° 46, que son supplément sera à l'avenir réservé aux travaux des médecins aliénistes de l'Italie, et que cette partie du journal sera sous la direction d'un médecin très expert en matière d'aliénation, M. le docteur Andrea Verga. Il y a longtemps, ajoute ce journal, que nous désirions combler cette lacune, et nous ne pouvons que le féliciter de la décision qu'il a prise. Chez nous, les *Annales médico-psychologiques* ; en Angleterre, le *Psychological journal*, ont depuis plusieurs années centralisé les travaux des médecins aliénistes. Il existe en Angleterre, et il n'y a pas encore chez nous, une société médico-psychologique ; mais, si nous sommes bien informé, des médecins distingués sont en ce moment en instance auprès du gouvernement pour obtenir l'autorisation d'en créer une en France.

Paupérisme. — Qui le croirait, c'est la Russie européenne et la Pologne, deux pays que nous traitons de barbares, qui comptent le moins de pauvres, 1 sur 100. Après eux viennent les Etats-Unis, 1 sur 71. La France n'a qu'un pauvre sur 34 habitans ; la Prusse, 1 sur 30 ; l'Autriche, 1 sur 23 ; l'Italie, 1 sur 25 ; la Confédération germanique, 1 sur 20 ; la Hollande de même ; l'Angleterre, 1 sur 13 ; la Suisse, 1 sur 10 ; la Belgique, 1 sur 8. On manque de documens relativement à l'Espagne, qui en a certainement autant que la Suisse et la Belgique.

N'avons-nous pas vu les funestes phénomènes qui sont résultés de l'introduction des matières putrides dans cet important liquide ?

Malgré tout ce qu'a de curieux l'expérience faite sur la jument en question, M. Magendie ne la considère que comme un essai. Il pense qu'il faudrait la recommencer en pesant fréquemment l'animal, et constater ce qu'il aurait perdu à des intervalles déterminés et au terme de sa vie. Il faudrait également noter sa température. Il serait même à désirer qu'on pût opérer sur un cheval sain et non morveux. Cette expérience, toutefois, semble ouvrir une voie nouvelle de recherches; quelque jour, sans doute, on parviendra à découvrir la véritable influence du régime sur la production et la guérison des maladies.

Chez les hommes morts d'inanition, et dont l'histoire a été conservée, le décès était survenu vers le dixième ou le douzième jour; mais ils étaient dans des conditions particulières, privés d'air et de lumière, plongés dans un cachot humide, etc. Ces circonstances pouvaient avoir leur influence. On a remarqué qu'après huit jours d'abstinence, les naufragés deviennent anthropofages, et, d'un commun accord, tirent au sort celui d'entr'eux qui sera mangé par les autres. L'intérêt de conservation ne manque jamais de bouleverser à ce point leurs idées.

Deuxième expérience. — M. Magendie a fait, sur un petit chien, un autre expérience qui peut être rapprochée de celle qui a eu lieu sur la jument *Carotte*. Voici à quelle occasion : Il avait voulu soumettre ce chien à la nourriture unique de la graisse. Du saindoux, qui est la graisse la plus fine, lui fut d'abord présenté; au bout de deux jours il le refusa. Du lard lui fut ensuite donné; mais, après trois jours, il cessa également d'en manger, bien qu'on en eût toujours mis devant lui. Il succomba enfin d'inanition le vingt-deuxième jour. Pendant cette abstinence, cet animal perdit 31 pour 100 de son poids; il avait dépassé de beaucoup la limite assignée par les expérimentateurs pour que les animaux soumis à l'abstinence puissent revenir à la vie; en effet, d'après leurs recherches, après la perte d'un dixième de leur poids, le retour à l'état normal n'est plus possible.

On pouvait supposer qu'à l'autopsie on rencontrerait quelques-unes des lésions signalées chez la jument; il n'en fut pas ainsi : le sang était en petite quantité et presque tout confiné dans le cœur; il était coagulé en partie, mais mollement; sa couleur était d'un rouge-bleuâtre; il était alcalin. Au microscope, on y voyait les globules comme dans l'état habituel, tandis que chez d'autres animaux morts d'inanition, ils avaient disparu. Ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était l'état du foie; cet organe avait l'apparence de ceux des volatiles qu'on nourrit avec du maïs. M. Magendie avait déjà constaté ce fait dans de précédentes expériences sur des animaux sustentés également avec de la graisse. Pour s'assurer si ce foie contenait une véritable graisse, on en écrasé et fait bouillir un petit morceau; bientôt la graisse est devenue visible à la surface. Si la nourriture au maïs produit cet effet sur le foie, cela tient sans doute à ce que ces graines contiennent beaucoup de matière grasse. On a voulu savoir aussi si le foie du chien contenait du sucre. On sait que la présence de ce corps est liée à une bonne alimentation; si celle-ci est mauvaise, le sucre disparaît du foie. Après avoir écrasé un autre morceau de cet organe et l'avoir traité par l'ébullition avec la liqueur Barreswil, cette liqueur est restée bleue et a prouvé qu'il n'y avait pas réduction de l'oxyde de cuivre, conséquemment pas de sucre. Pour faire la contre-épreuve, on a ajouté une très faible quantité de glucose dans le même tube, et, avant même que l'ébullition ne se fût manifestée, la liqueur avait changé de couleur; elle devint rougeâtre après avoir bouilli. Les poumons étaient très peu altérés.

Le professeur, relativement à l'abstinence, appelle l'attention de ses auditeurs sur un fait singulier. On sait que les chiens qu'on prive d'alimens meurent au bout d'un mois environ; et qu'ils succombent après le même temps lorsqu'on ne leur donne que de la graisse, de la fibrine ou de la gélatine, car ces substances ne sont pas isolément nutritives. Si, après une quinzaine de jours d'abstinence ou de l'usage de ces substances non nourrissantes, on leur rend l'alimentation ordinaire, ils la mangent, mais ne peuvent plus s'en nourrir, et ils périssent comme s'ils ne prenaient rien. La même remarque a été faite sur les chevaux. La cessation de la nourriture fait donc perdre l'aptitude nécessaire pour digérer. M. Magendie, dans le discours qui a inauguré ses leçons, avait déjà annoncé qu'une influence analogue était exercée par la température : on a vu que si le corps prend 5 degrés centigrades de plus que sa chaleur ordinaire, le sang ne peut plus se coaguler et les hommes meurent; c'est ce qu'on a observé dans les marches faites par les militaires ou les voyageurs dans les pays chauds. Cela n'a pas lieu dans la même proportion pour le refroidissement; on peut refroidir le corps de l'animal de 15 et même de 20 degrés sans le faire périr; mais lorsque la température est descendue au-dessous, on a beau replacer l'animal dans une température moyenne, la chaleur ne revient plus et même continue à descendre.

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

DU TRAITEMENT ABORTIF DES AMYGDALITES AIGUES;

Par M. Th. Herpin, d.-m. à Genève (1).

Quelques détails sur le procédé que j'emploie pour cautériser les amygdales, ne seront pas sans utilité. Le but immédiat à atteindre, c'est d'agir rapidement sur une surface un peu étendue; le danger à éviter, c'est de laisser tomber dans le pharynx un fragment de nitrate d'argent. Quoique cet accident paraisse tout à fait invraisemblable moyennant quelques précautions, il faut en admettre la possibilité. Notre collègue, M. Rilliet, m'a raconté avoir été témoin d'un cas de ce genre dans un hôpital; il fut suivi d'accidens rapidement mortels; et l'autopsie fournit la preuve matérielle de la cause de la mort.

Le porte-crayon qui retient le caustique ne doit pas être trop bombé. Si la forme en est trop ovoïde, la pierre n'est saisie que par un cercle étroit, et un choc peut la briser en ce point; quand les deux valves réunies ont une forme presque cylindrique; le nitrate, maintenu sur une surface plus étendue offre beaucoup moins de chances de rupture. Il est prudent aussi que l'anneau du porte-crayon soit suffisamment solide et qu'on s'assure de son intégrité.

Je ne donne jamais à la portion saillante de la pierre la disposition conique qu'on paraît préférer en général. Je lui laisse la forme cylindrique et j'ai soin, en l'appuyant, de la lui conserver; la surface plate qui ainsi termine le caustique est commode pour certaines cautérisations, sans parler d'une plus grande solidité. Dès que la forme de l'extrémité est modifiée, je change le nitrate. Pour plus de sécurité encore, je ne laisse saillir, hors du porte-crayon, qu'une longueur de 4 millimètres (2 lignes).

Afin de ne pas revenir sur l'accident, fort improbable, mentionné plus haut, je rappellerai, quoique la recommandation soit superflue pour tous les médecins instruits, que, si l'on avait le malheur de laisser tomber dans l'œsophage un morceau de nitrate d'argent, il faudrait sur-le-champ procurer des vomissemens au moyen de l'ingestion d'une grande quantité d'eau, tiède si possible, tenant en dissolution du sel de cuisine, substance que partout on a presque sous la main.

Quoiqu'on puisse, à la rigueur, en confiant la bougie à un aide, cautériser un malade dans son lit, comme l'opération est beaucoup plus facile à la lumière naturelle, dût-on faire lever le patient en l'enveloppant de couvertures, il vaut mieux la pratiquer en face et aussi près que possible d'une fenêtre. La tête sera soutenue, à moins d'une grande docilité ou d'une grande habitude, la langue abaissée avec une cuillère ou mieux avec un couteau à papier; on fera soutenir au malade la voyelle *a*, comme dans une leçon de vocalise; puis, si l'on doit agir sur les deux amygdales, on cautérisera d'abord circulairement l'amygdale droite avec un côté de la pierre, et puis on agira de la même manière sur l'amygdale gauche. Quand le voile du palais est enflammé, on le cautérise, en passant d'une glande à l'autre, avec l'extrémité obtuse du crayon. Dans les cas où la luette est rouge et œdématiée, il est convenable de la cautériser aussi; il suffit de la toucher en descendant avec l'extrémité aplatie de la pierre. Mais ce doit être le dernier temps de l'opération, car l'attouchement de cet appendice provoque souvent un spasme du gosier, qui interrompt forcément l'opération. Dans tous les cas, il ne faut pas craindre de cautériser largement.

L'action du caustique s'étend toujours au-delà des surfaces touchées; en examinant la gorge un peu après la cautérisation, on voit les bandes blanches qu'il a tracées, bordées sur une certaine longueur d'une teinte fondue moins intense que les escarres. L'opération n'est pas plus douloureuse que si l'on passait sur les organes un corps solide insoluble; mais elle laisse dans l'arrière-gorge et à la base de la langue une saveur d'une stypticité fort désagréable qui provoque, chez quelques malades, de légers efforts de vomissement. Cette sensation, du reste, est de peu de durée. Il ne résulte de la cautérisation aucun accroissement du mal de gorge.

Si le médecin est appelé dans les premières vingt-quatre heures de l'invasion de l'angine, il suffit souvent d'une seule application pour enrayer le mal. C'est ce qui arrive presque toujours chez les personnes qui, sujettes aux récidives, ont éprouvé déjà les heureux effets de la cautérisation. Averties de l'utilité qu'il y a de s'y prendre de très bonne heure, elles ne perdent pas de temps, et se félicitent de plus en plus de voir s'évanouir en quelques heures une indisposition qu'elles ont appris à redouter. Si l'on n'arrive qu'au second jour, il faut presque toujours cautériser deux fois à un jour d'intervalle; rarement on est obligé d'y revenir un jour de plus; mais trois cautérisations sont fréquemment nécessaires quand le médecin n'est demandé que le troisième jour. Cependant, dans ce dernier cas même, l'inflammation cesse de faire des progrès dès la première opération, et un soulagement très notable succède à la seconde. Il ne faut jamais laisser écouler plus de vingt-quatre heures entre deux cautérisations, sous peine de voir se perdre le fruit de la première.

Comme exemples de notre manière d'agir et à l'appui de nos assertions, nous avions eu d'abord le projet de donner ici un certain nombre d'observations; mais nous y avons renoncé pour ne pas allonger inutilement cette notice. L'amygdalite est une maladie si commune, le moyen proposé est si simple et si innocent, le succès tellement habituel, qu'un praticien un peu occupé pourra, en quelques mois, acquérir lui-même, par expérience, la preuve de l'utilité du traitement abortif que nous indiquons. C'est ainsi que notre méthode s'est généralisée peu à peu à Genève. Après avoir usé de ce moyen pendant deux années et demie, d'abord dans des cas légers, ensuite dans des angines de plus en plus intenses, puis exclusivement et uniquement pendant une année, dans toutes les amygdalites que j'ai été appelé à traiter, je fis de cette pratique, en mai 1851, l'objet d'une communication orale à la Société médicale du canton de Genève. Je ne craignis pas d'engager mes confrères à commencer par là le traitement de toutes les angines qu'ils auraient à soigner, convaincu que j'étais que la cautérisation, dans l'immense majorité des cas, les dispenserait de tout autre moyen thérapeutique. Dès lors, et à plusieurs reprises, j'ai appelé de nouveau l'attention de mes collègues sur ce traitement; car les préceptes les plus utiles ont besoin d'être répétés, si l'on veut les faire pénétrer dans le domaine général de la pratique. En mars 1852, j'ai fait sur cette question une sorte d'enquête auprès de ceux de mes confrères dont la pratique est la plus étendue, pour connaître les résultats de leur expérience. A ma grande satisfaction, les réponses ont été tout à fait favorables; elles ont confirmé les conclusions contenues dans ce mémoire et m'ont décidé à le rédiger.

On estimera peut-être qu'un moyen curatif nouveau, quoique d'une efficacité presque constante, n'est cependant que d'un minime intérêt, quand il s'agit d'une maladie qui n'offre jamais de gravité et qui, après huit jours, se termine naturellement sans laisser de suites. Sans prétendre avoir rendu à l'art un service éminent, je me permettrai toutefois de faire remarquer que, pour une affection très commune, c'est quelque chose que d'épargner, à aussi peu de frais, une semaine de souffrance aux patiens, et surtout de dérober ce temps à la maladie pour le rendre au travail, aux devoirs sociaux ou aux soins de la famille.

(1) Voir le dernier numéro.

PATHOLOGIE.

NOUVEL EXEMPLE DE TRANSMISSION DE LA MORVE AIGUE DU CHEVAL A L'HOMME.

Monsieur le rédacteur,

L'incident qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, au sujet de l'existence de la morve, comme affection spécifique, m'engage à vous adresser la relation rapide d'une maladie que j'ai jugée être la morve chronique, malgré l'avis opposé d'un confrère et malgré l'insuccès de tentatives inoculatrices.

Le sujet de cette observation est un jeune vétérinaire de la ville, exerçant depuis quelques années; n'ayant vu le malade que dans la dernière période de l'affection, je vais faire connaître, aussi complètement que possible, les premiers accidens d'infection et les diverses phases qui suivirent, d'après les renseignemens que m'a fournis le cousin, également vétérinaire, et par le narré fort clair, fort précis que m'a fait le malade dans plusieurs circonstances.

Le 14 mai 1851, M. Marchant, examinant un cheval, reçut dans l'œil gauche une goutte de muco-pus que l'animal projeta en s'ébrouant; des lavages à l'eau vinaigrée furent sur-le-champ employés abondamment; car M. Marchant redoutait une infection, ayant vu périr à Lyon un de ses camarades atteint du farcin. L'œil, vu par son cousin, présentait, le jour de l'accident et les jours suivans une vascularisation assez intense, mais pas l'ombre d'une ulcération; du reste, M. Marchant continua à vaquer à ses occupations. Les ganglions du cou s'engorgèrent dès le lendemain de l'accident. Au bout de quelques jours, des nodosités, de petits ganglions parurent sur presque toute la surface du corps. Mais aussitôt après l'apparition de l'adénite cervicale, M. Marchant jugea prudent de recourir à l'acétate d'ammoniaque, qui fut administrée à doses progressivement portées jusqu'à *douze* et *quinze* grammes par jour; néanmoins, l'engorgement glandulaire alla en augmentant. Le volume en était très considérable à la mi-juin. A cette époque, un nouveau phénomène se présenta : des accès de fièvre bien caractérisés par froid, par chaud, sueurs abondantes apparurent. L'accès durait vingt-quatre heures et reparaissait sept jours après. Cet état pyrétique se répéta trois mardis de suite.

Pendant ces accès, le malade était dans une situation inexprimable; il ressentait un feu, une excitation, un travail intérieur qu'il ne sait comment définir au moment où il m'en parle, huit mois après; du sulfate de quinine fut administré dans l'intervalle des accès, et une seule friction fut faite avec la pommade d'hydriotate de potasse. Trois jours après, l'adénite cervicale avait complètement disparu.

Dans les premiers jours d'août, sans cause appréciable, un abcès se développa à la partie externe et supérieure de la cuisse droite. L'apparition de cet abcès avait été précédée de douleurs erratiques dans presque toutes les articulations. Cet abcès augmenta lentement. A la fin de septembre, il avait acquis le volume d'un œuf de dinde. Un médecin, consulté, le caractérisa d'abcès froid et fut d'avis de l'ouvrir sur-le-champ; le malade s'y refusa; quelques jours après, dans la nuit du 30 septembre, le foyer purulent était complètement résorbé; le malade fut pendant trois jours dans la situation la plus alarmante.

La fièvre était très vive, une agitation extrême, mêlée de chaleur, de frissons se succédant rapidement, caractérisèrent cet état de crise.

Le calme se rétablit et l'abcès se referma quinze ou vingt jours après. La ponction en fut pratiquée et amena l'issue d'un bon verre de pus lié, sanguinolent.

La nature de cet abcès sembla indiquer aux médecins qui soignèrent alors M. Marchant l'usage des préparations de quinquina, qui furent employées sous diverses formes pendant un mois.

Un furoncle atonique parut bientôt à la partie externe du genou gauche; il suppura peu, il fut fort long à cicatriser. Du reste, la santé du malade sembla se rétablir. L'appétit était excessif; la peau perdit un peu de son aspect terreux; mais le sommeil, depuis l'infection, n'était jamais calme, jamais réparateur, bien qu'il fût difficile à Marchant de préciser en quoi consistait ce malaise nocturne.

Dans les premiers jours de janvier, deux nouveaux abcès parurent à l'avant-bras gauche près du coude, complètement indolores, ils se formèrent d'une manière inaperçue et disparurent par résorption. De gros boutons, accompagnés d'une vive démangeaison, se formèrent en même temps sur le bras et l'avant-bras. A la fin de février, le malade qui, jusque là, avait éprouvé de la sécheresse dans les fosses nasales, remarqua une augmentation de gêne dans cette région et les mucosités purulentes qu'il rendait en se mouchant.

Il éprouva bientôt de la difficulté pour avaler. Cet état alla graduellement en augmentant; des envies de vomir et des douleurs à l'épigastre parurent plus tard. Le malade les attribua à quelques doses de sulfate de quinine; une vive inflammation se manifesta aux parois de la bouche et à l'arrière-gorge. L'épithélium fut détruit, la voix s'altéra, la dégluti-

tion devint impossible. Je constatai une pharingo-œsophagite des mieux caractérisées.

Les matières rendues par le nez étaient purulentes, mêlées de sang.

Des douleurs rhumatoïdes, soit musculaires, soit arthritiques, ne cessèrent, comme je l'ai dit, de tourmenter Marchant pendant tout le cours de cette longue affection.

Le 25 mars, un violent point de côté évidemment pleurodynique, comme on le verra plus bas, survint brusquement. La situation, la gêne respiratoire était intolérables. Un vésicatoire fit tout disparaître presque instantanément.

29 mars, pouls à 80, sans exacerbation dans la soirée, pas de frissons ni de sueurs. Urines très colorées, d'une teinte rouge-brun, sans dépôt ni sédiment, leur odeur est fortement animalisée; petite toux laryngée fort rare; pas de crachats; respiration naturelle sur tous les points du thorax, ventre balonné, douleur vive au creux de l'estomac, langue rouge, intelligence parfaite, douleur dans l'épaule gauche, pas de diarrhée.

Le malade accuse une gêne, une oppression dans la région frontale. Si, chez l'homme, me dit-il, les choses se passent comme chez les animaux, l'affection est à sa dernière période. Je sens parfaitement que j'avale les matières purulentes qui tombent dans l'arrière-gorge.

6 avril, difficulté absolue pour avaler autre chose que les liquides. Soubresaut dans les tendons, douleur dans les jambes, céphalalgie frontale plus intense.

8 avril, pouls à 86, stupeur dont il est aisé de faire sortir le malade; il répond et cause avec netteté pour retomber dans des rêvasseries qui ont trait surtout à son affection, sur sa fin qui est proche. Ventre très balonné, selles normales, pas de sueurs.

Les jours suivans, la stupeur augmente et est remplacée par des momens de loquacité; mais la raison reparaît dès qu'on parle au malade.

Je remarquai peu avant sa mort, qui eut lieu le 12 avril 1852, une série de petites tumeurs, de nodosités sous-cutanées partant de l'aile du nez et se terminant dans le tissu cellulaire de la pomette; le dos de la main gauche en présentait aussi plusieurs et une entre autres plus développée sur l'articulation de la première phalange du médius avec son métacarpien; la peau était rosée.

Je ne puis terminer cette observation par l'examen complet des altérations cadavériques. Il me fut seulement permis de jeter à la dérobée un coup-d'œil sur les principaux organes.

L'abdomen qui, pendant la dernière période de la vie, avait présenté les symptômes morbides les plus apparens, n'offrait aucune grande altération de tissu à noter.

La muqueuse de l'estomac était rosée et épaissie, les sillosités très apparentes. Le foie, d'un très petit volume, était jaunâtre, résistant; les reins, la vessie, les uretères distendus par une urine brunâtre sans fétidité.

La cavité thoracique ne renfermait rien à noter; le poumon était partout sain et crépitant; pas d'adhérence, d'épanchement, de tubercules.

Les fosses nasales présentaient des ulcérations ayant détruit toute la muqueuse, et j'enlevai la cloison qui en offrait deux très considérables. Je l'enfermai avec soin, et cinq jours après, des inoculations furent pratiquées par M. Marchant, cousin du malade, sur une vieille jument, aux environs des mamelles, huit jours après au pli axillaire, enfin autour des nazaux.

La cicatrisation fut très rapide et la santé s'est maintenue parfaite pendant un mois et demi, époque à laquelle le sujet a été abattu. La très petite quantité de pus employé et l'âge de l'animal rendent l'insuccès peu concluant.

Cette observation, intéressante à tant de titres, offre particulièrement quelques points sur lesquels je crois devoir insister.

Le premier est la disparition rapide en trois jours, en une nuit, de l'adénite cervicale, des abcès de la cuisse, de l'avant-bras; disparition suivie chaque fois d'une situation des plus critiques et manifestement due à la résorption purulente.

Les faits de ce genre ne sont pas rares dans l'histoire de la morve; mais je n'en connais pas qui prouvent aussi bien les dangers de la résorption du pus. Je signalerai la sensation spéciale de sécheresse de la muqueuse nasale et du sinus frontal gauche, dont le malade se plaignit depuis le début de l'infection. Les ganglions étaient alors plus ou moins engorgés; dès que l'écoulement nasal parut, la résolution des ganglions s'opéra complètement; mais la gêne du sinus frontal persista.

L'absence totale de sueurs dans la dernière période de la maladie, les trois accès de fièvre revenant chaque sept jours, ont quelque chose d'insolite. M. le dr Marchant, de l'Ecole d'Alfort, a bien fait connaître, il y a quelques années, une observation de morve aiguë terminée par la mort, après avoir présenté les symptômes d'une fièvre intermittente. N'ayant point la relation sous les yeux, je ne puis juger s'il existe de l'analogie entre les deux faits.

J'ignore pour le moment quelle importance peut avoir le caractère tout particulier de l'urine; mais il m'a paru fort remarquable, et j'ai pu l'observer constamment pendant un mois. La couleur approchait souvent de celle de la teinture d'iode. Si cette altération était fréquente dans la morve, M. Rayer, dans ses recherches spéciales sur les deux affections, n'eût pas manqué de les signaler; je raconte ce que j'ai vu. Dans la consultation qui eut lieu une huitaine de jours avant la mort, le médecin traitant affirme que le malade était atteint de phthisie pulmonaire et mésentérique. Un consultant crut seulement à l'existence d'une péritonite.

Je conçois fort bien que selon la période de la maladie et selon les idées médicales, chaque médecin formant son opinion sur les symptômes qui le frappaient le plus ait pu avoir des avis divers sur la nature de la maladie. L'un n'a vu que des abcès froids; l'autre la diathèse scrofuleuse; un troisième une fièvre intermittente chronique; plus tard, une gastro-céphalite, une péritonite tuberculeuse, que sais-je......

Mais une erreur bien plus naturelle, bien plus facile à mon avis, eût été de supposer une affection syphilitique à la période secondaire et tertiaire. Ces ganglions cervicaux, ces abcès indurés, ces boutons livides, la couleur terreuse de la peau, l'inflammation rebelle corrosive de la gorge, de la bouche, de la glotte, ces ulcérations profondes des fosses nasales! Eh bien! malgré toute cette analogie, non, mille fois non, pour celui qui sait la filiation des accidens et leurs caractères distinctifs, il n'y pas d'hésitation possible.

Agréez, etc. Dr LAFONT-GOUZI.

Toulouse, 8 juin 1852.

BIBLIOTHÈQUE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON. Tome Ier, 2me série. Un volume in-8° de 396 pages. Lyon, imprimerie de Louis Perrin, 1851.

La Société nationale de médecine de Lyon, l'une des plus anciennes et des plus estimées de nos Sociétés savantes des départemens, vient de faire paraître le tome Ier de la 2me série de ses *Annales*. Fondée en 1789, et supprimée quelques années après par le décret qui abolissait toutes les corporations, la Société de médecine de Lyon se réveilla en 1792, grâce à dix jeunes médecins, parmi lesquels figurent les noms de deux hommes célèbres, Marc-Antoine Petit et Dumas, l'une des illustrations de l'École de Montpellier; elle ne tarda pas à marquer sa place par les travaux sortis de son sein et consignés dans les divers organes de la presse médicale, ou dans les collections éditées par elle. La première de ces collections remonte à l'année 1798, et parut sous le titre de *Recueil des actes de la Société de santé de la ville de Lyon*, ou *Mémoires et observations de médecine, de chirurgie et d'histoire naturelle*. Deux volumes parurent successivement, et furent remplacés par des *comptes-rendus* contenant l'appréciation analytique des communications orales ou écrites, faites par les membres titulaires et correspondans, et la biographie des membres décédés. Plus tard, en 1841, cette Société publia un journal mensuel qui fut continué pendant les années 1847 et 1848, avec la collaboration de la Société médicale d'émulation, et qui, après huit années d'un succès que n'avait obtenu aucun des essais antérieurs, dut cesser de paraître devant les embarras imprévus de son éditeur. Quoique le vide laissé par la suppression de ce recueil ait été immédiatement comblé par l'apparition de la *Gazette médicale de Lyon*, la Société nationale de médecine, tout en accueillant avec sympathie la feuille nouvelle dirigée par un de ses membres, a pensé, et nous ne pouvons que l'approuver à cet égard, qu'elle devait à ses antécédens de conserver sa vie indépendante et de renouer les glorieuses traditions de son passé. Cette décision nous a valu le volume intéressant que nous avons sous les yeux.

Si nous sommes entré dans les détails qui précèdent, c'est que, à nos yeux, la publication des travaux des Sociétés savantes est, nous ne saurions trop le redire, un devoir dont les Sociétés vraiment dignes de ce nom ne peuvent s'affranchir; et par cela même que la Société de médecine de Lyon est une de celles qui portent le plus honorablement ce titre, nous tenions à montrer comment l'interruption éprouvée dans la publication de ses travaux a été le résultat de la force et de ce qu'on qu'on peut appeler le malheur des temps. *Longue vie* donc à ce premier volume d'une nouvelle série, et que la publication d'un second tome, l'année prochaine, vienne nous apprendre qu'elle ne s'est pas endormie dans son succès.

Le *compte-rendu des travaux de la Société nationale de médecine de Lyon*, pour 1849 et 1850, par M. Candy, secrétaire général, commence le volume. Par suite de la publicité qu'ont reçus la plupart des travaux qui ont été communiqués à cette Société, nous ne nous y arrêterons pas en signalant seulement parmi eux les recherches thérapeutiques de M. Tessier, *sur l'aconit napel*; celles de M. Pétrequin, *sur la galvano-puncture appliquée à la cure des anévrysmes*; celles de M. Reybard, *sur le traitement de la fistule lacrymale par la large perforation de l'os unguis*, etc., etc.

L'éloge historique d'un chirurgien qui a laissé les souvenirs les plus honorables dans la ville de Lyon, M. Nichet, ancien chirurgien-major de l'hospice de la Charité, ancien professeur d'accouchemens à l'École secondaire de Lyon, par M. le docteur F.-F.-A. Potton; le rapport fait au nom de la commission permanente de vaccine, par M. Roy; un travail de M. Théodore Perrin, intitulé : *De la périodicité; étude physiologique et médicale sur la force vitale et son alliance avec le sens intime*; un mémoire de M. le dr Rambaud, *sur la nature intime de la fièvre typhoïde, et sur la place qu'elle doit occuper dans la nosologie*; une *observation de grossesse extra-utérine*, par M. le docteur Dime; un cas d'*hémorrhagie de l'ovaire, avec rupture de la capsule, léger épanchement dans le péritoine, et péritonite mortelle*, par M. le docteur Vernay; enfin, le mémoire de M. le docteur Massart, couronné par la Société dans le concours ouvert sur la question suivante : *Des préparations arsénicales* (faire l'histoire de ces préparations, au point de vue thérapeutique; déterminer les cas pathologiques où elles peuvent être employées utilement; comparer dans ces cas leur action avec celle d'autres médicamens; indiquer les modes d'administration qui se concilient le mieux avec les intérêts de la pratique sans enfreindre les règles de la prudence). — Tels sont les travaux qui composent le volume publié par la Société nationale de médecine de Lyon.

Le fait de *grossesse extra-utérine*, communiqué par M. Dime, n'est pas sans intérêt, à cause des difficultés qu'a présentées le diagnostic. C'était une femme de 39 ans, repasseuse, déjà mère de trois enfans, qui avait ressenti quelques frissons peu de jours avant le 1er février 1850, lorsque, ce jour-là, à la suite d'un effort fait en soulevant un chaudron, elle éprouva un commencement de perte blanche et des mouvemens convulsifs, pâleur, sueurs à la face, vomissemens. Entrée à l'infirmerie protestante deux jours après, la malade accusait une suppression menstruelle attribuée à un refroidissement qu'elle avait éprouvé deux mois auparavant; cependant les règles avaient reparu, et il y avait un suintement sanguin lors de son admission à l'infirmerie; abdomen très douloureux, ballonné, fièvre vive, pouls petit et serré, vomissemens continuels, peau chaude, mais pâle. On crut à une péritonite. Sous l'influence d'un traitement convenable, les symptômes s'amendèrent, et le mieux se soutint jusqu'au 1er mars. De vives douleurs, survenues ce jour-là, furent calmées par l'application d'un large vésicatoire sur l'abdomen. Le 11 mars, petit écoulement sanguin par la vulve; les douleurs reparurent jusqu'au 15 et furent aussi vives qu'au début. Le ventre continuant à être tendu et douloureux à la moindre pression, sans apparence de fluctuation ou de tumeur, on continua à croire à une péritonite. Ce ne fut que le 12 mars que l'on put constater une tumeur dure située à la partie inférieure du ventre. Deux mois encore s'écoulèrent sans changement important; les menstrues ne reparurent pas et le ventre étant toujours volumineux, une grossesse fut soupçonnée, mais le toucher montra, le 5 juillet, le col de l'utérus mou, entr'ouvert, le corps un peu volumineux, mobile, sans tumeur isolée. Les vomissemens continuant les jours suivans, une ponction fut faite le 17 juillet par M. Barrier, sur la croyance qu'il existait une hydropisie enkystée de l'ovaire; elle donna issue à un demi-litre au moins de sérosité un peu colorée et sans odeur, après quoi on sentit dans l'abdomen des inégalités que l'on attribua à la dégénérescence d'un ovaire formant un kyste à plusieurs loges, dont une seule avait été ouverte. Soulagement pendant une huitaine de jours, puis les douleurs reparaissant, nouvelle ponction le 31 juillet et issue d'un litre à peu près de liquide absolument semblable à de la lie de vin. Mais le 2 septembre, à l'autopsie, on trouva derrière le grand épiploon, dans une cavité d'apparence fibreuse, remplissant la cavité abdominale, un fœtus du sexe féminin, de 38 centimètres de long, 6 de large d'une crête iliaque à l'autre, et pesant 885 grammes, avec un placenta plus volumineux que celui d'un fœtus à terme et adhérent sur une surface large comme la paume de la main au diaphragme, dont on le séparait par une faible traction. Le col utérin était effacé, mou, l'organe avait son volume normal; sa cavité était seulement un peu agrandie; pas de traces de membrane caduque. Ovaires et trompes parfaitement intacts.

Ainsi, le fait de M. Dime fournit un nouvel exemple de grossesse extra-utérine abdominale, avec insertion du placenta sur le péritoine. Comment comprendre, après cela, que quelques auteurs persistent encore à prétendre que la grossesse abdominale ne peut pas exister, et que dans tous les cas cités, les fœtus étaient contenus dans la trompe ou dans les ovaires, ou y avaient été contenus primitivement? Ce fait a naturellement conduit M. Dime à se demander quelle conduite on eût dû tenir dans un cas de ce genre, si l'opération eût présenté quelques chances de succès. Après avoir rapporté l'opinion défavorable émise sur ce point par Levret et par Sabatier, et l'avoir rapprochée de celle toute contraire exprimée par Baudelocque, Desormeaux et M. le professeur Velpeau, qui cite une dixaine de cas de succès par cette pratique, notre confrère hésite encore devant une aussi grave opération, en présence des cas dans lesquels les malades ont vécu plusieurs années avec le fœtus dans l'abdomen, et de ceux surtout dans lesquels la grossesse s'est prolongée très longtemps, et en particulier de celui de Camerer, professeur à Tubinge, dans lequel la mère a vécu 46 ans et a mis au monde, dans l'intervalle, deux autres enfans. Nous ne pouvons, pour notre part, qu'applaudir à une aussi sage réserve.

Le travail capital de ces *Annales*, c'est certainement le mémoire de M. Massart. Nulle part, certainement, on ne trouverait une monographie aussi complète sur les préparations arsénicales. C'est, du reste, un véritable volume de près de 200 pages. Historique, emploi à l'intérieur et à l'extérieur, posologie, pharmacologie, indications thérapeutiques, tout y est exposé avec le plus grand soin et les plus grands détails. Nous ne pouvons mieux faire qu'en recommander la lecture, comme d'un des travaux thérapeutiques les plus instructifs qui aient paru depuis longtemps sur les préparations arsénicales. Le mémoire de M. Massart n'est pas d'ailleurs une simple compilation, c'est aussi le résumé d'expériences entreprises et suivies depuis plusieurs années par l'auteur, de sorte que, à l'avantage d'y trouver réunis les documens scientifiques puisés dans les auteurs anciens et modernes, se joint celui d'une appréciation fondée sur des recherches personnelles, qui en augmente beaucoup la valeur.

Dr ARAN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie pathologique générale, par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie nationale de médecine, président perpétuel de la Société anatomique.

In-8, Paris, 1852, tome II seulement 1852. Prix : 9 fr.
Les tomes I et II ensemble, 1849-1852. Prix : 17 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie nationale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, etc., avec une introduction par M. Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*. — Un vol. in-8. — Prix : 5 fr.

Paris, 1852, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

BOYER et BICHAT, discours prononcé à la séance de distribution des prix de la Faculté de médecine de Paris, le 5 novembre 1851, par M. J.-P. ROUX, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie nationale de médecine, officier de la Légion-d'Honneur, etc.

Brochure in-8. — Prix : 1 fr.; par la poste, 1 fr. 25 c.

A Paris, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

Traité pratique des Maladies des yeux, par W. MACKENSIE, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. RICHELOT et S. LAUGIER, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix : 6 fr.

Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur ANDRAL; recueilli et publié par M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE. — Prix : 1 fr.

Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 77. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 29 Juin 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 JUIN 1852.

LES REMÈDES NOUVEAUX.

(2e ARTICLE)

Nous avons cherché à prouver dans un premier article, dont la date nous fait rougir, tant elle est éloignée (25 mai 1852, n° 62), qu'une des principales causes de la détresse de la pharmacie était dans la position fausse que l'on tendait à faire de plus en plus au pharmacien en cherchant à le transformer en une sorte de savant, mystérieusement confiné dans les profondeurs d'une officine, consentant à préparer et à manipuler les médicamens prescrits par le médecin, et daignant en recevoir le prix d'un public reconnaissant. Nous avons dit que ne pas tenir compte des exigences commerciales du pharmacien, c'était négliger le point essentiel et pratique de la question en faveur d'une théorie pleine de cruelles déceptions.

Mais dans cette tendance n'est pas la seule cause des souffrances de la pharmacie. Il en est une autre, très puissante aussi, qu'elle rencontre, hélas ! dans les progrès d'une science dont elle est la mère, la chimie, et dans la révolution que ces progrès ont introduite dans la thérapeutique.

La médecine moderne a fait justice de la polypharmacie ancienne. Les sources où le pharmacien puisait si largement autrefois, sont à peu près taries aujourd'hui, plus de ces médecines noires, longtemps infusées, macérées, cohobées, que le pauvre malade payait d'autant plus cher, qu'elles étaient plus amères; plus de bouillons de vipères et de suc de cloportes, plus de ces préparations composites, qui étaient une abondante matière à bonnes recettes et à ces excellens mémoires d'apothicaires si redoutés de nos anciens. Comparez les pharmacopées anciennes, par exemple, avec nos formulaires modernes de Magendie, de Bouchardat, etc., et vous vous rendrez compte de l'abaissement considérable qu'ont dû subir les revenus des pharmaciens.

D'un autre côté, les progrès et les découvertes de la chimie ont été une autre cause de perturbation profonde dans le commerce de la pharmacie. En recherchant et en trouvant les principes actifs des médicamens, on a simplifié la thérapeutique, et la pharmacologie, par conséquent, d'une façon singulière. La découverte des alcaloïdes végétaux, qui a été une source de progrès pour la thérapeutique, doit figurer parmi les causes de la détresse de la pharmacie. Là où le pharmacien vendait par plusieurs onces la poudre de quinquina, il ne vend plus que des centigrammes de sulfate de quinine. Et ainsi de même de plusieurs autres médicamens.

Le goût du public a secondé cette impulsion de la chimie. On veut être purgé aujourd'hui agréablement par de la limonade; la jeune fille chlorotique, qui répugnerait au safran de mars apéritif, prend sans hésitation les pilules euphoniques au lactate de fer. Est-ce un bien? Est-ce un mal? Je n'en sais rien. Je constate un fait irrécusable, la simplification de la pharmacologie, la sobriété des médicamens employés par la médecine, et comme conséquence non moins irrécusable, la perturbation profonde que ces causes réunies ont apportée dans le commerce de la pharmacie.

Telle est la maladie dont est atteinte la pharmacie, du moins dans ses principaux symptômes, car nous devons négliger les épiphénomènes tels que l'homœopathie, l'hydrothérapie, le magnétisme et autres pratiques tout aussi peu pharmaceutiques. Telles sont aussi les causes de cette maladie. On le voit, c'est une affection générale, constitutionnelle et cachectique, comme nous le disons en médecine, qui n'est due aussi qu'à des causes et à des influences générales.

Contre cette cachexie, quels moyens de traitement proposent ceux qui annoncent le désir et l'ambition de diriger le corps pharmaceutique? Des moyens locaux, que nous ne pouvons pas appeler même des palliatifs, car ils nous semblent devoir aggraver la position du malade; ils cherchent à faire la médecine du symptôme, la plus irrationnelle de toutes les médecines, sans tenir compte des causes générales qui ont produit le mal général, contre lequel ils jouent le rôle d'impuissans et de dangereux médicastres.

Ainsi, au système de la liberté commerciale qui régit la société française depuis 1789, on n'a pas le courage ou la témérité d'opposer et de réclamer le système du monopole, du privilége, de la corporation; non, car on sait bien qu'il n'est pas un seul pouvoir public qui pût le conseiller ou l'admettre; mais on cherche à atteindre ce but par des taquineries, par la demande de mesures restrictives partielles, par une opposition sourde, mais constante et tenace aux actes du pouvoir qui ont pour but de sauvegarder à la fois les intérêts publics, ceux de la science, et ceux de la profession.

On demande l'institution de conseils de discipline, de chambres syndicales et autres choses analogues, sans apercevoir que des institutions semblables sont impossibles dans une profession non limitée, qui ne possède pas des attributions définies, dont les empiétemens soit par elle, soit par les professions voisines, ne peuvent pas être clairement aperçues et facilement réprimées, qui n'est pas encore en possession d'une définition acceptable du médicament, qui est à la recherche depuis soixante ans du point précis où elle commence et où elle finit, qui est inhabile à dire où commence le pharmacien, où finit le parfumeur, quelle est la limite extrême de la pharmacie et la limite initiale de l'épicerie. C'est dans des conditions semblables que l'on voudrait établir une institution disciplinaire! Si le gouvernement éprouve le désir ou a la fantaisie de se créer des embarras sans fin, de susciter des conflits professionnels et de semer la discorde et la haine parmi des classes nombreuses de citoyens, qu'il adopte cette singulière idée à laquelle n'ont pas un instant sérieusement réfléchi ceux qui la proposent.

De plus hardis — mais ils sont plus logiques — demandent la limitation du nombre des officines; mais ceux-ci font table rase de ce qui s'est passé en France depuis la première Constituante, ils suppriment les mœurs, les habitudes, les idées du temps où ils vivent; ils n'ont pas réfléchi que le prix exorbitant qu'acquerraient bientôt les officines entraînerait des dangers publics mille fois plus graves que ceux inhérens à la liberté actuelle; ils ne se sont pas enquis si le nombre des pharmaciens est absolument ou relativement trop considérable; ils n'ont pas vu qu'il n'y a surabondance de pharmaciens que là où il y a surabondance de population, qu'une officine ne s'établit que là où elle a chance de vivre, qu'il n'y a aucun moyen de faire que le corps des pharmaciens se répartisse autrement sur le territoire qu'il ne s'est réparti lui-même, et qu'il est impossible et immoral d'obliger un pharmacien à s'établir là où il mourra nécessairement de faim, à moins de demander à l'État, aux départemens ou aux communes les ressources nécessaires à leur entretien, toutes mesures qu'il est impossible de proposer dans l'état actuel des finances générales du pays ou du budget actuel des départemens et des communes.

De plus entreprenans réclament un tarif officiel et obligatoire pour tous les pharmaciens, du prix des médicamens; mais ils ne voient pas, les imprudens, que si jamais l'administration mettait le nez dans cette question ce serait, non pas une réforme, mais une révolution radicale qu'ils auraient préparée et accomplie; ils semblent ne pas comprendre qu'il leur serait impossible de justifier la valeur à laquelle ils se disent forcés d'élever le prix des médicamens les plus utiles, l'émétique, l'opium, le sulfate de quinine; le sulfate de quinine, dont le prix d'achat oscille entre quatre et cinq cents francs le kilogramme et qu'ils vendent deux mille et deux mille cinq cents francs; ils paraissent ne pas se douter qu'un tarif uniforme est la plus complète des utopies dans un commerce aussi variable que celui des drogues, variable d'après les provenances, les arrivages, les demandes, les besoins, la rareté ou l'abondance des produits; variable d'après les localités habitées par des populations riches, aisées ou pauvres; qu'une moyenne sera toujours une injustice, car, quoi qu'on fasse, elle sera toujours trop faible pour le riche, trop élevée pour le pauvre; qu'il est impossible de vendre les médicamens au même prix dans les Basses-Alpes et à Paris, dans la rue Mouffetard et dans la rue de la Paix, au sénateur bien doté et au pauvre ouvrier des faubourgs.

De plus intrépides réclament avec ardeur l'interdiction complète de toute publicité pharmaceutique.

Mais cette question très grave, et que l'on a maladroitement passionnée, demande plus d'espace qu'il ne m'en reste en ce moment; je dirai sur elle mon humble avis dans un troisième article.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Leucorrhée. — La leucorrhée a été fréquente : elle existait chez 17 malades, 3 seulement n'en avaient pas habituellement.

État de l'utérus. — Examen au spéculum. — Le col nous a toujours paru plus volumineux qu'à l'état normal. Dans presque tous les cas, il remplissait complètement le spéculum n° 2, et trois ou quatre fois seulement il y avait un peu d'intervalle entre lui et les parois de l'instrument, mais il était encore augmenté de volume, puisque nous l'avons trouvé plus petit après la guérison. C'est principalement chez les femmes qui avaient eu plusieurs enfans qu'il était le plus volumineux.

Nous avons trouvé de petites *granulations* du col chez 4 malades; chez une seule, dont je rapporterai l'histoire (obs. VI), il y avait une *large exulcération* occupant les deux lèvres et s'étendant dans l'intérieur du col. Dans les autres cas, l'apparence du col, notée avec soin, était normale. La leucorrhée qui existait alors ne peut donc être attribuée qu'à l'antéversion.

Le col s'est toujours présenté par sa face antérieure dans le champ du *spéculum*; son orifice était en bas, quelquefois difficile à apercevoir; tantôt on ne voyait pas du tout la lèvre postérieure, et tantôt on n'en apercevait qu'une très petite partie. A la place qu'elle aurait dû occuper se présentait, un des plis de la paroi postérieure du vagin.

Pour bien saisir le col et le voir en entier, il fallait le faire basculer en imprimant à l'extrémité du spéculum un mouvement qui lui faisait décrire une légère courbe. De cette manière, on faisait avancer la lèvre postérieure, afin de la saisir en dégageant un peu l'antérieure, que ce mouvement ramenait en avant.

Toucher vaginal. — Dans tous les cas, par le toucher vaginal, j'ai trouvé le col dirigé en arrière et en haut, son orifice regardant la concavité du sacrum. Une fois, à cause de l'embonpoint, il a été très difficile à atteindre (obs. III). Le corps lourd, globuleux, retombant plus ou moins lourdement quand on l'avait soulevé, s'est toujours rencontré immédiatement derrière le pubis, au-dessus de la paroi antérieure du vagin. Le doigt a toujours pu explorer complètement la face antérieure du corps, qui se continuait directement et sous forme d'angle avec celle du col. Jamais je n'ai pu atteindre la face postérieure du corps et je n'ai pu que très rarement explorer une petite partie de la face postérieure du col avant le redressement.

Toucher rectal. — Par le toucher rectal, qui, je le répète, n'est pas indispensable pour le diagnostic, et que nous avons pratiqué trois fois seulement, nous avons senti à une hauteur variable, le long de la paroi antérieure du rectum, une tumeur arrondie. On la reconnaissait pour le col de l'utérus, à ce que les mouvemens qui lui étaient imprimés se propageaient au corps de l'organe situé antérieurement. Lorsque le doigt atteignait assez haut pour pouvoir dépasser cette tumeur, au lieu de rencontrer la face postérieure du corps, il ne sentait plus que la résistance molle des intestins.

Bien que je ne l'aie jamais fait, on pourrait, si on le jugeait convenable, *pratiquer en même temps le toucher vaginal et le toucher rectal*, et alors on constaterait parfaitement que les mouvemens imprimés au col se communiquent au corps, *et vice versâ.*

Cathétérisme utérin. — L'*exploration avec la sonde* a été faite dans tous les cas. C'est elle qui fournit les signes les plus importans pour le diagnostic. Voyons donc comment, dans l'antéversion, il faut la pratiquer.

L'indicateur de la main gauche, étant introduit dans le vagin pour aller rechercher l'ouverture du col et servir de con-

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10 et 19 Juin.

ducteur à la sonde, doit essayer de faire basculer l'utérus en amenant le col en avant. Chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, et dont l'ouverture du col entr'ouverte peut admettre l'extrémité du doigt, ce mouvement est facile, et la sonde pénètre aisément. Chez les autres qui ont l'ouverture plus petite et le col fortement porté en arrière et en haut, il faut que le bec de la sonde agisse concurremment avec le doigt pour amener le col en avant. On peut donc faire usage de la sonde comme d'un crochet qui saisirait la lèvre postérieure, en évitant, toutefois, de lui faire heurter le cul-de-sac du vagin sur lequel elle exercerait une pression douloureuse.

Aussitôt qu'on a pu ramener assez en avant l'orifice externe du col pour que le bec de la sonde puisse l'atteindre, il faut se hâter de l'y introduire, car alors on a bien plus de facilité pour faire basculer l'utérus, et aussitôt la sonde pénètre sans beaucoup de difficultés, le manche étant fortement porté en bas et en arrière vers la fourchette, et la concavité de l'instrument restant dirigée en avant.

Chez 13 de nos malades qui avaient eu des enfans, l'introduction de la sonde a été facile et peu douloureuse.

Chez les 7 autres, nous avons éprouvé une assez grande difficulté qui a pu être attribuée à des causes variables. Dans un cas, l'orifice externe était très difficile à atteindre, et c'est alors surtout qu'il a fallu recourir aux manœuvres dont je viens de vous donner la description. Depuis, j'ai éprouvé une deuxième fois la même difficulté. Dans un second cas, la résistance existait à l'orifice interne, trop étroit pour admettre la sonde dont je faisais usage. Je suis certain qu'une sonde plus fine aurait pénétré sans obstacle. Chez la troisième malade, qui avait eu une partie de la lèvre postérieure du col détruite par de nombreuses cautérisations avec le caustique de Vienne, l'obstacle existait à un centimètre environ au-delà de l'orifice externe; il fut franchi à la deuxième séance.

Enfin, chez les 4 autres, la sonde était arrêtée par les replis valvuliformes de la muqueuse dont je vous ai parlé.

En général, la douleur produite par le cathétérisme, était en rapport avec la difficulté éprouvée pour le pratiquer, surtout quand la résistance existait dans l'intérieur d'une des cavités, et principalement au niveau de l'orifice interne.

La douleur était due non à la pression de la sonde sur les parois du col, car on pouvait mouvoir la sonde dans tous les sens sans en développer, quand on ne la faisait pas avancer; si, au contraire, on cherchait à la pousser en avant quand il y avait de la résistance, il en résultait des tiraillemens douloureux.

J'ai toujours trouvé l'utérus plus ou moins mobile, et se laissant facilement redresser, mais retombant promptement dans sa position vicieuse. Cependant, il se maintenait assez longtemps, pour que l'on pût, en l'explorant immédiatement après, constater la disparition de la tumeur globuleuse formée par le corps de l'utérus derrière le pubis.

Cette circonstance, importante pour le diagnostic, acquiert un nouvel intérêt, si, introduisant ensuite la sonde qui pénètre alors directement, on s'assure qu'il est possible de faire à volonté reparaître ou disparaître cette tumeur, suivant les mouvemens imprimés à l'instrument. Car si cette tumeur était autre chose que le corps de l'utérus en antéversion, on ne pourrait pas la déplacer ainsi.

Etat des malades pendant la marche. — La *marche* a été gênée à des degrés variables, 19 fois sur 20, et la malade qui fait exception, est toujours celle de notre première observation. Dans tous les cas, les femmes se fatiguaient facilement, ne pouvaient faire de longues courses, sans éprouver de la courbature ou des tiraillemens dans l'abdomen. Une d'elles pouvait à peine faire cent ou cent cinquante pas, sans avoir des lypothimies.

Forces. — Les forces abattues chez ces 19 malades, particulièrement dans les membres inférieurs, étaient complètement perdues chez plusieurs d'entre elles.

Douleurs hors du bassin. — Nous avons noté trois fois seulement de la douleur dans des points éloignés du bassin. Elle existait dans le côté, et s'exaspérait principalement pendant les mouvemens chez une malade qui avait eu déjà des douleurs musculaires. C'était une simple pleurodynie.

Chez une autre (obs. Ire), les douleurs de *névralgie intercostale*, survenues pendant une bronchite violente, ont disparu avec elle, de telle sorte que, dans ces deux cas, la douleur n'a eu aucun rapport avec l'affection utérine. Mais dans le troisième, il n'en est point de même, car les points de *névralgie lombo-abdominale*, bien isolés, et siégeant principalement au pourtour de l'abdomen, ne pouvaient être rapportés à aucune autre cause qu'à l'antéversion.

Ceci démontre que si certaines douleurs névralgiques peuvent être attribuées à la déviation de l'utérus, cela n'a lieu que très rarement, au moins dans les cas d'antéversion, au lieu d'être un fait ordinaire, comme l'ont avancé certains auteurs.

Avortement. — L'avortement dont je vous ai parlé à propos des causes, a été indiqué aussi par les auteurs comme un symptôme. Il est probable qu'ils ont encore confondu ici la cause avec l'effet. Voici, du reste, ce que nous apprend l'observation à ce sujet : 3 de nos malades ont eu des avortemens, mais 2 ont eu des enfans depuis. Une seule (obs, II) a eu deux avortemens après un premier accouchement à terme. Mais vous vous vous rappelez que la maladie a débuté seulement après le deuxième avortement.

Stérilité. — S'il est au moins douteux que l'antéversion produit l'avortement, les faits démontrent d'une manière évidente que c'est une cause manifeste de stérilité. Rappelez-vous que sur 17 femmes ayant été mères, 12 n'ont eu qu'un seul enfant. Il est bien remarquable que ces femmes, jeunes encore et surtout dans des conditions telles qu'elles pussent devenir de nouveau enceintes, n'aient pas eu d'autre enfant depuis deux, trois, quatre, cinq et même six ans, alors même que plusieurs d'entre elles ayant perdu leur premier, en désiraient un autre. Ce symptôme, dont la valeur pourrait être mise en doute, s'il n'y avait pas eu de grossesse antérieure, acquiert de l'importance lorsqu'il y a déjà eu un premier accouchement, et il a eu une signification toute particulière dans un cas qu'il m'a été permis d'observer.

Une dame ayant eu cinq filles, désirait beaucoup un enfant mâle, mais elle tomba malade après son cinquième accouchement et resta ainsi six ans sans pouvoir devenir enceinte. Elle avait une antéversion, qui fut traitée par le redresseur intra-utérin. La guérison fut prompte. Peu de temps après la conception eu lieu de nouveau, la grossesse se passa bien, et l'enfant vint parfaitement à terme, sans autre accident qu'une légère hémorrhagie tout à fait indépendante de l'affection qui nous occupe.

Rapprochons ce fait de ceux qui ont été signalés par M. Velpeau, qui a vu des personnes affectées de déviations de la matrice et n'ayant jamais eu d'enfans, devenir enceintes peu de temps après le redressement de l'organe. Il n'est pas dit comment ce redressement avait été obtenu, peut-être s'était-on contenté, comme cela a été conseillé, de placer, pendant le coït, en arrière du col de l'utérus, une éponge qui, le ramenant en avant, rendît ainsi son ouverture accessible à la liqueur spermatique. Il n'en est pas moins certain que la stérilité a existé chez les femmes par le fait seul de l'antéversion.

Appétit, embonpoint, teint, anémie. — L'appétit, neuf fois diminué, a été sept fois irrégulier et capricieux, et une fois il y a eu des douleurs épigastriques vives après les repas; toutes les malades ont éprouvé des tiraillemens d'estomac à des époques différentes.

L'embonpoint a été diminué quinze fois; les chairs étaient devenues molles, flasques, principalement chez les malades qui avaient perdu l'appétit, mais aussi chez plusieurs autres.

Le teint était devenu pâle chez 12 malades qui ne présentaient aucun autre signe d'anémie. Je n'ai trouvé d'anémie que chez 4, dont une ayant eu des hémorrhagies fréquentes et à des intervalles rapprochés, présentait une coloration jaunâtre de la face, avec un aspect cachectique. Une autre avait été soumise à des saignées abondantes et répétées auxquelles on peut attribuer son anémie.

Si, maintenant, nous comparons les symptômes que je viens d'examiner avec ceux qu'ont indiqués les auteurs, et notamment M. Ameline, nous voyons d'abord que dans la symptomatologie il n'y a pas de différence notable entre les deux degrés d'antéversion qu'il admet.

Cet auteur signale, comme nous, une tension douloureuse siégeant dans les lombes, dans les aines ou dans les cuisses. Il note aussi la difficulté de la marche, et insiste sur ce que les femmes se tiennent alors courbées en deux. Je vous ai donné (obs. IV) l'histoire des deux seules malades qui m'aient présenté ce symptôme. Il a trouvé rarement la sensation de pesanteur dans le bassin, et elle existait plutôt du côté du pubis que du côté du rectum.

L'injection des lavemens dans le rectum augmente-elle l'intensité des douleurs? On l'a admis théoriquement, mais si vous consultez les observations, vous ne trouverez qu'un seul cas, même parmi ceux de M. Ameline, où il est dit que les lavemens passaient avec difficulté.

Le même auteur a encore noté la difficulté de la miction, mais jamais celle de la défécation : ce qui paraît surprenant, quand on se rappelle que les malades que nous avons observées étaient souvent constipées, et qu'en pratiquant le toucher, on sentait, à travers la paroi recto-vaginale, les matières fécales accumulées dans le rectum.

Le soulagement apporté par le décubitus a été aussi signalé et s'explique facilement. Je l'ai maintes fois constaté; mais je n'ai pas trouvé de malade qui, à l'exemple de celle citée par Levret, ait senti la pesanteur existant derrière le pubis pendant la station verticale, se porter vers le sacrum pendant le décubitus horizontal.

Il résulte comme vous le voyez, Messieurs, de ce simple rapprochement, que, si un bon nombre des symptômes signalés par les auteurs se sont trouvés confirmés par les faits examinés d'une manière plus rigoureuse, il en est quelques-uns dont la valeur a été mieux appréciée, et d'autres dont l'exactitude ne s'est pas vérifiée.

T. Gallard,
Interne.

(La suite prochainement.)

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INFLUENCE QUE LA SECTION DES PNEUMO-GASTRIQUES EXERCE SUR L'ABSORPTION STOMACALE DANS LE CHEVAL, LE CHIEN ET LE BOEUF; par M. Bouley fils, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

Rapport par M. le professeur Bérard.

. . . .

Tel est le titre du mémoire que vous avez renvoyé à l'examen de MM. Renault, Longet et Bérard.

Je vais essayer d'en donner une analyse fidèle, mais succincte; l'œuvre d'appréciation viendra plus tard.

Pour justifier le choix qu'il a fait de ce sujet, M. Bouley s'applique à démontrer d'abord que la science n'est pas faite à cet égard. Des dissidences sérieuses se sont élevées entre les physiologistes. M. Brachet, de Lyon, et M. Wapay affirment, dit l'auteur, que les poisons introduits dans l'estomac restent sans effet, *faute d'y être absorbés*, chez les animaux dont on a interrompu les nerfs pneumo-gastriques. Muller prononce, au contraire, que cette mutilation n'introduit pas le plus petit changement dans le pouvoir absorbant de l'estomac; et M. Longet, ayant vu l'empoisonnement se produire dans les conditions indiquées, mais avec plus de lenteur, a laissé la question indécise. Il fallait donc procéder à de nouvelles recherches.

Après s'être assuré par des expériences préliminaires que 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique, délayés dans deux décilitres et demi d'eau, introduits dans l'estomac d'un cheval par une ouverture pratiquée à l'œsophage, déterminent, au bout d'un quart d'heure, les prodrômes de l'empoisonnement, et au bout d'une heure et demie la mort de l'animal, M. Bouley, assisté de M. Colin, chef des travaux anatomiques à Alfort, fait prendre cette dose du même poison à un autre cheval, auquel les deux nerfs pneumo-gastriques ont été divisés et réséqués. L'animal, après vingt-quatre heures, était debout et parfaitement tranquille; il n'avait donc pas absorbé le poison.

On répète l'expérience sur un troisième cheval qui était à jeun depuis quarante-huit heures, circonstance très favorable pour activer l'absorption; cependant, aucun symptôme d'empoisonnement ne se manifeste. Après trente-et-une heures on tue l'animal, et on trouve dans son estomac un litre d'un liquide dans lequel on suppose que le poison est encore contenu.

Pour vérifier cette conjecture, on soumet à la même expérience un quatrième cheval, à jeun, comme le précédent. Pas d'empoisonnement. L'animal est mis à mort après vingt-quatre heures. Le liquide pris dans son estomac est donné à petites doses à deux chiens. L'un meurt en vingt-cinq minutes, l'autre avant même d'avoir avalé complètement la quantité qui lui était destinée.

Ceux-là seuls qui sont capables de se passionner pour un point de doctrine, pourront comprendre le désappointement, je dirais volontiers la douleur dont j'ai été saisi au moment où M. Bouley en arrivait à la lecture de cette partie de son mémoire: Convaincu et professant depuis vingt ans que l'intervention des nerfs n'était pas nécessaire pour que l'absorption s'effectuât, je voyais s'écrouler en un instant tout l'échafaudage d'argumens que j'avais dressé pour édifier cette doctrine.

Fort heureusement, ces expériences pouvaient et devaient recevoir une autre interprétation. Celle-ci n'a point échappé à la sagacité de l'expérimentateur. Cette interprétation, cette explication, donnons-la de suite. « C'est que les liquides introduits dans l'estomac du cheval n'y sont pas absorbés ou ne le sont qu'à dose insignifiante. » Cette proposition imprévue et toute nouvelle dans la science, M. Bouley la démontre par une expérience parfaitement conçue. Le pylore est lié chez un cheval dont les nerfs pneumo-gastriques n'ont point été touchés. Les 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique sont ingérés dans l'estomac de l'animal. Dix-huit heures s'écoulent, pendant lesquelles le poison a séjourné dans l'estomac; et, cependant, il n'y a pas eu le moindre accident d'intoxication. Ce n'est donc pas le système nerveux qui a fait défaut, car il est resté intact. C'est que *l'absorption n'enlève pas les matières contenues dans l'estomac du cheval.*

Tout n'est pas clair encore; mais tout le sera bientôt. Vous vous posez cette question : Comment se fait-il, s'il n'y a pas d'absorption dans l'estomac du cheval, que 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique empoisonnent infailliblement ceux de ces animaux qui n'ont subi ni la division des nerfs vagues, ni la ligature du pylore?

Voici la réponse :

Les substances ingérées dans l'estomac d'un cheval n'y séjournent pas longtemps. Elles passent promptement de cette première poche, où l'absorption est nulle, dans l'intestin, où l'absorption est très active. Faut-il vous prouver que les choses se passent ainsi? M. Bouley va délier le pylore de ce cinquième cheval, qui, pendant dix-huit heures, a gardé, sans en être affecté, le poison dans son estomac, et il ne s'écoulera pas quinze minutes avant que l'animal expire au milieu des convulsions qui caractérisent l'empoisonnement par la noix vomique.

Encore une petite difficulté à lever, et tout se lie, tout s'enchaîne, tout s'explique, tout est satisfaisant, même pour l'esprit le plus sceptique. Nous avons vu que 32 grammes d'extrait de noix vomique empoisonnent infailliblement un cheval, et que, d'une autre part, le poison est sans action si on a divisé les nerfs pneumo-gastriques de cet animal. Nous savons, en outre, que l'interruption des nerfs n'intervient pas ici par un changement qui serait imprimé au pouvoir absorbant de l'estomac. Quelle est donc la nature de cette intervention si importante? La voici. Le nerf pneumo-gastrique anime la couche musculaire de l'estomac. C'est cette couche musculaire qui, par ses contractions, fait passer si promptement les liquides de l'estomac dans l'intestin du cheval. Si l'action nerveuse est interrompue, l'estomac perd tout à la fois et sa contractilité et sa tonicité. Les substances qu'on y ingère le distendent et y séjournent; et si ces substances renferment un poison, celui-ci ne sera pas transmis à l'intestin, où il serait absorbé.

Qu'il nous soit permis, puisque nous trouvons sur notre passage la question de l'absorption des boissons, de reprocher à un physiologiste d'avoir généralisé trop vite les résultats d'une expérience faite sur un seul groupe d'animaux. La ligature du pylore chez le chien n'empêche pas que les boissons ne disparaissent de son estomac. Fallait-il, de ce fait, tirer la proposition générale que l'estomac est le siége à

eu près exclusif de l'absorption des boissons? N'eût-on pas formulé une conclusion diamétralement opposée et tout aussi légitime si on eût lié le pylore d'un cheval? Les boissons séjournent si peu dans l'estomac de cet animal, que huit litres d'eau dans un cas, et seize litres dans un autre, furent en quelques minutes chassés au travers du pylore. La boisson introduite dans l'estomac d'un autre cheval était parvenue au cœur en six minutes, ayant parcouru un espace de plus de soixante pieds.

Revenons à M. Bouley. Les faits précieux et véritablement inattendus qu'il nous révèle, nous feront dire avec lui que Dupuy avait raison contre ses adversaires, quand il annonçait que la section des pneumo-gastriques annulait les effets des poisons introduits dans l'estomac du cheval; mais l'avantage que le laborieux vétérinaire venait de conquérir sur le terrain de l'expérimentation, il le perdait complètement dès qu'il passait aux déductions. Il croyait, par la section des nerfs vagues, avoir détruit dans l'estomac la faculté d'absorber. C'était l'action musculaire qu'il y avait paralysée. Que si Dupuy eût voulu par analogie conclure de l'estomac du cheval à celui du chien, il eût commis deux erreurs au lieu d'une. En effet, Messieurs, de quelque manière qu'on opère sur le chien, soit qu'on coupe ou non les pneumo-gastriques, soit qu'on lie le pylore ou qu'on le laisse libre, les effets du poison sont infaillibles, pour peu qu'on ait pris des précautions pour empêcher le vomissement. C'est que l'absorption s'exerce activement dans l'estomac. D'où vient cette singulière différence entre le chien et le cheval? M. Bouley la déduit de la différence de texture et aussi de la fonction différente de l'estomac chez le solipède et le carnivore. Vous avez certainement observé, Messieurs, cette espèce de rebord frangé, déchiqueté, qui, chez l'homme, indique le point où finit l'œsophage, et où l'estomac commence. Lorsque j'étais étudiant, quelques-uns de mes maîtres me disaient que la membrane muqueuse de l'œsophage se terminait là; d'autres m'enseignaient que c'était la limite de l'épiderme. Tous se trompaient. Il y a là seulement conversion d'un épithélium pavimenteux plus ou moins grossier en un épithélium à cylindre plus délicat, plus perméable aux liquides. Eh bien! cette transformation n'a pas lieu au cardia dans l'estomac du cheval. Elle s'opère vers la partie moyenne du viscère; de sorte que l'on observe, dans toute la moitié splénique de l'estomac, un revêtement blanchâtre qui ne le cède pas en épaisseur à l'épiderme de la peau de l'homme, et qui le dépasse peut-être en imperméabilité. Le fait anatomique était connu depuis longtemps. La déduction physiologique appartient à M. Bouley. Reste, à la vérité, la portion pylorique où la vascularité est très prononcée, et que tapisse un épithélium qui ne peut être comparé à celui de la région splénique, mais que je crois cependant pavimenteux. Cette partie de l'estomac, dit M. Bouley, est le siége d'une sécrétion active, mais l'absorption y est presque nulle. L'estomac du cheval est un organe digesteur, l'absorption se fait plus loin. L'estomac du chien, beaucoup plus grand que celui du cheval, eu égard à la taille de l'animal, n'offre pas plus que celui de l'homme le revêtement épidermoïde dont il vient d'être question. Cet estomac absorbe comme il exhale, et les poisons y sont enlevés, soit qu'on ait ou non divisé les pneumo-gastriques.

M. Bouley, enfin, ne s'est pas renfermé dans le parallèle entre l'estomac du chien et celui du cheval; il a porté plus loin ses regards. Il lui a paru qu'il pouvait entrer dans le plan de la nature de refuser à certains estomacs le pouvoir absorbant. L'immense surface du premier estomac des ruminans eût desséché en pure perte les substances alimentaires qu'ils y emmagasinent. Or, un épiderme épais revêt ces surfaces. C'est grâce à un artifice anatomique de ce genre que les ruminans des contrées chaudes, le chameau, le dromadaire, peuvent tenir en réserve dans ces cellules de leurs estomacs une plus ou moins grande quantité d'eau. Les choses changent dans le quatrième estomac, où le pouvoir absorbant existe, mais moins marqué encore dans l'intestin.

Telle est la substance de la communication qui vous a été faite par M. Bouley.

Dans un travail où il y a tant à louer, il restera pour la critique une place bien petite; j'essaierai cependant de l'y introduire; ce sera un gage de l'impartialité qui aura dicté la louange, C'est par une légère inattention, je pense, que M. Bouley attribue à M. Brachet, de Lyon, la même opinion qu'a professée Dupuy relativement à l'influence qu'exercerait le pneumo-gastrique sur les phénomènes d'absorption dans l'estomac.

J'attacherais peu d'importance à rétablir ici la vérité des faits, si cette petite rectification ne me donnait l'occasion de vous montrer quels progrès nous avons faits dans la doctrine de l'empoisonnement. Certains physiologistes ont cru que les poisons exerçaient sur les extrémités des nerfs de la membrane avec laquelle ils étaient mis en contact une dépression qui se propageait par ces nerfs jusqu'aux centres nerveux, dont les fonctions se trouvaient tout à coup perverties ou anéanties; ils n'invoquaient, par conséquent, pour expliquer l'empoisonnements, ni l'absorption, qui introduit le poison dans les vaisseaux, ni la circulation, qui le met en contact, molécule à molécule, avec la substance des centres nerveux. Cette explication était en grande faveur au siècle dernier. C'était presque la seule qui fût invoquée. Haller, si fidèle historien de la science, ne paraît pas se douter qu'on puisse en proposer un autre. Vous jugerez, messieurs, du pas immense que nous avons fait en comparant les notions que vous possédez, c'est-à-dire la vérité, à deux petits passages des *Elementa physiologiæ*. L'auteur nous dit, en parlant de la sensibilité et des nerfs de l'estomac: *Neque aliavia admortem brevior est, venenis vehementer acribus in ventriculum receptis.* Et si nous parcourons le catalogue de ces substances qui tuent en affectant les nerfs de l'estomac, nous y voyons figurer la noix vomique: *Quæ nondum ferè ventriculum ingressa convulsiones lethiferas sciet!* L'eau de laurier-cerise qui, dit-il, mise sur l'œil ne l'affecte pas, et cependant tue en une heure le chien qui l'a bue: *Aqua lauro cerasi instillata oculum non adficit, et tamen pota canem inter horam enecat.* Haller était loin de se douter que cette eau de laurier-cerise recèle un principe qui, déposé sur la conjonctive d'un chien, offre l'exemple du plus rapide et du plus terrible empoisonnement qu'il ait été donné d'observer. Eh bien, messieurs, c'est cette vieille opinion que M. Brachet a reproduite. Si la section des pneumo-gastriques retarde l'empoisonnement, c'est, dit-il, parce que cela prive l'estomac de la sensibilité. Il prononce que l'absorption, qu'il met sans preuve aucune sous la dépendance du grand sympathique, continue de s'opérer dans l'estomac après la section des nerfs pneumo-gastriques.

Encore une petite critique ou plutôt une légère réclamation, et je serai heureux d'exprimer, de motiver l'estime singulière que je professe pour le travail dont je présente ici l'analyse et pour son auteur. Un point certainement neuf et qui vous a frappés dans le mémoire de M. Bouley, c'est l'explication de la manière dont intervient chez le cheval la section des pneumo-gastriques pour enrayer les effets d'un poison introduit dans l'estomac. Ceci posé, je vais faire, sans sortir du sujet, un petit circuit pour en venir à ma réclamation,

Nous avons vu bien des opinions émises sur les effets de la division des pneumo-gastriques chez les animeaux auxquels on a donné du poison. Nous pourrions en compter jusqu'à quatre:

1° L'empoisonnement n'a pas lieu, parce que l'absorption ne se fait plus;

2° Les accidens primitifs ne se montrent pas, parceque l'estomac est devenu insensible;

3° L'empoisonnement a lieu, mais il est retardé;

4° L'empoisonnement a lieu comme si l'on n'eût pas divisé les pneumo-gastriques.

Formuler une cinquième opinion vous paraîtrait peut-être chose difficile. Eh bien! Messieurs, cette cinquième opinion existe: c'est que, loin de prévenir ou de retarder l'empoisonnement, la division des pneumo-gastriques assure dans certaines circonstances et précipite l'action du poison. Il faut s'expliquer bien vite.

Il existe deux substances, l'*emulsine* et *l'amygdaline*, qui, prises isolément, sont parfaitement inoffensives, mais qui, réunies, donnent naissance à l'acide cyanhydrique: d'où il suit que, si elles se mélangeaient dans l'estomac d'un animal vivant, celui-ci serait empoisonné à l'instant même. Or, si à deux chiens, dont l'un aurait les nerfs pneumo-gastriques divisés, on donne une dose d'émulsine, et si on la fait suivre, une demi-heure plus tard, d'une dose d'amygdaline, le chien, dont les nerfs sont intacts, n'éprouvera pas d'accidens, l'autre sera empoisonné. M. Bernard, auteur de cette expérience, en conclut que le premier chien avait digéré l'émulsine; tandis que, le second ne l'ayant pas digérée faute d'influx nerveux, cette substance, mélangée à l'amygdaline introduite une demi-heure plus tard, avait formé avec elle le composé toxique absorbé par l'animal. A cette explication, j'avais demandé si on n'en pourrait pas substituer une autre: si l'on suppose, disais-je, que la paralysie musculaire de l'estomac soit le principal résultat de la division des nerfs vagues, l'émulsine n'aura pu être expulsée de l'estomac du chien dont les nerfs ont été divisés; elle s'y sera trouvée encore au moment où on a ingéré l'amygdaline: de là formation d'acide prussique et empoisonnement, événement qui n'a pu se produire chez le chien dont l'estomac, demeuré contractile, avait fait passer l'émulsine dans l'intestin. Entre cette explication, consignée en 1849 dans une des livraisons de mon cours, et celle que M. Bouley a appuyée sur des expériences si bien conçues et si bien exécutées, il y a un rapport que vous saisissez de suite. L'un et l'autre, c'est-à-dire M. Bouley et moi, nous faisons intervenir la paralysie du tissu musculaire de l'estomac pour rendre compte des effets de la section des pneumo-gastriques dans un cas d'empoisonnement. Mais, chose digne d'être notée, dans les cas cités par M. Bouley, la paralysie musculaire de l'estomac préserve l'animal de l'action du poison, tandis qu'elle assure l'empoisonnement dans le cas que j'ai examiné. J'ai eu quelque regret que cette communauté de vues entre M. Bouley et moi n'ait pas été indiquée dans un travail où il y a tant d'autres choses neuves, que l'auteur ne pouvait craindre de s'appauvrir.

Je dis qu'il y a beaucoup de choses neuves dans ce travail, et je les résume:

1° M. Bouley explique comment les physiologistes qui ont étudié l'influence du nerf pneumo-gastrique sur le pouvoir absorbant de l'estomac ont pu arriver à des résultats différens, et, par suite, à des opinions diamétralement opposées, les uns ayant opéré sur le cheval, les autres sur le chien.

2° Il montre que, dans le cas où la section de ces nerfs a empêché l'empoisonnement de se produire, le résultat négatif être attribué à la paralysie du tissu musculaire de l'estomac et non à la perte du pouvoir absorbant.

3° Il donne une interprétation nouvelle aux faits dont on avait conclu, mal à propos, que l'absorption ne peut se faire sans l'intervention actuelle du système nerveux, et il dissipe l'obscurité qui, pour certains physiologistes (peu avancés à la vérité), régnait encore sur ce point important de notre science.

4° M. Bouley prouve que l'absorption est nulle, ou à peu près nulle, dans l'estomac du cheval, et certes, pas un de nous ne s'attendait à une telle révélation!

Sur ce dernier point, je l'avoue, Messieurs, j'étais resté quelque peu incrédule. Je voyais bien une barrière à peu près infranchissable dans le revêtement épidermique de la moitié gauche de l'estomac; mais comment admettre la même imperméabilité à droite, où l'épithélium, plus mince, laisse voir au-dessous de lui un réseau vasculaire très développé? Il me semblait que là, du moins, un poison plus soluble, plus actif que l'extrait de noix vomique, avait chance d'être absorbé. Je n'ai pas voulu vous soumettre ce rapport sans avoir tenté d'éclaircir mes doutes. Sur ma prière, et en ma présence, M. Bouley a fait faire l'expérience suivante par M. Colin, dont je me plais à reconnaître la complaisance et l'habileté.

Trois grammes de sulfate de strychnine, dissous dans l'eau distillée, ont été poussés dans l'estomac d'un cheval à jeun, dont les deux pneumo-gastriques avaient été divisés et réséqués pendant la nuit. Les signes d'intoxication se manifestèrent en moins d'une heure; ils s'aggravèrent, et le cheval expira.

Ceux qui par état (passez-moi ce mot) étudient chaque jour des relations d'expériences physiologiques se tiennent en garde contre des conclusions prématurées. Je ne me pressai point de triompher de ce qui venait de se passer, et bien m'en prit. Sans doute, la mort du cheval paraissait tenir à ce que le poison avait été absorbé dans l'estomac, et alors j'avais gain de cause; mais il n'était pas impossible que, nonobstant la division des pneumo-gastriques, une portion du liquide eût pénétré dans l'intestin. J'avais à peine émis ce doute que déjà le ventre était ouvert. L'estomac était flasque et immobile; l'intestin grêle se contractait vigoureusement. Une portion du liquide contenu dans le duodénum est extraite de l'intestin et introduite dans l'estomac d'un chien, qui meurt empoisonné en quelques minutes!

Cette expérience, intéressante à quelques égards, puisqu'elle montrait que les choses ne se passent pas toujours après la section des nerfs vagues, comme Dupuy l'avait annoncé, ne m'apprenait rien sur le pouvoir absorbant de l'estomac. J'en demandai une autre, conçue sur un plan différent. On lia le pylore d'un cheval; on injecta trois grammes de sulfate de strychnine dans son estomac; on ne toucha pas à ses nerfs pneumo-gastriques, et on attendit l'événement. Après vingt-quatre heures, l'animal n'avait pas eu le moindre symptôme d'empoisonnement. Il fut tué et ouvert. Son estomac contenait une énorme quantité de fourrage chymifié et imprégné de liquide. On recueillit ce liquide par expression; on en fit avaler la trentième partie environ à un petit chien, qui mourut empoisonné. Le reste fut injecté dans l'intestin grêle d'un cheval vigoureux, atteint de morve. L'animal éprouva, dans la journée, les accidens caractéristiques de l'empoisonnement par la strychnine; il se remit vers le soir, mais il succomba dans la nuit. Sur cette expérience, je jugerais sans appel la question au profit de M. Bouley, si l'estomac dont le pylore avait été lié eût été vide au moment où le sulfate de strychnine y a été introduit. Il reste acquis, toutefois, qu'une dose de poison capable de tuer un cheval et un chien a pu séjourner *pendant vingt-quatre heures*, sans produire aucun résultat appréciable, dans l'estomac d'un autre cheval. N'oublions pas, d'ailleurs, que la même expérience a été faite avec l'extrait de noix vomique sur un cheval à jeun, et qu'elle a réussi.

Un dernier mot. J'ai dû, pour ménager les instans de l'Académie, m'abstenir de traiter la question générale des rapports de dépendance entre l'absorption et l'action nerveuse. J'ai donc supprimé volontairement une foule de documens qui s'y rapportent; quelques-uns même se fussent appliqués à l'estomac: il ne m'a pas paru nécessaire de les énoncer. Je me suis strictement renfermé dans la discussion du travail de M. Bouley.

Messieurs, il ne m'appartient pas d'assigner le rang que ce beau travail et ceux qui l'ont précédé assignent à M. Bouley parmi ses compétiteurs; ce serait empiéter sur les attributions de la commission dont vous entendrez bientôt le rapport. Mais j'ai le droit, et pour moi c'est un devoir, de dire que, livré tout à la fois à la pratique de l'art et au culte de la science, non moins distingué dans l'une que dans l'autre carrière, M. Bouley ferait honneur et pourrait rendre de véritables services à la Société savante qui l'introduirait dans son sein.

J'ai l'honneur de proposer:

1° Que des remercîmens soient adressés au nom de l'Académie à M. Bouley pour son intéressante communication;

2° Que M. Bouley soit invité à donner suite à des recherches qui ont déjà contribué à l'avancement de la science;

3° Que son mémoire soit honorablement déposé dans nos archives.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 12 Mai 1852. — Présidence de M. BOUVIER.

M. BOUVIER a eu dernièrement l'occasion d'observer un malade affecté d'une pneumonie grave, chez lequel, à la suite d'une consultation, on crut pouvoir admettre que la pneumonie était secondaire et qu'elle avait succédé à une apoplexie pulmonaire préexistante. Ce fait le fit réfléchir sur la difficulté que l'on peut éprouver à différencier l'apoplexie pulmonaire de la pneumonie, et surtout à constater l'existence simultanée de ces deux affections. Laennec avoue que les signes qui peuvent faire reconnaître l'apoplexie pulmonaire sont souvent obscurs, en raison du peu d'étendue de l'engorgement hémoptoïque ou de sa dissémination dans un grand nombre de lobules pulmonaires. Ils le deviennent davantage encore, ajoute-t-il, si l'apoplexie pulmonaire est jointe à une pneumonie. M. Bouvier désirerait savoir si le diagnostic différentiel de ces deux affections a acquis aujourd'hui une plus grande précision, et il prie ceux de ses collègues qui se sont occupés de la question, de vouloir bien faire part à la Société du résultat de leur observation. Il pense que cette distinction est importante à établir, principalement au point de vue du pronostic.

M. GRISOLLE croit que la pneumonie est une complication très rare de l'apoplexie pulmonaire, et il ne se rappelle pas en avoir observé d'exemple. Laennec admettait, il est vrai, que quelquefois on voyait survenir une pneumonie pendant la résolution d'un engorgement hémoptoïque, et que l'on reconnaissait en général ce cas à l'apparition et au retour du râle crépitant; mais on rencontre très souvent sur le cadavre des foyers apoplectiques datant de quinze jours, et même de trois semaines, sans que l'on puisse constater autour de ces foyers la moindre trace d'un travail inflammatoire. Pour M. Grisolle, le seul signe important de l'apoplexie pulmonaire, est une hémorrhagie continue, ordinairement peu abondante, persistant pendant huit ou dix jours, et survenant le plus souvent dans le cours des affections organiques du cœur. Le sang expectoré est d'une couleur noirâtre. La percussion ne fournit d'ailleurs aucun signe qui puisse faire reconnaître l'apoplexie pulmonaire.

M. MONNERET ne croit pas que l'apoplexie pulmonaire et la pneumonie se trouvent aussi rarement réunies que le veut M. Grisolle. Quelquefois même, à ces deux affections, il s'en joint une troisième, qui est la gangrène pulmonaire. M. Monneret cite à ce sujet les observations suivantes:

Un homme, âgé de 56 ans, d'une forte constitution, affecté de catarrhe pulmonaire chronique et d'emphysème du poumon, s'exposa, quelques jours après son entrée à l'hôpital, à l'influence du froid, et fut pris de bronchite suraiguë. Dès lors, la dyspnée augmenta; les crachats devinrent sanguinolens, et bientôt le sang fut rendu pur et en quantité assez considérable. En même temps, on constatait les signes de l'induration pulmonaire dans le tiers inférieur du poumon gauche. Les jours suivans, l'intensité de la dyspnée alla croissant; les crachats conservèrent les mêmes caractères, et la mort survint le quatrième jour après avoir été précédée des symptômes de la cyanose.

A l'autopsie, on trouva, dans le lobe supérieur du poumon droit, une pneumonie lobulaire disséminée, parvenue au troisième degré, et une

pneumonie lobaire au deuxième et au troisième degrés dans le lobe inférieur du poumon gauche. Dans cette partie hépatisée, existait une excavation remplie d'un caillot mou qui se prolongeait dans les bronches voisines. Les parois de cette excavation qui pouvait loger une noix, étaient manifestement gangrénées, et exhalaient une odeur fétide; les bronches voisines étaient rouges et dilatées. Pendant la vie, les matières expectorées n'avaient jamais contracté l'odeur gangréneuse. De plus, à la partie inférieure du même poumon, on rencontra plusieurs petits foyers apoplectiques, et plus haut une apoplexie pulmonaire sous-pleurale. On put constater, en outre, les caractères anatomiques de l'emphysème.

Chez ce malade, ajoute M. Monneret, les premiers signes observés se rapportaient au catarrhe pulmonaire; les seconds à une pneumonie; les troisièmes enfin à une hémorrhagie. Il est donc probable que l'apoplexie pulmonaire ne s'est formée qu'au moment où la pneumonie était déjà parvenue au troisième degré, et on peut admettre que c'est là un cas de pneumonie terminée par gangrène, avec apoplexie pulmonaire consécutive. Toutefois, chez ce malade, la pneumonie ne doit pas être considérée comme étant la seule cause de l'apoplexie pulmonaire, attendu que les foyers apoplectiques étaient multiples et disséminés dans différens points du poumon. En raison de cette circonstance, il est permis de croire qu'il existait chez ce sujet une disposition à l'hémorrhagie.

Sur un autre malade qui était affecté de dilatation des bronches, d'emphysème pulmonaire, de congestion rénale, et qui avait présenté, avant de mourir, des accidens progressifs de cyanose, on trouva une apoplexie pulmonaire à la base du poumon, sous la forme d'infiltration sanguine, apoplexie pulmonaire franche de Laennec.

M. Monneret a encore rencontré une apoplexie pulmonaire au centre d'une pneumonie chronique développée autour de masses tuberculeuses. La malade avait eu des hémoptysies.

Après avoir relaté ces faits, M. Monneret se demande si l'on peut distinguer l'apoplexie pulmonaire de la pneumonie. Selon lui, dans l'apoplexie pulmonaire, le souffle est lointain, la matité peu considérable, la vibration thoracique n'est pas augmentée; en outre, les crachats fournissent un signe non douteux, surtout quand il n'y a aucune raison de croire à l'existence des tubercules pulmonaires.

M. Roger (Henri) : La question, qui était simple au commencement de la discussion, est devenue complexe; elle comprend le degré de fréquence du mélange de l'apoplexie pulmonaire avec la pneumonie, et le diagnostic physique de ces deux affections. Permettez-moi de dire quelques mots sur ce point de pathologie considéré chez les jeunes sujets.

Chez les enfans, l'apoplexie pulmonaire est pour e moins aussi commune que chez les adultes : s'ils n'ont point d'apoplexie pulmonaire par suite de maladies du cœur (dont ils sont rarement atteints), ils la présentent assez souvent dans les fièvres éruptives, la rougeole et la variole principalement. Quant au mélange de l'apoplexie pulmonaire et de la pneumonie, il nous a paru également être plus fréquent dans l'enfance, qu'aux autres âges. On l'observe de préférence chez les sujets débilités par des maladies antérieures. Mais, presque toujours, c'est à l'autopsie seulement qu'on reconnaît la nature des lésions pulmonaires simultanées; à côté du tissu hépatisé, en rouge ordinairement, on trouve des lobules où le sang est infiltré dans le parenchyme plutôt qu'épanché en caillots distincts. Pendant la vie, le diagnostic, par l'auscultation, de cet état pathologique est impossible; les symptômes généraux, l'adynamie du petit malade, la coexistence d'autres hémorrhagies, de pétéchies, par exemple, peuvent tout au plus mettre sur la voie.

Si le diagnostic des deux lésions simultanées est impossible par l'auscultation, on peut, avec cette méthode, arriver à quelque chose de plus précis dans le diagnostic différentiel des deux lésions isolées.

Ainsi, chez les nouveau-nés et les enfans à la mamelle, dans les premiers mois de la vie, l'apoplexie pulmonaire n'est pas une affection rare : elle est excessivement commune dans l'*œdème dur* ou sclérème, qui tue tant de nouveau-nés dans les hospices; un des premiers signes de cette complication, est un râle crépitant d'une finesse excessive, sec et par ondées : il diffère à peine de celui de la pneumonie; mais, dès le jour suivant, un phénomène acoustique important se manifeste : au lieu du souffle bronchique de la pneumonie, c'est le plus souvent au contraire une obscurité notable du murmure respiratoire; il y a défaut d'expansion pulmonaire qui se traduit à l'oreille par une immobilité du poumon et une faiblesse ou même une absence du murmure vésiculaire; l'enfant est si faible (et, en outre, dans le sclérème la respiration est ralentie), que l'air pénètre doucement dans les bronches, et ne retentit point, avec le souffle tubaire, comme il arrive dans la pneumonie où les mouvemens respiratoires sont rapides et énergiques.

Les symptômes généraux sont d'un secours plus grand pour le diagnostic de l'apoplexie pulmonaire primitive ou consécutive; tandis que, dans la phlegmasie du poumon, le pouls est très accéléré et la chaleur de la poitrine intense, alors même que les extrémités sont fraîches; dans l'apoplexie, au contraire, le pouls est moins accéléré, toujours très petit, et toujours il y a une tendance à la réfrigération générale. Ce refroidissement, chez des nouveau-nés qui présentaient de la matité et de la faiblesse de la respiration dans un côté de la poitrine, nous a fait plusieurs fois reconnaître l'existence d'une hémorrhagie du poumon.

M. Marrotte demande à M. Bouvier quelles ont été les bases du diagnostic dans le fait qu'il a cité.

M. Bouvier répond que l'on s'est appuyé sur les antécédens du malade, qui était affecté d'une maladie du cœur et qui, depuis deux mois, rendait de petits crachats sanguinolens. En outre, bien que les caractères locaux et généraux de la pneumonie fussent très évidens, les crachats avaient conservé leur caractère primitif, qui était bien celui des crachats de l'apoplexie pulmonaire.

M. Becquerel cite le fait suivant : il y a un mois, il a vu une jeune fille âgée de 17 ans, qui, à la suite d'une marche rapide, avait éprouvé un refroidissement; huit ou dix heures après, elle fut prise de frissons et eut une hémoptysie peu abondante. Trente-deux heures s'écoulèrent sans qu'il survînt de nouveaux accidens; mais alors l'hémoptysie reparut et l'auscultation permit de constater dans un des côtés de la poitrine un bruit de souffle qui, dans l'espace de dix-sept heures, envahit progressivement toute l'étendue du poumon. La mort fut précédée d'un refroidissement graduel. L'autopsie ne fut pas pratiquée. M. Becquerel se demande si, dans ce cas, il y a eu seulement apoplexie pulmonaire, et il conclut en faveur de cette opinion.

M. Hardy a donné dernièrement des soins à un homme âgé de 41 ans, qui, au retour d'un voyage, éprouva une douleur vive à l'épaule gauche. L'application de quelques sangsues la fit disparaître. Deux jours après, le malade fut pris de fièvre, de toux, de suffocation et d'une hémoptysie peu abondante; il rendait à peu près la valeur de huit à dix cuillerées à café de sang dans l'intervalle de vingt-quatre heures. Le côté gauche de la poitrine donnait à la percussion un son un peu plus obscur que le côté droit, et on entendait un peu de râle sous-crépitant vers la partie moyenne du poumon. L'état du malade resta stationnaire jusqu'au huitième jour. A cette époque, il ressentit tout à coup une violente douleur dans le côté gauche de la poitrine. Cette douleur était exaspérée par le moindre mouvement et lui arrachait des cris. On put constater alors une matité beaucoup plus prononcée que les jours précédens, et une respiration obscure et à peine appréciable dans le tiers inférieur du thorax; on crut à l'invasion d'une pleurésie suraiguë. Deux jours après, le malade, à la suite d'un effort de toux, rendit deux verres et demi environ d'une matière muco-purulente; cette évacuation fut suivie d'un soulagement momentané; mais bientôt la fièvre augmenta, le pouls monta à 136 pulsations par minute. Il y eut de l'agitation et un peu de subdélirium. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation restèrent les mêmes. Le lendemain, l'haleine était fétide, et le surlendemain le malade expectorait des crachats grisâtres dont l'odeur ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence d'une gangrène pulmonaire; la mort survint quarante-huit heures après l'apparition des signes d'une perforation pulmonaire.

M. Hardy pense que la gangrène du poumon a existé dès le début des accidens, et qu'elle était caractérisée par le râle sous-crépitant et par l'hémoptysie; le râle indiquait également qu'elle était superficielle. De là, ouverture du foyer gangréneux dans la cavité de la plèvre, pleurésie suraiguë, puis la lésion envahissant progressivement la partie plus profonde du poumon, communication secondaire du foyer avec les bronches. M. Hardy regrette que l'autopsie n'ait pas été faite; mais selon lui, la marche des accidens a été assez évidente pour que l'on soit en droit de croire que les faits se sont passés comme il vient de l'indiquer.

M. Delasiauve rapporte l'observation suivante : Une femme, enceinte de six mois, qui avait fait une chute il y a deux mois, sans qu'il survînt aucun accident, fut prise tout à coup, il y a samedi huit jours, de douleurs lombaires très vives, qui ne tardèrent pas à se propager à la région hypogastrique. Le mardi suivant ces douleurs ayant acquis plus d'intensité, on fit appliquer 30 sangsues sur l'hypogastre; l'accouchement eut lieu dans la nuit; l'enfant vécut quelques heures. Le lendemain on vit apparaître une éruption assez analogue à la miliaire, mais le volume des boutons fit penser à M. Delasiauve, lorsqu'il vit cette malade dans la journée, que cette éruption était plutôt de nature variolique; et, en effet, vingt-quatre heures après, la variole était manifeste. La marche de l'éruption a démontré que l'on n'avait pas affaire, dans ce cas, à une varioloïde, mais bien à une variole légitime qui s'était développée spontanément. Cette femme a été vaccinée. M. Delasiauve se demande si la fièvre prodromique de la variole a été la cause déterminante de l'avortement?

M. Requin ne met pas en doute que la variole ait produit l'avortement; c'est d'ailleurs ce qui arrive ordinairement en pareille circonstance, et il observe en ce moment dans son service un cas parfaitement analogue. Mais il croit devoir protester contre l'opinion émise par M. Delasiauve au sujet de la variole spontanée, et il lui demande s'il admet positivement que la variole puisse se développer spontanément. Quant à lui, il ne croit pas plus au développement spontané de la variole qu'à celui des autres affections contagieuses, la syphilis par exemple. Il convient, il est vrai, que la contagion est souvent moins évidente dans la variole, qui est une maladie miasmatique; mais il lui paraît fort difficile de prouver, quel que soit d'ailleurs le fait que l'on invoque, qu'il n'y ait pas eu contagion. Il sait que les anciens admettaient volontiers que la variole naissait spontanément, et Sennert, auteur classique du XVIIe siècle, professait encore cette opinion. A notre époque, au contraire, on regarde comme beaucoup plus probable que la contagion est toujours cause de la variole, bien qu'on ne puisse pas remonter à sa source dans tous les cas.

M. Delasiauve retire volontiers l'expression de variole spontanée, car son opinion est identique à celle de M. Requin.

M. Marrotte admet que l'on peut avoir la variole, alors même que l'on a été vacciné, puisque la variole elle-même ne met pas infailliblement à l'abri d'une récidive. Toutefois, il fait remarquer qu'il est souvent fort fort difficile de savoir si la vaccine a été efficace et réelle.

Le secrétaire, Ch. Léger.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Mai.

Traitement de l'aphonie par l'éther; par M. J. Delioux, médecin en chef de la marine, à Cherbourg.

Après avoir rappelé que l'aphonie, si elle s'observe dans beaucoup de cas de maladies du larynx, avec lésion matérielle appréciable, existe aussi très souvent dans des cas où l'on ne peut l'attribuer qu'à une modification des nerfs laryngés, soit idiopathique, soit sympathique, après avoir montré que l'aphonie peut persister plus ou moins complète après les lésions locales qui en avaient déterminé primitivement le développement, M. Delioux dit qu'il a été conduit, par l'origine ou essence nerveuse de l'aphonie, dans ces derniers cas, à expérimenter la médication antispasmodique; et parmi ses nombreux agens il a choisi l'éther. Bien souvent, en effet, il a été empiriquement constaté que les boissons alcooliques, prises chaudes ou froides, pures ou délayées, et toujours, bien entendu, avec mesure, exercent une influence heureuse sur les extinctions de voix. Le grog et le punch, par exemple, dissipent parfois, mieux que les émolliens, et les béchiques ordinaires, les laryngo-bronchites apyrétiques survenues brusquement à la suite d'un refroidissement ou de fatigue de la voix. Beaucoup d'individus, appelés à porter longtemps la parole ou à chanter en public, savent donner à leur voix de la force, de l'éclat et de la durée en buvant préalablement d'un vin généreux, tels que le Xérès ou le Madère. L'éther, qui ressemble un peu à l'alcool par l'impression vive et pénétrante qu'il détermine sur le système nerveux, par l'ébriété même que son ingestion peut occasionner à certaines doses, a semblé à M. Delioux, de nature à influencer favorablement une névropathie de l'organe vocal; d'autant mieux que, à son action stimulante très fugace s'adjoignent des propriétés antispasmodiques et calmantes d'une plus longue portée. L'expérience a justifié nos prévisions, dit M. Delioux; l'éther exerce sur les extinctions de voix une influence manifeste et souvent remarquable par sa promptitude.

Il ne faut pas prétendre, ajoute ce médecin, détruire, avec cet agent, les altérations de la voix, liées à des lésions organiques du larynx, telles que les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques, des tumeurs, dégénérescences, etc.; tout au plus pourrait-on les amender légèrement et passagèrement. On ne doit songer à employer l'éther que dans le traitement des aphonies nerveuses, sans complication, et dans celles qui accompagnent les laryngites et les laryngo-bronchites simples, aiguës ou chroniques. Dans ces derniers cas, M. Delioux administre au malade une potion contenant de 1 à 4 gr. d'éther par cuillerée, d'heure en heure ou à peu près, de manière à soutenir constamment la médication. S'il s'agit d'une aphonie nerveuse simple, en général plus elle est ancienne, plus l'action de l'éther tarde à se produire, et moins elle est durable; au contraire, si elle est récente et légère, elle disparaît avec plus de rapidité. Lorsque la voix ne reparaît pas avec son timbre normal, le médicament, après quelques jours, est abandonné, tant parce qu'il semble alors insuffisant ou inefficace que parce que beaucoup de malades ne le prennent, après un certain temps, qu'avec répugnance.

M. Delioux a obtenu, à l'aide de ce moyen, exclusivement employé, plusieurs guérisons rapides et sans récidive. Les aphonies qui accompagnent un grand nombre de ces affections vulgairement désignées sous le nom de rhumes, laryngites, laryngo-bronchites, avec altération plus ou moins prononcée de la voix, cèdent également, dans beaucoup de circonstances, à l'emploi de l'éther. Il a suffi parfois à ce médecin d'employer pendant deux ou trois jours, pendant un seul jour même les potions éthérées, pour enlever l'aphonie ou la diminuer très notablement. Reste l'inflammation de la muqueuse aérienne, qui suit son cours, mais souvent modifiée elle-même avantageusement par l'éther, qui modère et atténue la toux. Dans ces cas, au reste, il ne faut pas s'en tenir à ce médicament; on recourra simultanément au kermès, à l'ipéca, à l'oximel scillitique, aux balsamiques, aux opiacés, suivant les médications. On peut faire marcher de front l'action de l'une ou de l'autre de ces substances, et celle de l'éther, en les associant dans la même potion. Enfin, l'action de tous ces médicamens sera très puissamment accrue par l'usage constant des tisanes chaudes, en particulier de celles qui contiennent des principes aromatiques, telles que la sauge et la menthe. Toutefois, quelque complexité qu'on introduise dans la médication, il sera toujours facile de discerner la portée spéciale de l'éther. En effet, la plupart du temps, pendant son administration, on verra graduellement la voix se relever, s'éclaircir, pour s'éteindre de nouveau, si le médicament est suspendu avant que l'aphonie soit complètement vaincue. Il est donc nécessaire de continuer l'éther pendant quelques jours avec persévérance, jusqu'à ce que l'on voie se maintenir l'amélioration obtenue dans l'aphonation.

Il est souvent très curieux de suivre la rapide progression avec laquelle s'amende et disparaît l'aphonie. M. Delioux cite à ce sujet l'exemple d'un homme atteint de fièvre typhoïde à forme pectorale, aphone depuis les premiers jours de sa maladie, auquel une potion éthérée fut administrée vers le commencement de la convalescence; dès la fin du premier jour, la voix était revenue et s'est maintenue invariablement à son timbre normal.

L'analogie qui existe entre les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'éther et du chloroforme a fait penser à M. Delioux que ce dernier agent pouvait offrir les mêmes avantages que le premier dans le traitement de l'aphonie. C'est ce qu'il a vérifié en employant le chloroforme à la dose de 50 à 75 centigrammes dans une potion. Il a été amené cependant à attribuer dans l'espèce, la supériorité à l'éther. D'ailleurs, dans le cas d'insuccès par l'emploi de l'un ces médicamens, on pourrait expérimenter l'autre et obtenir alors, comme cela est arrivé à ce médecin, de meilleurs résultats.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Exemple a suivre. — Les étudians en médecine de l'Université de Vienne ont fondé une salle pour le traitement de leurs condisciples malades. Afin d'augmenter les fonds destinés à cette bonne œuvre, ils ont décidé d'ajouter cette année la somme résultant des réceptions gratuites qui pourront leur être accordées.

Épidémies. — La fièvre jaune faisait toujours beaucoup de ravages à Rio-Janeiro, en date des dernières nouvelles, du 14 mai, principalement sur les étrangers. Plus de 600 personnes étaient mortes de cette maladie depuis le commencement du mois, et parmi elles, le secrétaire de l'ambassade française. Depuis deux jours, la maladie sévissait moins; on attribuait cette amélioration de l'état sanitaire à la saison d'hiver, dans laquelle on était entré.

Société de pharmacie des États sardes. — La société de pharmacie qui vient de se fonder à Turin, a pour président : M. Schiapparelli; pour vice-président, M. Borsarelli; pour secrétaire général, M. Gallo; M. Abbene, pour censeur; M. Rossi, pour trésorier; MM. Chiappera et Mosca, pour secrétaires particuliers.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme* — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 78. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 1er Juillet 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 JUIN 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

MORT DE M. RÉCAMIER.

La séance a été ouverte sous l'impression d'une triste nouvelle. M. le président a annoncé la mort de M. Récamier. Notre célèbre confrère s'est éteint subitement lundi, à onze heures du soir, sans que rien eût pu faire soupçonner cet accident funeste. Quoique M. Récamier eût vécu soixante-dix-huit ans, la vigueur de sa constitution était telle, son activité était encore si grande, et l'on apercevait si peu chez lui les atteintes de l'âge, qu'il était permis d'espérer pour lui plusieurs années encore de cette existence occupée dont il laisse un des plus mémorables exemples. L'heure qui a sonné la mort de cette individualité médicale d'une originalité si saisissante est trop rapprochée, pour qu'il soit possible et convenable d'en apprécier la valeur et l'influence. Il ne doit rester de place aujourd'hui que pour les regrets qu'inspire la mort de l'excellent confrère, du médecin bienfaisant et charitable, de l'homme de conviction qui eut le courage de toutes ses opinions, et dont les actes furent toujours en harmonie avec l'expression de ses principes; exemple rare et respectable de fidélité, de foi ardente, d'inaltérable attachement pour des idées, des choses et des personnes au service desquelles il a consacré jusqu'à son dernier souffle les énergiques facultés de son intelligence et les entraînemens de son cœur généreux.

La séance a été consacrée à des sujets peu susceptibles d'analyse et d'appréciation. Par une lecture intéressante, M. Bouley fils a voulu justifier une fois de plus les justes éloges que M. Bérard, son savant rapporteur, lui décernait dans la dernière séance. Il s'agit, dans ce nouveau travail de l'honorable professeur d'Alfort, des phénomènes pathologiques qui peuvent être la conséquence, chez les jeunes animaux des races ovine et bovine, de l'alimentation énergique et forcée, au moyen de laquelle nos éleveurs obtiennent ces transformations complètes de races, objet non moins de surprise pour le physiologiste que de profit considérable pour l'éleveur. Cependant, tout n'est pas profit dans cette méthode : la riche alimentation à laquelle on soumet les jeunes animaux, détermine chez un certain nombre d'entre eux, par l'abondance des sels magnésiens, une sorte de diathèse lithique, sous l'influence de laquelle la vessie et le canal de l'urètre se remplissent de graviers et de calculs. M. Bouley fils a étudié avec beaucoup de soin tous les élémens de cette maladie, étiologie, symptomatologie, anatomie pathologique, et il a proposé aux vétérinaires une méthode de traitement qui rend ce travail digne à la fois de l'intérêt des savans et des praticiens.

M. Bousquet a terminé l'intéressante lecture de son rapport sur les vaccinations pratiquées en France en 1850. Ce travail mérite mieux que la simple indication que nous en pouvons donner ici; nous attendrons son impression pour en présenter l'analyse.

M. Bouchardat, le grand sacrificateur, cette année, de la commission des remèdes secrets, a fait une riche hécatombe de remèdes nouveaux et secrets. L'autel fumait encore du sang des nombreuses victimes, quand M. O. Henry est venu jeter l'eau lustrale (minérale) de nous ne savons plus quelle source, pour laquelle il a demandé et obtenu le droit d'exploitation. Cette eau contient, dit la commission, un nouveau principe minéralisateur qui *doit* avoir de précieuses propriétés. Qui boira verra.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

§ IV. *Marche, durée, terminaison de la maladie. — Transformation d'une espèce en une autre.* — Dans tous les cas, la marche de la maladie a été continue et croissante, avec quelques intervalles de soulagement dus, le plus souvent, à des médications diverses.

La *durée* a toujours été indéterminée, et sur 17 de nos malades chez lesquelles le début a été précisé rigoureusement, la déviation remontait chez une seule à deux mois, chez 2 à un an, chez une à huit ans, et chez toutes les autres de deux à six ans; ce qui fait en moyenne trois ans et quatre cinquièmes, en ne tenant pas compte des deux cas extrêmes.

Dans tous ces cas, loin de tendre à une guérison spontanée, la maladie a paru plutôt augmenter d'intensité; mais elle ne s'est jamais terminée par la mort, et jamais je ne l'ai observée après l'âge critique. Cela tiendrait-il à ce qu'à cette époque l'utérus s'atrophiant et devenant plus léger, ou reprendrait naturellement sa position normale, ou ne presserait plus avec assez de force sur les organes voisins pour déterminer des accidens. Nous devons au moins conserver des doutes à ce sujet, car nous n'avons pas de preuves à l'appui de cette manière de voir; et s'il est vrai que l'antéversion disparaisse à l'âge critique, on doit prévoir des exceptions à cette règle, attendu que j'ai vu d'autres déviations persister après cinquante ans.

A propos de la terminaison de la maladie, je dois vous dire un mot de la *transformation* possible de l'antéversion en une autre déviation. Les cas de ce genre sont extrêmement rares, mais il en existe à ma connaissance plusieurs bien authentiques.

J'en ai vu un premier exemple chez une dame qui avait déjà consulté plusieurs autres médecins. On avait diagnostiqué, me dit-elle, une antéversion qui n'était pas constante, car à la suite d'un mouvement intestin dont la malade avait conscience, il arrivait parfois à l'utérus de se déplacer, et pendant plusieurs jours on le trouvait en état de rétroversion. Je constatai moi-même l'antéversion habituelle, et j'avoue que j'eus des doutes sur l'existence du mouvement en question; mais peu de jours après la malade vint m'annoncer que son utérus devait se trouver renversé en arrière, car la veille, étant assise et ne faisant aucun mouvement, elle l'avait manifestement senti changer de place. Je l'examinai fort attentivement à l'aide du toucher, du spéculum et de la sonde, et je trouvai en effet une rétroversion incontestable. Au bout de deux jours, l'antéversion s'était reproduite. J'ai, depuis, vu plusieurs fois le même phénomène se reproduire chez cette malade.

Ce fait, je le répète, est loin d'être unique, car il y a deux mois environ, M. Demarquay, chirurgien du bureau central,

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19 et 29 Juin.

Feuilleton.

DE L'ÉTOILE DES GRANDS HOMMES.

Il y a, dans l'étude de la psychologie, un fait fort intéressant, et qui, jusqu'alors, ne nous paraît pas avoir été examiné à son véritable point de vue, c'est celui de la marche victorieuse de certaines individualités puissantes à travers les obstacles les plus grands, et souvent même à travers l'impossible. A tous les temps de l'histoire, fabuleux, héroïques, barbares, civilisés, au moment critique où les âmes, abandonnées à elles-mêmes, semblables à des navires sans pilote, contemplent dans les angoisses de la terreur et du désespoir l'abîme inconnu dans lequel elles vont s'engloutir, on voit s'élever de la foule une de ces figures mystérieuses sur lesquelles l'instinct si rapide et si juste des peuples ne se trompe jamais, et dont la mission providentielle est d'accomplir les événemens les plus extraordinaires.

Si l'on demande aux historiens comment ces hommes ont pu entreprendre ces travaux d'Hercule et les conduire à bien, ils expliquent l'action de ces personnages illustres sur leurs contemporains, par le progrès des siècles, l'état de maturité des idées et des besoins nouveaux qui, pour triompher de l'opposition du passé, s'incarnent dans un élu, s'avançant au combat, appuyé et poussé par ces volontés nouvelles. De ce point culminant, qu'on appelle la philosophie de l'histoire, il faut bien cependant descendre, pour analyser d'un peu plus près le caractère de ces dominateurs des nations, c'est alors que les historiens tracent ces admirables portraits où leurs héros se montrent avec toutes les qualités qui les recommandent à l'admiration de la postérité. Élévation et largeur de vues, facilité à embrasser d'immenses horizons, rapidité dans la décision et l'exécution, connaissance profonde des hommes, fertilité de ressources, fermeté inébranlable dans la réalisation des projets; tels sont les traits distinctifs sous lesquels ils sont représentés.

Sans doute, une pareille réunion de qualités peut conduire à de grandes choses, mais nous ne croyons pas qu'elle constitue le sceau dont sont marqués ceux que nous nommons les hommes providentiels.

Peu enclin, par nos goûts, à nous mêler au mouvement actif des affaires, nous n'en avons pas moins eu la curiosité d'étudier quelques-uns des acteurs privilégiés qui, sur notre scène, ont rempli les premiers rôles; eh bien! nous le déclarons sans hésiter, quoique leur renommée soit montée bien haut, et quoique leur nom appartienne désormais à l'histoire, aucun d'eux ne nous a paru devoir être considéré comme une ancre de salut. En vain exerçaient-ils les séductions les plus puissantes par le charme de leurs paroles, la magie de leur style, la profondeur et la clarté de leurs pensées, le courage de leurs actions, l'habileté de leur conduite, en les entendant discuter avec un immense talent le pour et le contre des questions, en signaler les avantages et les inconvéniens, pénétrer dans tous leurs replis, ne laisser aucun côté inexploré, révéler une foule d'aperçus qui avaient échappé aux yeux les plus perçans, on admirait leur sagacité, leur intelligence, leur génie, mais on sentait qu'il leur manquait ce *fatum* des hommes providentiels, cette foi qui transporte les montagnes.

La foi, c'est, en effet, quelque chose d'irrésistible que rien n'arrête, que la prudence humaine taxe souvent de folie, et qui n'en accomplit pas moins des prodiges; mais la foi du génie est rare, et il en doit être ainsi, car autrement les révolutions seraient bien plus fréquentes. Voilà pourquoi les hommes célèbres qui ont la foi croient au surnaturel, et se persuadent souvent que leur destinée est liée à un signe sensible qu'ils aperçoivent dans l'air; aussi, beaucoup d'entre eux ont-ils cru à l'existence d'une étoile, d'un génie protecteur, et les apparitions merveilleuses ne les ont-elles pas toujours trouvés incrédules. L'explication de ce phénomène nous paraît toute simple; l'esprit sans cesse concentré vers son but, arrive à son plus haut degré d'enthousiasme, à cet état qu'on peut appeler extase, illuminisme, mais qui n'en est pas moins une faculté intime de notre être, d'où jaillissent les créations animées du génie, et dans lequel la pensée, pour se faire comprendre, revêt les attributs des corps.

A l'appui de cette opinion, nous citerons plusieurs exemples du plus haut intérêt. Constantin mande un matin, près de lui, ses intimes amis, ses conseillers, et voici ce qu'il leur raconte. Pendant une marche qu'il faisait la veille, à la tête de ses troupes, quelques heures avant le coucher du soleil, il a aperçu au-dessus du disque, et au milieu de jets d'une lumière resplendissante, un objet de forme singulière, rappelant l'image d'une croix, et au bas il a pu lire ces mots : « *Par ceci, sois vainqueur.* » Rentré dans sa demeure, tout troublé, il s'est endormi; et pendant son sommeil, un personnage d'aspect surhumain lui est apparu, tenant à la main la même figure, et lui ordonnant de la placer sur ses drapeaux. On explique à l'empereur les vertus de ce signe, on lui démontre que le personnage divin qu'il a vu en rêve est le Christ lui-même, et que le Christ n'est autre que la Divinité unique et suprême à laquelle avait cru Constance. Dès lors, Constantin, ébranlé par l'admirable récit de Lactance *sur la mort des persécuteurs*, plein d'inquiétude sur l'issue de la lutte qu'il va entreprendre contre Maxence, reconnaît le Dieu qui semble le prendre sous sa protection; il fait inscrire le monogramme du Christ sur son étendard (*Labarum*) avant de quitter la Gaule, et part ensuite pour commencer la révolution la plus décisive de notre ère, l'avènement du Christianisme, la destruction du Polythéïsme. (*Constantin en Gaule*, par M. Amédée Thierry, Académie des sciences morales et politiques, t. VI, p. 349.)

Il existe dans les masses populaires un instinct politique qui leur fait pressentir les catastrophes des sociétés, comme un instinct naturel annonce d'avance à tous les êtres l'approche des bouleversemens physiques. L'année 451 fut pour l'empire romain d'Occident une de ces époques fatales que tout le monde attend en frémissant, et qui apportent leurs calamités, pour ainsi dire, à jour fixe. Les prédictions, les prodiges, les signes extraordinaires, cortége en quelque sorte obligé des préoccupations générales, ne manquèrent point à cette année de malheur. L'histoire parle de convulsions souterraines qui ébranlèrent, en 450, la Gaule et une partie de l'Espagne : la lune s'éclipsa à son lever, une comète d'une grandeur et d'une forme effrayantes, parut à l'horizon du côté du soleil couchant et du côté du pôle, le ciel se revêtit

m'en a communiqué un tout semblable se produisant chez une jeune dame à laquelle il donnait des soins. J'ai appris depuis que M. Hervez de Chégoin et M. Amussat avaient observé des cas analogues. Je ne sache pas qu'ils les aient publiés; c'est par des conversations particulières qu'ils sont parvenus à ma connaissance.

Il y a peu de temps nous avions, au n° 39 de la salle Ste-Marthe, une femme qui, lors de notre premier examen, nous avait présenté une antéversion et chez laquelle nous avons toujours retrouvé depuis une rétroversion. Cette femme est restée longtemps sans être examinée, car elle était en outre atteinte de tubercules pulmonaires qui ont occasionné sa mort.

A l'autopsie, nous avons trouvé l'utérus léger, peu volumineux, mobile et nullement adhérent aux parties voisines, mais complètement renversé en arrière et maintenu dans cette position par une anse de l'S iliaque du colon qui pesait sur lui.

Nous avons, en vous montrant les pièces pathologiques, agité devant vous la question de savoir si, lors de notre première exploration, une erreur de diagnostic avait été commise, ou s'il n'y avait pas eu confusion dans la rédaction des notes prises au sujet de cette malade. Mais, d'une part, l'examen avait été fait avec beaucoup de soin à l'aide des moyens habituels, et, d'un autre côté, nous avions immédiatement tracé, pour nous rappeler la position de l'utérus en antéversion, un dessin qui concordait parfaitement avec les notes prises le même jour.

J'ai pensé, depuis que ces mouvemens pourraient bien être dus quand l'utérus est très mobile, à une distension considérable et alternative de la vessie ou du rectum, qui le repousseraient l'un en arrière, l'autre en avant, jusqu'à lui faire dépasser la verticale et lui permettre ainsi de se renverser complètement. Chez notre malade de la salle Sainte-Marthe, l'antéversion aurait été, d'après cette hypothèse, transformée en rétroversion, par suite de la distension de la vessie, et l'anse du gros intestin, que nous avons trouvée reposant sur le corps de la matrice, se serait opposée, par son poids, à ce que la distension du rectum pût assez le repousser en avant pour reproduire l'antéversion. Je ne vous donne cette explication que sous toutes réserves, et comme une hypothèse demandant à être vérifiée, car je regrette de ne pas avoir, dans les cas précédens, songé à rechercher si ces mouvemens avaient coïncidé avec une accumulation d'urine dans la vessie ou de matières fécales dans le rectum.

§ V. *Diagnostic.* — Le diagnostic est toujours facile, quand on sait faire usage des moyens d'exploration dont nous pouvons disposer, et surtout de la sonde utérine. Je n'entrerai donc pas ici dans de grands détails sur le diagnostic positif. Il suffit [illegible] sont : le col en arrière vers le sacrum; exploration possible de toute la face antérieure de l'utérus; corps derrière le pubis, atteint facilement par le doigt porté le long de la paroi antérieure du vagin, et par suite, situation transversale de l'organe.

Diagnostic différentiel. — Mais il est nécessaire de vous dire quelques mots du diagnostic différentiel, et pour cela il me suffit de vous indiquer les diverses méprises signalées, comme ayant été faites ou regardées comme possibles, en vous faisant connaître les moyens proposés pour les éviter.

L'attention de Levret a été attirée sur l'antéversion, parce qu'à la suite d'une opération de taille, au lieu du calcul enchatonné qu'on s'attendait à rencontrer dans les parois de la vessie, il n'a trouvé rien autre chose que le corps de l'utérus renversé en avant, et faisant saillie dans la cavité vésicale. M. Ameline, en rapportant ce fait, propose, pour éviter une semblable erreur, d'explorer en même temps la vessie à l'aide de la sonde, et le vagin avec le doigt.

Suivant M. Malgaigne, il vaut mieux pratiquer le toucher rectal en même temps que le cathétérisme de la vessie. Si l'utérus est dans sa position normale, le doigt sent toute sa face postérieure, et n'est séparé du bec de la sonde que par l'épaisseur seule de cet organe. Il peut même venir à un contact plus rapproché en glissant sur les côtés du col, de façon à sentir la sonde à travers une très petite épaisseur de tissu. Tandis que si l'utérus est en antéversion, le doigt ne sent que le col proéminant dans le rectum, et se trouve séparé de la sonde par toute la longueur de l'utérus.

Lisfranc avait conseillé l'auscultation de l'abdomen en même temps que le cathétérisme; mais s'il existait un calcul enchatonné, comme le pensait Levret dans le cas cité précédemment, le bec de la sonde ne produirait pas plus de bruit qu'en frottant sur le corps de la matrice.

Enfin, M. Velpeau a proposé d'unir au toucher vaginal le palper à travers les parois de l'abdomen.

Tous ces moyens avaient leur degré d'utilité avant qu'on fit usage de la sonde; mais aujourd'hui l'introduction de l'instrument et le redressement de l'utérus suffisent pour faire éviter toute erreur.

La *cystite* a des symptômes communs avec l'antéversion, telles sont les envies fréquentes d'uriner, l'ischurie et les douleurs hypogastriques, on distinguera facilement ces deux maladies l'une de l'autre, si l'on sait à l'aide des moyens que je vous ai fait connaître, déterminer exactement la position de l'utérus. Mais le diagnostic serait plus difficile, si, comme cela peut arriver fréquemment, la cystite compliquait une antéversion. Aux signes propres à la déviation se joindraient alors ceux fournis par l'examen direct des urines, qui contiendraient du pus ou du muco-pus. Et en outre, les symptômes du côté de la vessie persisteraient après le redressement de l'utérus.

En pratiquant seulement le toucher rectal on a pu prendre pour *une tumeur* la paroi antérieure *du rectum* lui-même, le col de l'utérus appuyant contre cette paroi par suite du renversement du corps en avant. Il suffit d'un peu d'habitude du toucher pour éviter cette erreur, et s'il restait quelques doutes dans l'esprit, on pourrait les lever en introduisant la sonde dans l'utérus et faisant ainsi disparaître cette tumeur si elle elle était formée par le col, tandis que si elle siégeait dans les parois du rectum on ne la modifierait en rien.

Dans un cas rapporté par M. Cazeaux, on avait pris une présentation du sommet pour une antéversion; il n'y a pas, à ce sujet, de diagnostic à porter; il faudrait un examen bien superficiel pour commettre une semblable erreur.

Quant aux tumeurs siégeant sur la face antérieure de l'utérus ou entre cette paroi et le pubis, ce n'est pas avec l'antéversion qu'on pourrait les confondre, mais bien plutôt avec l'antéflexion, et c'est à propos seulement de cette dernière déviation que je vous en parlerai.

Il nous reste maintenant à diagnostiquer les diverses lésions accessoires qui peuvent compliquer l'antéversion. Les *adhérences*, que je n'ai jamais rencontrées, se reconnaîtraient à la difficulté plus grande et à la résistance douloureuse que l'on éprouverait pour ramener, à l'aide de la sonde, l'utérus à sa position normale.

S'il y a de l'*engorgement*, le col apparaît dans le spéculum plus volumineux et plus rouge; en même temps, par le toucher, on sent le corps globuleux et volumineux, retombant plus lourdement après avoir été soulevé. La sonde montre que la cavité de l'organe est plus profonde et que les parois du col sont plus épaisses.

Les lésions du col telles que *granulations, ulcérations, etc.*, se voient quand on emploie le spéculum; quant à l'*inflammation de la matrice elle-même*, indépendamment de la leucorrhée, qui peut n'être due qu'à la déviation, elle produit une sensibilité très vive à la palpation ou au contact de la sonde.

T. GALLARD,
Interne.

(La suite prochainement.)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

TAILLE RECTO-VÉSICALE APRÈS UNE TENTATIVE VAINE DE TAILLE SUS-PUBIENNE.

Monsieur le rédacteur,

Je vous ai adressé, le 14 octobre 1851, l'observation d'un malade affecté de fistules urinaires à l'hypogastre, provoquées par le séjour prolongé d'un calcul dans la vessie. Une luxation de la cuisse, symptomatique d'une coxalgie ancienne, rendait la taille sous pubienne impraticable. Je craignais qu'une incision au rectum ne laissât après elle une fistule dans cette région, et je me décidai pour la taille sus-pubienne, mais des difficultés insurmontables ne m'ayant pas permis de terminer l'opération, le malade fut renvoyé chez lui. (Voir le n° 139 de l'UNION MÉDICALE)

Trois mois s'étaient à peine écoulés que ce malheureux, épuisé par les douleurs continuelles qu'il ressentait, se présentait de nouveau à l'Hôtel-Dieu de Clermont, demandant avec instance à être débarrassé de sa pierre. Il y était reçu le 29 janvier 1852.

La plaie qui avait été faite à l'hypogastre était alors cicatrisée. Une sonde d'un assez gros calibre est introduite dans la vessie; le cathétérisme n'offre point de difficultés, il est peut être moins douloureux que par le passé.

Le calcul n'est plus senti au col comme la première fois; il porte sur la concavité de l'instrument et paraît immobile dans le point qu'il occupe. J'ai pu craindre un instant qu'il n'ait contracté des adhérences avec la muqueuse qui tapisse la paroi antérieure du réservoir urinaire.

Une sonde d'une courbure moins prononcée le rencontre plus facilement, mais ne ne le déplace pas mieux, au son sec et sonore qu'il donne à la percussion, on doit le croire dur et résistant.

Un bain est administré au malade; le lendemain, on lui donne un purgatif, et le 31 janvier je procède à la cystotomie recto-vésicale.

La luxation spontanée qui existe à la cuisse gauche entraîne le membre pelvien dans une adduction forcée, qui masque la région périnéale et l'ouverture de l'anus; la jambe ne peut être fléchie sur la cuisse qu'avec une extrême difficulté; aussi n'y a-t-il pas moyen de songer à donner au malade une position convenable pour fixer solidement le bassin.

Deux aides le soutiennent relevé après l'introduction préalable d'un cathéter dans la vessie; ce qui ne laisse pas que de rendre très difficile la manœuvre opératoire.

L'anus et l'extrémité inférieure du rectum sont tellement resserrés par la contraction spasmodique des muscles de la région ano-périnéale, que je ne puis qu'avec la plus grande difficulté, glisser un bistouri droit sur la face palmaire de l'indicateur de la main gauche introduit dans l'intestin.

Une première incision, dirigée d'arrière en avant, divise l'extrémité inférieure du rectum dans une étendue de trois centimètres à peu près, la région prostatique et la partie la plus reculée de la région membraneuse de l'urètre.

A peine la vessie a-t-elle été ouverte qu'un flot de pus épais et fétide se fait jour à l'extérieur, la plaie est agrandie avec un bistouri boutonné et je puis bientôt explorer l'intérieur de la cavité. Le calcul en occupe

---

pendant plusieurs jours d'images de sang au milieu desquelles des fantômes armés de lances de feu, se livraient des combats imaginaire. L'évêque de Tongres, Servatius, alla consulter à Rome les apôtres saint Pierre et saint Paul sur leurs tombeaux, afin de savoir de quels maux la colère divine menaçait son pays et quel moyen il y avait de les conjurer; il lui fut répondu que la Gaule serait livrée aux Huns, et que toutes ses villes seraient détruites, mais que lui, pour le prix de la foi qui l'avait amené, il mourrait sans avoir vu ces affreux spectacles. (*Attila dans la Gaule*, par Amédée Thierry, *Revue des Deux-Mondes*, 1er mars 1852.)

451 était, en effet, l'année qui allait voir la dévastation de cette antique rivale de Rome. Un barbare, que les auteurs du temps ont surnommé le fléau de Dieu, Attila, venait d'arriver dans les Gaules, et ses innombrables soldats, comme une nuée d'insectes dévorans, ne laissaient que le désert après eux. On entendait partout le bruit des cités qui s'écroulaient dans les flammes et les gémissemens des habitans égorgés ou traînés en esclavage. A mesure que le danger s'approchait, chacun courait se mettre en sûreté sur le point qui lui paraissait le moins menacé. C'est le parti auquel s'arrêtèrent les citoyens de la petite ville de Lutèce. Déjà se faisaient les apprêts d'une émigration générale : toutes les barques étaient à flot. Une femme entreprit d'arrêter cette fuite. Cette femme extraordinaire que l'Église, a canonisée, que la ville de Paris entoure, depuis quatorze siècles, d'une juste vénération, se nommait Geneviève (Genovefa). Née de parens vivant dans une condition d'aisance assez grande, toute jeune elle aimait les exercices religieux, et à 7 ans, elle annonça qu'elle prendrait le voile sitôt que l'âge en serait venu. En 429, saint Germain et saint Loup se trouvant à Nanterre, furent si frappés de l'air réfléchi de Geneviève, de ses réponses brèves et précises, que le premier s'adressant aux parens, leur dit : « Ne la contrariez pas, car cette enfant sera grande devant Dieu. » La prédiction de saint Germain ne tarda pas à se vérifier, et quelques années après, le nom de Geneviève circulait dans toute la chrétienté. Saint Siméon, le stylite, qui passa 40 ans sur une colonne auprès d'Antioche, ne manquait jamais de demander aux visiteurs qui lui venaient d'Occident, ce que faisait la prophétesse des Gaules.

A l'approche d'Attila, Geneviève se met en prière, elle a une vision qui lui révèle que Lutèce sera préservée de l'invasion des Huns, si ses habitans se repentent. Elle réunit aussitôt ses compatriotes, leur parle au nom du ciel, mais elle ne reçoit de la part des hommes que des paroles grossières et des marques de dérision! Pleine de confiance dans sa vision céleste, elle s'adresse aux femmes; son langage d'inspirée, sa révélation les émeuvent, elles la suivent et s'enferment avec elles dans l'église consacrée à saint Étienne, martyr, et où s'élève aujourd'hui la basilique de Notre-Dame. Les hommes, étonnés de ne plus voir leurs femmes, s'enquièrent, courent à l'église, s'emportent contre la sainte, et sont sur le point de la faire périr; mais les représentations d'un prêtre, ami de saint Germain, et qui arrivait en ce moment d'Auxerre, les apaisent, ils se laissent persuader, restent, et Paris est sauvé par la courageuse obstination d'une simple fille.

Sans l'intervention providentielle de Sainte-Geneviève, la petite ville de Lutèce, réservée à de si hautes destinées, serait devenue, dit M. Thierry, comme tant de cités gauloises plus importantes qu'elle, un désert dont l'herbe et les eaux recouvriraient aujourd'hui les ruines, et où l'antiquaire chercherait peut-être une trace de l'invasion d'Attila.

Dix siècles plus tard, une autre vierge, également transfigurée par une vision, délivrait la France des légions étrangères, et faisait sacrer dans Reims Charles VII, errant et fugitif, et qu'on appelait par dérision le roi de Bourges.

Citons un dernier fait emprunté à nos annales contemporaines, et qui n'est pas le moins curieux de tous.

En 1806, le général Rapp, de retour du siége de Dantzig, ayant besoin de parler à l'Empereur, entra dans son cabinet, sans se faire annoncer. Il le trouva dans une préoccupation si profonde, qu'à son arrivée il ne fit aucun mouvement. Le général, le voyant toujours immobile, craignit qu'il ne fût indisposé; il fit du bruit à dessein. Aussitôt Napoléon se retourna, et, sans aucun préambule, saisissant Rapp par le bras, il lui dit en lui montrant le ciel : « Voyez-vous là haut! » Le général garda le silence; mais, interrogé une seconde fois, il répondit qu'il n'apercevait rien. Quoi! reprit l'Empereur, vous ne la découvrez pas? Elle est devant vous brillante; et s'animant par degré, il s'écria : « Elle ne » m'a jamais abandonné; je la vois dans toutes les grandes occasions : » elle m'ordonne d'aller en avant, et c'est pour moi un signe constant » de bonheur. » M. Passy qui tenait cette anecdote de Rapp lui-même, l'a racontée devant moi à M. Amédée Thierry, lors de la communication que fit ce dernier à l'Académie des sciences morales et politiques de ses intéressantes recherches sur la vision de Constantin.

On comprend dès lors facilement pourquoi les hommes célèbres qui se croient prédestinés, s'imaginent qu'une étoile préside à leur destinée, admettent le surnaturel, sont bien supérieurs pour les grandes révolutions de la terre aux gens habiles, qui calculant tout, ne voulant rien donner à l'imprévu, sont au fond de véritables sceptiques. La confiance en soi, ou plutôt la foi qui est le signe distinctif des premiers, engendre des miracles, tandis que la prudence des seconds, en indiquant avec une précision extrême les périls de la situation, reste dans une désespérante immobilité. Partout, où dans une de ces époques critiques pour la vie des nations se trouvera un homme de foi, il est sûr de l'emporter sur des rivaux qui ne s'appuient que sur la sagesse humaine. — Au point de vue psychologique, cette haute faculté, c'est l'intuition qui (comme l'a fait observer un philosophe illustre), par sa vertu propre et spontanée, découvre directement et sans le secours de la réflexion, toutes les vérités essentielles; c'est la lumière qui éclaire le genre humain, c'est la voix qui parle aux prophètes et aux poètes, c'est le principe de toute inspiration, de l'enthousiasme et de cette foi inébranlable et sûre d'elle-même, qui étonne le raisonnement réduit à la traiter de folie, parce qu'il ne peut s'en rendre compte par ses procédés ordinaires.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

la partie antérieure et paraît fixé dans cette région. Une petite tenette glissée sur le doigt en saisit l'extrémité la plus rapprochée de l'ouverture, mais il se brise entre ses mors; je ne puis le retirer que par fragmens au moyen d'une pince à polype recourbée.

Le corps étranger, intact dans les deux tiers de son grand diamètre, est ovoïde, plus dur à sa circonférence qu'à sa partie centrale, contrairement à ce que l'on observe ordinairement.

Les douleurs qui ont suivi l'opération n'ont pas été bien vives; la fièvre a été légère.

Les ulcérations fistuleuses de la fosse iliaque droite cessent, immédiatement après l'opération, de donner issue à l'urine qui s'échappe par l'ouverture par laquelle le calcul a été retiré.

1er février. La nuit a été bonne; le malade, qui n'a point de fièvre, réclame avec instance des alimens; l'urine se divise, en sortant, entre l'urètre et la plaie de la vessie, entraînant pendant plusieurs jours des débris de calcul.

Dans la nuit du 5 au 6, sans cause connue, une hémorrhagie abondante se manifeste; des caillots de sang s'échappent par l'ouverture pratiquée au rectum. Le malade, épuisé par les douleurs qu'il a éprouvées depuis si longtemps, est d'une pâleur et d'une faiblesse extrêmes.

Un second écoulement de sang a lieu dans la nuit du 8 au 9; il ne cède qu'à l'action continue des réfrigérans, pour ne plus se reproduire.

Les forces ne se rétablissent qu'avec une lenteur extrême; le malade peut enfin quitter l'hôpital et retourner dans son pays le 13 mars.

Lorsqu'il est sorti, la plaie n'était pas entièrement cicatrisée et donnait encore issue à une petite quantité d'urine.

Je n'ai point voulu publier l'observation avant de m'être assuré de l'état ultérieur des parties sur lesquelles avait porté l'instrument tranchant.

Le malade est revenu à Clermont dans les premiers jours de juin. La plaie était fermée dans les 4/5e de son étendue, mais au-delà du sphincter de l'anus existe une petite ouverture circulaire, à bords amincis, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, donnant passage à une assez grande quantité d'urine. Cette affection me paraît au-dessus des ressources de l'art.

Une fistule dans cette région est peut-être moins gênante que celle qui existait à l'hypogastre; mais elle n'en constitue pas moins une infirmité des plus fâcheuses, qui jettera toujours sur la cystotomie recto-vésicale une défaveur dont ne la relèveront pas quelques cas exceptionnels de guérison radicale.

Il est néanmoins des conditions morbides telles, que ce procédé doit encore être considéré comme une conquête chirurgicale, puisqu'il peut conserver les jours à un malade aux dépens, il est vrai, d'une infirmité le plus souvent incurable. Le fait ci-dessus relaté en est un nouvel exemple.

Agréez, etc.

V. Fleury,
Professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine de Clermont.

22 Juin 1852.

BIBLIOTHÈQUE.

Aperçu sur les propriétés de la source thermale sulfureuse de Saint-Sauveur; par M. A. Fabas fils, médecin-inspecteur-adjoint.

Qui n'a fait une excursion à Saint-Sauveur, le chemin indispensable pour arriver à ce lieu si imposant surnommé le *cahos*, et au cirque si grandiose de Gavarnie d'où se précipite la plus haute cascade du monde? Saint-Sauveur n'est constitué que par une seule rue, formée presqu'uniquement d'hôtels, dont les uns sont adossés à la montagne, et les autres sont suspendus, pour ainsi dire, au-dessus du gave, qu'on entend mugir à une profondeur de 250 pieds.

Barèges, qui est dans la même vallée, était déjà en grande réputation, lorsque la source de Saint-Sauveur n'était connue que des rares habitans de la localité. L'eau fut d'abord recueillie dans une piscine creusée dans le roc; on fit ensuite de mauvais cabinets de bains. Il fallut la cure remarquable d'un professeur de l'Université de Pau, l'abbé Bézégua, pour que cette naïade obtînt de la renommée. Aujourd'hui, rien n'est plus joli que l'établissement, dont la construction date de 1832; c'est le périsptyle d'un temple grec, qui a vue sur le gave et toute la vallée. Il porte cette inscription, empruntée à une petite chapelle qu'un évêque de Tarbes avait élevée à la place: *Vos haurietis aquas de fontibus salvatoris.*

La famille Fabas a exercé dans ce pays un véritable sacerdoce. Le grand-père de l'auteur du livre dont il est ici question, y pratiquait la médecine. Son père en est l'inspecteur depuis 1818. L'auteur lui-même, après avoir fait de très bonnes études, est devenu inspecteur-adjoint. Depuis lors, il n'a cessé d'observer les propriétés de ses eaux, et a cherché à les mieux faire connaître par la publication de plusieurs brochures. Dans la principale, après un préambule, il étudie successivement St-Sauveur et ses eaux, l'analyse de celles-ci et leur comparaison avec celles de Barèges, les propriétés qui leur sont reconnues, leurs modes d'action principalement sur l'appareil de la respiration et dans les maladies des organes génito-urinaires; et il termine en rapportant 25 observations où l'on peut juger les effets avantageux qui en ont été retirés par les malades. Enfin, dans un supplément à son livre, M. Fabas insiste sur les vertus antispasmodiques des eaux de Saint-Sauveur, sur leur efficacité contre les maladies herpétiques; et il indique quelques modifications à faire à l'établissement.

La composition chimique de la source de Saint-Sauveur est la même que celle des sources de Barèges, si ce n'est que les matériaux minéralisateurs sont moins abondans. Elle contient une grande quantité de cette matière grasse connue sous le nom de barégine; cette barégine elle-même renferme beaucoup de principes sulfureux. La source de St-Sauveur n'est pas exempte d'un peu d'iode. La douceur de ses eaux l'a fait considérer depuis longtemps comme une préparation utile aux traitemens de Barèges, surtout quand on a affaire à des femmes ou à des malades irritables. La légère excitation qu'elle détermine est propre à répartir plus également la sensibilité et la circulation capillaire; c'est en ce sens qu'il faut comprendre ses propriétés antispasmodiques. Agissant d'abord et principalement sur l'appareil tégumentaire, elle a toujours eu une réputation méritée pour la guérison des maladies herpétiques asthéniques, quelle que soit la cause qui les produise.

Autrefois on n'administrait l'eau de Saint-Sauveur qu'en bains. On avait remarqué qu'à l'intérieur, elle se digérait difficilement, sans doute à cause de sa matière grasse. Depuis, on a pu la boire avec du petit-lait ou une tisane appropriée, et on lui a reconnu alors une heureuse influence dans les maladies de l'appareil de la respiration, dans les affections chloro-anémiques et dans celles du canal digestif. Dans les maladies des organes génito-urinaires, l'usage des injections et de la douche ascendante paraît obtenir de très bons résultats. Près de St-Sauveur est une source ferrugineuse, appelée Viscos, dont on se sert en même temps, et avec avantage, dans certains traitemens.

Voici comment sont classées les 25 observations qui sont rapportées par l'auteur: 5 cas d'affections calculeuses, 3 de catarrhes vésicaux, 7 de leucorrhées ou de métrorrhagies asthéniques, 4 d'affections nerveuses ou de chlorose, 6 de tics ou de rhumatismes nerveux. Les succès pour les affections calculeuses sont moins prouvés que pour les autres maladies.

M. le docteur Fabas, dans ses dires, s'appuie pieusement des écrits de son grand-père et de l'expérience de son père. Son livre a une empreinte de modestie et de véracité, et, quand on converse avec ce jeune et excellent confrère, on se laisse facilement aller à la confiance et à l'attachement. Son zèle et son talent ne manqueront pas de faire prospérer ses thermes, et nous souhaitons vivement qu'il obtienne des administrateurs les améliorations qu'il demande, particulièrement l'établissement d'un grand réservoir où l'on recevrait l'excédent de la source employée, avec d'autres sources non encore utilisées, pour concentrer la barégine et pour donner des bains d'eau qui en seraient saturée.

Fauconneau-Dufresne.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 Juin 1852. — Présidence de M. Piobert.

M. Sappey, professeur-agrégé, communique des *recherches sur le mode d'origine des vaisseaux lymphatiques des glandes.* De l'ensemble des faits et des considérations contenues dans ce travail, l'auteur déduit les trois propositions suivantes:

1° Les vaisseaux lymphatiques des glandes naissent par des radicules déliées et unies entre elles de la surface interne des cavités sécrétoires et excrétoires des glandes, traversent les parois de ces cavités, s'anastomosent de nouveau, soit autour des canaux excréteurs, soit autour des lobules, puis se rapprochent pour former des troncs qui serpentent dans les espaces inter-lobulaires en augmentant progressivement de volume.

2° Dans toute glande deux pouvoirs sont en présence: un pouvoir élaborateur destiné à séparer de la masse sanguine certains principes, et un pouvoir absorbant destiné à restituer au sang ces mêmes principes. Celui-ci est d'autant plus développé, que les produits sur lesquels il s'exerce sont une acquisition plus avantageuse pour l'économie. C'est pourquoi le lait et le sperme, qui ne sont pour ainsi dire qu'un sacrifice de l'individu à l'espèce, coulent dans des canaux extrêmement riches en vaisseaux lymphatiques.

3° Les canaux excréteurs des glandes, parvenus à leur dernière division, ne s'anastomosent pas entre eux; constamment ils se terminent par des extrémités libres ou indépendantes les unes des autres; le foie ne fait pas exception à cette loi d'indépendance: c'est une glande en grappe, et non une glande tubuleuse.

M. Clément, préparateur de chimie à l'École d'Alfort, communique un travail intitulé: *Analyses du sang veineux d'un cheval auquel on avait coupé les pneumo-gastriques, et coloration rouge artérielle de ce même sang, six heures après la section,* pour servir à l'histoire de la respiration et de la nutrition. La section des nerfs pneumo-gastriques a pour effet d'éteindre la combustion pulmonaire et de modifier le sang.

Les conclusions à tirer de ces faits, c'est que la section des nerfs pneumo-gastriques: 1° transforme le poumon en un organe de pure exhalation; 2° fait diminuer l'eau dans le sang; 3° fait augmenter l'albumine; d'où on doit inférer, au point de vue de la physiologie, que lorsque la respiration est anormale: 1° il y a combustion dans le poumon à l'entrée de l'air dans cet organe; 2° que cette combustion se produit aux dépens de l'albumine du sang veineux; 3° que, dans cette combustion, il se forme de l'eau qui passe dans le sang des artères, pendant qu'une partie de l'albumine devient fibrine; 4° que, comme conséquence, le sang artériel est plus aqueux, moins albumineux et plus fibrineux que le sang des veines; 5° que lorsque la respiration est rendue anormale par la section des pneumo-gastriques: 1° la combustion pulmonaire s'affaiblit, puis s'éteint; 2° l'albumine n'est plus brûlée, ni modifiée en fibrine; 3° que le poumon ne produit plus ni eau, ni fibrine; 5° que le sang alors devient moins aqueux et plus albumineux.

Relativement à l'augmentation de la fibrine, après la section des nerfs et à la couleur rouge artérielle qu'a offertes le sang de la jugulaire, les conclusions sont:

1° Pour l'augmentation de la fibrine, que si l'assimilation s'affaiblit en même temps, et aussi vite que la vie pulmonaire, le principe fibrineux du sang doit augmenter, et qu'il doit diminuer, au contraire, si la vie des organes se prolonge plus de temps que celle des poumons.

2° Pour la coloration artérielle du sang de la jugulaire, que le sang qui rougit encore dans le poumon, reste rouge quand il ne brûle plus rien dans la trame des tissus mourans, et passe rouge dans les veines; qu'au contraire, il reste noir lorsqu'il circule dans des tissus encore vivans, et qui lui enlèvent un peu de l'oxygène de ses globules.

M. Félix Hatin adresse une lettre *sur les causes physiologiques de l'augmentation de la fibrine du sang,* dans laquelle il rappelle qu'il a lu devant l'Académie des sciences, un mémoire dans lequel il s'efforçait d'établir, entre autres faits, et contrairement à la loi formulée par MM. Andral et Gavarret: 1° que des circonstances toutes physiologiques augmentaient la proportion de la fibrine du sang; 2° et que, conséquemment, cet excès de fibrine n'était pas toujours la preuve d'un état phlegmasique. M. F. Hatin fait remarquer que, dans un travail présenté récemment à l'Académie par MM. Becquerel et Rodier, ces mêmes propositions se trouvent implicitement reproduites ou confirmées. Ils ajoutent que, dans la chlorose, le chiffre de la fibrine est, en général, un peu élevé au-dessus de la moyenne physiologique. Quelquefois même, cette élévation est assez considérable et peut aller jusqu'à *quatre*, et même *cinq*, sans qu'il y ait absolument aucune trace de phlegmasie... La chlorose ni l'anémie ne pouvant être regardées comme des phlegmasies, les résultats obtenus par MM. Becquerel et Rodier prouvent donc une fois de plus, ajoute M. Hatin, que j'étais dans le vrai quand je disais, en 1840, *que des affections qui n'ont avec les phlegmasies que des rapports éloignés présentaient cependant un excès de fibrine.*

M. Hatin citait, comme exemples; les scrofules, les tubercules, la goutte. Aujourd'hui, MM. Becquerel et Rodier prouvent qu'il faut joindre à cette liste la chlorose et l'anémie. C'est encore une nouvelle preuve en faveur de ce qu'il a avancé.

Enfin, dans un autre passage de sa communication à l'Académie, M. Hatin ajoutait: « Quelques observations, également contenues dans mon mémoire, tendraient à me faire croire que la grossesse, au moins dans sa seconde moitié, s'accompagne également de la production d'un excès de fibrine. »

Les travaux de MM. Becquerel et Rodier confirment encore ce dernier point.

Je répéterai donc aujourd'hui, dit en terminant M. Hatin, ce que je disais alors: « Si un excès de fibrine se rencontre et dans des circonstances toutes physiologiques et dans des maladies qu'on ne saurait considérer comme des inflammations, cet excès de fibrine ne peut plus être pris pour le caractère pathognomonique des phlegmasies. »

M. Guyon, médecin en chef de l'armée d'Afrique, adresse une note sur *l'emploi hémostatique du nid de la fourmi bi-épineuse* (formex bi-spinosa) *connue sous le nom d'amadou de Cayenne.*

Tous les voyageurs en Amérique ont parlé du nid de la fourmi bi-épineuse, connu à Cayenne et sur le continent voisin, sous le nom d'amadou, à cause de l'usage qu'en font les habitans, et qui ne diffère en rien de celui que nous retirons de notre amadou d'Europe. Ce nid est formé, de tous points, par un duvet dont les matériaux sont recueillis par l'insecte sur les feuilles de plusieurs mélastomes, notamment sur celles des *miconia holosericea.* Le feu y prend mieux que dans notre amadou, bien qu'il n'ait été soumis à aucune préparation, et il est de beaucoup préférable au dernier pour arrêter les hémorrhagies capillaires, généralement si difficiles à arrêter chez les enfans.

Tout le monde, du reste, peut s'assurer par soi-même de sa supériorité sur le nôtre en pareil cas, en s'en servant pour les petites plaies qu'on se fait aux mains ou à la figure en se rasant. Dans toutes les contrées où existe la fourmi bi-épineuse, son nid est employé comme hémostatique, et sans aucune préparation préalable, excepté au *Para*, où on le trempe d'abord dans une solution d'alumine.

L'introduction dans notre matière médicale, du nid de la fourmi bi-épineuse serait, suivant M. Guyon, une heureuse acquisition pour l'art chirurgical.

M. Guyon communique une seconde note *sur l'immunité chez les Arabes, de la lèpre en général, et sur la cause vraisemblable de cette immunité.*

Depuis bientôt vingt ans que je suis en Algérie, dit M. Guyon, je n'ai encore vu, chez les Arabes, aucun cas ni de lèpre proprement dite, ni d'éléphantiasis. Or, la lèpre proprement dite et l'éléphantiasis sont multipliés chez les Kabyles ou habitans des montagnes. A quoi tiendrait donc l'immunité de ces deux maladies chez les Arabes?

Les Arabes et les Kabyles ont à peu près même régime, mêmes habitudes, mêmes mœurs; mais les premiers vivent sous la tente; ils sont toujours sous l'action directe de la lumière et d'un air renouvelé. Les seconds, au contraire, vivent dans des habitations fixes et plus ou moins déprimées du sol; ils sont *presque toujours* dans une atmosphère sombre, humide et plus ou moins altérée par toutes sortes d'émanations animales et végétales provenant de leurs propres immondices et de celles de leurs bestiaux.

Cette différence d'*habitat* entre les Arabes et les Kabyles n'expliquerait-elle pas l'immunité dont jouissent les premiers à l'endroit des deux maladies dont nous parlons? Toujours est-il que, dans les pays si divers où elles existent, la population se trouve dans des conditions d'*habitat* plus ou moins semblables à celles des Kabyles ou montagnards de l'Algérie. Ainsi sont, vers les pôles, celles de ces Lapons, de ces Norwégiens, de ces Islandais, tous qui passent presque toute leur vie dans des grottes et des cavernes; et sous les tropiques, celles des nègres et des Indiens, parqués avec leurs bestiaux dans ces *cases* ou *ajoupas* de terre et de branchages. Et, par analogie, ne pourrait-on pas supposer que les affections lépreuses, autrefois si répandues dans l'Europe méridionale, tenaient à la nature des habitations de cette époque, habitations qui se rapprochaient plus ou moins de celles dont nous venons de parler, sous le rapport de leur peu d'espace, de leur peu de lumière, de l'humidité et de l'impureté de l'air.

M. le docteur Chabanou aîné, chirurgien en chef de l'hôpital d'Uzès (Gard), adresse un mémoire sur le *traitement préservatif de la rage.*

Une circonstance heureusement assez rare a mis l'auteur à même de traiter, dans le courant de juillet dernier, vingt-trois individus mordus par une louve enragée. Tous ont été guéris par la cautérisation profonde des plaies de morsure avec l'acide sulfurique concentrée. La méthode de Celse, que j'ai employée, dit M. Chabanou, d'après le conseil d'A. Paré, d'envelopper le virus rabique dans une partie frappée de mort, inerte, et l'empêcher de communiquer dans l'économie ses effets délétères, a été suivie des plus heureux et des plus satisfaisans résultats. Ce sont ces résultats que M. Chabanou expose dans ce mémoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Juin 1852. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend:

1° Un rapport de M. le docteur Kuhn, médecin à Morhange (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bestring pendant l'hiver de 1850 et 1851. (Comm. des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Vellingens, médecin cantonal à Bitche

(Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Soucht, dans les mois d'octobre et novembre 1851. (Id.)

3° Un mémoire de M. le docteur ADDE-MARGRAS, sur la vaccine et les revaccinations. (Comm. de vaccine.)

4° Une lettre de M. LESAGE sur le traitement des maladies par l'emploi de l'air combiné. (Comm. MM. Poiseuille et Bouvier.)

5° Un mémoire de M. BERTHÉ, pharmacien, sur les huiles de foie de morue et leurs succédanés. (Comm. MM. Grisolle, Soubeiran, Bouchardat et Guibourt.)

6° Un mémoire de M. le docteur DE CASTELLA, de Neuchâtel, contenant le mouvement de l'hôpital Pourtalès (Neuchâtel), pour 1846, 1847 et 1851.

7° Une note de M. PEIXOTO, de Rio-de-Janeiro, contenant la statistique annuelle et récapitulative des malades de fièvre jaune traités dans sa maison de santé à Rio-de-Janeiro, depuis l'invasion de la maladie jusqu'à ce jour 2 mai. (Comm. M. Gérardin.)

8° Un mémoire de M. le docteur J. LOBETHAL, de Breslau, sur les preuves de la curabilité de la phthisie pulmonaire par l'emploi d'un nouveau procédé curatif. (Comm. des remèdes.)

9° Une lettre de M. WALLER A. LECOIS, de Londres, qui transmet à l'Académie, au nom de la Société épidémiologique de Londres, une série de questions relatives à l'état sanitaire actuel du monde, quant aux progrès de la petite-vérole, et de l'effet qu'exerce la vaccine sur cette maladie. La Société épidémiologique demande des détails sur les points suivans :

1° La population, la mortalité totale et la mortalité par la variole, de la France, de chaque année, de 1750 à 1850.

2° Les mêmes faits quant à Paris.

3° La mortalité par la variole dans les armées de la France *per centum* pour la mortalité totale.

4° Quelles sont les lois et les ordonnances qui règlent la vaccination en France?

5° Quelle est l'opinion de l'Académie de médecine, quant à la nécessité de la revaccination?

Ce programme est renvoyé à la commission de vaccine.

10° Enfin, le ministre de l'intérieur transmet 100 exemplaires du rapport général sur le service médical des établissemens thermaux pour les années 1849 et 1850.

M. GIBERT, à l'occasion de la correspondance, dépose sur le bureau un exemplaire de la deuxième édition du *Traité des hallucinations*, de M. le docteur Brierre de Boismont.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Récamier. (Sensation.)

M. CRUVEILHIER donne de vive voix quelques détails sur les derniers momens de M. Récamier.

M. CRUVEILHIER présente ensuite à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique qui lui a été envoyée par un médecin de la province. C'est une portion de membrane muqueuse intestinale, revêtue, sur quelques points, de quelques fibres musculaires, de 3 mètres environ de longueur, qui a été expulsée par une femme qui s'est parfaitement rétablie depuis, et qui jouit actuellement d'une parfaite santé.

M. O. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur les *eaux minérales de Neyrac* (Ardèche).

Les eaux de Neyrac qui, indépendamment d'un grand nombre de substances alcalines et ferrugineuses, contiennent un certain nombre de substances non encore constatées dans les eaux minérales, telles que le titane, le nickel, le cobalt, le zircône, etc., découvertes par M. Mazade, pharmacien à Valence, doivent, suivant M. le rapporteur, être classées au rang des *eaux acidules alcalino-terreuses et ferrugineuses.* M. le rapporteur conclut, en proposant de répondre au ministre, qui consulte l'Académie, qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source. (Adopté.)

M. BOUCHARDAT lit une série de rapports officiels sur des *remèdes secrets*, à l'égard desquels il propose de répondre qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions favorables du décret relatif aux remèdes. (Adopté.)

M. BOUCHARDAT, en présentant de la part de MM. Durand et Laporte, boulangers à Toulouse, un *biscuit de maïs* et un *pain de gluten*, s'exprime ainsi :

Pain de maïs. — Bien que le meilleur mode d'utilisation de la farine de maïs consiste à le consommer sous forme de galettes ou de bouillies, souvent les falsificateurs ont mêlé de la farine de maïs à celle de froment; il serait infiniment préférable de préparer avec le maïs un pain qu'on vendrait sous son nom véritable. On y parviendrait aisément en y associant un tiers de gluten de froment. Cette addition peut être avantageusement effectuée dans certaines conditions; quand par exemple on fabrique de l'amidon par les procédés si recommandables de M. E. Martin, et qu'on n'a pas un écoulement assuré du gluten produit. Déjà M. E. Martin a préparé un pain satisfaisant en partant de ces principes. Celui que je présente de la part de MM. Durand et Laporte, de Toulouse, est assez agréable, très nourrissant et peut facilement être accepté comme un bon pain de deuxième qualité.

Biscuit de gluten. — Les mêmes boulangers ont préparé un biscuit contenant 66 p. 100 de gluten, qui se conserve bien, se transporte facilement et qui peut rendre des services dans le traitement de la glucosurie.

M. BOULEY fils, candidat pour la section de médecine vétérinaire, lit un mémoire *sur les concrétions calculeuses de la vessie du mouton.*

Ce travail, destiné à éclairer l'étiologie des concrétions calculeuses dans les voies urinaires, et qui a trait principalement à une variété particulière de gravelle qu'on observe quelquefois sur les animaux de l'espèce ovine, est résumé par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Le régime très substantiel auquel sont soumis, à la période de leur croissance, les animaux des races ovines perfectionnées, peut donner naissance à une affection calculeuse de la vessie et du canal de l'urètre, qui peut entraîner la mort en très peu de temps.

2° Cette affection est causée par le phosphate magnésien que renferment les matières alimentaires en quantité beaucoup trop considérable, eu égard aux exigences des besoins de l'organisme, même lorsqu'il est en voie de développement, le phosphate de magnésie ne concourant que dans une très faible proportion à la formation des tissus, et même du tissu osseux.

3° On peut faire disparaître cette maladie d'un troupeau, par une modification intelligente du régime, en substituant aux alimens secs, très riches en phosphate magnésien, des alimens plus aqueux qui renferment une moindre proportion de ce sel.

4° Enfin, même lorsque la maladie est déclarée et que la vessie contient déjà une grande quantité de magma terreux, il serait peut-être possible de sauver les animaux qui en sont atteints, en pratiquant, à l'aide d'une sonde, une ouverture artificielle au canal de l'urètre, et en permettant ainsi l'écoulement de l'urine de la vessie et l'échappement avec elle du sel terreux précipité dans sa cavité intérieure, sous la forme d'un magma granuleux et friable.

L'auteur joint à ce travail les notes contenant les résultats des analyses que lui ont remises MM. Clément et Leconte. (Comm. MM. Orfila, Cruveilhier et Renault.)

M. BOUSQUET lit la suite et la fin du rapport annuel sur la vaccine.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, OU MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES. Tome XVI, 2e série, 1851.

Nouvelle méthode de traitement applicable à certains cas d'épiphora dépendant du renversement en dehors ou de l'oblitération des points lacrymaux; par le docteur W. BOWMAN, professeur d'anatomie pathologique au King's college et chirurgien-adjoint de l'hôpital ophthalmique de Londres.

Le déplacement du point lacrymal et l'espèce d'épiphora, que l'auteur a eus en vue dans ce travail, et pour le traitement desquels il a imaginé une méthode opératoire très ingénieuse, ne sont pas ceux qui résultent du renversement de la paupière dans l'ectropion. Au contraire, la paupière peut être en contact avec le globe de l'œil, ou tout au plus s'en éloigne-t-elle un peu dans certaines situations, par exemple lorsque l'œil est tourné en haut. Mais la saillie naturelle, sur laquelle est placée le point lacrymal n'existe plus; et à sa place on aperçoit une surface cutanée, aplatie ou arrondie, sur laquelle on peut distinguer, bien que avec difficulté, son orifice, situé à une petite distance de la surface muqueuse de la paupière, fortement réduit de volume, n'étant plus baigné par les larmes, mais bien sec et contracté. Un stylet introduit par cet orifice, pénètre sans difficulté dans le sac lacrymal, qui est vide lui-même. De cette disparition résulte un état beaucoup plus fâcheux que celui qui accompagne l'ectropion, même porté fort loin. En effet, les larmes s'accumulant au-devant de la cornée occasionnent de fausses réfractions de la lumière, ce qui est rare dans cette dernière maladie; de plus, la sécrétion des larmes se maintenant dans ses limites habituelles, il en résulte constamment de l'épiphora, tandis que, dans l'ectropion d'ancienne date, on voit parfois le larmoiement se calmer peu à peu, sans doute parce que la membrane muqueuse perd sa sensibilité à la suite d'une longue exposition à l'air, et tend à revêtir lentement les caractères de la peau.

Il peut y avoir deux causes au moins à ce déplacement du point lacrymal : 1° une inflammation chronique, légère, de cette partie de la conjonctive, située au voisinage du point lacrymal, déterminant un épaississement de cette partie de la membrane, et par suite son renversement avec celui du point lacrymal (cette inflammation peut exister seule, ou être unie à une ophthalmie chronique); 2° une affection chronique de la paupière inférieure, ressemblant un peu à l'eczéma, par suite de laquelle il se produit une rétraction modérée, mais générale, de la paupière, et un renversement du point lacrymal en dehors. Quant à expliquer comment un déplacement extrêmement léger de la paupière en dehors suffit pour suspendre les fonctions du point lacrymal inférieur, M. Bowman pense que l'épiphora tient à la transformation de la conjonctive exposée à l'air, dont la surface devient graisseuse et cuticulaire, et repousse l'eau, exactement comme le ferait un papier graisseux.

Quoi qu'il en soit de cette explication, M. Bowman avait vu des épiphoras de ce genre, résister à toute espèce de traitement, même à ceux qui semblaient le plus rationnellement indiqués, tels que l'excision d'une portion de la membrane muqueuse, lorsque deux faits observés par lui, dans lesquels, après une division complète du canal lacrymal en travers, les deux orifices étaient restés ouverts, *sans épiphora*, le conduisirent à se demander si, en divisant le canal lacrymal de la même manière que cela avait eu lieu dans les cas précédens, il ne remédierait pas à tous les inconvéniens de ces épiphoras rebelles; il essaya d'abord chez un jeune homme chez lequel l'affection était survenue à la suite, très probablement, d'un eczéma chronique. Après avoir introduit un stylet dans le point lacrymal inférieur gauche, il pratiqua à moitié chemin, entre le point lacrymal et la caroncule, sur la face conjectivale, une petite incision transversale; puis ayant fait sortir le stylet par cette ouverture, il fendit un peu le canal en avant, mais sans arriver jusqu'au point lacrymal; il ne divisa pas non plus complètement en travers le canal dans toute son épaisseur. Malgré toutes les précautions qu'il prit pour empêcher la cicatrisation de se faire, aussitôt qu'il eût enlevé le fil qu'il avait introduit par le point lacrymal, jusque dans l'ouverture, la plaie se referma immédiatement, et l'opération resta inutile. Cependant, comme pendant le séjour du fil, le malade avait éprouvé beaucoup de soulagement et que les larmes s'étaient à peine accumulées, après avoir constaté que le sac n'était nullement altéré, désespérant de maintenir ouvert un orifice pratiqué sur les parois de ce conduit, M. Bowman se décida à poursuivre le même but, par un autre procédé; c'est-à-dire à fendre supérieurement le canal lacrymal, à partir du point lacrymal, dans une longueur suffisante pour reporter en arrière son orifice sur cette portion de la membrane muqueuse, vers laquelle les larmes se rassemblaient; c'est ce qu'il pratiqua, à l'aide d'un bistouri, guidé par un stylet canelé, introduit préalablement dans le point et le conduit lacrymaux. Le lendemain, il trouva que les lèvres de la plaie s'étaient réunies dans toute leur étendue, il déchira les adhérences avec le stylet, et revint plusieurs fois au même procédé, de manière à empêcher la réunion des bords de la plaie pendant la cicatrisation. Le onzième jour, le canal était converti en un sillon que les larmes suivaient pour se rendre jusque dans le sac par la portion restante du canal lacrymal. L'épiphora avait presque entièrement disparu. La même opération, pratiquée du côté opposé, a eu le même succès.

Cette expérience a conduit M. Bowman à rejeter la division transversale du canal dont les cas de plaie accidentelle lui avaient d'abord fourni l'idée, et à adopter pour ces épiphoras un procédé plus simple, consistant à fendre dans une petite étendue le canal lacrymal, à partir du point lacrymal, du côté de la conjonctive. En détruisant ainsi le point lacrymal, ajoute M. Bowman, je n'étais pas sans quelque inquiétude : je me demandais si les larmes seraient reprises par cet orifice que je créais ainsi artificiellement dans un point où le canal lacrymal ne présente pas les dispositions de structure qu'on attribue généralement aux points lacrymaux. Ces craintes n'étaient pas fondées, car les larmes s'engagèrent parfaitement dans le canal lacrymal, bien que ce fût au milieu de son trajet. Ce qui tend à prouver qu'on a peut-être attaché trop d'importance aux points lacrymaux et à ce canal triangulaire existant entre les bords des paupières et le globe de l'œil, que l'on suppose servir à diriger les larmes vers les points lacrymaux.

M. Bowman a employé cette opération avec succès dans un second cas, chez un homme de 57 ans, atteint depuis deux ans et demi d'un épiphora de l'œil droit, avec renversement du point lacrymal inférieur. Il pense que cette méthode pourrait être également appliquée dans le cas d'oblitération des points ou canaux lacrymaux, à la condition que le siége de l'obstruction fût suffisamment éloigné du sac, pour permettre d'ouvrir le canal dans l'intervalle et à travers la conjonctive. Deux procédés opératoires pourraient être suivis : le premier consistant à couper transversalement, dans la direction du canal lacrymal, entre l'obstacle et le sac, et à fendre ensuite le canal sur un stylet introduit dans la plaie; le second applicable aux cas où l'on ne trouverait pas d'orifice après cette section transversale, consistant à ouvrir le sac au-dessous du tendon de l'orbiculaire et à fendre ensuite le canal près de l'obstacle, sur un stylet préalablement introduit dans le canal. Ces procédés opératoires ont toujours réussi à l'auteur sur le cadavre; mais il n'a pas encore eu l'occasion de la mettre en pratique sur le vivant. Bien entendu que dans ces cas le canal devrait être fendu à travers la conjonctive, au voisinage de la caroncule, ou bien les larmes ne pourraient pas prendre leur cours par cette voie.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Mai.

Sur le traitement de quelques-unes des formes de l'érysipèle; par M. le docteur Jules MASCAREL, chirurgien en chef de l'hôpital de Châtellerault.

Témoin d'un grand nombre d'érysipèles, soit spontanés, soit traumatiques, dont quelques-uns ont affecté une forme grave, M. Mascarel a eu l'occasion d'employer divers traitemens. Voici celui dont il paraît s'être le mieux trouvé : dans les cas simples, et lorsque l'érysipèle présente peu de tendance à se propager, les applications locales, avec l'axonge purifiée, récemment préparée, et comme médication interne, après l'emploi d'un éméto-cathartique, toutes les fois que l'état des premières voies l'exige, l'administration, les jours suivans, du calomel à dose réfractée, et suivant la méthode de Law. (Calomel, 5 centigrammes; sucre en poudre, 4 grammes, en douze prises égales, une d'heure en heure.) Cette médication est interrompue aussitôt que les signes de la salivation mercurielle apparaissent, ce qui a lieu souvent du second au troisième jour. Des boissons acidulées et quelques cuillerées de bouillon sont accordées au malade.

Lorsque sous l'influence de ce traitement, les symptômes locaux ou généraux continuent et s'accompagnent d'accidens cérébraux, c'est alors que M. Mascarel administre, d'heure en heure ou de deux en deux heures, suivant la gravité des circonstances, les pilules suivantes :

R. Azotate de potasse. . . . . . 4 grammes.
Camphre. . . . . 1 gramme.
Conserve de roses. . . . . . q. s.
Divisés S. A. en vingt pilules.

Il arrive parfois que les malades, dans leur agitation, et par suite d'une disphagie, qui se retrouve également dans certaines formes de la fièvre typhoïde, ne peuvent avaler ces pilules; alors on les fait dissoudre dans une cuillerée d'eau sucrée, et l'ingurgitation devient facile.

Deux ou trois doses de ces pilules, ajoute M. Mascarel, nous ont constamment réussi, cette année du moins, à calmer les plus formidables des accidens cérébraux; rarement a-t-il fallu combiner ou associer les sinapismes sur les membres inférieurs, et encore moins les vésicatoires. Mais aussi chaque fois que l'indication d'agir sur le tube intestinal se présentait, elle a été remplie immédiatement. En somme, cette médication a eu pour résultat de mettre fin au délire, et de se traduire sous forme de phénomène critique, soit vers la peau par des sueurs fétides, soit vers les urines par une diurèse plus abondante.

Dans le cas d'érysipèle ambulant, aussitôt que le caractère de l'affection est franchement dessiné, et après avoir rempli les indications relatives à chaque cas particulier, sous le triple rapport des boissons, des médications internes et des soins hygiéniques, eu égard à l'âge des malades, à leur état de santé habituel et à leur condition sociale. M. Mascarel a attaqué hardiment la phlegmasie par la méthode topique et substitutive, consistant dans l'application de la solution d'azotate d'argent, recommandée par M. Higginbottom et M. Jobert (de Lamballe). La solution à laquelle M. Mascarel a eu recours, est composée comme suit :

R. Azotate d'argent cristallisé. 4 grammes.
Eau distillée. . . . . . . 16 grammes.

Avec un fort pinceau à aquarelle, ou de charpie, on pratique un rude lavage sur tout le pourtour du liseré de l'érysipèle, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, 2 centimètres en deçà, et autant au-delà. Ces lotions sont répétées deux, trois et quatre fois par jour, suivant l'âge des malades et l'état vasculaire de la peau; puis on recouvre le tout d'un linge très propre et usé.

Le second ou le troisième jour, quelquefois même dès le premier, toute la peau saine qui a été touchée par le liquide argentique brunit, et l'épiderme se soulève en larges phlyctènes; celles-ci sont plus petites, mais nombreuses sur la peau enflammée. Une fois ce résultat obtenu, il est rare que l'érysipèle s'étende plus loin. Cependant, on voit quelquefois le lendemain une plaque rouge apparaître un peu au-delà de la cautérisation de la veille. On renouvelle celle-ci avec les mêmes précautions, et vingt-quatre ou trente-six heures après, les symptômes de réaction générale et locale ont complètement cessé.

On nous prie d'annoncer que les obsèques de M. Récamier auront lieu demain, jeudi, à neuf heures, à l'église Saint-Sulpice, sa paroisse. On se réunira à la maison mortuaire, rue du Regard, n° 1.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 79. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 3 Juillet 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.:
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 JUILLET 1852.

SUR LA SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Sommaire. — Observations de gangrène développée dans les fractures. — Parallèle entre la désarticulation scapulo-humérale et l'amputation du bras près de l'article. — Sur les kystes osseux de la mâchoire inférieure. — Discussion sur leur étiologie. — Production rare renfermée dans une loupe du cuir chevelu.

Aux deux faits de gangrène survenue dans une fracture, rapportés par M. Maisonneuve dans l'avant-dernière séance, M. Robert en a ajouté un autre qui n'offre pas moins d'intérêt.

Un malade entre à l'hôpital Beaujon, pour une fracture du radius, compliquée de plaie; on applique un appareil un peu serré; la gangrène apparaît et fait des progrès rapides dès le lendemain, elle s'étend jusqu'à la partie inférieure du bras et sur les limites de la mortification apparaît une inflammation des plus caractérisées, au-delà de ces altérations, se trouve de l'emphysème. Au bout de trois jours, la gangrène gagne le bras jusqu'au niveau du deltoïde, et l'emphysème s'est propagé vers le moignon de l'épaule, le thorax et même la région dorsale.

Dans les conditions où le malade se trouve, il faut ou opérer ou abandonner le patient à une mort qui surviendra promptement, M. Robert prend le parti de faire la désarticulation de l'épaule; les tégumens qui recouvrent cette région sont trop altérés dans certains points de leur étendue, pour qu'il soit possible de pratiquer la méthode à deux lambeaux. M. Robert se décide à faire l'opération par le procédé primitif de Lafaye, modifié par Dupuytren, c'est-à-dire en donnant au seul lambeau une forme ovalaire. Pendant la confection du lambeau, on voit apparaître une sorte de mousse formée par la présence de gaz dans le tissu cellulaire; on fait la réunion de la plaie par première intention, et une vessie remplie de glace est appliquée sur le moignon de l'épaule.

Les suites de l'opération sont des plus heureuses : non seulement la gangrène ne fait aucun progrès, mais il y a encore une réunion par première intention.

M. Robert s'est attaché à faire ressortir du fait précédent la circonstance suivante : à savoir que la gangrène se propage par transmission de gaz putrides dans le tissu cellulaire; il a été facile de suivre sur son malade les différentes phases par lesquelles les phénomènes morbides ont passé; c'était de l'emphysème dans les points les plus éloignés du siége de la mortification, plus près du foyer de la maladie, c'était une tuméfaction inflammatoire, enfin de la gangrène proprement dite. Les parties qui étaient le siége de l'inflammation se mortifiaient; celles qui étaient le siége de l'emphysème, prenaient bientôt l'aspect de celles qui étaient enflammées, et les parties, saines d'abord, se remplissaient de gaz.

M. Robert, en se livrant à quelques recherches bibliographiques sur le sujet qui nous occupe, a retrouvé un fait analogue au précédent, dû à M. Jules Roux, de Toulon.

M. Guersant demande si cette gangrène a été le résultat de la compression exercée par un appareil, ou si elle s'est montrée sans qu'il y eût une compression bien réelle. Il cite deux observations où la gangrène s'est développée à l'avant-bras par la compression d'un appareil. Dans ces cas, la gangrène était parfaitement bornée, et il ne s'est pas manifesté d'accidens généraux.

M. Robert répond que la compression était médiocre; aussi, pense-t-il que, dans le cas qu'il a rapporté, la gangrène s'est développée sous l'influence d'un véritable étranglement inflammatoire du membre; ensuite, la gangrène s'est propagée par la pénétration de gaz putrides dans le tissu cellulaire.

On se rappelle que M. H. Larrey a soutenu l'opinion de son père, à savoir que la désarticulation scapulo-humérale est préférable à l'amputation du bras pratiquée très haut. Aux arguments invoqués par M. Larrey, qu'il nous soit permis d'ajouter quelques documens statistiques empruntés à un auteur moderne sur cette désarticulation. M. Larrey affirme avoir réussi quatre-vingt-dix fois sur cent; Sabatier parle avec admiration de quatorze succès obtenus sur dix-sept malades par ce chirurgien; et Percy convient que sur soixante-dix amputés, il n'en est mort qu'un sixième (Velpeau, *Méd. opér.*, t. II).

A ce sujet, M. Deguise fils fait à la Société la relation de deux faits empruntés à sa propre pratique.

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade dont l'avant-bras ayant été pris dans un laminoir, en eut les deux os fracturés. La gangrène s'empare du membre, et M. Deguise pratique la désarticulation du bras; les lambeaux se gangrènent, et le malade meurt.

Un autre malade entre à l'hôpital de Charenton avec une fracture comminutive de l'avant-bras; M. Deguise est contraint de pratiquer, quelques jours après, l'amputation du bras au-dessus des attaches inférieures du deltoïde; le malade guérit.

M. Larrey répond qu'il n'a jamais eu l'idée de vouloir généraliser, d'une manière absolue, les principes émis par lui; mais qu'il n'en persiste pas moins à soutenir que, dans certains cas, la désarticulation du bras est préférable à l'amputation pratiquée très haut.

M. Forget lit quelques fragmens d'un travail *sur les kystes osseux de la mâchoire inférieure, leur origine, leur diagnostic, leur traitement*.

Dans ce travail, l'auteur s'est attaché à étudier les analogies qui existent entre ces diverses espèces de tumeurs, à faire ressortir les contrastes qui les différencient, enfin à éclairer leur mode d'origine et leur développement. Il a cherché à faire ressortir les traits caractéristiques qui ne permettent pas de confondre des kystes des mâchoires avec les diverses variétés de cancer. Il a décrit avec soin les kystes multiloculaires ou hydatiformes, dont il place le point d'origine dans les cellules du tissu spongieux. Suivant lui, la substance ou le liquide renfermés dans ces kystes seraient le produit de sécrétions morbides de la membrane médullaire, dont l'auteur admet l'existence.

M. Forget a consacré un chapitre spécial à l'étude des kystes alvéolo-dentaires; il les croit distincts des kystes hydatiformes et semble admettre qu'ils sont dus à l'hypertrophie d'un follicule dentaire.

M. Forget a recherché quels sont les changemens qu'éprouve le canal dentaire dans les affections qui font le sujet de son travail. L'anatomie pathologique lui a appris que les tumeurs enkystées se placent dès leur origine en dehors de ce canal, il en résulte que le nerf qui y est logé reste pendant longtemps protégé contre les atteintes de la production morbide; c'est là ce qui explique, suivant lui, pourquoi ces tumeurs restent indolentes, quelquefois jusqu'au degré le plus avancé de leur développement.

Dans l'impossibilité où nous sommes de donner une analyse plus étendue de ce travail, qui a été renvoyé au comité de publication, nous en rapporterons ici les principales conclusions :

1° L'étude clinique de l'ostéo-sarcôme et des kystes des os maxillaires, prouve que le diagnostic de ces deux maladies peut se fonder sur des signes différentiels qui ne permettent guère de les confondre.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

M. RÉCAMIER.

Le feuilleton accompagne aussi les morts à leur dernière demeure; mais il ne fait sur leur tombe ni discours, ni oraisons funèbres; il se contente de dire simplement ce qu'il pense, sans artifice ni méthode, laissant l'histoire, même la biographie, et surtout la rhétorique aux écrivains et orateurs officiels des compagnies savantes. M. Récamier était d'ailleurs une de ces individualités qui conviennent mieux à la spontanéité et à la familiarité du feuilleton qu'à la pompe du discours. Nature impressionnable et mobile, il donnera de grands embarras au peintre qui voudra saisir et reproduire cette physionomie capricieuse. Le portrait sera difficile à faire : je n'essaie qu'un croquis.

Le milieu dans lequel il faut faire vivre et agir M. Récamier, c'est l'existence du médecin praticien poussée aux dernières limites de l'activité humaine. J'ignore si M. Récamier était un médecin savant, il a dédaigné de le prouver. Son héritage sur ce point est plus que modeste. Ses titres littéraires n'ont aucune importance. Pour nous tous qui avons connu cette nature impétueuse et vaillante, il nous est facile d'expliquer la légèreté du bagage scientifique et littéraire de M. Récamier. Comment aurait-il pu s'accommoder du calme et de la réflexion qu'exige la composition du cabinet, celui dont tous les actes étaient l'explosion soudaine de l'inspiration? Où aurait-il trouvé le temps d'écrire, le médecin qui, dès six heures du matin à dix heures du soir, recevait ou visitait des malades? La plume devait être un instrument bien lourd pour cette intelligence à qui les idées venaient toujours si tumultueuses et si pressées, que la parole même la plus rapide et la plus accentuée était souvent impuissante à les fixer. Les hommes de cette trempe écrivent peu, écrivent mal; ils ne peuvent s'assujettir ni aux règles de l'art, ni à l'ordonnance d'un plan, ni aux artifices de la méthode. Ils commencent froidement, mais l'inspiration et ses caprices arrivent dès le second feuillet, et nous voilà tout aussitôt entraînés avec l'auteur dans les innombrables méandres parcourus par l'imagination. Tel s'est montré M. Récamier dans les rares compositions qu'il a livrées au public, et d'après lesquelles il serait impossible de se rendre raison de son autorité pratique et de son immense renommée.

Ne leur demandez pas non plus, à ces natures toutes spontanées, un enseignement oral didactique et méthodique; n'attendez pas d'elles une vulgarisation complète et correcte de la science, de ses principes et de ses élémens. Non; sur ce point encore M. Récamier fut un professeur insuffisant, incomplet, inexact; la plupart de ses leçons cliniques n'étaient pas accessibles aux élèves, qui ne pouvaient énucléer quelques bons principes de thérapeutique d'un langage mystique et d'une technologie bizarre.

Que si vous transportez ces hommes dans quelque compagnie savante, ce n'est pas là non plus que vous pourrez apprécier leur valeur et leur mérite. Rien de moins académique que M. Récamier. Enfermé dans le cercle étroit d'une question précise, sa raison faisait de vains efforts pour y rester, mais l'imagination sautait bientôt par dessus les murs, et, comme un écolier libre d'entraves, il s'arrêtait à tous les buissons de la route, et s'égarait souvent dans les bifurcations. Tel encore nous avons vu M. Récamier dans quelques discussions académiques auxquelles il a voulu prendre part, au grand désespoir de MM. les secrétaires.

Non, ce n'est ni par ses écrits, ni par son enseignement, ni par sa coopération académique, qu'il faut se rendre compte de la célébrité de M. Récamier. Je le comparerais volontiers à ces vieux généraux, redoutables aux ennemis, impétueux dans l'action, hommes de génie sur le champ de bataille, mais fort médiocres historiens de leurs exploits dont on évite le récit prolixe, confus et bizarrement incidenté. S'il est peu d'hommes de guerre qui réunissent, comme César, l'art de combattre au talent du narrateur, peu de médecins aussi possèdent à la fois le génie de la pratique et le talent de l'écrivain. Sur le champ de bataille de la maladie, M. Récamier était César, mais il ne laisse pas de *commentaires*.

C'est, en effet, en face de la maladie et du malade qu'il était possible de comprendre M. Récamier et les causes de son immense popularité. Il a réussi par des moyens où cent autres échoueront. Ce n'était pas le médecin moderne, auscultant, percutant, scrutant un à un les organes de l'économie, précisant avec rigueur un diagnostic anatomique, interrogeant les fonctions dans leurs plus intimes phénomènes, demandant à la chimie le secret de leurs altérations, et formulant quelques conseils thérapeutiques scrupuleusement déduits de l'état organique apparent. M. Récamier n'a jamais pu se soumettre à l'emploi de ces procédés de diagnose tout matériels, tout physiques, et qui ne demandent que l'exercice intact des organes des sens.

Vous savez tous qu'il arrivait au diagnostic par une sorte d'intuition et de divination dont il emporte avec lui le secret dans la tombe. Ses confrères avaient fait à M. Récamier une spécialité : c'était le médecin des cas désespérés. Dans ces occasions, qui étaient pour lui journalières, il étonnait, il effrayait quelquefois par l'étrangeté et la hardiesse de sa thérapeutique. Vous croyiez avoir épuisé toutes les ressources de l'art; sous sa féconde inspiration, il en surgissait des centaines, il ne vous laissait que l'embarras du choix; ressources bizarres souvent, que le scepticisme médical actuel répugnait à admettre, mais que la chaleureuse conviction de M. Récamier vous obligeait à accepter.

Devant cette tombe à peine fermée, il n'est pas possible même d'indiquer quelques-uns des moyens thérapeutiques familiers à M. Récamier. C'est ici que véritablement le sublime touche au ridicule, et je dois pieusement éviter toute intention qui pourrait être mal interprétée. Il n'est pas d'ailleurs un seul médecin à Paris qui ne conserve le souvenir de quelque pratique singulière conseillée par M. Récamier, avec cette foi chaleureuse et cette naïveté d'enfant qui le caractérisaient. Car ce qui distinguait surtout ce praticien célèbre, c'était la foi dans l'art, dans sa puissance, dans ses résultats. La science moderne nous a tous rendus douteux et timides, M. Récamier conservait à peu près seul, au

2° Il existe trois variétés de kystes osseux; les kystes liquides, les kystes solides et les kystes à produits mixtes.

3° Des kystes liquides, les uns sont simples, ce sont les kystes alvéolo-dentaires, les autres sont composés, ce sont les kystes multiloculaires.

4° Le kyste alvéolo-dentaire est circonscrit à une portion assez restreinte de la mâchoire, le corps fibreux enkysté affecte généralement la même disposition; le kyste multiloculaire s'étend à toute une moitié de l'os.

5° Le kyste multiloculaire ou hydatiforme a pour point de départ les cellules du tissu aréolaire, et reconnaît pour double cause originelle une lésion vitale et une sécrétion morbide de la membrane médullaire qui, modifiée ou altérée dans sa structure, constitue l'enveloppe intérieure de ce kyste.

6° Les produits enkystés des os maxillaires ne prennent pas naissance dans le canal dentaire, qui continue pendant longtemps à protéger efficacement le nerf et les vaisseaux qu'il contient; cette disposition des kystes osseux constitue un caractère anatomique différentiel important entre eux et l'ostéosarcôme.

7° Par suite de l'évolution du kyste, le canal dentaire peut être élargi, déplacé, usé, détruit en partie; dans ce cas, j'ai toujours retrouvé le nerf et les vaisseaux dentaires.

8° Les indications générales pour le traitement de ces tumeurs sont d'ouvrir le kyste, d'en faire écouler le liquide ou d'en extraire le solide qu'il contient, puis d'enflammer la cavité.

9° Les procédés chirurgicaux propres à remplir ces indications n'ont rien d'absolu; ils doivent nécessairement varier suivant chaque cas particulier, et la règle à suivre ici est de subordonner sa conduite aux exigences de l'actualité pathologique.

M. Robert fait remarquer que, d'après M. Forget, on peut éliminer les kystes qui renferment des corps fibreux; il a vu un certain nombre de kystes de ce genre qui occupaient la mâchoire supérieure, et il s'est convaincu qu'il est impossible d'énucléer ces sortes de tumeurs. M. Robert se demande donc s'il en est pour les tumeurs fibreuses enkystées de la mâchoire inférieure autrement que pour celles de la mâchoire supérieure.

M. Forget persiste dans son opinion; il croit qu'avant d'en venir à la résection de l'os maxillaire, il faut tenter l'extirpation de la tumeur; et, pour empêcher toute récidive de la maladie, ruginer et cautériser l'os maxillaire dans les points où l'affection n'a pas été complètement emportée, ce n'est qu'en cas de récidive qu'il faut faire l'ablation de l'os malade.

M. Giraldès objecte à M. Forget que celui-ci a confondu les corps fibreux de la mâchoire avec les exostoses cartilagineuses. Il avance que ces deux sortes d'affections présentent des caractères bien différens.

M. Forget trouve dans l'article de Astley Cooper, une description des tumeurs fibreuses de la mâchoire inférieure.

Un autre point du travail de M. Forget a été attaqué par M. Giraldès et surtout par M. Gosselin, c'est celui qui est relatif à l'étiologie des kystes de la mâchoire. On a vu précédemment que l'auteur a formulé dans une de ses conclusions que ces kystes reconnaissent pour point de départ la membrane médullaire des os. Suivant M. Forget, l'anatomie pathologique peut éclairer la question de l'existence de la membrane médullaire dans le tissu spongieux des os; l'enveloppe du kyste ne serait rien autre chose que la membrane médullaire hypertrophiée. Or, ni M. Giraldès, ni M. Gosselin n'admettent cette étiologie. Pour qu'on puisse bien se rendre compte de cette dernière opinion, il est nécessaire de jeter un coup-d'œil rétrospectif sur un excellent mémoire qui a paru en juillet 1849, dans les *Archives de médecine*. Ce travail, fait en commun par MM. Gosselin et Regnauld, est intitulé: *Recherches sur la substance médullaire des os*. Les auteurs se sont appuyés sur un grand nombre d'expériences physiques, microscopiques et chimiques pour démontrer que dans l'état normal il n'existe pas de membrane médullaire telle qu'elle a été décrite par les différens anatomistes du XVIIIe et du XIXe siècles, c'est-à-dire par Bertin, Duverney, Lecat, Bichat, Béclard, Boyer, Blandin, Cruveilhier, etc., etc. Ce que les auteurs attribuent à la membrane médullaire, M. Gosselin l'attribue aux *vaisseaux* de la substance médullaire; les phénomènes de sécrétion s'y rattachent tout entiers. C'est cette substance médullaire qui peut, sous l'influence d'un travail inflammatoire, se convertir ou se changer en membrane. Les kystes de la mâchoire inférieure ne sauraient donc être rapportés dans leur développement à une membrane préexistante à leur formation; la substance médullaire, répandue dans les aréoles de la mâchoire, se transforme, comme nous le disions, en une membrane, et cette membrane forme plus tard l'enveloppe immédiate du kyste.

M. Denonvilliers a montré à la Société une pièce d'anatomie pathologique aussi remarquable par sa rareté que par quelques-unes des circonstances qui se sont présentées chez la malade qui en a fourni le sujet.

Une femme d'une cinquantaine d'années entre à l'hôpital Saint-Louis, il y a un mois environ, dans le service chirurgical dirigé par M. Denonvilliers. Elle présente sur divers points du crâne une série de tumeurs ayant tous les caractères de celles qu'on désigne sous le nom de loupes; on en compte douze de différentes grosseurs, et la plus volumineuse a les dimensions de la tête d'un enfant de deux ans. Tout le cuir chevelu présente des ondulations comparables pour l'aspect aux circonvolutions cérébrales.

M. Denonvilliers se décide à faire l'ablation des deux tumeurs les plus volumineuses; avant de pratiquer l'opération, il examine de nouveau la plus grosse. La consistance est celle des tumeurs liquides; à gauche on sent une plaque extrêmement dure et à droite on éprouve, en pressant avec le doigt, une sensation analogue à celle que donne l'utérus d'une femme enceinte, lorsqu'un genou, un pied ou un coude du fœtus se présentent aux doigts en contact avec la paroi utérine. En exerçant une pression alternative sur ces deux points, on sent manifestement un déplacement du corps étranger renfermé dans le kyste, on peut exercer sur le corps étranger une sorte de compression et l'on perçoit alors une véritable vibration.

M. Denonvilliers diagnostique la présence d'un corps étranger dans le kyste; il se prononce pour la forme pyramydale de ce corps et pour ses propriétés élastiques, mais sans affirmer d'une manière bien positive la nature de ce corps étranger, le raisonnement le conduit à un diagnostic aussi rationnel que possible que l'examen ultérieur de la pièce pathologique a entièrement confirmé.

On sait qu'à la surface de certaines loupes ulcérées, il se forme une sorte de production cornée; M. Denonvilliers suppose donc qu'une production analogue s'est développée dans l'intérieur du kyste, et en conséquence il croit à la nature cornée du corps étranger que l'on sent dans l'intérieur de la loupe.

L'opération faite, on reconnaît que la poche renferme un liquide en partie concrété; à l'intérieur de la poche apparaît une production de forme pyramidale, de la base de laquelle s'élèvent des espèces de stalactites. L'examen microscopique de ce corps a permis de constater de la manière la plus manifeste qu'il est formé de cellules épidermiques arrangées dans un certain ordre.

Dr Fano,
Prosecteur de la Faculté.

CLINIQUE MÉDICALE.

Clinique des Maladies des Enfans. — Service de M. Trousseau.

DE L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE.

L'incontinence d'urine reconnaît un grand nombre de causes; elle peut être symptomatique d'affections très diverses; elle peut aussi dépendre d'une altération très spéciale des fonctions de la vessie, sans qu'aucune lésion anatomique du système urinaire ou du système nerveux puisse en donner la raison.

Cette dernière forme d'incontinence d'urine a ceci de très particulier, qu'elle ne survient que pendant la nuit et jamais pendant le jour. L'incontinence, dépendant d'une affection des voies urinaires, ou d'une lésion de la moelle épinière, est à la fois nocturne et diurne. Celle dont nous parlons ici est seulement nocturne; et ce qui est fort remarquable, c'est que, très souvent, elle se montre une seule fois par nuit. En effet, si nous interrogeons les parens, afin de savoir l'heure à laquelle l'enfant a pissé au lit, nous recevons toujours la même réponse : au moment où l'enfant se couche, on le fait uriner, par conséquent la vessie est vide; et dans les deux premières heures, quelquefois dans la première, rarement après la seconde, il a déjà mouillé son lit.

Ainsi, le caractère capital de cette maladie est celui-ci : pendant le jour, aptitude à retenir les urines, aussi grande que dans l'état normal; vessie vidée au moment du coucher, et évacuation involontaire de l'urine une heure ou deux heures après.

Dans le courant de la nuit, l'enfant pourra n'uriner qu'une ou deux fois, et volontairement. Souvent l'enfant, qui n'a pu garder ses urines pendant une heure au commencement de la nuit, se réveillera, le matin, la vessie extrêmement distendue.

Ce ne peut être une maladie de vessie qui laisserait ainsi des aptitudes parfaites pendant le jour; d'ailleurs, il n'y a ni catarrhe vésical, ni douleur.

Qu'est-ce donc?

Un jour, une dame vint me consulter pour sa fille, âgée de 19 ans, atteinte, depuis son enfance, d'incontinence nocturne d'urine. On ne lui avait jamais fait aucun traitement. Avant l'âge de 7 ans, on attendait beaucoup de l'évolution des dents; elle s'accomplit; l'enfant n'en pissa pas moins au lit. On espéra beaucoup alors de la menstruation, qui s'établit, sans empêcher la jeune fille de pisser au lit. Enfin on attendait tout d'un mari. Je fis observer que ce troisième moyen serait aussi inutile que les deux premiers, et pourrait avoir de graves conséquences.

Je conseillai à la mère de réveiller sa fille souvent dans la nuit; elle me répondit qu'elle avait un sommeil très profond. Je ne puis, me dit-elle, la réveiller ni en l'appelant, ni en la secouant, ni en lui jetant de l'eau froide au visage. Si cette circonstance se retrouvait chez tous les enfans atteints d'in-

---

milieu du scepticisme général, une confiance, une conviction qui se traduisaient par une exaltation de parole, de mimique et d'action que la plupart de nous ne pouvaient pas comprendre. Mais ce langage consolateur, ce geste inspiré, ces pratiques moitié mystérieuses étaient avidement saisies par le pauvre malade et quand le succès venait donner raison au médecin, quoi d'étonnant que ce médecin devînt un prophète, une sorte de divinité, auquel le malade, sa famille et ses amis vouaient un culte d'admiration et de reconnaissance.

Là, dans la foi et les convictions thérapeutiques de M. Récamier était tout le secret de sa pratique, de l'affection et de la confiance du monde et de l'ascendant qu'il exerçait sur le corps médical lui-même. Je ne dis pas qu'il ne faille faire aussi la part de quelques autres influences moins directement médicales; elles ont eu certainement leur importance dans les destinées de M. Récamier, quoique je sois convaincu que nous sommes tous trop disposés à leur en accorder une plus grande qu'il ne le faut. Je sais bien que les imitateurs de M. Récamier ont été nombreux; ils pourront devenir plus nombreux encore; mais mes prévisions me tromperaient étrangement si son héritage de praticien ne se divisait pas à l'infini. Je n'aperçois personne à l'horizon médical qui puisse remplacer cette originalité puissante qui vient de descendre tout entière dans la tombe.

En effet, il ne peut rester de M. Récamier qu'une tradition, tradition que le temps effacera tous les jours, car il ne l'a fixée dans aucun monument écrit; il n'a eu ni le temps, ni l'occasion de se recueillir; c'est l'homme du poète *omnis moriens*. La science doit-elle le regretter? J'aurai le courage de répondre non. Si, de son vivant, M. Récamier n'a pas fait école, s'il a marché à peu près seul dans les voies excentriques d'une médecine d'inspiration, il serait fâcheux qu'un enseignement écrit pût éloigner les médecins de la marche calme, correcte et scientifique qu'ils suivent en ce moment. M. Récamier était un grand artiste, un admirable artiste, mais il n'était que cela. Or, l'artiste peut bien léguer à ses élèves la connaissance de ses procédés, de ses *ficelles*, comme on dit dans l'atelier, mais l'inspiration, la soudaineté, l'originalité, tout cela meurt avec lui et nul ne peut prétendre à cet héritage.

Mais il est un souvenir de M. Récamier qui ne périra pas, c'est celui de son ardente et généreuse charité, de sa bienfaisance et de ses bonnes œuvres, dont le récit serait inépuisable. Ceux qui ont vécu dans l'intimité de notre célèbre confrère savent avec quel soin scrupuleux il s'abstenait de toute demande d'honoraires pour si peu que la position de fortune du malade lui parût équivoque; avec quel abandon et quel empressement il volait au secours des pauvres et quelles traces il laissait de son passage chez les malheureux. Ses amis, ses élèves de prédilection devenaient ses enfans; il les poussait, les prônait, leur faisait abandon de ses meilleurs cliens et n'épargnait ni soins, ni démarches pour asseoir leur réputation sur des bases solides. Le nombre de médecins et de chirurgiens qui lui doivent une position plus ou moins belle est considérable.

M. Récamier a pratiqué la médecine active pendant plus de cinquante ans. Sa thèse au doctorat date de 1799. Avec Marjolin, il est le médecin qui a vu, sans contredit, le plus de malades. Il laisse cependant une fortune moins belle que celle de quelques autres praticiens moins répandus que lui. La cause de ce fait, et c'est par là que je termine, c'est que notre généreux et charitable confrère dépensait régulièrement tous les mois, en bonnes œuvres, le dixième de ses recettes.

Amédée Latour.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

FUNÉRAILLES DE M. LE PROFESSEUR RÉCAMIER.

Une foule immense est venue hier rendre les derniers honneurs à M. Récamier. La nef de Saint-Sulpice était littéralement encombrée de médecins, de savans, d'hommes du monde, d'ecclésiastiques. Le deuil était conduit par les deux fils de M. Récamier et par M. le comte de Villiers, son beau-fils. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Cruveilhier, Adelon, Mélier et Grisolle. On remarquait dans la foule MM. Berryer, de Saint-Priest, de Pastoret, de Renneville, l'amiral Casy, Monseigneur l'évêque d'Alger, le duc de Narbonne, etc. La Faculté de médecine était représentée par la presque totalité de ses membres en robe. La députation de l'Académie de médecine était nombreuse et tous ses dignitaires étaient présens.

Après la cérémonie religieuse qui s'est faite en grande pompe, le cortége s'est mis en marche pour le cimetière Montparnasse, où plusieurs discours ont été prononcés. M. le professeur Trousseau a porté la parole au nom de la Faculté; M. Gibert, au nom de l'Académie de médecine; M. Maisonneuve, au nom du corps médical des hôpitaux; M. Caffe, au nom de la Société médicale d'émulation dont M. Récamier fut un des fondateurs, etc.

ACCOUCHEMENS. — Une commission composée de MM. Seoane, Lorente, Calvo y Martin, Lallana et Mendez Alvaro, tous membres du conseil supérieur de santé d'Espagne, est chargée de préparer un projet de réglement relativement à la pratique des accouchemens, abandonnée encore dans ce pays aux matrones et aux devineresses de carrefour.

CONFÉRENCE SANITAIRE. — Nous apprenons avec une vive satisfaction que M. le docteur Monlau et M. Segovia, qui ont pris part tous les deux à la conférence sanitaire internationale de Paris, l'un comme médecin, l'autre comme consul, au nom du gouvernement espagnol, viennent d'être nommés membres adjoints du conseil de santé par la reine d'Espagne.

MENSTRUATION DES FEMMES NORWÉGIENNES. — Il résulte des recherches de M. Faye, médecin en chef de l'hôpital d'accouchement de Christiania, que sur 122 femmes, 31 furent réglées dans leur 16e année, 23 dans leur 15e, 20 dans leur 17e, 14 dans leur 18e, 11 dans leur 19e, 8 dans leur 20e, 4 de 21 à 24 ans, et 5 seulement de 13 à 14, ce qui donne pour moyenne de l'établissement de la menstruation à Christiania, l'âge de 17 ans.

continence nocturne d'urine, on pourrait chercher une explication dans le relâchement des sphincters par un sommeil en quelque sorte léthargique. Mais tous les enfans ne sont pas aussi difficiles à réveiller que cette jeune fille. Cherchons donc une autre explication.

Les individus jeunes, même les enfans, sont pendant le premier sommeil presque toujours en érection. C'est un phénomène spasmodique d'éréthisme qui se passe du côté des organes génitaux. Pourquoi ne se passerait-il pas quelque chose d'analogue du côté de la vessie qui est animée par les mêmes nerfs? Or, s'il y a érection, il peut y avoir ténesme vésical; ce serait alors un phénomène spasmodique, un ténesme analogue à celui de la dyssenterie.

Mais pourquoi le sphincter n'a-t-il pas plus de force pour retenir les urines que la vessie pour les chasser?

C'est une maladie assez commune; déjà nous en avons eu un grand nombre d'exemples depuis le mois de janvier. Elle est aussi très fréquente dans le monde; le jeune médecin en verra très peu; mais à mesure qu'il vieillira, il la rencontrera plus souvent. C'est un secret qu'on n'avoue qu'au vieux confident de la famille.

Autrefois, on ne traitait pas, ou bien on traitait mal cette névrose, on laissait guérir seule; et, disons-le, la guérison est ordinairement spontanée vers l'époque de la puberté. Mais quelquefois elle est plus tardive; et n'est-il pas déplorable de voir des jeunes gens éloignés des lycées, des académies, pour une infirmité, objet des railleries de leurs camarades, infirmité que l'on peut si facilement faire disparaître par la belladone.

MM. Bretonneau et Morand revendiquent cette découverte qu'ils avouent tous deux devoir au hasard.

Ils traitaient des enfans pour la coqueluche et ils leur administraient de la belladone; quelques-uns de ces enfans étaient atteints d'incontinence nocturne d'urine. A leur grand étonnement, ils virent que l'incontinence d'urine guérissait en même temps que la coqueluche. Ils continuèrent la belladone, et les enfans, qui pissaient chaque nuit au lit, pissèrent moins souvent, et enfin ne pissèrent plus du tout.

Depuis lors, ils ont traité, et nous avons traité comme eux, un grand nombre d'enfans, et presque toujours la belladone a donné les résultats qu'ils en attendaient.

Tous les enfans que nous avons eus cette année dans le service, à l'exception d'une petite fille atteinte d'incontinence nocturne et diurne de l'urine, et qui, maintenant encore dans nos salles, obtient quelque bénéfice de l'emploi de la strychnine.

Il faut faire perdre aux organes leurs mauvaises habitudes. Que doit-on entendre par les habitudes des organes?

Les viscères se rompent à nos habitudes comme les organes de la vie de relation. Ainsi, on peut prendre ses repas à certaines heures, et si l'on veut les prendre à d'autres momens, quinze jours suffisent pour que la faim se fasse sentir aux heures que l'on vient d'imposer à l'estomac.

Ce suétudisme est une chose réelle, et l'on peut commander à ses organes qui s'habituent assez facilement au despotisme.

De même on peut rompre les habitudes de la vessie en éveillant les enfans une heure après qu'ils se sont couchés, afin de les faire pisser. Le lendemain, on retarde ce moment de quelques minutes, et chaque jour on éloigne l'époque du réveil, de façon à ne les faire relever que deux ou trois heures après le moment du coucher; et enfin on ne les réveille plus du tout. Il est arrivé que ces seules précautions ont suffi pour obtenir la guérison.

En même temps on donne des pilules d'un centigramme d'extrait de belladone. Huit jours après, on porte la dose de belladone à 2 centigrammes, et enfin on arrive à 3 centigrammes; rarement à plus de 5. L'enfant que l'on réveillait chaque nuit ne devra plus être réveillé qu'une nuit sur deux, et s'il ne pisse pas pendant les nuits où on le laissera tranquille, on cesse de le réveiller, et si pendant quinze nuits de suite il a pu garder ses urines, on diminuera la dose de belladone.

Enfin, si la guérison se maintient pendant un certain temps, on cesse tout traitement pour le reprendre ensuite pendant quelques semaines, l'interrompre, y revenir encore et cesser définitivement.

La névrose reparaît comme la fièvre palustre, qui peut revenir au bout de quelques mois. Il faut donc insister sur le traitement, non pas d'une manière continue, mais d'une manière intermittente, afin d'assurer la guérison.

L'incontinence d'urine peut être aggravée par une affection qu'elle produit elle-même. L'urine qui baigne les parties extérieures de la génération cause un eczéma de la vulve ou du prépuce, qui se propage au méat urinaire et cause enfin un ténesme vésical.

Au n° 21 de la salle Sainte-Geneviève, un cas de ce genre s'est présenté cette année. Une petite fille âgée de six ans pissait au lit chaque nuit. Elle avait en outre une irritation de la vulve; deux fois par jour on lui lança sur les parties génitales externes des douches d'eau contenant une solution de sulfate de cuivre. L'inflammation de la vulve, devenue cause après avoir été effet, guérit promptement; nous eûmes alors beaucoup plus de facilité pour l'administration de la belladone.

Cette enfant cessa, pendant un mois, de pisser au lit. Puis une nuit cet accident reparut, la belladone fut reprise et la guérison se maintint pendant six semaines, l'enfant alors nous quitta. Ce fait prouve encore combien il est nécessaire de reprendre le médicament après l'avoir quitté quelque temps. Voici comment on peut arriver à guérir la presqu'universalité des cas. Non pas tous les cas, cependant, car rien ne guérit tout.

Après des tentatives infructueuses par la belladone, on essaie le sirop de sulfate de strychnine, qui est quelquefois utile. S'il échoue, il faut avoir recours à la flagellation, à l'urtication, ce sont des moyens d'intimidation pour ceux qui pissent au lit par paresse.

Peut-être aussi ont-ils une action réflexe sur les organes génito-urinaires, car les vieux libertins retrouvent, par ces procédés, une virilité perdue depuis longtemps.

Enfin, on a recours aux moyens mécaniques. Je ne parle pas de l'absurde procédé qui consiste à lier le pénis des enfans. Mais un moyen plus simple est le bandage compresseur de l'anus, que j'ai imaginé.

Voici en quoi il consiste : une ceinture élastique entourant la taille, supportant à sa partie postérieure un ressort qui se termine à l'anus. A ce ressort est adapté une plaque de métal sur laquelle est fixé un cône tronqué en caoutchouc, qui, suivant l'âge ou le besoin de compression, a deux ou trois centimètres de diamètre à sa base.

On peut augmenter ou diminuer la compression en introduisant ce cône plus ou moins profondément, et pour cela on met sur le cône un plus ou moins grand nombre de rondelles de caoutchouc perforées, de manière à en diminuer la longueur. Ajoutez à cela des sous-cuisses, afin de le maintenir ou de le serrer davantage, et vous aurez un bandage léger, nullement incommode, qui, placé à l'anus chez les garçons, sert en quelque sorte de sphincter, comprime le col vésical, empêche l'urine de s'écouler et donne à la vessie, pendant la nuit, l'habitude de la distension qu'elle a déjà pendant le jour.

Chez les filles, la dificulté est plus grande. Il faut un bandage compresseur du vagin. Le ressort est placé sur le ventre et le cône pénètre entre l'hymen et le clitoris, ce qui, vous le comprenez, est très délicat et très difficile à exécuter.

Mais ce moyen imparfait et de très difficile application, nous l'avons remplacé avec un grand avantage par une petite ampoule de caoutchouc vulcanisé, terminée par un tuyau également en caoutchouc et que ferme un robinet. C'est, en petit, comme l'appareil si ingénieux de M. Gariel pour s'opposer aux hémorrhagies utérines. L'ampoule vidée et alors allongée en un tuyau mince, s'introduit jusqu'au-delà de l'hymen, on l'insuffle alors et l'on ferme le robinet. L'ampoule distendue presse sur la partie inférieure et sur le col de la vessie, et le lendemain matin on ouvre le robinet et l'on retire l'instrument que l'on nettoie.

En résumé, on commence par la belladone, puis par l'urtication et la flagellation; on a recours ensuite à la strychnine, et enfin chez les garçons, au bandage compresseur de l'anus, et chez les filles à l'appareil que nous venons de décrire.

E. Moynier,
Interne du service.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION DE TUBERCULES DU TESTICULE, DES ÉPIDIDYMES, DES VÉSICULES SÉMINALES, DE LA PROSTATE, DES REINS ET DU POUMON;

Par M. Ricord.

(Communiquée à l'Académie de médecine, séance du 29 juin 1852.)

Messieurs, les pièces d'anatomie pathologique que je viens soumettre à votre observation, se rencontrent si souvent, qu'il paraîtrait tout d'abord inutile de vous les montrer, si les vérités pathologiques qu'elles mettent en évidence n'avaient été mises en question dans une discussion qui a eu lieu dans cette enceinte même, et dans un mémoire qui vous a été lu par un de mes collègues de l'hôpital du Midi.

Il s'agit d'une tuberculisation des voies génito-urinaires, liée à une diathèse tuberculeuse.

Le cas que nous avons sous les yeux peut être considéré comme un type du mode de propagation et d'évolution des tubercules de ces régions. Je ne veux pas ici établir une loi trop absolue; mais il est incontestable qu'il existe une règle générale, que l'observation de tous les jours force à reconnaître; et cette règle générale veut que ce soit par l'épididyme que commence l'affection tuberculeuse des organes de la génération. Rien de plus commun, de plus vulgaire, que de trouver la tuberculisation des épididymes, alors que les testicules sont encore parfaitement sains; rien de plus relativement rare qu'une tuberculisation du testicule, sans que les épididymes soient affectés.

On pourrait établir quelque chose d'analogue à la loi formulée par M. Louis pour la phthisie pulmonaire: c'est que lorsqu'il y a des tubercules dans d'autres points des voies séminales, il y en a toujours dans les épididymes.

Généralement, toutes les parties ne se prennent pas en même temps et au même degré. A la tuberculisation de l'épididyme peut souvent succéder celle du corps du testicule; mais, ce que l'on observe plus fréquemment qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour, c'est la tuberculisation des vésicules séminales, avec ou sans dégénérescence tuberculeuse du canal déférent; puis l'infiltration tuberculeuse de la prostate, de la partie postérieure de l'urètre et successivement jusqu'au méat urinaire, où j'ai montré cette infiltration dans toutes ses phases, jusqu'à l'ulcération inclusivement. Des observations nombreuses ont confirmé ce que j'avance.

Ce mode d'évolution est on ne peut plus manifeste sur la pièce qui fait le sujet de cette démonstration.

Le testicule droit est un peu plus volumineux que celui du côté opposé. Après l'avoir fendu, on trouve son parenchyme plus dense qu'à l'état normal; la surface de la coupe présente une teinte un peu jaunâtre et un aspect légèrement granulé, plus facilement appréciable encore au doigt qu'à la vue. On y distingue en outre quelques points jaunes isolés qui paraissent dus à une accumulation de matière tuberculeuse.

Dans l'épaisseur de l'épididyme, on trouve trois noyaux jaunes, denses, arrondis, allongés, isolés les uns des autres, à peu près égaux. Ils occupent presque toute la longueur de l'épididyme et offrent de la façon la plus évidente les caractères du tubercule cru.

La vésicule séminale de ce côté, évidemment augmenté de volume, est presque entièrement remplie dans toute sa longueur par plusieurs noyaux tuberculeux en partie crus, en partie ramollis.

Une incision, pratiquée dans le lobe droit de la prostate, y fait également reconnaître deux noyaux tuberculeux, assez volumineux, à l'état cru.

Le testicule du côté gauche a son tissu souple, sa coloration normale, et n'offre aucune trace d'altération.

L'épididyme, moins volumineux que celui du côté opposé, présente à son centre un noyau tuberculeux presque entièrement ramolli, diffluent, d'un jaune plus clair que ceux de l'autre épididyme.

La vésicule séminale, aussi un peu moins volumineuse que de l'autre côté, renferme cependant deux masses tuberculeuses en grande partie ramollies.

Le lobe gauche de la prostate, à peu près aussi volumineux que l'autre, ne présente cependant d'autre altération que quelques petites taches jaunâtres.

Les deux canaux déférens sont, dans toute leur longueur, souples, sans inégalités, sans bosselures, sans épaississement. Après les avoir ouverts dans toute leur longueur, on trouve que le droit contient, dans une étendue de 10 centimètres à son extrémité prostatique, de la matière tuberculeuse ramollie, adhérente en partie à la paroi. Plus haut, la muqueuse est encore un peu altérée dans une petite étendue. A gauche, il y a seulement un peu de matière tuberculeuse au voisinage de la prostate.

L'urètre paraît absolument sain dans toute sa partie antérieure, mais plus en arrière sa muqueuse est inégale et granulée. Les granulations sont surtout très sensibles au doigt.

Le verumontanum est ulcéré à son sommet, et paraît infiltré de matière tuberculeuse.

Les parois de la vessie ne présentent ni épaississement notable, ni ramollissement; l'examen le plus minutieux ne peut faire trouver la matière tuberculeuse.

Les urétères sont fort dilatés. Leurs parois ne sont pas notablement hypertrophiées, mais la surface interne est grisâtre, inégale et ramollie. Celui du côté droit présente à sa partie supérieure, dans une étendue de 5 centimètres, des dépôts de matière tuberculeuse en voie de ramollissement, saillante à l'intérieur et oblitérant en partie la cavité du canal.

La même matière se trouve accumulée en grande quantité dans les calices et les bassinets.

Les deux reins sont très volumineux, car ils offrent une longueur de 14 centimètres sur 7 centimètres de largeur. Ils sont déformés, en outre, par de larges bosselures, d'une teinte jaunâtre, qui en occupent toute la surface.

En incisant le rein, quelques-unes de ces bosselures donnent issue à un liquide séreux, la plupart à un pus liquide et fétide. Les premiers sont des kystes assez volumineux, tapissés d'une membrane ayant l'aspect d'une séreuse. Les autres sont des foyers dont les parois sont encore couvertes de matière tuberculeuse ramollie et adhérente. La plupart ont une cavité susceptible d'admettre une grosse noix. Autour de ces cavités, la substance du rein refoulée a presque disparu.

L'estomac, les intestins, les ganglions lombaires et mésentériques, le foie, sont exempts de toute altération.

Les deux plèvres ont, dans toute leur étendue, le feuillet viscéral uni au feuillet pariétal par des adhérences celluleuses.

Les deux poumons présentent, dans toute leur moitié inférieure, les caractères de la pneumonie au premier et au second degrés; le sommet du poumon droit présente une caverne anfractueuse, capable de contenir un œuf de pigeon, renfermant une petite quantité de matière purulente et de la matière tuberculeuse encore adhérente aux parois de la cavité. Dans son voisinage, quelques noyaux tuberculeux crus infiltrés de matière noire.

Le cœur n'offre rien d'anormal.

Quant aux granulations saillantes de la muqueuse urétrale, elles ne contiennent pas de matière tuberculeuse, et ne sont qu'un épaississement du derme muqueux (1).

Est-il besoin, en présence d'un fait comme celui-ci, et dont on a déjà de si nombreux exemples, de faire ressortir combien est peu fondée la prétendue loi qu'a voulu poser un de nos collègues, qui n'aime cependant pas les lois en pathologie.

Que penser, en effet, de cette proposition étonnante, qui veut que la tuberculisation des testicules soit liée à la diathèse tuberculeuse, tant qu'un seul testicule est affecté (cas dans lequel le testicule est dit *malin*); tandis que lorsque les deux sont pris, on ne doit plus rien avoir à redouter ailleurs. Ce qui voudrait dire que plus vous avez de tubercules, moins vous devez craindre d'en avoir.

Ici vous le voyez, Messieurs, il y a des tubercules dans les deux épididymes, dans les vésicules séminales, la prostate, les reins *et dans les poumons* où ils sont arrivés au troisième degré dans quelques points. Ainsi, phthisie pulmonaire, diathèse tuberculeuse des mieux caractérisées.

Nous n'avons pas besoin d'insister davantage sur une vérité qui ne doit laisser aucun doute dans les bons esprits. Il est bien entendu, pour nous, qu'on peut avec des tubercules d'un ou des deux côtés des organes renfermés dans le scrotum, être atteint de phthisie pulmonaire et de tuberculisation plus ou moins généralisée.

Mais trouve-t-on toujours la tuberculisation des testicules fatalement liée à la phthisie pulmonaire? Certainement, non! Il y a infiniment plus

(1) Le compte-rendu de cette autopsie a été recueilli avec beaucoup de soin par un de nos élèves les plus distingués des hôpitaux, M. Pottin, interne à l'hôpital du Midi.

de phthisiques sans tuberculisation des voies séminales qu'autrement; comme aussi, il y a beaucoup plus de tubercules des épididymes, des testicules, des vésicules séminales, de la prostate, sans phthisie pulmonaire.

Quelques personnes ont mis en doute (car il y a des gens qui doutent de tout), que l'affection tuberculeuse des épididymes et des testicules fût du véritable tubercule, identique à celui renfermé dans les poumons. Dans le cas particulier que je présente, tous les moyens d'investigation ont été employés; l'épreuve par le microscope a été faite par M. Lebert avec le soin qui caractérise ses savantes recherches, et l'on a trouvé qu'il y avait dans les testicules une matière en tout semblable à celle des poumons.

Pour les tubercules des organes génitaux, comme pour ceux des poumons, les maladies inflammatoires peuvent être considérées comme des causes d'évolution; c'est ainsi que l'épididymite blennorrhagique en favorise le développement. Les causes traumatiques peuvent aussi leur être favorables. C'est dans ce cas, peut-être, qu'on rencontre le plus souvent la tuberculisation commençant par le corps du testicule, quand les violences ont porté sur lui.

Je suis donc, sous ce rapport, tout à fait de l'avis de mes très honorés et savans collègues, MM. Bégin et Larrey.

Je ne puis m'empêcher aujourd'hui, en présence des pièces que nous avons sous les yeux, de rappeler ce que j'ai eu l'honneur de vous dire relativement aux conséquences pratiques que l'on peut déduire de faits semblables :

L'affection tuberculeuse des épididymes et des testicules suit le canal déférent, les vésicules séminales, la prostate, pour atteindre les voies urinaires.

Le cancer commence par le corps du testicule, et lorsqu'il sort du scrotum, et pénètre dans le bassin, il remonte en suivant les élémens vasculaires du cordon. Le cancer du testicule n'aboutit ni aux vésicules séminales, ni à la prostate.

D'un autre côté, le sarcocèle syphilitique, plastique ou gommeux, ne sort pas des bourses.

On comprend tout le parti que l'on peut tirer de ses lois, au point de vue du diagnostic différentiel, souvent si difficile et toujours si important, des maladies testiculaires, ainsi qu'au point de vue du pronostic et du traitement.

Dans tous les cas, Messieurs, je serai très heureux, si le fait que je viens de soumettre à votre appréciation et les conséquences que j'ai cru pouvoir en déduire, ont un moment fixé votre attention.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. CAFFE.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.

De l'influence des parois du crâne sur la perception des sons.

A propos du procès-verbal, M. CAFFE revient sur la question, agitée dans la réunion précédente, de la transmission des ondes sonores à l'oreille interne, à travers les parois du crâne et la masse cérébrale. Dans la dernière séance, la discussion avait incliné à considérer les parois du crâne, en raison de leur densité, comme bons conducteurs des ondes sonores, et à croire que leur ablation, leur perte de substance plus ou moins étendue, devait nuire à l'audition. M. Bravais, dont les travaux font autorité en ces questions, interrogé par M. Caffe, lui a répondu que la densité des corps n'est pas toujours en raison de leur dureté, que certaines parties molles transmettent les ondes sonores aussi bien que l'air et les corps durs, et qu'il peut très bien en être ainsi des membranes et de la substance cérébrale relativement aux parois du crâne.

L'opinion de M. Bérard, dit M. LARREY, confirme en cela celle de M. Bravais. L'observation clinique conduit aux mêmes conclusions; MM. Larrey et Caffe citent chacun un fait qui le prouve : il s'agit de militaires ayant perdu, sur le champ de bataille ou à la suite d'opérations, une partie de la voûte du crâne et qui entendent bien mieux depuis cette perte de substance osseuse qu'ils n'entendaient auparavant; tel était M. le général Gazan; ou bien qui entendent mieux vis-à-vis cette perte de substance, au travers des membranes et de la pulpe cérébrale seulement, que vis-à-vis les parties osseuses voisines.

M. FOURNET fait observer que la nature, en instituant un sens spécial de l'audition, et en traçant aux ondes sonores leur route naturelle par le conduit auditif, a dû se préoccuper de garantir la pulpe cérébrale des ébranlemens sonores du dehors, et qu'à ce titre la voûte du crâne doit être un organe d'amortissement bien plutôt que de renforcement du son. La théorie physique, l'observation pathologique, la physiologie semblent donc s'unir dans la nouvelle opinion à laquelle s'arrête la Société.

De la grossesse extra-utérine.

M. DEPAUL entretient la Société du fait intéressant observé à l'hôpital Beaujon par M. Huguier, et dont la presse s'est déjà beaucoup occupée. Il présente, au sujet de ce fait, des réflexions qui tendent à mettre en doute la nature de la grossesse.

Au sujet de la grossesse ellemême, il ne saurait y avoir d'incertitude. M. Depaul en passe en revue les différens signes, il insiste sur l'état des seins, du mamelon, de son auréole, sur le développement du ventre, sur la facilité avec laquelle on sent les diverses parties de l'enfant au travers des parois abdominales, sur les mouvemens de l'enfant que la mère ressent, que la main et l'ouïe constatent, enfin et surtout sur les battemens du cœur de l'enfant, au nombre de 130 à 140 par minute.

En résumé, il ne peut pas y avoir de doute sur le fait de grossesse, dit M. Depaul; mais cette grossesse est-elle intra ou extra-utérine? La question a été résolue dans ce dernier sens par des hommes distingués et compétens, entre autres par M. le docteur Huguier, plus que tout autre à portée de répéter ses observations et de bien appuyer son opinion, puisque la malade est dans son service. M. Depaul, sans s'inscrire contre cette opinion, croit prudent de rester encore dans le doute. Il ne voit pas là de signes suffisans pour affirmer. On se rappelle que la femme dont il est question, rapporte sa grossesse à un viol, dont elle précise la date à sept mois. Le viol, les violences, les circonstances extraordinaires, il est vrai, sont invoqués par quelques auteurs comme motif de grossesse extra-utérine; mais M. Depaul ne croit pas à la loi de ces rapports; et d'ailleurs, fussent-ils constans, peut-on être sûr que, dans l'espèce, il y a eu viol? Qui garantit la vérité de l'assertion de cette femme?

La position inclinée à gauche et l'état ramolli du col de l'utérus se rapportent assez bien à une grossesse ordinaire de six mois et demi à sept mois; du reste, ces conditions n'excluent pas absolument la possibilité d'une grossesse extra-utérine, car dans cette dernière la matrice et même le col ne restent pas étrangers au travail de gestation.

Le corps lui-même de l'utérus a paru à M. Depaul avoir un développement assez marqué, mais la même raison lui interdit d'en rien conclure.

Rien ne permet, non plus, de décider si la tumeur qui fait ressortir la paroi abdominale, à droite surtout, comme dans la grossesse de sept mois à peu près, est un kyste, ou l'utérus lui-même en gestation.

Cependant, le toucher vaginal constate vers la courbe du sacrum, une tumeur assez prononcée, constante, qui ne saurait dépendre de l'accumulation de matières dans l'intestin, qui, chose remarquable, descend plus bas que le col de l'utérus, et au travers de laquelle on sent distinctement un corps dur, un peu arrondi qui paraît à M. Depaul devoir être attribué à une des saillies osseuses de l'enfant, comme ferait la rotule. Cette circonstance est celle qui paraît à M. Depaul autoriser le plus l'idée, l'opinion d'une grossesse extra-utérine. Mais elle est affaiblie par le fait que la plupart des grossesses extra-utérines ne dépassent pas le troisième ou le quatrième mois, et que la grossesse de cette femme est au septième mois.

C'est par ces motifs réunis que M. Depaul reste dans le doute. A plus forte raison, ne lui paraît-il pas possible, en supposant une grossesse extra-utérine, de préciser son siége dans l'ovaire, dans la trompe, ou ailleurs.

Provoqué par M. Gillette sur la question thérapeutique, M. Depaul dit que dans le doute où il reste sur le fait de la grossesse intra ou extra-utérine, et dans le principe où il se place du double salut de la mère et de l'enfant, il lui paraîtrait convenable d'attendre et de voir si la question de viabilité ou de non-viabilité de l'enfant ne serait pas résolue par le temps et par la nature; il resterait dans l'expectative, au moins jusqu'au huitième mois de la grossesse. Alors, en effet, comme dans bien d'autres cas dont M. Depaul, M. Giraldès, M. Larrey rapportent des exemples, il se pourrait que le temps et la nature eussent dénoué la question que l'art n'ose pas trancher.

M. Depaul cite le cas d'un squelette de fœtus, tout entier sorti par le rectum, chez une malade de M. Michon, qui se releva après cela du marasme dans lequel elle était tombée, et guérit.

M. GIRALDÈS rapporte le double cas de débris d'un fœtus expulsé par la vessie, où quelques-uns d'eux formaient le noyau d'un calcul, et d'un autre fœtus expulsé de même par un abcès de la partie antérieure de l'abdomen. Ces cas, dit-il, ne sont pas rares.

M. LARREY raconte l'histoire d'une femme qui rendait, par une fistule urinaire sous-ombilicale, de longues mèches de cheveux implantés sur un reste de cuir chevelu. Chez elle aussi un débris fœtal était devenu le noyau d'un calcul volumineux.

Mais enfin, supposant résolue la question de grossesse extra-utérine, et supposant la malade confiée à ses soins, M. DEPAUL préférerait de beaucoup dans ce cas, la section césarienne vaginale à la gastrotomie. Indépendamment de ce que la première de ces opérations lui paraît en elle-même offrir moins de danger, parce qu'elle ouvre le péritoine dans une moins grande étendue, elle lui paraît plus appropriée au cas dont il s'agit, et surtout être particulièrement indiquée par cette tumeur sacro-vaginale, où il croit reconnaître un membre de l'enfant.

M. Depaul a vu faire cette opération à M. Dubois avec succès; il a eu lui-même une fois l'occasion de la pratiquer.

M. Huguier, qui ne doute pas, lui, de l'existence d'une grossesse extra-utérine, s'est arrêté à l'idée de la section vaginale, sans rien préciser sur l'époque de l'opération, mais en inclinant plutôt à ne pas retarder qu'à attendre; c'est dans ces termes que M. Huguier en a parlé à M. Fourniet depuis la réunion de la Société.

M. LARREY paraît, comme M. Huguier, préoccupé des inconvéniens de l'attente en pareil cas. Le développement plus considérable du fœtus ne devrait-il pas, ou accroître la difficulté de l'opération et le danger de la mère si on s'attachait à la conservation de l'enfant, ou augmenter les regrets si on était forcé de le sacrifier.

A propos de cette dernière et pénible extrémité où se trouve quelquefois l'accoucheur, on parle des douloureux services que pourrait rendre l'électricité.

M. HILLAIRET répond à la question faite par M. Giraldès à ce propos, par l'histoire d'une dame enceinte chez qui la grossesse fut prise et traitée pour une tumeur morbide. L'emploi de l'électricité détermina la mort de l'enfant.

L'observation dont M. Depaul vient de présenter les côtés saillans, est l'occasion de quelques débats secondaires que provoque M. Caffe et auxquels quelques membres prennent part, sur le bruit de souffle abdominal, sa valeur diagnostique de la grossesse, sur sa mobilité et son instabilité séméiologique; sur l'incertitude de tout autre signe que les battemens du cœur de l'enfant; les mouvemens de l'enfant, quoique réels, ne sont pas toujours perçus par l'observateur, dit M. Depaul, et quelquefois même ne le sont pas par la mère.

La discussion porte encore sur le cathétérisme de l'utérus comme moyen de diagnostic entre les deux grossesses et les diverses sortes de grossesses intra-utérines. M. Depaul en fait sentir les dangers.

Nomination de M. Demarquay.

M. LARREY fait un rapport sur les titres de ce confrère et sur les ouvrages qu'il a adressés à la Société à l'appui de sa candidature. Le plus important est le mémoire contenant les résultats des expériences commencées, il y a trois ans, par M. Demarquay, en collaboration avec MM. Aug. Duméril et Lecointe, et communiquées à l'Institut sous le titre suivant : *Considérations physiologiques sur les modifications que subit la température animale, sous l'influence de l'introduction dans l'économie, de différens agens thérapeutiques.*

La publicité donnée depuis longtemps à ces recherches expérimentales, soit dans les annales des sciences naturelles, soit dans les comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, ou bien dans les divers journaux de médecine; cette publicité, dit M. le rapporteur, nous dispensera de refaire une analyse détaillée du travail auquel M. Demarquay a pris une large part, comme chirurgien anatomiste spécialement chargé des vivisections.

Un autre travail de M. Demarquay et qui lui appartient en propre, a pour titre : *Mémoire sur la luxation du pouce en arrière et sur un nouveau procédé de réduction. Observation de luxation incomplète du premier métacarpien en dedans.*

Ce travail, extrait des mémoires de la Société de chirurgie, s'appuie essentiellement sur un fait particulier d'observation, pour faire ressortir deux points relatifs à la luxation du pouce, à savoir : 1° l'insuffisance, dans bien des cas de la plupart des moyens usités pour la réduction; 2° l'avantage obtenu dans ce cas spécial, par un mouvement de rotation de l'extrémité du pouce combiné avec l'extension.

M. Roux, appelé en consultation près du malade qui a fourni l'observation, lui a appliqué l'ingénieux instrument de traction imaginé par M. Luër, et employé aujourd'hui par tous les chirurgiens dans les cas analogues à celui-là.

L'application du procédé proposé par M. Demarquay, faite une fois par M. Larrey, lui permit de le considérer comme un utile perfectionnement de la réduction des luxations du pouce.

M. Larrey entretient encore la Société de quelques autres travaux du candidat, notamment d'un très bon *mémoire sur les plaies de la vessie par armes à feu*, mémoire sur lequel il a fait ailleurs un rapport détaillé (1).

Il rappelle que M. Demarquay, depuis longtemps prosecteur de la Faculté, secrétaire de la Société de chirurgie, a été récemment nommé chirurgien du bureau central des hôpitaux.

En conséquence, il propose de le nommer membre résidant de la Société.

La conclusion du rapport est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Le secrétaire général, J. CHEREST.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU CHARBON BELLOC DANS LA GASTRO-ENTÉRALGIE.

L'histoire de la gastralgie et de l'entéralgie tient une large place dans l'histoire des erreurs et des déceptions médicales. Tour à tour méconnues ou mal interprétées, ces maladies ont donné lieu aux plus étranges méprises de la thérapeutique.

La génération médicale actuelle n'est pas encore universellement convertie aux saines pratiques consacrées par l'expérience et l'observation de ces dernières années, et trop souvent encore le médecin écrit *gastrite*, là où la nature a tracé en caractères évidens *gastralgie*.

L'observation moderne a prouvé sans réplique que si rien n'était plus rare que la gastrite aiguë spontanée, rien n'était plus commun, surtout dans les classes aisées de la société, que les névroses gastro-intestinales si souvent confondues avec l'inflammation des voies digestives. Sur ce point, l'ouvrage de M. Barras a plus fait pour précipiter la chute du système de Broussais que vingt ans de polémique dogmatique.

Mais M. Barras n'avait ni tout dit ni tout fait.

En conseillant un régime tonique, une alimentation forte et réparatrice là où Broussais prescrivait l'eau de gomme et les sangsues, M. Barras avait admirablement saisi une indication précieuse, sans doute, mais il laissait trop fréquemment le médecin en présence de grandes difficultés d'application et de pratique.

Prescrivez donc d'emblée un régime tonique à un malade dont l'estomac s'insurge contre l'eau de poulet! Ingérez des alimens dans des organes chez lesquels une cuillerée de lait détermine d'atroces souffrances! Et c'est là précisément le cas le plus fréquent. La thérapeutique est en possession, il est vrai, de palliatifs puissans pour des cas semblables. Mais l'usage prolongé de l'opium est-il sans inconvénient?

Est-il prudent aussi de soumettre pendant un temps trop long l'estomac et l'intestin à l'action du sous-nitrate de bismuth?

Pour remplir l'indication présente, pour rendre l'estomac apte à recevoir et à digérer un aliment réparateur, M. le docteur Belloc, après une expérience faite sur lui-même, après avoir recueilli de nombreuses et concluantes observations dans sa pratique particulière, a préconisé la poudre de charbon végétal, qui, après avoir joui d'une certaine vogue, était retombée dans un profond oubli.

M. Belloc a soumis son travail à l'Académie nationale de médecine, dont la commission, nommée à cet effet, a vérifié par l'observation, soit dans les hôpitaux, soit en ville, toutes les assertions de cet honorable collègue.

Depuis, de nombreuses observations sont venues confirmer les résultats annoncés par M. Belloc.

Nous croyons utile de citer un nouvel exemple de succès dû à l'emploi du charbon végétal du docteur Belloc, car on ne saurait trop attirer l'attention des praticiens sur les remèdes véritablement utiles.

« M. D..., de Bordeaux, âgé de 34 ans, d'un tempérament bilieux, » d'une constitution vigoureuse, souffrait depuis six ans d'une affection » gastro-entéralgique qui avait débuté au commencement d'un hiver.

» Depuis cette époque, les douleurs et tout le cortége des symptômes » qui accompagnent cette affection, reparaissaient au commencement » de chaque hiver, pour disparaître dès les premiers jours de printemps. Douleurs à l'épigastre, irradiant vers l'hypochondre droit; » coliques nocturnes excessivement violentes; vomissemens une heure » après le repas; impossibilité absolue de digérer les viandes noires; » amaigrissement; faiblesse; couleur paille des tégumens; tristesse; » éructations; vents; constipation opiniâtre.

» M. D... avait consulté plusieurs médecins, et n'avait constaté aucune amélioration sous l'influence des différens traitemens qu'il avait » subis. Pendant une grande partie de l'hiver, ce malade était obligé de » garder le lit, seul moyen d'apaiser un peu ses souffrances. Le 24 octobre 1851, M. D... vint me consulter. J'ordonnai après chaque repas, matin et soir, une grande cuillerée de charbon en poudre, du » docteur Belloc; le quatrième jour, les vomissemens cessent; les douleurs épigastriques ont disparu; le malade souffre encore de ses coliques la nuit; le huitième jour, trois cuillerées qui sont portées à » quatre le douzième jour; la constipation a cessé. Une selle molle tous » les matins.

» Le malade a mangé de la viande, qui a été parfaitement supportée » et digérée. — Quinzième jour, mieux sensible; le malade ne se couche plus pendant le jour, et vaque à ses occupations habituelles; les » coliques nocturnes sont moins douloureuses; la nutrition se fait bien; » la peau reprend sa couleur presque normale. L'usage du charbon est » continué. Le 1er décembre, M. D... se considère comme guéri.

» Depuis le 20 décembre, je l'ai perdu de vue; mais aujourd'hui, 5 » mars, on m'écrit que M. D... se porte bien, mange de tout et digère » parfaitement. »

M. Belloc a rendu un grand service à la thérapeutique, en exhumant des vieilles pharmacopées un médicament aussi précieux que le charbon. Mais pour que les praticiens en retirent tous les avantages qui ont été signalés par l'Académie de médecine, il est important de ne pas s'adresser indifféremment à toutes les poudres de charbon. M. Belloc a indiqué des précautions indispensables à prendre, soit pour le choix des bois, soit pour les procédés de carbonisation. La *poudre* et les *pastilles*, dont il surveille très attentivement la fabrication, présentent à cet égard toute la sécurité désirable; et nous devons féliciter M. Belloc d'avoir mis entre les mains des praticiens un médicament toujours identique, condition *sine quâ non* d'une bonne expérimentation thérapeutique.

(1) *Mémoire de la Société de chirurgie*, tome II.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 80. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 6 Juillet 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 JUILLET 1852.

LES REMÈDES NOUVEAUX.

(3e ARTICLE)

Si des institutions disciplinaires impraticables, une limitation impossible, un tarif inexécutable, ne peuvent être et ne sont, en effet, que des mesures impuissantes ou dangereuses pour remédier aux souffrances de la pharmacie, trouverons-nous un moyen plus efficace dans le système restrictif chaleureusement, passionnément sollicité contre la publicité pharmaceutique? Examinons ce dernier point.

En se plaçant au seul point de vue de l'intérêt professionnel, on ne voit pas trop ce que le commerce de la pharmacie aurait à gagner à l'interdiction de la publicité, mais on aperçoit très bien ce qu'il pourrait y perdre. Si la pharmacie use et abuse de la publicité, c'est probablement qu'elle y trouve son compte. Si cette publicité lui est profitable, et que l'on veuille l'interdire, on va donc directement contre l'intérêt professionnel en proposant, en sollicitant cette mesure.

Mais on objecte : la publicité n'est pas un fait général dans la pharmacie ; c'est un moyen exceptionnel employé par quelques pharmaciens, et qui ne profite qu'exceptionnellement à ceux qui en usent. L'immense majorité des pharmaciens n'a pas recours à la publicité extra-scientifique, et elle en devient la victime, car l'achalandage se concentre sur quelques officines qui se recommandent incessamment à l'attention du public et sur quelques médicamens, hôtes obligés de la quatrième page.

Cette objection est sérieuse, elle va heureusement plus loin que l'intérêt professionnel, elle touche à l'intérêt public ; aussi commande-t-elle la plus sérieuse attention. Voici notre opinion franche sur ce point délicat :

Nous ne croyons ni possible, ni utile, ni juste d'interdire d'une manière absolue la publicité pharmaceutique.

Cette interdiction n'est pas possible. Toutes les lois, toutes les pénalités, si sévères fussent-elles, seraient impuissantes contre la publicité. Parviendrait-on à obtenir du pouvoir législatif — ce qui est fort douteux, on en a fait l'expérience lors de la discussion de la loi Salvandy à la Chambre des pairs — une loi contre la publicité, la publicité ne serait pas détruite, elle se transformerait aussitôt; de *prospectus* et d'*annonce* qu'elle est aujourd'hui, c'est-à-dire de visible et de patente, elle deviendrait article de fond, livre ou brochure, c'est-à-dire cachée, plus difficile à reconnaître, plus apte à tromper, et par cela même plus dangereuse et plus perfide.

Cette interdiction ne serait pas utile; ce que nous venons de dire sur la transformation certaine de la publicité, prouve que cette mesure deviendrait plus nuisible qu'avantageuse. Le génie de la spéculation trouverait mille moyens d'éluder la loi ; on ne ferait que déplacer l'annonce; chassée de la quatrième page, elle se réfugierait ailleurs et se déguiserait sous d'autres formes; tel serait le résultat inévitable de toute législation prohibitive.

Cette interdiction ne serait pas juste. Sur quelles bonnes raisons justifier cette mise hors du droit commun des inventeurs sérieux des choses pharmaceutiques? Déjà une mesure restrictive grave a été prise contre eux ; ils ne peuvent protéger, par un brevet d'invention, leurs découvertes qui rentrent immédiatement dans le domaine public ; pourquoi les priver encore de tout droit, de tout moyen de produire leurs œuvre, et d'en tirer une part quelconque, légitime et morale de bénéfice? Cela serait-il juste? Ne s'exposerait-on pas ainsi à éteindre tout zèle, toute émulation parmi les corps des pharmaciens, et à priver la science du concours précieux de son dévoûment et de ses études?

Non, ce n'est pas la prohibition complète et absolue de la publicité pharmaceutique qu'un homme pratique peut demander ; on ne peut raisonnablement s'associer à des projets impossibles, inutiles et injustes. Mais est-ce à dire qu'il n'y ait rien à faire, rien à modifier sur ce point? Nous ne sommes pas de cet avis. Si la liberté de la presse est de droit commun pour la pharmacie, cette liberté ne doit pas aller jusqu'à la licence. Un intérêt public d'une suprême importance exige une intervention intelligente de l'autorité en pareille matière, et si la publicité pharmaceutique ne peut être détruite, elle peut et doit être réglementée.

Ce n'est pas devant les lecteurs de ce journal que nous avons à exposer les considérations d'ordre et d'intérêt public qui exigent la réglementation de la publicité pharmaceutique. Nous n'en indiquerons qu'une seule prise dans les entrailles même du sujet. Si nous avons reconnu plus libéralement que certains pharmaciens eux-mêmes, que la pharmacie était un commerce, la vérité et le bon sens nous obligent à reconnaître aussi que ce commerce a quelque chose de spécial qui le différentie de tous les autres commerces. Ainsi, à l'encontre de tout autre négoce, celui de la pharmacie ne peut et ne doit pas pousser à la consommation de ses produits. Le public n'a aucun intérêt à connaître les inventions et les modifications pharmaceutiques. Il est même utile pour lui qu'il les ignore, parce que le public a une tendance générale à se droguer, à se médicamenter lui-même sans mesure, sans intelligence, sans indication, et souvent même avec des indications tout à fait contraires. La publicité pharmaceutique n'est donc utile que pour les médecins qui seuls ont le droit de prescrire les médicamens, et qui seuls ont intérêt à connaître les progrès de l'art.

De là la première modification, ou plutôt une première mesure à proposer pour la réglementation de la publicité pharmaceutique, savoir :

Toute annonce d'un produit pharmaceutique ne devra indiquer aucune propriété thérapeutique.

Ajoutez à cela une sanction pénale applicable, suffisamment sévère pour qu'on n'ait pas intérêt à la braver, pas trop rigoureuse, afin que les juges ne reculent pas devant l'application, et vous aurez plus fait pour la moralisation de l'annonce que par tous vos projets de prohibition absolue.

Mais ce n'est pas tout encore : le médecin qui seul prescrit les médicamens, a intérêt pour ses malades et pour sa propre réputation, à n'être pas trompé par l'annonce. De là l'indispensable nécessité de ne pouvoir annoncer que des produits suffisamment garantis par l'observation et l'expérience cliniques. De là encore une seconde formule avec sanction pénale :

Ne pourront être annoncés que les médicamens inscrits au *Codex* ou approuvés par l'Académie nationale de médecine et dont la formule aura été insérée dans son *Bulletin*, avec l'autorisation des inventeurs, selon les dispositions du décret du 3 mai 1850.

Nous aurions peut-être à justifier la tolérance que nous accordons pour la publicité aux médicamens inscrits au *Codex*. Nous aurions quelques motifs sérieux, au point de vue de l'art comme à celui des intérêts professionnels à faire valoir sur ce sujet. Mais nous ne voulons pas allonger outre mesure une discussion déjà trop longue, et nous avons hâte de la résumer par les conclusions suivantes :

Ce n'est pas dans les mesures proposées que l'on trouvera

Feuilleton.

DE LA CHLOROSE AU VILLAGE.

Dieuze (Meurthe), 14 juin 1852.

Monsieur et honoré confrère,

Depuis que le commerce de la broderie s'est établi dans nos campagnes — au détriment de l'agriculture, il y a de cela quelque vingt-cinq ans — la chlorose fait de rapides progrès ; elle est aujourd'hui infiniment plus commune au village qu'à la ville, et les médecins *à la campagne* (suivant l'heureuse expression de l'un de vos correspondans) sont plus familiarisés avec cette affection que les médecins des grandes villes.

Les brodeuses, à la campagne, sont exactement dans les conditions des plantes que l'on renferme pour l'hiver, dans des celliers, sans air, sans lumière et surtout sans l'agitation salutaire des courans atmosphériques : comme les plantes, les brodeuses, condamnées à une vie sédentaire, s'étiolent et dépérissent. Dans l'un et l'autre cas, la matière colorante et les sels font défaut, tandis que les sucs aqueux abondent.

Au village, la jeune fille se lève, en hiver, avant le jour, pour s'occuper de sa broderie, à la clarté vacillante de sa lampe fumeuse et infecte ; en été, elle se lève avec le jour. Elle continue sa tâche, sans trève ni repos, jusqu'à ce qu'elle se couche, après avoir prolongé sa veillée avec le secours de l'huile infecte qui alimente sa lampe. A peine donne-t-elle quelques instans à son modeste et frugal repas ; elle croit qu'elle doit tout son temps à son genre de travail, et rien à la satisfaction des besoins du corps et de l'intelligence. De l'économie domestique, il n'en faut plus parler, elle ne s'en occupe plus.

Pour se former une idée exacte de la fâcheuse situation des jeunes filles livrées au travail de la broderie, il faut savoir qu'elles restent enfermées dans des chambres basses, étroites, humides, constamment habitées pendant le jour, dont on n'ouvre jamais les croisées, où *tout* se fait, et où plusieurs personnes ont couché pendant la nuit. Les alimens dont elles font usage sont peu réparateurs, peu animalisés : ils consistent tantôt en pommes de terre, laitage, salade, tantôt en fromage sec et salé, rarement en viandes salées et en légumes cuits. Ainsi, elles respirent un air vicié, dépourvu de quantités normales d'oxygène et chargé de gaz nuisibles, et elles se nourrissent d'alimens peu riches en matières alibiles ; et leur vie se passe dans l'inaction qui frappe tous les appareils de langueur et d'atonie.

Il ne faut pas croire cependant que la chlorose soit identiquement la même chez toutes les malades. Elle affecte généralement deux formes bien distinctes : nous avons la chlorose simple, ordinaire, et la chlorose floride. Je ne parlerai pas des nuances peu importantes qui se rattachent à chacune des deux formes; elles sont évidentes pour tous les praticiens ; j'éliminerai, tout d'abord, comme hors de mon sujet, les fausses chloroses qui peuvent attaquer l'un et l'autre sexe, et que l'on doit considérer comme une maladie fort rare à la campagne.

On a dit quelque part, en Allemagne, je crois, qu'il existait une chlorose des faibles (chlorose atonique) et une chlorose des forts (*chlorosis fortiorum seu florida*). L'observation de tous les jours me fait rencontrer la chlorose avec exubérance de sérum dans le sang, et diminution considérable et progressive de la matière colorante, d'une part ; et, d'autre part, la chlorose dans laquelle, malgré l'exubérance du sérum, le sang conserve encore une notable proportion de matière colorante. Ni la force, ni la faiblesse n'ont rien à voir dans cette affection anémique, où l'utérus qui domine toute la pathologie de la femme (*propter solum uterum mulier est quod est*) joue un rôle important. La chlorose simple est plus commune avant et pendant le travail de la puberté ; la chlorose floride l'est davantage après cette époque ; cette dernière, chez les très jeunes filles, est souvent caractérisée par une ménorrhagie qui se reproduit chaque quinze jours.

Lorsqu'on veut examiner en particulier chaque élément de la chlorose, il est toujours nécessaire, en dernière analyse, de remonter au système nerveux ganglionnaire, et à la modification profonde que le sang a subie dans la proportion des élémens qui le constituent ; puis le système nerveux malade et le sang appauvri, qui s'influencent mutuellement, font tourner l'observateur dans un cercle vicieux, toutes les fois qu'il néglige de porter son attention sur l'organe qui imprime à la chlorose son cachet particulier. Car ce serait se tromper beaucoup que de croire à l'action spéciale des causes, purement prédisposantes, énumérées plus haut, et de faire abstraction de l'influence de l'utérus dans le développement de la chlorose. Cet organe, seul, souffre d'abord du repos, de la chaleur, de l'excitation vaine et de sa pression particulière exercées sur lui par le paquet intestinal, dans la situation continuellement assise des brodeuses. Attribuer la chlorose à une gastralgie ou à toute autre cause de ce genre, c'est en méconnaître le caractère et prendre l'ombre pour la réalité, le symptôme le plus vulgaire pour l'état pathologique lui-même : la gastralgie, pas plus que les bruits anormaux des artères et du cœur, que la céphalalgie, l'essoufflement ou la faiblesse générale, n'est la cause prochaine de la chlorose. Mieux vaudrait peut-être rechercher si les douleurs dans l'hypochondre gauche, dont se plaignent la majeure partie des jeunes filles chlorotiques de nos contrées marécageuses, ne doivent pas être considérées comme le symptôme d'une splénite ; et, dans le cas de l'affirmative, comme semble l'indiquer la percussion, *loco dolenti*, si la rate, chargée peut-être de fournir au sang sa matière colorante, n'aurait pas d'intimes relations avec l'utérus, et n'en serait pas influencée par l'intermédiaire du trisplanchnique. La splénopathie est rarement apparente dans la chlorose floride. Quant au caractère pathologique de l'état de l'utérus, il est difficile à déterminer; seulement, on peut dire qu'il n'a rien de commun avec celui des phlegmasies.

La chlorose a, pour conséquences presque nécessaires, un degré de stérilité que la guérison du mal primitif ne dissipe pas toujours, et dont l'influence se fait déjà sentir, d'une manière remarquable, dans le mouvement des populations de nos campagnes. La progression des naissances, depuis près de quinze ans, dans les villages où on brode, est bien loin de suivre celle des naissances dans les villes, pour la même période de temps : elle est dans la proportion de 1 à 3.

les moyens de remédier aux souffrances de la pharmacie;

Ces souffrances sont le résultat de causes générales qui ne peuvent être combattues que par des moyens généraux actuellement impraticables;

La publicité pharmaceutique est moins préjudiciable aux intérêts professionnels de la pharmacie qu'aux intérêts de la santé publique;

A ce point de vue, la publicité pharmaceutique peut et doit être réglementée;

Suppression des indications de toute propriété thérapeutique, garantie d'expérimentation par une autorité compétente, telles doivent être les conditions imposées à l'annonce d'un produit pharmaceutique.

Voilà, pour notre compte, tout ce que nous pensons sur ce sujet, auquel il eût été possible et peut-être nécessaire de donner des développemens plus étendus pour éviter quelques fausses interprétations et des insinuations sans fondemens.

Amédée Latour.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

DE L'ALBUMINE ET DE SES DIVERS ÉTATS DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE; Par M. Mialhe.

§ I. Rien n'entre dans l'économie, rien n'en sort sans être à l'état fluide; pour tous les élémens alimentaires ou non, qui doivent pénétrer dans le système circulatoire, composé de vaisseaux clos de toutes parts, il y a nécessité absolue de dissolution complète, afin qu'ils puissent mouiller, imbiber, traverser les membranes, arriver jusque dans la profondeur des tissus, et là, suivant leur destination définitive, être assimilés, brûlés, détruits, concourir à la formation des organes ou se perdre dans les excrétions. C'est une loi naturelle qui n'admet pas d'exception.

Cependant, il est une substance qui, seule, semble échapper à cette loi : c'est l'albumine. Considérée jusqu'à présent comme soluble, parce qu'elle offre toutes les apparences des liquides ordinaires, elle présenterait cette singulière anomalie de se comporter comme un corps insoluble.

Nous nous proposons de démontrer que, contrairement à l'opinion généralement admise, l'albumine est insoluble; que son insolubilité est la conséquence de son organisation et la condition essentielle des fonctions qu'elle est destinée à remplir; qu'elle doit, pour pénétrer dans l'économie ou pour en sortir, subir des transformations qui la rendent soluble.

§ II. Tous les auteurs ont pensé que l'albumine était soluble et endosmotique. M. Denis seul assurait qu'elle était insoluble, mais qu'elle pouvait être dissoute à l'aide d'un alcali.

Berzélius, en prouvant qu'on peut neutraliser l'alcali sans modifier l'état de l'albumine, concluait qu'elle était soluble par elle-même.

M. Dumas dit dans son *Traité de chimie*, 7e volume, page 455 : « On connaît l'albumine sous deux formes bien distinctes : liquide et miscible à l'eau en toutes proportions, telle qu'on la trouve dans le sang, le blanc d'œuf; solide et tout à fait insoluble, telle qu'on l'observe dans le blanc d'œuf cuit et dans le sang coagulé par la chaleur. »

Selon M. Liébig (*Traité de chimie organique*, t. III, p. 230), le sérum du sang étant évaporé à une douce chaleur, laisse une masse diaphane, dure et friable, qui se dissout de nouveau et d'une manière complète par la digestion dans l'eau; le blanc d'œuf desséché revient aussi à son état primitif lorsqu'il est mis en contact avec l'eau froide. Parmi toutes les dissolutions de substances organiques, c'est pour la dissolution d'albumine que les membranes animales ont la plus faible capacité d'imbibition et d'absorption.

M. Dutrochet, dans ses excellens travaux sur l'endosmose et l'exosmose a bien constaté que c'est l'albumine qui exerce l'attraction la plus considérable sur les liquides aqueux, mais il n'a point cherché s'il y avait passage ou non de l'albumine à travers les membranes.

M. Matteucci, qui s'est livré avec tant de succès à l'étude des phénomènes endosmotiques, dit que le passage de l'albumine à travers les membranes doit être possible, toutefois sans appuyer cette opinion d'aucun fait précis.

M. Poiseuille, persuadé que peu de liquides échappent aux lois formulées par Dutrochet, a recherché si le sérum du sang obéissait au double phénomène d'endosmose et d'exosmose, et a conclu de ses expériences qu'il y avait exosmose du sérum à la solution saline de sulfate de soude, de sulfate de magnésie, de sel marin, à travers les membranes animales.

§ III. Mais si l'albumine était soluble, endosmotique, aussi bien que les liquides aqueux des humeurs animales, elle ne pourrait se maintenir dans le système circulatoire, elle traverserait constamment les parois des vaisseaux qui la contiennent, se répandrait dans tout l'organisme, et viendrait se perdre dans les produits de sécrétion. Or, c'est ce qui n'arrive jamais dans l'état physiologique : il est parfaitement établi que « les » liquides des excrétions sont les seuls où l'on remarque l'ab- » sence totale de l'albumine (Dumas). »

Les liquides albumineux de l'économie animale, échappant aux lois de l'endosmose, se trouvent ainsi dans des conditions différentes des liquides aqueux ordinaires.

L'albumine ne traverse pas les membranes.

§ IV. Pour nous assurer si, dans toutes circonstances, les liquides albumineux se comportaient comme les corps insolubles, nous avons expérimenté sur le sérum du sang et sur le blanc d'œuf : dans l'un et l'autre l'albumine présente exactement les mêmes propriétés, précipitant par la chaleur; par l'acide nitrique, sans pouvoir se dissoudre dans un excès d'acide; par les sels de plomb, de mercure, d'argent; par la créosote, le tannin, l'alcool, etc.

Des tubes de même diamètre (40 à 45 millimètres), fermés d'un côté par un appendice cœcal de mouton, ont été remplis les uns de sérum, les autres de blanc d'œuf battu et filtré, puis plongés dans l'eau pure et dans diverses solutions de sulfate de soude, sulfate de magnésie, phosphate de soude. Dans chacune des expériences, il s'est effectué au bout de six heures passage et mélange des liquides. La chaleur et l'acide nitrique ont déterminé dans tous les liquides extérieurs un trouble manifeste indiquant la présence d'une certaine quantité de matière albumineuse. Mais cette matière albumineuse n'était pas de l'albumine normale, semblable à celle introduite dans les tubes; c'était de l'albumine *modifiée*, car elle ne coagulait pas complètement par la chaleur, et formait avec l'acide nitrique un précipité qui se dissolvait en partie dans un excès d'acide. Ces expériences, répétées un grand nombre de fois avec beaucoup de soin, donnèrent toujours le même résultat.

Par sa modification et sa proportion constante, quelle que fût la quantité de sérum ou de blanc d'œuf renfermée dans les endosmomètres, cette matière albumineuse donna lieu de penser qu'elle pouvait provenir des membranes mêmes, qui, par la macération, laissaient écouler les liquides organiques dont elles sont normalement empreignées, et nullement du passage de l'albumine à travers les membranes. De nouvelles expériences en donnèrent la certitude : plusieurs anses intestinales de mouton furent lavées et pesées exactement, puis remplies d'eau pure et plongées dans des solutions de sulfate de soude et de sulfate de magnésie. De sorte que les membranes se trouvaient entre deux liquides non albumineux. Après six heures d'expérimentation, la chaleur et l'acide nitrique décélaient dans les liquides extérieurs la même matière albumineuse, en quantité proportionnelle au poids de l'anse intestinale employée.

Il a été ainsi rendu évident que la matière albumineuse trouvée dans les expériences précédentes provenait uniquement des membranes.

Expériences avec les membranes de l'œuf.

§ V. Afin d'éviter cette cause d'erreur et de n'avoir aucun produit qui pût dénaturer les résultats, nous avons rejeté les membranes intestinales, et nous avons cherché pour endosmomètre une membrane poreuse, point vasculaire, point gorgée de liquides organiques et supportant longtemps la macération sans se décomposer : la membrane de l'œuf nous a offert tous ces avantages (1).

Il était d'abord nécessaire de s'assurer que la membrane ovine était bien endosmotique; à cet effet, un œuf dont la coquille avait été enlevée à l'un des bouts, et la membrane qui la tapisse conservée intacte, fut plongé dans un vase rempli d'eau; bientôt la membrane, affaissée avant l'expérimentation, s'est distendue graduellement au point de combler d'abord le vide de la chambre de l'œuf, puis de dépasser le niveau de l'ouverture de la coquille pour venir faire hernie au dehors; preuve évidente que l'eau du vase avait pénétré à travers la membrane dans l'intérieur de l'œuf.

L'œuf s'est ainsi rempli d'une assez grande quantité de liquide extérieur : pesé exactement avant l'expérience, puis d'heure en heure après son immersion dans l'eau, il avait acquis

	grammes.
Au bout de 1 heure. . . .	0,50
Au bout de 2 heures . . .	1
Au bout de 3 heures . . .	1,50
Au bout de 4 heures . . .	2

Après cinq heures la membrane se rompit; l'œuf avait alors 2 grammes 50 centigrammes de poids en plus. L'époque de la rupture de la membrane varie d'après la grosseur de l'œuf et la résistance de la membrane; elle a lieu, en général, entre la 3e et la 5e heure.

Pour rendre plus sensibles ces phénomènes d'absorption, on adapte avec de la cire, au sommet de l'œuf, un tube droit qui communique avec l'intérieur; le liquide, après avoir rempli l'œuf, monte rapidement dans le tube. Il ne faut pas mettre en bas de l'œuf une trop grande portion de membrane à découvert, autrement elle romprait par la pression : cette membrane peut être efficacement protégée par deux bandelettes de linge qui s'entre-croisent au-dessous d'elle, et n'apportent aucun obstacle aux phénomènes endosmotiques. Il est facile de calculer exactement la quantité de liquide ascendant, en le fai-

(1) M. Brücke, cité par Valentin dans ses leçons de physiologie, avait déjà employé la membrane qui double la coquille de l'œuf dans des expériences tout à fait analogues, mais sans arriver à aucun résultat concluant.

Presque toutes les brodeuses sont menacées d'amaurose ou d'ambliopie amaurotique; mais cette fâcheuse complication doit être moins attribuée à la chlorose qu'au travail minutieux de ces ouvrières, et qu'aux tristes conditions dans lesquelles elles sont forcées de vivre.

Enfin, la cachexie chlorotique prédispose singulièrement aux fièvres à quinquina, de cause paludéenne.

Depuis fort longtemps on applique, avec succès, les préparations martiales au traitement des *pâles couleurs*; sans trop vouloir se rendre compte de l'action immédiate de ces agens thérapeutiques sur l'économie animale, on s'était contenté, jusqu'en ces derniers temps, de croire au passage de quelques atômes de fer dans le torrent de la circulation, et les réductions, bien connues, de Barruel étaient parvenues à corroborer encore l'opinion dominante. Mais tout récemment des médecins belges et français ont prétendu que l'on pouvait substituer, avec avantage, tous les métaux, notamment le cuivre et le plomb, au fer et à ses préparations, refusant à ce dernier la faculté d'être assimilé, et ne lui accordant que le pouvoir (*commun à tous les métaux*) d'imprimer aux élémens du sang un mouvement électrique; suivant ces médecins, les quantités normales de fer dans le sang sont invariables; *elles ne pourraient diminuer, si peu que ce fût, sans que l'hématosine cessât d'exister*. Ainsi, le sang, à l'aide d'une sollicitation électrique du premier métal venu, fût-il vénéneux, retrouverait en lui-même de quoi se recomposer.

Je ne sais pas, vraiment, lors du retour des chlorotiques à la santé, si le sang retrouve tous les élémens nécessaires à sa reconstruction, toujours est-il qu'il parvient à se reconstituer lorsque les malades ont ingéré quelques prises inoffensives de fer à l'état métallique, *mélangé aux alimens*; notons bien ceci, car le fer, donné à l'aventure, hors les heures des repas, reste sans action appréciable.

Administrez quotidiennement et à chaque repas 15 ou 20 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène, et vous pourrez, dans une période de dix jours, constater une modification notable chez vos malades; la teinte jaune de la peau sera déchargée; les sclérotiques paraîtront moins mates et les muqueuses plus rosées; les bruits anormaux du cœur et des artères moins prononcés, la tête moins douloureuse, toutes les douleurs névralgiques amoindries et les forces physiques un peu relevées. Après une seconde période de dix jours, il ne restera plus qu'un peu de pâleur et de lenteur dans les mouvemens; après une troisième, enfin, tout semblera rentré dans l'ordre; mais un second mois sera nécessaire à la cure radicale. Il est bien entendu que l'on devra faire entrer dans le traitement des prescriptions hygiéniques capables de neutraliser les causes prédisposantes dont il a été fait mention plus haut; et c'est chose fort rare et fort difficile à obtenir des filles de campagne, en raison de leurs préjugés et surtout de leur position de fortune.

Toutefois, il est curieux de voir ce que peut encore l'administration convenable du fer aidée d'un bon régime alimentaire; toutes les autres conditions fâcheuses restant les mêmes; ici, dans un délai plus long, à la vérité, la circulation redevient normale, les muqueuses et les sclérotiques reprennent leur couleur, les accidens nerveux disparaissent encore, les forces physiques se relèvent, mais la peau reste, à jamais décolorée, la menstruation difficile et les récidives sont fréquentes.

On n'obtiendra la diminution de la chlorose, dans les campagnes, et une amélioration dans le mouvement des populations rurales qu'en mettant un terme au commerce de la broderie, et en renvoyant les ménagères aux soins de l'économie domestique, dans les exploitations agricoles où elles font défaut.

Agréez, etc. E.-A. Ancelon.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

— On lit dans la *Patrie* du 5 juillet :

« Dans l'année 1851, les recettes totales de toute nature de l'administration de l'assistance publique ont été de 18,257,952 fr.; les dépenses étant de 15,286,848 fr., l'excédant des recettes est des 2,971,104 fr.

» Les dons et legs en faveur des pauvres et hospices de la ville de Paris, en 1851, sont de 253,800 fr. en capitaux, de 22,240 fr. de rente, et de 60,875 fr. d'objets divers.

» Les recettes des bureaux de bienfaisance des douze arrondissemens de Paris ont été, en 1851, de 2,800,770 fr., et les dépenses de 2,213,398 fr.

» Au 31 décembre 1842, le nombre des lits existant dans les hôpitaux et hospices de la capitale, était de 16,681; il s'élevait à 17,160 à la même date de 1851. Dans ce dernier chiffre, les hospices destinés à la vieillesse comptaient 7,182 lits.

» Les malades indigens traités dans les hôpitaux de la capitale en 1851, étaient au nombre de 84,970, dont 69,944 de Paris, 13,173 de la banlieue, 1,813 des départemens et 40 étrangers. La dépense totale a été de 3,642,753 fr.; la dépense moyenne, par journée de malade, s'est élevée à 1 fr. 77 c. 2/3. »

PRIX. — L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare avait mis au concours, pour l'année 1850, une *monographie de la chlorose*, a reçu quinze mémoires sur ce sujet, et a couronné celui du docteur Minervini, de Naples, secrétaire-adjoint de l'Académie Pontonienne.

STATISTIQUE UNIVERSITAIRE DE L'ESPAGNE. — Le *Bulletin officiel* du ministère de grâce et de justice publie, dans son dernier numéro, le tableau statistique des élèves inscrits dans les universités, instituts, colléges et séminaires d'Espagne, pendant le cours de l'année 1851-52 : faculté de philosophie 14,460, écoles préparatoires 844, théologie 1,628, droit 3,420, médecine 1,463, chirurgie 11, pharmacie 470, notariat 1,283, ou en tout 23,579 élèves. Les universités qui comptent le plus grand nombre d'élèves sont celles de Madrid, de Barcelone et de Valladolid : 5,362 pour la première, 3,305 pour la seconde, 1,483 pour la troisième. Celle d'Oviedo est la plus pauvre; elle ne compte que 742 élèves.

OMISSION. — Dans l'article *sur le charbon Belloc*, publié dans le dernier numéro, on a oublié d'indiquer le signataire de l'observation contenue dans cet article, et qui est M. Lapeyre, d.-m. p.

sant déverser par un tube recourbé à mesure qu'il monte. Alors le phénomène n'a d'autre terme que le mélange parfait des liquides soumis à l'expérimentation ou l'altération de la membrane, laquelle peut résister à la macération pendant plus de vingt-quatre heures sans se décomposer. Un œuf, pesant 70 grammes, a déversé de cette manière 25 grammes de liquide, plus d'un tiers de son poids.

La membrane de l'œuf, bien endosmotique pour l'eau pure, l'était-elle également pour différens liquides? Des expériences furent faites avec des solutions de sel marin, de sucre de canne, de glucose, introduites dans l'intérieur d'œufs préalablement ouverts et vidés par un de leurs bouts, fermés à l'autre bout par la membrane laissée intacte après le bris de la coquille; les œufs servant eux-mêmes d'endosmomètres baignaient séparément dans des vases remplis d'eau. Dans chacune des expériences, le double phénomène d'endosmose et d'exosmose s'est effectué; l'eau du vase a passé dans l'œuf, la solution contenue dans l'intérieur de l'œuf a passé dans le vase, ce dont il a été facile de s'assurer par les divers réactifs qui décélaient la présence soit du sel marin, soit du sucre de canne, soit du glucose.

Ainsi, l'œuf garni de sa membrane est parfaitement propre aux expériences endosmotiques; organisé lui-même et presque à l'état vivant, il peut être considéré comme l'expression la plus rapprochée des phénomènes physiologiques, établissant en quelque sorte le passage entre la nature vivante et la nature morte.

§ VI. Il a donc été possible de le substituer aux membranes animales, sans rien changer aux conditions physiques des expériences par lesquelles on cherchait à constater le passage des liquides albumineux.

Un œuf, dont à une seule extrémité la coquille avait été brisée et la membrane mise à découvert, fut complètement submergé dans un vase rempli d'eau. Au bout de cinq heures, l'eau du vase avait pénétré dans l'œuf de manière à augmenter son poids de 2 grammes et à déterminer une hernie volumineuse de la membrane. Evidemment il y avait eu endosmose, mais y avait-il eu exosmose des substances contenues dans l'intérieur de l'œuf? Oui, pour les matières salines que l'œuf tient en dissolution; l'eau du vase était devenue alcaline au papier de tournesol et verdissait le sirop de violettes. —Non, pour l'albumine; jamais, dans des expériences multipliées, les réactifs n'ont pu faire constater la moindre trace d'albumine dans l'eau du vase tant que la membrane n'a pas été rompue.

On pourrait objecter que dans l'œuf l'albumine est cloisonnée, qu'elle ne circule pas librement, et qu'à cet obstacle était due l'absence du phénomène d'exosmose.

L'expérience suivante répond à cette objection: un œuf dont la coquille avait été cassée aux deux extrémités fut vidé complètement, rempli de blanc d'œuf battu et filtré, puis plongé dans l'eau par l'extrémité garnie de sa membrane. Après un séjour prolongé dans l'eau, il n'y a eu, comme dans les expériences précédentes, aucun passage de l'albumine.

Le sérum du sang remplaça, dans l'intérieur de l'œuf, l'albumine battue et filtrée; les résultats furent exactement les mêmes. Après six et huit heures d'immersion, le sérum avait cédé à l'eau du vase tous ses élémens salins, carbonates, chlorures, sulfates, phosphates, qui se reconnaissaient aisément par leurs réactifs particuliers, mais pas un atome d'albumine. Dans aucun cas l'albumine, soit du blanc d'œuf, soit du sérum, n'a traversé les membranes de l'œuf.

Expériences avec les membranes animales.

§ VII. Les membranes animales devaient certainement se comporter comme les membranes de l'œuf et ne point livrer passage à l'albumine. Pour décider complètement la question, nous avons repris les appendices de cœcum avec la précaution d'en empêcher la macération et la décomposition au moyen d'un liquide conservateur, le sirop de sucre.

Deux cœcums de mouton, contenant du sang défibriné, ont été plongés l'un dans une solution de sucre, l'autre dans une solution de sulfate de magnésie. Les liquides ont été examinés au bout de six heures; la solution sucrée essayée n'a donné lieu à aucun trouble et n'a présenté aucune trace de matière albumineuse; la solution saline a fourni, par l'acide nitrique, un précipité albumineux plus ou moins soluble dans un excès d'acide. Cette différence de résultat ne peut être attribuée qu'à l'action conservatrice du sucre sur les membranes.

Les expériences ont été répétées en sens inverse avec des endosmomètres pour plus de précision; les endosmomètres contenant dans leur intérieur, l'un une solution de sulfate de soude, l'autre une solution saturée de sucre, furent placés dans des quantités égales de sang défibriné. Au bout de cinq heures, il y avait eu endosmose du sérum à la solution sucrée et à la solution saline, mais non dans les mêmes proportions. Dans l'endosmomètre contenant le sucre, la quantité de sérum était trente fois plus grande que dans l'endosmomètre contenant le sulfate de soude; on devait donc, si l'albumine du sérum avait traversé les membranes, trouver dans la solution sucrée une quantité de matière albumineuse trente fois plus grande que dans la solution saline; c'est l'inverse qui avait eu lieu: l'acide nitrique déterminait dans la solution saline un notable précipité, tandis que dans la solution sucrée il ne révélait pas trace d'albumine.

§ VIII. C'est ainsi que nous avons pu découvrir la cause d'erreur qui a entraîné la plupart des physiologistes à admettre l'albumine comme endosmotique; si, en dehors des endosmomètres, il existe une certaine quantité d'albumine, nos expériences ont péremptoirement établi que cette matière albumineuse, *albumine modifiée*, provenait non d'un phénomène d'endosmose, mais de l'altération des membranes mêmes servant à l'expérience, et du déplacement du liquide albumineux contenu dans leur tissu. De sorte qu'en se servant de membranes rendues inaltérables par un liquide conservateur, ou de membranes résistant longtemps à la macération par leur nature même comme la membrane de l'œuf, on évite absolument cette cause d'erreur, et on acquiert la certitude que jamais, à l'état normal, l'albumine ne traverse les membranes, que par conséquent elle est insoluble et point endosmotique.

(*La suite au prochain numéro*).

THÉRAPEUTIQUE.

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DE L'IODE;

Par M. le docteur J. HANNON.

L'iode, cet héroïque médicament, employé jusqu'à ce jour sous tant de formes et de tant de manières diverses, présente une propriété physique précieuse pour la thérapeutique et dont il nous semble étrange que l'on n'ait point profité. Nous voulons parler de sa facile *volatilisation* à la température ordinaire, et de l'absorption facile de sa vapeur par la peau. On sait aujourd'hui qu'il est indispensable à l'organisme qu'une certaine dose d'iode, (*homéopathique jusqu'à un certain point*) soit renfermée dans les aliments ou contenue dans l'air. Si ces conditions, comme il arrive dans certaines localités, n'existent pas, le goître et le crétinisme sont endémiques. L'iode est tout aussi indispensable à la lymphe et au chyle que l'oxigène est indispensable au sang. Sans iode, l'activité des vaisseaux lymphatiques diminue et des engorgements se manifestent dans diverses parties du corps, notamment dans les glandes; avec l'iode, au contraire, l'organisme entier se ranime.

Qu'observe-t-on, en effet, après quelques jours de l'administration de l'iode? l'appétit, languissant d'abord, est excité, les fonctions digestives s'exécutent avec une perfection inaccoutumée, la circulation devient plus active, les sécrétions sont excitées; mais s'il en est ordinairement ainsi à la suite de faibles doses d'iode, on sait qu'il n'en est pas de même pour tout le monde, et que souvent, surtout chez ceux dont l'estomac ou les intestins sont plus ou moins irritables, il survient un mal de gorge plus ou moins intense, mal qui est le prélude des troubles qui surviendront du côté du tube digestif et des voies respiratoires.

L'iode ne peut donc être administré à l'intérieur dans tous les cas, l'intolérance survient du reste tôt ou tard chez tous les malades, quel que soit l'état des voies digestives ou quelle qu'ait été dans les premiers instans la tolérance apparente du médicament.

C'est pour obvier à ces inconvéniens, qui se produisent dans tous les cas où l'iode est indiqué, que nous avons renoncé à l'administrer à l'intérieur sous quelque forme que ce soit. Toujours nous le faisons pénétrer en nature dans l'organisme par le système cutané, et nous nous en trouvons bien, beaucoup mieux même que nous ne nous en étions trouvé par aucun des procédés indiqués jusqu'à ce jour.

L'iode administré pur, sous forme de teinture ou de pommade, a souvent été préconisé, mais un grave reproche peut être fait à ces deux modes d'administration. L'iode, appliqué ainsi sur la peau, l'irrite, l'enflamme, provoque des affections éruptives et s'absorbe mal. Le malade se refuse bientôt à cette médication. Si, au contraire, on force la vapeur d'iode à pénétrer dans l'organisme par la peau, sans appliquer immédiatement l'iode sur la peau, celle-ci ne subit aucune irritation et l'on peut faire absorber continuellement et pendant aussi longtemps qu'on le voudra telle quantité d'iode que l'on jugera convenable. Il suffit, pour atteindre ce résultat, d'opérer de la manière suivante:

Quelques grumeaux d'iode (de 5 à 20 grains) doivent être renfermés dans une feuille d'ouate d'un décimètre carré environ; on dépose à cet effet l'iode sur l'ouate et on replie celle-ci sur elle-même, de façon à renfermer l'iode entre deux faces de la feuille; cette opération terminée, on coud l'ouate et son contenu dans un morceau de toile de façon à former un sachet.

C'est ce sachet qui, appliqué sur la région où existe l'engorgement, constitue tout l'appareil nécessaire à la médication iodée.

Il est indispensable que l'iode soit maintenu entre deux lames d'ouate. S'il était tout simplement dans de la toile, et s'il était ainsi appliqué sur la peau, il ne tarderait pas à produire une phlegmasie du derme et des ampoules remplies de sérosité, comme ferait l'ammoniaque ou la teinture de cantharides.

Contenu par de l'ouate, au contraire, les vapeurs seules arrivent à la peau et la pénètrent, sans l'irriter, avec une incroyable rapidité.

Au bout de quelques jours apparaissent des symptômes d'excitation générale fort sensible. La peau devient plus chaude, la circulation plus active; les sécrétions augmentent et renferment toutes de l'iode à dose très marquée.

Lorsqu'on applique un tel sachet, il est une précaution à prendre, si l'on ne veut s'exposer à voir bleuir fortement le linge du malade. Les vapeurs d'iode s'échappent de toute la périphérie du sachet, et il est évident que la moitié du médicament au moins passera dans les vêtemens, se combinera à l'amidon de la chemise, et la tachera en bleu ou en violet. Pour éviter ce petit désagrément, il suffit d'interposer entre la toile et le sachet un morceau plus ou moins étendu de taffetas gommé ou une lame très mince de gutta-percha. De la sorte, toute la vapeur d'iode pénètre dans l'économie. Les vêtemens n'enlèvent rien, ou du moins presque rien.

L'iode, administré de cette manière, agit avec une extrême rapidité, comme il est facile de s'en assurer dans le traitement du goître et de l'adénite strumeuse. J'ai maintes fois administré l'iode de la sorte contre ces affections, et dans tous les cas j'ai obtenu les résultats ordinaires du traitement par l'iode à l'intérieur, sans jamais en éprouver les inconvéniens.

L'iode pour agir de cette manière n'a pas besoin d'être appliqué *loco dolenti*. Le sachet fixé dans le voisinage de la tumeur suffit; nous avons vu diminuer ainsi rapidement un goître à la suite d'une application du sachet sur la poitrine. Nous avons observé le même effet au sujet d'une adénite commençante de la région maxillaire gauche. Un sachet suspendu sur la région sus-claviculaire du même côté, a suffi pour faire disparaître presque complètement en trois mois la manifestation scrofuleuse.

Dans certaines localités de notre pays, l'iode manque soit dans l'air, soit dans l'eau, aussi le goître et le crétinisme y règnent-ils endémiquement. Ne serait-ce point là le cas d'essayer le traitement par l'iode comme nous l'indiquons, on pourrait être certain au moins de n'occasionner aucun troubles du côté des voies digestives (1).

BIBLIOTHÈQUE.

DU PRONOSTIC ET DU TRAITEMENT CURATIF DE L'ÉPILEPSIE; par M. HERPIN, de Genève. —Un volume in-8° de 620 pages. Paris, chez J.-B. Baillière.

Choisir pour sujet l'étude du pronostic et du traitement de l'épilepsie, c'est déjà faire preuve de courage. Qu'on lise dans l'ouvrage de M. Herpin le chapitre intitulé: *Du pronostic en général*, et l'on jugera si, en présence de tant d'opinions contradictoires, de tant d'espérances trompées aussitôt que conçues, de cette multitude de traitemens vantés avec enthousiasme, puis abandonnés, puis repris pour être abandonnés encore, on ne se sent pas porté à ce découragement qui s'est emparé de tant de médecins parmi les mieux placés par leurs profondes études et par leur position pour apprécier la valeur de toutes ces tentatives dont la science nous offre une si longue liste. M. Herpin s'est senti la force de lutter contre ce sentiment si naturel, tout en mesurant la difficulté de l'entreprise, ainsi que le temps énorme qu'il fallait lui consacrer; appréciant mieux que personne le peu de certitude qu'il y avait à obtenir des résultats satisfaisans, il n'a pas reculé, il s'est mis à la tâche, il a persévéré pendant de longues années, ne négligeant rien de ce que l'observation rigoureuse pouvait lui apprendre, et aujourd'hui que nous avons son ouvrage sous les yeux, nous devons le féliciter d'avoir entrepris une si rude besogne, et nous devons aussi nous réjouir de l'acquisition si heureuse que vient de faire la science, car nous devons le dire tout d'abord, de ces belles recherches il ressort comme résultat capital que le pronostic de l'épilepsie est, en général, moins grave que ne le pensaient la plupart des meilleurs esprits et des plus compétens, et qu'avec de la persévérance dans le traitement on peut espérer des succès que des essais trop rapidement abandonnés faisaient trop souvent regarder comme impossibles.

Parmi les observations rapportées par M. Herpin, il en est beaucoup qui, à ce point de vue, sont extrêmement remarquables, et ce fait seul d'avoir poursuivi avec persévérance l'emploi d'un médicament, dans des cas où la persistance du mal semblait annoncer l'incurabilité, et où la plupart des autres praticiens auraient perdu courage, est un caractère distinctif de ces recherches. Il est aussi très instructif pour nous, car déjà nous voyons apparaître la raison de cette divergence si étrange des opinions sur la curabilité de l'épilepsie. Si tant de médecins les mieux placés pour juger la question ont annoncé que cette affection est incurable, n'est-ce pas parce que, trop tôt découragés, ils ont bien souvent abandonné un remède qui, employé plus longtemps, aurait pu procurer une guérison complète? D'autres, au contraire, ont porté un pronostic beaucoup plus favorable, et après avoir lu le livre de M. Herpin, on ne peut guère douter que ce sont eux qui, pratiquant plus particulièrement en ville, ont insisté le plus sur les médications qu'ils adoptaient. En mettant en présence, dans un de ses chapitres, toutes les opinions des principaux auteurs, M. Herpin a fourni au lecteur les élémens nécessaires pour porter son jugement sur un point si difficile, et pour nous, nous pouvons dire qu'il nous a convaincu. Aussi, est-ce avec grande raison qu'il recommande avec insistance, dans le traitement de l'épilepsie, *la persévérance* qui peut seule assurer le succès. Dans un assez bon nombre de cas, en effet, nous voyons, après un premier traitement de trois mois et plus qui est resté inefficace, un second traitement du même genre entrepris avec le même courage, puis un changement de médication devenant nécessaire, d'autres moyens employés pendant un temps aussi long, et enfin se déclarer une amélioration qui annonce une guérison prochaine.

Nous avons cru devoir, à l'exemple de M. Herpin, insister sur cette nécessité de ne pas abandonner trop tôt l'emploi des médicamens, parce que c'est le point capital dans la pratique. Maintenant, nous allons chercher à donner une idée exacte de son ouvrage et indiquer les principaux résultats qu'il a obtenus.

L'ouvrage est divisé en cinq livres qui traitent: 1° de la méthode à suivre en thérapeutique; 2° de l'exposition des faits; 3° de leur évaluation; 4° du pronostic; 5° du traitement.

On voit, par cette simple énonciation, que M. Herpin n'est pas resté renfermé rigoureusement dans les limites qu'il semblait s'être imposées par son titre, et il n'en pouvait être autrement, car pour bien établir le pronostic et le traitement, il fallait nécessairement faire connaître les faits et les apprécier.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur le premier livre. Non qu'il ne renferme des considérations de la plus haute importance, mais parce que nous avons bien des fois agité ces grandes questions que nous avons résolues de la même manière que M. Herpin. Disons seulement que les principes qu'il expose sont ceux d'un homme qui connaît toutes les difficultés du sujet et qui ne recule devant aucune, parce qu'il sait bien que celui-là seul qui les a vaincues est sûr de produire une œuvre durable. Quelques médecins ont fait des concessions à la méthode analytique et numérique à propos de l'étude des causes et des symptômes, afin de pouvoir la combattre sur le terrain de la thérapeutique. M. Herpin n'admet pas un pareil compromis, et avant de le prouver par un exemple éclatant, il démontre d'une manière victorieuse que ce n'est qu'à l'aide de bonnes et de nombreuses observations bien analysées et bien comptées, qu'on peut espérer d'arriver à la connaissance de la vérité.

(1) *Presse médicale belge*, 27 juin 1852.

Dans l'exposition des faits, il nous fait connaître successivement les cas de guérison après traitement, les cas simplement améliorés, et enfin les cas rebelles. Ce sont les observations sur lesquelles sont fondés le pronostic et les résultats du traitement.

Dans le livre intitulé : *Évaluation des faits*, nous trouvons l'étude des causes de l'épilepsie. M. Herpin compare, sous ce rapport, les cas qu'il a eu à traiter avec ceux qui ont été observés par d'autres auteurs, ce qui était nécessaire pour s'assurer s'il n'avait pas eu affaire à une série de cas plus favorables au traitement que celles qui s'étaient présentées à ses devanciers. Or, le seul avantage qu'il ait trouvé, sous ce rapport, dans les faits qui lui appartiennent, c'est que faisant ses recherches hors des hôpitaux, il a eu une plus forte proportion d'épileptiques appartenant à des familles aisées. Sous le rapport de l'ancienneté de la maladie, M. Herpin a trouvé un avantage semblable, ce qu'il a eu également grand soin de noter.

Nous n'insisterons pas sur la marche de la maladie, mais nous ne pouvons nous dispenser de faire connaître quelques vues nouvelles de l'auteur relativement à la *nature des accès*. Pour lui, il y a d'abord l'attaque proprement dite, ou l'*attaque générale*. Elle est principalement caractérisée par la perte de connaissance, et présente des convulsions *cloniques* ou *toniques*. Ensuite viennent les *accès* caractérisés par une *attaque partielle* et dans laquelle l'intelligence est ordinairement plus ou moins conservée, tandis que l'altération des sens est partielle ou incomplète. Comme dans l'attaque générale, les convulsions sont, soit cloniques, soit toniques. En troisième ligne viennent les *vertiges épileptiques*, bien décrits par les auteurs antérieurs; mais ici encore, M. Herpin a été plus loin que ses devanciers en admettant un *état vertigineux prolongé* pendant lequel les malades marchent, parlent même quelquefois et peuvent se livrer à certaines occupations. « C'est, dit l'auteur, au milieu de cet état qu'on remarque le plus souvent ces secousses instantanées et uniques, dont très peu d'auteurs ont parlé, et que nous n'avons jamais observées que chez les épileptiques. Ce phénomène peut se manifester isolément, c'est-à-dire en dehors de l'état vertigineux; mais il paraît s'accompagner d'un vertige en quelque sorte imperceptible par sa courte durée. » Enfin M. Herpin signale les *attaques* composées, dans lesquelles plusieurs des espèces précédentes se succèdent et s'entremêlent.

De toutes ces considérations, il fait sortir la définition suivante de la maladie dont il s'occupe : « *Une maladie chronique caractérisée par des accès irrégulièrement périodiques, de convulsions générales ou partielles, avec abolition ou simple trouble des sens et de l'intelligence.* » Nous n'avons pas besoin de signaler à nos lecteurs ce que cette définition présente de nouveau. Tous les médecins, au courant de la science l'aperçoivent au premier coup d'œil. Disons seulement que c'est l'étude très attentive des faits qui a conduit M. Herpin à cette conclusion générale donnée sous forme de définition.

Nous arrivons maintenant aux grandes questions du pronostic et du diagnostic.

Relativement au pronostic, l'espace qui nous est accordé nous forçant à nous borner, nous nous contenterons de reproduire le résumé suivant, présenté par M. Herpin :

« En résumé, dit-il, il est pour l'épilepsie un *critère* au moyen duquel on semble mesurer d'avance, avec une suffisante exactitude, les chances de guérison d'un malade quelconque; ce *critère* se trouve dans le nombre total des attaques ou accès éprouvés jusqu'alors par le patient.

» Chez les malades qui n'ont eu que des vertiges, si ces malaises ne sont pas très fréquens, s'ils ne durent pas depuis plus de dix années, la guérison paraît être presque complètement assurée.

» Pour les attaques et accès, le pronostic est tout à fait favorable au-dessous du nombre de 100.

» Il est peu favorable de 100 à 500, car alors les échecs et les succès se balancent à peu près.

» Le pronostic est défavorable au-dessus de cinq cents attaques ou accès, les guérisons ne devant être que des cas exceptionnels.

» Est-il nécessaire d'ajouter que les chiffres que nous venons d'énoncer ne sont que des limites approximatives pour catégoriser, d'une manière saillante, les degrés de curabilité appréciés par le nombre total des crises éprouvées par le patient ?

» Ce résultat de l'analyse de nos faits, au point de vue du pronostic particulier, n'a pas seulement l'avantage de fournir une règle commode pour estimer, en général, le degré de gravité d'un cas d'épilepsie; il montre encore la puissance de l'art dans une des plus cruelles infirmités qui puissent atteindre l'espèce humaine, et qu'on regarde aujourd'hui comme presque toujours incurable. Ce ne seraient plus seulement les trois quarts des épilepsies, comme l'indiquait notre pronostic général, sur lesquels nos agens thérapeutiques auraient une heureuse influence, ce seraient les 7/8es ou une proportion probablement plus forte encore (en tenant compte de nos remarques sur quelques faits de la seconde série); mais à la condition de combattre le mal avec vigueur et persévérance, à l'aide de moyens sérieusement éprouvés, avant qu'il ait poussé, par la répétition des crises, de profondes racines. »

Nous n'avons pas cru devoir abréger ce passage, parce que, en nous fournissant les principaux élémens qui doivent nous servir à établir le pronostic, il nous apprend combien ce pronostic doit être modifié, et combien il est plus favorable que ne le pensaient la plupart des auteurs. Cette action des agens thérapeutiques sur les trois quarts au moins des cas, est, en effet, bien digne de remarque, et doit frapper vivement l'attention, venant de la part d'un homme qui observe avec autant de soin que l'auteur de cet ouvrage.

Il ne nous reste plus qu'à indiquer par quels moyens thérapeutiques ces résultats si avantageux ont été obtenus; mais, ici, nous ne pouvons pas entrer dans tous les détails nécessaires, et en indiquant les points principaux du traitement, nous devons engager le lecteur à recourir à l'ouvrage; car de l'observation des préceptes établis par l'auteur, dépend presque toujours le succès.

Les médicamens dont l'auteur a fait usage, et qu'il a administrés dans 55 cas, sont les suivans : l'oxyde de zinc, le sulfate de cuivre ammoniacal, la valériane et la valériane de zinc, le selin des marais, la poudre de taupe grillée, l'armoise, la jusquiame, l'ammoniaque; mais c'est surtout aux quatre premiers qu'il a eu recours.

L'oxyde de zinc a été administré à 46 malades. Après avoir étudié ses effets physiologiques, et avoir reconnu que, porté graduellement de 0,30 à 6 grammes par jour, ce remède ne produit que quelques nausées et quelques malaises passagers, M. Herpin établit que l'on peut regarder la maladie comme guérie lorsque les accès *manquent*, c'est-à-dire ne reviennent pas à leur époque ordinaire; mais il ajoute ce précepte important : « Chez un malade dont les accès ont cédé à une cure d'oxyde de zinc, il faut, pour consolider la guérison et prévenir les rechutes, donner encore, le plus rapidement possible et sans interruption, une quantité du remède qui dépasse celle qui avait été administrée au moment de la suppression des accès. »

Pour apprécier l'action des autres médicamens, M. Herpin procède de la même manière; contentons-nous donc de dire que le sulfate de cuivre ammoniacal est administré en pilules à la dose de 0,07 grammes par jour, divisés en quatre pilules, chez les adultes, et qu'il faut que le malade ait pris au moins 30 grammes de cette substance avant d'y renoncer; que la valériane a été administrée jusqu'à la dose de 16 grammes en poudre et de 32 grammes en infusion; que le selin des marais (*selinum palustre*) a été prescrit à la dose de 2 à 16 grammes, et la jusquiame à celle de 1 à 4 et même à 6 grammes en poudre. Mais à ces dernières doses, il y eut des troubles de la vision, des vomissemens, des coliques.

Enfin, M. Herpin dit quelques mots du choix à faire entre ces médicamens; mais il ne se trouve pas encore assez éclairé par les faits, pour établir des indications précises, et pour dire d'une manière positive dans quel cas tel ou tel de ces médicamens doit être employé de préférence aux autres. Il nous donne l'espoir de voir un jour le résultat de ses recherches sur ce point important; et quiconque aura lu ce premier travail que nous venons d'analyser si imparfaitement, fera des vœux pour que cet espoir se réalise. Quant à présent, tout ce que peut dire l'auteur, c'est que, d'après son expérience, l'ordre de mérite des quatre principaux médicamens qu'il a employés paraît être le suivant : 1° le selin des marais; 2° l'oxyde de zinc; 3° le sulfate de cuivre ammoniacal; 4° la valériane. Mais ce qu'il faut ajouter, car c'est le point le plus important pour le praticien, c'est que, quel que soit celui de ces moyens qui a été employé, M. Herpin est parvenu, par un traitement attentif et persévérant, à guérir la moitié des malades qui se sont confiés à ses soins et en améliorer beaucoup d'autres.

Tel est cet ouvrage que nous regardons comme un des plus importans travaux de thérapeutique qui aient paru depuis longtemps, et qui paraîtra tel, nous n'en doutons pas, à tous ceux que l'insuccès de leurs efforts contre la cruelle maladie dont s'est occupé M. Herpin a si souvent contristés.

VALLEIX.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 9 Juin 1852. — Présidence de M. BOUVIER.

M. ARAN présente à la Société l'un des deux jeunes gens qui ont été victimes, il y a environ deux mois, d'empoisonnement par l'arséniate de soude. On se rappelle que cet empoisonnement avait été le résultat d'une méprise et que ces jeunes gens croyaient prendre du tartrate de soude. Celui des deux qui avait commis l'erreur a succombé dans les vingt-quatre heures, et une dame à qui il avait également donné de l'arséniate de soude n'est pas encore complètement rétablie.

M. Aran ne veut pas faire l'histoire de cet empoisonnement, car il se réserve de communiquer ultérieurement à la Société ces diverses observations avec tous les détails qu'elles comportent. S'il présente aujourd'hui ce malade, c'est uniquement dans le but d'attirer l'attention sur quelques accidens consécutifs qui lui paraissent offrir un véritable intérêt. A partir du quinzième jour de l'empoisonnement, c'est-à-dire il y a un mois et demi environ, on vit apparaître chez ce jeune homme des phénomènes de paralysie consistant en un affaiblissement marqué des membres supérieurs. Toutefois, cet affaiblissement était plus prononcé dans les membres du côté droit et principalement dans le membre inférieur. Depuis cette époque, la paralysie n'a pas fait de progrès, mais elle a persisté. Ainsi, on peut se convaincre qu'il existe encore aujourd'hui une paralysie incomplète des extrémités supérieures et inférieures et que cette paralysie est toujours plus considérable dans le membre inférieur droit, à tel point qu'il arrive souvent au malade de traîner cette jambe pendant la marche. Il existe également une diminution de la sensibilité dans les membres paralysés. De plus, le malade éprouve de l'engourdissement et des fourmillemens dans les membres inférieurs, mais seulement à partir du genou. Les mêmes phénomènes s'observent dans les membres supérieurs, principalement à l'extrémité des doigts, et cela surtout pendant la nuit. La caloricité qui, dans le principe, avait subi une diminution notable dans les membres paralysés est revenue à son état normal; la santé générale est bonne. M. Duchenne (de Boulogne), qui a examiné le jeune homme, a trouvé que l'irritabilité électrique persistait et n'était que faiblement diminuée, que de plus l'excitation cutanée électrique n'était sentie qu'incomplètement, surtout le long des nerfs qui se rendent à la pulpe des doigts. Le galvanisme a été appliqué à la peau un certain nombre de fois, mais jusqu'alors on n'a pas obtenu d'amélioration sensible. Aussi, le malade, qui a déjà fait un voyage en province, est-il disposé à y retourner, et il a l'intention de se rendre aux eaux de Barèges. M. Aran ajoute qu'il n'a trouvé dans les annales de la science aucun cas d'empoisonnement par l'arséniate de soude, et dans l'incertitude bien naturelle où il se trouve pour choisir un mode de traitement convenable, il demande à ses collègues ce que l'on pourrait conseiller à ce malade.

M. BOUVIER a donné des soins, il y a au moins trois ans, à l'hôpital Beaujon, à une concierge de la rue de la Victoire, qui était une des victimes de l'empoisonnement de la rue du Vert-Bois. C'était, comme on le sait, un empoisonnement par l'arsenic. Cette femme fut affectée d'une paraplégie incomplète qui dura fort longtemps. Il croit même qu'elle conserve encore aujourd'hui de la faiblesse dans les membres inférieurs.

M. BOUCHUT a vu à l'Hôtel-Dieu les trois filles publiques de la rue du Vert-Bois, victimes du même empoisonnement; il ne s'est développé chez aucune d'elles de phénomènes de paralysie pendant leur séjour à l'hôpital. En est-il survenu antérieurement ? Il l'ignore. Il croit que si l'arséniate de soude détermine des accidens de paralysie, c'est en vertu de son action sur les centres nerveux. Dès lors, il ne pense pas qu'il y ait lieu d'agir sur les extrémités nerveuses, mais bien sur les centres nerveux eux-mêmes. Aussi lui paraît-il probable que la strychnine réussirait mieux que les bains de Barèges, d'autant plus que la paralysie est incomplète.

M. MARROTTE croit pouvoir affirmer, en s'en rapportant toutefois à ses souvenirs, que les paralysies arsénicales sont extrêmement rebelles, et il ne sait pas si on pourrait citer des cas de guérison. Il se demande si l'arsenic a produit la paralysie par le fait d'une simple impression sur le système nerveux, ou bien parce que n'ayant pas été complètement éliminé, il existe encore dans l'économie; dans cette dernière hypothèse, l'efficacité de la strychnine serait plus que douteuse.

M. REQUIN rappelle que l'absorption de l'arsenic ne peut pas être contestée, puisque l'on retrouve ce poison dans divers organes; il en conclut que l'impression sur les centres nerveux n'a lieu que par le fait même de cette absorption.

M. MARROTTE dit qu'il ne conteste nullement l'absorption de l'arsenic, mais il croit que dans le cas actuel on peut se poser la question de savoir si les phénomènes de paralysie sont sous la dépendance d'une simple modification vitale consécutive à l'absorption de l'arsenic, ou si ce poison existe encore en nature dans l'économie.

M. REQUIN admet volontiers que, dans le cas actuel, le poison puisse être complètement éliminé. Mais, selon lui, les phénomènes qui persistent sont encore sous l'influence de l'empoisonnement, et il croit à l'existence d'une altération cérébrale, qui subsiste malgré l'élimination du poison.

M. GUÉRARD dit qu'il ne lui paraît pas démontré que lorsqu'un poison a dû être éliminé, il ne puisse pas en rester encore assez dans le cerveau pour donner lieu à des phénomènes nerveux. En effet, comment peut-on s'assurer que l'élimination a été complète, et dans quel laps de temps doit-elle s'effectuer? Ainsi, par exemple, il a vu le nitrate d'argent, administré en collyre, produire une teinte verdâtre de la conjonctive, qui a persisté pendant dix-huit mois. Ainsi, le tremblement mercuriel peut persister pendant fort longtemps, et il ne guérit en général qu'après un traitement de longue durée; encore lui semble-t-il probable qu'à une époque même avancée du traitement, alors que l'élimination du mercure paraît devoir être complète, il reste néanmoins du poison dans l'économie. Il est donc disposé à croire qu'il en est de même pour l'arsenic, bien que ce soit un des poisons dont l'élimination s'opère avec le plus de rapidité.

M. ARAN reproduit la demande qu'il a faite à propos du traitement à instituer chez son malade. Faut-il admettre, comme point de départ, que l'arsenic existe encore en nature dans l'économie, et fonder sur cette donnée les indications thérapeutiques?

M. GUÉRARD approuve l'emploi des bains sulfureux; car au point de vue chimique, les combinaisons des préparations sulfureuses avec l'arsenic n'ont pas de propriétés toxiques. De plus, au point de vue physiologique, et cette considération lui paraît avoir une plus grande importance, ces préparations sulfureuses ont la propriété de produire une excitation à la peau, de favoriser le mouvement nutritif général, et de ranimer la vitalité.

M. DELASIAUVE a vu, en province, il y a vingt ans environ, un homme affecté d'un cancer à la lèvre, qui avait eu recours à l'application d'une pâte arsénicale, d'après le conseil d'une femme qui traitait les ulcères. Ayant été appelé à lui donner des soins pour une pneumonie, il constata chez lui l'existence d'un affaiblissement des extrémités supérieures et inférieures, avec contracture. Cet homme guérit de sa pneumonie, mais la paralysie persista.

M. ROGER (Henri) donne lecture de la seconde partie d'un mémoire *sur la percussion dans la pleurésie et en particulier sur le son tympanique hydro-aérique dans les épanchemens liquides de la plèvre.*

La discussion de ce travail est renvoyée à la prochaine séance.

Le secrétaire, Ch. LÉGER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris, par M. Louis FLEURY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société anatomique de Paris, membre correspondant de la Société de médecine de Marseille, de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de la Légion-d'Honneur, de l'ordre de Léopold de Belgique, etc.

MODE DE PUBLICATION : Le *Cours d'hygiène* sera publié en cinq livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'un fort demi-volume in-8, en caractères ordinaires, est fixé à 2 fr.

La *deuxième livraison* vient de paraître. Elle comprend l'étude des vents, du sol, de l'humidité, de l'air atmosphérique, de l'air confiné, de l'encombrement, des odeurs, de la ventilation, des égouts, des fosses d'aisances, des voiries, des boyauderies, des abattoirs, des amphithéâtres d'anatomie, des cimetières, des émanations putrides, de la désinfection, des marais, des rizières, des roussoirs et des féculeries.

Cours de physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris, par P. BÉRARD, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et Ecoles secondaires de médecine de France, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'Honneur, etc.

La *vingt-cinquième* livraison, contenant la suite de la RESPIRATION, vient de paraître. — Prix de chaque livraison : 1 fr.

Ces deux publications se trouvent chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traité pratique de l'Inflammation de l'Utérus, de son col, et de ses annexes; par le docteur J. Henry BENNET; traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8, avec planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.

Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par le docteur G. RICHELOT, avec des notes et des additions per le docteur Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 81. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 8 Juillet 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 JUILLET 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un excellent rapport sur une question d'hygiène et de pathologie professionnelle, et deux lectures faites par deux membres de l'Académie, l'une sur un point intéressant d'hématologie médicale, la seconde sur une question de physiologie transcendantale, voilà un contingent qui peut placer cette séance à côté des mieux remplies.

Un honorable médecin de Lyon, M. Potton, a communiqué, il y a quelques mois à l'Académie, un intéressant mémoire sur une maladie particulière qui attaque exclusivement les fileuses de cocons de vers à soie, et qui est connue dans le pays où cette industrie est en vigueur sous le nom de *mal de vers* ou *mal de bassine*. C'est une éruption vésiculo-pustuleuse qui se manifeste sur les doigts, sur le dos et dans la paume de la main des ouvrières qui se livrent à la filature de la soie (les femmes seules sont employées à ce genre de travail).

Pour se rendre compte de la cause et du développement de cette maladie, il faut savoir que, pour opérer la filature de la soie, les ouvrières sont assises auprès d'une bassine remplie d'eau chaude et qu'elles s'appliquent à dérouler et à réunir les fils provenant des cocons détrempés et ramollis qui surnagent le liquide. C'est à la présence du ver, à sa décomposition et à une première altération qui s'est faite lentement au sein même du cocon pendant sa conservation dans les magasins, que M. Potton attribue l'origine de cette éruption. Cette altération puise, en outre, une force nouvelle, ainsi que le fait justement remarquer l'auteur, et une grande énergie dans l'action de l'eau chaude qui n'a pas eu le temps ou le pouvoir de détruire les émanations dégagées du corps de l'animal pendant la filature.

On est surpris du silence qu'ont gardé les auteurs jusqu'ici sur une affection aussi spéciale et probablement très commune, à en juger par l'étendue des contrées où l'on manipule la soie, et lorsqu'on songe surtout que cette industrie se pratique depuis un grand nombre d'années dans la plupart des grandes villes du midi de la France, où l'on ne peut pas supposer qu'elle ait pu échapper à l'attention des observateurs. Ce silence s'expliquerait peut-être par le peu de gravité de cette affection qui, dans aucun cas, ne compromet la vie des malades. Cependant, si l'on tient compte des douleurs très vives qu'elle occasionne, des chômages qu'elle entraîne et du préjudice qui en résulte pour de pauvres ouvrières dont le travail journalier est nécessaire au soutien de leur vie et de celle de leur famille, on ne peut que savoir gré à M. Potton d'avoir mis à profit les circonstances favorables où il s'est trouvé pour étudier les moyens de prévenir ou d'abréger la durée de cette maladie.

Les éloges si justement acquis à M. Potton ne doivent pas nous faire oublier son honorable rapporteur. L'Académie ne pouvait mieux confier qu'entre les mains du traducteur de Ramazini l'analyse d'un travail qui ajoute un nouveau chapitre au livre déjà si plein des maladies des artisans.

M. Pâtissier, afin de suppléer l'insuffisance de ses observations personnelles et de ses connaissances techniques sur la matière, a fait un appel, qui a été heureusement entendu, aux connaissances spéciales de MM. Robinet et Villermé, que l'Académie lui avait adjoints comme commissaires. Loin que cette observation atténue à mes yeux le mérite du rapporteur, nous ne la faisons au contraire que pour saisir l'occasion de signaler un bon exemple à suivre.

L'Académie de médecine a entendu ensuite la lecture d'un mémoire dont l'Académie des sciences avait eu, la veille, la primeur. Le mémoire de M. Lecanu sur la détermination de l'origine de la fibrine et sur l'analyse des globules sanguins à l'état de pureté dans le sang vivant, est un complément des belles études d'hématologie qui ont ouvert à cet habile chimiste les portes de l'Académie. Nonobstant quelques obscurités de style qui ne nous ont pas toujours permis de saisir parfaitement quelques-uns des détails de son exposition, nous n'en devons pas moins considérer et signaler à l'attention des lecteurs, le travail de M. Lecanu comme un véritable progrès apporté aux méthodes d'analyse du sang, qu'elles mettent à l'abri de causes d'erreurs jusque là difficilement évitables, et comme une heureuse confirmation de données physiologiques importantes qu'il eût été regrettable de voir compromettre plus longtemps, faute d'une base analytique irréprochable.

Que dirons-nous du mémoire de M. Castel, dont l'objet n'est rien de moins que l'*analyse de la vie*....... « Nous avons dépassé le milieu du XIXe siècle, a dit en débutant le vénérable académicien, et nous ne possédons point une analyse irréprochable de la vie ! » C'est donc cette analyse que nous allions entendre. Est-elle irréprochable? Nous n'oserions l'affirmer sur une simple audition. Nous devrions le croire, cependant, d'après ces mots qui terminent le travail de M. Castel : « Je ne dissimule ni mon antagonisme à l'égard de la médecine telle qu'elle est aujourd'hui, ni l'espérance d'en fixer les fondemens.

» La médecine possède des méthodes, des descriptions, des nomenclatures, des théories précaires, des médications dominantes ou même exclusives. Elle manque d'une *opinion* qui soit au-delà de toute controverse. Elle n'a pas encore pris rang parmi les sciences dont l'édifice est construit sur des axiômes inattaquables et sur des propositions générales qui ont survécu aux épreuves de la discussion. »

Nous ne sommes pas en mesure de dire si cette *opinion à l'abri de toute controverse*, qui manque à la médecine, se trouve nettement formulée dans le mémoire de M. Castel. Nous croyons plus prudent de surseoir à tout jugement à cet égard.

Amédée LATOUR.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

DE L'ALBUMINE ET DE SES DIVERS ÉTATS DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE;

Par M. MIALHE.

(Suite. — Voir le numéro du 6 Juillet.)

L'albumine étant insoluble, a une organisation spéciale.

§ IX. L'insolubilité de l'albumine doit se rattacher à une constitution semblable à celle des substances qui n'obéissent pas non plus aux lois de l'endosmose, telles que la fibrine, la caséine, le cruor dans les animaux, l'amidon et le gluten dans les végétaux; substances reconnues pour avoir une organisation globulaire et être en suspension dans les liquides qui leur servent de véhicule.

L'albumine présente, avec ces différens corps, une parfaite analogie; comme eux, elle ne peut pénétrer dans l'économie qu'après avoir subi des modifications qui la rendent soluble; comme eux, elle a la propriété de se prendre en gelée, sous l'influence des alcalis, propriété capitale qui n'appartient qu'aux substances organisées, car les cellules d'un corps ne peuvent être gonflées par un liquide qu'elles emprisonnent qu'autant qu'elles ne sont pas solubles dans ce liquide. En outre, de même que l'amidon hydraté traité par l'alcool perd son eau et forme un coagulum qui n'est plus apte à produire la pseudo-dissolution désignée sous le nom d'empois; de même l'albumine traitée par l'alcool, se déshydrate et forme un précipité opaque qui reste insoluble. En vertu d'une réaction analogue, l'albumine, mêlée à un alcali caustique, cède son eau à l'alcali qui se dissout; mais elle ne peut plus, lorsqu'on sature cet alcali par un acide, reprendre son eau d'hydrate, elle reste insoluble et se précipite. Par la soustraction de l'eau, l'albumine ne devient pas insoluble; elle perd seulement sa transparence, ainsi qu'il arrive pour certains oxydes desséchés; comme l'amidon, elle était réellement insoluble avant ces réactions, tandis que la diastase, la pepsine, l'albuminose et tous les composés organiques solubles forment, dans des circonstances semblables, des précipités qui se redissolvent complètement.

La similitude de propriétés conduirait donc à admettre *à priori* pour l'albumine la similitude d'organisation, c'est-à-dire l'état globulaire,

§ X. L'état globulaire de l'albumine a été signalé par plusieurs auteurs :

Le sérum du sang, dit Burdach, donne, quand il se décompose, de l'albumine coagulée qui se précipite sous forme de masses. Pour M. Bauer, ces petites masses sont des globules qu'il a vus se former et grossir quoique restant toujours beaucoup plus petits que ceux du sang. MM. Dumas et Prévost les ont aperçus dans du sérum qu'ils avaient fait coaguler par la chaleur et le galvanisme, ils en ont même précisé le diamètre. Ce diamètre, du reste, ne serait pas constant, car Treviranus a constaté des globules de diverses grosseurs dans du blanc d'œuf en coagulation.

Nous avons essayé de voir ces globules; nous avons obtenu avec l'albumine coagulée les mêmes résultats que MM. Dumas, Prevost, Bauer, etc., mais directement, sans coagulation ni intermédiaire, les globules d'albumine, en admettant qu'ils existent, ne sont point visibles; cependant, l'extrême petitesse et la transparence ne devraient pas faire exclure l'état globulaire, car les globules du sang, en perdant leur opacité et leur matière colorante par le contact de l'eau, deviennent transparens, cessent d'être visibles, et pourtant ne cessent pas d'être globulaires. Pourquoi l'albumine, à l'état normal, ne serait-elle pas comme le sang accidentellement décoloré par l'eau, pourquoi ne serait-elle pas transparente, mais globulaire? Qu'est-ce, d'ailleurs, que les globules du sang privés de matière colorante, sinon presque exclusivement de la matière albumineuse?

Ne pouvant apercevoir directement ces globules, nous avons, à l'exemple de M. Baudrimont, fait intervenir l'eau de Baryte; et alors ont apparu de petits corps arrondis, d'une forme régulière, parfaitement circonscrite et d'un diamètre égal à celui déterminé par M. Baudrimont, 1/167 de millimètre pour le blanc d'œuf de poule, 1/200 de millimètre pour le sérum du sang. Avec d'autres solutions salines, ces résultats n'ont plus eu lieu. Afin de préciser si l'eau de Baryte pouvait se présenter sous cette forme globulaire, nous l'avons examinée seule au microscope et nous n'y avons jamais distingué que des points irréguliers, anguleux; tandis que l'addition de quelques gouttes d'albumine faisaient immédiatement apparaître des corpuscules arrondis, très bien limités, parfaitement semblables à des globules, que l'eau de Baryte ne pouvait avoir créés et qu'elle avait seulement rendus visibles par le dépôt d'une petite quantité de carbonate de Baryte, suffisante pour effectuer l'opacité.

Nous avons constamment obtenu ces résultats avec une grande netteté; mais comme on peut objecter que tous les corps globulaires de l'économie se voient directement au microscope sans aucun intermédiaire, nous ne regarderons pas (malgré les analogies qui fonderaient à en admettre l'existence) l'état globulaire de l'albumine comme suffisamment démontré. Toutefois, en présence des faits physiologiques, il y a nécessité de reconnaître que l'albumine a une organisation spéciale qui la maintient à l'état de suspension et non de dissolution dans le sérum du sang et le blanc d'œuf, l'empêche de sortir des vaisseaux qui la contiennent autrement que par rupture ou altération des membranes, et la rend, pour les propriétés physiques et chimiques, parfaitement semblable aux substances globulaires.

Pour devenir soluble, l'albumine doit subir des modifications constitutives.

§ XI. L'albumine, ainsi qu'il a été dit, est soumise aux mêmes lois de modifications que les substances alimentaires insolubles, lesquelles ne pénètrent dans l'économie qu'à la condition d'être transformées en matières solubles et absorbables : ces transformations s'effectuent sous l'influence de fermens spéciaux, et les mêmes réactions chimiques président aux phénomènes de nutrition chez les plantes et chez les animaux.

M. Payen a prouvé que, pour servir à la nutrition des végétaux, l'amidon devait être changé en *dextrine*, puis en *glucose*, par un ferment particulier auquel il a donné le nom de *diastase;* il a constaté, au moyen d'un bulbe végétal, que seulement à l'état de *glucose*, l'amidon devenait propre à traverser les tissus et à être absorbé.

M. Mialhe (31 mars 1845) a démontré que, dans l'économie animale, l'amidon subissait les mêmes métamorphoses, qu'il était changé en *dextrine*, puis en *glucose* par un ferment con-

tenu dans les liquides salivaires et pancréatiques, *diastase animale ou salivaire*, et qu'à l'état de *glucose* seulement l'amidon pouvait traverser les membranes et être assimilé.

Cette transformation des matières féculentes est un fait physiologique nécessaire, il en est de même pour les matières albumineuses (1) : sous l'influence des acides et du ferment (*la pepsine*) contenus dans les sucs gastriques, l'albumine, le caséum, la fibrine, le gluten perdent leur organisation moléculaire; les acides agissent sur eux comme le broyage et la chaleur à l'égard des alimens féculens, et les convertissent en une gelée préparatoire; puis la pepsine fluidifie cette gelée préparatoire, et la transforme en une substance parfaitement soluble et assimilable, dénommée par M. Mialhe *albuminose*, parce qu'elle est aux alimens azotés ce que le *glucose* est aux alimens amylacés.

§ XII. Dans nos expériences précédentes, nous avons constamment trouvé l'albumine insoluble et impropre à traverser les membranes; mais faisons naître les mêmes conditions que celles qui résultent de la digestion, traitons le blanc d'œuf et le sérum du sang par le suc gastrique du veau ou par la pepsine légèrement acidulée, introduisons ces mélanges dans des endosmomètres, et expérimentons en même temps le blanc d'œuf et le sérum sans addition de ferment, avec la précaution de placer le tout dans des liquides conservateurs, tels que des solutions sucrées, afin d'éviter toute cause d'erreur : les solutions sucrées contenant les endosmomètres à albumine pure, ne donnent aucun précipité par les réactifs; les solutions contenant les endosmomètres à albumine traitée par le suc gastrique ou par la pepsine acidulée, ne coagulent ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, mais fournissent d'abondans précipités par les sels de plomb, de mercure, d'argent, par le tannin, la créosote, l'alcool, réactifs qui décèlent la présence de l'albuminose.

Preuve évidente que, par l'effet du ferment gastrique, le blanc d'œuf et le sérum du sang, de même que tous les élémens albumineux, subissent une modification constitutive, changent de nature, deviennent solubles et propres à traverser les membranes seulement après ces transformations.

Divers états de l'albumine dans l'économie.

§ XIII. L'albumine, sous l'influence de la pepsine, ne devient pas immédiatement *albuminose*, elle passe par un état intermédiaire, de même que l'amidon, avant de devenir glucose, est d'abord converti en dextrine. Il résulte que, normalement dans l'économie animale, l'albumine existe sous trois états bien distincts par leurs propriétés physiques et chimiques :

1° L'albumine *normale*, *physiologique*, constitue la plus grande partie du liquide sanguin, dans lequel elle est à l'état de suspension, comme la fibrine et les globules, en vertu d'une organisation qui la rend insoluble et impropre à traverser les membranes, conditions indispensables pour l'intégrité et le maintien du sang dans les vaisseaux qui le contiennent : identique avec l'albumine du blanc d'œuf, elle précipite par la chaleur et l'acide nitrique, sans qu'un excès d'acide puisse dissoudre le précipité.

2° L'albumine *modifiée*, *amorphe*, *caséiforme*, représente l'état intermédiaire par lequel les matières albumineuses doivent passer pour devenir *albuminose*. Dans l'état de santé, elle résulte de la première modification que les sucs gastriques font subir aux alimens albumineux introduits dans l'estomac : produit de transition destiné à être converti en albuminose, elle est désorganisée, fluide et tout à fait analogue, sinon identique à la caséine, dont elle a tous les caractères; c'est pourquoi nous l'appelons *caséiforme*; comme la caséine, elle ne devient soluble dans l'eau que sous l'influence des acides ou des alcalis; elle constitue le *chyme* des anciens; elle est absorbable et peut entrer dans le torrent circulatoire, mais n'est pas suffisamment élaborée pour être assimilée, ce que les injections directes dans les veines d'animaux ont parfaitement démontré (Bernard, Mialhe). Elle précipite incomplètement par la chaleur et par l'acide nitrique, qui, en excès, dissout le précipité. A mesure qu'elle se modifie, l'albumine *amorphe* se rapproche de l'albuminose, dont elle acquiert les propriétés.

3° *L'albuminose* est le produit ultime de la transformation des matières albuminoïdes ; dans les phénomènes de digestion, il résulte de l'action fermentifère de la pepsine; soluble, endosmotique, assimilable, il est promptement absorbé par tous les appareils de sécrétion et de composition organique : il ne précipite ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, mais seulement par les réactifs qui décèlent les matières animales, l'alcool, le tannin, la créosote, les sels de plomb, d'argent, de mercure, etc.

L'albumine est la base, le point de départ de toute la série de tissus particuliers qui sont le siége des activités organiques : elle donne naissance à la fibre musculaire, aux membranes, aux cellules, à la fibrine, aux globules du sang, aux vaisseaux sanguins et lymphatiques, aux os, etc;. elle entre dans la composition du cerveau, des nerfs, du foie, des reins, de la rate et de toutes les glandes; elle prend part à tous les actes de l'économie et détermine l'accroissement du corps, la production et la reproduction de tous les organes. Mais si l'albumine *normale* ne peut traverser les membranes, si l'albumine *modifiée* ne peut être assimilée et passe presque entièrement dans les sécrétions, c'est l'*albuminose* seul qui doit fournir aux besoins de la nutrition, et opérer l'échange continuel qui s'établit entre les divers élémens fluides et solides de l'économie : des voies digestives il passe dans la circulation générale, et tandis que les élémens insolubles du sang sont maintenus dans les vaisseaux qui les contiennent, il traverse les parois, baigne les cellules et les fibres des tissus, et fournit les matériaux nécessaires à la nutrition et aux sécrétions; en même temps une partie, oxydée et brûlée par l'oxygène contenu dans le sang, se tranforme en eau, acide carbonique, acide urique, urée, etc. L'albuminose se retrouve dans toutes les humeurs animales : le sang, le lait, la salive, la sueur, l'urine, laissant emporter par les divers émonctoires son excédant qui n'a pas eté employé.

§ XIV. Ces trois états de l'albumine constituent une seule et même substance qui, en se modifiant, acquiert des propriétés nouvelles, ils sont chimiquement isomériques, et l'analyse la plus scrupuleuse ne peut constater la moindre différence dans leur composition élémentaire. Bien que conservant leur caractère commun de précipiter tous les trois par les sels de plomb, d'argent, de mercure, par la créosote, le tannin, l'alcool, etc..., ils se distinguent parfaitement par la manière dont il se comportent avec la chaleur et l'acide nitrique : l'albumine *normale*, *physiologique* coagulant et précipitant entièrement sans pouvoir se dissoudre; l'albumine *amorphe*, *caséiforme* ne coagulant et ne précipitant qu'imparfaitement, se dissolvant dans un excès d'acide; l'*albuminose* n'étant ni coagulé, ni précipité.

C'est ainsi que l'albumine, naturellement insoluble, subit dans l'organisme des modifications par lesquelles elle est désagrégée, rendue soluble, absorbable, assimilable, propre à opérer les phénomènes de nutrition, à régénérer les solides et les liquides animaux : après cet échange intermoléculaire, elle subit une nouvelle série de métamorphoses, inverses de celles qui l'ont rendue soluble, elle reprend ses propriétés premières, et se retrouve à l'état insoluble dans le sang et les divers tissus de l'économie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Mialhe : *Mémoire sur la digestion et l'assimilation des matières albuminoïdes*, lu à l'Académie des sciences, le 3 août 1846.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

OBSERVATION DE FIÈVRE TYPHOÏDE GUÉRIE PAR L'HYDROPATHIE.

Monsieur et très honoré confrère,

Le 1er avril, je fus appelé pour donner mes soins à Marigo Coraïsco, âgée de 30 ans et mère de deux enfans. Au moment de ma visite, elle est en proie à une fièvre ardente. La conjonctive est injectée, la physionomie enflammée, la parole brusque, désespérée, la soif inextinguible, le pouls petit, et irrégulier. J'apprends que cette malheureuse, enceinte de cinq mois, avait été battue par son mari dans un état d'ivresse. Deux jours après cet acte barbare, un médecin, appelé avant moi, pour la soigner d'un malaise qu'elle éprouvait, prescrivit un purgatif drastique, selon la déplorable coutume des médecins, dans ce pays, de débuter, dans toutes les occasions, par une forte dose de scammonée ou de jalap. Quoi qu'il en soit, ce purgatif ne répondit pas à l'attente de la malade, et son état s'aggrava considérablement. Au malaise survinrent des frissons; à la diarrhée, occasionnée par le purgatif, succéda le ténesme, et la fièvre se développa accompagnée d'anxiété, de soif, de céphalalgie. Ces phénomènes apparaissaient le 31 mars. Dans la nuit du 31 mars au premier avril, il y eut une abondante transpiration suivie d'un soulagement notable.

Le 1er avril, au matin, les frissons reparurent, et avec eux, tous les symptômes de la veille; dans la journée, nouvelle transpiration suivie de quelques heures de calme, et le soir, du même jour, un autre accès plus intense que les précédens. Il n'y avait pas d'erreur possible; l'intermittence était évidente sous la forme quotidienne double. D'ailleurs, Mételin est le pays par excellence pour les fièvres de cette nature. Sans m'inquiéter, par conséquent, des conditions de la matrice, puisque j'avais tout lieu de croire que le fœtus était mort et que, d'un moment à l'autre le travail de l'avortement devait commencer, je prescrivis 100 centigrames de sulfate de quinine en trois prises.

Le 2 avril, à 8 heures du matin, apyrexie. La malade se plaint seulement de lassitude. Je lui permets un bouillon. Le soir elle est encore mieux.

Le 3 avril, à 3 heures du matin, le mari vint me réveiller en toute hâte, disant que la malade était mourante. Tandis que je m'habille, il m'apprend qu'à minuit, au milieu d'un bien-être parfait, l'avortement s'était opéré sans efforts et sans douleurs, mais que l'hémorrhagie était considérable et que la malade s'évanouissait au moindre mouvement. J'accours, et en effet, je trouve cette malheureuse dans le plus grand danger. Elle peut à peine articuler deux mots; les extrémités sont froides, le pouls insaisissable, la pâleur extrême. J'applique à l'instant des compresses d'eau froide sur les parties génitales, deux sinapismes aux reins et un troisième au sein. Je lui fais avaler deux gorgées de vin vieux, et aussitôt que je pus me les procurer, 80 centigr. d'ergotine en deux doses. Par ces moyens, j'eus le bonheur de voir l'hémorrhagie s'arrêter.

Les 4 et 5 avril, la faiblesse est grande, mais tout semble d'ailleurs annoncer le retour à la santé, lorsqu'une lettre, venue de Smyrne, apprend à la malade la mort de sa mère. A côté de cette affligeante nouvelle, un autre chagrin, d'une nature différente, ne contribua pas moins, sans doute, à amener la terrible maladie qui devait bientôt éclater. La pauvre femme avait enfermé le peu d'argent qu'elle possédait, dans un petit sac qu'elle avait placé sous l'oreiller de son lit, et elle venait de s'apercevoir que, lorsque l'hémorrhagie lui avait fait perdre sa connaissance, et que son mari courait à ma recherche, deux voisines qui se trouvaient alors auprès d'elle le lui avaient évidemment dérobé.

Les 6 et 7 avril s'écoulent dans un abattement et une torpeur dont rien ne peut distraire la malade ; elle reste insensible à tout ce qui l'entoure, et les cris mêmes de ses enfans ne semblent pas l'émouvoir. Le traitement est négatif parce qu'elle refuse tout, et une décoction de quinquina que je lui avais prescrite reste intacte.

Le 8, la fièvre s'allume, la langue est sèche et lancéolée, et la parole légèrement embarrassée. Il n'y a pas de soif; l'épithélium des lèvres brunit et se détache; les dents se couvrent d'une matière dense et luisante; le pouls est petit et irrégulier; la peau chaude et crispée. Dans la nuit, il y a épistaxis, et le 9 au matin, l'épigastre et les bras sont couverts de pétéchies, le ventre météorisé et indolent; le gargouillement est très prononcé à la région iliaque gauche ; point de selle depuis quatre jours; la parole est devenue plus embarrassée que la veille, la grande sécheresse de la langue en est probablement la cause.

Cet état typhoïde, survenu dans des conditions aussi défavorables, me fait présager une issue funeste. Fort embarrassé, d'ailleurs, sur le traitement à employer dans cette circonstance, je me décide en faveur du calomélas préconisé par MM. Lautour et Willemin, de Damas, dans les trois premiers numéros de l'Union Médicale de cette année. En conséquence, je prescris 60 centigrammes de cette substance, divisée en six parties égales, que la malade prend de deux en deux heures. Le soir, son état est à peu près le même; il y a eu deux selles noirâtres et fétides.

Le 10, au matin, la malade présente un aspect alarmant, l'intelligence est conservée, mais la physionomie exprime l'étonnement et l'œil est inerte et vitreux; la langue est toujours sèche, sans soif. Même traitement que la veille. Le soir, la mort paraît imminente; le facies est hippocratique, les extrémités sont froides, le pouls si faible, qu'on le sent à peine. La malade paraît encore comprendre ce qu'on lui dit, mais elle a la parole presque abolie, en sorte qu'elle ne peut faire entendre que des sons inarticulés.

Je ne pouvais plus conserver d'espoir pour cette malheureuse, et cependant quelque chose me disait, en moi-même, que je ne devais pas l'abandonner sans tenter encore un autre moyen, l'hydropathie.

Je me rappelai les résultats inespérés que nous avions obtenus à Smyrne en 1848, mon excellent ami, M. le docteur Burguières, médecin sanitaire du gouvernement français, et moi, en faisant usage du drap mouillé chez les cholériques. Je n'ai pas auprès de moi ma collection de l'Union Médicale pour vérifier mes souvenirs, mais il me semble y avoir lu, dans un des nos de l'année 1848 ou 1849, que deux enfans, atteints de fièvre typhoïde, durent leur salut à l'application du drap mouillé. Quoi qu'il en soit, je n'hésitai pas à y recourir dans cette occasion, et, trouvant le mari disposé à me seconder, j'enveloppai la malade dans un drap fraîchement trempé dans l'eau de puits, et l'ayant ensuite presque emmaillottée au moyen de couvertures en laine, j'attendis avec anxiété le résultat de ma détermination.

La première impression de la malade fut un saisissement suivi d'une large inspiration, et aussitôt après elle parut s'anéantir. Pendant plusieurs minutes, je pensai moi-même qu'elle avait cessé de vivre; mais bientôt la réaction s'établit, et au bout de deux heures, après une transpiration prodigieuse, la malade avait retrouvé la parole pour demander à boire. Dans mon enthousiasme pour la doctrine hydroiatrique, je lui permis pour boisson l'eau froide, *ad libitum*. Elle eut un sommeil tranquille de quelques heures, et à son réveil la scène était totalement changée. La langue était devenue humide, la parole nette, la physionomie calme, le pouls à 104.

Je remplaçai le drap mouillé, par les frictions, matin et soir, avec la flanelle mouillée. Depuis lors, l'amélioration a été progressive et aujourd'hui Marigo Coraïsco est en pleine convalescence.

Voilà, Monsieur et très honoré confrère, ce que j'ai cru devoir vous communiquer, en honneur pour la mémoire de Priessnitz. Je regrette que sous le ciel de Mételin la fièvre typhoïde soit un phénomène très rare, puisque depuis quinze mois que j'y vis, au milieu d'une population de 80 mille âmes environ, tous les villages de l'île y compris, c'est la seconde fois seulement qu'elle se présente à mon observation. Je regrette cette circonstance, dis-je, car je sens parfaitement que la valeur thérapeutique d'un moyen est toujours en raison directe du nombre des succès.

Agréez, etc. Théodose Bargigly, d.-m.

Mételin (Lesbos), le 24 avril 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Juillet 1852.—Présidence de M. Piobert.

M. Lecanu lit l'extrait suivant d'un mémoire où sont consignés les résultats d'expériences ayant pour objet :

La détermination de l'origine de la fibrine;

La recherche d'un moyen de débarrasser les globules du liquide séreux qui les tient en suspension dans le sang vivant;

L'analyse des globules sanguins à l'état de pureté.

En voici les principaux résultats :

1° Lorsqu'après avoir reçu directement dans une dissolution de sulfate de soude saturée à la température de + 12, le sang sortant de la veine d'un homme, d'un bœuf, ou d'un mouton, l'on filtre au papier le mélange dans lequel les globules se sont conservés intacts ; le filtre retient ces globules, tandis qu'il laisse passer un liquide salino-séreux, légèrement jaunâtre, susceptible de se maintenir limpide, tant que la putréfaction ne s'en empare pas.

Mais si on l'étend de sept à huit fois son volume d'eau, il ne tarde pas à se prendre en une masse tremblante, tout à fait semblable à la gelée de pomme, laquelle placée sur une toile, abandonne un liquide chargé d'albumine, s'y convertit en une sorte de glaire, et finit, après qu'on l'y a comprimé, par laisser dans le tissu, de la fibrine incolore, translucide et quelque peu nacrée à la façon de la colle de poisson, dite *en lyre*.

Les globules lavés à l'eau saline n'en fournissent au contraire pas. De cette expérience facile à répéter en tous temps et en tous lieux, sur des

masses de sang qui permettent de remplir de gelées des terrines, et d'obtenir, en une seule opération, plusieurs grammes de fibrine, je crois pouvoir tirer les conséquences suivantes :

La fibrine du sang spontanément coagulé ou battu, ses analogues la couenne inflammatoire, les fausses membranes du croup, etc., etc., proviennent exclusivement de la portion liquide du sang en circulation.

Les globules du sang spontanément coagulé ou battu, représentent, sans modification de composition, les corpuscules rouges du sang vivant des animaux des classes supérieures ; à son tour, le sérum de l'un et de l'autre, plus la fibrine, en représentent la portion liquide ; l'apparition de la couenne inflammatoire, dans certaines conditions pathologiques, peut coïncider avec la présence, dans le sang, d'une proportion normale de fibrine, pourvu que la quantité d'eau y ait augmenté dans un certain rapport.

2° Des lavages prolongés et convenablement faits, à l'eau chargée de sulfate de soude, débarrassent à ce point les globules sanguins du liquide séreux qui les avait tenus en suspension pendant la vie, et plus tard se trouvait les imprégner à la manière d'éponges ; non seulement que les liqueurs du lavage cessent de se troubler à la température de l'ébullition, d'être précipitées par l'acide azotique, le bi-chlorure de mercure, le tannin ; mais encore fournissent par l'évaporation un résidu que la calcination ne noircit pas.

Si l'on fait alors agir l'eau pure, ces globules, qu'avait respectés la dissolution saline, sont presque immédiatement détruits ; l'eau passe au travers du filtre rouge de sang, chargée d'hématosine, de matière albumineuse et autres.

D'où me paraît résulter, pour eux, la preuve de l'existence d'enveloppes imperméables à l'eau chargée de sulfate de soude, par analogie, à la partie liquide du sang vivant, incapables, en outre, de se déclarer sous l'influence de ces deux liquides, ainsi qu'elles le font sous l'influence de l'eau pure ; de principes constituans indépendans, et peut-être tout différens par leur nature, de ceux que contient le liquide qui les tenait en suspension.

3° Les globules purs contiennent :

Des matières extractives,
— grasses,
— salines,
De l'albumine,
} que rien ne distingue de celles du sérum.

De la *globuline*, matière albumineuse particulière, que la solubilité dans l'alcool à 20° bouillant, la propriété de former avec l'eau froide une dissolution qui ne trouble pas le sous-acétate de plomb, distinguent de l'albumine ordinaire, et qu'on ne retrouve ni dans le sérum, ni dans le blanc d'œuf,

Une matière fibrineuse, distincte de la fibrine ; sa disposition en vessie, ou plutôt en petits sacs membraneux, son aspect nacré rappelant celui des globules sanguins s'agitant au soleil dans l'eau saline, sa résistance prononcée à l'action dissolvante des alcalis caustiques, porteraient à penser qu'elle est la véritable matière des enveloppes.

De l'hématosine, ou principe colorant particulier, dont le fer est l'un des élémens.

Elle forme un peu plus des 2/100e du poids, des globules supposés secs.

De l'eau. — La présence de l'eau dans les globules du sang, jusqu'à ce jour admise par simple induction, et parce qu'elle rendait parfaitement raison des incessantes déformations qui leur permettent de se prêter à toutes les exigences de la circulation, peut être constatée expérimentalement.

En effet, du moment où l'eau saturée de sulfate de soude permet d'entraîner la sérosité qui les imprègne, sans les pénétrer, sans leur rien enlever de leur propre substance, on sent que les globules, s'ils contiennent en réalité de l'eau de constitution, devront, par la dissécation, perdre une quantité d'eau supérieure à celle provenant de l'eau saline qui se trouvait les mouiller après les lavages, et que fera connaître le poids de sulfate de soude retenu par le produit de la dessication, auquel l'eau l'enlèvera.

En moyenne, les globules du sang de bœuf contiendraient un tiers de leur poids d'eau.

L'eau, l'albumine, les matières extractives, grasses et salines qu'on y rencontre, doivent constituer, à l'intérieur des globules, un véritable sérum hydratant, liquéfiant peut-être leur hématosine et leur globuline ; de telle sorte qu'on pourrait se les représenter comme autant de petites ampoules, dont les parois tiendraient en réserve avec des principes spéciaux, une partie de ceux que contient aussi le sérum intérieur.

En confirmant les prévisions de MM. Dumas et Prévost, d'après lesquels, dans le sang, l'eau existerait tout entière à l'état de sérum, ce résultat fait disparaître l'objection grave que soulevait leur procédé d'analyse. A l'incontestable facilité d'exécution qui l'avait fait adopter par la plupart des expérimentateurs, ce procédé joint une précision qu'on lui avait au contraire contestée.

On devra, toutefois, ne pas oublier que la différence entre le poids du caillot sec et la somme des matières fixes du sérum, représente le poids des matériaux spéciaux aux globules (hématosine, globuline), et non plus celui des globules eux-mêmes.

Les analyses de MM. Dumas, Prévost, Denis, Andral, Gavarret, Becquerel, Rodier, Lassaigne, Delafond, R. Simon et les miennes, se trouvent donc à l'abri d'une cause d'erreur qu'eussent rendue profondément regrettable les importantes conséquences qu'en ait déduites les médecins et les physiologistes.

Si ces nouvelles expériences, cette sorte d'anatomie du sang ont résolu quelqu'une des délicates et difficiles questions que j'abordais ; si, en démontrant la justesse des données qui leur ont servi de base, elles font davantage encore ressortir l'utilité des longs et consciencieux travaux que je viens de rappeler, je m'estimerai doublement heureux de les avoir entrepris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Juillet 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de la guerre qui transmet à l'Académie des échantillons d'opium récolté sur divers points de l'Algérie. (Com. MM. Orfila, Grisolle, Rayer, Boullay et Chevallier.)

2° Un mémoire de M. Prosper YVAREN, d'Avignon, sur les métamorphoses de la syphilis et sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler. (Comm. MM. Gimelle, Lagneau et Gibert.)

3° Une note de M. AGOSTINI, de Villeneuve-la-Grande (Aube), contenant diverses formules qui lui sont propres pour le traitement des rhumatismes aigus et chroniques, la goutte, les névralgies, etc. (Comm. des remèdes.)

4° Un mémoire de M. Élysée LEVRAT, sur l'emploi du sirop d'iodure de soufre soluble dans le traitement de quelques affections scrofuleuses et cutanées. (Comm. MM. Boullay et Gibert.)

5° La deuxième partie du mémoire de M. LACAUCHIE, sur le système absorbant. (Comm. précédemment nommée.)

6° Un mémoire de M. POGGIALI, sur une nouvelle méthode pour guérir les affections douloureuses. (Com. des remèdes.)

7° Une note de M. LIÉGEY, de Rambervillers, relative à un cas d'accidens traumatiques mortels déterminés par une cause traumatique, considéré au point de vue médico-légal. (Comm. M. Larrey.)

8° Une observation de M. CHRESTIEN, de Montpellier, ayant trait à un cas de lupus rongeant de la face. (Comm. M. Gibert.)

9° Une note de M. SERRES, de Dax, sur le traitement des fièvres.....

— M. LE PRÉSIDENT rend compte en quelques mots à l'Académie de la part qu'a prise son bureau dans les derniers honneurs rendus à M. Récamier.

Sur son invitation, M. GIBERT lit le discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie. Cette lecture est accueillie par des marques générales d'assentiment.

M. PATISSIER lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire intitulé : *Recherches et observations sur le mal de vers, ou mal de bassine*, éruption vésiculo-pustuleuse qui attaque exclusivement les fileuses de cocons, de vers à soie, par le docteur Potton, médecin de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon.

Passant sous silence les affections pathologiques que peuvent déterminer chez les fileuses de cocons leur profession sédentaire, leur position forcée durant le travail, leur exposition incessante à la chaleur, etc., M. Potton ne s'occupe, dans son mémoire, que d'une maladie spéciale, d'une *éruption vésiculo-pustuleuse* qui se manifeste sur les doigts, sur le dos et dans la paume de la main, *uniquement* chez les femmes qui se livrent à la filature de la soie, affection connue dans les fabriques sous les noms de *mal de vers, mal de bassine.*

Pour se rendre compte de la cause et du développement de cette maladie, il faut savoir que, pour opérer la filature de la soie, les ouvrières sont assises auprès d'une bassine remplie d'eau chaude, et qu'elles s'appliquent à dérouler et à réunir les fils provenant des cocons détrempés et ramollis qui surnagent au liquide...

Lorsqu'une femme s'adonne sans interruption à la filature des cocons, travaille régulièrement la journée entière, elle voit constamment, au bout d'une semaine environ, de deux au plus, se produire sur les mains, et de préférence sur la main droite, la maladie non pas très très grave, mais souvent très douloureuse qui a reçu le nom de *mal de bassine.*

C'est à la naissance des doigts, dans leur intervalle entre la première et la deuxième phalange, quelquefois même sur le dos et dans les plis de la main que l'*éruption vésiculo-pustuleuse* débute. Une démangeaison n'offrant d'abord rien de pénible se fait sentir, une teinte érythémateuse l'accompagne, bientôt la rougeur devient plus forte, elle est semblable à celle de l'érysipèle ; plus marquée entre les doigts, l'extension et la pression la dissipent momentanément. Le gonflement ne tarde pas à se produire, il augmente avec la douleur qui devient irritante, la chaleur est acre, exagérée, la peau se couvre de marbrures, de plaques brunâtres, l'épiderme se soulève, on voit surgir d'abord une éruption miliaire, de petites vésicules qui s'accroissent, se remplissent d'un liquide clair et transparent qui se trouble ensuite, s'épaissit et devient visqueux. Ces vésicules sont régulières, presque toujours arrondies ; leur volume, leur proéminence varient ; tantôt trois ou quatre seulement recouvrent les points d'élection, ce sont de véritables bulles. Tous les mouvemens deviennent pénibles ; ils ont pour résultat, dès le troisième ou quatrième jour, si les ouvrières, malgré un profond sentiment d'engourdissement et de gêne, continuent leur travail, de faire crever les vésicules ; la sérosité s'échappe, un soulagement momentané, quelquefois permanent, se manifeste. Dans ce dernier cas, la maladie borne là les lésions qu'elle détermine, les symptômes s'amendent avec rapidité, l'inflammation et la douleur cessent à l'instant. Après sept ou huit jours, il ne reste aucune trace du mal autre que celle laissée par l'exfoliation de l'épiderme. Mais, en général, ce n'est pas ainsi et d'emblée que ces premiers désordres se dissipent ; une deuxième période s'annonce, des symptômes nouveaux plus sérieux la révèlent ; ou bien les vésicules subissent une véritable transformation, prennent le caractère des pustules, ou bien, dans l'intervalle, entre les boutons vésiculo-pustuleux, dès l'origine, de franches pustules se montrent. C'est un liquide purulent qui suinte à la surface du corps muqueux enflammé, et qui soulève l'épiderme. Ces pustules offrent d'habitude les dimensions des boutons de vaccine ; elles ne sont pas ombiliquées ; deux parfois se réunissent en une seule ; elles peuvent s'étendre sur tous les doigts, mais c'est surtout entre le médius, l'indicateur et le pouce de la main droite qu'elles sont disséminées. Elles se répandent aussi sur le dos et dans l'intérieur de la main ; tout exercice de cet organe occasionne des souffrances très aiguës. Il est impossible de plier complètement les doigts. Si aucune cause ne vient troubler l'éruption dans sa marche naturelle, elle arrive à son apogée du cinquième au sixième jour de sa naissance ; mais il est rare qu'elle suive ce cours prompt et régulier. Si, par un effort quelconque, par un traitement intempestif, les pustules s'ouvrent d'une manière prématurée et artificielle, la maladie, ordinairement, n'est pas guérie ; il surgit d'autres boutons supplémentaires qui prolongent la durée de tous les accidens. Mais lorsque les pustules sont arrivées à terme, avant même que le pus soit évacué ou desséché, toutes les souffrances cessent ; les fileuses, dès ce moment, s'exposent aux causes premières déterminantes, bien que le derme soit à nu, les surfaces ulcérées et tuméfiées. Les douleurs prurigineuses, la sensation de brûlure, la chaleur qui l'accompagne ont cessé d'une manière brusque et comme par enchantement ; la main est loin d'être revenue à son état normal, et cependant les fileuses ne souffrant plus, n'ont pas hésité de reprendre leur ouvrage. Tel est l'ensemble des phénomènes que l'auteur nomme le *second degré*, la seconde période du *mal de bassine.*

Le *mal de vers*, chez certains sujets, dans quelques circonstances, revêt des formes plus fâcheuses. Ainsi, parfois, dès que les pustules se développent sans qu'elles soient confluentes, l'inflammation pénètre plus profondément, toute la peau est altérée dans les points compromis et à l'entour ; le tissu cellulaire sous-cutané est envahi, le gonflement devient énorme, les doigts, la main sont déformés, une tuméfaction œdémateuse se prolonge au poignet, à l'avant-bras, au bras lui-même ; ses vaisseaux lymphatiques, ses ganglions, les glandes de l'aisselle s'engorgent et s'endolorissent ; dès le cinquième ou le sixième jour, on voit apparaître de petits phlegmons arrondis, circonscrits, pour l'ordinaire situés sous les pustules ; la peau est violacée, la fluctuation manifeste, la fièvre locale que les malades accusent, comme dans le panaris, est ardente. Les symptômes généraux éclatent, il y a des frissons, des maux de tête, de l'insomnie, du dégoût, des envies de vomir, en un mot les fonctions soit du système circulatoire, soit du système digestif, sont troublées, les accidens sympathiques se développent, deux faits méritent d'être notés. L'auteur n'a jamais vu la maladie locale, même à son plus haut degré, attaquer les ongles et l'extrémité des doigts, l'inflammation gagne à l'intérieur la gaîne tendineuse et les tendons eux-mêmes. Cependant, au premier aspect, la main semble gravement compromise. Du huitième au dixième jour, l'érosion de la peau donnu issue au pus sous-jacent, soit par les pustules, soit à proximité, dans un autre point. Dès cet instant, la scène change, un bien-être immédiat se produit, la phlogose se dissipe avec promptitude comme dans le second degré ; après dix-huit ou vingt jours, au *maximum*, la guérison est parfaite, il ne reste pour toute trace qu'un peu de rougeur, on ne reconnaît que de très petites cicatrices sans signe particulier.

Le *mal de bassine* se présente, comme on vient de le voir, sous trois formes principales distinctes, ou plutôt sous trois degrés différens d'intensité. Cette affection est toujours aiguë ; elle ne laisse jamais après elle d'altération chronique ; elle se montre également dans toutes les saisons. Un de ses traits les plus dignes de remarque est le suivant : sauf quelques exceptions, lorsqu'une ouvrière a été atteinte, elle peut, en quelque sorte, espérer d'exercer ensuite sa profession, sans avoir ultérieurement à redouter sinon la maladie, du moins ses accidens les plus graves ; il est presque permis de dire qu'il y a eu pour elle une sorte de *vaccination.* Si elle abandonne la filature pour ne la reprendre que longtemps après, il arrive bien encore qu'elle contracte de rechef une éruption miliaire vésiculeuse, mais sans phénomènes sérieux ; sans lésions profondes ; la maladie, en général, reste bénigne au premier degré, ne nécessite plus le chômage. Les rechutes paraissent, en quelque sorte, se montrer en raison inverse de la gravité des accidens primitifs.

M. Potton a recherché si l'éruption *vésiculo-pustuleuse*, dont il vient de tracer les caractères généraux et distinctifs, était susceptible de se communiquer par inoculations, toutes les expériences ont été négatives ; le pus inoculé n'a jamais déterminé d'irruption identique, il n'a occasionné que de petits boutons purulens, suite de la piqûre, de l'introduction d'un corps étranger sous l'épiderme. Les conditions d'un travail suivi sont nécessaires pour la production, pour l'apparition du mal.

Quelle en est la cause ? D'après M. Potton, cette éruption doit exclusivement son origine à la présence du ver, à sa décomposition intime à une première altération qui s'est faite lentement au sein même du cocon conservé dans les magasins ; cette altération puise une force nouvelle, une plus grande énergie dans l'action de l'eau chaude qui n'a pas le temps ou le pouvoir de détruire les émanations dégagées du corps de l'animal pendant la filature. Si on n'emploie que des cocons nouveaux étouffés seulement depuis peu, l'effet morbide n'apparaît pas ; mais si les cocons sont anciens, s'ils ont été gardés une année et plus, on est presque certain de voir éclater l'éruption chez les ouvrières.

. . . . C'est donc dans les émanations qui s'échappent à l'instant de la filature des cocons anciens et doubles, et dans une décomposition que le temps a fait subir progressivement au corps de l'animal, qu'il faut placer l'origine *du mal de bassine.* Le manuel opératoire et l'eau chaude sont les causes intermédiaires, les élémens qui facilitent la puissance déterminante.

Le *mal de bassine* n'est pas une affection redoutable ; elle ne compromet jamais l'existence des organes frappés, et *à fortiori* la vie des malades. Mais on doit compter pour quelque chose les douleurs aiguës et l'ensemble des accidens cruels, quoique passagers, qu'éprouvent les fileuses lorsqu'elles sont arrêtées dans leurs exercices, ou seulement lorsqu'elles ne peuvent plus s'y livrer avec leur assiduité habituelle.

Ces motifs sont bien suffisans pour porter attention à ce mal, pour chercher les moyens de le prévenir et de le soulager dans ses symptômes prédominans, essentiels.

Voici, à cet égard, les préceptes formulés par M. Potton :

Si lorsque les premiers symptômes, la rougeur, le prurit se manifestent, on fait immédiatement suspendre le travail, la miliaire, les vésicules, caractères du premier degré, ne se produisent pas ou avortent ; mais ce n'est qu'un moment d'arrêt, qu'un retard, l'ouvrière voit les accidens renaître sitôt qu'elle rentre à la fabrique et qu'elle reprend assidument son ouvrage ; on peut dire qu'il est indispensable ou qu'elle subisse l'inoculation complète, ou qu'elle abandonne le métier. Cette condition est si bien connue des ouvrières, qu'elles se gardent de suspendre la filature, de faire aucun remède jusqu'au développement des pustules : cette conduite est rationnelle.

Mais la deuxième période, le deuxième degré de la maladie nécessite l'emploi de quelques moyens thérapeutiques dirigés en même temps contre l'inflammation et les vives souffrances qui l'accompagnent. Il importe de modérer les désordres locaux sans les supprimer trop brusquement, afin d'éviter leur retour. Ce qui prouve que le caractère de cette affection pustuleuse n'est point une inflammation ordinaire, c'est qu'à tous ses degrés les antiphlogistiques, les émolliens se montrent sans aucune efficacité sur les symptômes, et même, loin d'arrêter cette inflammation aiguë, ils semblent parfois l'exaspérer ; les pustules suivent constamment leur marche, malgré les moyens empruntés à cette méthode. Les topiques calmans, les narcotiques n'ont pas mieux réussi. Au contraire, pour faciliter la résolution en calmant les douleurs et en permet-

tant à la maladie de passer par ses phases naturelles, M. Potton a retiré des avantages incontestables des toniques légers, des bains dans les décoctions de plantes aromatiques, de feuilles de noyer, de ronces ou d'écorce de chêne; des manuluves dans le miel rosat étendu d'eau. Les corps gras, les préparations sulfureuses ou alcalines ont été plutôt nuisibles qu'avantageuses. Par l'emploi de ces premiers moyens alternes ou combinés, suivant les circonstances, on parvient à tempérer les accidens, à les maintenir à un degré tel, que les ouvrières, pleines de confiance, préservées ainsi des phénomènes généraux les plus pénibles, résistent très bien, ne suspendent pas leur ouvrage un seul jour. Durant la nuit, elles ont soin de tenir sur les organes affectés les préparations prescrites, ou bien elles substituent avec avantage des solutions d'alun, de sulfate de fer, de sulfate de cuivre ammoniacal, de sulfate de zinc, etc.?

Mais c'est surtout lorsque le chômage est inévitablement commandé par la violence du mal, lorsque tous les signes du troisième degré subsistent, que les bains, les fomentations avec les divers liquides indiqués plus haut, sont indispensables. Les cataplasmes avec la camomille, le quinquina, le camphre, procurent du soulagement; le froid, qui calme dans la première période, est ici une cause sinon des souffrances, du moins de leur prolongation. C'est seulement lorsque les pustules sont ouvertes, que les pommades avec le tannin, l'acétate de plomb, deviennent utiles. Des cautérisations rapides, superficielles avec l'azotate d'argent, sont encore, à cette époque, d'un précieux secours. Lorsque les petits dépôts sous-cutanés tardent à s'abcéder, lorsque l'œdème de la main et du bras est prononcé, on active la résolution par les bains dans le vin aromatique, très affaibli dans la solution d'eau blanche laudanisée. Souvent les malades percent elles-mêmes avec une aiguille les abcès retardataires, et les cicatrices plus tard sont imperceptibles. Sous l'empire de ces divers moyens, on voit disparaître, avec une extrême rapidité, des désordres qui, quarante-huit heures auparavant, offraient le plus mauvais aspect. Le seul symptôme qui persiste pendant quelques jours, est une démangeaison assez vive. On la diminue par les bains et les lotions acidulées, des frictions sèches sur la main, sur le trajet des lymphatiques, des embrocations avec les huiles, les baumes légèrement excitans, viennent activer la résolution. Afin de combattre les symptômes généraux, M. Potton n'a jamais employé que les prescriptions indiquées dans les accidens analogues, les boissons acidules gazeuses, les laxatifs, les infusions aromatiques ou amères, suivant la constitution individuelle des sujets, ou suivant les phénomènes prédominans.

M. le rapporteur fait remarquer, enfin, que si l'on passe en revue les éruptions diverses que certains métiers déterminent sur la peau des mains, on ne leur trouve aucune similitude avec le *mal de bassine*. Aussi, pense-t-il qu'en appelant l'attention des gens de l'art sur une maladie particulière aux fileuses de cocon, en donnant une description exacte de ce genre de lésion, et en indiquant le meilleur mode de traitement pour la combattre, M. Potton a rendu service à la science et à l'humanité. En conséquence, la commission estime qu'il y a lieu de lui adresser une lettre de remercîment pour son intéressante communication, et de renvoyer son travail au comité de publicaiion.

M. Gibert rappelle, à cette occasion, un fait assez curieux qui a eu lieu en Angleterre. Lors du couronnement de la reine Victoria, plusieurs journaux furent imprimés en lettres d'or, c'est-à-dire avec des caractères trempés dans une solution de sel de cuivre. Les ouvriers qui avaient composé ce journal furent tous atteints d'éruptions papuleuses et vésiculeuses aux mains et aux avant-bras, avec lesquelles l'éruption des fileuses de soie dont il vient d'être question, paraît offrir quelque analogie.

M. Gibert signale ce qu'ont en général de curieux à étudier ces sortes d'éruptions si variées dues à divers travaux manuels, et qui, pour des yeux peu attentifs, pourraient en imposer pour des éruptions dartreuses diathésiques. Il signale en particulier une éruption papuleuse qui règne habituellement dans les temps chauds, et qui est produite par de petits insectes que la chaleur fait éclore particulièrement dans les bois. Cette éruption donne fréquemment lieu à de très singulières erreurs de diagnostic.

En ce qui concerne la thérapeutique, M. Gibert, tout en adoptant jusqu'à un certain point les idées émises par l'auteur du mémoire et par le rapporteur, pense cependant qu'ils ont méconnu la véritable raison du succès des astringens, qu'ils ont avec raison préférés aux émolliens. Ce n'est point un fait exceptionnel, mais un fait général, que, dans toutes les inflammations superficielles de la peau, les émolliens sont contraires en déterminant une fluxion sur cet organe, tandis que les astringens et surtout les astringens froids ont les meilleurs résultats.

Enfin M. Gibert termine par quelques considérations générales sur la distinction importante qu'il faut établir entre les maladies de la peau dues à des causes locales et celles qui dépendent d'un état général ou diathésique, et par quelques réflexions critiques sur la prétention de quelques auteurs modernes de classer toutes les maladies de la peau d'après un ordre purement anatomique.

M. Chevallier pense qu'on ne saurait apporter trop d'attention à l'étude des maladies résultant de certains travaux industriels. On ne connaissait pas, il y a quelques années, les maladies produites par la fabrication du sulfate de quinine et surtout les accidens si graves auxquels donne lieu la manipulation du bi-chromate de potasse. Ce sont là des faits très intéressans et dont l'étude doit être encouragée.

Les conclusions du rapport sont mises aux voies et adoptées.

M. Castel lit un mémoire ayant pour titre : *Analyse de la vie.*

M. Lecanu lit un mémoire sur quelques points nouveaux de l'analyse du sang. (Voir l'Académie des sciences.)

La séance est levée à cinq heures.

PHARMACIE.

SUR LES PILULES DE CYNOGLOSSE; par M. Leconet, pharmacien à Rouen.

Les pilules de cynoglosse constituent une préparation pharmaceutique très ancienne; c'est Mésué qui est indiqué comme en ayant donné le premier la formule. Elles figurent dans presque toutes les pharmacopées françaises ou étrangères, et, chose assez singulière, c'est que, malgré son imperfection, cette formule est arrivée jusqu'à nous vierge en quelque sorte de toute réforme importante. Quelques pharmacopées étrangères ont admis deux sortes de pilules de cynoglosse: les pilules de cynoglosse proprement dites, et les pilules de cynoglosse avec le safran et le castoréum; presque toutes ajoutent du storax, des girofles, de la canelle, les proportions des autres substances restant les mêmes.

Les pharmacologistes français, et notamment Lémeri, éliminent le storax, les girofles et la canelle, comme étant trop âcres, et n'adoptent qu'une seule formule. Les divers Codex, depuis celui de 1638 jusqu'à celui que nous possédons actuellement, et sous l'empire duquel nous sommes, ont donné la formule qui suit:

Ecorce de racine de cynoglosse. . . .	16 gram.
Semences de jusquiame.	16
Extrait d'opium.	16
Safran.	6
Castoréum.	6
Encens mâle.	20
Mirrhe.	24

Quant au sirop pour faire la masse, il a été prescrit successivement: du sirop de roses, du sirop de suc de cynoglosse, de violettes, et aujourd'hui c'est du sirop d'opium. Je dois cependant signaler une différence qui existe entre le Codex de 1638 et le nôtre, c'est que le premier prescrit l'opium thébaïque, et le dernier l'extrait aqueux d'opium.

Ce que je trouve de vicieux dans la formule des pilules de cynoglosse, telle que nous devons l'exécuter, c'est que par la proportion relative des substances qui la composent, elle ne justifie nullement le nom qu'elle porte, et que par la propriété attribuée à chacune en particulier comparée à celle accordée à la masse, elle me paraît constituer une formule tout à fait irrationnelle. En effet, pour donner à un médicament composé le nom d'une des substances qui entrent dans sa préparation, il faut, ou qu'elle y figure en quantité plus considérable que les autres, ou bien que ce soit elle qui communique à la masse la plus grande part des propriétés; or, l'une de ces deux conditions est-elle remplie par la racine de cynoglosse? à coup sûr non. Qui donc accorderait de nos jours la principale action à cette écorce dans un mélange ou elle figurerait à parties égales avec l'extrait d'opium?

Il en est de même pour les propriétés médicales de la masse; les pilules de cynoglosse sont employées comme calmantes, pour procurer du sommeil aux malades; or, il est difficile de beaucoup compter sur l'efficacité d'une préparation comme somnifère, quand la proportion des principes excitants y dépasse celle des principes calmans.

Les pilules de cynoglosse ont eu une réputation assez grande à une certaine époque, et elles sont de nos jours assez souvent prescrites par les médecins, pour mériter qu'on s'occupe d'elles. Je regrette que les auteurs de notre Codex, qui ont dû céder à cette dernière considération pour leur donner place dans ce formulaire, n'aient pas cru devoir modifier la formule et la mettre plus en rapport avec le nom qu'elle porte et les propriétés qui lui sont attribuées. Persuadé que les pilules de cynoglosse peuvent rendre des services à la médecine, je propose de modifier ainsi qu'il suit leur composition.

Ecorce de racine de cynoglosse. . . .	60 gram.
Semences de jusquiame.	15
Extrait aqueux d'opium.	15
Myrrhe.	6
Safran.	6
Castoréum.	6
Sirop simple.	S.Q.

J'ai augmenté sensiblement la dose d'écorce de racine de cynoglosse, seulement pour me conformer à la règle que j'ai admise, car je crois que les propriétés de cette substance sont assez problématiques; je fais disparaître l'encens et réduis la dose de mirrhe, pour diminuer autant que possible la quantité des principes existants. Enfin, j'indique le sirop simple au lieu du sirop d'opium, car de deux chose l'une, ou ce sirop d'opium contribue pour une part sensible à l'action du médicament, et il faut pouvoir s'en rendre compte, ou bien cette part n'est pas appréciable, et il devient inutile d'y avoir recours. Dans la formule que je modifie, l'extrait d'opium se retrouve, à fort peu de chose près, dans le même rapport que dans la formule du Codex, et les proportions que j'indique pour chaque substance me paraissent donner à cette préparation l'avantage de n'avoir plus l'inconvénient qu'a signalé Bailly, celui d'être quelquefois vomitive (1).

(1) *Bulletin des travaux de la Société libre des pharm. de Rouen*, 1851.

RÉCLAMATION.

A M. le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Paris, le 26 juin 1852.

Monsieur et honoré confrère,

Le docteur Herpin, de Genève, vient de publier dans les deux derniers numéros de votre estimable journal, un travail sur le traitement abortif des amygdalites aiguës. Tout en remerciant notre honorable confrère d'avoir, de nouveau, constaté l'efficacité d'une médication que bien des praticiens mettent en usage, et dont, pour ma part, j'ai beaucoup à me louer, depuis quinze à seize ans, je crois devoir rectifier une erreur qu'il commet, en pensant que ce traitement est nouveau, et qu'il l'a, le premier, expérimenté.

En effet, en mars 1835, un médecin de la Faculté de Paris, feu le docteur Peronaux de Besson, adressa au ministre du commerce un mémoire ayant pour titre : *De la cautérisation avec le nitrate d'argent solide dans les inflammations aiguës de la gorge.*

Ce mémoire fut renvoyé à l'Académie de médecine, avec demande d'un rapport, dont l'Académie de médecine chargea MM. Guersant, Baffos et Collineau. Dans la *Gazette médicale* du 29 août 1835, on lit : « M. Collineau lit un rapport sur le mémoire de M. Peronaux de Besson, intitulé: *De la cautérisation*, etc. Le rapporteur propose d'écrire au ministre que la cautérisation avec le nitrate d'argent solide, dans les inflammations aiguës de la gorge, n'est pas une médication nouvelle, etc., etc. Les conclusions de la commission sont adoptées. »

Le docteur Herpin reconnaîtra donc que le traitement qu'il préconise comme nouveau, ne l'était pas en 1835, et depuis cette époque, beaucoup de confrères, à ma connaissance, ont employé et emploient journellement encore cette médication.

Agréez, etc. Mongeal, d.-m. p.

Monsieur le rédacteur,

Le mémoire de M. le docteur Herpin, publié dans votre estimable journal, soulève une question de priorité; je suis d'autant plus à l'aise dans cette réclamation, que cette méthode ne m'appartient pas; seulement, je crois être le premier qui l'ai fait connaître par la voix de la presse.

En 1845 (*Journal de médecine de Lyon*, numéro de novembre), dans un article fort court, ayant pour titre : *Quelques considérations sur la méthode abortive dans l'urétrite et l'amygdalite aiguë*, article reproduit par divers journaux de Paris, entr'autres par le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, voici ce que j'écrivais. Je copie textuellement la partie relative au traitement abortif de l'amygdalite aiguë :

« Nous allons faire connaître la méthode que M. le d^r Durand, chirurgien-major au 49e de ligne, met en usage depuis fort longtemps dans le traitement de l'amygdalite aiguë. Cette affection est très commune dans l'armée; néanmoins, peu d'hommes du régiment entrent à l'hôpital pour cela. Une amygdalite aiguë, d'une intensité *quelconque*, étant exempte de complications gastriques, M. le docteur Durand porte le crayon caustique sur la membrane phlogosée, et la cautérise régulièrement dans toute son étendue; quelques heures après, la déglutition est déjà plus facile, et dans un espace de trois à quatre jours, deux ou trois cautérisations étant pratiquées, le malade est à même de reprendre son service. Peu de cas font exception à ce que l'on peut nommer ici la règle. Il est bien certain que ce moyen énergique ne peut plus être mis en usage avec autant de succès, si la période de suppuration est arrivée. Aucune espèce de gargarisme n'est employé, si ce n'est de l'eau. Si l'affection est compliquée d'un embarras gastrique, chose assez fréquente, 5 ou 6 centigrammes d'émétique sont donnés en lavage; le moyen local étant le même dans les deux cas, le succès est identique. Le traitement antiphlogistique ordinaire est loin d'obtenir un succès aussi prompt; en outre, il est bien plus incommode, et ne prévient pas toujours le passage à l'état chronique, etc., etc. »

Suivent quelques considérations sur l'urétrite et l'amygdalite aiguë, soumises au même modificateur.

Agréez, etc. J. Greppo, d.-m.

Ex-aide-major adjoint au 49e de ligne.

Vaise, le 26 juin 1852.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

En octobre 1846, une maison sise rue de Charonne, a été louée de Mme Ledru-Rollin par l'administration des hospices, pour recevoir temporairement 300 malades. Cette maison avait été ouverte sous le nom d'hôpital de Bon-Secours, en attendant que la construction de l'hôpital du Nord, édifié sur les terrains de Saint-Lazare, pût offrir au service hospitalier l'espace dont il avait besoin.

Les travaux de ce dernier hôpital devant être achevés dans le cours de cette année, l'administration, afin de ne point laisser commencer une nouvelle période, a dû faire donner congé, pour le mois d'octobre, des bâtimens occupés par l'hôpital de Bon-Secours.

A cette époque donc, les 300 lits que renferme cet établissement seront transférés dans les nouveaux bâtimens de l'hôpital du Nord; mais alors même que des circonstances imprévues retarderaient la livraison des pavillons destinés aux malades de Bon-Secours, il ne saurait en résulter aucun inconvénient, l'administration ayant pris des mesures pour que les 300 lits à transporter trouvent provisoirement place dans les autres établissemens.

— Mme Gaugand, marchande de meubles, rue Jacob, en allant, il y a quelques semaines, avec sa famille et des amis, à la fête de Passy, rencontra au bois de Boulogne, un petit chien blanc qui paraissait abandonné. Elle voulut le recueillir et l'emmener. Le chien, qui paraissait d'abord très pacifique, ne tarda pas à changer d'humeur, et se prit tout à coup à mordre légèrement à la main chacune des personnes qui voulaient lui attacher le licol. Six individus, hommes, femmes, enfans, furent successivement atteints. Malgré cela, l'animal fut conduit à Paris, et, l'on ne se préoccupait pas des blessures qu'il avait faites, lorsqu'au bout du soixante-cinquième jour, hier à minuit, Mme Gaugand commença à se débattre sous les terribles étreintes de l'hydrophobie la mieux caractérisée. Plusieurs médecins se sont empressés à lui donner des soins, mais ce fut en vain. La malheureuse femme a succombé.

Le petit chien n'est resté que deux jours dans la maison, on ne sait ce qu'il est devenu. Par mesure de précaution, le commissaire de police du quartier a fait saisir les chiens du voisinage qui auraient pu subir un contact dangereux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des hallucinations, ou Histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme; par A. Brierre de Boismont, docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur d'un établissement d'aliénés, etc., 2e édition, entièrement refondue.
Un vol. in-8 de 736 pages. — Prix : 6 fr.
A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, etc, avec une introduction par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*. — Un vol. in-8. — Prix : 5 fr.
Paris, 1852, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur Fauconneau-Dufresne. — Prix : 1 fr.
Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie; par le docteur Belhomme, directeur d'un établissement d'aliénés, etc — En vente, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix : 1 fr. 50 c.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesté et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 82. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 10 Juillet 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.:
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 JUILLET 1852.

SUR LA SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Sommaire. — Présentation d'une malade. — Discours de M. H. Larrey. — Opération de trachéotomie. — Tumeur fibreuse du calcaneum prise pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. — Hydartrose avec lésions multiples. — Instrument destiné à explorer le fond de l'œil sain ou malade. — Discussion générale sur la valeur et l'importance de cet appareil.

Au commencement de la séance, M. le docteur Demarquay a présenté à la Société une jeune malade qui porte à la partie moyenne de la région frontale une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, molle, un peu élastique, animée de battemens isochrones à ceux du pouls, et qui est le siége d'un bruit de souffle très apparent. La Société, consultée sur la nature de la tumeur, sur le traitement le plus convenable à y appliquer, discutera ces diverses questions dans la prochaine séance. Nous ne saurions trop applaudir à l'initiative que prennent toujours, dans les cas un peu douteux, les membres de la Société de chirurgie, de soumettre des questions de clinique externe au jugement de leurs collègues. La science et l'humanité ne peuvent que gagner à une pareille conduite.

M. Larrey, avant de quitter le fauteuil de la présidence, qu'il a si dignement occupé, a donné lecture d'un discours très bien senti, où il a rappelé l'histoire de la fondation de la Société de chirurgie, les développemens qu'a pris cette compagnie savante, les efforts si louables de son premier président A. Bérard, et la coopération du professeur Marjolin. Pour donner une idée de l'importance qu'a acquise la Société, il a cité les noms de tous les hommes illustres en chirurgie, non seulement en France, mais dans toute l'Europe, qui ont brigué les honneurs d'en faire partie. Les noms des professeurs Roux, Gerdy, Lallemand, Sédillot, Seutin, Borelli, etc., se sont naturellement présentés sous sa plume.

M. Larrey a fait ressortir toute l'importance des travaux de la Société; il a insisté sur la grande publicité que plusieurs journaux de médecine leur donnent, sur les relations qui se sont établies déjà entre la Société et les premières compagnies savantes de la France et de l'étranger, sur les encouragemens qui sont accordés chaque année par M. le ministre de l'instruction publique.

L'honorable président a signalé encore l'utilité qu'il y aurait à ce que le secrétaire fît chaque année une revue générale de tous les travaux. En rassemblant ces matériaux, en les coordonnant d'une certaine manière, on contribuerait sans doute aux progrès de la science.

M. Larrey a soulevé la question du prix annuel, il a émis le vœu bien légitime, bien fondé, que cette question fût de nouveau soumise aux discussions éclairées de la Société. A cet égard, on nous permettra de dire notre propre opinion. La Société de chirurgie a pris aujourd'hui une telle extension, ses travaux ont acquis une telle importance, qu'elle ne peut plus rester au-dessous des autres Sociétés savantes du pays. A l'exception d'un bien petit nombre, toutes ces Sociétés sont dans l'usage de distribuer chaque année un prix consistant en une médaille d'or ou en une somme d'argent d'une certaine valeur. Assurément, il n'est pas de mobile plus noble pour encourager les jeunes travailleurs, que cette approbation d'une compagnie illustre qui se traduit par un témoignage à la fois physique et moral. Ce qui a valu à l'ancienne Académie de chirurgie les beaux travaux consignés dans les cinq volumes de ses prix, c'est précisément l'institution d'un prix annuel consistant en une médaille d'or de cinq cents livres, due à la munificence de Lapeyronie. Pour nous, nous aimons à croire qu'il se trouvera dans le sein de la Société de chirurgie quelque autre Lapeyronie qui prendra l'initiative de la fondation d'un prix annuel, et qui attachera à jamais son nom à l'histoire de la Société de chirurgie, comme Lapeyronie a immortalisé le sien en léguant une grande partie de son immense fortune pour concourir au développement de la compagnie dont il fut le plus chaud défenseur et le plus ferme soutien.

Nous revenons à M. Larrey. Nous avons à peine besoin de dire que des acclamations unanimes ont salué la fin de son discours, et que l'impression en a été votée d'un commun accord dans les comptes-rendus de la Société de chirurgie.

M. le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital Saint-Mâlo, a envoyé la relation d'une opération de trachéotomie, faite avec succès dans un cas d'angine spasmodique. M. Chapel, qui est un chirurgien aussi savant que modeste, aussi habile que bienveillant, brigue l'honneur d'être nommé membre correspondant de la Société.

M. le docteur Martin a envoyé une pièce d'anatomie pathologique. C'est une tumeur du calcanéum qui a donné sujet à une erreur de diagnostic. Un malade présentait depuis six ans une tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne, qui se manifestait avec tous les caractères d'une tumeur blanche de cette articulation. La maladie avait résisté à l'emploi de tous les topiques; l'amputation de la jambe fut pratiquée par Blandin, et l'opération faite, on crut encore à l'existence d'une arthropathie. La tumeur ayant été fendue, on reconnut une tumeur du calcanéum, et l'articulation tibio-astragalienne était parfaitement saine. Reste maintenant à décider si la tumeur du calcanéum est de nature encéphaloïde ou fibreuse, c'est ce qu'une commission est appelée à décider.

M. le docteur Gosselin a fait un rapport sur une observation lue antérieurement à la Société par M. Verneuil. Il s'agit d'un cas d'hydarthrose du genou, avec des lésions anatomiques multiples que l'auteur a étudiées avec le plus grand soin.

Un grande partie de la séance a été consacrée à la lecture d'un rapport fort consciencieux sur un travail de M. le docteur Follin, qui a présenté, il y a quelques mois à la Société, un instrument d'optique destiné à explorer la rétine, le cristallin et les différentes parties de l'œil.

Les premières tentatives de l'application des phénomènes de la lumière au diagnostic des affections de l'appareil visuel, remontent à Sanson. On sait que ce chirurgien a constaté que, dans l'état normal, la flamme d'une bougie placée au-devant de l'œil dessine trois images différemment disposées, et que l'une de ces images disparaît lorsque le cristallin est opaque. M. Helmholtz, professeur à l'Université de Kœnigsberg, est le premier qui, à l'aide d'un appareil fort ingénieux, est parvenu à voir l'image de la rétine; cet appareil a été perfectionné par M. Follin, aidé d'un habile opticien, M. Natchez.

Avec l'appareil ainsi modifié, on obtient un éclairage général du fond de l'œil, cet organe n'est soumis à aucune fatigue; au commencement de l'expérience, la pupille exécute quelques oscillations, mais celles-ci cessent bientôt, et l'on découvre alors la rétine avec son centre vasculaire. M. Follin a cherché à trouver la tache jaune de la rétine, mais, moins heureux que M. Helmholtz, il n'a pu la constater même en employant des verres de couleur. Voici pour l'état physiologique; voyons quels sont les résultats pathologiques signalés par l'auteur.

Chez un malade qui était atteint d'une plaie de la cornée, avec affaiblissement de la vision, on a reconnu la présence d'une ligne noire dans le champ lumineux. Un autre malade, qui offrait une sensibilité très vive à la lumière et un état congestif de l'œil, avait une rétine fortement vascularisée. M. Follin croit donc pouvoir apprécier à l'aide de cet appareil, les différens états congestifs de la rétine, et de plus ses varices, les productions cancéreuses de cette membrane, enfin les opacités du cristallin.

La commission nommée par la Société s'est appliquée à vérifier tous les faits annoncés par l'auteur, et les différentes

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'ALLEMAGNE MÉDICALE CONTEMPORAINE.

Si vous le permettez, bien-aimé lecteur, nous voyagerons aujourd'hui en Allemagne. Le temps est splendide, un peu chaud peut-être, mais la rapidité de la course va déplacer pour nous une masse d'air frais dont les courans tempéreront l'ardeur de l'atmosphère. La locomotive fume, la vapeur impatiente siffle et s'épanche en un long panache blanc, le signal se fait entendre, partons !

Mais il nous faut un guide. Prenez celui que je vous offre ; c'est l'auteur d'une publication pleine d'intérêt, qui vient de voir le jour sous ce titre : *Aperçu historique sur la médecine contemporaine de l'Allemagne* (1). Parcourons, avec M. le docteur Otterbourg, les diverses écoles médicales de cette Allemagne si peu connue. Nous allons y rencontrer des idées, des principes, des applications qui exciteront votre surprise, et généralement ignorées de ce côté du Rhin. Il y a peu à craindre, d'ailleurs, que cette importation des doctrines allemandes détourne la médecine française des voies qu'elle suit aujourd'hui. Il en est des idées comme des plantes; chaque climat a sa flore, chaque nation a ses penseurs divers. Les doctrines dont il va être question ne pourront jamais se naturaliser dans l'esprit français ; plantes de culture exotique, elles n'y joueront que le rôle accessoire de curiosités végétales. Vous jugerez s'il faut s'en féliciter ou s'en plaindre.

La première école que M. Otterbourg nous engage à visiter avec lui est *l'école de l'histoire de la nature.* Fatiguée de la doctrine vitaliste propagée par Reil, Blumenbach et Hufeland, sorte d'éclectisme bâtard, incohérent et stérile, la science allemande mit son salut dans les destinées d'un brillant système qui s'élevait à l'horizon de la philosophie, le système de *l'identité absolue.* C'est le système dont Schelling a été le grand apôtre :

« L'école qui porte le nom de *système de l'histoire de la nature* est » la continuation, l'héritière directe, la fille légitime des idées de Schelling, appliquées pour la première fois à la médecine, vers le commencement de ce siècle, application pleine de périls et d'attraits à la » fois.

» L'organisme, suivant les dogmes de l'histoire de la nature, se développe de bas en haut. Avant d'arriver à son type permanent et suprême, l'homme traverse une multitude de formes propres à des types » inférieurs ; avant d'être mammifère, il est oiseau ; avant d'être oiseau, » reptile ; avant d'être reptile, poisson, etc., etc. Schelling, à qui appartient ce dogme, alla plus loin : il pensa que la même métamorphose » avait lieu dans l'organisme malade. Cette dernière idée n'était qu'en » germe dans les écrits de cet illustre philosophe, et fut développée » par ses partisans, qui lui imprimèrent deux directions tranchées en » pathologie.

» Se fondant sur ce que, chez les animaux inférieurs, tantôt c'est un » appareil ou un organe qui prédomine, et tantôt c'est un autre, tandis » que chez l'homme seul existe un certain équilibre entre les divers » instrumens de l'économie, les pathologistes de l'école de l'histoire de » la nature en induisirent que, chez l'homme à l'état de maladie, le type » se transforme; qu'au lieu de monter comme à l'état normal, il » s'abaisse; qu'il revêt un type quelconque qui appartient normalement à une classe inférieure d'animaux. Ainsi, par exemple, suivant » ces auteurs, le type de l'homme, dans les affections gastriques, descend à celui de l'espèce bovine; car la langue est blanche, l'urine » trouble et épaisse, comme chez les animaux de cette espèce; les renvois et les vomissemens sont analogues à la rumination. Dans le rachitisme, l'homme se rapproche des mollusques; dans l'hydropisie, son » type s'identifie à celui des vers hydatiques, etc., etc.

» La maladie n'est point une simple négation de la vie normale, un » *minus*, mais bien une réalité, un changement dans la composition » intégrante de l'organisme, une création nouvelle qui parfois imite la » forme des dernières classes de l'échelle zoologique; elle impliquait » dans l'organisme la conservation d'un certain reste de santé, sans lequel la vie se fût manifestée et développée sous une autre forme, sans » lequel l'homme, cessant d'appartenir à sa classe, fût tombé dans une » classe animale inférieure.

» D'autres pathologistes de la même école, profondément versés dans » l'étude des sciences naturelles, ayant surtout une haute et vaste connaissance des faits d'anatomie, de physiologie et de pathologie comparées, allaient plus loin encore : ils admettaient que la maladie était » un être distinct de l'organisme, un corps qui lui était étranger, un » animal d'une classe inférieure, qui s'implantait en quelque sorte au » sein de l'économie humaine, et qui y vivait à ses dépends. De là toute » une théorie connue sous le nom de *parasitisme* (Jahn, Stark, et » Hoffmann). L'acarus de la gale, la découverte du *polystoma sanguicolum*, faite par Chiaje dans le sang provenant de la pneumorrhagie » des phthisiques, et d'autres faits analogues qui sont réels, sont les » argumens qu'on invoque à l'appui de cette théorie, dont la généralisation est pour le moins prématurée.

» La vie de l'homme se compose de deux élémens opposés et toujours en lutte, l'élément organique et l'élément inorganique, le principe » *égoïste*, qui tend sans cesse à se séparer de l'ensemble, et le principe » *planétaire*, qui incline constamment à absorber l'autre. De l'équilibre » de ces deux élémens, provient l'intégrité de l'organisme, c'est-à-dire » la santé; de la prépondérance passagère du principe planétaire, résulte la maladie, et de sa victoire complète et permanente, la mort. »

Cette école reconnaît un principe de la maladie, réalité toujours identique au fond, mais se diversifiant suivant une multitude de circonstances; et une forme de la maladie constituée par trois ordres de conditions : 1° la nature de la puissance morbifique; 2° les propriétés de l'organe sur lequel agit cette puissance; 3° l'individualité du sujet malade. Ces conditions sont exposées et développées dans le travail de M. Otterbourg, dont la précieuse analyse déjà difficile à suivre dans les

(1) In-4°, Paris, 1852, Germer-Baillière.

expériences qu'elle a entreprises l'ont conduite aux résultats suivans :

Relativement aux varices de la rétine, on n'a pas eu encore l'occasion de les voir, et, en conséquence, on ne peut que fonder des espérances sur la possibilité de les reconnaître avec l'appareil de MM. Follin et Natchez. L'examen d'yeux parfaitement sains a permis de reconnaître les vaisseaux de la rétine. Sur un homme atteint d'amblyopie congestive, on n'a pas constaté une rougeur de la rétine. Sur un autre malade qui a un commencement de cataracte occupant le centre du cristallin, on a distingué des points obscurs.

La commission a reconnu, d'un autre côté, un fait qui ôte à l'appareil une grande partie de son utilité et qui serait même de nature à en faire rejeter l'emploi dans certaines circonstances. Sur un malade on reconnaît parfaitement à l'œil nu, une opacité du cristallin disposée sous la forme d'une croix, cette opacité est des plus frappantes pour toutes les personnes qui assistent à l'expérience. On applique l'appareil, et les résultats que l'on obtient sont nuls; M. Follin lui-même, appelé à vérifier l'expérience, reconnaît l'impuissance de l'appareil.

Un autre fait est digne en tout point d'attirer l'attention. Un malade est opéré le 24 janvier, par la méthode de l'abaissement, pour deux cataractes cristallines. Après l'opération, les pupilles sont parfaitement nettes; quelques jours après, il y a une réascencion du cristallin. Nouvelle opération faite aussi heureusement que la première fois, mais sans réascencion consécutive de la lentille cristalline. Chez ce malade, il a été tout à fait impossible d'éclairer le fond de l'œil avec l'appareil de MM. Follin et Natchez.

La commission, après avoir fait avec le plus grand soin ces études fort laborieuses, a conclu qu'à l'aide de cet appareil on peut distinguer les vaisseaux de la rétine; que l'on peut aussi reconnaître certaines opacités de l'œil, notamment dans les cataractes pigmentaires. Qu'à l'égard des varices et des productions cancéreuses de la rétine, on peut former des espérances; mais jusqu'ici l'expérience n'a pas prononcé; que l'appareil est tout à fait impuissant pour reconnaître des opacités commençantes du cristallin, que l'on peut voir à l'œil nu et à la loupe. Enfin que l'appareil cesse d'éclairer le fond de l'œil lorsque le cristallin est enlevé.

M. Robert fait remarquer que les conclusions de la commission ne tendent à rien moins qu'à démontrer que le nouvel appareil n'a aucune utilité; bien plus, ce dernier pourrait induire en erreur. Comment ne pas confondre les aspects que donne la choroïde avec ceux que présente la rétine; c'est là encore une nouvelle cause d'erreur. M. Robert regrette aussi qu'on n'ait pas fait quelques recherches sur les yeux d'individus atteints de glaucôme. Dans tous les cas, il croit qu'on doit mettre la plus grande réserve dans les applications qu'on peut faire de l'appareil.

La commission a senti toute l'importance de l'objection, elle convient que la rétine n'a pas une épaisseur assez grande pour que les vaisseaux de la choroïde ne puissent être vus à travers cette membrane. Elle espère que l'auteur de la communication comblera cette lacune.

M. Giraldès ne croit pas que dans l'état normal il soit possible de distinguer une coloration quelconque de la rétine; cette membrane est toujours pâle, transparente.

La commission admet le fait, mais elle croit que si la rétine offrait une ecchymose, une vascularisation, l'appareil les accuserait.

M. le professeur Denonvilliers donne un nouveau poids à l'objection de M. Robert. Par cela seul que la rétine est transparente, il est difficile de comprendre qu'on ne voie pas ce qui est placé derrière cette membrane. Pour éviter l'erreur, il aurait désiré qu'on fît une description exacte de tout ce qu'on voit à l'aide de l'appareil; qu'on indiquât avec soin l'aspect du réseau vasculaire, qu'on insistât sur les conditions fondamentales de toute espèce de réseau; la largeur des mailles, la grosseur des vaisseaux, les formes des mailles. La science possède une description complète de la forme du réseau vasculaire de la rétine; il serait donc facile de savoir si ce qu'on voit au fond de l'œil se rapporte véritablement aux vaisseaux de la rétine, et dès lors on éviterait toute espèce de méprise. M. le professeur Denonvilliers a expérimenté lui-même l'instrument et il avoue qu'il n'a vu que fort peu de chose, tout au plus lui a-t-il été donné d'apercevoir un vaisseau seul ou bien un vaisseau avec un embranchement. On a exagéré en disant qu'on voyait un grand nombre de vaisseaux. Il faudrait encore rechercher si, à l'aide de cet appareil, on peut voir plusieurs des membranes de l'œil. Ce sont donc autant de questions qui doivent être étudiées de nouveau.

La commission a accepté ces diverses objections; elle a reconnu tout ce qu'elles avaient de fondé; elle émet des doutes sur la question de savoir si c'est bien le fond de l'œil qu'on voit, ne serait-ce pas la cristalloïde postérieure. Mais d'un autre côté elle fait remarquer avec raison qu'elle n'avait pas à faire le travail de l'auteur, qu'elle n'était appelée qu'à en vérifier les assertions.

M. Gosselin a pris avec grande chaleur la défense de M. Follin; il a fait remarquer que ce dernier rapporte à la rétine ce qu'on voit avec l'instrument, parce que en expérimentant sur des yeux sains on aperçoit une image analogue à celle que fournit l'inspection directe de la rétine. Chez certains sujets, on voit un fond tout rosé; il ne faut pas, du reste, juger trop sévèrement ce travail qui n'est qu'une espérance pour l'avenir. M. Gosselin ne doute pas que l'appareil ne permette d'étudier les lésions de la rétine qui sont encore fort mal connues.

En résumé, la discussion très longue qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie nous semble avoir prouvé que l'appareil du professeur Helmholtz, perfectionné par MM. Follin et Natchez, ne peut rendre à la pathologie oculaire que des services bien restreints et, il faut bien le dire, est de nature à induire en erreur dans quelques cas. Est-ce à dire qu'il faille en rejeter l'emploi d'une manière absolue, nous ne le pensons pas. Nous ne doutons pas que notre très laborieux et très intelligent collègue, M. Follin, ne se remette à l'œuvre et ne vienne d'ici à quelque temps apporter à la Société de chirurgie quelque nouvelle communication sur ce sujet.

Dr Fano,
Prosecteur de la Faculté.

CLINIQUE MÉDICALE.

(Hôpital Beaujon.)

SUR LES MALADIES CHRONIQUES ET NERVEUSES,

Par M. S. Sandras.

Sommaire. — De la chorée, et spécialement des chorées partielles.

Messieurs,

Il nous est entré, au commencement de cette semaine, un malade qui me fournit une excellente occasion de vous entretenir de la chorée.

Cette maladie est assez commune quand on l'envisage comme chorée générale, mais assez rare comme chorée partielle bornée à quelques parties limitées du corps.

La chorée générale peut être distinguée en aiguë et en chronique. Cette distinction, qui présente peu d'importance sous le rapport du traitement, en acquiert beaucoup plus au point de vue du pronostic.

Je considère, en général, comme beaucoup plus graves, les chorées aiguës; et je ne peux aborder ce sujet sans me représenter un tableau que j'ai eu sous les yeux, assez effrayant, du reste, pour n'en pas perdre le souvenir. C'était un jeune homme atteint d'une chorée aiguë tellement violente, qu'il était impossible de le tenir sur son lit; les mouvemens de ses lèvres étaient continuels, et faisaient que souvent elles étaient serrées entre les arcades dentaires et lacérées; la déglutition, la phonation étaient impossibles; il n'y avait, en un mot, de conservé chez lui que la circulation et la respiration : il mourut au bout de quatre jours dans les souffrances les plus atroces.

On tire encore de précieuses indications pour le pronostic, de la présence ou non de mouvemens convulsifs pendant le sommeil; ils indiquent à la fois dans la maladie plus de ténacité et plus de gravité.

Dans les chorées aiguës, plus le sommeil est long et facile, et plus le pronostic est favorable.

Quant à ce qui regarde les causes, il en est une sur laquelle M. Sée a beaucoup insisté, je veux parler du rhumatisme. Le lieu sur lequel il a fait ces remarques a peut-être un peu contribué à la généralité qu'il a attribuée à cette cause. Les faits que j'ai eu l'occasion d'observer, ne sont pas tout à fait d'accord avec cette manière de voir. J'en ai vu à la vérité qui y étaient conformes; mais, dans la majorité des cas, ils étaient en désaccord.

Une cause de la chorée que je regarde comme beaucoup plus commune que le rhumatisme, c'est la chlorose, soit chez les garçons, soit chez les filles. Il est rare que, dans l'histoire du malade, on n'ait pas à invoquer la préexistence de cette affection. J'en dirais presque autant de la masturbation chez les enfans.

Il m'est revenu que M. Trousseau insistait beaucoup sur les altérations de l'intelligence dans la chorée. Je dois m'élever fortement contre cette assertion; non pas que je veuille dire qu'il n'y ait pas quelques modifications dans les idées du malade, quelques bizarreries dans son caractère, je ne veux pas nier, en un mot, que la maladie influe sur le moral du sujet, mais ce que je conteste, c'est que l'intelligence ait toujours subi quelque atteinte.

Il résulte de la chorée générale peu d'altérations de nutrition; il est rare aussi que les sécrétions subissent quelque modification; on a vu cependant quelquefois les malades rendre brusquement les urines et les matières fécales.

En envisageant le traitement de la chorée, on remarque que dans cette affection, les médecins ont été guidés plutôt par des théories faites d'avance, ou par des conjectures plus ou moins vraisemblables. Tel serait, par exemple, le traitement antirhumatismal, si on le préconisait exclusivement d'après les idées de M. Sée; il est certainement très bon d'y recourir quand le rhumatisme est reconnu comme cause de la maladie. J'ai vu un cas de ce genre dans lequel le sulfate de quinine à haute dose fut employé avec autant d'efficacité qu'il l'eût été

---

limites où il a été obligé de se restreindre, deviendrait impossible à comprendre dans une analyse encore plus concentrée. J'en extrairai ce court passage, très original, sur le principe contagieux :

« Tout principe contagieux se compose de deux élémens : une base » ou un corps, et un pouvoir animateur ou une force. Le premier de » ces élémens, le corps, est tantôt liquide, comme dans la syphilis et » la rage; tantôt réduit à l'état de vapeur, comme dans la fièvre jaune; » tantôt gazeux, comme dans la scarlatine; tantôt enfin il réunit ces » trois formes, comme dans la variole, par exemple. Le pouvoir ani» mateur des principes contagieux a beaucoup d'analogie avec le fluide » électrique. »

Quant à la thérapeutique, écoutons encore M. Otterbourg :

« En thérapeutique, deux ordres d'indications : des indications spé» ciales et des indications générales. Les premières sont dirigées contre » les puissances ou les causes de la maladie; les secondes, contre ses » formes ou ses caractères. Or, il y a autant de médicamens particu» liers que de puissances morbifiques particulières; et de même que » chaque élément pathogénique atteint une partie déterminée de l'éco» nomie, chaque ordre de moyens curatifs exerce une influence toute » locale, agit sur tel organe ou sur tel système, et non pas sur tel ou » tel autre.

» Quant aux indications générales d'une maladie, elles consistent à » prendre en considération chacun des trois caractères que revêtent » toutes les affections : l'éréthisme, la syncope, la torpeur. Au premier » caractère, on doit opposer la méthode expectante; au deuxième, les » antiphlogistiques et les calmans; au troisième, les toniques et les » excitans.

» De cette manière d'envisager les faits, du principe d'après lequel » toute puissance morbifique agirait exclusivement sur un organe dé» terminé, il résulte d'abord qu'il n'y a point d'affections générales, de » fièvres essentielles, ou autres désordres de toute la substance; ensuite » que la maladie est une réunion plus ou moins complexe de symp» tômes isolés, et dont aucun n'est et ne peut être pathognomonique.

» De là aussi, en nosographie, la préférence qu'on doit accorder à la » méthode des botanistes, à la division des maladies en famille, genres, » espèces et variétés, etc. »

Voici comment M. Otterbourg termine cet intéressant chapitre :

« Telles étaient, en somme, les opinions des promoteurs de l'école » de l'histoire de la nature. Schœnlein s'en déclarait le chef; à côté de » lui, et sous sa bannière, combattirent, avec plus ou moins de succès, » les Marcus, les Pheuffer, les Eisenmann, les Fuchs, les Jahn et au» tres, abandonnant peu à peu, à mesure que la lumière de l'observa» tion rationnelle éclaircissait leur trajet, tout ce qu'il y avait d'extra» vagant dans ce système. L'école de l'histoire de la nature venait à » peine de voir le jour, que déjà elle était devenue une école de pure » et sage observation. Elle fut contrainte à cette heureuse transition » par des luttes et des attaques sans mesure; elle y fut conduite par le » flambeau des sciences exactes, de l'anatomie pathologique, de la phy» siologie, qui rayonnaient alors avec tant d'éclat sur ce triumvirat de » la science : la France, l'Angleterre et l'Allemagne. »

Nous ne pouvons séjourner plus longtemps dans cette école de l'histoire de la nature, dont les exagération sont trouvé en France, un grand mais un seul propagateur, homme aujourd'hui malheureux, et dont il n'est possible, par conséquent, de parler qu'avec la plus grande réserve.

Transportons-nous avec M. Otterbourg dans l'*école anatomique* et dans la *doctrine des crases.* Cette école est encore appelée école de Vienne; elle a pour chefs les Rokitanski, les Skoda, les Engel. Elle part de ce principe que l'anatomie pathologique, aux limites de ses recherches, force pour ainsi dire l'observateur solidiste à une considération de l'état du sang, elle contraint ce dernier à reconnaître une *pathologie humorale,* avec d'autant plus de raison, qu'il reconnaît l'insuffisance des anomalies des *solides* pour expliquer la cause de la maladie et de la mort.

« Les anomalies (Rokitanski) ne sont que des altérations de l'orga» nisme normal et de ses parties, un *état normal,* et excluant l'idée » d'un *organisme indépendant, parasite.*

» Il n'y a pas d'organe qui ne puisse devenir malade de différentes » manières.

» L'existence des maladies locales pures, indépendantes, depuis la » simple inflammation, depuis la blennorrhagie jusqu'au tubercule, au » squirrhe, est prouvée par la vie propre des organes et leurs rela» tions au dehors, par l'impression locale d'une excitation directe, ou » venant d'autres organes. Ces excitations, en produisant indirectement » ou par le système nerveux une altération locale dans le procédé vital » de la faculté nutritive et sécrétoire, un échange réflété entre les vais» seaux contenus et le parenchyme, occasionnent ainsi des productions » anormales dans leur quantité et leur qualité; et, quoique la nutrition » et la sécrétion soient avant tout fondées sur une composition normale, » elles dépendent pourtant, dans chaque organe et dans chaque tissu, » de la *normalité de l'action vitale* spécifiquement inhérente à tel ou » tel parenchyme. »

» Des sécrétions anormales peuvent donc être produites par des in» fluences sur le parenchyme, qui altèrent le matériel sécrétoire com» mun; et, bien que l'anatomie ne s'occupe que des *maladies locales,* » elle arrive, par ses conclusions, à reconnaître des maladies géné» rales, maladies dont le siége ne peut être que le sang. Cette anamolie, » ou primaire ou secondaire, dans la composition du sang, est appelée » par l'école, *crase* (*anormale*), et la *dyscrasie* est le symptôme de la » crase. « Nous pouvons nommer dyscrasie toute condition du sang qui » dévie de la normalité, nom qui a une plus large acception que celle » connue jusqu'à ce jour. » (Engel.)

» Le rapport entre une crase anormale et l'inflammation est double; » la crase, en effet, est tantôt consécutive, donnée par l'inflammation, » tantôt elle est préexistante, primitive, et l'inflammation est un acci» dent consécutif symptomatique, localisation de la crase.

» Le développement d'une constitution dyscrasique du sang par suite » d'une influence traumatique purement locale, influence qui pro» duit une inflammation, démontre évidemment que l'inflammation n'est » qu'un travail dyscrasique.

contre un simple rhumatisme. Mais il n'en serait pas de même dans une foule d'autres cas. On comprend très bien, par exemple, que dans une chorée suite de chlorose, il faudrait s'adresser au traitement de cette dernière maladie : recourir aux préparations ferrugineuses, et surtout au fer uni à l'iode (iodure de fer). Quant aux bains qui ont été tant vantés dans la chorée, il faut encore apporter dans leur emploi certaines modifications; par exemple, vous donnerez les bains à peine tièdes et même froids quand la chlorose dominera la maladie. J'en dirai autant de la saignée, dans l'emploi de laquelle il faut se montrer très circonspect, et à laquelle il ne faut recourir qu'après avoir consulté avec soin l'état du cœur, du pouls, des voies digestives, etc.....

On a encore banalement conseillé contre la chorée les antispasmodiques, comme, du reste, on l'a fait dans la plupart des affections névropathiques. Mais d'abord, et avant tout, on doit s'attacher à connaître, pour la combattre, la cause essentielle; et c'est quand elle échappe à toutes les recherches les plus attentives, qu'on peut avoir recours, à cause des symptômes seulement, aux plus efficaces des antispasmodiques. C'est d'ailleurs une médecine sur laquelle il ne faut pas compter.

Dans ces derniers temps, M. Trousseau a imaginé, contre la chorée, un traitement assez singulier; il a employé pour la guérir une sorte de médecine homœopathique, à dose allopathique; en un mot, il a substitué une maladie artificielle, médicamenteuse, à l'affection naturelle : je ne peux pas m'expliquer autrement l'action de la strychnine par lui conseillée contre la chorée, à dose suffisante pour déterminer des mouvemens involontaires. J'ai su de source certaine, que le succès de cette médication, à l'hôpital des Enfans, a été jusqu'à présent fort contestable; quelques malades, à la vérité, sortent au bout de quelques semaines, et cela doit être quand même; mais, d'après ce que l'on m'a dit, la plupart n'éprouvent aucune amélioration. J'avoue que je ne serai tenté d'essayer ce moyen que quand des faits bien constatés m'auront donné des probabilités plus sérieuses de réussite.

Voilà ce que je voulais vous dire de la chorée générale.

Quant à la chorée partielle, on la rencontre, comme je vous le disais, moins fréquemment.

Elle peut occuper des siéges bien différens. On l'observe assez souvent à la face ; c'est ainsi qu'on voit certains tics non douloureux des muscles orbiculaires des paupières exclusivement; d'autres de la langue, rendant impossible l'articulation de certains mots et les mouvemens de déglutition. Les chorées partielles peuvent occuper encore les membres supérieurs ou les membres inférieurs.

D'autres fois la chorée ne s'adresse pas à des organes aussi extérieurs. Nous avons eu, l'année dernière, une malade avec chorée du diaphragme et des muscles abdominaux ; chez cette femme, les symptômes de la chlorose étaient très marqués ; les digestions étaient laborieuses et troublées par des vomissemens; l'écoulement des urines était difficile, les règles irrégulières : la malade éprouvait, en outre, une sensation analogue à celle d'une boule qu'elle aurait eue dans le ventre. Si la chorée envahissait les muscles obliques de l'abdomen seulement, il y avait formation d'une boule médiane ; si au contraire c'étaient les deux muscles droits, leur contraction donnait lieu à la production des deux boules. Ces contractions se produisaient subitement, mais le contact d'un corps froid les rendait très énergiques. Cette malade a quitté l'hôpital avant sa guérison.

Vous avez vu, au N° 1 de la salle St-François, un exemple de chorée partielle assez curieux. Elle occupe exclusivement certains muscles, dont les contractions sont provoquées par le moindre attouchement. Elle siége en avant dans les muscles de la région abdominale antérieure et surtout à gauche ; en arrière, au contraire, ce sont les muscles de la partie droite du tronc qui sont le plus sensibles à l'attouchement.

Chez ce malade, il y a en outre une vive douleur siégeant vers la base du thorax à gauche, douleur qui, jointe à des vomissemens opiniâtres, précède les crises dont ce malade se plaint. La sensibilité périphérique est aussi altérée, il y a analgésie tout aussi bien dans les parties affectées de chorée que dans les autres. Ajoutons que ce malade a perdu toute espèce de désir vénérien et n'a plus d'érections ; dans la nuit, pendant son sommeil, il lui en arrive quelquefois qui sont suivies de pollutions. Cette maladie date de trois ans; nous n'avons trouvé aucune espèce d'abus qui expliquât la maladie; le traitement n'a pas encore été commencé.

Il est d'autres affections chroniques qui méritent aussi d'être signalées et qui, je crois, ne l'ont pas été ; je veux parler des chorées partielles avec forme progressive à peu près analogues aux paralysies dont nous nous sommes occupés précédemment. Je n'en ai pas d'exemple à vous montrer aujourd'hui; mais j'ai entre les mains l'observation détaillée d'un malade atteint de cette maladie. Permettez-moi de vous en citer quelques passages.

La maladie date de 1841. Le début a été marqué par un mouvement convulsif dans le muscle abducteur du pouce, puis progressivement par l'agitation du doigt indicateur, des autres doigts et de la face palmaire de l'avant-bras, puis de la face interne des cuisses, et enfin par des mouvemens de l'orbiculaire des lèvres et du temporal. En 1842, l'agitation fut plus grande et la difficulté à marcher plus prononcée. De 1843 à 1847, la maladie fit de nouveaux progrès. En 1847, aux symptômes précédens se joignit la contracture des muscles de la partie gauche du tronc; à dater de ce moment, le malade marcha seulement en sautant et en bondissant, ce qui semblait le soulager.

En 1848, sensation douloureuse à l'hypochondre gauche, avec dépression des parois à cet endroit (remarquez cette analogie avec le malade couché au n° 1 de la salle St-François). En 1849, la faiblesse musculaire croît en raison de l'agitation qui est extrême; il est impossible au malade de se tenir dans une position quelconque; une vive douleur accompagne les contractions des muscles; au lit, les muscles qui se trouvent comprimés par le poids du corps, et surtout les muscles fessiers, se convulsent plus que les autres. Le malade ne peut coordonner le moindre mouvement; s'il veut changer de place, par exemple, d'un fauteuil aller à un autre placé à une certaine distance, il cherche à saisir un instant de calme au milieu de ses mouvemens désordonnés, s'élance aussitôt, et vient se jeter sur le siége qu'il convoitait. En 1852, l'embarras de la marche est plus grand encore; les chutes sont fréquentes; la constriction qui siége à l'hypogastre s'étend davantage; la colonne vertébrale est douloureuse. Du reste, l'aspect extérieur est satisfaisant et l'appétit conservé.

Vous venez là d'entendre la description abrégée d'une de ces chorées progressives les mieux caractérisées.

J'en ai vu une plus singulière encore chez un jeune homme qui m'a été amené de la province; c'est une chorée qu'on pourrait dire *de la volonté*. Ainsi, par exemple, une de ses distractions, c'est le dessin; il faut qu'il y renonce en ce moment; non pas à cause de l'irrégularité des mouvemens de ses mains, mais quand il a un crayon à la main, il lui prend la volonté de l'écraser et il l'écrase sur le papier sans pouvoir s'en empêcher ni arrêter sa main. S'il se trouve devant une rivière, il se jette dedans sans pouvoir se retenir quoiqu'il sente bien ce qu'il fait; plusieurs fois cela lui est arrivé. La chorée siége aussi dans les muscles intestinaux. Ainsi, quand il reste dans sa famille, tout se passe, pour les évacuations urinaires et fécales, comme à l'état normal; mais va-t-il dîner en ville ou en soirée, très souvent il lui arrivera de rendre, malgré lui, ses urines et ses excrémens dans son pantalon, là même où cette mauvaise action lui est plus désagréable.

Je ne dois pas oublier encore une autre forme de chorée non moins curieuse; elle consiste dans un trouble singulier de la parole, trouble dans lequel il est impossible au malade de ne pas prononcer certains mots quelquefois très inconvenans, même au milieu de la société la plus respectable.

En général, le pronostic des chorées partielles n'est pas grave sous le rapport du danger, mais il l'est au point de vue de la guérison, que souvent la médication ne produit pas.

Vous avez vu, par ces quelques exemples, quelles bizarreries peuvent offrir les chorées partielles. Je crois que dans celles-ci, comme dans les chorées générales, il faut se reporter à la *cause essentielle, (chlorose, rhumatisme, hystérie)*, ou chercher quelque coïncidence avec une excitation ou un affaiblissement fonctionnel ou morbide du système nerveux, les pertes séminales, par exemple, que vous m'entendez incriminer bien moins souvent que ne le fait M. Lallemand. Quant aux différentes névropathies qui peuvent accompagner cette maladie, il faut les considérer comme de fâcheuses complications.

C'est d'après ces données de la plus haute importance qu'il me semble possible d'instituer un traitement méthodique. Ainsi, la première indication à remplir sera infailliblement de s'attaquer à l'essence même de la maladie et de la combattre avec opiniâtreté. Mais en même temps que le traitement de la cause, on pourra tenter quelque chose contre l'affection locale.

Ce qui m'a, en somme, semblé plus utile après le traitement général, soit contre les chorées générales, soit surtout contre les chorées partielles, c'est la morphine administrée en quantité et en temps suffisans par la méthode endermique. Ce traitement m'a réussi, et pour les tics de la face, et pour les chorées cloniques et toniques; dans ces dernières (toniques), je me suis bien trouvé aussi de quelques applications électriques, alors que la morphine avait rendu les muscles plus dociles.

Je me propose de gouverner, d'après ces principes et d'après ces faits, les malades sur lesquels j'ai appelé votre attention. J'espère que les résultats du traitement viendront confirmer les opinions que j'ai émises. Je ne négligerai pas de vous en rendre compte.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

ÉTRANGE ANOMALIE. — Il y a quelque temps se présenta à l'hôpital de Charing-Cross (à Londres) une jeune femme âgée de 20 ans, couturière, née en Suisse, qui était sur le point de se marier et qui venait réclamer de M. Chowne un certificat constatant qu'elle était réellement une femme, ce que n'avaient pas voulu croire les personnes chargées de la cérémonie, bien qu'elle fût enceinte de plus de cinq mois. Rien de plus facile à comprendre : cette jeune femme portait une barbe et des moustaches noires aussi abondantes, aussi fournies et aussi fortes que celles d'un homme très fortement barbu. Les poils de la moustache et

---

» Entre les maladies des solides et les maladies de la masse du sang, » existe donc une double proportion. Ou bien la crase anormale est » préexistante; l'affection primitive, c'est la maladie générale; sa localisation, c'est l'affection secondaire. Les formes sous lesquelles sa crase » se manifeste, sont surtout l'hyperémie et la stase : l'*inflammation* » ou l'*exsudation* (stase absolue) ; elle peut se manifester aussi sans » exsudation, par des formations dans le système vasculaire (coagulation spontanée de fibrine altérée, formation de pus dans un gros » vaisseau). Ou bien l'anomalie de la crase est *consécutive;* elle est la » suite d'une maladie locale, d'un travail morbide, paraissant comme » infection de la masse du sang par les produits de ce travail.

» Les exsudations sont amenées dans la masse du sang, par résorption, au moyen des lymphatiques et des vaisseaux sanguins eux-mêmes, par leur entrée dans la cavité des vaisseaux d'une manière quel» conque (pus dans les gros vaisseaux).

» Les rapports entre les crases diverses et les organes sont très va» riés : tantôt elles se localisent avec prédilection sur les muqueuses » des voies respiratoires, dans les poumons (*crase fibrineuse*) ; tantôt » sur la muqueuse de l'iléon (*crase typhique*), et sur les tégumens » (*crase exanthématique*).

» Une maladie du sang étant donnée, elle est protopathique ou deutéropathique (*métachématisme*) ; elle est aiguë ou chronique, sui» vant la rapidité ou la lenteur de ses progrès, et cela dépendra avant » tout de la dyscrasie, et, toutes choses égales d'ailleurs, du degré de la » localisation dans un organe plus ou moins important.

» Les terminaisons des maladies du sang consistent dans le retour à » la composition normale de ce liquide, dans le retour de la libre fonc» tion d'un organe malade sous l'influence de la localisation épuisante » de la dyscrasie (tubercules et cancers perdent leur signification géné» rale et deviennent maladies locales) ; ou bien la maladie du sang se » termine par la mort, par suite de sa localisation dans des organes in» dispensables à la vie, et en raison de l'incapacité de la masse dyscra» sique pour entretenir la réparation en général, et en particulier l'acte » de la respiration et de la vivification du système nerveux. »

Vient ensuite l'énumération des crises admises par l'école de Vienne, classification singulière, dont la simple indication nous conduirait beaucoup trop loin. Il est plus intéressant de lire l'appréciation générale de cette école sortie de la plume pieuse, mais indépendante, de M. Otterbourg :

« Cette doctrine des crases, que nous avons tracée en quelques lignes » insuffisantes, mais pourtant d'une manière assez étendue pour démon» trer que l'étude complète des crases est digne d'un esprit sérieux, » cette doctrine, dis-je, prouve les hautes et vastes connaissances de ses » promoteurs, et elle a fait époque dans la science d'outre-Rhin; elle a » appelé un grand nombre de combattans pour ou contre elle. Les par» tisans exclusifs de l'école de Vienne ne voient que crase, ne jugent » une maladie que d'après elle et l'exsudation ; la maladie est pour eux » du domaine de l'anatomie. Ils ne commencent pas l'examen des affec» tions pathologiques par les causes extérieures qui auraient pu la pro» duire, *ils examinent l'état anatomique de l'affection.* Pour eux, » l'examen du pneumonique commence par l'hépatisation ; pour eux » aussi, l'école a créé une espèce de mysticisme qui a servi heureuse» ment, non à méconnaître la haute valeur de l'école de Vienne, mais à » déprécier en quelque sorte son influence. Il y en a peut-être, parmi » ses fervens adeptes, qui ont fait plus de tort dans la pratique que les » rêveries transcendantales d'une autre école, rêveries innocentes et » sans applications funestes.

» On a reproché (professeur Henlé, *Man. de pathol. ration.*) à l'é» cole de Vienne et à ses adhérens purs qu'il leur suffit de la démons» tration de telle ou telle crase sanguine pour faire, d'une affection spé» cifique quelconque qui lui appartient, une dyscrasie; qu'ils se dispen» sent de prouver que la *crase spécifique* est *le fondement de l'affec» tion spécifique,* et qu'ils ne voient pas qu'ils prouvent absolument le » contraire en voulant démontrer une *condition égale* du sang dans les » maladies les plus diverses : choléra, exanthème, tuberculisation aiguë, » fièvre puerpérale, etc. Comme nous l'avons dit, l'école de Vienne a » poussé l'exagération d'une conception purement anatomique trop loin; » elle parle à chaque instant, pour ainsi dire, d'une sorte de guerre que » se livreraient les crases l'une contre l'autre (Henlé); la doctrine des » crases atteignait le plus haut degré de puissance, alors que Dietl par» lait de l'exclusion possible d'une crase par une autre : ainsi la crase » tuberculeuse peut être détruite par la crase veineuse, etc., etc.

» Cette école n'a pas aidé beaucoup aux progrès de la thérapeutique, » qui pourtant devrait être le but final de tous les travaux faits dans » l'art de guérir. La thérapie, au lieu d'avoir été cultivée, est presque » regardée comme chose secondaire; toute l'attention, toute l'étude » d'un grand nombre d'hommes éminens de cette école sont dirigées » vers le seul côté anatomique de la maladie; on est même allé plus » loin : on a ébranlé la croyance à une *médecine curative.* La saignée, » ce moyen capital légué par les siècles, admis par toutes les écoles, » avec plus ou moins de faveur, ne doit plus, d'après les adhérens de » l'école anatomo-humorale, s'exprimant par l'organe de Dietl, figurer » comme moyen thérapeutique à opposer à tant de maladies de la crase » fibrineuse, où, jusqu'à ce jour, on était dans l'habitude de l'employer.

» Dans un ouvrage remarquable sur la saignée dans la pneumonie, » ouvrage de haute valeur, du reste, Dietl, l'auteur de la *Clinique des » maladies du cerveau*, condamne la saignée dans la pneumonie, parce » que, d'après son expérience, cette médication ne serait capable ni » d'empêcher l'exsudation pneumonique, et de faire ainsi rétrograder » le travail pneumonique dans la période de sa stase inflammatoire, ni » ni de s'opposer au deuxième degré. Suivant lui, ce moyen accélère » plutôt l'hépatisation, et l'extension de celle-ci serait plus grande après » chaque saignée ; la saignée n'empêcherait nullement, dans beaucoup » de cas, la résorption de l'exsudation ; elle la favorise plutôt, elle » hâte le passage de l'hépatisation rouge à la dissolution suppura» tive, etc., etc.

» L'école anatomique, ou plutôt, comme on est convenu de l'appeler, » l'école physiologique, a rendu de grands services dans la connais» sance des altérations des organes dans les maladies; elle a fait culti» ver l'anatomie pathologique avec un admirable élan : ses éminens » promoteurs vivront avec gloire dans les fastes de la science. Mais il » restera une grande tâche à remplir encore pour ses adhérens. Ce » n'est pas assez, en effet, de nous avoir fait connaître le *substratum* » de telle ou telle affection, il faut nous apprendre encore à la guérir; » car c'est là le problème que nous posent toujours l'homme souffrant » et notre conscience. »

Faisons ici une halte nécessaire. Le convoi s'arrête et la station indique *doctrine des mues*. Impossible de ne point quitter le rail-way devant cette singulière inscription. M. Otterbourg m'assure d'ailleurs que nous n'avons encore aperçu que la plus petite portion des singularités médicales de l'Allemagne contemporaine. Nous continuerons donc notre voyage avec cet intelligent cicérone, et nous partirons par un prochain convoi.

Amédée LATOUR.

de la barbe pouvaient avoir de 1 à 4 pouces de long. La barbe se prolongeait même sur les joues jusque sous les yeux. Cette femme racontait que, dès sa naissance, elle portait, ainsi que ses parens le lui avaient dit, de la barbe, c'est-à-dire une quantité considérable de poils sur les points occupés par la barbe et les moustaches chez l'homme, sauf cependant sur la lèvre supérieure et dans la dépression médiane de la lèvre inférieure. A cette époque, la barbe n'était pas plus longue ni plus serrée que celle qui pousse sur le bras d'un homme; sous tous les autres rapports, étant enfant, elle ressemblait aux autres enfans de son sexe. Peu à peu, la barbe poussa et lorsqu'elle arriva à l'âge de 8 ans, elle avait deux pouces de long. A 18 ans, les règles avaient paru régulièrement jusqu'à leur suspension par la grossesse. Sa santé était très bonne; ses occupations et ses habitudes celles des femmes. Quand elle sortait dans les rues, elle portait, pour éviter d'être prise pour un homme déguisé en femme, un mouchoir enroulé autour du menton, et elle s'épilait habituellement le pourtour des yeux. Les cheveux étaient noirs comme la barbe, longs de deux pieds et demi.

Indépendamment de la barbe, cette jeune femme portait sur le cou et au-dessous des clavicules des poils nombreux, mais clair-semés et plus longs que ceux que présentent les hommes dans ces régions. Sur les épaules, sur les bras et sur les avant-bras jusqu'aux poignets, poils aussi fournis que ceux d'un homme velu, mais plus uniformément répandus sur toute la circonférence des membres. Rien sur les mamelles, qui étaient féminines à tous égards. Beaucoup de poils également à la partie postérieure des épaules, et dans le dos, une ligne épaisse de poils noirs suffisamment serrée pour donner une teinte brune à la ligne de dépression de la colonne vertébrale. Sur les fesses et au niveau des tubérosités ischiatiques, des poils assez uniformément répandus et au moins autant que sur les membres d'un homme velu. Aspect masculin de la surface antérieure de l'abdomen de l'ombilic au pubis et aux régions inguinales. Même disposition sur les membres inférieurs, sauf aux genoux et aux jarrets parfaitement lisses et nus. La taille était petite, la tête n'avait rien de particulier. Partie supérieure du thorax et bassin féminins; jambes et genoux un peu minces. Pieds petits, bras et mains grêles et féminins. Voix également féminine; ses manières même, malgré le contraste formé par son aspect extérieur, étaient celles d'une femme. Personne dans sa famille ne présentait une disposition semblable du système pileux. Sa mère n'était ni blonde ni brune, son père était brun, mais il avait peu de barbe et de moustaches; un de ses frères n'en avait pas, et ses deux sœurs n'offraient rien de particulier sous ce rapport.

HOPITAL GÉNÉRAL DE MADRID. — D'après la nouvelle organisation qui vient d'être appliquée à cet hôpital, les médecins, chirurgiens et pharmaciens de cet établissement ont été fondus en une seule classe, laquelle sera cependant divisée en trois sections: une de médecine composée de onze personnes, une de chirurgie composée de huit, et une de pharmacie composée de deux seulement, avec un doyen qui est le médecin le plus ancien et qui porte le nom de doyen de la Faculté de médecine, de chirurgie et de pharmacie des hôpitaux généraux. A cette dernière place a été nommé le docteur don Luis Martinez Legares. Les onze autres médecins sont MM. Escalada, Arce y Luque, Laplana, Acchio, Mencheto, Escolar, Capdevila, Caballero, Villargoitia, Lozano et Llanos. En chirurgie, le vice-doyen est le docteur de Guardia. Les sept autres sont MM. Saen, Soria, Guerru, Blanco, Morales, Monteagudo et Benarides. Le pharmacien en chef est M. Saen Palucios, et le pharmacien en second M. Lariega.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et Cie, Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 83. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 13 Juillet 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. .... 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 JUILLET 1852.

L'ÉCOLE IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Il n'est ni indifférent, ni inutile de suivre les développemens et les progrès des institutions d'enseignement des sciences médicales parmi les peuples que la civilisation commence à pénétrer de sa féconde influence. L'observateur attentif, l'homme d'État pratique aperçoivent et reconnaissent que la médecine est toujours, a été constamment le puissant auxiliaire de la civilisation. Aujourd'hui plus que jamais l'influence des sciences médicales sur le bien-être des peuples doit frapper tous les esprits. C'est l'hygiène publique qui traduit le plus manifestement les tendances des gouvernemens vers le progrès social. A ce point que l'on peut appliquer aux gouvernemens ce dicton populaire : Dis-moi quelle est ton hygiène publique, je te dirai quelle est ta civilisation. Or, ce sont les divers élémens dont se compose la science médicale qui constituent l'hygiène. De là l'importance sociale de la médecine et le rang que son enseignement doit occuper chez un peuple civilisé ou qui tend à le devenir.

Les aspirations du gouvernement ottoman vers le progrès peuvent trouver leur caractéristique dans les encouragemens intelligens et soutenus que ce gouvernement donne à l'École de médecine fondée à Constantinople par le père du sultan actuel. Nous en trouvons une preuve nouvelle dans le rapport officiel adressé au sultan par les professeurs de cette École, pendant la douzième année scolaire, rapport que nous venons de recevoir. Nous croyons qu'on lira avec intérêt quelques renseignemens sur le passé et le présent de cette École et sur les espérances que les zélés professeurs de cet établissement conçoivent pour son avenir.

Nous remarquons d'abord avec la plus vive satisfaction que l'influence française, sur ce point, loin d'avoir diminué, a pris au contraire une nouvelle, et, nous l'espérons, durable prépondérance. Ce n'est point la conséquence que l'on eût pu tirer d'une publication récente faite en Allemagne, et dans laquelle l'auteur annonce la chute consommée de l'influence française sur l'enseignement à l'École de médecine de Constantinople, et le règne à peu près absolu de l'influence allemande. Le rapport officiel que nous avons sous les yeux démontre que l'auteur allemand a pris ses espérances ou ses désirs pour la réalité. Nous savions déjà la haute et légitime considération que s'est acquise notre honorable et savant compatriote, M. le docteur Fauvel. Spontanément appelé par le gouvernement ottoman à la chaire de pathologie interne dans l'École impériale de médecine, M. Fauvel a importé dans son enseignement les principes et les méthodes de la médecine française. Comment cette école, livrée pendant quelques années à l'influence scientifique allemande, a-t-elle accepté cette substitution et quel cas fait-elle des idées françaises? C'est ce que le rapport officiel va nous apprendre en nous édifiant sur la valeur des assertions de l'auteur allemand dont nous parlions tout à l'heure.

Amédée LATOUR.

RAPPORT

Sur les travaux de l'École impériale de médecine de Constantinople, pendant la 12me année scolaire 1267-1268.

« Sire,

« L'École de médecine a l'insigne honneur de déposer aux pieds de Votre Majesté Impériale l'humble tribut de sa reconnaissance, pour le haut patronage dont vous avez toujours daigné l'honorer.

» Permettez-nous, de rappeler à V. M. que l'École de médecine est le premier legs de la réforme et la première fondation scientifique de votre auguste père de glorieuse mémoire ; elle vous a été transmise, Sire! comme le premier échelon de la civilisation.

» Forte de l'impulsion qu'elle a reçue au moment de sa création, forte surtout des nombreux encouragemens que Votre Majesté lui a prodigués, et des améliorations multiples que sa sagesse et sa prévoyance lui ont tour à tour imposées, l'École, à l'ombre de cette auguste protection, a marché, nous pouvons le dire, d'un pas ferme, vers la mission qui lui avait été tracée par la réforme.

» Qu'il nous soit permis, Sire, de prendre l'École à son origine, de la suivre dans les modifications qu'elle a subies, dans les améliorations dont elle a été dotée ; de dire, en un mot, ce qu'elle a été, ce qu'elle est et ce qu'elle doit devenir.

» La création de l'École est de la même date que l'organisation des troupes régulières. Destinée dès son origine à fournir à l'armée les médecins militaires nécessaires, elle a dû subir les mêmes tâtonnemens, les mêmes fluctuations de formes et d'institutions, que la régularisation des troupes. Elle a paru d'abord sous le nom de Collége de médecine militaire ; bientôt on y joignit un autre établissement qui porta le nom d'École de chirurgie. Ces deux établissemens marchèrent séparément pendant un certain temps; mais leur rivalité nécessita leur fusion. On les a donc réunis ; c'est, nous devons le faire observer, la première restauration.

» Sous son véritable nom, l'École continua pendant un certain temps, dans un local étroit et mal disposé; mais on ne tarda pas à la doter du bel établissement de Galata-Séraï, et d'une série d'institutions de haute portée ; c'est là la seconde et dernière restauration. C'est à cette époque qu'il lui a été conféré le droit de graduer les élèves sortant de ses bancs et de leur donner le titre de docteur. C'est alors que V. M., dans sa généreuse sollicitude pour les populations qui lui sont confiées par la Providence, abolissant le système d'exclusion suivi jusque là dans l'École, en a ouvert les portes à toutes ses populations sans distinction, comme pour leur donner à toutes, l'exemple de l'union qu'elle leur dictait, et a fait ainsi, de l'École, un modèle de nivellement, un foyer de fusion.

» Mais ce n'est ni aux noms que l'École a portés, ni aux formes qu'elle a subies, ni aux droits qui lui ont été accordés ou retirés, qu'on doit demander son véritable caractère, mais bien à l'enseignement qui y a été institué et suivi ; c'est là son cachet particulier que V. M. nous permettra de faire ressortir.

» L'enseignement y a été d'abord essayé, moitié dans la langue turque, par des personnes de beaucoup de mérite, sans doute, mais auxquelles cette langue était étrangère ; moitié en français, mais à des élèves qui savaient à peine lire dans cette langue; cette circonstance, en elle-même, était un grand obstacle au progrès, aussi le résultat devait-il être bien mince, il a été pour ainsi dire nul.

» Après ce temps d'hésitation, qui, du reste, n'a pas été long, deux questions se présentaient : d'abord celle d'un enseignement exclusivement en langue turque ; mais si l'on se reporte à vingt-six ans de nous, à cette époque, à quelques rares exceptions près, il n'y avait ni livres de médecine en langue turque, ni professeurs capables de soutenir dans cette langue un enseignement suivi, on conçoit que c'eût été frapper de mort l'École naissante, que d'adopter cette voie; on y a donc renoncé. La seconde question était naturellement celle d'instituer un enseignement exclusivement français; les avantages de ce système étaient trop sensibles pour balancer un instant de le suivre. En effet, on avait immédiatement sous la main tous les élémens nécessaires, les ouvrages, les hommes et les publications, en un mot, tout ce qui n'existait pas dans la langue turque ; l'étude du français établissait une communication directe, immédiate entre l'élève et le professeur, et qui plus est, avec les ouvrages classiques, les hommes classiques et les publications de l'Europe entière. La question se réduisait donc à faire précéder l'étude des sciences médicales de l'étude du français, c'est ce qu'on fit. Dès ce moment, on était fixé à cet égard, et dès lors, la langue française a été la langue des études médicales; l'enseignement médical s'est toujours fait dans cette langue, et les élèves n'ont eu entre les mains que les ouvrages français. Le résultat a répondu à l'attente, et déjà, avant la seconde restauration, l'École a pu compter, parmi ses élèves, des hommes de mérite et de savoir; le but était atteint.

» Maintenant, si nous examinons le corps enseignant, on croirait, au premier abord, que l'École de médecine de Constantinople a dû adopter et rejeter tour à tour les principes des professeurs qui, appartenant à différentes Écoles de l'Europe, ont été appelés successivement à se mettre à la tête de l'enseignement. Si cela avait été, l'École aurait toujours eu à recommencer; les professeurs appartenant à une École, venant à succéder à des professeurs qui auraient appartenu à une autre, se seraient attachés tout d'abord à faire table rase, avant de rien enseigner, ce qui aurait amené un conflit entre les idées anciennes qui s'en allaient et les idées nouvelles qu'on leur substituait, un véritable état d'hostilité entre les classes nouvelles et les classes anciennes. Cet état de choses aurait constitué un pêle-mêle d'idées et de principe, flagrante image du cahos; eu un mot, c'eût été la désorganisation.

» Imbu de cette vérité, le gouvernement de V. M. I. a montré, dans toutes les circonstances, la fermeté voulue pour imposer constamment aux élèves et aux professeurs les ouvrages français, les doctrines françaises et l'enseignement français. On comprend dès lors comment l'École a pu marcher sans trébucher; malgré cela, elle n'a pu acquérir jusqu'à ce jour un caractère qui l'assimile à l'École française ou qui l'en distingue. On conçoit bien qu'il ne pouvait pas en être autrement; le temps d'essai et d'hésitation n'est pas encore fini pour elle ; l'enseignement ne se fait pas encore dans sa langue naturelle, nationale; elle n'a pas encore produit assez d'élémens et d'hommes qui, par leur collaboration, arrivassent à poser les premières pierres d'un édifice vraiment national; mais ce temps n'est pas loin. Déjà, depuis nombre d'années, l'étude de la langue turque, des langues classiques arabe et persane a pris un large développement; déjà, depuis plus de deux ans, l'École a ouvert dans son sein des cours en langue turque; déjà, plusieurs ouvrages monographiques ou des traductions dans cette langue sont sortis de la plume des élèves de l'École de Touloumbagi bachi et de Galata-Séraï; déjà plusieurs docteurs gradués à l'École sont exercés à professer tour à tour en français et en turc. Nous pouvons donc dire que l'École se trouve à la dernière limite d'une époque de transition; encore quelques années, et une ère nouvelle commencera pour elle, l'ère d'une École vraiment nationale.

» Dans l'année qui vient de s'écouler, l'École et le Conseil médical ont reçu un nouvel élément de force et d'activité dans la personne de leur nouveau chef S. E. Ismaïl Pacha. Déjà le Conseil, à son instigation, a mis la dernière main à plusieurs travaux ébauchés dans les années précédentes et en a entrepris de nouveaux, importans par les résultats qu'ils peuvent donner, entre autres le projet d'une organisation des hôpitaux militaires sur une large échelle, et d'un Code sanitaire pour l'armée; c'est la régularisation dans tous ses détails du service médical, et l'assimilation des médecins militaires aux officiers de l'armée; c'est là un travail vaste que le Conseil poursuit et qu'il tient à cœur de terminer prochainement pour le soumettre à l'examen éclairé du gouvernement de V. M. I.

» Le Conseil est heureux de constater que, grâce à l'intelligente activité de la commission chargée du choix des médecins de l'armée, grâce surtout à l'intervention heureuse du chef de l'École, le personnel médical de l'armée s'épure de plus en plus.

» Dès le moment de l'installation du Conseil, les approvisionnemens et les achats des médicamens pour l'armée ont pris plus de régularité et de précision. A cette occasion, permettez-nous, Sire, la mention du directeur des approvisionnements et de la pharmacie centrale, M. Francesco dont le zèle et l'intelligence sont à l'épreuve de vingt années de service.

» Une longue maladie qui est venue affliger un des membres distingués du corps enseignant, M. le docteur Warthbichler, aurait pu entraver l'étude d'une des branches importantes de la médecine, l'anatomie; aussi l'École a-t-elle dû se hâter de s'adjoindre momentanément un de vos sujets, M. le docteur A. Davout, médecin distingué qui, par ses longs services au gouvernement de V. M. et par ses études spéciales mérite à tous égards cette confiance,

» Douze des jeunes élèves que V. M. a fait choisir dans les provinces pour venir puiser à l'École l'instruction nécessaire, viennent de terminer leurs études pour se faire recevoir officiers de santé; ils vont rentrer dans leurs foyers, avec la mission de soulager leurs semblables et concourir, par l'éducation et les idées qu'ils ont acquises, au progrès social dont vous tenez, Sire, le fil conducteur.

Suit le tableau des cours professés à l'École.

Voici celui de la section médicale :

5me *classe :* Botanique, par le docteur Étienne Carathéodory (assistant, le docteur Ismaïl Efendi). — Chimie, par M. Calleja.

6me *classe :* Physique, par M. Balassidi. — Anatomie, par le docteur Warthbichler (professeur intérimaire, le docteur Davout).

7me *classe :* Anatomie, par le docteur Warthbichler (professeur intérimaire, le docteur Davout). — Physiologie, par le docteur Gaspard.— Zoologie, par le docteur Etienne Carathéodory.

8me *classe :* Matière médicale et thérapeutique, par le docteur S. Archigènes (assistant, le docteur Hafiz Bey). — Pathologie générale et hygiène, par le docteur Mavrojeni. — Petite chirurgie, par le docteur Stépan Bey.

9me *classe :* Pathologie interne, par le docteur Fauvel. — Clinique interne, par le docteur Rigler (chef de clinique, le docteur Arif Bey).— Pathologie et clinique externes, par le docteur Constantin Carathéodory (chef de clinique, le docteur Marc Apostoly Picipio). — Médecine légale, par le docteur Servicen.

10me *classe* : Pathologie interne, par le docteur Fauvel. — Clinique interne, par le docteur Rigler. — Pathologie et clinique externes, par le docteur C. Carathéodory. — Accouchement, par le docteur Zohrab.

CLASSE DE PHARMACIE.

1re *section* : Botanique, par le docteur Etienne Carathéodory. — Chimie, par M. Calleja.

2me *section* : Matière médicale, par le docteur S. Archigènes. — Pharmacie, par M. Calleja.

CLASSE DE CHIRURGIE.

1re *section* : Petite chirurgie, par le docteur Hafiz Bey. — Anatomie descriptive, par le docteur Ismaïl Efendi.

2me *section* : Matière médicale, par le docteur Marc Apostoly Picipio. — Anatomie, par le docteur Ismaïl Efendi.

CLASSE DES SAGES-EEMMES.

Cours d'accouchement, par le docteur Mehmed Efendi.

» Le nombre des élèves qui fréquentent les cours de l'École est de 410.

» Le tableau suivant indique la répartition des élèves dans les différentes classes :

SECTION PRÉPARATOIRE.		SECTION MÉDICALE.	
1re classe. 1re *division.*	27	5me classe	48
1re classe. 2me *division.*	28	6me classe	18
1re classe. 3me *division.*	28	7me classe	13
2me classe	44	8me classe	14
3me classe	56	9me classe	15
4me classe	55	10me classe	14
Classse de pharmacie	3	Classe de chirurgie	47

» 656 malades ont été traités dans les cliniques interne et externe. Plus de 120 opérations, grandes et petites, ont été pratiquées par les professeurs et les élèves. Près de 9,000 malades ont reçu des soins aux consultations gratuites qui se donnent chaque jour, dans le dispensaire de l'École.

» Dans le bureau de vaccination de l'École, dans les bureaux secondaires, à domicile, et dans la garnison militaire de Constantinople, les vaccinations dépassent le chiffre de 12,000. Ce chiffre, comparé au chiffre probable des naissances dans la ville, est, tout en faisant la part des vaccinations privées, fort au-dessous de ce qu'il devrait être. On ne s'étonnera pas, après cette remarque, de l'épidémie de variole qui a sévi, l'hiver dernier, sur la population de la ville. Nous devons pourtant faire observer que la proportion des vaccinations par rapport aux naissances va en croissant tous les ans; ce qui prouve, jusqu'à l'évidence, que l'institution bienfaisante de la vaccination est tous les jours mieux appréciée, et que l'application se fait de plus en plus régulièrement.

» Le bureau de vaccination de l'École est en correspondance continuelle avec les provinces; il fournit aux médecins de la quarantaine, aux médecins militaires et civils, la quantité de vaccin voulue, toutes les fois que le besoin s'en fait sentir, et le renouvelle souvent pour conserver au virus son activité. Grâce à cette centralisation, la vaccination a fait de grands progrès jusque dans les provinces éloignées de l'Empire. A Angora et dans les dépendances seules, 33,000 vaccinations ont été pratiquées dans l'espace des trois dernières années. Ce résultat nous fait espérer que bientôt le chiffre des vaccinations balancera celui des naissances, et que les populations seront à l'abri de ces épidémies redoutables de variole qui les déciment.

» Sire, la bibliothèque et le cabinet de physique et d'histoire naturelle improvisés un instant, avec les débris sauvés de l'incendie, gagnent tous les ans en importance, et font sentir de plus en plus la nécessité d'un local mieux disposé.

» L'École, comme dispensaire des malades pauvres, par ses consultations gratuites, comme conseil judiciaire, par ses consultations médico-légales, enfin comme centre de l'administration médicale, et comme magasin des approvisionnemens des hôpitaux, doit, sous tous les rapports, se trouver à la portée de tout le monde, et avoir tout le monde à sa portée; aussi, la position du local actuel, nous ne devons pas le dissimuler à V. M., est-elle souvent une véritable gêne.

» Permettez-nous, Sire, d'espérer que V. M. daignera encore une fois donner à l'École une nouvelle et éclatante marque de cette munificence impériale qui a toujours été sa sauvegarde.

» De Votre Majesté Impériale,

» Les très humbles et très obéissant serviteurs,

» LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE. »

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÈGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER;

Recueillies et analysées par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE (1).

SUITE DES ÉTUDES ET EXPÉRIENCES CONCERNANT L'INFLUENCE DU RÉGIME SUR LA COMPOSITION DU SANG.

Troisième série d'expériences.

Si l'analyse chimique ne nous montre pas de grandes différences dans les élémens du sang des animaux soumis à l'abstinence, ces élémens sont peut-être, malgré cela, altérés. C'est ce qu'a voulu voir M. Magendie par des expériences qui, depuis longtemps, lui sont familières; nous voulons parler de la transfusion de ce sang dans d'autres animaux.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Il a injecté, dans les veines d'un chien, du sang recueilli sur le cadavre de la jument morte d'inanition. 16 grammes ont été d'abord poussés très lentement dans la veine jugulaire. Le chien n'ayant pas paru s'en apercevoir et n'ayant pas cessé de courir dans le laboratoire, on a pensé qu'on pouvait en injecter une plus grande quantité, et l'on en a poussé encore 32 grammes, ce qui a fait 48. Le chien n'en a pas paru d'abord affecté; mais, au bout d'une heure, il était fort abattu. On le trouva mort le lendemain matin; il était froid, ce qui indiquait que la mort avait eu lieu au milieu de la nuit, c'est-à-dire environ douze heures après l'injection.

Il faut noter, relativement au sang qu'on a injecté, que ce liquide était conservé depuis huit jours, par un temps froid et sec il est vrai. Il avait une odeur piquante, spéciale, rappelant l'odeur du cheval; il était acide, car il rougissait le papier de tournesol (2). M. Magendie, bien qu'on y ait trouvé au microscope des monades qui s'y agitaient, ne l'a pas cru putréfié, car l'ammoniaque qui, dans ce cas, s'en serait dégagé, aurait fait cesser son acidité; il devait être, toutefois, altéré.

Quoi qu'il en soit, voici les désordres qui ont été constatés à l'autopsie de ce chien. Il est remarquable que ces désordres se soient trouvés analogues à ceux qui existaient chez la jument morte de faim. On voyait, à travers le péricarde, que cette poche contenait un sang noir. Il y avait aussi des épanchemens sanguins considérables dans les plèvres et dans le péritoine; ce sang n'était nullement coagulé. Les lobes des poumons étaient gorgés de sang et engoués; les bords, qui étaient noirâtres, formaient de larges bandes inégales. Si l'animal eût vécu plus longtemps, tous les poumons auraient sans doute pris ces conditions. Dans le médiastin existait encore un épanchement sanguin assez notable. La muqueuse de l'intestin était rouge et recouverte d'un peu de sang. Le foie était gonflé et d'une coloration foncée. On était surtout frappé du volume de la rate (3). L'urine était couleur de sang. L'urine était liquide, ne contenant seulement qu'un tout petit caillot; cette légère exception dans la liquéfaction du sang tenait certainement à ce que la rapidité de la mort n'avait pas laissé à ce caillot le temps de se transformer. Ce sang avait cessé d'être alcalin, mais il n'était que neutre, ce qui indiquait pourtant un commencement d'altération.

C'est un phénomène remarquable que cette liquéfaction du sang qui persiste après la mort. Un sang ainsi altéré devait produire des désordres dans l'économie, dans les poumons surtout, car on a vu qu'à cet état il ne pouvait circuler, et qu'en traversant les tissus capillaires il s'imbibait dans leurs parois et s'épanchait dans les cavités. Ce fait sert à comprendre quelles relations existent entre le sang et les conditions de la circulation dans les tissus capillaires.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — On a pris 30 grammes du sang du chien de la première expérience et on les a injectés dans les veines d'un autre chien. Ce dernier est mort en aussi peu de temps que le premier. M. Magendie a montré à sa leçon les organes de cet animal. On y voyait tous les phénomènes de la liquéfaction du sang. Les poumons étaient noirs; peu de leurs parties étaient perméables à l'air. Le cœur n'offrait pas de caillot. Le foie était gonflé et le siége d'abondantes extravasations. La muqueuse de l'estomac était rouge, infiltrée de sang. Dans l'intestin, cette muqueuse était recouverte d'un mucus sanguinolent jusqu'à l'anus. La rougeur était plus forte dans les parties les plus actives de l'intestin grêle. Un clinicien, dit M. Magendie, ne manquerait pas d'affirmer qu'il y a là une véritable inflammation; lui n'y voit que le résultat de l'altération du sang.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Dix grammes seulement du sang de ce second chien furent injectés chez une chienne, car celle-ci était petite. Le professeur a montré que cette chienne, qui restait couchée, avait de la fièvre, du malaise, de l'abattement, la respiration peu accélérée et la circulation peu sensible. La veille, elle n'avait pas voulu manger. Après huit jours de malaise, elle a fini par se rétablir. Il est bon de noter que, dans l'injection, un peu de sang s'était épanché dans le tissu cellulaire du cou, et qu'en raison de cela, on ne pouvait compter sur la dose entière. Après ces huit jours, une petite saignée a été faite; le sang ne se coagulait pas, mais la partie rouge allait au fond, et il y avait un peu de sérosité à la surface; le microscope y montrait des globules, qui étaient décolorés, et dont des lamelles semblaient être détachées; des plaques noires étaient répandues entre elles. Cet état du sang pouvait donc encore être compatible avec la vie.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE. — On pouvait penser, d'après le rétablissement de cette petite chienne, que l'action délétère devait être éteinte à cette troisième génération. Cette supposition ne s'est pas réalisée; car quinze grammes du sang de la saignée pratiquée à ce dernier animal, ayant été injectés dans la jugulaire d'un chien assez fort, celui-ci mourut le troisième jour. A son autopsie, on trouva encore dans le péricarde une grande quantité de liquide rougeâtre visqueux. Un épanchement assez considérable existait dans les plèvres; celui du péritoine était plus léger. Les poumons, peu crépitans, étaient engoués, rouges, avec des taches noires; leur intérieur était rempli de mucosités sanguinolentes. Le foie était fortement congestionné, extravasé de sang; la rate était volumineuse et noire. La muqueuse de l'estomac était rouge, quoique ce viscère fût rempli d'alimens.

Le sang de la jument morte d'inanition avait donc contracté des qualadies malfaisantes et contagieuses, puisqu'il développait, chez une suite d'animaux, des altérations semblables à celles de l'animal d'où il provenait. Ne peut-on pas tirer de ces expériences des conséquences utiles sous le rapport de l'origine de certaines maladies? N'y a-t-il pas lieu d'en faire quelques applications aux maladies contagieuses, car ces maladies, peste, fièvre jaune, fièvre typhoïde, offrent un sang profondément altéré? N'en est-il pas de même relativement aux maladies charbonneuses des moutons et des vaches? Ce serait une chose singulière qu'on pût produire à volonté des maladies contagieuses! Il résulte toujours de ces expériences un fait nouveau, c'est qu'on peut donner au sang la faculté de transmettre une maladie promptement mortelle, et que cette transmission est encore possible après un certain nombre de générations. Quel est l'élément qui manque à ce sang quand il est ainsi liquéfié, quand il devient acide, et quand il prend des qualités aussi délétères? Dans un sang ainsi dégénéré, le microscope ne montre plus de véritables globules; on ne voit plus alors que des corps ronds, qui en sont peut-être les noyaux, ou dont on ignore complètement la nature. On peut encore se demander pourquoi l'épanchement de sang se fait plus particulièrement dans le péricarde?

Quatrième série d'expériences.

On ne pourrait objecter, relativement aux expériences de la série précédente, que les accidens tinssent à ce qu'on transfusait le sang d'un animal dans un autre, et surtout dans une espèce différente, car des essais réitérés ont prouvé, depuis longtemps, le contraire à M. Magendie. Voici, du reste, le résultat de transfusions faites dans la même espèce.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — 100 grammes de sang provenant de celui qui avait été recueilli à l'autopsie de la jument, furent poussés dans la veine jugulaire du cheval qui était à la ration réglementaire et qui avait nom *Menès*. Ce cheval refusa la nourriture. Il fut saigné et l'on trouva son sang noir et ayant peu de consistance. Un œdème considérable se forma au poitrail et aux membres antérieurs, au point d'empêcher la marche. Bientôt, cet œdème se transforma en un vaste abcès qui s'ouvrit de lui-même et donna issue à une énorme quantité de pus. Le pouls, qui, chez le cheval, donne à peine 50 pulsations à la minute, battait 100 fois pendant la formation de cet abcès. A la percussion et à l'auscultation, M. Magendie ne trouva pas de gêne dans la respiration. Le sang de ce cheval, en effet, n'avait pas encore perdu toute coagulation. On pouvait penser que cet animal ne succomberait pas, car comme il y a chez un cheval 25 à 30 litres de sang, 100 grammes de sang altéré sont peu de chose dans cette masse. Cependant il mourut au bout de cinq jours. M. Magendie a présenté un échantillon de son sang recueilli à l'autopsie; il était devenu tout à fait liquide; dans cet état, il devait s'infiltrer et s'épancher dans tous les organes, et ne pouvait plus entretenir la vie; tous aussi en étaient-ils remplis, les poumons surtout. Le poitrail, le cou, les membres antérieurs étaient encore distendus par une infiltration séreuse considérable. Le professeur fait remarquer que ces épanchemens sont de même nature que ceux des séreuses; mais dans celles-ci tous les élémens du sang passent mieux, tandis que, dans le tissu cellulaire, l'œdème est presque toujours formé par la sérosité seule. Il y a là un procédé de filtrage qui permet la séparation des élémens sanguins. Il serait bon d'expérimenter à ce sujet pour savoir si une telle chose peut se faire artificiellement. Dans un autre animal, on a vu sortir en même temps la partie coagulable du sang, ce qui constitue une analyse très fine des élémens de ce liquide, car, dans nos analyses, les globules, qui sont si ténus, ne peuvent que difficilement être séparés. Il ne faut pas omettre de noter le résultat le plus remarquable de cette expérience; c'est-à-dire la transformation de la sérosité en pus. Qui sait si ce ne sera pas un moyen de se mettre sur la voie de la production purulente? Nous devons encore répéter à ce sujet qu'il y a là une application des plus curieuses aux maladies contagieuses, et surtout aux bubons de la peste.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Le sang du cheval de l'expérience précédente a été injecté à la dose de 12 grammes dans les veines d'un chien. Cet animal est mort douze heures après. M. Magendie a fait apporter son cadavre à sa leçon et en a fait l'autopsie devant l'auditoire. Il y avait des épanchemens de sérosité sanguinolente dans les cavités séreuses; celui du péricarde était peu abondant. Les poumons offraient une certaine fermeté et n'étaient plus crépitans; leur tissu était engoué. Le sang du ventricule droit du cœur était très noir, et n'était pas tout à fait liquide, mais la coagulation était extrêmement faible; l'animal, il est vrai, était mort rapidement. La membrane muqueuse de l'estomac était très rouge et très gonflée. On trouva dans ce viscère une altération singulière et que M. Magendie dit n'avoir jamais rencontrée dans ses nombreuses expériences sur ces animaux; c'était une invagination de la portion pylorique dans la partie large de ce viscère (cela, sans doute, était indépendant de l'expérience, mais n'en est pas moins intéressant à noter.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — On avait recueilli une assez grande quantité de la liqueur de l'œdème chez le cheval de la première expérience; cette liqueur offrait une teinte ambrée. On a voulu voir ce que son inoculation produirait. On l'a donc insérée aux naseaux, au fourreau, en dedans des cuisses de plusieurs chevaux; mais il n'est survenu qu'une légère rougeur, sans phénomènes généraux, puis une croûte qui est tombée d'elle-même. Ainsi, une dose aussi légère n'a pu transmettre le mal. On a dû, d'après cela, penser à l'augmenter. L'expérience qui suit, quoique faite dans un autre but, peut représenter une forte inoculation dans le tissu cellulaire: un jeune vétérinaire avait été chargé d'injecter *un gramme et demi* de cette sérosité dans la veine jugulaire d'un autre cheval. Après avoir fait une saignée par le procédé ordinaire, au lieu de se servir, comme cela est plus sûr, d'un tube recourbé et terminé par un renflement pour renverser le liquide qu'on veut faire pénétrer dans la veine; il se borna à y introduire le bout d'une seringue; l'animal ayant remué, tout le liquide à injecter passa dans le tissu cellulaire. Le cheval devint très malade, offrit un œdème considérable à la poitrine et mourut après le troisième jour. Son cadavre se putréfia avec avec une extrême rapidité. On constata, à l'autopsie, les désordres extrêmes produits par l'injection. Mais, chose assez curieuse à noter et qui se représentait pour la deuxième fois à l'observation de M. Magendie, les reins étaient ramollis, demi-liquides et tout à fait transformés. Dans le premier cas, un seul rein avait été trouvé malade, l'attention avait été peu fixée sur le fait. Mais cette nouvelle lésion ne doit-elle pas porter à se demander s'il ne faut pas rattacher les maladies des reins à l'état du sang. La théorie de ces altérations ne peut-elle pas s'en trouver éclairée?

QUATRIÈME EXPÉRIENCE. — La même sérosité, à la dose de 12 grammes, a été injectée dans les veines d'un chien. L'animal est devenu malade; mais au bout de deux jours, il paraissait rétabli. D'après l'expérience précédente, on peut justement s'étonner que ce chien ait survécu à l'injection.

Cinquième série d'expériences.

Si l'on pouvait objecter que le sang recueilli sur la jument morte d'inanition avait été conservé trop longtemps et qu'en raison de cela il avait contracté, par une nouvelle décomposition, ses propriétés délétères, les expériences qui suivent viendraient prouver que du sang tout frais, devenu morbidement liquide, est capable de produire les mêmes effets. On va voir, en effet, que ces altérations, dans certains cas, peuvent se produire spontanément. En voici d'abord un exemple remarquable.

Un cheval de l'administration des Omnibus qui, la veille, travaillait et mangeait bien, parut, sous la main du cocher, se trouver en mauvaise disposition. On le fit rentrer de suite et mettre à l'infirmerie. Le vétérinaire de service lui pratiqua une saignée. La mort survint le lendemain. M. Riquet, l'un des principaux vétérinaires de l'armée, et qui a la haute direction du service médical de l'administration des Omnibus, laquelle entretient une très grande quantité de chevaux, fit faire l'autopsie; tous les organes étaient engoués, gorgés et infiltrés de sang. Membre avec M. Magendie de la commission d'hygiène hippique et assistant souvent à ses leçons, M. Riquet comprit facilement tout ce que l'examen du sang de ce cheval pouvait avoir d'intéressant. Il fit donc apporter au laboratoire du collége de France le produit de la saignée. Ce sang était complètement liquide; on n'y découvrait pas de globules au microscope, malgré qu'il eût une matière colorante abondante; il ressemblait au sang recueilli sur le cadavre de la jument morte d'inanition. Avec un tel sang, l'animal ne pouvait évidemment pas vivre.

Par quelles causes une telle transformation s'était-elle produite aussi subitement? Quels sont les moyens qui pourraient s'y opposer? De telles altérations, conséquences habituelles de ce que la fibrine a perdu la faculté de se coaguler, sont communes chez d'autres animaux, chez les moutons, par exemple; dans leur maladie, connue sous le nom de *sang de rate*, parce que l'autopsie montre que cet organe ramolli est plus engorgé que les autres d'un sang noir liquide, on remarque, en outre, que l'urine est sanguinolente et que du sang s'échappe aussi du fondement. Dans la peste, le sang est liquide; il se manifeste des engorgements et des abcès, comme on en a vu dans l'un des chevaux injectés; mais, dans cette maladie, cela tient à l'inspiration des matières putrides; c'est un ferment qui bouleverse la composition sanguine.

L'occasion du sang du cheval des Omnibus était trop bonne pour que

(1) Voir l'UNION MÉDICALE des 3, 6 Janvier, 24 Avril, 8, 18 Mai, 12 et 26 Juin.

(2) L'acidité du sang est une chose très rare et le rend, d'ailleurs, impropre à la vie. On a dit que le sang cholérique était acide; c'est une erreur, car M. Magendie a constaté bien des fois qu'il n'en était rien.

(3) M. Magendie renvoie ce fait de la rate à ceux qui veulent que le gonflement de cet organe produise la fièvre intermittente. C'est là, suivant lui, une de ces idées qui ne supportent pas un instant d'expérience.

M. Magendie négligeât d'en tirer parti. Il a donc, par ce moyen, poursuivi ses transfusions, comme on va le voir dans les expériences suivantes :

Première expérience. — 100 grammes de sang, provenant de la saignée du cheval en question, furent injectés dans la veine jugulaire d'un cheval morveux. Ce cheval, par suite de cette injection, mourut au bout de soixante heures, offrant les mêmes symptômes que le premier cheval. On recueillit du sang en divers organes du cadavre ; celui qui fut pris dans le péritoine n'offrait pas de globules ; dans le sang du péricarde, le caillot était très léger, peu coloré, assez cependant pour montrer qu'il y avait de la fibrine ; dans la plèvre, le liquide était analogue. Le liquide céphalo-rachidien fut examiné ; il était assez coloré, mais moins dans le canal vertébral que dans le crâne. On a cherché à constater s'il était vrai que ce liquide pût réduire un sel de cuivre, ainsi que cela a été avancé par M. Bussy ; essayé avec la liqueur Bareswil, il n'a pas manifesté cette propriété.

Deuxième expérience. — 30 grammes du sang du cheval des Omnibus furent encore injectés dans la jugulaire d'un chien. La mort, avec les mêmes symptômes, en devint le résultat, et l'autopsie montre des lésions semblables à celles du cheval de la première expérience.

Conclusions relatives à la troisième partie. — Il est très important d'étudier toutes les circonstances qui peuvent modifier le sang, et surtout l'influence que peuvent avoir sur lui la qualité et la quantité des alimens. A cet effet, des chevaux ayant été soumis à des régimes particuliers, à l'avoine et à la paille, au foin et à la paille, à la paille seule et à la ration réglementaire de l'armée, et de petites saignées leur ayant été pratiquées de temps à autre pour reconnaître l'état de leur sang, on a constaté que l'albumine n'avait pas beaucoup varié ; que les globules, au contraire, avaient donné des résultats étranges, puisque du chiffre 10 on les a vus descendre au chiffre 1 ; que la fibrine n'avait pas offert de grandes différences ; que les régimes de la ration réglementaire et de la paille offraient le chiffre le plus élevé ; enfin, que l'eau et les sels du sérum n'avaient pas présenté de différences marquées. Il y a eu entre la fibrine et les globules une compensation constante. L'alimentation a paru porter principalement son action sur ces derniers. La paille a semblé être une des nourritures qui maintiennent le cheval en meilleur état.

On peut laisser les chevaux, pendant huit jours, sans manger ni boire, et cependant obtenir d'eux un certain service. Pour étudier le sang dans l'abstinence, on a privé de tout aliment une jument à laquelle on ne donnait que six litres d'eau en vingt-quatre heures : elle a succombé le vingt-quatrième jour, présentant des épanchemens de sang dans le tube digestif et le péricarde. Le sang a conservé de la consistance jusqu'à la fin ; le sérum seulement se séparait difficilement du caillot. Les analyses de ce liquide tiré de temps à autre, ont donné des résultats surprenans : les proportions de l'albumine ont été en augmentant un peu, mais les globules surtout ont monté de 8 à 15 ; la fibrine elle-même a été tant soit peu en progrès. A la fin, le sang était très altéré ; ses élémens étaient confondus.

Ce sang altéré, injecté dans les veines d'un chien, l'a fait mourir au bout de douze heures, offrant les mêmes altérations que la jument. Le sang de ce chien, injecté dans la jugulaire d'un autre chien, occasionna la mort de la même manière. Le sang de ce second chien, injecté en petite quantité dans les veines d'un troisième, ne le fit pas périr ; mais le sang de ce troisième causa la mort d'un quatrième ; ce qui prouvait que les propriétés contagieuses n'étaient pas éteintes. Ces effets ne tenaient pas à ce que le sang de la jument était porté dans un animal d'une autre espèce, car injecté dans les veines d'un cheval, celui-ci mourut au bout de cinq jours, présentant une vaste infiltration et un abcès au poitrail ; la liqueur de l'œdème, introduite dans le tissu cellulaire d'un autre cheval, produisait la mort en trois jours.

La même altération du sang peut avoir lieu spontanément, car du sang liquéfié, pris sur un cheval mort subitement et porté dans le torrent circulatoire d'un cheval et d'un chien, déterminèrent la mort et les mêmes lésions que le sang provenant de la jument morte d'inanition.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

DE L'ALBUMINE ET DE SES DIVERS ÉTATS DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE;

Par M. Mialhe.

(Suite. — Voir les numéros des 6 et 8 Juillet.)

Influences morbides.

§ XV. Jusqu'à présent, nous n'avons étudié les phénomènes endosmotiques propres à l'albumine, que dans l'état sain de l'économie animale ; examinons maintenant comment les influences mordides, en modifiant les conditions physiologiques des membranes et des liquides, donnent lieu à des phénomènes différens de ceux qui se passent dans l'état normal ; comment les membranes cessent d'être endosmotiques ; comment le sang et ses élémens altérés dans leur composition transsudent à travers les parois et viennent se perdre dans les déjections.

Altération des membranes.

Les membranes ont dans les phénomènes endosmotiques une part très active, mais étroitement liée à l'intégrité de leur état physiologique. MM. Matteucci et Cima ont parfaitement précisé leur mode d'action, et ont démontré que les phénomènes d'endosmose se modifient, s'arrêtent en présence de membranes desséchées ou altérées par la macération et la putréfaction.

L'état physiologique des membranes est la souplesse, l'élasticité, la porosité, le degré de saturation, de turgescence, en rapport avec une certaine densité des fluides aqueux et albumineux qui baignent constamment leurs tissus, et qui ne peuvent varier de proportion sans que les membranes ne soient altérées dans leurs conditions vitales et leurs propriétés physiques : par défaut d'eau suffisante, elles perdent souplesse, élasticité, transparence ; par excès d'eau, elles se gonflent, se ramollissent, deviennent plus perméables, et laissent écouler la matière albumineuse dont tous les pores sont normalement remplis : c'est ce qui arrive toutes les fois qu'une membrane animale se trouve en présence d'un nouveau liquide ; c'est ce qui s'est présenté dans le cours de nos expériences, lorsque les endosmomètres n'étaient pas plongés dans un liquide conservateur ; c'est ce qui donne la facilité de se procurer la pepsine : on fait macérer dans l'eau la membrane de l'estomac, et par l'alcool on détermine un précipité abondant de matières albumineuses, qui, entr'autres substances, contient la pepsine. Ce déplacement des matières albumineuses résulte de la différence de densité des liquides ; quand on oppose au liquide albumineux un liquide d'une densité à peu près semblable, l'échange n'a pas lieu si rapidement, et c'est ainsi que le sirop de sucre conserve assez longtemps les membranes dans leur état physiologique.

Privées de leur matière albumineuse, réduites à leur trame celluleuse, les membranes ne donnent plus lieu aux phénomènes endosmotiques et ne sont que des filtres inertes.

Si à ces causes d'altération déterminées par les liquides ambians, on ajoute celles qui frappent directement la texture, telles que inflammation, épaississement, ramollissement, dégénérescence tuberculeuse, cancéreuse, etc., on comprendra que chez l'homme et les animaux les membranes exposées à de semblables désorganisations, perdent leurs propriétés physiologiques et se réduisent aux rôles de filtres plus ou moins grossiers à travers lesquels il ne s'effectue, comme dans la nature morte, que des phénomènes d'imbibition et d'extravasation.

L'état physiologique des membranes est donc dépendant lui-même de l'état physiologique des liquides de l'économie.

Altération des liquides, sang, albumine.

§ XVI. Le sang nécessite pour l'intégrité de ses propriétés et son maintien dans les vaisseaux artériels et veineux, un degré de concentration, de viscosité qui ne peut varier sans donner lieu à de graves accidens. Est-ce sa viscosité ou son organisation spéciale qui l'empêche d'être endosmotique ? Ce n'est pas la viscosité, car il est démontré que des liquides beaucoup plus visqueux, tels que les sirops concentrés, traversent parfaitement les membranes ; c'est donc l'organisation spéciale : en effet, tant que cette organisation est conservée et que la circulation est libre dans les canaux membraneux, les porosités vasculaires ne livrent passage qu'à une très petite partie de sérosité qui s'échappe au dehors, mais une fois que les conditions physiques sont modifiées par un excès d'eau ou par des fermens morbides, les phénomènes d'imbibition se modifient également, et le sang subit, comme tous les fluides, les lois de l'endosmose.

Par excès d'eau, les élémens du sang se désorganisent, la matière colorante abandonne les globules rouges, qui alors disparaissent et semblent se détruire ; les principes albumineux se désagrègent, deviennent solubles et sortent de l'économie avec les excrétions

Dans les expériences du laboratoire, sous l'influence de l'eau, la matière colorante des globules se dissout rapidement, mais l'albumine ne se modifie qu'après un temps plus ou moins long, et toujours la métamorphose est incomplète, elle s'arrête à l'état intermédiaire que nous avons désigné sous le nom d'albumine *amorphe, caséiforme* ; elle n'a pas la même fluidité que celle qui prend naissance dans l'économie, elle traverse difficilement les membranes et seulement lorsqu'elles ont éprouvé une altération évidente. Des anses intestinales de mouton remplies de sang défibriné et étendu d'eau, ont été plongées dans l'eau pure et dans diverses solutions salines : au bout de huit à dix heures, la matière colorante avait transsudé et s'était répandue dans les liquides extérieurs ; le sérum, malgré sa modification par l'eau, n'avait pas encore traversé ; ce n'est qu'après quinze et dix-huit heures, quand la macération et la putréfaction avaient manifestement altéré les membranes, que s'est effectué le passage de l'albumine. D'autres anses intestinales remplies de sang défibriné et étendu d'eau, ont été placées dans le sirop de sucre : la matière colorante a facilement transsudé, mais la matière albumineuse, bien que modifiée par un long contact avec l'eau et même par la putréfaction, n'a pu, après dix-huit heures d'expérimentation, se frayer un passage à travers les membranes restées intactes au milieu du liquide conservateur. Cependant, chez les animaux vivans, l'albumine, la caséine, étendues d'eau et injectées dans les veines, se retrouvent presque en totalité dans les urines (Bernard, Mialhe) ; c'est une preuve que ces substances éprouvent de leur mélange avec l'eau une modification suffisante pour leur permettre d'imbiber les membranes et de les traverser, mais insuffisante pour les rendre aptes à être brûlées ou assimilées.

Ainsi, l'excès des principes aqueux est aussi funeste à l'état physiologique des liquides qu'à l'état physiologique des membranes. Cet excès de principes aqueux est déterminé dans l'économie par tout obstacle au cours du sang, par toute modification à l'abondance des sécrétions. Le sérum étant plus dense que la plupart des liquides introduits dans le tube digestif, il y a presque toujours prédominance de l'endosmose sur l'exosmose ; les différens émonctoires, transpirations pulmonaire et cutanée, sécrétion urinaire, en chassant cet excès d'eau, ont pour objet principal de ramener sans cesse les matériaux du sang à un même degré de concentration ; et la circulation, par son mouvement continuel, tend à favoriser dans chaque appareil les conditions d'absorption aussi bien que les conditions de sécrétion. Si la circulation s'entrave ou s'arrête, si les fonctions éliminatrices cessent ou même se ralentissent, les parties aqueuses s'accumulent, distendent les parois des vaisseaux, rendent la perméabilité plus grande, empêchent les phénomènes endosmotiques, fluidifient et désorganisent les élémens sanguins, de telle sorte que, soit le sang en nature, soit la matière colorante des globules, soit l'albumine du sérum, transsudent dans les cavités splanchniques, dans le tissu cellulaire ou dans les produits excrémentiels. « Si nous voulions formuler des lois, dit M. Magendie, nous établirions » que toute altération de la viscosité du sang, toute modification dans les proportions de ses élémens entraînent inévitablement des phénomènes d'extravasion. »

§ XVII. Mais l'eau en excès n'est pas le seul agent qui puisse donner lieu à l'altération des liquides de l'économie ; les virus, les venins, les poisons, les miasmes, les effluves auxquels l'organisme est sans cesse exposé, sont autant de principes putrides qui, comme les fermens spéciaux, peuvent déterminer la modification des globules du sang et la désorganisation des élémens albumineux. Les membranes elles-mêmes, du moment qu'elles sont altérées, se décomposent en donnant naissance à des produits fermentifères qui, à leur tour, tendent à accélérer la métamorphose des liquides et à les rendre endosmotiques.

Les expériences des physiologistes ont depuis longtemps mis hors de doute qu'en modifiant la composition du sang, en l'altérant par le mélange de pus ou de matières septiques, on peut, chez les animaux, créer des états pathologiques semblables à ceux qui se développent chez l'homme. Dans certaines circonstances morbides, la matière colorante du sang seule se dissout et transsude partout sous forme de sérosité rouge, c'est ce qu'on observe chez les scorbutiques, les sujets atteints de *morbus maculosus*, ou mordus par des serpens venimeux. Dans d'autres maladies, désignées avec raison par les anciens sous le nom de *putrides*, telles que les fièvres typhoïdes, le typhus, la fièvre jaune, le choléra, la peste, etc., la décomposition générale des humeurs donne lieu aux exhalations sanguines, ecchymoses, pétéchies, et aux évacuations albumineuses.

Ainsi dans l'état de santé l'albumine *amorphe* et l'*albuminose* sont constamment les produits de la transformation des substances alimentaires extérieures, destinés à fournir les matériaux nécessaires à la nutrition ; mais dans l'état de maladie il n'en est plus de même, l'albumine *amorphe* et l'*albuminose*, loin d'être des élémens réparateurs venant du dehors, se créent aux dépens de l'albumine *normale* du sang et des tissus vivans, et deviennent, en sortant de l'économie qu'ils appauvrissent, des élémens de destruction plus ou moins rapidement mortelle.

Passage de l'albumine dans les déjections.

§ XVIII. D'après ce que nous venons d'exposer sur la nature et les modifications de l'albumine dans l'économie animale, nous croyons pouvoir expliquer les causes du passage des matières albumineuses dans les produits excrémentiels.

Dans les déjections apparaissent les trois états de l'albumine, chacun d'eux se rattachant à des causes pathologiques différentes :

L'*albumine normale*, à l'altération directe, à la désorganisation des tissus et des membranes ;

L'*albumine modifiée*, à l'altération du sang et de ses élémens ;

L'*albuminose* au défaut d'assimilation, ou à la transformation des principes albumineux de l'économie par des fermens morbides.

Passage de l'albumine normale.

§ XIX. Lorsque les membranes altérées dans leur texture et frappées de désorganisation ont perdu leurs propriétés physiologiques, le sang en nature, sa matière colorante, ou son sérum transsudent et s'épanchent au dehors.

Ces phénomènes se présentent dans les cas de violente inflammation des tissus intérieurs, et dans la désorganisation de la peau par le feu, l'eau bouillante, les topiques irritans, etc. L'application d'un vésicatoire fournit un double exemple d'exsudation albumineuse par la peau et par les reins ; la cantharidine détermine à la peau une vive inflammation qui donne lieu à une phlyctène dont le liquide est entièrement composé de sérum normal, coagulant comme le blanc d'œuf ; en même temps qu'elle agit à l'extérieur, la cantharidine, par son union avec les principes alcalins de l'économie, devient absorbable et passe dans la circulation générale sous forme de composé salin qui n'a plus de propriétés irritantes et n'exerce aucune action sur les membranes ; mais, arrivé dans l'appareil rénal, ce composé rencontre des principes acides qui s'emparent de la base alcaline, et mettent la cantharidine en liberté, celle-ci reprend alors sa vertu vésicante et agit sur les tissus des reins, des uretères, de la vessie, comme elle avait agi sur la peau, en donnant lieu à une exsudation albumineuse qui se mêle aux urines.

L'albumine normale se trouve dans les urines, lorsque la texture des reins a été profondément modifiée et désorganisée, soit par une inflammation violente, soit par une affection chro-

nique. Dans le premier cas, les urines denses, épaisses, colorées, conservant tous leurs principes sans changement appréciable, contiennent de l'albumine normale mêlée soit à du sang en nature, soit à du pus. Dans le deuxième cas, les urines décolorées, légères, aqueuses, privées de leur proportion d'eau et de sels, presque jamais sanguinolentes, contiennent en même temps que l'albumine normale, plus ou moins grande quantité d'albumine modifiée. L'albumine normale, ainsi que nous l'avons dit, a pour caractères de coaguler parfaitement par la chaleur et l'acide nitrique, sans qu'un excès d'acide puisse dissoudre le coagulum.

Passage de l'albumine modifiée.

§ XX. L'albumine *modifiée, amorphe, caséiforme*, se trouve dans les déjections, lors de la viciation du sang ou de ses élémens. Bien que la diathèse qui donne lieu au passage de l'albumine dans les produits excrémentiels soit générale, et qu'il y ait tendance à la sécrétion albumineuse dans tous les organes, dans les reins comme ailleurs (de même que dans l'affection diabétique il y a sécrétion sucrée par tous les émonctoires), c'est surtout dans les urines qu'on constate la plus grande proportion d'albumine, parce que les reins sont dans des conditions de structure telle, que la stagnation des liquides exerce une très grande influence et sur l'abondance de l'élimination, et sur la texture même des tissus constamment imprégnés de ces liquides.

Si les urines prennent quelquefois l'aspect laiteux, caséeux, c'est par suite des modifications que l'albumine passant à l'état caséiforme, éprouve sous l'influence de plus ou moins d'acide ou d'alcali dans l'économie. En effet, la caséine combinée soit aux acides, soit aux alcalis, est soluble dans l'eau et donne lieu à une dissolution transparente; mais si la proportion d'alcali ou d'acide diminue, la dissolution passe à l'état opaque, lactescent, en raison d'une partie de caséine qui se trouve alors en suspension. M. Quévenne a démontré que le lait privé de sa matière grasse par l'éther, est encore lactescent, parce que la caséine, par défaut d'alcalinité suffisante, n'existe pas à l'état de véritable dissolution. Le même phénomène se présente dans le sang qui n'est plus suffisamment alcalin pour saturer complètement la matière caséiforme : la partie non dissoute se trouve à l'état de suspension et donne au sang l'aspect lactescent. C'est à cette lactescence du sang, s'opposant à la transparence des humeurs de l'œil, qu'il convient de rapporter l'affaiblissement de la vision si fréquent dans l'albuminurie et le diabète.

Si le sang de la femme en état de gestation contient (ainsi qu'il a été reconnu) une plus grande proportion d'eau, c'est parce que ces conditions sont nécessaires aux changemens que les élémens albumineux doivent subir pour subvenir à la sécrétion lactée; et comme preuve de ces modifications albumineuses, nous citons la présence si fréquente de l'albumine dans les urines vers la fin de la grossesse.

La viciation du sang et de ses élémens est le résultat de tout arrêt dans les fonctions de secrétions, de tout obstacle à la circulation générale, ou bien de l'action des fermens morbides : causes qui déterminent la fluidification des matières albuminoïdes et leur épanchement dans les cavités séreuses, le tissu cellulaire ou les produits excrémentiels, sous forme d'albumine *modifiée, caséiforme*. Elle se distingue de l'albumine normale en ce qu'elle coagule imparfaitement par la chaleur, et forme avec l'acide nitrique un précipité qui se dissout dans un excès d'acide.

(La suite au prochain numéro).

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Mai.

Du traitement de la syphilis des nouveau-nés; par M. Cullerier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

Que ce soit du fait de ses parens qu'un enfant tienne la syphilis, ou bien qu'il l'ait acquise accidentellement après la naissance, que faut-il faire lorsqu'elle se montre, comme cela a lieu le plus souvent, à l'état de symptômes secondaires, caractérisés par les altérations de la peau ou des muqueuses? A quel médicament doit-on s'adresser? Quel mode d'administration de ce médicament doit-on choisir? Si, dans des cas très exceptionnels, dit ce chirurgien, on voit des adultes être débarrassés à tout jamais d'une vérole constitutionnelle non douteuse, sans avoir fait aucun traitement spécifique, il n'en est pas de même chez l'enfant en bas âge; il peut bien y avoir, sous l'influence de simples soins hygiéniques, disparition complète de tous les symptômes, mais à coup sûr ils reparaîtront à plusieurs reprises, à des intervalles plus ou moins éloignés, et avec plus ou moins d'intensité, jusqu'à ce que, la cachexie arrivant, l'enfant meure dans le marasme, ou par l'impossibilité où il est réduit de résister à quelque affection aiguë intercurrente. Dans la conviction de l'auteur, un enfant vérolé non traité, et non traité par le mercure, est un enfant mort, si ce n'est immédiatement, du moins dans un temps donné.

C'est donc au mercure qu'il faut s'adresser pour obtenir la guérison de la syphilis des nouveau-nés. Mais par quelle voie le fera-t-on pénétrer dans l'économie? Emploiera-t-on le traitement indirect, soit par la nourrice, préconisé par bon nombre d'auteurs, qui, craignant l'influence du mercure sur des constitutions aussi délicates que celle des enfans à la mamelle, et s'exagérant la gravité des accidens possibles, pensent qu'on les éviterait en faisant passer le médicament par le lait de la nourrice, soit celui de ceux qui, redoutant l'action du mercure sur des mères ou sur des nourrices ne présentant aucun symptôme en réclamant l'usage, font prendre le métal à des chèvres ou à des ânesses, dont le lait est donné à ces enfans? Ou bien emploiera-t-on le traitement direct, consistant, soit dans l'administration à l'intérieur des diverses préparations mercurielles, soit dans la méthode endermique?

Le traitement indirect devrait s'appuyer, évidemment, sur des recherches démontrant la présence du mercure dans le lait des femmes ou des animaux auxquels on l'aurait administré. Or, ce fait du passage du mercure dans la sécrétion laiteuse n'a été véritablement constaté que dans ces derniers temps, par M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, et préparateur à l'École de pharmacie. Ce pharmacien ayant reconnu l'extrême volatilité du mercure à l'état de bi-chlorure, à la température à laquelle on détruit les matières organiques, à l'aide de l'eau régale et du chlore dans la recherche de ce métal, est parvenu, en évitant absolument la chaleur, à en reconnaître la présence dans le lait de deux femmes, dont l'une avait pris, pendant deux mois 5 centigrammes de proto-iodure de mercure, et dont l'autre faisait des frictions mercurielles depuis un mois. Mais, en même temps, il est résulté des recherches de M. Personne qu'il n'existait dans le lait que de très faibles quantités de mercure. On s'explique ainsi et les résultats désastreux qu'a donnés le traitement indirect et la tergiversation des auteurs, qui, préférant le traitement par la nourrice, et blâmant le traitement direct, ont fini par revenir à celui-ci.

Comme chez les jeunes enfans la syphilis suit une marche rapide, il importe d'employer un traitement énergique. Mais comme chez ces petits êtres les organes digestifs surtout sont dans un état de souffrance que ne feraient qu'augmenter les préparations mercurielles, M. Cullerier a renoncé presque complètement depuis longtemps à l'administration du mercure à l'intérieur, pour lui substituer la méthode endermique en frictions ou en bains. Ce qui fait, en effet, le danger de l'administration à l'intérieur du mercure, c'est son influence fâcheuse sur l'estomac et sur les intestins. J'ai vu, dit M. Cullerier, les enfans être pris de vomissemens opiniâtres après des doses très légères; et ce que j'ai toujours vu prédominer, c'est l'entérite qui enlève la plupart des enfans traités de cette manière. Aussi, est-ce en vue de prévenir des accidens aussi fâcheux qu'il a remis en vigueur la méthode endermique. Voici comment il procède à l'administration du mercure dans cette méthode :

Après avoir baigné l'enfant plusieurs fois à l'eau de son, afin de calmer l'inflammation qui peut exister, et afin aussi de prédisposer la peau à une absorption plus facile, il fait faire sur les parois latérales de la poitrine, en remontant vers l'aisselle, une friction avec un gramme d'onguent napolitain, un jour d'un côté, le lendemain du côté opposé. Ces frictions doivent être faites doucement, afin de ne pas irriter la peau; elles doivent être prolongées pendant plusieurs minutes. Deux fois par semaine, les frictions sont suspendues. Ce jour-là on donne à l'enfant un bain d'eau tiède dans lequel on ajoute de 2 à 4 grammes de sublimé corrosif.

Pour les enfans de deux mois à un an, le traitement, tel qu'il vient d'être indiqué, suffit en général, sans qu'il soit nécessaire d'augmenter la dose, de l'onguent mercuriel et du sublimé. Mais quand les enfans sont plus âgés, on peut, sans inconvénient, porter la dose de la friction à 2 grammes, et celle du sublimé à 6 grammes par bain. Le seul inconvénient de ces bains c'est que, employés tous les jours, ils font disparaître les symptômes produits, et que, aussi bien à l'hôpital qu'en ville, les parens ne voyant plus de manifestation morbide croient facilement à une guérison complète, et cessent le traitement malgré les représentations qu'on peut leur faire. Il est très rare que les frictions mercurielles déterminent des accidens locaux, d'érythème ou d'éruption vésiculeuse. Lorsque les parties génitales et l'anus sont le siége de plaques muqueuses ou d'ulcérations à sécrétion abondante, on les touche quelquefois avec une solution de nitrate d'argent, 4, 6 ou 8 grammes pour 32 grammes d'eau. Mais si la sécrétion est modérée ou qu'il n'y ait que des tubercules secs, on se contente de lotions émollientes, ou mieux, on saupoudre les surfaces avec une poudre absorbante, en les isolant autant que possible les unes des autres avec du linge sec ou de la charpie. Dans le cas d'impétigo facial syphilitique, on emploie les mêmes lotions, puis un corps gras quelconque pour éviter les déchirures et les fissures très douloureuses, pendant les cris ou l'action de téter.

Ce travail est terminé par les conclusions suivantes :

1° Le traitement *indirect* ou par la nourrice est insuffisant par le peu de mercure que contient le lait; il est dangereux par le temps précieux qu'il fait perdre dans une maladie à marche rapide et qui peut avoir promptement une issue funeste.

2° Le traitement *direct* est seul efficace; il peut être fait par l'administration du mercure à l'intérieur; mais le moyen le meilleur et le mieux approprié à l'état des organes digestifs, c'est celui par l'absorption cutanée, en frictions avec l'onguent napolitain, et en bains avec le sublimé corrosif.

RÉCLAMATION.

A M. le docteur Hérard, *médecin des hôpitaux de Paris.*

Damas, 1er Juin 1852.

Mon cher et honoré confrère,

J'ai, par le fait de mon éloignement, un bien cruel désavantage dans la discussion qui s'est élevée entre nous à l'occasion des fièvres observées à Damas; c'est celui de ne pouvoir répondre à vos argumens qu'après un espace de temps si long, que M. le rédacteur en chef pourrait bien faire valoir contre ma réclamation le droit de prescription.

Cependant, j'espère en son sens équitable, et il voudra bien, pour cette fois encore, admettre cette courte réplique qui sera, je le lui promets, définitive et sans remise.

Il m'est impossible, vous allez en convenir avec notre honorable rédacteur en chef, de passer condamnation sur le point capital de votre réfutation, celui où vous semblez triompher. A propos du traitement de notre fièvre, j'ai dit (du moins est-ce imprimé ainsi dans le numéro de l'Union Médicale du 20 avril), qu'abandonnée à elle-même ou traitée par des médecins ignorans, la maladie *se termine* ordinairement le huitième ou le neuvième jour......... tandis que, convenablement traitée, par un médicament que je regarde ici comme héroïque, elle est, vers la même époque, non pas terminée, mais jugée *favorablement*. Vous voulez bien citer ces paroles, et vous concluez que « vous n'avez rien à ajouter après *un tel aveu.* » Je vous remercie, cher confrère, de n'avoir pas tiré de ce texte, pris au pied de la lettre, une conclusion qui eût été peu honorable pour mes facultés de comparaison et de déduction; c'est donc à moi à faire une toute petite addition. Par une fatalité que je ne m'explique pas, moi qui jusqu'ici ai toujours si fidèlement copié mes écritures, j'ai eu le malheur, cette fois, d'oublier dans ma copie trois mots, trois petits mots, mais dont l'importance était grande; ces mots, les voici, et les voici remis à leur place : « Abandonnée à elle-même ou » mal traitée, cette maladie se termine ordinairement le huitième jour » *par la mort*, tandis que, traitée par le calomel, elle est, vers la » même époque, jugée favorablement.

Après cette rectification, qui change un peu la thèse et qui modifie singulièrement vos conclusions, moi aussi, cher confrère, je n'ai rien à ajouter. Un seul mot pourtant. — J'ai peine à comprendre comment, même avec l'oubli de ce bout de phrase, le sens qu'il renferme ne s'est pas présenté à votre esprit si droit. Tout ce qui précède et ce qui suit ne forçait-il pas le sens d'une terminaison *fatale?* Je suis même tenté de croire, pardonnez-moi cet aveu, que cette opinion s'est offerte, pendant un instant du moins, à votre propre jugement; autrement, mon argument, que vous avez bien voulu appeler savant, eût mérité un tout autre nom....

Pour les autres réflexions dont vous avez bien voulu faire suivre ma lettre, elles n'exigent qu'une courte réponse. Vous dites, honoré confrère, que lorsque la marche d'une affection se trouve accélérée par une cause quelconque, ce n'est pas telle ou telle période de cette affection qui doit subir, à l'exclusion des autres, une modification dans sa durée, mais c'est la maladie tout entière.... En thèse générale, votre opinion serait fort discutable; c'est ce que m'autorisent à dire, des cas morbides de différent genre que j'ai été à même d'observer en Orient; et c'est précisément la période de terminaison qui est généralement écourtée. Dans le cas particulier, je n'ai pas même cette discussion à aborder, puisque c'est à la suite de l'administration d'un médicament (que je regarde comme héroïque, je le répète) que l'affection est modifiée dans sa durée; elle est pour ainsi dire coupée dans sa marche. Mais j'ai eu soin d'ajouter : « Lorsque, par défaut de traitement convenable, la maladie a » *suivi son cours*, les symptômes ordinaires (dont l'absence, au début, » vous avait tant préoccupé), ces symptômes se sont tous successive- » ment développés. »

Quant à cette transformation des deux maladies, fièvre typhoïde et fièvre intermittente, l'une dans l'autre, phénomène qui d'abord vous avait aussi trouvé si incrédule; aux autorités incontestables que je vous ai citées, je suis heureux de pouvoir joindre celle du savant docteur Mandelsschu, que je viens de voir à Jérusalem, où il séjourne depuis un an; là aussi le passage d'une fièvre continue à une fièvre intermittente s'observe très fréquemment.

Pour ce qui est du diagnostic que vous aviez proposé et qui convertirait notre fièvre typhoïde en une fièvre intermittente ou rémittente des pays chauds, il m'est de toute impossibilité de l'admettre. Je maintiens à cet égard toute mon argumentation, à laquelle vous ne m'avez guère fait l'honneur de toucher. De ce qu'il y ait quelquefois difficulté pour le diagnostic, je suis loin de le nier; je l'ai suffisamment dit et répété; qu'il existe de l'analogie entre les observations IX et XIII de M. Lautour, j'en conviens; au lit du malade, j'ai parfois hésité. Mais il y a une preuve irrécusable qui établit la distinction parfaite des deux maladies, c'est celle que l'on tire du traitement. Donnez, comme je l'ai vu faire, du calomel à une fièvre rémittente pernicieuse, la maladie se termine promptement.... *par la mort*; et donnez, dans ces fièvres typhoïdes d'Orient, la quinine dont vous voulez bien nous conseiller l'emploi, « elle agit d'une manière funeste, » c'est ce qu'a observé avant nous et indiqué un homme d'une vaste expérience, le docteur Pruner, dans le passage de son livre (p. 385) que je vous ai cité. La confusion n'est donc réellement pas possible.

Ici doit se borner pour moi, et à mon grand regret, une discussion que je n'ai pas provoquée, mais que je suis fier d'avoir eu à soutenir contre un confrère à la fois aussi éclairé et aussi courtois que vous.

Agréez, etc. A. Willemin,

Médecin sanitaire du gouvernement français, à Damas.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Instruction supérieure. — Par arrêté, en date du 22 juin 1852, M. le docteur Guépin, ancien professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur honoraire de ladite École.

Un ami des sangsues. — On lit dans un journal de Tarbes (Hautes-Pyrénées) : « Le commerce des sangsues a une certaine importance dans notre département. Il n'est donc pas sans intérêt de donner de la publicité au fait suivant : M. Pratil, médecin, qui vient de mourir, a laissé, par son testament, une somme de 25,000 fr. destinée à être donnée en prix à celui qui trouvera un remède à la maladie dont les sangsues sont affectées généralement. On sait que cette maladie détruit tous les ans plus d'un tiers de ces utiles animaux. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 84. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 15 Juillet 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An .... 32 Fr.

6 Mois 17

3 Mois 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 JUILLET 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Deux sujets fort divers et par leur nature, et par leur caractère scientifique, ont défrayé la dernière séance de l'Académie de médecine. La chaleur aidant pour quelque peu, il a dû arriver à quelques auditeurs, en entendant disserter M. Bousquet sur l'essentialité des fièvres, de se croire un instant reportés à 1816. A propos de quoi cette dissertation à la physionomie rétrospective? Le voici : il s'est trouvé un médecin qui, après avoir consacré trente ans de sa vie à l'étude des fièvres, loin d'être découragé par le mauvais succès de ses recherches, et comme s'il n'y eût puisé qu'un nouveau motif d'émulation, n'a pas craint de quitter la province qu'il habitait pour venir à Paris reprendre de plus belle ses études favorites. Tant de zèle méritait au moins un hommage académique. C'est cet hommage que M. Bousquet est venu payer au courage malheureux. Le compte-rendu donnera la mesure de ce que la science a pu gagner à soulever de semblables problèmes. Quant au rapport de M. Bousquet, nous y avons remarqué, à travers quelques-uns de ces traits sceptiques qui lui sont assez familiers, une appréciation fort juste de l'état d'anarchie actuelle à l'endroit de la doctrine des fièvres.

A M. Bousquet a succédé M. Depaul. Avec le jeune académicien, c'était la jeune science qui montait à la tribune, avec ses allures franches, son style net et son ton un peu tranchant, peut-être. Cette allure et ce ton étaient justifiés d'ailleurs par la nature même de la question et par la compétence toute spéciale du rapporteur. Il s'agissait d'un point d'obstétrique auquel les travaux des accoucheurs modernes les plus distingués ont donné une solution toute différente de celle qui était enseignée naguère dans nos Écoles.

Il nous serait impossible de résumer ici en quelques lignes un travail aussi étendu, et qui eût exigé, pour être convenablement apprécié, une plume plus compétente que la nôtre. Mais, afin que nos lecteurs n'eussent que le moins possible à perdre de ce remarquable rapport, nous avons reproduit au compte-rendu les considérations pratiques qui le terminent, et qui ne sont que la déduction de la théorie enseignée avec tant d'éclat par MM. les professeurs Stoltz et Paul Dubois. Nous ne terminerons pas, toutefois, sans constater le vrai succès de début académique obtenu par M. Depaul.

— L'Académie des sciences a entendu la suite des communications de M. Chatin, sur la recherche de l'iode dans les eaux, l'air et les alimens. Les travaux de M. Chatin laissent entrevoir trop de points de contact avec des questions intéressantes d'hygiène publique, pour que nous ne devions pas exprimer le désir de les voir soumettre à un contrôle sérieux.

Amédée LATOUR.

NÉCESSITÉ POUR L'AUTORITÉ D'INTERVENIR DANS LA QUESTION DE L'HYDROPHOBIE; — PROPOSITION D'ESSAI D'UN NOUVEAU MOYEN CONTRE CETTE MALADIE.

Le malheureux événement de la rue Jacob a jeté une sorte de panique dans la population. Il n'est question que d'hydrophobie, les journaux politiques accueillent avec une déplorable facilité toutes les communications qui leur sont adressées sur ce sujet, et ces communications sont presque toutes tellement exagérées dans le récit des faits, si en dehors des vérités acquises par l'observation et l'expérience, que nous croyons qu'il y a lieu pour l'autorité à intervenir le plus promptement possible, et à faire parler les conseils d'hygiène et de salubrité institués près l'administration. Les erreurs les plus grossières et les plus funestes ont été répandues ces jours derniers par la voie de la presse, il y a urgence à les signaler au public, soit pour dissiper ses craintes chimériques, soit pour le prévenir contre l'emploi de certains moyens préventifs qui ne peuvent lui donner qu'une sécurité trompeuse.

Ce qu'il nous semble opportun que l'autorité dise au public, c'est que rien ne prouve que les cas d'hydrophobie rabique soient plus communs cette année que les autres années; que rien ne prouve que certaines pratiques populaires aient le pouvoir de prévenir l'explosion de la rage, car on ne peut jamais conclure à l'efficacité de tel ou tel moyen, parce que la rage ne se développe pas nécessairement et fatalement sur tous les individus mordus par des animaux enragés; c'est qu'il est faux que les médecins aient jamais conseillé ou employé l'étouffement, l'empoisonnement ou l'asphyxie pour hâter la mort des malheureux hydrophobes, et qu'ils ont toujours lutté au contraire contre ces pratiques barbares que rien ne légitime, car c'est un préjugé de croire que les individus en proie au virus rabique cherchent à mordre ceux qui les soignent ou qui les entourent; c'est qu'enfin, puisque la science n'est pas encore en possession d'un moyen efficace pour guérir la rage, qu'il est légitime, qu'il est moral que les médecins expérimentent les moyens, même les plus énergiques, contre une maladie qui, une fois développée, est nécessairement suivie d'une mort affreuse, et sur des individus dont il est impossible d'aggraver la position.

C'est en cédant à cette dernière considération, que nous accueillons sans hésiter la lettre suivante de notre honorable et savant confrère, M. Moreau (de Tours), dans laquelle il propose l'essai d'un moyen qui au moins ne peut pas nuire.

Amédée LATOUR.

Monsieur le rédacteur,

Les cas d'hydrophobie paraissent se multiplier, depuis quelque temps, d'une manière effrayante.

Comme toujours, l'homme de l'art est réduit à la plus radicale impuissance : tout remède, toute médication empirique ou rationnelle viennent échouer contre cette redoutable maladie; le plus léger symptôme, lorsqu'il vient à paraître, est un présage de mort.

En pareille occurrence, le champ est ouvert à toutes les expérimentations; l'humanité les prescrit impérieusement, quelque peu de chances de succès, d'ailleurs, qu'elles puissent offrir aux yeux de qui voudrait les juger d'après les données de la science.

Il y a là un devoir, un grand devoir à remplir, bien plus qu'une étude scientifique à faire.

D'après ces considérations, permettez-moi, Monsieur le rédacteur, d'avoir recours à la publicité de l'UNION MÉDICALE, non pour faire connaître un remède contre la rage, mais pour indiquer une nouvelle voie d'expérimentations.

J'exprimais, tout à l'heure, la pensée que, dans le cas dont il s'agit, il n'y avait guère à tenir compte des inductions théoriques. Ce n'est pas à dire, cependant, qu'on doive les repousser absolument, lorsque d'ailleurs elles se présentent, en quelque sorte, d'elles-mêmes, pour justifier et diriger l'expérimentateur.

La théorie du traitement dit *substitutif* (Trousseau), en vertu duquel, comme son nom l'indique, on cherche à remplacer une maladie grave par un état pathologique de nature différente, et d'une gravité moindre, est de ce nombre.

Or, il a été introduit, depuis peu de temps, dans la matière médicale, une substance dont l'action sur le système nerveux est des plus puissante, et qui, dans certains cas, lorsqu'elle a été administrée à très forte dose, reproduit quelques symptômes de l'hydrophobie vraie et paraît développer cette espèce de névrose connue sous le nom de névrose *rabiforme* (Chomel), ou hydrophobie non rabique.

J'ai eu plusieurs fois occasion de constater ces phénomènes, sur moi-même, d'abord, mais assez peu prononcés, puis sur d'autres personnes, entre autres sur une jeune fille atteinte d'hystérie convulsive, qui offrit dans un haut degré d'intensité, l'horreur des liquides et des surfaces polies luisantes, les crachottemens, l'envie de mordre et de se jeter sur sur les personnes qui se trouvaient à sa portée pour les mettre en pièces, etc.

La substance dont je veux parler, on s'étonnera, peut-être, de me l'entendre nommer d'après ce que l'on connaît généralement de ses effets habituels, c'est l'extrait de chanvre indien, le *hachisch*.

Ce que je viens de dire touchant la nature des symptômes que développe le hachisch chez quelques individus, suffira-t-il pour justifier, autoriser l'essai de cette substance dans le traitement de l'hydrophobie?

S'il s'agissait de toute autre affection, d'une maladie quelconque dont il faudrait craindre d'aggraver le caractère, de précipiter la marche funeste; très certainement l'idée de le proposer comme moyen prophilactique ne me serait même pas venue.

Mais il s'agit de la rage, c'est-à-dire d'un état pathologique que l'on ne saurait rendre pire qu'il n'est, dont la mort, une mort non moins affreuse que prochaine, est le résultat inévitable!

Que craindre, dès lors? Ne rien faire, ne rien tenter, en pareil cas, est-ce prudence? N'est-ce pas imprudence, plutôt, imprudence coupable?

Ne doit-on pas, d'ailleurs et dans tous les cas, espérer de ce nouveau moyen thérapeutique, un autre résultat auquel il est permis d'attacher quelque prix? J'ai la conviction que si l'on ne prévient pas la terminaison funeste du mal, du moins on remplacera un genre de délire par un autre (ainsi que cela s'observe chez les aliénés), par un délire qui voilera aux yeux du malade agonisant, l'horreur de sa position.

En terminant cette note qui m'a été inspirée bien plus par l'horreur de la maladie qui, en ce moment, répand un si juste effroi, par l'ardent désir de pouvoir être utile aux malheureux qu'elle atteint, que par l'espoir hélas! trop peu fondé d'en avoir trouvé le spécifique, je dois dire quelques mots relativement à l'administration du hachisch.

Le hachisch se trouve, aujourd'hui, dans le commerce sous trois formes ou préparations différentes : 1° d'électuaire ou de pâte verdâtre connue sous le nom de *dawamesc*, 2° d'extrait gras, 3° d'extrait résineux appelé *hachischine*.

Le *dawamesc* se prend, d'ordinaire, à la dose de 15, 20, 25 grammes. On pourrait la porter au double et davantage, sans autres accidens qu'un délire plus ou moins intense et de plus ou moins de durée (quelques heures, deux ou trois jours) mais transitoire. On peut en dire autant des deux autres préparations dont les doses peuvent s'élever : pour l'extrait gras, à 4 ou 5 grammes, et pour la résine, de 10 à 40 et 50 centigrammes.

Selon nous, on peut employer indifféremment, l'une ou l'autre de ces préparations.

J. MOREAU (de Tours),
Médecin de Bicêtre.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

§ V. *Pronostic.* — Le pronostic de l'antéversion découle naturellement de ce que nous a appris l'étude de la marche de la maladie. M. Velpeau, que ses études spéciales sur les accouchemens et le rang élevé qu'il occupe parmi les chirurgiens, rendent un des hommes les plus compétens sur ce sujet, a dit : « *Les déviations de l'utérus ne guérissent pas et n'occasionnent pas la mort.* » (Grimaud, thèse.) Cette proposition, vraie quand la maladie était combattue par des moyens de traitement d'une insuffisance si bien démontrée, que certains médecins regardaient comme complètement inutile d'y avoir recours et laissaient l'affection se prolonger indéfiniment, doit être aujourd'hui profondément modifiée. Mais ce n'est pas ici le lieu de traiter à fond ce sujet; j'y reviendrai avec plus d'à-propos quand je vous aurai exposé le *traitement en général.* Qu'il me suffise de vous dire ici que, toutes choses égales d'ailleurs, l'antéversion est plus difficile à guérir que toute autre forme de déviation.

§ VI. *Lésions anatomiques.* — Nous avons, je vous l'ai déjà dit, fort peu de renseignemens concernant les lésions anatomiques. Je vous ai indiqué : la position transversale de l'utérus appuyant sur la vessie; l'engorgement, principalement de la paroi antérieure, signalé par Desormeaux et M. P. Dubois, les adhérences du col avec le vagin, vues par Mme Legrand, et celles du corps avec les organes antérieurement placés, soupçonnées par Mme Boivin.

Morgagni et Levret disent qu'ils ont trouvé les vaisseaux des ligamens larges engorgés et présentant des dilatations variqueuses. Il pourrait y avoir, enfin, par suite de la compression à laquelle ils ont été soumis, une inflammation de la vessie ou du rectum. J'ai rencontré cette dernière lésion dans d'autres formes de déviations anciennes, mais jamais, jusqu'à présent, dans l'antéversion simple.

Telles sont les données, encore bien insuffisantes, que nous possédons sur ce point.

§ VII. *Traitement.* — Je me bornerai, Messieurs, à vous faire connaître les résultats du traitement auquel nous donnons la préférence, et à mentionner ensuite ceux qui ont été préconisés par d'autres auteurs; car les renseignemens manquant pour nous permettre de les apprécier comparativement, le jugement que nous porterions actuellement serait

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin et 1er Juillet.

peut-être prématuré. Nous attendrons donc de nouveaux détails pour formuler définitivement notre opinion. Si cependant vous voulez faire un choix, il vous sera très facile de comparer les résultats que je vais vous donner avec ceux qui ont été déjà publiés par d'autres auteurs.

Pour toutes nos malades, le traitement a été le même, sauf quelques légères variations dans son application, suivant les cas.

Cathétérisme utérin. — J'ai toujours débuté par l'introduction de la sonde qui sert en même temps au diagnostic et au traitement. Elle prépare la matrice à recevoir la tige intra-utérine de l'instrument, et le redresse pour rendre l'introduction de cette tige plus facile.

Comme moyen préparatoire, elle a toujours produit, bien que souvent dans de faibles limites, de bons effets qui sont venus en aide à la guérison, et dans un cas qui mérite de vous être rapporté, il a suffi de son emploi pour amener une guérison complète.

Observation V. — Mme C..., âgée de 31 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, a toujours vécu dans d'excellentes conditions hygiéniques. A vingt ans, elle eut un enfant; l'accouchement ne présenta rien de particulier. Elle ne se leva pas trop tôt après, ne fit pas de chutes ni d'efforts violens, ne reçut pas de coups et ne sait au juste à quelle époque doit remonter l'apparition de sa maladie, dont l'invasion fut lente et la marche progressive.

Il y a quelques années, elle eut des attaques d'hystérie suivies de leucorrhée et de fatigue dans la marche, avec sensation de pesanteur dans le bassin. Depuis, ces symptômes ne firent que s'accroître. Il y a vingt-huit mois environ, la malade fut soumise à un traitement consistant en saignées répétées qui eurent pour conséquence de produire un certain degré d'anémie. Aussi, lorsque je vis la malade le 15 janvier 1851, présentait-elle encore tous les signes de l'anémie, une faiblesse considérable, le teint pâle et décoloré, etc. Je trouvai en outre l'utérus volumineux, mais non douloureux, transversalement couché en avant. Sur la lèvre antérieure, qui était rouge et volumineuse, existait une saillie plus foncée, présentant au milieu un petit point blanc. Je prescrivis un régime fortifiant, et le 3 février je cautérisai le col avec le nitrate acide de mercure.

Cette cautérisation, répétée trois fois jusqu'au 13 sans produire grand effet, fut interrompue à dater du 17 pour pratiquer le cathétérisme. La sonde fut introduite six fois à trois ou quatre jours d'intervalle. Elle pénétrait facilement sans déterminer de douleur; et le 20 mars je constatai que l'utérus était parfaitement replacé dans sa situation normale. La cautérisation, qui fut alors reprise et faite treize fois jusqu'au 12 mai, amena une amélioration sensible de jour en jour; il n'y eut pas d'accident et la petite saillie de la lèvre antérieure du col disparut complètement, l'utérus se maintenant en place.

J'appellerai d'abord votre attention sur la lésion particulière qui existait sur le col. Je craignais que cette légère saillie, présentant un point blanchâtre à son milieu, ne fût un abcès; mais comme je n'ai vu sortir ni pus ni bourbillon, on peut au moins conserver des doutes à ce sujet. Quoi qu'il en soit, je dois vous faire remarquer en passant l'efficacité de la cautérisation après le redressement de l'utérus, comparée à son peu d'action quand l'organe était dévié; c'est un point sur lequel j'attirerai tout particulièrement votre attention en vous citant à ce sujet un fait bien plus probant encore (Obs. VI).

Ce qui nous intéresse dans le cas actuel, c'est cette guérison radicale de l'antéversion obtenue par suite du redressement à l'aide de la sonde introduite six fois seulement.

J'ai pu guérir ainsi plusieurs cas de rétroflexion; mais c'est à ma connaissance le seul d'antéversion; dans tous les autres, j'ai appliqué le redresseur utérin. Il est vrai que, dans les premiers temps, ne connaissant pas parfaitement cette heureuse influence de la sonde, je l'employais seulement pour préparer l'utérus à recevoir le redresseur que j'avais hâte d'appliquer, le croyant indispensable à la guérison; tandis que maintenant je prolonge plus longtemps l'usage de la sonde, et j'attends, pour avoir recours au redresseur, qu'elle ait produit tout l'effet possible. Ainsi, j'ai obtenu plusieurs guérisons, et je m'en félicite; car il est avantageux d'éviter aux femmes les inconvéniens de cet instrument souvent gênant, incommode et susceptible de produire quelques accidens, si les malades n'étaient pas attentivement surveillées, inconvéniens que ne présente pas la sonde, dont l'introduction est facile, qui ne séjourne que peu de temps dans l'utérus, et dont le médecin lui-même surveille l'action chaque fois et pendant tout le temps qu'il l'emploie.

Pour guérir avec la sonde seule, il faudra un traitement plus long, plus régulièrement suivi, plus assujettissant pour les femmes qui ne voudront peut-être pas toutes s'y soumettre; mais ce n'est là qu'une faible considération à laquelle nous ne devons pas nous arrêter. Et nous devons persévérer dans l'emploi continué du cathétérisme seul, si la possibilité de la guérison par ce moyen nous est bien démontrée.

Quand elle ne redresse pas complètement l'utérus à elle seule, comme cela a eu lieu chez le plus grand nombre de mes malades, la sonde sert, je le répète, à préparer l'organe à recevoir la tige de l'instrument, en émoussant la sensibilité. Elle agit sur les parois utérines, comme le fait la sonde ordinaire sur les parois de l'urètre dans les cas de douleurs excessives du canal, que M. Civiale, en particulier, conseille de combattre par le cathétérisme répété. J'insiste sur ce point, parce que certaines personnes ayant voulu placer le redresseur sans cette préparation préalable, les douleurs ont été si vives, qu'il n'a pu être supporté.

La sonde a été introduite un nombre de fois variable, suivant les cas : rarement quand elle pénétrait avec facilité, sans douleur, et que l'utérus se laissait remettre en place sans résister, plus souvent dans les cas opposés; plus souvent aussi depuis que je sais qu'elle peut suffire à procurer un redressement complet et définitif.

Dans 1 cas elle a été employée une seule fois, dans 3 cas 3 fois, et dans les autres jusqu'à 14, 20 et 28 fois.

Le cathétérisme a occasionné, en général, une douleur peu vive, et a été suivi, pendant un certain temps dont la durée a varié d'une demi-heure à deux heures, de coliques utérines légères et intermittentes. Il y avait en même temps quelques spasmes de l'utérus, avec des douleurs comparées, par les femmes, à celles qui marquent le début d'un accouchement (les mouches). Dans un cas (obs. IV), l'application de la sonde a été suivie de douleurs très vives, avec symptômes fébriles et courbature générale; mais rappelez-vous que l'examen répété par plusieurs personnes avait été fort long, et que la malade avait déjà antérieurement un certain degré d'inflammation chronique de l'utérus. Du reste, au bout de vingt-quatre heures les accidens avaient cessé.

Quelquefois, pourtant, la douleur a été très intense au moment où la sonde franchissait l'orifice interne; mais cette sensibilité était considérablement diminuée après deux ou trois cathétérismes.

Souvent, à la suite de l'introduction de la sonde, il s'écoule une petite quantité de sang; il est bon d'en prévenir les malades, afin qu'elles ne soient point effrayées.

Le cathétérisme doit être pratiqué, autant que possible, tous les jours, s'il est facile et peu douloureux. Dans le cas contraire, on peut laisser d'abord un ou deux jours d'intervalle entre chaque application de la sonde, sauf à les rapprocher plus tard lorsque les malades les supporteront mieux.

Application du redresseur utérin. — La sonde n'ayant suffi que dans un seul cas d'antéversion pour procurer une guérison complète, dans tous les autres nous avons introduit le redresseur utérin.

Six fois j'ai employé l'instrument à flexion fixe; six fois également, celui à flexion mobile, et dans tous les autres cas l'instrument articulé. Je vous décrirai plus tard ces instrumens. Pour le moment, il me suffira de vous dire que toutes les fois que chez la même femme nous avons eu occasion d'employer, après l'un ou l'autre des deux premiers instrumens, le redresseur articulé, dont nous faisons exclusivement usage aujourd'hui, nous avons constaté qu'il était introduit plus facilement et mieux supporté.

La durée du séjour de l'instrument dans l'utérus a varié entre 1 et 15 ou 20 jours. L'amélioration a été aussi soutenue dans le cas où il n'est resté que vingt-quatre heures (Obs. II) que dans les autres; mais comme à la suite de cette première application il restait encore un peu de flexion, j'ai cru devoir l'introduire une deuxième fois, et alors il est resté seize jours en place. Le plus souvent il a séjourné de 4 à 10 jours, ou en moyenne 8 jours, d'une manière soutenue. Puis il a fallu le réappliquer un certain nombre de fois qui a varié entre 1 et 6, ou en moyenne 3. Je n'ai trouvé aucun rapport évident entre le temps qu'il est resté en place et le nombre de fois qu'il a fallu l'appliquer, puisque chez certaines malades il est resté 15 ou 20 jours dès la première application; tandis que chez d'autres, après avoir été appliqué plusieurs fois, il fallut l'enlever au bout de 3, 4 ou 5 jours.

Généralement bien supporté, il l'a été d'autant mieux, qu'il avait été mis plus souvent, et aussi que l'on était à une époque plus éloignée des règles.

Le traitement n'a jamais produit d'accident sérieux; cependant il s'est manifesté quelques symptômes dont je dois vous donner connaissance. Deux fois, chez des malades qui avaient eu antérieurement des métrites, on a vu survenir de l'accélération du pouls, de la chaleur, de la fièvre, de la tension douloureuse du côté de l'abdomen et principalement de l'utérus, indiquant un commencement d'inflammation de cet organe. Il a suffi de 8 ou 10 sangsues pour faire disparaître complètement ces symptômes, et au bout de 3 ou 4 jours on a pu remettre l'instrument qui avait été enlevé. Dans un de ces deux cas, la guérison a été complète et dans l'autre, qui est encore en traitement, tout fait penser qu'elle sera promptement obtenue, car il y a déjà une amélioration notable.

Une autre fois, j'ai observé chez une malade que vous avez pu voir dans la salle Sainte-Marthe, une inflammation du tissu cellulaire environnant l'utérus; mais cette inflammation ne pouvait être rapportée au traitement, car elle s'est produite lorsque l'antéversion était déjà guérie depuis longtemps. Elle a d'ailleurs cédé très promptement à un traitement très simple.

Les règles ont été généralement avancées, et presque toujours à la première époque menstruelle qui a succédé à l'application du redresseur, elles ont été plus abondantes, au point de produire, dans certains cas, une anémie légère et facile à guérir. Deux fois, il est survenu, en dehors de l'époque menstruelle, une métrorrhagie peu considérable qui s'est arrêtée spontanément.

J'ai insisté avec intention sur ces pertes de sang, parce qu'elles ont été regardées comme l'unique cause de la guérison. Cette opinion a été émise par les médecins qui mettent tous les symptômes sur le compte de l'engorgement.

Ces métrorrhagies, ont-ils dit, rendent l'utérus plus léger, en faisant directement disparaître l'engorgement; dès lors il n'est pas étonnant de voir survenir une guérison complète. La meilleure preuve à donner pour prouver qu'il n'en est pas ainsi et qu'une évacuation sanguine n'est pas indispensable à la guérison, ressort de l'analyse de nos observations. Sur 14 cas de guérison, nous avons eu seulement huit fois les règles plus abondantes après l'application du redresseur; dans les 6 autres cas, où la guérison a été tout aussi prompte et tout aussi solide, elles n'ont varié ni en plus, ni en moins.

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

Mort subite occasionnée par la rupture d'un anévrisme de l'aorte, prise pour un oedème de la glotte; observation communiquée par M. le professeur Lauvergne, de Toulon.

Le diagnostic de la maladie le plus facile à établir, peut n'être pas le vrai, et l'autopsie a souvent révélé des choses que le praticien le plus exercé n'avait pas seulement pressenties. En voici un exemple pris dans la clinique du professeur Lauvergne, de Toulon, dans le courant du mois de mai 1852.

Le nommé Monden (Jean-Marie), âgé de 37 ans, matelot de la frégate l'*Isly*, entre à l'hôpital le 4 mai. Il se plaint de douleurs vagues sur les parois pectorales; toux légère, sans expectoration; pas de fièvre; point d'appétit. Dès le surlendemain, il se dit guéri; néanmoins, il réclame le régime des soupes et des fécules, attendu qu'un bol alimentaire composé de viande et de pain, passe avec lenteur. Pourtant il demande l'un et l'autre à partir du 12 mai, et il sort le 15 de l'hôpital, *en apparence* bien guéri.

Avant d'aller plus loin, il nous souvient que Monden avait parfois, mais très rarement, une toux étrange, de peu de durée, grave, creuse et profonde. Il ne s'en plaignit jamais.

Sorti le 15 mai, et ayant repris son rude métier de matelot, il est pris dans la nuit d'un accès subit de suffocation imminente, et transporté d'urgence à l'hôpital.

C'est là que je le vis à ma visite du matin. Le chirurgien de garde avait déjà pratiqué une saignée de 400 grammes; des sangsues en nombre à l'épigastre coulaient encore; enfin, une potion avec 0,75 d'ipéca et 0,05 d'émétique était administrée, avec grande peine pour l'avaler, de quart d'heure en quart d'heure. Vers le matin, le malade n'étant pas mieux, on eut recours à un large vésicatoire sur le thorax, à une seconde potion avec l'extrait de belladone et l'éther sulfurique. C'est après l'emploi de tous ces moyens que j'arrivai.

Le malade, en montrant sa gorge, exprimait avec deux doigts serrés l'un contre l'autre, qu'elle était fermée; il ne pouvait parler; sa respiration était anxieuse, entrecoupée; il demeurait assis dans son lit, penché en avant, les bras raidis, tout entier à la lutte de son instinct de conservation contre une strangulation prochaine.

Le serrement tétanique des mâchoires empêchait l'examen de la bouche; toutefois, j'introduisis le doigt indicateur assez avant pour sentir la pulpe engagée dans un conduit fermé par des excroissances molasses. Je diagnostiquai une angine grave et profonde, peut-être l'angine de la glotte œdémateuse. La première saignée avait soulagé un peu le malade; on en fit une autre de 400 grammes; de nouvelles sangsues furent appliquées, ainsi que des ventouses sanglantes; les pieds et les mains furent immergés dans l'eau sinapisée. On fit avaler au malade quelques gouttes de sulfate de cuivre dans l'eau comme émétique; les efforts de vomissement furent vains; mais ils provoquèrent une toux convulsive et l'expectoration d'une matière visqueuse, sanguinolente, ce qui parut soulager le malade. Le pouls restait faible et lent.

A deux heures de relevée, le malade respirait sans pouvoir parler; mais il exprimait par signes qu'il se trouvait mieux. Toutefois, je prescrivis deux petits vésicatoires sur les côtés du larynx, un autre entre les deux épaules, et comme il n'y avait pas eu de selles, on déposa sur l'ombilic cinq gouttes de croton-tiglium, en même temps qu'on administrait un demi-lavement avec une once de vin émétique.

Le soir, il paraissait sensiblement mieux, et tout faisait espérer une bonne nuit. Mais, à neuf heures environ, le malade est pris d'un accès violent de dyspnée; tout se dispose autour de lui pour l'opération de la laryngotomie, lorsqu'il rend le dernier soupir.

L'autopsie, après vingt-quatre heures de décès, nous a montré tout d'abord une infiltration sanguine du repli muqueux aryténo-épiglottique gauche, une autre de la paroi latérale gauche du pharynx, comprimant l'ouverture supérieure du larynx, résultat de la rupture récente d'une poche anévrysmale, dont le point d'origine était situé sur la crosse de l'aorte. Ces désordres expliquent les symptômes de l'agonie et de la mort instantanée; le repli aryténo-épiglottique d'une part, et celui du pharynx de l'autre, ont dû un moment fermer la glotte, et l'asphyxie résulter de cet obstacle, que nul symptôme ne pouvait faire prévoir.

Voilà pour la mort subite; elle était inévitable.

La dissection de la poche anévrysmale a été continuée par M. Beau, chef des travaux anatomiques de l'École.

La crosse aortique, dans sa portion descendante, immédiatement au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, présente une poche anévrysmale, dont une partie seulement reste attachée à la pièce pathologique conservée au musée de l'École.

Le tissu artériel qui avoisine la tumeur paraît sain; il conserve sa souplesse et sa résistance normales. La dilatation anévrysmatique est pédiculée; elle communique avec la cavité du vaisseau par une ouverture nettement circonscrite, à bord mousse, et de deux centimètres de largeur. Son volume égale celui du poing d'un adulte; ses parois sont épaisses, résistantes, fibro-cartilagineuses.

Cette tumeur, ainsi développée sur la face postérieure de l'aorte, s'est tout d'abord placée entre l'œsophage et la colonne vertébrale, et en s'augmentant de bas en haut, a fini par arriver jusqu'au côté droit du

con. Là, il y a eu une rupture, très probablement récente, de la tunique celluleuse; le sang s'est infiltré dans le tissu cellulaire du médiastin postérieur et le long du cou, sous l'aponévrose cervicale profonde, plus particulièrement autour de l'œsophage et du pharynx, de la trachée et du larynx.

La membrane muqueuse de ces conduits, toute saine dans la plus grande partie de son étendue, est soulevée et colorée sur plusieurs points par le sang qui est parvenu à s'infiltrer au-dessous d'elle. Mais ce qui rend raison de la mort par suffocation et résultant d'un obstacle à la glotte, ce sont les désordres du côté du pharynx et du larynx. Sur la paroi latérale gauche du pharynx, l'épanchement ou plutôt l'infiltration sanguine est très considérable; de ce point elle a gagné le repli épiglotti-aryténoïdien gauche; le tissu cellulaire sous-muqueux de cet endroit s'est distendu en forme de crête de coq, gorgé de sang, d'une couleur violacée, occupant toute la longueur du repli d'un bon centimètre et demi de hauteur, mobile sur sa base, et pouvant, pendant l'inspiration, s'abattre sur l'ouverture du larynx en guise de soupape, et s'opposer complètement à l'entrée de l'air dans la poitrine.

Cette dernière lésion nous explique les phénomènes asphyxiques du seul et dernier jour de maladie du sujet dont nous venons de relater l'histoire.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Juillet 1852.—Présidence de M. Piobert.

M. Chatin lit un mémoire intitulé : *Recherche comparative de l'iode et de quelques autres matières dans les eaux (et les égouts) qui alimentent Paris, Londres et Turin.*

L'objet principal de ce mémoire est la recherche comparative de l'iode dans les eaux qui alimentent Paris, en y comprenant les affluens qui se jettent dans la Seine, la Marne et le canal de l'Ourcq, à l'intérieur de cette capitale ou en amont jusqu'à Montereau, la Ferté-sous-Jouarre et Mareuil-sur-Ourcq; les produits des égouts ont fixé toute l'attention de l'auteur. Une série d'observations continuée sur les eaux de la Seine pendant une période de plus de deux années a été instituée, afin de reconnaître s'il y a des différences appréciables dans la proportion de l'iode aux diverses saisons, et quels rapports peuvent exister entre ces variations et la pression atmosphérique, la température, l'état du ciel, la nature des vents, la quantité de pluie tombée, la hauteur des eaux à l'étiage et la somme des matières tenues en dissolution dans l'eau.

Voici quelques-unes des conclusions principales que l'auteur a déduites de ses recherches sur les eaux de Paris :

Les eaux de la Seine sont, à une époque donnée, plus iodurées près de leurs sources (Châtillon), qu'aux environs de Paris (Corbeil, Charenton).

Pendant que la proportion de l'iode diminue, celle des autres matières dissoutes dans l'eau augmente, quoique dans un rapport inverse moindre.

A Charenton, au-dessus de la Marne, la Seine est l'une des rivières dont l'eau est à la fois la plus légère et la plus riche en iode.

En aval de Paris, les eaux de la Seine ne sont pas beaucoup plus iodées qu'en amont; la masse du résidu y est au contraire notablement augmentée.

Mais ce qui distingue le plus les eaux de la Seine à leur sortie de Paris, c'est moins la quantité de matières dissoutes que leur qualité. La proportion des matières organiques et des chlorures est notablement accrue, et les sels d'ammoniaque, dont des traces existent dans la plupart des eaux, sont ici très appréciables; on peut aussi quelquefois trouver des indices d'hydrogène sulfuré et de l'urée apportée par les égouts.

A l'exception de l'Yonne, dont les eaux sont sensiblement pareilles à celles de la haute Seine, tous les affluens de cette rivière tendent, à partir de Montereau, à accroître la somme des matières fixes, et à faire baisser la proportion de l'iode.....

En raison du grand volume de ses eaux, du poids des matières terrosalines tenues en dissolution, de la faible proportion d'iode, des troubles fréquens qui nécessitent, pour beaucoup d'usages, la filtration ou le repos, la Marne doit être regardée comme le moins bon des affluens de la Seine. Le petit Morin et le Morin versent dans la Marne des eaux qui tendent à accroître la proportion de l'iode.....

Le produit des égouts varie beaucoup suivant l'heure de la journée, le quartier traversé, l'eau fournie par les bornes-fontaines. La proportion de l'iode est de une à deux fois, celle du résidu de deux à dix fois, celle des chlorures et des matières extractives, environ cinquante fois plus considérables que dans l'eau de la Seine.

Aux heures où les bornes-fontaines étant fermées, les égouts ont leurs eaux à l'état de plus grande concentration, on peut y trouver par litre des traces d'urate d'ammoniaque, quelques milligrammes de carbonate d'ammoniaque, de 1 à 2 décigrammes de phosphate, et jusqu'à un gramme d'urée et des matières extractives de l'urine.

Après le dépôt des matières organiques, des oxydes et des sulfures métalliques suspendus dans l'un des égouts, celle-ci est d'une couleur plus ou moins ambrée, d'une saveur piquante et salée qui rappelle celle de l'urine.

Abandonnées quelque temps à elles-mêmes, les eaux des égouts exhalent une odeur à la fois sulfureuse et piquant les yeux, due à la production d'ammoniaque et d'acide sulfhydrique.

A la suite d'une averse, les égouts portent à la Seine une quantité notable de sulfure de chaux enlevé dans la ville par les eaux pluviales.

Des affluens du canal de l'Ourcq, la rivière d'Ourcq, à Mareuil, est celui qui se rapproche le plus de la Seine par sa légèreté, sa forte iodurations, et la petite quantité de matières organiques.

Tous les autres cours d'eau tributaires du canal ont pour effet d'accroître la proportion de la somme des matières dissoutes et de diminuer celle de l'iode.

L'eau du puits de Grenelle est sensiblement ferrugineuse, aussi iodurée et plus légère que celle de la Seine, prise même au-dessus de la Marne.

L'eau d'Arcueil contient très sensiblement quatre fois moins d'iode que celle de la Seine.

Les sources séléniteuses des prés St-Gervais renferment cinq à six fois moins d'iode que l'eau de la Seine, et la proportion de ce principe est moindre encore dans les eaux de Belleville, qui se distinguent entre les sources crues par leur crudité extrême.

Les puits de Paris, justement délaissés, fournissent, pour la plupart, des eaux saturées de gypses, chargées de chlorures déliquescens et de nitrates, et ne contenant pas d'iode en quantité appréciable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Juillet 1852. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance ne comprend aucune pièce importante ou qui mérite d'être mentionnée.

La parole est à M. Bousquet.

M. Bousquet lit en son nom et celui de M. Collineau, un rapport sur un manuscrit sans titre, de M. le docteur Chardon, relatif aux *fièvres continues*.

L'auteur traite, dans ce travail, trois points principaux : 1° la distinction des fièvres continues; 2° le rôle de la lésion intestinale dans la fièvre typhoïde; 3° les prétentions de la thérapeutique à guérir cette maladie.

Pour M. Chardon, il y a au moins deux espèces de fièvres continues, la fièvre typhoïde et la fièvre non typhoïde qui en embrasse sans doute plusieurs autres, mais sur lesquelles il ne s'explique pas. Ni l'une ni l'autre, d'ailleurs, ne dépend d'une lésion locale. En dehors de cette lésion, et avant cette lésion, il admet un état général; une altération du système nerveux ou du sang qui constitue proprement la fièvre. Et c'est dans le cours de ce trouble général, que s'engendrent les lésions locales qui se voient dans les fièvres continues.

Quant au traitement, trente ans de pratique ont appris à M. Chardon que la fièvre typhoïde résiste à toutes les médications. « La nature, dit-il, y est insensible à tout. Il y a en elle quelque chose d'irrésistible et de fatal qui la mène et la domine. Elle a une marche dont elle ne s'écarte pas; mais la durée varie en proportion de son intensité. Les plus bénignes sont naturellement les plus courtes, et c'est ce qui a trompé les médecins. Cette bénignité, ouvrage de la nature, ils s'en sont emparés et l'ont tournée à la gloire de leur méthode. »

Cependant, ajoute M. le rapporteur, M. Chardon ne peut supporter l'idée que les médecins n'aient rien à faire devant un si grand péril, et la thérapeutique consiste tout entière à combattre ce qu'il appelle les élémens secondaires de la maladie, tels que la pléthore, l'irritation ou l'inflammation, la langueur des forces, l'épuisement, l'embarras de l'estomac et des intestins, les spasmes, la douleur, etc.

Finalement, M. le rapporteur, après avoir rendu hommage aux convictions de l'auteur et au zèle avec lequel il a procédé à ses recherches, propose de lui faire écrire une lettre de remercîment, d'ordonner le dépôt de son manuscrit aux archives et de l'engager à continuer ses communications. (Adopté.)

M. Depaul lit un rapport sur un travail de M. le docteur Ch. Gérard, relatif à un *cas d'accouchement compliqué d'hémorrhagie sérieuse se rattachant à une insertion vicieuse du placenta.*

Voici l'analyse succincte de cette observation :

Une femme de 34 ans, d'une constitution délicate, qui était déjà accouchée cinq fois à terme sans accidens et qui avait fait à trois mois une fausse couche dont la cause n'est pas indiquée, était arrivée le 17 décembre 1851, vers la fin du septième mois d'une nouvelle grossesse. Ce jour-là, à la suite d'un travail qui avait eu lieu, les bras étant élevés, une hémorrhagie utérine peu considérable se manifesta (deux ou trois cuillerées de sang seulement s'étaient écoulées). Dès ce moment et malgré le repos au lit conseillé par une sage-femme, un écoulement rosé peu abondant eut lieu, d'une manière continuelle, par les parties génitales, et fut à plusieurs reprises, dans l'espace de quinze jours, remplacée par des pertes sanguines de courte durée et dont la quantité fut évaluée chaque fois à un peu plus d'un verre ordinaire.

Le 2 janvier 1852, lorsque M. Gérard fut appelé pour la première fois, tout écoulement avait cessé. L'état général était bon. Aucune douleur, aucune contraction indiquant un commencement de travail, n'existaient. La malade n'ayant pas voulu se laisser toucher, notre confrère se contenta de prescrire quelques lavemens émolliens, et recommanda qu'on le fît prévenir si quelque chose de particulier survenait. Deux jours après, l'écoulement rosé, dont il a été précédemment question, reparut d'une manière presque continuelle, se transformant encore de temps à autre en de petites hémorrhagies.

Le 24 janvier, la grossesse étant alors à environ huit mois et demi, quelques douleurs utérines se manifestèrent et furent presque immédiatement suivies par une hémorrhagie considérable. Appelé en toute hâte à une heure et demie de la nuit, M. Gérard trouva cette femme avec des défaillances et un malaise considérable. Une pleine cuvette de caillots était entre les cuisses ou dans le vagin. Le toucher permit de constater que le col était assez dilaté, souple et occupé par une portion de placenta considérable. Les mouvemens de l'enfant n'étaient plus perçus, et il ne fut pas possible, en auscultant, d'entendre les battemens de son cœur.

Quoique la dilatation fût déjà grande, il n'y avait eu que de très faibles contractions utérines. Le sang coulait toujours, et avec un redoublement notable à chaque douleur qui survenait.

Sans perdre un instant, et après avoir placé convenablement la malade, M. Gérard introduisit la main droite, et trouva engagée dans le col une poche irrégulière en partie fermée par les membranes qui étaient en avant et en partie par le placenta (le quart environ de la surface de cet organe). Après avoir perforé cette poche dans sa partie placentaire, la main, introduite dans l'utérus, rencontra l'extrémité pelvienne qui se présentait. Un seul pied put être saisi; il fut facilement amené au dehors, et à l'aide de tractions exercées sur le membre correspondant, l'enfant fut promptement extrait. Il était peu volumineux et ne paraissait pas complètement à terme. Il ne donnait aucun signe de vie. Le cordon entourait deux fois la région du cou. Les divers moyens capables de le ranimer, et l'insufflation surtout, furent mis en usage. Petit à petit la respiration s'établit, quoique péniblement, et bientôt il parut suffisamment ranimé pour permettre d'espérer qu'on le conserverait. Cependant il resta faible, fut incapable de prendre le sein, et succomba le huitième jour.

La délivrance n'offrit rien d'extraordinaire; la déplétion de l'utérus fit cesser toute hémorrhagie; les suites de couches furent des plus naturelles, et vers la fin du mois le rétablissement était complet.

Le fait qui précède et quelques autres qui ont été observés par notre confrère le portent à établir, en principe, que, dans toute parturition compliquée d'hémorrhagie grave, la *première* indication consiste à terminer l'accouchement, soit avec la main, soit avec le forceps, selon la présentation.

Il se fonde surtout sur ce que, dans les cas de pertes abondantes, le collapsus général, et celui de la matrice en particulier, permettent toujours de pénétrer dans sa cavité, etc.

M. Depaul, à l'occasion de ce fait, examine les diverses théories à l'aide desquelles on a cherché à expliquer le mécanisme du décollement du placenta et des hémorrhagies qui en sont la suite. Sans le suivre dans cette longue dissertation, nous indiquerons les points principaux qu'il s'est proposé de mettre en lumière.

Quels sont les changemens que subit le col de l'utérus, sous le rapport de sa longueur pendant la gestation? La portion du corps qui avoisine cet organe se développe-t-elle avec la même rapidité que la région supérieure? En d'autres termes, comment les différentes régions de la matrice concourent-elles au développement de la cavité qui reçoit et conserve le produit de la conception jusqu'au développement complet? Telle est la première question qu'examine M. le rapporteur.

Après avoir rappelé la doctrine qui a été longtemps professée en France, il rappelle en quelques mots celle de M. Stoltz, d'après laquelle la cavité du col resterait étrangère, dans l'immense majorité des cas, jusque vers les derniers temps de la grossesse, au développement de la cavité du corps de l'organe, et l'œuf, jusqu'à cette époque, resterait complètement séparé de cette cavité, il déclare se ranger à cette théorie comme la seule conforme à la vérité.

De la discussion à laquelle il se livre à ce sujet et de l'application au fait particulier, des principes qu'il admet d'après la doctrine de M. Stoltz, M. le rapporteur est amené à regarder comme évident que la malade de M. Gérard a offert un exemple d'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, avec cette circonstance que par l'un de ses bords il recouvrait une grande partie de l'orifice interne. « Il résulte, en outre, de tout ce qui précède, ajoute M. Depaul, que dans les cas nombreux où le placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus, n'atteint pas cependant l'un des points de la circonférence de l'orifice interne, l'hémorrhagie qui peut survenir à des époques variables, s'explique exclusivement par le développement rapide de la portion inférieure du corps de l'organe, que dans ceux où le délivre recouvre une partie ou la totalité de cette ouverture, l'écoulement sanguin peut reconnaître, dès le début, et pendant un certain temps, la même cause, à laquelle s'ajoutera nécessairement l'influence de la dilatation de l'orifice interne, que celle-ci commence au terme régulier de la grossesse, ou, comme cela est le plus ordinaire, qu'elle survienne à l'occasion d'un travail prématuré.

Les variétés nombreuses qu'on observe quant à l'époque où l'hémorrhagie commence, quant à son intensité, quant à ses répétitions plus ou moins fréquentes, etc., etc., tout cela s'explique et se comprend par le développement plus ou moins précoce et rapide de la partie inférieure du corps de la matrice, par le moment où l'orifice interne commence à s'entrouvrir, par l'étendue plus ou moins considérable du placenta qui le recouvre.

Tout en reconnaissant que dans les cas particuliers qu'il a rencontrés dans sa pratique, M. Gérard, en terminant l'accouchement, a parfaitement saisi les indications; M. le rapporteur croit qu'il a eu le tort de beaucoup trop généraliser en disant que c'était par là qu'il fallait toujours commencer, car des conditions moins favorables peuvent se présenter, et la science possède, pour elles, d'autres procédés dont l'utilité a été sanctionnée par l'expérience.

Personne, ajoute M. Depaul, n'a mieux compris et plus complètement indiqué tout ce qui se rapporte au traitement de ce genre d'hémorrhagie que M. le professeur P. Dubois, et c'est en rappelant en grande partie ses idées que M. le rapporteur trace la conduite qui lui paraît applicable aux diverses circonstances. Nous reproduisons textuellement cette dernière partie du rapport de M. Depaul.

Une première distinction doit d'abord être établie. La perte se déclare lorsque le travail n'est pas encore commencé, ou bien elle apparaît lorsque des contractions prématurées ou non ont déjà produit un certain degré de dilatation. Une autre non moins importante résulte de l'abondance de l'hémorrhagie elle-même, et sous ce rapport il convient de distinguer les cas où, dès le début ou par ses apparitions multipliées, elle constitue un accident grave, de ceux où, par ses minimes proportions, elle ne crée pas un danger imminent.

Disons d'abord, pour n'en plus parler, qu'il est une série de moyens tels que le repos absolu dans la position horizontale, un air frais, les boissons acidulées, etc., qui conviennent ici comme dans toutes les hémorrhagies qui peuvent compliquer la gestation. Quant à la saignée qui est si souvent indiquée et qui produit de si bons résultats dans d'autres circonstances, je pense qu'on ne saurait être trop réservé sur son emploi, et je ne sais pas s'il y aurait grand inconvénient à la prescrire d'une manière absolue. Quoi qu'il en soit, je n'en comprendrais l'utilité que si un état très pléthorique existait, et si, en l'associant aux préparations opiacées, on se proposait, en calmant certaine irritabilité de l'utérus, de prévenir des contractions prématurées, et d'augmenter les chances de viabilité de l'enfant, en reculant autant que possible le moment de son expulsion.

Entrons maintenant dans les cas particuliers et voyons ce qui convient à chacun d'eux :

1° La perte est peu considérable, le col est fermé, rien n'indique que la contractilité de l'utérus ait été mise en jeu; que faut-il faire?

Puisqu'il y a beaucoup de raisons de penser que l'accident se reproduira, tous les efforts doivent tendre à prévenir ce résultat, ou du moins à en modérer la gravité et à calmer la contractilité utérine qui entre si facilement en action en pareil cas. Pour cela, les moyens généraux précédemment indiqués, sont à peu près les seuls auxquels il convienne de s'adresser. Peut-être pourrait-on avoir recours au seigle ergoté administré à petites doses dans le but de le faire agir surtout comme hémos-

tatique. Il arrivera quelquefois que l'écoulement sanguin s'arrêtera définitivement après une ou plusieurs apparitions, et la grossesse pourra parvenir jusqu'à son terme régulier; alors, ou bien ce qui est fort rare, le travail suivra ses diverses périodes sans que l'accident reparaisse; ou bien, ce qui est beaucoup plus commun, il se renouvellera et sera le point de départ d'indications nouvelles dont il sera question plus loin.

2° L'hémorrhagie, au contraire, est grave dès le principe, ou elle le devient par ses fréquentes répétitions; l'utérus restant d'ailleurs dans les mêmes conditions, comment l'art doit-il intervenir?

Dès le début, il faudra se conduire comme précédemment; mais bientôt et sans attendre que l'état général de la femme indique un affaiblissement trop grand, il conviendra de recourir au tamponnement du vagin convenablement exécuté.

Ce moyen, tout mécanique, peut agir de deux façons différentes, en favorisant la coagulation du sang et l'oblitération des vaisseaux que le décollement du placenta avait laissé béans, et aussi en hâtant l'apparition qui, en produisant la dilatation de l'orifice interne, ouvrira la voie à d'autres moyens beaucoup plus efficaces. Ce dernier résultat n'est pas toujours à désirer, et n'est pas toujours obtenu. J'ai vu des femmes chez lesquelles le tampon, appliqué vingt-quatre et trente-six heures, avait parfaitement réussi à suspendre l'hémorrhagie, mais n'avait provoqué aucune contraction, et par conséquent aucune modification dans le col; chez l'une d'elles, la grossesse put continuer sa marche jusqu'au terme ordinaire, qui était encore assez éloigné, sans nouvelle complication.

Mais un résultat beaucoup moins heureux pourrait être observé; le col ne se modifiant pas, l'hémorrhagie rebelle au tampon pourrait continuer à se faire en partie à l'extérieur, en partie à l'intérieur, et devenir assez sérieux pour menacer la vie de la femme. En pareille occurrence, il ne faudrait pas hésiter, quelque défavorables que fussent les conditions, à pratiquer la rupture des membranes, et si la déplétion partielle de l'utérus n'amenait pas une prompte et salutaire modification, il ne me paraît pas douteux qu'il ne fallût recourir à l'accouchement forcé, en s'aidant, suivant les cas, d'incisions multiples sur le col.

3° L'hémorrhagie est légère, mais elle a débuté avec le travail au terme régulier de la grossesse. Ou bien après s'être plusieurs fois reproduite, elle a provoqué des contractions prématurées. Dans tous les cas, et c'est ici le point capital, un certain degré de dilatation existe déjà. Quels moyens doivent être employés?

Si la femme n'a perdu qu'une très petite quantité de sang, on pourra se contenter de lui prescrire le repos et les autres moyens généraux ordinaires, administrer un ou deux grammes d'ergot de seigle pour accélérer la marche du travail et ne pas hésiter à pratiquer la rupture des membranes lorsque la dilatation sera un peu grande. Ce dernier moyen me paraît indiqué dans les cas où l'écoulement sanguin, sans jamais avoir été considérable, a cependant duré assez longtemps et s'est reproduit un assez grand nombre de fois pour altérer profondément la constitution de la mère, et la placer dans des conditions qu'il importe de faire cesser aussi promptement que possible. Cette manière de procéder me paraît également justifiée par l'intérêt de l'enfant dont la vie ou la santé ne pouvait être que compromise par un séjour trop prolongé dans la cavité interne, alors qu'une portion un peu considérable du placenta est décollée et que ce qui reste normalement adhérent peut être insuffisant. C'est d'ailleurs à l'auscultation de la circulation fœtale qu'il convient de demander une règle de conduite à cet égard. Elle seule peut permettre de prévenir l'influence fatale qui résulte quelquefois de la compression qui peut être exercée sur la masse placentaire ou sur le cordon, lorsqu'après l'écoulement du liquide, la partie qui doit s'engager la première est poussée contre le segment inférieur de l'utérus. Une surveillance de tous les instans devra être exercée dans cette prévision à l'aide du stéthoscope, et il ne faudrait pas hésiter à intervenir par le forceps ou la version, même dans les cas ou la dilatation ne serait pas aussi complète qu'il le faut, quand les circonstances permettent d'attendre le moment opportun.

4° Comme dans le cas précédemment examiné, le travail est franchement déclaré, et le col plus ou moins dilaté, mais l'hémorrhagie est grave et ne permet pas la temporisation. Quelles sont les circonstances qui dicteront le choix que le médecin doit faire parmi les moyens qui ont été proposés?

Si l'œuf est encore intact et que la dilatation ne soit pas complète, c'est à sa perforation et à l'évacuation d'une certaine quantité de liquide qu'il faut d'abord recourir, en même temps qu'on donne le seigle ergoté. Je crois cette manière de faire bien préférable au tamponnement du vagin, et plus d'une fois je l'ai vue réduire la perte à de si faibles proportions que j'ai pu abandonner le reste du travail à lui-même.

Mais la perforation de l'œuf soulève quelques questions sur lesquelles il est temps que je m'explique, d'autant mieux que, dans son observation, M. Gérard se déclare partisan de certaines idées qui me paraissent dangereuses, surtout en les exagérant comme il l'a fait.

Nous avons vu que le placenta pouvait se trouver, relativement au col, dans trois conditions différentes:

1° Son insertion peut être simplement latérale; 2° elle peut être centrale, et l'orifice entièrement recouvert; 3° l'un des bords de cet organe peut seul s'avancer sur une partie de l'ouverture qui, dans le reste de l'étendue, est tapissée par les membranes.

Jusqu'ici tous ceux qui se sont occupés de cette question ont pensé qu'il fallait soigneusement éviter le tissu placentaire, toutes les fois qu'on pouvait atteindre les membranes. Notre collègue, au contraire, ne se fait aucun scrupule de le perforer, alors qu'il lui serait facile de l'éviter, et il ne reconnaît à cette pratique aucun inconvénient, soit pour la mère, soit pour l'enfant. Je n'ai pas besoin de vous dire que je ne saurais partager une semblable manière de voir. Je n'accepte pas davantage la perforation du placenta, lorsque l'orifice en est entièrement recouvert, et qu'il constitue la seul partie de l'œuf que le doigt puisse atteindre sans violence. Le procédé déjà ancien, et que, dans ces derniers temps, M. Gendrin a repris, en conseillant d'agir avec une sonde de femme, me paraît trop périlleuse pour l'enfant. Qui pourrait répondre de ne pas intéresser de la sorte quelques-uns des vaisseaux placentaires, et de ne pas ajouter aux dangers d'une hémorrhagie maternelle ceux d'une hémorrhagie fœtale? J'en excepte cependant les cas où il aurait été positivement démontré que l'enfant avait cessé de vivre. Dans la supposition contraire, j'aimerais mieux, avec M. P. Dubois, décoller une partie du placenta, si l'un de ses bords était assez voisin de l'orifice pour permettre d'atteindre les membranes sans produire trop de déchirures, et avec lui encore je donnerais la préférence au tampon, s'il correspondait au col par sa partie centrale, me proposant ainsi d'accélérer la dilatation, tout en modérant la perte, et de rendre promptement possible la terminaison de l'accouchement par le forceps ou la version.

Mon opinion sur la perforation du placenta laisse facilement entrevoir que je ne suis pas plus favorable à son décollement et à son extraction prématurée, ainsi que cela a été conseillé par le docteur Simpson. Sa statistique, d'ailleurs, ne me paraît pas propre à beaucoup rassurer, puisqu'elle prouve que la plupart des enfans ont été victimes de cette manœuvre, et, quoiqu'elle ne paraisse pas avoir eu une influence très défavorable pour les mères, j'avoue qu'il me répugne d'admettre qu'il soit indifférent de détruire toutes les adhérences placentaires lorsque le volume de l'utérus est encore considérable. Car, après tout, si l'enfant est vivant, il vaut bien mieux le laisser aussi longtemps que possible en rapport avec la circulation maternelle, soit qu'on se propose de l'extraire immédiatement, soit surtout lorsqu'il doit rester encore quelque temps dans la cavité utérine. Je sais bien que les auteurs contiennent d'assez nombreuses observations dans lesquelles on voit que l'expulsion spontanée et prématurée du délivre a pu se faire sans grand dommage, et même en apparence avec quelques résultats favorables pour la mère; mais ne fût-ce que dans l'intérêt de l'enfant, je ne crois pas que la nature doive être imitée dans cette circonstance.

Si, malgré l'écoulement du liquide amniotique ou l'emploi du tampon auquel on peut être conduit exceptionnellement, la perte continuait avec des caractères sérieux, c'est à la prompte terminaison de l'accouchement par le forceps ou la version, selon les cas, qu'il conviendrait de s'adresser. L'indication serait la même en supposant que l'hémorrhagie eût diminué, mais si on trouvait le placenta largement décollé, et que par l'auscultation on constatât que la vie fœtale est gravement compromise. Dans tous ces cas, si le col n'était pas assez largement entr'ouvert, j'aimerais mieux recourir à une dilatation brusque et un peu forcée, en m'aidant surtout d'incisions multiples, que de tamponner le vagin, même avec la précaution d'exercer une compression sur la paroi abdominale. La crainte d'une perte interne même modérée, chez une femme déjà affaiblie, les dangers qu'une plus longue temporisation peut faire naître pour l'enfant, sont avec les autres inconvéniens du tampon le motif qui me le font exclure.

On aurait tort de croire que l'influence fâcheuse qu'exerce l'insertion anormale du placenta, ne s'étende qu'à la période de gestation. S'il est vrai, habituellement, que tout danger disparaît avec la déplétion complète de l'utérus, il n'en est pas toujours ainsi, et plus d'une fois j'ai vu l'hémorrhagie reparaître, menacer de devenir mortelle, le devenir même quelquefois, lorsque l'œuf avait été complètement expulsé, cela s'explique par la vascularisation toute particulière du segment inférieur de l'utérus et par la tendance qu'a cette région à se moins rétracter pendant les premiers jours. Tous les moyens capables de ramener et de rendre permanent un certain degré de rétraction, doivent être mis en usage de bonne heure, car il ne faut pas oublier que les pertes antérieures ont tellement affaibli la constitution, qu'un écoulement nouveau, même modéré, pourrait devenir promptement mortel. Or, le plus efficace est sans contredit le seigle ergoté. Peut-être même conviendrait-il de poser en principe que son administration devrait toujours avoir lieu peu d'instans avant la terminaison du travail.

M. Depaul termine son rapport en proposant d'adresser une lettre de remercîment à l'auteur du mémoire.

Après quelques courtes explications échangées entre M. Velpeau et M. Depaul, sur l'opportunité et les indications du tamponnement, auquel M. Velpeau paraît attacher plus de valeur que ne lui en accorde M. Depaul dans son rapport, les conclusions sont mises aux voies et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — Avril 1852.

De l'usage du sel ammoniac dans quelques maladies des voies urinaires; par M. le docteur René VANOYE.

Après avoir rappelé que le chlorhydrate d'ammoniaque, introduit dans l'estomac à dose usuelle ou à dose plus élevée, agit sur l'organisme à l'état physiologique, de la manière suivante: 1° il produit dans le canal digestif et surtout dans l'intestin grêle une augmentation de la sécrétion muqueuse; 2° il est absorbé très rapidement et passe dans le torrent circulatoire; 3° il modifie la constitution du sang et en diminue la coagulabilité; 4° il n'agit pas d'une manière appréciable sur le système nerveux cérébro-spinal, au moins d'une manière directe; 5° il exerce au contraire une action incontestable sur les nerfs ganglionnaires; après avoir rappelé que ces effets physiologiques sont parfaitement conformes avec ceux que l'on obtient de l'emploi de ce médicament dans l'état pathologique, tels que 1° son action sur les organes de la vie organique; 2° son action sur les membranes muqueuses et surtout sur la muqueuse intestinale, qu'il ramollit et dont il détache les saburres tenaces et fixes, et secondairement sur les muqueuses pulmonaire et génito-urinaire; 3° son action sur la peau, qu'il exalte, mais à un moindre degré que l'acétate d'ammoniaque; 4° son action résolutive et fondante à la longue sur l'organisme en général et en particulier sur les organes qui ont avec les muqueuses des rapports anatomiques ou fonctionnels, tels que les glandes lymphatiques et spécialement les organes glanduleux du bas-ventre; 5° enfin son action sur la sécrétion urinaire qui, marchant de pair avec la sécrétion muqueuse, sans qu'il soit cependant un diurétique proprement dit, fournit une urine tenant en dissolution des élémens étrangers à sa constitution normale; M. Vanoye cite les faits rapportés par le docteur Fischer (de Dresde), en 1821 et en 1833, et depuis par Huntzmann, Cramer, Caspari, Werneck, Schmutziger, Rechnitz, qui tendent à prouver l'efficacité du chlorure ammonique à haute dose, contre les tuméfactions chroniques de la prostate; il en rapporte lui-même deux observations intéressantes dont voici le résumé:

La première est relative à un cultivateur âgé de 58 ans, adonné aux boissons alcooliques et aux excès vénériens, qui, après avoir été affecté de blennorrhagie à plusieurs reprises, commença à éprouver de la difficulté pour uriner, vers l'automne de 1847. Soumis à un traitement antiphlogistique, il avait été tellement soulagé, qu'il avait repris ses anciens excès; bientôt nouveaux accidens. Cette fois, le mal fut beaucoup plus grave et nécessita l'introduction souvent répétée de la sonde. Une notable amélioration survint encore et se maintint jusque vers le mois de mars 1848, époque à laquelle se déclara une strangurie prononcée. Ayant constaté l'intégrité du canal de l'urètre et un gonflement considérable de la prostate, portant principalement sur la partie gauche qui était dure, inégale, M. Vanoye en revint aux antiphlogistiques. Mieux sensible, mais la cause de l'affection n'était pas enlevée, les symptômes ne tardèrent pas à revenir à leur premier degré d'intensité. Il fallut donc songer à un traitement plus efficace. Tour à tour il recourut aux moyens les plus puissans conseillés dans les cas semblables, et n'en obtint tout au plus qu'une diminution assez notable, mais peu rassurante des symptômes, vu que l'engorgement prostatique n'en persistait pas moins. Dans ces circonstances, M. Vanoye prescrivit le chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de 4 grammes par jour dans un véhicule mucilagineux, associé à de l'extrait de chiendent. Le médicament fut si bien supporté, que la dose fut élevée en huit jours à 8 gr., et huit autres jours après à 12 grammes. Bien que l'émission des urines fût moins pénible, l'hypertrophie prostatique persistait. Le traitement fut continué et le médicament porté à 15 grammes; mais à cette dose, diarrhée, anorexie et quelques symptômes scorbutiques. Cependant, le volume de la prostate avait diminué d'une manière sensible, et malgré un abattement général, soulagement notable. Suspension du médicament pendant douze jours, pendant lesquels l'amélioration se prononça de plus en plus; puis le médicament fut repris, mais seulement à la dose de 8 grammes par jour. Au bout d'un mois, l'engorgement glandulaire se trouvait réduit au point que le malade se croyait guéri; miction plus facile que depuis bien des années, et prostate relativement peu développée. La santé a continué d'être bonne depuis; seulement, quand il fait des excès de boisson, un peu de dysurie pendant quelques jours, mais sans qu'il ait eu besoin de recourir à un traitement énergique.

Le second fait est celui d'un vieillard de 64 ans, bien constitué, atteint depuis plusieurs années d'un catarrhe vésical chronique, avec miction pénible, douloureuse, surtout le soir et la nuit. Urine rendue en petite quantité, trouble, muqueuse, épaisse et laissant déposer un sédiment mucoso-purulent. Vessie d'une capacité normale, mais prostate légèrement tuméfiée. Après des injections dans la vessie d'abord calmantes, puis légèrement irritantes, amélioration marquée. Le malade ayant cessé le traitement, rechute deux mois et demi après; il y avait de plus un engorgement prononcé de la prostate. Après que les injections eurent échoué ainsi que d'autres moyens, M. Vanoye lui prescrivit une potion composée de: eau de pluie 150 grammes, chlorhydrate d'ammoniaque et extrait de taraxacum, de chaque 15 grammes, une cuillerée toutes les heures. Après huit jours, bien qu'il y eût déjà une légère amélioration, la dose du sel fut portée à 24 grammes, et quelque temps après à 32, de manière à en faire prendre 8 grammes par jour. Amélioration progressive qui s'est maintenue malgré l'interruption occasionnée par une maladie intercurrente. Le traitement fut repris et continué pendant deux mois à peu près. Il ne lui est resté qu'un peu de fréquence dans l'émission de l'urine.

On voit que pour obtenir du chlorhydrate d'ammoniaque, les effets désirés, il est nécessaire de l'administrer à haute dose et pendant un temps assez long. On peut commencer par 1 gramme 25, de deux en deux heures, et aller jusqu'à 2 et même 4 grammes, également toutes les deux heures, de manière que le malade en prenne 15 grammes ou au-delà par jour. Lorsque la dose est trop forte, des troubles digestifs, vomituritions, vomissemens, diarrhée, ne tardent pas à avertir le médecin. A part la réaction de l'appareil digestif, il se manifeste quelquefois d'autres signes qui annoncent la saturation de l'organisme et la nécessité de renoncer momentanément au médicament, tels qu'une éruption miliaire, des sueurs profuses, et surtout des symptômes analogues à ceux du scorbut, quelques taches sanguines, hémorrhagies, aphtes, etc. On peut mitiger jusqu'à un certain point les effets du médicament à l'aide de certaines précautions. Ainsi, dans les cas de susceptibilité des organes digestifs, administration du remède dans un véhicule mucilagineux ou association avec un extrait amer ou des aromatiques, et pour atténuer ses effets généraux, régime fortifiant: bouillons, vins, viande rôtie, bière houblonée. Il faut user également d'une grande réserve chez les personnes sujettes aux hémorrhagies, aux maladies asthéniques, d'une faible constitution.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

M. Duchenne de Boulogne a obtenu le prix décerné par la Société de médecine de Gand, sur la question suivante: Déterminer par des faits l'utilité de l'électricité dans le traitement des maladies.

NOMINATIONS. — Par un décret en date du 7 juillet, ont été nommés: au grade de chirurgien de 1re classe, M. Tanquerey (Louis); au grade de chirurgien de 2e classe, M. Ayraud (Gabriel-Henry-Emmanuel); au grade de chirurgien de 3e classe, M. Cerf-Mayer.

Le gérant, RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 85. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 17 Juillet 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.:
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYDROPHOBIE.

OBSERVATION DE PHÉNOMÈNES D'HYDROPHOBIE SUIVIS DE GUÉRISON.

Bénévent-St-Laurent (Dordogne), le 1er Juin 1852.

Monsieur le rédacteur,

En vous envoyant l'observation suivante, je n'ai point la prétention d'avoir trouvé le moyen de guérir une maladie effrayante et le plus souvent mortelle. Mais je désire avoir l'opinion d'hommes plus expérimentés, plus savans et plus instruits que moi, pour me prononcer sur la nature de la maladie que j'ai eu à traiter et savoir si l'heureuse terminaison est due au hasard ou au traitement. Voici le fait :

Un cultivateur de mon village fut mordu, le 12 avril dernier, par un chien qu'il prétend être atteint de la rage, parce qu'il courut sur lui et qu'il laissa beaucoup de bave sur son pantalon. La dent de l'animal, après avoir traversé ce fort pantalon en laine, déchira l'épaisseur de la peau de la partie postérieure de la jambe droite, au-dessus du tendon d'Achille. Il s'écoula de cette plaie un peu de sang; son étendue était d'environ 5 millimètres. Cet homme ne prit aucune précaution et ne fit part à personne de l'accident qui lui était arrivé.

C'est seulement le 7 de ce mois que, se sentant indisposé, il déclara le fait à sa femme, ajoutant que bientôt son mal, c'est-à-dire la rage, le prendrait. La nuit fut assez calme, mais dans la journée du 8, il fut triste, inquiet, abandonna plusieurs fois son travail, eut de la soif, mais ne prit point de nourriture. Dans la nuit du 8 au 9, il ne put rester au lit; il sortit fort souvent de son domicile, fut même chez quelques voisins et menaça sa femme de lui mordre les seins. Le 9 au matin, je suis appelé, on me rapporte tout ce qui s'est passé, quoique le malade eût bien défendu de divulguer le mal qui le menaçait. Je le trouve assis dans un coin de sa chambre, il est pâle, morose, triste, inquiet, bientôt il se lève, il sort disant qu'il a besoin de prendre l'air; il rentre, sort de nouveau, rentre encore. Sur les questions que je lui fais, il répond qu'il n'est pas malade, qu'il a parfaitement bien dormi la nuit dernière, que la tête lui fait seulement un peu mal, parce qu'il voit rouge comme du sang. La conjonctive est, en effet, fortement injectée, les yeux sont hagards, le pouls est dur, les pulsations sont lentes et régulières, la peau est fraîche, la muqueuse de la bouche est d'un jaune pâle. Il cherche constamment à opérer la déglutition. Je lui présente un miroir qu'il me remet en me disant qu'il a une triste figure. Je lui offre un verre d'eau, il le prend, met de ce liquide dans sa bouche, mais le rejette sans pouvoir l'avaler en disant qu'il sent mauvais. Craignant que la maladie ne fît des progrès rapides, je lui tire dans cette journée 2 kilogrammes de sang au moins, dans le but de l'affaiblir; et en effet, le soir, il est forcé de rester au lit parce que ses jambes fléchissent. Il boit quelque peu de tisane de genêt, mais avec difficulté. Il prend, de trois heures du soir à minuit, 8 pilules ainsi composées : sulfate de quinine, 2 gramm.; extrait d'opium, 10 centig.

Le 10 au matin, on me rapporte qu'il a été fort agité, qu'il s'est levé plusieurs fois, mais qu'il n'a pu sortir parce qu'il était trop faible. Il n'a pas eu un instant de sommeil, pas même d'assoupissement. Il a demandé à manger de la viande crue. Je l'interroge, il me répond qu'il n'a vu et entendu toute la nuit que des chiens enragés, qui étaient prêts à le dévorer. Il dit qu'il est bien faible, qu'il voudrait manger, mais qu'il désire que je lui donne *de la viande crue*. Je lui offre un morceau de pain, il le veut bien *sec*, pour bien le faire *craquer entre ses dents*; mais je lui annonce qu'il ne pourra pas l'avaler; en effet, après l'avoir mastiqué, il le crache, ne pouvant opérer la déglutition. On lui donne un morceau de pomme cuite qu'il croit pouvoir avaler plus facilement, mais il le rejette comme le pain. Je lui fais porter un verre d'eau parce qu'il demande à boire; à peine l'a-t-il entre ses mains, qu'il le remet en disant que cette eau sent mauvais; puis il fronce les sourcils. L'anxiété, l'agitation sont plus prononcées que la veille, le pouls est plus fréquent et plus fort, la muqueuse de la bouche a la même couleur, mais elle est plus colorée aux gencives et à l'arrière-gorge. Les yeux sont plus rouges, plus roulans dans l'orbite, et plus vifs. Comme il boit quelques cuillerées de tisane, je mets dans de l'eau sucrée 18 gouttes de laudanum, et craignant des symptômes plus graves, je fais préparer une camisole de force. C'est pendant cette visite que, pressé par mes questions, il m'avoua qu'il avait été mordu par un chien enragé. Il me fait voir la plaie qui, couverte d'une croûte, présente de la rougeur sur les bords, mais il n'y a ni suppuration, ni suintement; elle est presque cicatrisée.

A trois heures du soir, on vient me prévenir qu'il a eu trois crises effrayantes pendant lesquelles il était sans connaissance, saisissait avec fureur ses draps et ses matelas, les rongeait et les déchirait; puis il reprenait connaissance. Les assistans disent même qu'il les a priés de se retirer, car sans cela il ne pourrait s'empêcher de les mordre. Il me raconte en effet, lui-même, qu'il a eu des remontemens de sang (c'est ainsi qu'il raconte ses attaques, parce que je l'ai toujours tenu dans l'idée que sa maladie était un coup de sang) qui l'ont fait beaucoup souffrir. J'étais là, seul à causer avec lui, à l'observer, lorsque je vois sa figure devenir rouge, les yeux menaçans; il se tourne brusquement dans son lit, porte à sa bouche ses draps et ses matelas, les ronge avec fureur, les déchire avec un grognement très prononcé; je lui parle, il ne répond pas, son corps est dans une agitation générale; il sort de sa bouche une salive sanguinolente. La crise dure environ six minutes, puis il se met sur son séant tout effrayé, descend de son lit et dit qu'il veut aller prendre l'air. Je lui défends de sortir, il revient sur son lit.

En présence de pareils symptômes, et supplié par les parens, je dus chercher les moyens de me rendre maître de sa personne. Il fallait de grands ménagemens pour le convaincre, et je l'amenai, par la raison, à se laisser mettre la camisole de force. Il crut d'abord que je voulais l'attacher pour le saigner, dit-il, jusqu'au sang blanc, ou le faire étouffer (c'est une idée généralement répandue dans nos contrées, qu'on fait périr de ces deux manières les enragés). Je proteste contre ces manières d'agir, il a confiance en moi, il se soumet et je lui passe, moi seul, la camisole. Deux heures après cette opération, il a une nouvelle attaque et ronge les manches de sa camisole. Dans la nuit, il prie trois ou quatre fois les personnes qui le veillent de se retirer. Ces personnes se cachent derrière des meubles et le voient qui cherche à mordre en tournant brusquement sa tête de côté et d'autre.

Le lendemain matin, c'est-à-dire le 11, mon premier but fut de le rassurer, en lui disant que maintenant il devait être content de moi, puisque, quoique attaché, je n'avais rien fait pour le faire périr. Il parut avoir de la confiance. Je lui fis prendre encore dans cette journée, en pilules, 1,50 centigrammes sulfate de quinine avec 10 centigrammes d'opium. Il éprouva encore quelques crises, mais elles furent moins fortes et moins fréquentes. Enfin, le 12 au soir, tous les symptômes les plus graves avaient complètement disparu. C'est alors qu'il me raconta les souffrances horribles qu'il avait éprouvées ces quatre à cinq jours. Il dit que, pendant tout ce temps, il lui semblait avoir été toujours au milieu de chiens enragés, ce qui lui donnait des remontemens de sang, qui partaient de son estomac comme le hoquet, montaient à sa gorge; alors sa bouche se remplissait de salive et de sang, et une envie irrésistible de se *débrégea* avec tout ce qui tombait sous sa dent s'emparait de lui, et il fallait qu'il mordît; il ne pouvait s'en empêcher. L'expression patoise *débrégea*, est très significative, car elle veut dire se jeter sur tout pour mordre et dévorer avec fureur. Il se rappelle très bien que telle était la marche que suivaient les crises auxquelles il était en proie.

Il est à remarquer que, malgré la quantité considérable d'opium qu'il a prise, il n'a pas fermé l'œil un instant depuis le 8 jusqu'à la nuit du 12 au 13, époque à laquelle il a commencé à avoir un peu de repos, à boire et à manger. Le 13, je lui fis quitter sa camisole, il se promena; depuis tout a disparu. Aujourd'hui, il commence à travailler.

Tel est le cas qui s'est présenté à mon observation; si des détails plus précis manquaient pour fixer votre opinion sur le diagnostic de cette maladie, je pourrais vous en fournir encore, car en écrivant rapidement je puis en avoir oublié.

Sans oser dire que j'ai soigné et guéri un enragé, j'ai dirigé

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'ALLEMAGNE MÉDICALE CONTEMPORAINE (1).

Nous nous arrêtons donc un instant à la *doctrine des mues*, mausertheorie, comme on dit à Berlin. Vous vous rappelez bien le fameux vaisseau des Argonautes, qui avait été si souvent radoubé et rapiécé, qu'il ne contenait plus une seule pièce du vaisseau primitif; eh bien! dans la doctrine des mues, l'organisme, après une certaine durée, présenterait une image absolument semblable. En effet, d'après les inventeurs de ce singulier système, tous les actes de la vie se maintiennent seulement au moyen du *renouvellement* perpétuel des élémens organiques, et ils imaginent que ce renouvellement est semblable aux phénomènes de mue qui se passent chez les animaux sur des organes extérieurs. Ainsi, de même qu'à certaines époques de l'année, les oiseaux perdent leurs plumes, les chevaux leurs crins, les cerfs leur bois, etc., de même chez l'homme les élémens des organes, les corpuscules sanguins, les matières du plasma sont éliminées et se renouvellent. La santé ne subsiste que grâce à la continuelle répétition de ces deux actes : régénération et mue des élémens organiques; la maladie n'est aussi que l'altération de ces actes de formation et de mue, et cette altération consiste en ce que ou la mue est trop faible, et alors elle s'arrête, ou bien elle est trop forte, excessive et accélérée.

L'organisme porte donc en lui-même les conditions de la maladie et de la guérison. Les médicamens ont pour résultat de soutenir la réaction des élémens organiques et des tissus encore sains, afin de faire place à une régénération normale. Ce n'est pas la force résidant dans le médicament, encore moins son action chimique ou physique qui guérissent, mais bien le travail qu'il détermine dans l'organisme. En un mot, les propriétés, l'activité d'un médicament, ne sont autre chose que l'activité de l'organisme vivant excité par le médicament. Il résulte de tout cela que, si un médicament augmente les mues de l'organisme (et les produits de mue de ce dernier), il devra certainement réussir dans les maladies dont le caractère fondamental repose sur un arrêt de la mue.

Pour faire mieux comprendre par un exemple et par une application les principes et la pratique des partisans de la doctrine des mues, je citerai le passage suivant emprunté par M. Otterbourg à un ouvrage du docteur Bocker, qui, avec le docteur Schultz, est un des plus célèbres patrons de cette École :

« Le *sucre blanc* (sucre de canne) diminue les principes solides de » l'urine et nommément les sels phosphatiques; il diminue aussi l'exhalation d'acide carbonique et d'eau à travers le poumon; c'est une » substance qui allanguit le travail formateur des os, qui peut-être » empêche les mues du plasma, de même que les mues des corpuscules » sanguins et spécialement la mue des os. Cette action du sucre explique l'importance du sucre de lait dans la nourriture des enfans » à la mamelle; puisqu'il modifie ainsi tous les échanges, qu'entre » autres il modère l'excrétion du phosphate terreux, il favorise les » formations dentaires.

» Comme moyen médicamenteux, le sucre sera donc principalement » recommandé : 1° dans la maladie scrofuleuse, en tant que celle-ci est » une maladie, suite de privations, qu'elle survient par défaut de nourriture, par la formation d'une graisse et d'une albumine altérées, et » dans laquelle la formation d'un sang cru marche parallèlement » à une mue précipitée; 2° dans la chlorose, qui a également pour condition un excès dans la mue; 3° contre le ramollissement des os, rachitisme qui tient souvent à un manque de sels phosphatiques dans le » lait de la mère, et qui sera souvent heureusement traité par le phosphate de chaux. Le sucre doit agir indirectement d'une façon analogue à l'ingestion directe du phosphate de chaux. »

Ici au moins, comme on peut le voir, le dogme ne donne pas un croc en jambe aux résultats acquis de l'observation pratique, et l'on reconnaîtra facilement dans ce fragment de thérapeutique une méthode de traitement parfaitement connue en France depuis les travaux de M. J. Guérin sur le rachitisme. L'explication seule diffère, et, à vrai dire, toute cette doctrine des mues n'est, en dernier résultat, qu'une explication ingénieuse, soit des actes organiques, soit de l'action médicamenteuse, physiologique ou pathologique, des agens thérapeutiques, lesquels, autant qu'on puisse en juger par le travail de M. Otterbourg, sont à peu près les mêmes que dans les doctrines anciennes. Moins le mot ambitieux et d'ailleurs inexact de doctrine des mues, ne trouvez-vous pas là l'expression des faits les plus simples et les plus vulgaires des phénomènes physiologiques, nutrition, assimilation, sécrétion, exhalation, c'est-à-dire ce courant incessant de composition et de décomposition des gaz et des liquides, fait d'une notoriété aussi antique que la science, et que la doctrine allemande ne peut pas avoir la prétention d'avoir découvert. Mais entre ce fait irrécusable et la doctrine du renouvellement organique, il y a un abîme, et la raison s'arrêtera toujours indécise devant cet autre fait aussi irrécusable, la permanence des cicatrices, et devant ce phénomène intellectuel, la mémoire.

La doctrine de l'*irritation spinale* est plus généralement connue en France; elle a été brillamment exposée et réfutée dans les cours de M. le professeur Andral; à peu près oubliée, même en Allemagne, elle ne doit pas nous occuper davantage.

Il n'en est pas de même du dogme *de l'expérience médicale*, dogme introduit dans l'Allemagne médicale par un humble médecin de campagne, respectable vieillard, qui a eu l'insigne honneur de faire école; je veux parler de Rademacher. Écoutons M. Otterbourg :

« Les écoles qui précèdent ont répandu une grande lumière sur la » science; elles l'ont fait marcher, et on ne saurait nier ses progrès. » Mais elles ont presque tout fait pour la pathologie, et rien pour la » thérapeutique. L'école de Vienne a, sous ce rapport, encore moins » contribué au développement de cette partie de l'art que l'école de » l'histoire de la nature; cette dernière, en effet, bien qu'essentiellement occupée de la connaissance des maladies, a pourtant respecté » les notions acquises en thérapeutique depuis des siècles, et a accepté » les résultats des recherches modernes. Les documens précieux pour » l'étude de la thérapie, n'ont d'ailleurs jamais manqué; les livres des » Richter, des Vogt, des Mitscherlich, etc., en font foi. La matière

(1) Voir le numéro du 10 Juillet. — Le lecteur est prié de vouloir corriger les fautes suivantes qui se sont glissées dans le dernier feuilleton : 3e colonne, ligne 24, *au lieu de* : syncope, *lisez* : synoque. — 4e colonne, ligne 32, *au lieu de* : un état normal, *lisez* : état anormal. — 8e colonne, ligne 2, *au lieu de* : des crises, *lisez* : des crases.

le traitement comme si la maladie était franchement la rage, et j'ai raisonné ainsi :

1° J'ai fait de fortes saignées pour anéantir les forces physiques, afin de pouvoir me rendre maître de mon malade;

2° J'ai employé le sulfate de quinine comme anti-périodique contre les accès;

3° L'opium à forte dose pour diminuer la force vitale du système nerveux;

4° Je me suis attaché surtout à m'emparer de l'esprit de ce malade; aussi s'est-il soumis à tout ce que j'ai voulu, et l'idée première qui le dominait d'être atteint de la rage s'est un peu dissipée, parce que je lui ai sans cesse soutenu qu'il avait seulement des attaques de nerfs. Mais il a affirmé toujours avoir été mordu par un chien enragé.

Pensez-vous que ces symptômes soient l'effet du virus rabicique absorbé, ou l'effet d'une imagination exaltée?

Pensez-vous que le traitement ait pu arrêter la marche de la maladie?

L'hydrophobie n'a pas toujours existé, car il a pu boire de sa tisane de genêt, sans que ce liquide lui ait fait survenir d'attaques; cependant, les trois jours pendant lesquels il a eu les plus forts accès, c'est alors qu'il a le moins bu.

Agréez, etc. GUILLOMON, D.-M. P.

Les auteurs admettent, généralement, l'existence d'une névrose particulière qui présente avec la rage proprement dite une telle analogie qu'il est, parfois, extrêment difficile de l'en distinguer, et qui a reçu le nom d'hydrophobie *rabiforme* (Chomel).

Cette maladie est, d'ordinaire, produite par une vive frayeur (comme l'épilepsie, l'hystérie convulsive, la chorée, etc.), ou toute autre impression morale capable d'ébranler fortement le système nerveux. Mais aucune cause ne parait être plus puissante que la crainte d'avoir été mordu par un chien enragé.

Ici — l'histoire des névroses en général en offre d'ailleurs plus d'un exemple — la peur du mal engendre, sinon le mal même, du moins un état pathologique qui lui ressemble. J'ai vu, plus d'une fois, des aliénés, dans la période aiguë de leur mal, dans cette période où la conscience lutte encore contre les ténèbres qui tendent à se faire dans l'intelligence, où le malade cherche à se rendre compte de ce qu'il éprouve, sous l'influence de cette pensée qu'ils *pourraient* bien être enragés, offrir du symptôme d'hydrophobie véritable, l'horreur des liquides, des surfaces polies et luisantes, le crachottement, l'envie de mordre, etc. Il y a peu de temps, j'observais tous ces symptômes dans un haut degré de violence, chez une jeune personne hystérique qui avait pris du hachisch.

En général, l'hydrophobie rabiforme a une très courte durée, fait explosion quelques heures seulement, ou au plus quelques jours après l'accident qui l'a provoquée; elle se termine non moins rapidement; quelquefois, aussi, sa durée se prolonge pendant plusieurs mois et même des années; caractères extrêmes par où elle se distingue de l'hydrophobie vraie.

Enfin elle se termine par la guérison presque toujours, sinon d'une manière constante. Or, je ne sache pas qu'il existe un seul fait bien authentique de guérison de l'hydrophobie rabique.

Que si, en présence des données scientifiques que nous venons simplement de rappeler au souvenir de chacun, on se demande à laquelle des deux espèces d'hydrophobies appartient le cas relaté par notre honoré confrère, je ne pense pas que l'on hésite à répondre que c'est à l'hydrophobie non rabique.

Le manque absolu de certitude que le chien inculpé était vraiment atteint de la rage; la crainte qui s'empare du malade, la conviction qu'il manifeste que la rage va certainement l'atteindre, alors même qu'il ne se sent encore qu'*indisposé*, et tant d'autres signes qui témoignent de l'exaltation de son imagination, de ses terreurs : sa morosité, ses frayeurs nocturnes, ses rêves de chiens enragés qui veulent le mettre en pièces, etc.; la terminaison rapide et favorable de la maladie sous l'influence d'un traitement parfaitement rationnel, sans doute, bien entendu et bien dirigé, mais qui enfin, a été cent fois employé sans succès contre la vraie rage..... N'y a-t-il pas là de suffisantes raisons pour ranger parmi les cas d'hydrophobie non rabique, de *névrose rabiforme*, l'observation d'ailleurs si intéressante et si remarquable à plus d'un titre que M. le docteur Guillemon a bien voulu communiquer à l'UNION MÉDICALE?

Approuvé par le comité de rédaction.

J. MOREAU (de Tours),
Médecin de Bicêtre.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôtel-Dieu. — Service de M. JOBERT (de Lamballe).

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE SIÉGEANT DANS LA PAUME DE LA MAIN; EXTIRPATION; — RÉCIDIVE; — DÉSARTICULATION DU POIGNET; SUTURE; — GUÉRISON.

Marie Robin, 28 ans, sans profession, née à Origny-le-Sec (Aube), mariée. Cette femme a un tempérament lymphatique, ou, pour mieux dire, il n'y a rien de bien dessiné chez elle; mais elle offre peu de développement; sa taille, son embonpoint sont au-dessous de la moyenne; sa constitution est faible; ses cavités sont peu développées; cependant les fonctions se font régulièrement, et la santé générale a toujours été bonne. Son père, sa mère, et aucun des membres de sa famille n'ont eu de tumeurs semblables à celle que porte notre malade.

Réglée à 16 ans pour la première fois, elle l'a toujours été régulièrement depuis. Elle s'est toujours bien nourrie, bien logée; elle n'a jamais eu à souffrir de la misère en quoi que ce soit.

La tumeur qu'elle porte dans la paume de la main droite ne peut donc être attribuée ni à l'hérédité, ni à un vice de constitution.

Il y a cinq ans, cette femme vit se développer dans la main droite, au niveau de l'éminence thénar, une petite tumeur indolente, assez molle, sans élancemens, et qui prit d'abord un faible développement; puis elle resta stationnaire pendant un temps assez long. Au bout de ce temps, elle commença à se développer de nouveau. Alors, gênée pour faire exécuter à son pouce les mouvemens d'opposition nécessaires à la préhension des objets, et aussi inquiète sur la nature de cette tumeur, la malade se décida à consulter un médecin de son endroit; celui-ci, homme instruit et habile, reconnaissant là une tumeur de mauvaise nature, crut devoir en débarrasser la malade, et appliqua le cautère actuel : cette cautérisation, loin de détruire la tumeur, y détermina une excitation, sous l'influence de laquelle le développement redoubla d'activité, et elle acquit bientôt un volume considérable.

Enfin, la malade vint à Paris, et entra à l'Hôtel-Dieu le 14 juin 1851 : sa santé générale était bonne; il n'y avait d'engorgemens ganglionnaires sur aucun point du corps; elle présentait seulement dans la main droite une tumeur grosse environ comme un œuf de poule, ayant son siége à l'éminence thénar, et envahissant une petite partie de la paume de la main. La malade y ressentait des élancemens, la pression était doulourense; elle était assez molle, aplatie, bossuée, sans changement de couleur à la peau; les veines sous-eutanées étaient variqueuses dans cet endroit.

Quelle était la nature de eette tumeur? Dans eette région, on ne reneontre guère que le eancer encéphaloïde ou eolloïde, le lipôme, ou enfin une tumeur érectile profonde.

Le lipôme, que l'on trouve quelquefois dans eet endroit, est mollasse, peu étendu en surface, il est tout à fait superficiel, car il se développe entre l'aponévrose palmaire et la peau, et il offre une fausse fluctuation, ou plutôt une sensation élastique qui pourrait en imposer, si l'examen du malade était trop rapide. Il cst très bossué; son développement est très lent.

La tumeur sanguine profonde, tumeur érectile se développant sur le trajet de l'arcade palmaire profonde, marche très lentement, s'étale en surface, et enfin offrc une véritable fluctuation.

Reste donc la tumeur encéphaloïde : c'est à cc produit que nous avons affaire ici; l'accroissement rapide de la tumeur, sa formc irrégulière, les élancemens dont elle était le siége, le développemeet des veines sous-cutanées; ces caractères indiquaient bien le cancer encéphaloïde.

Huit jours après son entrée, la malade subit l'opération suivante : plusieurs incisions, divisant la peau en plusieurs lambeaux, mirent la tumeur à découvert; celle-ci enlevée, on put voir qu'il y avait déjà un peu d'écartement dcs tissus, la tumeur n'aurait donc pas tardé à envoyer des prolongemens dans les espaces inter-osseux. Les tendons des muscles de l'éminence thénar, des muscles fléchisseurs des doigts, et des muscles lombricaux, furent mis à nu par cette opération.

Un examen attentif de la tumeur montra que c'était du produit encéphaloïde.

La malade fut soigneusement pansée, et sept semaines après elle sortit parfaitement guérie, portant dans la paume de la main une cicatrice bien nette et de bon caractère.

Malheureusement, quatre mois après sa sortie de l'hôpital, la malade vit une tumeur paraître de nouveau dans sa main droite. Celle-ci fit de rapides progrès, et cette femme vint à l'Hôtel-Dieu en janvier 1852.

Examen fait de eette tumeur cancéreuse qui occupait toute la paume de la main, M. Jobert n'eu crut plus l'extirpation possible, et proposa l'amputation de la main; la malade, effrayée, sortit de l'hôpital. Mais, de retour chez elle, elle ne tarda pas à voir la tumeur se développer encore, s'ulcérer, et enfin l'ulcération marcher rapidement. Elle revint donc le 8 juin 1852, à l'Hôtel-Dieu, bien décidée à se laisser guérir par quelque moyen que ce fût.

État actuel. — La malade est bien réglée; pas d'amaigrissement; pas de traces de cachexie cancéreuse; sa santé générale paraît bonne; il n'y a d'engorgement ganglionnaire ni au coude, ni à l'aisselle, ni même à la main du côté malade. Cette absence de ganglions engorgés est rare dans un cas pareil; elle semblerait annoncer que la maladie est tout à fait locale; c'est donc une bonne condition.

L'altération semble bornée à ce point, et, en effet, la tumeur s'est développée presque dans le même endroit où elle a paru la première fois. Dépend-elle de ce que quelques vésicules cancéreuses seraient restées inaperçues lors de la première opération, ou bien d'un nouveau dépôt de produit encéphaloïde dans ce même point? Ceci est très difficile à dire.

La tumeur, très volumineuse, occupe toute la paume de la main, elle s'étend depuis l'extrémité carpienne, où elle offre un mamelon demi-sphérique, dont le diamètre transversal a plus de 6 centimètres, et le vertical un peu plus de 3 centimètres, jusqu'à la racine des doigts. Elle est mal circonscrite, pas mobile, ramollie et ulcérée depuis longtemps; elle a été le siége d'hémorrhagies fréquentes à travers les espaces inter-osseux du métacarpe.

Il n'est donc pas possible d'extirper la tumeur isolément, c'est la main qu'il faut enlever.

On a conseillé, dans les cas de tumeurs cancéreuses occupant toute la paume de la main, et envahissant plus ou moins l'articulation radio-carpienne, on a conseillé, dis-je, d'amputer dans la longueur de l'avant-bras; mais lorsque, comme chez notre malade, toute la peau de la face dorsale de la main est normale, lorsque l'altération laisse environ un centimètre et demi de peau parfaitement saine à l'extrémité carpienne de la face palmaire, lorsque, comme ici, les tendons sont libres dans leurs gaînes intactes, et que l'articulation radio-carpienne n'est pas malade,

---

» médicale resta toujours pour le praticien l'ancre du salut, tandis que » dans l'école cette tendance n'était regardée que comme une chose » secondaire. On connaissait bien tout ce que la chimie moderne nous » a donné dans ses admirables combinaisons; mais, plus que nous ne » pouvons le dire dans les limites de ce travail, l'Allemagne était sur le » point, non pas de négliger complètement la thérapeutique, mais d'en » mettre l'étude tant soit peu à l'écart pour s'occuper de l'anatomie » pathologique, de la microscopie et de la chimie des maladies. Ce fut » alors (1841) que parut l'ouvrage, à la fois si savant et si étrange, » portant un cachet si antique, de Rademacher (1), ce vieillard si véné- » rable, ce praticien si plein des anciens dogmes. L'Allemagne entière » en fut frappée; et si d'un côté on admirait le courage de l'homme qui, » en plein XIXe siècle, osait se déclarer l'adhérent de Paracelse et » prendre dans deux gros volumes la défense de ce génie si grand et si » bizarre, d'un autre côté, on ne pouvait nier les vérités que l'érudit » *médecin de campagne* étalait à chaque pas, on ne pouvait refuser le » respect à tant d'expérience, amassées dans une pratique de plus d'un » demi-siècle. Tout d'ailleurs, dans ce livre, est raconté avec beaucoup » de charme et une véritable éloquence!

» L'ouvrage de Rademacher éveilla dans l'Allemagne une tendance » plus prononcée vers l'étude de la thérapeutique; et, si ce nouveau » Paracelse n'a pas fait connaître beaucoup de médicamens inconnus » jusqu'à ce jour, du moins il a le grand mérite d'avoir appelé de nou- » veau l'attention sur un grand nombre de précieux moyens curatifs » oubliés ou négligés. Il nous a appris à connaître un grand nombre » d'affections où tels médicamens sont presque spécifiques; il a ainsi » fait au praticien un présent de haute valeur. »

M. Otterbourg expose avec soin la partie dogmatique des doctrines de Rademacher; j'aime mieux le suivre dans l'exposition des idées thérapeutiques de cette école.

Pour Rademacher, l'action des remèdes est la seule base solide de l'art de guérir. Instruit par ce fait d'expérience que le même médicament qui guérissait *aujourd'hui*, dans une maladie donnée, tous les individus affectés, n'avait plus *demain*, ou quelques semaines plus tard, aucune prise curative sur des maladies de la même forme, Rademacher tire la conclusion que, malgré l'apparence de la même forme de maladie, la *curabilité* ou la *non-curabilité* laissent clairement concevoir qu'on avait affaire à une *essentialité différente* entre la maladie d'alors et la maladie d'aujourd'hui :

« C'est ainsi qu'après de longues années d'observation, il est arrivé à » former ses *cadres de maladies guérissables par tel ou tel* médi- » cament; et, n'ayant pas trouvé dans la distinction pathologique de » ces cadres quelque chose de *commun*, il adopta pour son compte » la distinction thérapeutique et la curabilité par un médicament dé- » terminé, de même qu'il appliqua le nom de ce médicament à toute » une classe comme moyen de distinction. Il dit ainsi : « l'affection est » sous l'influence de tel ou tel médieament, par exemple du quassia, » affection à quassia, ete. »

» L'expérience a fait reeonnaître à Rademacher qu'il y a des remèdes » qui guérissent des organes malades *isolément;* par exemple, la chéli- » doine, la noix vomique, etc., sont des médicamens qui guérissent les » affections du foie, ou, dans les termes de Rademacher, et d'après ses » *conceptions*, il y a dans le foie une affection à chélidoine, à noix » vomique; de plus, il a trouvé qu'il y a des agens thérapeutiques qui » peuvent remédier presque à toutes les formes des maladies; il en » résulte qu'ils exercent leur action sur *quelque chose d'universel*, » différent des organes isolés : on a appelé pour cela ces agens des » *remèdes universels*. Le cuivre, le fer, et le nitre cubique (nitrate » de soude), sont ces remèdes, et c'est sous la portée curative d'un de » ces trois agens que se placent toutes les maladies qui affectent l'orga- » nisme en totalité (*gesammtorganismus*).

» Ces trois elasses de maladies, appelées par l'auteur maladies ou » affections à cuivre, à fer, et à salpêtre, peuvent se produire dans » tous les organes, tout en présentant des données nosologiques diffé- » rentes.

» Les remèdes universels ne peuvent guérir que des affections pri- » maires de l'organisme en totalité, et non pas des affections consen- » suelles. Les remèdes des organes ne peuvent remédier qu'aux » affections primaires des organes.

» Il peut exister d'emblée une maladie primaire de l'organisme en » totalité et une maladie primaire d'un organe isolé. Ce sont ces ma- » ladies mixtes que l'on observe souvent dans la pratique. »

Ces idées ont quelque chose de séduisant, je le reconnais, et il y a déjà longtemps — Torti, principalement, en a laissé d'admirables préceptes pratiques — que de grands praticiens ont tenté de catégoriser les maladies par la spécificité d'action de leurs remèdes! C'est une vieille tradition en médecine qu'il existe des maladies à mercure, à ipéca, à quinquina, etc.; et c'est même là, il faut le reconnaître, la partie positive de notre art, partie bien restreinte, hélas! Mais ces données sont-elles suffisantes pour une généralisation scientifique? Je crains bien que Rademacher, au lieu d'avancer l'époque de cette systématisation, ne l'ait au contraire éloignée. L'analyse très étendue que M. Otterbourg donne de sa thérapeutique, et l'exposé des indications posées par ce praticien, me paraissent infiniment peu propres à encourager les médecins dans cette voie. Je voudrais pouvoir en citer ici quelques exemples comme échantillons. Je me borne donc aux deux suivans :

« Dans l'érysipèle de la tête, le salpêtre cubique (nitrate de soude) » réussit très bien, si ce n'est pas une maladie locale ou gastrique, ou » un symptôme d'une affection de tout l'organisme. »

Qu'est-ce que cela veut dire? J'avoue que ma pathologie ne comprend pas ces distinctions dans l'érysipèle, *phénomène* local que je crois toujours lié à une *affection* générale.

A propos de cuivre, Rademacher s'écrie : « Le cuivre est une subs- » tance très sympathique à la nature humaine. » Voilà certes une proposition renversante pour nous tous, élevés que nous sommes dans la crainte de ce dangereux métal.

Forcé de m'arrêter dans cette excursion à travers l'Allemagne médicale, je ne puis que vous engager, bien-aimé lecteur, à faire plus ample connaissance avec l'intéressante publication dont nous sommes redevables à M. Otterbourg, et dont il ne m'a été possible de vous donner qu'une imparfaite idée. Je remercie bien sincèrement pour mon compte notre savant confrère de tout le plaisir que m'a procuré cette lecture. Nous nous isolons trop, en France, dans nos doctrines, dans notre science et notre pratique. Il est toujours curieux et souvent utile de connaître ce que l'on fait ailleurs. En fait de littérature médicale allemande, je ne connais rien de plus complet que le travail dont j'ai voulu vous donner au moins un aperçu.

Amédée LATOUR.

(1) Rademacher, *Erfahrungsheillehre*, 4e édit.; Berlin, chez Reimer.

pourquoi amputer une portion de l'avant-bras, pourquoi ne pas désarticuler le poignet?

Ne vaut-il pas mieux extirper la main dans l'articulation radio carpienne, puisque cette opération laisse aux malades une plus longue portion du membre, auquel il est très facile d'adapter une main postiche. M. Jobert se décide donc à désarticuler le poignet. Mais à quel procédé faut-il recourir?

La méthode circulaire est la première qui ait été employée, elle est encore aujourd'hui préférée par certains chirurgiens de nos jours, et pourtant elle a le désavantage très grand, selon nous, de donner au malade une cicatrice médiane sur la surface du moignon, cicatrice qui peut quelquefois devenir extrêmement douloureuse par le contact des appareils prothétiques.

La méthode à lambeaux me semble préférable à la méthode circulaire, et, en effet, les surfaces articulaires et les gaînes béantes des tendons sont mieux recouvertes par les lambeaux, les chances d'une inflammation vive sont moins à craindre; car, ainsi que le prouvent les expériences de M. Jobert, il se fait dans les gaînes tendineuses, au niveau du théâtre de l'opération, un dépôt de lymphe plastique qui les bouche hermétiquement et les met à l'abri de l'inflammation; de plus, par la méthode à lambeaux, on n'a pas une cicatrice médiane sur la surface du moignon, elle est latérale ou plutôt antérieure, et par conséquent, étant moins exposée au contact de l'appareil prothétique, elle expose moins les malades à ces douleurs atroces que celui-ci cause quelquefois.

Disons de suite ce qui se passe lors de la guérison du côté de la face interne du lambeau et des surfaces articulaires des extrémités inférieures du radius et du cubitus. Tantôt le cartilage qui revêt ces surfaces est résorbé, et le lambeau adhère intimement avec la surface même des extrémités osseuses; tantôt, au contraire, le cartilage subsistant, le lambeau contracte avec lui de solides adhérences.

M. Jobert préfère la méthode à un seul lambeau dorsal, lambeau taillé de dehors en dedans, contrairement aux autres chirurgiens qui le taillent de dedans en dehors, en passant le couteau sous les tissus.

M. Jobert pratique le 11 juin la désarticulation du poignet par son procédé à un seul lambeau dorsal.

L'inhalation du chloroforme a mis cette femme dans un état très grand d'agitation, elle faisait sans cesse des mouvemens; aussi les aides durent-ils la maintenir solidement. Tant il est vrai que l'on ne peut pas préjuger, d'après le tempérament d'un malade, quelle sera sur lui l'action du chloroforme, puisque l'on voit des malades sinon lymphatiques, du moins d'une constitution faible, débile, doués de peu d'énergie, être agités comme des lions sous l'influence de cet anesthésique, et que l'on trouve au contraire des sujets qui, extrêmement nerveux et très facilement impressionnables dans leur état normal, sont tranquilles et doux lorsqu'ils ont respiré le chloroforme.

Quoi qu'il en soit, la malade, soumise à l'action du chloroforme, est opérée de la manière suivante : un lambeau, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, est taillé aux dépens de la face dorsale de la main, en suivant une ligne demi-circulaire, en allant du cubitus vers le radius : ce lambeau, en forme de couvercle de tabatière, étant relevé, la section des tendons est faite le plus haut possible, et enfin le poignet est désarticulé. Après avoir lié les artères radiale et cubitale et deux de leurs branches, M. Jobert lave soigneusement la plaie et la réunit à l'aide de trois points de suture entortillée continue. Un linge troué, des rondelles d'agaric, de la charpie, des compresses longuettes placées en croix, et une bande, tel fut le pansement.

Diète, tilleul sucré.

L'examen anatomique de la tumeur a montré que toute la paume de la main, les éminences thénar et hypothénar étaient envahies par du tissu encéphaloïde ramolli, qui était le siége d'un travail inflammatoire, lequel s'était communiqué non seulement à la gaîne des tendons des fléchisseurs des doigts, mais encore à leur tissu même, car il était rouge et injecté. On voit des prolongemens de cette tumeur qui traversent les espaces inter-osseux du métacarpe et se rendent à la face dorsale de la main. Les muscles sont sains; leurs fibres sont seulement écartées.

12 juin. La malade a bien passé la journée; elle n'est pas encore pansée.

Bouillon de poulet. Gomme sucrée.

13 juin. La malade est pansée aujourd'hui pour la première fois. Il n'y a pas trace de suppuration; le moignon est dans un état parfait. M. Jobert enlève les trois épingles des points de suture, mais il laisse les fils en place, afin de maintenir encore les lèvres de la plaie réunies. Un linge troué et cératé, un plumasseau de charpie et deux compresses longuettes placées à angle droit sur le moignon, et maintenues par une compresse placée en circulaire à l'extrémité de l'avant-bras, complètent le pansement.

Deux bouillons de poulet; gomme sucrée.

14 juin. La journée a été bonne; la malade n'a pas, depuis son opération, éprouvé le moindre mouvement fébrile; la plaie a le meilleur aspect; la réunion par première intention est désormais certaine. Il y a seulement, aux deux extrémités de la plaie, une ou deux gouttelettes de suppuration.

15 juin. M. Jobert enlève avec précaution les fils de la suture entortillée continue; les lèvres de la plaie n'en demeurent pas moins en contact. La première ligature tombe aujourd'hui.

Même pansement. Bouillon; un peu de poisson; gomme sucrée.

16 juin. La plaie se cicatrise bien; mais la petite plaie, résultant du passage de l'épingle du point de suture externe, s'est ulcérée; elle est touchée légèrement avec le nitrate d'argent.

Pendant les sept ou huit jours qui suivent, la malade va de mieux en mieux; la plaie est presque complètement cicatrisée; la petite ulcération est à peu près guérie.

La malade mange deux portions.

25 juin. En examinant le moignon, voici ce que l'on trouve : le moignon, parfaitement coussiné par le lambeau dorsal, est bien formé; son bord antérieur, répondant à la face palmaire de l'avant-bras, est formé par une cicatrice qui n'a pas plus d'une ligne de hauteur. Elle est parfaitement nette et encore rosée.

L'état général de la malade est excellent; l'amputation a été faite dans une partie bien saine; on peut espérer que la récidive n'aura pas lieu.

MÉDECINE LÉGALE.

CE QU'IL FAUT PENSER DES LUMIÈRES QUE FOURNIT AU MÉDECIN LÉGISTE L'EXAMEN DE LA PEAU ET DU CORDON OMBILICAL CHEZ LE NOUVEAU-NÉ; par le docteur E. HERVIEUX.

Si nous ouvrons les traités de médecine légale, nous trouvons décrites, jour par jour, les modifications que subit la peau dans les premiers jours qui suivent la naissance. Malheureusement l'observation rigoureuse des faits ne permet pas d'adopter les conclusions des auteurs à cet égard, et nous allons démontrer qu'il n'est aucune de ces conclusions qui ne soit susceptible de restrictions plus ou moins graves.

1° *De l'enduit sébacé.* — On admet généralement que tous les enfans sont recouverts, en naissant, d'un enduit sébacé. C'est une erreur. Il est un grand nombre de nouveau-nés qui viennent au monde, sans que leur surface tégumentaire présente le plus léger vestige de matières grasses. Quand j'ai fait mes premières observations à cet égard, j'avais cru d'abord remarquer que les enfans privés de cet enduit étaient ceux qui, fortement comprimés au passage, avaient été essuyés en quelque sorte par les parties naturelles de la mère. Mais j'ai pu m'assurer, d'une part, que cette absence de la matière caséeuse s'observait chez les enfans mis au monde avec facilité, d'une autre part, que l'enduit sébacé était quelquefois très abondant dans les cas d'accouchement laborieux par étroitesse des organes maternels, et d'ailleurs que, quand cet enduit n'existait pas à la surface des tégumens, on ne le retrouvait pas dans les régions qui n'étaient pas en contact immédiat avec les parois de l'utérus ou du vagin, comme, par exemple, la face interne des cuisses, les aisselles, la face interne des bras, etc.

Ainsi, l'existence de l'enduit sébacé n'est pas un fait constant; je dis de plus que sa quantité est très variable. Certains enfans présentent une couche très épaisse de cet enduit. D'autres n'en ont que des traces.

Un mot sur la composition de cet enduit et son origine.

L'analyse microscopique démontre que l'enduit caséeux se compose de cellules épidermiques et de gouttelettes adipeuses. Les cellules épidermiques moins sèches, moins plissées que celles des adultes, présentent un noyau distinct : quand elles sont disposées sur plusieurs couches, les cellules des couches profondes diffèrent peu de celles qui sont à la surface; si l'on traite par l'éther et que l'on filtre, le résidu se compose exclusivement de cellules de l'épiderme.

Quant à la composition chimique, il résulte d'un travail de M. Buek (*Dissert. de vernice caseosâ.* Italie, 1844, broch. in-8°) que sur 100 parties de matière caséeuse, il a trouvé :

Graisse.	10,15
Épithelium	5,40
Eau.	84,45

La graisse contiendrait deux acides, l'acide oléique et l'acide margarique; l'auteur n'a pu déterminer lequel des deux. Les cendres renfermaient des sulfates, des phosphates et carbonates de potasse et de chaux, et des traces de fer oxydé. On trouverait assez souvent des poils mélangés aux cellules épithéliales et à la graisse, mais pas de cristaux comme l'avait annoncé Simon.

L'observation microscopique concourt donc, avec l'analyse chimique, à démontrer que l'enduit graisseux des nouveau-nés ne se compose que de débris d'épiderme et de graisse.

D'où vient cet enduit? Il existe deux opinions relatives à son origine. Les uns disent qu'il provient du fœtus, les autres l'attribuent à un dépôt des eaux de l'amnios. L'opinion la plus vraisemblable est celle de Bischoff et Nœgèle, qui admettent que l'enduit caséeux est composé du produit de la sécrétion des glandes sébacées de la peau et des débris de l'épiderme. En effet, M. Valentin a démontré la présence des glandes sébacées dès le quatrième mois de la vie fœtale, et, quant à l'origine des cellules épithéliales, elle est évidente. D'un autre côté, on ne peut considérer l'enduit caséeux comme un dépôt du liquide amniotique, puisqu'on n'en trouve aucune trace à la surface interne de la membrane, ni sur le cordon ombilical; et que les matériaux qui le constituent ne se trouvent pas dans les eaux de l'amnios.

Quoi qu'il en soit de son origine et de sa composition, cet enduit caséeux n'est pas, nous le répétons, un fait constant, et on ne pourrait tirer de son absence aucun indice relatif à l'âge du nouveau-né.

2° *Exfoliation épidermique.* — Pas plus que l'enduit sébacé, l'exfoliation épidermique n'est un phénomène constant. J'ai examiné jour par jour, pendant deux septenaires, un certain nombre d'enfans à dater du moment de leur naissance, je n'ai jamais pu saisir la moindre trace de desquammation. Je dois convenir, cependant, que l'existence de l'exfoliation est un fait général, mais qui souffre de nombreuses exceptions. Billard, en écrivant son chapitre sur l'exfoliation épidermique (*Traité des maladies des enfans nouveau-nés et à la mamelle*), avait conscience de cette vérité lorsqu'il admit une *exfoliation insensible*. Je comprends la transpiration insensible, parce qu'elle échappe réellement à nos sens. Je ne comprends plus l'exfoliation insensible. L'exfoliation est sensible ou elle n'est pas. Qu'elle se fasse en lames, en écailles, en poussière, peu importe. Ce sont là, si l'on veut, des différences de degré dans l'exfoliation; mais l'exfoliation n'en est pas moins sensible, au toucher, par la rudesse de la peau, à la vue, par la couleur blanchâtre d'une poussière plus ou moins ténue existant à la surface de cette membrane. Ce qui est incontestable, c'est qu'il existe des enfans chez lesquels il ne se fait aucune exfoliation.

Ceci posé, établissons les causes de l'exfoliation, sa durée et les phénomènes par lesquels elle se manifeste.

Longtemps plongé au sein de ce liquide albumineux qu'on appelle les eaux de l'amnios, le fœtus dû s'imbiber en quelque sorte de ce liquide. Sa surface tégumentaire en est profondément pénétrée, et l'on conçoit sans peine qu'après avoir subi une macération si prolongée, l'épiderme, une fois exposé à l'air, perde sa souplesse et éprouve un certain dessèchement. Suivant que ce dessèchement est plus ou moins rapide, plus ou moins complet, l'épiderme se sépare des parties sous-jacentes par portions plus ou moins considérables. Tantôt il s'en va sous la forme d'une poussière blanchâtre, qui donne aux tégumens un aspect *farineux* et une rudesse particulière. Tantôt les écailles sont mieux formées, d'une certaine largeur, parfaitement distinctes, même considérées isolément.

D'autres fois, ce sont des lames qui occupent des zones très étendues, comme le quart, le tiers, la moitié de la surface du ventre ou de la poitrine, et qui sont séparées par des solutions de continuité, correspondant ordinairement aux plis naturels de la peau.

Les cas où l'épiderme tombe ainsi par larges plaques, sont les plus rares. Cette forme d'exfoliation m'a semblé se rencontrer plus particulièrement chez les enfans amaigris ou malades. L'exfoliation lamelleuse et l'exfoliation pulvérulente sont les plus communes; mais, sans considérer l'exfoliation comme un phénomène morbide, je la crois d'autant moins apparente chez les nouveau-nés, qu'ils sont plus forts et mieux portans. Les beaux enfans, en général, n'ont pas d'exfoliation épidermique.

La durée de l'exfoliation est chose éminemment variable. Elle s'accomplit en moyenne dans l'espace de deux à cinq jours. Billard dit cependant l'avoir vue durer trente, quarante et même soixante jours; mais c'était chez des enfans qui tombaient dans le marasme. Quant au début de l'exfoliation, on ne saurait le fixer avec plus de précision. Elle commence à une époque qui peut varier du deuxième au huitième jour. Tel est au moins le résultat de mes observations.

On ne saurait donc s'appuyer soit sur la présence ou l'absence de l'exfoliation, soit sur sa forme, soit sur son début, soit sur sa durée, pour établir d'une manière exacte l'âge du nouveau-né. Les tableaux contenus dans les livres de médecine légale et qui nous montrent ces divers phénomènes se développant avec une précision mathématique, sont donc entachés des plus graves erreurs.

Tout au plus pourrait-on affirmer, en constatant l'exfoliation épidermique, que l'enfant n'a pas dépassé le deuxième mois de la vie extra-utérine. Encore ne faudrait il pas confondre avec cette exfoliation qu'on peut considérer jusqu'à un certain point comme un phénomène physiologique, soit la séparation de l'épiderme consécutive à la putréfaction, soit l'exfoliation qui succède à certaines maladies chroniques.

3° *Coloration des tégumens.* — Tout ce qu'on a écrit sur la coloration que présentent les tégumens après la naissance, est empreint d'une telle inexactitude, qu'on me permettra d'insister sur ce phénomène qui a fixé de tout temps l'attention des médecins sans avoir été jamais convenablement apprécié. Un grand nombre d'enfans présentent après la naissance une coloration rouge uniformément répandue sur la surface tégumentaire. Cette proposition est vraie, mais ce qui n'est plus vrai, c'est que tous les enfans, sans exception, qui viennent de naître, offrent cette particularité. J'ai eu trop souvent occasion de constater l'absence de cette rougeur chez les enfans de naissance pour la regarder avec tous les auteurs comme un fait universel. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'on la rencontre très communément. Elle atteint toutes les parties du corps, la face, le tronc, les membres, dure ainsi pendant cinq, six, huit jours, au bout desquels elle diminue, puis disparaît pour faire place à une teinte pâle, transparente, d'un blanc rosé. En même temps, les chairs, d'abord molles et sans consistance, s'affermissent; le petit duvet si fin, si soyeux, dont la peau tout entière était couverte, tombe; et les tégumens, au lieu de présenter une surface comme terne et villeuse, deviennent lisses, polis, acquièrent la propriété de réfléchir vivement la lumière, et prennent un éclat qu'on peut comparer sans exagération au brillant du satin.

Voilà ce qu'on observe, quant à la rougeur de la peau des nouveau-nés, dans la grande majorité des cas. Mais laissons parler un instant Billard qui reproduit assez exactement les opinions exprimées avant lui sur cette coloration : « Lorsqu'on applique le doigt sur la peau d'un en- » fant, la coloration rouge s'efface dans ce point, et la peau apparaît » jaunâtre, puis le sang, revenant peu à peu dans les capillaires d'où la » pression l'avait chassé, cette nuance jaune est remplacée par la cou- » leur rouge antérieure. Ce que l'on remarque dans l'expérience que » je viens d'indiquer, s'observe souvent aussi à mesure que la couleur » rouge des tégumens disparaît; on voit ceux-ci, avant de devenir tout » à fait blancs, offrir une teinte générale jaunâtre et comme cuivrée. » Billard a bien vu ce qu'il vient de dire, j'en ai la conviction, et sa proposition serait exacte, s'il en restreignait l'application aux cas dans lesquels il a fait l'expérience dont il parle. Malheureusement, c'est là pour lui un fait général, et en cela consiste l'erreur. Il confond deux choses parfaitement distinctes, parfaitement indépendantes l'une de l'autre, quoi qu'on en ait dit, à savoir la coloration rouge et la coloration jaune. Or, la coloration jaune, c'est ce qu'on appelle l'ictère des nouveau-nés. Tous les nouveau-nés ne deviennent pas ictériques, et par conséquent sous la coloration rouge il n'y a pas toujours une coloration jaune. L'une et l'autre peuvent exister simultanément, mais aussi on les observe isolément, et, si l'on presse la peau dans le cas de coloration rouge sans ictère, on ne met plus à découvert la teinte jaune indiquée par Billard. J'ai longuement développé ces points de diagnostic dans ma thèse sur l'ictère des nouveau-nés. (Voir thèses de Paris, 3 décembre 1847.) Voici en quelques mots le résultat de mes observations à cet égard :

Ni la coloration rouge, ni la coloration jaune ne sont des phénomènes constans chez le nouveau-né. Encore moins doit-on les considérer comme solidaires l'un de l'autre. Il y a des enfans rouges qui ne deviennent pas jaunes; il y a des enfans jaunes qui n'ont pas été rouges. L'existence de ce fait ruine à jamais l'hypothèse de l'ecchymose soutenue par Levret.

Quand la coloration rouge coïncide avec la coloration jaune, leur développement est indépendant, et de plus, elles marchent presque toujours en sens inverse l'une de l'autre. Voici la raison de ce fait. La coloration rouge, étant le résultat de l'action de l'air extérieur, se manifeste immédiatement après la naissance; la coloration jaune, ou, ce qui est la même chose, l'ictère de naissance n'apparaît jamais avant le deuxième ou troisième jour, et, par conséquent, quand ces deux colorations se rencontrent, la première est dans sa période d'état ou de déclin; la seconde dans sa période de progrès. On comprend donc que, pour des observateurs inattentifs, l'une ait pu paraître la conséquence de l'autre. Encore une fois, il n'y a là qu'une coïncidence, et nullement, comme on l'a cru et comme beaucoup de médecins le croient encore, une relation de cause à effet. Quand ces deux colorations coexistent, elles s'influencent réciproquement, et de leur mélange naît une teinte cuivrée ou jaune orangé qui dégénère en jaune citron, puis en jaune paille, jusqu'à ce qu'elle s'efface complètement. Si la teinte jaune survit, c'est que l'ictère commence plus tard et dure plus longtemps.

En résumé, ni la coloration rouge, ni la coloration jaune ne sont des

modifications constantes de la peau des nouveau-nés, un grand nombre d'entre eux naissent complètement exempts de ces deux colorations.

De plus, quand la coloration rouge existe, elle ne s'accompagne pas constamment d'une teinte jaune que la pression des tégumens ferait reconnaître, et qui survivrait à la première.

Enfin, ces deux colorations s'observent isolément, et leur coexistence n'implique en aucune façon une relation de causalité.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES, ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 Juillet 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Sommaire. —Présentation de divers malades. — Rupture du corps caverneux du pénis. — Luxation de l'humérus compliquée de fracture de l'extrémité supérieure. — Discussion sur le traitement d'une tumeur érectile de la région frontale. — Correspondance. — Lecture.

Présentations.

M. BOINET consulte la Société sur un cas d'induration du corps caverneux du côté droit. Le malade qui présente cette lésion est âgé de 42 ans, d'une bonne constitution; il a eu, à plusieurs reprises, un écoulement blennorrhagique. Il y a environ dix ans, il a été affecté d'un chancre et il a été soumis à plusieurs traitemens antivénériens qu'il a suivis avec soin. Il y a environ trois mois, il rencontre des obstacles insurmontables à l'accomplissement de l'acte du coït, et, dans un effort fait pour les surmonter, il ressent dans le pénis une vive douleur. Le lendemain seulement le prépuce s'infiltre de sang. Huit jours après, nouvelle tentative pour avoir des rapports sexuels, sans résultat. L'érection n'est pas normale, le gland se trouve courbé du côté droit, c'est-à-dire du côté où la douleur s'est fait sentir. Depuis cette époque, l'érection reste bornée au corps caverneux gauche et à la partie inférieure du corps caverneux droit, le gland est mou, il s'incline pendant l'érection à droite. En explorant le corps caverneux droit, on y rencontre une induration élastique, mobile, indolore à la pression. M. Boinet se demande si cette induration est le résultat de la rupture du corps caverneux, ou si elle est constituée par une induration syphilitique. C'est sur ce point qu'il désire avoir l'avis de la Société de chirurgie; dans le premier cas, il n'y aurait pas d'indication spéciale à remplir; dans le second, il serait convenable de soumettre le malade à un traitement antisyphilitique.

M. MARJOLIN présente un malade qui a fait, il y a environ trois mois, une chute sur l'épaule droite; il en est résulté une vive douleur dans cette région; un médecin appelé auprès du patient croit à l'existence d'un rhumatisme. Le malade se rend à Paris et entre à l'hôpital Sainte-Marguerite; les internes constatent l'existence d'une luxation sous-coracoïdienne de l'humérus et font des efforts de réduction inutiles. M. Marjolin reconnaît lui-même que la tête humérale est sous l'apophyse coracoïde et en même temps il perçoit, en faisant exécuter au bras quelques mouvemens, une sensation de crépitation dans l'articulation. Trois jours après on pratique quelques essais de réduction de l'os déplacé; la première tentative produit un déplacement qui porte la tête humérale au-dessous de la cavité glenoïde, qui réduit conséquemment la luxation sous-coracoïdienne en luxation sous-glénoïdienne; une seconde tentative fait entendre aux assistans un bruit de craquement caractéristique de la rentrée de la tête humérale dans sa cavité de réception. La réduction semblait donc accomplie, néanmoins les mouvemens du bras étaient impossibles, et lorsqu'on imprimait à l'humérus un mouvement de rotation sur l'axe, on percevait une crépitation. M. Marjolin admit l'existence d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Aujourd'hui, il existe une soudure entre l'humérus et l'omoplate; il y a de plus une déformation du moignon de l'épaule, analogue à celle que l'on rencontre dans les luxations. M. Marjolin demande donc à la Société si elle pense que la luxation n'a pas été complètement réduite.

Discussion sur le traitement d'une tumeur érectile de la région frontale.

On se rappelle que M. Demarquay a présenté la semaine dernière, à la Société de chirurgie, une malade qui offre une tumeur à la région frontale. M. Demarquay a donné quelques renseignemens sur cette malade, et a décrit avec soin les caractères de la tumeur. La jeune fille est âgée de 21 ans, d'une bonne constitution; elle est venue au monde avec une de ces taches qui sont presque toujours le point de départ d'une tumeur fongueuse sanguine. Cette tache qui occupait le front, a commencé à se développer à l'âge de 13 ans; elle est devenue alors aussi le siége de battemens.

Aujourd'hui, la patiente porte une tumeur du volume d'un œuf à la partie moyenne de la région frontale. La peau, qui recouvre la tumeur, a un aspect rouge violacé; à la partie supérieure existe une cicatrice, résultat d'une compression exercée antérieurement, dans le but d'atrophier les vaisseaux de la tumeur. Celle-ci est animée de battemens sensibles à la vue; lorsqu'on applique le doigt sur elle, on perçoit une sensation de sussurus, une sorte de vibration que nous avons très bien reconnue nous-même. La tumeur est le siége d'un bruit de souffle que l'on perçoit avec l'oreille seule ou avec l'oreille munie d'un stéthoscope. Lorsqu'on exerce une compression sur les carotides, le bruit de souffle cesse. Autour de la tumeur, les artères temporales, sus-orbitaires, frontales, notamment celles du côté droit, sont manifestement dilatées. Il n'existe pas de lésion des os frontaux, en exerçant une pression modérée sur la tumeur, on arrive à sentir les surfaces osseuses sub-jacentes qui ne présentent pas la moindre inégalité.

Les caractères précédens ne permettent pas de méconnaître une tumeur érectile formée à la fois par des élémens artériels et veineux. Quel traitement faut-il appliquer à cette tumeur? Telle est la question soumise au jugement éclairé de la Société de chirurgie par M. Demarquay. Ce dernier, après avoir examiné les différentes méthodes applicables aux tumeurs érectiles, après avoir rejeté la cautérisation et l'ablation qui exposeraient à une grave hémorrhagie, après avoir mis de côté le broiement de la tumeur, etc., s'arrête au procédé d'A. Bérard, qui est, comme on le sait, un procédé mixte, tenant à la fois du séton et de la ligature. Il y a quelques différences, cependant, entre le procédé dont M. Demarquay veut faire l'application, et le procédé d'A. Bérard. Quoi qu'il en soit, M. Demarquay se propose de passer dans la tumeur un fil double, qui, rentrant et sortant alternativement par plusieurs points, exercera sur la tumeur elle-même une forte compression, et laissera la peau intacte.

M. LEBERT fait remarquer que la galvano-puncture réussit très bien dans les tumeurs érectiles. Il cite les succès obtenus dans le service de M. Malgaigne, par l'emploi de l'électricité. A l'aide de cet agent, on a déterminé une coagulation rapide du sang. Il voudrait donc qu'on essayât la galvano-puncture chez la malade de M. Demarquay.

A l'appui de cette opinion, M. BOINET rappelle que, dans le traitement des anévrismes, la galvano-puncture ne donne pas toujours de bons résultats, mais qu'il en est tout au contraire pour les tumeurs érectiles. M. Huguier a cité un cas de guérison par ce procédé. M. Boinet croit donc qu'il faut essayer l'électro-puncture sur la malade.

M. DEMARQUAY ne fonde pas sur la galvano-puncture les mêmes espérances. Les expériences qu'il a faites au moyen de cet agent, lui ont démontré que l'on n'obtient qu'un faible coagulum dans l'artère, et qu'un courant électrique fort détermine une gangrène. Dans le cas actuel, la galvano-puncture aurait de graves inconvéniens.

M. DEBOUT remarque que si l'on n'a pas retiré de la galvano-puncture les résultats qu'on s'en est promis, c'est qu'on ne prend pas assez de soin pour bien mesurer l'intensité et pour bien diriger le courant électrique. Chez un malade présenté à la Société par M. Debout, il y a deux ans, la coagulation s'est produite huit jours après l'application de l'électricité. L'expérience démontre que lorsque, dans un anévrisme, on fait entrer une des aiguilles de la pile, il se forme un caillot autour de l'aiguille; si on introduit plusieurs aiguilles à la fois, il y a un caillot autour de chaque aiguille. Si on met les deux pôles de la pile à la fois en contact avec un point de l'anévrisme, il y a production d'une température élevée et cautérisation. M. Debout se prononce donc pour la galvano-puncture appliquée à la tumeur érectile de la région frontale.

M. LEBERT : Il y a dans la tumeur une circonstance qui mérite d'appeler l'attention, c'est que les battemens se propagent au loin. Ce n'est donc pas une tumeur érectile ordinaire; il faut donc aussi ne pas la traiter comme telle; la ligature serait insuffisante, et c'est pour ce motif qu'il est préférable d'avoir recours à la galvano-puncture.

M. MAISONNEUVE : L'électricité a été employée non seulement pour obtenir une coagulation, mais encore pour déterminer une cautérisation. Ce serait le cas de l'employer sous cette forme. On pourrait, à l'aide d'une pile très forte, cautériser l'intérieur de la tumeur; on pourrait également se servir pour cela d'un fil de platine rougi par l'électricité.

M. DEMARQUAY trouve un obstacle à l'exécution de ce procédé dans le voisinage du cerveau. Il craint que la cautérisation ne se propage à l'os frontal, et de là même à la masse cérébrale.

M. DENONVILLIERS donne quelques détails relativement à l'appareil électrique, dont M. Maisonneuve a fait mention. Pour son compte, il l'a employé pour cautériser des varices de la grande lèvre, et il a rencontré de grandes difficultés pour introduire les aiguilles.

M. MICHON veut que l'on formule la question d'une manière nette, et qu'on ne s'en écarte pas. On doit se demander s'il y a des faits cliniques qui démontrent que des tumeurs analogues à celle de la malade de M. Demarquay, ont guéri par l'emploi de l'électricité. M. Michon a appliqué cet agent sur deux tumeurs érectiles; il y a eu des douleurs tellement vives, qu'il a fallu en cesser l'application.

M. DEBOUT donne quelques nouveaux détails sur la manière dont agit l'électricité. Un courant électrique intermittent, dirigé dans une artère, produit la coagulation du sang; il semble donc indiqué de faire passer l'électricité dans tous les points de la tumeur où l'on perçoit des battemens. Relativement aux douleurs, M. Debout a donné un renseignement des plus importans; ces douleurs ne se produisent qu'autant que le courant électrique arrive par saccades; on évite ces douleurs en rendant le courant continu.

M. MOREL corrobore les argumens déjà énoncés en faveur de l'application de la galvano-puncture au cas actuel par quelques autres considérations. L'électricité, dit-il, coagule le sang; on obtiendrait donc facilement la coagulation du sang dans la tumeur. Si on échouait, il n'y aurait pas de grands inconvéniens; l'opération proposée par M. Demarquay ne lui semble pas applicable, à cause des grosses artères du voisinage. En résumé, il veut que l'on applique à la tumeur le traitement par la galvano-puncture, sauf à exécuter plus tard la ligature des vaisseaux artériels volumineux qui alimentent la tumeur.

M. ROBERT : Il s'agit dans le cas actuel d'un anévrisme circoïde; la ligature des vaisseaux afférens serait insuffisante; la ligature en masse, proposée par M. Demarquay, ne donnerait pas de résultats plus heureux; en effet, la tumeur tire ses élémens nutritifs de la surface, la ligature n'embrasse que la base de la tumeur, et serait insuffisante pour couper les vivres qui viennent par d'autres points. De plus, la tumeur se prolonge un peu dans l'orbite, on ne peut donc l'attaquer avec succès qu'au moyen de la galvano-puncture.

M. DENONVILLIERS: La tumeur appartient à une variété rare, et c'est en raison de cette circonstance qu'il y a de grandes difficultés pour le traitement. Chez la malade en question, la dilatation des artères commence seulement à avoir lieu, car, dans le principe, c'était une tumeur érectile seulement. On ne peut, dans tous les cas, traiter cette tumeur de la même manière qu'une tumeur érectile ordinaire; M. Demarquay a proposé un moyen, on l'a trouvé insuffisant, et je suis aussi de cet avis, mais je n'en vois pas de meilleur. M. Robert a reproché à cette ligature de n'interrompre la circulation qu'à la partie profonde de la tumeur seulement, mais rien n'empêche de l'appliquer plus tard à la partie supérieure de la tumeur.

M. MAISONNEUVE a tiré un grand parti de l'emploi des caustiques acides dans les tumeurs érectiles. Il est un genre de ligature qui a été appliqué avec succès par Blandin, c'est une sorte de ligature excentrique, consistant à traverser un segment de la tumeur avec une aiguille courbe munie d'un fil. En répétant cette manœuvre une série de fois, on embrasse toute la tumeur dans des anses de fil qui en détruisent le tissu de dedans en dehors. Ce procédé pourrait trouver son application chez la jeune malade.

M. DEMARQUAY signale ce fait, que Blandin ne se servait de cette espèce de ligature que pour les tumeurs cancéreuses; ce chirurgien appliquait aux tumeurs érectiles la ligature sous-cutanée.

Il est facile de résumer ce débat, fort long, que nous avons rapporté en entier. Il s'agit d'une tumeur fongueuse sanguine artérioso-veineuse occupant la région frontale, et compliquée d'une varice anévrismale ou d'une dilatation des artères qui alimentent la production morbide. Quel traitement faut-il mettre en usage? Deux opinions principales se sont fait jour. L'une consiste dans l'application de l'électricité ou de la galvano-puncture, l'autre dans l'application d'une ligature. Les partisans de la première opinion ont donné d'excellentes raisons dans le cas spécial contre la ligature; les partisans de cette dernière ont fait valoir de bons argumens contre l'électro-puncture considérée d'une manière générale. Il reste à savoir le parti que prendra M. Demarquay, l'auteur de la présentation, et le résultat que son procédé opératoire aura fourni. C'est ce que nous apprendrons dans une des séances suivantes de la Société de chirurgie.

Correspondance. — Elle comprend un mémoire de M. Aubry, de Rennes, sur une luxation sus-pubienne du fémur; une lettre de M. Huguier, qui annonce que la malade de l'hôpital Beaujon, que l'on croyait atteinte de grossesse extra-utérine, est accouchée heureusement; enfin, l'hommage fait à la Société par Sir George Ballingal, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Édimbourg, d'un ouvrage intitulé : *Outlines of military surgery*.

Lecture. — M. GIRALDÈS lit une note sur l'examen des yeux dans l'état physiologique. Il nous a été impossible de saisir un mot de ce travail qui doit être extrêmement intéressant. Nous le regrettons d'autant plus, que cette question touche de près à celle qui a été discutée huit jours auparavant, à propos de l'appareil de MM. Follin et Natchez. La note de M. Giraldès sera imprimée dans les mémoires de la Société; nous nous efforcerons d'être en mesure d'en donner un extrait la semaine prochaine.

Dr FANO,
Prosecteur de la Faculté.

VARIÉTÉS.

MOYEN D'ÉVITER L'EMMAILLOTTEMENT CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

La charité est aussi ingénieuse qu'inépuisable : elle ne s'est pas bornée à fonder des crèches, à les soutenir de ses épargnes et à assurer aux petites créatures qu'elle a prises sous sa protection tous les élémens d'un développement robuste et d'une santé florissante; elle a voulu encore ajouter à leur bien-être en leur fournissant de ces petits *accessoires* nés des circonstances et que les associations charitables peuvent seules procurer.

Les enfans en bas âge ont besoin d'avoir toute la liberté de leurs mouvemens; leurs petits muscles ne demandent qu'à s'étendre et à s'exercer : aussi, les sociétés hygiéniques ne cessent-elles de s'élever contre la funeste habitude d'*emmailloter* les nourrissons, que leur instinct porte à un *gigotement* continuel. Pour obéir à cette nécessité, on a pris l'usage, dans nos crèches, d'étendre les enfans qui ne marchent pas encore sur des tapis, le corps reposant sur un paillasson et la tête sur un oreiller. En temps ordinaire, rien n'est plus convenable, mais dans la saison chaude de l'année, dans les chaleurs surtout que nous éprouvons en ce moment, les tapis et les oreillers excitent une transpiration énervante, et l'on désirait quelque moyen qui pût remplir le même but et conserver de la fraîcheur.

Le but a été parfaitement atteint par un petit appareil on ne peut plus simple et que l'auteur, qui ne se fait pas connaître, a baptisé du nom de GIGOTIÈRE. Il se compose d'un châssis carré en fer, sur les bords duquel est attachée et tendue une toile très forte. Cette espèce de hamac est posé sur un socle également en fer, incliné de haut en bas, de manière à ce que le corps de l'enfant étant placé sur la toile, sa tête soit un peu élevée et que les pieds touchent presque le sol. Le tout est disposé de telle sorte que, par suite même de la pression du corps de l'enfant, l'appareil est soumis à un léger balancement.

On peut voir les petits élèves de la CRÈCHE SAINT-LOUIS-D'ANTIN s'ébattre et gigoter sur ces petits lits de camp, sans qu'ils puissent glisser ni se faire aucun mal.

Il appartient à notre publication de faire connaître les modestes inventions aussi ingénieuses qu'utiles, et d'engager les amis de l'enfance, ceux des crèches surtout, à les propager. La GIGOTIÈRE nous paraît devoir maintenant faire indispensablement partie du mobilier de ces établissemens si intéressans, et dont la pensée et la fondation sont dues, comme chacun sait, à la philantropie active et éclairée de M. Marbeau.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le préfet de police vient de nommer une commission chargée d'étudier la question de la syphilisation, comme moyen préservatif.

Cette commission, présidée par M. Mêlier, président de l'Académie de médecine, se compose, en outre, de MM. Ricord, médecin de l'hôpital du Midi; Marchal (de Calvi), médecin principal, ancien professeur au Val-de-Grâce; Denis, médecin en chef du dispensaire de la préfecture de police, et Conneau, médecin du prince-président de la République. Elle a tenu sa séance lundi dernier, 12, et a choisi M. Marchal (de Calvi) pour remplir les fonctions de secrétaire. L'autorité a mis entre les mains de la commission les documens qu'elle avait demandés à Turin et en Belgique. M. Auzias-Turenne sera entendu par la commission.

— Une lettre adressée au *Journal des Débats*, par M. Armand Grosjean, fait connaître ce fait curieux: Un des nombreux médecins qui ont été présens, à la fin de l'agonie de la femme mordue par un chien enragé, a remis à M. Grosjean 3,000 fr., afin qu'il en donne 1,000 à chacune des trois personnes qui ont annoncé dans les journaux qu'elles connaissent un moyen certain de guérir la rage.

M. Grosjean ayant donné avis de cela à M. le préfet de police, sans nommer le médecin, qui refuse de se faire connaître, déjà plusieurs concurrens se présentent. C'est d'abord un instituteur du département de l'Aveyron, nommé Bec, qui envoie, par l'intermédiaire du préfet, les documens qui lui donnent droit aux 1,000 fr.; puis, M. le baron de Schroter, qui a remis à M. Grosjean une observation d'un cas de guérison par le chloroforme; puis une Bretonne, qui donnera communication de son remède moyennant une pension viagère de 300 fr.; puis enfin un autre individu qui ne donnera sa recette que tout autant que le gouvernement instituera un prix considérable.

Il faut croire que la publication de ces faits va faire surgir par centaines les guérisseurs de la rage, car il n'est pas un département qui n'en possède plusieurs, tous possesseurs, comme on le sait, de moyens infaillibles.

Le gérant, RICHELOT.

Tome VI. — N° 86. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 20 Juillet 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CHIRURGIE.

1° NOUVELLE AIGUILLE A LANCE MOBILE POUR L'ABAISSEMENT DE LA CATARACTE;
2° KÉRATOTOME CACHÉ TERMINÉ PAR LA LANCE MOBILE ARTICULÉE POUR L'EXTRACTION DE LA CATARACTE;

Par M. Laugier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Il n'est pas un chirurgien qui, en pratiquant l'abaissement de la cataracte, n'ait senti l'inconvénient des aiguilles ordinaires terminées par une lance immobile. En effet, toutes les fois qu'on se propose de détourner un fragment de cristallin, un lambeau de capsule opaque, on ne le peut avec les aiguilles ordinaires qu'en faisant décrire à la lance des arcs de cercle étendus, ayant pour centre le point de la sclérotique traversé par la tige.

L'étendue de ces arcs de cercle expose à des déchirures trop larges de la membrane hyaloïde, et quelquefois même à des blessures ou des décollemens de l'iris. J'ai pensé qu'on éviterait en partie les difficultés et les dangers des mouvemens de l'aiguille en rendant la lance mobile sur la tige à l'aide d'une articulation, que ferait mouvoir une petite bascule placée sur le manche comme une clef de flûte. Celle-ci a été réalisée par M. Mathieu, dont l'habileté est aujourd'hui connue de tout le monde.

Il résulte de cette modification que la lance peut devenir un crochet avec lequel on imprimera au cristallin entier, ou à l'un de ses fragmens, ou enfin à un lambeau de capsule, ou de fausses membranes, des mouvemens favorables à leur déplacement du champ de la pupille. On a d'ailleurs l'avantage de pouvoir laisser tout à fait droite pour l'introduction dans l'œil, et pour le passage quelquefois si délicat de l'aiguille entre les procès ciliaires et la capsule antérieure du cristallin, une lance qui prendra, une fois arrivée au-devant de la cataracte, le degré d'inclinaison que l'opérateur voudra, et sera susceptible de mouvemens alternatifs d'extension et de flexion, suivant le but qu'il se proposera d'atteindre.

La mobilité de la lance est tout à fait comparable à celle de la troisième phalange des doigts, et rien ne serait plus facile que de faire cette lance à deux articulations, ce que je n'ai pas cru toutefois indispensable jusqu'ici. Avec une seule articulation de la lance sur la tige, l'extension et la flexion alternatives de la lance peuvent répondre à un assez grand nombre d'usages; on conçoit, sans qu'il soit nécessaire d'y insister en ce moment, le parti qu'on en peut tirer dans le broiement de la cataracte, la déchirure de ses adhérences, et même la pratique de la pupille artificielle, soit par déchirures d'adhérences centrales, soit par décollement.

Quant au principe de l'articulation de l'extrémité de l'aiguille, il conduit à des kistotômes articulés, à des curettes articulées et à une foule de modifications d'instrumens déjà inventés pour la pupille artificielle, et qui, faute d'une légère modification désormais possible, sont restés, malgré le mérite de leur invention, en dehors du domaine de l'art.

J'ai fait, dans l'aiguille que je propose, une articulation ginglyacoïdale qui me paraît suffire; j'ai dit plus haut qu'on pourrait lui donner deux articulations de même nature; quelque chirurgien trouvera peut-être qu'il y aurait avantage à multiplier le sens des mouvemens de la lance en lui donnant une articulation orbiculaire, ou peut-être encore fera-t-on mouvoir ainsi quelque crochet pour l'iris, une curette pour les *accompagnemens* de la cataracte, etc., etc. Mais en s'en tenant pour aujourd'hui à l'aiguille à abaissement, je crois pouvoir dire que la mobilité de la lance rendra des services.

Je ne m'en suis pas tenu à l'instrument dont je viens de parler, j'ai imaginé de combiner la lance articulée avec un kératotome caché, à l'aide duquel on fera, je l'espère, avec plus de sûreté qu'avec les couteaux de Richter et autres, la section de la cornée dans l'extraction. Ce kératotome, terminé par la lance mobile, est du volume d'une aiguille un peu plus forte que l'aiguille ordinaire. Il ressemble beaucoup au lithotome à une seule lame; la différence est que la lame n'est pas cachée dans une gaîne, ce qui aurait augmenté inutilement le volume de l'instrument, mais elle est seulement appliquée à une autre lame dont les bords sont mousses et la couvrent, et qui contient le petit ressort qui fait mouvoir la lance.

L'instrument est destiné à agir par kératonixis, et ponctionne la cornée comme dans cette opération.

La lance, dirigée vers la capsule, à travers la pupille dilatée, servira de kistotome, et ouvrira largement la capsule. Puis elle pourra pénétrer dans la substance du cristallin, et à l'aide des mouvemens dont elle est douée, ou par la simple pression sur la partie supérieure ou inférieure de la lentille, l'amener dans la chambre antérieure. La large ouverture de la capsule suffira d'ailleurs, sans doute, à la sortie du cristallin après la section de la cornée. C'est en retirant l'instrument par la voie qu'il s'est faite que la lame du kératotome s'écarte de la tige plate sur laquelle elle est accollée, et incise la cornée du talon vers son extrémité libre, sans quitter cette membrane. L'écartement de la lame du kératotome a été calculé pour l'incision du quart ou du tiers au plus de la cornée. Cette longueur d'incision est suffisante pour la plupart des cas, et je n'ai pas besoin de rappeler qu'une méthode d'extraction est déjà fondée sur ce principe. On sent bien que je ne fais pas en ce moment la comparaison de l'action de ce kératotome et de celle des kératotomes connus; je me borne à signaler l'avantage du kératotome caché, de n'inciser la cornée que de dedans en dehors, de sorte que la section des couches profondes de la cornée est toujours aussi étendue que celle des couches superficielles, et cela par le seul fait de l'instrument.

Dessins de l'aiguille et du kératotome.

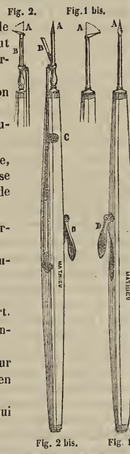


Fig. 1. Aiguille pour abaissement de la cataracte, à lance articulée. Elle peut être désignée sous le nom d'aiguille articulée, ou à lance articulée.

A. Lance droite pour l'introduction dans l'œil.

D. Bascule, qui fait mouvoir l'articulation de la lance.

Fig. 1 bis. *A.* Mouvement de la lance, qui s'incline à volonté sur la tige, et se redresse aussitôt que le doigt cesse de presser sur la bascule.

Fig. 2. Kératotome caché à lance articulée.

A. Lance mobile, inclinée pour l'ouverture de la capsule.

B. Lance du kératotome fermé.

Fig. 2 bis. Kératotome caché ouvert.

A. Lance du kératotome non inclinée.

B. Lance du kératotome ouvert pour l'incision de la cornée de dedans en dehors.

C. Anneau coulant sur le manche qui ouvre le kératotome.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

DE L'ALBUMINE ET DE SES DIVERS ÉTATS DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE;

Par M. Mialhe.

(Suite. — Voir les numéros des 6, 8 et 12 Juillet.)

MALADIE DE BRIGHT.

§ XXI. Le passage des matières albumineuses (albumine modifiée) dans les urines est un phénomène commun à plusieurs maladies aiguës et chroniques, ainsi que l'a démontré un des premiers M. le professeur Bouillaud : mais la persistance de cette sécrétion anormale, jointe à l'altération de la composition chimique des urines et à l'hydropisie des tissus, a paru être le symptôme caractéristique d'une affection spéciale des reins qu'on a appelée *maladie de Bright*, *granulation des reins avec hydropisie*, *albuminurie*, *néphrite albumineuse*. On sait actuellement que tous les symptômes de la maladie de Bright se manifestent, les reins restant exempts de toute altération; et que lors de l'altération de ces organes, les désordres pathologiques envahissent au même degré les deux reins à la fois; ce qui indiquerait que la maladie n'est point due à une inflammation locale, mais bien à une cause générale agissant en même temps sur toute l'économie.

Nous n'avons pas l'intention de présenter la description de cette affection, étudiée avec tant de soin depuis plusieurs années par les médecins anglais et français : le magnifique ouvrage de M. Rayer sur les maladies des reins résume d'une manière parfaite et l'historique des travaux et l'état de la science sur ce sujet, nous voulons seulement aborder quelques points qui laissent encore des doutes sur sa nature et sa cause.

La maladie de Bright est caractérisée : « par la présence d'une quantité notable d'albumine avec ou sans globules sanguins dans l'urine; par une moindre proportion des sels et de l'urée dans ce liquide, dont la pesanteur spécifique est presque toujours plus faible que dans l'état sain; enfin par la coïncidence ou le développement ultérieur d'une hydropisie particulière du tissu cellulaire et des membranes séreuses. (Rayer.) »

Nous demandons si c'est à la maladie des reins qu'il faut rapporter l'existence de l'hydropisie et la présence de l'albumine dans les urines, ou bien si c'est à une cause antérieure, à une maladie primitive du sang qu'il faut rapporter les urines albumineuses, l'hydropisie et les lésions rénales.

§ XXII. L'altération du sang dans la maladie de Bright n'est point douteuse : il a été démontré que la diminution de l'albumine contenue dans le sérum du sang est souvent considérable et toujours proportionnelle à la quantité d'albumine qui passe par les urines. MM. Andral et Gavarret, en confirmant l'exactitude de ces recherches, ont constaté qu'à mesure que l'albumine disparaissait de l'urine, les matériaux organiques du sérum remontaient et revenaient à l'état normal. Cette altération du sang, admise par tous les auteurs, est-elle cause ou effet? Nous croyons pouvoir résoudre cette importante question, en nous appuyant sur les faits consignés dans ce travail.

§ XXIII. Nous avons vu quelle influence désorganisatrice exerce sur les liquides et les membranes de l'économie un excès de principes aqueux; nous avons établi que l'équilibre des matériaux du sang ne peut se maintenir que par l'exercice régulier de la circulation et des fonctions éliminatrices; que si la circulation s'entrave, les transpirations pulmonaires et cutanées, si la sécrétion urinaire cessent ou même se ralentissent, les plus graves désordres apparaissent, et qu'un des premiers est le passage des élémens albumineux soit dans le tissu cellulaire et les cavités séreuses, soit dans les urines.

Or, M. Rayer a constaté que le froid et l'humidité sont en France les causes les plus fréquentes de la maladie de Bright; eh bien! le refroidissement a pour effet de ralentir et même d'arrêter la transpiration cutanée, et la cessation de la transpiration cutanée a pour résultat l'accumulation des principes aqueux et la modification de l'albumine. La preuve directe en a été donnée depuis longtemps (1844) par M. Fourcault. Cet habile expérimentateur a démontré qu'en supprimant artificiellement la transpiration cutanée, but qu'il atteignait en recouvrant la peau d'un enduit imperméable, il rendait les animaux albuminuriques. Ces faits sont la confirmation de nos recherches, ils trouvent leur cause dans la trop grande fluidification du sang donnant lieu à la modification de l'albumine et à son passage à travers les tissus. C'est ainsi que l'on constate des urines albumineuses et diverses hydropisies, après les maladies qui entravent les fonctions de la peau (scarlatine, rougeole, érysipèle, variole, etc.).

Il en est de même dans les cas où il existe un obstacle au cours du sang (affections du cœur, anévrysmes de l'aorte, etc.).

Dans ces circonstances, il est évident qu'il n'y a point altération des organes de la sécrétion rénale, mais seulement altération passagère de l'albumine du sang par suite de l'accumu-

lation des liquides aqueux dans l'économie. Les maladies aiguës ou chroniques des reins, en suspendant ou diminuant la sécrétion urinaire, causent souvent les mêmes effets.

Si, dans la chlorose, l'anémie, la polydipsie, l'excès d'eau dans le sang n'implique pas le passage de l'albumine dans les urines, c'est parce que les appareils de sécrétions fonctionnent régulièrement et ne laissent pas séjourner longtemps les mêmes liquides dans l'économie. Toutefois, ces états pathologiques doivent être considérés comme prédisposant à la maladie de Bright.

On a recherché quel était le rapport de coïncidence des diverses maladies du cœur, du foie, de la peau, des poumons, du tube digestif; etc., avec la maladie de Bright : nous répondons que toutes les maladies qui déterminent une modification générale des liquides de l'économie, peuvent causer l'apparition de l'albumine dans les urines. L'abus même de la saignée peut produire les mêmes résultats, puisqu'en soustrayant au sang une grande partie de ses élémens solides, on diminue la densité du sérum et on augmente la proportion des liquides aqueux, lesquels sont bien plus rapidement reconstitués que les élémens organiques.

Dans la scarlatine, la rougeole, la variole, deux causes se réunissent pour donner lieu à l'anasarque avec urine albumineuse, indépendamment de toute lésion rénale : la première est le virus essentiel à chacune de ces maladies, virus prouvé par la contagion et la transmission directe, qui, par son action sur le sang et ses élémens, altère d'abord la matière colorante des globules, puis consécutivement l'albumine et la fibrine. La seconde cause, c'est la suspension de la transpiration cutanée, suspension qui a pour effet d'accumuler les principes aqueux, dont le moindre excès suffit alors pour achever la désagrégation de l'albumine, et déterminer des hydropisies soit générales, soit partielles, ainsi que des urines albumineuses.

§ XXIV. La maladie de Bright s'accompagne presque constamment d'infiltration cellulaire et de suffusions séreuses; cependant les urines albumineuses peuvent exister sans hydropisie, lorsque la rapidité de la circulation générale balance la tendance aux épanchemens. La cause de ces épanchemens ne peut être rapportée à l'affection des reins, il est bien évident que les reins n'exercent quelque influence sur la formation de l'hydropisie que d'une manière indirecte et en tant seulement qu'ils ont la possibilité de laisser transsuder l'albumine. C'est à l'appauvrissement causé par la soustraction continuelle de l'albumine, à la diminution des globules sanguins qu'il faut attribuer l'hydropisie et les accidens qui s'observent dans la maladie de Bright, tels que : anéantissement des forces, dépérissement général, consomption qui peut donner naissance à des tubercules, à des dégénérescences de toutes sortes, et devenir promptement mortelle.

§ XXV. Le sérum du sang, constamment dépouillé de ses principes albumineux, devient moins dense et l'urine participe de ce défaut de densité; au lieu de peser 1,018 à 1,022 comme à l'état normal, elle ne pèse plus que 1,005 à 1,012; elle est décolorée et sans odeur; comparée à volume égal avec l'urine normale, elle contient beaucoup moins d'urée, d'acide urique, d'urates et de phosphates. Le docteur Bostock constata un des premiers que dans cette urine la proportion des sels et de l'urée était très diminuée, et que l'urée pouvait même disparaître presque entièrement. M. Rayer dit : « La proportion de l'urée est variable et toujours très peu considérable; toutefois, il paraît que la proportion de l'urée dans le sang est d'autant plus considérable que la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son excrétion moins abondante. »

L'urée doit sa formation à l'oxygénation des matières albumineuses qui, dans un premier degré d'oxydation, engendrent l'acide urique, et dans un second l'urée; celle-ci n'est pas susceptible d'arriver à une combinaison plus oxygénée. Des trois états de l'albumine, c'est l'albuminose d'abord, puis l'albumine *modifiée*, qui seuls fournissent ces élémens de combustion, car l'albumine normale reste inattaquable par l'oxygène. Or, dans l'albuminurie, ces phénomènes de combustion ne cessent pas d'avoir lieu, et même l'abondance d'albumine *modifiée* qui existe alors dans l'économie, serait propre à favoriser la formation d'une plus grande quantité d'urée. Nous croyons donc que lors de la maladie de Bright, il existe dans l'économie autant d'urée qu'à l'état normal, et que si les urines en contiennent une moins grande proportion qu'une urine saine à volume égal, c'est en raison de leur extrême dilution.

M. Edouard Robin, dans une note lue à l'Académie des sciences, le 22 décembre 1851, a exposé que « si pendant un temps suffisamment prolongé, l'albumine venait à subir dans la circulation une quantité de combustion très notablement moindre qu'à l'état normal, elle pourrait passer en nature dans les urines, au lieu de n'être éliminée qu'à l'état d'urée et d'acide urique. »

Nous ne pouvons partager cette opinion : les matières albumineuses fournissent certainement des élémens à la combustion, mais ce n'est point par défaut d'oxygénation ou de combustion qu'elles passent dans les urines, car ces principes plastiques ne sont point destinés à disparaître et à être complètement brûlés après leur absorption, comme les principes respiratoires; ils doivent au contraire être conservés en grande partie pour servir à la réparation générale de l'organisme. Et ici nous nous appuyons de l'autorité de M. Liébig : « Si l'albumine du sang qui naît des parties des alimens avait à un plus haut degré la faculté d'entretenir la respiration, elle serait entièrement impropre à la nutrition; si l'albumine s'altérait et se détruisait directement dans la circulation par l'oxygène inspiré, la petite quantité d'albumine que les organes de la digestion introduisent journellement dans les vaisseaux sanguins disparaîtrait très rapidement, et le moindre trouble dans les fonctions digestives mettrait promptement un terme à la vie. Les principes non azotés, l'amidon, le sucre, la graisse, servent à préserver les organes et à entretenir la respiration, et conséquemment la chaleur; ce sont des *agens de respiration*, tandis que les principes sulfurés et azotés des alimens sont des *agens de réparation*; le rôle de ces principes plastiques dans l'économie est d'entretenir les fonctions vitales en réparant les parties organisées qui ont été consommées et évacuées. (Liébig, 33e lettre.) »

§ XXVI. Les urines chargées d'albumine sont acides, neutres ou alcalines.

Dans l'exploration par le calorique, si l'urine est alcaline, le précipité ne se forme pas, et le liquide se trouble à peine, même lorsque l'albumine est très abondante. Si l'urine est neutre, le précipité se forme ordinairement, mais cependant il peut n'avoir pas lieu, ainsi que l'a indiqué M. Rayer. Dans ces cas, il faut saturer avec une goutte d'acide nitrique les bases alcalines qui tenaient en dissolution l'albumine *modifiée, caséiforme*, et on obtient immédiatement le précipité albumineux.

L'acide nitrique précipite l'albumine dans tous les cas, que l'urine soit acide, neutre ou alcaline; on a contesté que, versé en excès, il pût dissoudre le précipité albumineux, admettant qu'il n'avait d'action que sur l'acide urique et les urates précipités en même temps, et qu'il laissait intacte l'albumine. M. le docteur Hérard, dans une note adressée à l'*Union Médicale* du 6 août 1850, a publié qu'il avait constamment obtenu le même résultat dans un grand nombre d'urines albuminuriques, savoir : précipité de l'albumine par l'acide nitrique et redissolution complète ou à peu près complète par un excès d'acide, variable suivant la quantité d'albumine. Ces faits avaient été déjà mentionnés par M. Martin-Solon, dès 1838, dans son *Traité de l'albuminurie*, et plus tard par M. Becquerel dans son *Traité des urines*; soumis à de nouvelles épreuves, ils ne peuvent actuellement laisser aucun doute : l'albumine *normale* ne se dissout pas, mais l'albumine *modifiée* se dissout très bien dans un excès d'acide.

§ XXVII. Cette propriété de l'albumine *modifiée, caséiforme*, de se dissoudre dans un excès d'acide nitrique, démontre que l'albumine contenue dans l'urine des sujets atteints de la maladie de Bright, diffère de l'albumine normale du sérum du sang. Déjà MM. Prout (1) et Bostock avaient pensé que l'albumine se trouvait alors dans un état particulier et qu'elle n'offrait pas tout à fait les mêmes caractères que celle du sérum du sang. M. Biot, en examinant avec le polarimètre l'urine dite albumineuse, avait été conduit à mettre en doute la nature de la substance anormale considérée par les médecins comme de l'albumine : « J'ai eu occasion, dit l'illustre physicien, d'étudier les urines dites albumineuses, le caractère optique faisait voir que ce n'était pas de l'albumine animale proprement dite qui les dénature; car l'albumine exerce le pouvoir rotatoire vers la gauche, et les urines dites albumineuses n'exercent aucune action sur les plans de polarisation des rayons lumineux. » M. Stuart Cooper, attribuant les résultats négatifs obtenus par M. Biot à ce que l'urine examinée par ce savant ne contenait qu'une faible quantité d'albumine, a conclu, par des expériences multipliées, que l'urine albumineuse dévie le plan de polarisation, que la déviation est en rapport direct avec la quantité d'albumine, et que c'est bien l'albumine animale proprement dite que contient l'urine des sujets affectés de la maladie de Bright. Pour nous, nous ne pensons pas qu'on soit en droit d'affirmer que la matière contenue dans les urines des malades albuminuriques soit de l'albumine proprement dite, parce qu'elle affecte la lumière d'une manière identique à l'albumine : la dextrine n'est plus amidon, et cependant elle a le même pouvoir rotatoire; l'albumine *modifiée, caséiforme*, qui est à l'albumine normale ce que la dextrine est à l'amidon, peut exercer la même action sur les plans de polarisation, et cependant avoir des caractères particuliers qui la distinguent.

Nous avons mis en digestion dans l'eau acidulée par un millième d'acide hydrochlorique, d'une part, de l'albumine d'œuf, d'autre part, de l'albumine d'urine, toutes deux ayant été coagulées par l'alcool. Après trois heures de digestion, l'albumine de l'urine était dissoute, tandis que l'albumine du blanc d'œuf, à peine attaquée, persistait dans son insolubilité qu'elle n'a pu entièrement perdre.

Nous avons recommencé l'expérience, en ajoutant à l'eau acidulée une certaine quantité de pepsine, et en favorisant la réaction par une température de 35 à 40 degrés; l'albumine de l'urine était entièrement transformée en albuminose, quand celle de l'œuf commençait à peine à en donner quelques traces. En substituant à l'albumine de l'œuf l'albumine du sérum du sang en état de santé, nous sommes arrivé à des résultats semblables.

On ne peut nier la différence de ces deux albumines, dont l'une, *normale*, résiste longtemps à l'action des acides et des fermens par le fait de son organisation; tandis que l'autre, *modifiée, caséeuse*, cède facilement aux réactions, en vertu même de sa désorganisation. Il ne faut pas croire que cette différence résulte du séjour prolongé dans l'urine; nous nous sommes assuré par des expériences que l'albumine normale n'y est pas sensiblement modifiée après un laps de temps considérable; et lors même que l'urine commence à se putréfier, l'albumine reste encore intacte et insoluble dans l'acide nitrique en excès.

Il est donc certain que l'albumine du sérum est modifiée dans le sang lui-même; et cette modification est, dans l'économie, plus complète que celle qui résulte artificiellement d'une brusque addition de liquides aqueux.

§ XXVIII. Les urines qui se présentent plus ou moins sanguinolentes, avec leur couleur, leur densité, leur composition chimique ordinaires, et forment avec la chaleur et l'acide nitrique un précipité albumineux insoluble, en même temps qu'elles s'accompagnent chez le malade de pouls fébrile, sécheresse et chaleur de la peau, douleur sourde à la région rénale, etc. (forme aiguë de la néphrite albumineuse pour M. Rayer), nous paraissent réunir toutes les conditions d'inflammation plus ou moins violente des reins, sans avoir rien de commun avec la maladie de Bright proprement dite; laquelle affecte toujours une forme chronique avec affaiblissement général, langueur, dépérissement, avec urines constamment décolorées et limpides, ayant perdu leur densité normale, et contenant une plus ou moins grande proportion d'albumine *modifiée* reconnaissable, parce qu'elle précipite incomplètement par la chaleur et l'acide nitrique, et se dissout dans un excès d'acide.

Si dans le cours de la maladie de Bright, les symptômes d'acuité se développent, ce sont des cas exceptionnels qu'on rencontre dans toutes les affections essentiellement chroniques, comme l'a parfaitement établi M. Valleix.

Vers une période très avancée de la maladie, il n'est pas rare de trouver dans les urines de l'albumine *normale* mêlée à l'albumine *modifiée*. C'est la désorganisation des glandes rénales qui a permis le passage de l'albumine normale restée intacte dans la masse sanguine.

§ XXIX. D'après les faits et considérations qui précèdent, nous croyons donc être fondé à admettre que, dans la maladie de Bright, l'altération générale des liquides de l'économie a précédé et déterminé le passage de l'albumine dans les urines; et nous reconnaissons deux degrés bien distincts :

Dans le premier, il y a seulement altération des liquides de l'économie, sans altération des reins : avec un excès de principes aqueux, le sang et ses élémens ne peuvent se maintenir dans les conditions physiologiques : l'albumine se modifie, se désorganise, et sous forme *amorphe, caséeuse*, elle traverse les membranes et vient apparaître dans les urines.

Dans le second degré, la fluidification constante de l'albumine entraîne à son tour la modification des membranes, des tissus rénaux, et détermine peu à peu les altérations dont les reins peuvent être le siége.

(La fin à un prochain numéro).

(La fin à un prochain numéro).

MÉDECINE LÉGALE.

CE QU'IL FAUT PENSER DES LUMIÈRES QUE FOURNIT AU MÉDECIN LÉGISTE L'EXAMEN DE LA PEAU ET DU CORDON OMBILICAL CHEZ LE NOUVEAU-NÉ; par le docteur E. HERVIEUX.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 17 Juillet.)

4° *Du cordon ombilical.* — Nous avons montré, dans l'article précédent, combien était peu fondée la prétention de déterminer d'une manière rigoureuse l'âge d'un nouveau-né à l'aide des données fournies par les modifications de la peau; nous allons établir maintenant que les phénomènes de la chute du cordon ne fournissent pas d'indications beaucoup plus précises et qu'ils ne sont guères mieux connus que les faits relatifs à l'exfoliation épidermique et aux diverses colorations cutanées.

Un grand nombre de praticiens croient encore aujourd'hui avec Chaussier, Béclard, Capuron que la chute du cordon ombilical résulte d'un travail inflammatoire, d'une suppuration qui s'établirait à sa base. Ce qui a pu causer cette erreur chez les hommes remarquables que je viens de citer et ce qui l'entretient parmi nous c'est, d'une part, l'analogie du phénomène de la chute du cordon avec celui de l'élimination dans les cas de sphacèle; c'est d'une autre part l'observations d'un certain nombre de cas dans lesquels on a pu observer soit de la rougeur, soit de la suppuration autour de l'ombilic. Mais nous démontrerons que ces accidens sont l'exception, et que l'absence de tout travail inflammatoire est la règle.

On peut diviser en trois séries tous les phénomènes qui précèdent, accompagnent ou suivent la chute du cordon.

1° *Dessication du cordon ombilical.* — Le temps n'est pas encore bien loin où l'on croyait avec Haller et Monro à la gangrène du cordon, où l'on acceptait comme démontrées les paroles suivantes du célèbre physiologiste de Berne : « Funiculi quidem ombilicalis particula quam » obstetrices solent cum abdomine parvuli conjunctam relinquere abit » in sphacelam, quasi ambusta, et post biduum triduum se dilabitur. » (*Elementa physiol. corp. hum.*, t. VIII, p. 15.)

Cette opinion, reproduite par un grand nombre de physiologistes, est

(1) Prout, dans son *Traité de la gravelle*, page 67, dit : « La matière animale contenue dans ces urines différait de l'albumine et offrait des propriétés analogues à celles du lait caillé, quoi qu'elle fût cependant distincte de l'une et de l'autre : elle présentait les caractères propres à la matière albumineuse imparfaite qu'on trouve dans le chyle. »

abandonnée aujourd'hui. La dessication pure et simple du cordon ombilical est un fait que les travaux de Billard ont mis à l'abri de toute contestation. Nous reproduirons le plus succinctement possible le résultat des recherches, à cet égard, de cet observateur distingué.

Il existe entre les cordons ombilicaux des différences bien tranchées signalées par tous les accoucheurs. Les uns sont volumineux, mous, et pour ainsi dire gras, ce qui tient à la surabondance de la gélatine de Warthon; les autres sont petits, minces, fragiles, et contiennent en petite quantité la substance albuminiforme dont nous parlons. Les premiers se dessèchent plus tard que les seconds, et ont une certaine tendance à se ramollir. Les seconds deviennent de bonne heure secs et transparens comme un parchemin; ils se dessèchent promptement, et, quand ils sont secs, on aperçoit à travers leur tissu des lignes noirâtres, indices de leurs vaisseaux oblitérés.

La proportion entre les cordons minces, et ceux qui sont pourvus d'une grande quantité de gélatine, est d'un tiers pour les premiers et des deux tiers pour les seconds.

Avant de se dessécher, les cordons se flétrissent, et l'on peut regarder la flétrissure comme le prélude ou le premier degré de la dessication.

La flétrissure du cordon s'observe depuis le premier jusqu'au troisième jour de la naissance. D'abord mollasse, flexible et un peu bleuâtre, le cordon remplit en entier la ligature, puis il se ramollit davantage et semble s'élargir à la base qu'environne un bourrelet cutané épais et saillant, tandis que le sommet n'offre plus de section nette, noircit, se vrille et se trouve plus libre dans la ligature. L'époque où la dessication du cordon est le plus ordinairement complète, paraît être le troisième jour. Mais il n'y a rien de fixe à cet égard. Quelquefois la dessication a lieu dès le premier jour, quelquefois après quatre ou cinq jours seulement. Dans tous les cas, voici comment les choses se passent :

Aussitôt après la section du cordon ombilical, ses vaisseaux se rétractent et se cachent dans la lymphe qui forme l'épaisseur du cordon. Celui-ci se rétrécit et se raccourcit en même temps, d'où résulte la compression et l'aplatissement des vaisseaux qui deviennent bientôt tortueux, et participent eux-mêmes à la dessication. La ligature est, à cette époque, devenue tout à fait inutile, et l'on ne doit pas craindre d'hémorrhagie par le bout du cordon. Peu à peu la dessication fait des progrès; elle s'avance du sommet vers l'ombilic, et s'arrête enfin au niveau du bourrelet cutané, duquel le cordon se détache bientôt par une sorte de séparation spontanée, à la manière dont la queue du fruit des cucurbitacées se détache de son implantation circulaire.

La dessication du cordon est un phénomène physiologique, et qui se lie aux phénomènes de la vie sous la dépendance de laquelle il paraît être. Comme preuves à l'appui de cette proposition, on peut alléguer : 1° que la portion placentaire du cordon n'offre pas, comme celle qui reste à l'enfant, les phénomènes de la dessication; elle se flétrit et pourrit comme un corps inerte, tandis qu'il n'en est pas de même de la portion abdominale du cordon; 2° que dans la portion *placentaire*, la dessication cesse aussitôt que la vie s'éteint, ne s'opère pas si l'enfant meurt en naissant, ou bien se trouve alors considérablement retardée; 3° que le cordon ombilical, au lieu de se dessécher et de tomber au bout de quelques jours, comme cela s'observe pendant la vie, subit sur le cadavre une véritable décomposition bien différente de sa dessication normale; 4° qu'on voit tous les jours des fœtus transportés dans les amphithéâtres, pour les travaux anatomiques, y demeurer quelques jours sans que leur cordon se dessèche, et même celui-ci reste assez mou, et ses vaisseaux assez béans pour qu'on puisse y faire pénétrer une injection, tandis que, pendant la vie, le cordon se dessèche et les vaisseaux s'oblitèrent dès le premier, le deuxième et le troisième jours.

2° *Chute du cordon ombilical.* — Ce que nous venons de dire de la dessication du cordon et de sa séparation spontanée exclut l'hypothèse d'un travail inflammatoire qui aurait pour but d'éliminer le cordon à la manière d'un corps étranger. Non, ce n'est pas là le procédé de la nature; car elle l'appliquerait à tous les nouveau-nés sans exception, et ce ne serait pas chez le plus petit nombre qu'on rencontrerait, ainsi que l'observation le démontre, le cercle inflammatoire et la suppuration à la base du cordon.

Faut-il admettre avec Billard que cette séparation résulte, d'une part, des mouvemens alternatifs d'expansion et de rétraction des parois abdominales, lesquels exerceraient une traction continuelle des vaisseaux vers l'intérieur du ventre ; d'une autre part, des tiraillemens que feraient éprouver à la portion extérieure et desséchée du cordon le bandage qui la fixe et les langes qui la tirent en tous sens? Cette explication est ingénieuse, mais elle n'est pas irréprochable, et d'ailleurs elle est inutile pour comprendre la chute du cordon. Je veux bien admettre que cette séparation soit quelquefois hâtée par des tractions extérieures, mais la nature n'a jamais compté sur ces tiraillemens, et puis je doute que les mouvemens d'expansion et de rétraction des parois abdominales exercent des tractions en sens opposé. Rien n'est moins démontré, même anatomiquement.

Le cordon se rompt sans effort consécutivement à sa dessication dans un point de sa continuité, qui est toujours le même, et cette rupture est un phénomène vital qui s'accomplirait et qui s'accomplit tout aussi bien en l'absence des causes mécaniques invoquées par Billard.

L'époque de la chute du cordon est très variable. Les limites extrêmes sont le deuxième ou le huitième jour; mais on peut fixer le terme moyen du quatrième au cinquième. Sur ce point, les données fournies par les divers auteurs qui ont étudié la question sont parfaitement conformes.

Si les phénomènes d'inflammation qui se manifestent parfois à la base du cordon ne sont pas un moyen éliminatoire, à quelle cause devrons-nous les rapporter? Tantôt il n'existe qu'un cercle rouge autour de l'ombilic, tantôt cette rougeur s'accompagne de la tuméfaction du bourrelet cutané situé à la base du cordon; d'autres fois, le pourtour du bourrelet ombilical est le siége d'une véritable suppuration; dans des cas beaucoup plus rares, enfin, cette suppuration devient le point de départ d'un érysipèle qui peut envahir non seulement les parois abdominales, mais la totalité du tronc. Je n'ai jamais observé de traces de gangrène, pas davantage ce que M. Drois, de Commercy, a appelé la dissolution putride du cordon. Je considère le cercle érythémateux, la tuméfaction de l'ombilic et sa suppuration, non pas comme des phénomènes inhérens à la chute du cordon, mais comme des accidens résultant des frottemens produits soit par les langes, soit par le cordon desséché et devenu rugueux, ou bien encore, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, d'un état morbide général.

Lorsqu'on voit chez les *trois quarts* des nouveau-nés qu'on observe, le cordon ombilical tomber sans la moindre apparence de phénomène inflammatoire, et par le fait seul de sa dessication, n'est-on pas fondé à dire que sa chute n'est pas plus imputable au cercle rouge et à la suppuration, qu'aux érysipèles qu'on rencontre exceptionnellement? Et d'ailleurs, si l'inflammation de la base du cordon était une circonstance propre à en accélérer la chute, pourquoi cette chute est-elle plus tardive dans les cas où l'on note l'existence du cercle rouge et de la suppuration?

On peut conclure de ce qui précède, que la chute du cordon ombilical résulte de sa dessication, phénomène physiologique et tout spontané, exactement semblable à ce qu'on observe chez les petits de quelques animaux, comme le chien et le chat, dont le cordon se dessèche et tombe sans suppuration; que les accidens inflammatoires dont l'ombilic est quelquefois le siége, bien loin de déterminer la séparation du cordon, la retardent, que cette séparation ne peut pas s'expliquer davantage par une gangrène du cordon, comme le voulaient Haller et Monro, ou par une dissolution putride, comme le pensait M. Denis, qu'enfin Billard lui-même s'est singulièrement exagéré l'influence des tiraillemens auxquels le cordon est soumis, soit par suite des frottemens extérieurs, soit par suite des mouvemens d'expansion et de rétraction de l'abdomen.

3° *Rétraction de l'ombilic.* — Si ce que nous avons dit des phénomènes inflammatoires est vrai, il n'y a point, à proprement parler, de cicatrisation de l'ombilic. Quand l'ombilic est malade, il rougit, se tuméfie, s'ulcère ; il peut y avoir alors cicatrisation ; mais cette cicatrisation n'est plus le complément du travail de la nature, c'est un accident susceptible de l'entraver. Ce qui se passe après la chute du cordon, c'est une *rétraction* et non une cicatrisation du bourrelet ombilical. Billard pense que les vaisseaux ombilicaux cessant de s'accroître après la naissance, tandis que les parois du ventre prennent un développement rapide, il en résulte que le bourrelet ombilical est attiré de dehors en dedans, et offre bientôt une surface déprimée et infundibuliforme. Malgré tout ce que cette hypothèse peut avoir de séduisant, je ne saurais l'accepter, parce que je me suis assuré plus d'une fois sur le cadavre de jeunes enfans que les vaisseaux sont libres au centre du bourrelet ombilical immédiatement après la chute du cordon. Ils ne sauraient donc exercer aucune traction sur l'ombilic.

Voici, pour mon compte, ce que j'ai observé :

Dans l'enfoncement que présente à son centre le bourrelet ombilical, existe une sorte de bourgeon charnu dont la formation m'a paru résulter d'une affusion de lymphe plastique fournie par les parties voisines; savoir : les extrémités vasculaires réunies, le tissu cellulaire ambiant, et, dans quelques cas, la peau du contour de l'ombilic légèrement excoriée; ce bourgeon charnu se développe quelquefois au point de dépasser l'ombilic, et alors on est obligé de le réprimer par la cautérisation; quelquefois même il suppure, mais c'est l'exception. Le plus habituellement, il s'organise en laissant suinter un liquide séreux, puis il semble rentrer et s'enfoncer dans l'abdomen en même temps que les bords du bourrelet ombilical se rapprochent, se froncent et se réunissent à l'aide de la lymphe plastique sécrétée profondément.

L'espèce de nœud qui en résulte, et qu'on appelle communément la cicatrice ombilicale, prend alors une forme qui varie avec les individus et qui persiste toute la vie. Ce nœud représente ordinairement deux croissans superposés, l'un supérieur et très gros, l'autre mince et embrassant le premier. Une disposition anatomique vient compléter cette première opération, c'est le développement du cercle aponévrotique qui entoure l'ombilic. A mesure que cet anneau intérieur se forme et se resserre, il attire le bourrelet ombilical, qui, de saillant qu'il était dans les premiers jours, s'efface et disparaît même, chez certains individus, sous les plis de la peau.

Tel est, selon moi, le mécanisme de la rétraction de l'ombilic. On voit que la suppuration n'y joue aucun rôle. Tout au plus y aurait-il une légère inflammation adhésive consécutive à la formation du bourgeon charnu dont j'ai parlé.

BIBLIOTHÈQUE.

DES EAUX THERMALES DE BAINS-EN-VOSGES ET DE LEUR USAGE DANS LES MALADIES CHRONIQUES; par le docteur BAILLY, inspecteur, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° de 206 pages. Paris, 1852. Chez Victor Masson, libraire-éditeur.

Comment des eaux thermales aussi anciennement connues et aussi justement célèbres que celles de Bains-en-Vosges n'ont-elles trouvé encore ni historien ni panégyristes? C'est ce que M. Bailly nous explique dans son premier chapitre. Les eaux de Bains ont un malheur, c'est qu'elles sont voisines de deux autres établissemens, Plombières et Luxeuil, que la mode a pris, depuis longtemps, le premier surtout, sous sa haute protection. Et cependant ce n'est pas que les eaux thermales de Bains diffèrent, par leurs caractères et par leurs propriétés, de celles qui leur sont voisines. Nullement, à part Bourbonne, dont les eaux chargées de sel ont une spécialité d'action qui détermine la clientèle, les eaux thermales de l'est de la France offrent la plus grande analogie dans leurs caractères et dans leurs propriétés. Placées à quelques lieues de distance, dans les mêmes conditions géologiques, les sources doivent provenir ou d'une origine commune, ou de réservoirs constitués par les mêmes élémens minéralogiques. Quelques milligrammes de sels, quelques degrés de chaleur en plus ou en moins dans leur composition, ne sont pas des différences suffisantes pour influer sur leur manière d'agir. Aussi n'est-ce pas cette dernière qui décide les malades à se rendre de préférence à tel ou tel établissement. Plombières et Luxeuil n'ont rien épargné pour attirer les étrangers. Bains, plus modeste en ses allures, et, il faut bien le dire, ne présentant que depuis peu d'années ces avantages du confortable que les baigneurs recherchent, et trouvent si largement dans les autres établissemens, Bains ne recevait que les gens plus modestes ou ceux qui fuient le bruit, les contraintes de l'étiquette et de la toilette. M. Bailly a senti que, puisque la différence de vogue n'était pas l'effet d'une différence dans la valeur intrinsèque, il suffisait d'élever la voix, de raconter l'histoire de Bains, d'exposer les différentes phases par lesquelles il avait passé, de montrer les nombreux points de contact de ses eaux avec les autres eaux thermales de l'est de la France, de signaler aux médecins les applications nombreuses et variées dont les eaux de Bains étaient susceptibles en les fixant en même temps sur les contre-indications, pour que la lumière se fît et que justice fût rendue aux eaux thermales dont il est inspecteur. Et voilà comment les eaux de Bains ont trouvé un historien digne d'elles. Ces eaux avaient sans doute une si bonne cause, qu'elle n'était pas difficile à gagner; mais nous devons rendre à leur avocat cette justice qu'il eût pu en gagner de plus ardues et de plus délicates.

Le livre de M. Bailly n'est pas effet, une de ces brochures bleues ou jaunes, description terne et banale d'un établissement thermal, déroulant la longue, l'interminable litanie de toutes les maladies du cadre nosologique que ses eaux guérissent infailliblement. En même temps que M. Bailly publiait un guide pour les baigneurs et qu'il faisait ressortir dans son récit, toujours attachant et plein d'intérêt, les avantages qu'offre aux malades l'établissement qu'il dirige, en même temps qu'il entrait dans les plus grands détails sur le mode d'administration des eaux, sur les précautions que réclame leur emploi, notre honorable confrère écrivait à l'adresse des médecins un chapitre intitulé : *des maladies chroniques au point de vue de la médication des eaux de Bains*, chapitre dont la lecture sera pleine d'intérêt, non seulement pour ceux qui ont à faire un choix entre divers établissemens d'eaux minérales, mais aussi pour ceux qui, envisageant la question de plus haut, cherchent à pénétrer le problème si ardu de l'action des eaux minérales dans les maladies chroniques. Affections nerveuses de tout genres, de toute espèce, hystérie et hypochondrie, gastralgies, hystéropathies, dysménorrhée et chlorose, maladies de matrice, maladies de l'âge critique, convalescences pénibles, constitutions détériorées, telles sont les affections dans lesquelles les médecins peuvent se promettre des eaux minérales de Bains, les résultats les plus favorables. D'une efficacité moins certaine et qu'elles partagent d'ailleurs avec d'autres eaux thermales, contre les rhumatismes, la goutte, la sciatique, la gravelle, les maladies du foie, les engorgemens, obstructions et tumeurs, les paralysies anciennes, etc., ces eaux peuvent être enfin tout à fait nuisibles dans les affections fébriles, que ce soient des fièvres proprement dites ou des fièvres liées à une phlegmasie quelconque, dans les maladies constituées par une lésion organique ou un vice humoral, qui ont pour caractère de marcher vers une dégénérescence de plus en plus profonde, telles que le cancer, les tubercules, la syphilis, bref dans tous les cas dans lesquels il est à craindre que l'excitation produite par les eaux ne s'ajoute d'une manière fâcheuse à la maladie primitive.

Que le lecteur ne juge pas le livre de M. Bailly sur cette sèche et courte énumération des maladies dans lesquelles les eaux de Bains peuvent être ou non indiquées. M. Bailly, en les passant successivement en revue, explique, chemin faisant, comment il comprend à la fois et l'application des eaux minérales à ces divers états morbides et le mode d'action efficace ou nuisible de ces eaux. Mais ce qui donne un cachet tout particulier à ce livre, ce dont il faut féliciter hautement M. Bailly, c'est que, sans repousser absolument les données chimiques relatives aux principes minéralisateurs dont il est impossible de ne pas tenir compte à notre époque, il s'élève en même temps contre cette tendance déplorable qui consiste à rattacher exclusivement l'action des eaux à la quantité et à la qualité des sels qu'elles renferment. « Non, dit avec raison M. Bailly, la médication des eaux ne consiste pas dans des remèdes plus ou moins actifs, s'adressant à telle ou telle maladie, mais bien dans une méthode curative complexe, susceptible d'être appliquée à des affections très diverses, suivant les modifications qu'on lui fait subir dans son emploi. C'est une médication hygiénique, si l'on peut ainsi parler, c'est-à-dire qu'elle résulte d'un concert de circonstances favorable à la santé, d'un ensemble de conditions au milieu desquelles les forces vitales enchaînées reçoivent une impulsion et une activité nouvelles. »

Des convictions aussi philosophiques que celles que possède M. Bailly lui donnent évidemment beaucoup d'avantage dans la pratique. La cure thermale n'est pas plus pour lui le résultat de modifications chimiques dans la composition de nos humeurs, qu'elle n'est liée à ces qualités occultes, à ces suppositions hypothétiques dont on se payait si facilement autrefois. C'est uniquement une médication complexe qui fait tourner à l'avantage des malades les facteurs nombreux dont elle se compose, et qui ne dédaigne pas de s'en associer de nouveaux, lorsque des indications particulières en viennent réclamer l'emploi. Aussi, en lisant son livre, est-on agréablement surpris de voir que, bien loin de partager cette absurde répulsion des médecins des eaux pour l'administration de quelques médicamens indispensables pendant la cure thermale, M. Bailly fait appel, sans s'en préoccuper le moins du monde, aux agens thérapeutiques les plus variés et trouve dans cette association l'occasion des succès les plus remarquables et les plus rapides. Les ferrugineux, l'iodure de potassium, la digitale par exemple, trouvent place dans sa pratique à côté des boissons, des douches, des bains d'eau minérale.

Nous en avons dit assez pour montrer que le petit volume publié par M. Bailly n'est pas une œuvre vulgaire, mais bien une œuvre qui traduit de longues et sérieuses méditations. A ceux qui conserveront encore des doutes sur la valeur relative des eaux thermales de Bains, nous dirons de lire avec attention le livre de M. Bailly, et si leur opinion n'est pas faite relativement à la supériorité de ces eaux sur celles qui les avoisinent, ils acquerront au moins avec nous la conviction que l'établissement de Bains ne pouvait être dirigé par un homme plus éclairé et plus instruit, et par conséquent qu'ils ne sauraient placer leurs malades entre des mains plus capables et plus dignes de leur confiance.

Dr ARAN.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Mai 1852. — Présidence de M. le docteur TRÈVES.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La parole est à M. BONNASSIES. Ce confrère raconte qu'appelé près d'un maçon âgé de 58 ans, dont le col du fémur avait été fracturé, à la suite d'une chute violente du haut d'une échelle, il s'est borné à placer

le membre en demi-flexion sur un double plan incliné, et qu'après 70 jours de séjour au lit, son malade a parfaitement guéri avec un raccourcissement de 4 centimètres au plus.

MM. Charrier, Belhomme, Gogo et Perrin ont également vu et traité des malades qui ont parfaitement guéri sans l'application d'aucun appareil, et sans plus de raccourcissement que chez les sujets traités par les appareils à extension et à contre-extension. M. Perrin ajoute que non seulement il n'applique aucun bandage, mais qu'en outre, à l'exemple d'A. Cooper et de Velpeau, il fait lever les malades le plus tôt possible, car il redoute, chez les vieillards qui offrent le plus ordinairement ce genre de fracture, un séjour trop prolongé au lit, séjour dont chacun connaît parfaitement les inconvéniens. Il s'agit, bien entendu, de la fracture intra-capsulaire.

M. Bonnassies donne à la Société communication d'un autre fait intéressant. Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui fut tout à coup atteint d'une hémorrhagie considérable à la suite de la rupture d'une grosse veine variqueuse située à la partie supérieure et interne de la jambe droite. Tout le membre était sillonné de veines dilatées. M. Bonnassies, dans le but de réprimer cette hémorrhagie et d'en prévenir le retour, appliqua un bandage compressif. Au troisième jour de l'application de l'appareil, notre confrère fut appelé pour combattre une douleur assez vive accusée par le malade dans le point où la compression avait été pratiquée. Il était en même temps survenu quelques frissons, de la fièvre et des vomissemens. Tous les signes d'une phlébite confirmée ne tardèrent pas à se montrer, et furent presque aussitôt suivis des accidens caractéristiques de la résorption purulente. Le membre devint le siége d'un gonflement œdémateux considérable, la phlébite remonta jusque dans les veines du bassin, et malgré tous les moyens employés, cataplasmes, teinture d'aconit, sulfate de quinine, le malade succomba.

M. Charrier, dans un cas de phlébite, suite d'une saignée, eut recours avec succès aux frictions sur tout le membre, à l'aide de l'onguent mercuriel, et à la potion émétisée à la dose de 40 à 50 centigrammes de tartre stibié. Sous l'influence de cette médication contro-stimulante, la fièvre diminua rapidement, ainsi que les accidens graves de résorption. Le troisième jour le malade était hors d'affaire. M. Charrier ne comprend guère la formation du pus, ni les accidens de la résorption purulente, en dehors des inflammations externes, des lésions traumatiques, des plaies, des contusions...., etc., ou encore d'un empoisonnement spécial de l'économie, comme il arrive dans la morve aiguë ou le farcin. Il ne croit guère à la fièvre pyogénique essentielle de M. Tessier; il n'admet pas non plus que le caillot obturateur de la phlébite prévienne toujours, comme ce médecin le pense, les tristes effets de la résorption.

M. Perrin, tout en admettant les causes de phlébite signalées par M. Charrier, et la difficulté qu'il se forme d'emblée du pus dans l'économie, en dehors de ces causes, croit cependant avoir observé une phlébite essentielle qui, chez un de ses malades, se développa suivant toute la longueur d'un membre pelvien, et cela, sans que rien du côté de ce membre, comme une plaie, une piqûre, une chute, une excoriation, une marche forcée, une chaussure trop étroite..... etc., pût expliquer le développement de la maladie. L'affection débuta d'emblée par une douleur *atroce* au niveau de la malléole externe de la jambe droite, sans aucune lésion apparente des parties molles, avec réaction générale d'une intensité extrême et suivie presque immédiatement de délire. Ce ne fut qu'au bout de deux jours qu'il survint un peu d'œdème au niveau de la malléole avec rougeur légère et injection bleuâtre des veines sous-cutanées de cette région et de la face dorsale du pied. A partir de ce moment, la phlébite manifeste s'étendit rapidement à toutes les veines superficielles de la jambe et de la cuisse. A quelques travers de doigt, au-dessus de l'articulation du genou, la saphène interne formait comme une corde douloureuse, dure, tendue et saillante.

Le malade mourut en six jours, avec tous les symptômes les mieux tranchés de la résorption purulente, et sans que les accidens de résorption aient pu le moins du monde être enrayés par la cautérisation de la saphène, près de son embouchure dans la veine crurale, à l'aide du caustique de Vienne. Cette cautérisation, comme moyen d'oblitération de la veine, a été, on le sait, conseillée et pratiquée par M. Pétrequin, de Lyon.

M. Aubrun croit que les émotions morales vives doivent être regardées comme pouvant quelquefois amener cette disposition singulière et spéciale de l'économie à engendrer du pus. A l'appui de son opinion, il cite le fait suivant : Un homme, d'une parfaite probité, ayant reçu en dépôt des sommes d'argent assez considérables de diverses personnes, eut le malheur d'en disposer en partie pour rembourser une valeur échue à son insu, et qui lui fut tout à coup présentée. Quelques instans après, une des personnes, dont il avait l'argent en dépôt, se présenta à lui. Il fut tellement impressionné par sa présence, qu'il n'osa lui avouer ce qu'il venait de faire, et presque en même temps il tomba en syncope. Pendant quinze jours, il resta faible, abattu, sans appétit, accusant quelques frissons erratiques et des sueurs pendant la nuit. Au bout de ce temps, il fut pris de furoncles, d'abcès multiples qui envahirent toute la région postérieure du dos, et suppurèrent abondamment; pendant trois mois, ces furoncles se succédèrent sans fin, en frappant de mortification et de fonte suppurative tout le tissu cellulaire de cette région.

M. Bauche lit l'observation suivante :

Flegmon sous-cutané, par cause traumatique, développé au niveau de la région inférieure et latérale droite du cou; — extension de l'inflammation flegmoneuse au sommet du poumon; — perforation consécutive de ce viscère, et évacuation du pus de l'abcès par les bronches.

Le 18 janvier dernier, on me présenta un enfant, âgé de 9 ans, qui se plaignait d'une violente douleur ayant son siége en arrière de la moitié interne de la clavicule droite, tout près de l'origine du cou. Sous l'influence de la pression, la douleur devenait plus intense. Quinze jours auparavant, l'enfant avait fait une chute violente sur le genou et le coude du côté droit. La douleur, nulle d'abord, s'était développée trois jours après la chute, et avait toujours été en augmentant depuis cette époque. La rougeur, l'empâtement manifeste, la sensibilité de la tumeur, le pouls battant 120 fois par minute, me firent penser à l'existence d'un flegmon, et j'annonçai au père que son enfant avait un abcès dont la suppuration ne tarderait pas à se faire jour à l'extérieur, soit naturellement, soit à l'aide d'une incision. La tumeur, bien qu'elle n'offrît aucune fluctuation, était si molle, que je renonçai à toute application de sangsues, encouragé du reste dans cette conduite par l'aspect maigre et délicat du petit malade chez lequel je devais même redouter l'existence de tubercules pulmonaires. L'auscultation n'indiquait cependant aucune lésion : la respiration était normale partout, et le père m'affirmait que son enfant avait toujours présenté le même état de maigreur, et que, jamais malade, il se livrait au contraire toujours avec ardeur aux jeux de son âge. Je prescrivis l'application de cataplasmes d'abord émolliens, puis de plus en plus maturatifs.

Pendant les jours qui suivirent mon premier examen, la tumeur parut se ramollir et même proéminer davantage. Mais le 31 janvier, elle avait complètement disparu. Le 2 février, les parens m'annoncèrent qu'à chaque effort de toux ils voyaient s'élever contre la partie inférieure et latérale du cou une tumeur grosse comme un œuf de poule, tumeur qui disparaissait ensuite. En outre, la toux leur paraissait plus sonore que précédemment. Le lendemain, je constatai moi-même ce phénomène, ainsi qu'un emphysème sous-cutané qui occupait en avant la région sus et sous-claviculaire, et en arrière, la partie correspondante du dos jusqu'à l'épine de l'omoplate. Dès lors, me furent expliquées la disparition subite de la tumeur et l'augmentation de la toux, qui jusque là avait été assez rare. L'enfant n'avait pas encore craché; mais j'annonçai aux parens qu'il ne tarderait pas à le faire. La percussion et l'auscultation des points correspondant à l'emphysème sous-cutané ne donnèrent, on le comprend facilement, que des résultats négatifs. Mais en arrière, au-dessous de l'épine de l'omoplate, dans la fosse sous-épineuse, je perçus un mélange de gargouillement faible et de respiration normale. Pendant la toux, l'oreille ne percevait rien de plus remarquable. Dans la même journée, je vis l'enfant avec M. Guersant. Du pus avait été expectoré en quantité assez considérable (quatre à cinq cuillerées à bouche environ dans l'espace de huit heures). Il était crêmeux, parsemé de stries sanguinolentes, d'une teinte rougeâtre. Indépendamment des altérations énoncées précédemment, nous constatâmes un gonflement très douloureux de l'articulation huméro-cubitale droite, sur laquelle était tombé le petit malade, et un empâtement tout à fait indolore des bourses.

Un julep ordinaire, avec addition de 50 centigrammes de teinture d'aconit, fut prescrit, et il fut convenu que la dose de l'alcoolature serait successivement élevée. Nous recommandâmes de faire sur le coude et les bourses des frictions d'onguent napolitain, affaibli d'abord par l'axonge et l'extrait de belladone, puis plus tard sans mélange. Nous prescrivîmes aussi l'application d'un cataplasme un peu lourd sur toute la partie supérieure droite de la poitrine. Deux ou trois bouillons très légers furent accordés chaque jour au malade. Tous ces divers phénomènes se continuèrent avec la même intensité. Mais vers le 9 février, le pus ne contenait plus de sang, l'emphysème sous-cutané avait disparu, et la respiration masquée jusqu'alors était redevenue perceptible. On entendait, en effet, dans toute cette région, en avant et en arrière, une crépitation humide, une sorte de râle muqueux, ressemblant beaucoup au gargouillement signalé précédemment dans la fosse sous-épineuse. Toutefois, il y avait cette différence que ces bruits morbides ne s'entremêlaient pas avec le murmure normal de la respiration. Au-dessous de l'épine de l'omoplate, la respiration était redevenue tout à fait physiologique. Cependant la fièvre et l'expectoration purulente persistaient toujours; mais le malade dormait un peu mieux et réclamait des alimens avec instance. Le 5 février, j'accordai un potage, et trois jours après, trois soupes par vingt-quatre heures. A cette époque, 8 février, le gonflement des bourses et du coude avait diminué sensiblement.

Le 15, le malade était dans l'état suivant :

Expectoration beaucoup moins abondante, mais encore purulente; respiration presque pure partout; quelques bulles rares de crépitation humide en avant et en arrière, au sommet du poumon; disparition complète de la tuméfaction du coude et des bourses; pouls à 100 pulsations.

Je mis, à partir de ce moment, le petit malade à l'usage de l'huile de foie de morue, du sirop de baume de tolu, et des fumigations de goudron. A la fin de février, la toux était presque nulle, et l'expectoration insignifiante. Le pouls était tombé à 84. Une alimentation plus substantielle rendit des forces au malade, et, dans la dernière semaine de mars, le rétablissement était complet.

Essayons, maintenant, de nous rendre compte des divers accidens que je viens de rapporter. La perforation du poumon me paraît hors de doute et s'être effectuée de l'extérieur à l'intérieur. Au sommet de ce viscère, les deux feuillets de la plèvre glissant l'un sur l'autre dans une étendue beaucoup moins grande qu'à la périphérie, on s'explique comment le pus n'a pas pénétré dans la cavité pleurale. Aussi, l'extension du phlegmon sous-cutané au poumon n'a-t-elle été suivie d'aucune augmentation de douleur et de dyspnée. La crépitation à grosses bulles, cette espèce de gargouillement de la fosse sous-épineuse, et plus tard dans la fosse sus-épineuse dont j'ai parlé, n'étaient-ils pas le signe du passage, dans des bronches d'un certain calibre, d'un liquide purulent mélangé d'air? Aussi, n'est-il pas nécessaire d'admettre une communication directe entre l'abcès pulmonaire et la trachée artère. Le pus n'a jamais été fétide. L'expectoration a été très abondante, mais successive. Dans le cas de communication directe du pus avec la trachée, le pus aurait dû y parvenir en grande quantité et produire une suffocation au moins momentanée par suite de sa chute dans les grosses bronches. Or, ces accidens ne se sont jamais présentés. Ce soulèvement de la peau, à chaque effort de toux, s'est retrouvé plus d'une fois dans divers points de la périphérie du poumon, lorsqu'un abcès pulmonaire existait à la limite de ce viscère. Qu'il me suffise de rappeler l'observation de Foubert, consignée dans les mémoires de l'Académie de chirurgie. C'était un abcès du poumon qui avait été pris par quelques praticiens pour une hernie de l'estomac. A chaque effort de toux, il apparaissait une tumeur grosse comme un petit œuf de poule entre le cartilage xiphoïde et le rebord cartilagineux des vraies et des deux premières fausses-côtes. Foubert, d'après les antécédens et l'état présent du malade qui crachait du pus, émit l'opinion d'une tumeur humorale produite par la suppuration du poumon. L'inspection cadavérique ne tarda pas à confirmer la justesse de son diagnostic.

Quelques mots maintenant sur le traitement :

On a conseillé, avec raison, d'ouvrir de bonne heure les abcès du cou et ceux placés au-dessus de la clavicule, à l'effet d'empêcher le pus de fuser sous les parois du thorax, et même de pénétrer dans le poumon, comme dans le cas dont il s'agit actuellement. Préoccupé beaucoup par la crainte de ces complications, je pensais tous les jours à ouvrir ce phlegmon, et tous les jours je trouvais plus convenable d'attendre, parce que je ne sentais qu'un empâtement mal circonscrit. Une incision me paraissait prématurée. La perforation du poumon s'est effectuée plus rapidement encore que je ne l'avais supposé, et cependant je dois m'applaudir de mon expectation. Il ne m'est pas démontré qu'une incision faite dans les jours plus rapprochés de la disparition de la tumeur sus-claviculaire, aurait empêché l'extension du mal au poumon, et, dans ce cas, j'aurais eu tous les inconvéniens d'une communication de l'air extérieur avec le foyer pulmonaire. Une ouverture, pratiquée plus tôt, aurait probablement empêché cet accident; mais lorsqu'un flegmon est ouvert prématurément, c'est-à-dire lorsque le pus, au lieu d'être rassemblé en foyer, est encore disséminé dans les cellules du tissu cellulaire, on arrête les progrès de la suppuration, et il peut en résulter un ulcère calleux très difficile à guérir, complication qui était encore plus à craindre chez le sujet lymphatique et débile auquel j'avais affaire.

Il est superflu de dire dans quelles intentions divers médicamens ont été prescrits. L'alcoolature d'aconit avait pour but d'entraver la résorption purulente que le gonflement du coude et surtout celui des bourses pouvaient faire redouter. Les frictions d'onguent napolitain ont été ordonnées à titre de résolutif. Le cataplasme, un peu lourd sur le sommet de la poitrine, avait pour but de faire obstacle à la pénétration de l'air dans les mailles du tissu cellulaire et de favoriser sa résorption. Plus tard, l'huile de foie de morue, le sirop de baume de Tolu et les fumigations de goudron étaient prescrits dans l'espérance de modifier les parois de l'abcès et de tarir la suppuration.

Le secrétaire, Dr Perrin.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

On annonce pour demain mardi, à l'Académie de médecine, un rapport de M. Bégin sur la syphilisation.

Concours. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 12 juillet courant, un concours public sera ouvert le 8 novembre 1852 devant l'École de pharmacie de Paris pour trois places d'agrégé vacantes dans la section de chimie, de physique et de toxicologie de ladite École.

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront immédiatement en exercice.

Les pharmaciens reçus par l'une des trois Écoles de pharmacie françaises, qui désireraient prendre part à ce concours, devront déposer, avant le 8 octobre 1852, au secrétariat de l'École de pharmacie de Paris, les pièces constant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le réglement du 6 février 1846.

— On sait que la fièvre jaune sévit, en ce moment, à Rio-de-Janeiro. Le ministre de la marine, pour prévenir nos équipages des atteintes du fléau, a décidé que les bâtimens de guerre français adopteraient comme point de relâche Bahia, au lieu de Rio-de-Janeiro, pendant la durée de la maladie.

— Les journaux anglais parlent d'une épidémie de fièvre jaune qui aurait éclaté dans nos colonies des Antilles. Il est vrai que quelques cas isolés se sont manifestés, principalement parmi les soldats de la garnison, mais ces cas ont cessé et n'ont présenté aucun caractère épidémique.

État sanitaire de Londres. — Dans le semestre qui finit à la fin de mars 1852, il est mort à Londres 28,445 personnes, ou 491 de plus que dans les semestres précédens; mais en revanche 1,019 de moins que dans le semestre correspondant de 1851. La différence porte principalement sur la coqueluche, la rougeole, la bronchite, la pneumonie et l'apoplexie. En revanche, la variole, la scarlatine et surtout l'érysipèle ont fait un plus grand nombre de victimes. La variole compte 236 décès et l'érysipèle autant; enfin la fièvre puerpérale a enlevé 252 femmes. Relativement à l'âge, 12,723 ou 44,71 °/ₒ avaient moins de 15 ans, 9,571 ou 33,63 °/ₒ, de 15 à 60 ans; et le reste, ou 6,050, 60 ans et au-delà. Relativement au sexe, 14,411 décès parmi les hommes, contre 13,944 parmi les femmes. Plus d'un sixième de cette mortalité a été constaté dans les hôpitaux, hospices et établissemens de bienfaisance. Le nombre des naissances a été de 11,984 plus élevé que celui des décès, augmentation énorme qui annonce une émigration rapide vers la moderne Babylone de l'Angleterre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 87. SIXIÈME ANNÉE. **Jeudi 22 Juillet 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois.............. 17

3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 JUILLET 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LA SYPHILISATION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La voilà décidément entrée dans les Académies, cette question de la syphilisation! Que disons-nous? Ses prétentions étaient bien plus hautes et ses prétentions se sont réalisées. Elle s'est dit : Je troublerai dans sa conscience et dans sa religion l'administration même de la police, et en effet, devant ses obsessions et devant la fantasmagorie de ses prétendues preuves, l'administration qui avait sous sa main un conseil de salubrité dont personne ne contestera la compétence, l'administration qui n'avait qu'un mot à dire pour réclamer et pour obtenir les avis et les lumières de toutes les Sociétés savantes, l'administration a fait à la syphilisation les honneurs d'une commission nouvelle; et c'était bien le moins qu'elle pût faire pour cette doctrine étrange que de lui donner une commission extraordinaire.

Mais ce n'est pas de cela que nous avons à nous occuper aujourd'hui. A vrai dire, nous ne pensons pas que la syphilisation sorte plus triomphante du sein de la commission nommée par M. le préfet de police, qu'elle n'a occasion de se réjouir de son introduction à l'Académie de médecine; introduction un peu forcée, il est vrai, qu'elle n'avait pas sollicitée, ce qui fait le plus grand honneur à sa prudence, ainsi qu'on va le voir.

Personne n'a perdu le souvenir de ce jeune médecin allemand, qui fut présenté, il y a un an environ, à l'Académie de médecine, par M. Ricord, et de la triste impression qu'il y produisit. Pour des motifs qui sont restés obscurs, ce jeune confrère s'était volontairement inoculé du pus syphilitique pris à des sources qui ne sont pas parfaitement claires pour tout le monde. Toujours est-il que ces inoculations produisirent chez lui les accidens primitifs de la syphilis, c'est-à-dire des chancres. C'est alors que le bruit que commençait à faire la syphilisation parvint jusqu'à lui. Il alla trouver l'inventeur de la méthode, qui la lui appliqua immédiatement, c'est-à-dire qui lui inocula successivement plusieurs chancres, dans le but de prévenir l'explosion de la syphilis constitutionnelle. Vains efforts, espérances vaines! Notre pauvre confrère ne put pas parvenir à se syphiliser, ou plutôt, hélas! il se syphilisa si bien, qu'il apparut à l'Académie de médecine le corps couvert d'une roséole générale, de chancres ayant presque tous pris le caractère phagédénique du plus mauvais aspect, et d'une adénopathie caractéristique. La syphilis constitutionnelle était parvenue à son évolution secondaire.

L'Académie de médecine, vivement émue de ce triste spectacle, voulut qu'une commission examinât ce fait avec la plus sérieuse attention. Il était important et grave sous deux points de vue : il paraissait venir en aide aux partisans de la transmissibilité des accidens secondaires, puisque le pus d'un des chancres phagédéniques semblait avoir été puisé sur un chancre secondaire de la gorge; il venait de plus prouver l'inanité de la syphilisation qui n'avait pu prévenir chez ce malheureux jeune homme les manifestations de la vérole.

Une commission fut instituée et composée de MM. Bégin, Ricord, Lagneau, Roux et Velpeau. Cette commission est venue, hier, faire son rapport par l'organe de M. Bégin. A un sujet semblable il fallait un pareil rapporteur. Tout ce que la question de la syphilisation offre de considérations sous les aspects divers de la morale, de l'hygiène publique, de ses conséquences sociales, tout ce qu'elle présente de paradoxal, de bizarre et d'absurde dans sa théorie, tout ce qu'elle peut donner de dangers et de malheurs dans son application, tout cela devait gagner à être exposé par la voix honnête, courageuse et convaincue de M. Bégin, et c'est en effet l'émouvante impression que le savant rapporteur a produite sur la nombreuse assistance attirée hier par le sujet à l'Académie de médecine.

Nous n'analyserons pas ce rapport, nous le mettrons tout entier sous les yeux de nos lecteurs (1). Disons par avance; ce dont nos lecteurs se convaincront bientôt, que ce premier document scientifique et académique n'est rien moins que favorable à la syphilisation; de même que les partisans de la transmissibilité des accidens secondaires y chercheront vainement un appui. Cependant, sur ce dernier point, des réserves ont été faites par M. Velpeau, qui a fort judicieusement invité l'Académie à scinder en deux portions la discussion qui va s'ouvrir, une part pour la syphilisation, une part pour la transmission des accidens secondaires. M. Ricord, tout en s'associant aux doctrines générales du rapport, a fait aussi quelques réserves sur des questions de détail auxquelles il ne peut donner son entier assentiment. Il a, de plus, complété les renseignemens sur le confrère allemand qui n'a pu ou n'a voulu se présenter qu'une seule fois devant la commission. La syphilis suit chez lui son évolution classique. Il en est aux accidens tertiaires, déjà s'est montrée une exostose du cubitus. Le docteur L... n'a pas encore voulu recourir aux traitemens spécifiques. Il se voue en victime volontaire à toutes les conséquences de son expérimentation qu'il veut pousser jusqu'au bout. Il a continué les inoculations; il a dépassé aujourd'hui le nombre de 200, et, résultat véritablement frappant, toutes ces inoculations, pratiquées sur un organisme en proie aux plus formidables accidens de la vérole constitutionnelle, sont encore aujourd'hui suivis d'accidens primitifs et locaux, chaque inoculation donne lieu à un chancre! En présence de ce fait énorme et dont plus de deux cents personnes sont témoins tous les jours à l'hôpital du Midi, que devient la théorie de la syphilisation? Autre résultat présenté par M. L... Dans les salles de l'hôpital du Midi, il a rencontré du pus d'accidens secondaires de tout âge, de tout siége, de toute nature, de toute forme; il s'est pratiqué d'innombrables inoculations avec ce pus, jamais une seule de ces inoculations n'a été suivie de résultat. Toujours, au contraire, le pus d'un chancre primitif inoculé donne lieu à l'ulcération caractéristique. Jamais, assurément, une expérience plus décisive n'a été faite et ne pourra être répétée.

Voilà donc deux grandes questions engagées devant l'Académie de médecine. La syphilisation, bon gré malgré, s'est présentée devant les corps savans; il faut qu'elle en sorte jugée et appréciée à sa valeur véritable; il faut que le bon sens, la raison, la morale publique, l'observation et l'expérience apportent leur concours et demandent sévèrement compte à cette méthode du trouble et de l'émotion qu'elle suscite jusque dans les régions élevées du pouvoir. C'était notre avis dès le principe, que l'on accordait trop d'attention à cette immense hérésie; il fallait la laisser s'éteindre de sa belle mort et sous la seule réaction du bon sens public, au lieu de la taquiner par le sarcasme ou de la grandir par l'opposition. Aujourd'hui l'hérésie est devenue une doctrine ; elle a ses adhérens, ses fanatiques; elle a aussi ses victimes, elle frappe à la porte de nos hôpitaux pour qu'on livre à ses expériences insensées ces malheureuses créatures que l'indiscipline ou la maladie ont fait séquestrer; dans de pareilles circonstances, le silence du dédain n'est plus de saison; la mission de l'Académie s'élève jusqu'aux proportions d'un devoir de salut public; nous la conjurons de le remplir. La commission et son courageux rapporteur, M. Bégin, lui ont ouvert la voie.

Amédée LATOUR.

(1) L'Académie ayant voté l'impression immédiate et la distribution à ses membres du rapport de M. Bégin, dont la discussion a été renvoyée à la prochaine séance, le manuscrit en a été immédiatement livré à l'imprimeur de l'Académie, sans qu'il nous ait été possible d'en faire prendre une copie. M. J.-B. Baillière a bien voulu nous prometre de nous en communiquer une épreuve assez vite pour que nous puissions l'imprimer dans notre prochain numéro.

OBSTÉTRIQUE.

CAS SINGULIER DE GROSSESSE ANORMALE ; — KYSTE-FOETAL UTÉRO-PELVIEN ; — EXPULSION DU SQUELETTE D'UN FOETUS, PARTIE PAR LA CAVITÉ DU COL UTÉRIN, PARTIE PAR UN ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE EXTERNE ;

Par M. le professeur FORGET, de Strasbourg.

(Communiqué à l'Académie de médecine, dans sa séance du 20 Juillet 1852.)

Si le fait de grossesse anormale que nous allons produire ne se distinguait que par la singularité des voies d'expulsion du produit de la conception, nous le considérerions comme une de ces mille bizarreries que manifeste la nature dans les procédés qu'elle emploie pour débarrasser l'économie des corps étrangers incarcérés dans les tissus. Mais il s'agit ici d'un genre de grossesse qui soulève les questions les plus intéressantes et les plus obscures de l'embryogénie.

Nous agiterons ces questions après avoir exposé en détail le fait lui-même, tel qu'il a été recueilli, jour par jour, par notre aide de clinique, M. Herr, en présence des médecins et des élèves qui suivent nos visites et nos leçons.

La nommée Fauth (Marie), née à Oberbronn (Bas-Rhin), âgée de 33 ans, d'assez bonne constitution, de tempérament sanguin-lymphatique, d'intelligence peu développée et de caractère dissimulé, blanchisseuse de son état, entre à la Clinique interne de la Faculté, le 24 mars 1852. Elle a toujours été bien réglée; elle est mère de trois enfans mis au monde sans accidens et qui vivent encore. Elle raconte qu'elle se croyait enceinte de quatre à cinq mois, lorsqu'il y a trois semaines, en faisant un effort pour lever un fardeau, elle ressentit dans le bas-ventre une violente douleur bientôt suivie d'une perte de sang par la vulve. Cependant elle continua de travailler. Les pertes sanguines cessaient le jour pour reparaître la nuit. Cet état durait depuis quinze jours, lorsque, le 18 mars, à la suite d'un nouvel effort, survint encore une douleur très vive dans l'abdomen et dans les lombes, accompagnée d'un surcroît notable dans l'écoulement sanguin, lequel était mêlé de caillots volumineux. Une sage-femme appelée administra une potion qui parut arrêter l'hémorrhagie. La douleur persistant, des lavemens laudanisés furent prescrits. Néanmoins l'hémorrhagie reparut de temps à autre, jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le 25 mars, M. le docteur Strohl, agrégé suppléant le professeur de clinique, constate l'état suivant : face colorée, peau chaude, pouls large, souple, à 110. Plaintes continuelles. Abdomen tendu, météorisé, très douloureux dans le flanc gauche, jusque vers l'ombilic et la région lombaire. Au toucher, le vagin est chaud, peu douloureux; on arrive difficilement au col de l'utérus qui est très élevé, à travers des caillots sanguins. Le museau de tanche admet l'extrémité de l'index ; ses bords sont peu saillans. On ne constate pas manifestement de tumeur dans la cavité pelvienne. Le doigt est retiré couvert d'une sanie fétide. Langue chargée, sèche, fendillée, bouche amère, anorexie, quelques nausées, soif ardente. Épigastre peu sensible à la pression; constipation de trois jours; respiration fréquente; un peu de toux; rien de particulier à l'exploration du thorax. La malade conserve le décubitus dorsal; la flexion de la cuisse gauche détermine de la douleur dans l'abdomen ; insomnie. — (Saignée de 250 grammes, quinze sangsues sur l'abdomen, calomel, 5 centigrammes en quatre prises, lavement et fomentations émollientes, injections vaginales chlorurées, limonade tartarique, lait pour alimens). Le caillot de la saignée est consistant et légèrement couenneux.

26 mars. Pouls à 120, peu développé, le reste *ut suprà*. La malade répand une odeur fétide. (Chiendent, poudre de calomel, onctions mercurielles sur l'abdomen, lavement, injections chlorurées.)

27 mars. Un peu de mieux. Moins de tension et de douleurs abdominales; le flanc gauche est toujours douloureux; langue sèche, une selle consistante. (Traitement *ut suprà*.)

29 mars. La douleur est circonscrite à la région iliaque gauche. L'hémorrhagie est remplacée par un peu d'écoulement sanieux et fétide; constipation. (Calomel, onctions mercurielles, eau laxative de Vienne, 50 grammes; injections, bouillons.)

1er avril. M. le professeur Forget prend le service et constate l'état suivant : facies coloré, respiration fréquente, peau chaude et sèche, pouls petit, à 100, insomnie, céphalalgie, plaintes continuelles, langue sèche, bouche amère, soif vive, constipation, dysurie nécessitant le cathétérisme, douleur iliaque gauche, tumeur profonde, obscure à la palpation, matité à la percussion. Au toucher, le col utérin est chaud, sensiblement effacé, légèrement dilaté, point d'hémorrhagie, un peu d'écoulement sanieux et fétide. (Chiendent gommé, onctions mercurielles, cataplasmes abdominaux, lavement de lait miellé, injections vaginales, bouillon.)

Les jours suivans, un peu d'amendement. Traitement *ut suprà*. Dix sangsues à l'aine.)

Le 5. De nouveau nuit agitée, nausées, constipation. (Pilules mercurielles laxatives, limonade, onctions mercurielles, cataplasmes, injections.)

6 avril. Nuit mauvaise, douleur dans le flanc et les lombes. (12 ventouses scarifiées sur l'abdomen, bain tiède, limonade gazeuse, lavement de lait miellé, cataplasme, cathétérisme vésical.)

Les jours suivans un peu d'amélioration. (Traitement *ut suprà*.)

14 avril. Fièvre hectique, nausées, constipation, ischurie, douleur et tumeur obscure dans la région iliaque gauche. Ce jour là se manifeste, à la région iliaque *externe* gauche, une tumeur phlegmoneuse : rougeur, empâtement, sensibilité à la pression. (Traitement *ut suprà*, cataplasmes à la fesse gauche.)

Le flegmon fait des progrès lents, l'état général persiste.

25 avril. En palpant le flegmon de la région fessière, on perçoit de la fluctuation, et, en outre, une *crépitation* manifeste. Quelle peut être la cause de ce singulier phénomène? Le flegmon de la cavité pelvienne serait-il gangréneux? Mais l'état local et général repousse cette idée. N'est-il pas plus probable que ces gaz proviennent d'une perforation du gros intestin? On conçoit, en effet, qu'épanchés dans le tissu cellulaire du bassin, des gaz aient filtré le long de la fosse iliaque interne, aient contourné la crête de l'os et soient venus surgir sous les tégumens de la fesse; car on suit la crépitation depuis l'abcès extérieur jusque dans la région iliaque interne. Pour éclaircir ce mystère, on pratique le toucher par l'anus. Le doigt constate au-dessus des sphincters une ampliation de la cavité du rectum, au sommet de laquelle l'index rencontre des anfractuosités au milieu desquelles il distingue un rétrécissement du calibre de l'intestin, présentant un bourrelet froncé, résistant, à travers lequel la première phalange peut à peine pénétrer. Donc il y a lésion organique, obstacle au-dessus duquel existe probablement la perforation supposée.

Le 28 avril. Le flegmon gazeux de la fesse est incisé dans une étendue de trois centimètres, selon l'axe du corps, à trois centimètres au-dessous de la crête iliaque, et à cinq centimètres de l'épine iliaque antéro supérieure. L'ouverture donne issue à une petite quantité de pus sanieux, gris foncé, et à des gaz très fétides. Le doigt, introduit immédiatement dans la plaie, suit un trajet fistuleux qui le conduit à la crête iliaque dénudée et cariée, contourne celle-ci, et parvient, en laissant le crochet, dans la fosse iliaque interne, où il a la sensation d'un corps charnu, mollasse, qu'on prend pour une escarre cellulaire. L'opération paraît un peu soulager la malade. (Limonade tartar., cataplasmes, potages.)

29 avril. Le lendemain de l'opération, en découvrant la plaie, on trouve à son orifice une masse charnue, comme filamenteuse, gris-noirâtre, fétide, ayant le volume d'un petit œuf, qui est manifestement celle que le doigt percevait profondément la veille, et qui paraît être formée par divers tissus mortifiés. Dans le but de constater la communication supposée de l'intestin avec la plaie, un lavement est administré, mais rien ne sort par celle-ci. La plaie injectée à son tour ne fournit pas plus de lumières. (*Ut suprà.*)

Les jours suivans, la plaie fournit une sanie noirâtre et fétide; la fièvre hectique persiste (limonade citrique; injections chlorurées, le quart d'alimens).

Le 7 mai, neuf jours après l'ouverture de l'abcès, on trouve à l'orifice de la plaie un petit os long que l'on prend d'abord pour un os de volatile ou de grenouille, que l'on suppose provenir de la fistule intestinale; mais quelqu'un des assistans ayant émis l'idée que ce pourrait bien être un os de fœtus, M. Forget y vit un trait de lumière qui changea complètement l'aspect du fait en observation. MM. les professeurs Küss, Marchal et Michel reconnurent effectivement, eux aussi, dans les os qui furent successivement éliminés, des os d'un fœtus de trois à quatre mois, et dès lors, il fut définitivement démontré que l'on avait affaire à une grossesse extra-utérine (1). Quelle singularité, pourtant, que cette élimination des débris d'un fœtus intrà-pelvien par la région fessière! Mais nous n'étions pas à bout d'étonnemens.

8 mai. Le lendemain, en pratiquant le toucher, M. Forget retire des profondeurs du vagin trois petits os, dont une côte, et deux autres qui sont évidemment des os iléon et ischion de fœtus humain..... L'œuf est donc éliminé par deux voies à la fois. Mais par quel mécanisme ou par quelle voie ces débris arrivent-ils dans le vagin? On cherche avec le doigt, on applique le spéculum : nulle trace de fistule vaginale. Il faut donc que ces os viennent de l'intérieur de l'utérus. Mais comment supposer qu'une voie existant déjà sur la fesse, l'œuf s'en soit frayé une autre à travers les parois de l'utérus? En pressant la malade de questions, on apprend qu'elle a déjà rendu des os par les parties génitales, quelque temps avant l'ouverture de l'abcès, circonstance qu'elle a dissimulée par sottise ou par crainte. Il paraîtrait, dès lors, que l'abcès ne s'est formé qu'après l'ouverture de l'œuf dans la cavité de l'utérus.

Les jours suivans, quelques os sont encore éliminés par la plaie extérieure. Cependant, l'état général s'aggrave, la fièvre persiste, l'hypogastre est douloureux, la constipation est opiniâtre, le marasme fait des progrès. (Huile de ricin, lavemens, cataplasmes, injections, etc.)

26 mai. On nous montre un fragment de matière grise, friable, ressemblant assez à du détritus cancéreux, que la malade dit avoir rendu par l'anus. En touchant par le vagin, on y trouve de la matière fécale provenant d'un petit pertuis qui traverse la cloison recto-vaginale, vers le milieu de la longueur du vagin. Fièvre hectique, marasme progressif; la bouche, toujours aride, se couvre d'une exsudation pultacée; déjections involontaires, suppuration toujours fétide de la plaie. Malgré tous les moyens mis en usage, l'état s'aggrave, le coma survient, et la malade expire le 30 mai, deux mois après son entrée à l'hôpital, trois mois après la manifestation des premiers accidens, c'est-à-dire de l'hémorrhagie utérine, et vingt-trois jours après l'ouverture de l'abcès de la région fessière.

Nécropsie 30 heures après la mort.

Cadavre complètement émacié.

Rien de particulier dans les cavités du crâne et du thorax.

La paroi de l'abdomen est incisée demi-circulairement, d'une épine iliaque antérieure à l'autre, en passant par les flancs et la région épigastrique, de manière à mettre à découvert toute la cavité abdominale. Le grand épiploon et le paquet intestinal s'offrent alors à l'état sain. Nous retirons de la cavité pelvienne les intestins qui la remplissent. Une adhérence pseudo-membraneuse très circonscrite existe entre une anse de l'S du colon et le fond de la cavité pelvienne, à gauche de la matrice, en avant de son ligament large. Cette adhérence, détruite avec soin, montre que le feuillet péritonéal pelvien et celui du colon ne sont perforés ni l'un ni l'autre. Il est ainsi constaté que la cavité du péritoine ne contient aucun corps étranger et que le kyste que nous cherchons est au-dessous, et, par conséquent, en dehors du péritoine qui tapisse le fond du bassin. Cependant, le point correspondant à l'adhérence indiquée ci-dessus est noirâtre par transparence dans un espace égal à une pièce de deux francs. De ce point part une ligne noirâtre, indiquant un trajet sous-péritonéal également, qui remonte vers la saillie des psoas et iliaque, la contourne, traverse de haut en bas et de dedans en dehors la fosse iliaque interne et se perd sur la crête iliaque. Le feuillet péritonéal incisé sur cette ligne met à découvert un trajet fistuleux et sinueux qui aboutit à la crête iliaque, laquelle est dénudée et cariée. En prolongeant l'incision en dehors du bassin, on découvre la continuation du trajet fistuleux qui pénètre dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse, à travers les plans fibro-musculaires insérés à la crête iliaque, et vient aboutir à la plaie extérieure. Au niveau de la crête iliaque, ce trajet fistuleux fournit une espèce d'embranchement qui remonte entre le feuillet péritonéal et les muscles abdominaux, pour se terminer en cul-de-sac au niveau de la rate.

Le plancher inférieur du bassin paraît plus élevé à gauche qu'à droite, ce qui résulte du soulèvement du péritoine par la tumeur sous-jacente. On pénètre par une incision transversale dans cette tumeur ou ce kyste dont la paroi supérieure, constituée par le feuillet péritonéal, du tissu cellulaire condensé et une pseudo-membrane, n'a pas plus de trois millimètres d'épaisseur. Le kyste fœtal étant ouvert apparaît à peu près vide. Il est situé directement au-dessous du grand ligament de la matrice, à trois centimètres verticaux de la trompe de Fallope; il repose sur le plancher musculaire du bassin par l'intermédiaire d'une couche de tissu cellulaire condensé. Il correspond en dehors à l'espace compris entre le rebord supérieur du petit bassin (détroit supérieur), et l'échancrure sciatique; en dedans il s'enfonce jusque dans le tissu du col de la matrice, dans la cavité duquel il vient s'ouvrir. Il correspond en avant à une partie de la vessie et au trou obturateur; en arrière à une partie du rectum, aux vaisseaux pelviens et aux nerfs sacrés. Sa cavité offre la capacité d'un petit œuf de poule. Il contient un peu de sanie noirâtre et fétide. Le doigt dirigé vers l'extrémité que j'appellerai utérine du kyste, rencontre bientôt un amas de petits os agglomérés au voisinage de l'orifice intra utérin. On retire successivement les os suivans :

2 pariétaux,	1 humérus,
2 1/2 frontaux,	1 péroné,
1 occipital,	2 radius,
1 temporal,	1 tibia,
1 portion de spénoïde,	— des fragmens d'ethmoïde? et
1 omoplate,	de sphénoïde,
1 vertèbre,	1 clavicule,
1 os malaire,	quantité de débris informes.
2 branches de maxillaire infér.,	

Cela fait, nous détachons, par une dissection circulaire, les organes contenus dans le bassin : la vessie, l'utérus et les annexes, le vagin, le rectum, ensemble avec le kyste et les parties molles qui l'environnent, pour étudier la pièce sur table et la conserver ensuite. Le kyste fœtal, tapissé d'une pseudo-membrane brunâtre, offre des parois anfractueuses. Son grand diamètre est transversal. En explorant son extrémité interne, on s'aperçoit qu'elle traverse l'épaisseur du col utérin, car l'index parvient librement dans la cavité du col, et l'autre index, introduit par le vagin, en pénétrant dans le museau de tanche, rencontre la pulpe de l'autre doigt. Cet orifice fistuleux, circulaire, à bords lisses, offre environ un centimètre d'ouverture, et la portion du col utérin qui le circonscrit par en bas n'a guère qu'un centimètre de hauteur et autant d'épaisseur. Inutile de dire que par son extrémité externe le kyste se continue avec le trajet fistuleux qui aboutit à la fesse gauche. Sa cavité n'a aucune communication directe avec celle du rectum, dont l'altération est complètement isolée.

L'utérus n'est pas notablement augmenté de volume; sa cavité contient quelques filamens comme celluleux (vestiges de membrane caduque?); son tissu, du reste, n'offre aucune lésion appréciable autre que la perforation des parois du col.

Ainsi se trouve constatée et expliquée cette double issue des os du fœtus et par la région iliaque externe et par le col utérin.

Les détails suivans sont purement accessoires : le rectum incisé présente la dilatation inférieure constatée pendant la vie, puis le froncement supérieur où le doigt pénétrait difficilement. Ce froncement est constitué par un retrait du calibre de l'intestin qui n'est que légèrement épaissi, sans dégénérescence considérable : c'est plutôt un rétrécissement par simple hypertrophie qu'une dégénérescence fibreuse ou cancéreuse. Sur les côtés du rétrécissement se voient comme deux conduits fistuleux qui remontent dans l'épaisseur des parois du rectum, où ils se terminent en cul-de-sac dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, après un trajet d'un centimètre environ. La muqueuse de la portion dilatée est rouge, comme fongueuse, ramollie. A la partie antérieure et moyenne du renflement existe une ouverture de deux millimètres, à bords amincis, noirâtres, qui fait communiquer la cavité du rectum avec celle du vagin. Du reste, il n'y a, nous le répétons, aucune connexion entre le rectum et le kyste fœtal.

En résumant cette longue observation, on voit qu'une femme, mère de plusieurs enfans, se croyant enceinte de cinq mois, se livre à des efforts d'où résulte une vive douleur suivie d'une hémorrhagie utérine. Il est infiniment probable que c'est à ce moment que l'œuf s'est rompu dans le col utérin.

Le fœtus, qui n'a pu franchir la déchirure, est mort, s'est putréfié, a provoqué une inflammation periphérique simulant un flegmon de la cavité pelvienne, et une péritonite. Puis du pus et des gaz ont filtré sous le péritoine, le long des parois charnues du bassin, se sont fait jour au-dessus de la crête iliaque, et sont venus former un abcès avec crépitation au milieu de la fosse iliaque externe, abcès dont l'ouverture a donné lieu à l'issue de pus sanieux et de gaz fétides.

A cette époque, l'exploration de l'intestin fait découvrir une lésion organique du rectum, et l'on en conclut naturellement que les phénomènes précédens sont dus à une perforation intestinale. La masse, comme gangréneuse, perçue au toucher, et qui vient sortir par l'ouverture de la fesse, est considérée comme une escarrhe, tandis qu'il devient évident, plus tard, que cette masse n'est autre chose que le placenta et les enveloppes de l'œuf.

Car voilà que, par la plaie, sortent de petits os que l'on reconnaît, après quelque hésitation, et avec étonnement, être des os de fœtus. Ces os proviennent évidemment d'une grossesse extra-utérine; mais par quel singulier mécanisme viennent-ils s'ouvrir par une pareille issue?

Ce n'est pas tout : bientôt des os de fœtus sont extraits de la cavité du vagin, et la malade dit en avoir rendu d'autres par cette voie. L'exploration attentive ne découvre aucune perforation vaginale; donc, chose extraordinaire, ces os proviennent de la cavité de l'utérus. Comment un œuf peut-il être expulsé à la fois par un abcès de la région fessière et par l'intérieur de la matrice?

Puis la lésion intestinale qui vient compliquer tout cela; si bien qu'un jour des matières fécales sont également expulsées par le vagin, mais à travers une perforation de la cloison recto-vaginale.

L'autopsie seule pouvait répandre la lumière sur tant d'anomalies; or, elle a très positivement fait reconnaître un kyste fœtal situé, sans aucun doute, au-dessous, en dehors de la cavité péritonéale, communiquant, d'une part, au moyen d'un long trajet fistuleux, avec la région fessière gauche, et s'ouvrant, d'autre part, dans la cavité du col utérin. La lésion du gros intestin était complètement isolée.

Si l'autopsie permet de comprendre les phénomènes observés pendant la vie, elle laisse, néanmoins, subsister bien des problèmes ténébreux, quant au mécanisme de ce fait singulier. En effet, voilà un œuf de quatre mois environ, développé dans l'excavation pelvienne, en plus grande partie hors de la matrice, en moindre partie dans l'épaisseur du col utérin. Cet œuf est évidemment placé en dehors du péritoine; il s'est ouvert deux issues aussi étranges l'une que l'autre. Tâchons de soulever un coin du voile qui couvre ces mystères.

La grossesse extra-utérine, abandonnée à elle-même, peut se terminer de bien des manières : par la péritonite, par la momification du fœtus, par son expulsion à travers les parois abdominales, le vagin, le rectum, voire même la vessie. On a rapporté récemment divers cas de ce genre à la Société de chirurgie. Mais je n'ai vu nulle part qu'un œuf fût sorti par la région iliaque externe, ni même par la cavité de l'utérus, à plus forte raison par ces deux voies à la fois. Puisque déjà une issue s'était formée par la cavité du col utérin, issue qui, nous l'avons vu, a précédé l'autre, pourquoi cette dernière s'est-elle produite? C'est que, probablement, l'œuf a trouvé trop de difficulté à se vider par l'orifice utérin, et qu'il s'est frayé une voie supplémentaire, au moyen de ce long trajet fistuleux qui a fusé sous le péritoine, jusqu'en dehors du bassin. On pourrait croire que l'œuf, situé primitivement hors de l'utérus, a perforé lentement celui-ci, de dehors en dedans, au moyen d'un travail inflammatoire; mais la malade se portait bien, et rien n'indiquait une lésion, une inflammation intra-pelvienne, lorsqu'un effort a provoqué subitement la douleur et l'hémorrhagie qui ont marqué le début des accidens, c'est-à-dire très probablement la rupture de l'œuf occupant déjà l'épaisseur des parois utérines. Ce n'est que longtemps après que s'est formée la fistule extra-pelvienne, consécutivement à la décomposition du fœtus.

Voilà bien des singularités au point de vue de l'observation clinique et de l'anatomie pathologique; mais un intérêt d'un autre genre surgit de la question embryogénique.

On admet plusieurs espèces de grossesse extra-utérine : l'abdominale, l'ovarique, la tubaire, l'interstitielle, sans parler de l'utéro-tubaire, espèce mixte résultant de deux des précédentes. A laquelle appartient le fait actuel?

Est-ce à l'*abdominale* ou intra-péritonéale? Telle a été l'opinion de quelques habiles confrères qui n'imaginaient pas qu'un œuf situé hors de la matrice ou de ses annexes, puisse siéger ailleurs que dans la cavité péritonéale. Et pourtant il est bien constaté que l'œuf existait en dehors de cette cavité; la négation est insoutenable, aussi a-t-on supposé que l'œuf existant primitivement dans le péritoine, a pénétré secondairement au-dessous, par un mécanisme quelconque; ce qui ne se conçoit pas, vu l'intégrité du bas-fond du péritoine pelvien. Comment, d'ailleurs, un œuf intra ou extra-pelvien peut-il avoir perforé, de dehors en dedans les parois utérines? Bref, la grossesse intra-péritonéale nous paraît improbable et contraire aux faits patens.

Est-ce une grossesse *ovarique*? Non, sans doute, car l'œuf était bien éloigné de l'ovaire. Il est vrai qu'on a supposé que l'ovule, détaché de l'ovaire, a pu glisser entre les deux feuillets de la grande aile de la matrice, et venir se déposer dans le tissu cellulaire extra-péritonéal; mais ce n'est là qu'une supposition ingénieuse; l'ovaire était sain, la grande aile ne présente rien de particulier, elle reposait régulièrement par sa base sur le kyste même.

Est-ce une grossesse *tubaire*? On a pensé que l'œuf engagé dans la trompe a pu la rompre et glisser dans l'intervalle des feuillets péritonéaux, comme nous l'avons dit ci-dessus. Mais, indépendamment des argumens précédens, de l'intégrité de la trompe, etc., ce n'est point ainsi que se comporte la grossesse tubaire : l'œuf prend un certain développement dans la trompe, puis la brise et donne lieu à des accidens hémorrhagiques et phlegmasiques formidables, qui, le plus souvent, entraînent promptement la mort, ainsi que nous l'avons observé nous-même chez une malade de la Clinique, il y a quinze ans.

(1) Les os successivement éliminés et recueillis pendant la vie sont, 1° par le vagin : 1 côte, 1 iléon, 1 ischion; 2° par la plaie de la fesse : 2 côtes, 1 fémur, 1 humérus, 1 péroné, 1 tibia, 1 temporal.

Puis, dans cette hypothèse, même difficulté que dans les précédentes, pour expliquer l'ouverture de l'œuf dans la cavité du col utérin.

Serait-ce donc une grossesse *interstitielle*? Disons d'abord que la grossesse interstitielle est très rare, que son mécanisme soit profondément ignoré ; mais en fait, tant mystérieux qu'il est, ce phénomène existe : il y a des grossesses interstitielles. L'opinion la plus répandue est que, dans ce cas, l'œuf s'arrête dans la portion utérine de la trompe, et de là pénètre directement dans le tissu de l'utérus ; ce qui le ferait croire, c'est que l'œuf interstitiel occupe presque toujours le segment supérieur et latéral de la matrice ; on conçoit cependant qu'il puisse exister plus bas. Eh bien ! tout considéré, la grossesse interstitielle me paraît être celle à laquelle appartient le fait que nous analysons : 1° parce que c'est elle qui explique le mieux la perforation de l'utérus ; 2° parce qu'elle nous paraît démontrée par la nature des premiers accidens, par l'hémorrhagie résultant de la rupture de l'œuf dans la cavité du col, phénomène qu'elle seule peut expliquer. A cela l'on objecte que dans la grossesse interstitielle l'œuf s'ouvre toujours dans la cavité du péritoine ; qu'un corps intra-utérin ne peut traverser les parois de l'utérus sans tomber dans la cavité du péritoine, etc. Ces difficultés ne nous paraissent pas insolubles. D'abord l'œuf peut s'ouvrir dans la cavité de l'utérus et surtout du col, si les parois du kyste sont très minces de ce côté. En second lieu, il est facile de se figurer un ovule situé dans l'épaisseur du col, au niveau de l'adossement des feuillets du ligament large, rompant la paroi externe de sa loge et se glissant sous le péritoine, le soulevant sans le rompre. Au demeurant, je suis loin de nier les difficultés, mais je répète que l'hypothèse d'une grossesse interstitielle me paraît la plus probable, en tant que moins invraisemblable que toutes les autres. Entre plusieurs obscurités il faut choisir la moins profonde.

En définitive, nous concevons qu'ici, par un mécanisme ignoré même dans les cas patens de grossesse interstitielle, un œuf s'est développé dans la portion cervicale de l'utérus; que, d'une part, il s'est étendu dans le bassin, en dehors du péritoine qu'il a écarté, soulevé, et que, d'autre part, il s'est ouvert dans la cavité du col, brisant ainsi successivement son enveloppe utérine des deux côtés. J'aime mieux croire cela que d'admettre un ovule tombé dans le péritoine qu'il perfore, pour aller ensuite perforer l'utérus ; ou bien un ovule échappé de l'ovaire ou de la trompe, glissant entre les deux feuillets du ligament large et allant également s'ouvrir dans la matrice.

Finalement, je ne donne mon opinion que comme une hypothèse qui me paraît plus soutenable que les autres, opinion que je soumets au contrôle des experts en embryogénie. Heureux d'avoir produit un fait qui, réduit à ses élémens positifs, est, sauf contredit, un des plus curieux que possède la science. Il prouve une fois de plus que le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION DE MORVE AIGUE SPONTANÉE CHEZ UNE FEMME.

(Communiquée à l'Académie de médecine, séance du 20 Juillet 1852.)

A Monsieur le Président de l'Académie nationale de médecine.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie une observation de *morve aiguë virulente*, développée spontanément chez une femme, et recueillie avec beaucoup de soin dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ce fait, qui est entouré de toutes les garanties désirables d'authenticité, est, je crois, le seul exemple de cette nature qui soit bien établi dans la science.

Jusqu'à ce jour, on a pensé généralement que l'affection morveuse chez l'homme est toujours le résultat de la contagion et que son développement spontané appartient exclusivement aux animaux solipèdes. Cette opinion me paraît aujourd'hui devoir être réformée : le fait que j'ai observé et que j'ai montré à un grand nombre de médecins et de vétérinaires, la rend désormais difficile à soutenir. Il a donc une grande importance au point de vue de la pathogénie; c'est pour ce motif que j'ai cru devoir le porter à la connaissance de l'Académie de médecine. — Voici le fait :

Le 8 juin 1852, on apporte à l'Hôtel-Dieu, dans la salle St-Charles, une femme nommée Adélaïde James, âgée de 47 ans, demeurant aux Brotteaux, rue Godefroi, 9. Cette femme est mariée ; mais depuis deux ans elle ne vit plus avec son mari. Elle est ouvrière en soie et n'a jamais travaillé que sur les satins noirs. Elle habite un quartier parfaitement aéré. Sa chambre est spacieuse, bien exposée ; son ménage propre et sa nourriture assez bonne. Elle sort fort peu et mène une vie sédentaire. D'après des renseignemens pris avec exactitude auprès d'elle et auprès des personnes de son entourage, elle n'a eu aucun contact avec des chevaux, aucune relation avec des cochers, palfreniers ou soldats de cavalerie, et n'a touché aucun objet capable de se charger de virus morveux. Elle demeure, il est vrai, dans une maison où se trouve une boucherie; mais cette boucherie n'est pas un abattoir; on y vend de la bonne viande comme dans toutes celles qui existent dans les rues des grandes villes.

En 1849, elle contracta la syphilis. Elle eut un bubon à l'aine droite, qui suppura et qui guérit très bien, après deux mois de traitement.

Le 30 mai dernier, s'étant exposée, dit-elle, à un courant d'air, le corps couvert de sueur, elle éprouva un sentiment de froid intense et profond. Ce frisson dura quatre jours et s'accompagna de faiblesse, de céphalalgie, d'anorexie et surtout de douleurs dans les jointures.

Le quatrième jour, quand la réaction de chaleur se fut établie, elle vit survenir sur la jambe droite, à la partie moyenne et antérieure, une pustule blanche entourée d'une auréole rouge.

Le cinquième jour, la face dorsale des deux pieds est couverte d'un érysipèle œdémateux, et sur les quatre membres, dans le sens de l'extension, apparaissent soudainement quelques tumeurs, avec ou sans changement de couleur à la peau, formées par des nodosités dures plus ou moins douloureuses.

Les jours suivans, tous ces phénomènes s'aggravent; un abcès s'est formé sous la pustule de la jambe. A ce moment on fait appeler un médecin, qui ouvre cet abcès, et le lendemain (8 juin), dixième jour de la maladie, Adélaïde James est apportée à l'Hôtel-Dieu, dans mon service. A son entrée, elle présente l'état suivant : facies anxieux, peau chaude, pouls accéléré, langue blanchâtre et sèche; céphalalgie, brisement général; soif vive; la malade répond avec un certain embarras aux questions qu'on lui adresse. Elle est dans une grande agitation; elle se plaint de ne pas dormir, ou bien d'avoir un assoupissement troublé par des rêvasseries pénibles.

Les jambes sont œdématiées et présentent des plaques érysipélateuses diffuses sur leur partie antérieure et sur la face dorsale des deux pieds. Le gros orteil et le deuxième orteil du pied gauche ne peuvent souffrir la moindre pression. Huit à dix tumeurs ou nodosités, les unes dures, douloureuses au toucher, avec ou sans inflammation à la peau; les autres fluctueuses et formées évidemment par des abcès, s'élèvent sur les membres inférieurs ou supérieurs. Un pus sanieux s'écoule de l'abcès de la jambe; deux pustules semblables à celles de l'ecthyma se montrent l'une sur l'apophyse styloïde du cubitus droit, et l'autre sur le sommet d'un abcès de la cuisse. (Tisane diaphorétique, potion calmante, charpie cératée et cataplasme sur la plaie.)

Le 10 juin, même état; de plus, formation d'autres abcès avec les mêmes caractères anatomiques. Les deux mains sont le siége, sur la face dorsale, d'un érysipèle œdémateux diffus, très douloureux au toucher. La langue est très chargée, la malade se plaint d'envies de vomir (5 centigr. d'émétique en lavage, tilleul et feuilles d'oranger, potion calmante).

Pendant deux jours, la malade paraît un peu plus calme. Cependant la fièvre est toujours intense, le facies est hébété, il y a un peu de subdélirium, la bouche est toujours pâteuse (orangeade, potion calmante).

A partir du 14 juin (seizième jour de la maladie), les phénomènes locaux et généraux vont en s'aggravant; de nouveaux abcès se forment, et quelques-uns de ceux que nous avions constatés paraissent s'être résorbés. La plaie de la jambe devient gangréneuse, elle gagne en profondeur et dissèque les muscles. La moindre pression sur les membres excite de vives douleurs, tandis que dans le repos la malade assure n'éprouver aucune espèce de souffrance. L'assoupissement augmente, il y a toujours parfois du subdélirium; mais il est plus calme. (Traitement de M. Tessier de Paris, contre la diathèse purulente; potion avec 2 grammes de teinture d'aconit; pansement avec la poudre de kina et de charbon.)

Sous l'influence de ce pansement antiseptique, la gangrène de la jambe s'est arrêtée. Mais alors nous voyons apparaître deux nouvelles pustules semblables à celles de la variole à la période de suppuration, et un abcès avec coloration violacée de la peau sur la pommette gauche. Jusque-là, j'avais traité cette malade sans bien me rendre compte de l'affection dont elle était atteinte. Je voyais un cas de fièvre grave avec tendance aux abcès multiples et aux érysipèles; mais quand je vis paraître sur la face les pustules varioliformes, un soupçon traversa mon esprit et il me sembla que le fait que j'avais sous les yeux avait quelques ressemblances avec la morve aiguë.

Cependant, comme il n'y avait pas de sécrétion purulente des fosses nasales, je suspendis mon jugement.

Les jours suivans (16 et 17 juin), les pustules varioliformes deviennent plus nombreuses. La face exprime la stupeur, la langue est sèche, le ventre météorisé, l'assoupissement continuel. Malgré l'absence de jetage, la ressemblance avec la morve me paraît augmenter, et j'invite mes collègues de l'Hôtel-Dieu et M. Leroy, directeur de l'École vétérinaire, à venir voir la malade. M. Leroy ne voyant chez celle-ci ni engorgement des glandes, ni écoulement par les fosses nasales, ne voulut pas se prononcer encore.

Cependant, les abcès et les pustules se multiplient toujours; le coude et le genou droit se tuméfient et deviennent très douloureux. L'accablement de la face et le délire augmentent, les lèvres deviennent bleues, la prostration est extrême; il y a des soubresauts des tendons et trois ou quatre taches pétéchiales sur la poitrine. (Potion avec 4 gr. de teinture d'aconit, lavement de kina additionné de musc.)

Le 20 juin (vingt-deuxième jour de la maladie), il se forme un érysipèle sur la face, au-dessous de l'angle intérieur des paupières, qui se développe rapidement, prend le lendemain une teinte noirâtre et se recouvre de phlyctènes. Les pustules deviennent toujours plus nombreuses, ainsi que les abcès. Quant à l'état général, il est on ne peut plus grave; le pouls est à 130 pulsations, la langue est comme rôtie, et l'on aperçoit de petites croûtes noirâtres à l'intérieur des fosses nasales, mais point de jetage. (Tisane avec 40 gouttes de chlore liquide, lavement musqué.)

Néanmoins, la plupart de mes collègues, procédant comme moi par élimination, et ne voyant dans le cadre de la nosologie humaine aucune maladie semblable à celle-ci, si ce n'est la morve, pensent que nous avons affaire à un cas de cette terrible maladie.

Enfin, le 21 juin, la diarrhée se manifeste, des phlyctènes apparaissent sur quelques-uns des abcès des membres; et le 22, Adélaïde James expire à six heures du matin.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, en présence de la commission désignée par la Société de médecine, de M. Lecoq, directeur de l'École vétérinaire, et d'un grand nombre de médecins, on constate les lésions suivantes :

Surface externe du corps : six à sept bulles sur les membres, contenant un liquide séro-purulent, deux phlyctènes gangréneuses, une à la base du nez, l'autre à la cuisse sur un abcès.

Vingt-neuf pustules opaques, semblables à celles de la variole, à la période de suppuration, mais sans être ombiliquées.

On n'aperçoit plus de traces d'érysipèle qu'à la face. Les plaques érysipélateuses des pieds et des mains se sont effacées; mais à l'endroit qu'elles occupaient, on trouve du pus épais au-dessous de la peau.

Nous avons compté jusqu'à vingt-sept abcès, dont deux gangréneux. Les uns sont sous-cutanés; d'autres existent profondément et dissèquent les muscles; d'autres, enfin, sont intra-articulaires.

Nous avons trouvé du pus dans les deux genoux, dans les coudes et dans quelques jointures des orteils. La suppuration est le plus souvent épaisse, mal liée et mêlée de grumeaux. Dans quelques abcès, elle avait les caractères d'un pus sanieux de mauvaise nature.

Intérieur du corps. — Le cerveau et le cervelet sont sains.

L'arachnoïde est légèrement arborisée.

Les sinus de la dure-mère sont remplis d'un sang noir.

Les fosses nasales sont le siége d'altérations importantes et significatives.

La muqueuse est épaisse, ramollie, d'un rouge très foncé, elle se détache facilement des os. Elle est infiltrée d'une sérosité sanguinolente dans presque toute son étendue. Dans quelques points, elle présente des érosions granuleuses et infiltrées de pus (caractère essentiel de la morve).

Les cornets offrent un aspect noirâtre; ils sont remplis de mucosités sanguinolentes et purulentes, ce qui nous a fait preuve que si la malade eût vécu deux ou trois jours de plus, on aurait observé le jetage par les narines.

La muqueuse de l'arrière-bouche a le même aspect que la pituitaire, mais à un degré moindre.

Les poumons ne contiennent aucun abcès; mais ils sont infiltrés d'un sang noir, et le gauche est le siége surtout en arrière d'un engorgement marqué et qui a la forme lobulaire.

Le cœur est sain, et le ventricule gauche renferme quelques caillots rougeâtres et peu considérables.

Le foie, la rate, le pancréas et les reins ont leur apparence normale.

Nous avons examiné avec soin les parties sexuelles, le vagin et la matrice, et nous n'y avons découvert aucune trace d'affection syphilitique. Circonstance digne d'être notée, à cause de l'existence antérieure d'un bubon qui, on se le rappelle, s'est ouvert au pli de l'aine en 1849.

Dans l'estomac, nous avons trouvé une plaque ecchymotique de la largeur d'une pièce de cinq francs. Sur ce point, la muqueuse est ramollie. Dans toute la longueur des intestins, nous n'avons constaté que quelques rougeurs arborisées d'injection cadavérique. Les plaques de Peyer et de Brunner étaient intactes. L'absence d'altération des intestins est, comme on sait, un des points les plus importans de l'histoire anatomique de la morve aiguë.

Les ganglions lymphatiques n'étaient pas visiblement engorgés.

En présence de ces lésions cadavériques, M. Lecoq, prié par moi d'exprimer son opinion, n'hésita pas, et affirma que s'il rencontrait de pareilles altérations sur le cheval, il diagnostiquerait une morve aiguë.

Cependant, il manquait encore une contre-épreuve à ce jugement : c'était celle de l'inoculation; nous n'avons pas manqué d'y recourir. Du pus, ayant été recueilli pendant la vie sur un des abcès, fut inoculé à un cheval maigre, mais jouissant d'une bonne santé, et dix jours après, le cheval succomba à tous les symptômes d'une morve aiguë évidente, c'est-à-dire après avoir présenté la tuméfaction des ganglions de l'auge et le jetage purulent par les narines. A l'ouverture du cadavre, on trouve les altérations caractéristiques de la pituitaire, son épaississement, son ramollissement, de petites ulcérations lenticulaires et de nombreux points blancs infiltrés de pus.

Ainsi, voilà une maladie dans laquelle on a vu se dérouler successivement de vives douleurs articulaires, des symptômes de fièvre grave, des pustules varioliformes, des érysipèles gangréneux et des abcès multiples, dont plusieurs étaient surmontés de phlyctènes.

A l'autopsie, on trouve des érosions granuleuses, une sécrétion sanguine et purulente dans les fosses nasales, et de plus, l'inoculation pratiquée à un cheval lui a donné la morve. Tous ces faits ont été constatés, de la manière la plus évidente, par un grand nombre d'hommes instruits et compétens; il ne saurait donc y avoir de doute. Le tableau est complet : c'est bien celui d'une morve aiguë, *spécifique* et *virulente*; et si l'on veut bien se rappeler que nous avons fait une enquête rigoureuse sur les causes qui ont pu déterminer l'apparition de la maladie de la femme James, sur les objets de sa profession, son logement, son genre de vie, ses relations, et que nous n'avons pu découvrir la moindre cause présumable de contagion, on arrivera naturellement à conclure que cette morve aiguë s'est *développée spontanément*.

Agréez, etc.

B. Tessier,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 Juillet 1852.—Présidence de M. Piobert.

M. Andral présente, au nom de M. Monneret, un mémoire *sur les formes que prend la fibrine dans les inflammations*, que l'auteur résume dans les propositions générales suivantes :

La fibrine ne se présente dans l'interstice des tissus ou à leur face libre que dans deux conditions morbides, l'inflammation et l'hémorrhagie.

Dans le premier cas, la fibrine s'extravase en solution dans la sérosité du sang, et bientôt après passe à l'état solide et corpusculaire. Examinée au microscope à un grossissement de 5 à 600 diamètres, elle affecte toujours une des trois formes suivantes : 1° la *forme fibrillaire*; 2° la *granuleuse*; 3° la *celluleuse*. Les deux premières représentent la forme primordiale, élémentaire et immuable de la fibrine.

1° La *fibrine fibrillaire* est constituée par des fibres excessivement fines, droites, parallèles, réunies en faisceaux plus ou moins nombreux,

et traversés parfois par d'autres faisceaux semblables plus ou moins régulièrement espacés. Les fibres sont très distinctement formées de malléoles très petits, disposés en série linéaire, tout à fait pareilles aux fibres de la tunique moyenne des artères, des valvules sygmoïdes, des veines et des muscles de la vie organique. Elles sont très rapidement et très fortement rétractiles; en quelques minutes, elles se réduisent à un très petit volume.

2° La *forme granuleuse* est déterminée par l'agglomération de granulations sphériques, presque de même dimension, et plus petites que toutes celles qui appartiennent aux tissus pathologiques. Elle constitue des masses irrégulières, de différentes grandeurs et se trouve souvent dans le même plasma mêlée à la forme précédente, en laquelle elle ne se transforme pas.

3° La *forme celluleuse* est caractérisée par la présence de la cellule appelée granuleuse ou composée. Une enveloppe commune réunit huit à douze nucléoles, qui se dissocient et se dissolvent par l'action de l'acide acétique. Cette cellule est une manière d'être nouvelle et pathologique de la fibrine, qui n'appartient qu'à l'inflammation.

Les fibrines fibrillées et granulées ont exactement les mêmes propriétés. Solubles dans l'acide acétique, fortement rétractiles, elles se montrent toujours identiques à elles-mêmes : dans toutes les sérosités des phlegmasies, dans la concrétion qui se forme à la surface de la peau dénudée, dans le plasma des plaies réunies par première intention, dans les plaques molles du muguet, tout aussi bien que dans la fausse membrane de la bouche ou du larynx enflammés; dans les pustules varioliques, où cette fibrine ne paraît que du sixième au douzième jour pour opérer la cicatrisation du derme; enfin dans les concrétions plastiques de la pie-mère, du péritoine et des parenchymes enflammés. La fibrine, dans tous ces cas, remplit les espaces intra-fibrillaires des tissus, et, ainsi rejetée hors des voies de la circulation, amène l'oblitération des varioles organiques, comme elle le fait en grand pour toute une tunique séreuse. Elle subit alors différentes vicissitudes : 1° elle joue le plus ordinairement le rôle d'une substance intermédiaire, d'un support dans lequel pénètrent les vaisseaux de nouvelle formation qui proviennent du tissu phlogosé; 2° ou bien la sérosité fournie par les vaisseaux dissocie les élémens de la fibrine, qui est alors résorbée; 3° souvent elle reste à l'état granuleux ou fibrillaire, devient plus dense et plus serrée, comme dans les adhérences, les plaques laiteuses et certaines indurations; 4° enfin elle reçoit par les vaisseaux qui la traversent et qui appartiennent au tissu voisin les élémens normaux qui entrent dans la constitution des cicatrices, dont les tissus se sont régénérés.

Les fibrines fibrillaire, granuleuse et celluleuse ne s'organisent jamais; elles sont condamnées à rester ce qu'elles sont à leur sortie des vaisseaux phlogosés, et à ne jamais prendre d'autre forme.

Les vaisseaux qui les traversent peuvent seuls les atrophier et les faire disparaître ou y jeter deux produits, les uns physiologiques, les autres morbides.

Les produits physiologiques sont le résultat de la sécrétion variable et propre à chaque tissu duquel sortent les vaisseaux.

C'est ainsi que l'on trouve dans le plasma cicatriciel de la pustule varioleuse l'épithélium à toutes les périodes de développement, et dans le croup, dans le muguet, la même formation, dans le poumon enflammé chroniquement, la mélanose, etc. Jamais on n'observe dans la fibrine déposée la moindre trace d'une transformation quelle qu'elle soit. L'action dynamique vitale des vaisseaux propres fait tout; la fibrine n'y joue que le rôle fort secondaire de support.

Les produits hétéromorphes, tels que le pus, le tubercule, le cancer, peuvent y être déposés : 1° par le seul fait de l'endosmose quand les fausses membranes sont récentes ou anciennes, mais alors de consistance médiocre; 2° par sécrétion spéciale des vaisseaux qui traversent la fibrine. Ici encore jamais de transformation de cet élément en un autre.

De plus, la fibrine concrète retenant toujours de la sérosité et recevant d'ailleurs par endosmose toutes les liqueurs voisines, peut, par son contact avec l'air ou avec des humeurs acides, subir une troisième altération. Il y naît des végétaux dont les formes sont assez variables, et parmi lesquelles on distingue surtout des *sporotrychnines* et le *pénicillum glaucum*. Les fausses membranes de la diphthérite et du muguet, aussi bien que celles que l'on trouve à la surface de la peau et ailleurs encore, constituent une sorte de tente ou de réceptacle pour ces végétations nouvelles. On obtient les mêmes résultats avec la fibrine que l'on expose à l'air ou que l'on acidifie légèrement.

4° La fibrine, sortie des vaisseaux par hémorrhagie, se présente également comme le concrétum phlegmasique, sous la forme fibrillaire, mais les fibres en sont plus grosses, moins régulières et n'ont plus une forme striée aussi distincte ni aussi élégante que l'autre fibrine. Jamais on n'y voit mêlée la cellule granuleuse de l'inflammation. J'ai observé cette fibrine dans des caillots sanguins jaunâtres que le cerveau renfermait depuis longtemps; dans une caverne pulmonaire hémorrhagique, dans des tumeurs anévrysmales et dans des indurations cérébrales jaunâtres que l'on aurait prises, sans le secours du microscope, pour des cicatrices cérébrales. La fibrine hémorrhagique n'appelle point le travail de vascularisation comme le fait si rapidement la fibrine extravasée par inflammation. On ne voit jamais la moindre tendance de la part de cette fibrine à se transformer en tissu homologue ou hétérologue, ni à faire les frais de la plus mince régénération cicatricielle. Il faut, pour cela, que le travail phlegmasique intervienne et verse l'autre fibrine. Les différences qui existent entre le plasma phlegmasique et l'hémorrhagique sont donc assez tranchées.

Il résulte enfin de ces observations que la présence d'une quantité de fibrine, quelque minime qu'elle soit et appréciable seulement par le microscope, suffit pour établir d'une manière irréfragable l'existence d'une inflammation, quand il s'y ajoute une cellule granuleuse. La sérosité du tissu cellulaire des membres œdématiés ou du liquide obtenu par la thoracentèse, m'a permis de reconnaître des inflammations ignorées jusqu'alors, et par contre je n'ai rencontré aucune trace de fibrine dans les sérosités des phlyctènes, des sudaminas, des bulles et de quelques productions pathologiques qu'on aurait été disposé à rapporter à l'inflammation. On peut donc, en clinique, et par une observation très facile et rapide, tirer des inductions précieuses, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement, de l'étude de la fibrine à l'aide du microscope.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Juillet 1852. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Forget, de Strasbourg. (Voir plus haut.)

2° Une lettre de M. Tessier, de Lyon. (Voir plus haut.)

3° Une lettre de M. le docteur Chabert, qui met à la disposition de l'Académie des échantillons d'une plante précieuse, connue dans l'Amérique du centre et dans tout le Mexique sous le nom de *huaco*, et qui passe pour spécifique contre les morsures des reptiles venimeux et contre la rage. (Renvoyé à la commission des remèdes, à laquelle seront adjoints MM. Renault et Delafond.)

4° Un mémoire de M. Frémineau, interne provisoire à l'Hôtel-Dieu, sur l'anesthésie comme moyen d'obtenir l'immobilité de l'œil dans les opérations.

5° Une lettre de M. Gouyon, de Clermont-Ferrand, contenant la description d'un instrument qu'il destine à la dilatation et à la désobstruction du larynx, dans le croup, et qu'il désigne sous le nom de dilatateur du larynx. (Comm. M. Larrey.)

6° Un mémoire de M. Delioux, sur l'application des injections iodées au traitement de la dyssenterie chronique.

— M. Husard lit un rapport sur un mémoire de M. Leblanc, vétérinaire, intitulé : *Du fongus hématode ou sanguin observé chez le cheval, le bœuf et le chien.*

Le travail de M. Leblanc roule principalement sur une tumeur sanguine qu'il a vue chez trois chevaux à la face interne de l'avant-bras. Ce qu'il désigne sous ce nom est une tumeur purement sanguine, non organisée, et dans laquelle le sang présente dans les diverses parties des états tout différens, depuis l'état de corps très consistant et presque sec, jusqu'à l'état de la plus grande fluidité.

L'auteur trouve la cause probable de la formation de ces fongus hématodes, dans l'altération que les organes éprouvent par un froissement longtemps continué, ou incessamment répété, puisque dans tout autre accident momentané, tout épanchement, même sanguin, est absorbé, ou est suivi d'une inflammation suppurative. M. Leblanc pense donc que, dans les faits qu'il rapporte les fongus hématodes n'ont été que la suite de la transformation en tissus fibreux plastiques, et peut-être cancéreux, des organes sur lesquels la tumeur s'est développée. La rapidité de la reproduction du fongus, après son enlèvement, ressemble un peu, selon M. Leblanc, à celle de la reproduction du cancer, et peut-être tient à la même nature de dégénérescence.

L'auteur termine par les propositions suivantes :

Il peut exister au sein ou à la surface de certains tissus malades, des masses de sang coagulé, sans organisation évidente, qui, non seulement ne sont pas absorbées ni altérées par la nutrition, mais qui, encore, tendent constamment à s'accroître, et qui paraissent échapper en partie à la putréfaction. Ces masses sanguines adhèrent aux tissus avec lesquels elles sont en contact, et se renouvellent tant que les tissus d'où elles émanent ne sont pas modifiés, excisés ou détruits d'une manière quelconque.

Pour les distinguer de toute autre tumeur sanguine, on ferait bien de les appeler *fongus hématode pur*.

On appellerait *fongus hématode mixte* la lésion qui consiste dans des productions fermées à leur périphérie par un tissu mou, aréolaire, très vasculaire, et à leur centre d'une masse sanguine, coagulée, ressemblant à celle du fongus hématode pur, et qui, comme celui-ci, se développent rapidement et pullulent à nouveau, jusqu'à ce que les tissus malades d'où elles naissent soient complètement détruits ou fortement modifiés.

Ces deux variétés de fongus proviennent de tissus accidentels, soit homœomorphes, soit hétéromorphes des tissus indurés, de tissu fibro-plastique ou de tissu cancéreux.

Le tissu fibro-plastique peut se répéter et pulluler dans l'économie, à la manière du tissu cancéreux et de la mélanose.

Le meilleur moyen de détruire les fongus hématodes, est l'excision complète des tissus malades qui en sont la source : la cautérisation, même celle pratiquée avec le fer rouge, est souvent insuffisante, parce qu'elle ne détruit pas assez sûrement toutes les parties lésées.

M. le rapporteur, après avoir présenté quelques critiques sur quelques points du travail de M. Leblanc, qui lui paraissent contestables, tels que la division en fongus hématode pur et fongus hématode mixte, etc., conclut en proposant d'adresser des remercîmens à M. Leblanc pour ce nouveau travail, et de le renvoyer au comité de publication. (Adopté.)

M. Bégin lit un rapport sur la syphilisation. — En raison de l'importance de ce rapport, l'Académie, sur la proposition de son président, décide qu'il sera immédiatement livré à l'impression, et que la discussion ne sera ouverte que mardi prochain. Cette circonstance ne nous ayant pas permis de lire le rapport au secrétariat, nous le publierons textuellement après qu'il aura été imprimé au *Bulletin*.

M. Quevenne lit un travail ayant pour titre : *Faits relatifs à la médication ferrugineuse.* Dans un travail physiologique d'une certaine étendue, ayant pour objet l'étude des phénomènes qui s'accomplissent dans différentes parties de l'organisme, et surtout dans l'estomac, pendant l'administration des ferrugineux. M. Quevenne a été conduit à observer quelques nouveaux faits, dont trois, entre autres, lui ont paru dignes d'attirer l'attention de l'Académie : tel est l'objet de cette communication.

L'un des faits dont il s'agit est relatif au tartrate ferrico-potassique;

L'autre au mode d'action des préparations ferrugineuses, insolubles, comparé à celui des sels solubles;

Le troisième, aux modifications que subit l'iodure de fer dans l'économie.

D'après l'exposé de ces faits, l'auteur croit pouvoir établir les propositions suivantes :

1° Lorsque l'on introduit dans l'estomac du tartrate ferrico-potassique, s'il se trouve en même temps dans cet organe des alimens ou du suc gastrique, il y a précipitation d'une forte proportion du fer.

2° Le fer métallique très divisé, ingéré en même temps que les alimens, introduit plus de fer à l'état de dissolution dans le suc gastrique, que les sels de ce métal administrés dans la même condition.

3° Lorsqu'on administre l'iodure de fer, il commence aussitôt à s'établir dans l'économie un départ entre les deux élémens du composé; comme M. Cl. Bernard l'avait déjà constaté chez les lapins :

10 minutes après l'ingestion si le sel a été pris à jeun;

15 minutes après, s'il a été ingéré avec les alimens.

L'iode apparaît dans les urines, et il y passe si abondamment, que quarante-huit heures après, environ, les trois quarts de la quantité de métalloïde ingérée sont déjà ressortis de l'économie par cette voie, tandis qu'il n'est parvenu dans la vessie qu'une trace de fer.

4° Le fer réduit par l'hydrogène, dont l'usage a été proposé par MM. Miquelard et Quevenne, en 1850, et dont l'emploi constitue aujourd'hui un fait acquis à la thérapeutique, est une préparation supérieure par sa pureté, et son état de division moléculaire, à l'émail, qu'elle est destinée à remplacer.

M. Maisonneuve présente à l'Académie une jeune fille de 17 ans, à laquelle il a pratiqué, l'année dernière, la désarticulation de toute la moitié latérale gauche de la mâchoire inférieure, et chez laquelle, malgré cet énorme délabrement, il ne reste presque aucune trace de l'opération; le nerf facial a été respecté, de sorte que les paupières et les lèvres ont conservé leur mouvement, et le visage sa régularité.

L'examen anatomique de la tumeur a fait reconnaître un ostéosarcôme de l'os maxillaire, et le microscope a constaté de nombreuses cellules cancéreuses, et surtout une multitude de noyaux caractéristiques.

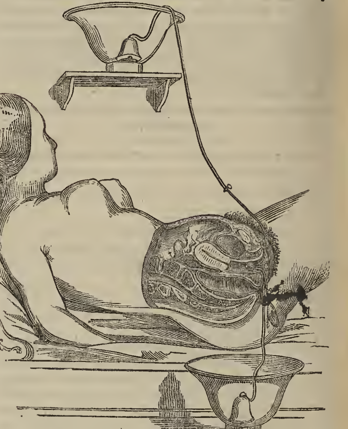
M. Maisonneuve présente ensuite un *nouvel irrigateur vaginal*, qui permet aux malades, atteintes d'affections de l'utérus, de pratiquer dans l'intérieur du vagin des irrigations continues, en restant couchées dans leur lit ou sur une chaise longue.

Cet instrument consiste en un long siphon de caoutchouc vulcanisé, et muni à son extrémité vaginale : 1° d'une ampoule dilatable qui retient l'eau dans l'intérieur du vagin, et l'empêche de s'écouler par la vulve; 2° d'un tuyau de décharge destiné à conduire dans un vase préparé à cet effet, l'eau qui a baigné le col de l'utérus. Pour s'en servir :

1° On dispose, près du lit où doit reposer la malade, une table sur laquelle on place une chaise, et sur cette chaise on met un seau d'eau tiède.

2° On remplit d'eau le siphon flexible, puis, après avoir fermé le robinet d'écoulement, on plonge dans le seau préparé l'extrémité du siphon qui est muni d'un suçoir.

3° La malade, couchée sur son lit, introduit elle-même dans le vagin



l'extrémité ampulaire du siphon; elle dilate ensuite l'ampoule en pressant sur le réservoir d'air, et maintient cette dilatation en fermant le robinet.

4° Enfin, elle dispose l'extrémité du tuyau de décharge dans une cuvette vide, et elle ouvre le robinet d'écoulement; l'eau contenue dans le seau coule dans le vagin. Retenue dans cet organe par l'ampoule dilatée, elle baigne le col de l'utérus et s'écoule par le tuyau de décharge sans mouiller ni les parties extérieures, ni les garnitures du lit.

Les irrigations prolongées, faites à l'aide de cet instrument, ont donné à M. Maisonneuve d'excellens résultats dans un grand nombre d'affections graves de l'utérus, principalement dans les affections inflammatoires.

Il est cinq heures, la séance est levée.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Nous avions appris avec douleur la nouvelle de la maladie de notre respectable confrère, M. Réveillé-Parise; nous apprenons avec un vif plaisir qu'une grande amélioration, due au traitement dirigé par notre savant confrère M. Amussat, est survenue et donne l'espoir d'un complet et prochain rétablissement.

— M. le professeur Malgaigne est le premier orateur inscrit sur la question de la syphilisation.

Le gérant, Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 88. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 24 Juillet 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. . . . . 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILISISATION.

RAPPORT SUR UN FAIT RELATIF A LA SYPHILISATION,

Fait à l'Académie nationale de médecine, dans sa séance du 20 juillet 1852;

Par M. BÉGIN.

Messieurs, dans la séance du 18 novembre dernier, notre honorable collègue, M. Ricord, présenta à l'Académie un jeune médecin allemand, qui s'était soumis à des inoculations syphilitiques répétées, dans le but de vérifier sur lui-même les idées émises relativement à la syphilisation, et qui, à la suite de ces expériences, se trouvait atteint de plusieurs ulcères vénériens primitifs et de syphilide papuleuse.

Cette communication a vivement ému l'Académie, parce que, d'une part, elle touchait à ce point de doctrine, très important, de la dégénération du virus syphilitique, sous le rapport de sa transmissibilité, par la succession de ses manifestations morbides, et que, d'autre part, elle offrait un exemple très intéressant des résultats possibles d'une pratique demeurée jusque-là dans l'ombre, et désignée sous le nom de *syphilisation*.

Lors de la présentation de M. L..., qui était à la fois l'expérimentateur et le malade, un de nos collègues demanda avec quel pus l'inoculation avait été pratiquée, et sur quels organes. Cette question n'ayant pu être suffisamment résolue, séance tenante, et les phénomènes morbides qui s'étaient succédé offrant des complications assez nombreuses, vous avez confié l'examen de ce fait à une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Lagneau, Roux et moi.

Cette commission s'est occupée immédiatement de l'accomplissement de sa tâche, et ce rapport, dont elle m'a fait l'honneur de me charger, vous aurait été soumis depuis longtemps, si différentes circonstances n'en avaient retardé la rédaction. J'espérais que d'autres faits annoncés viendraient éclairer davantage la question soulevée par celui qui nous était déféré. D'autre part, je croyais nécessaire d'attendre le résultat du traitement que M. L... allait commencer, et de compléter ainsi son observation. Enfin, j'avais lieu de présumer que la discussion étant ouverte, la presse médicale nous fournirait des documens affirmatifs ou contradictoires dont je sentais le besoin.

Malheureusement, l'attente de votre commission et mes désirs personnels ont été trompés, du moins en grande partie. On a fait autour de nous beaucoup de bruit, et rien ne nous a été directement communiqué. Des invitations pressantes, des promesses formelles, sont restées également sans effet. Notre sujet lui-même, M. L..., ne s'est plus présenté; et dans cette pénurie de documens dont nous aurions aimé à nous entourer, notre silence eût pu se prolonger encore, si toute chose ne devait avoir un terme, et surtout si nous avions pu supposer qu'un avenir prochain nous donnerait ce que nous avions vainement demandé et attendu jusqu'ici.

La syphilis est une de ces affections exceptionnelles qui touchent pour ainsi dire à tout dans l'existence de l'homme : santé individuelle, moralité, intérêts, relations intimes dans la famille, police médicale, médecine légale, il n'est presque pas de point de la vie particulière ou de la vie sociale qui ne doive être pesé dans les considérations qu'elle fait naître.

L'observation communiquée à l'Académie soulève les deux questions principales suivantes :

1° Celle de la transmissibilité, ou de la contagion possible des accidens secondaires de la syphilis.

2° Celle de la valeur du traitement prophylactique ou curatif des affections vénériennes, par l'inoculation syphilitique.

Afin de préciser exactement les faits, votre commission a convoqué, le 30 novembre, M. L... Après avoir entendu avec un grand intérêt son récit, elle a minutieusement examiné sa personne, et a reçu de lui une note écrite, dont je vais reproduire sommairement les principaux détails.

Dans le but de donner une plus grande exactitude à un moyen hygiénique proposé contre les chancres dont la durée ne dépasse pas le dixième jour, M. L... se fit, pendant les mois de décembre 1850 et janvier 1851, tous les cinq jours à peu près, une inoculation de pus chancreux, dont il obtenait la cicatrisation dans les quatre jours, au moyen de lotions avec l'eau fraîche.

Trois mois après cette première série d'expériences, le 2 mai, un ami de M. L..., également médecin lui-même, le consulta pour un chancre induré qu'il avait contracté dix-sept jours auparavant, et qui siégeait à la rainure de la base du gland. Après un peu plus d'un mois d'existence, le 17 mai, ce chancre était cicatrisé : le traitement mis en usage n'est pas indiqué.

Vingt-trois jours plus tard, se montra, sur l'ami de M. L..., une roséole que des douleurs avaient précédée, et qui s'accompagna bientôt d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs du côté gauche, des ganglions sous maxillaires des deux côtés, et des ganglions axillaires superficiels et profonds du côté droit. Presque en même temps, c'est-à-dire le septième jour de l'éruption cutanée, apparurent à chaque amygdale une ulcération profonde, et à la longue des gerçures. Cet organe, de même que l'ensemble de la cavité buccale, était peu enflammé.

Ces nouveaux accidens furent guéris en trente-quatre jours, à dater de la manifestation de la roséole.

C'est pendant cette période, le vingt-deuxième jour de l'existence des chancres amygdalins, que notre expérimentateur résolut de s'inoculer la matière qu'ils fournissaient. A cet effet, deux heures après avoir bien nettoyé la surface de l'amygdale gauche, il y recueillit la sérosité à peine purulente qui venait de se former, et l'inséra, avec une lancette neuve, par une piqûre très superficielle, à la face antérieure de son bras gauche.

Les dix premiers jours depuis l'inoculation se passèrent sans que rien de particulier fût observé; mais le lendemain, M. L... aperçut une petite papule de la grandeur d'une tête d'épingle, d'un rouge rosé, d'une dureté remarquable, sans aréole ni douleur, même en y touchant très fortement.

Vers le quinzième jour, cette papule, progressivement agrandie, jusqu'aux dimensions d'une lentille, se couvrit de croûtes, qui se réunirent en une seule, sous laquelle existait une sérosité rougeâtre.

Cette sérosité fournit à M. L... la matière de quatre inoculations, qui furent répétées tous les cinq jours pendant vingt jours; ce qui forma un total de vingt introductions successives du produit morbide.

Cependant, l'ulcère primitif, aplati et conservant la forme ronde, atteignait la grandeur d'une pièce de 1 franc, lorsque tout à coup, quarante-cinq jours après la première inoculation, survint, avec des douleurs lancinantes, avec une accélération du pouls, jusqu'à 130 pulsations à la minute, un commencement d'inflammation et d'induration des bords de l'ulcère, et il se forma des cordes dures, radiées, qui se couvrirent de papules.

Sans qu'aucun traitement spécial fût intervenu, l'ulcère diminua ensuite. A trente-sept jours de l'invasion des derniers accidens se manifestèrent dans les jambes, le sternum et les côtes, des douleurs rhumatoïdes qui retinrent l'expérimentateur au lit pendant cinq jours, puis cédèrent tout à coup, sous l'influence d'une sueur abondante, suivie de l'éruption des papules en grande quantité sur tout le tronc.

A dix jours de là, le 10 octobre, l'auteur de cette curieuse observation se disposait à commencer un traitement hygiénique, ainsi qu'il l'appelle, lorsque son attention fut attirée sur la doctrine de la syphilisation. Il s'enquit du fondateur de cette pratique, et rapporte ainsi l'entretien qu'il eut avec lui.

« Pour syphiliser un homme, lui aurait-il été dit, et pour le guérir de la syphilis constitutionnelle, il faut tout au plus neuf inoculations faites avec trois pus différens. On choisit d'abord un bon pus, puis un moins bon et enfin un mauvais. Avec chacun de ces pus on fait trois inoculations, à une semaine d'intervalle à peu près, ce qui suffit à syphiliser un homme pour ce pus. Après ces neuf inoculations, on peut prendre du pus d'un chancre le plus phagédénique, sans produire aucun résultat par l'inoculation. Ces inoculations doivent être faites avec une lancette ayant la forme d'une très grosse aiguille, et en piquant jusqu'au vif, ce qui a le très grand avantage de ne faire qu'un petit trou, dans lequel le pus chancreux s'étend très lentement, tandis qu'avec les lancettes ordinaires, on fait une plaie triangulaire qui donne tout de suite naissance à un chancre très étendu. »

En conséquence de ces assurances et de ces explications, notre jeune médecin se soumit publiquement, le 17 octobre dernier, dix-sept jours après l'éruption générale de papules qui termina la seconde phase de ses expériences, à une inoculation nouvelle, au côté externe du bras gauche, pratiquée par l'auteur même de la doctrine syphilisatrice. Le pus fut pris au deuxième chancre d'un monsieur en cours d'expérience lui-même; ce chancre datait de vingt jours, et provenait du soixantième

Feuilleton.

NOUVELLES LETTRES SUR LA CHIMIE,

CONSIDÉRÉES DANS SES APPLICATIONS A L'INDUSTRIE, A LA PHILOSOPHIE ET A L'AGRICULTURE; par M. Justus LIÉBIG, édition française publiée par M. Charles GERHARDT. — Un vol. format anglais. Paris, 1852, Victor Masson, libraire.

J'ai cherché, dans un précédent article (voyez l'*Union Médicale* du samedi 19 juin 1852), à exposer avec exactitude les principales données chimiques que M. Liébig a tenté d'approprier à la physiologie et à la médecine pratique, ou au moyen desquelles il pense que ces deux parties des sciences médicales peuvent enfin sortir du vague et de l'incohérence dans lesquelles elles se trouvent. Le nouveau volume que j'ai sous les yeux n'est, en grande partie, que le complément et le développement des questions agitées dans le premier. L'auteur y expose successivement les points suivans : la fermentation et la putréfaction; les rapports de la chimie avec la physiologie; la théorie chimique de la respiration; l'étude chimique des alimens; l'influence des sels sur la nutrition; la composition de la viande; il termine par une rapide histoire de la chimie. On voit que ces *Nouvelles lettres* ne le cèdent ni en importance, ni en intérêt aux lettres précédentes, qui forment le premier volume de cette précieuse collection. Je dis *précieuse*, et cette qualification est surtout vraie pour nous, médecins, qui chercherions vainement ailleurs, exposées avec plus de liberté et plus de compétence, les prétentions réelles de la chimie à intervenir dans les recherches des phénomènes de la vie et dans les expérimens de la thérapeutique. C'est sur ce dernier point que je m'arrêterai surtout dans cet article. Les faits nombreux de détail que renferme ce volume échappent à l'analyse et sont d'ailleurs dans une telle dépendance les uns des autres, qu'il est impossible d'en mettre un en lumière sans connaître celui qui le précède et celui qui le suit. Dans des ouvrages de cette nature, l'analyste ne peut avoir qu'une ambition, celle d'inspirer au lecteur assez d'intérêt et de curiosité pour l'engager à recourir aux ouvrages eux-mêmes.

Tout se tient dans la nature, dit M. Liébig; aussi les sciences naturelles sont si bien liées entre elles, qu'aucune ne saurait entièrement se passer du concours de l'autre. A mesure que s'élargit leur champ d'investigation, il arrive une époque où leurs limites se touchent. Ordinairement, quand deux sciences viennent ainsi se confondre, il en résulte une science nouvelle qui réunit les deux domaines, et s'empare de leur objet, de leur méthode. Pour que deux sciences s'identifient ainsi, il faut qu'elles aient déjà acquis un certain degré de développement; l'indépendance de chaque domaine a d'abord besoin d'être assurée, car, avant cela, les efforts des explorateurs ne se portent pas sur le terrain limite.

Une semblable fusion de la physiologie avec la chimie est une des acquisitions remarquables promises par la science moderne. La physiologie en est arrivée à ne plus pouvoir se passer des lumières de la chimie, pour atteindre le but qu'elle se propose, pour éclaircir dans leur ensemble les phénomènes vitaux. La chimie, en effet, dont elle attend l'explication des rapports qui rattachent les propriétés vitales aux forces chimiques, la chimie est parvenue à un degré de développement qui lui permet d'empiéter sur d'autres domaines, et d'élaborer ainsi une science nouvelle.

La fécondité, le développement et la croissance des animaux, les différens rapports et les fonctions des organes, les lois du mouvement, le rôle des liquides, des muscles, de la substance nerveuse, tous ces phénomènes, si bien caractérisés, peuvent s'étudier sans qu'on s'occupe de la matière, c'est-à-dire des mobiles de ces activités.

Mais la physiologie a encore affaire à d'autres phénomènes non moins importans : la digestion, la formation du sang, la nutrition, la respiration, la production des sécrétions, reposent sur les transformations qu'éprouvent les substances solides ou liquides puisées au-dehors, ou faisant partie des organes; c'est sur les métamorphoses de ces substances, considérées indépendamment de leur forme, que la chimie apporte des lumières à la physiologie.

La physiologie repose évidemment sur une double base : sur la physique physiologique, fondée elle-même sur l'anatomie et sur la chimie physiologique, qui dérive de la chimie animale. De la fusion de ces deux sciences surgira une science nouvelle, la véritable physiologie, qui sera à la science à laquelle on donne aujourd'hui ce nom, ce que la chimie moderne est à la chimie du siècle passé.

Lorsque les phénomènes de la vie seront mieux connus, on reconnaîtra qu'une foule de propriétés physiologiques dépendent de la composition chimique. La physiologie, par sa fusion avec la chimie animale, pourra approfondir cette relation et se former ainsi une idée plus exacte des phénomènes vitaux.

On a tenté, il y a quelques siècles déjà, d'expliquer exclusivement par la chimie, les phénomènes de la vie, et de faire ainsi de la physiologie un chapitre de cette science. Alors, en effet, les réactions chimiques qui s'opèrent dans les corps étaient mieux connues que les organes eux-mêmes. Plus tard, quand les progrès de l'anatomie eurent dévoilé la structure merveilleuse, la forme, les caractères, les fonctions des organes, on crut trouver la clé des phénomènes dans certains principes de mécanique. Toutes ces tentatives échouèrent, et c'est leur insuccès même qui contribua au développement de la physiologie, comme science indépendante.

Un empêchement, aisé à écarter d'ailleurs, d'une entente des chimistes et des physiologistes, c'est qu'en physiologie on n'applique pas toujours le même mot aux mêmes choses, aux mêmes combinaisons, et que, dans l'usage des noms, on a moins égard à la nature et aux caractères des matières qu'à leur rôle dans l'acte vital, ou à leur présence dans certains organes.

En physiologie, on donne, par exemple, le nom d'urine ou de bile à des liquides contenus dans les poches de certains appareils, à des liquides dont la nature peut extrêmement varier, sans cesser pour cela d'être considérées comme de l'urine ou de la bile; il en est de même du sang, dont la définition n'est point basée sur certaines propriétés particu-

chancre, à peu près, d'un autre individu, que, huit jours plus tard, on présentait comme syphilisé.

Malheureusement, à huit jours de là, ce chancre inoculateur était devenu phagédénique; il y avait eu erreur, le pus ne possédait pas les qualités voulues, et l'expérience risquait de manquer dès l'origine.

Impatient de corriger cette erreur, M. L... se hâta de se faire pratiquer, toujours publiquement, avec une lancette, deux inocolations nouvelles, l'une au bras gauche, au-dessus de la première, l'autre au prépuce, avec du pus d'un chancre primitif tendant au phagédénisme.

Il serait impossible de suivre l'auteur de cette narration dans la minutieuse énumération qu'il trace des inoculations qui succédèrent à cette dernière. Les dates, les provenances du pus, les régions sur lesquelles les insertions eurent lieu, sont notées avec le plus grand soin; rien ne manque aux généalogies des différens ulcères. Ce qui suffira pour l'Académie, c'est de savoir que vingt chancres furent ainsi déterminés, à des intervalles très irréguliers, tantôt avec des épingles, tantôt avec des lancettes, par l'auteur lui-même ou par d'autres personnes; les trois dernières inoculations ne dataient que de deux jours, lorsque M. L... se présenta devant votre commission.

De ces chancres, douze avaient pour origine la première inoculation, ou scs produits, et huit la seconde inoculation, celle du chancre primitif, ou ses descendans.

L'auteur résume les faits observés sur lui-même, dans les propositions suivantes :

1° Des douze chancres ayant la première origine, ceux qui ont excédé le dixième jour, sont tous devenus phagédéniques, à l'exception d'un seul placé à la verge.

Des huit autres, provenant de la seconde source, un seul, qui se trouvait au centre du phagédénisme, est devenu phagédénique.

2° Le phagédénisme des premiers chancres n'a pas été atténué par les chancres qui ont suivi.

3° Le phagédénisme tient, en partie, au siége des chancres.

4° Les premiers chancres n'influent en rien sur la grandeur des suivans, et réciproquement; seulement, le développement des derniers se ralentit.

5° Enfin, les inoculations n'ont pas eu d'influence directe sur le développement de la syphilide constitutionnelle.

Ces commémoratifs étant constatés, M. L... s'est prêté avec la plus grande complaisance à l'examen de sa personne.

Ce jeune médecin est âgé de 27 ans, blond, d'une structure élancée, d'un tempérament lymphatique et nerveux. Jusqu'à l'époque de ses expériences, il a joui d'une bonne santé et n'a jamais eu d'affection vénérienne. On remarque sur lui les lésions suivantes :

1° Au bras gauche, cicatrice encore légèrement indurée du chancre n° 1, lisse, rougeâtre, non douloureuse, et de l'étendue d'une pièce de 1 franc. — En dehors de cette cicatrice, au côté externe du membre, et sur une ligne à peu près verticale, neuf plaies chancreuses, dont quatre, à fond grisâtre, étendues, encore en progrès ou seulement stationnaires, et cinq, d'un aspect moins défavorable, ou en voie de réparation plus ou moins avancée.

2° Au bras droit, six ulcères, dont quatre présentent un caractère phagédénique térébrant très prononcé, et les deux autres offrent de moins mauvaises dispositions.

3° A l'avant-bras gauche, trois piqûres datant de deux jours, déjà rouges, mais non encore ulcérées.

Sur les deux bras, par suite du rapprochement des piqûres d'inoculation, plusieurs ulcères sont devenus confluens; une inflammation aiguë et douloureuse les entoure; la suppuration qu'ils fournissent est abondante; le fond de la plupart d'entre eux est grisâtre; leurs bords sont épais, non indurés, mais taillés à pic et légèrement dentelés. L'ensemble de ces lésions présente, ainsi qu'on le dit en chirurgie, un mauvais aspect.

4° Sur tout le corps, et particulièrement sur le tronc, est répandue une éruption abondante, consistant en papules squammeuses, cuivrées, et, sur quelques points, en pustules d'ecthyma plat ou lenticulé, dont quelques-unes présentent, sous leurs croûtes, un commencement de suppuration.

D'ailleurs, sauf un certain degré d'amaigrissement et un aspect de souffrance générale, la santé de M. L... paraît satisfaisante; il est rempli de courage et de confiance, et annonce l'intention de recourir enfin, contre sa maladie, déjà ancienne et devenue sérieuse, aux moyens réguliers de la thérapeutique.

Nous regrettons de n'avoir pas revu M. L...; mais quel qu'ait été le résultat du traitement qu'il a pu mettre en usage, ce résultat ne saurait altérer en rien les enseignemens fournis par les expérimentations auxquelles il s'est livré.

M. L... s'accuse, dans sa note, de n'avoir pas observé exactement les règles de la syphilisation, et semble, en cela, infirmer sa propre observation. Qu'il se rassure : la méthode est élastique, les chancres peuvent être donnés, dit son auteur, suivant trois modes : 1° les uns après les autres, le second quand le premier est à sa fin, le troisième quand le second est à sa fin, et ainsi de suite; 2° successivement encore, mais avec cette particularité que le second est donné quand le premier est à son milieu, etc., et 3° enfin tous à la fois, de manière à ce qu'ils marchent tous ensemble. Dans le premier cas, il faut, pour que la syphilisation devienne complète, le moins de chancres et le plus de temps; le troisième nécessite le moins de temps et le plus de chancres; le second tient le milieu, soit pour le temps, soit pour le nombre de chancres nécessaires à la *syphilisation* (1). M. L... a donc procédé conformément aux préceptes, et doit avec d'autant plus de raison cesser de s'imputer les accidens dont il est victime, qu'il a été primitivement inoculé de la main du maître, et avec du pus choisi par lui.

N'est-il pas remarquable, pour le dire en passant, qu'après avoir supporté des inoculations de pus chancreux, répétées pendant deux mois, tous les cinq jours, ce qui implique douze inoculations au moins, plusieurs paraissant avoir été multiples, M. L... se soit montré plus tard si disposé à recevoir encore et à conserver sa syphilis? Ses premières expériences n'auraient-elles pas dû lui faire croire qu'il était peu apte à contracter cette affection, ou définitivement syphilisé?

Sous le rapport doctrinal sérieux, celui de la transmissibilité des accidens secondaires de la syphilis, l'observation qui vous a été communiquée n'a manifestement pas une valeur considérable. Elle manque d'une description suffisament exacte et précise des lésions auxquelles l'expérimentateur a puisé le pus dont il s'est servi. En supposant d'ailleurs, ce que les circonstances du fait ne démontrent pas, que l'ulcère de l'amygdale, origine de la syphilis constitutionnelle développée chez M. L..., fut réellement secondaire, une observation isolée, individuelle, ne pourrait détruire l'autorité d'un grand nombre d'observations authentiques et d'expériences directes, donnant des résultats contraires.

Il faut reconnaître, cependant, que la nature ne se prête que difficilement, en pathologie surtout, à des règles absolument invariables. Mais s'il peut paraître téméraire d'affirmer que les accidens secondaires ne peuvent *jamais* devenir la cause de manifestations vénériennes, d'une forme quelconque, il serait plus erroné encore d'admettre que ces transmissions sont de règle commune. La règle très générale est en faveur du premier cas; ce qui ne veut pas dire que les variétés de constitution des sujets, leur aptitude si différente à l'absorption des produits virulens, les modes divers et la durée des contacts, et enfin l'état d'intégrité ou de lésion des organes exposés à la contagion, ne puissent, à la rigueur, entraîner les exceptions, toujours rares, et qui ne doivent être admises qu'après une analyse sévère des faits. Celui que nous avons eu à examiner ne nous semble pas de nature à modifier, sous ce rapport, les doctrines qui ont cours dans la science.

Au point de vue pratique, les expériences de M. L... et leurs conséquences pèsent, au contraire, d'un grand poids, dans une question qui serait des plus graves si le bon sens général ne commençait à en faire justice : celle de la préservation ou de la guérison de la syphilis par la vaccination syphilitique.

L'inoculation de la syphilis a été faite, depuis un siècle, dans des intentions très différentes.

1° Pour éclairer certains points de théorie, et particulièrement ceux relatifs à l'existence du virus syphilitique, à sa transmissibilité non seulement dans l'espèce humaine, mais de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme.

2° Dans le but, également scientifique, de déterminer si tous les accidens primitifs attribués à la syphilis sont dus à la même cause, transmissibles au même degré, s'ils le sont à toutes les périodes de leur durée, et si, dans ces transmutations, ils se reproduisent sous la même forme.

3° Pour établir si le virus syphilitique, combattu par des médications appropriées, ou altéré par l'action de l'organisme, en donnant lieu à des accidens secondaires ou tertiaires, conserve encore ou perd entièrement la propriété de se transmettre.

4° Enfin, et tout récemment, pour préserver de la syphilis ou pour la guérir.

L'Académie ne peut s'attendre à l'exposition et à la discussion, dans ce rapport, des différentes parties d'un problème aussi compliqué.

Il suffira de lui rappeler que l'étude scientifique du virus vénérien a conduit quelques personnes, non pas seulement à le rapprocher des autres qui exercent leurs ravages dans l'espèce humaine ou dans les espèces animales les plus voisines, tels que ceux de la variole, de la vaccine, de la morve et de la rage, mais à exagérer ce rapprochement jusqu'au degré d'une assimilation complète, suivie des conséquences d'application pratique les plus étranges.

Le point de départ de la *syphilisation* est un raisonnement, fondé sur un fait peut-être vrai, mais dont la conclusion n'est nullement justifiée. L'homme, at-t-on dit, ne peut être atteint de la syphilis constitutionnelle qu'une fois pendant sa vie; *donc*, si on la lui communique artificiellement, on le mettra à l'abri de la contracter. C'est l'inoculation vénérienne opposée, par induction de ressemblance, à la vérole, comme on oppose à la variole, d'après les faits démontrés, l'inoculation variolique. Malheureusement, la syphilis n'a pas encore sa vaccine.

Pour préserver de la syphilis, deux systèmes principaux sont préconisés.

Dans le premier, il ne s'agit que de mettre les sujets à l'abri d'accidens consécutifs, soit pour les chancres primitifs dont ils sont actuellement atteints, soit, peut-être, pour tous ceux qu'ils pourront contracter plus tard pendant le cours de leur vie, en créant dans leur organisme une immunité absolue et perpétuelle contre l'infection. Dans ce dernier cas, qui est encore douteux, il y aurait, selon l'auteur, à discuter l'opportunité d'inoculer d'avance tous les jeunes gens, sans attendre qu'ils aient pris de chancre, de même qu'on vaccine tous les enfans, par mesure de prudence, avant qu'ils aient eu lieu de s'exposer à la contagion variolique.

Le second système élève plus haut ses prétentions. Il s'agit pour lui de mettre pour toujours les sujets à l'abri de tout accident vénérien, primitif ou secondaire. « Si l'on ne peut arriver, dit l'auteur de ce système, à la syphilisation qu'en passant par la syphilis primitive, et par l'état syphilitique constitutionnel, on peut dire, théoriquement, qu'elle guérit plutôt qu'elle ne prévient la syphilis primitive et la syphilis constitutionnelle; mais on doit la considérer pratiquement comme prophylactique, et comme curative de la syphilis primitive et de la syphilis constitutionnelle. »

Les moyens d'exécution sont en rapport avec les indications à remplir.

Dans le premier système, il y aurait lieu d'abord de rechercher si, à l'instar du véritable vaccin, à l'instar du pus chancreux, à l'instar du virus morveux, on ne réussirait pas à conserver dans des tubes le fluide prophylactique spécial, avec ses propriétés d'inoculabilité. En cas d'insuccès, on pourrait rechercher et choisir un certain nombre de syphilitiques tertiaires, qu'on soulagerait de temps à autre avec de l'iode, et qui constitueraient des réservoirs providentiels de vaccin syphilitique, toujours à la disposition des médecins, et dont quelques-uns se feraient probablement volontiers alors de leur maladie un objet de lucre.

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, tome XXVI, page 419.

---

lières, mais sur les fonctions remplies dans la nutrition, sans qu'il soit tenu aucun compte de la couleur ni de ses autres caractères.

Pour les chimistes, au contraire, qui étudient les corps d'après leurs propriétés, les noms d'urines, de bile, de lait, de sang, etc., impliquent un ensemble de propriétés bien déterminées, de telle sorte qu'ils ne sauraient être appliqués à une substance, à un liquide privé de ces propriétés; et comme l'urine, la bile, le sang, sont des mélanges de plusieurs principes, la chimie y distingue les principes constans, essentiels ou caractéristiques, des principes variables qui ne déterminent pas les propriétés générales de ces liquides.

C'est non seulement le défaut d'entente sur le sens des expressions, mais encore la différence des méthodes d'investigation qui a empêché l'alliance de la chimie et de la physiologie. S'agit-il d'élucider une question compliquée, les chimistes et les physiciens ont pour règle de la ramener avant tout, par l'expérience, à des questions plus simples. Ils passent du simple au composé, du connu à l'inconnu; ils commencent par s'occuper des causes les plus prochaines du phénomène. Ce n'est pas ainsi qu'on procède en physiologie et en pathologie.

Là, on prétend résoudre les problèmes les plus complexes avant même d'avoir résolu les plus simples; on prétend expliquer la fièvre, sans connaître le phénomène de la respiration; la chaleur animale, sans connaître le rôle de l'atmosphère; les fonctions de la bile dans la digestion, sans connaître la nature de la bile elle-même. De là ces discussions fréquentes sur les causes de la vie, discussions entièrement inutiles et oiseuses, puisque nous avons à peine quelque notion sur les causes prochaines des phénomènes vitaux les plus simples. Sans doute une foule d'effets se produisent dans l'économie par l'action de certaines causes physiques et chimiques, mais ce serait aller trop loin que d'admettre l'identité entre toutes les forces actives dans l'organisme et les forces qui sollicitent la matière morte. Les partisans de cette identité oublient la première règle de toute investigation; ils oublient de *démontrer* qu'un effet attribué à une cause appartient véritablement à cette cause.

Avant de considérer l'électricité, le magnétisme ou l'affinité chimique comme la cause des phénomènes vitaux, il faut fournir la preuve que les organes, siége de l'activité de certaines forces, présentent des phénomènes semblables à ceux auxquels donnent lieu les corps inorganiques sollicités par les mêmes forces. Il est indispensable de mettre d'abord en lumière comment ces forces réunies produisent cette harmonie dans les fonctions, depuis le premier développement de l'être organisé jusqu'au moment où les élémens dont il se compose retournent à la nature minérale, car, si l'on admet l'identité des forces minérales et des forces organiques, cela suppose évidemment la connaissance de toutes les forces de la nature en général; cela suppose qu'on en a approfondi les effets, et qu'on possède les données nécessaires pour conclure des effets aux causes, pour déterminer la part qui revient à chacune d'elles dans les fonctions de la vie.

Un coup d'œil sur les écrits des auteurs favorables à cette opinion suffit pour montrer toute l'inconsistance de semblables généralisations. Elle est surtout partagée par des observateurs, d'ailleurs habiles et consciencieux, qui s'occupent de l'examen des mouvemens de l'économie animale. Voyant s'accomplir ces mouvemens suivant un mécanisme régulier, ces savans sont entraînés à les attribuer aux causes qui provoquent des mouvemens semblables en dehors de l'économie; mais ils n'ont jamais essayé de déterminer par l'expérience les rapports qui existent entre les mouvemens organiques et la chaleur, l'électricité, le magnétisme, ou le degré de dépendance où se trouvent les mouvemens organiques vis-à-vis de ces forces. On sait seulement que les forces physiques y ont une certaine part, et voilà tout.

Il est impossible, d'un autre côté, d'admettre l'opinion des vitalistes qui prétendent expliquer les mystères de la vie à l'aide d'une ou de plusieurs forces vitales. Ces savans se prononcent sur un phénomène, sans examiner au préalable s'il est simple ou complexe : ils se demandent si l'on peut l'expliquer par l'affinité chimique, par l'électricité ou par la force magnétique; puis, comme il n'est guère possible, dans l'état de la science, de fournir à cet égard des preuves affirmatives, ils se disent que le phénomène ne peut être attribué à aucune de ces forces, mais qu'il est dû à des forces spéciales, inhérentes aux êtres organisés.

Nous n'avons que des notions bien incomplètes sur l'essence des forces physiques, et nous ne pouvons pas affirmer que l'une ou l'autre force soit sans effet, ou n'ait pas sa part d'influence dans un phénomène vital.

Telles sont les prétentions, les espérances, et, il faut le reconnaître, les sages réserves de M. Liébig en matière d'intervention de la chimie dans les sciences physiologiques et pathologiques. C'est son texte même que j'ai reproduit en l'abrégeant. Réduite à ces limites raisonnables, l'intervention de la chimie ne doit répugner à aucun médecin qui aura su se soustraire aux préjugés et aux exigences des écoles. Mais pour apprécier les applications de ces idées, c'est dans l'ouvrage même de M. Liébig qu'il importe d'en prendre connaissance. Aucun médecin, jaloux d'être au courant des intéressantes recherches des chimistes sur les principales fonctions de l'organisme, ne pourra se dispenser de lire ces *Lettres*, pleines d'attrait, et dans lesquelles le traducteur français, M. Gerhardt, a mis toute la clarté, la précision et l'élégance de notre belle langue.

Amédée Latour.

Nous avons plusieurs fois déjà appelé l'intérêt de nos lecteurs sur la position malheureuse de quelques confrères, et toujours nos lecteurs ont généreusement répondu à l'appel que nous leur avons fait. Nous venons encore aujourd'hui chercher à les intéresser à l'infortune de deux confrères dont la situation extrême et imméritée sollicite leur généreux concours. Nous ouvrons donc une souscription pour laquelle l'Union Médicale s'inscrit pour 20 fr.

— Le tableau des médecins patentés, extrait par nous du budget des recettes, et les réflexions qui l'accompagnaient, font le tour de la presse médicale française; mais aucun journal n'a indiqué la source où il avait puisé ces renseignemens.

C'est un genre d'industrie, philantropique et moral, auquel notre siècle, si fécond cependant en inventions, n'avait pas encore songé.

Dans le second système, l'application ne présente ni entrave ni restriction. « Le virus syphilitique étant, dit son auteur, le meilleur remède contre l'action du virus syphilitique, on *devrait* syphiliser : 1° tous ceux qui ont la syphilis, n'importe sous quelle forme; 2° toutes les filles publiques; 3° tous les militaires et tous les marins; 4° tous ceux qui passent leur vie ensemble et en grand nombre (prisons, bagnes, manufactures, etc. (1), 5° enfin, *tous ceux* qui peuvent être exposés à la contagion. On pourrait éteindre dans le monde la syphilis par une syphilisation universelle (2). »

Ne croyez pas, Messieurs, que j'ajoute un mot; je cite textuellement : le résumé de la doctrine est : lorsque tout le monde sera saturé de vérole, la vérole n'existera plus nulle part.

En considérant les conséquences irrémédiables et funestes qu'entraînent, non pas quelquefois, mais très fréquemment à leur suite les accidens vénériens primitifs, les plus légers en apparence; en se rappelant ces histoires lamentables, inscrites dans tous nos livres, de sujets des deux sexes conduits au tombeau à travers mille douleurs, s'infectant mutuellement, et ne procréant que des enfans destinés à ne pas vivre ou à ne vivre que malingres ou infirmes; en observant autour de nous des familles, je dirais presque des populations, affaiblies ou entachées d'affections scrofuleuses profondes, par suite de la transmission incessante du virus syphilitique arrivé à son dernier degré de dégénérescence; quand on a sous les yeux, même dans les grandes villes, malgré les progrès incontestables de la thérapeutique spéciale à ces maladies, tant d'exemples d'accidens syphilitiques à tous les degrés, qui résistent aux traitemens les mieux appropriés, administrés par les praticiens les plus habiles; lorsque tous ces faits se groupent devant l'esprit, peut-on ne pas frémir à la pensée qu'il puisse être permis de se jouer avec un mal aussi terrible, de le faire naître, et de le transmettre ou d'augmenter son intensité de gaîté de cœur?

Bien qu'elles aient rendu à la science d'incontestables services, les inoculations vénériennes ont toujours leurs dangers; elles exposent, comme les contagions fortuites, à des accidens dont le médecin peut ne pas être le maître, et qui entraînent alors l'altération irrémédiable et fatale de la constitution des sujets. Il faut donc, sinon les proscrire absolument, du moins les restreindre à certains cas très exceptionnels où il s'agit, soit d'affections très graves, compromettant la vie, et dont la nature incertaine, et la direction de traitement, ne peuvent être autrement déterminées, soit de certaines questions médico-légales, relatives à l'infection par suite d'attentat aux mœurs ou de toute autre action. On cite des exemples d'innocuité après l'inoculation syphilitique, on prétend avoir des moyens assurés d'arrêter ses effets, de même qu'on cite des exemples de personnes qui se sont exposées à la contagion fortuite sans être infectées, ou qui, l'ayant été une ou plusieurs fois, à des degrés même très graves, ont conservé jusqu'à une vieillesse avancée la santé la plus florissante; mais ces exemples heureux, si multipliés, si ordinaires qu'on les admette, empêchent-ils le danger d'exister, et peuvent-ils autoriser le médecin à y exposer qui que ce soit sans les motifs les plus sérieux?

Permettez-moi de rapporter, à l'occasion de ces conséquences possibles de l'inoculation syphilitique pratiquée sur des vénériens, un fait authentiquement établi. A une certaine époque, l'inoculation du pus de la blennorrhagie était devenue, pour quelques praticiens, une sorte de préliminaire obligé du traitement de cette affection. Dans un hôpital civil du midi de la France, des accidens se manifestèrent à la suite de cette opération, en assez grand nombre pour éveiller la sollicitude de l'autorité militaire. Plusieurs malades avaient vu leur état se compliquer et s'aggraver. Un entre autres, atteint de blennorrhagie, entré à l'hôpital dont il est question, le 8 décembre 1843, n'en sortait que le 12 avril suivant, non complètement guéri, et se présentait le 30 mai à l'hôpital militaire de Lyon pour y être traité de l'ulcère opiniâtre et de mauvais aspect qu'il portait à la cuisse, et qui avait pour origine la pustule d'inoculation. Les militaires de la garnison n'entraient qu'avec la plus grande répugnance dans cet hôpital; une enquête eut lieu, et le médecin traitant dut être invité à cesser de pratiquer sur nos soldats des expériences auxquelles, en aucun cas, ils ne doivent être soumis.

A l'occasion des vaccinations préservatrices de la syphilis constitutionnelle, pratiquées en 1848 à l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, je relèverai une erreur qui s'est glissée dans la relation de ces opérations, malgré le caractère de consciencieuse réserve que leur imprima leur auteur, et les précautions qu'il prit pour assurer l'exactitude de leurs résultats. Le sujet de la onzième observation, le nommé J. Th., qui avait un chancre au milieu du fourreau, et qui fut inoculé le 26 juin, est signalé dans une lettre certificative du médecin en chef d'un autre hôpital civil, à la date du 12 janvier 1849, comme exempt de tout symptôme vénérien. Or il résulte de la déclaration postérieure de ce même homme, incorporé dans le 12e de ligne, qu'à l'époque de la rédaction de ce certificat il portait un chancre à la verge. Plus tard, en 1851, à Belle-Ile-en-Mer, il était présenté pour la réforme du service militaire comme atteint, en outre, d'une luxation ancienne du cubitus, de pustules muqueuses au scrotum, de blennorrhagie chronique avec incontinence nocturne d'urine, et de nombreuses cicatrices de chancres au gland et à la couronne.

Un mot d'explication devient ici nécessaire. D'une part, Th., dans la crainte, probablement, d'être expulsé d'un hôpital où les vénériens ne sont pas admis, a dissimulé son état. De l'autre, le médecin qui délivra le certificat de patente nette, n'apporta pas à l'examiner une très grande sévérité. « Je dois dire cependant, ajoutait-il en terminant sa lettre, que le sieur Th. m'a dit avoir quelque chose (ce sont ses expressions) sur le gland, au moment de son entrée à l'hôpital; c'était une rougeur avec un suintement séreux; mais la maladie (une pleuro-pneumonie, qui a motivé son entrée à l'hôpital) l'a débarrassé très vite de cette rougeur; mon attention n'étant pas fixée sur ce point, je n'ai pu vérifier de quelle nature était ce bouton, mais son mode de terminaison me paraît prouver qu'il n'avait rien de syphilitique. » Et pourtant, deux années plus tard, Th. avait une syphilis constitutionnelle des mieux caractérisées.

Cette erreur est-elle la seule dans laquelle des médecins de bonne foi soient tombés? Les résultats désastreux de l'inoculation syphilitique observés sur M. L... sont ils rares? Si l'on se rappelle l'histoire funèbre et souvent citée, de ces trois étudians en médecine, qui, pour démontrer la réalité du virus vénérien, niée par la doctrine physiologique, s'inoculèrent ce virus; si l'on parcourt nos publications médicales périodiques, et surtout si l'on tient compte du sentiment qui porte à laisser dans l'ombre de pareils revers, on sera porté à répondre par la négative à ces questions.

J'ai vu indépendamment de M. L..., deux autres syphilisés ou prétendus tels : un d'eux portait sur différentes parties du corps, à la suite de plus de soixante inoculations, autant de cicatrices d'un gris-brunâtre, arrondies, tranchant sur le fond très blanc de la peau, et lui donnant un aspect tigré. Chez l'autre, les deux bras étaient couverts, au milieu de leur région externe, de huit à dix cicatrices étendues, les unes d'un rouge cuivré, d'autres croûteuses, et de plus récentes encore incomplètes.

Mais la pratique de l'inoculation vénérienne fût-elle innocente, où seraient ses avantages? La syphilis, traitée méthodiquement à l'origine de ses manifestations, est-elle donc une maladie assez ordinairement opiniâtre et rebelle pour qu'il soit raisonnable d'en acheter la guérison au prix des stigmates que cette opération laisse à sa suite? Comment! tandis qu'il est de précepte fondamental en thérapeutique de prévenir ou d'effacer autant que possible les traces que la vérole peut laisser à sa suite, on trouverait indifférent de les multiplier sans règle ni mesure, et d'imprimer en caractères ostensibles, indélébiles, sur le corps d'un malade, la preuve de lésions dont il aura plus tard tant d'intérêt à ne pas paraître avoir été atteint? Qui oserait prévoir toutes les conséquences que peut entraîner, pour l'homme ou pour la femme arrivés à la maturité de l'âge, et disposés à contracter des unions légitimes, la présence d'un tatouage hideux, accusateur des écarts de leur jeunesse, qui infirmera leur moralité, jettera un doute légitime sur la pureté de leur sang, inspirera nécessairement la répugnance ou le dégoût, et sera recherché peut-être, comme je l'ai vu pour un père de famille, afin de soutenir des imputations odieuses concernant quelques maladies de sa femme ou de ses enfans?

A aucun titre de prophylaxie ou de traitement, l'inoculation syphilitique ne peut donc se justifier. On comprend la vaccine et l'inoculation variolique, parce qu'elles préservent d'une maladie à peu près inévitable, toujours grave, lorsqu'elle se développe spontanément, et très souvent mortelle en temps d'épidémie. On comprendrait encore une opération, non dangereuse, qui mît à l'abri de la rage ou de la morve, encore bien que ces affections chez l'homme soient accidentelles, mais parce que nul ne peut être assuré de ne pas se trouver dans le cas d'en être atteint, et qu'elles sont presque fatalement suivies de la mort. Mais, pour se prémunir contre une maladie qu'il est possible d'éviter, et que l'on guérit sûrement dans l'immense majorité des cas, commencer par se la donner avec des circonstances aggravantes et avec tous les dangers qu'elle comporte, ou pour la guérir en multiplier d'abord les accidens, se saturer d'un virus pour mieux l'éteindre, c'est ce que ni la raison ni la science ne sauraient admettre.

Telles sont, Messieurs, les réflexions que l'observation de M. L... a suggérées à votre commission, et qu'elle m'a chargé de vous présenter. Sa mission était d'examiner un fait et de vous en rendre compte; elle s'en est acquittée de son mieux; mais elle aurait cru dépasser les limites de ses obligations, en provoquant, par des conclusions générales, votre jugement sur une pratique dont vous n'êtes pas directement saisis.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRACHÉOTOMIE; par M. C. GERSON, docteur-médecin de Hambourg.

Les recherches récentes de Marshal Hall, sur les causes des convulsions générales dans l'épilepsie non produite par des maladies organiques, et sur les causes des paroxysmes de l'apoplexie, ont prouvé que le danger et la terminaison fatale de ces affections dépendent le plus souvent et presque exclusivement du spasme de la glotte.

On a observé, plus souvent en Angleterre qu'en France, des cas où une ivresse profonde avec respiration stertoreuse, lividité de la peau, etc., en un mot, la mort paraissant imminente, n'a permis de penser qu'à la trachéotomie comme moyen de salut. C'est un fait de ce genre que nous avons trouvé dans le mémoire de M. Marshal Hall où la trachéotomie a eu un plein succès. (Journal de M. Malgaigne, cahier du mois de mai.)

D'un autre côté, beaucoup de cas d'œdème de la glotte, soit qu'il résulte d'une laryngite chronique ou d'une ulcération tuberculeuse ou syphilitique du larynx, ont eu une issue fatale, parce qu'on ajournait l'opération à une période tellement avancée de l'affection, qu'il restait peu d'espoir de succès. Peut-être même la trachéotomie serait-elle proposable dans le tétanos et l'hydrophobie, ce qui semblerait ressortir du cas si triste d'hydrophobie dont la relation a été rapportée dans l'UNION MÉDICALE.

C'est aux tristes résultats qu'ont eus quelques praticiens expérimentés, dont les malades sont morts pendant l'opération, que l'on peut attribuer cette répugnance générale.

Les causes qui amènent la mort subite, sont, en premier lieu, l'entrée du sang dans les bronches, qui produit des accès de suffocation et une toux violente; en deuxième lieu, l'introduction de l'air dans les veines coupées, accident qui arrive peut-être plutôt dans cette opération à cause de la respiration forcée et de la proximité des grands vaisseaux adjacens. Déjà, en 1695, Dekkers proposa de faire la trachéotomie au moyen du trois-quart, afin de prévenir les accidens causés par l'opération ordinaire. Mais nous croyons que ce procédé n'est pas tout à fait aussi facile et aussi dépourvu de danger qu'il le paraît au premier abord.

Premièrement, si l'on perfore la peau et les muscles sterno-hyoïdiens et les tissus sous-jacens, on s'expose, à cause de la mobilité de la trachée et de la résistance assez forte des cartilages, à glisser sur l'un ou l'autre côté de la trachée, et à blesser ainsi les carotides, la veine jugulaire ou le nerf sympathique ou pneumo-gastrique. Mais en supposant que l'on fût assez heureux pour perforer les cartilages, on s'expose encore, par suite de l'effort nécessaire pour faire pénétrer le trois-quart, à traverser la trachée d'outre en outre, et à entrer dans l'œsophage.

M. Lüer a inventé un instrument assez ingénieux, qui est une espèce de pincette avec pointe tranchante; mais il a l'inconvénient d'être beaucoup trop faible pour écarter les cartilages.

Si les instrumens que nous venons de mentionner ont pour but, par la petite ouverture qu'ils font, d'éviter un danger, celui de l'entrée du sang dans les bronches, qui est violemment chassé par l'air qui sort assez fortement à travers l'ouverture pratiquée, il faut reconnaître qu'ils ne donnent pas assez de force, de sécurité et de facilité pour remplacer la méthode ordinaire. C'est dans ce but que nous avons inventé l'instrument qui, d'après nos expériences sur le cadavre et sur les animaux vivans, donne un résultat assez satisfaisant. Il consiste en trois branches mobiles dont les extrémités se réunissent en formant une pointe aiguë, et qui s'éloignent

MATHIEU

Fig. 1. Fig. 2.

ou se rapprochent au moyen d'une vis d'appel placée à l'extrémité du cône (fig. 1). En tournant la vis de gauche à droite, les branches s'écartent et forment un cône dont la base est tournée vers la plaie (fig. 2); il s'oppose ainsi à être repoussé au-dehors de l'ouverture par la résistance occasionnée par les cartilages.

Pour faire l'opération, on procède de la manière suivante : on pratique sur la peau une incision longue de 2 à 3 centimètres, on écarte les veines que l'on rencontre, et on continue l'incision qui doit diminuer progressivement de longueur jusqu'à ce que l'on sente distinctement, avec l'ongle du doigt indicateur, l'espace entre deux anneaux cartilagineux; on fait fixer la trachée par un aide expérimenté (car c'est le moment essentiel de l'opération), et tenant l'instrument de la main droite par le manche, on l'enfonce en le faisant glisser sur l'ongle de l'index de la main gauche, d'environ 3 ou 4 millimètres dans l'espace qui sépare les deux anneaux de la trachée. Un renflement, pratiqué à 7 millimètres de la pointe, empêche que l'instrument ne pénètre trop profondément. Alors on introduit l'index de la main gauche dans l'anneau de l'instrument que l'on tient immobile et l'on tourne le manche qui correspond à la vis d'appel et qui fait écarter les branches de manière à ce que la base du cône se trouve dans la trachée et le sommet dans la vis de rappel. Lorsque l'ouverture est devenue suffisante pour laisser passer la canule entre les branches de l'instrument, on introduit cette dernière dans la trachée. Toute l'opération, qui est beaucoup plus facilement exécutée que décrite, évite les inconvéniens de l'opération ordinaire. La perte de sang est insignifiante et l'air sort avec une telle force par l'ouverture, qu'il repousserait chaque goutte qui voudrait s'introduire.

Tous les animaux que nous avons opérés d'après ce procédé se portent très bien et n'ont éprouvé aucun des accidens mentionnés plus haut. Ils n'ont eu ni fistule, ni changement de voix; l'incision, excessivement petite de l'aponévrose profonde, évite l'infiltration du pus et les autres inconvéniens qui en résultent.

Le vendredi 16 juillet, à la fin de la conférence de M. le docteur Amussat, en présence de MM. le professeur Richter de Dresde, Shwetzer, L. Boyer, Withuren, Witt, Remondet, A. Amussat et plusieurs autres médecins français et étrangers, nous avons pratiqué avec succès la trachéotomie sur un chien de haute taille, avec l'instrument qui vient d'être décrit.

Nous avons fait exécuter cet instrument par M. Mathieu, dont l'habileté bien connue nous a aidé à triompher des difficultés mécaniques.

(1) Cet etc. donne lieu à penser, après les énumérations qui le précèdent. S'appliquerait-il aux pensionnats de filles et de garçons, aux séminaires, aux congrégations religieuses, etc.?

(2) Consultez, pour le premier système : *Gazette médicale*, 2e série, tome IV, p. 775 et 776. — Pour le second, *Archives générales de médecine*, 4e série, tome XXVI, page 450.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 Juillet 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Correspondance. — M. Bouvier envoie à la Société un mémoire *sur l'inégalité congénitale ou acquise des deux moitiés de la face.*

M. Leroy-d'Etiolles envoie une brochure intitulée : *De la cautérisation d'avant en arrière ou de l'électricité et du cautère électrique dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre.*

Rapport. — M. le docteur GIRALDÈS lit un rapport sur les travaux adressés à la Société par M. William Bowman. Ces travaux sont : 1° Des observations sur la pupille artificielle ; 2° une nouvelle méthode de traitement applicable à certains cas d'épiphora ; 3° un cas remarquable d'hématocèle du cordon testiculaire. Après avoir analysé les faits remarquables contenus dans ces divers mémoires, M. Giraldès a fait ressortir tous les titres scientifiques de M. Bowman ; ses recherches sur la structure intime des muscles, sur la structure des reins, sur la structure de l'humeur vitrée, etc., etc. M. Giraldès a demandé pour M. Bowman le titre de membre correspondant, et la Société a voté cette nomination à l'unanimité.

M. le docteur MICHON lit un rapport très étendu sur un mémoire de M. Rigal, intitulé : *Du traitement des tumeurs érectiles par un nouveau mode de ligature* (ligature à chaîne enchevillée). Nous donnerons un extrait du travail de M. Michon :

« Dans un court préambule qui sert d'introduction à son travail, dit l'honorable chirurgien de la Pitié, l'auteur adopte les idées de John Bell (1801) sur la gravité des taches ou tumeurs érectiles congénitales et sur la nécessité de les enlever par une opération chirurgicale. Mais dans l'immense majorité des cas, cette proposition souffre quelques rares exceptions et tous les chirurgiens connaissent des cas de guérison spontanée d'affections de ce genre. Un aperçu rapide de la structure des tumeurs érectiles, le conduit à admettre la division en artérielles, veineuses et mixtes. Je n'entrerai pas dans de plus longs détails que l'auteur lui-même ; quoique des nuances dans la disposition, l'arrangement et la proportion de ces tumeurs vasculaires puissent en amener dans la disposition chirurgicale à prendre, M. Rigal en fait bon marché. Pour lui, les discussions de ce genre disparaissent presque en entier aux yeux du praticien amené à tirer parti contre des lésions de ce genre des ressources de la médecine opératoire. M. Rigal me paraît manifestement sous l'influence du procédé chirurgical qu'il a imaginé et qui lui a si complètement réussi : l'ablation de la tumeur. M. Rigal adopte les idées de J. Bell ; il est évident qu'il tient peu de compte des autres moyens de traitement qui n'ont pas pour but l'enlèvement de la tumeur ; hâtons-nous de le dire, cependant, l'expérimenté et judicieux praticien connaît dans le traitement des limites un procédé qu'il a imaginé, et même à l'art qu'il pratique avec tant de distinction. « Très larges, très profondes, dit-il, il faut les respecter. » Nous partageons sans restriction cette dernière partie de l'axiôme de notre collègue, à moins qu'une manière nouvelle de diriger la galvano-puncture ne vienne démontrer qu'on peut attaquer avec avantage, sans faire courir aux malades de danger, les tumeurs volumineuses auxquelles M. Rigal, et moi, faisons allusion dans ce moment. Mais, avec les procédés opératoires jusque là connus, je maintiens, avec M. Rigal, que les tumeurs volumineuses profondes veineuses, surtout alors qu'elles occupent la profondeur d'un membre, devraient être respectées, alors qu'elles sont stationnaires, et elles le sont ordinairement.

» Il y a trois ou quatre ans que je reçus, dans mon service à l'hôpital de la Pitié, à deux reprises différentes et à six mois d'intervalle, une jeune fille de 16 ans environ, qui portait à la partie supérieure du bras une tumeur veineuse profonde de ce genre ; elle s'étendait au-dessous du deltoïde, et semblait aller jusqu'à l'os. Cette malade fixa mon attention et celle des élèves pendant plusieurs leçons que je fis à son sujet. Ne voulant tenter aucune opération qui pût compromettre la vie de cette jeune fille très bien portante et sans douleur, agissant de son bras pour la plupart des usages de la vie, j'employai chez elle, pendant cinq ou six séances, l'électro-puncture à l'aide de la machine Lebreton, sans accident, mais aussi sans succès. J'ai rencontré il y a quelque jours cette jeune fille. Un autre chirurgien avait employé chez elle, m'a-t-elle dit, la méthode des sétons, elle s'en trouvait bien ; elle m'a annoncé qu'elle était en voie de guérison. Ce succès, que je ne me suis pas permis de vérifier, fût-il plus complet encore, ne m'amènerait pas à d'autres sentimens que ceux émis par M. Rigal. J'ai vu succomber aux accidens d'une résorption purulente un homme vigoureux, chez lequel j'avais lardé, avec une dizaine de petits sétons de fil, une tumeur érectile de l'aile du nez..... A quels dangers n'expose pas une tumeur volumineuse contenant un lacis veineux abondant et pour la cure de laquelle une quantité considérable de sétons est nécessaire. M. Guersant, au rapport de M. Rigal, a signalé les dangers qu'avait courus un malade qu'il avait soumis, pendant un laps de temps assez long, à ce mode de traitement ; la guérison fut néanmoins obtenue. »

Après avoir émis quelques considérations sur l'emploi de la ligature pour la guérison des tumeurs érectiles, M. Michon arrive à l'examen du procédé de M. Rigal :

« Je ne puis que renvoyer, pour la description du procédé de M. Rigal, au mémoire lui-même, dans l'impossibilité où je suis de le décrire aussi bien que son auteur. Il me suffira de dire que cette ligature se compose d'anses de fils, d'épingles ou tiges inflexibles. Les fils disposés doubles et par conséquent susceptibles de former des anses complètes en unissant deux à deux les chefs voisins, sont espacés de telle façon que la tumeur est divisée en compartimens par les fils, et que chacun de ces compartimens peut être étreint isolément par une première ligature. Les épingles, comme dans l'opération de Brodie, servent à empêcher le glissement des fils et ne permettent pas à la tumeur de s'échapper des anses qu'ils forment. Les fils, variables en nombre selon l'étendue de la tumeur, en traversent la base de part en part. On voit que, par ce premier temps de l'opération, toute tumeur érectile, en deçà d'une certaine dimension cependant, est susceptible d'être ramené à l'état de tumeurs pédiculées multipliées autant qu'on le voudra ; mais mises, chacune isolément, dans les conditions auxquelles J. Bell, Scarpa, Lawrence, With et Brodie appliquaient la ligature.....

» Cette première partie de l'opération de M. Rigal pourrait, au besoin, passer pour une opération complète, ce serait la ligature des tumeurs érectiles comme on l'appliquait avant lui, aux tumeurs pédiculées et à d'autres tumeurs non érectiles. Mais ce chirurgien ne s'en est pas tenu là ; trouvant insuffisante la compression exercée par ce premier rang de ligatures pour produire la mort instantanée, il appose pardessus la première une seconde rangée de ligatures. La tumeur ainsi liée par portions et étreinte une seconde fois dans une nouvelle enceinte formée par des anneaux successifs qui se tiennent les uns aux autres, étreignent en bloc la base de la tumeur. On pourrait croire que le deuxième rang de ligatures est d'une utilité contestable. Il n'en est rien cependant, si j'en juge par ma propre expérience, et surtout par celle de M. Rigal. J'ai eu, il y a quelques jours, l'occasion d'appliquer sur une tumeur érectile de la lèvre inférieure le procédé de M. Rigal, et j'ai pu m'assurer que, quelque force que j'eusse apportée à étreindre la tumeur par le premier rang de ligatures, cette striction n'avait pu être assez énergique pour amener la mort immédiate et complète des parties comprises. La douleur assez vive qu'a manifestée la malade, lorsque j'ai pratiqué la seconde série de ligatures, m'a démontré l'efficacité, sinon l'indispensable nécessité de cette seconde étreinte. Je demeure convaincu que l'ensemble, la réunion heureuse de ces moyens de striction a la plus large part dans la réussite de l'opération de M. Rigal. Or, jusqu'à ce jour, ce chirurgien ne compte que des succès, et le mémoire qu'il vous a présenté n'en contient pas moins de dix-huit.

» J'ai été assez heureux pour trouver l'occasion, avant de lire le rapport sur le travail de M. Rigal, d'appliquer son opération à une tumeur érectile de la lèvre, et de pouvoir joindre un dix-neuvième succès à ceux de l'auteur. Cette observation, beaucoup moins importante que la plupart de celles rapportées par M. Rigal, à cause du volume médiocre de la tumeur, m'a cependant été fort utile dans l'appréciation que j'avais à faire du travail essentiellement pratique et artistique de ce chirurgien... Je n'entrerai dans aucun détail sur les observations contenues dans le mémoire, chacune d'elles porte avec elle sa part d'enseignement. Analyser ces observations, serait en détruire la portée. Le faisceau qu'elles forment par leur réunion, constitue le mémoire presque tout en entier ; présentées en collection, elles démontrent la valeur du procédé opératoire qu'elles décrivent, elles établissent et fixent la place que ce procédé doit occuper dans la science en montrant la diversité des cas auxquels il peut s'appliquer. Il résulte de l'ensemble des faits, que l'opération de M. Rigal peut être, par les résultats obtenus, assimilée aux opérations qui procurent l'ablation des tumeurs érectiles.

» Sous ce rapport, elle satisfait aux exigences des chirurgiens qui n'acceptent, comme guérison des tumeurs érectiles, que celles qui peuvent être enlevées par une ablation radicale.

» La striction complète étrangle et tue instantanément et immédiatement les tissus compris en dehors des ligatures (et ce n'est pas leur moindre mérite), interceptent brusquement toute espèce de communication entre les parties mortes et les parties vivantes.

» Cette manière de détruire les tissus qu'on veut supprimer, dont on trouve déjà des exemples dans la chirurgie humaine (l'entérotomie) et dans la chirurgie vétérinaire (certains procédés opératoires de castration), ne détermine, dans les parties sous-jacentes, que le degré d'inflammation pour éliminer la partie morte. Elle détermine cette inflammation, dite adhésive, dans laquelle une couche plastique favorise la cicatrisation prompte. Elle n'expose point, comme les ligatures qu'on serre graduellement, aux accidens de la gangrène ou de la résorption purulente. Bien différente en cela de la striction incomplète, de celle qu'on observe par exemple dans un appareil trop serré. Dans ce dernier cas, lorsque la gangrène survient, elle se manifeste par gonflement inflammatoire, et un des principaux caractères de ce gonflement, est de ne point se limiter à la partie étranglée, mais bien de se répandre d'une manière diffuse aux parties voisines, et de donner lieu à une gangrène qui ne se limite pas facilement. Dans le premier cas, les parties sont tuées à l'instant même de l'application de la ligature ; dans le second cas, elles s'enflamment et ne périssent qu'après avoir été en communication plus ou moins longtemps par des phénomènes d'inflammation avec les parties saines.

» Ce résultat, dit M. Rigal, pourrait être obtenu, je le sais, par d'autres procédés de ligatures, et je tiens de notre collègue M. Maisonneuve qu'il a appliqué avec succès, aux environs de Bourges, au traitement d'une tumeur érectile volumineuse, le procédé que M. Récamier dirigeait contre les tumeurs du rectum. Dans ce procédé, comme on le sait, l'étranglement est produit au moyen de serre-nœuds dont la force de striction peut être poussée aussi loin et aussi rapidement qu'on peut le désirer ; dans ce procédé comme dans celui de M. Rigal, les anses des fils peuvent séparer la base de la tumeur en autant de pédicules que cela est nécessaire pour en obtenir la destruction complète. Le même chirurgien, M. Maisonneuve, dans votre dernière séance, ne proposait-il pas encore d'attaquer les tumeurs érectiles par un procédé de ligature imaginé par Blandin, pour la destruction des tumeurs d'une autre nature, mais qui n'a pas été, que je sache, appliqué aux tumeurs érectiles...

» Un autre avantage de la ligature est de déterminer sur les limites de ce qui peut rester de vaisseaux sains ou malades, une inflammation plastique qui s'oppose à l'écoulement du sang, de sorte que si le résultat peut être comparé à celui de l'ablation de la tumeur érectile, il est obtenu sans effusion de sang, sans crainte d'hémorrhagie, et qui ne sait combien elles sont redoutables dans ce genre d'opérations. Il y a plus, c'est que s'il reste une portion peu étendue du mal qui n'ait pas été atteinte par les fils jusque dans les dernières limites, elle est modifiée par le travail éliminatoire, de façon à être transformée de tissu érectile en tissu inodulaire. La ligature emprunte cet avantage à d'autres méthodes opératoires usitées dans le traitement des tumeurs érectiles, les épingles, les broches, le séton, etc. C'est, du moins, ce qui semble résulter de la lecture attentive des observations de M. Rigal. Joignons enfin à ces avantages réels celui non moins satisfaisant de procurer des cicatrices solides, fermes, mobiles, égales à leur surface, qu'on obtient avec peu de suppuration et par des pansemens simples...

» Nous irions plus loin que l'auteur (et cela n'est pas notre dessein) si nous voulions attribuer à la ligature plus de portée qu'elle n'en doit avoir, malgré les heureuses modifications que M. Rigal lui a fait subir, et celles que d'autres pourraient imaginer encore. Elle ne saurait, comme l'a dit M. Rigal, suffire à tous les cas ; mais reconnaissons avec lui qu'elle est applicable à un assez grand nombre, et j'ajoute que le travail de M. Rigal ne contribuera pas peu à la rendre d'une application plus fréquente. Mais elle ne fera ni oublier, ni délaisser entièrement d'autres méthodes de traitement ses rivales, et dont quelques-unes s'attaquent, pour en triompher, à des difficultés que la ligature ne saurait atteindre. »

M. Michon examine ensuite rapidement les autres méthodes de traitement applicables aux tumeurs érectiles ; il pose quelques considérations sur les effets de la galvano-puncture appliquée à ce genre de tumeurs, et annonce à la Société qu'un malade couché dans son service et affecté d'une vaste tumeur érectile veineuse de la lèvre et de la joue, est actuellement soumis à ce moyen de traitement. M. Michon promet de faire connaître les résultats obtenus chez ce malade.

Voici quelles sont les conclusions proposées par la commission, dont M. Michon est le rapporteur :

1° Admission de M. Rigal au nombre des membres correspondans ;

2° Renvoi de son travail au comité de publication.

Ces deux propositions ont été votées à l'unanimité.

M. ROBERT : Il existe une grande analogie entre l'anévrisme circoïde et les tumeurs érectiles artérielles. Il arrive quelquefois que la tumeur érectile s'agrandit et envahit de gros vaisseaux ; une jeune fille que j'ai présentée à la Société, il y a quelque temps, se trouvait précisément dans ces conditions. Cette circonstance ne démontre-t-elle pas la ressemblance qui existe entre les deux lésions dont je parle ? Entre ces deux ordres de tumeurs, il n'existe donc d'autre différence qu'une différence de siége. Si l'électricité peut coaguler le sang dans de grosses artères, on conçoit que cet agent produira, à plus forte raison, les mêmes effets sur des tumeurs érectiles artérielles.

M. MICHON n'admet pas l'analogie entre les tumeurs érectiles et les anévrismes circoïdes ; les tumeurs érectiles peuvent bien se compliquer de la dilatation des artères, mais elles n'en restent pas moins des éponges vasculaires. La majorité des tumeurs érectiles échappe à cette dilatation.

M. MONOD : M. Michon nous a dit, dans son rapport, que les tumeurs érectiles veineuses sont susceptibles de guérison spontanée, j'admets très bien le fait, mais je ne crois pas qu'il soit exceptionnel, je le crois au contraire fréquent. M. Michon a peut-être fait un peu trop bon marché de la méthode du séton ; j'ai mis cette méthode à exécution sur deux malades qui ont guéri, entre autres, sur une jeune fille affectée d'une tumeur érectile qui s'étendait depuis la commissure labiale jusqu'au pavillon de l'oreille. Chez le second malade, il s'agissait d'une tumeur érectile de la paume de la main ; dans ce dernier cas, la méthode de M. Rigal aurait eu de grands inconvéniens.

Une nouvelle méthode de traitement des tumeurs érectiles a été passée sous silence, c'est la cautérisation superficielle de la tumeur ; à l'aide de ce moyen, on détermine la formation d'un tissu inodulaire.

M. MICHON : J'ai perdu un malade par le séton, cela n'est pas fort encourageant. M. Guersant a eu également des accidens après l'emploi de ce mode de traitement.

M. GUERSANT : J'avoue que si le séton a été utile dans quelques cas, j'ai eu souvent l'occasion de m'en plaindre. J'ai vu des enfans atteints de tumeur érectile, chez lesquels l'application de trois ou quatre sétons a déterminé des érysipèles ambulans. Blandin a cité l'observation d'un enfant nouveau-né auquel on appliqua un seul séton ; il survint un érysipèle ambulant qui se termina par la mort. Depuis que j'ai remplacé le séton par des aiguilles rougies à blanc, je n'ai plus eu d'érysipèles ; je puis, sans aucun inconvénient, réitérer ces applications de cautère un certain nombre de fois.

M. DENONVILLIERS : Les tumeurs pulsatiles ne sont pas très communes, mais enfin elles se rencontrent comme tumeurs érectiles ; elles sont difficiles à guérir ; ce sont celles qui se prêtent le mieux à l'emploi de l'électricité. Mais il y a une grande différence entre les tumeurs de ce genre et ces cas de véritable anévrisme circoïde représentés dans l'ouvrage de Pelletan, ou déposés dans le musée Dupuytren.

On aurait tort de croire que A. Bérard était ennemi de la ligature ; ce n'est pas ce qui ressort de son dernier travail sur les tumeurs érectiles (*Compendium de chirurgie*). Bérard était en chemin d'arriver à la ligature ; il suffit de se rappeler que la manière dont il employait le séton n'était qu'un genre spécial de ligature qui l'aurait conduit à faire usage de la ligature seule.

M. MICHON : Ce n'est pas dans le *Compendium* que j'ai pris les idées de Bérard, c'est dans A. Bérard lui-même, qui relègue la ligature pour les tumeurs pédiculées.

M. VIDAL propose un nouveau moyen pour le traitement des tumeurs érectiles, ce sont les serre-fines. Il se propose d'appliquer un certain nombre de ces serre-fines non seulement aux tumeurs érectiles, mais encore aux varices. M. Vidal signale seulement le fait pour en prendre date.

M. CLOQUET fait part d'un cas de guérison spontanée de tumeurs érectiles chez une jeune fille ; l'une des tumeurs occupait la grande lèvre. M. Cloquet a appliqué le séton dans un cas ; il y a eu des accidens qui l'ont forcé à y renoncer. M. Cloquet décrit un procédé de ligature qu'il a employé et qui consiste à embrasser la tumeur dans des anses de fil qui décrivent dans l'épaisseur de la tumeur elle-même des espèces de huit de chiffre.

M. GERDY : Les tumeurs érectiles ne forment pas trois espèces ; il y en a huit espèces : les unes sont composées de veines, d'autres d'artères, d'autres encore sont mixtes. Il en est qui sont accompagnées de dilatation artérielle, d'autres de dilatation de veines ; d'autres présentent des criblures des vaisseaux qui les forment, etc. L'anévrisme circoïde n'est pas une tumeur érectile, ce n'est pas non plus une anévrisme vrai, comme l'a dit Breschet.

— Par un oubli tout à fait involontaire, nous n'avions pas mentionné, la semaine dernière, la nomination de M. le docteur Follin au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

— Dans notre dernier compte-rendu de la Société de chirurgie (n° 85, p. 344, 3e colonne, 5e ligne), il s'est glissé une erreur. Au lieu de varice anévrismale, il faut lire *varice artérielle.*

Dr FANO,
Prosecteur de la Faculté.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 89. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 27 Juillet 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. . . . . 32 Fr. :
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 JUILLET 1852.

SUR LE CAS DE GROSSESSE PRÉSUMÉE ABDOMINALE OBSERVÉ A L'HOPITAL BEAUJON (1).

On se rappelle que, dans la séance du 5 du mois de mai dernier, M. le docteur Huguier annonça à la Société de chirurgie qu'une femme, couchée dans son service à l'hôpital Beaujon, offrait un exemple assez rare de grossesse abdominale, parvenue, d'après le calcul le plus exact, au sixième mois.

Pour admettre cette variété de grossesse, disait M. Huguier, nous nous basons sur l'élévation de la tumeur abdominale qui dépasse le niveau que l'utérus atteint ordinairement à six mois de grossesse naturelle; sur la dépression sus-pubienne et transversale de l'hypogastre qui permet d'atteindre sans obstacle l'angle sacro-vertébral; sur la facilité avec laquelle on sent la fluctuation du liquide amniotique, les mouvemens actifs de l'enfant et le ballottement à travers la paroi abdominale, sans recourir au toucher vaginal; sur l'irrégularité et la situation de la tumeur; sur l'absence du souffle placentaire; sur le peu de volume, de saillie et d'ouverture du col utérin; sur sa situation en avant et à gauche; enfin, sur la tumeur dure et inégale que forment les membres de l'enfant dans le cul-de-sac postérieur du vagin, au-dessous et en arrière du col de l'utérus.

Telles étaient les raisons, sinon péremptoires, du moins très plausibles, sur lesquelles M. Huguier fondait son diagnostic; lui donnant pour conséquence cette question très grave de pratique obstétricale : — Doit-on attendre le terme de la grossesse pour pratiquer la gastrotomie, ou faut-il immédiatement procéder à cette opération?

A coup sûr, les difficultés de la situation étaient pressantes et nombreuses; M. Huguier l'a compris; aussi fit-il appel à ses collègues, et réclama-t-il l'intervention d'une commission qui se livra avec lui à un nouvel examen de la femme dont il est question.

(1) Voir pour les détails de ce fait et pour la discussion qui a eu lieu dans le sein de la Société de chirurgie, le n° 55 de l'UNION MÉDICALE, du 8 mai 1852.

Le résultat de cet examen fut, pour plusieurs des chirurgiens qui y prirent part, et notamment pour MM. Robert et Maisonneuve, conforme à l'opinion émise par M. Huguier, et ils n'hésitèrent pas à porter le même diagnostic.

Moins affirmatifs, MM. Dubois et Danyau émirent des doutes sur le siége assigné à la grossesse; pour eux, il n'était pas absolument démontré quelle fût extra-utérine. Ils firent observer que plusieurs des signes, en apparence favorables à l'idée d'une semblable grossesse, n'ont pas la valeur qu'on leur accordait. Ainsi, la fluctuation, le ballottement abdominal, sont aussi apparens chez des femmes qui ont une grossesse régulière et normale; on peut en dire autant des mouvemens qui sont ou qui paraissent très superficiels, très rapprochés de la main qui explore. Cela se voit fréquemment chez les femmes dont les parois abdominale et utérine sont fort amincies. Quant à la tumeur existant dans le cul-de-sac vaginal, en arrière du col de l'utérus, M. Danyau fit remarquer, d'après M. Dubois, que la partie de l'enfant que l'on sentait en ce point, pouvait être enveloppée par l'utérus lui-même, dont le segment inférieur, contrairement à ce qui a lieu ordinairement, se serait surtout développée par sa partie postérieure, ce qui expliquerait le mouvement de bascule du col qui se serait porté en haut et en avant.

Ces réflexions, empreintes de sagesse et marquées au coin de l'expérience, modérèrent l'ardeur des convictions opposées, et influèrent sans doute puissamment sur la conduite que suivit en cette circonstance, d'après l'avis d'ailleurs presque unanime de ses collègues, le chirurgien aux soins de qui cette femme était spécialement confiée.

On dut donc attendre, ne pas se hâter d'opérer; repousser toutes les propositions qui pouvaient être préjudiciables soit à la mère, soit à l'enfant; ou à tous deux en même temps. Le cathétérisme utérin fut conseillé comme moyen d'éclairer le diagnostic. On y renonça et l'on fit bien; car, que la grossesse soit ordinaire, c'est provoquer ainsi l'avortement; c'est faire un acte préjudiciable à la mère et à son enfant. La grossesse fût-elle au contraire extra-utérine, qu'eût appris le cathétérisme sur le meilleur parti à prendre; et en quoi eût-il éclairé sur le choix à faire entre l'action immédiate du chirurgien et l'expectation?

Pour ce qui concerne le développement du fœtus, et les moyens de l'empêcher dans le cas de grossesse abdominale, on se demanda si, au moyen de l'électricité, il ne serait pas possible de le foudroyer sans que la commotion arrivât jusqu'à la mère et pût lui devenir funeste. Un de nos confrères, qui a perfectionné avec un art infini le jeu des machines électro-galvaniques, fut consulté à cet effet, et la puissance de l'électricité de tension exercée au moyen de la bouteille de Leyde, parut devoir s'appliquer avec le moins d'inconvénient au cas dont nous nous occupons.

En rappelant ces détails, nous avons voulu montrer combien les hommes éminens qui ont été appelés à jouer un rôle dans cette observation, se sont vivement préoccupés de tout ce qui pouvait conjurer le danger auquel cette femme se trouvait exposée, et assurer à sa grossesse anormale une issue moins funeste que celle qu'il est malheureusement trop commun de constater en pareille circonstance.

Mais nous l'avons dit, l'abstention, au sein de la Société de chirurgie, compta de nombreux partisans, et, grâce à un excellent mémoire de M. Danyau, qui réfuta avec une grande supériorité les argumens produits en faveur de la gastrotomie pratiquée immédiatement, il fut résolu que l'on attendrait le terme de la grossesse.

Ce terme est arrivé. Depuis trois semaines au moins cette observation, qui a fixé au plus haut point l'attention des praticiens des hôpitaux et de la ville, a reçu une solution définitive; il eût été désirable que la Société de chirurgie s'en fût occupée. Elle qui, dans l'origine, est intervenue, aujourd'hui s'abstiendra-t-elle? Nous croyons que ce fait renferme un enseignement trop utile, pour que la discussion n'en vienne pas faire connaître et éclairer le dénoûment autrement que nous pouvons le faire nous-même, en annonçant sèchement le résultat, à savoir, *que cette femme est accouchée naturellement.*

Si nos renseignemens sont exacts, il s'est passé à l'hôpital Beaujon une matinée chirurgicale peut-être sans précédens dans les fastes de notre art. Dès l'apparition des premières douleurs de la parturition, l'émotion fut vive pour le chirurgien et pour les assistans, qui se pressaient nombreux et inquiets dans l'amphithéâtre des opérations.

Quelques instans se passent, on attend encore; quelques autres se succèdent, on attend toujours... On attend, mais en se tenant prêt à agir lorsqu'on aura jugé que l'expectation devient un danger.

Les mesures sont donc prises, l'appareil est préparé. Une heure et plus s'est écoulée : on conseille de ne pas attendre plus longtemps; on va se décider pour l'opération... lorsque, par un bonheur providentiel, les eaux s'écoulent, l'accouche-

Feuilleton.

DES HALLUCINATIONS, ou HISTOIRE RAISONNÉE DES APPARITIONS, DES VISIONS, DES SONGES, DE L'EXTASE, DU MAGNÉTISME ET DU SOMNAMBULISME ;

Par A. BRIERRE DE BOISMONT,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur d'un établissement d'aliénés, chevalier des ordres de la Légion-d'Honneur et du Mérite militaire de Pologne, lauréat de l'Institut et de l'Académie nationale de médecine, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc. (1).

Le *Traité des hallucinations* est jugé depuis longtemps; aussi, devrions-nous peut-être nous borner à constater le succès d'une première édition épuisée avec rapidité, et à signaler les changemens introduits par l'auteur dans celle que nous avons sous les yeux. Mais, en raison de l'importance d'une question toujours palpitante d'intérêt, on nous permettra d'émettre une opinion indépendante sur l'ouvrage entier sans même nous inspirer des jugemens portés avant nous par les hommes les plus compétens.

Il est rare que les œuvres scientifiques excitent de grands enthousiasmes ou rencontrent de violens contradicteurs, à moins que les doctrines qui y sont contenues n'aient la prétention de changer les idées reçues et d'imposer des croyances nouvelles à toute une génération. Pourquoi donc le livre de M. Brierre de Boismont a-t-il, à son apparition, passionné certains critiques? Il suffit d'en lire le *second titre*, pour comprendre les opinions contradictoires soulevées par un tel sujet. L'histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme est un champ fertile en controverses, sur lequel d'ailleurs doivent se juger des problèmes importans de psychologie. En traitant des *hallucinations* sous un rapport parement médical, M. Brierre de Boismont eût assurément composé une monographie estimable; mais qui oserait le blâmer de s'être élevé plus haut, d'avoir montré les points de contact de sa question avec les dogmes religieux, la morale et l'histoire, et d'avoir enfin prouvé non seulement par le raisonnement, mais encore par une tentative heureuse la nécessité de l'alliance de la philosophie et de la médecine, surtout dans les maladies mentales?

Dans une introduction écrite de verve et fortement pensée, l'auteur signale cette disposition de l'esprit humain à croire aux choses merveilleuses. Cette croyance présente assurément de graves dangers, si elle n'est point contenue dans de justes bornes. Associée à l'ignorance, et à la superstition, elle a conduit les hommes et les nations aux excès les plus déplorables. Mais d'un autre côté, lorsque l'imagination et la raison se prêtent un mutuel appui, cette réunion nous a valu des chefs-d'œuvre, et la plupart des découvertes qui ont fait faire un pas à la science et à la civilisation. Il suffit, pour s'en convaincre, de rappeler parmi les savans et les philosophes les noms de Platon, Galilée, Kepler, Christophe Colomb, Roger Baonn, Descartes, et parmi les médecins, ceux de Galien, Stahl, Boerhaave, Frédéric Hoffmann, Bichat, etc.

En lisant cette introduction remarquable, on reconnaîtra que M. Brierre de Boismont ne cherche pas à éluder les difficultés, ni à dissimuler ses convictions. Il parle avec la même netteté de ses croyances philosophiques et de ses doctrines médicales. Partisan déclaré du principe de la dualité humaine, on le voit combattre sans relâche la doctrine qui veut expliquer les actes intellectuels et moraux par l'état pathologique des organes. Il a voulu être conséquent avec lui-même, en affirmant qu'une ligne de démarcation tranchée doit être établie entre les apparitions de l'Écriture sainte et les hallucinations de l'histoire profane. Dans sa conviction, que, pour notre compte, nous déclarons partager entièrement, les unes ne peuvent s'expliquer que par une intervention surnaturelle, tandis que la plupart des autres doivent être rapportées à un état particulier du système nerveux et aux idées dominantes de certaines époques.

Dans tout le cours de son ouvrage, M. Brierre de Boismont s'est attaché à réfuter l'hypothèse qui fait de l'hallucination un symptôme constant et caractéristique de l'aliénation; il démontre, par les seules données de la science, que, dans certains cas, elle peut être considérée comme un phénomène purement psychologique. « Toutefois, si nous protestons de nos toutes forces, ajoute l'auteur, contre l'accusation de folie adressée à ces intelligences d'élite, nous reconnaissons que des hallucinations avec perte de raison, ont existé chez un certain nombre de personnages historiques. »

Dans un sujet aussi complexe que celui des hallucinations, la méthode a une grande importance; une bonne définition peut éclairer l'esprit et devenir une sorte de fil d'Ariane. Qu'est-ce que l'hallucination? doit-on se demander. La définition d'Arnold, quoique remarquable par sa justesse, nous semble une description abrégée de ce phénomène plutôt qu'une définition; nous en dirons autant de celle d'Esquirol; le lecteur en jugera : l'hallucination, dit ce dernier, est un phénomène cérébral et psychique, s'accomplissant indépendamment des sens, et consistant en des sensations externes que le malade croit éprouver, bien qu'aucun agent extérieur n'agisse matériellement sur les sens. De son côté, M. Brierre de Boismont définit l'hallucination, *la perception des signes sensibles de l'idée.* Cette définition me semble hardie et profonde; je n'examine pas si on peut lui reprocher d'être un peu abstraite; M. Brierre de Boismont n'écrit ni pour des écoliers, ni pour des ignorans; son livre s'adresse particulièrement aux médecins instruits et aux philosophes éclairés.

Je ne me plaindrai pas de la classification un peu compliquée adoptée par l'auteur; il fait observer avec raison que cet état particulier de l'esprit désigné sous le nom d'*hallucination*, présente une multitude d'aspects différens; cette multiplicité de formes l'a conduit à établir *dix sections,* dans lesquelles trouvaient naturellement leur place un nombre considérable d'observations qui toutes ont une valeur réelle et un intérêt soutenu.

Nous serions volontiers porté à confondre dans une même étude, et à

(1) Seconde édition, entièrement refondue. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, 1852. Un vol. in-8 de 720 pages.

ment s'active, et bientôt il s'achève à la grande satisfaction de tous.

Voilà le fait tel qu'un témoin occulaire nous l'a raconté. Quelle particularité a présentée le travail de parturition? A-t-on, pendant qu'il s'opérait ou depuis qu'il a eu lieu, trouvé la raison des caractères présentés pendant la grossesse? Est-on à même, aujourd'hui, d'expliquer les difficultés du diagnostic? Les suites de couches ont-elles été régulières ou anormales? La position de l'utérus dans l'état de vacuité peut-elle expliquer celle qu'il a fectait pendant la grossesse? Le fœtus a-t-il vécu? Quelle était sa conformation? Tels sont les points que nous voudrions voir éclairés par la suite d'une aussi intéressante observation.

Nous ne doutons pas que M. le docteur Huguier ne se rende au vœu de ses confrères, dont nous nous faisons ici l'interprète, et qu'il ne comble prochainement la lacune que nous lui indiquons. Amédée Latour.

SYPHILISATION.

Nous recevons la lettre suivante de M. Auzias-Turenne:

Paris, 22 Juillet 1852.

Monsieur le rédacteur,

Je trouve dans le numéro d'aujourd'hui de l'Union Médicale trois assertions qui me concernent et qui sont tout à fait contraires à la vérité.

1° Vous prétendez que j'ai inoculé successivement plusieurs chancres à notre confrère allemand, dans le but de prévenir chez lui l'explosion de la syphilis constitutionnelle. Rien n'est moins vrai. Voici la vérité :

« J'ai vu pour la première fois M. L..., le 13 octobre dernier, dans la Société des médecins allemands. Je venais de présenter aux membres de cette Société un syphilisé, auquel plusieurs d'entr'eux, et notamment M. Welz, avaient fait, sans résultat, des inoculations. M. L... se montrait à ses compatriotes, pour leur faire part de cette circonstance, qu'après s'être inoculé au bras le pus d'un accident secondaire de l'amygdale, il avait contracté une ulcération dont il nous a montré la cicatrice. M. L... portait actuellement sur lui les preuves les moins équivoques de la syphilis constitutionnelle. Trois jours après, j'ai eu l'occasion de voir M. L..., et je lui ai proposé de le *syphiliser, pour le guérir des accidens constitutionnels dont il était atteint.* M. L... accueillit favorablement ma proposition, et voulut que les inoculations successives lui fussent faites publiquement dans la clinique et sous les yeux de M. Ricord.

» En conséquence, le 17 octobre, j'inoculai M. L... vers l'empreinte deltoïdienne gauche par une piqûre étroite et superficielle. Le pus fut emprunté à M. P..., dont je commençais la syphilisation, et qui avait un chancre depuis huit jours. C'était un pus régénérésur un terrain vierge. En apprenant que le 24, M. Ricord avait pratiqué à M. L... deux inoculations intempestives, et d'un pus que je n'avais pas choisi, je fus alarmé des conséquences probables du courage imprudent de M. L..., et je résolus, après avoir tenu conseil de mes amis, de ne prendre aucunement part à ce qui se ferait désormais, si je n'obtenais par mes prières, de M. L..., qu'il se confiât entièrement à ma direction. Je compris, dès lors, et j'annonçai tout le parti qu'on ne manquerait pas de tirer contre la syphilisation, d'expériences que je blâme avec autant d'énergie que qui que ce soit. Je n'expérimente pas sur mes semblables; je les soigne et je les guéris, ou bien je les vaccine et je les préserve.

» M. L... a donc été la victime de la *syphilisation*, comme est victime de la saignée celui dont un chirurgien novice ouvre l'artère brachiale, comme est victime du cathétérisme celui dont une sonde inhabile perfore la vessie, victime de l'opium celui qu'un médicastre empoisonne par une dose exagérée de ce médicament!

» Cette syphilisation postiche n'est pas la nôtre! » (*Gazette médicale de Toulouse*, avril 1852.)

2° Vous m'accusez d'avoir *troublé jusque dans sa conscience l'administration de la police.* C'est à la fois méconnaître mon caractère et blâmer à tort l'administration. Qu'a voulu M. le préfet de police? S'éclairer sur la question de la *syphilisation*. Qu'a-t-il fait pour atteindre son but? Il s'est adressé à tous ceux qui pouvaient lui fournir des renseignemens. Il a ensuite chargé une commission d'examiner tous les documens qu'il avait recueillis, et a désiré que cette commission voulût bien m'entendre. Honneur au magistrat qui a su concilier ainsi les règles de la justice et de la prudence!

3° Vous dites enfin que je demande qu'on *livre* à mes expériences les filles publiques. Voici ce que j'ai écrit :

« Les syphilisateurs ne désirent pas plus contraindre les prostituées que personne. Ce qu'ils veulent, c'est prouver à tous la supériorité de leur méthode. Ils traiteront donc les prost tuées avec égards et voudront gagner leur confiance. Pourraient-ils oublier qu'elles sont femmes et malheureuses. » (*Gazette de Toulouse.*)

Vous remarquerez, Monsieur, que ma réclamation ne porte que sur les erreurs dont vous prenez la responsabilité et qui me concernent directement et évidemment, et que la plupart des détails que je donne n'ont point été créés pour les besoins de ma cause, puisqu'ils sont puisés à des documens déjà publiés. J'ai voulu ainsi être bref, et montrer néanmoins que, comme sypbilisateurs, nous avons des doctrines arrêtées au double point de vue de la science et de la morale.

Je vous prie, Monsieur, d'insérer cette lettre dans votre prochain numéro.

Agréez, etc. Auzias-Turenne.

Avant de répondre aux trois chefs d'accusation formulés contre nous par M. Auzias-Turenne, il est peut-être utile de dégager le débat de quelques questions préjudicielles qui ne sont pas sans importance pour la dignité et pour la liberté de cette discussion.

Une fois pour toutes, il doit être bien entendu qu'il ne s'agit pour nous ni de la personne, ni de l'honorabilité de M. Auzias-Turenne. Tout cela n'est pas en cause. L'inventeur de la syphilisation peut être un parfait galant homme, très convaincu de la réalité, de l'utilité et même de la moralité de sa méthode, que sa méthode n'en est pas moins discutable, et que, si elle est mauvaise, elle n'en est pas moins condamnable. Ainsi, si par hasard les entraînemens de la polémique nous conduisaient à quelque vivacité de plume, cette vivacité ne s'adresserait pas à la personne de M. Auzias, mais seulement à sa doctrine, que nous avons le droit et le devoir d'apprécier dans toutes ses conséquences, même au point de vue moral, et qu'alors il nous est permis d'appeler immorale sans que cette expression retombe par aucun point sur celui qui la propage. Il n'est que trop fréquent dans ce monde de faire le mal en croyant faire le bien, et c'est pour cela que la législation de tous les peuples civilisés, d'accord avec le sens intime, ne reconnaît le crime que là où il y a eu intention de le commettre. Nous absolvons et nous respectons les intentions de M. Auzias, seulement nous voulons faire nos efforts pour que ses intentions honnêtes ne conduisent pas à des résultats déplorables.

Après cette déclaration, nous sommes plus à l'aise pour faire observer à notre honorable confrère, M. Auzias, que si à l'occasion de la discussion qui s'engage et à laquelle nous voulons librement prendre part, discussion dans laquelle il sera nécessairement *nommé* ou *désigné* à chaque ligne, il se croyait autorisé à intervenir incessamment de sa personne ou de sa plume, et qu'il voulût user dans toute la rigueur de la loi de son droit de réponse, nous nous permettrions de lui dire que ce serait là un très mauvais et très peu libéral système de discussion, et, qu'après tout, ces procédés d'intimidation n'intimideraient personne. Mais certainement nous entrons là dans le domaine de l'hypothèse, et la libéralité du caractère de M. Auzias nous est trop connue pour que nous insistions davantage sur cette réflexion.

D'ailleurs, nous le reconnaissons, dans la lettre qu'il nous fait l'honneur de nous adresser, M. Auzias ne récrimine que contre l'indication de faits que nous aurions altérés ou inexactement indiqués. Voyons donc si nous sommes aussi coupables que le dit notre correspondant :

1° Ce n'est pas nous qui prétendons que M. L... a été inoculé par M. Auzias, c'est M. Auzias lui-même qui le reconnaît, c'est M. Bégin qui le déclare dans son rapport. M. L... avait-il ou non des accidens de syphilis constitutionnelle lorsqu'il s'est présenté à M. Auzias? Celui-ci dit oui, M. Bégin ne dit ni oui ni non, de sorte que sur ce point où nous avons été affirmatif, nous nous en rapportons d'autant plus volontiers à l'affirmation de M. Auzias, qu'une lecture plus attentive de l'observation nous a prouvé qu'il avait raison sur ce point. Mais qu'importe? Si M. L... n'avait pas la vérole, la syphilisation ne l'en a pas préservé, puisqu'elle s'est développée plus tard. S'il en était atteint, au contraire, la syphilisation ne l'a pas guéri, puisque la maladie suit chez lui son évolution fatale. De sorte que de ces deux avantages attribués à la syphilisation, vertu préservatrice et vertu curative, l'un a certainement fait défaut; et dans ce résultat négatif se trouve tout entier le grand enseignement de l'expérience de M. L....

Mais, répond M. Auzias, la syphilisation ne peut être responsable d'une de ses applications vicieuses; d'autres inoculations *intempestives* ont été faites par d'autres que par moi; j'ai prédit les tristes conséquences de ce courage imprudent, et je me suis retiré. Ce point de fait, nous pouvons le promettre à M. Auzias, sera suffisamment éclairé devant l'Académie. M. Ricord s'en charge, et nous voulons lui laisser le plaisir et l'honneur de jeter la lumière sur ce que ce fait peut avoir d'obscur en ce moment. Le trait que, dans le passage de sa lettre, M. Auzias a voulu diriger contre le savant chirurgien du Midi, ne tombera pas à terre, nous le lui prédisons à notre tour.

2° Sur le second point de sa lettre, M. Auzias sait très bien que nous ne sommes pas parfaitement libre de lui répondre, tandis qu'il est libre, lui, de chanter un hymne de reconnaissance en l'honneur de M. le préfet de police, qui a institué la commission. Cet acte du pouvoir, nous ne l'avons d'ailleurs ni apprécié ni blâmé; nous l'avons simplement exposé. Et quand M. Auzias nous dit que nous l'avons accusé d'avoir troublé jusque dans sa conscience l'administration de la police, il altère complètement notre texte et notre pensée, nous avons parlé de la syphilisation et non de M. Auzias, et notre confrère sait aussi bien que nous que ce n'est pas à lui que s'adressent ces expressions que nous ne pouvons ni retirer ni atténuer.

3° Nous avons dit que la syphilisation demandait qu'on lui ouvrît les portes de l'infirmerie de Saint-Lazare et qu'on lui livrât un certain nombre de filles publiques. M. Auzias nie-t-il cela? Nous affirmons l'exactitude de ce fait. Nous ajoutons que la commission instituée par M. le préfet de police n'a qu'un seul but, qu'une seule mission, à savoir, de répondre à M. le préfet s'il y a lieu ou non d'autoriser M. Auzias à faire ses expériences sur des filles publiques. Voilà la vérité des choses que ne détruit en aucune façon le passage cité de la *Gazette médicale de Toulouse*.

En résumé, des trois faits sur lesquels M. Auzias nous accuse d'avoir altéré la vérité, un seul n'est pas exact dans une de ses circonstances, les deux autres sont parfaitement vrais, et

---

regarder comme à peu près identique les *hallucinations* et les *illusions*. Ces deux états se rencontrent souvent chez le même individu. Toutefois, MM. Esquirol et Brierre de Boismont les étudient séparément. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, ce dernier définit l'hallucination la *perception des signes sensibles de l'idée*, tandis que l'illusion est l'*appréciation fausse de sensations réelles*. L'existence de l'objet dans l'illusion, son absence dans l'hallucination font considérer ces deux états comme séparés. Cette distinction se comprendra mieux dans les deux exemples suivans : Goëthe assure avoir aperçu un jour l'image de sa propre personne venir à sa rencontre; voilà une hallucination. L'esprit vivement excité par le récit de la mort de Byron, Walter Scott vit devant lui, en se rendant dans sa salle à manger, l'image de son ami. Il s'arrêta quelques instans, puis s'avançant de plus près, il reconnut que cette vision était due à l'arrangement d'une tapisserie placée sur un écran; ceci était une illusion.

M. Brierre de Boismont fait remarquer que les illusions ont été l'un des argumens les plus puissans contre la certitude des sens; elles s'observent fréquemment dans l'état sain, et parfois sous forme épidémique. L'une des plus communes est celle qui transforme les nuages en corps d'armée, en figures de toute espèce; l'histoire en fournit un grand nombre d'exemples. D'après Josèphe, le 22 mai, avant le lever du soleil, on aperçut en l'air, dans toute la Judée, des chariots pleins de gens armés traverser les nues et se répandre à l'entour des villes comme pour les enfermer. Le jour de la Pentecôte, les sacrificateurs étant la nuit dans le temple intérieur, pour célébrer le service divin, entendirent du bruit et aussitôt après une voix qui répéta plusieurs fois: *sortons d'ici*.

Le progrès des sciences, les découvertes physiques ont permis d'expliquer, par des lois naturelles, un grand nombre d'illusions que, dans un siècle d'ignorance, on n'eût pas manqué de rapporter à quelque apparition surnaturelle. L'exemple suivant est dans ce genre l'un des plus remarquables. En novembre 1744, Bouguer et La Condamine étant au sommet du Pambamarca, se trouvèrent au milieu d'un nuage qui, en s'éloignant, leur permit de voir le soleil dans tout son éclat. Le nuage n'était pas encore à une distance de trente pas dans la direction du couchant, lorsque chaque observateur aperçut son ombre reflétée par lui, sans en voir d'autres que la sienne propre. Le peu de distance permettait de distinguer les parties de l'ombre, les bras, la tête; mais, chose étonnante! la tête était ornée d'une auréole formée de trois ou quatre petites couronnes concentriques d'une couleur très vive, offrant chacune les nuances de l'arc-en-ciel, le rouge en dehors. Les intervalles, entre ces couronnes, étaient égaux, mais les dimensions en changeaient d'un instant à l'autre; enfin, à une certaine distance, on voyait un grand cercle blanc qui environnait le tout. C'était comme une sorte d'apothéose pour chaque spectateur qui put jouir tranquillement du plaisir de se voir orné de toutes ces couronnes, sans rien apercevoir de celles de ses voisins.

Il s'est présenté à mon observation plusieurs cas de vertiges aigus et chroniques qui ne seraient pas déplacés dans le livre de M. Brierre de Boismont; je me contenterai de citer l'exemple suivant : le vingt-sep-septième jour après sa dernière couche, Mme R*** étant à l'église, fut prise d'un étourdissement subit, et vit tout chanceler autour d'elle. Ramenée à son domicile, elle éprouva plusieurs syncopes répétées. Les jours suivans, elle devint sujette à des vertiges qui, depuis trente-cinq ans, ont varié parfois d'intensité, mais n'ont jamais cessé. Ils existent à toute heure du jour; dès le matin, à son réveil, elle voit tous les objets remuer; il lui semble que son corps s'allonge et que le lit s'enfonce. Parfois, au contraire, elle éprouve la sensation d'être enlevée en l'air. S'il lui arrive de regarder le ciel, elle perd l'équilibre. Dans la marche, elle croit que les pavés changent de place et qu'ils viennent vers elle. Il lui est impossible de traverser un pont ou une place sans être encore plus tourmentée par les vertiges, et elle tomberait si elle ne s'appuyait sur un bras. Mme R*** éprouve encore diverses sensations bizarres; il lui lui semble que ses oreilles s'écartent et qu'elle a dans la tête un corps vivant qui se remue, etc. Du reste, son jugement et sa force d'esprit ont toujours été fort remarquables.

(*La suite au prochain numéro.*) Foissac.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Mutations dans le personnel des hopitaux. — Par suite de la retraite de M. le professeur Serres, médecin de l'hôpital de la Pitié, M. Grisolle, médecin de l'hôpital Beaujon, passe en la même qualité à la Pitié. M. Monneret, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, passe à l'hôpital Beaujon; M. Bouley, médecin de l'hôpital Bon-Secours, à l'hôpital Saint-Antoine; M. Bouchut, du service de la teigne à l'hôpital Bon-Secours. M. Bourdon, médecin du bureau central, est chargé du service de la teigne.

Conseil général des hopitaux. — A la dernière séance du conseil de surveillance des hôpitaux, M. le préfet de la Seine a installé comme membre M. le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Bérard, démissionnaire.

Par cette nomination, le conseil de surveillance se trouve complété ainsi qu'il suit:

MM. le préfet de la Seine, président; le préfet de police; Ségalas, membre de la commission municipale; Herman, idem; Monnin-Jappy, maire du 6e arrondissement; Frottin, maire du 1er; L'Allemand, administrateur du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement; Beau, id. du 10e; de Thorigny, conseiller d'Etat; le comte Portalis, premier président de la Cour de cassation (vice-président); Horteloup, médecin des hôpitaux; le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine; Hachette, membre de la Chambre du commerce; Fouché-Lepelletier, membre du conseil des prud'hommes; le comte de Breteuil, ancien membre du conseil général des hospices; le marquis de Pastoret; Duvergier, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats; Octave Lepelletier d'Aulnay; Ferdinand Barrot.

— M. Bonnafont, chirurgien-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, vient d'être promu au grade principal, et reste attaché au même hôpital.

nous les maintenons tels, ce qui donne à M. Auzias le tort grave de nous avoir écrit cette phrase : « Je trouve dans l'Union Médicale trois assertions qui me concernent et qui sont tout » à fait contraires à la vérité. »

Quant à la question de la syphilisation, nous n'avons pas voulu même l'effleurer dans cette réponse, pas plus que M. Auzias n'a voulu la traiter dans sa lettre. Il se borne à dire « qu'il » soigne ses semblables et qu'il les guérit, ou bien qu'il les » vaccine et qu'il les préserve; » ce sont là précisément des prétentions qu'il s'agit d'examiner ; M. Bégin a déjà dit mardi dernier, l'Académie dira demain, et nous tâcherons de dire après elle ce que valent ces prétentions.

Amédée Latour.

L'observation de M. le docteur L... étant la cause et devant être la base de la discussion qui doit s'ouvrir demain devant l'Académie de médecine, nous croyons utile de la reproduire telle qu'elle a été exposée par M. Ricord dans ses *Lettres sur la syphilis* :

« M. le docteur L... a été présenté à la Société de chirurgie par M. Musset, interne du service de M. Ricord, pour soumettre à l'observation de cette Société savante les résultats d'expériences entreprises dans le but de vérifier les idées émises sur la syphilisation.

» *En attendant* que M. le docteur L... donne lui-même, *in extenso*, l'histoire de sa propre observation, *non encore complétée*, voici les principaux résultats auxquels il est déjà arrivé :

» M. le docteur L... n'a jamais eu ni chancres ni blennorrhagies.

» Au mois de décembre 1850 et janvier 1851, il s'est inoculé à la verge, *à un intervalle d'une semaine chaque fois, une dizaine de chancres*, dans le but d'étudier une nouvelle médication. Ces chancres ont *disparu en peu de temps*, sous l'influence d'un traitement simple, hygiénique.

» Le 2 juillet, il s'*inocule* de nouveau au bras gauche, et un chancre *induré* en est la conséquence.

» Trois mois après, c'est-à-dire le 1er octobre, il se déclare une syphilide exanthématique et bientôt papuleuse, accompagnée de l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs.

» Quelques jours après, des plaques muqueuses apparaissent sur les amygdales.

» M. le docteur L... ne se soumet à aucun traitement.

» Le 17 octobre, *une* inoculation est pratiquée sur le bras gauche par M. Auzias, en présence de M. Ricord, avec du pus puisé à un chancre *datant de vingt jours*, existant chez un *malade* qui avait été inoculé avec du pus pris chez un *prétendu syphilisé* qui en était *à peu près* à son 60e chancre.

» Le 26 octobre, M. Ricord pratique deux inoculations : l'une sur le bras gauche, l'autre sur la muqueuse du prépuce, avec du pus d'un chancre phagédénique non serpigineux, existant sur un malade couché salle 2, n° 4 de son service.

» Le 25 octobre, M. le docteur L... s'inocule lui-même au bras et à la verge avec le pus du premier chancre.

» Le 28 octobre, deux inoculations sont pratiquées au bras gauche, l'une avec le pus du premier chancre, l'autre avec celui du quatrième.

» Le 29 octobre, deux inoculations sont faites avec le pus du quatrième chancre.

» Le 30, deux inoculations sont pratiquées au bras avec le pus du premier chancre et du second.

» Le nombre des inoculations s'élève ainsi à onze.

» 1° Bien que des inoculations, au nombre de dix, aient été faites, cela n'a pas empêché une onzième de s'indurer et d'être suivie régulièrement de la syphilis constitutionnelle.

» 2° Les nouvelles inoculations successives qui ont été faites en vue de la syphilisation ont toutes réussi.

» 3° Les chancres n'ont pas été d'une moindre étendue à mesure des inoculations faites.

» Ainsi les diamètres des chancres successifs ont été indifféremment plus grands ou plus petits que ceux des chancres qu'ils avaient précédés ou suivis.

» 4° Le plus grand nombre des chancres inoculés a pris la forme phagédénique, comme cela se montre souvent chez des individus qui, ayant une syphilis constitutionnelle, contractent de nouveaux chancres.

» 5° Il est à remarquer que les plus intenses proviennent du pus du syphilisé de M. Auzias, parvenu à son 60e chancre.

» 6° Le phagédénisme non serpigineux n'a pas dépendu de la source à laquelle le pus avait été emprunté, car le plus grand nombre des chancres qui ont été produits par le pus provenant du syphilisé, ont pris indifféremment la forme phagédénique, tandis que parmi trois chancres produits par le pus fourni par un malade du service de M. Ricord, affecté d'un chancre phagédénique non serpigineux, un seul a pris la forme phagédénique.

» 7° Le phagédénisme des premiers chancres n'a pas été atténué par les chancres qui ont suivi et qui sont devenus phagédéniques à leur tour.

» 8° Le phagédénisme a donc semblé tenir à l'état général du malade influencé par le siége, car tandis que le plus grand nombre des chancres inoculés au bras ont pris cette forme, les chancres inoculés à la verge, le même jour, avec le même pus, sont restés très restreints, et ont vite marché vers la réparation.

» 9° Les inoculations successives, *faites dans le sens de la syphilisation*, et qui ont *affecté une marche si grave, non seulement n'ont pas influencé favorablement les accidens de la syphilis constitutionnelle*, mais, bien au contraire, ces accidens ont *semblé* prendre une nouvelle intensité au fur et à mesure que les chancres d'inoculation tendaient au phagédénisme.

» 10° Il est à remarquer que, tandis que toutes les inoculations faites avec du pus d'ulcères primitifs, ont été suivis de résultats positifs, des inoculations d'accidens secondaires appartenant aux formes les plus graves et dans toute leur intensité, sont restées sans effet. »

HYDROPHOBIE.

Nous recevons de trois de nos honorables correspondans les communications suivantes, que nos lecteurs liront avec intérêt.

OBSERVATION D'UN CAS DE RAGE, TRAITÉE PAR LE CHLOROFORME, SUIVIE DE RÉFLEXIONS.

Dans la relation d'un cas de rage, adressée dernièrement à la *Gazette des hôpitaux*, j'ai lu que le médecin, M. Masson, encouragé par le récit d'une guérison qui avait été obtenue à New-York, s'était servi des inhalations du chloroforme pour calmer d'horribles tourmens; mais sans aucun succès. Pareille tentative, la première en ce genre, sans aucun doute, avait été faite par moi, alors interne à l'hôpital de la Charité en 1849 : cette observation, déjà ancienne et inédite, attendait une occasion favorable pour être livrée à la publicité. Le récit de l'expérience renouvelée par le médecin de la rue Jacob semble me l'offrir; en ce moment, d'ailleurs, où l'opinion publique, épouvantée, demande à la science aux abois des remèdes, ou du moins d'énergiques efforts pour en trouver, c'est un devoir pour moi de ne pas laisser les recherches s'égarer sur un terrain ingrat.

Observation. — Dans les premiers jours du mois de mai 1849, un chien ayant mordu plusieurs animaux de son espèce et quelques personnes, Henri Delenne, âgé de 40 ans, menuisier, rue de la Grande-Chaumière, n° 7, résolut de le tuer. Il lui tendit, pour l'allécher, un morceau de pain; mais il reçut aussitôt cinq coups de dents à l'avant-bras droit. L'animal fut abattu.

Les plaies que l'imprudent avait négligé de faire cautériser se cicatrisèrent peu à peu; cependant il restait inquiet sur le résultat de la morsure.

Le 8 juin suivant, cette préoccupation s'empara de lui complètement, il crut qu'il allait devenir enragé ; ce fut son idée fixe.

Dans la journée du 9 juin, il entra à l'hôpital de la Charité, accompagné de deux de ses amis; il tenait un crucifix à la main, psalmodiait une prière sur un ton plaintif et étrange, criant qu'il était enragé.

Déjà il était en proie à un peu de délire, mais très inoffensif; dès son entrée, il manifesta une horreur profonde pour toute espèce de liquides, pour l'eau surtout. Il avait une sputation fréquente, presque continuelle; l'air frais, tout objet brillant lui causaient une impression pénible et agaçante.

On remarque sur l'avant-bras mordu, six semaines avant, la cicatrice des quatre coups de dents.

Après une heure de séjour dans la salle Saint-Louis, le délire de cet homme, doué d'une grande force et d'une constitution vigoureuse, devint furieux; il ne cherchait à mordre personne précisément; mais il s'agitait avec violence à la vue des objets de sa répulsion. Il poussait des cris effrayans. On fut obligé de le transporter dans la chambre des délirans; il était quatre heures du soir. Il se laissa poser les entraves et la camisole de force, se prêtant à toutes ces exigences dont il comprenait le but et la bienveillance, incapable cependant de réprimer ses mouvemens insensés.

Je le vis à cinq heures :

Le malade, couché sur le dos, apostrophe avec colère les infirmiers placés auprès de lui, il leur reproche de le tenir garotté comme un malfaiteur; mais il se rend aux raisons qu'on lui en donne, et serre même affectueusement la main de l'interne. Le crachotement est continuel, avec efforts pour vomir, sans vomissemens; il s'agite, a des soubresauts, s'élance de son lit; mais ne cherche pas à mordre.

On lui présente successivement cinq pilules d'extrait gommeux d'opium de 0,05 chacune, il se jette sur elles et les avale tout d'un trait. L'air venant de la porte accroît son irritation, il a froid, il commande impérieusement : on fait du feu.

Sa respiration est fréquente, mais son pouls, assez calme, donne 84 pulsations seulement à la minute; il prétend qu'il boirait de l'huile; mais la vue et le seul mot de l'eau lui sont en horreur.

A huit heures, M. Fouquier qui le visite, prescrit du lait d'amandes douces pour adoucir l'ardeur et l'acidité du pharynx.

A 11 heures, je revins près de ce malheureux, dont la situation n'avait pas varié : sa fureur était au contraire plus grande, la sputation plus précipitée, le regard brillant, la peau couverte de sueur, l'agitation continuelle. Toujours inoffensif, il obéissait, bien qu'avec peine, aux désirs qu'on lui exprimait. On avait pu lui faire prendre le lait d'amandes prescrit; la lumière l'incommodait médiocrement.

Désabusé sur le compte de tous les remèdes mentionnés, et déclarés impuissans par les auteurs classiques, je résolus de faire l'essai d'un nouveau moyen, du chloroforme. Ce remède devait, dans ma pensée, en appelant le sommeil, procurer une trêve bienfaisante aux fureurs et à l'agitation insensée du malade, qui l'épuisait; peut-être même mon ambition ne se bornait-elle pas en ce moment à un désir aussi sage, et aspirait-elle à la découverte d'un spécifique capable de rendre mon nom et celui du chloroforme immortels.

40 grammes de cette substance ayant été apportés, j'en versai la moitié, dose énorme, sur de la charpie que je plaçai sous le nez de Delenne, encore assez sain d'esprit pour désirer le succès de notre entreprise.

D'abord, il se débattit, jetant sa figure en avant et de côté, sans faire mine de nous mordre (cependant nous nous tenions sur nos gardes), lançant de tous côtés sa salive, dont nous ne pûmes garantir nos mains, ni notre visage.

J'avais pour aide un jeune infirmier, attaché alors au service de M. Bouillaud, dont, à mon grand regret, j'ai perdu le nom que je voudrais citer, parce qu'il fit preuve en cette circonstance de zèle et d'intrépidité.

Après quinze ou vingt minutes d'inhalation, la sputation se ralentit, puis s'arrêta tout à fait; son délire se fixa sur des objets moins sombres; il chanta de gais refrains, et s'abandonna à d'indiscrètes confidences. Ses membres cessèrent de s'agiter, et il tomba dans le sommeil chloroformique, murmurant des paroles à voix basse.

Ce sommeil dura environ un quart d'heure, puis les efforts pour cracher et les crachemens revinrent; il continua néanmoins à s'entretenir durant quelques instans de diverses choses étrangères à sa maladie; insensiblement ses paroles s'animèrent, il les articula d'une voix rude et éclatante, et se lança dans la controverse politique, en proie à des hallucinations belliqueuses qui nous transformaient en ennemis sur lesquels il aurait voulu s'élancer. Comme il n'était pas encore sourd à notre voix, il s'excusait de son erreur.

On versa de nouveau 20 grammes de chloroforme sur la charpie, qui fut appliquée près des narines, pendant plus d'une demi-heure, mais sans obtenir un calme aussi durable que la première fois. Il s'apaisait parfois pendant une ou deux minutes au plus; mais bientôt ses fureurs, devenues presque exclusivement politiques, le ressaisissaient; et cette sputation, qui l'épuisait, ne discontinuait plus; la respiration s'accélérait, un léger degré de cyanose se manifestait sur les membres; il me fallut renoncer aux espérances que j'avais mises dans le chloroforme. Sur les trois heures du matin, je quittai ce malheureux qui avait inondé de sa salive mes vêtemens et mon visage. L'infirmier resta pour le surveiller.

Il mourut le lendemain 10 juin à sept heures du matin.

L'examen du cadavre, fait le 11 juin, me démontra que toute la région du pharynx, de l'isthme du gosier, était d'un rouge très intense, un peu sombre et complètement sèche. On remarquait à la surface de petites granulations d'un bleu foncé. Rougeur un peu moins vive dans la bouche. L'œsophage contrastait par sa teinte pâle, plus pâle même que d'habitude avec le pharynx; il était desséché; la langue, examinée avec soin, n'offrait aucune ulcération.

Le larynx et la trachée avaient une légère teinte bleuâtre, et contenaient une petite quantité de liquide écumeux.

Les autres organes ne furent point examinés.

Réflexions. — Le chloroforme a donné dans ce cas tout ce qu'on pouvait en attendre raisonnablement. Pendant quelques instans, il a soustrait un malheureux à la conscience de son horrible situation, fait succéder à ses atroces tourmens un sommeil égayé par d'aimables souvenirs; il a remplacé la réalité par un rêve. Doit-on lui demander davantage, ou borner le but de ses recherches à un aussi mince résultat? Je ne le pense pas. Aussi ne puis-je accéder à la proposition faite par l'honorable M. Moreau (de Tours), d'expérimenter le haschich contre la rage : comme moyen curatif de la rage, il n'aurait pas une action différente de celle du chloroforme. C'est dire qu'il échouerait. Et s'il s'agit seulement de remplacer un délire par un autre, la conscience d'un mal par un songe, par un cauchemar peut-être, j'ajoute que c'est trop peu. Ce but ne serait même pas atteint à l'aide d'une pareille substitution. La cause des plus cruelles souffrances dans cette maladie est l'expulsion impérieuse et incessante des liquides destinés à arroser et à rafraîchir la bouche et le pharynx; or, cette expulsion, symptôme essentiel, ne cesserait point, et le haschich, impuissant à la supprimer, ne déroberait pas longtemps la sensation des ardeurs causées par elle.

Demandons à l'expérimentation quelque chose de mieux; le seul but digne d'une poursuite, étant la guérison, qu'elle s'engage, pour l'atteindre, dans la voie tracée par la nature. Celle-ci, lorsqu'un de ces poisons appelés *virus*, s'est introduit dans notre corps, cherche à le neutraliser d'abord, puis à l'expulser. Cette neutralisation se fait au moyen de la force de résistance vitale inhérente à l'organisme; elle a lieu toutes les fois que nous subissons le contact de matières virulentes sans en ressentir l'influence; dans ce cas, l'annihilation du poison s'opère au sein des organes et par les organes. Si, au contraire, le principe délétère a envahi et impressionné l'organisme, celui-ci rassemble toutes ses forces pour l'expulser; l'éruption des fièvres dites éruptives nous offre un exemple de l'une de ces réactions critiques et naturelles.

Dans la rage elle-même, cette loi tutélaire ne fait pas défaut : sa terminaison si cruelle semble dire le contraire.

Si des personnes ont pu être mordues impunément par des chiens atteints d'hydrophobie, n'ont-elles pas dû cette impunité, dans bien des cas, à la force de résistance propre, assez puissante pour repousser et réduire à néant l'effet du poison? Si, d'autre part, les malheureux en proie à l'hydrophobie rabique crachent incessamment, c'est que, selon moi, l'économie cherche à expulser le poison au moyen d'un flux salivaire extraordinaire (1). Idée bizarre, en apparence, d'envisager un symptôme des plus cruels comme une intention bienfaisante! Mais il en est des bonnes intentions de la nature comme de celles des hommes : elles n'aboutissent pas toujours au succès. On ne doit point pour cela les méconnaître. Et lorsqu'on la voit partout disposer ses moyens en vue de cette grande loi de préservation et de réparation dont nous avons parlé, il y aurait lieu de s'étonner qu'elle s'en fût affranchie à propos de la plus affreuse des maladies.

De ces idées découlent pour l'expérimentation deux méthodes rationnelles; l'une, que j'appellerai méthode *naturelle*, consisterait à favoriser le phénomène critique, selon moi, dont la nature semble se servir pour l'élimination du virus *rabique*, je veux dire la salivation, mais en la modifiant de façon à la rendre avantageuse et lonable; pour cela, j'aurais recours aux sialagogues, aux *mercuriaux* surtout, tant vantés par les médecins du dernier siècle, et par Delasonne, dont l'inefficacité ne m'est pas démontrée par le rapport si remarquable de M. Renault, lu à l'Académie le 13 janvier 1852.

Je les emploierais *dès les premiers jours*, et avant l'explo-

(1) La présence du virus rabique inoculable, qui réside à l'exclusion de toute autre humeur dans la bave formée par la salive et les mucosités buccales, prouve la vérité de cette supposition...

sion d'accidens dont l'intensité est telle, qu'elle dépasse d'ordinaire et nécessairement la puissance de l'art.

La seconde méthode, dite *perturbatrice*, au lieu d'appeler la salivation, l'éviterait, et, à l'aide de moyens dérivatifs puissans, tâcherait d'amener l'élimination du virus par des voies différentes. Les vomitifs et les purgatifs rempliraient cette indication; leur emploi serait combiné de façon à entretenir une irritation et un flux de liquides permanent dans la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. Cette dérivation serait plus active durant la période d'incubation de la rage; mais à mesure que l'on s'éloignerait du terme moyen de la durée de cette période, on la ralentirait. Une sudation puissante et soutenue durant cette même époque, concurremment ou non avec les dérivatifs intestinaux, serait conforme à cette méthode.

Telles sont les bases sur lesquelles il nous paraît rationnel d'instituer un traitement expérimental. En dehors, existe peut-être la chance de rencontrer un spécifique; mais le désir d'arriver à l'un de ces remèdes merveilleux et inexplicables dans leur action, ne doit pas nous faire négliger les principes d'une saine thérapeutique, et prendre le hasard pour guide.

Dr A. Mignot,
Lauréat de l'Institut, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris.

OBSERVATION D'UN CAS D'HYDROPHOBIE RABIQUE (?) GUÉRIE PAR LA SAIGNÉE ET LES DOUCHES FROIDES.

Dans ce moment où l'attention publique est fixée sur la rage, je crois devoir donner connaissance d'un fait pathologique que je retrouve dans mes notes médicales.

Au mois de mai 1833, je vis dans la commune de Fuignier, canton de Sablé (Sarthe), un cultivateur âgé de 50 et quelques années, atteint depuis la veille d'*un malaise général accompagné d'une grande irritabilité*.

La face était rouge, les yeux étaient injectés, brillans, menaçans; pouls petit, serré, mais sans fréquence; la bouche était enduite d'une petite quantité de mucosité visqueuse, langue rouge.

Les réponses étaient justes, mais brèves et saccadées; les organes de la respiration, de digestion n'offraient rien de remarquable; les urines étaient rares et rouges; pas de faim, pas de soif.

Les yeux du malade suivaient mes mouvemens d'exploration avec un air de vive inquiétude qui me frappa.

En relevant une des manches de la chemise, j'aperçus sur l'avant-bras des ecchymoses; la peau paraissait avoir été fortement pincée; l'autre bras m'offrit les mêmes traces.

Je demandai ce que cela signifiait. Un des enfans du malade me répondit que son père se mordait les bras pendant *ses accès*.

Après avoir questionné au sujet de ces accès, je pris la famille à part et j'appris que d'heure en heure, plus ou moins, le malade poussait des cris et cherchait à déchirer les effets qui le couvraient. On m'assure que cet homme n'a jamais été *mordu*.

Revenu près du lit, je demandai au malade s'il voulait boire. — Non. — Pourquoi. — Je n'ai pas soif. — Eh bien, je veux que vous preniez un verre d'eau. Je lui présentai alors le verre plein. — Non! Non! — Je le veux, lui dis-je, et vous boirez. Il se mit vivement sur son séant, m'arracha le verre des mains avec un tremblement convulsif et les yeux étincelans, remplit sa bouche d'eau, fit plusieurs efforts pour avaler, puis rejeta avec bruit le liquide de sa bouche à plusieurs mètres de loin. Une agitation violente succéda à cette tentative et dura plusieurs minutes. Je lui pris le bras dans ce moment, il voulut me mordre la main; mon regard fixé sur lui l'arrêta, il baissa les yeux et me demanda pardon.

Sur ces entrefaites arriva le gendre; je n'avais encore communiqué ma pensée à personne; je lui demandai s'il n'avait pas connaissance que son beau-père eût été mordu. Pardieu si, me répondit-il; il y a à peu près deux mois, nous traversions avec mon beau-père une vigne qui est sur le bord du chemin; un tout petit chien vint près de nous; mon beau-père voulut le prendre et le petit chien le mordit à la main. Il est venu un peu de sang, mais si peu, que mon père ne s'en est pas occupé. — Connaissez-vous ce chien? — Non; mais ou a dit dans le temps, par ici, qu'un petit chien avait mordu d'autres chiens qui étaient enragés. Mon beau-père ni moi n'avions jamais pensé à cela depuis.

Je trouvai au poignet du malade les traces d'une petite cicatrice très superficielle qu'il m'eût été impossible d'attribuer à une morsure. Le gendre m'assura que c'était bien là que le chien avait *pris*. Il n'y avait ni rougeur, ni tuméfaction, ni douleur.

Mon opinion était formée.

Je demandai au malade s'il consentait à être saigné. Il ne refusa pas, Je fis maintenir la tête et le bras gauche du côté opposé à celui où je me trouvais. J'ouvris une veine du bras droit, le malade ne fit aucun mouvement. Le sang coulait depuis quelques instans, quand je dis à l'aide de laisser ses mouvemens libres. Le malade se retourna vers moi, et à la vue du sang qui coulait, un accès de violente fureur survint, accompagné d'envie de mordre les personnes qui cherchaient à le contenir.

Je tirai environ un litre de sang; du reste, je ne fermai la saignée qu'en voyant la face se décolorer. L'agitation continua encore quelque temps, mais le patient ne perdit pas un instant la raison. Il avait la pleine conscience de ce qu'il faisait.

Pour moi, j'avais à traiter un *enragé*; pour moi, la rage avait été communiquée. L'imagination, la peur n'avaient joué aucun rôle dans ce cas.

En présence d'une pareille maladie, désolé de l'inutilité des médications ordinaires contre la rage développée, contre la rage réelle, je crus devoir recourir à un moyen perturbateur, violent; la saignée avait été pratiquée dans cette intention.

Je dis à la famille que je ne voyais de ressource que dans le moyen que j'allais indiquer et que, malgré les cris du malade, ses menaces, malgré tout enfin, si ce n'est malgré le calme s'il survenait, il fallait persister à administrer le remède pendant dix à douze heures.

Douches d'eau froide en colonne, au moyen d'un arrosoir sans pomme, dirigées sur la tête du malade du haut du plancher du grenier, auquel je fis faire de suite une ouverture (2 mètres de hauteur à peu près).

Je fis commencer devant moi. Le malade fut placé sur son séant, le dos appuyé, et contenu dans cette position au moyen de draps en écharpes. Au premier seau d'eau, la fureur fut portée à son comble, sa face devint pourpre. Je fis suspendre la douche pour quelques instans. On reprit bientôt sans discontinuer: quatre personnes étaient occupées. Le malade se calmait, et pendant une heure que je restai près de lui, le pouls, accéléré d'abord sous l'influence de l'eau froide, finit par se ralentir en prenant de la plénitude.

Je partis en recommandant la persévérance.

Le lendemain, après dix heures continuelles de douches, le malade s'endormit d'un sommeil paisible: les parties du corps qui ne touchaient pas au lit trempé étaient couvertes d'une légère sueur; la peau n'était que tiède, le pouls était calme, la face paisible. Je réveillai le malheureux. Laissez-moi dormir, me dit-il, je suis bien. — Voulez-vous boire? — Laissez-moi dormir. Ce que je fis, en prescrivant de recommencer les douches s'il survenait la plus légère agitation.

Vers le milieu du jour, à son réveil, il y eut *quelque chose*, me dit-on. On lui demanda s'il voulait de l'eau sur la tête, il répondit: Oui. — On administre les douches pendant trente minutes; alors il dit: assez, je suis mieux.

A ma visite du soir, l'homme était calme, mais abattu, sans forces. Je le fis changer de lit et je lui présentai un verre d'eau sucrée; il fit d'abord quelques difficultés, puis enfin il en remplit sa bouche et fut quelque temps sans l'avaler. Sur mes instances, il fit un effort, et le liquide passa. Encore, me dit-il, et il en but un demi-verre.

A partir de ce moment tout symptôme grave avait disparu, et je n'eus plus qu'à rétablir, avec précaution, les forces physiques et morales du malade. La convalescence dura quinze jours, mais il restait dans le regard une expression extraordinaire de fureur.

J'ai revu cet homme plusieurs mois après. Sa santé était parfaite, mais ses yeux avaient toujours quelque chose qui faisait peur, comme disaient ses enfans et ses voisins, sans que ses habitudes paisibles fussent en rien dérangées.

Ai-je eu affaire à la rage communiquée? je le crois. Il n'y a pas eu de salivation, pas de bave, mais le mal a été pris au début.

La guérison est-elle due à la médication employée? je le crois encore, et, dans pareille circonstance, je recommencerais encore à tirer du sang d'abord, puis à administrer les douches d'eau froide prolongées jusqu'à contr'indication.

Dr L. Morisseau,
Médecin de l'hôpital de La Flèche (Sarthe).

La Flèche, 21 Juillet 1852.

Rambervillers, le 17 Juillet 1852.

UN MOT SUR LES MALADIES QUI SIMULENT LA RAGE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans votre excellent journal (numéro du 15 juillet) vos sages réflexions au sujet de la facilité avec laquelle on accueille tout ce qui se dit actuellement sur la rage.

Comme vous, Monsieur et très honoré confrère, je déplore cette panique que répand l'exagération; aussi, ne puis-je résister au désir d'écrire quelques lignes qui, si vous voulez bien leur accorder la publication, pourront rassurer bien des esprits et peut-être mettre quelques médecins en garde contre une erreur de diagnostic.

Je ne viens pas nier l'existence de la rage en ce moment, et je suis loin de blâmer les mesures prises par l'autorité, qui ne sauraient être trop sévères quand il y a le moindre soupçon de cette maladie; mais je désire faire partager cette opinion bien fondée, chez moi, qu'il existe aussi des affections qui simulent plus ou moins l'hydrophobie.

Par la lecture du travail imprimé dont j'ai l'honneur de vous envoyer un exemplaire, vous pouvez voir, Monsieur le rédacteur, que cette opinion ne m'est pas venue tout nouvellement; que je l'ai acquise, il y a déjà quelque temps, dans l'observation incessante des névroses qui règnent dans cette contrée depuis neuf à dix ans, et dont bien des fois j'ai entretenu les lecteurs de l'Union Médicale.

Dans ces travaux et dans d'autres, j'ai souvent parlé de la dysphagie spasmodique, de la salivation spontanée, du délire qui souvent atteint à la fureur, des perturbations des sens, des convulsions, etc. Eh bien, ces accidens ne ressemblent-ils pas aux élémens de la rage? J'ai vu ces accidens combinés deux à deux, trois à trois et quelquefois réunis.

Pour ne parler en ce moment que de l'un de ceux qui fixent au plus haut degré l'attention de l'observateur quand il s'agit de l'hydrophobie, je dirai que la dysphagie spasmodique, la difficulté plus ou moins grande, ou l'impossibilité d'avaler, s'est présentée dans un grand nombre de cas, soit isolément, soit réunie à un plus ou moins grand nombre d'autres phénomènes nerveux.

J'ai cité des cas dans lesquels des individus sont littéralement morts d'inanition; mais j'en ai cité d'autres, et j'en ai vu de bien plus nombreux, où la contraction spasmodique donnait seulement lieu à la sensation d'un corps médiocrement volumineux arrêté dans le canal alimentaire, sensation éprouvée même, et quelquefois très passagèrement, par des personnes d'ailleurs bien portantes.

Ce spasme s'est souvent déplacé avec une grande rapidité; en voici un exemple remarquable.

Au mois d'avril dernier, un jeune homme, en commençant à manger des grenouilles pour son déjeûner, éprouve tout à coup une sensation qui lui fait croire qu'un os s'est arrêté au fond du gosier, vers lequel il porte vivement les doigts; puis, pris de strangulation (1), il tombe sur le plancher où, pendant quelques instans, la respiration râlante, la face tuméfiée, cyanosée, il reste immobile, et, lorsqu'il se relève, il éprouve un délire passager. La dysphagie, bientôt associée à un mouvement fébrile manifeste, s'est reproduite d'une manière intermittente et a cédé principalement aux préparations de quinquina (sulfate de quinine et quina dans du café à l'eau) administrées dans les intervalles d'accès.

Pour montrer un cas dans lequel plusieurs phénomènes ressemblant à ceux de la rage se sont trouvés réunis, il me suffira d'indiquer le numéro du 13 décembre 1851, de l'Union Médicale, où, dans une note intitulée: *Constitution médicale d'une partie des Vosges*, j'ai cité l'observation d'une fièvre rémittente terminée d'une manière funeste, mais qui ne se serait probablement pas développée si, comme je l'ai dit dans cette note, on eût traité par le quinquina la névralgie rhumatismale brachiale intermittente qui en avait été le prodrôme.

Dans cette fièvre, il y eut impossibilité complète d'avaler, délire furieux, sputation répétée de matière écumeuse abondante, perturbations des sucs, convulsions.

Si, à cette réunion de symptômes, j'ajoute que, quelques mois auparavant, cette fille avait été mordue par un chat et à une époque où l'on parlait de rage dans notre contrée, on pourra croire que je me suis trompé dans mon diagnostic. Mais j'ai bien la certitude qu'il n'en a pas été ainsi.

D'abord, ce chat n'était point enragé, mais atteint d'une sorte de typhus assez fréquent alors dans les races félino et canine, qu'ont présenté même d'autres espèces animales, et qui offrait seulement des phénomènes simulant jusqu'à un certain point l'hydrophobie.

Supposant un moment que l'animal fût véritablement enragé, je dirais encore que la malade n'est pas morte de la rage, parce que sa maladie n'était que la reproduction de ce que j'avais vu antérieurement chez des personnes qui n'avaient point été mordues et dont plusieurs ont guéri; parce que la maîtresse de la maison qui, elle non plus, n'a point été mordue, a cependant offert, à partir de l'époque du plus haut degré de la maladie de cette fille, pendant plusieurs mois, la répétition de la plupart des phénomènes que j'ai indiqués.

Chez cette femme aussi, ce fut une affection de l'ordre des maladies à quinquina et qui revêtit le caractère de chronicité à cause de la faible constitution de la malade. Plusieurs médications furent employées, mais ce fut encore l'emploi des préparations de quinquina qui constitua le traitement fondamental.

Si j'étais appelé dans un cas douteux, je n'hésiterais pas, Monsieur et très honoré confrère, à faire usage du traitement qui si souvent m'a réussi dans des cas de pyrexie de la plus haute gravité et se présentant sous les masques les plus insidieux.

J'ai une sorte de conviction que le même traitement, employé soit isolément, soit concurremment avec d'autres moyens, les calmans, les rubéfiaus, les purgatifs, et, parmi ceux-ci, le calomel, par exemple, aurait du succès dans plus d'un des cas qui pourraient se présenter avec toutes les apparences de l'hydrophobie.

Agréez, etc.

Dr Liégey.

(1) Ce spasme du larynx, associé à un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, a donné lieu à de nombreux cas d'une maladie que j'ai appelée fièvre à forme croupale, qui s'est offerte sous différens types.

TÉRATOLOGIE.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Monsieur le rédacteur,

Un fait qui s'est passé sous mes yeux, et qui intéressera sans doute les lecteurs de votre estimable journal, m'engage à vous adresser cette lettre.

Le 2 juillet 1852, je fus appelé rue du Croissant, 17, auprès d'une de mes clientes, enceinte de huit mois, et qui, dans la soirée, avait été prise de douleurs utérines assez vives. Cette dame, d'une forte santé, avait eu une grossesse assez pénible; le volume considérable de son ventre lui avait donné le pressentiment qu'elle serait mère de deux jumeaux. Quand j'arrivai près d'elle, il s'était écoulé, par le vagin, une grande quantité de liquide, et des douleurs dans le bas-ventre continuaient à la tourmenter. Le col, cependant, était médiocrement dilaté, les eaux continuaient à s'écouler. Je restai jusqu'au lendemain dans l'attente. Ayant alors exploré l'utérus, je sentis, sous le doigt, une tumeur que je reconnus pour être un bassin s'engageant dans le col. En suivant sa face antérieure, je sentis qu'il était couché sur son plan antérieur droit; au-devant de lui, quatre membres abdominaux étaient entre-croisés et appliqués sur le tronc. Je songeai alors à l'existence de deux fœtus, et comme les choses traînaient en longueur, j'administrai du seigle ergoté. Le bassin s'engagea de plus en plus. Je pratiquai l'accouchement suivant cette présentation, et, quelques instans après, Mme X... avait mis au monde un fœtus mort-né, véritable monstruosité, dont je vous transmets la description:

Une tête unique surmontait un corps bien conformé, par sa partie antérieure, jusqu'au niveau de l'ombilic; au-dessus de ce point, le corps se bifurquait; on trouvait deux bassins, ayant chacun deux ouvertures anales, deux vulves, deux membres abdominaux. Ce monstre, vu par sa face postérieure, me sembla présenter deux protubérances occipitales; le cou, très petit, semblait dépourvu de vertèbres; dans le dos, on sentait deux colonnes vertébrales juxta-posées. Ses épaules, sur un plan légèrement oblique, étaient normalement développées; celles qui étaient en contact se confondaient entièrement, et, sur ce point, il n'y avait qu'une seule clavicule. Les bras correspondaient, déjetés en arrière, s'embrassant par leur face antérieure; nulle adhérence n'existait dans leur longueur; ils se confondaient seulement à leur racine. Le cordon ombilical était simple: il venait s'insérer au milieu de la jonction des deux tronçons terminaux.

Les parens s'étant opposés à l'autopsie, il m'est impossible de vous transmettre aucun détail sur l'état des viscères.

Recevez, etc.

Fme Lachèze,
sage-femme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, etc., avec une introduction par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*. — Un vol. in-8. — Prix: 5 fr.
Paris, 1852, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur Fauconneau-Dufresne. — Prix: 1 fr.
Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 90. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 29 Juillet 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An. .... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 JUILLET 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LA SYPHILISATION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous ne connaissions pas toutes les propriétés de la syphilisation. Hier elle en a révélé une nouvelle tout à fait inattendue, celle de jeter le trouble, l'indécision et le désordre dans les intelligences jusque-là les plus nettes, les plus fermes et les plus lucides. Le spectacle étrange de cette métamorphose nous a été donné hier par deux académiciens, dont l'un, vieil athlète déjà de toutes les grandes luttes académiques, avait habitué le monde médical à une sévérité d'examen, à une rigueur d'appréciation et de critique, à une puissance de polémique qui, dans quelques circonstances, ont même été trouvées excessives; dont l'autre, tout nouvellement admis dans la compagnie, avait fait preuve dans ses travaux antérieurs et dans un rapport récent, d'une excellente méthode d'observation et d'un sens scientifique très distingué.

Hélas! la Syphilisation nous a changé tout cela, et ce ne sera pas le moindre de nos griefs contre cette doctrine décidément bouleversante. Comment a-t-elle fait de M. Malgaigne, orateur à allures si vives et si décidées, dialecticien si pressant, critique si incisif, un pâle et froid argumentateur se raccrochant aux branches, avocat hésitant et plaidant la circonstance atténuante, défenseur accablé sous l'évidence de la culpabilité de son client, cherchant à attendrir ses juges par le récit de quelque belle action? Quel virus a-t-elle inoculé à M. Depaul, qui passe pour médecin de mœurs agréables et amènes, pour lui donner ces formes si abruptes, ce verbe si tranchant et ce langage presque superbe, que le bon goût, son âge, sa position de nouvel élu, et surtout que le respect et la considération dus au savant rapporteur de la commission devaient lui faire répudier?..... Je n'expliquerai pas ce phénomène que je me borne à constater avec tristesse.

Oui, il est fort triste que la voix autorisée de M. Malgaigne ait prêté un semblant de secours à la Syphilisation. Il verra prochainement l'usage qui sera fait de son discours; drapeau conquis sur l'ennemi, quelle que soit l'issue de la lutte actuellement engagée, ce sera pour la syphilisation son trophée de victoire. M. Malgaigne s'est gratuitement compromis, nous le lui disons avec toute la douleur que nous inspire notre vieille amitié, et avec l'espérance qu'un peu de réflexion lui fera sentir la gravité de l'acte qu'il a hier accompli.

Et cependant, en lisant ce discours que, fidèle à nos habitudes d'impartialité, nous publions aujourd'hui, nos lecteurs seront frappés de son inanité radicale. C'est que les grandes pensées, la critique magistrale, la forme éloquente et précise viennent de la conviction scientifique, et que M. Malgaigne n'en a pas, ne peut pas en avoir sur la Syphilisation. En effet, c'est M. Malgaigne qui le dit, la doctrine est absurde, la théorie insoutenable, la plupart des faits sans signification et sans valeur, et néanmoins, ajoute-t-il, et c'est là tout son discours, il y a *là-dessous* quelque chose qu'il faut se garder de rejeter, qu'il faut examiner et étudier. Et qu'a-t-il trouvé *là-dessous*, en cherchant bien? Un fait, un seul; et ce fait il l'a du moins examiné et étudié, lui qui a infligé un si vif reproche à la commission, de ne l'avoir même pas mentionné? Pas du tout, il l'accepte sans contrôle et sans examen, il l'accueille des mains de la Syphilisation sans s'informer des excellens motifs qu'avait la commission pour le passer sous silence, motifs qui lui seront expliqués mardi prochain, et qui réduiront ce fait, si émouvant pour M. Malgaigne, à des proportions beaucoup moins étonnantes.

Nous ne dissimulerons pas la peine infinie que nous avons éprouvée en entendant M. Malgaigne user, en faveur de la Syphilisation, de tous les argumens mille fois invoqués en faveur du Magnétisme animal, de l'Homœopathie et autres incontestables mystifications qui ont aussi frappé à la porte des sociétés savantes. Des faits! est-ce que ces rêveries n'en produisent pas des montagnes? N'est-ce pas là ce qui fait leur succès et leur danger de pouvoir exhiber des masses de prétendus faits qui éblouissent le vulgaire, mais où le savant véritable ne trouve, à l'examen, qu'illusion ou mensonge?

Notre philosophie ne s'accorde pas en ce point avec celle de M. Malgaigne; nous croyons qu'il est des doctrines et même des faits que l'on peut et que l'on doit hardiment rejeter *à priori*, sans examen et sans vérification. La doctrine et la pratique de la Syphilisation sont dans ce cas. Nous n'invoquons pas pour cela l'argument banal de l'étrangeté, de l'absurde, de ce que la doctrine renverse les idées reçues et la science admise; non, l'histoire du progrès des sciences apprend trop que ces progrès ne sont dus souvent qu'à des révolutions, et qu'un fait, absurde aujourd'hui, est une éclatante vérité demain.

Mais nous nous fondons, pour rejeter résolument la Syphilisation, sur cette considération que nous soumettons sans passion à tous les hommes attentifs, c'est que pour prouver que la Syphilisation est une erreur, il faudra faire d'innombrables victimes. Ici, l'expériment c'est un poison, c'est l'infection, c'est la mort. Que répondrait l'Académie à l'illuminé qui viendrait lui dire : J'ai trouvé le moyen de rendre l'économie réfractaire à l'arsenic en la saturant d'arsenic? Se croirait-elle obligée à expérimenter la doctrine?

On répond : Mais si la Syphilisation est une vérité?

Nous disons à notre tour avec plus d'insistance : Mais si c'est une erreur?

Et dans ce doute — qui n'en est pas un pour nous — nous croyons que tout esprit sérieux et honnête doit se conformer à l'antique précepte de la sagesse des nations : Dans le doute abstiens-toi.

Voilà pourquoi nous sommes fort peu touché des raisons philosophiques invoquées par M. Malgaigne pour prouver à l'Académie qu'elle ne devait pas rejeter la Syphilisation par une fin de non recevoir. Ce quelque chose qu'il peut y avoir *là-dessous* est trop obscur, trop dangereux, trop compromettant pour l'humanité pour qu'on puisse s'adresser ici aux sentimens généreux et à l'amour du progrès. Le véritable progrès ici c'est, comme l'a très bien dit M. Velpeau, de n'encourager ni de ne persécuter la Syphilisation. Que cette doctrine soit livrée à sa propre propagande, qu'on lui laisse faire son chemin comme elle le pourra, sans aide, sans protection, et surtout sans encouragement officiel; qu'on ne lui accorde pas les honneurs du martyre, et nous la verrons bientôt s'éteindre sous la seule réaction du bon sens et de la raison publique. Là est, selon nous, le devoir de l'Académie, et nous oserions dire de l'administration, s'il nous était permis de lui donner un avis.

Maintenant, suivrons-nous M. Malgaigne dans les développemens de son discours? Son historique, emprunté à celui qu'en a donné la Syphilisation elle-même, ne contient ni réflexion ni appréciation; et cependant, quelle mine féconde pour ce rigoureux critique, s'il eût voulu jeter un coup d'œil moins complaisant sur le sujet! Ce qu'il a dit de la littérature de la Syphilisation — car cette étrange doctrine a déjà une littérature — n'a été qu'une énumération sans examen et sans critique. Le mémoire de M. Spérino, de Turin, cet amas informe de petits faits, de petites historiettes, d'où il est impossible de tirer une conclusion tant soit peu rigoureuse, n'a pas plus attiré la sévérité de son examen. Les faits du Val-de-Grâce qu'il a invoqués, M. Malgaigne les connaît-il dans tous leurs détails? Sait-il pourquoi ces expériences ont été interrompues par mesure disciplinaire? Et par contre, pourquoi n'a-t-il pas opposé à ces faits, pour rester dans les étroites limites de l'impartialité, ainsi qu'il en a témoigné l'intention, ce qui s'est passé, ce qui se passe encore à Bruxelles, dans l'hôpital Saint-Pierre? Pourquoi n'a-t-il pas demandé compte à la Syphilisation du retrait de son mémoire de la Société de chirurgie.

Nous sommes sévère envers M. Malgaigne, parce que l'on peut l'être sans crainte avec un pareil maître en critique, et parce que lui-même s'est montré plus que sévère envers la commission qui n'avait pas à faire tout ce que M. Malgaigne lui a reproché de n'avoir pas fait. Aujourd'hui que la Syphilisation trouve des encouragemens jusque dans le sein de l'Académie, aujourd'hui que la discussion est ouverte et s'est agrandie par les soins mêmes de ses protecteurs, les membres de la commission ont seulement le devoir de repousser, par une sévère appréciation, les prétentions de cette méthode dangereuse à laquelle MM. Malgaigne et Depaul ont donné un imprudent appui.

C'est à M. Ricord que reviendra, mardi prochain, l'honneur de répondre aux deux discours de la séance. La foule énorme qui encombrait l'Académie s'est montrée fort désappointée en entendant le célèbre chirurgien de l'hôpital du Midi demander l'ajournement. Mais M. Ricord a sagement fait de se donner le temps de coordonner les élémens de sa réponse.

Amédée LATOUR.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

DE L'ALBUMINE ET DE SES DIVERS ÉTATS DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE;

Par M. MIALHE.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 6, 8, 12 et 20 Juillet.)

Suite de la MALADIE DE BRIGHT.

§ XXX. La maladie de Bright est l'appauvrissement de l'albumine du sang, comme la chlorose est l'appauvrissement des globules sanguins : cette viciation des humeurs, essence de la maladie, peut, ainsi que nous l'avons dit, se rattacher à des altérations pathologiques plus ou moins graves qui en rendent la guérison plus ou moins possible. Il est évident que :

1° Produite par un obstacle au cours du sang, par maladies du cœur et des gros vaisseaux, anévrysmes, etc., elle doit subsister tant que la circulation normale n'aura pu être rétablie;

2° Liée à une altération organique des reins, elle n'offre de chances de guérison qu'autant que l'état pathologique des reins eux-mêmes aura pu être modifié;

3° Mais que succédant à une maladie de la peau, à des fièvres inflammatoires, ou même à une affection passagère des reins, elle est momentanée, transitoire, et cèdera facilement à une médication combattant directement la cause qui lui a donné naissance;

4° Enfin que n'étant compliquée ni d'affection organique des reins, ni de maladies aiguës ou chroniques, elle constitue un état pathologique spécial qui n'est point inaccessible aux ressources de l'art, et peut être très heureusement modifié par un traitement convenablement dirigé.

Ces cas si différens expliquent parfaitement les dissentimens des auteurs sur la gravité plus ou moins grande de la maladie de Bright, et sur la variabilité des succès obtenus.

§ XXXI. Dans le traitement de la maladie de Bright sans complications, on doit avoir pour but de reconstituer autant que possible les élémens du sang, et d'expulser de l'économie l'eau qui est en excès. Il faudra :

1° Rétablir, exagérer même les sécrétions naturelles par des sudorifiques, diurétiques, laxatifs, qui enlevant au sang ses principes aqueux, concourent à rétablir la densité et la concentration physiologiques;

2° Administrer toniques, amers, rhubarbe, vins de quinquina, de gentiane, préparations ferrugineuses, eaux minérales, boissons alcoolées, etc., toute médication propre à entretenir les forces digestives et à ranimer l'économie;

3° Prescrire une alimentation succulente, fortement animalisée, pour régénérer les élémens albumineux, base du système sanguin; y ajouter les substances grasses et sucrées qui sont le complément indispensable d'une bonne nutrition : c'est ainsi que le lait, résumant l'ensemble des matières alimentaires, a souvent été pris avec grand succès; c'est ainsi que dans plusieurs cas tout récens l'huile de foie de morue, en ménageant et remplaçant dans l'économie les matériaux combustibles détruits par l'oxygénation, a concouru à déterminer les plus heureux résultats.

On est parvenu à guérir la chlorose en reconstituant les globules sanguins, pourquoi désespérerait-on de guérir la maladie de Bright en reconstituant les molécules d'albumine désorganisée? On admet actuellement que la présence du sucre dans les urines tient à une altération générale des liquides de l'économie, nous pensons qu'on doit admettre que la présence de l'albumine dans les urines peut aussi reconnaître pour cause une altération générale des liquides : la modification de l'albumine.

Passage de l'albuminose.

§ XXXII. L'albuminose, lors de l'état physiologique, se trouve dans toutes les sécrétions, le lait, la salive, la sueur,

l'urine, et en si petite quantité, qu'il est facile de concevoir que c'est un excédant échappé aux phénomènes d'assimilation et de combustion.

Pendant l'acte de la digestion, l'albuminose, un moment en excès, n'est point complètement assimilé et se perd en plus ou moins grande quantité dans les urines (urines de la digestion); mais à mesure que s'éloigne l'époque des repas, l'albuminose répandu dans la masse sanguine suffit à peine aux besoins de l'économie, et ne se trouve plus dans les urines.

Si une cause quelconque vient à suspendre les fonctions assimilatrices, l'albuminose n'est plus d'aucun profit pour l'économie, et se perd dans les produits excrémentitiels : ces cas, peu inquiétans s'ils se rattachent à un état passager, peuvent au contraire entraîner les plus grands désordres quand ils sont déterminés par une altération du cerveau ou de la moelle épinière entravant toutes les fonctions de l'organisme, et conséquemment l'assimilation.

Choléra.

§ XXXIII. La cause la plus grave de la présence de l'albuminose dans les déjections, c'est l'affection cholérique : alors l'albuminose expulsé n'est plus le produit de la transformation des alimens albuminoïdes par l'acte de la digestion, il est le produit de la transformation des élémens du sang et des divers tissus par l'influence fermentifère du virus qui constitue le choléra. Nous avons vu que certaines fièvres inflammatoires, rhumatisme articulaire, fièvre typhoïde, etc., en un mot, toutes les maladies qui ont un caractère putride ou septique, pouvaient, comme fermens morbides, donner lieu à la désorganisation de l'albumine normale du sang et produire le premier degré de modification qui est l'état *amorphe, caséiforme;* dans ces diverses maladies, les principes putrides et fermentifères n'ont pas assez de puissance pour faire passer l'albumine *modifiée* à l'état d'*albuminose;* mais dans le choléra ils ont une telle violence, que souvent ils opèrent cette transformation aussi rapidement que les fermens digestifs.

La transformation de l'albumine suit les phases de cette terrible maladie : si l'élément morbide agit lentement, l'albumine passe successivement de l'état normal aux états intermédiaires et au produit ultime, l'*albuminose;* elle commence par devenir soluble en conservant une partie de ses réactions chimiques, coagulant imparfaitement par la chaleur et formant avec l'acide nitrique un précipité qui n'est pas complètement insoluble; passant à l'état *caséiforme*, elle coagule à peine par la chaleur et donne par l'acide nitrique un précipité qui se dissout parfaitement dans un excès d'acide; enfin elle est *albuminose*, et alors elle ne se révèle plus par la chaleur ni l'acide nitrique, et précipite seulement par le tannin, la créozote, l'alcool, les sels d'argent, de mercure, etc., avec lesquels elle forme un composé insoluble.

Si le fléau sévit avec intensité, il détermine presque instantanément la formation de l'albuminose.

Il en résulte que les points de transition de ces métamorphoses sont quelquefois difficiles à saisir, et qu'on pourrait tomber dans de graves erreurs en se hâtant de conclure d'après le moment si court d'une seule investigation.

Comme l'a très bien fait remarquer M. le professeur Rostan, les précipités plus ou moins abondans que l'on obtient, sont un signe diagnostique précieux, puisque la désorganisation albumineuse est en raison directe de la gravité de la maladie.

Nous avons eu raison, dans de précédens travaux, de nier la présence de l'albumine normale dans les déjections des cholériques : ce que l'on y trouve, c'est l'albumine modifiée à tous les degrés, suivant l'influence désorganisatrice.

Ainsi, le ferment digestif et le ferment morbide exercent la même action sur les matières albumineuses, l'un pour les faire pénétrer dans l'économie, l'autre pour les en expulser.

Conclusions.

§ XXXIV. 1° L'albumine *normale* du sérum du sang et du blanc d'œuf, ne traverse pas les membranes animales. Si, pendant les expériences endosmotiques, il apparaît dans les liquides extérieurs une certaine quantité de matière albumineuse, ce n'est pas de l'albumine *normale*, c'est de l'albumine *modifiée* provenant de la macération des membranes mêmes qui ont laissé transsuder la matière albumineuse dont elles étaient imprégnées; cause d'erreur qui a entraîné la plupart des physiologistes à admettre l'albumine comme endosmotique, et qui peut être facilement évitée en plaçant les membranes animales dans un liquide conservateur comme le sirop de sucre, ou en employant les membranes de l'œuf qui résistent longtemps à la macération, et sont de parfaits endosmomètres; alors jamais le sérum et le blanc d'œuf, dont la composition chimique et les propriétés physiques sont semblables, ne traversent les membranes.

L'albumine est donc insoluble.

2° Cet état d'insolubilité doit impliquer une organisation semblable à celle des autres substances qui n'obéissent pas aux lois de l'endosmose : la fibrine, le caséum, le cruor chez les animaux, l'amidon et le gluten chez les végétaux; substances reconnues pour avoir une organisation globulaire, et être en suspension dans les liquides qui leur servent de véhicule.

L'état globulaire de l'albumine, signalé par plusieurs auteurs, ne peut être directement aperçu au microscope; il est contestable avec l'intervention de l'eau de Baryte. Malgré les analogies qui fonderaient à l'admettre, nous ne le considérerons pas comme suffisamment démontré. Mais il est certain que l'albumine a une organisation spéciale qui la maintient à l'état de suspension et non de dissolution dans le sérum et le blanc d'œuf, et qui la rend, pour les propriétés physiques et chimiques, parfaitement semblable aux substances globulaires.

3° Comme les substances globulaires, elle doit, pour pénétrer dans l'économie, subir des modifications qui la rendent soluble et propre à être assimilée.

Si l'albumine *normale* est insoluble et point endosmotique, l'albumine *modifiée* par un ferment (la pepsine) devient soluble et traverse parfaitement les membranes.

4° Par suite de ses transformations, l'albumine existe dans l'économie animale sous trois états bien distincts par leurs propriétés, l'albumine *normale*, l'albumine *modifiée ou caséiforme, l'albuminose.*

5° Les influences morbides, en modifiant les conditions de l'état physiologique des membranes et des liquides, donnent lieu à des phénomènes différens de ceux qui se passent dans l'état normal; par suite des inflammations, de l'excès des principes aqueux, du défaut de viscosité, de l'introduction dans l'organisme de virus, miasmes, poisons, fermens putrides, les membranes cessent d'être endosmotiques et ne présentent plus que des phénomènes d'imbibition, de filtrage, analogues à ceux qui s'effectuent dans la nature morte. Les liquides (le sang et ses élémens) viciés, désorganisés, transsudent à travers les parois et apparaissent dans les cavités splanchniques, le tissu cellulaire ou les produits de sécrétions.

6° Dans ce passage des matières albumineuses dans les déjections, on retrouve les trois états de l'albumine, se rattachant chacun à des causes pathologiques différentes :

L'albumine *normale*, à l'altération profonde des tissus;

L'albumine *modifiée, caséiforme*, à la viciation des liquides;

L'*albuminose*, au défaut d'assimilation ou à l'influence cholérique.

7° Nous croyons, dans ce travail, avoir prouvé par des expériences directes et par des faits tirés de l'état sain et de l'état pathologique, que les élémens albumineux de l'économie animale sont exactement dans les mêmes conditions que toutes les matières albumineuses; qu'ils subissent les mêmes transformations; qu'ils existent nécessairement sous des états différens, afin de pouvoir tantôt se maintenir dans le système circulatoire, tantôt se frayer passage à travers les parois, allant ainsi fournir les matériaux de nutrition et de combustion, ou se perdre dans les produits excrémentitiels.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Juillet 1852. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1° Deux rapports sur les deux épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné dans la commune d'Havange (Moselle), et dans la commune de Bouzy (Marne), par MM. les docteurs Chollet, de Bricy, et Landouzy, de Reims.

2° Divers rapports, de M. le docteur Auzouy, sur les eaux minérales de Cransac (Aveyron); de M. le docteur Penissat, sur les eaux de Châteauneuf (Puy-de-Dôme); de M. le docteur Morisseau, sur les eaux de Bilazais (Deux-Sèvres); de M. Dorgeval-Dubouchet, sur les eaux de la Motte (Isère); de M. Bellety, sur les eaux de Sail-les-Château-Morand (Lozère); de M. Dufresse de Chassaigne, sur les eaux de Chaudesaignes (Cantal); et de M. Carlotti, sur les eaux de Pietropola (Corse).

3° Diverses communications relatives à des remèdes secrets ou nouveaux.

4° Un mémoire de M. Désiderio, de Venise, sur le choléra.

5° Une lettre de M. Duchesne, qui revendique, à l'occasion de la dernière communication de M. Bouchardat sur la priorité de l'invention de la fabrication de pain de gluten.

6° Une note de M. Laforêt, contenant la relation d'un cas de suicide par arme à feu chez une femme.

7° Un mémoire de M. Charault, sur les eaux minérales de la Herse, près de Bellême (Orne).

8° Une traduction de deux mémoires italiens de M. le docteur Pozzi, l'un sur un nouveau système de médecine, l'autre sur une nouvelle science vétérinaire.

9° Une lettre de M. Langlebert, contenant la formule d'un nouveau mode d'administration de l'iode et des iodures volatils. Ce mode d'administration consiste à faire brûler dans la chambre des malades des trochisques composés de charbon pulvérisé, de nitrate de potasse, d'iode et de mucilage, à la manière des *pastilles du sérail.*

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Bégin.

M. le Président prévient les orateurs inscrits, que, dans l'intérêt de la discussion, la discussion doit être scindée en deux parties, celle qui concerne la syphilisation et celle qui a trait à la transmission des accidens secondaires. La discussion ne devra rouler d'abord que sur la syphilisation.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Auzias, dont l'objet est de réclamer contre quelques-unes des assertions du rapport, et de rectifier quelques faits qui, d'après l'auteur, n'auraient pas été exactement rapportés.

La parole est à M. Malgaigne.

M. Malgaigne : Je ne commencerai pas, Messieurs, sans m'associer pleinement à la forte et légitime réprobation dont M. Bégin a frappé certaines conséquences de la doctrine de la syphilisation, telle qu'elle a été présentée jusqu'à ce jour. Conserver précieusement des sujets atteints de syphilis tertiaire, comme des réservoirs perpétuels de vaccin syphilitique, ce n'est peut-être encore qu'une idée excentrique, plus propre à exciter le rire que l'indignation; mais prescrire l'inoculation du vrai virus sur une large échelle, à tous ceux qui peuvent être exposés à sa contagion, c'est une doctrine contre laquelle on ne saurait trop s'élever; et je le fais d'autant plus volontiers, que son auteur, M. Auzias-Turenne, la répudie lui-même formellement aujourd'hui, et m'a déclaré que sa plume avait été plus loin que sa pensée.

Ainsi, en ce qui regarde la syphilisation purement préventive, je me rangerai sans réserve de l'avis de M. Bégin. Mais dans la même réprobation, il a enveloppé la syphilisation curative; et peut-être est-il allé trop loin. Dans tous les cas, sa conclusion aurait besoin d'être justifiée; et c'est ce qu'il n'a pas fait. Dans tout son rapport, il s'est attaché uniquement à la syphilisation préventive; et j'ai été surpris de voir un esprit aussi sévère appliquer aussi facilement à une doctrine des argumens exclusivement développés contre une autre. Voilà un premier point par où le rapport me semble avoir péché. En voici un autre :

Que l'on rejette, au point de vue de la moralité, la syphilisation préventive, je le comprends, je l'admets, je fais écho. Mais à côté de la question morale il y en a une autre, c'est la question de fait, la question scientifique pure; et j'ai regret de dire que le rapport ne l'a pas suffisamment approfondie. La commission semble avoir flotté dans une indécision fâcheuse, au sujet de la mission qui lui était confiée;

« Sa mission, dit M. le rapporteur, était d'examiner un fait et de vous en rendre compte; elle s'en est acquittée de son mieux; mais elle aurait cru dépasser les limites de ses obligations en provoquant, par des conclusions générales votre jugement sur une pratique dont vous n'êtes pas directement saisis. »

Mais comment concilier une déclaration si précise avec cette conclusion assurément très générale :

« A aucun titre, de prophylaxie ou de traitement, l'inoculation syphilitique ne peut donc se justifier. »

« Malheureusement, dit le rapporteur, l'attente de votre commission et mes désirs personnels ont été trompés, du moins en grande partie. On a fait autour de nous beaucoup de bruit, et rien ne nous a été directement communiqué. Des invitations pressantes, des promesses formelles, sont restées sans résultat. »

Certes, je n'irai pas ici contester une assertion aussi formelle. Cependant, M. Auzias prétend qu'il a offert à M. Bégin en personne toutes les communications qui seraient en son pouvoir; et que cette offre n'a pas été accueillie. — M. Bégin : Cela est tout à fait inexact. — Eh bien, je suis bien aise d'avoir fourni à M. Bégin l'occasion de cette réponse, et il y a certainement eu erreur de la part de M. Auzias. Mais d'un autre côté, je lis dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 9 décembre 1851, une lettre de M. Marchal de Calvi, qui raconte que M. Laval s'est mis à la disposition de la commission *et a poussé le zèle jusqu'à se rendre auprès d'un des commissaires, dont il a été assez mal reçu.* M. Marchal protestait dès lors publiquement contre cette façon d'agir. Il est au moins bien certain que M. Laval a été vu, examiné, inoculé sans succès par M. Ricord, l'un des commissaires. — M. Ricord : Je proteste, et je m'expliquerai à cet égard. — Soit, mais enfin le fait a été publié il y a plus de six mois; il est resté sans contradiction aucune, et assurément c'était un fait considérable; il valait bien la peine d'être signalé et démenti dans le rapport. Il me paraît impossible également que M. le rapporteur n'ait rien su des expériences faites au Val-de-Grâce par M. Marchal, et qui ont été, dit-on, interrompues par ordre supérieur. Enfin, il y a plus d'une doctrine en matière d'inoculation syphilitique; celle de M. Diday est à cent lieues de celle de M. Auzias. Le rapport les confond dans des objections communes, dans une réprobation commune, sans même dire clairement en quoi elles diffèrent, sans rechercher si elles reposent sur quelque chose ou sur rien. En un mot, je le répète, la question de moralité a totalement éclipsé la question scientifique.

Et cependant, Messieurs, cela ne doit pas être. La pratique peut être dangereuse et le fait demeurer vrai; s'il en est ainsi, il faut admettre le fait en rejetant la pratique. Bien plus, en insistant si fort sur le danger de la pratique, on semble accorder que le fait sur lequel elle se fonde est réel; car s'il était faux, la pratique serait bien vite ruinée par cela même. C'est pourquoi, puisque la question se trouve portée devant l'Académie, il m'a paru qu'il fallait l'aborder résolument, aller au fond des choses, rechercher ce qu'il y a de réel et d'imaginaire; et c'est là ce que je me suis proposé.

Il y a, comme l'a bien dit M. Bégin, deux doctrines différentes en matière d'inoculation syphilitique; celle de M. Diday, celle de M. Auzias.

M. Diday est un élève de M. Ricord. Il avait appris de son maître cette loi pathologique : que la syphilis constitutionnelle n'attaque l'homme qu'une seule fois. Il y a huit ans que M. Ricord formulait cette loi devant l'Académie; je désirerais, pour mon compte, qu'il l'eût complètement démontrée. Quoi qu'il en soit, M. Diday, placé à la tête d'un service de vénériens à Lyon, se demanda si, en inoculant la syphilis constitutionnelle, on n'aurait pas des résultats analogues à ceux du vaccin, savoir, un effet purement local, qui préserverait de l'infection générale. Mais où prendre ce vaccin d'un nouveau genre? M. Diday songea à inoculer le sang. Et même, pour plus de prudence, il ne voulut pas prendre du sang de sujets atteints de syphilis secondaire; il prit du sang de la syphilis tertiaire. Jusque là nous ne sommes pas sortis de l'hypothèse. Voici les faits :

16 sujets atteints de chancres récens, reçurent donc sous l'épiderme, à l'aide d'une lancette, et par une piqûre pareille à celle de la vaccination, du sang pris sur un sujet atteint d'accidens tertiaires. Toutes ces piqûres guérirent promptement; il n'y eut donc aucun effet local. Quant aux résultats généraux, les 16 inoculés furent suivis pendant six mois, neuf mois, un an, et jusqu'à quatorze mois. Un seul eut des accidens secondaires; mais celui-là, lors de son inoculation, avait déjà un chancre induré. M. Bégin en a signalé un second dans son rapport. Resteraient 14.

Mais c'est ici que l'on peut signaler à la fois la vanité de pareilles expérimentations, et surtout des conclusions qu'on ose bien en déduire. 15 sujets sur 16, comme le croyait M. Diday, avaient résisté à l'infection générale. Mais cette série s'écartait-elle de la règle ordinaire? L'expérimentateur n'en savait rien. Pour s'éclairer, il ne songe pas à recueillir des faits; il est plus facile de ramasser des opinions. M. Diday s'adresse donc à six syphiliographes contemporains, et en reçoit les réponses suivantes :

M. Cazenave dit que la syphilis constitutionnelle, lorsqu'on n'a pas employé le mercure, doit survenir. . . . . 18 fois sur 20
M. Repiquet. . . . . 12 fois sur 20
M. Cullerier. . . . . 10 fois sur 20
M. Baumès. . . . . 6 fois sur 20
M. Puche. . . . . 4 fois sur 20
M. Ratier, *pas une seule fois sur* 20, lorsque les chancres ont été guéris en 40 jours, sans engorgement ganglionnaire.

Or, sur les 16 inoculés, 9 ayant eu des ganglions engorgés, sans phénomènes secondaires, M. Diday se tient pour content, et regarde son expérimentation comme très concluante.

Une objection restait toutefois; les sujets avaient-ils été revus assez longtemps après le début de leurs chancres? M. Diday n'en savait rien encore; il songe à s'adresser aux autorités. Mais probablement à raison du désaccord de ces premières autorités, il s'en tient à une seule, celle de M. Ricord; et M. Ricord interrogé répond que le temps le plus long qui puisse s'écouler entre le chancre et la vérole constitutionnelle est de *six mois*. M. Diday s'en fia à cet oracle; et c'est alors que, sûr de l'efficacité de son vaccin, et voyant déjà la syphilis disparue du globe, il songeait, pour les générations à venir, à entretenir quelques *vérolés précieux*, comme eût dit Rabelais, pour en conserver le germe et le vaccin au monde.

Assurément, Messieurs, s'il fallait s'en rapporter à une autorité en fait de syphilis, je n'en sais pas de meilleure que M. Ricord; mais malheureusement l'autorité est ici en désaccord avec les faits. Pour ne pas sortir du rapport même, le cas de M. L... est tout à fait concluant; la date des chancres est certaine; et les phénomènes secondaires n'ont paru que huit mois et vingt jours après. Les résultats qui ont séduit M. Diday sont donc jusqu'à présent d'une nullité radicale.

On voit d'ailleurs combien cette *vaccination*, comme l'appelle M. Diday, diffère de l'inoculation de M. Auzias. Je n'insisterai pas davantage sur cette erreur innocente d'un esprit ingénieux; personne que je sache ne l'a prise au sérieux; et je n'en aurais même rien dit, si elle n'avait été mentionnée dans le rapport même.

La doctrine de M. Auzias est tout autre, et paraît aussi avoir eu une origine différente. Depuis 1844, M. Auzias s'était attaché à transplanter la syphilis sur les animaux, et notamment sur les singes. Dire combien il éprouva de difficultés d'abord, et de déboires ensuite, quand il crut avoir réussi, ce serait faire le plus bel éloge de sa persévérance. On lui nia ses réussites; plusieurs chirurgiens de mérite les nient même encore. Je crois, pour mon compte, qu'il a réussi; et ce n'est pas un petit honneur d'avoir résolu ce difficile problème, où avaient échoué J. Hunter et M. Ricord. Après de longs essais, il crut s'apercevoir que les chancres qu'il produisait sur les mêmes animaux par des inoculations nouvelles allaient en s'affaiblissant; si bien qu'à la fin le singe devenait incapable de contracter aucun chancre; il était *syphilisé*. Ce fait une fois acquis, il se demanda s'il se représenterait chez l'homme; et après de nombreuses recherches parmi les prostituées, il en rencontra un certain nombre qui, après avoir subi plus ou moins fréquemment la syphilis, y étaient devenues complètement réfractaires, et qui étaient même recherchées sur la place, à raison de cette immunité. On voit tout de suite la portée de ce fait; seulement, est-il bien démontré? Ce qu'il faut ajouter, c'est que déjà, à la maison de Saint-Lazare, M. Castelnau l'avait vérifié sur plusieurs prostituées, et même avait donné à cette immunité singulière le nom de *saturation syphilitique*. Je ne pense pas qu'il ait encore publié ses observations; mais je n'élève à cet égard aucun doute. Seulement, M. Castelnau regarde cet état comme plein de dangers; M. Auzias avance, au contraire, qu'il s'accompagne de la santé la plus florissante. Quoi qu'il en soit, pour tous les deux l'immunité existe.

Alors M. Auzias eut l'idée d'expérimenter sur l'homme comme il avait fait sur les animaux; et il dit avoir nombre de fois réussi. Je reviendrai sur ces expériences nouvelles; seulement, je note le point où il était arrivé quand il publia, en 1851, le mémoire dont il est fait mention dans le rapport.

Ce mémoire, Messieurs, est vraiment quelque chose d'étrange, avec des expériences nombreuses et sur les animaux et sur l'homme, l'auteur se borne à ce qu'il appelle *neuf séries*, et qui se réduisent en définitive à neuf expériences. Si on les parcourt dans son mémoire, elles sont tronquées, incomplètes, sans valeur. D'où cela peut-il venir? Le rédacteur en chef des *Archives*, effrayé de voir la place que tenaient des détails d'une longueur et d'un ennui démesurés, fit des coupures un peu au hasard, et M. Auzias laissa faire. Le trait est curieux et utile à signaler pour ceux qui s'occuperont plus tard de l'histoire de la syphilisation. J'ai vérifié moi-même la réalité de ces retranchemens, en retrouvant les expériences tout au long dans le manuscrit certifié par le secrétaire de la Société de chirurgie.

Mais, ces lacunes réparées, les expériences sont-elles beaucoup plus concluantes? J'ai regret de le dire; mais il n'y a rien de moins concluant au monde. J'en ai fait l'analyse contradictoirement avec M. Auzias; de son propre aveu, la première, la troisième, la huitième, la neuvième, ne servent en aucune façon au but qu'il s'est proposé. Dans la deuxième, certaines inoculations échouent; mais il suivait alors un mauvais procédé; il n'avait pas imaginé sa doctrine; les insuccès peuvent donc être mis sur le compte du procédé. Dans la quatrième, le singe subit quatre inoculations en seize jours, et meurt dix jours après; il n'y a vraiment rien à conclure. Dans la sixième, l'animal subit trois inoculations, et plus tard est atteint de syphilis constitutionnelle; cela ne prouve rien encore pour la syphilisation. Restait donc la cinquième, mutilée dans les *Archives*, où, en effet, il paraît que le singe était devenu peu à peu réfractaire; puis la septième, car les choses semblent s'être passées de la même manière. Je ne veux pas pousser la critique trop loin.

Vous avez entendu dans le rapport l'histoire de M. L...; elle est fort triste, et en aucun cas la syphilisation ne devrait s'en vanter. Eh bien! M. Auzias y trouve un motif de triomphe; dans une leçon du 7 décembre, publiée par la *Gazette médicale de Toulouse*, il s'écriait:

« Quant à l'observation de L..., dont on a fait tant de bruit contre la syphilisation, *elle plaide au contraire pour la nouvelle doctrine*; *il faut l'interpréter convenablement.* »

Et plus loin, comme tous les sectaires enthousiastes, regardant l'avenir comme à lui, il ajoutait:

« Ce que je voudrais savoir est ce qu'est devenu M. L... Il n'a pas dû tarder à être guéri de ses chancres. »

La réponse à cette prophétie est écrite dans le rapport.

Un dernier sectateur de la syphilisation est M. Laval, qui a soutenu récemment à la Faculté une thèse sur ce sujet, sous ma présidence. M. Laval a expérimenté sur lui-même; il est parvenu, dit-il, à se syphiliser; c'est pourquoi sa thèse ne saurait être passée sous silence. Mais quand on veut la soumettre au contrôle d'une critique sérieuse, elle est peut-être encore au-dessous des travaux précédens. M. Laval est un jeune homme, qui, après avoir *médité profondément*, c'est lui qui le raconte, sur les résultats annoncés par M. Auzias, imagina de plein saut une théorie; et, ajoute-t-il naïvement, *j'y ai peu changé depuis*. La théorie trouvée, il s'inocule le virus du chancre; il a fait huit inoculations en vingt-et-un jours, passe rapidement sur le reste, et établit des préceptes pratiques qui recommandent de séparer chaque inoculation par un intervalle de dix à quinze jours. On se demande comment une expérience faite dans des conditions si opposées a pu engendrer une doctrine pareille. Il y a bien encore quelques mots sur un autre étudiant qui s'est pareillement syphilisé, mais sans détails et sans dates; en sorte que tout examen est impossible. La *doctrine* de M. Laval (car il a aussi sa doctrine, et il traite avec un profond dédain celle de M. Auzias), cette prétendue doctrine n'a donc d'autre valeur que celle d'un rêve produit par une imagination échauffée. Toutefois, telle qu'elle est, elle a eu l'honneur d'être appliquée au traitement de la syphilis secondaire, au Val-de-Grâce, par un chirurgien qui a fait ses preuves, par M. Marchal (de Calvi). Car il faut dire que M. Laval la propose surtout comme *méthode unique de traitement* de la syphilis constitutionnelle; et M. Marchal, comme on pouvait s'y attendre d'un esprit aussi généreux, repousse absolument la syphilisation préventive.

M. Laval a donc pu recueillir dans ce service 18 observations. Voyons comme il en rend compte:

« Parmi ces 18 malades syphilitiques,
7 avaient des macules (roséole, psoriasis);
4 avaient des pustules et des vésicules (ecthyma secondaire, eczéma);
4 avaient des papules muqueuses.

» L'induration du chancre persistait encore chez le plus grand nombre, et tous avaient les ganglions cervicaux indurés. Sept avaient des chancres indurés, de 20 à 25 jours d'invasion. Une ou deux inoculations, selon la *méthode indiquée*, firent entièrement disparaître tous ces accidens. Les chancres indurés furent cicatrisés le vingtième jour en plus après la première inoculation; les produits secondaires, tels que pustules, vésicules et plaques muqueuses, avaient commencé par se dessécher deux ou trois jours après l'inoculation, et disparurent entièrement du septième au dixième jour. Un ulcère de la langue, profond, large, à base indurée, était entièrement cicatrisé au bout de six jours. *Les chancres d'inoculation ont duré ensemble cinquante jours en moyenne. Aucun de ces hommes, traités par l'inoculation, n'est encore revenu à l'hôpital. J'espère*, ajoute M. Laval, *qu'ils resteront guéris; il peut se faire cependant qu'ils aient, avec le temps, une éruption de roséole syphilitique, mais sans autres accidens.* » (p. 23.)

Si ces résultats étaient bien prouvés, en effet, ils mériteraient une attention sérieuse. Mais avec quelle inconcevable négligence ils sont exposés! Il y a 18 malades, on ne donne de renseignements pathologiques que sur 15. Le traitement est encore laissé plus au hasard s'il est possible; *une ou deux inoculations*, voilà tout ce qu'on en dit. Il en résulte tout au moins que ces une ou deux inoculations, d'une durée de *cinquante jours en moyenne*, n'ont pas été si insignifiantes qu'on semble le faire entendre. Puis enfin, ces malades sortent; entrepris en novembre, leur sortie n'a guère pu avoir lieu avant janvier; et le 22 mars, on s'applaudit qu'ils ne soient pas rentrés à l'hôpital! Et on *espère* qu'ils seront guéris, sauf peut-être une roséole; et l'on affirme qu'ils n'auront pas d'autres accidens!

Enfin, j'aurais à citer encore un mémoire de M. Spérino de Turin, qui affirme avoir syphilisé avec un entier succès *cinquante-deux* filles publiques; et déjà d'autres critiques ont reproché à M. Spérino le défaut de détails précis, sans lesquels les observations se réduisent à la valeur de simples affirmations.

Voilà, Messieurs, autant que j'ai pu le réunir, tout le bagage scientifique de la syphilisation; il est léger; et jamais peut-être doctrine ne s'est proclamée avec une pareille insignifiance de preuves. Je le répète donc, s'il fallait porter dès à présent un jugement sur la doctrine, je n'hésiterais pas à la rejeter, faute de preuves, sauf à elle à s'en mieux munir dans l'avenir. Mais au-dessous de la doctrine, qui n'est pas suffisamment mûrie, il y a cependant quelque chose que je ne peux pas rejeter aussi facilement, et sans vérification, ce sont les faits allégués, ce sont les expériences déjà faites, et que l'on offre de répéter; voilà ce qui prend un caractère plus sérieux, et ce qui ne me permet d'adhérer, quant à présent, à la condamnation absolue et sans appel, formulée par la commission.

Dans la dernière séance, lorsque M. Ricord vous exposait l'opiniâtreté de M. L... à poursuivre ses inoculations, beaucoup en ont ri, et j'en al ri moi-même, bien que ce fût une histoire fort triste à tous les points de vue. Mais pourquoi M. L... persiste-t-il dans cette périlleuse pratique? Il se peut qu'il ait, lui aussi, ses vues théoriques; mais il a pardessus tout ceci: il a vu, ou il peut avoir vu des sujets syphilisés. L'un de ces sujets est M. Laval, qui aurait été inoculé sept fois par M. Ricord, sans contracter un seul chancre. Cela a été dit, professé, imprimé; cela n'avait pas encore été contesté, et je suis heureux que M. Ricord nous éclaire enfin sur ce point, parce que si la syphilisation n'est qu'une mystification, ou plutôt une illusion pure, je désire fort en voir débarrasser à tout jamais la science. Mais jusqu'à ces éclaircissements, je l'avoue, le fait était si grave que je m'en sens encore ébranlé. Or, M. Laval se serait mis à la disposition de la commission; n'est-il pas à regretter que ses avances aient été si mal reçues?

M. Auzias, de son côté, est plus riche de faits que son mémoire ne le semble dire. A l'époque où ce mémoire fut publié, M. Auzias avait, m'a-t-il dit, syphilisé nombre de sujets pris cette fois dans la race humaine. Une lettre par lui adressée à l'Institut le 18 novembre 1850, et consignée dans la *Gazette médicale*, mentionne très explicitement *des observations entreprises sur l'homme.* Pourquoi donc ne les a-t-il pas encore publiées? Pourquoi, au lieu de les mettre en avant dans son mémoire, s'emble-t-il s'attacher à en dérober la connaissance à ses lecteurs? Il a eu tort, à mon sens; mais il faut bien savoir que ces premiers essais sur l'homme étaient entourés de périls peu ordinaires, et que l'auteur par exemple a été dénoncé une fois au procureur de la République. Quoi qu'il en soit, j'ai demandé à M. Auzias à quel chiffre pouvaient se monter ses essais sur l'homme. En ce moment, à plus de *trois cents*. La plupart atteints de chancres, n'ont été syphilisés que jusqu'à guérison de leurs chancres, jusqu'à préservation de la syphilis constitutionnelle. Cette préservation, je ne la donne pas comme bien prouvée, les sujets ne se trouvant encore qu'à trois mois, qu'à six mois, et les plus anciens à un an de date de l'apparition de leurs chancres. *Dix-sept* seulement auraient été conduits à une syphilisation absolue, et telle qu'on ne peut plus leur donner ni chancres, ni blennorrhagies. Je n'affirme rien, je dis ce qui m'a été raconté par M. Auzias; mais j'ajoute qu'il m'a paru plein de loyauté et de bonne foi. Et d'ailleurs, il n'eût pas mieux demandé que de faire ses preuves devant la Commission, non sans doute qu'il eût produit devant elle tous ses malades; on sait aussi combien peu se prêteraient à une pareille exhibition; mais il en avait trois qui s'y seraient prêtés; deux hommes et une femme. En ce moment même, il traite un gentilhomme d'un nom qui a marqué dans l'histoire contemporaine; celui-ci, qui prétend avoir le courage de ses opinions en syphilisation comme en politique, consentirait à se faire voir à une Commission, le traitement est au quinzième jour, et devra durer à peu près deux mois.

Eh bien, Messieurs, en face de pareilles assertions, de pareilles offres, faites par un homme qui, je le répète, m'a paru de la plus entière loyauté; je ne les accepte pas, sans doute, car il peut se tromper; mais suis-je en droit, sommes-nous en droit de les rejeter sans examen, *à priori*? Et l'on ne saurait dire que M. Auzias a fait des offres tardives à un moment où elles ne peuvent être acceptées; car il a demandé des juges à l'Institut, et il faut dire même qu'à l'Institut la chose a paru plus sérieuse qu'à votre commission; bien plus, il a demandé à M. le préfet de police l'autorisation d'essayer la syphilisation à Saint-Lazare; M. le préfet a nommé au préalable, bien entendu, une commission présidée même par notre honorable président; est-ce que devant ces vérifications solennelles, on peut porter un jugement absolu, définitif?

Je vais plus loin, Messieurs; j'ai parlé, d'après M. Laval, des faits de guérison obtenue au Val-de-Grâce, par M. Marchal de Calvi, qui même s'était engagé à les communiquer à cette Académie. Tels qu'ils ont été rapportés, ils n'ont pas une grande valeur; ne serait-ce pas uniquement la faute du rédacteur? J'ai vu M. Marchal, il croit à ses succès, il est enthousiaste de la méthode. — *Une voix*: Il l'est toujours. — Qu'il le soit toujours, c'est une autre affaire; probablement n'a-t-il pas toujours tort; et en cette occasion je suis très curieux de savoir s'il a tort ou raison. Ajouterai-je, Messieurs, que depuis que l'autorité supérieure s'est opposée à la continuation de ses succès, on cite plusieurs officiers qui sont sortis de l'hôpital pour terminer leur syphilisation en ville?

Et enfin les faits de M. Spérino, je ne voudrais pas, bien entendu, qu'ils fussent admis trop légèrement; je ne voudrais pas non plus qu'ils fussent rejetés trop à la légère. Si je suis bien informé, M. le préfet de police a fait demander un rapport sur ces faits à Turin; le rapport sera soumis à la commission médicale. Et si par hasard, je n'en sais rien, mais si par hasard il était démontré que M. Spérino est parvenu à syphiliser une bonne partie des filles publiques de Turin, s'il y avait lieu en conséquence de concevoir une espérance semblable pour toutes nos grandes villes, quel bienfait pour la salubrité publique!

Ici ce serait de la syphilisation préventive, soit; si elle était reconnue efficace et sans danger, je l'accepterais encore bien pour les filles publiques. Mais ce à quoi je m'attache surtout, avant toute explication, c'est à la constatation des faits; et les faits constatés, c'est à leur application à la thérapeutique. Car, je le confesse, donner la syphilis à un individu qui ne l'a pas, sous le prétexte de l'en préserver à l'avenir, cela soulève mes plus fortes et mes plus intimes répugnances; mais je ne vois aucune difficulté de morale et de conscience à inoculer le venin à un homme qui l'a déjà, si cela peut aider à sa guérison. M. le rapporteur l'a dit bien, et avec toute raison, que le traitement ordinaire guérit l'immense majorité des véroles secondaires; mais il avoue aussi, et tout le monde sera de son avis, qu'il est des cas rebelles. Eh bien, si l'inoculation devait fournir une ressource pour ces cas rebelles, il faudrait encore l'accepter comme un bienfait.

Je ne résumerai en peu de mots. Je n'ai rien vu par moi-même en fait de syphilisation; je suis pareillement incompétent pour la soutenir et pour la proscrire. Je la considérerais comme immorale, son efficacité fût-elle démontrée, si on l'appliquait comme préventive à des individus sains, dans des conditions ordinaires; loin de là, appliquée à des individus syphilitiques, en vue de les guérir, je la considérerais comme un bienfait. Mais avant tout, je veux que les faits soient vérifiés; je veux que ses inventeurs et ses partisans soient bien avertis que nous exigeons des preuves suffisantes, des preuves vraiment scientifiques; comme aussi à ceux qui la voudraient rejeter sans examen, je dirai que les faits annoncés sont trop considérables pour être traités avec un pareil dédain; en un mot, et c'est là ma conclusion, qu'ils veulent être vérifiés, et qu'ils le veulent impérieusement.

M. Bégin donne quelques explications relatives aux réclamations de M. Auzias. Il résulte de ces explications, entre autres particularités, que MM. L..., Laval et Auzias, tous trois mis en demeure de se mettre en rapport avec la commission pour lui fournir les documens qu'ils pouvaient juger utiles à leur cause, ne se sont pas présentés.

M. Velpeau déclare que le membre de la commission qui, d'après M. Malgaigne, aurait mal reçu M. Laval, est lui-même M. Velpeau, et il explique comment M. Laval, alors élève, étant venu le trouver pour lui faire part des expériences de syphilisation qu'il venait de faire sur lui-même, il lui a dit un peu crûment, peut-être, sa manière de penser à cet égard.

Quant à M. L..., l'Académie n'a pas oublié dans quelles circonstances il a été présenté à l'Académie. M. L... a été présenté comme atteint de syphilis constitutionnelle par inoculation. Dans la relation qui a été faite de son histoire, il a été dit que la syphilis constitutionnelle s'était déclarée à la suite de l'inoculation de pus pris sur l'amygdale d'un sujet atteint lui-même de syphilis constitutionnelle. Le fait de M. L..., dit M. Velpeau, n'avait d'intérêt pour moi que sous ce rapport-là. Or, sur ce fait, je suis suffisamment édifié maintenant. La question de syphilisation n'était qu'une question secondaire dont, pour ma part, je n'avais point à

me préoccuper. Je crois que la commission elle-même n'avait point à s'occuper de cette question-là; d'abord parce qu'elle n'en a pas été chargée par l'Académie; en second lieu, parce qu'elle ne mérite réellement pas d'être examinée, bien convaincu, pour mon compte, qu'on peut avoir la syphilis constitutionnelle plusieurs fois. Une autre raison, enfin, c'est que je ne crois pas que cette question puisse être jugée. M. Laval, dit-on, ne peut plus être inoculé; mais qui nous dit que dans six mois, dans un an, dans dix ans, dans vingt ans, il ne pourra plus l'être; car il est bien évident pour moi que la syphilis constitutionnelle peut se manifester dix, vingt et même trente ans après les accidens primitifs.

On a dit que c'était là une idée neuve. Hé bien! comme toutes les idées neuves, elle suivra son cours dans le monde, sans que vous puissiez l'en empêcher. Plus vous lui ferez d'opposition, au contraire, plus vous lui donnerez de chance de se produire et de multiplier ses prosélytes. Laissez-la passer. Ce que l'Académie a de mieux à faire, c'est de ne pas s'en occuper.

M. Depaul (1): Messieurs, après le remarquable discours de M. Malgaigne, dans lequel se trouvent une partie des observations que je me proposais de faire sur le rapport de notre très honoré collègue, M. Bégin, la mission que je m'étais donnée sera plus courte et plus facile à remplir. J'avoue cependant qu'après les manifestations sympathiques qui ont accueilli le travail de notre rapporteur, j'ai un peu hésité avant de me mêler à ce débat; car mieux que personne je comprends tout ce qu'a d'entraînant l'autorité de sa parole et de sa haute raison. Mais après avoir entendu la lecture de ce rapport et depuis, après l'avoir sérieusement médité, il m'a semblé que l'inspiration et le simple raisonnement s'étaient plus d'une fois substitués à l'observation rigoureuse, et que les considérations qui en font la base ne légitimaient pas les conclusions qu'il renferme implicitement.

Je viens donc demander à notre très savant rapporteur la permission de me placer à un point de vue un peu différent du sien, et de ne pas admettre tout ce qu'il a dit au sujet de la syphilisation, la seule question que je me propose d'examiner.

Mais, comme M. Malgaigne, il est bien entendu que je n'entends m'occuper que de la syphilisation curative; j'avoue que, pour les raisons qu'il a données, je repousse d'une manière absolue toute tentative relative à la syphilisation prophylactique.

Je désire, d'un autre côté, que l'Académie sache bien quelle position j'accepte dans la discussion: les médecins qui ont suivi les différentes phases de la syphilisation se sont partagés en trois camps. Dans le premier, je place M. Auzias et ceux qui accordent à cette méthode thérapeutique ou préventive une confiance complète, j'en crois le nombre fort restreint. Dans le second, je range ceux qui, sans examen suffisant ou avec un parti pris, la considèrent comme immorale, impuissante et ridicule; enfin, dans le troisième, et c'est celui dans lequel je prends place, se trouvent les hommes qui, ne se sentant pas suffisamment éclairés, croient pouvoir demander à une expérimentation sage et prudente, la solution d'un problème qui intéresse à la fois la science et l'humanité.

Je me permettrai d'abord de faire remarquer que la commission a complètement changé le terrain sur lequel l'Académie avait voulu se placer. En effet, à l'occasion du malade que M. Ricord vous présenta (séance du 10 novembre dernier) comme une victime de la syphilisation, M. Velpeau, soulevant une question incidente relative à la possibilité de l'inoculation des accidens secondaires, laissa entrevoir que, dans son opinion, M. le docteur L..., qui était l'objet de la présentation, était un nouvel exemple de cette transmission. Ce fut pour rechercher ce point tout spécial dans ce cas particulier, que la commission fut instituée.

Je ne rechercherai pas ce qui a pu changer sa véritable direction, et transformer, en un sévère réquisitoire contre la syphilisation, les lumières qu'elle devait apporter dans la question des inoculations secondaires; mais puisque le fait est accompli, voyons si, du moins, elle a apporté, dans la mission qu'elle s'est volontairement donnée, toute la prudence et toute la sévérité d'investigation qui conviennent à un corps savant qui vient *spontanément* donner son opinion sur une doctrine nouvelle. Le fait me paraît d'autant plus grave, que l'Académie des sciences est, depuis longtemps, officiellement saisie de la même question sur laquelle, sans doute, elle prépare un rapport, et que tout récemment M. le préfet de police, qui est le gardien naturel de tout ce qui intéresse l'hygiène publique, et dont la sollicitude a dû être nécessairement éveillée par les diverses communications qui lui ont été faites, a sagement agi, à mon sens, en la mettant sérieusement à l'étude par la nomination d'une commission spéciale.

M. le rapporteur se plaint, en débutant, de la pénurie de matériaux dans laquelle il s'est trouvé. Il a vainement espéré, dit-il, que la presse lui fournirait des documens affirmatifs ou contradictoires. Il aurait adressé des invitations pressantes, il aurait fait des promesses formelles aux personnes intéressées, sans doute, tout lui aurait fait défaut; et après l'avoir entendu, on pourrait croire que tout le bagage relatif à la syphilisation se borne à l'observation de M. L...

M. Malgaigne vous l'a déjà fait remarquer, ni la presse, ni les zélés partisans de cette méthode n'ont mérité les reproches qu'on leur adresse, des faits nombreux ont été publiés, des sujets d'expérimentation se sont présentés; des tentatives d'inoculation ont été faites publiquement à l'hôpital des Vénériens, dans le service de M. Ricord, par M. Ricord lui-même; M. Ricord est membre de la commission, et le rapport ne dit pas un mot de ces expériences!

M. Spérino, homme spécial, qui dirige le Syphilocôme de Turin, a fait connaître le résultat de cette méthode appliquée publiquement sur 52 prostituées; son travail a été inséré dans les *Annales de la syphilis*, juillet 1851. D'après l'auteur, les résultats sont favorables, et on les passe sous silence sans la moindre discussion!

M. Galligo, de Florence, qui a été longtemps à la tête d'un hôpital de syphilitiques, a publié en 1851, dans un journal dont le titre m'échappe, ce qu'il a observé sur le même sujet.

Dans la même année a paru, dans la *Gazette médicale* des États sardes, un mémoire de M. Nottini, médecin de l'armée piémontaise. A tort ou à raison, il reconnaît les avantages de la syphilisation. Pourquoi ne pas s'expliquer sur ces travaux.

La *Gazette médicale de Paris* (juillet 1852), emprunte à la *Gazette médicale* des États sardes une observation de M. Zélaschi, ayant pour titre: *Syphilis primitive et constitutionnelle chez l'homme, guérie au moyen de la syphilisation.* L'auteur y raconte avec de nombreux détails comment les premières tentatives dirigées par lui restèrent sans effet et comment un succès complet fut obtenu lorsque, d'après les conseils de M. Spérino, les inoculations furent poussées avec plus d'activité. M. Zélaschi s'est-il trompé dans son appréciation? La commission aurait dû nous le faire savoir.

M. Malgaigne vous a rappelé un fait très curieux, relatif à certaines filles publiques qui, après avoir exercé pendant un certain temps leur triste profession, semblent se syphiliser naturellement par les inoculations accidentelles auxquelles elles sont exposées. Ce fait, que plusieurs personnes paraissent avoir observé, a été d'abord signalé par un homme dont l'opinion est loin d'être favorable à la syphilisation, je veux parler de M. de Castelnau. Il méritait bien la peine qu'on la discutât!

Il a aussi, et avec raison, beaucoup insisté sur ce qui s'est passé dans le service de M. Marchal de Calvi, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, jusqu'à l'époque où, par ordre de l'autorité supérieure, les tentatives de syphilisation y furent interdites.

Mais, Messieurs, ce que j'ai beaucoup plus de peine à m'expliquer, c'est que la commission ne soit pas entrée dans de très grands détails sur tout ce qui se rapporte à M. le docteur *Laval*. Ce jeune médecin, qui n'était alors qu'élève, fut conduit à la clinique de l'hôpital des vénériens par M. Auzias, qui l'avait syphilisé. M. Ricord acceptant le défi qui lui était porté d'inoculer sur ce sujet le pus de tel chancre qu'il lui plairait de choisir, se mit à l'œuvre en s'entourant de toutes les précautions usitées en pareil cas. Je n'ai pas besoin de dire s'il prit ce qu'il crut être la première qualité, et si les inoculations furent convenablement faites pour assurer leur succès. Tout le monde connaît son habileté. Mais ce qu'il y a de sûr, c'est que les premiers résultats ne parurent pas très concluans, puisqu'il recommença ses tentatives à sept reprises différentes. Je pourrai bien ajouter que MM. Auzias et Laval, et avec eux plusieurs médecins et élèves qui étaient présens, affirment que toutes ces tentatives ont complètement échoué, que tout ce qui aurait été obtenu aurait consisté en de petites pustules qui se seraient très rapidement desséchées sans ulcération et suppuration, et que M. Ricord lui-même en serait publiquement convenu. Mais je dois à la vérité de dire que notre collègue, à qui j'en ai parlé dans le temps, m'a assuré n'avoir jamais fait une semblable déclaration. Pour lui, ce qu'il a produit étant bien des chancres seulement, avec une forme particulière. J'avoue que je ne comprend pas bien cette distinction, et puisque son opinion sur ce sujet était très arrêtée, comment se fait-il que dans une occasion aussi solennelle il ne se soit pas empressé de dissiper tous les doutes par de nouvelles inoculations, faites avec le produit des premières. Cela surprendra, j'en suis sûr, tous ceux qui connaissent sa doctrine sur ce point.

Ajouterais-je encore que parmi les documens qui ont été transmis à M. le préfet de police se trouve une lettre de M. Seutin, qui est loin d'être défavorable aux idées de M. Auzias. M. Ricord, qui fait partie de la commission spéciale nommée par ce magistrat, aurait bien pu, ce me semble, en faire connaître l'esprit à notre rapporteur. Mais non, tout a été laissé de côté, jusqu'aux expériences sur les animaux, qui ont cependant mis leur auteur sur la trace de la syphilisation de l'homme, et, à cette occasion, qu'il me soit permis de faire observer que l'honorable chirurgien de l'hôpital du Midi, après avoir longtemps nié qu'on pût transmettre la syphilis aux animaux, est loin d'être aussi positif dans la dernière édition des œuvres de *Hunter*, qu'il a annotée.

Je crois en avoir dit suffisamment pour prouver que la commission n'a pas eu le droit de se plaindre de n'avoir su où puiser des renseignemens. Les sources étaient nombreuses. Elle n'avait qu'à exercer son droit de critique et d'appréciation.

Mais revenons au fait du docteur L..., la seule base sur laquelle le rapport s'appuie, et cherchons si, du moins, on lui a donné sa véritable signification.

Dans le but d'expérimenter un traitement de son invention et qu'il appelle hygiénique, notre confrère s'inocule en différentes fois et dans l'espace de deux mois (décembre 1850 et janvier 1851), douze chancres. Trois mois après, il prend sur l'amygdale d'un de ses amis qui, à la suite d'un chancre induré, avait vu des accidens secondaires, se développer une sérosité à peine purulente qui était fournie par une plaie qui durait depuis vingt-deux jours, et il s'inocule de nouveau avec succès. L'ulcération produite fournit la matière de quatre inoculations répétées tous les cinq jours pendant vingt jours.

Ce fut le 17 octobre 1851, alors que des accidens syphilitiques constitutionnels existaient, que M. L... s'adressa à M. Auzias. Je passe la conversation qui aurait eu lieu entre ces deux confrères, car ce que M. L... affirme, M. Auzias le nie, et d'ailleurs là n'est pas le point capital. M. Auzias promit la guérison par la syphilisation et fit une première inoculation avec du pus fourni par le soixantième chancre d'une autre personne qui était en cours d'expérience. A cela seul s'est bornée l'intervention de notre confrère; et peut-on raisonnablement lui imputer ce qui est advenu depuis? Il répond avec raison que ce n'est pas avec une seule inoculation qu'on syphilise un homme, qu'il n'entend accepter la responsabilité que de ce qu'il a fait lui-même, et il me paraît d'autant plus fondé à se retrancher derrière cet argument, que M. L... s'accuse, dans la note qu'il a remise à la commission, de n'avoir pas observé les règles de la syphilisation, et ôte par conséquent toute valeur à son observation. Pour mon compte, je pense qu'un fait médical qui est également répudié par l'expérimentateur et par celui qui se soumet à l'expérience (quand surtout c'est un médecin), n'a aucune valeur, et que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de ne pas s'en occuper.

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, qu'en vous présentant, il y a quelques mois, M. le docteur L..., notre collègue, M. Ricord, vous dépeignit son état avec des couleurs si sombres, que beaucoup d'entre vous durent le croire bien près du tombeau; j'avoue que j'avais conçu moi-même sur son compte de très sérieuses inquiétudes, et je déclare que ma surprise et ma joie ont été grandes quand je l'ai vu au commencement de la séance venir prendre place au milieu de l'auditoire qui nous écoute; je puis assurer que son apparence extérieure n'a rien que de très rassurant. Cela vous étonnera, sans doute, si vous vous rappelez que M. Ricord nous disait, dans la dernière séance, que rien n'avait pu le corriger, et que depuis qu'il avait cessé de réclamer les soins de M. Auzias, il se soumettait à chaque instant à de nouvelles inoculations syphilitiques.

Je comprends, jusqu'à un certain point, la répugnance de l'honorable M. Bégin pour la doctrine nouvelle, lui qui n'a à se reprocher ni tentative de syphilisation ni inoculations syphilitiques d'aucune espèce; mais je ne puis admettre que M. Ricord ait le droit d'être aussi difficile. Ceux qui ont suivi sa pratique ou qui ont étudié ses écrits, savent combien il s'est efforcé de populariser les inoculations, et d'en tirer parti pour distinguer entr'eux les accidens réputés primitifs, ou, pour éclairer certains points d'hygiène, de médecine légale, etc., il les a quelquefois tellement multipliées sur le même individu, dans le but de vérifier les faits de M. Frike, de Hambourg, par exemple, qu'il me paraît s'être beaucoup rapproché, sans le vouloir, de la pratique de la syphilisation.

La coloration des cicatrices qui succèdent aux inoculations et qui donnent à la peau un aspect tigré, ne me paraît pas constituer un argument très sérieux, quand on songe que cet état est passager, et qu'il doit en être de ces cicatrices comme de celles que laissent les pustules varioliques, et qui, d'abord rouges, ne tardent pas à prendre la teinte générale de la peau.

Toutefois, il ne faut pas se le dissimuler; en admettant que dans les faits déjà connus il y ait quelque chose de favorable à la syphilisation, il règne encore beaucoup d'obscurité sur des points très importans. Pendant combien de temps exercera-t-elle son action? Guérit-elle définitivement la syphilis constitutionnelle? ou n'a-t-on pas à craindre de voir plus tard les accidens éclater de nouveau? L'expérience seule peut prononcer. Permettez-moi, en terminant, de vous lire les quelques lignes suivantes, elles sont extraites d'un livre que M. Ricord ne récusera pas (*Traité des maladies vénériennes*, par M. Ricord, page 537 et suiv.):

« Mais quels contrastes dans la science et dans ceux qui la pratiquent! Car, tandis que les plus beaux encouragemens sont donnés d'un côté, de l'autre, le blâme, ou tout au moins le ridicule, sont les seules récompenses. Ainsi, lorsque chaque année on étale une liste des nombreuses médailles que l'Académie de médecine accorde à ceux qui, en propageant la vaccine, s'opposent aux ravages de la petite vérole, ou voit la même Académie éprouver une sorte de gêne lorsqu'on vient offrir à son jugement quelque remède pour arrêter un fléau bien autrement affreux. Sans doute, dans les moyens proposés pour prévenir la vérole, les coupables spéculations du charlatanisme ont eu, jusqu'à présent, la plus grande part; mais est-ce à dire qu'il en a toujours été ainsi, et qu'il en sera toujours de même? Non sans doute, et, dans le siècle où nous sommes, et auquel nous devons appartenir, les sottes préventions d'une prétendue morale fausse et mesquine, ne nous permettent plus de regarder les maladies vénériennes comme une punition que le ciel a réservée au libertinage, et que l'homme sage doit respecter..... Non, le véritable sage, le moraliste vertueux et philantrophe dira, avec de Horne, qu'il faudra regarder comme le véritable bienfaiteur du monde, comme le conservateur de l'espèce la plus respectable, la plus faible et la plus souvent sacrifiée, celui qui découvrira le véritable secret de nous préserver de la contagion la plus terrible qui ait jamais menacé l'humanité. Honneur aussi à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, qui n'a pas craint de mettre au concours cette importante question: « Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne?

» Je fais ici le vœu que cet exemple ne soit pas perdu, et que des questions semblables soient de nouveau posées et moins restreintes; car il est certain que les moyens qui sont et devront être les plus efficaces, resteront presque toujours en dehors de ceux qui sont exclusivement du ressort de la police médicale proprement dite. »

Convenez-en, Messieurs, cela contraste singulièrement avec ce que M. Ricord demande aujourd'hui à l'Académie; mais, j'espère encore que vous ne vous laisserez pas entraîner. Votre propre dignité exige que vous ne précipitiez pas un jugement qui, d'ailleurs, n'est pas sans appel, et qui pourrait être cassé par l'expérience. S'il y a quelque chose de vrai dans la syphilisation qu'on vous propose de repousser, vous regretteriez d'en avoir entravé la marche; si c'est une chimère la science et l'humanité ne perdront rien à ce qu'on le démontre par une expérimentation sage et prudente.

M. Ricord aurait trop de choses à répondre à tout ce qui vient d'être dit, pour pouvoir le faire dans le peu d'instans qui lui restent encore (il est près de cinq heures). Il demande à l'Académie de vouloir bien renvoyer la discussion à la séance prochaine, en lui maintenant son tour de parole.

La séance est levée.

(1) Le texte de ce discours n'a pas été rédigé par notre rédacteur des séances; il nous a été remis par M. Depaul lui-même. Ceux qui ont entendu l'orateur et qui liront son discours, trouveront que de grandes modifications ont été apportées dans la forme. Quant à nous, nous avons écrit notre article sous les impressions de ce que nous avons entendu. Nous n'avons lu le discours de M. Depaul qu'après coup.

(*Note du rédacteur en chef.*)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le doyen d'âge des médecins de sa contrée, M. Blampignon (Jacques-Nicolas-Ambroise), docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, où il avait soutenu sa thèse, en 1803, *Tentamen medicum de rhumatismo acuto*, vient de mourir, plus qu'octogénaire, à Troyes.

Un discours nécrologique, rappelant ses titres à la reconnaissance de ses contemporains, a été prononcé sur la tombe du défunt, par M. le docteur Bédor.

Épidémies. — Il résulte du rapport de M. Monfange, médecin de Nontron, envoyé par l'administration dans le canton de Champagnac pour y observer la suette, que la gravité de la maladie avait été exagérée outre mesure, et que, dans un temps assez long, le nombre des cas observés n'a été que de 63, sur lesquels 21 décès. La suette s'est montrée plusieurs fois compliquée de fièvre intermittente pernicieuse. Les soins de propreté et un régime sévère ont été plus avantageux dans cette épidémie que la saignée et les purgatifs.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 91. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 31 Juillet 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. .... 32 Fr. :
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU SMILAX OFFICINALIS DANS LES AFFECTIONS CANCÉREUSES EN GÉNÉRAL;

Par M. LERICHE, docteur en médecine, membre de plusieurs Sociétés savantes, ex-médecin de la Charité maternelle de Lyon, ex-médecin des dispensaires, médecin-doyen du bureau de bienfaisance du 1[er] arrondissement de Lyon.

Venir entretenir aujourd'hui le public médical d'un moyen thérapeutique, qui semblait avoir été abandonné comme tant d'autres, c'est peut-être montrer beaucoup de témérité; car l'incrédulité, en cet endroit, est extrême, et c'est presque commettre une imprudence, que de venir conseiller l'usage du smilax officinalis pour une maladie aussi désespérante que celle du cancer. Si nous nous y déterminons, c'est que nous sommes convaincu qu'on est dans une mauvaise voie, relativement au traitement de cette affection, et que bientôt, nous l'espérons, on ne s'adressera plus à la chirurgie pour y trouver un remède. En effet, les résultats obtenus depuis que le traitement du cancer est tombé exclusivement dans son domaine, sont désespérans. Ce n'est pas qu'il faille l'attribuer à l'incapacité des hommes qui font exclusivement profession de cette branche de l'art de guérir (c'est au contraire à leur loyauté et à leur haute intelligence des faits, qu'on doit de rechercher une autre route que celle suivie jusqu'à présent); ce n'est pas non plus que nous ayons la prétention de faire revivre les diverses hypothèses qui ont été tour à tour proposées pour expliquer la nature du cancer (soit par exemple avec Hippocrate, Galien, Celse, Arétée, Lieutaud, qui l'attribuaient à une sorte de levain corrupteur qui fermente dans nos humeurs, avec Ambroise Paré, à une humeur maligne, limoneuse et rongeante; avec Lapeyronie, Quesnay, Petit, Ledran, à un vice de la lymphe). Il est encore à noter qu'après la découverte des vaisseaux lymphatiques, on rapporta la plupart des maladies aux altérations du fluide qui les parcourait. C'est ainsi que Desault, Chopart, Vigaroux, ont attribué également l'affection dont nous nous occupons, à l'altération de la stase de la lymphe; Pinel, Laennec, Bayle, Cayol, ne voyaient dans la cause prochaine du cancer, qu'un principe particulier de nature inconnue, mais inévitable. De nos jours, où les esprits sont tournés vers les idées anatomiques, on attache beaucoup d'importance au microscope. Ce qui nous conduit à dire, par suite de toutes ces hypothèses, que nous sommes encore loin d'avoir des idées bien arrêtées sur la genèse du cancer, et que la thérapeutique a suivi la même marche.

Or, si, reconnaissant en principe la nécessité absolue d'agir profondément sur l'économie, pour arriver à des résultats autres que ceux qu'on a obtenus jusqu'à présent, on veut mettre en pratique ce précepte, nous n'en connaissons pas de plus puissant que l'usage prolongé du smilax.

Nous n'avons pas la prétention de nous en rapporter tout le mérite, car Clarke rapporte déjà plusieurs faits qui témoignent de son efficacité.

PREMIER FAIT. — Une femme mariée, d'une quarantaine d'années, avait, à la paroi postérieure de l'utérus, une tumeur du volume d'un œuf de poule, douloureuse au toucher, avec pertes de sang, et tous les autres signes propres au cancer de l'utérus. (Position horizontale, ventouses scarifiées sur la région sacrée, purgatif doux, décoction de salsepareille et quelques petites doses d'extrait de ciguë). Le traitement, continué plusieurs mois, amena une guérison qui ne s'était pas démentie après trois années, lors de la publication du fait.

DEUXIÈME FAIT. — Une dame, de 48 ans, présentait les symptômes dénotant une affection grave de l'utérus : on trouva une tumeur du volume d'une noix au col, excessivement douloureuse. (Ventouses scarifiées, alimentation végétale, repos horizontal; extrait de ciguë, bains de siége et quelques légers apéritifs, décoction de salsepareille, 120 grammes par jour.) Au bout de quelques mois, la tumeur avait disparu.

M. Dugès dit avoir deux fois reconnu l'efficacité de ce médicament dans les cas analogues.

M. le docteur Foltz a publié, sur ce sujet, un opuscule dans le *Journal des connais. méd. chirurg.*, 1851, où il rapporte comment il a été conduit à essayer ce moyen. Nous le laissons parler :

« Il y a environ trois ans, je donnais des soins à une demoiselle de 32 ans, pour une métrorrhagie abondante, causée par une affection organique du col de l'utérus. Celui-ci était gros, dur, quelques points étaient plus mous; il existait des douleurs lancinantes, vives, depuis longtemps, ainsi que des pertes rouges qui se renouvelaient souvent. Cette malade se croyait atteinte d'un cancer; elle avait du moins la plupart des symptômes de cette affection. La perte arrêtée, je ne revis plus la malade qu'au bout de dix-huit mois : elle vint m'annoncer qu'elle s'était guérie elle-même par l'usage de la salsepareille. Je constatai, en effet, que le col utérin était dans un état parfaitement normal.

» Je ne pouvais donner à ce fait, ajoute M. Foltz, une valeur scientifique, mais il m'engagea à faire quelques recherches et à expérimenter le traitement que suivit la malade, tel qu'il était rapporté dans un journal étranger à la médecine. »

Avant de faire connaître les résultats que nous avons obtenus par l'usage prolongé du smilax, il est une autre question que nous voudrions examiner avec quelques détails, c'est de savoir si le cancer n'est qu'une affection locale. C'est là une question difficile à résoudre, nous le savons : car la plupart des écrivains ne l'ont vue qu'à travers un prisme. Ils semblent n'avoir cherché qu'à accommoder leurs idées à un certain nombre de faits bien ou mal constatés; peu de pathologistes échappent à ce reproche, et ce n'est qu'après y avoir mûrement réfléchi que nous nous sommes décidé à examiner de nouveau la question.

Depuis Périlhe, la plupart des auteurs se sont accordés à regarder le cancer comme une maladie locale dans son principe, et qui ne devient constitutionnelle qu'au bout d'un certain temps et dans des conditions données. D'une part, le développement des symptômes cancéreux qui a souvent lieu à la suite des coups, des chutes et autres lésions physiques, nous parait avoir singulièrement concouru à accréditer une semblable opinion; d'autre part, l'impossibilité d'établir *à priori* le diagnostic du cancer, tout en occasionnant de fréquentes méprises, et faisant prendre pour des cancers ce qui n'était que des tumeurs de nature bien différente, a dû faire admettre la guérison radicale de cette maladie par des moyens divers, et ces apparences de succès ont semblé devoir autoriser l'admission d'un cancer purement local dans son principe.

Mais si, avant de prononcer sur un si grave sujet, on avait commencé par bien étudier les caractères anatomiques des tumeurs cancéreuses (et, à notre sens, c'est le seul moyen de reconnaître la nature de cette maladie), on n'eût pas manqué de se convaincre que les tissus qui composent ces tumeurs étant formés de toutes pièces, et n'étant nullement des tissus primitifs tuméfiés, endurcis ou dans un état inflammatoire chronique, il était impossible de les rapporter uniquement aux causes que nous avons citées plus haut. Car on ne concevrait

---

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un mot sur la Syphilisation.

Grâces soient rendues à la Syphilisation; elle seule a eu le pouvoir de rendre un peu de mouvement et de vie à notre pauvre monde médical qui se mourait dans l'atonie et dans la consomption. Ce que c'est que de venir à point! Cette émouvante doctrine s'est montrée aussi habile que prudente. Conçue dès 1849, elle a marché sur la pointe du pied pendant les deux premières années de son enfance; car elle voyait bien que le drame politique l'aurait absorbée tout entière. Aussi, timidement et d'une main discrète, frappait-elle à la porte des Académies et des Sociétés savantes, d'où même elle savait se retirer à temps, témoin ce qui lui arriva à la Société de chirurgie d'où, après y avoir fait une exposition quasi-solennelle et sollicité un examen en règle, elle s'empressa de s'enfuir avec armes et bagages, c'est-à-dire en retirant le Mémoire qu'elle y avait lu, et pour lequel la Société avait nommé une commission. Elle s'était bien aussi deux ou trois fois adressée à l'Académie des sciences; mais qu'elle savait bien ce qu'elle faisait cette rusée doctrine! L'Académie des sciences nomme des commissions, cela est incontestable, et ses *comptes-rendus* nous l'apprennent tous les jours; mais que ces commissions fassent des rapports, voilà ce que les publications officielles de l'illustre compagnie ne nous disent pas avec autant d'assurance. La chose est très rare pour les rapports de physique, de chimie, d'histoire naturelle, etc.; mais pour la médecine, le phénomène ne se montre qu'à des intervalles si éloignés, que des habitués de l'endroit assurent avoir vu s'écouler plusieurs lustres sans entendre un rapport de commission sur les sciences médicales. De sorte que la Syphilisation, fort au courant des us et coutumes de la compagnie, ne faisait ni un faux pas ni une démarche téméraire, en portant de temps à autre ses élucubrations au palais Mazarin. Fort tranquille sur les conséquences, ces apparitions n'avaient d'autre but que de dire au public : me voilà, je suis encore de ce monde. Ainsi agissait-elle à l'égard de la Presse dans les rares journaux qui accueillaient ses productions. C'est une justice à lui rendre, elle ne fatiguait pas le public du bruit de ses exploits. Elle les chantait en ton mineur et *con sordinà.* Elle avait sans doute de très bonnes raisons pour en agir ainsi, mais enfin faut-il lui reconnaître ce sens de tenue et de conduite qui dénote une profonde connaissance de l'art de réussir.

Quant à l'Académie de médecine, elle se serait bien gardée de s'y frotter. Aussi, veuillez bien ne pas confondre et vous bien renseigner : ce n'est pas la Syphilisation qui, spontanément et de son plein gré, est venue soulever et affronter la discussion actuelle. Elle est bien trop habile pour cela. C'est incidemment et malgré elle, c'est à l'occasion d'un fait qu'elle répudie, elle a d'excellens motifs pour ce faire; c'est contrainte et forcée qu'elle apparaît au grand jour de la discussion publique, et cette discussion, soyez-en sûr, ne lui plaît qu'à demi, malgré le renfort inattendu et sans doute inespéré qu'elle y a rencontré mardi dernier.

Aussi, j'en demande bien pardon à M. Malgaigne, il faut retrancher du nombre des vertus de la Syphilisation, ce courage vanté par l'éloquent orateur; elle ne s'est pas témérairement jetée dans la gueule du loup; au contraire, elle a évité le loup tant qu'elle a pu, c'est-à-dire l'examen public et solennel, et pour ce faire, elle avait cru trouver un excellent moyen, plein de petite malice et d'habileté, celui de s'adresser à M. le préfet de police et de lui demander l'entrée de l'infirmerie de St-Lazare. Là encore, nouvelle contrariété pour elle. M. le préfet de police n'a pas voulu prudemment s'en rapporter à la Syphilisation; avant de lui ouvrir les portes, il a demandé l'avis d'une commission, et n'est idée que la Syphilisation n'a pas été complètement charmée de ce scrupule louable de M. le préfet. La suite prouvera, nous l'espérons, que la Syphilisation a parfaitement raison de n'être pas charmée.

Mais, enfin, traînée devant les assises académiques, la Syphilisation y fait jusqu'à présent assez bonne contenance. Grâce aux deux avocats officieux qui ont pris sa défense, elle n'a pas trop à se plaindre jusqu'ici de ce que la commission indiscrète l'ait traduite en justice. On craignait qu'elle ne se laissât condamner par contumace; c'est à mon sens ce qu'elle aurait eu de mieux à faire. Mais elle se gardera de répudier les plaidoyers de ses deux défenseurs; il y aura donc débat contradictoire, il n'est plus possible de l'éviter, et ce débat devra avoir une solution, je ne vois pas non plus moyen de s'y soustraire. La Syphilisation eût préféré, sans doute, une petite discussion, sans bruit, sans retentissement entre les quatre murailles d'une salle de la préfecture de police, et loin de l'oreille indiscrète et de la plume compromettante des journalistes. Quelle mouche a donc piqué la commission de l'Académie de médecine? Elle avait attendu huit à dix mois, ne pouvait-elle pas attendre encore un peu? Et si, par ordre de la police, la Syphilisation eût pénétré dans l'infirmerie de Saint-Lazare, ne voyez-vous pas comme elle vous eût fermé la bouche, académiciens trop pressés, en vous disant : par ordre supérieur, j'expérimente, taisez-vous, discoureurs inutiles, la parole est aux faits et non pas aux discours. MM. Bégin, Ricord, Velpeau et les autres ont fort mal à propos fait avorter ce petit complot. Il faut aujourd'hui, bon gré malgré, subir une discussion publique et éclatante; le résultat, qui n'est pas douteux, retentira d'une manière fâcheuse sur la commission administrativement nommée, et je crains bien que la Syphilisation ne perde tout le fruit de cette conduite habile et prudente qui l'a dirigée jusqu'ici.

Toujours est-il que la Syphilisation aura singulièrement fait parler d'elle. Dans ce temps de calme plat où nous vivons, elle a le privilége de s'élever aux proportions d'une sorte d'événement. Une foule nombreuse se presse jusque dans les couloirs de l'enceinte académique; une animation extraordinaire règne dans le vieux quartier des Cordeliers; nos jeunes étudians se passionnent les uns pour les autres contre la nouvelle doctrine; ces derniers sont de beaucoup les plus nombreux, grâce au ciel, quoi qu'il soit certain que les prédications de la Syphilisation aient déjà fait un assez grand nombre de prosélytes dans l'École. On parle même de quelques grands journaux qui seraient, dit-on, disposés à ouvrir leurs colonnes à l'exposition et à la défense de la Syphilisation, ce qui me semble bien difficile à admettre, vu l'embarras où se trouveraient nos confrères de grand format pour gazer suffisamment leur rédaction. Mais c'est leur affaire et non la mienne. Je suis convaincu que la Syphilisation comprend bien qu'il se joue dans ce moment pour elle une partie décisive et désespérée. Elle fera donc tous ses efforts pour rester maîtresse du champ de bataille. Mais il est certain que si l'Académie le veut, elle succombera. Ainsi soit-il!

Amédée LATOUR.

pas comment le cancer ne deviendrait pas l'apanage de l'enfance ou de la classe ouvrière, où les chutes sont très fréquentes, ainsi que les lésions physiques de toute espèce.

L'apparition simultanée ou successive de nouveaux symptômes cancéreux, soit pendant l'existence du cancer primitif, soit après son extirpation, a donc mis dans la nécessité d'admettre une affection cancéreuse constitutionnelle. Quelques auteurs, Amard par exemple, ont pensé que cette constitutionnalité du cancer pouvait bien être primitive dans certains cas. D'autres, et c'est le plus grand nombre, plus exclusifs encore, l'ont regardée comme étant toujours consécutive, toujours due à l'absorption de la matière ichoreuse. D'après ces auteurs, l'époque ou l'infection générale succède à la maladie serait marquée par l'engorgement des glandes lymphatiques voisines.

Mais d'abord, il n'est pas vrai de dire que l'apparition des symptômes généraux soit le résultat de la constitutionnalité de la maladie, puisqu'on peut quelquefois les dissiper, soit par le repos, le régime, soit par les calmans, sans que pour cela celle-ci paraisse sensiblement diminuée, puisque ces symptômes généraux ne se manifestent pas à une époque déterminée de la maladie, puisque souvent celle-ci existe depuis un temps plus ou moins long, a fait des progrès plus ou moins considérables, et a présenté même des affections secondaires de même nature sans qu'on ait pu encore observer la moindre trace de ces épiphénomènes. S'il en était ainsi, l'extirpation du cancer, avant la formation de ces tumeurs secondaires, devrait obtenir chaque fois les résultats les plus avantageux ; et pourtant il n'est que trop vrai qu'une infinité de cancers, amputés dans des circonstances aussi favorables, et même quelquefois avant qu'il y ait formation d'ichor dans la tumeur primitive, ont été suivis d'une prompte récidive, soit dans le lieu même de la première affection, soit dans un lieu plus ou moins éloigné. En vain l'on voudra dire avec quelques chirurgiens que, dans ce dernier cas, la récidive est toujours due à ce que, sous l'apparence d'intégrité, on a été conduit à ménager, dans l'opération, des parties qui pouvaient déjà être le siége d'un changement imperceptible, ce qui a suffi pour occasionner la récidive de l'affection : ce principe appliqué à certains cas particuliers peut bien avoir quelque fondement ; mais il est absolument vicieux, lorsqu'on en veut faire une application trop générale : car ces récidives du cancer n'étaient pas moins fréquentes dans les temps où, après l'amputation, on était dans l'habitude de promener sur toute la surface de la plaie des cautères rougis à blanc, dans le but de détruire ce qui aurait pu avoir échappé de l'affection spécifique. Ce serait donc une grande erreur de croire que, dès l'instant de la formation de toute tumeur secondaire, il ne reste plus aucune ressource.

L'observation anatomique a démontré que les tumeurs secondaires, de nature vraiment cancéreuse, se développent dans les régions inguinales, axillaires, sous-maxillaires, ne sont pas toujours des transformations cancéreuses des ganglions lymphatiques, mais bien le plus souvent des corps cancéreux isolés, renfermés dans les mailles du tissu cellulaire, distendues par l'accroissement successif du nouvel organe (Sœnmering. *Traité des maladies du système lymphatique.*)

Dans le cas où les ganglions lymphatiques ont véritablement éprouvé une transformation cancéreuse secondaire, on ne saurait l'attribuer à l'absorption de l'ichor contenu dans la tumeur primitive, non pas que nous regardions la sensibilité propre des absorbans comme un garde incorruptible, puisque Crawfort et Sœnmering disent avoir trouvé les vaisseaux lymphatiques des parties voisines du cancer gorgés d'ichor ; mais de ce que l'absorption s'exerce incontestablement dans les tumeurs cancéreuses, s'ensuit-il que ce soit par ce mécanisme que l'affection morbide soit susceptible d'envahir toute la constitution ? S'il en était ainsi, toute tumeur cancéreuse, dans laquelle il y aurait eu formation d'ichor, devrait inévitablement être accompagnée de l'engorgement cancéreux de toutes les glandes lymphatiques voisines ; or, l'observation anatomique a souvent démontré le contraire. S'il en était ainsi, au bout d'un temps d'incubation à peu près limité, les tumeurs secondaires ne devraient jamais manquer de se manifester ; or, l'expérience de chaque jour fait voir que rien n'est plus variable que les époques de la récidive des cancers. Ainsi, il n'est pas rare de voir des tumeurs cancéreuses, extirpées dès le principe de leur développement et avant la formation d'un foyer ichoreux, récidiver en très peu de temps ; tandis que des cancers énormes ulcérés depuis longtemps, et qui, par conséquent, ont présenté toutes les conditions les plus favorables à l'absorption, sont restés de longues années avant de manifester les symptômes d'une affection secondaire de même nature.

Cabrol, dans son *Alphabetum anatomicum*, rapporte qu'il fut appelé pour donner des soins à une femme âgée de 30 à 35 ans, atteinte d'un énorme cancer ulcéré qui s'étendait assez profondément, avait des bords durs, renversés, et donnait issue à une sanie noirâtre. Ce chirurgien entreprit l'opération : une partie du muscle grand pectoral fut emporté avec la tumeur. Il appliqua ensuite le cautère actuel sur la plaie, dans la vue de détruire ce qui aurait pu avoir échappé de la maladie primitive à l'instrument tranchant, les escarres se détachèrent, et la plaie marcha assez rapidement vers la cicatrisation. La femme jouit d'une santé parfaite environ douze années ; mais, à cette époque, survint l'âge critique, et l'on vit se manifester simultanément de nouveaux cancers, l'un à la lèvre inférieure, l'autre à la peau du dos, vers la région lombaire. Après deux années de souffrances, la malade succomba.

Si l'absorption de l'ichor, ou bien sa transmission aux parties voisines par le tissu cellulaire, était véritablement la cause de la constitutionnalité du cancer, les tumeurs secondaires devraient toujours se développer dans les parties les plus proches, ou bien dans les ganglions lymphatiques voisins ; or, l'observation fait voir tous les jours que les récidives s'opèrent, non pas dans les parties qui sont unies par des connexions anatomiques directes, mais bien le plus souvent dans des organes diamétralement opposés par leur texture anatomique, ou bien dans des parties qui n'ont entre elles que des liaisons sympathiques purement vitales, comme on l'observe, par exemple, dans les cas d'affections cancéreuses de l'utérus à la suite du cancer des mamelles.

De l'ensemble de ces considérations, il résulte donc, selon nous, que les diverses causes connues ne jouent qu'un rôle secondaire dans la production du cancer ; qu'elles ne sont que l'*occasion* du développement de cette affection morbide. Ce qui vient nous confirmer, dans notre pensée, que le traitement du cancer doit avoir pour base une modification profonde de toute l'économie, avant de s'occuper du cancer proprement dit.

(La suite à un prochain n°.)

CLINIQUE MÉDICALE.

Hopital de la Pitié. — Service de M. Valleix.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Moyens accessoires. — Dans 6 cas, je n'ai eu recours à aucun agent thérapeutique comme moyen accessoire ; dans les autres, j'ai employé, suivant les indications particulières, tantôt des calmans contre les douleurs : les cataplasmes laudanisés, les opiacés à l'intérieur, les vésicatoires morphinés sur les points douloureux ; tantôt les ferrugineux dans les cas d'anémie ; d'autres fois de légers laxatifs quand il y avait constipation ; et enfin plusieurs fois l'atonie a été combattue efficacement par des lotions ou des affusions d'eau froide sur tout le corps. Toutes les malades ont fait des injections froides, soit laudanisées, soit légèrement astringentes, pendant le cours du traitement. Mais ce ne sont là que des moyens accessoires dirigés contre des symptômes particuliers, et on ne peut les regarder comme indispensables au traitement puisque 6 malades ont parfaitement guéri sans en avoir employé aucun.

La *durée du traitement* a varié entre quinze jours et six mois depuis la première application de la sonde jusqu'à la guérison, ce qui donne en moyenne deux mois et demi environ. Quand elle a dépassé deux mois, c'est que le traitement a été interrompu momentanément par des affections intercurrentes. Une seule fois il a fallu six mois de traitement, encore a-t-il été entravé par des circonstances particulières, alors qu'il y avait déjà une amélioration notable, puisqu'une fois l'utérus s'est maintenu en place pendant six semaines et que cette guérison a été suivie d'une véritable rechute causée par des fatigues excessives et multipliées.

Nous avons vu des malades chez lesquelles, après le redressement complet de l'utérus, tous les symptômes n'avaient pas complètement disparu. Il restait une fois de l'anémie, une fois de la gastralgie avec névralgie intercostale, une fois de la névralgie intercostale seule, ce qui nous démontre que ces symptômes ne doivent pas être considérés comme étant uniquement sous la dépendance de la déviation.

Trois fois seulement, sur 17 cas de guérison, j'ai vu survenir des *rechutes* : 1 après six semaines, 1 après deux mois et 1 après six mois. Ce dernier fait est tout récent ; la malade, souffrant depuis très longtemps, avait été guérie après deux mois de traitement ; j'ai parfaitement constaté moi-même le redressement complet de l'utérus avant qu'elle ne quittât Paris. Il y a deux jours seulement, je viens d'apprendre qu'en faisant un grand effort pour soulever au-dessus de sa tête une paire de draps qu'elle voulait placer sur un rayon élevé, elle avait éprouvé dans le bassin une sensation particulière, à la suite de laquelle tous les symptômes de l'antéversion avaient reparu. Comme cette malade s'est montrée fort indocile pendant le cours du traitement, je suppose que, malgré mes recommandations, elle s'est souvent exposée depuis à faire des mouvemens violens et des efforts semblables à celui qui a précédé cette rechute survenue à la suite de l'action d'une nouvelle cause occasionnelle.

Votre attention doit être maintenant attirée sur les *maladies intercurrentes*, parce que, dans le cours du traitement, les malades et les personnes qui les entourent sont disposées à attribuer à ce traitement lui-même tous les accidens qui peuvent se produire, et il n'est pas rare d'en voir survenir qui lui soient tout à fait étrangers. Nous avons vu trois angines fébriles, deux rhumatismes musculaires et une bronchite avec fièvre assez intense. Quelquefois il y a des coïncidences extraordinaires dont il faut tenir compte. Ainsi, j'ai vu à Beaujon une femme qui est actuellement au n° 42 de la salle Sainte-Marthe, être prise le soir même du jour où on lui appliqué le redresseur (pour une rétroflexion), de fièvre, de douleurs lombaires, de céphalalgie, tous symptômes alarmans et que l'on aurait pu croire occasionnés par l'instrument lui-même, tandis qu'ils annonçaient seulement le début d'une variole très grave dont l'éruption parut deux ou trois jours après.

Et n'avez-vous pas vu chez la malade couchée au n° 30 (rétroversion), survenir dernièrement, à la suite d'un simple cathétérisme, de la fatigue dans les membres, de la courbature, puis de la fièvre et du délire, le tout se terminant par une fièvre typhoïde légère qui a cédé aux vomitifs et aux purgatifs.

La *leucorrhée* a été supprimée dans tous les cas de guérison, sauf un, à propos duquel les renseignemens me manquent, mais elle avait déjà diminué considérablement quand j'ai cessé de voir la malade.

La guérison *des granulations et des ulcérations du col* que nous avions notées dans cinq cas, a été promptement obtenue à l'aide d'un petit nombre de cautérisations après le redressement de l'utérus, tandis qu'auparavant elles avaient résisté plus longtemps à l'emploi du même moyen, comme cela a eu lieu dans le cas suivant :

Observation VI. — I... D..., lingère, 20 ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, ayant toujours suivi une bonne hygiène, a été réglée à 14 ans, abondamment et avec quelques irrégularités au début. A 17 ans, elle est accouchée d'une fille, le travail a duré trois heures, il ne s'est pas produit d'accidens après l'accouchement ; au bout de quatre jours elle s'est levée dans sa chambre et a pu sortir le dixième jour. Depuis, elle a eu quelques flueurs blanches. Pendant le mois de décembre 1850, elle se fatigua beaucoup à frotter un grand appartement et fit une chute sur le siége dans un escalier. Le lendemain de cette chute, ses flueurs blanches augmentèrent en même temps qu'elle éprouva des douleurs avec élancemens dans les aines, dans les reins, et des tiraillemens à l'épigastre. Les jambes étaient faibles, la marche devenait pénible et la malade éprouvait dans le bassin une sensation de pesanteur qui diminuait par le décubitus horizontal. Il y eut de la constipation et les urines furent rendues huit ou dix fois par jour, parfois avec douleur. Du reste, ni fièvre, ni soif, ni perte d'appétit. Un médecin, consulté à cette époque, cautérisa le col avec le nitrate d'argent et conseilla les émolliens, mais il ne survint aucun changement, et la malade, souffrant toujours beaucoup sans pouvoir quitter le lit, tant la marche était douloureuse, se décida à entrer à l'hôpital de la Charité le 18 janvier 1851. M. Gerdy reconnut, par le toucher, l'existence d'une antéversion et prescrivit le décubitus dorsal, le siége étant plus élevé que le tronc. Trois fois par semaine la malade était transportée au bain.

Après vingt jours de ce traitement, l'examen, fait avec le spéculum, révéla l'existence d'une large ulcération du col, qui fut cautérisée d'abord avec le nitrate d'argent ; puis, comme elle augmentait, on la toucha une seule fois avec le nitrate acide de mercure. Ce n'est qu'au bout de deux mois et demi que la malade commença à se lever. Les douleurs avaient un peu diminué, mais les autres symptômes persistaient, et ces douleurs elles-mêmes ne tardèrent pas à reparaître.

Lorsque je la vis pour la première fois à l'hôpital Beaujon, le 28 mars, elle présentait les mêmes symptômes qu'avant son entrée à la Charité. Il y avait une antéversion. L'utérus était lourd, mobile ; la sonde pénétrait à sept centimètres et demi. Le col, volumineux, remplissait le spéculum n° 2, et présentait une large ulcération se prolongeant dans la cavité et occupant les deux lèvres, mais plus particulièrement l'antérieure.

Du 26 mars au 8 avril, le cathétérisme est pratiqué six fois, et malgré une légère angine fébrile survenue le 6 avril, le redresseur à flexion fixe est introduit le 8. Pendant son séjour, l'angine disparaît, les douleurs diminuent, la marche est plus facile, la miction et la défécation se font plus naturellement. Le 19, l'instrument est enlevé à cause de l'apparition des règles, l'écoulement du sang n'est pas plus abondant que d'habitude, mais il dure neuf jours au lieu de cinq ou six, et s'accompagne de légères coliques. Le 29 avril, la leucorrhée ayant considérablement diminué, les symptômes de la déviation n'existant plus, je trouvai que l'utérus était parfaitement remis en place et que déjà l'ulcération commençait à se cicatriser, surtout sur la lèvre postérieure. Notez bien que je n'avais encore fait aucune cautérisation depuis ce jour jusqu'au 5 juin, c'est-à-dire pendant un mois et six jours. Je cautérisai deux fois par semaine avec le nitrate acide de mercure. Dès lors l'ulcère diminua rapidement, la leucorrhée disparut en grande partie, la santé générale se rétablit, et la malade quitta l'hôpital le 31 mai, ayant encore quelques granulations très fines sur le col de l'utérus qui occupait sa position normale. Elle revint se faire cautériser le 1er et le 5 juin. Un mois après, l'utérus se maintenait parfaitement dans sa direction normale et il n'y avait plus traces d'ulcération. Je n'ai pas revu cette femme depuis lors.

Il y avait évidemment ici une antéversion, et je vous ferai remarquer que l'ulcération du col était la seule complication. Le début est rapidement survenu après un travail fatigant et une chute sur le siége ; car nous ne pouvons attribuer la production de la maladie à l'accouchement, qui, ayant eu lieu trois ans auparavant, avait été suivi d'un état de santé très satisfaisant. Aussitôt après le début, les symptômes augmentèrent rapidement d'intensité, et furent en peu de temps assez violens pour empêcher la malade de quitter la chambre. Traitée par la position horizontale, qui peut donner d'excellens résultats dans les cas de déviation coïncidant avec la grossesse, elle en éprouva un peu de soulagement ; mais dès qu'elle voulut marcher, les accidens reparurent. Plus tard, l'ulcération du col résiste à la cautérisation ; et bien que je ne m'en sois pas inquiété, lorsque je place le redresseur utérin, il suffit que la matrice soit amenée à sa direction normale pour produire une amélioration notable. Je suis certain, après avoir observé plusieurs faits semblables, que beaucoup de ces ulcérations, de ces granulations du col qui constituent des métrites

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er et 15 Juillet

granuleuses rebelles à tout traitement, et que l'on combat inutilement par des injections, des saignées, des cautérisations diverses, sont liées à une déviation de l'utérus, et deviendraient susceptibles de guérison par suite du redressement de l'organe.

La leucorrhée a aussi diminué à la suite du redressement, nouvelle preuve qu'elle est un symptôme et non pas une cause de déviation.

Quant au traitement, il a suffi d'une seule application du redresseur laissé en place pendant onze jours pour amener la guérison complète d'une maladie qui avait été depuis six mois combattue par d'autres médications méthodiquement employées. Enfin, l'existence d'une vaste ulcération du col ne nous a pas empêché de placer l'instrument, et vous avez vu quel en a été le résultat.

Résumé. — En résumé, sur 21 cas d'antéversion, j'ai obtenu la guérison complète douze fois, ou dans plus de la moitié des cas. Une treizième malade a bien aussi été guérie, mais elle a quitté Paris peu de temps après, et comme je ne l'ai pas revue depuis, je ne sais si je dois la ranger parmi les cas de guérison confirmée. Trois fois il y a eu des rechutes. Chez une première malade, après une seule application de l'instrument maintenu en place quatre ou cinq jours, un mouvement brusque fut suivi de douleurs et du retour à la déviation. Chez la deuxième, la rechute eut lieu après six semaines de santé parfaite : ni l'une ni l'autre de ces deux malades n'a voulu continuer le traitement. Cependant, je ne doute pas, d'après ce que nous avions déjà obtenu, que si elles eussent persisté, elles ne fussent arrivées promptement à la guérison. Chez la troisième malade, la rechute a eu lieu après un temps assez long. Le traitement a été repris, et comme il y a déjà de l'amélioration, il est probable qu'avant peu la guérison sera complète. Deux de nos malades sont actuellement en traitement, et nous ne pouvons savoir encore quel sera pour elles le résultat définitif. Deux ont éprouvé une amélioration notable, mais pour des raisons diverses, elles ont abandonné le traitement, et une troisième y a renoncé avant d'en avoir éprouvé de soulagement.

Je ne prétends pas dire que, dans tous les cas où le traitement n'a pas été suffisamment suivi, la guérison aurait eu lieu d'une manière infaillible; je crois au contraire qu'il se peut rencontrer des cas rebelles à tout moyen thérapeutique. Mais pour savoir quels sont ceux qui doivent être rangés dans cette catégorie, il faudrait que les femmes consentissent à se laisser soigner pendant un temps assez long, sans qu'il survienne aucun changement dans leur état; et il est fort rare qu'elles aient assez de patience pour cela. Sous l'influence de la maladie, leur caractère devient irascible, impatient; elles accusent le traitement des plus légers accidens qui surviennent pendant son cours, et l'abandonnent même quand elles s'en trouvent soulagées. Ainsi, une des trois dont je vous parle, qui, depuis longtemps forcée de garder la chambre, a pu sortir pour faire des visites pendant qu'elle portait l'instrument, n'a pas voulu le laisser réappliquer une deuxième fois, bien que cela fût indispensable.

Pour que vous puissiez bien vous rendre compte de la solidité de la guérison, il est important de vous faire savoir depuis combien de temps elle a été obtenue chez nos treize malades.

1	est guérie depuis	18 mois;
1	—	17 mois 1/2;
1	—	17 mois;
1	—	15 mois;
1	—	14 mois 1/2;
2	—	14 mois;
1 (1)	—	12 mois; c'est celle que je n'ai pas revue.
1	—	9 mois 1/2;
1	—	8 mois. Elle a fait une rechute qui a nécessité un nouveau traitement, et la 2me guérison date aujourd'hui de 5 mois.
1	—	3 mois;
2	—	2 mois 1/2.

Ainsi donc, chez toutes, excepté 4, il y a plus de huit mois que les accidens ont disparu; chez celle qui avait été guérie une première fois, il y a huit mois, et dont la déviation s'était reproduite, on peut maintenant regarder la guérison comme définitive, puisque, malgré la rechute, l'utérus s'est parfaitement maintenu en place depuis cinq mois. Il n'y a donc que les 3 dernières pour lesquelle on pourrait craindre un retour de la maladie, bien qu'ordinairement les rechutes n'aient pas lieu quand l'utérus est remis en place depuis plus de cinq ou six semaines.

Ce résultat, déjà très satisfaisant par lui-même, si l'on songe au pronostic fâcheux que les hommes les plus compétens avaient porté sur cette maladie, vous paraîtra, Messieurs, bien plus satisfaisant encore si vous vous rappelez que plusieurs de ces femmes ont été soumises sans succès à divers autres traitemens, méthodiquement institués par des médecins très expérimentés, qui avaient fort bien su diagnostiquer la maladie, mais qui n'avaient pu la guérir.

Je ne vous dis rien actuellement de ces divers traitemens antérieurs, ce point devant être abordé dans des considérations générales par lesquelles je terminerai ces leçons.

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

(1) Si l'on veut supprimer ce cas, il restera 12 guérisons confirmées, comme nous le disions plus haut.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Juillet 1852.—Présidence de M. Piobert.

M. Audouard lit une note *sur l'acide acétique*, ou *vinaigre considéré comme antirabique*. Voici sur quels motifs l'auteur se fonde pour proposer ce moyen. Baumes, dit-il, racontait le fait suivant, il y a près de cinquante ans, à la Société de médecine pratique de Montpellier.

Une truie ayant été mordue par un chien, devint enragée. Le propriétaire, au lieu de la faire tuer, la fit enfermer dans sa loge et lui fit servir, par un trou fait au plancher, du son pétri avec du vinaigre. La truie s'en nourrit et fut guérie.

A l'appui de ce fait, l'auteur rapporte celui qui est consigné dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, et cet autre fait consigné par Pline, qui rapporte avoir vu employer avec succès une macération de nids d'hirondelles dans du vinaigre, contre la rage.

M. Audouard pense que ces faits doivent être accueillis avec réserve et seulement comme propres à éveiller l'attention des observateurs qui se livreront à de nouvelles expériences.Pour éviter la répugnance que la vue d'un liquide inspire aux hydrophobes, on ne doit pas administrer le vinaigre sous forme liquide, tant aux hommes qu'aux animaux, mais sous forme solide et d'alimens. Or, le moyen d'administration le plus simple, le plus commode, celui que l'on trouve dans tous les pays, c'est du pain imbibé de vinaigre. L'enragé, toujours disposé à mordre, saisira avec avidité ce pain dans lequel il trouvera son sauveur; et le pain lui-même lui offrira d'ailleurs plus de confiance et moins de répugnance que les médicamens que le patient ne prend qu'en revenant sans cesse à l'idée qu'il va mourir.

M. le docteur Mouriès adresse un mémoire intitulé : *Du phosphate de chaux dans ses rapports avec la nutrition des animaux et la mortalité des enfans.* Au milieu de quelques expériences faites dans le but d'affirmer par des résultats cliniques la belle loi de la mutation des élémens dans les tissus vivans, le rôle du phosphate de chaux, dit l'auteur, s'est révélé sous un jour tout nouveau et si important au point de vue de l'hygiène publique, que j'ai dû en faire une étude séparée. Il résulte de ce travail que le phosphate de chaux forme et nourrit les os sans contredit, mais que c'est là un rôle secondaire; son action principale consiste à provoquer et entretenir l'irritabilité vitale dans les animaux comme dans certaines plantes; aussi le trouve-t-on dans le sang en quantité déterminée, mais variable, suivant la chaleur de l'animal, sa jeunesse, son activité vitale; aussi, les oiseaux meurent plus rapidement que les quadrupèdes, par l'insuffisance de ce sel; aussi, en contiennent-ils deux fois plus, quoiqu'ils aient quatre fois moins d'os à nourrir. Enfin les faits prouvent que la quantité de phosphate de chaux nécessaire à l'animal, n'a aucun rapport avec le chiffre des besoins du tissu osseux et qu'il se trouve souvent en raison inverse de ce chiffre; mais qu'il est en raison directe de la chaleur de l'animal. Il résulte que là est évidemment une des causes des maladies et de la mortalité énorme des enfans, de ceux surtout qui sont nourris dans les villes. En effet, de l'avis de tous les savans, sans une quantité suffisante de phosphate de chaux, un enfant ne peut se développer ni vivre, et d'après les analyses les plus simples, les plus évidentes, ce sel se trouve en quantité insuffisante dans l'alimentation des enfans.

M. Troussart, professeur de sciences physiques au lycée de Brest, communique un mémoire *sur la vision*, qu'il résume en ces termes :

Les myopes, à l'œil, et tous les autres yeux armés d'une loupe, voient multiplier et sans coloration la flamme d'une chandelle (et la chandelle elle-même au voisinage de la flamme) à toute distance plus grande que celle de la vision distincte, le nombre et la séparation des images augmente avec la distance. Cette multiplicité d'images ne se produit pas, comme on sait, dans l'œil artificiel ou chambre obscure ordinaire. Il y a seulement alors, sur l'écran de verre dépoli, pour les distances trop grandes ou trop petites, une confusion de l'image dont les apparences s'expliquent très bien pour la théorie des *cercles de dissipation* de Jurin, confusion que l'on peut d'ailleurs augmenter ou diminuer conformément à cette théorie, en augmentant ou en diminuant l'ouverture du diaphragme qui représente la pupille. Mais on reproduit la multiplicité des images comme dans l'œil, en plaçant, soit devant, soit derrière l'objectif de la chambre obscure, un *écran percé de petits trous*. Toutes les images se superposent et se réduisent à une seule, à la distance locale. Elles sont multiples, plus ou moins superposées à des distances plus grandes ou plus petites, exactement comme pour l'œil. La conclusion est simple et pour ainsi dire forcée: l'œil est une chambre obscure, devant ou derrière l'objectif de laquelle est un écran réticulé, c'est-à-dire présentant des *pleins* et des *jours*, des taches *opaques* et des parties *transparentes*. La pupille, en se contractant, peut toujours, pour les bonnes vues et entre *des limites* très écartées, réduire les images à une seule. Pour les moyens et les presbytes, cela est impossible : il leur faut ou une *petite pupille artificielle* percée dans un écran, ou une lentille concave ou convexe. Mais pour les meilleures vues à de très grandes ou à de très petites distances, il y a toujours un certain degré de confusion produit par la superposition seulement partielle des images multiples.

La portée commune détermine une *image fausse* plus étroite et plus vive, entourée d'une aréole plus pâle formée par les parties *non communes* des images, de là l'irradiation. Les franges ou bords multiples des objets très éloignés, ainsi que les diverses apparences que présentent les corps minces, les fentes étroites, les fils de couleur différente vus côte à côte, les espaces annulaires s'expliquent très facilement par cette même théorie.

M. Fock, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un mémoire sur la stature de l'homme et les proportions de son corps, envoie aujourd'hui une suite de ce travail dans laquelle il s'occupe généralement des formes de la tête osseuse.

Le résultat de ses nouvelles recherches peut être exprimé à peu près dans ces termes : la charpente osseuse de la tête, qui offre aux muscles mis en jeu dans les différens mouvemens de la face, les points d'attache les plus avantageux, de manière à combiner la force et la légèreté, doit avoir une forme qui est aussi celle à laquelle, dans le monde civilisé, on attache l'idée d'élégance; en un mot, le beau type grec, tel que nous l'offrent quelques statues antiques, doit être, aux yeux des physiologistes, comme il l'est aux yeux de l'artiste; ce qui, pour cette partie de notre corps, approche le plus de la perfection idéale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 Juillet 1852. — Présidence de M. Guersant.

Sommaire. — Varices des vaisseaux lymphatiques de la verge. — Tumeur de la grande lèvre. — Grossesse utérine anormale. — Rapport verbal. — Présentation d'une pièce d'anatomie pathologique relative à une oblitération d'artère crurale.

Présentation de malade. — Varices des vaisseaux lymphatiques de la verge.

On se rappelle que M. Huguier a présenté à la Société, il y a environ deux mois, un malade qui offrait une dilatation des vaisseaux lymphatiques de la verge. On voyait manifestement ces vaisseaux sur la face dorsale du gland, et lorsqu'on exerçait sur eux une pression, on faisait refluer la lymphe vers la racine de l'organe. M. Huguier mit ces vaisseaux à découvert du côté droit et en pratiqua la section; plus tard, la même opération fut répétée sur les vaisseaux du côté gauche. Cette double opération fut suivie d'une légère inflammation au niveau des points où la section fut pratiquée, et d'un œdème du prépuce. Ces accidens se calmèrent rapidement sous l'influence de topiques appropriés. Aujourd'hui le malade est complètement guéri, et M. Huguier fait constater ce résultat à la Société de chirurgie.

M. Huguier fait remarquer, à propos de ce fait, que M. Ricord traite les varices lymphatiques de la verge d'une manière différente; il les saisit au moyen de pinces et ébarbe ensuite le tout. L'opération faite par M. Huguier serait, dit cet honorable chirurgien, préférable à celle de M. Ricord, si elle donnait un succès constant.

— M. Guersant présente à la Société une jeune fille qui a une tumeur à la grande lèvre.

— Le scrutin de la dernière séance, qui avait nommé M. Rigal correspondant de la Société est annulé, parce qu'un nombre suffisant de membres n'y a pas pris part. Un nouveau scrutin décide à l'unanimité la nomination définitive de M. Rigal.

Grossesse utérine anormale.

M. Huguier : Il y a quatre mois environ, j'ai fait part à la Société d'un cas de grossesse anormale qui présentait les caractères d'une grossesse extra-utérine. J'ai fait appel aux lumières de mes confrères pour le diagnostic et le traitement de ce cas. La malade, qui faisait le sujet de cette communication, est accouchée naturellement le 1er juillet. Depuis cette époque, je suis venu quatre fois au sein de la Société me faire inscrire pour rendre compte de ce qui s'était passé, et les nombreux travaux de la compagnie m'ont empêché chaque fois de faire ma communication.

Je rappelle succinctement quelles sont les considérations qui avaient pu faire croire à l'existence d'une grossesse extra-utérine. C'étaient l'élévation de la tumeur abdominale, la dépression sus-pubienne et transversale de l'hypogastre; la facilité avec laquelle on sentait le ballottement du fœtus à travers la paroi abdominale; l'irrégularité et la forme spéciale de la tumeur; l'absence du souffle placentaire; le peu de volume, de saillie et d'ouverture du col utérin; la situation de la tumeur dans le flanc; la présence d'une tumeur dure et inégale formée par les membres de l'enfant dans le cul-de-sac postérieur du vagin au-dessous et en arrière du col de l'utérus; l'existence d'une fécondation survenue dans des conditions toutes spéciales.

A ces signes, on pouvait en ajouter d'autres dépendant de la marche même de la grossesse. C'étaient :

1° Le développement progressif du diamètre transversal de l'abdomen et de la tumeur;

2° La persistance de la situation de celle-ci dans l'épigastre;

3° L'ascension de la tumeur située dans le cul-de-sac recto-utérin, et considérée comme une partie du fœtus;

4° La démarche particulière de la malade; celle-ci marchait le tronc courbé en avant, au lieu de se renverser en arrière comme le font le plus habituellement les femmes enceintes;

5° Les accidens abdominaux particuliers qui se manifestaient à mesure que l'on approchait du terme de la grossesse. La malade ressentait des douleurs dans le ventre, et était prise de fièvre;

6° L'absence des phénomènes du travail de la parturition à l'époque où ils eussent dû se montrer;

7° L'état du col; la veille même de l'accouchement, le col utérin avait conservé sa forme conoïde, sa longueur presque normale, et était toujours fermé.

M. Danyau vint le 30 juin, au soir, visiter la malade : il persévéra dans l'idée d'une grossesse extra-utérine, et nous dit que la marche des phénomènes le confirmait de plus en plus dans cette opinion. C'est alors qu'il marqua sur l'abdomen le lieu où l'opération devait être pratiquée, et la longueur à donner à l'incision, renonçant pour sa part à l'idée d'une opération vaginale à cause du volume de l'enfant.

Dans la nuit du 30 juin au 1er juillet, à trois heures du matin, les phénomènes du travail se manifestent. Les douleurs revenaient régulièrement; elles avaient lieu dans l'abdomen et aboutissaient à la vulve. Le 1er juillet, au matin, les douleurs se montrent de cinq en cinq minutes, et, néanmoins, il ne survient aucun changement dans le col utérin; pendant les contractions utérines elles-mêmes, le col ne subit aucune modification.

Plusieurs personnes m'engagent à opérer; je me refuse à leurs instances; je fais préparer l'appareil et je prends l'engagement de faire la gastrotomie à deux heures de l'après-midi, dans le cas où l'accouchement ne se ferait pas, après avoir toutefois, au préalable, pratiqué le cathétérisme de l'utérus, afin de m'assurer si cet organe ne renferme pas de fœtus.

A deux heures de l'après-midi, j'introduis le doigt dans le col utérin; je sens la tête du fœtus; je constate que la tête est en première position et l'accouchement s'effectue à quatre heures.

Le fœtus et le placenta offraient un petit développement; le placenta présentait la forme de la rate. Le fœtus est mort immédiatement sans avoir respiré; il était baigné dans le méconium; nous avons trouvé à l'autopsie une persistance du trou de Botal. Ajoutons que les eaux de l'amnios étaient peu abondantes.

Les suites de couches ont été heureuses pour la malade. Les lochies ont bien coulé; la fièvre de lait s'est développée à l'époque ordinaire; l'utérus est resté longtemps au-dessus de l'ombilic; quelques jours après, il s'est reporté dans le flanc gauche, puis dans le flanc droit. Ce matin même nous avons examiné la malade avec M. Danyau; nous avons reconnu que l'utérus conservait encore une situation élevée, mais que cet organe était revenu à peu près à sa situation normale. Lorsqu'on pratique le toucher par le rectum et le vagin, on sent derrière l'utérus une tumeur du volume d'une pomme d'apis environ. N'est-ce pas cette tumeur, se demande M. Huguier, que l'on a prise pour une portion du fœtus, et cette tumeur n'a-t-elle pas subi depuis le moment de l'accouchement un mouvement de retrait analogue à celui qui s'est passé dans l'utérus lui-même?

En résumé, cette observation de grossesse anormale présente un grand intérêt. Deux praticiens de la ville se sont complètement mépris sur la nature de la tumeur. L'un d'eux a pensé qu'il s'agissait d'un kyste du foie, l'autre qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire, et c'est avec l'indication de cette dernière maladie que la patiente nous a été adressée à l'hôpital, où l'existence de la grossesse a été reconnue.

M. Huguier propose à la Société de faire insérer ce fait tout entier dans ses mémoires. Cette proposition est adoptée.

Correspondance. — M. Michaux, de Louvain, envoie à la Société de chirurgie une série de travaux sur divers sujets, pour obtenir le titre de membre correspondant. Ces divers travaux sont renvoyés à l'examen d'une commission spéciale.

M. Giraldès fait un rapport verbal sur le 34e volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres.* M. Giraldès s'est principalement attaché à analyser quelques-uns des travaux renfermés dans ce recueil.

Présentation.

M. le docteur Verneuil présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique prise dans les pavillons de l'École pratique.

Il s'agit d'une oblitération du tronc crural droit au niveau du ligament de Fallope. Il n'y a pas de renseignemens antérieurs sur la femme qui a été l'objet de cette dissection; il existait dans l'aine une plaie cicatrisée; il n'y avait de traces d'anévrysme sur aucun point. L'auteur suppose qu'il y a eu une plaie de l'artère crurale qui a nécessité l'application d'une ligature.

Voici maintenant quel est l'état du système artériel : l'iliaque externe droite présente un développement très minime. L'hypogastrique offre au contraire un développement considérable.

Le rétablissement de la circulation a eu lieu surtout par l'obturatrice, les rameaux inférieurs de la fessière, les branches des nerfs crural et sciatique, les génitales externes et les circonflexes.

La fémorale profonde et la honteuse externe superficielle ramenaient le sang dans la fémorale, qui est perméable dans tout le reste de son étendue.

Il existe un ligament fibreux imperméable de la longueur de 4 centimètres, depuis le point où prennent naissance l'épigastrique et la circonflexe iliaque jusqu'au niveau de la fémorale profonde.

Au niveau de la région obturatrice, on trouve un réseau d'une richesse extrême.

Le système artériel du côté gauche est parfaitement normal.

— A cinq heures, la Société de chirurgie se forme en comité secret.

Dr Fano,
Prosecteur de la Faculté.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Juin.

De l'emploi du principe actif de la ciguë dans le traitement des maladies cancéreuses et des engorgemens réfractaires; par M. Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ce travail est un résumé d'une intéressante brochure publiée par MM. Devay et Guilliermond, sur le principe actif de la ciguë, et sur les services que l'on peut en attendre dans le traitement des maladies cancéreuses et des engorgemens réfractaires. On sait que la ciguë, après avoir joui d'une très grande vogue, grâce aux observations de Stork, Hoffmann, Collin, Cullen, etc., etc., dans le traitement des tumeurs squirrheuses et cancéreuses, est aujourd'hui tombée dans un discrédit complet : les traités modernes de thérapeutique et de matière médicale ne leur accordent, pour la plupart, qu'une confiance médiocre. A quoi pouvaient tenir ces contradictions entre les observations des auteurs anciens et celles des auteurs modernes? Telle est la première question qui a été examinée par MM. Devay et Guilliermond, et dont la solution les a conduits à la substitution des fruits séminoïdes de la ciguë aux autres parties de la plante employées jusqu'ici.

Le principe qui imprime à la ciguë sa puissance toxique et thérapeutique à la fois, a reçu les noms de *cicutine*, *conénie* et *conicine*, dernier nom généralement adopté aujourd'hui. C'est un alcaloïde volatil, d'une odeur extrêmement pénétrante, piquante, désagréable et rappelant celle de la souris. Elle est facilement décomposable par la chaleur; sa consistance est oléagineuse. Ces diverses propriétés la rapprochent, comme on le voit de la nicotine; mais un caractère facile à constater et qui la distingue de cette dernière, c'est que, agitée avec de l'eau, elle revient à la surface; tandis que la nicotine se dissout à l'instant même dans ce liquide. Telle est la volatilité de la conicine, telle est aussi son altérabilité par le temps ou par la chaleur, que MM. Devay et Guilliermond n'hésitent pas à prononcer l'abandon, soit de la ciguë elle-même si elle n'est pas récente, soit de toutes celles de ses formes pharmaceutiques préparées à l'aide du feu, et dans lesquelles la conéine est susceptible de se détruire, pour adopter exclusivement un organe de la plante dans lequel ce principe actif se trouve en quantité plus forte, plus régulière et dans des conditions de conservation plus parfaite. Cet organe, c'est le fruit ou séminoïde.

Ceci posé, faisons connaître les résultats thérapeutiques auxquels les deux auteurs ont été conduits par l'administration exclusive des séminoïdes de ciguë.

Avant d'appliquer cette nouvelle médication aux cas graves que la nature, la marche et le siége des symptômes désignaient comme des affections rebelles par excellence, M. Devay, à l'exemple de Hufleaud, de Desbois, de Rochefor, de Baudelocque l'a essayée dans des cas graves, à la vérité, mais non entièrement réfractaires aux ressources de l'art, contre les tumeurs de la région cervicale, celles surtout qui sont entretenues par le vice scrofuleux. Grâce aux pilules et aux frictions de ciguë, ce chirurgien a obtenu, dans une dixaine de cas, chez des jeunes personnes scrofuleuses, la disparition de tumeurs sous-maxillaires contre lesquelles les résolutifs ordinaires avaient échoué.

Parmi les engorgemens des organes internes, l'engorgement chronique du corps et du col de l'utérus paraît à M. Devay avoir rencontré une médication efficace dans l'emploi des fruits de ciguë. Nous avons réduit par ce moyen, dit-il, et en peu de temps, des organes chez lesquels le toucher faisait reconnaître un volume considérale du corps de l'utérus, avec immobilité complète et prolapsus; ces affections avaient succédé, soit à des suites de couches négligées, soit à la ménopause; mais il est important, ajoute-t-il, d'établir une distinction éminemment pratique entre les diverses espèces d'engorgement de l'utérus. La première forme d'engorgement et la plus commune est celle que l'on caractérise assez bien par cette dénomination d'hypertrophie inflammatoire de l'utérus. Dans ce cas, qui succède habituellement aux suites de couches négligées, le tissu de l'organe, augmenté de volume, conserve une certaine mollesse, par l'extravasion dans la substance, d'un fluide muqueux, quelquefois d'apparence gélatiniforme; c'est, en un mot, l'engorgement *humide* des anciens; dénomination à laquelle ils attachaient un grand sens pratique. C'est à cette forme pathologique que nous nous sommes pareillement adressé, et c'est contre elle que nous avons obtenu des succès. Mais lorsque le tissu de l'organe est endurci, par suite d'une transformation fibro-cartilagineuse, ce qui constitue la seconde forme d'engorgement, il n'y a rien à attendre des préparations indiquées. Nous les avons employées des mois entiers, ajoute-t-il, sur une jeune fille chez laquelle nous avions diagnostiqué une affection de ce genre. Nous n'avons obtenu aucun résultat. L'état général de la malade paraissait offrir cependant les conditions les meilleures pour obtenir des effets thérapeutiques. Toutes les fonctions étaient saines; mais la lésion locale, par son volume et son induration, échappait à toute action curative.

Comme l'expérience a démontré, dit M. Devay, que les chances favorables du traitement médical du cancer sont en raison directe du degré le moins avancé de l'affection, il est important, pour les affections cancéreuses de l'utérus, de savoir si elles peuvent être reconnues dès le début. Pour M. Devay, la question n'est pas douteuse; des douleurs assez persistantes et passagères, ou même seulement une sensation de gêne dont les femmes rapportent souvent le siége à l'une ou l'autre région ovarique, ou à l'orifice du col de l'utérus, avec des engourdissemens le long de la partie antérieure et interne des cuisses, une altération particulière des traits, un commencement de teinte jaune paille suffisent pour attirer l'attention vers l'utérus, et l'exploration de cet organe fait reconnaître, à la surface du col, les indurations pâles, indolentes, semblables à des grains de plomb, peu sensibles à la pression et disséminées régulièrement. C'est à cette période, d'après M. Devay, que se trouvent les plus grandes chances d'efficacité d'un traitement rationnellement institué et énergiquement poursuivi. Même remarque pour les maladies du sein. Les tumeurs dites malignes, le squirrhe et le cancer, présentent une période où elles peuvent être attaquées avec le plus de succès par les préparations de ciguë, alors qu'elles présentent un aspect irrégulièrement bossué et sont le point de départ d'irradiations douloureuses s'accompagnant même de lésions de nature semblable dans des parties différentes, même éloignées, de celles primitivement affectées. M. Devay ne recommande pas, d'ailleurs, cette médication dans tous les cas sans exception. L'application de cette méthode est subordonnée pour lui à la loi d'opportunité thérapeutique; on ne l'appliquera pas à des sujets trop âgés, à ceux qui présentent les symptômes de la cachexie. Lorsque l'économie entière est infectée, que les tumeurs secondaires se forment, que l'anasarque et la fièvre hectique surviennent, dit M. Devay, toute médication qui franchit le degré d'énergie de celle dite palliative a des résultats fâcheux ou tout au moins relatifs.

Le point capital de la méthode suivie par M. Devay, dans l'administration de la ciguë, c'est, dans tous les cas présentant de la gravité, d'employer simultanément la conicine à l'intérieur et à l'extérieur. L'affection diathésique, si elle existe, doit être circonvenue par le plus de voies possibles. Ainsi, pour les tumeurs malignes, frictions et pilules à l'intérieur pendant un temps indéterminé. Comme le traitement des affections cancéreuses de la matière est plus compliquée que celui des simples tumeurs, bien que reposant sur les mêmes fondemens, nous empruntons textuellement au travail de M. Devay la manière dont il procède:

« S'il y a des douleurs excessives, si la sensibilité est trop exagérée, on fait pratiquer, matin et soir, des injections (selon la formule que nous indiquerons avec toutes les autres à la fin de cet article); il est rare de n'en pas obtenir d'amendement. En même temps, la malade prend des pilules n° 2, une le matin, l'autre le soir, en augmentant d'une tous les deux jours jusqu'à dix ou douze. Le baume de conicine joue un rôle très important et est appliqué de deux manières: 1° en frictions à la région ovarique et aux plis de l'aine; 2° en introduisant, au moyen du spéculum, des bourdonnets de charpie enduits de la pommade. Il est bon de les laisser à demeure, en retirant doucement le spéculum, tandis que avec une tige on refoule les plumasseaux. S'il existe une ulcération trop large, on se borne à l'enduire légèrement avec le baume. Dans tous les cas, ce mode de pansement ne peut être employé que rarement, deux ou trois fois par semaine au plus. Une absorption trop considérable de la substance, soit par les surfaces ulcérées, soit par le vagin, serait à craindre; dans l'intervalle, on se trouvera bien de pratiquer des cautérisations, soit avec le chlorure d'or, soit avec l'acide malique. En commençant par les pilules n° 1, on en prendra d'abord une le matin, une autre le soir; on augmentera d'une chaque jour jusqu'à 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20.

« Lorsqu'on sera arrivé à ce chiffre, il sera plus commode de prendre des pilules n° 2, la tolérance du remède étant établie. On commencera par une le matin, une à midi, une autre le soir. On les élèvera successivement jusqu'à 4, 5, 6, 7 et 8, jamais au-delà de 10. D'après M. Devay, ce traitement n'exigerait aucun régime particulier; les grands bains ne sont pas à négliger; outre leur effet particulier sur les fonctions de la peau, ils agissent localement sur la production pathologique et facilitent la désagrégation de ses élémens; peut-être pourrait-on associer aux préparations de ciguë la salscpareille, dont M. Folz a signalé récemment les bons effets dans les affections cancéreuses. »

Les effets physiologiques observés par M. Devay, chez les malades soumis à ces nouvelles préparations de ciguë sont de trois sortes: 1° céphalalgie, lourdeur de tête; 2° coliques; 3° tremblement léger de tout le corps et surtout des membres supérieurs. Ce dernier phénomène n'a été observé que deux fois chez des malades qui étaient arrivés à prendre 6 et 8 pilules du n° 2; il dénote le premier indice de l'intoxication, et il est prudent alors de baisser la dose de plusieurs pilules, sauf à remonter ensuite. La céphalalgie et les coliques sont des symptômes plus fréquemment observés, surtout dès les premières doses du médicament, lorsqu'on est arrivé à la dose de 8 à 10 pilules du n° 1; la céphalalgie est gravative. Les coliques sont souvent accompagnées de diarrhée et d'envies fréquentes d'uriner. Ces symptômes n'ont jamais paru, à M. Devay, assez graves pour enrayer la marche ascendante du traitement; les malades finissent par s'accoutumer au traitement, et arrivés à prendre 15 ou 20 pilules du n° 1, ou 4 du n° 2, ils n'éprouveront plus aucun de ces symptômes.

Il nous reste à entrer dans quelques détails pharmacologiques et posologiques, relativement aux nouvelles préparations de ciguë proposées par MM. Devay et Guilliermond.

Il faut d'abord que les fruits de ciguë qu'on met en usage, soient bien ceux de la grande ciguë, et qu'ils ne soient pas mélangés avec d'autres de la famille des ombellifères. Voici leurs caractères : ils sont presque globuleux, relevés de cinq côtes crénelées; quand les fruits sont divisés, les côtes se replient en forme de croissans; ils n'ont pas, comme les autres ombellifères, une odeur aromatique particulière; celle-ci paraît être couverte par celle de la conicine. Une autre précaution consiste à avoir égard au temps où l'on doit récolter ces fruits : ils doivent être recueillis à l'estimation de leur maturité.

1° *Formule pour l'usage interne :* Ces formules se rapportent à des *pilules* et à un *sirop.*

Pilules cicutées; — Pilules n° 1 : Prenez 1 gramme de fruits de ciguë récemment pulvérisés; faites, avec quantité suffisante de sucre et de sirop, une masse que vous divisez en 100 pilules, que vous recouvrez de sucre, à la manière de dragées, et qui sont du poids de 10 centig. Ces pilules conviennent aux personnes qui ne sont pas encore habituées au médicament, et qui sont d'un tempérament délicat. — Dose : deux pilules le premier jour: s'élever progressivement jusqu'à dix, quinze, vingt, en augmentant d'une chaque jour. Alors il devient plus commode d'employer les

Pilules n° 2 : Prenez 5 grammes de fruits de ciguë récemment pulvérisés; incorporez-les avec quantité suffisante de gomme et de sucre, pour faire une masse qu'on divisera en 100 pilules, et qu'on couvrira d'une enveloppe de sucre. Chaque pilule pèsera 25 centigrammes.

Sirop de conicine : Épuisez 10 grammes de fruits de ciguë par de l'alcool à 28°, soit 60 grammes, pour une teinture, que vous ajouterez à 3,000 grammes de sirop aromatisé *ad libitum.* 30 grammes de ce sirop représentent 1 décigramme de fruit de ciguë, ou 1 milligramme de conicine. Une cuillerée à bouche étant l'équivalent de 30 grammes de ce sirop, le malade, qui prend une pilule n° 2, pourra prendre une demi-cuillerée à bouche de ce sirop.

2° *Formules pour l'usage externe ;— Baume de conicine* : Après avoir épuisé les fruits de ciguë par l'alcool, et après en avoir séparé autant que possible la conicine, au moyen de l'éther et de la potasse caustique, on prend : éther cicuté, provenant, par exemple, de l'épuisement de 100 grammes de fruits de ciguë, et 200 grammes d'axonge bien lavée. On verse peu à peu l'éther dans une assiette; et aussitôt que la plus grande partie de celui-ci a été éliminée et que la conicine commence à paraître, sous forme de petites gouttelettes jaunes, se séparant du reste du véhicule, on y incorpore peu à peu l'axonge, en remuant continuellement, pour faire évaporer le reste de l'éther. On a ainsi un baume de conicine très actif, et dont l'emploi sera fort commode.

Voici comment est préparé l'*éther cicuté :* on fait évaporer à consistance de sirop la teinture alcoolique provenant de l'épuisement complet de 100 gram. de fruits de ciguë, et on la reprend par une petite quantité d'eau; celle-ci laisse indissoute une huile verte, très épaisse, soluble entièrement dans l'éther, et dont la quantité s'élève à 30 grammes. Après avoir séparé cette huile verte, si on lave avec de l'éther le produit des évaporations alcooliques, on en retire encore une substance résineuse jaune qui n'a pas d'action sur le papier de tournesol, et qui a une forte odeur *sui generis*, différente de celle que répand la conicine. Après avoir fait subir aux eaux-mères de l'extrait alcoolique ce traitement préalable, on les introduit dans un flacon d'une capacité trois fois supérieure à leur volume, et on les traite successivement par une dissolution concentrée de potasse caustique, et successivement par l'éther rectifié. Après l'addition de la potasse, une odeur très prononcée de conicine se manifeste dans le mélange, et l'éther prend une forte réaction alcaline; on continue l'épuisement par l'éther, jusqu'à ce qu'il ne réagisse plus sur le papier de tournesol.

Liqueur de conicine pour injections : R. Alcoolé de fruits de ciguë, 120 grammes; eau de chaux, 900 grammes; filtrez au bout de quelques instans.

Ainsi que le fait remarquer M. Dorvault, auquel nous avons emprunté tout ce qui est relatif à la partie pharmacologique, il est fâcheux que MM. Devay et Guilliermond aient donné le nom de préparations de conicine à des préparations de séminoïdes de ciguë, cette dénomination pouvant donner une idée fausse du médicament employé.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Une erreur paraît s'être glissée dans l'impression du discours de M. Malgaigne. Un feuillet de ce discours serait resté sur la table de travail de l'honorable académicien. Nous nous serions empressé de réparer cette erreur si M. Malgaigne nous eût fait parvenir le feuillet oublié.

Nécrologie. — M. Vincent, chirurgien anglais très distingué, deux fois président du Collége royal des chirurgiens, vient de mourir subitement dans un âge avancé. Il avait publié, en 1847, un ouvrage qui résumait sa pratique et qui a eu assez de retentissement, sous le titre de : *Observations sur quelques parties de la pratique chirurgicale*; un vol. in-8°.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 92. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 3 Août 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.

6 Mois.......... 17

3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 AOUT 1852.

CONSTITUTION MÉDICALE RÉGNANTE.

Paris, 1er Août 1852.

Monsieur le rédacteur,

Il n'est peut-être pas de médecin qui, à Paris, en ce moment, ne soit consulté plusieurs fois par jour pour des coliques dans la région ombilicale.

Ces coliques, quelquefois sans diarrhée ni vomissemens, souvent avec diarrhée sans vomissemens, mais dans le plus grand nombre des cas s'accompagnant de sueurs cholériformes, de vomissemens bilieux et d'un dévoiement très opiniâtre, cèdent *constamment* à la mixture suivante :

Thridace........	4 grammes.
Gouttes de Rousseau. .	8 gouttes.
Eau gommée.....	250 grammes.
Amidon.........	4 grammes.
Huile d'œillette....	15 grammes.

F. s. a.

Cette mixture doit être administrée en lavemens, en trois fois et à trois heures d'intervalle.

Agréez, etc. Dr JOSAT.

SYPHILISATION.

Monsieur le rédacteur,

Dans un moment où la question de la syphilisation passionne les esprits comme le font toujours les choses qui sortent de nos habitudes, je demande pourquoi les prônateurs ou les chefs de la nouvelle doctrine de préservation de la syphilis ne donnent pas l'exemple du dévoûment qu'ils acceptent, avec tant de facilité, de la part de ceux qui veulent bien se livrer à leurs expériences?

Avant d'exciter le zèle inconsidéré de quelques jeunes gens, MM. Auzias-Turenne, Marchal de Calvi, etc., ne devraient-ils pas se soumettre les premiers aux épreuves qu'ils n'hésitent pas à faire sur leurs semblables?

Lorsque ces messieurs seront devenus sujets d'expériences, le monde médical, quoique ne partageant pas leur conviction, suspendra le blâme et la critique déversés jusqu'à ce jour sur une théorie qui paraît fort dangereuse, mais je ne doute pas qu'il n'accorde une approbation unanime à ceux qui auraient donné *sur eux-mêmes* la preuve incontestable de la réussite.

Veuillez, mon cher confrère, si vous le jugez utile, insérer ces réflexions dans votre prochain numéro, et agréer l'assurance de mes sentimens dévoués.

F. PINEL-GRANDCHAMP.

Paris, 31 Juillet 1852.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CALCUL VÉSICO-PROSTATIQUE; — RÉTRÉCISSEMENT DU CANAL DE L'URÈTRE; — LÉSIONS CONSÉCUTIVES DE L'APPAREIL URINAIRE; par M. le docteur LAFORGUE, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Les altérations organiques produites sur l'appareil urinaire par les calculs développés dans la vessie, ont été si bien décrites dans les ouvrages qui traitent de ces maladies, qu'il est difficile d'ajouter quelque fait nouveau à l'anatomie pathologique des voies urinaires chez les calculeux. Cependant, nous venons d'observer à l'Hôtel-Dieu un cas de ce genre, dont la pièce pathologique présente des lésions variées qui doivent se rencontrer rarement chez le même sujet, avec le même degré de complication.

Il s'agit d'un calculeux, opéré déjà une première fois dans son jeune âge, qui, plus tard, a été affecté d'un rétrécissement du canal de l'urètre, et qui est venu mourir à l'hôpital, dans un état profond de marasme et de consomption. Les altérations pathologiques trouvées à l'autopsie ont été décrites avec soin, dans l'observation recueillie par M. Augé, interne du service, qui a joint à la description un dessin très exact de la pièce anatomique. Je reproduis dans cette note les points les plus importans de cette observation :

Le 18 mai 1852, est mort à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n° 29, le nommé Barthélemy, âgé de 44 ans, entré depuis quatre jours seulement. Voici en quelques mots l'histoire de ce malade :

A l'âge de 7 ans, il a subi, dans le même hôpital, l'opération de la taille, qui fut pratiquée par M. Viguerie, il y a trente-sept ans. Parfaitement guéri de l'affection calculeuse dont il était atteint à cette époque, il se porta bien pendant de nombreuses années. Marié à l'âge de 25 ans, il eut plusieurs enfans, qui ont toujours joui d'une bonne santé. Très actif, il se livrait avec ardeur au travail des champs, et il supportait souvent des privations dont il ne ressentait aucun mauvais effet. Ce bon état de santé dura jusqu'à l'âge de 35 à 36 ans. A cette époque, le malade fut pris, de temps en temps, de difficultés d'uriner qui n'étaient que passagères, et qu'il attribuait à des excès de travail. Il n'y apporta aucune attention, et il continua le même genre de vie. Il y a quatorze mois, les difficultés d'uriner devinrent plus fréquentes et s'accompagnèrent de douleurs vives dans la vessie.

Ces accidens prirent rapidement une grande intensité, et ce ne fut que lorsque la rétention d'urine fut presque complète, que le malade appela un médecin. Déjà, à cette époque, le mal devait avoir fait de grands progrès, puisque le malade assure qu'il rendait par le rectum de l'urine contenant des petits grains de sable. On conseilla au malade de se rendre à l'hôpital sans retard, mais il ne se décida que lorsqu'il fut au dernier degré du marasme.

A son entrée, nous pratiquâmes le cathétérisme. Mais les plus petites sondes étaient arrêtées dans la portion membraneuse du canal par un obstacle insurmontable. On ne pouvait sentir la pierre, dont le malade disait avoir la sensation par les vives douleurs qu'il ressentait au col de la vessie. La prostration était extrême; l'urine s'écoulait continuellement par la verge et par le rectum. Le malade succomba le quatrième jour après son entrée.

Autopsie. — A l'extérieur, il n'existe aucune trace d'infiltration urinaire ni d'ouverture fistuleuse. Sur le côté gauche du périnée se trouve la marque de la cicatrice de l'incision faite pour l'opération de la taille.

Le canal de l'urètre est sain, à partir du méat jusqu'à quinze centimètres de profondeur. A ce point, qui correspond à la partie moyenne de la portion membraneuse, existe un rétrécissement considérable, permettant avec peine l'introduction d'une bougie de deux millimètres. En arrière de ce rétrécissement, dilatation énorme de la portion prostatique du canal, avec amaigrissement de ses parois. Cette cavité, formée aux dépens du canal et de la prostate, est remplie par un calcul piriforme, volumineux. Ce calcul est rétréci, en forme de goulot, dans le point correspondant au col de la vessie qui l'embrasse, et se prolonge, en forme de cylindre, dans la cavité de la vessie. Ce cylindre se termine par une facette sur laquelle repose la facette d'un second calcul beaucoup plus petit. Les deux calculs superposés présentent une longueur de 8 centimètres.

Les parois vésicales, très épaissies, sont fortement contractées sur les calculs. Sous l'influence de cette pression, la vessie s'est ulcérée dans le point correspondant à la partie la plus saillante du gros calcul. Cette ouverture communique avec une large cavité purulente, située entre le rectum et la vessie. L'intestin présente un petit pertuis par lequel devait passer une partie de l'urine qui s'épanchait, par l'ouverture vésicale, dans le foyer vésico-rectal. Cette perforation intestinale a dû être la conséquence de la pression exercée par le calcul vésico-prostatique.

Feuilleton.

DES HALLUCINATIONS, OU HISTOIRE RAISONNÉE DES APPARITIONS, DES VISIONS, DES SONGES, DE L'EXTASE, DU MAGNÉTISME ET DU SOMNAMBULISME;

Par A. BRIERRE DE BOISMONT,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur d'un établissement d'aliénés, chevalier des ordres de la Légion-d'Honneur et du Mérite militaire de Pologne, lauréat de l'Institut et de l'Académie nationale de médecine, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc. (1).

Nous ne suivrons pas M. Brierre de Boismont dans les vingt chapitres qui composent le *Traité des hallucinations*, quoique tous présentent un vif intérêt et méritent également d'être lus et médités. Nous n'apprendrons rien à nos lecteurs en leur disant que toutes les questions qui se rattachent à la symptomatologie, aux causes, à la marche, à la durée, au pronostic et au traitement des hallucinations, ont été discutées et approfondies avec la sagacité dont M. Brierre de Boismont a fait preuve dans ses autres ouvrages sur les maladies mentales. Il sait rendre justice aux médecins aliénistes qui ont traité le même sujet : à M. Baillarger, qui a étudié avec tant de soin la physiologie des hallucinations dans un savant ouvrage couronné par l'Académie de médecine; au regrettable Leuret, dont la mort prématurée laisse inachevés tant de travaux remarquables sur le système nerveux, et qui a su prouver, le premier peut-être, que les hallucinés convenablement dirigés peuvent guérir. Toutefois, M. Brierre de Boismont a évité toute exagération et restreint l'emploi de la méthode connue sous le nom de *révulsion morale* « à un certain nombre de cas déterminés par la condition sociale des malades, leur caractère et le genre de leur délire. » Dans le traitement des hallucinations, il a eu recours tantôt aux moyens moraux, tantôt aux agens physiques, tantôt enfin à ces deux moyens réunis. Ce traitement mixte lui a procuré des guérisons nombreuses et durables.

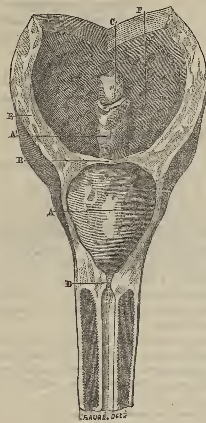
Mais tous les praticiens reconnaissent que les véritables bases d'un traitement rationnel reposent en grande partie sur la connaissance des causes. Aussi M. Brierre de Boismont a-t-il mis à profit toutes les données de sa vaste expérience, afin de présenter une analyse complète de l'étiologie des hallucinations. On sait, en thèse générale, qu'une excitation très grande du système nerveux et un afflux considérable de sang vers le cerveau contribuent au développement des hallucinations; mais quel est l'agent de ces excitations? sur quels organes son influence s'exerce-t-elle? Ici comme partout, la cause première nous échappe, et il faut, avec M. Brierre de Boismont, admettre une prédisposition, cette inconnue que nous rencontrons à chaque pas dans l'étude des phénomènes vitaux. Nous devons donc nous contenter d'une appréciation des causes déterminantes; celles-ci sont physiques ou morales. M. Brierre de Boismont range parmi les premières l'hérédité, le sexe, le climat, les boissons spiritueuses, les poisons narcotiques, la folie, les maladies nerveuses telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'hypocondrie, la privation de nourriture, les hémorrhagies abondantes, la continence, etc. C'est un phénomène fort remarquable que la constance des hallucinations et des illusions sensoriales et physiques dans le délire tremblant des ivrognes; ce délire a pour caractère spécial la vue des figures d'animaux, de reptiles et d'insectes. Le malade, interrogé, répond presque toujours avec justesse, et se laisse guider par les conseils du médecin; mais à peine abandonné à lui-même, il entend des voix menaçantes ou railleuses, il est assiégé de fantômes, il voit des brigands s'introduire dans sa chambre pour l'assassiner, et il s'élance de son lit avec fureur pour repousser ces insultes ou ces attaques imaginaires. Je viens de traiter un cas de delirium tremens stéréotypé sur les symptômes décrits par M. Brierre de Boismont. Les accidens éprouvés par les mangeurs d'opium ne méritent pas moins de fixer l'attention des médecins; je ne résiste point au désir de consigner ici une observation digne de figurer à côté de celles que renferme le *Traité des hallucinations*. En 1830, un médecin de mes amis éprouva, à la suite d'un violent chagrin, des douleurs de tête épouvantables qui lui enlevaient presque la raison. La plupart des grands praticiens furent consultés, mais il ne trouva de soulagement que dans l'extrait aqueux d'opium dont il a fait usage pendant environ quinze années, et dont la dose fut portée quelquefois jusqu'à 150 grains par jour. Dans les deux premières années, l'opium lui procurait une sorte d'ivresse qui n'était pas sans charmes; sous cette influence, il avait des visions qui variaient selon sa fantaisie. Couché sur un canapé, dans une chambre obscure et les yeux fermés, il lui suffisait de penser à un objet quelconque, un site, un jardin, un monument, pour le voir *en réalité* (je transcris ici son expression) et aussi brillant qu'un tableau du Diorama. Après la première année, les tableaux devinrent moins vifs et moins fidèles; ensuite, il ne resta plus qu'une apparence vague, et puis enfin les images cessèrent entièrement. Durant le cours de ces hallucinations, il lui semblait que ses facultés intellectuelles étaient plus vives; il faisait sans peine des contes féeriques et des romans pleins d'intérêt. Cette exaltation de sa pensée dura plus longtemps que la faculté de voir à volonté des figures et des paysages; elle disparut à son tour après avoir persisté pendant neuf ou dix années.

Dans un mémoire intitulé : *De l'influence de la civilisation sur la production de la folie*, M. Brierre de Boismont a montré combien les causes morales l'emportent sur les causes physiques. L'histoire révolutionnaire de notre malheureux pays a fourni des preuves surabondantes à la thèse soutenue par le médecin observateur. Les hallucinations suivent la même loi, et se montrent souvent avec l'aliénation mentale, dont elles sont l'indice, la complication, l'épiphénomène et la terminaison. On ne peut expliquer autrement les hallucinations épidémiques, telles que le vampirisme, la lycanthropie, la démonomanie, les extases, les possessions dont l'histoire est la honte de l'esprit humain, et dont la répression sanglante fut un outrage à la justice et à la civilisation. Suivant M. Brierre de Boismont, les idées superstitieuses développées dans le jeune âge, une éducation mal dirigée, les ténèbres, l'isolement, prédisposent aux hallucinations les imaginations naturellement impressionnables. Pendant les nuits horribles de sa captivité au Spielberg, Silvio Pellico était assiégé de fantômes et de visions. En proie aux mêmes appari-

(1) Voir le numéro du 27 Juillet 1852.

Les deux uretères sont fortement dilatés et enflammés. Les reins sont volumineux et profondément altérés ; le rein gauche est en suppuration ; le rein droit est ramolli et infiltré de matière purulente ; le bassinet de ce côté, ainsi que l'uretère, sont très dilatés.

Dans les deux figures ci-jointes, nous avons représenté les calculs et la pièce anatomique vue de face, la vessie et le canal étant ouverts sur leur face antérieure :



A. Calcul piriforme dans la prostate, avec un appendice *A'* semi-cylindrique dans la vessie. Les deux portions du calcul séparées par le col de la vessie *B*, qui fait bride.

C. 2e calcul, à facette.

D. Rétrécissement considérable de la portion membraneuse, avec déchirure des tissus.

E. Parois de la vessie, extrêmement épaissies.

F. Cavité vésicale, très rétrécie, à cavités nombreuses. Une large ulcération dans le bas-fond, produite par une saillie du calcul *A'*, et communiquant avec le rectum.

Calculs vésico-prostatiques chez un homme de 44 ans.



Calcul vu de profil (*grandeur naturelle*).
A. Saillie du calcul correspondant à la déchirure de la vessie.

Les désordres anatomiques que nous venons de décrire sont la conséquence des deux affections dont était atteint simultanément le malheureux malade qui n'est venu réclamer des soins que quelques momens avant sa mort ; ces deux affections étaient le rétrécissement du canal de l'urètre et le calcul urinaire. Examinons quelle est la corrélation qui existe entre ces maladies et les lésions consécutives.

Atteint d'un calcul vésical dès son jeune âge, le malade avait subi, avec succès, l'opération de la taille, qui l'avait délivré du corps étranger. Quoique débarrassé de la pierre, il n'en restait pas moins sujet à la diathèse calculeuse, et l'on comprend sans peine qu'un nouveau calcul se soit formé à un âge plus avancé. Mais en dehors de cette prédisposition, qui est manifeste, il s'est produit chez ce malade une lésion organique qui a été la cause déterminante de tous les accidens ; c'est le rétrécissement situé dans la portion membraneuse de l'urètre. Après avoir passé de nombreuses années sans ressentir le moindre symptôme de sa première affection, Barthélemy éprouva de la difficulté d'uriner et des douleurs lors de l'émission des urines. Cette dysurie fait lentement des progrès, et il arrive un moment où le malade éprouve une gêne constante qui, n'étant pas douloureuse, ne l'empêche pas de continuer son travail, et le porte à se faire illusion sur la nature de son mal. Ces symptômes étaient bien ceux d'un rétrécissement dont la marche lente, mais progressive, devait être funeste au malade. La formation du calcul prostatique s'explique tout naturellement par le siége qu'occupait la coarctation urétrale. L'urine trouvait un obstacle dans la portion membraneuse rétrécie, s'accumulait en arrière dans la portion prostatique, qui s'est dilatée insensiblement, comme cela arrive toujours, en arrière des rétrécissemens. Par suite du séjour de l'urine dans cette partie du canal, il s'est formé un dépôt de matière calculeuse qui a épaissi au point de remplir et de distendre la cavité prostatique et de se prolonger dans la vessie, par l'addition de couches successives qui se déposaient sur le calcul primitif. De là le développement et la forme particulière du calcul, dont le dessin ci-contre donne la configuration exacte.

Quant aux autres désordres constatés à l'autopsie, leur formation est facile à comprendre, et ils sont ordinairement produits par l'affection calculeuse chronique. La perforation de la vessie et l'ulcération du rectum ont été la conséquence de la forte pression exercée par les parois de la vessie sur les calculs qui étaient contenus dans sa cavité. La saillie anguleuse que portait en arrière le calcul vésico-prostatique et qui correspondait au bas-fond de la vessie, vers le trigone vésical, était bien suffisante pour produire la perforation de tissus depuis longtemps altérés et ramollis.

Il me paraît démontré que, dans ce cas, le rétrécissement du canal a précédé la formation du calcul, et que par conséquent il a été la cause déterminante des accidens ultérieurs qui se sont produits. Il est même possible que l'opération de la taille n'ait pas été étrangère au développement de la coarctation qui siégeait vers la partie moyenne de la portion membraneuse, dans le point où porte ordinairement l'incision du canal dans la taille latéralisée. On comprend sans peine que le canal soit resté plus étroit après la cicatrisation de la plaie de l'urètre, et que, sous l'influence des fatigues et des privations, le rétrécissement se soit formé de bonne heure, sans même que le malade, indifférent comme le sont les gens de la campagne, en ait eu conscience. On peut admettre aussi que si le rétrécissement avait été traité dès le début, le calcul vésico-prostatique ne se serait pas formé et le malade aurait été à l'abri des accidens formidables qu'il a eu à supporter.

Il résulte donc de ce fait, comme conséquence pratique, qu'il est de la plus haute importance de combattre, dès le début, les rétrécissemens du canal de l'urètre chez les personnes qui sont prédisposées aux affections calculeuses.

Si le malade n'avait pas été aux abois lorsqu'il est arrivé à l'hôpital, et si, au lieu d'avoir à faire à un agonisant, nous eussions eu à traiter un malade qui offrît encore quelque ressource pour l'emploi des moyens chirurgicaux, que pourrait-on faire pour arrêter les désordres si profonds de l'appareil urinaire? Dans l'état où se trouvait les voies urinaires, la taille recto-vésicale était formellement indiquée. Par l'opération de Vacca-Berlinghieri, on aurait eu l'avantage d'ouvrir largement des tissus ulcérés et infiltrés, de tomber directement sur le calcul, et après avoir débarrassé le canal et la vessie, de donner issue à la collection purulente qui s'était formée dans l'espace recto-vésical. Cette indication, qui ressort de l'examen de la pièce pathologique, mérite d'être signalée, car des cas du même genre peuvent se présenter ; et si, contrairement à ce qui nous est arrivé, les secours de la chirurgie pouvaient être administrés, la taille recto-vésicale serait la seule opération rationnelle qui offrît quelque chance de succès.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU SMILAX OFFICINALIS DANS LES AFFECTIONS CANCÉREUSES EN GÉNÉRAL ;

Par M. Leriche, docteur en médecine, membre de plusieurs Sociétés savantes, ex-médecin de la Charité maternelle de Lyon, ex-médecin des dispensaires, médecin-doyen du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement de Lyon.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Tout en reconnaissant, avec Hancock, que le smilax officinalis a la propriété spéciale de restaurer les malades, de refaire en quelque sorte leur constitution, est-ce à dire pour cela que toutes les affections cancéreuses vont disparaître sous son influence? Hélas! non. Jamais on ne pourra réduire les médecins à appliquer aveuglément tel médicament pour un cas donné. Ce qui constitue le vrai médecin, c'est de savoir modifier son traitement en temps utile pour arriver au but qu'il se propose. A quoi attribuer, sinon au tact médical, le succès d'un médicament donné, de la ciguë, par exemple, qui réussissait toujours entre les mains de Storck, et que les nouveaux essais de MM. Devay et Guilliermond sembleraient réhabiliter dans son ancienne place? Est-ce que Lancisi n'a pas écrit quelque part que la médecine était une chose qu'on ne pouvait acquérir autrement que par soi-même, et qu'il fallait qu'elle fût mise en œuvre sur le lieu même de l'action par l'artiste observateur?...

Avant que nous ayons essayé l'emploi du smilax officinalis, pour régénérer en quelque sorte la constitution des individus, nous avions déjà senti plus d'une fois la nécessité d'agir ainsi dans les cas de cancer. Nous allons rapporter un fait qui a déjà plusieurs années de date, à l'appui de ce que nous avançons :

Obs. I. — Dans le courant de mars 1841, la femme Pascalis nous fut envoyée par le Dispensaire général, pour être soignée d'un *noli me tangere* qu'elle portait à la joue gauche. Cette femme, âgée de 30 ans, malheureuse, ayant à peine les choses nécessaires pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa nombreuse famille, est amaigrie, pâle ; la tumeur, qui occupe toute la partie latérale du nez, envahit le tiers environ de la joue et de la lèvre supérieure, d'une couleur violacée, criblée de trous, donnant issue à un ichor fétide ; douleurs vives. Cette tumeur est dans cet état depuis trois mois. La malade est entrée à l'Hôtel-Dieu, et en est ressortie sans être guérie, n'ayant pas voulu se laisser opérer. Mon premier soin fut de chercher à refaire la constitution, ce que je fis en

---

tions, la plus grande anxiété de Gonfalonieri était la crainte de perdre la raison, qui lui paraissait toujours prête à s'échapper.

Je voudrais pouvoir analyser tout ce que le livre de M. Brierre de Boismont renferme de curieux et d'important sur les rêves, l'extase, les pressentimens et la prévision. Il n'a traité qu'incidemment en quelque sorte ces questions délicates qui se rattachent à des points fort controversés d'histoire et de psychologie. Aussi a-t-il laissé entrevoir plutôt qu'il n'a formulé son opinion. En rapportant certains faits extraordinaires, il en a abandonné l'interprétation au bon sens de chacun ; il a évité ainsi les controverses ardentes et les contradictions passionnées de la part de certains esprits trop étroitement renfermés peut-être dans l'horizon des sens, et qui nient hardiment l'existence de tout ce qui se trouve au-delà de leur point visuel. Il ressort toutefois d'un ensemble d'assertions et de témoignages authentiques, que l'esprit de l'homme, au milieu de ses tourmens et de ses aspirations, a parfois entrevu quelques lueurs de l'avenir. Mais je renonce à examiner cette grave question ; il me serait objecté peut-être que ce n'est point ici le lieu ni le moment.

Si le *Traité des hallucinations* présente, sous le point de vue médical et médico-légal, toute la solidité de connaissances qu'on était en droit d'attendre d'un praticien instruit et judicieux, il ne me paraît pas moins remarquable comme étude philosophique. On y trouve constamment les qualités essentielles d'un historien de l'humanité, l'amour du vrai, la bonne foi et l'impartialité. Nous ne saurions assez applaudir à la lutte courageuse qu'il a entreprise et soutenue avec tant de succès pour établir la coexistence de certaines hallucinations avec la raison. Ici, l'étude psychologique touche aux questions les plus élevées de l'histoire. Pour MM. Lélut, Baillarger, Calmeil, Maury et Leuret, Socrate, le Tasse, Pascal, Rousseau, étaient des fous ; d'autres ont ajouté à cette liste Mahomet, Van Helmont, Cromwell, Jeanne d'Arc, je ne sais qui encore? M. Brierre de Boismont a réfuté avec son esprit droit et logique une hypothèse qui aurait pour résultat d'accuser de folie presque tous les grands hommes, ainsi que la plupart des poètes et des peintres célèbres. Il nous semble avoir prouvé avec évidence, que, sans cesser d'avoir la plénitude de leur raison, les hommes fortement préoccupés d'une idée peuvent, par cette concentration, voir des yeux de l'esprit cette idée matérialisée, et que certaines hallucinations sont quelquefois le couronnement de la méditation.

Dans cette galerie de personnages historiques jugés par les médecins aliénistes, Socrate et Jeanne d'Arc méritaient une mention spéciale ; ils ne doivent pas seulement leur renommée à l'éclat d'une vie glorieuse qui honore l'humanité, mais encore au stygmate infamant que leur condamnation inique inflige à la justice des hommes. Nous confessons avoir toujours regardé la noble héroïne comme l'une de nos gloires nationales, et c'est avec bonheur que nous avons lu dans le *Traité des hallucinations* une appréciation impartiale résumée dans les lignes suivantes : « Le patriotisme et le génie militaire, élevés par la foi jusqu'aux dernières limites de l'inspiration, telle est la véritable explication de la destinée glorieuse de Jeanne d'Arc, la seule que puisse admettre la raison moderne. »

Il est inutile d'ajouter que nous partageons sans restriction le jugement porté sur Socrate par notre honorable confrère. Dans des mémoires qui ont eu du retentissement, des médecins modernes ont accusé de folie ce grand philosophe ; on aime à voir un médecin également versé dans l'étude des maladies mentales, protester contre cet arrêt. M. Brierre de Boismont pouvait-il craindre de se tromper en jugeant ainsi celui que l'oracle de Delphes, ou plutôt la conscience universelle avait déclaré le plus sage des hommes? Non. Socrate fut le véritable martyr de la raison humaine ; c'est ainsi que l'ont jugé ses contemporains et la postérité : « Socrate, dit Xénophon, avait été traité plus favorablement que les autres hommes ; il n'avait pas besoin d'interroger les dieux ; ils lui indiquaient d'avance ce qu'il devait faire, ce qu'il devait éviter. » Mais comment expliquer cette voix intérieure qui lui révélait la vérité divine, et l'avenir même? Fénélon a répondu à cette question. Nous sommes sans cesse inspirés, dit le grand archevêque ; mais nous étouffons sans cesse cette inspiration. C'est cette inspiration qui personnifia Socrate. Les mots *conscience, raison, instinct, nation* ne signifient rien, s'ils ne signifient Dieu.

Il faut que je termine ici ma longue appréciation, et cependant je suis loin d'avoir tout dit. On me permettra encore quelques lignes. Le style de M. Brierre de Boismont est celui qui me semble le plus approprié au sujet qu'il a traité, facile, abondant, nerveux et riche d'images. Les citations nombreuses que j'ai empruntées au *Traité des hallucinations* suffiront pour en faire comprendre l'intérêt souvent irrésistible. Il m'est arrivé de parcourir de nombreuses pages sans interruption, comme on lit un roman qui plaît, et de m'apercevoir seulement plus tard que c'étaient là de la vraie science, de la solide instruction et de la bonne philosophie.

Dr Foissac.

La commission d'hygiène hippique, dont M. Magendie était président, vient d'être organisée tout à fait militairement : un général de division et deux généraux de brigade ont été mis à sa tête. Cette commission, sous le rapport scientifique, a rendu assez de services pendant que M. Magendie en avait la direction, pour que nous émettions le vœu que ce célèbre physiologiste ne s'en retire pas complètement et qu'il reste chargé de présider la sous-commission à laquelle seront confiées les expériences.

— Un fait tout récent prouve le cas qu'il faut faire des rumeurs populaires en fait d'hydrophobie. On apporte un de ces jours à l'Hôtel-Dieu, lié et garotté sur une charette, un homme qu'accompagnait une foule nombreuse, à peine contenue par des sergens de ville. Cet homme, disait-on, était enragé et venait de mordre un individu à la main. Reçu et couché dans un bon lit de l'hôpital, on s'aperçoit bien vite que ce prétendu hydrophobe n'était pas du moins un œnophobe, car une forte odeur vineuse et le délire spécial décélèrent tout aussitôt la cause des accès de folie ébrieuse à laquelle cet homme s'était livré. Le repos et la diète eurent fait justice en vingt-quatre heures de cette hydrophobie.

---

prescrivant une meilleure hygiène, l'usage de boissons toniques (infusions de fleurs de houblon, eau ferrée, et de la viande au moins trois fois par semaine). Je négligeai entièrement la tumeur. Au bout de deux mois de ce traitement, il y avait une amélioration générale telle, que je jugeai convenable d'attaquer la tumeur par les caustiques. Quatre ou cinq applications de pâte de Vienne suffisent pour amener la plaie à l'état simple; la santé générale continuait à s'améliorer.

J'avoue que j'étais loin de m'attendre à un semblable résultat; aussi, dans l'une des séances du comité du Dispensaire, où j'annonçai le résultat obtenu, je ne trouvai que de l'incrédulité (cette malade était connue des membres du Dispensaire). N'ayant pu amener ce jour-là la malade pour la faire voir, je l'adressai le lendemain à M. Viricel, président du comité. Voici quelle fut sa réponse par écrit :

« J'ai vu et examiné la malade que vous m'avez adressée. J'ai trouvé » un changement remarquable dans son état; car la maladie principale » paraît avoir été entièrement enlevée. Aujourd'hui, il reste une plaie » assez vaste, mais belle; les bourgeons charnus sont de bonne nature. » Je pense qu'il faudra attendre la guérison complète pour restaurer » les parties détruites et éloigner ainsi la crainte de retour de la mala- » die terrible dont vous avez délivré cette malheureuse, etc. »

Deux mois après, nous étions assez heureux pour annoncer au Dispensaire la guérison complète de cette malade. Depuis cette époque, dix années se sont passées sans que la maladie ait reparu.

Dans une autre occasion où nous eussions voulu appliquer ce même principe, il ne nous fut pas possible même de le tenter, la constitutionnalité étant établie d'une manière générale; la malade mourut d'un cancer du sein. L'affection s'était montrée à l'estomac, aux glandes du mésentère et à l'utérus.

Obs. II. — *Cancer ulcéré du sein, guéri chez une femme de 63 ans.* — La femme Gaillard, ouvrière en soie, rue Vaubecourt, n° 20, âgée de 63 ans, s'aperçut, il y a deux ans, qu'elle avait au sein gauche une tumeur du volume d'un œuf de pigeon; elle ne se rappelle pas s'être donné de coup dans cette partie. Cependant, elle croit que plusieurs années auparavant, elle s'était touchée au rebord de son lit; du reste, la santé a toujours été assez bonne, à part quelques maladies, soit lorsqu'elle a perdu ses règles, soit lorsqu'elle a eu ses enfans (quatre). Elle porte un goître assez volumineux.

Le 2 octobre 1851, lorsqu'elle vint nous voir la première fois, voici l'état qu'elle nous offrit : teint pâle, altéré par la douleur; l'appétit est presque nul, le sommeil est à peu près perdu, les forces s'épuisent.

Aspect du sein : depuis environ cinq mois, la tumeur, qui était devenue de la grosseur du poing, s'est ulcérée; il y a des douleurs exacerbantes constantes; la tumeur est située sur la partie latérale interne du mamelon, qui lui-même est comme effacé et offre un sillon profond qui semble s'unir à la tumeur. La couleur générale est violacée; l'ulcère est assez largement ouvert pour y loger la pulpe des quatre doigts; les bords sont renversés, déchirés et saignans; il s'écoule un ichor très abondant, d'une odeur repoussante; le fond de la plaie est d'un gris ardoisé; il y a dans le creux de l'aisselle une tumeur du volume du pouce, peu douloureuse au toucher.

En présence d'un semblable état, nous cherchâmes à mettre en pratique cette condition essentielle du traitement de ces affections, qui est de modifier profondément l'économie avant de songer à guérir l'ulcère, puis de ramener celle-ci à l'état simple; car nous croyons que c'est une faute énorme que de commencer par le cancer.

Voici le traitement que nous conseillâmes : bonne nourriture, panser la plaie avec un plumasseau de charpie trempé dans une solution de sulfate d'alumine; prendre tous les jours un litre de tisane de salsepareille faite avec 45 grammes de cette racine réduite en poudre, et 15 grammes de racine de réglisse.

Prendre matin et soir une pilule contenant 5 centigrammes d'extrait de ciguë. Cette dernière substance était donnée en vue de calmer les douleurs, mais non comme spécifique à la manière de Storck.

Au bout de quinze jours de ce traitement, la malade vint nous trouver pour se plaindre de ce que les pilules lui donnaient mal à l'estomac; du reste, on ne remarque aucune amélioration sensible. Je remplaçai les pilules par des granules de cicutine que je devais à l'obligeance de M. Pelletier, pharmacien. Cette dernière substance fut mieux supportée, mais sans paraître produire rien de particulier.

Un mois après l'usage de ces moyens, il semble que l'état général de la malade s'améliore; l'appétit est meilleur, la coloration de la face change, elle est moins jaune, les nuits sont moins mauvaises, l'ulcère est toujours le même, douloureux et donnant une sanie toujours abondante et d'une odeur repoussante; on continue les mêmes moyens.

Le 25 décembre, deux mois et demi environ après l'usage du smilax officinalis, il y a un mieux évident au point de vue général. Les forces reviennent, l'appétit se maintient, le sommeil est infiniment moins pénible, la tumeur est moins douloureuse, l'ichor est moins abondant; la glande de l'aisselle a presque disparu et n'est pas douloureuse au toucher.

Nous pensâmes que le moment était venu de songer à modifier l'ulcère, de manière à arriver à en faire une plaie simple; en conséquence, j'appliquai sur toute la surface de la plaie une couche de pâte de Vienne, que je laissai pendant quinze minutes; puis je recommandai de maintenir toujours humide un tampon de charpie imbibé de solution de sulfate d'alumine, et de ne panser que toutes les vingt-quatre heures. Continuer l'usage de la salsepareille. Huit jours après cette application, l'escharre était tombée et offrait une plaie grisâtre dont la partie supérieure était toujours saignante au moindre toucher.

Dans les premiers jours de janvier 1852, je fis une nouvelle application de caustique de Vienne; la sanie de la plaie a diminué de quantité d'une manière notable, l'odeur est modifiée. Du reste, l'état général se maintient bien; on continue l'usage du smilax.

Le 20 janvier, la plaie a diminué de beaucoup en diamètre, l'odeur de la sanie est presque nulle; les bords de la plaie, qui étaient renversés, tendent à se rapprocher, et la tumeur a diminué d'une manière très manifeste. Cet aspect violacé qu'offrait la plaie est remplacé par une couleur d'un rouge assez vif. Au fond, on voit des bourgeons charnus d'une bonne nature. Le moral de la malade s'améliore, l'espérance semble renaître chez elle. Je fais une nouvelle application de pâte de Vienne en ayant le soin d'épargner les bourgeons charnus; on continue, du reste, le même traitement.

Le 12 février, l'état général continue de s'améliorer, les forces sont revenues, le sommeil est parfait, la plaie du sein n'offre plus qu'un diamètre d'environ 1 centimètre, d'une couleur vermeille; point de suppuration, la peau des alentours de la plaie est revenue à son état normal, blanche et souple. Au toucher, on ne reconnaît aucune dureté dans ce qui reste de la plaie à cicatriser, ni sous l'aisselle. Nous continuâmes encore l'usage du smilax, mais à dose décroissante; nous mettons sur la plaie un peu de vin aromatique.

Le 10 mars, la petite plaie va toujours en se cicatrisant; le fond est presque au niveau de la peau même. Je cesse tout traitement interne.

Le 31 mars, il n'y a plus rien au sein, la santé est parfaite après six mois de traitement.

Peut-être serons-nous assez heureux pour qu'un jour on tente dans les hôpitaux l'usage prolongé du smilax dans des cas semblables. Nous doutons qu'on arrive au même résultat, car tous les médecins savent combien un long séjour dans ces lieux est contraire au rétablissement des malades, et surtout de ceux qui sont atteints de maladies qui demandent une très bonne hygiène, au moins sous le rapport de l'exercice à l'air libre des grands actes de la vie organique.

Obs. III. — *Ulcère rongeant de l'aile gauche du nez et d'une portion de la joue du même côté, guéri par l'usage du smilax officinalis.* — Bonnet, 63 ans, menuisier, vieux soldat de l'Empire, ayant fait toutes les campagnes d'Allemagne et de Russie, criblé de blessures, a eu, dit-il, une seule affection vénérienne (urétrite) en Westphalie, s'est guéri tout en faisant campagne, n'a été sujet à d'autres maladies que celles occasionnées par ses blessures; homme d'une vie assez tranquille et sobre. Il y a cinq ans, il lui est venu un petit bouton à la partie moyenne de l'aile du nez. Il ne s'en occupa pas beaucoup; mais trois mois après, ce bouton était devenu violet, de la grosseur d'un haricot, et lui occasionnait des douleurs très vives dans tout le côté de la figure.

C'est alors qu'il résolut d'aller trouver un médecin, M. le docteur Montain, qui lui conseilla de la tisane et une pommade. Comme nous n'avons pas vu les formules, il nous a été impossible de savoir quelles étaient les substances employées. Plus tard, il fut trouver M. Baunies, qui lui donna ses soins pendant six mois environ, sans obtenir aucun résultat. Fatigué du peu de succès qu'il obtenait, il abandonna tout traitement, et c'est deux années après seulement que nous le vîmes pour la première fois, vers la fin de septembre 1851.

État du malade. — Amaigrissement général; peu d'appétit et de sommeil; douleurs constantes dans toute la tête, à partir du *nez*. Toute la partie gauche du nez, depuis la racine jusqu'au bulbe, est entièrement détruite; les cartilages du nez sont à nu, ainsi que les cornets inférieurs; les bords de l'ulcère sont frangés, grisâtres; une petite portion de la partie interne de la paupière inférieure est détruite, de même qu'une portion des tégumens qui recouvrent l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur. Il y a peu de pus, mais un ichor assez abondant et d'une odeur particulière. Le moral de cet homme est malade; cette plaie affreuse qu'il a à la face lui a fait renoncer à son état. Il n'ose pas sortir de chez lui; il lui semble qu'il doit être un objet de dégoût pour tout le monde.

Au début du traitement que nous avons mis en usage, j'avoue que je n'avais pas grande foi dans la véracité du vieux soldat, qui n'avait jamais eu qu'une chaudepisse. En conséquence, je le soumis à l'usage de la salsepareille, et j'essayai de faibles doses d'iodure mercureux; mais il ne put les supporter. En conséquence, je me contentai de donner de l'iodure de potassium à doses croissantes, en commençant par 30 centigrammes par jour. Arrivé à 1 gramme, il n'y eut pas possibilité de continuer. Il était survenu des douleurs d'estomac excessivement vives, et ensuite une espèce de coryza très abondant. Après deux mois d'essai, n'ayant rien obtenu avec ces divers moyens, j'abandonnai toute espèce d'idée de corrélation avec une maladie syphilitique antérieure, et me bornai à mettre le malade à l'usage de la tisane de salsepareille, à la dose de 45 grammes de racine concassée par jour, bien que depuis six semaines il fût soumis déjà à cette tisane; mais il n'en prenait que 30 grammes par litre d'eau, et cette quantité était souvent bue en deux jours. Je me contentai de mettre sur l'ulcère un plumasseau de charpie imbibé de solution de sulfate d'alumine.

Le 6 novembre, le malade dit qu'il lui semble souffrir moins; du reste, on n'aperçoit aucun changement dans la plaie.

22 novembre. Le malade se trouve mieux; les douleurs ont diminué d'une manière notable; l'appétit revient; la plaie est dans le même état. Comme ici, il n'est pas facile de ramener la plaie à l'état de simplicité sans obtenir une modification très profonde dans l'organisme. A l'usage du smilax, je joins l'acide arsénieux, qu'on sait avoir une grande puissance dans beaucoup de maladies de la peau. Je fais donc prendre 1 milligramme matin et soir d'acide arsénieux.

10 décembre 1851. Le mieux se soutient, l'ulcère semble se modifier. L'odeur de l'ichor est moins repoussante, et la plaie semble être moins grisâtre; les bords s'affaissent. On continue les mêmes moyens.

30 décembre. Il y a une amélioration très marquée dans l'état général; il semble que le malade prend un peu d'embonpoint. Les nuits, dit-il, sont presque toutes bonnes; les douleurs qu'il ressentait dans la tête sont moins vives. L'ulcère semble s'améliorer. Je fais prendre 3 milligrammes d'acide arsénieux par jour.

15 janvier. État général bon; ulcère évidemment mieux. Les bords sont presque affaissés; le fond de l'ulcère est toujours grisâtre. Je résolus de modifier les tissus. En conséquence, j'appliquai une couche de pâte de Vienne sur tous les bords ulcérés, que je laissai 6 minutes environ. Même pansement; même traitement.

24 janvier. La nature de la plaie est changée; il n'y a plus que quelques points qui offrent la couleur grisâtre. Je fais une nouvelle application de pâte de Vienne. Du reste, même traitement, moins l'acide arsénieux, qui occasionne des douleurs vives d'estomac.

4 février. Tout l'ulcère est de couleur vermeille; plusieurs points sont cicatrisés; les douleurs ont presque entièrement disparu, à l'exception du bout du nez, qui est le siége d'une douleur vive passagère. Je le cautérise profondément avec le même caustique, et continue le même traitement.

20 février. Tout l'ulcère est presque cicatrisé, à part le bout du nez; mais il offre des bourgeons charnus de bonne nature. Les douleurs ont complètement cessé; l'état général est aussi très bon. On panse le nez avec un peu de vin aromatique; on continue encore l'usage du smilax.

4 mars. La cicatrisation de tout l'ulcère est achevée. Le malade reste chez lui sans rien sur son nez; il le couvre seulement d'un morceau de linge lorsqu'il doit aller dans la rue. On continue l'usage du smilax encore quinze jours, en diminuant la dose de moitié.

20 mars. Bonnet est entièrement débarrassé d'un ulcère qu'il portait depuis cinq ans, et que rien n'avait pu guérir.

Dans cette observation, peut-être trouvera-t-on que j'accorde beaucoup plus à la salsepareille qu'elle ne doit avoir réellement; car l'arsenic, lui aussi, peut compter dans le succès. Je ne nie pas que l'usage prolongé de l'arsenic ait une grande influence; mais je crois que son action heureuse a été préparée et soutenue par l'usage du smilax, et que seul il n'eût pas réussi : car si je m'en rapporte au malade, il m'assure que M. Baumès lui avait fait prendre de la liqueur de Fowler pendant longtemps sans rien obtenir.

Dans cinq ou six mois, si nous sommes assez heureux pour y déterminer le malade, nous tenterons chez lui la rhinoplastie; mais en ce moment il ne veut entendre parler de rien, se trouvant trop heureux, dit-il, dans cet état.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 Juin 1852. — Présidence de M. Bouvier.

Sommaire. — Corde fibreuse tendue dans la cavité gauche du cœur dans un cas d'insuffisance aortique, par M. Aran. — Discussion du mémoire de M. Monneret, sur la physiologie pathologique et le traitement des maladies du cœur. — MM. Requin, Marrotte et Legroux.

M. Aran présente à la Société une pièce anatomique, dans laquelle on observe une corde fibreuse tendue dans l'intérieur de la cavité ventriculaire gauche du cœur.

Cette pièce a été recueillie chez un homme âgé de 40 ans, doué d'une bonne constitution, ivrogne et sujet à de fréquentes palpitations. Le sujet dont il est ici question fut un jour mouillé profondément par une pluie d'orage; il se refroidit et tomba malade. Il eut un rhume très fatigant, accompagné de dyspnée et de suffocation, et pour lequel deux à trois saignées furent jugées nécessaires. Il entra en convalescence au bout d'un mois, tout en conservant une dyspnée assez forte pour empêcher le travail professionnel.

Dix mois après cet accident, ce malade fut admis à la Pitié, où il offrait les signes d'un rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique. Il avait beaucoup de peine à respirer. Son pouls, régulier, vibrant, dépressible, battait 112 à la minute. La poitrine, déformée par une voussure précordiale, offrait une matité de 11 centimètres carrés, et transmettait à la main un frémissement vibratoire des plus marqués. Un sifflement musical au premier temps, et un souffle au second, sensibles à la pointe et plus nets à la base du cœur, se prolongeaient au-dessus dans la direction de l'aorte. Un souffle intermittent existait dans les carotides.

Ce malade éprouvait, en outre, des battemens assez forts dans la profondeur de la région épigastrique, et l'aorte abdominale dilatée était également le siége d'un bruit de souffle.

La mort eut lieu presque subitement à la suite d'une infiltration séreuse considérable dans le tissu cellulaire et les cavités splanchniques.

A l'autopsie, M. Aran a trouvé une aortite limitée à deux ou trois centimètres au-dessus du cœur, puis un peu plus loin dans l'aorte descendante, et enfin dans l'aorte abdominale, ces trois parties de l'aorte étant séparées par des parties saines.

Le cœur, hypertrophié, mesurait 12 sur 13 centimètres sur les ventricules. Les valvules aortiques étaient recroquevillées, de manière à constituer une insuffisance manifeste. Au-dessous des valvules aortiques, dans l'orifice auriculo-ventriculaire, au niveau de la base de la valvule mitrale, et adhérente à cette valvule, se trouve une corde fibreuse, longue de 2 centimètres, blanche, nacrée, résistante, élastique, et offrant une aspérité vers le milieu de son étendue. Il est probable que c'est là un caillot formé dans une maladie aiguë, et organisé consécutivement sous cette forme tendineuse.

M. Legendre croit que cette bride pourrait bien être une altération congéniale, comme on en a observé quelquefois chez des enfans.

M. Bricheteau attribue la formation de cette corde à une ancienne endocardite, et rappelle que c'est ainsi que s'établissent toutes les productions de ce genre.

— L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. Monneret, ayant pour titre : *Physiologie pathologique, et traitement des maladies chroniques du cœur.*

M. Requin approuve la pensée du mémoire de M. Monneret, qui tend à faire sortir l'étude des maladies du cœur de l'exposition anatomique, et qui rétablit les indications thérapeutiques de ces maladies, moins d'après la lésion que d'après l'état général des malades. C'est une pensée juste et féconde qui ne peut avoir que de bons résultats.

M. Requin, cependant, ne partage pas toutes les idées thérapeutiques de M. Monneret, et à l'égard de l'opium surtout, il diffère complètement; M. Requin ne pense pas que ce médicament « augmente la con- » gestion cardiaque et pulmonaire, affaiblisse l'innervation, l'irritabilité » musculaire, contribue à accroître la cyanose, la congestion encépha- » lique et celle qui existe déjà dans les autres organes, » comme le dit M. Monneret; il croit, au contraire, que l'opium est très utile dans les maladies du cœur.

Bien qu'il ne guérisse pas, c'est un palliatif utile qui diminue beaucoup la dyspnée et soulage toujours les malades. La dose, qui ne saurait être la même pour tous les malades, doit être recherchée avec soin dans une

expérimentation méthodique, et on n'aura plus alors qu'à se féliciter de l'emploi de cette substance. Du reste, c'est la masse des témoignages des médecins qui seule doit résoudre la question, et M. Requin en appelle à ces témoignages pour la confirmation de sa pratique.

M. Marrotte croit qu'il est infiniment plus utile de s'occuper des troubles dynamiques que du diagnostic anatomique des lésions du cœur, ainsi qu'il l'a soutenu dans un travail antérieurement publié. Il désire savoir comment M. Monneret explique ce qu'il a dit sur l'action de la digitale, qui ralentirait la force du cœur, diminuant la force *vis à tergo* et augmentant les congestions séreuses des parenchymes. Il ne comprend pas bien que la digitale agisse de cette façon et il croit au contraire qu'elle est très utile en modérant la pression du cœur. Dans la période sthénique, il faut, avant tout, ralentir la circulation et ne pas proscrire la digitale, qui rend d'incontestables services. Dans certains cas, quand la circulation est troublée, activée et précipitée, l'usage non permanent, mais passager, de la digitale est absolument nécessaire. On sait d'ailleurs que l'âge, qui ralentit les battemens du cœur et diminue leur force, est une excellente condition qui favorise la prolongation et l'amélioration des maladies du cœur. C'est un exemple à nous offert par la nature et que nous devons chercher à imiter.

M. Marrotte se demande encore si toutes les congestions des maladies du cœur sont passives, et s'il n'y en a pas un certain nombre qui méritent le nom de congestions actives, surtout au début des accidens et dans les cas d'hypertrophie simple sans lésion des orifices. Ces congestions engendrent des hypertrophies surtout dans la face, et alors les alcalis deviennent très utiles en amenant la diurèse.

M. Monneret rappelle une proposition générale du début de son travail, dans laquelle il approuve la division des maladies du cœur, de Corvisart, en anévrysme actif et en passif. Il pense que dans les cas où le cœur est dilaté, ses parois amincies et ses contractions diminuées, il est impossible de donner de l'opium. Au dernier terme de ces maladies, lorsqu'il y a partout des congestions séreuses et parenchymateuses, l'opium qui diminue la contractilité musculaire ralentit encore la circulation et la contractilité des petits vaisseaux, d'où l'augmentation des congestions veineuses locales, ce qui est précisément tout le contraire du but que l'on se propose d'obtenir.

Quant à la digitale, comme elle diminue la force du cœur, elle favorise également les congestions locales et agit au rebours de ce qui est convenable. Son action se rapproche alors un peu de celle de l'opium. Elle n'est vraiment utile qu'au début de ces maladies, pour régler la circulation et la motilité du cœur.

M. Monneret admet les congestions actives des maladies du cœur, mais il les considère comme un phénomène excessivement rare. Elles n'amènent que rarement l'hypertrophie, même dans le tissu du foie. Il en est de même à l'égard de la cirrhose, qui n'est rien moins que fréquente. Sur 45 autopsies, M. Monneret n'a trouvé que quatre fois cette altération, et il déclare qu'elle ne produit ni augmentation ni hypertrophie du foie. Cette augmentation de volume n'existe pas plus dans les maladies du cœur que dans d'autres maladies, la phthisie pulmonaire, par exemple.

M. Marrotte signale ce fait en faveur de l'emploi de la digitale. Dans le cas de rétrécissement d'un orifice, il y a un obstacle qui gêne la circulation, et le sang poussé par le cœur s'échappe par les orifices non rétrécis, refluant ainsi dans les organes voisins. Or, ralentir les contractions du cœur, c'est rétablir la force *vis à tergo* régulière, relativement aux besoins de l'organe malade, c'est diminuer la force du cœur, la congestion des parenchymes, les infiltrations séreuses qui en résultent, c'est amoindrir la dyspnée ou la suffocation, et c'est la digitale qui seule peut remplir cette indication.

M. Legroux : La division d'anévrysme actif et d'anévrysme passif est trop restreinte. L'anévrysme actif de Corvisart est fort rare. L'anévrysme passif est le plus commun ; mais entre ces deux états, il y a des états intermédiaires qui réclament une thérapeutique différente.

Les maladies du cœur sont presque toujours des hypertrophies avec lésions valvulaires, et quand on a diminué les engorgemens des parenchymes par la saignée, la digitale est très utile.

Dans l'anévrysme passif, l'usage de la digitale est très fâcheux et nuit aux malades plus qu'il ne leur est favorable.

Les saignées constituent le meilleur moyen de débarrasser le cœur et les vaisseaux. Quand il devient impossible d'y recourir, les malades sont voués à une mort prochaine ; mais encore au dernier jour, à la dernière heure, la saignée amène un soulagement notable.

M. Monneret : Je n'hésite pas à reconnaître que les saignées soulagent momentanément les malades ; mais, quelques heures après, les accidens reviennent, les congestions viscérales augmentent, et l'état général devient de plus en plus grave. Mieux vaudrait employer alors les émissions sanguines locales aux environs des viscères les plus engorgés ; mais c'est encore là un remède sur lequel il faut peu compter.

Le secrétaire : E. Bouchut.

RÉCLAMATION.

A M. le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur le rédacteur,

Dans l'un des derniers numéros de votre excellent journal (20 juillet 1852, page 346), M. Mialhe, exposant ses intéressantes recherches sur les divers états de l'albumine dans l'économie animale, fait mention de ma note sur le passage de cette substance dans les urines ; mais il déclare ne pouvoir partager mon opinion.

Veuillez me permettre, Monsieur le rédacteur, de montrer que, dans son argumentation, ni mon principe, ni mes preuves n'ont subi la plus légère atteinte.

Dans ma note citée par M. Mialhe (comptes-rendus de l'Académie des sciences, p. 522, décembre 1851, et Union Médicale, même année, p. 611), on lit :

« A l'état ordinaire, les matières albumineuses sont brûlées dans le sang, et les résidus azotés de la combustion, l'urée et l'acide urique, sont éliminés par les urines. »

J'ajoute, en effet, comme le dit M. Mialhe : « Si, pendant un temps suffisamment prolongé, l'albumine venait à subir dans la circulation une quantité de combustion notablement moindre qu'à l'état normal, elle pourrait passer en nature dans les urines, au lieu de n'être éliminée qu'à l'état d'urée et d'acide urique. »

Mais je ne me contente pas d'avancer une telle opinion ; je prouve qu'en réalité les maladies, les états particuliers dans lesquels l'albumine passe dans les urines, coïncident avec une diminution de combustion notable et déterminée :

Soit par une respiration très incomplète (croup, hydropisies, ascites très développées, etc.) ;

Soit par la soustraction naturelle d'une partie du sang à l'hématose (cyanose, etc.) ;

Soit par un obstacle considérable à la circulation ;

Soit par une forte diminution de l'influence nerveuse (lésions des centres nerveux, certaines courbatures, etc.) ;

Soit par la suppression subite de la transpiration cutanée (refroidissemens considérables de la surface du corps, application de vernis sur la même surface) ;

Soit, enfin, par des agens dont le passage dans le sang diminue la combustion lente.

Je fais voir d'ailleurs que l'albumine, qui, en général, n'apparaît pas dans l'urine des mammifères et des oiseaux, apparaît, au contraire, dans celle des batraciens, animaux dont le sang est le siége d'une si faible combustion.

Je prouve enfin que, comme il arriverait si, par suite d'une diminution de combustion, l'albumine des urines échappait dans le sang à la transformation en urée et en acide urique, ces deux principes diminuent dans les urines à mesure que l'albumine y devient plus abondante.

D'autres faits permettent-ils à M. Mialhe, sinon d'attaquer mon principe, mes preuves ou mes conséquences, au moins de montrer leur insuffisance dans la question.

A l'égard de mon principe, M. Mialhe s'exprime ainsi : « L'urée doit sa formation à l'oxygénation des matières albumineuses qui, dans un premier degré d'oxydation, engendrent l'acide urique, et dans un second l'urée. » Or, voilà parfaitement ce que j'admets.

Mes preuves, M. Mialhe les accepte, puisqu'il n'en refuse aucune.

Sur quoi donc fonderait-il une opinion contraire ?

Voici son argumentation : « Les matières albumineuses fournissent certainement des élémens à la combustion, mais ce n'est point par défaut d'oxygénation ou de combustion qu'elles passent dans les urines, car ces principes ne sont point destinés à disparaître et à être *complètement* brûlés par leur absorption comme les principes respiratoires ; ils doivent, au contraire, être conservés en grande partie pour servir à la réparation générale de l'organisme. »

Oui certainement, tout porte à le croire, les principes albumineux n'ont pas été destinés à disparaître et à être complètement brûlés après leur absorption ; mais quel rapport peut-il exister entre ma théorie et cette destination des matériaux albumineux à une combustion incomplète ? Et si une telle destination doit les empêcher de passer dans les urines quand diminue la combustion du sang, pourquoi passent-ils néanmoins ?

Quant à l'opinion de M. Liébig, l'illustre savant possède trop bien l'intelligence des phénomènes chimiques, pour ne pas admettre, comme M. Mialhe lui-même, que l'albumine est brûlée dans le sang (1). M. Liébig a probablement voulu dire : si l'albumine seule était chargée de soutenir la combustion si active exercée par l'oxygène humide dans la circulation, elle serait souvent insuffisante ; les principes non azotés, l'amidon, le sucre, la graisse, lui servent d'auxiliaires indispensables dans la respiration des animaux.

Agréez, etc. Éd. Robin.

Mercredi, 21 juillet 1852.

Nous trouvons réponse à la réclamation de M. Robin dans les faits mêmes consignés dans notre travail.

La théorie de M. Robin est celle-ci : « L'albumine qui vient à subir dans la circulation une quantité de combustion notablement moindre qu'à l'état normal, peut passer en nature dans les urines, au lieu de n'être éliminée qu'à l'état d'urée et d'acide urique. » Cette théorie fait par conséquent dépendre du plus ou moins d'oxygénation de l'albumine le passage des matières albumineuses dans les urines.

Notre proposition est toute différente : « L'albumine est de sa nature insoluble, non endosmotique ; elle ne peut sortir des vaisseaux qui la contiennent, traverser les membranes, en un mot pénétrer dans l'économie ou en sortir, qu'après avoir subi des modifications constitutives qui la rendent soluble, et cela en dehors de tout phénomène d'oxygénation. »

L'albumine s'oxyde dans le sang en donnant naissance à une plus ou moins grande quantité d'acide urique ou d'urée qui sont éliminés par les urines : c'est un fait accepté par tous les chimistes ; mais s'ensuit-il que l'albumine entière doive se transformer en acide urique et en urée, et que l'albumine qui n'a pas subi l'action de l'oxygène doive être éliminée de l'économie et passer dans les urines ? Non certainement. Nous avons dit : l'albumine n'est pas un élément *respiratoire* destiné à disparaître de l'économie comme le sucre et les matières grasses : c'est un élément *plastique* dont la conservation est nécessaire pour l'entretien et la réparation des organes, et c'est ainsi que M. Liébig l'admet textuellement d'après la citation que nous avons faite.

M. Robin, en acceptant que les principes albumineux n'ont pas été destinés à disparaître et à être complètement brûlés après leur absorption, demande : « Mais quel rapport peut-il exister entre ma théorie et » cette destination des matériaux albumineux à une combustion incom- » plète ? Et si une telle destination doit les empêcher de passer dans les » urines quand diminue la combustion du sang, pourquoi passent-ils » néanmoins ? »

Nous répondrons : il n'y a aucun rapport entre ces faits ; l'oxydation plus ou moins complète des élémens albumineux est parfaitement indépendante des phénomènes endosmotiques. Il n'y a aucune analogie à établir entre ce qui se passe pour l'albumine et ce qui se passe pour les matières non azotées, le glucose par exemple : si, par défaut d'alcalinité suffisante dans l'économie, le glucose ne peut subir l'action de l'oxygène et être brûlé, il devient corps inutile et est expulsé par les urines ; mais il n'en est pas de même pour l'albumine : la portion qui n'est point attaquée par l'oxygène et qui n'est point changée en acide urique et en urée, ne perd rien de ses propriétés chimiques et physiques ; elle reste albumine, corps qui n'est point inutile, qui est indispensable au contraire à la nutrition générale et qui est assimilé par tous les organes, de telle sorte qu'à l'état physiologique il ne se trouve jamais dans les déjections.

La question se trouve donc ramenée au point où nous l'avons prise : pourquoi à l'état physiologique l'albumine ne passe-t-elle jamais dans les déjections, pourquoi s'y trouve-t-elle lors de certains cas pathologiques ?

Eh bien ! aujourd'hui comme précédemment, nous prétendons que le passage des matières albumineuses dans les urines n'a pas lieu par défaut d'oxygénation suffisante. Que M. Robin prouve, par des expériences contradictoires aux nôtres, que ce que nous avons avancé, savoir : « que » l'albumine est insoluble et point endosmotique ; que, pour obéir aux » lois de l'endosmose, pour pénétrer dans l'économie ou pour en sortir, » elle doit subir des transformations qui la rendent soluble ; » qu'il prouve que ces faits, bases fondamentales de notre travail, sont faux ; autrement nous continuerons de professer que le passage des matières albumineuses dans les déjections reconnaît pour cause, non le défaut d'oxygénation, mais les différentes modifications soit de l'albumine, soit des tissus, modifications que nous avons établies d'après des expériences directes et des faits pathologiques.

Mialhe.

(1) On peut voir à ce sujet le mémoire de M. Clément, *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, t. XXXIV, p. 977.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Le *Siècle* public les renseignemens suivans :

« Les travaux de l'hôpital du Nord sont maintenant poussés avec une telle activité, qu'il y a tout lieu de croire qu'avant un an il pourra être livré à sa destination. Cet important établissement, le plus considérable de ce genre, remplacera à la fois l'hôpital provisoire de Bon-Secours et le corps de bâtiment de l'Hôtel-Dieu qui doit être prochainement démoli pour le dégagement des quais du petit bras de la Seine. L'hôpital du Nord contiendra 650 lits. C'est un inconvénient, sans doute, d'accumuler tant de malades sur un même point ; mais les conditions d'hygiène ont été si bien étudiées dans la disposition des bâtimens du nouvel hôpital, qu'aucun autre ne réalise au même degré une aussi bonne disposition d'air et de lumière.

» L'édifice a la forme d'un carré très allongé, dont la plus grande dimension est parallèle au faubourg Poissonnière. Dans la partie antérieure, se trouvent les bureaux, les logemens des divers employés, les cuisines, etc. ; dans la partie postérieure, la chapelle, la communauté des sœurs, la lingerie, les bains, la salle des morts, les amphithéâtres. Au centre, est une vaste cour qui sera plantée d'arbustes, et dont le milieu offrira un bassin avec jet d'eau. Cette cour-jardin sépare deux ailes, l'une destinée aux hommes, l'autre aux femmes. Chaque aile est subdivisée en trois pavillons, auxquels se rattachent autant de préaux et de promenoirs. Les pavillons, élevés d'un mètre au-dessus du sol, reposent sur des voûtes qui recouvrent d'immenses caves, ou plutôt de vastes magasins, dans lesquels l'air circule en pleine liberté. Ces pavillons se composent d'un rez-de-chaussée et de deux étages, formant autant de salles, contenant chacune trente-cinq lits. Le rez-de-chaussée a sur la cour-jardin une galerie couverte, et le premier étage une galerie découverte. Le long de ces galeries seront disposés des vases de fleurs.

» Les préaux seront gazonnés et entourés par une allée d'arbustes. Tout le long des ailes est établi un chemin de ronde qui dispensera de faire entrer les voitures dans la cour centrale. La salle des morts, comme nous l'avons dit, est reléguée à la partie postérieure de l'édifice et à la partie du dehors. Les malades ne verront pas, comme dans certains hôpitaux, circuler les chars qui emportent les cadavres ; on rassemblera autour d'eux tout ce qui est capable de les distraire, de les consoler, de les égayer, commodités et agrémens, chauffoirs où ils pourront se réunir en hiver, petites pièces où ceux qui incommoderaient les autres par leur délire ou leurs cris seront mis à l'écart, petits cabinets de bains à la proximité des salles pour ceux qui ne pourraient être transportés sans inconvénient. Tel est l'aperçu sommaire de l'excellent aménagement de cet hôpital, qui sera l'honneur de la ville de Paris et le modèle du genre. »

Nécrologie. — L'un des plus célèbres chimistes de notre époque, Thomas Tholoden, professeur de chimie à l'Université de Glasgow, est mort dans les premiers jours de juillet dernier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Die Turkie and deren Bewohmer in ihren naturhistorischen, physiologischen und pathologischen Verhallnissen von Standpukte Constantinopel's gescheldert von dr Lorenz Rigler. Un vol. in-8. Wien, 1852.

Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés, par M. Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville. Tome Ier. Paris, 1852, Victor Masson et J.-B. Baillière.

Leçons orales sur les phrénopathies, ou Traité théorique et pratique des maladies mentales, cours donné à la Clinique des établissemens d'aliénés à Gand, par J. Guislain, professeur à l'Université de Gand, avec 54 figures intercalées dans le texte et un plan général. — 3 vol. in-8. Gand, 1852. Paris, J.-B. Baillière.

Mémoires de l'Académie nationale de médecine. Tome XVI. Paris, 1852, J.-B. Baillière

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles ; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme* — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, etc., avec une introduction par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*. — Un vol. in-8. — Prix : 5 fr.
Paris, 1852, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), par M. le docteur Fauconneau-Dufresne. — Prix : 1 fr.
Se vend au bureau de l'*Union Médicale*.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 93. SIXIÈME ANNÉE. **Jeudi 5 Août 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 AOUT 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LA SYPHILISATION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Espérons-le !

La Syphilisation ne se relèvera pas des rudes coups qui viennent de l'atteindre. A M. Ricord l'honneur et la gloire d'avoir démoli pièce à pièce cette doctrine incohérente et malsaine. Non, jamais les générations futures ne voudront croire qu'en plein XIXme siècle, sous le règne des sciences physiques et chimiques, alors que les prodiges enfantés par la vapeur et l'électricité étonnent le monde ; alors que les sciences médicales s'imprègnent de plus en plus des tendances scientifiques de l'époque, non, elles ne pourront pas croire que la Syphilisation soit contemporaine des chemins de fer et du télégraphe électrique, de l'auscultation et de la plessimétrie, des grandes découvertes physiologiques et thérapeutiques de notre temps ; non, elles ne s'imagineront pas qu'on ait voulu associer le nom de l'inventeur de cette pratique dangereuse et absurde aux grands noms des Laennec, des Andral, des Velpeau, des Magendie, des Longet et des Bernard qui ont illustré la première moitié de notre siècle. Nous l'avouons, nous nous sentons profondément humilié, pour notre science et pour notre art, d'être obligé à écrire l'histoire de la discussion actuelle ; pour nous donner un peu de cœur à cette répugnante besogne, il faut nous sentir soutenu par cette pensée qu'il s'agit de l'accomplissement d'un devoir public, et que, pour pareille tâche, les plus humbles efforts peuvent avoir leur prix.

Grâce au ciel, un auxiliaire redoutable et puissant nous est venu en aide. L'Académie n'a rien, dans ses annales, de comparable à la séance d'hier. Dès deux heures, une foule épaisse encombrait l'auditoire. Médecins de Paris et des villes voisines — nous avons vu d'honorables confrères venus de Versailles, de Chartres, de Melun et de toute la banlieue, — élèves en grand nombre, hommes de lettres, avocats, artistes, formaient la plus nombreuse assistance que nous ayons jamais vue aux séances académiques.

Disons-le tout d'abord, l'attente et l'espoir de l'assistance n'ont pas été déçus.

M. Ricord, dans un discours qui a duré plus de deux heures, et qui a constamment soutenu l'attention et le vif intérêt de l'auditoire, n'a voulu laisser debout ni un seul principe, ni un seul fait de la Syphilisation. La prenant à son berceau, il a montré que ce point de départ de la doctrine était une idée fausse, une observation mal faite d'où on a tiré une conséquence illégitime. La transmission de la syphilis des animaux à l'homme n'est qu'une chimère. On n'a jamais inoculé aux singes que du pus chancreux qui, déposé sur l'épiderme, y est resté inerte et inactif, sans jamais déterminer un accident consécutif, semblable à une graine tombée par hasard sur un sol où elle ne peut germer, et qui, portée plus tard sur un sol propice, s'y développe avec rapidité et donne des fleurs et des fruits. La prétendue transmission des chancres du singe à l'homme justifie complètement ce langage figuré. Du pus est pris sur un chancre de l'homme et inoculé sous l'épiderme d'un singe, il y détermine une petite ulcération locale, et puis il s'éteint pour toujours. Pendant l'activité de cette ulcération, si l'on recueille de ce pus et qu'on l'inocule du singe à l'homme, il déterminera chez l'homme aussi un chancre caractéristique ; mais quelle différence ! tandis que chez le singe, l'ulcération éteinte et cicatrisée, tout est fini, chez l'homme, si le pus est infectant, des accidens surviennent, et toute l'économie traduit successivement les symptômes de l'infection générale. Rien de semblable chez les animaux. On a dit le contraire. Pure assertion. Aucun savant, aucun corps scientifique n'a été mis en mesure de voir et d'examiner un animal chez lequel on aurait développé la syphilis constitutionnelle. Ce premier point de la doctrine ne repose donc que sur une allégation pure et simple.

Il était très important d'établir l'inanité de ce premier principe de la Syphilisation ; car cette base ruinée, vous allez voir chanceler et s'écrouler l'édifice tout entier.

M. Ricord a fait ensuite, dans tous ses détails, l'historique complet de la découverte et des progrès de la Syphilisation.

On inoculait des chancres sur les singes. Cette inoculation ne réussissait pas toujours ; il arrivait une époque où on ne réussissait plus du tout. Qu'est-ce à dire, s'écria-t-on ? Cela ne tiendrait-il pas à ce que des inoculations successives rendent l'économie réfractaire à de nouvelles inoculations ? Oui, c'est bien cela, il en doit être ainsi ; et, sans plus de façons, on invente une doctrine, on décrète des lois, on lui impose un nom émouvant, et voilà la SYPHILISATION conçue et mise au monde.

Lisez, dans le discours de M. Ricord, toute cette partie relative à l'historique, partie tracée de main de maître, et voyez si jamais quelque chose de moins sérieusement étudié a été sérieusement proposé au monde savant.

Après cet historique si curieux, si instructif et si amusant à la fois, l'habile orateur a passé à l'exposition et à l'appréciation de la doctrine. Il n'a pas eu heureusement besoin de la suivre dans les lois déjà innombrables qu'elle a promulguées, il n'en a pris que deux, mais les principales, celles qui la résument et qui la soutiennent, et il fallait entendre avec quelle verve et quel entrain irrésistibles il a battu en brèche cette prétendue loi de l'affaiblissement successif des chancres par l'inoculation successive, cette autre prétendue loi du pus *supérieur*, *inférieur* et *moyen*, erreurs énormes, immenses, déplorables, qui trahissent dans les inventeurs et les propagateurs de la Syphilisation une inscience radicale de l'évolution, de la succession et des conséquences des accidens primitifs de la syphilis, un oubli complet des premiers élémens de la syphiligrophie et des résultats de l'observation vulgaire et quotidienne.

Mais la partie saisissante et véritablement dramatique de ce beau discours, celle que nous signalons particulièrement à l'attention de nos lecteurs, c'est la partie relative à l'exposition et à la critique des faits. C'est, vous le savez, sur le terrain des faits que les timides mais imprudens défenseurs de la Syphilisation appelaient l'Académie et les contradicteurs de la doctrine. Ce sont les faits qui avaient jeté, disaient-ils, dans leur esprit le doute, et dans leur langage une sorte de réserve approbative. Se trouveront-ils satisfaits de l'appréciation dissolvante que M. Ricord en a faite ? En existe-t-il un seul maintenant ?

Hélas ! oui, les faits subsistent, mais ils sont accablans pour la doctrine. De ces prétendus syphilisés, pas un seul, de ceux au moins qui ont été cités et montrés, pas un seul ne mérite ce titre, pas un seul n'a acquis cette décevante impunité qui leur était promise ; voilà pour la doctrine préventive. Quant à la prétention curative, les résultats sont si tristes et si graves, qu'une véritable émotion s'est emparée de l'assistance, quand M. Ricord, ému lui-même et contenant à peine une généreuse indignation, a raconté les résultats terribles de la Syphilisation chez des malheureux qui, en proie à des accidens constitutionnels, se sont laissé tenter par les fallacieuses promesses de la nouvelle doctrine. Ces résultats ont été jusqu'à la mort !..... Oui, la Syphilisation a déjà son nécrologue. Êtes-vous satisfaits, imprudens partisans du *laissez-faire* ? Et voyez-vous maintenant ce qu'il y a *là-dessous* ? Il y a là-dessous que pas une guérison, pas une seule apparence de guérison n'est survenue, mais, au contraire, qu'une aggravation rapide s'est toujours montrée, et que dans un cas, sur un jeune homme de 24 ans, l'infection a fait une explosion si générale et si soudaine que l'art, impuissant et désolé, n'a pu conjurer une terminaison funeste.

Cette douloureuse énumération achevée, M. Ricord s'est demandé quel peut être et quel doit être l'avenir de la Syphilisation. Cet avenir est écrit dans son passé déjà si triste et qui ne date que d'hier, dans son présent qui afflige le cœur et qui déconcerte l'esprit. Si la Syphilisation est une vérité, c'est une triste vérité ! s'est écrié M. Ricord, une vérité des plus dangereuses et du genre de celles qui ont fait dire avec raison que toute vérité n'est pas bonne à dire. Si c'est une erreur — et qui peut en douter après l'éloquente démonstration d'hier — n'y a-t-il pas lieu de s'émouvoir des tristes conséquences que cette pratique doit nécessairement entraîner ? « Je fais des vœux, a dit en terminant M. Ricord, pour que cette journée soit pour la Syphilisation la journée de Saltzbach », faisant allusion au grand nom de Turenne porté par l'inventeur de la doctrine nouvelle.

Tel est le froid squelette de cette belle oraison, qui a valu à l'orateur les félicitations unanimes et les chauds applaudissemens de l'assistance. Le succès de M. Ricord a été complet. Avec une réserve pleine de goût, il a parlé de lui, de ses travaux, de ses doctrines ; il ne s'est mis en scène que contraint et forcé, et lorsque les argumens auxquels il répondait s'étaient adressés directement aux principes qu'il professe. Tour à tour grave et sérieux, spirituel et incisif, toujours mesuré dans son inexorable critique, s'élevant quelquefois jusqu'à la véritable éloquence, semant sur le tout des traits heureux et fins ; tel s'est montré M. Ricord dans cette brillante, solide et forte improvisation qui a dû charmer, émouvoir et convaincre. Et ce n'est pas là seulement un beau discours, c'est encore et surtout un grand acte d'honnêteté et de dignité scientifiques. La Syphilisation a osé reprocher à M. Ricord de se placer parmi ses adversaires, lui qui a introduit la pratique de l'inoculation comme moyen de diagnostic des accidens primitifs de la syphilis. La Syphilisation a vu là une contradiction. Nos lecteurs vont voir comment M. Ricord a répondu à cette accusation irréfléchie ; ils verront l'énergique apostrophe que se sont attirée les syphilisateurs, eux qui n'ont eu le courage de leurs opinions qu'en face de leurs semblables ; tandis que M. Ricord a eu ce courage envers lui-même et en payant d'exemple.

Que va faire la Syphilisation ? Se reconnaîtra-t-elle battue, vaincue et démantelée sur tous les points ?

Espérons-le !

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

(Hôpital Beaujon.)

SUR LES MALADIES CHRONIQUES ET NERVEUSES,

Par M. S. SANDRAS.

Sommaire. — De l'amaurose, de ses causes et de son traitement.

Messieurs,

Je veux profiter de la présence dans nos salles de deux malades frappés d'amaurose, pour vous communiquer les observations que j'ai faites sur ces affections.

Au n° 27 de la salle Saint-François, est couché, depuis quelques semaines, un homme de 37 ans, sur lequel j'ai appelé votre attention. Vous avez pu voir qu'il est atteint d'une amaurose double. Ce malade a eu toutes sortes d'antécédens syphilitiques, des écoulemens simples, puis des chancres avec bubons, et cependant il ne paraît pas avoir présenté d'accidens secondaires. En 1849, il eut la suette dans la Picardie, son pays, se remit difficilement, et la convalescence fut longue, accompagnée d'une grande faiblesse. Ce n'est pas la première fois que je vois des individus frappés de divers accidens nerveux après la suette. Je ne connais pas de maladie qui détermine une détérioration plus complète de la constitution, un affaiblissement plus radical. Ce malade en est un nouvel exemple. Il lui resta longtemps de violentes palpitations, des essoufflemens, une extrême faiblesse, symptômes qu'il attribuait à un anévrisme au cœur. Un pharmacien de ses amis lui guérit, dit-il, ces accidens par des pilules qu'il ne connaît pas. Sa santé était remise au mois de mai 1850. Il prit alors la profession de commis en vins ; et s'adonna bientôt à des habitudes d'ivrognerie qu'il n'avait pas eues jusqu'alors. C'est au milieu de ces habitudes que l'amaurose débuta en janvier 1852. La vue s'affaiblit d'abord un peu, et les objets lui paraissaient moins réguliers. Ce trouble de la vision augmenta peu à peu, et bientôt la lecture lui devint impossible. Enfin, les choses s'aggravant, il est venu nous trouver. A son entrée, l'affection n'était pas assez complète pour qu'il ne vît pas à se conduire, mais la vue était énormément affaiblie, et ses yeux commençaient à prendre cette expression particulière que donne l'amaurose. Il voyait, du reste, beaucoup mieux à l'ombre qu'à la lumière du soleil. Les deux pupilles étaient très dilatées et ne changeaient pas sous l'influence de la lumière ou de l'ombre. Il

y avait seulement ceci de remarquable, qu'en fermant l'un quelconque des deux yeux, les mouvemens de l'iris reparaissaient, bien que l'un et l'autre côté fussent également atteints. L'iris présentait une coloration particulière : tout près de son bord libre, ce voile membraneux offrait une zone d'une teinte rouge cuivrée, et le reste était grisâtre, décoloré au lieu d'être coloré en bleu comme à l'état normal. L'électricité n'a déterminé d'abord aucune perception lumineuse, aucune apparence de phosphènes.

D'ailleurs, l'état général de ce malade était assez mauvais; les digestions étaient assez souvent pénibles : il se sentait affaibli, se plaignait encore, comme autrefois, de palpitations, mais moins violentes et plus rares; le pouls était lent, petit, très dépressible, les bruits du cœur mous, sans impulsion, et le premier se prolongeait beaucoup. Je prescrivis quatre pilules de Vallet par jour et des applications d'électricité sur les yeux. Dès la troisième électrisation, les phosphènes, qui avaient jusque-là fait défaut, reparurent, et une amélioration notable se manifesta. A chaque séance, les phosphènes étaient plus marqués et l'amélioration se maintenait pendant 24 ou 36 heures. Bientôt, ce malade a pu lire facilement les caractères imprimés, et tout nous fait prévoir sa guérison complète. (Sorti guéri au bout de deux mois.)

Vous avez encore vu, au nº 48 de la salle Sainte-Claire, une femme également amaurotique. Cette malade, qui présente aussi des antécédens syphilitiques, a subi, sans aucun résultat, entre les mains d'un habile oculiste, un long traitement par l'iodure de potassium. Elle est en outre essentiellement chlorotique. A son entrée, il y avait un état nerveux grave, accompagné d'hallucinations, car on l'entendait seule s'entretenir avec des êtres qu'elle croyait apercevoir. Ces accidens paraissent avoir disparu maintenant; mais l'amaurose persiste sans aucun amendement. Chez elle, le trouble de la vision est considérable; les pupilles, peu dilatées, ne changent nullement par l'effet de l'ombre ou de la lumière; on n'a jamais pu lui faire percevoir de sensations lumineuses par l'électricité. Cependant, elle aime beaucoup qu'on l'électrise, et après chaque séance, elle prétend apercevoir dans le ciel des taches bleues ou plus claires que l'obscurité complète dans laquelle elle est plongée. Malgré le peu de résultats obtenus jusqu'ici, ces quelques modifications m'engagent à persister, mais, il faut l'avouer, sans grand espoir.

Ces deux faits me paraissent suffisans pour attirer votre attention sur l'amaurose. Je n'ai pas besoin d'insister sur les premiers symptômes, sur ce qu'on a appelé l'amblyopie et sur les sensations particulières qui viennent s'y ajouter. Mais je veux vous présenter quelques considérations sur l'un des signes les plus caractéristiques, l'état des pupilles.

Il ne faut pas croire que la dilatation des pupilles soit un fait constant, que toute amaurose s'accompagne nécessairement de ce symptôme. Le plus souvent, il est vrai, on peut l'observer; mais on rencontre d'assez nombreuses occasions où elle fait défaut. Par exemple, dans certaines amauroses syphilitiques, le contraire de la dilatation se voit assez souvent, c'est-à-dire que l'iris se contracte très vivement et réduit la pupille à une très petite ouverture pour ainsi dire pendant tout le temps que l'amaurose est en marche progressive. Ce n'est que plus tard, lorsque la sensibilité de la rétine est absolument perdue, que l'on voit arriver la dilatation. Souvent, l'état de contraction que je vous signale est joint à une grande sensibilité de l'œil à la lumière, et il est alors présumable qu'il se fait, du côté de la rétine, quelques phénomènes congestifs dont il faut tenir compte pour le traitement.

On observe assez fréquemment l'absence de la dilatation des pupilles lorsqu'un seul œil est malade. Il faut être prévenu de ce fait qui peut donner lieu à des méprises. C'est un phénomène sympathique très remarquable. Si on prend la précaution de fermer alternativement les deux yeux, quand on soustrait l'œil sain à l'action de la lumière, on voit bientôt la dilatation se prononcer dans l'œil malade. Eh bien! chez notre malade du nº 27, nous rencontrons, même à ce sujet, une particularité fort remarquable. La dilatation de la pupille se voit alternativement sur les deux yeux, à mesure que l'un d'eux est exposé à la lumière, l'autre étant tenu couvert; et néanmoins tous les deux sont également frappés d'amaurose. Ce fait me semble quelque chose d'inexplicable et de fort curieux.

Un autre symptôme de l'amaurose, dont il faut tenir compte, se trouve dans l'aptitude de la rétine à percevoir des sensations lumineuses, des phosphènes, comme on dit maintenant, sous l'influence d'irritations mécaniques. On peut toujours s'en assurer, soit en pressant sur le globe oculaire, soit, et beaucoup mieux, au moyen de l'électricité. Or, on reconnaît facilement que cette aptitude persiste chez quelques malades et disparaît tout à fait chez d'autres. On a tiré de ces différences des conséquences sous le rapport du pronostic. Pour ma part, je n'accepte pas sans réserve ces conclusions, et j'ai vu guérir plus d'un malade chez qui, au début, on n'avait pu déterminer de phosphène : cet homme du nº 27 en est un exemple. D'autre part, on est loin de guérir tous ceux chez lesquels il est facile d'en produire.

On aurait tort, Messieurs, de considérer toujours l'amaurose comme une affection de même nature, et j'insiste beaucoup là-dessus, car si l'on savait toujours remonter à la source du mal, je crois qu'on le guérirait plus souvent. Il ne suffit pas de reconnaître qu'il y a perte de la vue par amaurose, il faut rechercher la cause réelle qui donne à la maladie des caractères de curabilité ou d'incurabilité. Comme toutes les affections nerveuses, l'amaurose est souvent liée à un état général.

On sait qu'elle est fréquente dans le diabète.

M. Landouzy a appelé l'attention des médecins sur la paralysie de l'organe de la vision, comme signe prodromique ou symptôme de début de l'albuminurie. Sur cette indication, j'ai cherché à constater le fait. Eh bien! pour mon compte, je n'ai rencontré cette coïncidence qu'une seule fois, et ce n'était pas au début, mais dans le cours de la maladie. Je ne veux pas mettre en doute l'exactitude des assertions de M. Landouzy; seulement, mes propres observations me portent à croire que cet auteur a fait ses remarques au milieu de conditions particulières que je n'ai pas rencontrées.

La syphilis est une cause assez commune d'amaurose. Je ne parle nullement de celles qui se développent par suite de la compression que peut exercer sur le nerf optique ou les parties centrales, une production nouvelle; je parle de celles qui sont dues à une action spécifique du virus syphilitique sur les fonctions de la rétine.

Il existe aussi une amaurose des ivrognes, et cette cause ne paraît pas avoir été sans influence sur le malade du nº 27. Vous savez que ce sujet, mal disposé par ses antécédens, s'est livré à des habitudes de boisson, au milieu desquelles la cécité a débuté.

Mais la plus fréquente de toutes ces causes est assurément la chlorose. Vous savez combien, chez les chlorotiques, la vue a de tendance à s'affaiblir, combien elle diminue à la suite des pertes considérables. Il n'est donc pas étonnant qu'on voie survenir, dans bon nombre de cas, une paralysie complète du nerf optique.

Parfois aussi l'amaurose est due à un abus de l'organe de la vision, comme on le voit chez les micrographes, chez les individus exposés à une lumière vive. Faut-il, dans ces faits, attribuer le désordre fonctionnel à la perte de l'irritabilité de la rétine ou à un travail congestif du côté de cette membrane? Peut-être observerait-on les deux cas.

Enfin, vous savez, Messieurs, que par une action entièrement inconnue, la foudre a parfois déterminé la perte de la vue.

Vous entendrez tous les jours des malades amaurotiques énumérer les traitemens nombreux auxquels ils ont été soumis sans le moindre résultat. Ces médications diverses auront été généralement appliquées, non d'après la nature du mal, mais d'après l'idée que chaque médecin se sera formée sur le mécanisme de sa production. C'est dire que la thérapeutique aura été, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, livrée à l'arbitraire des doctrines. Je pense qu'il importe beaucoup de procéder autrement.

La première chose à faire pour établir le traitement doit être, ici comme partout, de remonter à l'origine de l'affection, de chercher à saisir les rapports qui existent entre les états généraux, les conditions des malades, leurs habitudes et l'état morbide actuel. Lorsque, après ces investigations, on est parvenu à se former une opinion sur la nature de l'amaurose que l'on doit traiter, alors seulement on peut avoir la prétention d'agir rationnellement. La thérapeutique doit donc s'adresser avant tout à l'état général; c'est quand on est parvenu à le modifier qu'on peut espérer d'obtenir de bons résultats, grâce au traitement local devenu opportun.

Je n'ai pas besoin de rappeler votre attention sur les indications générales, dont je vous entretiens tous les jours à propos des maladies nerveuses. Elles ne diffèrent pas pour l'amaurose et pour les autres affections du même genre.

Je vous dirai seulement deux mots des moyens spéciaux de traitemens que je crois applicables dans ces cas. Ces deux principaux moyens, que je vous recommande spécialement, sont la strychnine par endermie et l'électricité.

L'emploi de la strychnine est assez difficile à bien conduire : j'ai renoncé depuis longtemps à l'administrer à l'intérieur contre l'amaurose, et je la fais absorber par la méthode endermique. De petits vésicatoires, appliqués successivement au voisinage de l'œil malade, sont pansés chaque jour avec de petites doses de sulfate de strychnine; mais je dois vous signaler deux inconvéniens : cette méthode est douloureuse, et, en outre, dans certaines conditions, elle donne lieu assez facilement à des érysipèles. En dehors de ces désavantages, elle produit de bons effets; je l'ai vue déterminer seule des phosphènes à la dose d'un demi-centigramme.

Toutefois, l'électricité lui est infiniment supérieure. Vous voyez avec quel succès nous en avons fait usage chez le malade dont il a été question. Il y a peu de temps, nous avons été tout aussi heureux par le seul emploi de ce moyen sur une femme que vous avez pu voir au nº 69 de la salle Sainte-Claire, et qui est sortie guérie.

Il faut noter cependant que cet agent de traitement doit être appliqué avec ménagement; il y a dans la science des exemples dans lesquels on a détruit complètement, par des applications d'électricité, un reste de sensibilité que conservait la rétine. Toutefois, ces cas sont très rares, et je crois qu'avec un peu de prudence on évitera toujours de pareils malheurs, surtout à présent que des faits bien observés ont mis en éveil la prévoyance des médecins.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. le professeur GERDY.

DE L'EMPLOI D'UNE NOUVELLE ESPÈCE D'AIGUILLE DANS L'ABAISSEMENT DE LA CATARACTE.

La nommée Malherbe (Marianne), âgée de 65 ans, entre le 15 juillet 1852, au nº 23 de la salle Ste-Rose.

Les antécédens de la malade n'offrent aucune particularité. L'œil gauche est cataracté depuis deux ans. La malade ne voit pas de cet œil. Tous les symptômes et signes indiquent une cataracte lenticulaire.

L'œil n'est pas enflammé, et la malade jouit d'une bonne santé. Il n'y a ainsi nulle contre-indication à l'opération.

M. Gerdy pratique la méthode d'abaissement (19 juillet).

Pour cette opération, M. Gerdy a recours à l'aiguille à deux branches et à coulisse du nouveau modèle de M. Charrière fils.

Déjà M. Gerdy, pour éviter la bascule du cristallin, autour de l'aiguille, quand on n'opère pas sur le centre même du cristallin, imagina, il y a plusieurs années, une aiguille composée de deux branches, s'ouvrant comme une pince de Hunter, et se fermant avec une canule qui jouait le rôle de coulant. Comme l'instrument était difficile à bien faire, M. Gerdy avait engagé MM. Luër et Charrière à chercher une modification qui en rendît la fabrication plus facile. M. Charrière n'avait pu y parvenir, quand il présenta, dans un autre but, une aiguille double en ciseaux, qu'il voulait exposer à Londres, et qu'il avait faite d'après le modèle de l'aiguille de M. Gerdy, pour porter dans l'œil un instrument propre à s'y déployer. M. Gerdy trouvant cet instrument capable de simplifier son aiguille, demanda à M. Charrière de faire une aiguille semblable pour abaisser la cataracte, en la modifiant légèrement pour le but auquel il la destinait. C'est ce que M. Charrière fils a heureusement exécuté.

Cette nouvelle aiguille de M. Charrière fils est composée de deux parties assemblées par un coulant qui adhère à l'une d'elles; elle est composée de manière que les branches s'assujétissent mutuellement l'une contre l'autre, au point que leurs lames font l'office de ciseaux. Ces ciseaux coupent très bien; le manche, dont le volume est celui d'une aiguille ordinaire (voir la figure), s'assemble avec la double aiguille par une simple échancrure dite baïonnette, de sorte qu'on peut nettoyer cette aiguille aussi aisément, aussi complètement qu'une aiguille simple ordinaire.

Pour traverser la sclérotique, l'aiguille double n'a pas exigé plus d'efforts qu'une aiguille simple, ce qui était le difficile de l'exécution, et n'a point causé plus de douleur à la malade.

La membrane cristalline est déchirée par l'aiguille encore simple; puis celle-ci s'ouvre facilement dans la chambre postérieure. Elle y manœuvre librement, sans souffrances pour la malade, ses deux branches étant écartées.

Celles-si sont appuyées, par leur plein, sur la face antérieure du cristallin, de chaque côté de son centre, et on abaisse la lentille. Le cristallin remonte; il est abaissé de nouveau et aussi promptement, et reste abaissé.

Puis l'instrument est fermé et retiré de l'œil, sans qu'il y ait eu d'autre phénomène que l'écoulement d'un peu de sérosité roussâtre dans l'intérieur de l'œil.

La malade ne souffre point; et quoique la vision soit peu distincte, il y a lieu d'espérer un heureux résultat.

Au reste, ce n'est pas la première fois que M. Charrière fils exécute l'idée d'une aiguille à deux branches, capable de s'ouvrir dans l'œil sans causer d'accident. N'a-t-il pas présenté l'aiguille-pince faite sur le même principe que l'aiguille précédente, introduite dans l'œil aussi facilement que l'aiguille simple à cataracte; elle s'y ouvre sans danger, y pince des fausses membranes ou des débris de cataracte qui ne se résorbent pas, les tire au-dehors par son ouverture d'entrée, et permet ainsi de les extraire complètement ou en partie, car quelquefois elles se déchirent. Cette manœuvre est simple et rapide, souvent efficace, sans résultat fâcheux.

M. Guersant l'employa en juillet 1851, à l'hôpital des Enfans malades, sur un petit garçon de 12 ans, opéré de cataracte une année auparavant, et dont la vision était très gênée par des lambeaux qui obturaient le champ de la pupille.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Août 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance :

1° Une collection de mémoires et notices sur le crétinisme, par M. le docteur GUGGENBUHL, fondateur et directeur de l'hôpital de l'Abendberg, en Suisse. (Comm. du goître et du crétinisme.)

2° Une notice du sieur BECTENSTINER, de Lyon, sur une nouvelle méthode de l'emploi de l'électricité en médecine. (Comm. MM. Poiseuille, Bouvier et Soubeyran.)

3° Une lettre de M. DIDAY, de Lyon, relative à la discussion actuellement ouverte sur la syphilisation. M. Diday donne, au sujet d'un passage du rapport de M. Bégin, concernant son procédé de vaccination antisyphilitique, quelques explications, desquelles il résulterait qu'en admettant comme parfaitement exacte la relation du fait consigné dans le rapport, comme contraire à la vaccination antisyphilitique, la valeur de ce nouveau moyen prophylactique pourrait se trouver un peu limitée, mais que son principe même n'en souffrirait aucune atteinte.

4° Un mémoire de M. LAPEYRE, de la Nouvelle-Orléans, sur la fièvre intermittente. (Comm. MM. Gérardin et Grisolle.)

5° Une lettre de M. FOUCAULT, de Nanterre, qui adresse une réclamation de priorité relativement à l'irrigateur vaginal présenté par M. Maisonneuve, dans l'une des précédentes séances.

6° M. LEROY-D'ETIOLLES adresse à l'Académie un mémoire *relatif à*

l'incision périnéale ou de dehors en dedans des rétrécissemens de l'urètre.

Après avoir examiné les circonstances dans lesquelles il convient d'avoir recours à cette opération; après avoir rappelé les énormes difficultés qui accompagnent son exécution, alors qu'elle est pratiquée dans le cas où elle convient le mieux, c'est-à-dire lorsqu'il y a impossibilité de faire passer les bougies et à plus forte raison des cathéters qui servent de conducteurs, ce chirurgien propose un moyen de faire disparaître ou du moins de diminuer les difficultés, lequel consiste dans l'emploi d'une sonde à dard qui, disposée *ad hoc*, perce le périnée de dedans en dehors et sert de guide au bistouri. L'instrument, qui a été exécuté par M. Mathieu, est placé sous les yeux de l'Académie. Il diffère de la sonde à dard du frère Côme par une longueur moindre, par la sortie du dard de sa canule à angle presque droit et par une division longitudinale de la tige du dard en deux petites branches minces entre lesquelles on insinue la lame du bistouri, qui ne peut manquer d'arriver ainsi au point où le rétrécissement commence. (Commission d'Argenteuil.)

7° Un mémoire de M. Dechaux, de Mont-Luçon, sur les invaginations chez les enfans. (Com. MM. Danyau et Collineau.)

8° Un mémoire de M. F. Jacquot, médecin des hôpitaux militaires de Rome, sur l'emploi de l'apiol (suc de semences de persil) et de la colophane, traitée par l'acide nitrique, dans le traitement des fièvres intermittentes. — Les résultats ont été négatifs. (Com. des succédanés du quinquina.)

9° Une observation d'hydrophobie rabique guérie par l'excision et a cautérisation des *Lysses*, au 58e jour, à dater des morsures faites par une louve enragée, par M. Germain, de Salins.

10° Une note de M. Mourès, sur l'alimentation insuffisante (Com. MM. Michel Lévy et Bouchardat.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilisation.

La parole est à M. Ricord.

M. Ricord : Messieurs, je monte à cette tribune avec beaucoup d'appréhension; car le sujet que j'ai à traiter est long, et je pourrai lasser votre patience; la discussion qui s'est ouverte, a amené des questions personnelles et je pourrais être trop personnel; mais un peu d'indulgence de votre part, et la volonté bien arrêtée de la mienne, de m'effacer autant que je le pourrai, rendront peut-être ma tâche possible.

Dans tous les cas, Messieurs, ce n'est pas le rapport que je viens défendre; la lettre et l'esprit sont en trop bonnes et puissantes mains, et partent d'une trop haute intelligence, pour que j'aie à lui venir en aide. Mais comme on a tourné ce rapport, pour arriver jusqu'à moi, et m'en rendre, en quelque sorte, responsable, il m'appartient de répondre.

Et d'abord, je dirai que j'ai accepté le rapport, parce qu'il était l'expression de la pensée de la majorité de la commission, en me conservant toutefois le droit de faire mes réserves.

Cela posé, arrivons aux questions que j'ai à traiter sérieusement, et permettez-moi, avant tout, de vous expliquer l'espèce d'initiative que j'ai prise dans le grave procès qui se plaide devant ces *assises*.

J'étais resté longtemps indifférent sur ce qui se faisait en fait de transmission de la syphilis aux animaux, surtout en matière de syphilisation animale et humaine : je n'avais ni vu ni lu; je n'avais rien à dire. Je laissais faire, je laissais passer, comme l'a dit notre savant collègue, M. Velpeau; je ne barrai pas le passage; mais je ne remorquai, ni ne poussai ce qui me paraissait absurde, ou, au moins, très hasardé.

Cependant le moment était venu où l'opinion publique commençait à s'émouvoir. Des écrivains respectables de la presse sérieuse prenaient déjà ces questions au sérieux; et mes amis, ainsi que mes adversaires, me demandaient compte de mon silence et de mon inaction.

J'ouvris d'abord la porte de mon amphithéâtre aux bêtes, aux singes, et, plus tard, aux syphilisés d'un autre ordre; que Dieu me le pardonne! Mais bientôt je dus suspendre mes relations avec les uns et les autres. Cependant, la doctrine n'en faisait que plus de bruit; elle décrétait chaque jour de nouvelles lois, dont notre spirituel confrère, M. Malgaigne, vous a donné le chiffre étonnant, inscrit au bulletin de la syphilisation.

Parmi ces lois organiques se trouvait inscrite en première ligne celle qui veut que les chancres d'inoculation décroissent régulièrement et invariablement, par ordre de succession; puis celle qui commande aux accidens constitutionnels de s'arrêter et de disparaître. Je trouvai un confrère, le docteur L..., réfractaire à ces lois, ou qui les bravait avec courage et chez lequel les chancres qui suivaient étaient aussi grands et quelquefois plus grands que ceux qui les avaient précédés, et chez lequel aussi une syphilis constitutionnelle ne faisait que croître et s'assombrir, sous l'influence des *irrigations* chancreuses.

Je ne vous présentais pas ce malade, comme on vous l'a dit dans la dernière séance, pour exciter des sentimens de commisération et de pitié, c'eût été manquer de respect à une assemblée comme celle-ci, et j'ai moi-même fait trop longtemps la guerre sur le champ de bataille de l'hôpital du Midi pour être aussi facilement ému; mais je le soumettais à votre observation, pour qu'en temps et lieu, il restât dans vos souvenirs, si la question de la syphilisation valait un jour la peine d'être soumise à votre jugement.

On ne se contenta pas d'accepter M. le docteur L... comme une simple présentation. A part ce qui avait trait à la syphilisation, on trouva dans la manière dont il paraissait avoir contracté la syphilis, et que je réservais pour un autre moment, celui où je devais vous rendre compte du remarquable travail de mon savant collègue et ami M. Cullerier; on trouva, dis-je, que les conditions dans lesquelles la syphilis constitutionnelle s'était en apparence développée, devait devenir le texte d'un rapport et d'une double discussion sur la syphilisation et la transmission possible des accidens secondaires comme règle générale ou comme exception.

Me voilà aujourd'hui en présence de ces deux questions; mais vous avez voulu que ce fût d'abord celle de la syphilisation qui fût discutée, et c'est de celle-là, dès-lors dont je vais m'occuper.

Les discours que vous avez entendus à ce sujet, dans votre dernière séance, peuvent être rangés en deux catégories : l'une scientifique, de MM. Malgaigne et Velpeau, auxquels je m'efforcerai de répondre; l'autre personnelle, que j'éluderai le plus possible pour être fidèle à mes engagemens.

Mais allez-vous me permettre, Messieurs, de commencer l'histoire de la doctrine que vous avez à juger? Il le faut bien; il faut que vous écoutiez mes prémisses si vous voulez entendre mes conséquences.

Je commencerai donc par la transmission de la syphilis aux animaux, c'est un des points de départ de la doctrine. Hunter n'avait pu transmettre la syphilis aux animaux; d'autres expérimentateurs, parmi lesquels se trouvent M. Cullerier fils et moi, avaient échoué, d'où je conclus que la syphilis appartenait en nue-propriété à l'espèce humaine. Ce qui pourra étonner quelques personnes, c'est que cette opinion, je la professe encore, car le chancre n'est pas toute la vérole.

On est parvenu, dit-on, à inoculer l'ulcère syphilitique primitif à des brutes, et partant on a fait à Hunter et à ses successeurs un reproche *virulent*, de n'avoir pas réussi et de n'avoir pas tiré des conclusions contraires aux résultats négatifs qu'on avait obtenus.

Mais le défenseur habile qui a plaidé les causes atténuantes dans la dernière séance, et notre collègue, plus avancé en syphilisation, se rappellent-ils ce que l'inventeur de la syphilis des animaux a écrit? J'aurais bien envie de les envoyer un peu à Toulouse, ils y verraient dans un journal, du reste très recommandable (1), comme quoi l'inoculateur heureux avait échoué plus souvent que ses devanciers, qui n'avaient pas séjourné, comme lui, dans le *palais* des singes pour surprendre leurs *faits et gestes* et les empêcher de se lécher eux-mêmes ou de se faire lécher par un ami complaisant. La salive fut donc reconnue comme neutralisante ou détersive des chancres chez les singes, malgré les faits nombreux de chancres des lèvres, de la langue et de la cavité buccale chez l'homme.

Mais ce n'était pas tout, les insuccès se multipliaient, bien qu'on inoculât les singes dans des endroits inaccessibles à leur langue. Deux *papions* donnèrent de constans démentis en public. Ces singes furent d'abord calomniés, on pensa qu'ils avaient pu contracter la vérole en province ou dans leur voyage; mais les mêmes résultats, ayant été obtenus sur une demi-douzaine de chats *irréprochables*, on fut obligé de renoncer à ce système de dénigration et de découvrir la syphilisation.

Pour tout expliquer, il fallait des pus forts, de première qualité et on avait pris du pus faible : c'est-à-dire du pus d'une inoculation artificielle, faite d'abord au malade auquel on l'empruntait, pus qui, arrivant après un premier degré de syphilisation, avait perdu de son activité, ce qui aurait eu un semblant de raison, s'il n'était écrit plus tard, dans la doctrine, qu'un pus altéré par un terrain qui n'est plus convenable, se régénère et retrouve toute sa virulence quand il est transplanté sur un terrain vierge. Témoin le soixantième chancre de M. Laval, qui a servi à inoculer le premier chancre vigoureux de M. P..., qui a servi à M. le docteur L.... Mais, nous sommes dans la doctrine des contradictions; il ne faut s'étonner de rien. Cependant, et toujours pour être conséquent avec ces contradictions, ce fut avec le pus d'un chancre d'inoculation, avec un pus dès lors *inférieur*, que fut inoculé le singe qui servit à l'inoculation de M. de Welz. Je me plus à constater ce fait à ma clinique, et j'en tirai la conséquence, qu'il était très difficile de transplanter le virus syphilitique sur les animaux, et qu'on devait échouer plus souvent qu'on ne réussissait, parce qu'ils étaient *très réfractaires*, sans autre condition que leur nature.

Quant à d'autres accidens, je persiste à nier, jusqu'à preuve authentique du contraire, qu'on n'en ait jamais produits : pas de bubons virulens inoculables, pas d'accidens constitutionnels.

Il faut n'avoir pas les premières notions de syphilis, pour rapporter à la diathèse syphilitique, la double conjonctivite scrofuleuse, et l'adénopathie strumeuse par laquelle un malheureux singe, en mourant, a échappé à l'observation des hommes sérieux intéressés à sa santé. Il faut aussi ne pas connaître, ou avoir oublié la symptomatologie de la vérole, pour regarder, comme pathognomonique, tout gonflement osseux, même sur les animaux les plus domestiques. Qu'on interroge, à ce sujet, nos savans collègues de la section de médecine vétérinaire.

Du reste, où sont les observations, les sujets présentés aux Sociétés savantes, aux Académies? Vous auriez dû en trouver des exemples dans le dossier des défenseurs de la doctrine!... Vous vous rappelez la consciencieuse exhibition de M. Malgaigne : *rari apparent*.....

Voilà cependant la clef de voûte de la syphilisation. On a eu beaucoup de peine à inoculer les singes une première fois, on a eu beaucoup de peine à les inoculer ensuite; d'où on a conclu qu'ils devaient être syphilisés!!!

Mais ce n'est pas tout : la syphilisation a dû chercher si déjà elle n'avait pas une histoire plus ancienne. En admettant l'antiquité de la vérole, elle a trouvé ce qu'on cherche en vain depuis plus de trois siècles pour expliquer l'épidémie de 1494, elle a trouvé que le vieux virus de la création avait suivi l'impulsion du temps, et s'était régénéré à la renaissance, en rencontrant probablement des terrains nouveaux, des constitutions nouvelles, sorties de n'importe où, en Amérique ou en Europe; et qu'après avoir épidémiquement syphilisé le monde entier, il s'était de nouveau affaibli, par ses propres excès, en attendant que la main puissante d'un syphilisateur vînt lui rendre et sa force et son activité. Swediaur avait presque trouvé cela sans s'en douter; mais qui l'eût cru? C'est surtout Boerhaave qui fut le premier syphilisateur; car Boerhaave conseillait d'entretenir les ulcères primitifs, pour prévenir les accidens constitutionnels, cas dans lequel les chancres, par des inoculations continues de leurs bords, syphilisaient. Ce qui est encore contraire à la doctrine, puisque pour en finir avec un chancre qui persiste, et qui est impuissant à se syphiliser lui-même, il en faut quelquefois cent de plus. J'ai montré à ma clinique qu'après sept années de durée, un chancre serpigineux était encore inoculable, comme celui qui, au bout de dix-huit mois de durée, fournissait une des inoculations réussies chez M. Laval.

Voilà ce qui se passait en France; voilà ce qu'on révélait au monde scientifique, lorsqu'à Turin M. Casimir Spérino, confrère honorable sans doute, mais, jusqu'à présent, peut-être plus convaincu que convaincant, se mit à faire un retour sur son passé, et se prit d'étonnement de voir que des accidens qui, quand on sait les reconnaître, quels que soient leur siége, leur nombre, leur étendue et leur durée, ne doivent pas être suivis d'accidens consécutifs, ne donnaient jamais lieu à la syphilis constitutionnelle; et que des filles publiques qui entraient au Syphilicôme avec ces accidens n'en avaient pas d'autres plus tard, et qu'enfin des inoculations artificielles exploratrices n'empêchaient pas celles auxquelles on les avait empruntées de guérir. M. Spérino ne savait pas, ou avait oublié qu'il ne faut qu'un chancre, pourvu qu'il soit de bonne qualité, pour produire l'infection, que les filles publiques soient de Turin ou qu'elles arrivent de province.

Au-delà des Alpes, mais surtout, au-delà de la rue de Jérusalem, on crut trouver des filles publiques réfractaires à la contagion, ce que les syphilisateurs expliquaient par l'existence de chancres successivement syphilisateurs *gagnés* dans le cours d'un long et pénible commerce; ou bien dans une autre version, parce qu'elles étaient saturées du virus. Comment s'était-on assuré de ces deux états? si ce n'est par l'inoculation exploratrice qu'a dû, sans doute, pratiquer aussi un des persévérans antagonistes des inoculations, M. de Castelnau, journaliste distingué, qui ne partage pas toujours mes opinions, mais qui cependant a dû, plusieurs fois, se laisser tenter : mais les vieilles filles publiques qui n'ont jamais eu que de vieux catarrhes utérins, par quel privilége ont-elles échappé à la contagion? Daran aurait peut-être trouvé une syphilisation par emboîtement, pour expliquer cela.

Ce n'est pas ma faute, Messieurs, si je vous entretiens de choses aussi merveilleuses; mais on a reproché à la commission de n'avoir pas pris connaissance des travaux des syphilisateurs. Voilà leur passé. C'est avec cela qu'ils sont venus proposer de donner la vérole à tout le monde, pour qu'on n'eût pas la peine ou le plaisir de la prendre.

Oui! on a sérieusement proposé la syphilisation prophylactique; vous savez les catégories qu'on a établies, elles sont dans l'énergique rapport de notre honorable confrère; mais on a plus fait, de l'utopie on a passé à la pratique, et on a communiqué la syphilis à des individus qui ne devaient peut-être jamais l'avoir. Lisez l'observation que renferme la *Gazette des hôpitaux* de samedi passé, 31 juillet.

On a renoncé, nous a dit M. Malgaigne, à inoculer les gens qui se portent bien. La plume, ou pour mieux dire la lancette, est allée plus loin que la raison; mais ce qui surtout a obligé la raison d'arrêter la lancette, c'est que celui qui proposait cette pratique, était mis en demeure de s'inoculer lui-même, attendu que, médecin, il était toujours exposé à la contagion.

Toutefois, au sujet de la syphilisation préventive, on a dû vous parler de la vaccination proposée par mon savant élève et ami, M. Diday, de Lyon. Cette vaccination, qui n'a rien de commun avec l'autre, est un rêve d'honnête homme, c'est un savant qui s'est égaré, mais qui n'a fait de mal à personne. Il est parti d'un principe vrai de l'unicité de la diathèse syphilitique, que des études plus attentives et le temps feront reconnaître comme une des grandes vérités pathologiques; car il n'est plus permis, en 1852, de prendre pour des véroles constitutionnelles nouvelles, les différens accidens si caractéristiques d'une seule et même infection, qui peuvent se succéder.

Mais M. Diday a fait fausse route, parce qu'il a perdu de vue son point de départ : le chancre qui doit ou non infecter, lui qui sait si bien tout cela. M. Diday s'était appuyé, pour prouver ses succès, sur la fatalité des manifestations secondaires dans le cours des six mois qui suivent l'accident primitif; il avait raison.

C'est faute de reconnaître l'accident qui infecte, ou d'apprécier les influences des traitemens, qu'on peut méconnaître cette loi. Et je ne sais où M. Malgaigne a vu que, dans le rapport, il y avait une observation contradictoire. Il doit se rappeler, au contraire, un confrère très intéressant que nous avons vu ensemble, et qui, malgré ses opinions opposées, a été obligé de subir la loi.

Revenons aux syphilisateurs, où sont leurs syphilisés, tout le monde en a demandé; ils les compte par centaines et personne n'en voit, pas même les amis qui ont pris ici leur défense. Il y en a un qu'on dit être réfractaire et qu'on montre toujours, et qui ne l'était pas encore complètement quand il m'est échu, puisque je montrais encore au *quatorzième* jour d'une inoculation une pustule d'ecthyma primitif assez caractéristique pour n'avoir pas besoin d'une contre-épreuve, que je n'ai pas, du reste, empêchée.

Les autres inoculations qui avaient échoué sur ce syphilisé avaient aussi échoué sur les malades auxquels le pus avait été emprunté. Mais, vous dit l'auteur : « On ne peut pas plus syphiliser d'une manière absolue qu'on ne peut faire le vide complet sous la machine pneumatique. »

Mon honorable collègue, M. le docteur Denis, chirurgien en chef du dispensaire de salubrité publique, a vu ces expériences. Je croirais manquer à ma dignité et descendre de la hauteur de cette tribune où vous m'avez placé, si je vous en disais davantage.

L'autre syphilisé, qu'on faisait également voir et auquel j'avais prédit une vérole constitutionnelle, a vérifié la prophétie, comme on a pu le voir, par l'observation que la *Gazette des Hôpitaux* a publiée.

Voilà pour la prophylaxie, voilà tout ce qui prouve comment on peut se mettre, à coup sûr, à l'abri de la syphilis et de ses conséquences.

Voyons maintenant la syphilisation curative. Vous savez comment et par quelles erreurs de diagnostic elle a été révélée, par quelle fausse appréciation des faits, par quelle ignorance des lois de la syphilis on a pu être illusionné. Examinons donc les observations sur lesquelles elle s'appuie. Mais où les prendre, ces observations? Est-ce celle du singe qu'on a cru mort de la vérole pendant qu'on le syphilisait; est-ce l'observation de M. L...; sont-ce celles de notre savant et judicieux collègue M. Gosselin, ou bien celles que va publier, contre la syphilisation, mon ami M. le professeur Thiry, de Bruxelles, et que l'auteur de la syphilisation a dû voir dans ses voyages. Non, celles-là on les répudie, elles n'ont pas été faites *secundum artem*, et tandis que des singes sont soupçonnés de se syphiliser seuls, que les filles publiques sont syphilisées au hasard par le premier libertin venu, les hommes de science que je viens de citer ont manqué à toutes les règles. Mais les règles, les préceptes opératoires, les formules qui doivent assurer le succès, on les connaissait donc avant de les avoir découvertes, puisque du premier coup on a réussi; car, que je sache, on a toujours eu des succès et jamais de revers.

Quoi qu'il en soit, quand j'ai vu prendre la parole à M. Malgaigne, lui qui met tant de précision dans l'appréciation des faits et tant de valeur dans leur nombre, j'ai cru qu'on lui en avait montré beaucoup à lui qui avait eu les confidences intimes, et qu'en disant à la commission : on vous a proposé de voir et vous avez refusé; — lui nous dirait : j'ai vu et touché; mais rien de cela, il n'est pas plus avancé que nous; il n'en a pas vu davantage, quand les syphilisateurs les comptent par centaines,

(1) *Gazette médicale de Toulouse.*

depuis hier à peine que tout cela a commencé.

Et cependant, dit-on, notre intelligent confrère, M. Marchal (de Calvi), qui a inventé la division de la syphilisation en préventive et curative, est enthousiaste de cette dernière. Je ne dirai pas à propos de notre spirituel confrère, qu'il est des personnes dont l'enthousiasme est l'état normal, on connaît trop le bon sens, la haute raison et le généreux caractère de M. Marchal (de Calvi), pour croire qu'il se soit autant avancé qu'on a l'air de le dire, qu'il a peut-être eu l'air de le faire croire. M. Marchal (de Calvi) fait partie, avec moi, de la commission de syphilisation instituée par M. le préfet de police; j'ai discuté ses faits auxquels il m'a semblé qu'il attachait beaucoup moins de valeur qu'on a cherché à vous le faire croire; un de ces faits les plus importans est devenu mien, car j'ai eu à venir en aide à la syphilisation en défaut, et trop tôt prônée. Cette observation la voici :

M. X..., officier d'infanterie, 23 ans.

En septembre 1848, chancre induré. Traitement mercuriel de deux mois avant l'apparition des accidens secondaires.

En août 1849, testicule syphilitique. Séjour de trois mois à l'hôpital, où il prend de l'iodure de potassium. (120 cuillerées d'une solution.)

En mai 1851, exostose sur la neuvième côte du côté gauche. (Frictions avec de la pommade iodurée et 200 grammes d'une solution d'iodure de potassium.)

En octobre 1851, tubercule de la pointe de la langue, ulcéré.

L'ulcère acquiert en peu de jours une dimension assez grande pour y loger la pointe du doigt. Le malade entre au Val-de-Grâce (service de M. Marchal (de Calvi). Il prend pendant deux jours un gramme d'iodure de potassium et deux pilules de proto-iodure.

Quatre à cinq jours après l'arrivée du malade, on emploie les inoculations syphilitiques.

Première inoculation faite au bras droit du malade avec du pus de chancre. Les jours suivans, pustule qui suppure.

Quatre à cinq jours après cette inoculation, l'ulcère de la langue est modifié. La langue, qui était très gonflée et douloureuse, a repris son volume.

Huit jours après la première inoculation, nouvelle inoculation faite au bras gauche. Elle produit, les jours suivans, une pustule qui s'ulcère.

Le malade quitte l'hôpital le 15 décembre 1851, après un mois et demi de séjour. L'ulcère de la langue était bien cicatrisé. Mais la santé générale était mauvaise. Douleurs céphaliques et articulaires.

Nouvelle inoculation par M. Marchal deux jours après la sortie du malade. Elle produit une fausse pustule, au dire de M. Marchal.

A la fin de janvier, quatre à cinq autres inoculations sont faites; aucune ne produit de chancre.

Le malade vient le 30 mars 1852 à notre consultation et nous présente les accidens suivans :

Cicatrice anfractueuse à la pointe de la langue.

Douleurs céphaliques et articulaires nocturnes.

Au niveau de la région sacrée, dans un point situé entre les deux épines iliaques postérieures, existe une tumeur du volume d'une grosse noix; elle soulève la peau, sans que celle-ci soit modifiée (tumeur gommeuse).

Tumeur semblable à la précédente, mais plus petite, au niveau de la tubérosité tibiale antérieure du côté droit.

Autre tumeur semblable encore, plus petite que la précédente, située à 2 centimètres en dedans de celle-ci.

Cicatrices d'inoculations : l'une au bras droit; elle est rosée, acuminée et de la grosseur de la moitié d'un pois rond; à 2 centimètres au-dessous, autre cicatrice semblable à la première.

A la partie supérieure et antérieure du bras gauche, se voient deux cicatrices, dont une plus élevée que l'autre, et exactement semblable à la cicatrice correspondante du bras droit.

Les ganglions axillaires ne sont pas engorgés.

Voilà une des observations principales de M. Marchal de Calvi, et une de celles qui ont paru le plus l'impressionner.

Cependant qu'y a-t-il là d'extraordinaire pour ceux qui savent que les accidens analogues de la langue se guérissent sans traitement.

Est-il raisonnablement possible de rapporter à l'inoculation artificielle aucune des modifications survenues?

Est-il possible de considérer ce malade comme étant syphilisé?

Les syphilisateurs diront oui; parce que M. Marchal avait échoué dans les dernières tentatives d'inoculation.

Il avait eu des fausses pustules, dit-il, et cependant vous savez que les syphilisateurs n'admettent pas de fausses pustules. Pour eux, il n'y a que des chancres avortés.

Mais, s'il était syphilisé, d'où vient que les accidens de syphilis tertiaire continuent à se produire et à s'aggraver jusqu'à ce que le traitement méthodique que j'ai institué les ait fait marcher à la guérison?

Je crois n'avoir pas besoin d'insister davantage sur une pareille observation.

En voici une autre que je dois à l'obligeance de M. Lefèvre, étudiant en médecine.

Mlle X..., âgée de 22 ans, fut atteinte, au mois de juillet 1851, d'un chancre suivi d'une adénite non suppurée. Elle fut soumise au traitement mercuriel. Au bout de six semaines apparut une roséole, qui, traitée par les bains, disparut en quinze jours, le traitement mercuriel étant continué.

En novembre, Mlle X..., eut un érysipèle de la face.

Quelque temps après, les ganglions sous-maxillaires s'engorgèrent et elle eut une légère érosion des amygdales.

En février 1852, elle subit les manœuvres de la syphilisation. On lui inocule le pus d'un chancre provenant de son amant, M. J...

Cette inoculation fut faite sur le ventre, et le chancre eut de la tendance à tourner au phagédénisme; il était très douloureux, de l'étendue d'une pièce de trois francs, et on en voit encore la cicatrice. Il dura six semaines; la croûte persista longtemps, et il eut des périodes de recrudescence.

On laissa un intervalle de trois semaines entre la première et la deuxième inoculation qui fut faite au bras.

Puis, presque toutes les semaines on pratiqua cinq inoculations. Mais, pendant trois semaines, on cessa complètement ces essais.

Bientôt, en une seule fois, 15 inoculations, suivies d'une violente fièvre, avec gonflement du bras et douleur excessive, furent pratiquées sur cette jeune fille qui fut forcée de garder le lit.

Les inoculations faites sur son bras gauche sont au nombre de 40; la première provient du pus pris au chancre du malheureux M. J....

Quant au bras droit, 15 inoculations ont été pratiquées avec du pus de ce jeune homme, et 35 environ avec celui provenant des chancres de la jeune fille elle-même.

Il y avait eu déjà vingt inoculations de faites lorsque la malade se fit une inoculation accidentelle qui devint plus grande que toutes les autres, très large, à base dure, enflammée et douloureuse.

La dernière inoculation fut faite à la jeune fille avec son propre pus; mais on se proposait de lui en faire encore avec du nouveau pus, lorsque le malheureux jeune homme qui avait fourni aux inoculations succomba le 13 juillet 1852, après 150 inoculations dont le pus prenait toujours.

M. J... fut inoculé la première fois le 29 janvier, avec du pus de blennorrhagie qui ne produisit rien.

Le 30, ce fut avec du pus d'un chancre que l'on commença la série des 150 inoculations que la mort termina, il y a quelques jours seulement.

Aujourd'hui, Mlle X... a des plaques muqueuses aux amygdales et une syphilide palmaire; elle a aussi eu un exanthème circinné furfuracé.

Cette jeune fille est pâle, faible et a beaucoup maigri après deux mois de syphilisation; son corps a été couvert de taches. M. J... avait vu aussi des taches paraître pendant son fatal traitement.

Mlle X... se plaint actuellement de violens maux de gorge et de dysphagie.

Je suis chargé, dans ce moment, de lui donner des soins pour sa syphilis constitutionnelle.

Enfin, si le Val-de-Grâce fait encore défaut, on nous oblige à repasser les Alpes. Nous voilà de nouveau en présence des faits incomplets de M. Spérino, qui a le plus fixé mon attention, et duquel j'espérerais quelque chose, s'il y a quelque chose à espérer dans toutes ces étrangetés. Ces faits qui ne sont pas par centaines, comme on nous l'a écrit, mais qui sont au nombre de 80, sont promis avec détail à l'autre Commission dont je fais partie. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a des morts qu'on n'attribue pas à la syphilisation, mais qui sont dans des proportions considérables pour un hôpital de vénériens. Ce qui ressort des renseignemens que cette Commission a déjà reçus, c'est que des femmes sont revenues avec de nouveaux accidens; enfin, ce qui paraît encore certain, c'est que dans une maison de refuge de Turin, on refuse de recevoir les femmes qui sortent du Syphilicôme, à cause des accidens qui se reproduisent.

Et pourtant, c'est M. Spérino qui réussit toujours, et qui ne suit jamais les procédés de Paris, qui, du reste, ne sont pas les mêmes pour tous les sectateurs. C'est à M. Spérino qu'on nous renvoie pour les observations les plus concluantes, la pratique la plus sûre, la plus heureuse, lui qui n'a ni pus fort, ni pus faible, ni pus supérieur, ni pus inférieur; lui qui inocule tout ce qui est inoculable et dans les proportions que vous savez. On ajoute comme pièce à l'appui, la déplorable observation de M. Zélaschi, que vous connaissez. et que je n'aurais pas le courage de vous raconter, et avec cela on veut entraîner vos convictions.

Si vous hésitez, et que vous demandiez d'autres faits, on vous répond par une théorie, la plus étonnante qui ait jamais traversé un cerveau. On vous dit : tous les animaux de la création sont doués du syphilisme, c'est-à-dire de l'heureuse aptitude à contracter la syphilis; heureuse, puisque c'est à cause d'elle qu'ils peuvent être syphilisés pour se mettre à l'abri de la syphilis, ou s'en guérir.

Le syphilisme est une montagne; le chancre syphilisateur un voyageur.

Au pied de la montagne, le chancre ne fait rien; s'il monte rapidement d'un côté, et s'il ne s'arrête pas au sommet, pour redescendre rapidement de l'autre, tout est dit, il n'y a plus rien à craindre; mais s'il s'arrête au sommet, il infecte, et la syphilis constitutionnelle éclate. Notez bien que les syphilisateurs ne veulent pas que le virus pénètre l'économie, qu'il s'infiltre, qu'il sature; cela ne fait pas leur affaire; mais comment expliquent-ils l'état constitutionnel par lequel tout syphilisé doit passer et auquel il peut s'arrêter? Ils n'en ont que faire. Si vous le leur demandez, ils vous renvoient promener sur la montagne.

Le syphilisme se mesure sur la grosseur des animaux, et sur l'activité de leurs fonctions *intellectuelles* ou autres.

Les chancres syphilisateurs vont toujours décroissant. Vous avez vu le docteur L..., vous connaissez les observations de M. Gosselin, celles de mon collègue, M. Puche; vous connaîtrez bientôt celles de M. Thiry, dont le nombre d'inoculations est énorme, et dans lesquelles les inoculations ont été égales ou toujours croissantes.

Un grand chancre syphilise plus qu'un petit, car l'extension de ses bords constitue autant d'inoculations successives. Et cependant ce sont les grands chancres qui durent le plus longtemps : des mois, des années; tandis que les petits isolés guérissent le plus vite, en quinze jours, trois semaines, un mois. Avec de l'eau froide et de la charpie sèche, tout est dit. Ce sont donc les chancres qui syphilisent le plus qui guérissent le moins.

N'importe le nombre, les chancres inoculés dans une même séance, ne comptent que pour un, et ce n'est que par des inoculations successives qu'on arrive à syphiliser; mais l'unité ici n'a pas toujours la même valeur; on vient de le voir par la loi qui précède. Pourquoi alors en faire plusieurs?

Mais c'est que si on veut aller vite, il faut inoculer beaucoup à la fois et à des époques plus rapprochées; on peut agir autrement et aller moins vite. Donc tous les procédés sont bons et on n'a pas le droit de rejeter les faits contradictoires.

Faites bien attention que les cas les plus graves, les chancres phagédéniques, sont ceux auxquels ils ne faut pas appliquer la syphilisation, et pour cause, et cependant si cette méthode subversive avait une raison d'être, ce serait dans ces cas ordinairement si rebelles.

Quant au chancre induré, si les syphilisateurs le connaissaient bien, il sauraient qu'ils ne peuvent pas le produire à volonté.

Dans tous les cas où je leur ai vu emprunter le pus inoculable, à des chancres non indurés, et non infectans, ce sont des chancres de même nature qu'ils ont produit.

Les syphilisateurs ne veulent pas de fausses pustules, ils sont plus exigeans que les vaccinateurs, quand ils ont besoin de résultats positifs. Dans les cas contraires, ils ont inventé le *chancre avorté*.

Les syphilisateurs n'ont pas tenu compte des conditions qui pouvaient faire varier l'étendue et la durée des chancres par rapport aux idiosyncrasies, comme chez M. Laval; ou par rapport au siége, comme l'a fait observer M. Gosselin.

Le peu de gravité dans quelques cas, et les succès apparens, tiennent, en réalité, à ce que les cas simples sont de beaucoup les plus nombreux; il est rare que j'aie plus d'un chancre phagédénique à la fois dans mon service, composé de 130 lits. Et encore pendant que ces malades séjournent plusieurs mois seuls, le service s'est renouvelé en moyenne de 80 nouveaux malades par mois, sans qu'un nouveau cas se présente.

La syphilisation n'explique pas pourquoi un seul chancre guérit et guérit vite. Ce n'est pas par la syphilisation générale, puisque le sujet est encore inoculable; ce ne peut pas être par une syphilisation locale; car alors, tant qu'il resterait un morceau de peau intacte, il devrait pouvoir être inoculé.

Les syphilisateurs ignorent ou feignent d'ignorer qu'il n'est pas d'accident constitutionnel qui n'ait un terme et ne finisse par disparaître souvent dans des temps beaucoup moins longs que celui qu'ils réclament pour syphiliser. Il y a aussi des cas contraires, qui marchent quand même, comme celui du docteur L... celui de M. Gosselin, et celui de la jeune fille que j'ai cité, en attendant d'autres.

On dit que la syphilisation n'est pas douloureuse; la preuve que donne son auteur, c'est qu'un philosophe a dit que la douleur n'était qu'un mot et qu'une femme, Mme de Staël, a dit aussi qu'il ne fallait s'occuper que des grandes douleurs. Voilà certes d'excellentes raisons, en y ajoutant qu'il n'y a que le premier chancre qui coûte.

La syphilisation n'est pas dangereuse, affirment les sectateurs. Moi je réponds que si on a reproché à une simple inoculation exploratrice de donner quelquefois lieu à des accidens, on doit bien plus redouter ceux-ci quand ces inoculations sont par douzaines, par centaines; notre confrère M. Piedagnel vient de me rendre compte du cas rapidement suivi de mort qu'il a vu, et dont je vous ai parlé.

La syphilisation constitue un traitement plus commode, moins compromettant et moins long que le mercure, encore une fois calomnié, et donnant des guérisons plus certaines.

Comprenez-vous combien il est plus commode d'avoir, pendant cinq mois ou plus, une vingtaine de chancres sur les bras, sur le ventre, sur les cuisses, qu'une pilule dans l'estomac, le soir en se couchant.

Comprenez-vous encore combien est peu compromettant un traitement qui, pendant toute sa durée, constitue un foyer permanent de contagion. Que dites-vous des inconvéniens d'une salivation possible à côté de ces avantages? Ajoutez à cela ce que vous avez gagné comme durée. Un seul chancre guérit entre trois et six semaines; on vous en donne pendant six mois, et cent pour en guérir un.

Les traitemens méthodiques que nous possédons, répondent le plus souvent par des nombreuses années de guérison, tandis que la syphilisation encore au berceau, sinon mort-née, ne saurait promettre et tenir tout cela. Car vous avez déjà vu ce qui est arrivé à la malade de M. Gosselin, à M. L... et à la fille que je soigne en ce moment.

Il est vrai que les syphilisateurs ne repoussent pas absolument le mercure, puisqu'ils acceptent l'observation de Percy et qu'ils le conseillent quand il est nécessaire, bien qu'il soit l'antagoniste le plus violent de la syphilisation. Il en est de même de l'iodure de potassium, qui, pour eux, comme pour nous, est un très bon remède dont on peut tirer parti.

Ah! Messieurs, je vous demande pardon de tout ce que viens de vous raconter d'étrange, d'inconcevable, ce n'est pas ma faute : on nous avait accusé d'avoir passé tout cela sous silence, n'avions-nous pas raison?

On a trouvé étrange que moi, qui ai eu recours à la méthode expérimentale et qui ai fait des vœux pour qu'on trouvât des moyens prophylactiques sûrs et honnêtes, je n'aie pas accueilli et protégé cette soi-disant doctrine nouvelle. C'est une émanation de votre école, m'a-t-on dit, c'est une petite-fille de Hunter. Pour soutenir quelque chose qui, jusqu'à présent, n'est qu'une monstruosité, on a failli calomnier les travaux de l'illustre syphilographe anglais, les grands noms des Bell, des Percy, l'ouvrage couronné d'Hernandez, les noms chers et honorés dans cette enceinte des Cullerier, et de presque tous les syphilographes modernes, y compris nos adversaires, qui ont souvent été plus loin que nous en expérimentation.

On a oublié, on ne veut pas reconnaître les services rendus par toutes ces recherches, à l'étiologie, à la pathogénie et au diagnostic différentiel des maladies réputées vénériennes.

Mais je m'arrête pour conclure que si, malgré tout ce que vous venez d'entendre, la syphilisation était une vérité telle qu'on nous la présente, ce serait la plus triste de toutes, et n'en devrait pas moins être prohibée comme moyen prophylactique, et rejetée comme traitement.

Je descends de cette tribune en faisant le vœu que cette journée soit un autre Saltzbach, sans que la France ait rien à regretter.

Ce discours est suivi d'une salve d'applaudissemens. M. Ricord, en descendant de la tribune, reçoit les félicitations de ses collègues et de ses amis.

La séance est levée après cinq heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

ENCORE L'HOMOEOPATHIE. — Un journal dévoué aux homœopathes, le *Halifan-Guardian*, avait affirmé que les enfans de la reine d'Angleterre étaient traités homœopathiquement, ainsi que la plupart des personnes de sa maison. Une assertion aussi étrange ne pouvait rester sans réponse; elle vient d'être démentie formellement par sir James Clark, médecin de la reine, que cette assertion mettait dans une position très délicate vis-à-vis de ses confrères. On ne peut nier cependant que l'homœopathie compte des adhérens très puissans et très remuans à la cour de la reine d'Angleterre; et ce n'est pas un trait moins curieux du caractère anglais, que de voir des hommes appartenant à la nation la plus positive de notre époque, soutenir la chose la plus fantastique de notre époque.

L'OCULISTIQUE EN TURQUIE. — Le *Deutsche klinik* a publié une analyse d'un ouvrage de Riegler sur l'état de la médecine en Turquie, et sur les remèdes populaires employés dans ce pays. Voici ce qu'il dit de la pratique ophthalmologique. Les oculistes turcs en sont encore, pour le traitement de la cataracte, à l'abaissement tel qu'il était recommandé par Celse, et ils ne pratiquent pas d'autre opération sur l'œil et ses annexes. Toutes les inflammations oculaires sont traitées par des vésicatoires, des sangsues, et sans aucune exception par les astringens. Dans l'ophthalmie chronique, les classes inférieures font usage d'un mélange de poudre de lichen et de realgar que les malades introduisent entre leurs paupières; ils emploient aussi un onguent préparé avec le précipité rouge, le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, l'alun et le suc de la scille.

Le Gérant, G. RICHELOT.

aris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 94. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 7 Août 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. .... 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYDROPHOBIE.

M. le docteur Clot-Bey nous adresse la lettre suivante, dont, avec regret, nous avons été obligé de supprimer toute la partie économique, qu'il nous est défendu de traiter dans ce journal, pour rester sur le terrain hygiénique et médical, qui est le seul où nous puissions marcher.

Marseille, le 31 Juillet 1852.

Monsieur et très honoré confrère,

Au moment où les populations de plusieurs de nos départemens sont justement émues par des cas assez fréquens de rage communiquée, encouragé d'ailleurs par plusieurs articles que j'ai lus sur cette question, dans votre estimable journal, je me suis flatté que vous voudrez bien donner place à quelques réflexions, qui ne seront pas sans opportunité, sur cette maladie, la plus désolante de celles qui affligent l'espèce humaine. En effet, il n'est pas de fléau, pas d'épidémie si meurtrière, qui ne laisse l'espoir de la guérison à un certain nombre, je dirai presque au plus grand nombre, de ceux qui en sont atteints. Les plus impitoyables cèdent encore souvent aux secours de l'art ou aux efforts de la nature. Par une cruelle exception, la rage communiquée est peut-être la seule au sujet de laquelle les annales de la science n'aient enregistré aucun cas de guérison, ou du moins seulement des cas toujours si rares et si incertains, qu'on est presqu'en droit d'en révoquer en doute l'authenticité.

N'est-il pas étonnant que l'autorité n'ait pas montré une sollicitude plus vigilante, et mis la sécurité publique sous la sauvegarde de mesures plus sévères que celles qui ont été employées jusqu'à ce jour ? Il y a d'autant plus lieu à en être surpris, qu'on se prémunit souvent contre des maux tout éventuels, parfois même chimériques, tandis que cette horrible maladie, outre ce qu'elle a d'affreux en elle-même, voue toutes ses victimes à une mort certaine.

. . . .

Ceci m'amène naturellement, Monsieur le rédacteur, à vous parler d'un fait généralement connu, je veux dire du privilège de certaines contrées de l'Afrique et de l'Asie, où les chiens pullulent d'une manière effroyable, sans être sujets aux atteintes de l'hydrophobie. Je puis, à cet égard, affirmer en connaissance de cause ce qui a lieu en Égypte, pays que j'ai habité pendant plus de vingt-cinq ans. Les chiens errans y sont en très grand nombre, tant dans les villes que dans les campagnes. Bien que considérés par les Musulmans comme des animaux immondes, on ne les détruit pas. Une sorte de charité publique pourvoit même, jusqu'à un certain point, à leur nourriture, toujours peu abondante, quoiqu'accrue par la pâture que leur offrent les cadavres des animaux morts.

Sous l'action de ce brûlant climat, ces animaux toujours haletans, souvent privés d'eau, semblent placés dans des conditions on ne peut plus favorables au développement de l'hydrophobie. On n'en cite cependant que des cas excessivement rares ; et pour ma part, je déclare n'en avoir pas vu un seul pendant mon long séjour dans le pays.

J'ai dû rechercher à quelle cause l'Égypte était redevable de ce privilège, bien qu'on ne puisse pas toujours se rendre compte des phénomènes propres à certaines localités, témoin les endémies qui sont presque toujours des problèmes dans leur origine et dans leur nature. Mais le phénomène dont il est ici question, ne me paraît pas tenir à des circonstances de localité, si, comme on l'assure, il se reproduit sous des latitudes et dans des climats tout différens.

Il m'a semblé que c'était plutôt dans la manière d'être, et pour ainsi dire dans les mœurs de ces animaux, qu'il faut en chercher l'explication. Et on la trouverait alors dans la liberté dont ils jouissent, et dans la faculté de promiscuité qu'elle leur donne, ce qui serait très significatif, étant à peu près démontré que c'est pendant le rut que ces animaux deviennent hydrophobes. . . . .

Permettez-moi, Monsieur, d'ajouter à ces réflexions quelques mots sur le traitement préventif et curatif de l'hydrophobie.

Jusqu'à présent, la science s'est très peu occupée de chercher les causes qui la produisent ou en favorisent le développement, et son état morbide et pathologique n'a pas encore été l'objet de sérieuses investigations. Pour moi, j'oserai hasarder l'opinion que le siége pathologique de la rage est dans le cervelet et la moelle épinière, ce que, du reste, les autopsies des animaux morts hydrophobes pourraient vérifier. Un voyage que j'ai fait dans l'île de Crète, m'a fourni l'occasion d'éclaircir deux points importans au sujet de cette maladie. D'abord, j'ai constaté qu'elle n'est pas communiquée par le loup au chien, puisqu'il n'y a pas de trace de loup dans cette île, non plus que dans la plupart de celles de l'Archipel, et que les chiens hydrophobes y sont en très grand nombre. Ensuite, j'ai pu me convaincre, contre l'assertion des *Iatros* du pays, et de MM. Marocbetti, Salvatore, etc., que les fameuses pustules *lyssiques* n'existaient pas en réalité, et que les individus mordus par des chiens enragés mouraient en Grèce comme partout ailleurs.

Quoi qu'il en soit, il me semble que des prix devraient être institués dans les Académies, pour encourager une étude aussi importante.

Je désirerais aussi que des instructions populaires sur l'hydrophobie fussent rédigées par l'Académie de médecine, et répandues dans toutes les localités, pour y dissiper les préjugés sans nombre dont cette maladie est l'objet. Ce serait le seul moyen de prémunir les populations ignorantes contre certaines pratiques empiriques qui ont surtout le danger de s'opposer à l'application des méthodes rationnelles.

En attendant la réalisation de ce vœu, voici quelle est, à mon avis, la conduite la plus convenable à suivre, et dont l'objet essentiel doit être d'empêcher, dès le moment de son inoculation, l'absorption du virus rabique. Il faut, pour cela, que la personne mordue soit secourue immédiatement, et qu'elle sache elle-même ce qu'il y a de plus urgent à faire, avant que les soins de l'art aient le temps d'arriver jusqu'à elle.

Pour rendre plus clairement ma pensée, je vais énoncer numériquement, et dans leur ordre de succession, les moyens à employer :

1° Il faut, toutes les fois que la morsure aura lieu sur un membre, pratiquer sans retard, au-dessus de la partie mordue, une ligature assez serrée, pour intercepter momentanément l'introduction du virus dans le torrent circulatoire.

2° Pratiquer en même temps la succion et le lavage avec l'eau simple, l'eau salée, le chlorure de chaux ou de sodium.

3° Inciser la partie mordue pour en faire écouler le sang, la dégorger et faciliter la sortie du virus. Si la morsure a eu lieu à une partie du corps où une ventouse puisse être appliquée, ce moyen nous paraît devoir être très efficace à la suite d'une incision.

4° Je serais même d'avis, — à l'exemple de ce que font les Arabes des déserts qui entourent l'Égypte, quand ils sont mordus par la vipère céraste, — de faire l'ablation de la partie, lorsqu'il ne s'agit que d'un doigt, d'un orteil ou d'une portion de chair, et si c'est ailleurs, d'exciser la partie mordue.

5° La cautérisation avec le fer incandescent est depuis longtemps préconisée, mais le plus souvent employée d'une manière banale et sans discernement. Il est rare qu'on puisse l'appliquer sur-le-champ et qu'elle soit assez étendue pour frapper de mort tous les tissus qui recèlent le virus, de façon à les isoler du reste de l'économie. Ce n'est cependant qu'à ces conditions qu'elle peut être efficace. Appliquée trop tard ou incomplètement, elle ne peut que surajouter des douleurs et faire naître des accidens. Dans tous les cas, les acides sulfuriques, nitriques, muriatiques, et mieux encore le beurre d'antimoine, méritent la préférence sur le fer incandescent ; car ils inspirent moins de terreur, pénètrent plus facilement dans les anfractuosités de la morsure, et frappent de mort les tissus aussi promptement et plus profondément encore, en même temps qu'ils décomposent chimiquement le virus rabique.

On peut avantageusement, je crois, substituer à la cautérisation par les moyens dont nous venons de parler, l'ustion avec la poudre de chasse ou à canon, dont on répand sur la partie mordue quelques pincées que l'on enflamme ensuite. L'action en est très prompte et la brûlure qu'elle produit profonde.

Mais quel que soit celui de ces caustiques que l'on mette en usage, on ne saurait trop prendre de précautions pour s'assurer que son action a atteint toutes les parties sur lesquelles la bave a pu être déposée, car il paraît qu'une infime quantité de virus rabique suffit pour développer la maladie. Il vaut mieux aller au-delà des parties mordues que de s'exposer à en épargner quelqu'une, dût-on même produire des blessures graves. Ce sera toujours peu de chose en comparaison du danger

Feuilleton.

DENIS PAPIN.

Denis Papin était médecin, et cependant nos biographies médicales n'ont pas daigné lui consacrer la plus petite notice. Il est vrai que Papin n'a rien écrit, n'a rien laissé de relatif aux sciences médicales ; mais sa découverte et les applications que, le premier, il a réalisées de la vapeur comme force motrice, ont jeté sur son nom une telle célébrité, qu'il ne serait plus possible aujourd'hui aux biographes de passer ce nom illustre sous silence. Denis Papin a pratiqué la médecine, il appartient donc à notre robe, qui ne peut que se glorifier d'avoir possédé parmi ses membres un homme d'un génie véritable. J'ai pensé que quelques lignes sur ce confrère célèbre à d'autres titres qu'à des titres purement médicaux, ne seraient pas complètement déplacées dans ce journal, et pourraient être accueillies avec intérêt par un grand nombre de nos lecteurs. J'ai puisé tous les élémens de cette note dans le tome 3me de l'ouvrage si intéressant et si digne d'être recommandé aux médecins qui veulent posséder des notions exactes sur des sujets que, moins que toutes les autres classes de la société, ils peuvent ignorer, ouvrage intitulé : *Exposition et histoire des principales découvertes scientifiques modernes*, de M. Louis Figuier (1), ouvrage dont les deux premiers volumes ont été analysés dans ce journal. (Voir l'UNION MÉDICALE du 1er novembre 1851.)

Denis Papin naquit à Blois, le 22 août 1647. Sa famille, considérée dans le pays, appartenait à la religion réformée. Son père était médecin, et Nicolas Papin, autre médecin connu par quelques ouvrages scientifiques, était son parent. Tout ce que l'on sait de son enfance et de sa jeunesse, c'est que de bonne heure il se fit remarquer par un goût très vif pour les mathématiques, qu'il puisa, quoique protestant, sa première instruction au collége des Jésuites de Blois, qu'il fit à Paris ses études médicales et qu'il dût recevoir le bonnet de docteur à l'Université d'Orléans, car son nom ne figure pas sur la liste des gradués de la Faculté de Paris, publiée en 1752, et qui comprend les noms de tous les docteurs à partir de 1539.

« Quoi qu'il en soit, dit M. Figuier, on le trouve à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, établi à Paris pour y exercer sa profession. Mais son inclination naturelle pour les sciences physiques lui rendait sans doute plus aride le pénible sentier de la carrière médicale ; il ne tarda pas à tourner exclusivement son esprit vers les travaux de physique expérimentale et de mécanique appliquée. Il avait rencontré quelques protecteurs puissans qui favorisaient son goût pour ce genre de recherches. « J'avais alors, nous dit-il lui-même, l'honneur de vivre à la bibliothèque du roi, et d'aider M. Huygens dans un grand nombre de ses expériences. J'avais beaucoup à faire touchant la machine, pour appliquer la poudre à canon, à lever des poids considérables, et j'en fis l'essai moi-même quand on la présenta à M. de Colbert..... » Papin prêtait son aide à Huygens pour ses expériences de mécanique, et partageait son logement.....

» Papin publia son premier ouvrage à Paris, en 1674..... Il fut accueilli avec faveur. M. Hublin, célèbre émailleur du roi, et ami particulier de Papin, présenta l'ouvrage à l'Académie des sciences, et le *Journal des Savans* le signala avec éloges.

» La carrière s'ouvrait donc pour le jeune physicien sous les plus heureux auspices. Le petit nombre d'hommes instruits qui se trouvaient alors dans la capitale, tenaient dans la plus grande estime sa personne et ses talens, et le *Journal des Savans*, dispensateur de la considération et de la fortune scientifiques, l'accueillait avec faveur. Cependant, une année après, nous voyons Papin quitter subitement la France pour passer en Angleterre. Quel motif pouvait le porter à abandonner sa patrie ? Avait-il encouru la disgrâce de Colbert ? Obéissait-il simplement à cette humeur un peu vagabonde, qui le fit désigner, par un de ses contemporains, sous le nom de *philosophe cosmopolite ?* On l'ignore. Les historiens et les auteurs de mémoires de la fin du XVIIe siècle, tout entier au récit des intrigues de cour ou des sanglans épisodes de nos guerres, n'ont pas une ligne à consacrer à ces esprits d'élite qui employaient tous les momens de leur laborieuse existence à préparer à l'humanité des destinées meilleures, et qui souvent ne recevaient en retour que l'oubli ou la misère. Le nom d'Amontons, l'un des physiciens français les plus remarquables du XVIIe siècle, est à peine prononcé dans les écrits de l'époque, et le génie de Mariotte s'éteignit au milieu de l'indifférence de son temps. Papin n'a pas attiré davantage l'attention des historiens. C'est dans ses propres ouvrages, dans un petit nombre de recueils scientifiques, ou dans les lettres éparses de quelques savans dont la correspondance s'est conservée, qu'il faut aller puiser les rares documens qui nous restent sur les événemens de sa vie. Tous ces documens sont muets sur la cause de son départ pour Londres ; le *Journal des Savans* nous apprend seulement que c'est à la fin de 1675 qu'il quitta Paris. »

A Londres, il a l'heureuse idée de se présenter à Robert Boyle, l'illustre fondateur de la Société royale, et ce savant célèbre l'associe à ses travaux et le fait admettre parmi les membres de cette Société. Peu de temps après (1681), il fait connaître pour la première fois, dans un ouvrage écrit en anglais, sous le titre de *New digester*, l'appareil qui a reçu en France le nom de *digesteur* ou de *marmite de Papin*. « Le digesteur, selon Papin, permettait de cuire les viandes en très peu de temps et à peu de frais, tout en améliorant leur goût. Il donnait en même temps le moyen de ramollir les os, c'est-à-dire de les transformer en une substance qui a reçu de nos jours le nom de *gélatine*, ce qui ajoutait à la quantité de matière nutritive contenue dans les diverses parties du corps des animaux. Cet appareil, qui a été renouvelé de nos jours sous le nom d'*autoclave*, est loin cependant d'avoir réalisé les promesses de l'inventeur ; les viandes cuites par ce procédé contractent une saveur ammoniacale. Aussi, quoique Leibnitz ait dit dans une de ses lettres : « Un de mes amis me mande avoir mangé un pâté de pigeonneaux préparé de la sorte par le *digesteur*, et qui s'est trouvé excellent.

(1) 3 volumes in-12, Paris, 1851-52, Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

d'une mort aussi cruelle que certaine. Il ne faut pas négliger une seule écorchure, quelque légère qu'elle soit. Malgré l'emploi de tous ces secours primitifs, il est prudent de recourir à un autre ordre de traitement, ayant pour effet l'élimination du virus qui aurait pu passer dans le torrent circulatoire.

On a beaucoup vanté à cet égard les heureux résultats d'une abondante transpiration, et ce n'est pas sans raison. Parmi les nombreux moyens préconisés comme devant provoquer cette sueur favorable, il n'y en a pas, à mon avis, qui puisse être comparé à l'usage des bains de vapeur, pris à la température de 40 ou 50 degrés, d'autant qu'on peut en prolonger l'effet pendant une durée de plusieurs heures et le renouveler chaque jour.

Je citerai à cet effet un fait de ma pratique.

Je fus consulté, en Égypte, par un voyageur américain qui arrivait de la Grèce, où il avait été mordu, quelques jours auparavant, par son chien atteint d'hydrophobie. Le moral de cet homme était profondément affecté. Je le tranquillisai de mon mieux, en lui assurant qu'on avait tout récemment découvert, dans l'usage des bains de vapeur, un moyen infaillible pour prévenir le développement de la rage et même pour la guérir lorsqu'elle était déclarée. Cette idée me fut suggérée par la lecture d'un mémoire qui m'avait été envoyé par son auteur, le docteur Buisson. Je conseillai ce remède au voyageur et il s'y soumit avec grande confiance. Pendant quinze jours, il passa jusqu'à deux et même trois trois heures dans les étuves du Caire. Après quoi il continua son voyage dans la Haute-Égypte. Je le revis à son retour, un mois et demi après, en très bonne santé, et parfaitement convaincu que ces bains avaient prévenu chez lui le développement de l'hydrophobie.

Je ne prétends point donner ce fait comme une preuve péremptoire; car bien que ce voyageur m'eût assuré que son chien était mort hydrophobe, je n'avais pu le constater moi-même. En tout cas, il serait possible encore que les précautions immédiates qu'il avait prises, telles que le lavage et l'emploi de l'alcali eussent empêché l'absorption du virus.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, sans accorder à l'efficacité des bains de vapeur une confiance trop absolue, on conçoit que ce peut être un puissant moyen d'élimination, et qu'on peut en associer heureusement l'emploi avec celui de l'alcali volatil à l'intérieur, et des infusions sudorifiques. A défaut d'étuves, on y suppléerait par les autres moyens capables de produire le même effet.

Pour ce qui est de l'hydrophobie déclarée, je ne passerai pas en revue les innombrables remèdes qui ont été vantés comme ayant une efficacité que l'expérience a malheureusement trop prouvée fausse et chimérique.

Cependant, comme le médecin ne doit pas rester dans une désolante expectation, je pense qu'on devrait insister, plus qu'on ne l'a fait, sur l'emploi des saignées répétées et poussées aussi loin que possible, ainsi que des narcotiques à haute dose, dans le double but de calmer, autant qu'on le pourra, les phénomènes nerveux, et de plonger le patient dans un état d'abattement et de stupeur qui aurait au moins l'avantage de faire cesser les angoisses et de lui dissimuler les horreurs de sa position. On pourrait même, dans cette intention, le chloroformiser au moment des accès.

Agréez, etc. CLOT-BEY.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôtel-Dieu. — Service de M. JOBERT (de Lamballe).

OBSERVATIONS DE RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE; — BOUGIES ALUMINÉES.

1° *Rétrécissement calleux de la portion membraneuse.*

Brumet (Auguste), marchand, 49 ans, né à Soujon (Oise), entré le 16 avril, marié, salle Saint-Côme, n° 27.

Cet homme, fort et bien constitué, n'a jamais eu de maladies sérieuses, si ce n'est une ophthalmie, dont il fut atteint à l'âge de 6 ou 7 ans. Les organes génito-urinaires ont seuls été le théâtre de différentes affections qui sont venues, à diverses reprises, traverser son existence.

Il n'est pas à sa connaissance que son père ou quelqu'un de ses parens ait jamais été atteint de rétrécissemens de l'urètre.

Il portait depuis son enfance un phimosis, qui n'empêchait pas cependant la miction, et dont il ne fut débarrassé qu'à l'âge de 30 ans.

En 1827, il contracta une blennorrhagie qui dura plus de six mois: suivant les conseils d'un interne de l'hôpital de Rouen, il fit des injections avec de l'eau de guimauve *seulement*, prit du copahu, des tisanes émollientes, et fit des frictions mercurielles le long de l'urètre; il survint un peu d'engorgement ganglionnaire dans l'aine droite; mais il disparut rapidement par l'application de l'onguent napolitain. Malgré ce traitement, l'écoulement urétral ne cessa pas complètement, et le malade, découragé, ne s'en occupa plus.

Durant les cinq années qui suivirent, il fut atteint de deux autres blennorrhagies qui durèrent peu, et contre lesquelles il employa seulement les tisanes émollientes. Ce n'est qu'en 1832 que parut pour la première fois le rétrécissement de l'urètre; le malade avait encore son phimosis; mais ce n'est pas seulement à ce vice de conformation qu'était due l'émission difficile et pénible du liquide urinaire, car le malade spécifie bien qu'il sentait de vives douleurs dans toute la longueur de l'urètre quand il urinait. Quoi qu'il en soit, la dysurie augmenta graduellement, et au bout d'un an, le malade entra à l'Hôtel-Dieu (1833). Dupuytren lui opéra son phimosis par excision, et environ quinze jours après, le malade sortit, soulagé par l'opération non moins que par un repos absolu et un traitement antiphlogistique observés pendant son séjour à l'hôpital.

Il retourna de suite à Rouen où l'appelaient ses affaires, et quelques jours après, il fut pris de rétention complète d'urine: il se décida alors à entrer à l'hôpital de cette ville, dans le service de M. le docteur Flobert; ce chirurgien essaya vainement le cathétérisme; il ordonna des sangsues au périnée, un grand bain prolongé et des boissons rafraîchissantes.

Le lendemain, il introduisit dans l'urètre une bougie aluminée qui ne pénétra pas dans la poche urinaire; mais il eut soin de conseiller au malade de faire lui-même, dans le courant de la journée, des tentatives pour la pousser plus avant; c'est ce que fit le malade; et, en effet, à la seconde fois, la bougie pénétra dans la vessie, et fut aussitôt repoussée hors de la verge, malgré les liens qui la retenaient; en même temps, le liquide, accumulé depuis près de 48 heures dans son réservoir, jaillit avec violence. L'obstacle une fois vaincu, des bougies en gomme élastique furent employées afin de dilater la lumière de l'urètre; une ulcération existant au niveau de la portion membraneuse, M. Flobert la cautérisa avec le nitrate d'argent, et au bout de sept semaines, il signa la sortie du malade, en lui recommandant de se passer de temps en temps des bougies dans l'urètre, afin d'entretenir la dilatation qui avait été obtenue.

Cet homme resta ainsi pendant quinze ou dix-huit mois sans éprouver d'accidens; et, durant tout ce temps, comme sont la plupart des malades des hôpitaux, insoucieux de leur personne et de leur santé, il négligea de suivre les conseils du chirurgien de Rouen, il ne passa pas une seule bougie dans son canal; de sorte qu'environ dix-huit mois après être sorti de l'hôpital, il vit reparaître le rétrécissement, qui devint bientôt assez intense pour arrêter plusieurs fois le malade; alors seulement il fit usage des bougies et recourut à la sonde chaque fois qu'il voulait uriner. Il consulta à cette époque un médecin qui lui passa des sondes et bougies en gomme élastique; les acccidens cessèrent un peu, et chaque fois qu'ils reparaissaient, il revenait aux bougies.

Enfin il se maria en juin 1842; il tenait un café, et était, par conséquent, exposé à boire souvent des liqueurs. Depuis ce moment jusqu'en novembre 1850, il a été parfaitement tranquille du côté de l'urètre, et cependant il ne faisait jamais depuis huit ans usage de sondes ni de bougies. Il y a environ un an et demi le rétrécissement reparut, et plusieurs fois il y eut rétention d'urine complète; mais, le lendemain ou le surlendemain, ces accidens disparaissaient sous l'influence du cathétérisme et des antiphlogistiques. Il vint donc jusqu'au mois d'avril 1852, remettant toujours au jour suivant pour se faire traiter; enfin, le 16 avril, il entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 27.

Il était alors dans l'état suivant:

Il se plaint d'uriner très fréquemment, toutes les dix minutes environ et seulement goutte à goutte, après des efforts considérables.

La sonde d'argent introduite rencontre, au niveau de la portion membraneuse de l'urètre, un obstacle insurmontable, un plancher dur et résistant, donnant à la main de l'explorateur une sensation analogue à celle que produit une bride de tissu cicatriciel sous le doigt.

Explorant le périnée avec attention, l'on rencontre à 3 centimètres environ au-dessous de la racine des bourses un bourrelet dur, saillant, d'un centimètre et demi environ en hauteur.

Des bains entiers tièdes, des boissons rafraîchissantes et émollientes, tel fut le régime prescrit. Des bougies emplastiques aluminées du n° 4 sont introduites, en laissant le malade se reposer de temps en temps, pendant un jour ou deux.

Au bout d'une huitaine de jours, le catarrhe urétral s'établit, et le dégorgement de la muqueuse semblait devoir se faire promptement; cependant jusqu'au mois de juillet, il se fait très peu de changement; M. Jobert introduit néanmoins des bougies aluminées, en laissant reposer le malade à différentes reprises pendant plusieurs jours, et le rafraîchissant par des bains tièdes, du chiendent, etc.....

Le 9 juillet, le jet de l'urine est assez gros, la miction s'opère bien plus facilement, et cependant une petite bougie emplastique ne peut encore pénétrer dans la vessie.

Le bourrelet saillant et dur que le doigt rencontrait sous le périnée, a considérablement diminué.

12 juillet. Le malade urine plus facilement; le doigt, promené sur le périnée, n'y rencontre plus qu'une saillie peu appréciable.

2° *Série de rétrécissemens de la portion spongieuse et de la portion membraneuse; — bougies aluminées; — dilatation excentrique; — guérison.*

X... X..., 34 ans, commis-voyageur, né à Fampoux (Pas-de-Calais), garçon. Salle St-Côme, n° 10.

Cet homme a un tempérament lymphatique, très disposé aux inflammations et aux flux muqueux. Dans son enfance, il était extrêmement sujet aux angines catarrhales, qui cédaient facilement à l'application de sangsues; quand il avait bu un peu de bière jeune, il voyait souvent survenir un petit écoulement urétral avec une certaine difficulté à uriner (ceci est très commun dans son pays). De tout temps, il a contracté avec une très grande facilité des rhumes de cerveau, qui, probablement, par suite de la solidarité des diverses parties du système muqueux entre elles, ont disparu il y a environ dix-huit mois, le catarrhe urétral étant devenu tout à fait constitutionnel. N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence? Nous ne le pensons pas.

Il y a quatorze ans, il contracta une urétrite avec écoulement assez intense. Au bout de quelques jours, il fit une injection avec le nitrate d'argent; elle fut tellement douloureuse, que le malade se refusa à en faire une seconde. Il prit du copahu, du cubèbe et des tisanes rafraîchissantes; tous ces médicamens furent inutiles, l'écoulement diminua, mais il ne cessa pas complètement, et le malade conserva toujours une goutte dite militaire qui reparaissait avec force sous l'influence du moindre excès; ce sont plutôt de véritables blennorrhagies nouvelles antées sur la première; car on sait que plus on a eu de blennorrhagies et plus elles ont duré longtemps, plus on est exposé à en contracter d'autres.

Il remarqua que les dernières gouttes d'urine qu'il rendait assez difficilement, étaient mêlées de filamens muqueux, blanchâtres, transparens, visqueux, preuve de l'existence d'une inflammation urétrale passée à l'état chronique. Il avait aussi, en allant à la selle, des pertes séminales involontaires. Ce phénomène est assez fréquent, suivant M. Jobert, dans les cas de rétrécissement, soit que le sperme s'écoule directement à l'extérieur par l'urètre, soit que, déposé d'abord dans la vessie, il sorte emporté par l'urine.

Notre homme, après avoir encore essayé à plusieurs reprises les injections de vin sucré et différentes tisanes, mais en vain, avait depuis quelque temps renoncé à tout traitement, quand, en 1845, il fit la ren-

---

Il est permis de contester la valeur de ce procédé de cuisine économique. »

Cette fameuse marmite était munie d'un appareil connu de nos jours sous le nom de *soupape de sûreté*, et l'on regarde généralement la découverte de cet appareil comme le prélude des travaux de Papin sur la vapeur. Mais M. Figuier, par des citations qui paraissent convaincantes, réduit cette découverte à une bien moindre importance; car, dans l'esprit de Papin, elle n'aurait eu d'autre but que de lui faciliter le moyen de *savoir ce qui se passait dans le pot*, et de veiller à l'exacte cuisson des viandes.

Papin jouissait, à Londres, d'une position meilleure que celle qu'il avait à Paris. Membre de la Société royale de Londres, la plus célèbre Société savante de l'Europe, honoré de la protection de Robert Boyle, qui jouissait d'un crédit immense, en bonnes relations avec la France, où le *Journal des Savans*, insérait ses communications, on est surpris de voir Papin abandonner tout à coup ces avantages, quitter Londres pour Venise, où il se laisse étourdiment entraîner par les promesses décevantes du chevalier Sarroti, qui, disait-il, venait de fonder une nouvelle académie, avec une dépense et une générosité tout à fait extraordinaires.

Parfaitement accueilli en Italie où ses talens le firent prendre en très grande estime par les savans les plus recommandables, Papin vit cependant bientôt qu'il fallait beaucoup rabattre de la générosité du chevalier Sarroti. Après deux ans de séjour à Venise, Papin revient directement en Angleterre: « Il espérait y ramasser les lambeaux de son crédit et de sa fortune. Mais ses longues pérégrinations avaient refroidi le zèle de ses amis, et tout ce qu'il put obtenir, ce fut d'entrer en qualité de pensionnaire à la Société royale. Il fut chargé d'exécuter les expériences ordonnées par l'Académie, et de copier sa correspondance; il recevait pour toute rétribution la somme de 62 francs par mois.

» C'est pendant ce second séjour en Angleterre qu'il conçut et exécuta la première machine qui devait le mettre sur la trace de sa découverte des applications de la vapeur. »

Mais cette première machine ne réussit pas. Les expériences que Papin avait fondées sur son succès s'évanouissaient, l'avenir s'assombrissait, sa pensée se reportait vers la France, mais l'inique et impolitique révocation de l'édit de Nantes, lui fermait les portes de sa patrie, car aux termes de l'arrêt, l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie était interdit aux membres de la religion réformée. « Papin aurait pu faire tomber d'un seul mot les barrières qui le séparaient de son pays, entrer à l'Académie des sciences, où sa place était depuis longtemps marquée, et recevoir les traitemens flatteurs que l'on prodiguait trois ans après à son cousin Isaac Papin, dont l'exil fit fléchir le courage, et qui abjura en 1690, entre les mains de Bossuet. Il préféra un exil éternel à la honte d'une abjuration. » En 1687, il quitta de nouveau l'Angleterre pour accepter du landgrave Charles, électeur de Hesse, une chaire de mathématique à Marbourg, où les soins de son enseignement ne l'empêchèrent pas de se livrer à ses recherches de prédilection.

Il m'est impossible de suivre ici M. Figuier dans sa savante exposition et son intéressant récit des essais, des tâtonnemens, des insuccès et des demi-succès de Papin, dans la série de ses découvertes qu'il quitte et reprend, de ses jours de découragement et d'espérance, jusqu'à la catastrophe de Münden, où de sauvages mariniers arrêtèrent et mirent en pièces le petit bateau à vapeur qu'il avait construit, qu'il avait essayé avec le plus grand succès, voyant ainsi disparaître en un instant le fruit d'un travail opiniâtre et d'une découverte qui, un siècle plus tard, doit révolutionner le monde.

« On est saisi d'un profond sentiment de compassion, dit éloquemment M. Figuier, quand on se représente l'infortuné vieillard privé des moyens sur lesquels il avait fondé toutes ses espérances, sans ressources et presque sans asile, et ne sachant plus en quel coin de l'Europe il irait cacher ses derniers jours. Il n'osait revenir sur ses pas et rentrer à Marbourg, dans cette Université qu'il avait volontairement abandonnée. D'un autre côté, il ne pouvait songer à la France; plus que jamais l'accès de sa patrie lui était fermé, car l'intolérance religieuse, dont les excès ont déshonoré les dernières années de Louis XIV, continuait à y déployer ses fureurs. Mais l'Angleterre avait été pour lui une autre patrie; c'est là que la fortune avait souri un moment aux efforts de sa jeunesse. Les encouragemens et l'appui qu'il avait rencontrés auprès de l'illustre Robert Boyle, les relations qu'il avait formées avec les membres de la Société royale, vivaient au nombre des plus doux souvenirs de son cœur; il prit la résolution de continuer sa route vers l'Angleterre, il voulut mourir sur le sol hospitalier où avaient fleuri les quelques jours heureux de son existence. Faible et malade, il s'achemina tristement vers ce dernier asile de sa vieillesse. Mais dans le long intervalle de son absence, ses amis avaient eu le temps de l'oublier; Robert Boyle était mort, et le nom de Papin était presque inconnu des nouveaux membres de la compagnie. Pour subvenir à ses besoins, il fut contraint de se remettre à la solde de la Société royale. Le grand inventeur dont notre siècle glorifie la mémoire, se trouva dès ce moment, et jusqu'aux derniers jours de sa vie, réduit à un état voisin de la misère. Il fut contraint, faute de ressources suffisantes, de renoncer à poursuivre les expériences de sa seconde machine à vapeur, commencées en Allemagne. « Je suis maintenant obligé, dit-il dans une de ses lettres, de mettre mes machines dans le coin de ma pauvre cheminée. »

Quelques rares et insuffisans secours lui venaient encore de la Société royale, et il n'est que trop avéré que le malheureux philosophe passa ses derniers jours dans la pauvreté et l'abandon, dont le poids devait être d'autant plus douloureux qu'il était chargé de famille.

C'est à tort que l'on a fixé la mort de Papin à l'année 1710. Une lettre de Leibnitz prouve qu'il vivait encore en 1714. « C'est là d'ailleurs le seul document qui permette d'éclairer les derniers temps de la vie de Papin. On ne peut préciser l'époque où il acheva de mourir. Il languit sans doute quelques années encore dans l'isolement et la pauvreté, et il est douloureux de penser que le besoin a pu abréger le terme de sa triste existence. Quelques personnes ont voulu expliquer le mystère qui couvre les derniers temps de sa vie, par son secret retour aux bords de la Loire, où il voulut mourir. Ainsi, il ne nous est pas même donné de

contre d'un aide-major de régiment, qui lui assura une prompte guérison; il fit donc une injection avec un liquide dont il ne put obtenir de savoir le nom, mais qui, à en juger par les accidens qui survinrent, était du nitrate d'argent. En effet, il y eut rétention d'urine, hématurie et gonflement considérable de la verge. Grâce à un traitement antiphlogistique bien entendu, tous les accidens se dissipèrent en huit ou dix jours. L'écoulement urétral n'en continua pas moins.

Jusqu'en 1847, il n'y avait pas eu de symptômes de rétrécissement; à cette époque, il survint de très fréquentes envies d'uriner, le liquide ne sortait qu'en très petite quantité, en tire-bouchon et avec de grandes douleurs. La dysurie augmentant, le malade fut obligé d'interrompre ses occupations pendant plus de deux mois; il fit des injections de guimauve; un de ses amis lui passa des bougies; puis il s'en passa lui-même pendant plusieurs mois, et il parvint ainsi à modérer momentanément la violence des accidens.

Enfin, il y a deux mois environ, le rétrécissement reparut avec une plus grande intensité; le malade se passa une bougie; aussitôt il survint un gonflement de la verge avec hématurie et des douleurs très vives. X... prit quelques bains, se reposa, et, dès que son état le lui permit, il vint à Paris et entra à l'Hôtel-Dieu le 4 juin 1852.

Il offrait les symptômes suivans :

1° Envies très fréquentes d'uriner;

2° Pertes séminales involontaires pendant la défécation;

3° Miction très pénible surtout à la sortie des dernières gouttes;

4° La sonde d'argent, introduite dans l'urètre, rencontra vers la racine de la verge un obstacle qu'on ne put franchir; M. Jobert, ainsi que cela arrive ordinairement, ne reconnut d'abord qu'un point rétréci, et, en effet, ce n'est que lorsqu'un premier obstacle a été vaincu que l'on peut reconnaître et franchir successivement les autres quand il en existe plusieurs.

Il n'y a, le plus souvent, que 2, 3 ou 4 coarctations plus ou moins rapprochées les unes des autres dans une portion de l'urètre; cependant on en a vu jusqu'à 6, 7 et même 8; elles forment souvent des nodosités plus ou moins saillantes que le doigt peut reconnaître en suivant le trajet de l'urètre. Lorsque ces rétrécissemens se succèdent à de très petits intervalles, il peut y avoir oblitération complète du canal, oblitération que l'on a niée dans ces derniers temps, mais que l'on trouve dans les œuvres de Colot et de Chopart, et que nous-même avons eu occasion de voir.

Dès le lendemain de son arrivée, une bougie emplastique aluminée, n° 4, est introduite sur l'obstacle et fixée en place pour deux ou trois heures.

Pendant plusieurs jours, M. Jobert introduit des bougies aluminées, et donne en même temps au malade des grands bains et des boissons émollientes.

Le 16 juin, une bougie emplastique (non aluminée), du n° 2, est introduite par l'urètre et va jusque dans la vessie.

Le 27, le malade est pris de fièvre et de trouble fonctionnel général qui empêche de continuer le traitement local. Cet état est-il dû à une réaction des organes génitaux sur toute l'économie, ou à la constitution atmosphérique des salles en ce moment? Nous croyons que ces deux ordres de causes ont eu leur part dans la production de ces phénomènes. Quoi qu'il en soit, le traitement suivant réussit très bien; il consiste tantôt dans l'administration du sulfate de quinine, tantôt dans le repos avec les bains tièdes et les boissons délayantes.

Au bout de quelques jours, tous les accidens ont disparu et M. Jobert commence l'emploi des bougies olivaires en gomme élastique, dont la disposition ingénieuse met à l'abri des fausses routes, et partant des dépôts, des abcès urineux etc. Successivement, les n°ˢ 2, 3, 4, 5 et 6 furent introduits dans l'urètre, qui se prêtait à merveille à cette dilatation.

Le 5 juillet, le malade urine beaucoup plus facilement, et le chirurgien fait facilement pénétrer dans le canal une bougie du n° 7. En continuant l'emploi de bougies graduées, on obtiendrait évidemment un résultat complet; mais cette méthode demande beaucoup de temps, et le malade désire retourner le plus tôt possible à ses affaires. Si l'on en restait là, les mêmes accidens de rétrécissement ne tarderaient pas à se reproduire; d'un autre côté, la prostrate et la vessie sont un peu malades par le fait de la difficulté que cet homme éprouvait depuis longtemps pour opérer la miction. Il faut donc faire cesser cet état le plus promptement possible.

La cautérisation latérale n'est pas bonne dans ce cas.

La dilatation par les incisions est un excellent moyen quand il y a un seul rétrécissement; mais lorsque, comme chez M. X..., il y a une série de coarctations successives, ce procédé expose à des accidens, si l'on veut comprendre, comme on l'a conseillé, une grande portion de l'urètre par une division faite avec l'uréthrotôme.

C'est donc à la dilatation qu'il faut recourir, mais par quel procédé? Dans une brochure qu'il fit paraître en 1835, le spirituel et savant chirurgien de Lausanne, M. Mathias Mayor, dit que plus l'urètre offre de difficultés au cathétérisme et à la libre excrétion de l'urine, plus il faut s'*armer* d'un cathéter de plus en plus volumineux. Il part de ce principe que les rétrécissemens de l'orifice du col utérin sont bien mieux vaincus par la tête de l'enfant que par les instrumens chirurgicaux, qui sont d'un volume incomparablement moindre; et il applique ce raisonnement aux coarctations de l'urètre. Mais il compare, à grand tort suivant nous, les parois de l'urètre rétrécies, et non préparées pour une grande dilatation, aux parois du col utérin, qui, pendant tout le temps de la gestation, ont subi des modifications successives qui lui permettent de se prêter à la dilatation nécessaire pour le passage de l'enfant.

M. Mayor s'*arme* donc d'abord d'un cathéter de deux lignes de diamètre, le porte sur l'obstacle, et, après avoir appuyé *avec énergie* dans tous les sens, s'il ne peut vaincre la coarctation, il prend des numéros successivement *plus forts*, pour rendre *les efforts de plus en plus inoffensifs, quoique toujours plus énergiques;* et, saisissant le pénis d'une main, il pousse de l'autre le cathéter de toutes ses forces, jusqu'à ce que l'obstacle soit franchi.

Quoique l'auteur se complaise à trouver son procédé tout à fait *inoffensif*, il n'en est pas moins vrai que l'on s'expose à une déchirure de l'urètre, une infiltration d'urine, des abcès urineux, et, en un mot, à tous les dégâts formidables que cause l'urine en s'épanchant dans les tissus qui ne sont point habitués à son contact.

Après avoir cité de nombreux succès obtenus par ce procédé dans son pays, M. Mayor voulut donner la preuve au monde savant de France, que ces heureux résultats étaient toujours la suite de l'application de sa méthode. Dans ses visites à l'hôpital Saint-Louis, le chirurgien de Lausanne opéra trois malades du service de M. Jobert. Les deux premiers moururent rapidement après l'opération; l'un avait l'urètre déchiré en étoiles; chez l'autre, le canal était rompu en différens endroits, et perforé de plusieurs fausses routes; enfin, chez le troisième, il ne put franchir l'obstacle avec sa grosse sonde. M. Jobert prit alors une petite bougie emplastique, et du premier coup, il pénétra dans la vessie.

Ces faits, et tant d'autres encore, démontrent clairement que la théorie de M. Mayor est purement paradoxale.

Restait la dilatation excentrique par le procédé de M. Perrève. Son instrument est une sonde cylindrique que l'on peut augmenter ou diminuer de volume dans tous les points de sa longueur, ou, si l'on veut, une sonde à développement.

Chaque instrument, pris isolément, se compose de deux tiges urétrales ayant la forme d'une moitié de cylindre coupé suivant le sens de sa longueur; leur surface interne est creusée d'une gouttière destinée à loger le conducteur, fil d'acier fixé à l'extrémité vésicale de l'appareil, et destiné à recevoir le mandrin creux, dont le volume est variable. Les deux tiges urétrales sont réunies à leur extrémité vésicale par une espèce de charnière; l'écartement de leur extrémité opposée est retenu par un châssis.

Il y a deux époques, quant à la dimension de cet ingénieux instrument.

Le premier dilatateur de M. Perrève était susceptible de rompre fortement l'urètre; car, dans son plus grand développement, il pouvait atteindre quatre lignes, limites de l'urètre normal. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Jobert, l'urètre présente tant de différences, soit dans sa longueur, soit surtout dans sa largeur, qu'un tel instrument qui dilatait seulement le rétrécissement chez un individu, rompait entièrement l'urètre chez un autre.

M. Perrève, comprenant les dangers d'un tel dilatateur, le modifia et ne lui donna que 2 lignes 3/4 au plus.

Ce second instrument, véritablement inoffensif, car, dans son plus grand écartement, il reste toujours au-dessous des dimensions de l'urètre normal, dilate le canal par une progression lente, et ne le force et ne le violente pas brusquement. Il le dilate d'abord; puis, arrivé à un certain degré de développement, il le rompt légèrement au niveau de la coarctation. Il remplit donc le même but que les petites incisions, si utiles, et dont les heureux résultats sont démontrés par les procédés de MM. Bégin, Ricord, Leroy-d'Étiolles, Civiale et Guyon, avec cette seule différence, suivant M. Jobert, que les petites déchirures produites par l'admirable instrument de M. Perrève, ne causent que très rarement la phlébite et jamais d'infiltration, ce qui peut arriver quand on a employé l'instrument tranchant.

Enfin, après avoir bien calculé toutes les chances qu'offrait chaque procédé, M. Jobert n'hésite pas un instant à choisir la dilatation excentrique par l'instrument de M. Perrève.

Le 7 juillet, il introduit d'abord le n° 1, et, avant de pénétrer dans la vessie, il est obligé d'appuyer légèrement sur chaque coarctation (trois) pour la franchir. Cette sonde, dilatée, est immédiatement remplacée par le n° 2, qui entre sans difficulté; sa dilatation fait sortir quelques gouttes de sang; l'effet est donc obtenu; l'urètre est légèrement rompu au niveau des trois points rétrécis. M. Jobert fait observer qu'une sonde sera introduite chaque jour dans l'urètre, afin d'empêcher que ces petites plaies ne se cicatrisent; car si l'on obtenait la formation de tissu cicatriciel, on aurait augmenté le rétrécissement au lieu de le diminuer.

8 juillet. Le malade a eu de la fièvre dans la journée d'hier; il a beaucoup souffert, surtout en urinant : grand bain; tisane émolliente.

9 juillet. La peau est encore chaude; X... a encore eu des douleurs urétrales assez vives et de l'agitation; saignée d'une palette et demie.

12 juillet. Le malade est très bien; la peau est fraîche, les accidens ont cessé. Encore quelques jours de repos et X... sortira tout à fait guéri, peut-être pas *in æternum*, comme dit M. Perrève, mais pour un temps assez long, surtout s'il a soin d'entretenir la lumière de son canal en y introduisant de temps en temps des sondes ou des bougies (1).

Il faut que les jeunes chirurgiens soient bien prévenus de ceci, que presque toujours il survient, après une opération sur l'urètre, des accidens nerveux variables pour leur intensité, quels que soient la méthode et le procédé que l'on a employés.

3° *Rétrécissement de la portion prostatique de l'urètre.*

Salle St-Côme, n° 11, se trouve le nommé Besancenot (Jean-Pierre), charretier, âgé de 37 ans, né à Chargé-lès-Grés (Haute-Saône), garçon.

Le malade porte depuis sa naissance un hypospadias dont il n'a jamais essayé de se faire guérir, bien qu'il en fût géné pour opérer la miction. Il raconte, en effet que, jusqu'à l'âge de neuf ou dix ans, des jeunes gens de son pays lui donnaient de l'argent pour le faire pisser devant eux, tant était curieuse la manière dont s'échappait l'urine; elle sortait par deux jets, l'un très petit, à peu près direct, l'autre plus gros, se dirigeant impétueusement à droite.

Son père est mort à 61 ans, d'une rétention d'urine, après une rupture de l'urètre.

Besancenot n'a jamais eu d'autres maladies que des étourdissemens, qui nécessitaient des saignées assez fréquentes.

Charretier de voitures de déménagemens, il était exposé à boire continuellement; aussi dit-il qu'il buvait une prodigieuse quantité de vin, mais rarement des liqueurs.

En 1835, à Nancy, après un excès de table, il contracta une blennorrhagie qui se corda, et dura cinq ou six mois; pendant ce temps, il prit de l'eau d'orge, du chiendent, et fit des injections de gros vin sucré; il

(1) X... est sorti le 16 juillet, parfaitement guéri.

---

connaître le coin de terre où reposent les cendres de ce grand homme infortuné. »

Il faut lire, dans l'ouvrage même de M. L. Figuier, l'appréciation aussi sage que juste des découvertes de Papin, de leur portée, de leur valeur, des conséquences qu'elles ont eues, et l'influence qu'elles ont exercée sur les découvertes ultérieures. Sans doute, et M. Figuier le reconnaît, ce grand homme a manqué de suite et de tenue dans ses idées; il découvre le principe fondamental de l'emploi de la vapeur pour faire le vide et soulever un piston, et bientôt, détourné par la critique, il perd de vue sa découverte, et meurt sans soupçonner l'importance extraordinaire qu'elle doit acquérir un jour; sans doute il y a là un vice d'esprit que l'on essaierait en vain de dissimuler.

« Cependant, ajoute M. Figuier, et je ne résiste pas au plaisir de citer cette dernière page de cette excellente notice, les circonstances de la vie de Papin expliquent suffisamment ce défaut. Si son existence se fût écoulée calme et honorée dans sa patrie, s'il eût vécu entouré d'aides intelligens, de constructeurs et d'ouvriers, s'il eût goûté quelque temps les loisirs et la liberté d'esprit, qui sont nécessaires à l'exécution des longs travaux scientifiques, il est probable que l'on n'aurait pas à défendre sa mémoire contre de tels reproches; la postérité, qui ne connaît qu'un coin de son génie, aurait alors possédé Papin tout entier. Mais, éloigné dès sa jeunesse du ciel de sa patrie, obligé de promener à travers l'Europe le poids de ses ennuis et de sa pauvreté, contraint de frapper de son bâton de voyage à la porte des Académies étrangères, le malheureux philosophe pouvait-il nous léguer autre chose que les ébauches de son génie?......

» Si donc la machine à vapeur n'est pas une invention exclusivement française, il ne faut l'attribuer qu'aux tristes circonstances qui, pendant quarante ans, fermèrent à Papin l'accès de sa patrie. Il y avait dans toutes les grandes villes de la France, et surtout dans celles des bords de la Loire, une nombreuse population de huguenots industrieux qui possédaient des capitaux immenses, et concentraient dans leurs mains l'exploitation des principaux arts mécaniques. Ces hommes, qui devaient transporter l'industrie française au-delà du Rhin et à l'autre bord de l'Océan, étaient tous ses amis; nul doute qu'ils ne lui eussent offert les ressources nécessaires pour perfectionner sa découverte, et qu'il n'eût trouvé, dans le concours de ses compatriotes, le moyen de doter son pays de l'honneur entier de cette invention impérissable. Ainsi, la révocation de l'édit de Nantes ne fut pas seulement une offense aux lois éternelles de la morale et de la justice, elle n'eut pas uniquement pour effet l'exil d'un million d'hommes et le transport à l'étranger d'une grande partie de l'industrie nationale, elle devait encore priver la France de la découverte qui a le plus activement contribué aux progrès de la civilisation moderne. »

Le lecteur m'excusera, je l'espère, en faveur des citations qui précèdent, d'avoir consacré ce feuilleton à la grande et malheureuse figure de Denis Papin. Il m'a semblé que c'était un hommage qu'un journal de médecine pouvait rendre à un médecin, et j'y ai trouvé une occasion nouvelle d'appeler l'attention du public médical sur l'excellent et consciencieux ouvrage de M. L. Figuier, dont la lecture est des plus attachantes et des plus instructives.

Amédée LATOUR.

MÉLANGES.

EXCROISSANCE CORNÉE DÉVELOPPÉE DANS LA RÉGION OCCIPITALE.

Parmi les productions accidentelles et morbides qui peuvent se former à la surface du corps, il n'en est pas de plus singulières que les excroissances cornées analogues, par la forme comme par la composition, aux cornes des animaux. En mettant de côté tous les cas rapportés par des auteurs amis du merveilleux, il reste encore une foule d'observations dont l'authenticité est parfaitement prouvée, et parmi lesquelles nous avons à enregistrer encore le fait que vient de rapporter M. Augustin Sands, dans le *York journal of medicine.*

Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui, à l'âge de 34, vit se développer peu à peu et sans cause connue, une excroissance cornée à la partie postérieure du crâne. Lorsque M. Sands vit la malade, cette excroissance avait 12 centimètres à partir de sa base; elle surgissait de la protubérance occipitale, et s'étendait en bas et en arrière pour se redresser sur elle-même en forme de crochet. Elle était très dure, solide, et rendait un son clair; frappée avec le manche d'un scalpel, ses attaches à l'occipital ne paraissaient pas très tenaces, puisqu'en la saisissant avec la main on parvenait à l'ébranler quelque peu.

Ce développement morbide occasionnant beaucoup de gêne à la malade, M. Sands se décida à l'extirper. Pour cela, il n'eut qu'à faire autour de la base de l'excroissance deux incisions elliptiques qui entamaient toute l'épaisseur de la peau jusqu'au périoste, puis à glisser la lame d'un bistouri sous la masse osseuse, et à la soulever. Il n'y eut aucune hémorrhagie; la plaie se cicatrisa promptement par première intention. Mesurée avec soin, cette corne présenta 13 centimètres 1/2 de longueur et 6 centimètres de circonférence à la base.

POIVRE DE CAYENNE. — On sait que le poivre de Cayenne joue un grand rôle parmi les condimens de nos voisins d'outre-Manche. La commission sanitaire, qui poursuit le cours de ses recherches sur les falsifications des substances alimentaires, a reconnu que cet article était altéré 24 fois sur 28, et 22 fois par des matières colorantes minérales. C'était du minium dans 13 échantillons, des terres ferrugineuses dans 7 autres, du cinabre dans un autre; et dans beaucoup d'autres cas il y avait réunion de ces falsifications. On peut juger par là des avantages du laissez-faire et du laissez-passer appliqué au commerce, en ce qui touche les matières alimentaires.

HOPITAUX DE PARIS. — Dans une de ses dernières séances, le conseil municipal de la ville de Paris a fixé le budget de l'administration de l'assistance publique à 14,983,611 fr., presque le budget d'un État de moyenne grandeur. La subvention municipale, annuellement accordée aux établissemens hospitaliers, a été fixée à 5,468,509 fr. L'allocation de l'année dernière était supérieure à celle-ci de 592,654 fr.

n'en continua pas moins à faire des déménagemens; mais au lieu de boire son vin pur, il y mit de l'eau. Malgré ses marches et ses fatigues, il n'a jamais eu d'orchite.

C'est vers 1836 que débutèrent les premiers symptômes de rétrécissement; celui-ci était faible, le malade ne s'en préoccupa donc pas. Il vint à Paris en 1838, et jusqu'en août 1842 il éprouva peu d'accidens.

Le 25 août de cette année, conduisant une société à Versailles, il but considérablement en route, et à Sèvres il fut pris de rétention d'urine. Il patienta toutefois jusqu'à Versailles, où un élève de l'hôpital essaya de le sonder. Il lui retira environ deux verres d'urine, et le soulagea beaucoup. De retour à Paris, le soir, il fut pris de nouveaux accidens, et le lendemain on le porta à St-Louis, où M. Jobert lui retira environ quatre litres de liquide; il y avait vingt-six heures qu'il n'avait uriné. Cette évacuation le soulagea immédiatement, et quelques jours après il sortait de St-Louis.

En mai 1849, Besancenot contracta un chancre induré, qu'il fit traiter dans le service de M. Puche. Il y resta trois mois, et en septembre de la même année, il vint à l'Hôtel-Dieu trouver M. Jobert pour son rétrécissement, qui avait reparu depuis un an environ. Il avait alors des plaques muqueuses à la marge de l'anus, et des ulcérations à la gorge. (Pilules de protoiodure de mercure; salsepareille.)

M. Jobert lui introduisit des bougies aluminées pendant une quinzaine de jours, et au bout de six semaines, il sortit, uriuant à gros jet. Il retourna alors chez M. Puche pour se faire guérir de ses plaques muqueuses et de ses ulcérations pharyngiennes. (Bromure de potassium, salsepareille, bains de vapeur. Lotions anales avec l'eau chlorurée.)

Il en sortit au bout de quatre mois et demi, et resta dix-huit mois sans éprouver aucun accident; mais, durant ces dix-huit mois, il n'eut pas le soin d'entretenir les dimensions de son urètre en y passant des bougies, et vers le mois d'août 1851, le rétrécissement reparut. Il traîna ainsi jusqu'au mois de juin 1852, et se décida enfin à entrer à l'Hôtel-Dieu le 5 juin 1852.

La sonde d'argent pénètre assez facilement dans la plus grande partie de l'urètre; mais, arrivée au niveau de la prostate, elle éprouve un obstacle dur, résistant, invincible, et la pression détermine de vives douleurs. Le doigt, introduit dans le rectum pour aider le bec de la sonde à entrer dans la vessie, rencontre la prostate très tuméfiée.

Il y a donc ici prostatite, et de plus rétrécissement de l'urètre dans sa portion prostatique.

Suivant sa méthode ordinaire, M. Jobert porte sur l'obstacle des bougies aluminées, donne des grands bains et des tisanes rafraîchissantes.

Au bout d'une huitaine de jours, la bougie pénètre plus avant, le rétrécissement a donc été vaincu; mais le malade accuse alors de vives douleurs. M. Jobert explore de nouveau le canal avec la sonde d'argent, et, arrivée au même point que la bougie emplastique, c'est-à-dire sur la prostate, elle détermine les mêmes douleurs; c'est que l'engorgement de la prostate existe toujours, et que la sonde, ne rencontrant plus d'obstacle, pénètre jusqu'à elle.

Grand bain, tisane émolliente.

Le lendemain, le malade se plaint d'avoir beaucoup souffert. Il a de la fièvre, la langue est sale.

Diète, grand bain, vésicatoire au périnée, tisane émolliente.

Ce traitement, continué pendant cinq ou six jours, amène la résolution complète des phénomènes généraux.

Il survient une stomatite pseudo-membrane qui cède à l'application de miel rosat et de jus de citron.

Sous l'influence du vésicatoire, l'inflammation a diminué d'activité: mais il reste encore de l'engorgement, et le malade a encore des douleurs en urinant. Mais la difficulté que B. éprouve à uriner ne tient plus au rétrécissement qui existait au-devant de la prostate, il tient à la tuméfaction de cette glande, tuméfaction qui ne peut résister à quelques mouchetures faites sur ses parois avec le sécateur de la prostate.

Il ressort de ces faits plusieurs points importans que nous allons essayer de passer en revue.

D'abord, au point de vue de l'étiologie, nous ferons remarquer une coïncidence très fréquente de vices de conformation des voies génito-urinaires; c'est tantôt un phimosis; le malade qui fait le sujet de la première observation en donne un exemple. Un autre malade, couché au n° 21, qui portait un rétrécissement de l'urètre presque congénital, fut pris, à la suite d'un excès de femme, d'une rétention complète d'urine après une rupture de l'urètre: infiltration des bourses, de la verge, du périnée, gangrène d'une portion de l'urètre; tels sont les accidens qui survinrent chez ce malade, qui, après avoir subi la ponction sus-pubienne et l'urétroplastie par le procédé de M. Jobert, est aujourd'hui à peu près guéri. Ce malade portait aussi dès son enfance un phimosis.

Tantôt c'est un hypospadias; le n° 11 de la salle St-Côme en porte un qui a son siége au-dessous de la couronne du gland, là où se trouve le frein du prépuce; tantôt un hypospadias, comme nous avons eu occasion de le voir l'année dernière.

Enfin, le malade qui est couché au n° 10, avait un telle sensibilité de l'urètre, que, sous l'influence d'une légère excitation, il survenait un catarrhe.

Voilà pour les causes prédisposantes.

Sous le rapport des causes efficientes, il est d'un très haut intérêt de comparer les deux rétrécissemens que portent le n° 10 et le n° 27 de la salle Saint-Côme. N'est-il pas remarquable, en effet, de voir un homme qui, après avoir deux injections avec le nitrate d'argent, se trouve porteur d'un rétrécissement sérieux certainement, mais qui, au bout de huit jours, cède à l'emploi des bougies aluminées, c'est le malade du n° 10; tandis que l'autre qui n'a pas fait usage de caustique, qui n'a fait des injections qu'avec l'eau de guimauve, se trouve porteur d'un rétrécissement calleux, qu'un traitement de trois mois n'a pu encore vaincre d'une manière complète, c'est le malade couché au n° 27. L'explication de cette différence pathologique, la voici: c'est que, insoucieux de sa personne, comme le sont là plupart des gens du peuple, ce dernier malade est resté dix ans entiers sans dilater une seule fois son canal, tandis que l'autre avait eu le soin de maintenir la lumière de l'urètre dans de certaines dimensions, en y introduisant de temps en temps des bougies ou des sondes. Il faut aussi tenir compte des différentes espèces de tempéramens.

Nous voyons, en outre, que les rétrécissemens, quoique plus fréquens dans la portion membraneuse, peuvent occuper, ainsi que l'a très bien démontré M. le docteur Lallemand, de Montpellier, toute l'étendue de l'urètre, depuis la portion prostatique jusqu'à l'extrémité de la verge (observ. de M. Bérard aîné, le savant physiologiste); comme le dit très bien le célèbre professeur de Montpellier, en mettant de côté les cas d'engorgement de la prostate, il reste encore dans la science des faits assez nombreux, pour prouver que le rétrécissement de la portion prostatique de l'urètre est possible.

Au point de vue thérapeutique, nous dirons que l'alun employé suivant la formule de M. Jobert, n'agit pas ici comme caustique, dans le traitement des coarctations urétrales. Il sert ici de modificateur, de perturbateur, en faisant passer l'inflammation chronique de l'urètre à l'état de catarrhe, et amène ainsi le dégorgement de la muqueuse de ce canal, de la même manière que le nitrate d'argent agit dans la conjonctivite, par exemple, qui détermine une inflammation artificielle et franche dans la muqueuse oculaire dont il opère le dégorgement.

M. le docteur Dassier (de Toulouse), dans une excellente thèse sur la thérapeutique des rétrécissemens de l'urètre (1850, Paris), n'a pas bien compris, suivant nous, le mode d'action des bougies aluminées, telles que les emploie M. Jobert. « M. Jobert (de Lamballe), dit-il, emploie fréquemment les » bougies emplastiques, et la substance caustique dont il » charge l'extrémité est du sulfate d'alumine et de potasse » réduit en poudre. » Il semble croire que c'est comme caustique qu'agit l'alun dans ce cas, et ce n'est pas comme tel qu'il agit ici, pas plus que le nitrate d'argent dans la conjonctivite; c'est simplement comme perturbateur. Je m'explique: du temps d'Aldereto, d'Amatus Lusitanus, de Fabrice de Helden et d'Ambroise Paré, les caustiques étaient en très grande faveur dans le traitement des coarctations de l'urètre; on employait alors le vert-de-gris, l'orpin, le vitriol, l'alun, la sabine, l'ocre, l'antimoine, etc., etc. Mais le point de départ des chirurgiens de l'époque prouve bien que c'étaient de véritables caustiques dont ils faisaient usage pour « *consumer les carnosités*, » dont ils croyaient les rétrécissemens formés. La manière dont ils employaient ces substances le démontre encore. En effet, tantôt on les réduisait en poudre que l'on portait sur la coarctation à l'aide d'une sonde ouverte à ses deux bouts, contenant un stylet qui se terminait par un petit tampon de linge imprégné de la poudre; tantôt enfin on les réduisait sous forme de pâte et on les logeait, soit à la surface des bougies, soit dans une entaille ou espèce de cuvette pratiquée sur l'extrémité de la bougie.

Ambroise Paré lui-même reconnaissait bien les dangers de cette méthode, quand il disait dans son langage naïf et vrai: « Poursuivant, dit-il, la curation des dites carnosités, il ne convient de ne trop user en la voie de l'urine de remèdes âcres et corrosifs, parce que la sensibilité de ce conduit en étant offensée, il pourrait en résulter de graves accidens. »

Les bougies aluminées dont se sert M. Jobert sont des bougies emplastiques d'un calibre assez fort, afin d'agir un peu déjà par la simple compression; on chauffe l'extrémité de ces bougies de manière à fondre légèrement la cire dans laquelle la poudre d'alun s'incorpore exactement de manière à ne pas présenter une surface rugueuse formée *par l'alun seul*; c'est en quelque sorte un magma de cire et d'alun. Si les bougies ne sont pas préparées de manière que l'alun soit tout à fait et exactement mélangé à la cire, si elles présentent à leur surface une couche d'*alun pur* et qu'on en fasse un emploi trop prolongé, on finit par ulcérer le canal, il y a de la suppuration et il se forme en dernier lieu un tissu inodulaire qui, par son action contractile incessante sur les parois de l'urètre, tend continuellement à effacer la lumière de ce conduit.

Une fois le dégorgement de la muqueuse obtenu, c'est-à-dire au bout d'un temps qui varie de 7 à 10 ou 12 jours, les bougies olivaires en gomme élastique sont introduites en augmentant successivement leur calibre; une ou rarement deux séances de dilatation excentrique sont faites avec l'instrument de M. Perrève, afin de donner à l'urètre, dans le point précédemment rétréci, des dimensions convenables.

Enfin M. Jobert termine la guérison par la dilatation simple ou la dilatation forcée, quand le rétrécissement est calleux et résistant.

M. Jobert se propose de donner plus tard quelques réflexions sur la cautérisation et l'uréthrotomie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 Août 1852. — Présidence de M. Piobert.

M. Chatin communique la suite et la fin de ses *Recherches comparatives de l'iode dans les eaux qui alimentent Paris, Londres et Turin.* Cette dernière partie du travail de M. Chatin se résume en ces termes:

La proportion d'iode s'élève ou s'abaisse dans la Seine avec le niveau des eaux. Le maximum d'iode a répondu, pendant la période d'observations, à une hauteur de 3m,95 à l'échelle du pont de la Tournelle; le minimum à une hauteur de 0m,15 à la même échelle.

La quantité de pluie tombée à Paris est sans rapport avec la proportion d'iode dans la Seine, à moins que cette quantité ne coïncide avec un changement dans le niveau des eaux, c'est-à-dire avec des pluies dans le bassin supérieur du fleuve. Il est évident qu'alors le rapport de l'iode de la Seine à la quantité de pluie tombée se confond avec celui donné par le niveau des eaux.

La proportion de l'iode s'élève ou s'abaisse dans le même sens que la température.

Ce rapport ressort bien de la comparaison des eaux pendant les mois froids de l'hiver et les mois de l'été, la hauteur à l'étiage étant la même.

La nature des vents, défalcation faite de la température et de la hauteur des eaux, etc., ne se lie pas très visiblement à la proportion d'iode dans les eaux de la Seine.

Sous la réserve d'études plus complètes, pour juger de l'influence, de la pression, de l'apparence du ciel et de l'état hygrométrique de l'air, de la direction et de la vitesse des vents, on peut admettre que la proportion de l'iode dans les eaux de la Seine est à peu près en raison de la hauteur des eaux à l'étiage et de l'abaissement de la température. A niveau égal, c'est donc en hiver que la Seine contient le plus d'iode.

Pendant la période d'observation, la proportion de l'iode a varié de 5 à 2. La proportion moyenne correspond sensiblement, toutefois en oscillant en raison de la température à 1m,20 à l'échelle du pont de la Tournelle, qui est la hauteur moyenne des eaux dans le cours de l'année.

Le poids de la somme du résidu terro-salin contenu dans l'eau de la Seine, à Paris, a varié de 4 à 3; il est généralement en raison inverse de l'élévation du niveau des eaux et en raison directe de la température. Quand la proportion de ce résidu s'élève dans les eaux, celle de l'iode s'abaisse, et réciproquement.

A égalité des eaux de l'étiage pendant l'hiver et l'été, c'est donc à cette dernière saison que correspond le maximum de résidu, comme le minimum d'iode.

La comparaison des eaux de la Seine aux eaux pluviales conduit à reconnaître:

Que la proportion de l'iode est, en moyenne, plus élevée dans l'eau de la pluie que dans celle du fleuve: la différence entre les eaux de la pluie et celles qui sourdent du sol est accrue 1° par un sol argileux qui retient l'iode, 2° par la dissolution d'une quantité considérable de sels terreux; 3° par le long parcours des eaux à la surface du sol; 4° par l'élévation de la température;

Que les matières organiques sont, comme l'iode, plus abondantes dans l'eau de pluie que dans l'eau de Seine;

Que les chlorures sont, par rapport à l'iode et à la somme des matières fixes, plus abondans dans l'eau de la pluie que dans celle de la Seine, etc.;

Que les carbonates et les sulfates sont, par rapport à l'iode, plus rares dans l'eau de pluie que dans l'eau de rivière et de source;

Que la magnésie est, relativement à la chaux, ordinairement plus abondante dans l'eau de pluie que dans l'eau de source ou de rivière;

Que l'eau de rivière contient souvent moins d'acide carbonique que l'eau de pluie.

Considérées dans leur ensemble, les eaux de Paris sont salubres. On peut cependant améliorer cette base de l'alimentation.

L'eau d'Arcueil ne devrait être distribuée que mélangée à celle du puits artésien de Grenelle, qui en corrigerait la demi-crudité, tout en communiquant au mélange une suffisante ioduration.

Les eaux du canal de l'Ourcq, améliorées par les eaux du Clignon, par le détournement de celles de la roche de Cregy, signalées comme trop dures, et qui sont, en outre, sensiblement privées d'iode, sont vraiment bonnes, quoique l'opinion contraire ait été soutenue. Elles seront excellentes le jour où, pouvant faire quelques sacrifices sur la quantité, on les composera seulement de la rivière d'Ourcq, du Clignon et de la Gergogne.

La Seine, dont les eaux réunissent toutes les qualités les plus rares jusqu'au pont de Charenton, perd successivement une partie de ces qualités par le mélange des eaux de la Marne, du canal de l'Ourcq, et surtout par la décharge des égouts.

M. Chatin exprime enfin, comme proposition dernière et principale, l'idée d'introduire à Paris, par un canal, un volume suffisant des eaux de la Seine, prises tout à fait pures à ses portes, près le pont de Charenton.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

CHOLÉRA. — On écrit de Varsovie, 24 juillet: « Voici quelques renseignemens officiels statistiques sur l'état du choléra dans le royaume de Pologne. A Varsovie même, on comptait, depuis le 26 juin jusqu'au 22 courant, 454 personnes malades. Sur ce nombre, il y avait eu 110 décès, 124 guérisons, 117 malades étaient encore en traitement. Du 24 mai jusqu'au 19 courant, 2,192 personnes avaient été atteintes du choléra; sur ce nombre, on comptait 1,073 décès et 755 guérisons. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Étude historique et critique sur les fonctions et les maladies du pancréas, par D. Moyse, d.-m. Paris, 1852. L. Leclerc, libraire.

De l'asthme, par le docteur L. de Crozant. In-8, Paris, 1851, Germer-Baillière.

Névrologie, ou Description du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation, par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'anatomie, et J.-B. Léveillé, dessinateur.

Neuvième livraison. Paris, 1852, in-4°, figures noires. Prix: 5 fr.
Figures coloriées. 10 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie nationale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 95. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 10 Août 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois.............. 17

3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MALADIES PUERPÉRALES.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES EN COUCHES.

L'éclampsie qui éclate pendant la grossesse ou pendant la période de l'accouchement, l'*éclampsie puerpérale* proprement dite, est un des phénomènes morbides dont l'étude intéresse le plus vivement le médecin praticien. L'aspect effrayant des pauvres femmes atteintes de convulsions puerpérales n'explique que trop bien l'émotion que l'homme de l'art lui-même surmonte avec peine, et qui le porte trop souvent à recourir aux opérations obstétricales, même les plus graves, pour faire cesser de pareilles souffrances et pour conjurer un pareil danger. On sait d'ailleurs que ces convulsions sont souvent le symptôme d'un état morbide profond des plus graves; et il faut ajouter que les meilleurs esprits ne sont pas parfaitement unanimes sur le mode de traitement auquel il faut donner la préférence.

L'UNION MÉDICALE devait donc accueillir avec empressement les deux observations d'éclampsie qu'on va lire, et qui lui ont été adressées par deux honorables et savans confrères. Elle leur devait d'autant mieux une place dans ses colonnes, que les auteurs de ces observations ont agité plusieurs questions capitales au point de vue pratique; de sorte qu'il se présentait ainsi pour elle, dont la mission est de chercher à répandre la lumière sur les questions médicales controversées, une excellente occasion de discuter des points de doctrine pleins d'intérêt, et de concourir, autant qu'il est en elle, à fixer les esprits sur la thérapeutique qui paraît être le plus en harmonie avec les faits.

Nous allons d'abord mettre sous les yeux de nos lecteurs le travail de M. le docteur de Pietra Santa et celui de M. le docteur Saurel.

Éclampsie; — inefficacité des antispasmodiques et des antiphlogistiques; — accouchement provoqué; — mort; par M. le docteur Prosper de PIETRA SANTA.

La *Gazette Médicale* de Paris contient, dans son numéro du 12 juin 1852, la relation d'un cas d'éclampsie observé par MM. les docteurs S. Marcel et Depaul.

Après avoir constaté la gravité des convulsions qui surviennent pendant la grossesse, et l'unanimité des praticiens pour admettre cette gravité, M. Marcel signale la divergence des opinions sur les moyens de les combattre. Il regrette, avec raison, que nous n'ayons pas un travail qui établisse, dans ces cas, la supériorité d'une méthode thérapeutique; et, pour en préparer les matériaux, il relate un fait où il a pu constater l'heureuse influence des émissions sanguines, et dans lequel il s'applaudit de n'avoir tenté aucune manœuvre pour provoquer l'accouchement.

L'observation du docteur Marcel se résume dans les faits suivans : durée de l'éclampsie quatorze heures; aucun indice de travail; deux saignées; trêve; puis, après cinquante heures, accouchement spontané d'un enfant mort; guérison de la mère.

Je m'associe de grand cœur au vœu formé par notre honorable confrère; nos maîtres en accouchement feraient une œuvre très utile pour les jeunes praticiens, très méritoire pour la science, en formulant les préceptes thérapeutiques qui doivent porter la conviction et la lumière dans l'esprit de tous. En attendant, je viens, manœuvre modeste, apporter une pierre pour la construction de l'édifice.

C'est l'histoire d'un cas d'éclampsie qui a duré plus de vingt-quatre heures, résistant aux antispasmodiques et à toutes les ressources de la médication antiphlogistique, cessant après l'expulsion d'un enfant mort par l'accouchement provoqué, donnant quelque lueur d'espérance aux médecins, par une amélioration de plus de vingt-quatre heures, et se terminant par la mort au quatrième jour de l'invasion du mal.

L'issue malheureuse de cette observation n'en diminuera pas la partie instructive. Si elle est insuffisante pour résoudre le problème qui attend encore une solution, elle sera lue, si je ne m'abuse, avec intérêt. Je l'ai suivie très attentivement pendant de longues heures; je l'ai relatée avec une fidélité religieuse.

Le 30 mai dernier, je fus mandé par Mme Platel, sage-femme, au n° 50 de la rue Ménilmontant, près de la nommée Françoise X..., Alsacienne, femme de ménage, âgée de 24 ans, d'une assez forte constitution, primipare, au huitième mois et demi d'une grossesse qui s'était passée sans accidens. Elle avait été prise dans la nuit, subitement et sans cause appréciable, de vomissemens violens et répétés. A huit heures du matin, une attaque de convulsions était entrée en scène, suivie de deux autres à trois quarts d'heure de distance.

Je vis la malade à onze heures : à mon entrée, les yeux se dilatent, roulent promptement dans les orbites; les mouvemens convulsifs des muscles du visage et des membres supérieurs se précipitent; la figure se colore; les lèvres s'injectent; une salive écumeuse est rejetée par la bouche.

Après une minute, le calme revient; avec le calme, la connaissance. La malade n'a pas conscience de ce qui vient de se passer; elle répond aux questions qu'on lui adresse.

Je procède alors à l'étude attentive de cette affection,

Pas de céphalalgie habituelle, pas de céphalalgie comme signe précurseur, pas de céphalalgie actuelle. Les conjonctives sont légèrement injectées. La figure est recouverte d'un nombre très considérable de taches de rousseur, qui ont une teinte jaune sale, et qui sont analogues à des éphélides. Sur la tête, on aperçoit des plaques dénudées de cheveux, recouvertes d'une poussière furfuracée.

L'auscultation me démontre qu'il n'y a rien d'anormal dans la respiration, dans le rythme, la fréquence, la force des battemens du cœur; le pouls donne 80 pulsations à la minute; l'artère cède facilement sous la pression du doigt explorateur. La température du corps est naturelle.

En palpant l'abdomen, je sens l'utérus développé à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, incliné à gauche. La mère dit avoir parfaitement senti les mouvemens de son enfant la veille et la nuit dernière. Mme Platel assure les avoir constatés avant l'accès du matin.

En auscultant l'abdomen, je retrouve le souffle placentaire; et sur le côté gauche, au-dessus du rebord de la hanche, je perçois distinctement un double bruit que j'attribue nécessairement aux battemens du cœur du fœtus. En effet, la main, portée à ce moment sur la radiale de la mère, reconnaît une différence dans le nombre des pulsations (80 pulsations d'une part, 120 de l'autre).

Je pratique alors le toucher vaginal : le segment inférieur de l'utérus est placé très haut au détroit supérieur. C'est à peine si l'extrémité de mon doigt peut atteindre le col, qui a encore quelques lignes d'épaisseur, et qui, incliné en arrière, n'offre encore aucun indice de dilatation.

Les membres inférieurs, légèrement infiltrés, conservent autour des malléoles l'empreinte du doigt. Je ne puis examiner les urines.

J'étais donc en présence d'une éclampsie épileptiforme, chez une primipare, à huit mois et demi de grossesse, sans aucun commencement de travail.

Fallait-il attribuer cette éclampsie à une congestion ou à une irritation des centres nerveux? Fallait-il ne voir là que des accidens tenant à une excitabilité du système nerveux cérébro-spinal, liés à une cause excitatrice, que, dans l'espèce, on devait rapporter à une irritation morbifique (présence du fœtus dans l'utérus)?

L'état parfait de santé de la veille, la soudaineté des symptômes morbides, la forme épileptique de l'éclampsie, l'absence de céphalalgie, l'état de la circulation et de la calorification, la disproportion très grande qui existait entre les désordres convulsifs et l'état des pulsations radiales.

Feuilleton.

DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN TOSCANE ET EN FRANCE;

Par le docteur Prosper de PIETRA SANTA,
Membre correspondant de l'Académie de médecine de Florence.
In-8°, Paris, 1852.

Le but évident et avoué d'ailleurs de cet opuscule est de prouver que l'enseignement de la médecine est plus élevé, plus complet, plus logique, plus scientifique et plus pratique à la fois en Toscane qu'en France. Cette prétention surprendra beaucoup, surtout nos Parisiens; nous nous habituons trop en France à considérer nos institutions scientifiques comme supérieures à celles des autres nations; si nous demandons pour elles quelques modifications, c'est moins parce que nous craignons d'être dépassés dans la voie du progrès que par ce zèle ardent et souvent mal contenu qui nous pousse toujours en avant. Nous demandons souvent le changement de ce que nous avons, et cependant ce que nous avons nous paraît toujours l'expression d'une supériorité relative sur la réalité de laquelle nous ne supportons même ni le doute, ni la contestation. Exemple : qui de nous ne s'est associé aux manifestations dont le but était de provoquer des modifications plus ou moins profondes à l'état actuel des institutions d'enseignement médical? Mais qui de nous accepterait aussi qu'un des petits États de l'Europe est en possession d'une institution de ce genre, dont l'organisation paraît de beaucoup préférable à celle de nos Facultés? Il faut cependant nous habituer à cette idée, idée que M. Pietra Santa vient d'exposer avec talent, avec une réserve pleine d'urbanité et un excellent ton de critique.

D'ailleurs il faut prendre notre parti de certaines modifications qui, réalisables et réalisées dans des conditions tout autres que celles où nous nous trouvons en France, trouveraient chez nous des difficultés d'exécution impossibles à surmonter. C'est ce qu'il sera facile de faire sentir par la seule indication des faits exposés dans cet opuscule.

Cette brochure ne contient que trois chapitres.

Le premier est consacré à l'exposition de l'organisation actuelle de l'enseignement médical en Toscane. C'est dans la célèbre Université de Pise que se trouve la Faculté de médecine. Cinq années d'études sont exigées dans cette Faculté. Le nombre des chaires est de douze, parmi lesquelles une chaire d'histoire de la médecine, qui fait défaut partout en France. L'élève subit quatre examens, dont le dernier lui confère le titre de docteur. Mais ce titre ne lui donne pas droit d'exercice, qui ne s'acquiert qu'après d'autres formalités qui seront indiquées tout à l'heure. Dans l'énumération des diverses mesures scolaires imposées aux élèves, nous ne voyons rien qui diffère essentiellement de ce qui se pratique en France. « Pour mieux connaître son personnel et se rendre compte de » de la capacité et des progrès de chacun, le professeur adresse, au » commencement de la leçon, des *interrogations* sur celle qui a pré- » cédé. Il s'établit, par ce moyen, un échange d'idées, une *intimité de* » *pensées* entre le maître et l'élève; en outre, comme le premier connaît » l'assiduité et l'aptitude du second, et qu'à la fin de l'année il l'interroge » *lui-même* sur les matières de l'enseignement scolaire, il en résulte » qu'on ne peut pas compter sur le hasard d'une question plus ou » moins propice. » Sans doute, c'est là une excellente mesure, mais elle donne immédiatement la cause de plusieurs autres modifications de détail dont l'application est impossible dans la Faculté de Paris, encombrée d'élèves. Comment, par exemple, pourrait-on faire des interrogatoires dans un amphithéâtre peuplé de mille à douze cents élèves? On n'a même pu trouver encore un moyen facile, expéditif et sûr de constater leur présence aux différens cours. C'est là, pour le dire en passant, un des plus graves inconvéniens de concentrer l'enseignement médical dans deux ou trois Facultés, dont une seule même absorbe les deux autres. Je ne suis partisan ni des grands hôpitaux, ni des grandes Facultés. Dans les grands hôpitaux, l'encombrement aggrave toutes les maladies et élève le chiffre de la mortalité. Dans les grandes Facultés, l'encombrement empêche toute surveillance, toute direction, tout rapprochement entre le maître et le disciple. Mais revenons en Toscane.

Voici en quoi diffèrent considérablement les institutions d'enseignement médical de la Toscane, des nôtres. Reçu docteur en médecine à l'Université de Pise, le jeune étudiant doit faire un stage à l'école de complément et de perfectionnement de Florence. Un vaste établissement, l'arcispédale de Santa-Maria-Nuova, offre réunis les amphithéâtres, les diverses cliniques, les bibliothèques, musées, salles de dissection, jardin botanique, laboratoire de chimie. Les études y sont réparties en deux années. Nous voyons, dans les tableaux des cours imposés pendant ce stage, que cet établissement possède une chaire d'anatomie comparée, des maladies des yeux, d'orthopédie, des maladies de la peau, d'aliénations mentales et de maladies vénériennes. L'enseignement y est essentiellement pratique. Si l'on entre avec les jeunes docteurs le matin à l'hôpital de Santa-Maria-Nuova, on suit :

De sept à huit heures et demie, la clinique chirurgicale;

De neuf à onze heures et demie, la clinique médicale;

De onze heures à midi, la clinique d'accouchemens;

De midi à deux heures, les cours théoriques;

De trois à cinq heures, les cliniques spéciales.

A huit heures du soir, les chefs de clinique interne et externe font, à l'hôpital, une visite à laquelle assistent les docteurs qui ont un malade sous leur direction.

« Que l'on ne s'imagine pas que cette multiplicité d'occupations soit au-dessus des forces humaines, dit M. Pietra Santa, le jeune docteur arrive à Florence avec des principes généraux; il est déjà familiarisé avec la science médicale. Ce qu'il recherche, c'est l'examen, l'étude du plus grand nombre possible de variétés de maladies. Sous ce rapport, son esprit se trouve amplement satisfait. Chacun, du reste, peut s'intéresser plus spécialement aux études qui sont le plus conformes à ses goûts, à ses projets d'avenir, et leur variété rend le travail plus agréable, fatigue moins l'intelligence. »

A la fin de la deuxième année, le docteur, qui peut produire des certificats d'assiduité délivrés par les professeurs eux-mêmes, est admis aux examens de la *matricola* ou du libre exercice. Les examens ont lieu devant un jury spécial (*collegio medico*) composé du

me faisaient croire à l'existence d'une grave lésion du système nerveux.

Dans cette pensée, je conseillai l'usage immédiat des antispasmodiques. J'ajoutai que, si les accidens persistaient, s'il survenait une modification dans la circulation, on pratiquerait une saignée pour dissiper l'état congestif de l'encéphale, consécutif aux attaques réitérées d'éclampsie; que finalement, si, vers le soir, il n'y avait aucun amendement, on provoquerait l'accouchement.

Pour le choix de l'antispasmodique, m'appuyant sur la pratique de M. Simpson qui, dans des cas d'éclampsie puerpérale, a vu l'éthérisation réussir merveilleusement, je m'arrêtai à l'usage de l'éther. J'en fis prendre à la malade sur du sucre; je lui en fis respirer sur un mouchoir. Puis, après l'avoir placée par l'anesthésique dans cet état d'incertitude qui précède le sommeil, je continuai à lui faire respirer de l'éther de temps à autre, et avec précaution. Quand je m'apercevais d'un mouvement plus brusque du bras, ou d'un clignotement convulsif de la paupière, je rapprochais le mouchoir imprégné d'éther. De cette manière, j'obtins une heure environ de calme. Bientôt survint un accès aussi fort que les précédens, et un peu plus long.

Le pouls étant toujours normal, j'ordonnai un bain général. Deux nouveaux accès arrivent pendant et après le bain.

A deux heures, la chaleur augmente; le pouls devient fréquent, plus large, il résiste à la pression; les conjonctives s'injectent; la physionomie de la malade prend un air d'hébétude; la connaissance ne revient plus dans l'intervalle des accès.

Avant de pratiquer la saignée, je voulus m'éclairer des lumières d'un de mes confrères, et je fis prévenir M. le docteur Brossard, qui arriva à trois heures auprès de la malade. Il pensa que toute notre attention devait être portée sur l'état congestif de l'axe cérébro-spinal. Le traitement fut dès lors franchement antiphlogistique. (Indépendamment de la saignée, calomel à l'intérieur; compresses d'eau glacée sur la tête; lavement purgatif; sinapismes; sangsues aux oreilles.)

La saignée a été copieuse (plus de 500 grammes). Le sang nous a présenté depuis un caillot assez résistant, nageant dans une sérosité normale quant à la couleur, à la densité, à la qualité. Aucune trace de couenne à sa surface.

Malgré ce traitement, les accès d'éclampsie se suivent avec une rapidité effrayante et durent de plus en plus longtemps. Il m'est impossible de percevoir les bruits du cœur de l'enfant; je n'entends que par momens le souffle placentaire.

Le soir, à onze heures, nous pratiquons une seconde saignée de peu de grammes, car le pouls devient très fréquent (140 pulsations) et filiforme. Nous nous disposons alors à provoquer l'accouchement.

Dès six heures du soir j'avais porté de la pommade de belladone sur le col de la matrice, et introduit dans sa cavité un tampon de charpie enduit de cette pommade et placé à l'extrémité d'une tige de baleine. L'utérus s'étant un peu affaissé, M. Brossard put introduire l'index dans le col, séparer les membranes de la face interne du viscère, et rompre la poche des eaux. Une hémorrhagie insignifiante suivit cette manœuvre.

Pendant l'opération, la femme ayant eu un accès d'éclampsie, nous constatâmes que l'utérus ne participait en aucune manière à la violente contraction des muscles de la volonté.

Toute la nuit, les accès surviennent de vingt en vingt minutes. Toujours de plus en plus graves, ils laissent, dans les intervalles, les membres convulsés.

La respiration est stertoreuse; l'artère radiale semble fuir sous le doigt; rien de plus horrible à voir que ces accès. La malade agite la tête dans un mouvement ondulatoire, ouvre les yeux, tourne convulsivement les pupilles fortement dilatées; puis les paupières s'abaissent, la figure s'injecte, une contraction dans les muscles de la face s'annonce. Tout à coup, les épaules s'élèvent, font une rotation de dehors en dedans, et encadrent pour ainsi dire la figure en effaçant tout le col. Les contractions musculaires successives et répétées semblent converger vers la ligne médiane. Les dents claquent; une salive abondante, blanche, spumeuse, se présente sur les lèvres; celles-ci deviennent bleues, et cette coloration s'étend à toute la figure. Les mouvemens de bas en haut et de dehors en dedans des membres supérieurs sont violens, précipités, et simulent assez bien les mouvemens d'un oiseau qui bat ses ailes au moment où il est frappé à mort. Le tronc est arc-bouté, les jambes immobiles.

L'accès dure plus d'une minute; la perte de connaissance est constante.

Le 31, à huit heures du matin, la dilatation du col est augmentée. on peut introduire deux doigts. Nous avertissons la famille et nous procédons à l'opération. Après quelques manœuvres pour dilater le col, M. Brossard suit de la main droite un bistouri boutonné, et opère le débridement en faisant des incisions sur plusieurs points de la circonférence. Soulevant alors avec la main l'enfant, qui se présentait en première position de la tête, il pénètre dans l'utérus, opère la version avec rapidité et amène un enfant mort.

Extérieurement bien conformé, le produit nous paraît avoir les dimensions, le poids, le volume d'un enfant à terme. Sur plusieurs points des jambes et sur quelques parties isolées de l'abdomen et de la poitrine, l'épiderme s'enlève par plaques larges et blanches. Le derme sous-jacent est pointillé en rouge par intervalles, un peu œdématiés. Là où l'épiderme est adhérent, on ne voit aucune trace d'altérations. Le cuir chevelu, à la partie supérieure, est brunâtre, comme ecchymosé; les os de la tête sont mobiles; les pariétaux chevauchent l'un sur l'autre, et tous les deux sur le frontal.

M. Brossard pense que l'enfant est mort dans le sein maternel depuis plusieurs jours. Ma conviction, je l'avoue, n'est pas aussi profonde. En reportant ma pensée sur les mouvemens fœtaux sentis par la mère, sur les bruits du cœur perçus par moi la veille, je cherche en vain à me rendre compte de ces phénomènes, en admettant une mort qui remonterait à plusieurs jours. Pour les mouvemens fœtaux, on peut à la rigueur concevoir ces mouvemens convulsifs de l'utérus, partiels, circonscrits, limités à cet organe avant de se prolonger à l'axe cérébro-spinal. Mais comment expliquer la différence que j'ai constatée à plusieurs reprises dans le nombre des battemens perçus par l'auscultation abdominale et de ceux fournis par l'artère radiale de la mère?

En recherchant si l'on ne pouvait pas attribuer cet état de l'épiderme à une autre maladie de l'enfant, et précisément à une manifestation syphilitique, je ne trouvai chez la mère que les éphélides, les plaques de la tête décrites plus haut, et l'existence antérieure (deux ans auparavant) d'un écoulement vaginal puriforme, jaunâtre, qui, au dire des parens, avait été la seule maladie dont cette jeune femme eût été atteinte dans sa vie.

Ces données peu concluantes acquièrent, ce me semble, plus de valeur en les mettant en rapport avec la mort arrivée avant terme chez un fœtus bien conformé, pendant que la mère, forte et bien portante, n'avait jamais souffert dans sa grossesse.

Une autopsie attentive aurait pu nous éclairer, mais il ne nous a pas été permis de la faire.

Revenons à la mère : durant toute l'opération, elle est restée dans un état très grand de prostration. Il y avait seulement une contraction des muscles de la face, analogue à celle qui s'opère dans le contentement. Le bonheur se peignait sur sa figure au moment où M. Brossard faisait des manœuvres pour débrider le col. Nous avons été frappés de ce contraste. Cette femme qui, en apparence, n'avait aucune relation avec le monde dont elle est entourée, qui, depuis vingt-quatre heures, était en convulsions, insensible aux agens extérieurs, éprouvait une sensation voluptueuse quand on cherchait à effectuer une opération que d'ordinaire accompagnent de vives douleurs.

La respiration est toujours stertoreuse; les contractions des bras, l'agitation continuent. Cependant nous n'avons plus d'accès épileptiformes.

Après l'accouchement, nous appliquons des vésicatoires derrière les oreilles et aux jambes. Vers midi, comme l'abdomen est un peu douloureux à la pression, nous ordonnons des frictions mercurielles.

A trois heures, sur la demande de la famille, M. le docteur Nacquart est appelé en consultation. Cet honorable et savant confrère approuve ce qui a été fait, et pense que l'on doit actuellement revenir aux antispasmodiques.

Nous prescrivons à cet effet une potion avec 15 centigrammes de musc, du sirop de valériane et de l'eau de mélisse; et de la pommade chloroformée, pour faire quelques frictions bien réglées sur la région épigastrique.

A partir de minuit, il s'opère un changement très notable dans la physionomie de la femme; les mouvemens convulsifs diminuent peu à peu et finissent par se limiter vers le matin à un mouvement latéral de la mâchoire inférieure. Le calme augmente d'heure en heure; la malade soulèves ses paupières; les pupilles se contractent; la malade commence à regarder les personnes qui l'entourent, reconnaît ses parens, et cherche à répondre par des monosyllabes entrecoupés aux demandes qu'on lui adresse; les lochies coulent assez abondamment; déjection de matières alvines fétides copieuses.

Le 1er juin nous suivions attentivement et avec une bien vive satisfaction les progrès lents mais continus de cette amélioration, lorsque, vers deux heures de l'après-midi les joues se colorent en rouge, la bouche se sèche, les yeux deviennent chassieux, le pouls s'élève, devient plus fréquent et résistant. L'abdomen est légèrement ballonné et très douloureux, l'écoulement lochial insignifiant.

Nous nous hâtons de faire des frictions d'onguent napolitain, d'appliquer des sangsues et des cataplasmes de farine de lin.

Vers dix heures du soir la fièvre est moins intense, le ventre plus souple; mais peu à peu la malade perd la connaissance, les bras allongés le long du corps se contractent de dehors en dedans, le trismus augmente, le pouls devient fréquent, filiforme, la respiration se précipite.

Les soins les plus empressés pour ranimer cette vie qui s'éteint sont inutiles, et le 2 juin, à six heures du matin, la malade expire sans la moindre agitation, comme si elle était plongée dans le sommeil le plus calme.

Nous regrettons que les lumières de l'anatomie pathologique n'aient pu élucider plusieurs points qui auraient rendu cette observation très intéressante.

Quoi qu'il en soit, elle nous paraît digne d'attention.

Au point de vue de l'étiologie, nous voyons un parfait état de santé; puis, par une cause d'irritation dans l'utérus (présence d'un fœtus à terme mort ou malade), des désordres d'abord partiels, circonscrits dans l'organe.

Plus tard, ces accidens s'étendent aux muscles inspirateurs, au diaphragme, et se manifestent par des vomissemens. Puis enfin, ils se propagent à l'axe cérébro-spinal, et alors entrent en scène les accès les plus violens d'éclampsie.

Au point de vue de la symptomatologie, les descriptions ci-dessus nous montrent la manière dont les accès se précipitent, deviennent plus longs, plus intenses, finissant par être continus, puisque, dans l'intervalle des accès, il y a un mouvement convulsif des membres inférieurs qui persiste.

Au point de vue de la thérapeutique, nous voyons que l'accès éclamptique ne disparaît qu'au moment où l'accouchement provoqué amène l'expulsion du fœtus.

D'après tout ce qui précède, s'il nous était permis de donner à cette observation un enseignement pratique, nous formulerions notre pensée en disant : quand, après le huitième mois d'une grossesse qui se serait écoulée sans accidens, sans signes précurseurs d'affection nerveuse, il survient des accès d'éclampsie soudainement, la première indication, pour le médecin, doit être de préparer les voies pour provoquer l'accouchement, alors même qu'il n'y aurait aucun indice de travail. Pendant ce temps, les antispasmodiques et les antiphlogistiques doivent être employés modérément pour calmer les phénomènes nerveux, modifier les phénomènes consécutifs de congestion cérébro-spinale.

Si l'on a des raisons pour croire que l'enfant est mort dans

---

pratomedico (médecin de S. A. le grand-duc), de deux professeurs de l'École, de deux médecins des hôpitaux, membres de l'Académie *medico-fisico* de Florence. Dans les trois épreuves que doit subir le candidat, il répond sur toutes les matières qui ont fait le sujet de l'enseignement. Si le résultat de ces épreuves a été reconnu satisfaisant par le Collége médical, le docteur est déclaré apte à exercer son art. *Eum idoneum medicinæ faciendæ, doctores declaverunt.*

Les études médico-chirurgicales ont ainsi duré sept ans; cinq années à l'Université de Pise, où l'on obtient, après quatre examens, le titre de docteur en médecine et en chirurgie; deux années à l'école de complément et de perfectionnement de Florence.

« Je ne saurais trop louer, dit l'auteur, l'intelligente distribution des cours; à Pise, comme à Florence, tout y est subordonné à l'instruction de l'élève........ Je regarde, comme une chose très heureuse, la faculté de trouver réunis dans un seul établissement les divers moyens d'études, les cliniques générales, spéciales; sans se déranger, sans perdre de temps, l'élève passe du lit du malade à l'amphithéâtre, de la salle de dissection au musée pathologique, du laboratoire de chimie à la bibliothèque.....

» C'est sous le règne du grand-duc Léopold II que se sont opérées ces importantes réformes.

» Il y a eu des obstacles sans nombre à surmonter; de la résistance de la part des administrations des hôpitaux, gênées par l'organisation actuelle des cliniques et la distribution des heures de visite; du mauvais vouloir chez beaucoup de professeurs, intéressés à maintenir les vieilles coutumes du passé; de l'humeur parmi les élèves et leurs familles, protestant contre la longueur des études, l'augmentation des dépenses. Mais rien n'a résisté à l'énergique volonté du souverain, qui avait dit à ses ministres : vous fonderez une école modèle, vous l'entourerez de tout le lustre et le prestige possibles, vous rajeunirez cette Université de Pise, jadis la maîtresse de l'Italie; vous briserez les entraves, quelle qu'en soit l'origine; vous ne reculerez devant aucun sacrifice pécuniaire; vous donnerez aux hommes qui vous seconderont des honneurs, de la fortune, une position indépendante.

» Et en moins de deux années, cette œuvre magnifique a été accomplie, et aujourd'hui elle fonctionne admirablement, à la satisfaction générale des professeurs, des élèves et de la société. »

Cette organisation, M. de Pietra Santa la compare à celle des institutions analogues en France, et l'on comprend de quel côté penche sa préférence. C'est même avec l'espoir que le gouvernement, frappé des incontestables avantages que présentent les institutions de la Toscane, prendra des mesures propres à imiter l'initiative prise par le gouvernement de ce pays, que notre honorable confrère a publié sa brochure. L'intention est excellente, et nous l'honorons de grand cœur. Mais M. de Pietra Santa s'est-il bien rendu compte des difficultés énormes que rencontrerait en France l'exécution d'un semblable plan? Il a oublié de nous dire combien l'Université de Pise fait de docteurs par année, et combien l'École de perfectionnement de Florence en jette dans la circulation médicale. Ce nombre est nécessairement restreint, vu la petite étendue relative des états toscans. On comprend dès lors qu'une seule Faculté de médecine puisse avoir pour complément une École de perfectionnement, comme l'École polytechnique et l'École de Saint-Cyr ont la leur en France. Mais comment admettre qu'une institution semblable, pour la médecine, puisse être organisée en France, où la moyenne des docteurs reçus annuellement par nos trois Facultés dépasse 400, où l'entrée des Facultés est accessible à tous et dont les portes vont s'élargir encore en vertu du décret du 10 avril? Comprenez-vous une École de perfectionnement réunissant toutes les conditions d'un enseignement supérieur et pratique à la fois, pour une masse de jeunes docteurs qui s'élèverait au moins à 600 dès la seconde année? Les difficultés matérielles d'une telle idée sont si évidentes, qu'il n'est pas besoin de les indiquer.

D'un autre côté, la Toscane possède une institution qui n'existe pas en France, c'est celle des médecins de la commune, les *condotti*, praticiens attachés à une localité donnée, dépendant de l'autorité du municipe, qui fixe le traitement, détermine les attributions, énumère les obligations et impose les conditions d'admission. « Cette sage institution, qui est un premier élément d'avenir pour le jeune praticien, assure les secours de l'art aux populations les plus pauvres... Après avoir habité des villages peu favorisés par la nature, le médecin cherche à améliorer sa position en postulant une *condetta* plus lucrative; et lorsqu'il a acquis aisance et célébrité, secouant l'autorité du municipe, il demande aux villes une clientèle qui rétribue plus convenablement ses fatigues. »

M. de Pietra Santa a raison : cette dernière institution est le corollaire de celle qui est relative à l'enseignement. Nous l'avons souvent dit, tout se tient et s'enchaîne en matière d'organisation médicale. Améliorer, élever et fortifier l'enseignement, sans rien tenter en faveur de la profession, c'est faire une grande injustice. Amoindrir, au contraire, les conditions d'aptitude, élargir l'entrée de la carrière sans prendre souci de ceux qui doivent la parcourir, c'est non seulement aussi une grande injustice professionnelle, mais encore une imprudence dont la société tout entière peut avoir à souffrir. M. de Pietra Santa a parfaitement compris cette corrélation et il l'a indiquée en termes généreux. Nous croyons seulement que les moyens qu'il propose sont peu applicables en France, à moins que les pouvoirs publics ne se décident à tenter pour nos institutions, non plus une réforme, mais une véritable révolution.

Amédée LATOUR.

M. Berbrugger, bibliothécaire d'Alger, a copié des inscriptions dans les environs d'Aumale. En voici une assez curieuse, qui indique que du temps des Romains cette localité n'était pas plus saine qu'aujourd'hui :

..... ITAS.... RE
ISSIMA CULTRIX
PUDICITIAE FAMAE
QUAE VIXIT SINE
FEBRIBUS ANNIS
XXVI

le sein de la mère, on doit se hâter encore plus d'en favoriser l'expulsion. En agissant de la sorte, on aura plus de chances pour triompher de l'accès éclamptique : *sublatâ causâ, tollitur effectus.*

L'observation qu'on vient de lire a été recueillie avec un soin remarquable, et qui fait honneur à l'exactitude de notre confrère; mais nous ne pensons pas que l'enseignement pratique qu'on doit y puiser soit entièrement conforme à ce qui a été formulé par l'auteur. C'est ce que nous chercherons à démontrer dans les considérations dont nous ferons suivre le travail de M. de Pietra Santa et celui de M. Saurel.

La malade de M. de Pietra Santa était primipare; cette condition est la plus commune, bien qu'elle soit loin d'être générale. Cette femme paraissait robuste; toutefois, il n'est rien dit de son tempérament spécial. Il est à regretter que notre confrère n'ait pu se renseigner sur ce point, car il semble résulter des recherches les plus récentes que, contrairement à l'opinion généralement admise, ce sont les femmes à tempérament lymphatique qui sont le plus exposées aux convulsions puerpérales. Il est à remarquer, du reste, que la malade était Alsacienne; et l'on sait que les femmes de l'Alsace ont généralement les caractères extérieurs du tempérament lymphatique.

La grossesse s'était passée sans accidens; mais les membres inférieurs étaient infiltrés. Il y a lieu de croire que si notre confrère avait pu examiner les urines, il les aurait trouvées albumineuses. Sous ce rapport, l'observation qui précède présente une véritable lacune.

Quoi qu'il en soit, les convulsions se sont déclarées à huit mois et demi de grossessse, en dehors de tout travail d'accouchement, et sans qu'on puisse attribuer la manifestation de ce phénomène morbide à une cause excitante appréciable. Nous ne nous arrêterons pas ici sur l'état de santé du fœtus dans le sein de sa mère. L'étude des faits connus ne permet pas d'admettre que la présence d'un fœtus mort ou malade dans la matrice puisse être une cause déterminante d'éclampsie; et d'ailleurs, dans le cas présent, il nous paraît évident, comme à M. le docteur de Pietra Santa, que l'enfant, qui se portait bien avant les convulsions, n'a péri, comme cela a lieu ordinairement, qu'après les premiers accès éclamptiques.

Ainsi que l'a fait remarquer l'auteur, la déplétion de l'utérus a été suivie d'une amélioration; mais cette amélioration n'était qu'apparente. L'état morbide, dont les convulsions n'avaient été qu'une manifestation symptomatique, ne s'était amélioré en rien. En effet, les mouvemens convulsifs n'ont pas tardé à se reproduire. S'ils ont été moins intenses et moins nettement dessinés, c'est que la malade n'avait plus assez de vitalité et de force. Aussi, s'est-elle éteinte promptement.

Nous devons regretter que notre zélé confrère n'ait pu obtenir l'examen nécroscopique des organes, et principalement des centres nerveux et des reins; son observation en eût acquis encore un plus haut degré d'utilité et d'intérêt.

En formulant, comme il l'a fait, dans ses conclusions, les bases du traitement médical de l'éclampsie, et en posant comme première indication à remplir : *de préparer les voies pour provoquer l'accouchement*, notre honorable confrère a soulevé des questions de la plus haute importance, que nous ne pouvons résoudre dans le même sens que lui, et sur lesquelles nous reviendrons après avoir communiqué à nos lecteurs le travail intéressant de M. le docteur Saurel.

(La suite au prochain numéro.) G. Richelot.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

HELMINTHOLOGIE.

La Côte-St-André, le 4 Juin 1852.

Monsieur le rédacteur,

L'accueil bienveillant que l'Union Médicale ne cesse de faire à toutes les communications scientifiques et pratiques qui lui sont adressées, l'appel toujours plein de déférence avec lequel elle ne cesse de stimuler le zèle de tous les praticiens, m'engagent à vous soumettre les quelques faits qui suivent et les réflexions qu'ils m'ont suggérées.

Dans le cours de mes études médicales, j'avais rarement eu l'occasion de constater des désordres causés par les vers intestinaux, soit que l'affection vermineuse fût idiopathique, soit qu'elle fût une simple complication d'autres maladies concomitantes. Je ne me rappelle même pas avoir été témoin, soit pendant mon internat dans les hôpitaux de Lyon, soit pendant un séjour de plusieurs années à Paris, d'un seul cas dans lequel les helminthes aient pu être considérés comme cause essentielle d'une maladie grave. Je n'ai donc pas été peu surpris quand, dès le début de ma pratique, des phénomènes morbides provenant de cette cause se sont tous les jours présentés à mon observation, non seulement chez les enfans, mais encore chez les adultes. J'ai vu des désordres effrayans en apparence disparaître, comme par enchantement, sous l'influence d'une simple infusion vermifuge.

Dans le peuple, on est tellement convaincu de l'importance de la cause que je signale, dans la production des maladies, que, dès le début d'une indisposition, un vermifuge est administré avant qu'on ait eu recours à la médecine. Ce n'est, en général, que lorsque l'impuissance de ce premier moyen est reconnue, que l'homme de l'art est appelé.

Le vermifuge administré intempestivement devient quelquefois à son tour cause de maladie. Dans beaucoup d'affections aiguës des voies digestives, j'ai vu les accidens s'aggraver par l'emploi d'anthelmintiques plus ou moins irritans, ou par la perte de temps, suite nécessaire de la sécurité produite par l'usage de ce premier moyen.

Les seuls entozoaires que j'ai observés sont les ascarides lombricoïdes, les ascarides vermiculaires et le tœnia. Chez un de mes cliens, atteint de cette dernière espèce de vers intestinaux, tous les vermifuges indigènes ont échoué. L'écorce de racines fraîches de grenadier, la fougère mâle, la teinture éthérée de cette substance, etc., n'ont pu procurer que l'expulsion incomplète du parasite. Mon client a toujours reculé devant la dépense qu'entraînerait une dose suffisante de konsso.

C'est surtout pendant l'été et l'automne que j'ai observé des complications provenant de la présence des vers, et c'est probablement à l'usage habituel du laitage, des légumes, des fruits, qu'il faut en rapporter la cause.

Des fièvres continues, présentant un aspect bilieux, ont cédé promptement à l'emploi d'un vomitif ou d'un purgatif, qui, outre des évacuations bilieuses abondantes, amenait l'expulsion d'un ou de plusieurs ascarides lombricoïdes. Ce genre de complications s'observait surtout chez les femmes et chez les enfans. Ces derniers présentaient presque tous une série de symptômes qui auraient pu paraître excessivement graves, si la cause n'en eût été promptement reconnue.

Ils se plaignaient de difficulté de respirer, de douleurs au creux de l'estomac; ils avaient une petite toux sèche, des nausées. Le pouls était petit, faible, irrégulier. Les extrémités inférieures étaient infiltrées chez quelques-uns; et tous les soirs survenait un paroxysme très intense.

Un de ces malades rendit cinq vers sans avoir présenté aucun des signes que l'on donne comme annonçant leur présence.

Un autre, au contraire, âgé de 11 ans, rendant fréquemment des vers lombrics, avait perdu l'appétit depuis plusieurs jours. Il avait la diarrhée; les forces et son embonpoint diminuaient rapidement. Il éprouvait des mouvemens irréguliers de fièvre, de l'agitation pendant la nuit, des douleurs dans le ventre, point de sommeil. J'administrai 5 centig. d'extrait d'opium. Les douleurs du ventre cessèrent, et l'enfant reprit le sommeil. On cessa toute espèce de remède, et il se rétablit sans avoir rendu aucun entozoaire.

De cet exemple et de beaucoup d'autres, je me crois en droit de conclure que les signes auxquels on prétend reconnaître les vers sont très fautifs, et que, s'ils existent, il vaut souvent beaucoup mieux apaiser les symptômes qu'ils produisent par des calmans et autres remèdes appropriés à la circonstance. Lorsqu'ils n'existent pas, en persistant dans l'emploi des anthelmintiques on occasionne un état inflammatoire qui était déjà imminent; et lorsqu'ils existent, les purgatifs augmentent le spasme déjà produit par les vers. Les intestins se froncent, se contractent; le sang s'accumule dans leurs tuniques et l'affection devient plus aiguë, plus grave.

Souvent les vers ne produisent que des accidens momentanés, lorsque, par exemple, ils viennent à irriter les orifices cardiaque ou pylorique de l'estomac, ou quelque autre partie des organes digestifs accidentellement ou naturellement plus sensible. Dès qu'ils ont repris la place où ils étaient en quelque sorte nichés auparavant, tout rentre dans l'ordre. Dans bien des cas, l'art doit se proposer de suivre l'exemple de la nature.

Hélène G... est tellement sujette aux vers, qu'elle en tire souvent elle-même de son gosier, et qu'elle en a rendu plusieurs fois en peloton. Le 7 septembre 1846, sur le soir, elle prit tout à coup la lèvre supérieure excessivement enflée, tomba en défaillance, se plaignant surtout d'une douleur très vive au creux de l'estomac. Je lui fis prendre 5 centigram. mes d'émétique dans un peu d'eau. Elle vomit beaucoup de bile et fut guérie.

L'irritation que les vers avaient produite sur le pylore et dans le duodénum occasionna sans doute les accidens, et provoqua en même temps une sécrétion de bile plus considérable que dans l'état normal. Les contractions stomacales produites par l'émétique éloignèrent les vers en même temps que la surcharge bilieuse accidentelle fut évacuée.

Il est donc évident que dans un grand nombre de cas, les vers sont innocens des délits dont on les accuse, et que si des accidens se manifestent en même temps que les signes qui annoncent leur présence, ces accidens sont l'effet des saburres glaireuses et bilieuses agglomérées sur l'estomac, et qui servent en quelque sorte de nid aux vers, bien plutôt que des vers eux-mêmes; ils sont effet et non pas cause. La saburre, d'ailleurs, leur est préexistante. Lorsqu'ils existent en grande quantité, ils agissent mécaniquement et par leur masse, sur les intestins, dont l'atonie a favorisé leur multiplication.

Dans les observations de prétendues perforations intestinales par les vers, n'est-ce pas par des points ulcérés ou gangrénés de ces viscères que les vers ont pénétré dans la cavité péritonéale, sans avoir contribué eux-mêmes à se faire passage. Telle doit être du moins la règle générale à laquelle je ne connais que trois exceptions : l'une rapportée par M. Gautier de Claubry, et les deux autres par M. Guersant (dernier volume du *Dictionnaire en* 30).

Du reste, lorsque dans la cavité péritonéale, au centre d'un foyer non stercoral on trouve un ou plusieurs entozoaires, ne peut-on pas ranger ce fait au nombre de ces cas rares semblables à ceux dans lesquels on a vu de ces insectes dans le cœur, le foie et d'autres viscères parenchymateux?

Mais si en général les helminthes n'ont que peu d'influence sur les symptômes qu'on observe conjointement avec les signes qui révèlent leur présence, il n'en est pas moins vrai qu'il se trouve des sujets chez lesquels, en raison de leur idiosyncrasie, ils peuvent produire des accidens particuliers, ainsi que dans certaines constitutions épidémiques où les lois ordinaires des sympathies sont changées.

Dans certaines affections bilieuses, chez les femmes et les enfans surtout, ainsi que nous l'avons déjà constaté, les vers ont produit des accidens assez graves et ont semblé en fixer le siége dans l'estomac et les intestins, le reste de l'organisme demeurant en quelque sorte étranger aux désordres des voies digestives.

Une petite fille de 11 ans avait des coliques atroces; apprenant par ses parens qu'elle avait été toute sa vie sujette aux vers, je lui fis prendre une infusion vermifuge avec du semen-contra et de la mousse de Corse, suivie d'un purgatif huileux. L'enfant rendit plusieurs selles et cinq lombrics. Vingt-quatre heures après elle était guérie.

M[lle] Garin, âgée de 25 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle, avait été sujette aux vers dans son enfance. Le 5 juin 1850, elle se mit au lit éprouvant des douleurs très vives dans l'épigastre, l'hypocondre droit et les deux épaules. La langue était saburrale; il y avait de l'anorexie, de l'amertume à la bouche, point de fièvre. Pensant avoir affaire à un simple embarras gastrique, je lui conseille une bouteille d'eau de Sedlitz et l'oubliai pour quelques jours. Le 8, elle me fit appeler de nouveau. Les douleurs avaient été soulagées par le purgatif; mais elles étaient revenues avec une violence extrême.

L'imagination frappée de cette jeune fille lui faisait entrevoir déjà tout l'appareil symptomatique d'une maladie organique du foie, à laquelle sa mère avait succombé quelques mois auparavant. Elle n'en éprouvait pas le moindre signe caractéristique. Elle me dit que la veille elle avait rendu un ver par la bouche. Tout en combattant la douleur suraiguë de l'épigastre et de l'hypocondre droit par des applications émollientes et narcotiques, je conseillai l'usage d'une infusion de fougère mâle, de mousse de Corse et de semen-contra, de chaque 2 grammes, suivie de 60 grammes d'huile de ricin. Trois heures après, elle rendit vingt-cinq lombrics très longs, très volumineux, et pour la plupart très vivaces. Les douleurs ne se reproduisirent plus. La guérison était complète.

J'ai vu plusieurs enfans affectés d'un œdème général que rien ne pouvait expliquer. Une potion huileuse amenait l'expulsion d'un grand nombre de vers et des selles abondantes. L'anasarque s'amoindrissait rapidement et ne tardait pas à disparaître.

Quel a pu être le rôle des vers dans la production de cette maladie? Il est probable que le défaut d'équilibre entre l'absorption et l'exhalation doit être attribuée à une irritation déterminée dans le tube intestinal par la présence de ces insectes, et en vertu de laquelle les vaisseaux veineux ne pouvant se décharger dans le système capillaire, le système artériel se vidait par l'exhalation séreuse. Du reste, l'insuffisance de l'explication ne détruit pas le fait.

Dans une épidémie de fièvre catarrhale qui eut lieu au mois de mars 1837, j'ai vu presque tous les malades de tout âge rendre des vers par la bouche ou l'anus; quelques-uns même d'une grosseur prodigieuse. Les sujets qui en rendirent le plus furent plus longtemps et plus dangereusement malades que les autres; quelques-uns même, presque agonisans, revinrent à la vie après avoir rendu deux ou trois de ces insectes.

Le pouls présentait quelquefois une irrégularité remarquable. Chez quelques malades, les phénomènes primordiaux étaient de la toux, des points de côté, avec difficulté de respirer, sans d'autres symptômes stéthoscopiques que ceux d'une bronchite aiguë. Sans recourir aux anthelmintiques, je me contentai d'un traitement émollient et de quelques potions huileuses qui déplaçaient les vers. L'opium était ensuite administré; il calmait la toux, la cardialgie occasionnée probablement par les vers. Les malades qui n'en rendirent point pendant leur maladie en firent après leur guérison. Un très petit nombre n'en firent point, quoiqu'ils eussent présenté les mêmes symptômes que les premiers.

Les différentes membranes muqueuses semblaient être alternativement le théâtre de tous les phénomènes morbides. Aujourd'hui, la toux, l'enchiffrènement, la douleur frontale prédominaient; demain c'étaient les coliques, l'état saburral, la diarrhée ou la constipation. Quelle était la cause de cette métastase? Je ne puis l'assigner d'une manière précise; mais ce qui fut bien constaté, c'est que ceux chez qui ces phénomènes se manifestèrent avec le plus d'intensité rendirent le plus de lombrics. Le traitement antiphlogistique et émollient fut, ainsi que je l'ai dit, le meilleur anthelmintique.

Une femme âgée de 67 ans, à qui, pour combattre une constipation opiniâtre, je fis prendre deux gouttes d'huile de croton-tiglium, en fut superpurgée et rendit soixante lombrics. Elle en était, me dit-elle, épouvantée. La maladie avait débuté chez elle par des phénomènes siégeant dans les voies respiratoires (toux, dyspnée, expectoration de glaires muqueux, et tous les symptômes d'une bronchite aiguë). Elle se fixa bientôt sur les voies digestives; et la pauvre mère Boita ne tarda pas de succomber à un état typhoïde à forme ataxique dont cette superpurgation fut en quelque sorte le signal.

Ne serait-on pas en droit de conclure, avec Alexandre de Tralles (*De affectu cardiaco*, page 273 (édition de Haller) : *Quà propter nàn semper repentinas oris ventriculi syncopas, a pravis humoribus fieri, censendum est, sed etiam lombricorum indicia requirenda. Nam hæ bestiæ adeo repentinam mortem et syncopas non minùs quàm perniciosi humores inferunt.*

Pendant la dernière épidémie de grippe qui a sévi avec une très grande intensité sur tout le territoire de la côte Saint-André, pendant les mois de février et mars 1852, j'ai vu bien souvent les vers intestinaux imprimer à la maladie une physionomie particulière, et réclamer des indications thérapeutiques spéciales. Cette sorte de fièvre catarrhale avait, avec l'épidémie dont je viens de parler, la plus grande analogie. Mon intention n'est certainement pas d'en faire la description en tant qu'épidémie, mais bien de présenter les caractères distinctifs qu'elle empruntait à la complication vermineuse. Cette affection aiguë présentait des exacerbations régulières qui réclamaient l'emploi du sulfate de quinine. Quelques malades, chez lesquels le sel n'a pas été administré à temps et à des doses assez considérables, ont succombé à des accès pernicieux.

Dans cette affection, toutes les membranes muqueuses étaient enflammées ensemble ou séparément. Douleur frontale, épistaxis, face vultueuse, toux opiniâtre, expectoration difficile de crachats rares, filans, nullement sanguinolens; toutes les fois que l'inflammation ne s'étendait pas jusqu'au parenchyme pulmonaire, ce qui arrivait encore assez fréquemment, fièvre assez forte, vertiges, nausées, vomissemens, souvent constipation. Tels étaient les principaux symptômes. Lorsque le sulfate de quinine, aidé de l'opium, ne produisait pas une amélioration rapide, certainement la fièvre était entretenue par les vers, qui agissaient sans doute comme corps étrangers; elle cédait promptement à l'expulsion des helminthes.

Le fils de M. Ant. M..., âgé de 8 ans, avait été sujet toute sa vie aux affections catarrhales des bronches; une brûlure assez grave : la scarlatine, la rougeole, une pneumonie, il y a deux ans : tels sont les antécédens morbides de cet enfant. A différentes reprises, il a rendu des vers.

Le 10 février 1852, à midi, cet enfant fut pris d'un frisson violent, avec céphalgie, fièvre intense, toux opiniâtre, très forte, très fréquente, réveillant un point douloureux à la base de la poitrine du côté gauche. L'auscultation y révéla quelques craquemens, du râle muqueux à la partie supérieure. Quelques sangsues *loco dolenti*, un

vésicatoire, 15 centigrammes d'émétique dans un julep gommeux. Je portai un pronostic déduit naturellement du diagnostic lui-même.

2me jour. La première cuillerée de la potion a produit l'évacuation d'une grande quantité de bile et l'expulsion de trois énormes lombrics. Depuis ce moment, la fièvre a cessé, la toux a disparu, ainsi que le point de côté. Plus de râle crépitant à la base du poumon; apyrexie complète.

Je cessai de voir l'enfant le quatrième jour. L'expulsion des parasites avait été le signal de la guérison, peut-être même la cause; à moins qu'on admette que, dans ce cas, quelques centigrammes d'émétique aient suffi pour amener en quelques heures la délitescence de l'inflammation pulmonaire. Pour moi, je ne puis me résigner à voir dans ce fait une simple coïncidence entre la pneumonie et la présence des helminthes dans l'estomac; il me semble y trouver une corrélation plus intime, sans oser toutefois leur assigner des rapports manifestés de causalité.

Tels sont, Monsieur le rédacteur, les faits et les réflexions que j'avais à vous communiquer sur les entozoaires et leur rôle dans certaines maladies. Les faits que je pourrais citer en plus grand nombre, m'ont semblé présenter une physionomie particulière; voilà pourquoi je me suis permis de vous les faire connaître. Dans ce pays éloigné de tout centre scientifique, il y a encore bien d'autres glanes médicales à recueillir; les maladies présentent encore bien d'autres particularités intéressantes à observer; mais avec une pratique galoppée, comme dit notre savant et spirituel confrère, le docteur Munaret, on laisse échapper, ou plutôt on n'a pas le temps de noter bien des choses.

Agréez, etc. ROBIN, D.-M. P.

Ancien interne des hôpitaux civils de Lyon.

PATHOLOGIE.

AFFECTION FÉBRILE INTERMITTENTE AYANT SUCCÉDÉ A UNE CHUTE.

Rambervillers, le 9 Juillet 1852.

Monsieur le rédacteur,

Il y a longtemps déjà, car c'était en 1848, vous avez publié dans l'UNION MÉDICALE (nos du 13 et du 15 mars) une note qui, sous le titre : *Observations d'accès pernicieux survenus à la suite d'une cause traumatique dans un milieu fébrile*, contient la relation de quelques affections intermittentes déterminées par des coups ou des chutes.

Depuis cette époque, j'ai vu un assez grand nombre de faits analogues, dont la plupart ont été consignés dans deux travaux adressés à l'Académie de médecine, l'un en 1850, l'autre le 4 mars 1852. Je viens d'envoyer aussi à ce corps savant l'histoire d'un cas de tétanos traumatique qui a été traversé par des accès pernicieux.

Aujourd'hui, Monsieur et très honoré confrère, voici pour l'UNION MÉDICALE, si toutefois vous pensez qu'elles méritent d'y être insérées, quelques lignes relatives à une affection fébrile intermittente qui a succédé à une chute.

Le nommé G...., âgé de 77 ans, qui habite notre ville, est d'une constitution de chétive apparence, et, néanmoins, a généralement joui d'une bonne santé, à part des étourdissemens auxquels il est sujet depuis 1806, époque à laquelle, soldat en Italie, il fut témoin d'un tremblement de terre dans le duché de Modène.

Vers le milieu de la journée du 23 juillet dernier, G..., pris d'un de ces étourdissemens, plus fréquens à mesure que cet homme avance en âge, tomba, en traversant une pièce obscure de son habitation, sur le côté gauche, et la partie supérieure de la cuisse porta sur un morceau de bois volumineux.

Au cri que G..., revenu tout de suite à lui, pousse, on accourt; on le relève, car il lui est impossible de se relever seul; mis debout, il ne peut se soutenir, et l'on est forcé de le mettre au lit, où jusqu'à 10 heures du soir, le membre inférieur gauche reste douloureux et à peu près immobile.

A dix heures du soir, le père G..., après avoir manifesté un sentiment de froid général, éprouve une chaleur vive, de l'agitation; il dit qu'il veut s'en aller, il délire. L'agitation physique et le trouble intellectuel se reproduisent jusqu'à six heures du matin, heure à laquelle ce malade éprouve de la moiteur et commence à manifester de la soif.

Chose bien digne de remarque, dès le début de l'accès fébrile et pendant toute la durée de cet accès, le malade, qui n'accusait aucune douleur, peut remuer le membre gauche à peu près comme l'autre; et si on l'eût laissé faire, cet homme se serait levé. Chose également digne de remarque, aussitôt l'agitation terminée, le membre redevint douloureux et à peu près immobile, et resta tel, mais avec des intermittences sous le rapport de la douleur, jusqu'à dix heures du soir.

A dix heures, retour des mêmes accidens, qui durent le même temps. La journée du 25 se passe comme la précédente.

Les jours suivans, les deux affections, qui ont augmenté d'intensité, continuent à alterner d'une manière périodique.

J'obtins ces renseignemens dans la matinée du 28, jour de ma première visite. Je constate, en même temps que l'impuissance du membre, la sensibilité à la pression dans le trajet du nerf tétanique, au moins dans sa portion supérieure. Ce membre ne présente aucune lésion appréciable, seulement sa température est plus élevée que celle du reste du corps; mais on me dit que parfois le contraire a eu lieu. Le pouls est un peu plus fréquent, plus développé qu'à l'état normal. L'intelligence est parfaitement nette; et le père C... me raconterait, si j'avais le temps de l'écouter, l'histoire de ses campagnes.

Traitement : Emploi du sulfate de quinine et du quinquina mélangés dans du café à l'eau, et pris plusieurs heures avant l'accès délirant.

Pendant le premier accès, qui vient un peu plus tard que de coutume et qui finit plus tôt; il n'y a plus qu'une faible nuance de délire. Continuation du traitement.

Point de délire le 29; rien que de la chaleur et une abondante moiteur la nuit; retour ensuite des mouvemens du membre. Continuation du traitement, mais diminution des doses.

Le 2 juillet, le malade, qui a bien dormi les nuits précédentes, et qui, au lieu de simples bouillons, peut prendre quelques potages, se lève et passe quelques heures dans un fauteuil. Le membre, encore faible, est traversé par des douleurs fugaces, sans aucune régularité dans leur reproduction.

Traitement : Promener des vésicatoires volans, frictions stimulantes sur ce membre.

Aujourd'hui, le père G... n'a pas encore recouvré ses forces habituelles, mais il peut marcher en s'aidant d'une canne, et il n'éprouve plus ni fièvre ni douleurs. Je lui conseille de faire usage d'une nourriture aussi tonique que possible, et de boire un peu de vin généreux.

Réflexions. — Ce cas n'est pas le seul où une perturbation nerveuse locale, une névralgie, une fièvre locale ait alterné avec une perturbation nerveuse générale, une pyrexie. J'ai vu cette alternation périodique se produire dans bien des cas où il n'y avait pas une cause traumatique. Très étendue chez certains malades, la névralgie était fort limitée chez d'autres, et bornée, par exemple, à une petite portion de la mâchoire. En faut-il davantage pour prouver ce que j'ai avancé il y a déjà longtemps : que nos fièvres graves ne sont autre chose que des névralgies des centres nerveux?

Je pourrais faire d'autres réflexions à propos de ce cas, mais je craindrais de donner trop d'étendue à cette lettre.

Agréez, etc. Dr LIÉGEY.

PRESSE MÉDICALE.

Philadelphia medical examiner. — Numéro de Février.

Observations d'inflammation synoviale articulaire du genou, traitée avec succès par l'urate d'ammoniaque; par le docteur W. E. HORNER, professeur d'anatomie à l'Université de Pensylvanie, premier chirurgien de l'hôpital St-Joseph, etc.

Les bons effets du liniment ammoniacal dans le traitement des affections articulaires chroniques, dit M. Horner, sont si bien et si généralement connus, qu'on peut les regarder comme n'étant plus en question. Mon attention a été appelée, dans ces derniers temps, sur l'efficacité bien autrement remarquable de l'urate d'ammoniac, médicament qui rachète l'odeur si désagréable qu'il possède par une efficacité toute particulière. C'est en quelque sorte par hasard que j'ai été conduit à essayer ce médicament : je donnais des soins à une pauvre femme affectée de douleurs atroces et continuelles, et qui, depuis quelques jours, souffrait énormément d'une inflammation chronique du genou, accompagnée d'un gonflement considérable et d'un peu de rougeur. Je lui avais fait faire des fomentations froides, des applications émollientes. J'avais prescrit le repos, cherché à régulariser les garderobes, et donné tous les soirs la poudre de Dover; dix ou douze jours s'écoulèrent sans qu'il y eût la moindre amélioration. Je fus agréablement surpris un jour, en lui rendant visite, d'apprendre que la douleur avait cessé tout d'un coup, et que la nuit précédente elle avait bien dormi. La malade m'avoua alors, avec beaucoup d'excuses, que trouvant sa maladie si peu modifiée, elle avait essayé le remède d'une amie, qui s'en était très bien trouvée dans un cas semblable, remède qui n'était autre qu'un cataplasme préparé avec l'urine humaine, épaissie avec la terre à potier, appliqué aussi chaud qu'elle pouvait le supporter, et répété dès qu'il se desséchait. Elle m'assura que ce remède, choquant pour sa délicatesse, l'avait cependant délivré de toute douleur en quelques heures.

Le soulagement était incontestable; il restait à savoir à quel élément constituant de l'urine on devait en rapporter l'avantage, et je me déterminai à faire quelques expériences sur la valeur de l'ammoniaque combiné avec une terre argileuse fine. Les occasions ne me manquèrent pas : j'essayai le sel ammoniac en cataplasmes; mais n'en ayant pas obtenu de résultat satisfaisant, je dus y renoncer. Je pensai alors que ce pouvait être l'urate d'ammoniaque qui agissait dans le cataplasme d'urine humaine, et je songeai au guano que renferme en si grande proportion du phosphate de chaux et de l'urate d'ammoniaque.

Le 8 octobre dernier, je reçus à l'hôpital Saint-Joseph une femme de 34 ans, affectée d'une inflammation chronique du genou droit. Cette inflammation avait succédé à une inflammation aiguë suivie d'abcès, et une petite ouverture fistuleuse, située à la partie interne du genou, donnait issue, chaque jour, à une cuillerée de pus, en même temps qu'elle pouvait donner passage à un stylet, lequel pénétrait entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia. Douleurs vives la nuit; sensibilité extrême de l'articulation; agitation continuelle; un peu de fièvre dans la soirée. C'était évidemment un cas favorable pour essayer l'action de l'urate d'ammoniac. Je me procurai du guano, et je fis faire des cataplasmes très chauds avec de l'argile. Jusqu'à la fin du mois, l'articulation fut entourée de ce cataplasme, que l'on renouvelait fréquemment. A cette époque, il y avait déjà une amélioration relativement à la douleur et au gonflement. L'écoulement purulent avait presque tari.

Comme ces applications furent suivies de vésication, force fut de diminuer les propriétés caustiques du cataplasme en diminuant la quantité de guano, puis je laissai la peau se cicatriser. Un peu de douleur ayant reparu, je fis appliquer un vésicatoire, puis un emplâtre rubéfiant. La jambe fut maintenue dans l'immobilité. Enfin, après six semaines (le 25 nov.), la malade quittait l'hôpital, n'ayant plus ni gêne, ni douleur dans le genou. Seulement l'articulation était le siége d'une fausse ankylose. Je la laissai partir avec un appareil amidonné, en lui recommandant de le porter encore pendant deux ou trois mois, jusqu'à ce que les dangers de la suppuration secondaire fussent passés.

Je transcris ici le détail de ce qui est relatif à l'urate d'ammoniaque :

9 octobre. Application d'un cataplasme de guano et de terre à potier, par parties égales.

10 octobre. Le cataplasme produit de la vésication. On le cesse. Application d'un linge cératé.

11 octobre. La malade est moins souffrante; sensibilité moindre du genou; moins de gonflement; cataplasme avec un tiers d'urate d'ammoniaque, et deux tiers de terre à potier.

14 octobre. Le cataplasme ayant produit de la vésication, la quantité d'urate est réduite au quart, on le continue jusqu'à la fin du mois, et l'on applique un emplâtre vésicatoire. Les cataplasmes ont été repris le 12 novembre au 1/4e, et continués ainsi jusqu'à sa sortie.

Pendant que cette malade était en traitement, un jeune garçon, âgé de 19 ans, entra à l'hôpital pour une plaie d'un demi-pouce de long, qui avait ouvert l'articulation du genou et avait déterminé une violente inflammation de l'articulation. Soumis à un traitement antiphlogistique très énergique, à l'emploi des fomentations tièdes, les accidens paraissaient conjurés; et le 7 octobre dernier on lui avait permis de se lever et d'aller se promener avec des béquilles. Deux jours après je m'aperçus d'une sensibilité et d'une tuméfaction qui indiquaient la persistance de l'inflammation. Je prescrivis le cataplasme d'urate d'ammoniaque (guano 1/4, terre à potier 3/4), appliqué aussi chaud que possible et renouvelé fréquemment. Le 14 octobre, tous les symptômes fâcheux avaient disparu; il quittait l'hôpital le lendemain entièrement guéri.

Ces faits, ajoute M. Horner, ne peuvent être considérés que comme des pierres d'attente, mais ils ne paraissent suffisans pour établir l'activité spéciale de l'urate d'ammoniaque, ne fût-ce même que comme révulsif énergique dans les inflammations des membranes séreuses. Aucune autre objection ne peut être faite à ce médicament que son odeur, qui n'est cependant pas, à beaucoup près, aussi désagréable que celle de l'assa fœtida. Comme ces cataplasmes de guano et de terre à potier sèchent très rapidement, il faut les envelopper avec de la soie huilée ou une feuille de caoutchouc. Probablement la terre à potier n'est qu'un véhicule, mais elle peut avoir aussi quelque action physiologique, principalement à cause des propriétés physiques qu'elle emprunte à son état d'humidité.

Rappelons, en terminant, la composition du guano : acide urique, 30 p. 100, acide urique combiné avec l'ammoniaque, carbonate d'ammoniaque, muriate, oxalate, et phosphate d'ammoniaque, ammoniaque libre, phosphate de soude, phosphate de chaux, sulfate de potasse et de soude, et oxalate de chaux.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Juin.

Résultat inattendu de l'emploi du carbonate de magnésie; remède contre les verrues; par M. le docteur LAMBERT, de Haguenau (Bas-Rhin).

Ayant prescrit à une fille de campagne du carbonate de magnésie pour une gastralgie s'accompagnant de pyrexie, et chez laquelle les mains étaient couvertes d'une grande quantité de verrues de tous les calibres, deux mois après, M. Lambert revit cette femme toujours souffrante de sa gastralgie, mais ne s'en plaignant pas, *puisqu'il l'avait débarrassée de vilaines verrues qui, auparavant, lui défiguraient les mains.* M. Lambert a vérifié le même fait chez une demoiselle qui portait quelques-unes de ces végétations. Le carbonate de magnésie fut administré à la dose d'une cuillerée à café, matin et soir. Quinze jours après, les verrues s'étaient aplaties, étaient devenues plus petites, s'étaient séchées, fendillées et desséchées par pièces, de sorte qu'après un usage constant pendant un mois ou cinq semaines, elles avaient disparu sans laisser la moindre trace.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

La commission académique de Turin, chargée d'étudier la question de la syphilisation, ayant été invitée par le ministre de l'intérieur à lui envoyer tout de suite son rapport, a publié, dans les journaux de médecine d'Italie, une circulaire par laquelle elle donne les motifs de l'impossibilité où elle se trouve d'obtempérer pour le moment à l'invitation du ministre; la commission ne se trouve pas suffisamment prête; elle espère d'ailleurs que « son rapport à la main, chacun pourra se mettre » à portée de prononcer en cette question un jugement *inébranlable.* » C'est beaucoup dire !

— Les orateurs inscrits pour la séance de demain mardi, à l'Académie de médecine, sur la question de la syphilisation, sont MM. Larrey, Gibert et Lagneau. Il n'est pas probable que M. Bégin puisse faire le résumé de la discussion dans cette séance.

SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE. — On lit dans le *Moniteur de l'armée:*

« Le ministre de la guerre a décidé que, conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps des officiers de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale des corps de troupe et des établissements du service hospitalier aurait lieu pour 1852 en France, en Italie et en Algérie.

» Les villes auxquelles cette inspection doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements composés comme ci-après, et que sont chargés d'inspecter :

» 1er *arrondissement :* M. Bégin, inspecteur, président du conseil de santé. — Les 11e, 13e, 14e divisions militaires et l'Italie.

» 2e *arrondissement :* M. Alquié, inspecteur, directeur de l'école d'application de la médecine militaire. — Les 8e, 9e, 10e et 12e divisions militaires.

» 3e *arrondissement :* M. Vaillant, inspecteur, membre du conseil de santé. — Les 15e, 18e, 19e, 20e et 21e divisions militaires.

» 4e *arrondissement :* M. Baudens, inspecteur, membre du conseil de santé. — La 17e division militaire et la division d'Alger.

» 5e *arrondissement :* M. Michel Lévy, inspecteur, membre du conseil de santé. — Les 1re, 2e, 3e et 16e divisions militaires.

» 6e *arrondissement :* M. Guyon, inspecteur. — Les divisions d'Oran et de Constantine.

» 7e *arrondissement :* M. Maillot, inspecteur. — Les 4e, 5e, 6e et 7e divisions militaires.

» Cette inspection médicale commencera du 1er au 15 août, et se continuera sans interruption. »

— L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid vient d'envoyer à M. Brierre de Boismont le diplôme de membre correspondant.

— Les *Lettres sur la syphilis* de M. Ricord, trois fois contrefaites en Belgique, traduites en anglais et en allemand, viennent d'être traduites aussi en espagnol par M. le professeur D. Jose Gutierrez de la Vega.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 96. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 12 Août 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 AOUT 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LA SYPHILISATION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Puisque nous sommes condamné, par position de journaliste, à prendre parti dans la grave et délicate question qui agite à cette heure le monde médical, il nous sera bien permis, à nous à qui la tribune académique fait défaut, d'exprimer dans ces colonnes, une fois pour toutes, nettement et sincèrement, la position que nous avons voulu prendre dans la discussion relative à la doctrine et à la pratique de la Syphilisation. Malgré notre vive et profonde répugnance pour cette doctrine et pour cette pratique, nous n'avons cru ni utile, ni convenable, de nous livrer à une polémique d'irritation et de colère, bien convaincu que la violence gâte les meilleures causes. Si nous avons parlé de la Syphilisation en homme convaincu de son inanité et de ses périls, nous avons cherché à nous adresser plus à la raison qu'au sentiment, et nous avons fait appel plus au bon sens de nos lecteurs qu'à leur indignation. Nous n'avons pas à critiquer ou à blâmer ceux qui ont agi différemment; chacun trahit, dans les discussions auxquelles il prend part, ses habitudes et son tempérament; notre tempérament et nos habitudes nous commandent la modération en toutes choses. D'ailleurs, pour l'honneur de notre époque et pour la dignité de notre robe, il nous est impossible d'admettre que la Syphilisation ne soit pour son inventeur et pour ses propagateurs qu'une jonglerie infâme, qu'une mystification criminelle, qu'une odieuse et coupable manœuvre pour attirer l'attention publique. Une telle perversité du cœur ne peut se supposer. Mais ce qui peut se supposer, ce que l'histoire et l'observation quotidienne de l'esprit humain forcent à admettre, c'est que les idées les plus étranges et les plus dangereuses trouvent d'énergiques et consciencieuses convictions. Un médecin a fait un gros livre pour prouver que la peste, la fièvre jaune et le choléra-morbus ne sont que des chimères créées par la peur. Il existe en ce moment même en France, et non loin de Paris, un autre médecin qui, depuis plusieurs années, inonde les Académies et les ministères de ses élucubrations en faveur de la non-existence de la rage, et la vaccine a, dans ce moment, pour adversaire un nom aussi redoutable que celui de Turenne, M. le docteur Bayard.

Faut-il traiter tous ces pauvres égarés par les scarifications ou le cautère actuel de la critique? Nous ne le pensons pas. Nous espérons plutôt les ramener par une discussion calme, mais ferme, et nous cherchons moins à les irriter et à les blesser dans leur dignité d'hommes et de savans, qu'à leur montrer la voie dangereuse et perfide dans laquelle ils se laissent entraîner. Nous croyons à l'erreur, nous ne croyons pas au mensonge. Cela explique le ton que nous avons pris, et que nous voulons conserver dans cette discussion. Nous nous préoccupons peu de savoir si ce ton plaît ou déplaît aux syphilisateurs, mais nous serions étonné, nous serions affligé qu'il n'obtînt pas l'assentiment des lecteurs calmes et sages auxquels nous avons l'honneur de nous adresser.

Après ces quelques mots de préambule, abordons le récit de la quatrième séance, que l'Académie a accordée à la Syphilisation.

Cette séance a été ouverte par une très courte allocution de M. Gibert. L'honorable académicien a cherché à justifier la commission des reproches que MM. Malgaigne et Depaul lui avaient adressés. Selon lui, la commission a fait tout ce qu'elle pouvait et devait faire; peu s'en faut qu'il ne lui ait reproché même d'en avoir trop fait. Les orateurs qui se sont succédé ont épuisé le sujet; la question est parfaitement claire; l'Académie peut juger en connaissance de cause, ou plutôt l'Académie n'a autre chose à faire qu'à clore immédiatement un débat qui offre même des dangers. Pour tout homme de sens, la Syphilisation est morte et bien morte, *resquiescat in pace*; telle est la substance du petit discours de M. Gibert, prononcé de ce ton incisif et décidé, familier à cet honorable académicien.

Tel n'a pas été l'avis de M. Larrey, et cela a été heureux pour l'Académie et pour l'assistance, qui y ont gagné une des plus fermes et des plus énergiques oraisons qui aient été prononcées dans cette discussion. Rappelant, sous une forme élégante et concise, tous les argumens déjà produits, M. Larrey s'est proposé surtout de disculper l'administration de la guerre de ce reproche qui lui a été adressé, d'avoir entravé et empêché les expériences de la Syphilisation commencées à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. L'administration, en agissant ainsi, n'a fait que remplir un devoir impérieux; elle est la tutrice du soldat, et elle doit veiller à ce que des expérimens dangereux ne soient tentés sur lui. Le soldat n'est pas libre de ne pas entrer à l'hôpital; il n'est pas libre de choisir son médecin; il n'est pas libre de refuser telle ou telle médication; couché dans un lit d'hôpital, il est encore soumis à la discipline, et les prescriptions médicales sont une sorte de consigne qu'il est forcé d'exécuter. De là, pour l'administration supérieure, une sévère et morale obligation, c'est de ne laisser pénétrer dans la thérapeutique des hôpitaux militaires que des pratiques dont une longue expérience et une rigoureuse observation ont démontré les avantages, surtout quand ces pratiques semblent s'accompagner de quelques dangers. Tel était, assurément, le cas de la Syphilisation qui s'introduisit au Val-de-Grâce sans que l'autorité supérieure fût informée ou consultée, et dont elle a dû faire cesser immédiatement les essais, aussitôt que les faits lui ont été connus.

Une approbation générale a accueilli les belles paroles et les généreux sentimens du courageux orateur. Comme M. Ricord, M. Larrey a fait non seulement un beau discours, mais encore un acte de haute dignité professionnelle, et qui console des tristes défaillances que nous aurons à signaler plus tard.

A M. Larrey a succédé M. Lagneau, car tous les hommes autorisés de l'Académie tiennent à venir protester contre la doctrine nouvelle. Malheureusement, c'est tout ce que nous pouvons dire du discours de cet honorable académicien, dont la faiblesse de la voix ne nous a permis d'en saisir que le sens général, qui a été, en effet, une protestation énergique contre la Syphilisation. Il est probable que la vaste et longue expérience de M. Lagneau lui aura fourni le sujet de considérations intéressantes.

M. Bégin se proposait de ne prendre la parole et de ne répondre aux deux orateurs qui ont attaqué le rapport qu'à la fin de la discussion. Forcé de quitter Paris et la France pour remplir sa mission d'inspecteur-général du service de santé de l'armée, l'honorable académicien a été obligé de hâter sa réponse, et il l'a produite hier. Ce beau résumé gagnera beaucoup à la lecture; nous le publierons dans notre prochain numéro. Disons par avance que, si un débit un peu hésitant a pu nuire à l'effet qu'aurait produit ce travail, nous, qui l'avons écouté avec une religieuse attention, pouvons assurer que le lecteur y trouvera toutes les qualités qui distinguent le savant académicien, sobriété et concision du style, raisonnement puissant, logique serrée, forte critique et discussion irrésistible.

Ce beau travail se compose de deux parties. Dans la première, M. Bégin a demandé à la Syphilisation quel était le *critérium* auquel on pût reconnaître qu'elle est une doctrine véritablement scientifique. Est-ce le raisonnement? La saine raison fuit épouvantée devant ce tissu de paralogisme, et, pour admettre la doctrine, il faut au contraire faire violence à tout ce que prescrivent et enseignent les règles de l'art de raisonner. Est-ce l'analogie? Ce *critérium* fait complètement défaut à la Syphilisation, car l'observation constante apprend et démontre que la rage, la variole, la morve, la syphilis, que toutes les maladies virulentes sont des individualités morbides spéciales, à symptômes, à évolutions, à terminaison différens, et qu'il est impossible de rien conclure de l'une à l'autre. Sont-ce les expériences sur les animaux? Ces expériences paraissent illusoires, leurs résultats sont contestés, niés même; il n'y a là aucune base tant soit peu solide sur laquelle on soit autorisé à édifier une doctrine? Sont-ce les observations sur l'homme? L'observation et l'expérience apprennent encore qu'il existe des idiosyncrasies réfractaires aux virus les plus énergiques. Tous les individus mordus par des animaux enragés ne deviennent pas hydrophobes. Il y a des innocuités mystérieuses et tout à fait inexplicables. En conclure à l'innocuité provoquée artificiellement par l'inoculation, c'est méconnaître tous les résultats de l'expérience et blesser toutes les lois de la logique.

Dans une seconde partie, M. Bégin a examiné de nouveau et à fond, les deux prétentions de la Syphilisation, prétention préventive, prétention curative. Sur le premier point, M. Bégin a montré que cette sorte d'abandon que semblaient faire aujourd'hui les syphilisateurs de la vertu prophylactique, n'était peut-être qu'une manœuvre adroite, et que, dans tous les cas, il ne leur était ni permis, ni possible de faire une semblable concession. Ils sont fatalement enveloppés dans cette robe brûlante du Centaure, qui doit consumer la doctrine. Examinant un à un les faits invoqués en faveur de la Syphilisation préventive, M. Bégin les a réduits à ce qu'ils sont en effet, à des résultats inacceptables pour tout esprit sérieux, et qualifiant d'un mot sévère, mais juste, cette partie de la doctrine, il n'a pas craint de l'appeler une monstruosité. Quant à la valeur curative, sur quoi repose-t-elle? Ici les résultats des faits sont véritablement déplorables, et, avec l'accent d'une conviction profonde, après avoir énuméré et résumé tous les méfaits de la pratique de la Syphilisation, M. Bégin s'est écrié : Il est difficile de comprendre qu'il se soit trouvé un esprit capable de la concevoir, des malades assez dociles pour la subir, des médecins assez téméraires pour l'appliquer.

Le discours de M. Bégin terminé, un grand nombre de voix demandaient la clôture. Mais alors M. Malgaigne s'est levé : Quoi, a-t-il dit avec véhémence! quatre orateurs viennent d'être entendus à la file contre la Syphilisation, et la Syphilisation n'aurait pas le droit de répondre? Je demande formellement que la discussion continue, et je le demande avec d'autant plus d'insistance, que la vérité s'est fait jour dans mon esprit, que des choses obscures se sont éclaircies, et que je peux aujourd'hui invoquer des faits qui étaient restés dans l'ombre.

L'Académie n'a pas voulu se priver des lumières que M. Malgaigne venait de contracter l'engagement solennel de répandre sur la question. Elle a donc voté que la discussion continuerait, et la parole a été donnée à M. Depaul.

Nous ne voulons pas précipiter notre jugement sur le discours de l'honorable M. Depaul. Après l'avoir entendu, nous demandons à le lire. Nous l'apprécierons dans un autre article.

Amédée LATOUR.

BIBLIOTHÈQUE.

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LES FONCTIONS ET LES MALADIES DU PANCRÉAS; thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 30 juin 1852, par M. MOYSE.

Nous devons signaler une thèse remarquable, et pour laquelle le candidat a reçu les félicitations de ses examinateurs. M. Moyse est un des élèves les plus zélés de l'école de M. Claude Bernard, suppléant de M. Magendie au Collége de France, et dont les travaux produisent dans le monde médical une sensation si grande et si justement motivée. Son but a été de coordonner les élémens qui se rattachent à la découverte des fonctions du pancréas, et de montrer l'influence que cette découverte a eue sur la manière de considérer certaines maladies de cet organe.

M. Moyse, dans sa première partie, passe en revue les opinions de Bernhard Swalve, de Haller, de MM. Leuret et Lassaigne, Tiedemann et Gmelin, Magendie, Bécourt, Eberlé, Bouchardat et Sandras, Blondlot, Valentin, Budje; il examine enfin celle de M. Cl. Bernard, son maître, qui, en publiant, en 1849, son mémoire intitulé : *Recherches sur les usages du suc pancréatique dans la digestion*, a fixé définitivement, et d'une manière positive, les fonctions de cette glande. Après avoir dit un mot des procédés mis en usage par les divers auteurs pour se procurer du suc pancréatique, il indique avec détail celui qui est suivi par M. Bernard pour obtenir cette liqueur chez le chien. Ce procédé consiste à inciser l'hypochondre droit au-dessous du rebord costal, à attirer au-dehors le duodénum et une partie du pancréas, à isoler le plus volumineux des deux conduits, à l'inciser, à y introduire un tube d'argent et à fermer la plaie par une suture. On n'obtient du suc pancréatique normal que le premier jour, où l'on peut en recueillir, en moyenne, 2 grammes par heure.

Nous ne transcrirons pas les propriétés du suc pancréatique, que nous avons déjà eu occasion d'exposer dans ce journal. Nous nous bornerons à énumérer les trois grandes preuves par lesquelles M. Bernard démontre son action. La première est que le suc pancréatique pur et

récemment formé, émulsionne les graisses et les huiles avec la plus grande facilité, que l'émulsion persiste pendant longtemps, et que les corps gras, en dehors de l'organisme, y éprouvent une fermentation qui en sépare les acides qu'ils renferment. La deuxième preuve est que le chyle ne commence à se réunir dans les chylifères qu'à partir de la région du tube intestinal, où le suc pancréatique est venu se mêler aux matières alimentaires. La troisième consiste en ce que, par la destruction du pancréas chez les animaux et dans les affections du pancréas chez l'homme, on voit les corps gras contenus dans les alimens passer dans les déjections. M. Moyse termine cette première partie en vengeant chaleureusement M. Bernard de certaines et absurdes attaques en priorité, relatives à son importante découverte.

La partie pathologique de la thèse que nous analysons, mérite toute notre attention. Elle roule sur ce fait qu'un animal, privé de son pancréas, rend sans altération la graisse qu'on lui donne pour aliment. On a dû se demander de suite si, dans les dégénérations de cet organe, la même remarque avait été faite. Le mérite principal de la thèse de M. Moyse est d'avoir largement répondu à cette question, en réunissant des observations péremptoires. Dans un premier groupe, les caractères sont nettement tranchés, l'autopsie s'ajoute aux phénomènes perçus pendant la vie; dans un deuxième, il n'y a pas certitude aussi grande, les observations étant incomplètes; dans un troisième, enfin, on retrouve nettement les caractères, bien que l'autopsie ne vienne pas en donner la confirmation.

Les observations du premier groupe sont au nombre de six. Nous croyons devoir en donner une brève analyse : la première observation est de M. Lloyd, cité par le docteur Ellioston : un homme de 48 ans offrit à l'autopsie de son corps un pancréas induré et son conduit bouché à la terminaison, dans le duodénum. Pendant sa vie, il avait offert des symptômes de dyspepsie. On remarquait dans ses déjections une matière huileuse ou graisseuse, jaune foncé, de la consistance du beurre. Cette matière surnageait, se figeait à la surface de l'eau, comme du suif ou de la graisse fondue; elle se liquéfiait à une chaleur modérée, était très combustible et brûlait avec une flamme d'un bleu vif. Quand elle sortait des intestins, elle était presque fluide; mais à mesure qu'elle se refroidissait, elle prenait la consistance du beurre et quelquefois celle de la cire; elle continua à sortir pendant sept semaines avec plus ou moins d'abondance. Un jour, elle couvrit à peu près tout le fond du vase de nuit; elle ne s'aplatissait pas, exactement comme si c'eût été de la graisse que l'on aurait coulée à l'état liquide. Parfois, elle était mêlée aux déjections, mais ordinairement celles-ci en étaient distinctes. Elle variait de couleur et de consistance; sa coloration habituelle était pourtant jaune. Quand cette matière était mêlée aux évacuations alvines, ces évacuations devenaient d'une coloration plus foncée, sans qu'elles présentassent jamais celle des matières fécales colorées par la bile. Quand la matière grasse n'apparaissait plus, les garde-robes devenaient pâles, couleur terre de pipe; elle reprenaient toujours leur coloration foncée à l'apparition de la matière grasse. Dans la dernière semaine de la vie du malade, il n'y eut plus de matière grasse.

La deuxième observation est de M. Elliotson lui-même. Le canal pancréatique était rempli de calculs blancs. Le malade avait rendu, pendant la vie, des matières semblables à celles décrites ci-dessus.

Dans la troisième, celle du docteur Bright, le pancréas avait presque disparu au milieu d'une tumeur; deux petits calculs oblitéraient l'ouverture de son conduit, dans le duodénum. On avait remarqué que toutes les fois que les selles étaient graisseuses, le malade avait pris du bouillon gras ou avait mangé de la viande cuite dans des matières grasses. — Les quatrième, cinquième et sixième observations, tirées de *London médic.-chirurg. trans.*, et des *Archives générales de médecine*, présentent les mêmes caractères : dégénération du pancréas et selles graisseuses.

Le deuxième groupe ne contient que deux faits : les docteurs Pearson et Prout parlent de selles contenant des matières huileuses et grasses; mais, bien que l'autopsie ait été faite dans les deux cas, il paraît que le pancréas n'aurait pas été examiné. Enfin, dans le troisième groupe, M. Moyse a colligé, dans les divers auteurs et dans les recueils (Mallenbrocus, Mobius, *Essais médicaux d'Edimbourg*, William Scott, Babington, Turner, Tulpius, *phil. transact.*, et Pearson), neuf autres observations dans lesquelles les malades avaient rendu des matières grasses, sans qu'on ait pu, par l'autopsie, vérifier la cause de cette production. Nous avions nous-même, dans notre *Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas*, parlé, sous un autre rapport, d'après Pujol, Mérat et Mojon, de matières huileuses abondantes trouvées dans les selles. Ces matières avaient été prises en grande quantité et n'avaient pu, sans doute en raison de cela, être émulsionnées par le suc pancréatique. C'est une remarque qu'il est facile de faire lorsqu'on purge avec une huile ou lorsqu'on fait un usage habituel et abondant d'une substance de ce genre.

Le travail de M. Moyse est terminé par une étude sur la structure de la glande pancréatique. Il fait honneur au maître dont les découvertes trouvent déjà de généreux échos dans les jeunes générations médicales; il fait honneur aussi à l'élève, dont les investigations sont venues confirmer ce qui avait été d'abord en quelque sorte deviné par suite de la connaissance de la fonction physiologique. Il montre, enfin, ce lien sympathique que nous avions déjà constaté, et qui s'établit de plus en plus entre un professeur doué d'autant de génie que de modestie et un auditoire dont le zèle égale l'intelligence. FAUCONNEAU-DUFRESNE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Août 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Un grand nombre de lettres ministérielles relatives à des remèdes secrets.

2° Un mémoire de M. le docteur CARRON DU VILLARDS, relatif à un nouveau procédé pour la cure prompte et radicale des hydrocèles. (Comm. MM. Velpeau et Malgaigne.)

3° Quelques réflexions du même auteur, sur l'action thérapeutique de la noix d'acajou et de son fruit. (Comm. M. Bouchardat.)

4° La description d'une nouvelle composition anti-dartreuse, par M. DUMONT, pharmacien à Cambrai (Nord).

5° Une observation de M. PASCAL, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, relative à une affection tuberculeuse de l'encéphale métastatique. (Comm. MM. Lévy et Pâtissier.)

6° Une note de M. TOURRETTE, de Chambly (Oise), contenant l'énoncé d'un nouveau traitement du choléra par l'eau froide administrée abondamment.

— M. le Président annonce que M. le professeur GINTRAC, membre correspondant à Bordeaux, assiste à la séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilisation. La parole est à M. Gibert.

M. GIBERT : Je n'ai pas la prétention, Messieurs, d'ajouter un discours à ceux que vous avez déjà entendus, encore moins d'entrer dans la discussion des questions graves et litigieuses soulevées à l'occasion du rapport de notre honorable collègue, M. Bégin. Je me renferme dans le cercle tracé par le rapport lui-même, et je ne vois pas en vérité ce qui pourrait être sérieusement objecté contre ce rapport.

M. Malgaigne, l'orateur qui a le plus complètement exposé la question de la *syphilisation*, et qui avait d'abord paru l'adversaire le plus redoutable du rapport, n'a fait en réalité qu'apporter les argumens les plus décisifs en faveur de l'œuvre de la commission.

Le seul reproche, en effet, que M. Malgaigne ait trouvé à faire à ce travail, c'est qu'il manquait de base scientifique, et que cette base devait se trouver dans les faits, les expériences et les publications récentes de M. Diday, à Lyon, de M. Spérino, à Turin, de MM. Laval et Marchal (de Calvi), à Paris, sans parler des doctrines de M. Auzias-Turenne, le promoteur et le fondateur de la *syphilisation*.

Or, qu'est-il résulté de la savante et lumineuse analyse que notre collègue lui-même, a pris soin de faire de tous ces matériaux, avec la sagacité et la verve critiques qui le distinguent ?

C'est que ces faits sont vagues et incomplets, que ces expériences ne sont nullement concluantes, que ces communications sont tout à fait insuffisantes, que ces doctrines sont singulièrement aventureuses et hasardées! En sorte que c'eût été bien en vain que le rapporteur aurait cherché à donner à son travail une base scientifique, puisque d'après M. Malgaigne lui-même, cette base ne pouvait offrir aucune solidité.

Nous n'en devons pas moins de la reconnaissance à l'orateur qui a si bien su résumer et rendu intelligible à tous des faits, des expériences et des doctrines qui avaient grand besoin d'un pareil commentateur. J'avouerai, pour ma part, quant aux expériences de Lyon, en particulier, qu'aujourd'hui je les comprends mieux, bien que je ne les approuve pas davantage.

Mais, a dit en terminant M. Malgaigne, il y a du moins un fait qui aurait dû fixer d'une manière toute particulière l'attention de la commission, et qui semble subsister : savoir, que certains sujets, dits *syphilisés*, sont désormais réfractaires à l'inoculation syphilitique.

A son tour, M. Depaul a insisté sur le même fait qu'a contesté M. Ricord. Mais d'abord, ainsi que l'a reconnu M. Malgaigne lui-même, ce fait n'est nullement démontré, surtout comme fait général. Et puis il le serait, comme l'a dit avec tant de raison M. Velpeau, cela suffirait-il pour établir que de pareils sujets resteront désormais à l'abri de toute contagion par les voies ordinaires; évidemment non.

Naguère encore, à l'hôpital Saint-Louis, les médecins les plus distingués échouaient lorsqu'ils voulaient inoculer la gale avec la lancette, et cependant ils étaient bien forcés de reconnaître que la gale était contagieuse.

Plus d'une fois, dans le même hôpital, les tentatives d'inoculation artificielle de la vraie teigne ou *favus* d'Alibert ont échoué, ce qui ne nous empêche nullement de regarder la teigne comme une maladie contagieuse. Certains accidens syphilitiques *primitifs* que l'on ne réussit point à transmettre avec la lancette, et à plus forte raison divers accidens secondaires, sont cependant transmissibles dans certaines conditions qui restent le secret de la nature. Bref, il serait contraire à tout ce que l'expérience a appris sur les maladies contagieuses, de déclarer qu'un individu doit être à tout jamais assuré contre ces maladies, parce que, temporairement, et peut-être exceptionnellement, il s'est montré réfractaire à une ou à plusieurs tentatives.

En somme, et revenant au rapport, je dis :

Dans l'état actuel des choses, c'est avec grande raison que l'honorable rapporteur s'est abstenu de proposer une conclusion destinée à recevoir la sanction académique.

Évidemment, ce rapport ne doit être considéré que comme l'exposé d'un fait individuel; il a été inséré dans le recueil de nos travaux, dès lors la compagnie n'a plus qu'une chose à faire, c'est de voter des remercîmens à ses commissaires, et c'est là le vote que je propose comme clôture de la discussion sur la question de la *syphilisation*.

M. LARREY : En présence de l'Académie et de la nombreuse assistance qui se presse dans son enceinte, après le savant rapport de la commission, et après les discours des honorables collègues qui m'ont précédé à cette tribune, de celui surtout dont l'autorité est si grande, qu'elle semble exclure toute autre appréciation, je n'aurais pas assez de confiance en moi pour exposer aux écarts et aux regrets de l'improvisation, les paroles qui me semblent devoir être écrites, non par importance pour elles-mêmes, mais par égard pour l'Académie, et afin de ne lui faire entendre qu'un langage sérieux et mesuré.

J'ai donc l'honneur de prier l'assemblée de vouloir bien m'accorder la plus faible part de sa bienveillante attention; et je n'en abuserai pas longtemps.

Étranger à toute rivalité d'opinions ou de personnes, libre de toute idée préconçue, de tout parti pris d'avance, je dois dire que si j'interviens dans cette discussion, c'est, avant tout, comme membre de l'Académie, pour protester dans le sens et selon les conclusions du rapport de la commission, qui a trouvé dans son savant rapporteur d'abord, et dans son plus légitime interprète ensuite, une autorité décisive.

C'est aussi comme membre de la Société de chirurgie, ayant eu l'honneur de la présider, à l'époque où elle reçut pour ainsi dire les tristes prémices de la syphilisation, et lorsqu'elle déclara par la voix si compétente de l'un de ses honorables membres, toute l'inanité, tout le danger de cette prétendue doctrine.

C'est enfin, comme médecin militaire, chargé autrefois, pendant bien des années, d'un service considérable de vénériens, et aujourd'hui de la direction du service médical au Val-de-Grâce, responsable ainsi jusqu'à un certain point des actes qui touchent en général à la santé de nos soldats, et en particulier des faits relatifs aux récentes expériences de syphilisation.

Voilà, Messieurs, pourquoi je me crois obligé d'intervenir dans les débats dont vous êtes juges.

Cependant, au point de vue préalable de la question, je n'aurais pas songé à prendre la parole dans cette circonstance, car je ne prévoyais pas qu'une discussion fût même possible. Je m'attendais plutôt à un simple vote du rapport, sans difficulté, sans conteste, comme il arrive d'ordinaire pour les questions jugées d'avance par le bon sens et la raison médicales.

« La syphilisation, comme l'a dit si justement notre illustre collègue,
» M. Velpeau, était indigne d'occuper sérieusement l'Académie. Il fallait la dédaigner et non la discuter. »

Mais puisqu'il n'est plus temps de suivre ce sage conseil, puisque la syphilisation s'est introduite en quelque sorte à l'improviste dans cette enceinte, puisqu'elle a même rencontré aux abords un accueil inattendu et un appui complaisant, elle devait s'attendre à trouver dans son sein des sentimens de répulsion générale, comme elle a trouvé en dehors d'elle le reproche de l'opinion publique.

Notre célèbre collègue, M. Ricord, nous a dit comment il avait pris lui-même l'initiative de cette malheureuse question, en nous montrant l'exemple de la syphilisation le plus triste, le plus lamentable à voir.

Une commission a été nommée pour connaître l'histoire de M. Lipman et pour apprécier toutes les conséquences de sa regrettable syphilomanie. L'honorable rapporteur de cette commission, en s'acquittant de sa tâche avec toute l'autorité d'un maître, a été l'interprète du sentiment général de l'Académie.

Je viens donc m'associer, pour ma faible part, à la réprobation qu'inspire la pseudo-doctrine de la Syphilisation; mais elle a été trop bien jugée par M. Ricord, pour qu'il soit permis de revenir sur un jugement comme le sien; et ce jugement, porté avec toute l'autorité de la plus vaste expérience, avec toute la force de la conviction la plus ferme, avec tout le talent de la critique la plus vive, avec toute la portée du blâme le plus sévère, ce jugement sera un jugement presque sans appel, lorsqu'il sera déféré au vote de l'Académie.

Tel a été déjà, Messieurs, le jugement porté sur la syphilisation dans une enceinte moins vaste que celle-ci, à une tribune moins retentissante, dans une compagnie, enfin, moins célèbre, mais non moins jalouse des vrais progrès de la science, et de la véritable dignité de l'art.

La Société de chirurgie avait eu, avant l'Académie de médecine, les premières annonces de la syphilisation, non seulement dans la présentation de M. L... en personne, mais dans la présentation d'un mémoire de M. Auzias-Turenne.

Là, comme ici, l'aspect de M. L... tout couvert d'ulcérations volontaires et de pustules provoquées, avait été un spectacle plein de consternation. Là, comme ici, l'état de ce malheureux confrère, partisan outré, victime bénévole de la syphilisation, avait été un exemple de cette croyance aveugle, transformant un dévouement insensé en un véritable suicide par le poison lent de la syphilis. Là, comme ici, ce témoignage manifeste de l'insuffisance et des dangers de la Syphilisation aurait été la critique la plus sévère, la condamnation la plus absolue de cette prétendue doctrine, si les argumens de la logique, de la science et de la morale ne l'avaient condamnée d'autre part.

C'est alors que notre honorable confrère, M. Cullerier, dans une allocution pleine de sens et de vérité, a, le premier, combattu énergiquement la Syphilisation et ses erreurs. C'est alors que la Société de chirurgie tout entière s'est associée par acclamation à cette courageuse initiative. M. Cullerier résumait sa pensée par ces mots :

« C'est parce que je suis profondément convaincu que tout est faux dans cette doctrine du syphilisme et de la Syphilisation, que je ne crains pas d'en proclamer l'inanité et les dangers. »

Quant au mémoire que l'auteur de la syphilisation avait adressé à la Société de chirurgie, il l'a retiré, non pas parce qu'il attendait qu'une commission fût nommée et qu'un rapport fût fait, mais probablement parce qu'il s'attendait à tout le contraire, car aussitôt le mémoire a-t-il été renvoyé à l'examen d'une commission, qu'il a été retiré volontairement par son auteur. Voilà la vérité.

Cette courte explication suffira sans doute pour répondre à l'une des allégations qui ont été avancées à cette tribune.

Maintenant, Messieurs, il est de mon devoir de donner à l'Académie l'explication sérieuse des expériences de syphilisations faites au Val-de-Grâce par M. Marchal (de Calvi).

Je réduirai, d'ailleurs, cette explication aux termes les plus simples et les plus réservés, mais elle est indispensable, puisqu'on a invoqué, en faveur de la prétendue doctrine, les prétendus résultats de ces expériences; et puisqu'on s'est étonné que l'autorité supérieure en ait interdit la continuation.

Nos honorables collègues, MM. Malgaigne et Depaul, en signalant les expériences faites au Val-de-Grâce, ont paru leur donner approbation, et blâmer ainsi implicitement l'ordre d'en suspendre le cours.

Il y a là pour nous une appréciation inexacte, et tout à l'heure M. Malgaigne, le premier, en jugera de même, lui que la médecine militaire s'honore d'avoir compté dans ses rangs.

Il faut dire d'abord que les grands hôpitaux de l'armée comportent toujours un mouvement considérable de vénériens, et une ou deux divisions de salles affectées spécialement à ce service.

Il faut dire ensuite que les militaires malades, vénériens ou autres, n'ont pas, comme les malades des hôpitaux civils, le libre arbitre d'entrer ou de ne pas entrer à l'hôpital, d'accepter ou de refuser les secours hospitaliers, pas plus que de choisir leurs médecins; ils doivent au contraire avoir une confiance toute disciplinaire dans les soins qui leur sont donnés, sans pouvoir toujours en apprécier la portée ou le bienfait.

C'est pourquoi le soldat malade, soumis pour ainsi dire à cette consigne médicale, a d'autant plus de droits à une grande réserve dans l'administration des médicamens nouveaux, dans l'essai des innovations de traitement, et surtout dans l'application de toute méthode caractérisée du nom d'expérience, et susceptible d'occasionner des accidens ou d'en-

traîner des conséquences graves. S'il en était autrement, le soldat malade serait livré à tous les hasards de la médecine; et c'est bien assez qu'il soit livré aux hasards de la guerre.

Aussi, l'autorité militaire a-t-elle prescrit, à cet égard, des règles auxquelles le service de santé doit toujours se conformer. C'est seulement par l'ordre ou l'autorisation du ministre de la guerre, d'après la proposition du conseil de santé, et selon la voie hiérarchique, que des expériences thérapeutiques peuvent être faites dans les hôpitaux militaires. Ainsi a-t-on fait pour l'éther, le chloroforme, comme anesthésiques; pour l'arsenic, comme fébrifuge, et pour bien d'autres médications d'une importance moindre, de même que pour l'emploi de divers instrumens ou appareils de chirurgie. Or, quelle méthode, quelle médication, quelle expérience commandait plus que la syphilisation, et cette réserve, et cette intervention de l'autorité supérieure?

Si mon honorable confrère du Val-de-Grâce, M. Marchal (de Calvi) a négligé de se pourvoir d'une autorisation qu'il n'aurait pas obtenue, s'il s'est laissé aller un peu précipitamment peut-être, et à notre insu, à faire des expériences de syphilisation, dans le service de vénériens dont il était chargé, il n'a eu, sans doute, d'autre tort qu'un entraînement excusable, dans sa pensée de bien faire et d'être utile à ses malades.

Mais aussitôt que l'autorité supérieure du Val-de-Grâce fut informée de ce qui avait lieu, elle dut s'en émouvoir; et le jour même, je fus chargé par M. l'inspecteur Alquié, alors directeur de l'École et de l'hôpital, de me rendre dans le service de M. Marchal et de lui interdire la continuation de ses expériences. M. Marchal se conforma aussitôt à la mesure qui lui était prescrite, et me remit, sur l'état de ses malades, un rapport que j'ai transmis à M. le directeur.

Voilà pourquoi et comment l'autorité supérieure a fait suspendre les expériences de syphilisations commencées au Val-de-Grâce.

Nous aurions pu en rechercher, en connaître les suites ou les résultats; mais, pour ma part, et dans un sentiment de réserve que l'on appréciera, je n'ai pas cru devoir emprunter aux observations dont j'avais arrêté le libre cours, de nouveaux argumens peut-être contre l'étrange et déplorable doctrine de la syphilisation.

Cela dit, Messieurs, avec le regret, mais avec la nécessité de désobliger peut-être mon ancien confrère du Val-de-Grâce, je n'en rends pas moins hommage à sa bonne intention, comme à son éminent mérite.

Cette explication suffira, j'espère, pour faire comprendre ce qui s'est passé au Val-de-Grâce, à l'égard de la syphilisation, comme elle suffira sans doute pour proscrire de nos hôpitaux militaires une expérimentation pleine d'incertitudes, d'erreurs et de dangers. Et en parlant ainsi, je crois être l'interprète des honorables membres de l'Académie, qui sont à la tête du service de santé militaire.

Après cela, est-il besoin de rappeler successivement la fausse origine attribuée à la syphilisation pour la rendre légitime, mais justement répudiée comme une conception monstrueuse par l'honorable observateur de la saturation syphilitique; les illusions estimables de M. Diday, sur l'inoculation curative, et les recherches consciencieuses de ceux qui se sont trompés aussi?

Est-il besoin de rappeler les allégations, les contradictions, les faits étranges, les lois multiples de M. Auzias, déjà forcé lui-même de renier la syphilisation dite préventive, comme il sera forcé bientôt de renoncer à la syphilisation prétendue curative, après avoir si bien expérimenté sur les autres le virus qu'il n'a pas jugé à propos de s'inoculer lui-même?

Est-il besoin de rappeler l'inanité ou l'apparence trompeuse des inoculations de l'homme aux animaux, ainsi que les quasi-expériences de M. Spérino (de Turin), réduites à de simples allégations, dont un mémoire qui, bien apprécié par M. Cullerier, « ne résiste, dit-il, ni à la » lecture, ni à la discussion? »

Et la triste expérimentation de M. Laval, et sa doctrine qui n'est plus celle de M. Auzias, car il la traite avec un profond dédain, au dire de l'un de nos honorables collègues, dont nous ne partageons pas les illusions?

Est-il besoin de rappeler l'argumentation inattendue de M. Malgaigne, qui, en voulant prêter le secours de son talent et de son éloquence à la syphilisation, a fini par en démontrer, mieux que personne, l'inanité tout entière (moins *quelque chose* qu'il n'a pas défini)?

Est-il besoin de rappeler encore la lamentable histoire de M. L... et de sa monomanie syphilisatrice, ou l'observation de M. Zélaschi rapportée par la *Gazette des hôpitaux*, qui « nous montre un malheureux » malade soumis à 171 inoculations, dont 114 suivies d'ulcères syphilitiques, le tout, est-il dit, pour le guérir d'un chancre qui, nonobstant, » dura quatre mois! »

Et enfin les autres observations déjà connues, en attendant celles qui le seront plus tard; en déplorant aussi toutes celles qui resteront ignorées?

Est-il besoin de rappeler, de discuter, de réfuter tout cela, pour démontrer une fois de plus, et malgré tout le bon vouloir de l'impartialité, combien la prétendue doctrine de la syphilisation est fausse dans son principe, incertaine dans son application, contestable dans ses effets primitifs, dangereuse, funeste même dans ses derniers résultats? En est-il besoin, pour avoir le droit de dire qu'à l'état de théorie, la syphilisation est une mauvaise pensée, comme à l'état pratique, elle est ou serait une mauvaise action.

Non, Messieurs, il n'en est plus besoin; cette tâche, je le répète, a été trop bien remplie par d'autres, pour qu'elle soit recommencée par nous. Hommage en soit rendu à ceux qui ont su le faire avec l'autorité spéciale qui leur appartient!

La presse médicale les a dignement secondés, en interprétant le langage de la raison, de la science et de la morale, comme il le fallait dans cette grave circonstance.

Et si, un moment, la syphilisation a pu jeter le trouble et faire du bruit dans la paisible enceinte de l'Académie, en y entrant par surprise; si elle s'y soutient encore par quelques témoignages de confiance, elle en sortira, nous devons l'espérer, avec tout l'éclat d'un jugement sévère ratifié par l'opinion publique.

Si, enfin, la Commission spéciale, éclairée par ce jugement de l'Académie, prononce aussi son vote contre la syphilisation; puisse-t-elle rendre un arrêt qui interdise à l'avenir l'exercice d'une pratique aussi condamnable!

M. Lagneau a la parole. La faiblesse de la voix de l'orateur nous empêche de rien saisir de son argumentation contre la syphilisation. Nous n'avons pas trouvé son discours au secrétariat de l'Académie.

M. Bégin. (Nous publierons samedi prochain le discours de l'honorable rapporteur de la commission.)

Après la lecture de M. Bégin, un grand nombre de membres demandent qu'on aille aux voix.

M. Malgaigne demande la parole. (Cris : la clôture.)

M. Malgaigne demande et obtient la parole contre la clôture et insiste pour que M. Depaul et lui, seuls inscrits pour parler contre le rapport, aient le droit de se faire entendre.

La clôture est mise aux voix et rejetée.

M. Depaul a la parole.

M. Depaul, après avoir, dans un court préambule, expliqué les motifs qui l'ont mis en opposition avec M. Ricord dans ce débat, et les sentimens qui l'ont dirigé dans cette opposition, s'exprime en ces termes :

Je ne suivrai pas notre honorable collègue dans l'historique qu'il nous a tracé touchant la transmission de la syphilis aux animaux, car je crois la question jugée avec les faits qui appartiennent à notre époque. Voici les preuves que je puis donner :

Après avoir répété les expériences sur les animaux, qui étaient jusqu'alors restées négatives entre les mains des hommes les plus habiles, il ajoute, dans son *Traité des maladies vénériennes*, page 78 : « Or, des expériences publiques ont été faites, à ma clinique de l'hôpital des Vénériens, sur des chiens, sur des lapins, sur des cochons d'inde, sur des chats, sur des pigeons, et toutes n'ont donné que des résultats négatifs. Toutes les expériences répétées par toutes les voies possibles d'inoculation et d'infection, avaient été faites chaque fois avec du pus qui, chez l'homme, avait cependant donné des résultats positifs, de telle façon que, d'après ces expériences, jointes à celles qu'on possédait déjà, *on peut conclure que le principe inoculable de la syphilis est particulière à l'homme, et ne saurait se transmettre aux brutes.*

Une semblable opinion, s'appuyant sur l'autorité de Hunter, de M. Ricord, et de plusieurs autres noms non moins recommandables, devait être généralement acceptée, et c'est ce qui explique sans doute comment elle a régné pendant plusieurs années.

Cependant M. Malgaigne vous a raconté les patiens efforts de M. Auzias, depuis 1844, pour arriver à un résultat contraire, et quand enfin il eût obtenu ce que ses devanciers n'avaient pu produire, et qu'il eût ébranlé des hommes qui jusque là avaient juré sur la foi des maîtres, on créa de toutes pièces une théorie qui devait tout expliquer, en laissant subsister les doctrines de la nouvelle école. Cette théorie est celle de la *transplantation*, qui paraît avoir été mise au monde pour expliquer, sans concession, l'observation de M. Robert de Welz. C'est aussi celle qu'on invoque pour l'interprétation des faits non moins concluans, qui sont dus au courageux dévouement de M. Diday, et dont on ne vous a pas parlé.

Ainsi, jusqu'à présent nous avons passé par deux périodes différentes, l'une de négation absolue, l'autre d'hypothèse servant à expliquer des phénomènes qu'on n'avait pas pu produire, mais qui ne pouvaient plus être contestés, car ils avaient été obtenus publiquement par d'autres. Enfin, Messieurs, et ceci me rassure un peu, j'en entrevois une troisième dans le discours de la séance dernière; elle s'était déjà glissée dans la traduction de Hunter, dernière édition. Les ulcérations résultant des inoculations pourraient bien être des chancres, mais on se hâte d'ajouter que le chancre n'est pas toute la vérole, et que, jusqu'à preuve du contraire, on conteste qu'on puisse produire, soit des bubons virulens inoculables, soit des accidens constitutionnels. La syphilis appartiendrait en nue propriété à l'espèce humaine, ce qui n'exclut pas, ce me semble, la pensée que l'usufruit de quelques-unes de ses manifestations ne puisse être le partage des brutes.

Quant à la théorie de la transplantation, dans laquelle on fait jouer au pus virulent le simple office d'un pois à cautère, j'engage ceux de nos collègues qui voudraient s'édifier sur ce qu'elle a de concluant à lire la savante et spirituelle critique qui en a été faite, dans la *Gazette médicale de Paris* (27 décembre 1851), par un homme que M. Ricord appelle lui-même *son savant élève et ami.*

On pourra voir en même temps si, dans ce travail qui a pour titre : « Expériences sur la transmissibilité de la syphilis primitive de l'homme aux animaux, » il n'a pas été démontré, aussi rigoureusement qu'une chose puisse l'être, qu'avec du pus virulent pris sur l'homme et inoculé sur des oreilles de chats, on a produit sur ces animaux des ulcérations qu'on est habitué à considérer comme étant ceux du chancre. Pour donner à ses observations toutes les garanties désirables, M. Diday a convoqué les confrères les plus recommandables et les plus expérimentés, et toutes les assertions (chose bien inutile pour ceux qui connaissent son caractère honorable) sont attestées par eux. Or, voici comment y est décrite une de ces ulcérations, examinée huit ou neuf jours après l'inoculation : « L'ulcère est devenu plus large, il a 12 millimètres de diamètre. Il est en pleine suppuration, ses bords, taillés à pic, un peu dentelés, circonscrivent une surface granuleuse, jaune, blanchâtre, creusée çà et là de quelques enfoncemens plus profonds, couverts d'une couche pultacée.

Mais notre confrère ne se contenta pas de ces caractères physiques, tout concluans qu'ils lui paraissaient. Si ce sont des chancres que j'ai donnés à mes chats, dit-il, à son tour le pus de ces ulcérations étant inoculé à l'homme devra produire chez lui des chancres. Et, c'est alors qu'avec un courage qui trouvera plus d'admirateurs que d'imitateurs, il se soumit lui-même à cette contre-preuve. On sait si le succès dépassa ses espérances! Enfin, j'ajouterai que pour que rien ne manquât à son expérimentation, deux lapins furent inoculés à l'oreille avec le pus du chancre qu'il portait à la verge. Le résultat, fut aussi concluant que dans les deux premières séries d'expériences. L'un des chancres obtenus présenta même ceci de particulier qu'il s'indura, ce qui put être constaté non seulement pendant la vie, mais encore à l'autopsie et par une dissection attentive. Je le demande sérieusement, peut-on, après de semblables faits, invoquer la *transplantation*, cette ressource inventée comme une planche de salut pour défendre une cause perdue depuis longtemps! Peut-être, je n'en suis pas bien sûr, mon honorable contradicteur voudra-t-il admettre que le chancre puisse s'implanter sur la peau d'un animal; mais je l'ai déjà dit, c'est la seule concession qu'il paraisse un peu disposé à nous faire, et nous connaissons la négation absolue pour ce qui est des accidens constitutionnels qui, selon lui, n'auraient jamais été produits. Je lui demande la permission de le suivre encore sur ce terrain et de ne pas être de son avis.

D'après lui-même, le premier caractère de la généralisation de la syphilis consiste dans l'induration du chancre. Or, il est aujourd'hui parfaitement prouvé que des chats, des singes et des lapins qui avaient été inoculés, en ont plusieurs fois offert des exemples. Aux faits observés par MM. Auzias et Langlebert, et qui ont été vus par les hommes les plus compétens, il faut ajouter celui beaucoup plus récent qui se trouve consigné dans les recherches de M. Diday. J'ai dit comment sa valeur ne saurait être contestée, car on se rappelle que la dissection en fut faite avec soin, et qu'on constata que l'induration était formée par un dépôt de *tissu fibro-plastique*. Mais je crois qu'on a observé des lésions plus caractéristiques encore de la syphilis constitutionnelle sur l'un des singes qui ont servi aux inoculations de M. Auzias, après une série de chancres dont un au moins s'indura, on vit quelque temps après l'animal être atteint d'ophthalmie chronique, puis la peau se recouvrir d'une éruption crustacée très caractérisée, la croûte en était symétrique, et en même temps existait un état général maladif qui n'est pas habituel aux singes. Cet animal, qui appartenait à M. le docteur Langlebert, fut montré aux personnes les plus compétentes, et si M. Ricord ne l'a pas vu, c'est qu'il ne s'en est pas soucié. M. Cazenave, qui voulut bien l'examiner, déclara, je cite à peu près ses paroles, que si on lui montrait quelque chose de semblable sur le cuir chevelu de l'homme, il n'hésiterait pas à le regarder comme d'origine syphilitique.

Quoi qu'on ait beaucoup plaisanté sur les chats *irréprochables*, je vous prie de vouloir bien écouter l'histoire assez triste d'une jeune chatte dont on a déjà parlé, mais dont je complète ici l'histoire.

Inoculée à l'âge de trois mois, elle éprouve des accidens syphilitiques. Plusieurs mois après son apparente guérison, elle devint pleine et mit bas dans le courant du mois de janvier 1851. On lui laissa allaiter les quatre petits qu'elle fit; mais malgré les soins qu'on prit d'eux, ils ne tardèrent pas à succomber. Le premier, âgé de 17 jours, pouvait à peine téter, et était dans un état de faiblesse et de dépérissement que rien, en apparence, ne semblait expliquer. Le second, à l'âge d'un mois et onze jours, avait sur tout le corps des dépilations très régulières, en forme de croissant, et sur tous ces points on voyait l'épiderme se soulevant en écailles. Le troisième présenta, pendant trois mois et quatre jours, à peu près les mêmes symptômes psoriatiques et s'éteignit excessivement amaigri. Quant au quatrième, qui était également fort malade, on voulut essayer de le guérir par la syphilisation, mais il vécut à peine quelques jours.

Peu de temps avant la mort des deux derniers, la mère offrit un nouveau phénomène non moins curieux. On voyait sur les deux aréoles des mamelons inférieurs plusieurs gerçures qui se recouvrirent d'un épiderme pâle et terreux.

Cette chatte vit encore et paraît très bien se porter maintenant, mais elle semble avoir été frappée de stérilité. A l'époque de ses chaleurs, qui se répètent souvent, on l'enferme avec un mâle vigoureux qui a déjà fait ses preuves, et quoique l'acte génital s'accomplisse plusieurs fois et très régulièrement, la fécondation n'est plus obtenue. J'entends bien nos adversaires se récrier contre de pareils faits, nier l'origine syphilitique de ces altérations; mais je les supplie d'examiner sans préoccupation et de dire s'ils ne méritent pas la plus sérieuse attention. J'ai entre les mains l'extrait d'une lettre récemment écrite de Vienne par M. Kunde, dans laquelle il est dit que M. Siegmund, qui est le médecin en chef du grand hôpital, possède en ce moment quelques animaux atteints de syphilis, et en particulier un lapin qui montre un bel exemple de psoriasis syphilitique. La même lettre annonce encore qu'il y a actuellement à Vienne *un médecin* qui, comme d'H...., aurait contracté une syphilis constitutionnelle à la suite d'inoculations faites avec du pus fourni par une ulcération pharyngienne.

Enfin, je puis ajouter que le professeur Gerdy a possédé, lorsqu'il était chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, un chien qui avait bien évidemment contracté la vérole avec les filles publiques que recevait cet établissement, et qui lui avaient voué une affection toute particulière. Son libertinage l'avait mis dans un tel état, qu'étant sans doute à son tour devenu dangereux, il fallut le sacrifier.

Je n'en dirai pas davantage, Messieurs, sur cette première partie de la question. Je suis étonné qu'un esprit aussi distingué que celui de M. Ricord se refuse à l'évidence. Car que prouvent les faits négatifs qu'il invoque? Je ne dirai point qu'il n'a pas su expérimenter, mais il a eu vraiment du malheur.

Dans mon opinion, un fait bien observé, fût-il seul, n'est pas annulé par de simples négations ou par des doutes plus ou moins philosophiques qu'on se complaît à faire naître dans son propre esprit ou dans celui des autres. Soyons donc justes envers tout le monde, et reconnaissons que c'est à notre jeune et laborieux confrère M. Auzias, ainsi que l'appelait autrefois, *M. Ricord*, que nous devons la démonstration de cette importante vérité que la grande autorité de Hunter a pu seule tenir cachée pendant si longtemps.

Qu'importe que cette première découverte ait été le point de départ de la syphilisation?

Son mérite ne sera que plus grand s'il y a quelque chose de vrai dans la nouvelle méthode. Elle ne perdra rien de son importance, si l'avenir prouve que celle-ci n'est qu'un rêve de l'esprit.

Vous savez, Messieurs, que c'est de sa propre autorité, et sans que l'Académie le lui ait demandé, que la commission est venue vous soumettre la question de la syphilisation. Je vous ai déjà dit la première fois que j'ai eu l'honneur de prendre la parole, comment, dans les circonstances actuelles, c'était une raison pour elle de la traiter à fond. Je m'étais plaint de n'y trouver aucun des documens qui sont du domaine de la science, et je désirais un examen plus complet et plus sérieux. M. Ricord paraît avoir compris ce qu'avaient de légitime mes réclamations et celles de M. Malgaigne, et quoique un peu tard, nous avons, dans la seconde partie de son discours, un véritable supplément au rapport de la commission. Qu'il me soit donc permis de la suivre dans l'appréciation des faits, qui, à mon avis, n'a pas été très rigoureuse.

J'en demande bien pardon à notre honorable collègue, je ne puis me contenter de sa réponse au sujet de M. Laval. Je lui avais dit : toutes les personnes qui ont suivi vos expériences sur ce confrère, même vos élèves les plus dévoués, ont déclaré et sont prêts à déclarer encore que vous avez complètement échoué. Est-ce donc lui faire injure que de supposer qu'il avait pu se tromper, lorsque surtout je trouve à chaque page, dans ses écrits, que l'inspection seule est impuissante pour établir le diagnostic des manifestations syphilitiques?

Le témoignage de M. Denis n'ajoute rien à l'opinion de M. Ricord, dont je ne conteste pas la sincérité, mais qui a pu s'égarer comme tout le monde, et quand il lui était si facile, tout en restant fidèle à ses doctrines, de dissiper l'incrédulité qu'il rencontrait autour de lui. Il se contente de dire : j'ai vu, M. Denis a vu, cela me suffit. J'avoue que je ne sais pas en quoi il aurait abaissé sa *dignité ou la tribune académique*, en nous donnant une description détaillée de la *prétendue pustule d'ecthyma*, et personne n'aura cru qu'il ait parlé sérieusement quand il a dit que s'il n'avait pas fait la contre-épreuve que je lui demandais, il n'avait pas empêché que d'autres la fissent. Qui donc était intéressé à prouver que l'inoculation avait réussi?

Quant aux observations de M. Marchal de Calvi, je ne les connais pas avec suffisamment de détails pour en parler. Notre savant confrère n'a pas d'ailleurs besoin qu'on lui vienne en aide, et je sais qu'il se propose de les défendre lui-même.

De toutes les observations, celle qui m'a le plus vivement impressionné, je l'avoue, est celle de M. J..., et quoique M. Ricord n'aime pas qu'on lui dise qu'il a cherché à vous émouvoir, je voudrais bien savoir si c'était pour nous laisser impassibles, qu'il nous racontait la mort de ce malheureux jeune homme, qu'il nous a donné comme une nouvelle victime de la syphilisation. Il est fâcheux qu'on lui ait fourni des renseignemens aussi incomplets que ceux qui ont servi à la rédaction de son observation. Mais il est trop ami de la vérité pour ne pas savoir gré de l'aider à donner à ce fait sa véritable signification. J'ai entre les mains une lettre qui avait été spontanément écrite après la dernière séance par deux étudians en médecine (MM. Guilbert et Mialet) pour être insérée dans la *Gazette Médicale*. Ces deux jeunes gens m'ont affirmé que M. Lefèvre, sur l'autorité duquel s'est appuyé M. Ricord, n'a pas vu une seule fois leur ami J... pendant sa dernière maladie, eux seuls l'ont constamment soigné jusqu'à sa mort. Permettez, disent-ils à deux témoins de la maladie et de la mort de M. J..., de rectifier quelques faits que M. Ricord a racontés d'une manière moins exacte que dramatique.

« Notre malheureux ami a succombé le 13 juillet, à la suite d'un érysipèle compliqué d'accidens ataxiques, lequel avait débuté le 4 du même mois, au bras gauche, et avait rapidement envahi le tronc tout entier, ainsi que la partie postérieure de la tête. Cet érysipèle et sa terminaison funeste sont-ils la conséquence de la syphilisation; c'est ce que nous n'avons pas à examiner. Mais le caractère de cet exanthème est un fait important à connaître. M. Ricord l'a passé sous silence, sans doute parce qu'il n'avait reçu que des renseignemens incomplets. » Puis ils ajoutent : « M. J... n'a pas vu paraître de taches pendant toute la période de son traitement. Il en avait en novembre et décembre 1851. Elles ont disparu ultérieurement. Nous devons ajouter, dans l'intérêt de la vérité, que la disparition des taches syphilitiques a coïncidé avec les inoculations syphilisatrices auxquelles se soumettait notre ami. Son état général s'était amélioré, et lui-même nous répétait souvent que la syphilisation était un bienfait..... Notre devoir est de dire aussi que M. J..., d'habitudes très laborieuses, s'est livré dans les derniers mois de sa vie à un travail excessif. »

Tout en accordant une confiance entière à la parole de MM. Guilbert et Mialet, il s'agissait d'un fait si grave que j'ai cru devoir faire une espèce de contre-enquête, et je déclare ici qu'elle a parfaitement confirmé tout ce qui précède. De plus, elle m'a permis de m'assurer : 1° que M. J... n'avait plus aucun chancre d'inoculation, lorsqu'il a été pris d'érysipèle, et qu'il n'en avait même pas depuis plusieurs jours ; 2° que les dernières ionculations qu'il avait subies avaient été faites au bras droit, tandis que c'est au-dessous du bras gauche que l'érysipèle a commencé ; 3° que précisément à la même époque, sous l'influence d'une constitution médicale particulière, régnaient à Paris un grand nombre d'érysipèles, ainsi que peuvent l'attester tous ceux qui sont à la tête d'un service d'hôpital ; 4° qu'en même temps que M. J... était atteint d'érysipèle, une femme de 40 et quelques années qui *habitait la même maison et sur le même carré*, mais qui n'avait jamais eu ni vérole, ni inoculations, était prise de la même affection, compliquée aussi de fièvre intense, de délire, douleurs épigastriques, etc. Cette malade fut transportée à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Valleix, d'où elle n'est sortie convalescente qu'après 23 jours de traitement ; 5° que l'érysipèle de M. J..., rencontrant dans sa marche envahissante les cicatrices chancreuses du bras gauche, les avaient rapidement converties en phlyctènes, et il est probable que c'est là ce qui a induit en erreur notre très honorable et très savant confrère, M. Piédagnel, qui n'a vu que deux fois M. J.., et qui n'a su que par une confidence de M. Auzias qu'il s'était soumis à la syphilisation.

Je n'ai pas besoin d'en dire davantage. L'Académie a déjà compris que l'observation de M. J..., présentée d'une manière incomplète, a perdu toute son importance, après les détails qui précèdent, et dont je garantis l'exactitude.

Mais je veux aller plus loin, et j'admets, pour un instant, que les piqûres d'inoculations et les ulcérations qui en furent la conséquence, ont été le point de départ d'une inflammation érysipélateuse. Consciencieusement, que prouverait ce résultat contre la syphilisation? Il démontrerait une fois de plus ce que chacun sait depuis longtemps ; savoir qu'il n'est pas de blessure si minime en apparence qu'elle ne puisse se compliquer, devenir mortelle. Mlle X..., citée par M. Ricord, eut un érysipèle de la face, avant de s'être soumise à la pratique de la syphilisation. A-t-il cru devoir l'attribuer à la syphilis accidentellement contractée ou au traitement mercuriel qui fut d'abord institué? Je ne crois pas devoir insister plus longtemps, mais puisque j'ai parlé de l'observation de Mlle X..., qu'il me soit permis de relever quelques inexactitudes qui se sont glissées dans ce qu'on a dit d'elle, toujours d'après le même M. Lefèvre. Je laisse encore parler MM. Guilbert et Mialet : « Quant à Mlle X..., nous l'avons vue plusieurs fois pendant son traitement; elle paraissait toujours se bien porter, sa face avait la coloration habituelle, et elle travaillait comme par le passé. Les cheveux qu'elle avait perdus en novembre 1851, à la suite de l'érysipèle dont a parlé M. Ricord, continuaient et continuent encore à croître abondamment. La dernière fois que nous l'avons vue, le lendemain de la mort de notre malheureux ami, sa santé ne paraissait pas plus altérée que par le passé. » Ce qui n'empêche pas M. Lefèvre de dire que cette jeune fille est pâle, faible et beaucoup amaigrie, après deux mois de syphilisation, et que, comme M. J..., elle avait aussi vu son corps se couvrir de taches pendant son fatal traitement. Nous savons ce qu'il faut penser des prétendues taches de M. J.... Au reste, je dois dire qu'il est de cette observation comme de beaucoup d'autres, dont on a parlé pour prouver qu'après la syphilisation, la vérole constitutionnelle existait encore. On prend des malades dont le traitement n'est pas complet, et n'a pas été déclaré tel par celui qui a inoculé.

Comment peut-on espérer, en procédant de la sorte, éclairer une question déjà si obscure. En vérité, si je ne connaissais la bonne foi de mes adversaires, je pourrais croire que ce qu'ils cherchent avant tout, c'est la confusion. Oui, s'écriait l'orateur dans la dernière séance, on a sérieusement proposé la syphilisation prophylactique..... De l'utopie on a passé à la pratique, et on a communiqué la syphilis à des individus qui ne devaient peut-être jamais l'avoir. Lisez, ajoute-t-il, l'observation que renferme la *Gazette des hôpitaux* du 31 juillet.

Cette observation, d'abord sans signature, et qui a trouvé ensuite celle d'un élève en médecine, M. Hugot, est relative à un M. P..., également élève en médecine, et qui a été attaché au même établissement de la rue Saint-Jacques. Mais elle est incomplète comme beaucoup d'autres. Voici, en effet, ce qu'écrit M. P... à la date du 1er août 1852. Je puis montrer sa lettre, et je la transcris ici :

« Monsieur,

» J'apprends qu'on fait un étrange abus de ma personne et de mon nom pour vous calomnier, ainsi que la syphilisation. Je m'empresse de faire et de vous apporter la déclaration ci-jointe. Ma syphilisation a commencé le 3 décembre dernier. Pendant tout le mois de décembre, je me suis montré plein de santé dans tous les services de l'hôpital du Midi. Porteur de plusieurs chancres, d'autant plus petits en général, qu'ils étaient plus récens. M. Ricord disait que je ne pouvais avoir la vérole constitutionnelle. Vous, Monsieur Auzias, vous affirmiez que tout le monde était susceptible de l'avoir, et que vous me la donneriez si vous vouliez. Je résolus de savoir qui avait raison, et je fus prier M. Ricord, qui avait toujours du bon pus, de m'inoculer.

» Voici les inoculations qui m'ont été faites par lui, et dont la plupart ont été négatives : 17 janvier 1852, quatre inoculations; 19 janvier, plusieurs inoculations en nombre indéterminé; 24 janvier, plusieurs inoculations; 7 février, une inoculation faite du pus d'un chancre phagédénique. Cette inoculation fut faite par M. Mussel, ancien interne de M. Ricord. Elle fut négative; 10 février, une inoculation. 12 février, plusieurs inoculations; 24 février, quatre inoculations; 26 février, une inoculation à l'empreinte deltoïdienne du bras droit.

» Le 2 mars, cette inoculation était déjà indurée, d'après l'avis de M. Auzias. M. Ricord prétendait que ce n'était qu'un chancre dur. Je fus voir de nouveau M. Auzias le 5 mars. Voici ce qu'il me dit : Je veux vous inoculer plusieurs fois le pus de ce chancre, car il est induré. Je vous ferai les inoculations sur le devant de la poitrine. Hâtons-nous, si nous voulons éviter la vérole, faible sans doute, mais qu'il nous serait difficile de chasser, faute d'un pus assez énergique ; le pus que vous a inoculé M. Ricord est des plus forts.

» Tâchez de revoir le malade pour m'en apporter. Je persistai à ne pas me laisser inoculer. Le lendemain 6 mars, les instances de M. Auzias pour m'inoculer mon pus furent encore plus vives, ma résistance fut la même. Libre de ma personne, confiant dans les ressources que m'offrirait plus tard la syphilisation, j'ai voulu savoir qui avait raison de M. Auzias ou de M. Ricord, mais il me répugnait d'en faire parade. M. Ricord avait écrit : *n'a pas la vérole qui veut*; M. Auzias avait répondu : *a la vérole qui veut*. L'événement s'est prononcé pour M. Auzias en répondant à la pointe de la lancette de M. Ricord. J'ai pris note exacte du malade qui a fourni le pus de l'inoculation du 26 février. C'est M. G. M..., maçon (qui était entré le 22 janvier 1852). Il avait huit ou dix chancres au prépuce et un chancre phagédénique à la seconde phalange de l'annulaire de la main droite, M. Ricord lui en donna deux autres en même temps qu'à moi, et les laissa tous marcher sans traitement. Vingt-neuf jours après, il sortit de l'hôpital guéri de tous ses accidens. M. Ricord lui promit qu'il n'aurait pas la vérole. »

Cette relation, faite par un sujet de l'expérimentation, diffère beaucoup de celle consignée dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Evidemment M. P... ne trouve pas de ressemblance au portrait qu'on a fait de lui. Il n'en veut pas. Mais quelque chose de bien inattendu, ce sont pour moi des détails qui s'y trouvent. Notre savant collègue, qui a tant d'indignation pour la syphilisation, s'est presque conduit comme un syphilisateur de profession. N'avez-vous pas été surpris, en effet, du nombre prodigieux d'inoculations faites par lui ou sous ses yeux dans le simple but de savoir si M. P... pouvait ou non contracter la vérole! Ne l'avez-vous pas vu ne pas reculer devant le pus d'un chancre phagédénique! J'avais donc raison de m'étonner de le trouver pour adversaire, quand il s'agit de quelques inoculations de plus ou de moins, et je ne l'avais ni un peu ni beaucoup *calomnié* en lui disant qu'il n'était pas aussi loin de la méthode à expérimenter qu'il paraissait vouloir le faire croire.

Comme fait méritant un examen sérieux, j'avais cité une observation de M. Zelaschi, publiée dans la *Gazette Médicale* des Etats sardes, et reproduite depuis dans plusieurs journaux français. Pour toute réponse, M. Ricord vous déclare qu'il n'a pas le courage de vous raconter cette déplorable observation, et c'est avec cela (pour me servir de ses propres paroles) qu'il veut entraîner vos convictions! Heureusement qu'il est des adversaires qui ont pris la chose plus au sérieux. Il en est un dont vous ne révoquerez pas le témoignage, car je ne sais s'il est quelqu'un qui se soit plus vertement élevé contre la nouvelle doctrine. Eh bien, lisez la critique dont M. de Castelnau a fait suivre l'observation du docteur Zelaschi (*Gazette des Hôpitaux*, 7 août 1852), vous verrez qu'à part l'horreur que lui inspirent les 171 inoculations qui furent faites au malade, rien ne démontre que cela ait entraîné le plus léger accident, et il est obligé de convenir, avec sa franchise ordinaire, que ce fait semble prouver, en effet, que ce qu'il appelle la *victime soumise à l'expérience* était devenue réfractaire à l'inoculation, il se demande bien si cela durera, et si cette immunité résistera aux divers pus? Mais le fait important qui ressort de cette observation, et c'est celui qui nous importe pour le moment, c'est de constater l'immunité qui a été constatée. L'avenir se chargera de répondre aux autres *desiderata*.

S'il est vrai que l'habile chirurgien de l'hôpital des Vénériens a très rapidement glissé sur certains faits un peu embarrassans peut-être, on ne saurait lui faire le même reproche pour ce qui concerne M. Sperino. Il a plusieurs fois franchi les Alpes, et décidément il paraît beaucoup tenir à ce qu'il appelle sa campagne d'Italie. Je crains bien que, par esprit national sans doute, il s'en soit exagéré l'importance. Au reste, un document récemment publié (*Gazette médicale* de Paris, N° du 7 août 1852) par la commission nommée au sein de l'Académie royale de Turin, rend, je crois, nécessaire une très grande réserve sur ce qui a été observé et sur ce qu'on observe encore au syphilocôme. La commission explique sa conduite et la lenteur qu'elle apporte dans ses investigations. Elle se plaint, avec raison, de ce que partisans et adversaires aiment mieux perdre leur temps en paroles et inutiles conjectures, plutôt que de se livrer à la recherche des faits. Elle demande à tous ceux qui s'intéressent à la question de prendre patience, et elle promet de mettre prochainement sous les yeux du public tout ce qu'elle a observé et vu, assurant que les choses vues et observées par elle sont nombreuses et très importantes.

Que ceux donc qui, par position et leurs études spéciales, sont naturellement désignés pour étudier cette grave question, se mettent à l'œuvre avec leur bonne foi habituelle, sans arrière-pensée. C'est le seul moyen de faire triompher une grande et importante vérité, ou de démasquer une dangereuse erreur. Je n'ai pas demandé autre chose la dernière fois que vous avez bien voulu m'entendre ; en me plaçant sur un rang plus avancé on a, sans mon consentement, changé la position que j'ai entendu prendre et que je croyais avoir nettement définie. Plus que jamais je persiste à demander que la lumière se fasse, car je suis complètement rassuré sur les dangers de la syphilisation, et c'est dans l'autorité de M. Ricord lui-même que je puise les motifs de ma sécurité.

J'ouvre en effet sa première *Lettre sur la syphilis*, et j'y vois que, voulant tranquilliser sa propre conscience, et répondre aux objections qui lui ont été faites à propos des inoculations dont il a si largement usé, il répond sans hésiter, après avoir consulté l'*histoire*, l'*observation* et l'*expérience*, de manière à rassurer sur tous les points les esprits les plus timides. « Nous voyons, dit-il, tous les jours qu'il est rare que les accidens primitifs soient isolés, qu'ils se multiplient avec une grande facilité, et que sérieusement la gravité de la maladie n'est pas en rapport avec le nombre des accidens. »

Mais les accidens consécutifs ne seront-ils pas en raison du nombre des lésions primitives, et par conséquent plus redoutables encore? Non, dit-il encore, « l'observation rigoureuse, l'observation clinique de tous les temps, a prouvé et prouve tous les jours que la vérole constitutionnelle n'est pas en raison du nombre des accidens primitifs existans dans le même temps, développés à la même époque. Un accident de plus n'ajoute donc aucune chance d'infection de plus, en sachant diriger les expérimentations. »

La question de l'étendue de la surface de l'ulcération ne l'embarrasse pas davantage.

« Encore ici l'observation a démontré que la surface plus ou moins considérable de l'ulcération primitive n'a aucune influence sur la production des accidens consécutifs. Un tout petit chancre expose tout aussi bien à l'infection générale qu'un chancre très étendu, et réciproquement, une vaste ulcération n'expose ni plus ni moins qu'une petite. »

Restait enfin la question du siége de l'ulcération du lieu d'élection, des piqûres expérimentales. Après avoir parlé de l'opinion ancienne à ce sujet et l'avoir déclarée erronée, il ajoute :

« Je restai donc convaincu que le siége de l'ulcération, non seulement ne pouvait avoir aucune influence défavorable sur la production des accidens consécutifs, mais même qu'il pouvait diminuer ou annihiler certaines chances fâcheuses, par exemple, la production des bubons. »

Qui pourrait hésiter encore après une déclaration aussi complètement rassurante! Et qu'importe le but qu'on se propose ; que les inoculations soient syphilisatrices ou simplement exploratrices, leur destination ne saurait en rien modifier leur marche.

— M. Ricord demande à présenter quelques observations sur ce que vient de dire M. Depaul. Mais l'heure étant trop avancée, M. le président l'engage à réserver ses observations pour la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

L'*Almanach national* pour 1852, qui vient de paraître, donne de la manière suivante le *service de santé* de la maison du Prince-Président de la République.

M. le docteur Conneau, médecin du Prince-Président;

M. le docteur Andral, médecin consultant;

M. le docteur Jobert (de Lamballe) et M. le baron H. Larrey, chirurgiens consultans;

M. le docteur Tenain et M. le docteur Delaroque fils, médecins ordinaires de la maison.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Études sur la fièvre intermittente dans le département de l'Indre, par le docteur Ernest LAMBRON (de Levroux), ancien interne des hôpitaux et membre de la Société anatomique de Paris. Ouvrage imprimé par décision du conseil général de l'Indre.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, etc., avec une introduction par M. Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*. — Un vol. in-8. — Prix : 5 fr.
Paris, 1852, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 97. SIXIÈME ANNÉE. **Samedi 14 Août 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MALADIES PUERPÉRALES.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES EN COUCHES.

(Suite. — Voir le numéro du 10 Août.)

De la rigidité du col de l'utérus dans les cas d'éclampsie, avant ou pendant l'accouchement, et du traitement qui lui convient; par le docteur Louis SAUREL, rédacteur de la *Revue thérapeutique du Midi*, etc.

La question de l'avortement provoqué, qui, au sein de l'Académie nationale de médecine, a donné lieu à des discussions si animées et si pleines d'intérêt, a ramené l'attention des praticiens sur certains points d'obstétricie, qui ont avec celui-là une liaison plus ou moins intime. C'est ainsi que la presse médicale a publié dernièrement plusieurs observations et travaux concernant l'éclampsie, soit avant, soit pendant l'accouchement. Je me propose d'examiner, dans le cours de cet article, une des faces de cette question.

La gravité de l'éclampsie qui survient durant la grossesse, n'est pas appréciée de la même manière par tous les accoucheurs, puisque les uns la considèrent comme plus grave que la métrorrhagie survenant dans les mêmes circonstances, tandis que les autres semblent être moins effrayés de ses conséquences; néanmoins, il n'est douteux pour personne que le pronostic de l'éclampsie est plus fâcheux lorsqu'elle se déclare avant le travail, que lorsqu'elle apparaît pendant ou après l'accouchement. Une terminaison fâcheuse pour la mère et pour l'enfant s'observe bien plus souvent dans la première circonstance que dans les deux autres.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que lorsque les convulsions surviennent durant le travail de l'accouchement, on peut d'ordinaire extraire le produit avec facilité, si la nature ne s'est pas elle-même acquittée de ce soin ; dans ce cas, en effet, les convulsions ont pour effet presque constant d'augmenter la force et la fréquence des contractions utérines, au point que l'expulsion du fœtus peut être plus rapide que si les convulsions n'avaient pas existé. Quoique les choses se passent ainsi dans la majorité des cas, il est des circonstances qui peuvent obliger le chirurgien à venir en aide à la nature; la conduite qu'il doit tenir alors est à peu de chose près celle qu'il doit tenir lorsque les convulsions se déclarent pendant la grossesse.

Il est très difficile, sinon impossible, de se rendre un compte exact des causes qui peuvent déterminer l'éclampsie avant l'accouchement; généralement, on en accuse le tempérament pléthorique et sanguin, l'infiltration générale ou limitée aux membres inférieurs, les convulsions dans les couches antécédentes, une première grossesse, une sensibilité extrême de l'utérus, des émotions vives, les grossesses doubles, etc., etc. Si quelques-unes de ces circonstances ont été observées assez fréquemment pour faire croire à leur liaison avec l'éclampsie, il n'est pas moins vrai que bien souvent aussi on ne remarque aucune cause qui puisse rendre compte de cet état morbide.

On est dans l'habitude de considérer l'infiltration comme une des *causes* les plus fréquentes de l'éclampsie; et, en effet, cette circonstance a été notée dans le plus grand nombre des observations que l'on a publiées; mais il me semble qu'un peu de réflexion suffit pour démontrer le peu de valeur de cette prétendue cause. Tout le monde sait, en effet, que l'infiltration des extrémités inférieures est un phénomène presque normal chez les femmes arrivées au huitième ou au neuvième mois de leur grossesse. On a noté avec soin tous les cas d'éclampsie dans lesquels cette infiltration a existé; mais a-t-on noté de même toutes les grossesses accompagnées d'infiltration, dans lesquelles l'accouchement a eu lieu sans accidens? Il est permis de répondre par la négative. Quelle valeur peut-on alors accorder à cette prétendue cause, qui tantôt est suivie et tantôt n'est pas suivie d'éclampsie? Tout ce que l'on peut accorder pour rester dans la limite des faits observés, c'est que lorsqu'il y aura, chez une femme enceinte, un œdème prononcé des extrémités inférieures, et surtout quand on observera une infiltration générale, on devra craindre l'éclampsie et employer un traitement préventif.

Il me paraît démontré, d'après les considérations qui précèdent, que l'étiologie de l'éclampsie durant la grossesse est encore à faire, car, le plus souvent, les convulsions apparaissent sans que nous puissions nous rendre compte des causes sous l'influence desquelles elle se déclare. C'est, du reste, ce qui a lieu pour la plupart des maladies, pour lesquelles nous connaissons des précédens, mais dont les causes réelles ou efficientes nous échappent, parce qu'elles consistent en une modification imprimée aux forces vitales.

Peut-on toujours prévoir d'avance une attaque d'éclampsie durant la grossesse? — Certaines circonstances, parmi celles qui ont été désignées sous le nom de *causes*, peuvent en faire craindre l'apparition ; ainsi, on la redoutera chez les femmes qui en ont déjà été atteintes, chez celles qui sont sujettes à l'épilepsie ou à l'hystérie; mais ces indications manquant, par exemple chez une femme qui a eu plusieurs enfans sans avoir jamais eu de convulsions, il me semble bien difficile, sinon impossible, de pronostiquer l'éclampsie à coup sûr. Il est vrai que, d'après certains auteurs, l'éclampsie ne débuterait jamais brusquement, et qu'elle serait toujours précédée de prodrômes ayant une durée variable. Ces prodrômes sont : une céphalalgie intense, accompagnée d'étourdissemens, de troubles dans les sens de la vue et de l'ouïe, avec embarras de la parole, etc.; de l'agitation, de l'indocilité; de la dureté et de la fréquence du pouls, de la rougeur à la face; une douleur plus ou moins forte à la région épigastrique, etc., etc. Néanmoins, on ne peut le nier, l'éclampsie a débuté quelquefois sans aucun prodrômes, ou elle a été précédée de prodrômes si faibles, qu'il était presque impossible de prévoir l'attaque. C'est ce qui a eu lieu dans une circonstance que je rapporterai tout à l'heure, en faisant ressortir tout ce que cette observation présente de remarquable et d'insolite.

Le traitement de l'éclampsie, adopté par tous les accoucheurs, est à peu de chose près le même ; il consiste dans l'emploi des saignées générales et locales, des révulsifs sur la peau et sur le tube intestinal, des réfrigérans sur la tête, etc., etc. Tous ces moyens ne sauraient être doués d'une égale efficacité; celui qui paraît avoir donné le plus de succès, c'est l'emploi des émissions sanguines qui ont réussi dans un grand nombre de circonstances. M. le docteur S. Marcel vient de publier (1) un fait remarquable, dans lequel la vie de la mère a pu être conservée par ce moyen.

Dans le cas où l'éclampsie résiste à tous les traitemens mis en usage et où la vie de la mère est sérieusement menacée, quelle conduite doit tenir l'accoucheur? Pour les uns, il faut laisser à la nature le soin de terminer l'accouchement, tout en continuant de combattre les symptômes de l'éclampsie, tandis que la déplétion de l'utérus est considérée, par tous les autres, comme le meilleur moyen de faire cesser les accès. Parmi ces derniers, il en est qui conseillent de ne procéder à l'extraction du fœtus que lorsque le col est très dilaté, de manière à permettre d'appliquer le forceps ou de faire la version sans violenter les parties maternelles ; pour quelques autres, au contraire, il convient d'employer une thérapeutique plus active.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1852 (numéro du 12 juin).

Feuilleton.

M. Auzias-Turenne a adressé à l'Académie de médecine une lettre que le conseil d'administration, à l'unanimité, n'a pas jugé convenable de communiquer à la compagnie. M. de Turenne a été un maladroit, qu'il me permette de le lui dire. Le même jour, à la même heure, un de ses co-religionnaires — je n'oserais pas dire un de ses disciples en syphilisation — lui faisait voir comment il faut s'y prendre quand on veut qu'une lettre écrite pour l'Académie arrive à son adresse et ailleurs encore. M. Marchal (de Calvi) qui, lui aussi, éprouvait le besoin d'épancher son cœur dans le sein du docte aréopage, faisait remettre à chacun de ses membres, dans le vestibule de l'Académie, mardi dernier, une lettre imprimée, portant cette suscription : *A Messieurs les membres de l'Académie.* L'appariteur chargé de la distribution qui, depuis tant d'années, hélas! me voit fidèle aux séances académiques, m'a pris sans doute pour un académicien, et m'a remis un exemplaire du petit imprimé. Ce n'est pas tout, à l'issue de la séance, M. de Calvi m'en a remis lui-même un deuxième exemplaire, en me disant ces propres paroles : voyez, lisez, et dites si celui qui a écrit ces lignes doit être conduit à Charenton.

Je déclare tout d'abord que ce n'est pas pour donner mon opinion sur la question incongrue que m'a posée M. de Calvi, question que personne n'agite et que personne assurément, et moi moins que personne, ne pourrait avoir la méchante pensée de résoudre affirmativement, non ce n'est pas pour cela que je vais m'occuper de ce petit écrit. Mais il est dit dans nos prospectus *qu'il sera rendu compte de tout ouvrage dont* DEUX *exemplaires nous auront été adressés*; or, M. de Calvi s'étant conformé à ces us et coutumes, je me vois forcé de tenir les promesses de notre prospectus.

Je ne voudrais pas parler légèrement de M. de Calvi. Dans une circonstance récente et solennelle pour lui, il a vu que je savais rendre hommage aux éminentes et brillantes qualités de son esprit ; et si, par devoir pénible à accomplir, il m'a fallu signaler les défauts de ces qualités mêmes, le compétiteur du concours d'hygiène a vu également que ma critique n'était pour lui ni malveillante ni hostile. Ces sentimens sont ceux qui m'animent encore aujourd'hui, et je désire de tout mon cœur qu'ils se traduisent toujours dans ce que je vais dire en ce moment.

Ça été un grand bonheur pour la syphilisation d'avoir rencontré pour premier patron un homme de la valeur de M. Marchal. Si la syphilisation était reconnaissante, elle ferait brûler un gros cierge en son honneur. Mais on assure, au contraire, que la syphilisation s'émeut et s'inquiète du rôle que M. Marchal cherche à prendre en cette affaire. C'est lui, en effet, ce sont ses énergiques protestations contre la méthode préventive et le rejet solennel qu'il en a fait, qui ont forcé la doctrine à cette immense reculade formulée par M. Malgaigne, en ces termes : notre plume, à cet égard, a été plus loin que notre pensée; ce que M. Ricord a fort spirituellement parodié en disant que c'était la lancette qui avait été plus loin que la pensée; texte auquel je me permettrais de faire la variante suivante, à mon sens plus vraisemblable : c'est la pensée qui a été plus loin que la lancette, car c'est la lancette qui a arrêté la pensée. Quoi qu'il en soit, les différends qui peuvent s'élever entre les propagateurs et l'inventeur de la syphilisation n'étant pas encore du domaine public, je ne veux pas m'en occuper davantage et reviens à M. de Calvi et à sa lettre.

Cette lettre a été écrite très rapidement, et pour cela M. de Calvi réclame l'indulgence : « Une indisposition, dit-il, les travaux de la commission dont je suis le secrétaire, les obligations professionnelles, ont absorbé la plus grande partie de mon temps depuis votre dernière séance, et j'écris, aujourd'hui dimanche, cette lettre qui sera imprimée demain pour vous être distribuée après-demain. Je dis cela pour me concilier votre indulgence. » Personne ne peut être plus disposé à la lui accorder qu'un journaliste obligé à une improvisation incessante pour laquelle on ne se montre pas toujours tolérant ou charitable. Personne ne sait mieux qu'un journaliste tout ce qui peut échapper à un travail rapide et pour la correction duquel on a le temps à peine de voir une première épreuve. Et par exemple, est-ce à un travail mûri et châtié qu'eût échappé cette faute grossière qui se trouve dans mon article de jeudi dernier : « Il nous sera bien permis... d'*exprimer* (pour » *expliquer*) la position que nous avons voulu, etc. » Va donc pour l'indulgence, à condition qu'elle sera réciproque.

M. de Calvi commence par se justifier, mais faiblement, d'une insinuation de M. Ricord, sur une sorte d'enthousiasme à jet continu : « Diagnostic que je voudrais presque justifier, tant j'estime que c'est là » une belle et noble maladie. Oui, certes, si j'avais à choisir, je préférerais celle-là à cette autre, dans laquelle le sujet prétend tout savoir, » tout juger en premier et en dernier ressort, et ne craint pas de dire » à l'esprit humain comme Dieu à la vague : « Tu n'iras pas plus loin. »

Belle phrase, M. de Calvi, mais de pensée point. L'enthousiasme à jet continu, comme vous dites, ne sera jamais, pour tout esprit sérieux, ce que vous en faites. Maladie, je l'accorde, mais belle et noble, non certes. C'est tout bonnement de l'extase, de l'illuminisme, du fanatisme, de la folie; et tout cela n'a rien de beau ni de noble. L'autre chose dont vous parlez n'est pas une maladie, c'est une infirmité d'esprit qui a nom sottise, et je vous embarrasserais fort à coup sûr en vous demandant : à qui donc de l'Académie adressez-vous cela?

On ne voit que trop à qui s'adresse M. de Calvi dans son second alinéa, et je doute que l'Académie lui sache gré d'avoir ainsi parlé d'un de ses membres, d'une de nos gloires scientifiques les plus éclatantes, d'un libre penseur par excellence, de cet investigateur curieux, patient et sage, qui a le plus contribué précisément à substituer l'autorité des faits et de l'expérience à la tyrannie des opinions reçues et des dogmes acceptés. M. de Calvi n'a été ni vrai ni juste à son égard. Il n'a pas été vrai en disant que ce savant célèbre « ouvrait l'artère carotide chez un » cholérique. » M. de Calvi est, heureusement pour lui, trop jeune pour se souvenir avec exactitude de l'événement scientifique auquel il fait allusion. Voici ce que peut lui assurer avec certitude un contemporain de ce fait.

C'était en 1832, dans ces lamentables journées d'avril où le fléau asiatique, enveloppant Paris d'un voile funèbre, immolait par jour des milliers de victimes. Les efforts de notre art restaient impuissans devant la fureur de l'épidémie. Tout à coup une voix puissante se fait entendre ; elle sortait du Val-de-Grâce, et disait à la science éplorée, à l'art éperdu, au peuple consterné : rassurez-vous! le fléau est vaincu! Le choléra n'est qu'une inflammation gastro-intestinale ; tirez du sang! tirez du sang! Je guéris ainsi au Val-de-Grâce. — Nous nous souvenons tous de l'immense effet que produisit ce petit écrit de Broussais. Reproduit dans

Les partisans de la première opinion, celle qui veut qu'on laisse à la nature le soin de terminer l'accouchement, sont assez peu nombreux; cependant, M. le docteur Marcel, que nous venons de citer, s'appuyant sur un cas de guérison, après un accouchement spontané, paraît disposé à conseiller l'expectation.

Ce conseil est parfaitement sage, lorsque l'éclampsie est survenue durant le travail, et que le col utérin est mou et dilatable, car on sait que, dans ce cas, l'accouchement se fait d'ordinaire tout seul; mais la même conduite devrait-elle être suivie, alors que l'éclampsie, existant depuis plus ou moins longtemps d'une manière assez grave pour donner des craintes sérieuses et prochaines pour la vie de la mère, la dilatation du col utérin ne s'effectuerait pas, et aurait résisté aux moyens employés pour la provoquer? Telle est la question que je me propose de discuter; mais avant de commencer, je dois rapporter avec tous ses détails le fait qui m'a suggéré ces réflexions; je crois qu'on ne le lira pas sans intérêt.

Eclampsie au huitième mois de la grossesse; — rigidité de l'orifice interne du col utérin; — débridemens multiples du col; — version podalique; — mort du fœtus et de la mère en vingt-quatre heures.

La dame A... S..., âgée de 39 ans, d'un tempérament sanguin et pléthorique, de taille ordinaire, mais très obèse, ayant eu quatre enfans qui sont vivans, et qui sont venus au monde naturellement, ayant eu de plus une fausse-couche de trois mois, sujette aux douleurs rhumatismales, a été saignée par moi dans la première partie de l'année 1851, pour une affection rhumatismale grave de l'articulation coxo-fémorale gauche. Plusieurs médecins lui avaient déjà donné leurs soins inutilement; je lui fis prendre la teinture d'iode à l'intérieur, j'appliquai successivement quinze cautères potentiels sur la partie malade, je l'envoyai aux eaux de Balaruc, puis aux bains de mer, et j'eus le bonheur de la voir tout à fait guérie au bout de six mois de traitement.

Cette femme devint enceinte vers le mois de septembre 1851, et les premiers mois de sa grossesse se passèrent parfaitement; elle vint me voir seulement dans le courant du mois d'avril. Elle était alors très bien portante, n'éprouvant aucune douleur dans la partie précédemment malade; ses digestions se faisaient bien; le ventre était volumineux et les mouvemens du fœtus se faisaient souvent sentir; elle se plaignait seulement d'avoir les jambes enflées, principalement le soir, et d'éprouver de la fatigue avec un peu de céphalalgie. Elle venait me demander de la saigner, parce que, dans ses précédentes grossesses, elle s'était toujours fait tirer une certaine quantité de sang; elle regrettait de ne pas l'avoir fait cette fois. Je remarquai chez la malade une vague inquiétude sur les suites que pourrait avoir son accouchement, et elle me rappela que je lui avais conseillé l'année précédente de ne pas faire d'autres enfans à cause de la récente guérison de sa maladie.

La face était médiocrement colorée, le pouls était naturel, le fœtus paraissait bien portant; rien ne me parut nécessiter une saignée, j'ordonnai des lavemens émolliens, une tisane rafraîchissante, et je rassurai la malade en lui faisant voir que ses appréhensions n'étaient pas fondées.

Le 26 avril, plutôt dans le but de la tranquilliser, que par une véritable nécessité, j'essayai de pratiquer une saignée; mais cette femme était tellement grasse, que je ne pus sentir aucune veine au pli du bras; je piquai alors une veine du dos de la main, qui ne donna que quelques onces de sang; la malade ne voulut pas consentir à une nouvelle piqûre, et les choses en restèrent là.

Le 3 mai au matin, on vint me chercher pour cette femme qui, depuis trois heures, éprouvait de vives douleurs à la région épigastrique. Cette douleur était survenue sans cause connue, elle était exaspérée par la pression, et la malade était obligée de rester couchée; il y avait eu le matin deux vomissemens; la langue était naturelle, pas de soif, *pas de fièvre*; de temps en temps quelques coliques, ventre mou; les mouvemens de l'enfant se font sentir comme d'habitude. (Diète absolue, infusion de tilleul légère, cataplasme sur l'épigastre avec 15 gouttes de laudanum; une pilule de 3 centig. d'extrait gommeux d'opium.)

Dans l'après-midi, je revis la malade, elle disait se trouver beaucoup mieux; l'épigastre était moins douloureux; il y avait eu un peu de sommeil; plus de douleurs au ventre; une selle naturelle; urines faciles; point de fièvre. Pour m'assurer que l'accouchement n'était pas imminent, je pratiquai le toucher: le col de l'utérus n'avait que la dilatation qu'il a au terme de huit mois, son corps était mou, et rien ne pouvait faire supposer que l'accouchement dût se faire avant le terme ordinaire.

Je quittai la malade parfaitement tranquillisé sur son état; au moment où j'allais sortir, elle me dit qu'elle avait un peu de mal à la tête; je l'attribuai à l'opium qu'elle avait pris, et n'y attachai aucune importance. Dans la soirée (je n'ai connu ces détails que plus tard), elle éprouva une céphalalgie violente avec exacerbation de la douleur épigastrique. A minuit se déclara un premier accès d'éclampsie, bientôt suivi d'un second et d'un troisième, dans l'intervalle desquels elle recouvra sa connaissance. Dans un des accès, la malade, mal surveillée, se laissa tomber de son lit.

Le 4, à six heures et demie du matin, on vint me chercher; la malade était restée toute la nuit sans autres secours que ceux que lui donnait son mari. A l'instant où j'entrais dans la chambre, un quatrième accès venait de se déclarer; les bras étaient agités violemment et par un mouvement d'ensemble; le tronc et les membres convulsivement raidis, la face vultueuse, les yeux convulsés en haut, les pupilles dilatées, la langue tuméfiée et violacée sortait de la bouche d'où s'écoulait une écume sanguinolente. Je me hâtai d'introduire entre les arcades dentaires le premier objet que je trouvai sous ma main (une clef), afin d'empêcher la langue d'être coupée. Peau naturelle, pouls fréquent et dur, mais sans plénitude, perte absolue de connaissance. Aussitôt que les convulsions eurent cessé, je m'empressai de pratiquer une saignée; dans l'impossibilité où je me trouvais de la faire au pli du bras, j'ouvris largement une des veines dorsales du carpe gauche et je parvins avec les plus grandes difficultés à extraire environ 500 grammes de sang. Les accidens se calmèrent sans que la malade recouvrît sa connaissance; la respiration était embarrassée, comme apoplectique, la face était rouge, et les bras étaient agités de mouvemens désordonnés et presque continuels.

Je profitai d'un moment de calme pour m'assurer de l'état de l'utérus; la matrice avait pris une forme globuleuse et présentait une certaine dureté; le col était entr'ouvert, et on pouvait introduire dans sa cavité l'extrémité de l'index; il n'y avait point d'amincissement du col, dont le doigt touchait, quoique avec peine, l'orifice interne au-delà duquel on sentait, à travers les membranes une surface dure et convexe ressemblant à la tête du fœtus.

A sept heures, un nouvel accès d'éclampsie, plus violent et plus long que les précédens, survint au milieu d'un coma profond; face hideuse, écume sanguinolente, respiration s'embarrassant de plus en plus. Quelques faibles contractions utérines commencent à avoir lieu; elles sont indiquées par quelques gémissemens que pousse la malade; le col s'est un peu dilaté; le toucher fait reconnaître une présentation de la tête qui peut être facilement soulevée avec le doigt. (Compresses d'eau vinaigrée sur le front, aspersions d'eau froide sur la face, un coin en bois tient les mâchoires écartées.)

Huit heures. Etat général non modifié; les contractions utérines paraissent prendre plus de force, mais la dilatation du col est lente à se faire. Je prescris une potion antispasmodique, avec l'éther sulfurique et la teinture de valériane, et de plus 4 gram. d'ergot de seigle. La déglutition est très difficile; la langue, tuméfiée, remplit presque toute la bouche, de sorte que la plus grande partie de la potion, comme de l'ergot de seigle, se répand au dehors.

Neuf heures. Un septième et un huitième accès ont eu lieu, l'état général devient de plus en plus inquiétant; l'utérus paraît se contracter d'une manière un peu plus énergique; le col s'est davantage dilaté, mais en introduisant le doigt dans sa cavité, on sent que son orifice interne est dur et comme tranchant; il résiste avec force à la dilatation que les doigts tendent à opérer. Je me décide à rompre la poche des eaux qui était, du reste, peu distendue, il ne s'en écoule qu'une petite quantité de liquide. Le travail ne se trouve en rien accéléré par cette manœuvre; la respiration est stertoreuse, la malade avale avec la plus grande difficulté, le pouls est fréquent et irrégulier.

A neuf heures et demie, je fis prier M. le docteur Bertrand aîné de venir m'aider de ses conseils. Cet honorable praticien, toujours prêt à rendre service et à communiquer à ses jeunes confrères le fruit de son expérience, s'empresse de venir me joindre. Après qu'il eut touché la malade et reconnu comme moi que la rigidité de l'orifice interne du col était la cause qui empêchait le travail d'avancer, M. Bertrand me conseilla d'appliquer de l'extrait de belladone et d'administrer de l'ergotine aussitôt que la dilatation du col serait suffisante.

Dix heures. De nouvelles convulsions encore plus fortes que les précédentes ayant eu lieu, je pratique une nouvelle saignée de 400 grammes environ. L'extrait de belladone a été plusieurs fois porté sur le museau de tanche et dans l'intérieur du col utérin, qui s'est aminci et a acquis une dilatation semblable à la largeur d'une pièce de 5 francs. Malgré cet amincissement, le col forme comme une corde dure et résistante; c'est en vain que j'essaie de produire avec la main une dilatation forcée, le col m'offre une résistance invincible. Les douleurs, loin d'augmenter de force et de fréquence, vont au contraire en s'affaiblissant. J'essaie d'administrer 2 grammes d'ergotine; la petite quantité de ce médicament qui est ingérée reste absolument sans action.

Onze heures. Mêmes symptômes, nouvelles convulsions.

Midi. L'état de la malade devenait à chaque instant plus mauvais, les contractions utérines avaient cessé complètement, la dilatation du col ne s'effectuait pas. Je provoquai à plusieurs reprises la sortie d'une certaine quantité d'eau de l'amnios, en soulevant la tête du fœtus avec le doigt, mais rien ne fit. Craignant de voir succomber la malade, et pensant que le débridement du col utérin était de rigueur, j'essayai de pratiquer des incisions avec un bistouri boutonné droit introduit dans le conduit vulvo-utérin au moyen de l'index et du médius de la main droite; mais je reconnus bien vite l'impossibilité de faire ainsi un débridement étendu; la muqueuse vaginale se présentait sous le tranchant du bistouri, tandis que l'anneau utérin n'étant pas soutenu, fuyait devant l'instrument.

M. le docteur Bertrand, que j'avais de nouveau envoyé chercher, arriva sur ces entrefaites (midi et demi), il fut effrayé de l'état dans lequel se trouvait la malade; l'indication était bien claire, et il fut décidé que nous aurions recours à la version podalique comme le seul moyen de sauver l'enfant dans le cas où il vivrait encore, et de conserver les jours de sa mère. Vainement j'avais, à plusieurs reprises, essayé de connaître, par l'auscultation, si le fœtus vivait encore, il m'avait été impossible de rien entendre. Quant à la position de la tête par rapport aux parties maternelles, je n'ai pu non plus la déterminer exactement; cependant elle m'a paru être occipito-cotyloïdienne droite.

La malade étant placée sur le bord de son lit, les cuisses écartées et soutenues par des aides, et la tête reposant sur les genoux d'une personne accroupie sur le lit et qui la soutenait par derrière; M. Bertrand voulut bien se charger de faire l'opération.

Les parties génitales externes étaient larges et la main y pénétra sans difficulté; mais il n'en fut pas de même du col utérin qui était toujours rigide et aussi peu dilaté. Pendant que mes deux mains soutenaient le fond de l'organe, l'opérateur essaya de dilater forcément le col pour le franchir, mais après des tentatives prolongées et plusieurs fois réitérées, il en reconnut l'impossibilité. La nécessité de débrider le col devint évidente; M. Bertrand voulut alors faire des incisions avec le même instrument que j'avais employé (c'était le seul que nous eussions sous la main) et par le même procédé, mais il ne fut pas plus heureux que moi. Voici le procédé auquel il eut recours: l'index et le médius de la main gauche ayant été introduits dans le vagin, puis dans l'utérus, je fis pénétrer de la même manière les mêmes doigts de ma main gauche; il nous fut alors facile, par des tractions exercées en sens opposés, de dilater l'ouverture vaginale en même temps que l'orifice utérin se trouvait tendu transversalement, de manière à présenter deux cordes, l'une antérieure, l'autre postérieure. M. Bertrand put alors diriger sans difficulté avec l'index de sa main droite l'instrument tranchant, avec lequel il fit une

---

tous les journaux du temps, colporté et crié dans les rues de la capitale, le public l'avait avidement accepté comme une espérance, et Broussais, pendant quelques jours, jours bien tristes, exerça une véritable pression sur l'opinion et sur la pratique médicales.

Le savant dont parle M. de Calvi était alors médecin de l'Hôtel-Dieu. Il n'accepta pas l'assurance de Broussais. Avec tous les observateurs, il avait vu que dans le choléra indien, le sang était refoulé de la périphérie au centre, que le réseau veineux était seul engorgé d'un sang coagulé, transformé en gelée, et que rien n'était plus difficile que de tirer du sang aux cholériques. Mais il fallait ruiner par leur base les opinions du Val-de-Grâce; il fallait énergiquement et promptement réagir contre une pratique qui se généralisait, et qui détournait les esprits de recherches qui pouvaient être plus utiles.

C'était le moment, je l'ai dit, où l'épidémie exerçait toutes ses fureurs. Trois, et jusqu'à quatre cents cholériques par jour étaient portés à l'Hôtel-Dieu, la plupart à l'état de cadavres, sans pouls, sans voix, cyanosés, agonisans. Tirez du sang, criait Broussais! — Mais où est-il ce sang, répondait le savant critiqué par M. de Calvi? Et sur un infortuné cholérique qui râlait l'agonie, il met à nu, non pas l'artère carotide, M. de Calvi a été très inexactement renseigné, mais l'artère axillaire, il l'ouvre..... l'artère était vide: pas une goutte de sang ne s'échappa.

Cette tentative qui, dans les circonstances où elle fut faite, n'avait rien de hardi, d'imprudent ou de compromettant, fut cependant décisive pour apprécier la doctrine et la pratique du Val-de-Grâce, dont quelque temps après la *Gazette médicale* — ce fut un beau temps pour ce journal — eut à régler les comptes mortuaires et les résultats chiffrés.

M. de Calvi n'a pas été plus juste que vrai en ajoutant: « C'est ce » même académicien, soit dit en passant, etc., toujours prêt à repousser » tout ce qui ne vient pas de son initiative, etc. » M. de Calvi n'eût pas écrit tout cela, pour si peu qu'il se fût souvenu que c'est le savant dont il parle, qui a produit, poussé, encouragé et chaudement patroné le jeune, ingénieux et savant physiologiste, à qui la science est redevable des belles découvertes des fonctions du pancréas et du foie, pour ne citer que les plus éminens travaux des travaux nombreux de M. Cl. Bernard.

Il est vrai que dans cette école, qui n'a pas les sympathies de M. de Calvi, on a peu, fort peu d'enthousiasme, et que l'on est incapable d'écrire des passages d'un lyrisme aussi pindarique: « Qui peut s'arroger le droit de fixer les limites du possible? Combien de démentis, » glorieux et honteux à la fois, l'esprit humain a-t-il reçus pour avoir » crié à l'impossible! L'impossible! pour Louis XIV, c'était le voyage » de Paris à Versailles en une demi-heure; pour Napoléon, c'était la » navigation à la vapeur et le sucre de betterave; pour nous-mêmes, » hier, c'était la transmission de la pensée de Paris à Londres, dans » l'espace de quelques secondes, par un éclair sous-marin. Ce n'est pas » en vain que l'homme a été condamné à produire dans l'extrême fatigue et dans les angoisses, soit qu'il féconde la terre inculte, soit qu'il » plonge dans les profondeurs de l'inconnu pour en tirer une vérité. » L'impossible est le fouet sanglant dont on se sert pour frapper au » visage quiconque apparaît avec un fait nouveau. »

Mon Dieu! tout cela est fort bien dit, mais qu'est-ce que cela prouve en faveur de la syphilisation? Il s'agit moins de savoir si la syphilisation est ou non possible, mais si elle est, et si elle est, quelle est sa raison d'être. Voilà, pour mon compte, le cercle dans lequel j'aurais voulu enserrer cette question que l'on fait trop grande, trop grave, et au moyen de laquelle on passionne de jeunes esprits susceptibles et inflammables. Ni M. de Calvi, ni M. de Turenne, ni qui que ce soit, n'a prouvé que la syphilisation fût un fait. Ce n'est pas à nous de prouver qu'elle n'est pas, c'est à vous de prouver qu'elle existe. Par quels moyens? Nous n'avons ni à vous les indiquer, ni à vous aider dans leur leur recherche. Dans un cas semblable, et par cela seul que l'expérimentation est délicate et périlleuse, cette expérimentation doit être faite à vos risques et périls, et sur vous-mêmes, au besoin, si vous êtes convaincus. Qu'est-ce à dire? Vous voudriez rendre les corps savans, l'administration, les praticiens et la presse complices de vos actes que vous ne produisez pas, de vos idées qui répugnent, de vos théories qui chevauchent déjà dans les contradictions; et parce que nous ne voulons ni vous encourager, ni vous patroner, ni vous venir en aide, dans cette besogne si confuse qu'elle reconnaît déjà plusieurs écoles, nous sommes des esprits rétrogrades, nous comprimons le progrès, nous étouffons la vérité! Misères que tout cela, et que les *enthousiastes* de toutes les époques ont impuissamment jetées à la face de la statue de la science, calme et impassible. Tout le bruit qui se fait autour de la syphilisation, ne prouve rien, il rappelle au contraire que la véritable idée scientifique est humble, modeste, patiente, fuyant le fracas et la mise en scène, et qu'elle ne se produit qu'avec des preuves et des faits entraînant à l'instant l'assentiment commun.

Ce *critérium* en vaut un autre; et si j'avais du temps et de l'espace, je l'appuierais sur les plus mémorables exemples de l'histoire des sciences et sur les noms les plus éclatans du firmament scientifique, Papin, Pascal, Newton, Galilée et tant d'autres.

J'ai regret, je l'avoue, de voir un esprit aussi distingué que M. de Calvi recourir à ces banales et mensongères accusations, ineptes calomnies contre l'esprit humain qui, au lieu d'être poussé vers les croyances, a besoin au contraire d'être retenu dans cette tendance naturelle à tout croire, à tout admettre. Les philosophes n'ont-ils pas même compté cette tendance parmi les élémens de bonheur pour l'homme!

Le bonheur!... Ce mot me rappelle des vers charmans que M. Marchal ne sera peut-être pas fâché de relire lui-même:

Tu demandes, poète, à la science humaine
Si le bonheur se trouve en son étroit domaine.
Elle te dit que non. Te tournant vers la foi,
Tu lui dis: le bonheur est-il auprès de toi?
Non. Tourné vers l'amour, soleil des jeunes âmes,
Tu lui dis: le bonheur est-il donc dans tes flammes?
Il te répond que non. — Poète, ton erreur
Est de chercher ainsi, dans un point, le bonheur.
Vois-tu se déployer ce rayon de lumière?
Il est décomposé par un prisme de verre
Et t'offre sept rayons. A lui seul aucun d'eux
Ne saurait remplacer le rayon lumineux;
Mais, unis l'un à l'autre en un faisceau splendide,
Ils forment le rayon qui t'éclaire et te guide.
Le bonheur est ainsi; tu dois le concevoir;
Il faut, pour le goûter, croire, aimer et savoir.

De qui sont ces vers inédits? J'ai quelque idée que M. de Calvi répondrait mieux que moi-même à ce point d'interrogation.

Amédée Latour.

profonde incision à droite de la lèvre antérieure du col utérin. Un craquement prononcé se fit entendre, et il nous fut facile de reconnaître que le col avait cédé.

Cette première incision n'ayant pu permettre à la main de pénétrer dans l'utérus, une seconde incision fut pratiquée par le même procédé sur la partie médiane et antérieure du col, et sans plus de difficultés. Malgré ces deux incisions, de grands efforts furent encore nécessaires pour que la main gauche de l'accoucheur pénétrât dans l'utérus. La tête du fœtus ayant été repoussée avec facilité, M. Bertrand put, sans trop de peine, à cause de la grande quantité de liquide qui distendait encore la matrice, aller saisir le pied droit de l'enfant et l'amener à la vulve. De fortes tractions, exercées sur ce membre, l'amenèrent au-dehors, en même temps qu'une anse du cordon ombilical, lequel ne présentait pas de pulsations; la cuisse gauche fut ensuite dégagée avec une certaine peine. Le bassin et la poitrine furent amenés au-dehors, après quoi on dégagea les deux bras; mais la tête était fortement retenue par le col utérin. Des tractions énergiques, exercées sur le tronc du fœtus, et dirigées de bas en haut, ne purent faire avancer la tête; ce fut également en vain que l'accoucheur essaya de la dégager par des tractions exercées sur la mâchoire inférieure; tout fut inutile. Il devint de nouveau indispensable de recourir à l'instrument tranchant; mais comme les tractions exercées sur le fœtus avaient amené le col utérin presqu'à l'orifice de la vulve, il fut facile d'introduire le bistouri entre la tête et le col utérin pour débrider de nouveau celui-ci; une large incision fut pratiquée ainsi, et quelques tractions suffirent pour amener la tête au dehors. Les enveloppes fœtales furent extraites sans difficulté, presque aussitôt après la sortie de l'enfant.

Le fœtus, du sexe féminin, paraissait avoir atteint la fin du huitième mois; il était mort depuis quelques heures seulement; son volume était petit; sa longueur totale était de 44 centimètres, et il en accusait 21 seulement des pieds à l'ombilic; le plus grand diamètre de la tête était de 9 centimètres. Les ongles étaient incomplètement développés; le sang était coagulé dans l'épaisseur du cordon ombilical.

Pendant tout le temps de l'opération, l'accouchée avait poussé de faibles gémissemens, mais sans exécuter aucun mouvement; le pouls s'était maintenu fréquent et irrégulier; la respiration était stertoreuse; l'infiltration qui, depuis le matin, avait gagné la face, le cou et les bras, lui donnait un aspect effrayant. Les incisions du col de l'utérus n'amenèrent qu'un faible écoulement du sang, et, après l'accouchement, il n'y eut aucune hémorrhagie. L'accouchée ayant été remise dans son lit, la respiration parut un peu moins embarrassée; le pouls était toujours irrégulier et petit, mais la situation ne paraissait pas empirée. (Sinapismes sur les extrémités inférieures, compresses froides sur la tête.)

Deux heures. Aucun amendement dans les symptômes; coma profond; les sinapismes ne paraissent pas être sentis; on les change souvent de place. (Infusion de tilleul par cuillerées.)

Quatre heures. Même état; l'utérus est parfaitement revenu sur lui-même; il a une forme globuleuse; il n'y a pas eu de perte; la face est est toujours congestionnée et la respiration difficile; insensibilité complète. J'applique douze sangsues derrière les apophyses mastoïdes, qui produisent un écoulement de sang assez abondant, mais sans amendement dans les symptômes.

A neuf heures, râle de l'agonie; la mort survient à minuit sans qu'il y ait eu de nouvelles convulsions.

L'autopsie n'a pu être faite.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 10 Août 1852.— Présidence de M. MÉLIER.

DISCOURS DE M. BÉGIN.

Messieurs, mon but, en ce moment, est de résumer la partie de la discussion qui vient d'avoir lieu devant vous, de vous rappeler et de soumettre à votre impartiale appréciation les principaux faits, et les argumens fondamentaux invoqués par les partisans et par les adversaires de la syphilisation. Je serai obligé quelquefois de sortir du cercle de ce que vous avez entendu, et de me servir de documens publiés dans divers journaux, d'abord parce que ces excursions seront nécessaires, et par cette autre raison que le reproche de nous en être abstenu dans la rédaction du rapport, nous a été adressé. Je réclame toute votre attention; je m'efforcerai d'être court.

La question de la syphilisation présente au monde médical un phénomène inattendu, presque inexplicable. Cette doctrine étrange n'est franchement acceptée par personne; une réprobation générale la poursuit, du moins dans ses excès patens; et cependant quelques esprits incertains, timorés ou prévenus la galvanisent, lui donnent de l'importance, et nous obligent à la discuter sérieusement.

Jusqu'à l'instant où le rapport de votre commission a été lu dans cette enceinte, la prétention hautement proclamée de MM. les syphilisateurs était que la syphilisation a pour objet, pour effets certains, contre les affections syphilitiques, de préserver et de guérir; qu'elle peut et doit être employée à titre de prophylaxie sur les individus sains, comme à titre de curation sur les sujets malades; enfin que, chez ceux-ci, elle a le double avantage de les délivrer des accidens dont ils sont actuellement atteints, de créer en eux une immunité qui les mettra désormais à l'abri de tout accident futur.

Sans cette prétention à la prophylaxie, élevée et soutenue par l'inventeur de la doctrine, et qui a motivé les inoculations dont nous connaissons les effets, la syphilisation n'a plus ni retentissement, ni presque plus de raison d'être. Ce n'est plus « une brillante découverte qui doit produire une révolution dans le monde scientifique, et être féconde en bienfaits pour l'humanité (1). Ce n'est plus une des plus grandes conquêtes pour l'espèce humaine (2). » Elle se réduit aux humbles proportions d'une méthode curative, se distinguant des méthodes généralement employées, par plus ou moins d'avantages ou d'inconvéniens, pour le présent ou l'avenir du malade.

Les deux honorables membres de cette Académie, qui, tout en accordant leur assentiment aux bases du rapport de votre commission, se sont constitués les avocats de l'inoculation syphilitique, ont abandonné, ou plutôt repoussé de toutes leurs forces la syphilisation préventive. M. Malgaigne a été plus loin. Il nous a affirmé que l'inventeur lui-même la répudie formellement aujourd'hui, et déclare que sa plume a été plus loin que sa pensée. On trouve dans un des organes les plus justement accrédités de la presse médicale, que ce même inventeur de la syphilisation aurait autre fois déclaré qu'il n'entendait soumettre à sa méthode que les individus *très exposés* à la syphilis, et *surtout ceux qui en sont atteints à des degrés divers*; et qu'il a fait savoir, en outre, qu'il est disposé à abandonner à peu près toute la prophylaxie (1).

Que signifient de semblables déclarations? La vérité scientifique comporte-t-elle, à la manière des contestations pour la possession d'un mur mitoyen, cet abandon de prétentions mises d'abord en avant? De deux choses l'une, ou vous persistez dans cette conviction que la syphilisation est un moyen prophylactique utile, et qu'il serait à désirer qu'on l'appliquât généralement, et presque obligatoirement contre la syphilis, comme on le fait de la vaccine contre la variole; ou vous avez abandonné cette opinion. Dans le premier cas, il ne vous est ni permis, ni possible de transiger; dans le second, vous devez à vous-même et à la science que vous agitiez, la publication nette et loyale des motifs qui vous ont porté à changer d'avis. Lorsqu'on soulève des questions aussi graves, ce n'est pas par insinuation et par la voie des tiers qu'on exprime sa pensée: on le fait soi-même, avec tous les développemens et toute la franchise qu'elles comportent.

Il est à remarquer, d'ailleurs, que certains partisans de la syphilisation, voulussent-ils abandonner la prophylaxie syphilitique, ils ne le pourraient pas; la logique les y ramènerait invinciblement. Si, en effet, le traitement des accidens vénériens par l'inoculation syphilitique a pour conséquence l'immunité contre de nouvelles atteintes du mal, il s'ensuivra toujours que ces mêmes inoculations, pratiquées à des sujets sains, devront créer chez eux une immunité semblable; et comme la doctrine soutient que ces inoculations n'ont que des avantages pour les malades, on ne voit pas la raison qui pourrait la retenir dans leur emploi pour prévenir la maladie.

La question reste donc tout entière, et sous peine de n'en jamais finir avec elle, il faut se garder de négliger aucune de ses parties.

Quelques mots seulement avant d'entrer dans la discussion, sur les observations dirigées contre le rapport.

Je ne m'arrêterai pas à quelques objections de formes sur la manière dont la commission a compris sa tâche et l'a remplie. Je n'ai jamais compris, dans cette enceinte, ces sortes de fins de non recevoir. Lorsqu'il s'agit de science, d'humanité, de santé publique, qu'importent la forme, la voie, l'occasion? En communiquant à l'Académie les réflexions que lui avait suggérées l'examen du fait déplorable de M. L..., votre commission est restée dans les limites les plus étroites du devoir imposé à toute réunion, à toute personne chargée de rendre compte d'un acte quelconque. Elle ne pouvait faire moins sans s'exposer à un blâme mérité.

Je glisserai légèrement encore sur le reproche de n'avoir pas tenu compte des documens nombreux publiés depuis quelques temps sur la syphilisation. Ce recours aux publications antérieures était inutile pour le but que je voulais atteindre, et qui n'était pas de prouver que l'inoculation syphilitique est toujours suivie d'accidens, mais bien de démontrer que les lésions les plus graves peuvent en être la conséquence. Les documens qu'on a si complaisamment énumérés, que je connaissais en grande partie, et dont je parlerai plus loin, étaient muets sur ce point capital; tandis que les faits dont la commission disposait suffisaient pour l'établir et au-delà. Mais ces faits pouvaient être contredits, expliqués diversement; et c'est l'attente de ces éclaircissemens qui a d'abord entraîné le retard du rapport, comme c'est leur non production, après un temps assez long, qui a décidé sa présentation, en indiquant qu'aucune raison contradictoire valable ne lui serait opposée.

La réprobation formelle et absolue de la pratique de la syphilisation, exprimée dans le rapport, a été présentée par nos deux adversaires comme engageant l'Académie, et blâmée à ce titre. Ils ont oublié en cela que le rapport n'est qu'un compte-rendu suivi de réflexions; que ces réflexions n'exprimaient que le sentiment particulier de la commission, et que l'Académie pouvait fort bien, après les avoir entendues, passer à l'ordre du jour, comme elle l'aurait fait indubitablement si elles eussent été émises séance tenante, lors de la présentation de M. L...

J'ai hâte de sortir de ces préliminaires, parfaitement étrangers au fond de la discussion.

Il est des personnes pour qui les questions ne sont jamais résolues, et qui ont, à l'infini, besoin de supplémens d'instruction. Il est à espérer, nous dit à ce sujet le plus jeune de nos honorables adversaires, que vous ne vous laisserez pas entraîner. Votre propre dignité exige que vous ne précipitiez pas votre jugement, qui, d'ailleurs, n'étant pas sans appel, pourrait être cassé par l'expérience. S'il y a quelque chose dans la syphilisation qu'on vous propose de repousser, nous regretterions d'en avoir entravé la marche; si c'est une chimère, la science et l'humanité ne perdront rien à ce qu'on le démontre par une expérimentation sage et prudente.

L'orateur aurait bien dû ajouter à son conseil la formule des règles d'une expérimentation syphilisatrice, assez sage et assez prudente pour mettre les personnes qu'on y soumettra à l'abri des dangers qu'elle entraîne. Est-ce donc chose indifférente que de laisser marcher une pratique dont le principe consiste à introduire dans l'organisme le poison le plus persistant, celui qui, entre tous, a le funeste privilége d'étendre ses ravages de la personne infectée à celle qui partage sa couche, à ses enfans et souvent aux femmes qui les nourrissent ou leur donnent des soins. La science et l'humanité n'auront rien à perdre, dites-vous. La science peut-être, elle y gagnera même de connaître un abus de plus qu'on peut faire de son autorité; mais l'humanité! les victimes que vous pouvez faire, en sont-elles donc exclues?

Laissez le champ libre, dit notre savant et judicieux collègue, M. Velpeau. Je regrette, ajoute-t-il, que l'Académie ait décidé de s'occuper de la question; il eût été plus sage de s'abstenir; l'idée de la syphilisation doit faire son temps; rien ne peut l'arrêter, et elle aura d'autant plus de retentissement et fera d'autant plus de progrès, que vous lui opposerez plus d'obstacles.

Tel ne saurait être le sentiment de l'Académie nationale de médecine. Lorsque des pratiques compromettantes pour la santé publique se produisent avec éclat, couvertes du manteau de la science, et menacent notoirement la vie des citoyens, il est de son devoir de s'en occuper. Elle n'a pas à porter des arrêts, à imposer des défenses, comme le firent autrefois les parlemens, à l'occasion de l'antimoine et de l'émétique; mais elle a mission et obligation de signaler le péril, d'éclairer les esprits, de prévenir, s'il est possible, par la confiance qu'inspirent ses avis, les progrès du mal.

Loin d'être arbitrairement abandonnée à toutes les conceptions qui peuvent surgir dans l'esprit du médecin, l'expérimentation sur les personnes saines ou malades est moralement soumise à des règles positives, qui obligent la conscience de chacun. C'est d'après ces règles, et en les invoquant successivement, que nous apprécierons avec sûreté la valeur de la syphilisation.

Pour être autorisé à introduire dans le domaine médical, à titre de prophylaxie, ou à titre de traitement, contre une maladie contagieuse très répandue, un agent nouveau, les conditions suivantes doivent être remplies:

1° Relativement à l'agent proposé: qu'il réunisse en sa forme le raisonnement direct, ou du moins de manifestes analogies; des observations sur l'homme ou des expériences sur les animaux, nombreuses et authentiques; enfin la certitude qu'il est, par lui-même et de sa nature, incapable de nuire.

2° Sous le rapport de la maladie, que celle-ci ne puisse être prévenue ou guérie par aucun moyen plus simple, plus facile à employer, et plus efficace que lui.

La syphilisation remplit-elle ces conditions?

I. *Raisonnement direct, analogies.* — Prétendre que le meilleur moyen de détruire les effets de l'introduction d'un virus, et de le préserver contre ses atteintes futures, consiste à l'infiltrer dans l'organisme jusqu'à saturation ou impossibilité d'en recevoir davantage, est une assertion qu'aucun raisonnement, aucune explication ne pouvaient faire directement admettre.

Les syphilisateurs, éludant la difficulté, se sont repliés sur les analogies; et, pour justifier leurs inoculations, ont supposé entre certains virus des lois physiologiques et pathologiques que rien ne confirme. Chaque matière virulente affecte, au contraire, dans ses manifestations, des caractères qui lui sont propres. La seule propriété qui soit générale aux virus, est celle de pouvoir être transmis d'un individu à d'autres, à l'aide de l'inoculation, et de reproduire constamment des phénomènes de même nature.

Hors de là, presque tout est dissemblable; ce qui appartient à un virus ne s'applique plus à l'autre. La rage est suraiguë, rapidement mortelle, et ne laisse, après sa fatale action, presque aucune trace cadavérique constante. La variole, également aiguë, a des périodes déterminées qui jalonnent invariablement son cours; et, indépendamment des complications qui peuvent l'accompagner, produit, dans différentes parties, des altérations qui la caractérisent. La vaccine ne diffère de la variole que par sa bénignité et la localisation très circonscrite de ses phénomènes. La morve, d'abord aiguë, peut affecter un état chronique que les virus précédens ne comportent pas; sa marche n'a rien de fixe quant à sa durée, ni même quant à la profondeur et à la multiplicité des lésions matérielles qu'elle provoque.

A laquelle de ces affections virulentes la syphilis peut-elle être assimilée? A aucune absolument. Elle n'est pas mortelle à la manière de la rage; si, dans sa forme secondaire, elle peut, comme on le prétend, n'affecter l'homme qu'une fois dans sa vie, cette unicité d'affection est loin d'être démontrée pour elle au même degré que pour la variole; et, certainement, ses accidens primitifs ou sa forme aiguë sont contractibles à l'infini. En dehors de toute analogie, le virus syphilitique, après avoir produit quelques-uns de ses effets, peut suspendre, à une période ou à l'autre, ses manifestations, puis se réveiller par des symptômes formidables, après des intervalles de plusieurs années, pendant lesquelles les malades ont joui de toutes les prérogatives de la santé.

Si j'aborde le cercle de la transmissibilité aux espèces animales, il n'est, très probablement, pas moins varié pour les différens virus que leurs autres caractères. Ce serait un travail philosophiquement et pratiquement très intéressant et curieux, que celui qui aurait pour objet de déterminer, d'après des observations et des expériences positives pour chaque virus, les espèces animales chez lesquelles il peut se développer spontanément; celles qui sont aptes à le recevoir, et subissent tous ses effets; celles qui peuvent aussi en être affectées, mais dans lesquelles il se borne à des développemens partiels et locaux, en lui conservant ses propriétés d'inoculabilité; celles enfin d'où il ne peut être repris, ou qui lui sont absolument réfractaires.

Ces considérations doivent suffire pour démontrer que les virus constituent des individualités morbides, spéciales, et qu'il est impossible de conclure avec la moindre assurance de ce que l'observation apprend de l'évolution de l'un d'eux, aux lois qui en régissent un quelconque des autres.

L'analogie qu'on a tenté d'établir entre la syphilis et la variole, et qui consisterait en ce que ces deux maladies peuvent être prévenues par l'inoculation de leur virus, est contredite par l'expérience, et suppose démontré ce qui est en litige, à savoir que la prétendue syphilisation crée effectivement une *immunité* syphilitique.

II. *Expériences sur les animaux.* — Notre spirituel confrère, M. Ricord, vous a fait assister à ces inoculations de la syphilis aux singes, aux chats, aux lapins, qui sont les bases contestées et chancelantes de la syphilisation. Il vous a montré l'inventeur de cette doctrine épuisant les ressources d'un esprit fécond autant que subtil, tantôt à établir comme démontré ce qui était douteux, tantôt à faire admettre comme incertain ce qui était positivement négatif, tantôt, enfin, et surtout, à expliquer les échecs et les insuccès des personnes qui répétaient ses expériences.

Bien que ce soit assez difficile, je traiterai sérieusement cette partie du sujet. Le promoteur de la syphilisation achète deux singes venant de Bordeaux; ils sont réfractaires à l'inoculation: il apprend qu'un médecin de cette ville a fait des expériences du même genre sur les animaux, et dès lors il soupçonne que ce pourrait bien être sur les siens, qui se trou-

(1) Zelascht.
(2) Spérino.

(1) *Gaz. méd.*, 1852, p. 473.

trouveraient ainsi en partie syphilisés (1). Était-il donc difficile d'éclaircir ce doute, en prenant des renseignemens exacts? Une demi-douzaine de chats se montrent réfractaires autant que les singes. Deux de ces chats étaient innocens, au dire de l'expérimentateur, et le fait, à leur égard, reste inexpliqué; mais les quatre autres, nés d'une mère vérolée, pouvaient être considérés comme suspects (suspects de quoi! d'avoir la vérole!), car ils sont morts tous les quatre de la vérole héréditaire (2). Mais n'était-ce donc pas une bonne fortune, au contraire, pour la syphilisation, que de rencontrer quatre chats vérolés, qu'elle pouvait guérir et syphiliser tout à la fois? La vérole pouvait-elle être un obstacle à l'inoculation du remède! A quoi servirait alors ce dernier? Des expériences faites sur les chats par d'autres personnes viennent-elles à ne pas réussir, l'explication ne fait pas défaut. Les contre-épreuves, dit-on, faites sur des chats, ne sont rien moins que concluantes. Les expériences sont très délicates à faire sur ces animaux, et il est très facile de se méprendre à l'égard des résultats qu'on obtient. Je ne parle pas, ajoute-t-on, d'un gros chat, vieil habitant sans doute de l'hôpital, qui pouvait être syphilisé (3).

Le *syphilisme* est, comme on sait l'aptitude à la syphilisation (4). On peut dire, par exemple, d'un individu, qu'il a d'autant plus de *syphilisme* qu'il est plus facile à *syphiliser*. Si, dans ses expériences, l'auteur de cette découverte éprouve de grandes difficultés à inoculer un singe, c'est que les pus dont il se servait, et qui s'inoculaient parfaitement à l'homme, n'était pas assez forts pour l'animal; et il ajoute qu'il a expliqué cela en disant que le singe a plus de *syphilisme* que l'homme (5).

Ce malheureux singe, inoculé à la paupière de l'œil droit le 19 août, est mort, pour le dire en passant, le 12 septembre, à la suite d'une inflammation du système lymphatique de la tête et du cou, occasionnée sans doute par la piqûre, par l'action irritante du virus et par des irritations successives (6).

Je ne passerai pas sous silence les expériences de M. Diday (7), qui poursuit avec une si louable, et jusqu'à présent une si infructueuse persévérance, la recherche d'un vaccin syphilitique. M. Diday a inoculé deux chats; des ulcères se sont développés; les animaux ont conservé leur santé, et ont guéri spontanément. M. Diday s'est inoculé lui-même avec le pus provenant d'un de ces chats, et s'est donné un chancre, qui a résisté à une forte cautérisation, est devenu phagédénique, détermina un bubon qu'il fallut ouvrir et constitua une maladie sérieuse, qui ne dura pas moins de quatre-vingt-neuf jours. Pour compléter ses expériences, M. Diday a pu reporter le pus de son chancre à deux lapins, qui eurent aussi des ulcères, et dont un mourut sans cause appréciable.

Ainsi donc, sans trop s'apesantir sur les échecs éprouvés par beaucoup d'expérimentateurs et par l'inventeur de la syphilisation lui-même, il paraît certain que des ulcères de mauvais aspect peuvent être produits sur certains animaux par l'inoculation syphilitique. Mais là se bornent jusqu'à présent, et sans contestation sérieuse, les effets de l'insertion. Aucun phénomène n'indique l'infection de l'organisme, la pénétration du virus dans son intérieur. Si le pus de l'ulcère d'un animal peut être rapporté sur l'homme, et s'il y détermine même des accidens d'irritation très considérables, ainsi que le témoignent les observations de MM. Robert Welz et Diday, rien ne démontre non plus qu'il y développe des accidens syphilitiques généraux. S'il ne s'agissait d'un praticien aussi éclairé que M. Diday, si M. Welz n'avait été vu par plusieurs personnes compétentes, j'ajouterais qu'ils n'ont peut-être été victimes que d'une insertion de matière irritante, comme on en rencontre quelquefois à la suite de quelques piqûres d'amphithéâtre, lesquelles donnent lieu aussi à des ulcérations et à des abcès ganglionnaires de longue durée et très difficiles à guérir.

Quant à ce que, après un certain nombre d'inoculations, de nouvelles ulcérations ne peuvent plus être produites sur les singes ou les chats, l'explication du fait, s'il est constant, peut être difficile; mais elle est certainement étrangère à une pénétration virulente de l'économie, que rien n'atteste, que tous les phénomènes repoussent au contraire. Dans tous les cas, serait-il consciencieusement admissible qu'on s'autorisât d'une indication aussi incertaine, aussi vague, pour infecter l'espèce humaine, en lui appliquant des opérations qui n'infectent jamais les animaux (8)?

§ III. *Observations sur les malades.* — Un médecin des plus distingués par la netteté de son esprit et la franchise de ses opinions, crut remarquer, il y a déjà longtemps, que quelques filles publiques, après avoir été infectées au début de leur triste carrière, semblent acquérir, à l'égard de la syphilis, une telle immunité, qu'elles peuvent ensuite s'exposer impunément à la contracter. Cette observation de M. de Castelnau, restée longtemps sans application, est aujourd'hui une des bases de pratique syphilisante. De son côté, M. Spérino (de Turin) insiste sur ces circonstances que les ulcérations vénériennes primitives, étendues, phagédéniques ou gangréneuses, sont plus rarement que celles qui ont des caractères opposés, suivies de la syphilis constitutionnelle. Il en serait de même pour les ulcérations inguinales et les chancres multiples pratiqués en vue du diagnostic.

Les femmes les plus exposées à la contagion, bien qu'elles entrent plusieurs fois par an au Syphilicôme pour des accidens primitifs, n'auraient pas souvent la syphilis constitutionnelle, tandis que les filles qui viennent de la province avec de petits chancres larges ou indurés n'y échapperaient qu'accidentellement.

Enfin, loin d'être en raison directe de l'étendue et de la durée des ulcérations primitives, la syphilis constitutionnelle serait, au contraire, d'autant plus rare, que ces ulcérations ont été plus fréquentes (9).

(1) *Gaz. méd. de Toulouse*, avril 1852, p. 107.
(2) *Id.*, p. 108.
(3) *Archives médicales*, 4e série, t. XXVI, p. 431.
(4) *Id.* p. 175.
(5) *Gaz. méd. de Toulouse*, avril 1852, p. 111.
(6) *Id.*
(7) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 809.
(8) En admettant, comme le soutiennent quelques expérimentateurs, que les animaux puissent contracter, ce qui serait du reste très rare, des accidens syphilitiques secondaires ou tertiaires graves, et même mortels, à la suite de l'inoculation de la syphilis, je ne pourrais voir dans ce fait qu'une raison de plus pour ne pas pratiquer à l'homme une opération qui produit sur eux de si funestes effets.
(9) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 2e série, 3e partie, juillet 1851, p. 258.

Je dois tout d'abord appeler l'attention sur ce que M. Spérino ne fait porter l'immunité des filles publiques, plusieurs fois contaminées, que sur la syphilis constitutionnelle, et que, suivant lui, elles continuent à se présenter plusieurs fois par an au Syphilicôme pour des accidens primitifs, tandis que M. de Castelnau, et, après lui, les syphilisateurs, étendent l'immunité à ces accidens primitifs eux-mêmes.

Quoi qu'il en soit, pour juger de la valeur des observations précédentes, en ce qui touche à la syphilisation, il importerait de savoir dans quelles proportions se rencontrent les femmes privilégiées contre l'infection syphilitique, et à la suite de quel nombre moyen d'atteintes d'accidens primitifs leur immunité s'est établie. Il ne serait pas moins intéressant de connaître par quels renseignemens exacts l'inaptitude à l'infection a été constatée chez elles. En troisième lieu, il faudrait connaître leur âge, leur tempérament, leur constitution, leur manière de vivre, etc. Sans ces détails, les observations sont vagues, et ne reposent que sur des à peu près très peu dignes de considération.

Tout le monde sait qu'il est des organisations rebelles à l'action de certains virus. La rage elle-même ne se développe pas sur toutes les personnes mordues par le même animal et dans les mêmes circonstances. Ce n'est quelquefois qu'après plusieurs vaccinations infructueuses qu'une dernière produit l'effet désiré. Un assez grand nombre de sujets des deux sexes s'exposent impunément à la contagion syphilitique, ou ne la contractent que très difficilement et s'en débarrassent avec la plus grande facilité. Tous ces individus sont-ils notoirement *rabiéisés, variolisés, syphilisés*, je pourrais dire *morvisés* pour les animaux ou les hommes qui évitent la morve, lorsque, notoirement, ils sont exposés à en être atteints? Cette supposition serait insoutenable.

Si l'immunité dont on argumente était uniquement subordonnée à des infections antérieures, il est manifeste qu'elle serait un fait, non pas exceptionnel, mais général et de notoriété parmi les filles publiques et parmi les hommes qui s'exposent à la contagion. On posséderait des données au moins approximatives sur le nombre des atteintes et la nature des accidens nécessaires pour créer ce privilége. Or, rien de tout cela n'existe dans un monde où les confidences ne manquent pas, et où tout ce qui touche la maladie spéciale à la profession excite un si puissant et constant intérêt.

Au lieu de recourir à une hypothèse qui répugne à l'intelligence, n'est-il pas plus naturel, au contraire, de penser que, si après les premières atteintes, la syphilis ne se renouvelle pas chez certains sujets, bien que les occasions de la contracter ne cessent pas d'exister, cela tient non à une immunité absolue, mais à ce que la constitution du sujet, d'ailleurs réfractaire, ne rencontre pas, pour une cause ou pour une autre, de circonstance favorable à une itérative infection? Par un usage souvent répété, les organes ne sont-ils pas susceptibles d'acquérir plus de fermeté, de s'ouvrir moins facilement à l'absorption? Les sujets eux-mêmes, instruits par une ou plusieurs infortunes, ne prennent-ils pas ensuite, soit avant, soit immédiatement après l'acte qui les expose, certaines précautions qui en préviennent ou en atténuent les dangers?

Ajoutez à ces circonstances les influences si puissantes des conditions générales du régime, des fatigues, des privations, des déréglemens, des excès en tous genres, de l'observation ou de la négligence des règles de l'hygiène, et jusqu'à celles moins ostensibles du climat et des saisons, et vous vous expliquerez bien plus sûrement que par une saturation syphilitique incompréhensible, ou par une syphilisation mystérieuse, les variétés signalées dans le développement et la transmission des accidens syphilitiques (1).

Toutes les suppositions sont nuisibles, en médecine, lorsqu'elles détournent de la saine observation, c'est-à-dire de l'étude des conditions saisissables qui modifient la production des faits; elles sont dangereuses lorsqu'on en tire des conclusions hasardées en faveur de pratiques irrationnelles.

(1) Quelques détails empruntés à Parent-Duchâtelet, qui a examiné, avec la scrupuleuse exactitude qui caractérisait ses travaux, la question que je traite ici, ne seront pas sans intérêt (*De la prostitution dans la ville de Paris.* 2 vol in-8°, 2e édition, 1837).

Sous le rapport de la gravité des maladies vénériennes chez les filles publiques, une amélioration considérable se faisait déjà remarquer en 1836. Les prostituées, dit Parent, ne présentent plus, dans la même proportion que par le passé, ces exostoses, ces destructions du voile du palais, ces vastes caries des os du crâne ou des os du nez, autrefois si fréquens; ces affreuses maladies sont également devenues plus rares chez les hommes; comparés à ce qu'ils étaient autrefois, les accidens syphilitiques actuels sont traités de *bobos* par les anciens chirurgiens.

Le patient investigateur, qui a tant fait pour l'hygiène publique, estimait, d'après le relevé du dispensaire et les documens de la Préfecture de police, que la proportion des femmes publiques malades qui s'élevait, en 1814, à 1 sur 19, était descendue, à travers de nombreuses oscillations, à 1 sur 47 en 1832. Il croyait possible d'obtenir mieux encore.

En ce qui concerne les filles publiques réfractaires à la syphilis, leur existence était pour lui une vérité constatée depuis longtemps. Il regrettait à ce sujet que l'on ne connût ni le nombre de prostituées qui n'ont jamais été infectées, ni à quelle époque de leur entrée dans la carrière elles le sont généralement pour la première fois, ni si une première infection dispose à une autre, ni, enfin, si l'âge, le tempérament ou la constitution peuvent être pour quelque chose dans l'état réfractaire ou d'aptitude pour la contagion observée parmi elles.

D'après les renseignemens que Parent-Duchâtelet recherchait, comme on le sait, avec une activité infatigable, les médecins du dispensaire estimaient alors que la moitié des filles publiques résiste à l'infection. Pour son compte, il allait plus loin, et considérant que les femmes insoumises arrêtées par la police, ne présentent, quoique soustraites aux visites depuis assez longtemps, et livrées à tous les désordres imaginables, qu'une malade sur trois, il se croyait en droit de conclure que l'état réfractaire à la contagion pouvait être porté, peut-être, à deux tiers ou au trois quarts du chiffre total des prostituées.

Par opposition à ces filles privilégiées, Parent-Duchâtelet en signale d'autres qui ne peuvent passer huit jours dans l'exercice de leur triste métier, sans en ressentir la conséquence, et qui passent en quelque sorte leur vie à l'hôpital; mais les malheureuses qui jouissaient de ces désastreux priviléges sont rares. On cite, dit-il, et on conserve le souvenir de celles qui sont entrées à l'hôpital, douze, quinze et vingt fois; dans ce cas, dégoûtées du métier, elles le quittent en se dérobant à l'action de la police. Suivant une note recueillie par M. Pagès, alors interne à l'hospice des Vénériens, sur 250 femmes qui passèrent, en six mois, dans son service, 8 avaient fait le métier de filles publiques pendant six ans et plus, sans rien contracter, et, sans cause connue, pour elles inappréciable, s'étaient enfin trouvées infectées comme les autres.

Tels sont les résultats auxquels était arrivé, il y a vingt ans, un des investigateurs les plus consciencieux de notre époque. Que deviennent d'après eux les prétentions de nos syphilisateurs à une vaccination générale de la population, ou même à une vaccination restreinte aux personnes les plus exposées à la syphilis? C'est une des recherches sérieuses du même genre, et non sur de vaines spéculations, sur des expériences mal interprétées, ou sur des faits tronqués et rares, que je voudrais les voir appuyer leur doctrine et démontrer les avantages de teur pratique.

IV. *Valeur prophylactique.* — Nous entrons ici dans l'examen de la première catégorie de résultats chimiques obtenus sur l'homme par MM. les syphilisateurs.

Les faits qui s'y rapportent, quoique souvent invoqués, sont très peu nombreux, seulement indiqués, non soumis à l'examen public et non vérifiés. Je trouve d'abord que l'inventeur de la méthode a rencontré trois personnes sur lesquelles il a pu continuer des syphilisations accidentelles déjà très avancées. Une autre personne a été traitée du cancer par la syphilis : son troisième chancre artificiel s'est induré et a été suivi de roséole et d'ulcération à la gorge; la syphilisation couronna un traitement mercuriel, et la malade n'a plus de vérole, son cancer est flétri (1). Ajoutons à ces faits l'observation de M. le docteur L...; ajoutons-y encore cette indication qu'un grand nombre d'individus ont été présentés par l'auteur de la syphilisation, dans ses conférences publiques, comme complètement syphilisés et guéris d'accidens syphilitiques secondaires et tertiaires; que l'un d'eux est venu affirmer à l'Institut l'exactitude du fait, en ce qui le concerne; qu'il y a maintenant à Paris, parmi les classes distinguées de la société, des individus qui déclarent à leurs intimes avoir fait avec succès et profit l'expérience de la syphilisation (2).

Tel est le budget de la syphilisation prophylactique. Aucune des personnes qui y sont comprises n'a été, que je sache, suivie pendant l'expérimentation, examinée après le résultat; tout est vague, tout repose sur des assertions.

Je me trompe, M. L... a été présenté à notre confrère M. Ricord, qui assure avoir pu encore produire sur lui des pustules chancreuses.

Deux autres sujets non syphilisés, tant s'en faut, peuvent donner une idée des résultats possibles de la syphilisation; l'un est M. L..., que vous avez vu; l'autre M. P..., une des personnes auxquelles je faisais allusion dans mon rapport, et dont les bras étaient couverts de cicatrices ou d'ulcères encore non complètement fermés.

L'inventeur de la prophylaxie syphilitique répudie l'observation de M. L..., ou plutôt la cite comme favorable à son système. L'insuccès a été dû au mauvais choix des pus, au trop grand rapprochement des inoculations et des piqûres. Si l'inventeur avait continué, il aurait guéri M. L... sans l'exposer à aucun inconvénient, et, à plus forte raison, à aucun danger.

Qu'est-ce donc qu'une méthode, par inoculation, qui exige tant de calculs, tant de choix dans les pus inoculateurs? Les piqûres ont été faites à des intervalles trop rapprochés, dites-vous : mais M. Spérino agit de cette façon, et prétend réussir. Elles ont été trop nombreuses chaque fois, mais le même praticien et M. Zelaschi pratiquent, dans une même séance, 20, 30 et jusqu'à 60 piqûres. Les piqûres ont été faites trop près les unes des autres, mais lorsque, à deux jours d'intervalle seulement, on fait le nombre d'inoculations que je viens d'indiquer, il faut bien qu'elles soient rapprochées à peu près au même degré. Je pousserais plus loin ce parallèle justificatif de la méthode suivie sur M. L..., s'il m'était démontré que dans les inoculations virulentes le procédé employé n'a jamais qu'une influence très secondaire. Attribuer à cette cause les accidens que présentait M. L..., c'est impliquer le principe de la méthode.

Quant à M. P..., inoculé avec le pus du 60me chancre de M. L..., l'inventeur disait de lui que le pus de ses chancres était des plus *syphilisateurs*, et promettait à ses élèves qu'ils verraient sa syphilisation, commencée, se continuer sous leurs yeux. Il faisait noter, en outre, que M. P... n'avait jamais eu antérieurement d'affection syphilitique (3). Impossible ici d'argumenter d'aucune imperfection dans l'emploi de la méthode; et cependant la suite de l'observation de M. P... nous le montre, après quatre mois et demi d'inoculations syphilisatrices, atteint de la syphilis constitutionnelle la mieux caractérisée, et dans un état beaucoup plus grave que ne l'a jamais été celui de M. L... (4).

En ce qui concerne la syphilisation prophylactique, tout se réduit donc à deux ordres de faits, les uns affirmés par les syphilisateurs, mais non produits, non contrôlés; les autres devenus réellement publics, examinés, vérifiés. Des premiers, il est impossible de rien juger; des autres, deux sur trois au moins témoignent des affreux désordres que la prétendue syphilisation peut provoquer dans des constitutions jusque-là vierges de toute atteinte syphilitique.

(*La fin au prochain numéro.*)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — On écrit de Varsovie, 1er août, à la *Boersenhalle* : « Le choléra fait d'affreux ravages dans la ville de Sieradz. Trois médecins sont tombés dangereusement malades, par suite des efforts extraordinaires qu'ils ont faits. L'un d'eux souffre encore, l'autre est entré en convalescence, et le troisième est à l'agonie. Tous ceux qui ont pu quitter la ville l'ont abandonnée. Les fonctionnaires sont morts ou partis. Le gouvernement a envoyé sur les lieux deux médecins, qui remplissent avec zèle leur devoir. »

— Invitation à la 29me réunion allemande des médecins et naturalistes, se tenant dans la charmante ville de Wiesbaden (Nassau), du 18 au 25 septembre 1852.

La réunion des médecins et naturalistes allemands, par l'organe des membres de son bureau, soussignés, verra avec la plus grande satisfaction ses confrères français venir partager ses travaux. Ils pourront faire leurs communications respectives en langue française.

Professeur Dr Fresenius,

Dr Braun.

Local de réception, ouvert à partir du 15 septembre, Jaunus hôtel, en face le débarcadère.

(1) *Gaz. méd. de Toulouse*, juillet 1852, p. 224.
(2) *Gazette médicale de Paris*, p. 459.
(3) *Gaz. méd. de Toulouse*, 1852, p. 126.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 31 juillet 1852.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 98. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 17 Août 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

—

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr. :
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 AOUT 1852.

SUR LE DISCOURS DE M. DEPAUL.

Dans un préambule que le défaut d'espace nous a forcé de supprimer, M. Depaul a cherché à se justifier d'avoir, dans sa première action, attaqué surtout et combattu les doctrines et les opinions de M. Ricord. « Si son nom a été si souvent prononcé par moi, notre collègue ne doit s'en prendre qu'à la position exceptionnelle qu'il occupe ; je croyais lui rendre hommage... Je respecte trop l'Académie, et je suis trop soucieux de ma propre dignité, pour descendre aux mesquines proportions d'une question purement personnelle. »

Il est trop difficile et trop délicat d'apprécier les questions intentionnelles, pour que nous n'acceptions pas avec une satisfaction très empressée cette déclaration de M. Depaul. Mais si, laissant de côté l'intention, nous nous en tenons au fait, il nous est impossible de ne pas reconnaître que c'est presque surtout M. Ricord qui est en cause dans le dernier comme dans le premier discours de M. Depaul. Que ce soit *pour rendre hommage* au savant chirurgien de l'hôpital du Midi que M. Depaul combatte à outrance sa doctrine, conteste ses faits, et se livre à une sorte d'enquête pour infirmer ses assertions, nous le voulons bien; mais M. Depaul nous permettra de lui faire remarquer qu'il a une manière de rendre hommage aux gens toute particulière, et qui pourrait être appelée d'un autre nom. Mais passons.

Quelle est la signification véritable du discours de M. Depaul? Cet honorable et rude critique adopte-t-il pour son compte la théorie et la doctrine de la Syphilisation? Il est impossible de le croire, après avoir lu la première et la dernière phrase de son discours: « Le désir sincère de m'*instruire* sur une question qui préoccupe si vivement l'opinion publique, dit M. Depaul en commençant, la grande autorité de la voix qui allait se faire entendre, tout recommandait de ma part une religieuse attention.... Je cherchais la *lumière* qui devait me conduire; mais, je ne crains pas de le dire, après le discours de M. Ricord, je trouve la question *un peu plus obscurcie*, et, plus que jamais, je pense que c'est à l'*expérimentation*, entreprise sans esprit de parti, qu'il faut demander une solution définitive. »

Et comment M. Depaul termine-t-il ce discours, d'ailleurs remarquable? « Que ceux donc, dit-il, qui, par leur position et leurs études spéciales, sont naturellement désignés pour *élucider* cette grave question, se mettent à l'œuvre avec leur bonne foi habituelle et sans arrière-pensée : c'est le seul moyen de faire triompher une grande et importante vérité, ou de démasquer une dangereuse erreur. »

Ainsi, cela est incontestable, M. Depaul, à cette heure, ne sait pas encore si la Syphilisation est une vérité ou une erreur, et c'est parce qu'il ne le sait pas, et que son ignorance à cet endroit lui pèse et l'inquiète, qu'il demande qu'on veuille bien l'éclairer par l'expérimentation.

Cet aveu loyal, cette déclaration grave, échappés à la conscience de M. Depaul, nous paraissent d'une grande importance, ils constituent pour nous le point capital de son discours, et c'est sur lui que nous appelons et que nous voudrions concentrer tout entière l'attention de tout lecteur impartial.

Voyez, en effet, que M. Depaul adopte, comme irrévocablement prouvé, le point de départ de la doctrine, à savoir la transmissibilité de la syphilis de l'homme aux animaux, qu'il a recherché avec ardeur tous les faits favorables à la Syphilisation, qu'il a énuméré avec complaisance tous les argumens qui plaident en sa faveur, qu'il a critiqué, cherché à amoindrir et à détruire toutes les observations qui semblent contraires à la Syphilisation, qu'il s'est livré à une enquête et à une contre-enquête, pour prouver que les malheurs attribués à cette pratique ne doivent pas lui être imputés; voyez que c'est l'avocat souvent éloquent, le juge quelquefois passionné de cette doctrine, qui, après le trouble et les orages de la discussion, revenant dans les régions calmes et sereines de la raison, du bon sens, de la justice et de la vérité, que c'est ce juge tout à l'heure si sévère, ce critique tout à l'heure si inexorable, qui, consciencieusement, laisse échapper ce cri : je ne sais pas! Expérimentez pour que je sache! *Fiat lux!*

Nous pourrions nous borner à ce simple rapprochement, et nous ne voulons pas d'ailleurs déflorer la réponse que M. Ricord doit faire demain au discours de M. Depaul. Il lui appartient plus qu'à nous de montrer que l'authenticité et la fidélité des faits cités par M. Depaul ne sont pas aussi incontestables qu'il le croit. Il est une observation, surtout, à l'occasion de laquelle nous avions depuis longtemps aussi reçu quelques renseignemens, dont nous n'avons pas voulu faire usage, parce que, en cette matière, que l'on soit pour, que l'on soit contre la Syphilisation, il nous semble loyal de n'admettre que des faits parfaitement incontestables. Or, le récit de la passion et de la mort de l'infortuné M. J... possède déjà trois versions, celle de M. Ricord, celle de M. Depaul et la nôtre, qui diffère des deux autres, et qui incrimine la Syphilisation encore bien plus que celle de M. Ricord. Toutes ces versions ont pour garans des jeunes gens estimables, qui assurent tous avoir été témoins des faits. Où est la vérité dans ces contradictions? Cette remarque n'a d'autre but que de montrer à l'esprit sérieux et sévère de M. Depaul que, pour la recherche d'une vérité scientifique, il est impossible, souvent dangereux et presque toujours peu convenable de procéder à la manière d'un juge d'instruction. Nous ne voulons pas en dire davantage sur ce sujet pénible, et qui a suscité des réflexions inutiles à reproduire.

Nous laissons donc tout entière à M. Ricord la question relative aux faits; nous nous bornons à quelques courtes réflexions sur le *fiat lux* de M. Depaul.

Ne perdons jamais de vue que ce que M. Depaul demande, il ne sait pas lui-même, d'après son propre aveu, s'il y a danger ou non à le pratiquer. Expérimentez, s'écrie-t-il! Expérimentez? Et sur quoi, et sur qui, et comment? Comme M. Bégin l'a déjà fait remarquer avec sa haute raison, M. Depaul donne-t-il un programme d'expérimentations qui rassure la conscience de l'expérimentateur? Non; il renvoie cette périlleuse besogne *aux hommes spéciaux*. C'est commode, mais ce n'est pas instructif. Et pourquoi M. Depaul, avec ses habitudes d'observateur rigoureux, ne se met-il pas lui-même à l'œuvre et n'institue-t-il pas, à ses risques et périls, une série d'expériences décisives? Pourquoi veut-il compromettre l'autorité de l'Académie ou celle de ses confrères spéciaux dans une pareille tentative? Il trouve que la question s'est obscurcie, pourquoi ne l'éclaire-t-il pas? Nous le répétons; parce qu'on paraît ne pas nous comprendre, que ceux qui croient qu'il y a quelque chose *là-dessous* le cherchent, ce n'est pas à ceux qui croient qu'il n'y a que déception et danger, à le chercher, ni même à aider à le chercher. Jusqu'ici théorie, doctrine, faits, observations sur l'homme et sur les animaux, tout cela n'est rien moins que rassurant, et c'est sur des données aussi vagues, aussi contradictoires et aussi contestées d'ailleurs dans leurs résultats favorables, que l'on voudrait engager le jugement d'un corps aussi considérable que l'Académie de médecine? En vérité, cela n'est ni raisonnable ni sage, et nous sommes étonné que M. Depaul, membre distingué de la *Société médicale d'observation*, où les exigences sont avec juste raison si considérables, se laisse éblouir et séduire par des faits qui, d'après lui-même, ont besoin d'être élucidés.

En dernière analyse, il ne s'agit, en cette affaire, ni d'une expérimentation prophylactique, ni d'un essai thérapeutique ordinaires, et qui n'engagent ni la dignité de l'art, ni la moralité du praticien. Bien au contraire; c'est l'expérimentation la plus grave que l'on propose, c'est un traitement enveloppé de mystère, et dont les résultats sont inconnus, que l'on cherche à introduire dans la thérapeutique. M. Depaul croit-il ou non à la vertu préservative de la Syphilisation? Si oui, pourquoi toutes ces précautions oratoires pour donner à sa pensée une réserve qui ne serait pas dans son esprit? Qu'il ait donc franchement le courage de son opinion. Si non, de quel droit demande-t-il une expérience périlleuse sur ses semblables? Nous ne sortons pas de ce dilemme.

Amédée LATOUR.

Nous recevons, avec prière d'insertion, la lettre suivante adressée à M. Depaul.

A Monsieur le docteur Depaul.

Dans le discours que vous avez prononcé à la séance de l'Académie de médecine, le mardi 10 août, il vous est échappé, sur mon compte, quelques paroles blessantes que j'aime mieux attribuer à la vivacité de l'improvisation qu'à l'inspiration de ceux que vous défendez avec tant de chaleur. Je regarderais comme un devoir, pour ma propre dignité, de relever vertement cette sortie peu convenable, si je n'étais retenu par le respect que je dois à votre toge d'académicien et d'agrégé de la Faculté. Permettez-moi, cependant, de vous dire, une fois pour toutes, que mes antécédens ne laissent à personne le droit de supposer que je puisse prêter ma signature à l'œuvre d'un autre; vous n'auriez pas dû, je crois, traiter si cavalièrement, et sur l'assertion de je ne sais qui, un élève en médecine qui n'a écouté que sa conscience, en exposant un fait propre à éclairer ceux qui, comme vous, demandent que la lumière se fasse. J'ai apporté la plus scrupuleuse exactitude à la description des phénomènes que j'avais observés sur M. X...; je n'ai pas, il est vrai, indiqué la source où il puisait son pus; le grand malheur! Mais il n'en est pas moins resté trois faits irrécusables, à savoir :

1° Les inoculations répétées auxquelles s'est soumis M. X... dans le but de se syphiliser.

2° Ses relations fréquentes, quotidiennes, avec le propagateur en chef de la syphilisation, qui a tout surveillé.

3° Les résultats définitifs : *syphilis constitutionnelle caractérisée par les accidens secondaires les plus multipliés et les moins contestables qui se soient jamais vus.*

Voilà le résumé de l'observation que j'ai publiée, et je défie M. X... lui-même de répondre autrement que par l'affirmative à ces trois propositions.

Un mot maintenant sur la relation faite par le *sujet de l'expérimentation* : que vous la trouviez différente de la mienne, rien de mieux. M. X... s'attache au nombre et à la date de ses inoculations; mais parle-t-il des suites, qui sont, en définitive, la seule chose essentielle? Il a de bonnes raisons pour s'en dispenser; l'inventeur de la syphilisation lui avait annoncé des accidens de la nature la plus bénigne, une *vérole faible*, comme il le dit lui-même; eh bien! j'affirme (ce que du reste ont constaté ses amis), que jamais je n'ai vu un cortége plus nombreux et mieux dessiné d'accidens secondaires (1). Quant au portrait qu'on accuse de manquer de ressemblance, il n'est pas cependant qu'il n'en est pas tellement dépourvu, que M. X... ne s'y soit parfaitement reconnu. Je trouve, pour ma part, des plus heureusement adressé, le reproche qu'il me fait d'abuser de sa personne et de son nom, pour *calomnier* le roi des syphilisateurs et sa méthode. De quel nom, de quelle personne ai-je donc si *étrangement* abusé? Je me suis bien gardé, et à dessein, de produire un seul nom, une initiale même; j'aurais fait trop de plaisir à certaines gens qui veulent de la publicité à tout prix.

Pour ce qui est de la calomnie de la syphilisation, permettez-moi de dire ici, avec le savant rapporteur de la commission, qu'on ne peut trouver de termes assez énergiques pour stigmatiser une doctrine aussi ridicule en théorie, que désastreuse dans son application. Voyez M. X... lui-même : c'est la plus belle santé possible, profondément minée par le plus dégoûtant poison, administré à doses réitérées. Voyez-le, et peut-être ne demanderez-vous plus la répétition d'expériences si fatales! Que si l'on en faisait, que ce ne soit pas au moins sur de pauvres malades, mais sur ceux mêmes qui ont annoncé l'infaillibilité de leur méthode.

Je finis, Monsieur, en vous priant d'adresser à M. X... cette simple question : *Est-ce que, par hasard, la cessation brusque de ses visites à l'hôpital du Midi et à M. le docteur Bégin (cessation qui précisément coïncide avec l'apparition des accidens secondaires), aurait eu pour but de dissimuler à des yeux exercés les preuves incontestables de l'impuissance de la syphilisation comme préservatif?* Si c'est là le genre de loyauté dont on use dans le camp des syphilisateurs, je n'ai plus rien à ajouter; je vous laisse juge entre nous qui n'avons d'autre intérêt que celui de la vérité, et ceux à qui tous les moyens seront bons pour faire triompher une doctrine dont ils sont les inventeurs ou les adeptes; je suis persuadé que vous regretterez d'avoir parlé si légèrement de celui qui se plaît à rendre justice à la supériorité de votre talent, tout en déplorant de le voir au service d'une cause si peu digne de votre sympathie.

P. HUGOT,
Etudiant en médecine.

MALADIES PUERPÉRALES.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES EN COUCHES.

(Suite. — Voir les numéros des 10 et 14 Août.)

L'observation que l'on vient de lire, et dont les détails ont paru sans doute un peu trop longs, nous fournit matière à des réflexions sérieuses; afin d'exposer méthodiquement les con-

(1) Voir d'ailleurs le résumé de M. le docteur Bégin (séance du 10 août).

sidérations qui en découlent, nous les diviserons en plusieurs chefs :

1º *Causes.* — Quelles sont les causes qui, dans l'observation qui précède, ont pu favoriser ou déterminer l'éclampsie? Un tempérament sanguin et pléthorique, le manque d'exercice, une affection rhumatismale antécédente et l'infiltration des membres inférieurs, telles sont les seules circonstances qui paraissent avoir une certaine liaison avec la maladie qui nous occupe. Mais qui ne voit combien il serait inexact de rapporter un état morbide aussi rare que l'éclampsie, à des circonstances qui se rencontrent si fréquemment chez les femmes enceintes? L'omission d'une saignée habituelle pendant la grossesse ne nous paraît pas davantage devoir être invoquée comme cause de l'éclampsie, car s'il est des accoucheurs qui conseillent la saignée durant la gestation, il en est d'autres qui ne la pratiquent jamais, et cependant les convulsions ne se rencontrent pas plus souvent dans la pratique des uns que dans celle des autres. Dans le fait qui nous occupe, il n'y a eu ni émotions morales vives, ni chagrins, ni enfin aucune des causes occasionnelles de l'éclampsie; on peut donc affirmer que cette maladie s'est déclarée sans cause connue.

2º *Prodrômes.* — Les prodrômes de l'éclampsie ont existé, il est vrai, dans notre observation, mais ils ont été faibles et un peu différens de ce qu'ils sont d'ordinaire; en effet, la douleur épigastrique, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, a paru isolée, et bien avant la céphalalgie; elle avait sensiblement diminué, alors que cette dernière n'avait pas été encore assez forte pour attirer l'attention de la malade. Rien, dans les commémoratifs, ne pouvait faire soupçonner l'apparition de l'éclampsie; il n'est donc pas étonnant que nous n'ayons pas vu dans les symptômes que nous observions l'annonce de cette maladie.

3º *Symptômes.* — Les symptômes de l'éclampsie n'ont différé de ce qu'ils sont habituellement, que par la rapidité avec laquelle est survenu le coma. Ce qui a déterminé la gravité de la maladie, c'est la rigidité du col de l'utérus qui s'opposait à la déplétion de cet organe. Malgré les saignées qui ont été faites, et qui ont donné issue à près d'un kilogramme de sang, malgré tous les autres moyens employés, les accès d'éclampsie se sont répétés, et la congestion cérébrale a augmenté jusqu'au moment où l'on a eu recours à l'extraction du fœtus. Le coma et tous les symptômes fâcheux qui existaient au moment de l'opération ont persisté, il est vrai, jusqu'à la mort; mais on n'a plus observé de convulsions, ce qui permet de supposer que si l'accouchement eût été pratiqué dès les commencemens, alors que l'organisme n'avait pas encore subi de graves atteintes, on aurait peut-être pu, en arrêtant les accès d'éclampsie, venir à bout de sauver la malade. Cette circonstance nous paraît capitale, aussi nous proposons-nous de revenir tout à l'heure sur ce point.

4º *Thérapeutique.* — Les évacuations sanguines sont généralement considérées, ainsi que nous l'avions déjà dit, comme le meilleur des remèdes à opposer à l'éclampsie; sous ce rapport, nous croyons avoir satisfait aux indications, car nous avons retiré autant de sang que nous avons pu. Un instant, nous avons eu la pensée d'ouvrir la veine jugulaire externe, mais le cou était tellement gros et tuméfié, que nous en reconnûmes bien vite l'impossibilité. Peut-être aurions-nous pu obtenir quelques avantages des sangsues appliquées en permanence au cou ou aux régions mastoïdiennes, mais nous avons reculé devant une dépense de plus à imposer à une famille peu aisée; d'ailleurs, le peu d'avantage que nous avions retiré des saignées, nous avait donné la conviction que l'on ne pouvait compter sur aucune amélioration durable aussi longtemps que l'utérus resterait dans le même état.

Peut-être aussi nous reprochera-t-on de n'avoir pas songé à donner des purgatifs pour exercer une révulsion sur le tube intestinal; à cela, nous ferons observer que la grande difficulté avec laquelle la malade avalait des liquides, était un obstacle puissant à leur administration, même sous forme de pâte fondante; d'ailleurs, la marche de la maladie a été tellement rapide, que les purgatifs n'auraient pas eu le temps d'agir avant le moment où l'accouchement a dû être pratiqué. La veille, la malade avait eu des évacuations alvines; nous nous étions assuré, par le toucher, que le rectum était à peu près vide.

Le fait capital, dans notre observation, c'est le manque de contractions utérines et la rigidité du col qui ont persisté malgré l'emploi de moyens énergiques. Le travail de l'accouchement n'était pas, il est vrai, la cause de l'éclampsie; il avait au contraire été provoqué par cette dernière; mais les convulsions une fois déclarées, l'état de plénitude de l'utérus a sans doute contribué à prolonger leur durée et à augmenter leur gravité. La cause du mal siégeant dans l'utérus, c'est dans cette direction que devaient être dirigés les moyens thérapeutiques. Le seigle ergoté et l'ergotine, administrés dans le but de provoquer des contractions utérines plus énergiques, n'ont eu que peu ou point d'effet, sans doute à cause de la petite quantité de ces médicamens qui a pu être ingérée.

La rupture des membranes artificiellement opérée, l'écoulement des eaux, l'application de l'extrait de belladone, la dilatation graduée et forcée du col par la main, ont été également sans résultats. L'hystérotomie vaginale a été le seul moyen qui ait permis de terminer l'accouchement; cette opération a été faite douze heures seulement après la première apparition de l'éclampsie, et cependant le résultat a été fatal pour la mère et pour l'enfant!

J'ai la conviction que si l'accouchement eût été pratiqué de meilleure heure, c'est-à-dire après les premières attaques d'éclampsie, alors que la malade a cessé de recouvrer sa connaissance après les accès, le résultat eût pu être sensiblement différent. Mais m'était-il permis de tenir une semblable conduite, alors que le plus grand nombre des hommes dont le nom fait autorité en obstétricie, professent une opinion contraire? Je ne perdrai pas mon temps à faire ici de l'érudition facile, en rapportant les noms des auteurs qui ont conseillé de ne tenter l'accouchement que lorsque l'on peut y réussir sans violence; je renverrai pour cela le lecteur aux ouvrages spéciaux; je suis étonné seulement que les accoucheurs, qui reconnaissent à la presque unanimité que l'accouchement est le meilleur moyen de faire cesser les convulsions, s'opposent en général à ce qu'on le tente avant le moment où la nature se suffirait parfaitement à elle-même pour l'opérer.

Il me semble qu'au fond de ces conseils il y a une erreur ou un malentendu dont les conséquences peuvent être funestes. Que dans un cas d'éclampsie ordinaire, lorsque les accès ne sont pas trop rapprochés, lorsqu'il n'y a pas eu coma profond, que dans un cas semblable, on insiste sur les saignées, les révulsifs, etc., etc.; rien de plus juste, rien de plus naturel; mais que l'on n'ait pas recours à d'autres moyens lorsque la gravité de la maladie est telle que la vie se trouve immédiatement menacée; c'est ce que je ne puis comprendre. Je le déclare donc, si malheureusement je me trouvais de nouveau en présence d'un cas semblable à celui qui me suggère ces réflexions, je n'hésiterais pas; et dès qu'il me serait démontré que le coma menace directement l'existence de la mère, et que l'accouchement n'est pas près de se faire, je le provoquerais artificiellement. (Il est bien entendu que je n'entends parler ici que de l'éclampsie survenant à terme ou dans les deux derniers mois de la gestation.)

M. Chailly-Honoré a publié récemment, dans l'UNION MÉDICALE (1), une observation dans laquelle il provoqua l'accouchement au moyen de l'éponge préparée introduite dans le col utérin. Cette observation, intéressante et remarquable à la fois, ressemble à la mienne à certains égards, mais elle en diffère en ceci : que les convulsions duraient depuis quinze heures sans que l'utérus fût entré en contraction et sans que son col se fût dilaté; que l'éponge préparée, introduite à sept heures du soir, avait rendu, au bout de douze heures, le col dilatable; mais qu'il fallut cependant, pour terminer l'accouchement, appliquer le forceps au détroit supérieur. Tout cela prouve que, malgré la fréquence des accès d'éclampsie, l'état général n'était pas extrêmement grave, puisque les convulsions, ayant duré vingt-sept heures, l'enfant a pu être extrait vivant et la mère se rétablir rapidement. Un pareil résultat n'aurait pu être obtenu chez notre malade, puisque chez celle de M. Chailly-Honoré, qui ne présentait qu'une simple inertie de l'utérus, douze heures ont été nécessaires pour amener une dilatation du col permettant l'introduction du forceps.

L'application de l'éponge préparée rentre donc parfaitement dans la catégorie des moyens que nous avons étudiés jusqu'ici, et qui sont excellens lorsque la vie de la mère n'est pas immédiatement en danger. Supposons maintenant un cas de rigidité du col assez forte pour s'opposer à l'accouchement naturel, et ne permettant pas l'introduction de la main, dans lequel, malgré l'emploi rationnel de tous les moyens indiqués, la vie de la mère est immédiatement menacée, toutes circonstances qui ont existé dans notre observation; quelle conduite devra tenir le chirurgien? On ne saurait songer à extraire le fœtus au moyen du forceps, car si la dilatation du col utérin était suffisante pour permettre l'introduction de cet instrument, à plus forte raison permettrait-elle à la main de pénétrer dans la matrice. Une seule ressource est alors en la possession de l'accoucheur, cette ressource unique, c'est le débridement du col utérin. Les effets de cette opération seront d'autant plus avantageux, qu'on aura moins tardé à la pratiquer, et le moment d'opérer est arrivé lorsque, au coma, se joint une gêne intense de la respiration.

5º *Opération.* — Le débridement du col utérin une fois reconnu indispensable, reste à savoir le procédé opératoire qui doit être mis en usage; on ne trouve, à cet égard, que d'assez vagues indications dans la plupart des traités d'accouchemens. M. Malgaigne indique (2) trois procédés opératoires, dont deux seulement sont applicables au cas qui nous occupe.

PREMIER PROCÉDÉ : *Incision de dedans en dehors, par l'orifice.* — Divers instrumens ont été proposés, tels que le lithotôme caché, des bistouris broits ou courbes, aigus ou boutonnés, des ciseaux courbes sur le tranchant, etc.

DEUXIÈME PROCÉDÉ : *Incision de dehors en dedans, ou par ponction.* — Après que l'on a reconnu le point jusqu'auquel le débridement doit être porté, on enfonce directement un bistouri droit aigu, avec lequel on coupe, en sciant, jusqu'à ce que l'on arrive à l'orifice utérin.

Tels sont les deux procédés d'après lesquels peut être pratiquée l'opération qui nous occupe; examinons les avantages et les inconvéniens que présente chacun d'eux, afin de déterminer celui auquel il faut accorder la préférence.

J'ignore complètement si le second procédé a été quelquefois mis en usage sur la femme vivante, et dans des cas de rigidité du col; mais j'avoue que je n'oserais recourir à son emploi, par la raison que l'on s'expose à blesser grièvement le fœtus, ou à porter l'instrument sur des parties qui devraient être respectées. D'ailleurs, le premier procédé est d'une application plus simple, et, moyennant quelques modifications apportées aux instrumens et au manuel opératoire, on peut espérer de vaincre les difficultés qui rendent son exécution assez embarrassante.

Le procédé de dedans en dehors n'a pas été exécuté de la même manière par tous les chirurgiens; passons en revue les avantages et les inconvéniens des divers instrumens employés, et de la manière de s'en servir.

Il me paraît difficile d'admettre que l'on ait pu jamais pratiquer le débridement de l'utérus, au moyen du *lithotôme* caché; on ne peut, en effet, comparer le débridement de la vessie après une incision extérieure, avec une semblable opération, faite sur un organe profond comme l'utérus, dont la cavité est en outre remplie par le produit de la conception. C'est évidemment une fausse analogie qui a conduit à proposer un semblable procédé, dont l'exécution serait entourée des plus grandes difficultés.

Les *ciseaux* sont difficiles à manier à une aussi grande profondeur; on a beau les diriger avec les doigts, comme les parties qui doivent être incisées ne sont pas tendues, elles doivent très facilement échapper au tranchant de l'instrument. De plus, l'application des ciseaux ne saurait être plus facile que celle du bistouri, surtout si l'on se servait du spéculum.

Le *bistouri droit et aigu* a été dernièrement employé pour cette opération, par M. le professeur Pons y Guimera. Ce chirurgien a publié dans le *Boletin de medecina, cirugia*, etc. (nº du 31 août 1851) une observation que nous avons traduite dans la *Gazette médicale de Montpellier* (1), observation dans laquelle, en même temps que la malade était atteinte de convulsions, il y avait une induration fibreuse qui nécessita le débridement. M. Pons y Guimera se servit du bistouri ordinaire, avec lequel il pratiqua deux incisions d'un demi-pouce chaque sur les lèvres du museau de tanche. L'opération réussit facilement, et l'on put extraire avec facilité un fœtus de six mois, en état de décomposition; quant à la mère, elle ne tarda pas à se rétablir. Ce succès a porté l'auteur de l'observation à conseiller le bistouri ordinaire, comme préférable aux autres instrumens, et à recommander les incisions longitudinales de préférence aux incisions transversales.

Sans vouloir contester le succès obtenu par M. Pons, nous devons dire que nous ne sommes guère partisan du bistouri ordinaire pour l'opération qui nous occupe. Si le chirurgien a réussi sans difficulté à débrider le col avec cet instrument, c'est que la dilatation était à peu près nulle; il n'en aurait sans doute pas été de même si, comme dans notre observation, il y eût eu une certaine dilatation, car alors l'instrument aurait manqué d'un point solide. Le bistouri aigu, employé dans ce procédé, a de plus les inconvéniens que nous avons signalés dans le procédé de dehors en dedans, car il expose à blesser la tête du fœtus.

On a pu voir, d'après ce qui nous est arrivé, combien un *bistouri boutonné droit* est peu commode pour débrider le col de l'utérus; cet instrument était le seul que nous eussions sous la main, et c'est pour cela que nous nous en sommes servi, quoique n'ayant en lui qu'une médiocre confiance.

Le *bistouri courbe* est donc encore, de tous les instrumens généraux, le plus commode et celui dont l'emploi est le plus facile. Dupuytren a été un des premiers à le mettre en usage; il accrochait le col avec cet instrument et divisait les tissus en le retirant. Seulement, il est nécessaire, pour ne pas être exposé à blesser les parois vaginales, de ne se servir de ce bistouri qu'avec l'aide du spéculum.

Bourdeaux aîné, coutelier de Montpellier, dont la chirurgie déplore la perte récente, a imaginé un instrument qui, agissant comme le bistouri courbe ordinaire, a l'avantage de ne pas exposer à l'inconvénient que nous venons de signaler.

Il consiste en une lame de bistouri courbe sur le tranchant, et boutonnée, qui est fixée à un manche qui présente également une légère courbure; une demi-gaîne d'acier, dont la courbure est la même que celle de la lame, glisse dans une coulisse que présente le manche, de manière à pouvoir cacher complètement le tranchant de l'instrument, ou à le laisser plus ou moins à découvert, selon la volonté de l'opérateur. On peut, au moyen de cette modification, introduire l'instrument jusque dans la cavité du col, sans craindre de blesser les parois vaginales; on applique la concavité du bistouri sur les parties que l'on veut diviser, et il suffit de retirer plus ou moins la gaîne, pour pouvoir, au moyen d'une traction et d'une pression combinées, débrider le col utérin.

La courbure de l'instrument de Bourdeaux, comme celle du bistouri de Dupuytren, est trop faible pour que l'on puisse débrider largement le col par une traction directe, il faut encore, de toute nécessité, exercer une pression latérale ou antéro-postérieure qui ne donnera pas tous les résultats désirables, puisque les parties auront de la tendance à fuir devant l'instrument. M. le professeur Alquié paraît avoir compris ces

(1) Numéro du 15 mai 1852.

(1) *Manuel de médecine opératoire* (4e édit.), p. 724.

(1) Voir numéro du 15 janvier 1852.

inconvéniens, car je sais que ce chirurgien a fait exécuter un instrument en forme de serpette, à pointe mousse, porté sur un long manche, et destiné à accrocher le col et à le couper par une traction directe ; le spéculum est indispensable pour s'en servir. J'ignore si l'expérience s'est prononcée sur la valeur de l'instrument en question, mais il me semble, qu'en apportant à sa construction quelques changemens, ou plutôt en y adaptant la gaine de Bourdeaux, il est appelé à rendre de grands services. Seulement, il serait préférable de rendre sa pointe aiguë, afin qu'une fois la gaine retirée, toutes les parties qui doivent être divisées fussent comprises dans la concavité de l'instrument. Le spéculum serait de rigueur dans tous les cas où cette opération devrait être pratiquée.

CONCLUSIONS.

Avant de terminer, résumons en quelques mots les conclusions qui ressortent de tout ce qui précède :

1° Les causes de l'éclampsie durant la grossesse nous sont fort souvent inconnues ; il existe, il est vrai, certaines circonstances qui précèdent d'ordinaire cette maladie, mais rien ne nous autorise à dire que ce sont ses causes.

2° Les prodrômes de l'éclampsie existent ordinairement, mais ils sont quelquefois si peu marqués, et leur succession est si peu régulière, que leur valeur peut être méconnue.

3° L'éclampsie, durant la grossesse, a pour effet habituel de provoquer l'accouchement, mais une fois que les convulsions se sont déclarées, la maladie devient d'autant plus grave que la déplétion de l'utérus tarde davantage à s'effectuer.

4° L'éclampsie qui a lieu durant la grossesse est plus grave que celle qui se déclare pendant ou après l'accouchement.

5° Les saignées générales ou locales, les révulsifs internes ou externes, la belladone, etc., sont des moyens qui doivent toujours être employés dans les commencemens, mais dont l'effet est loin d'être constant.

6° Le traitement de l'éclampsie, durant la grossesse, a pour but de conserver non seulement la vie de la mère, mais aussi celle de l'enfant ; or, comme dans la majorité des cas où l'on laisse à la nature le soin d'expulser le fœtus, ce dernier est mort ou ne tarde pas à succomber, il est certain que l'on aura d'autant plus de chances de le sauver, que l'accouchement aura lieu de meilleure heure.

7° Si la vie de la mère est sérieusement menacée, on doit, par tous les moyens, favoriser la déplétion de l'utérus ; la provocation de l'accouchement est alors non seulement permise, mais obligatoire.

8° Si le travail marche lentement, et surtout s'il existe une rigidité du col utérin qui empêche sa dilatation, il faut, après avoir reconnu l'inutilité des autres remèdes, avoir recours à l'hystérotomie vaginale.

9° La première condition de succès, c'est d'opérer le plus tôt qu'on peut, et dès que l'on s'est assuré que l'accouchement naturel n'est pas possible ou doit trop tarder à se faire.

10° Pour pratiquer l'opération, il convient de placer la femme dans la même position que pour la taille périnéale ; un spéculum ordinaire ou à plusieurs valves est alors introduit dans le vagin et sert à découvrir les parties ; un bistouri courbe ou un *hystérotôme* construit d'après les principes que nous avons énoncés, est porté ensuite dans la cavité du col et sert à faire les débridemens nécessaires.

11° Des incisions multiples et dirigées dans tous les sens sont préférables à de grandes incisions.

12° Lorsque, au moyen des incisions que l'on a pratiquées, on a rendu le col suffisamment large pour laisser pénétrer la main, on doit procéder à l'extraction du fœtus, soit en appliquant le forceps au détroit supérieur, soit en pratiquant la version podalique.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 10 Août 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

DISCOURS DE M. BÉGIN.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

V. *La syphilis ne peut-elle être prévenue que par la syphilisation?* — Il serait presque puéril de discuter une question ainsi posée. L'évidence parle d'elle-même.

Que si, à défaut de la volonté, qui ne suffit pas toujours pour mettre à l'abri de la contagion syphilitique, l'art propose des moyens de s'en préserver, tous les hommes éclairés applaudiront à ses efforts. Il a fait à diverses époques, dans cette voie, des tentatives qui ne sont pas restées stériles ; il est très probable que si certaines précautions étaient plus régulièrement prises, si l'usage de certaines préparations était plus répandu, si les soins spéciaux de la propreté et de l'hygiène étaient moins négligés, la syphilis, poursuivie d'ailleurs par d'excellentes prescriptions de l'autorité publique, deviendrait de plus en plus rare, et arriverait à ne constituer qu'une maladie exceptionnelle limitée à des parties restreintes de la société.

En présence des résultats progressifs et certains qu'il est très possible d'obtenir, et qui ont déjà été réalisés en partie par ce système, et en considérant ce que la syphilisation a de hideux, de compromettant, de dangereux pour le présent et pour l'avenir des personnes et de leur postérité, il est difficile de comprendre que cette manœuvre ait pu trouver un esprit pour la concevoir, des fanatiques pour s'y soumettre, des médecins pour l'exécuter.

VI. *Syphilisation curative.* — La pensée de recourir à l'inoculation vénérienne pour guérir certains accidens de la syphilis, n'est pas aussi nouvelle que le donnent à croire les novateurs qui s'en attribuent la découverte. Lorsque des arthrites intenses du genou remplaçaient la gonorrhée, j'ai vu souvent chercher à rappeler l'écoulement qui avait cessé, au moyen d'une bougie chargée de pus provenant de la gonorrhée aussi aiguë que possible d'un autre malade. Ce procédé m'a plusieurs fois réussi.

Mais, en remontant beaucoup plus loin, cette inoculation a été pratiquée dans des intentions plus générales. En 1776, Percy, alors chirurgien-major au régiment de Berry, cavalerie, témoin des difficultés que présentait le traitement de quelques syphilis chroniques, invétérées, que le mercure exaspérait trop souvent, se demandait si l'art ne retirerait pas un grand avantage de la nouvelle modification qu'un nouveau virus, analogue pour ainsi dire avec l'ancien, pourrait produire dans la maladie. Il faudrait, disait-il, pour disposer une vérole chronique à être combattue efficacement, la rendre aiguë ; il faudrait la revivifier, lui restituer son premier caractère ; il faudrait, en un mot, la revivifier. Mais le moyen d'y réussir ? J'hésite, ajoute ce maître, une des gloires de la chirurgie française ; j'ose à peine articuler celui que j'ai mis en usage. Une nouvelle invasion de cette maladie, l'introduction d'un nouveau virus, l'*inoculation syphilitique*, puisqu'il faut le dire, voilà celui que je crois seul capable de remplir cet objet (1).

Percy avait fait beaucoup d'expériences sur les animaux, avec du virus vénérien, tant chancreux que gonorrhoïque, qu'il leur inoculait. Il se promettait de communiquer un jour ces expériences à l'Académie de de chirurgie ; mais soit qu'il n'ait pu y mettre la dernière main, soit pour toute autre cause, son travail est malheureusement perdu. P. Fabre dit seulement que la facilité avec laquelle les animaux soumis à ses recherches résistaient au développement du virus, et la sûreté constante de son inscrtion avaient conduit Percy à présumer que peut-être, dans l'homme, cette épreuve ne serait ni plus orageuse, ni plus incertaine. Percy avait déjà observé, d'ailleurs, quelques cas de véroles chroniques, qu'une infection accidentelle avait rendues curables.

Ce que n'ont pas essayé ni M. Diday, ni les syphilisateurs à sa suite, Percy le trouva. Dans l'intention de poursuivre ses recherches à sa campagne où il allait passer ses quartiers d'hiver de 1778, il emporta avec lui des tablettes en verre, sur lesquelles il y avait du pus vérolique desséché. Il trouva dans sa famille un soldat d'artillerie atteint d'une vérole affreuse, qui avait résisté à deux reprises des remèdes, à une infinité de drogues et à la tisane de Fëlz. Percy délaya du pus chancreux avec de la salive, en chargea une lancette, et l'inocula, à la manière du vaccin, au moyen de trois piqûres à chaque bras, faites avec une telle précaution, qu'elles ne saignèrent pas. Il n'appliqua aucun appareil sur ces piqûres, prescrivit au malade une diète végétale, et une boisson abondante de tisane sudorifique.

Le sixième jour, les bras devinrent douloureux, une zone rouge s'y manifesta ; le malade eut quelques horripilations : pendant la nuit, il ressentit du mal à la tête, et sans alternation de chaud et de froid ; le septième, les piqûres furent enflammées, douloureuses, les bras gonflés dans presque toute leur étendue ; quelques glandes axillaires se tuméfièrent ; le malade eut de la fièvre, sa dartre et ses chancres le faisaient beaucoup souffrir. Cet orage s'apaisa graduellement. Le 14, premier jour, le malade était rendu à son premier état, excepté que les chancres, tant de l'amygdale que du pénis, étaient plus étendus, et qu'il lui restait de son inoculation un ulcère profond au bras gauche. Percy, obligé de rejoindre son régiment, laissa le soin du traitement à son père, qui commença les préparations un mois et demi après l'inoculation, administra seize frictions, et obtint le succès possible.

« Ce n'est pas une découverte, ajoutait Percy, que je viens déposer au tribunal de chirurgie, c'est seulement un aperçu ; c'est, si l'on veut, un délire de mon imagination. »

Fabre, si compétent en syphilographie, tout en louant, comme elles devaient l'être, la modestie et la défiance de soi-même, que témoignait Percy, conteste cependant que rien puisse faire dégénérer le virus vénérien, dans une vérole qui a succédé aux chancres, à ce point de la rendre rebelle au spécifique bien administré. L'inoculation, pratiquée par Percy, n'a produit, selon Fabre, qu'une irritation d'abord locale, ensuite un peu plus générale ; il n'en est résulté aucun symptôme consécutif qui ait pu faire présumer que le virus nouveau avait pénétré dans l'intérieur pour s'amalgamer avec l'ancien ; et si le malade a guéri, c'est par la seule raison que le traitement que Percy père lui administra fut plus méthodique que ceux qui l'avaient précédé (2).

Telles étaient alors les hésitations de l'expérimentation médicale sur l'homme. Elle procédait avec la circonspection que commande le danger possible, et ne s'adressait qu'aux cas extrêmes de lésions profondes, menaçant manifestement la vie, et persévérant malgré les efforts réguliers de l'art.

Pour apprécier la supériorité prétendue de la syphilisation sur les méthodes curatives actuellement employées contre la syphilis, des données exactes de statistiques seraient un préliminaire indispensable. Si, par exemple, sur 100 cas de blennorrhagie chez l'homme, on n'en comptait guère que 5 environ qui fussent de nature à déterminer des accidens secondaires ; si, sur 100 personnes atteintes d'accidens primitifs simples ou multiples, 80 à 85 guérissaient dans les trois à six semaines, d'un traitement méthodique scrupuleusement suivi ; si des 15 à 20 restans, chez lesquels surviennent des accidens secondaires, les deux tiers guérissaient encore à l'aide de moyens appropriés ; si des 5 restans environ, atteints de symptômes tertiaires, tous n'étaient pas absolument incurables ; si la mort, par suite de la syphilis, n'était en définitive qu'une exception rare, observée seulement par suite de complications insolites, ou chez les sujets à constitution radicalement détériorée ; si, enfin, les dépuratifs, le régime sévère, les émolliens, le mercure, l'iodure de potassium, maniés par des praticiens habiles, faisaient généralement, en un temps assez court, bonne et complète justice des manifestations ordinaires de la vérole, on ne verrait pas trop ce qu'il y aurait à gagner à leur substituer la méthode syphilisante.

(1) Texte cité par Ribes, *Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie*, Paris, 1841, t. I, p. 415.

(2) Rapport d'un mémoire envoyé à l'Académie royale de chirurgie, sur l'inoculation de la vérole (*Recherches sur différens points de physiologie, de pathologie et de thérapeutique*, par M. Fabre. Paris, 1783, tome I, p. 321).

Les syphilisateurs et les rares praticiens qui ne blâment pas leurs expérimentations, font grand étalage des succès obtenus par l'inoculation syphilitique.

Mais, où sont ces succès? Le promoteur de la syphilisation a déclaré tout récemment à notre honorable collègue M. Malgaigne, que le chiffre de ses essais sur l'homme, pouvait se monter à plus de trois cents, la plupart atteints de chancres, et syphilisés seulement jusqu'à la guérison de ces chancres, ou jusqu'à la préservation de la syphilis constitutionnelle. La doctrine ne nous avait pas initiés à ces distictions ; elle ne nous indique pas non plus les moyens de les reconnaître. Mais de ces plus de trois cents sujets traités, aucun n'est produit, aucune observation les concernant n'est présentée ; toujours des assertions, jamais de faits positifs. Passons outre. Comptons avec M. Sperino, un des champions les plus vigoureux de la curation de la syphilis par la syphilisation, médecin en chef du Syphilicôme de Turin, où se présentent, dit-il, plus de 200 malades par jour ; ce qui donnerait plus de 73,000 par année, chiffre des plus respectables pour la Sardaigne, en considérant qu'il ne s'agit que de sa capitale et d'un seul établissement (1).

M. Sperino avait soumis, à la date du 23 mai 1851, 52 femmes à ses expériences : les résultats furent merveilleux. Tout se passa exactement comme le promoteur de Paris l'avait annoncé. Les femmes étaient atteintes de syphilis primitive, ou de symptômes secondaires de formes variées. Pour toutes, l'inoculation a été faite à l'aide de la lancette, sur trois ou quatre points chaque fois, et le plus ordinairement à l'abdomen. Cette inoculation fut répétée une ou deux fois par semaine. Le pus a toujours été emprunté à un chancre primitif en voie de progrès, soit de la femme malade, soit d'une autre, lorsqu'elle n'avait que des accidens chroniques.

Dans tous les cas, sans exception, les premiers ulcères furent plus larges, plus profonds, plus indurés, plus enflammés, plus longtemps en suppuration, et plus lents à se cicatriser que les seconds ; et ainsi de suite, jusqu'à ce point que les dernières piqûres ne produisirent plus que de petites pustules, disparaissant en cinq ou six jours, ou restèrent sans résultat.

La guérison des malades a été prompte, suivie de syphilisation, c'est-à-dire d'immunité contre de nouveaux accidens primitifs, qu'on a vainement essayé de renouveler. Enfin, il arriva qu'en présence de cette innocuité, quelques malades, oubliant leur répugnance, demandèrent qu'on les soumît à la syphilisation qui avait guéri leurs amies.

Ce n'est pas cependant qu'il n'y ait eu plusieurs accidens. Chez quatre inoculées les ulcérations artificielles prirent de la gravité, devinrent gangréneuses et nécessitèrent la pratique de quelques saignées qui arrêtèrent promptement les progrès rapides de la gangrène. Il est vrai que M. Sperino attribue ces phénomènes à la présence, chez une de ces malades, d'une bronchite légère, et chez les trois autres, à des affections inflammatoires des voies digestives.

M. Sperino n'était pas en mesure, à l'époque de sa communication à l'Académie royale de Turin, de rapporter en détail ses expériences, dont plusieurs étaient encore incomplètes. Depuis quinze mois, elles sont encore vainement désirées. Comment expliquer ce silence, et ne pas s'étonner d'une précipitation que rien ne commandait?

Survient intercurremment M. Zelaschi, collègue de M. Sperino, dans le service du syphilicôme. M. Zelaschi publie une seule observation. Il s'agit d'un homme de 29 ans, tempérament bilioso-sanguin, excellente constitution. Cet homme portait à la membrane muqueuse du prépuce un chancre primitif datant de trente-cinq jours, ayant 12 à 15 millimètres d'étendue, et reposant sur une base très indurée. Il avait en plus une blennorrhagie datant de cinq ou six mois, et une induration préputiale résultant d'un chancre cicatrisé en 1850.

Cet homme est soumis à la syphilisation. Du 22 juin au 10 juillet, dix-huit inoculations lui sont pratiquées aux cuisses, avec le pus de son chancre primitif, ou avec celui de ses chancres artificiels. Sous l'influence de cette médication, tous les accidens s'aggravent : ulcères des deux premières inoculations très douloureux, étendus, sécrétant, beaucoup de pus virulent, indurés ; bubon développé à l'aine droite ; chancre primitif atteignant 2 centimètres d'étendue, d'un rouge de feu, ayant rongé une grande partie du prépuce.

Force est de suspendre les inoculations : boissons laxatives, potions rafraîchissantes, bains simples du pénis, six saignées veineuses. Les symptômes s'amendent, la plupart des ulcères artificiels se cicatrisent, le bubon se dissipe presque entièrement ; mais le chancre primitif, quoique moins enflammé, ne s'arrête pas et vient entamer la partie correspondante du gland. Trois autres ulcérations se sont même développées, deux aux téguments de la face inférieure de la verge, la troisième au méat urinaire. Une syphilide constitutionnelle apparaît, des douleurs suivies d'un léger gonflement du périoste se font sentir à la partie antérieure et supérieure d'un des tibias.

Dans cetriste état, le traitement antiphlogistique seul, continué pendant quarante jours environ, étant, dit l'auteur, presque infructueux, il est décidé que la syphilisation sera reprise. A partir du 20 août jusqu'au 19 octobre, 145 inoculations sont pratiquées par 5, 6, 9, 10, 14, 15 et 20, à 3, 5 ou 6 jours d'intervalle. De ces ulcérations, les premières furent très douloureuses, enflammées, d'une étendue de 4 à 5 millimètres.

Les médications locales et générales, telles que cautérisations des ulcères, application d'onguent réfrigérant, cataplasmes, lotions avec l'eau fraîche, boissons nitrées et acidulées, continuèrent à être mises en usage.

Les dernières piqûres ne donnèrent plus de résultat, et le malade guérit après cent onze jours de traitement et cent soixante-trois inoculations, dont plus de 130 laissèrent des traces proportionnées à l'étendue des chancres qu'elles avaient produits (2).

Le médecin consciencieux de l'Antiquaille, que j'aime à citer en pareille occasion, fait observer que la cicatrisation spontanée d'un chan-

(1) *Annales des maladies de la peau*, 2e série, vol. III, p. 259.

J'ai dû citer littéralement, et tirer du texte la conséquence obligée ; mais il doit y avoir erreur. M. Sperino n'a voulu parler, sans doute, que de la population moyenne, qui serait de plus de 200 par jour, ce qui, en mettant à un mois la durée moyenne du séjour, porterait le nombre des malades traités au Syphilicôme à 2,400 par année ; nombre encore considérable, si l'on tient compte qu'il laisse en dehors tous les vénériens traités en ville ou dans d'autres établissemens.

(2) *Annales des maladies de la peau*, 2e série, vol. IV, p. 68.

cre, après des soins aussi prolongés, n'a rien d'étonnant; que le traitement antiphlogistique a dû préparer ce résultat; que le gonflement léger, remarqué sur le tibia, ne peut être assimilé aux accidens tertiaires, et que ce phénomène, aussi bien que les taches de la peau *non saillantes*, se dissipent souvent d'eux-mêmes avant que le traitement spécifique soit commencé. Enfin, il s'étonne que la première série d'inoculations ait exaspéré le mal au lieu de l'améliorer (1). Je ne vois jusqu'ici, ajoute-t-il ailleurs, dans les conséquences de l'inoculation syphilitique sur la santé, que deux ou trois mois de souffrance, de repos forcé, des stigmates ineffaçables, quelques chances nouvelles offertes à la vérole constitutionnelle, sans aucun avantage qu'une autre thérapeutique n'eût pu donner (2).

Tels sont les faits les plus importans publiés à l'étranger. Je doute que les articles de MM. Gallino (de Florence), et Nottini, médecin de l'armée piémontaise, que je n'ai pu, je l'avoue, me procurer, soient de nature à y ajouter beaucoup.

Quant aux faits recueillis en France, ils sont rares. Je citerai celui-ci : un jeune homme, sain et bien portant jusque-là, affecté d'un chancre phagédénique récent au gland, a été soumis, dans l'espace de six semaines, à plus de quatre-vingts inoculations successives, réitérées tous les trois, quatre ou cinq jours, au nombre graduellement progressif de six, dix, douze et dix-huit chaque fois, sans qu'il ait tiré de l'opération, conduite d'après les règles de M. Sperino, d'autres bénéfices que : 1° l'agrandissement continu de son chancre primitif; 2° la conversion des *dernières* pustules d'inoculation en chancres phagédéniques; 3° le développement de symptômes secondaires (papules cuivrées, céphalées, engorgement des ganglions cervicaux postérieurs) qui commencent à se manifester après six semaines d'expérience, et après soixante-dix inoculations au moins (3). Cette observation est de M. Diday.

M. Malgaigne s'est appuyé des résultats obtenus au Val-de-Grâce par un médecin militaire des plus distingués, M. Marchal (de Calvi), dont les succès auraient été interrompus, dit-il, par l'autorité supérieure. Les heureux effets de l'inoculation syphilitique pratiquée sur dix-neuf militaires malades, auraient, selon M. Malgaigne, excité l'enthousiasme non seulement de M. Marchal, mais de quelques élèves, et engagé plusieurs officiers à sortir de l'hôpital pour terminer leur syphilisation en ville.

On s'étonne que notre si expérimenté collègue se soit fait, avec tant de facilité, l'écho de bruits que son expérience en critique aurait dû lui apprendre à ne pas reproduire sans preuves. Je traiterai la question avec le sérieux que commande son importance.

Avant d'expérimenter sur des militaires confiés à ses soins éclairés, une pratique aussi neuve, aussi incertaine, pour ne rien dire de plus, que celle de la syphilisation, M. Marchal, que son talent incontesté et son zèle pour le progrès de l'art ne suffisent pas à couvrir dans cette circonstance, devait prendre l'avis de ses chefs. Ne l'ayant pas fait, lorsque l'obstacle résultant des ordres de l'autorité supérieure s'est élevé devant lui, il devait à la science, il se devait à lui-même de rédiger un rapport circonstancié sur tout ce qu'il avait fait. Ce rapport, contenant toutes les observations nominatives, détaillées, complètes, authentiques des militaires sur lesquels il avait agi, devait avoir pour appui une indication de ceux de ces militaires de tous grades appartenant encore à l'armée de Paris, afin qu'il fût possible de constater leur état. En procédant ainsi, M. Marchal pouvait faire excuser sa témérité, en même temps qu'il servait efficacement la cause qu'il avait embrassée.

Parcourez les publications multipliées à grand fracas par MM. les syphilisateurs, vous n'y trouverez que des affirmations pompeuses; il faut les croire sur parole : de statistique exacte, comparative; d'observations individuelles, entourées des garanties de l'authenticité, ils nous en promettent, mais se gardent bien de les produire.

Ils ne croient pas eux-mêmes à la sûreté de leur méthode, à la sincérité des résultats qu'il proclament; et en voici la preuve. Je vous ai montré M. Sperino annonçant, le 23 mai 1851, à l'Académie de Turin, qu'il avait guéri, syphilisé, *toutes* les malades soumises à ses inoculations, pratiquées au moyen de trois ou quatre piqûres chaque fois et répétées une ou deux fois par semaine. Ce résultat, obtenu en huit ou dix inoculations, paraissait devoir satisfaire l'ambition la plus exigeante. Eh bien! ce même M. Sperino écrit à M. Diday, en octobre 1851, que peu à peu il a rapproché les intervalles des inoculations, qu'il les renouvelle tous les deux ou trois jours, les multiplie au nombre de douze, quinze ou vingt chaque fois (4); et il énumère les avantages de cette nouvelle façon de syphiliser, qu'il prétend bien supérieure à l'autre.

Mais voici venir un rapport de la commission nommée par l'Académie royale de médecine de Turin, pour suivre les expériences de M. Sperino. Elle s'excuse d'abord de la lenteur apportée à ses travaux, en expose les motifs, et demande encore un peu de patience au monde médical, qu'elle promet d'édifier complètement sur la syphilisation. Depuis, dit-elle, que cette fièvre ou insatiable avidité de tourmenter la nature vivante, saine ou morbide, a envahi l'esprit de certains syphiliographes, en Italie, en France et en Allemagne, déterminée à voir ce qu'il y avait de bon ou de mauvais dans cette nouveauté, la commission s'est fait un devoir religieux de suivre les essais de toute espèce, faits par les uns et par les autres, dans le but de donner corps et vie à cette étrange idée.

La commission fait ressortir avec beaucoup de soin les difficultés que M. Sperino a rencontrées. « Dans son difficile chemin, dit-elle, il s'est vu forcé bien des fois à procéder de différentes manières; car tandis que la méthode consistant à faire peu d'inoculations lui parut d'abord préférable, puisqu'il disait à l'Académie avoir triomphé par elle dans 52 cas de syphilisation, il a dû depuis peu l'abandonner, non seulement à cause de la lenteur qu'on y mettait à achever la syphilisation, mais aussi parce que les chancres inoculés, soit par leur rapide accroissement, soit par leur extension et profondeur, par leur facile inflammation, et parce qu'ils prenaient l'aspect phagédénique et gangréneux, l'obligeaient bien souvent à suspendre l'inoculation, et à pourvoir aux accidens, à l'aide des remèdes antiphlogistiques locaux et généraux. C'est pour cela, continue la commission de l'Académie, qu'après trois mois d'expériences, il a cru devoir y substituer une méthode entièrement opposée, c'est-à-dire pratiquer de nombreuses et très prochaines inoculations (10, 15, 30, 40, 60) chaque fois, répétées après un ou deux jours. Ainsi, il croyait avoir pourvu aux inconvéniens de sa première méthode; mais l'expérience, qui est toujours la grande maîtresse, nous faisait depuis voir que si la première méthode méritait le reproche d'entraîner trop longtemps la syphilisation, avec la seconde, le cours de l'inoculation se terminait plus tôt que la maladie, qu'on voyait, ou rester toujours, ou reparaître, et que l'inoculation pratiquée de cette manière se montrait plusieurs fois infructueuse (1). » La commission laisse M. Sperino revenant à sa première méthode, et cherchant s'il ne trouverait pas quelque juste milieu ou tempérament.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1852, p. 436.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 481.
(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 816.
(4) *Gaz. méd.*, 1851, p. 625.

Je n'insisterai pas sur ce que les publications de M. Sperino ne nous avaient nullement préparés à cette déclaration des commissaires de l'Académie.

Je touche au terme de la tâche que je me suis imposée. Je ne me sens pas le courage d'ajouter, comme je me l'étais proposé, que si MM. les syphilisateurs ont une foi si vive dans la syphilisation, une conviction si enracinée de son efficacité et de sa parfaite innocuité, je ne vois pas ce qui peut les arrêter à se soumettre eux-mêmes à l'opération, comme le firent les premiers propagateurs de la vaccine, comme l'ont fait Luna Calderone, qui prétendait avoir découvert un préservatif contre la syphilis, et plus récemment MM. Ricord, Welz, Diday, Langlebert; comme le font tous les hommes de bonne foi, qui ont la prétention de doter l'humanité d'un nouvel aliment ou d'un nouveau remède. Non, je ne leur donnerai pas ce conseil, je ne leur jetterai pas ce funeste défi; je les exhorterai à abandonner des pratiques qu'ils jugent eux-mêmes, et avec raison, trop dangereuses pour se les appliquer.

Je crois avoir démontré dans ce travail :

1° Que la doctrine de la syphilisation n'est justifiée, dans son application à l'homme sain ou malade, ni par le raisonnement, ni par l'analogie, ni par les expériences sur les animaux, ni par l'observation de prétendus syphilisés naturellement.

2° Que leur emploi, à titre de prophylaxie contre la syphilis, est une monstruosité qui expose gratuitement aux plus grands périls la santé des personnes qui ont la folie de s'y soumettre.

3° Qu'à titre de traitement des accidens syphilitiques de toutes les formes, elle ne repose sur aucuns faits positifs détaillés, authentiques, sur aucune statistique comparative, et que ce qu'on en connaît d'exact et de constaté, ne témoigne que de son incertitude, de sa difficulté, surtout de ses dangers, et des stigmates honteux qu'elle laisse à sa suite.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de déclarer, par son vote, qu'elle approuve les principes exposés dans le rapport de sa commission, en ce qui concerne la pratique de la syphilisation, comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 Août 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

M. BLANDET fait connaître le résultat de *quelques expériences ayant pour but de conserver le sang*. On sait, dit-il, que l'hyposulfite de soude et le chlorure de zinc se disputent l'avantage de conserver, par injection, les cadavres humains; j'ai mis du sang dans une solution concentrée de l'un et de l'autre sels, et au bout de quinze jours, au contact de l'air, le sang sentait mauvais avec l'hyposulfide, quoique liquide et noir; le chlorure de zinc l'avait précipité sans mauvaise odeur. J'ai expérimenté un autre sel, chlorure comme le sel de zinc, alcalin comme le sel de soude, le *chlorure de baryte*; ce sel maintient le sang liquide comme le sel de soude, et le conserve sans odeur, comme le sel de zinc.

La propriété du sel de baryte, de rendre le sang imputrescible, devrait donc, d'après M. Blandet, faire employer le sang saturé de baryte, dans l'art d'embaumer les corps. Ce qui a nui généralement jusqu'à ce jour à l'adoption dans les familles des méthodes diverses d'embaumement, ajoute l'auteur, c'est l'aspect cadavéreux des sujets les mieux injectés. Les artères étant vides après la mort, la coloration rosée des tissus disparaît et l'injection des liquides incolores ne peut pas la faire reparaître. Injectez, au contraire, du sang rendu imputrescible, et le double but de la conservation et la recoloration du corps est atteint.

VARIÉTÉS.

STATISTIQUE DU CRÉTINISME DANS LE BAS-RHIN.

Les détails qui suivent sont extraits d'un rapport présenté par M. le professeur Tourdes au conseil d'hygiène publique et de salubrité du Bas-Rhin.

La Robertsau présentait autrefois, aux portes de Strasbourg, l'affreux spectacle du crétinisme endémique dans des proportions considérables. Cet état de choses est aujourd'hui complètement changé.

La génération actuelle ne fournit plus de crétins; le crétinisme et le goître ont presque totalement disparu sous l'influence des améliorations hygiéniques et des travaux de desséchement qui ont complètement modifié l'état sanitaire de la Robertsau.

Les villages de Neuhof et de Neudorf sont bâtis sur un terrain couvert de bas-fond, vaseux, coupé en tous sens par des fossés et par des canaux, bordé par le Rhin et par l'Ill, et sujet à des inondations périodiques. Le crétinisme et le goître y étaient autrefois très communs; aujourd'hui encore le nombre des malheureux atteints de ces infirmités est assez considérable. Sur les 21 crétins, on compte 8 hommes et 13 femmes; sur les 29 goîtres, 7 hommes et 22 femmes. Quelle que soit l'élévation actuelle de ce chiffre, depuis une vingtaine d'années, il n'en a pas moins notablement diminué. Cette diminution paraît due à des travaux d'assainissement qui ont amené un abaissement dans le niveau général des eaux. D'autres circonstances y ont encore concouru. Autrefois cette population se composait de familles qui s'alliaient toujours entre elles; aujourd'hui, grâce à l'influence des étrangers, elle est formée d'élémens très hétérogènes. Jadis, on conservait les crétins au foyer domestique; maintenant on s'empresse de les faire recevoir dans les asiles de charité. On s'oppose ainsi à la propagation héréditaire du mal. On peut supposer que l'établissement récent des salles d'asile et d'écoles bien tenues exercera une heureuse influence sur l'avenir de ces populations.

(1) *Gaz. méd.*, 1852, p. 508.

La banlieue de Strasbourg, les cantons de Geispolsheim et de Bischwiller présentent seuls le goître et le crétinisme endémiques dans l'arrondissement de Strasbourg. Ces affections règnent dans des communes riveraines du Rhin et de l'Ill, et situées sur des terrains bas et marécageux. Le total des crétins recensés est de 94; le total des goîtreux est de 254, ce qui forme un total de 348 individus plus ou moins atteints par ces causes de dégradation de l'espèce humaine. Il importe de remarquer que l'âge des individus observés indique une diminution notable dans l'activité du mal. On est unanime pour reconnaître que le goître, et surtout le crétinisme, ont notablement diminué depuis une trentaine d'années, et il est permis d'espérer que les travaux de canalisation et de desséchement et les autres améliorations hygiéniques introduites dans cette partie de l'arrondissement, réuniront de plus en plus l'étendue du fléau.

Quelques analyses chimiques, démontrant la présence de la magnésie dans les eaux de communes où le crétinisme et le goître endémique n'ont jamais existé, ou dans les eaux d'autres communes où ces affections, naguère répandues, ont aujourd'hui notablement diminué, permettent d'élever des doutes sérieux sur la théorie qui attribue le développement du goître et du crétinisme à l'influence des sels magnésiens.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — On écrit de Varsovie, 8 août:

« Le prince gouverneur a fait don de 500 livres de thé à la commission de secours, pour être distribuées tous les matins aux pauvres de la capitale. Dans ces deux derniers jours, le choléra a frappé 254 personnes, 214 sont mortes.

» Les gens de la campagne ont perdu courage, les récoltes sont restées dans les champs, faute de bras pour les enlever. La peur de la mort les pousse dans les bois. Les symptômes de la maladie sont terribles. Des crampes saisissent le malade, et la mort arrive quelques heures après. A Swierczevo, colonie qui compte quelques centaines d'habitans, il n'y a plus que dix personnes vivantes.

» A Wielkavice, qui est à quelques distance, 15 personnes sont mortes dans l'espace de quelques heures. — A Sieradz, petite ville sur les bords de la Wartha, plus de 500 personnes sont mortes, — A Opatowko à Blasky, Wartha, Radoun et vers l'intérieur de la Pologne, des milliers de tombes s'ouvrent, auprès desquelles les parens et les orphelins versent des larmes. » (*Le Pays.*)

HONNEURS RENDUS A LA MÉDECINE. — Un journal a donné la nomenclature des monumens élevés depuis 1815 dans les principales villes de France à la gloire des illustrations de notre pays. Parmi les médecins, nous ne voyons guère que ceux de Cuvier à Aix, de Bichat à Belley, du docteur Champion à Bar-le-Duc et de Larrey à Paris. C'est bien peu sans doute, si l'on considère le nombre immense de statues élevées à nos littérateurs et à nos hommes de guerre, mais c'est quelque chose cependant, quand on réfléchit combien le rôle des médecins a été mal apprécié par la société. Il a donc à se louer de cette justice, un peu maigre sans doute, rendue à la médecine; mais l'avenir rétablira, il faut l'espérer, la balance en notre faveur.

ÉPIDÉMIES. — Il règne en ce moment, en Espagne, des diarrhées et des dyssenteries épidémiques très meurtrières, surtout chez les enfans, chez lesquels elles revêtent la forme de choléra.

COUTUMES ESPAGNOLES. — Un journal de médecine espagnol, *la Union*, contient l'article suivant : en trois mois, nous avons vu mourir de blessures reçues dans des combats de taureaux, le banderillero Boccanegra, le picador Puerto et l'espada Cano. Voilà qui fait l'apologie de ces combats de taureau, si en honneur parmi nous, mais certainement peu honorables pour notre caractère national.

NÉCROLOGIE. — La médecine ligurienne vient de perdre un de ses plus nobles représentans dans la personne du docteur Batolla, professeur de chirurgie à l'Université de Gênes, et l'un des rédacteurs de la *Gazette médicale ligurienne.*

— Le buste de Signoroni a été inauguré solennellement dans l'Université de Padoue, dont il fut l'un des principaux ornemens.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Du décret du 10 avril dans ses rapports avec l'éducation du médecin, par M. BONNET, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon. — Mémoire dont l'impression a été votée par l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, et par la Société nationale de médecine de la même ville. — In-8. Lyon, 1852.

Nouvelles recherches d'anatomie et de pathologie sur la région parotidienne, par le docteur E. TRIQUET. — In-8. Paris, 1852.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par le docteur G. RICHELOT, avec des notes et des additions per le docteur Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.
Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Traité pratique de l'Inflammation de l'Utérus, de son col, et de ses annexes; par le docteur J. Henry BENNET; traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8, avec planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.
Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. FAUCONNEAU-DUFRESNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.
Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur ANDRAL; recueilli et publié par M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 99. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 19 Août 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 AOUT 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LA SYPHILISATION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il faut beaucoup d'art, un grand talent et une aptitude spéciale aux joûtes de la parole, pour ranimer une discussion qui s'éteint, et donner une nouvelle vie à une question épuisée. Ce succès difficile, M. Malgaigne l'a obtenu hier; au point de vue de la forme, ce nouveau discours restera comme un de ses plus remarquables triomphes de tribune académique; triomphe regrettable, assurément, et que l'avenir pourrait faire payer bien cher à l'éloquent académicien!

Tout d'abord, disons-le cependant : les vives lumières que M. Malgaigne s'était solennellement engagé à répandre sur la question, n'ont pas brillé d'un éclat très vif; nous avons vainement attendu les faits nouveaux annoncés, et qui devaient dissiper toutes les obscurités de la question; ces faits nouveaux ont fait défaut. Comme dans sa première action, M. Malgaigne n'a invoqué d'autres observations que celles que la Syphilisation montre mystérieusement aux intimes, c'est-à-dire des faits passés et accomplis loin de tout examen et de tout contrôle, que M. Malgaigne lui-même n'a pu ni constater dans leur période initiale, ni suivre dans leur évolution, ni apprécier dans leurs conséquences finales; en un mot, M. Malgaigne n'a pas assisté à une seule expérience de Syphilisation préventive ou curative; il n'a vu que quelques individus qui lui ont dit : nous sommes syphilisés, croyez-nous; ou quelques autres qui lui ont assuré qu'atteints de syphilis constitutionnelle, ils n'avaient trouvé de guérison que dans les pratiques nouvelles. Il faut bien que nous fassions cette remarque, qui mettra d'ailleurs tout le monde à l'aise, car M. Malgaigne n'ayant rien fait, rien expérimenté par lui-même, ce ne sont pas les faits de M. Malgaigne dont on conteste ainsi la signification ou l'existence.

A Dieu ne plaise que nous suivions M. Malgaigne dans les capricieux méandres qu'il s'est plu à parcourir. Notre savant ami a cherché un succès oratoire et littéraire, il l'a obtenu. Comme fantaisie, ce discours est charmant. Pourquoi faut-il que la science austère ait d'autres exigences? Quand nous aurons lu son discours, dont nous ne voulons pas faire la critique après une simple audition, nous chercherons à prouver à M. Malgaigne que ses doctrines de philosophie scientifique ne sont qu'un brillant paradoxe, que lui seul peut avoir la témérité de soutenir, car lui seul peut lui donner ainsi l'attrait et le prestige du talent. Nous chercherons à lui montrer le contraste étrange, et qui frappera tous les lecteurs entre l'exorde et la péroraison de son discours, entre cette réprobation énergique contre la Syphilisation préventive et ce malheureux défi adressé à M. Ricord, entre cette qualification de *crime* qu'il n'a pas craint de jeter à la face de la Syphilisation préventive, et ses imprudens encouragemens si pathétiquement adressés à l'inventeur de la Syphilisation. Tout cela nous a profondément étonné, et, disons-le, attristé; et c'est même pour laisser se dissiper un peu la pénible impression qui nous est restée de ce discours, que nous demandons à nos lecteurs la permission d'en différer d'un jour l'appréciation que nous en voulons faire.

M. Ricord avait à répondre au dernier discours de M. Depaul, il a voulu répondre aussi au discours de M. Malgaigne. A M. Depaul il a répondu avec émotion, avec énergie, car M. Depaul, dépassant en cela les limites d'une discussion scientifique, avait opposé au témoignage de M. Ricord le témoignage de quelques-uns de ses élèves. D'ailleurs, reprenant un à un et pièce à pièce les faits qu'il avait précédemment produits, et dont M. Depaul avait contesté l'exactitude, M. Ricord a montré par des preuves irrécusables que tout ce qu'il avait avancé était l'expression de la pure vérité, et que M. Depaul seul s'était laissé égarer dans son enquête et dans sa contre-enquête. Cette sorte de justification, à laquelle on a forcé M. Ricord, a été accablante pour ses accusateurs et pour la Syphilisation. Pas un fait, pas un seul fait de ceux que la Syphilisation a voulu produire, ne subsiste plus à cette heure. La syphilis constitutionnelle du fameux singe de M. Langlebert, s'est transformée, de par M. Langlebert lui-même, qui a fait en cela acte de haute loyauté scientifique, en une légère excoriation produite par le frottement du lien qui attachait l'animal. La Syphilisation si assurée, si irréfragable du jeune médecin toulousain, contestée et niée par ce médecin même, selon un témoignage produit par M. Ricord. Le fait si émouvant de la passion et de la mort de l'infortuné M. J..., attesté et confirmé dans ses circonstances décisives par le témoignage honorable de M. Piédagnel et par celui d'un externe de M. Velpeau, qui a assisté à toutes les scènes de ce drame si triste. M. Diday lui-même, intervenant dans ce débat pour produire un fait énormément grave de Syphilisation manquée et produisant les accidens les plus redoutables de syphilis constitutionnelle. Quatre faits nouvellement produits par M. Sperino, de prétendue Syphilisation, s'évanouissant sous la critique dissolvante de M. Ricord, telle a été, en substance, la réponse du chirurgien du Midi à l'argumentation de M. Depaul. « Et vous nous accusez, s'est écrié spirituellement M. Ricord, de placer une barrière devant le progrès! Non, c'est un garde-fou que nous dressons, pour que vous ne vous précipitiez pas dans l'abîme.

La justice et l'impartialité nous font un devoir de réserver aussi pour un prochain article, ce que nous aurions à dire de la réponse de M. Ricord au discours de M. Malgaigne.

La discussion finira probablement dans la séance que l'Académie accorde extraordinairement à la Syphilisation, samedi prochain.

Amédée LATOUR.

Paris, 17 Août 1852.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous envoyer, en vous priant de lui donner l'hospitalité dans les colonnes de votre journal, une copie de la lettre que j'ai adressée à M. Depaul, au sujet de la partie de son discours du 10 août, reproduite dans votre numéro du 12, relative aux observations de M. J... et de Mlle X...

Recevez, etc. H. LEFEVRE.

A Monsieur le docteur Depaul.

Monsieur,

La facilité avec laquelle on croit d'ordinaire à ce qu'on désire, vous a fait accorder trop rapidement votre confiance à une prétendue rectification de MM. Guilbert et Mialet, rectification dont la première partie est sans portée, dont la seconde est erronée en tous points.

Quoi qu'on fasse, le fait de M. J... est brutal; il se résume en quatre mots : syphilis antécédente, le 30 janvier 1852, début du traitement syphilisateur curatif, inoculations successives au nombre de 50 à 60 au moins sur chaque bras, érysipèle débutant sur un bras, mort le 13 juillet 1852.

Je ne savais rien de plus, je n'ai rien dit de plus à M. Ricord. M. Guilbert dit aujourd'hui que l'érysipèle débuta au bras gauche, soit; le jour de l'enterrement, il dit à moi-même et à d'autres, que c'était au bras droit.

Au reste, Monsieur, dans une question aussi grave, et encore aussi obscure, les expérimentateurs doivent compte au public de leurs échecs comme de leurs succès, et si une chose m'étonne ici, c'est de n'avoir pas vu M. Auzias lui-même prendre l'initiative de cette triste communication, au lieu de laisser s'établir de stériles et déplorables débats entre des gens moins bien informés que lui.

Pour ce qui concerne Mlle X..., nous allons voir ce que vaut une assertion de MM. Guilbert et Mialet,

Si les observateurs sur lesquels vous vous appuyez, avaient attentivement écouté le discours de M. Ricord, ils auraient appris que M. Ricord a vu lui-même, et non par mes yeux, Mlle X..., que j'ai amenée dans son cabinet, le 2 août.

Ils auraient appris que Mlle X... s'est soumise à l'inoculation depuis février dernier, ce qui fait quatre mois et demi de syphilisation (elle s'est arrêtée au commencement de juillet), et non deux mois comme le disent ces messieurs.

Si ces observateurs y avaient regardé de plus près, ils auraient vu peut-être toutes les manifestations syphilitiques que M. Ricord a signalées, et qui sont encore visibles pour tout le monde; s'ils l'avaient interrogée, ils auraient su quand et comme sont apparues des éruptions diverses pendant son *fatal traitement!*; comment ont grandi les ulcérations de la gorge. Ils auraient su aussi, que si M. J... considérait devant eux, assez sceptiques alors, depuis convaincus par l'événement, la syphilisation comme un bienfait, il tenait vis-à-vis de sa maîtresse un tout autre langage.

Vous avez lu, Monsieur, dans la dernière séance, la lettre de MM. Guilbert et Mialet; j'attends de votre loyauté que vous fassiez à celle-ci le même honneur.

Agréez, etc. H. LEFEVRE.

Paris, ce 10 Août 1852.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR LES GRANULES DE DIGITALINE.

Corbeny (Aisne), le 19 Juillet 1852.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans le dernier numéro de votre journal, si judicieusement rédigé, si réellement pratique, un spirituel article du confrère Homolle *sur les granules sans digitaline :* cette lecture m'a décidé à vous faire parvenir, sans plus attendre, l'observation suivante, qui n'a d'autre mérite que celui d'être le premier cas d'empoisonnement par ce principe végétal.

Le nommé Rouss..., de Corbeny, 72 ans, fondeur, dont la constitution vigoureuse et sèche avait su résister aux influences morbifères des intempéries diverses auxquelles ses occupations l'avaient exposé jusque dans ces derniers temps, me consulta, le 24 mai dernier, pour une douleur ancienne au côté gauche de la poitrine, pouvant reconnaître pour causes des adhérences; car je trouvai au côté correspondant une matité assez étendue sans bruit morbide dans la respiration, et je constatai, en outre, irrégularité et obscurité des bruits du cœur; pouls 68-70, œdème des membres inférieurs, datant de deux mois et disparaissant la nuit. Je prescrivis un large vésicatoire, et matin et soir un granule de digitaline.

Un fait tout récent d'intoxication chez une femme, qui, après avoir cessé l'emploi de ce médicament avait cru pouvoir arriver d'emblée à la dose de deux granules le matin et deux le soir, était encore tellement gravé dans ma pensée, qu'il m'avait fait indiquer la dose d'une manière formelle et itérative. — Mais cet homme, seul au moment de ma visite, ne se rappelait plus mes recommandations, et d'ailleurs lui, pour lequel le volume est tout, ayant déjà vu prendre de *grosses* pilules, faisait fi de ces granules, oubliant ce viel adage : *Dans les petites boîtes les fines épices;* comme il me l'a dit si bien depuis.

Quoi qu'il en soit, le mardi 25, six heures du matin, il prend une forte dose de granules; avant dix heures il éprouve un commencement de céphalalgie et quelques nausées; cependant vers dix heures il prend une nouvelle dose, et, comme la première fois, sans compter; ayant compté les granules restant au flacon, nous en avons trouvé vingt-cinq : il en manquait donc trente-cinq à l'appel; c'était en réalité une trentaine qu'il avait pris, puisque l'amertume très prononcée des derniers lui en avait fait rejeter quelques-uns, trois suivant lui, cinq suivant sa domestique. Vers midi, les symptômes augmentent (car ils se confondaient avec ceux pour lesquels il m'avait consulté), mais ce n'est que vers cinq heures qu'ils deviennent assez forts pour l'inquiéter. Il éprouve alors pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure environ des troubles dans la vue, ou comme il disait lui-même, des bouffées de sang dans les yeux.

L'anxiété précordiale est extrême; il répète à chaque instant qu'il est à sa dernière heure (en d'autres termes que ceux que j'emploie), qu'il ne la fera plus longue; cependant l'intelligence reste nette, et comme toujours, chez lui, disposée à chercher le côté risible des choses.

A mon arrivée près de lui (six heures du soir), je retrouve dans toute leur intensité les symptômes énoncés plus haut, et de plus je constate : langue plutôt contractée que large, avec un léger enduit jaunâtre sur les côtés, sécheresse et rougeur peu prononcées au centre et à la pointe; pas de soif, refus même de boissons, qui ramènent les nausées fréquentes, pénibles, par suite des efforts violens qu'elles déterminent. Une douleur qui n'augmente pas à la pression se fait sentir à la région épigastrique droite. Ni borborigmes ni vents, abdomen rétracté, pas de selles: *urines* rares, d'un roux brun, dépôt briqueté, abondant. Rien du côté de la respiration; peut-être un peu plus de fréquence par instant. Les membres sont frais sans être froids. Pas de sueurs. Quelques rares bouffées de chaleur. Le pouls plein, vibrant sous le doigt, régulier, est descendu à 48.50; dans mon étonnement, j'ai dû le compter une seconde fois et suis arrivé au même nombre. Les bruits du cœur sont profonds et la force d'impulsion est telle, qu'elle soulève visiblement la poitrine et les linges qui la couvrent. La céphalalgie, qui a toujours dominé les autres symptômes, est en général lancinante, c'est constamment sur elle que le malade appelle mon attention. Etourdissemens, et, en se levant, vertiges qui l'obligent à se recoucher. Ni bourdonnement d'oreille ni surdité. La sensibilité générale n'est nullement altérée. Le malade, qui se plaint souvent de crampes, dit en avoir éprouvé depuis le soir. Affaissement général avec assoupissement. Je prescris ipéca, puis tartre stibié et lavemens purgatifs en nombre illimité.

Sous l'influence de ce traitement, les nausées se changent en vomissemens de matières verdâtres, brunâtres, amères en diable, dit le malade, pas de selles.

Vers minuit (dix-huit heures après), je prescris alternativement, et de demi-heure en demi-heure, infusion de café avec rhum, eau vinaigrée ou limonade citrique et de nouveaux lavemens purgatifs.

Ce n'est qu'avec difficulté qu'il se décide à prendre ce qu'on lui présente, il est persuadé de l'inutilité des médicamens employés, et ne veut aucune boisson.

Mercredi. Vingt-quatre heures après, la douleur de tête est la même, l'anxiété est moindre, le pouls à 54, toujours aussi plein, aussi régulier. Les vomissemens sont moins fréquens. Urines moins rares; il a rendu ses lavemens avec des mucosités, mais sans excrémens. Quelques crampes encore ce matin; continuation du café, des boissons acidulées et des lavemens purgatifs. La journée est moins mauvaise, le sommeil est calme, l'affaissement moindre, pas de soif, la rougeur de la langue s'efface.

Le jeudi, troisième jour, nuit assez bonne, la céphalalgie persiste, pas de crampes, les mouvemens du cœur toujours réguliers, le premier bruit est sourd et se prolonge par un bruit de souffle, jusqu'à se confondre presque avec le second qui est éclatant. Il prend 30 centig. de calomel et lavemens; il se lève vers douze heures, éprouve de nouveaux malaises, des nausées et des étourdissemens, et malgré cela il va jusque dans sa cour; quelques coliques, pas de selles. (Scammonée 50 centigr., associée à 4 grammes de crême de tartre.)

Le vendredi, 72 heures après l'ingestion de la digitaline, il a été cinq ou six fois à la selle, et a dû à ces évacuations d'avoir une bonne nuit; la céphalalgie est moindre; l'abdomen est plus rétracté, s'il est possible, pas de ballonnement, pas de sensibilité, pouls 68-70, urines colorées, déposant encore, et revenues à leur quantité normale, appétit nul, peu de soif; somnolence, une nausée; je fais reprendre un peu de café, sans rhum, bouillon, lavemens émolliens.

Le samedi, 5me jour, nuit bonne, voix pleine, sonore, douleur nulle; il ne se plaint que d'un endolorissement général qu'il attribue aux efforts de vomissemens; légère douleur de tête, langue sèche, croûteuse au centre, pas d'appétit, peu de soif, encore un peu d'assoupissement, et faiblesse qui l'empêche de se lever; pouls, 60, régulier. Bouillons, lavemens émolliens.

Le dimanche, nuit bonne, facies bon, langue moins sèche qu'hier, pouls, 56, pas de selle depuis hier, état satisfaisant. Bouillon, soupes, vin.

Lundi, pouls, 61-62.

Mardi, pouls, 58-60. Ce dernier jour, il ne ressent plus qu'une douleur dorsale, se faisant également sentir vers la région épigastrique, et une légère douleur de reins; il se promène, fait près de 3 kilomètres, se couche et dort sur l'herbe, à l'ombre, puis mange deux petites soupes et très peu de salade.

Mercredi, 2 juin. La douleur épigastrique, stationnaire jusqu'à trois heures du matin, devient tellement vive, qu'elle arrache des cris au patient.

A quatre heures du matin, langue humide rosée, abdomen plus rond que par le passé, non ballonné, avec une douleur très vive, limitée, à un pouce au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane; les membres sont frais et non froids; pouls fort, 50. Lavemens purgatifs, laudanum-éther, cataplasmes. — A huit heures et demie du matin, vomissement de mucosités glaireuses, pouls, 50, moins fort, membres plus chauds, peu d'amélioration.

A trois heures et demie, pouls, 64, fort, vibrant, langue muqueuse dans toute son étendue, léger enduit blanchâtre, un vomissement, plus abondant que le précédent; laudanum en boisson, en lavement et sur les cataplasmes.

10 heures du soir. Quelques douleurs; vers huit heures et demie, deux selles; pouls, 60-62.

Jeudi, six heures et demie. Nuit bonne, plus de douleur abdominale depuis ma dernière visite. — Dix heures du soir, facies bon; pouls, 60-66, langue humide, sèche, brunâtre à la pointe; tête encore un peu embarrassée; abdomen encore sensible à la pression, gargouillement. La journée est bonne. — A dix heures du soir, le pouls battait 62 fois.

Vendredi, je ne puis le voir que le soir à cinq heures: pouls, 78-80; disposition continuelle au sommeil; l'appétit ne revient pas; langue sèche au milieu et à la pointe, humide sur les bords; petite douleur épigastrique; quatre selles avec lavemens. — A dix heures du soir, mieux, pouls, 74-76.

Le samedi, langue humide, pâteuse dans toute sa surface; très peu de rougeur à la pointe seulement; gargouillement, légère douleur abdominale; pouls, 68-70; nuit bonne.

Le dimanche et le lundi (5 et 6 juin), état satisfaisant, appétit, deux selles, pouls, 64-66.

Mardi (8 juin), il éprouve depuis vingt-quatre heures quelques malaises de même nature que ceux du mercredi précédent, d'une intensité bien moindre, et qui cèdent rapidement aux moyens employés.

Lundi (14 juin), pouls, 70-72. — Mercredi (16 juin), 72-74. Il est guéri et reprend ses travaux. Je le revois un mois après, l'œdème des extrémités se reforme chaque soir; du reste, mieux sensible.

N'ayant pu vous faire parvenir cette lettre aussitôt que je le voulais, j'étais décidé à la conserver, mais me rappelant ces paroles de Bernard Palissy: « Aussi est escrit que le fol célant » sa folie, vaut mieux que le sage célant son *sçavoir*, » je n'ai pas voulu, abusant des dons de Dieu, conserver pour moi seul un fait que le hasard m'a fourni, et qui peut venir en aide aux documens déjà nombreux et si intéressans que vous avez, Monsieur, publiés sur la digitaline.

Mon intention était d'abord de m'en tenir au fait brut, laissant le champ libre aux judicieuses remarques de votre comité de rédaction. Cependant, désirant vivement fixer votre attention sur quelques points, j'ai cru devoir ajouter à l'observation les lignes suivantes.

1° Après une dose aussi forte, en face d'un ensemble de symptômes aussi effrayans, cette terminaison favorable a lieu de nous étonner, quand nous reportons notre pensée sur les effets d'intoxication produits par la quinzième partie, et même la trentième partie de cette dose: nous avions donc affaire ici à un homme dont la susceptibilité n'était pas très prononcée.

2° Ce n'est que douze heures après l'ingestion des premiers granules, que nous voyons apparaître les premiers symptômes. Cette lenteur dans le développement des accidens, déjà observée dans le service de M. Andral, et qui avait fait dire à M. Sandras (Union Médicale, 29 novembre 1849) « qu'on devait surveiller très attentivement la brusque puissance toxique de ce médicament, malgré la sécurité qu'il laisse au malade, même pendant plusieurs jours, » cette lenteur, dis-je, peut-elle être attribuée à la lenteur de la dissolution du médicament par le suc gastrique? N'est-ce pas plutôt à la lenteur de l'absorption du principe vénéneux, ou, mieux encore, à sa lenteur d'action, alors que déjà il est depuis un certain temps dans le torrent circulatoire, comme sembleraient le faire croire certaines observations, puisque, dans le fait dont je soumets l'interprétation à votre critique, comme dans le service de M. Andral, ce n'est que lentement, successivement que les phénomènes toxiques se présentent? Et cependant, craignant la formation d'un sel plus soluble que la base, j'ai cru devoir attendre dix-huit heures avant d'administrer les boissons acidulées.

3° Les troubles du côté de l'estomac étaient-ils l'effet direct de l'action locale du toxique? Je ne le pense pas; car je n'ai observé aucun symptôme inflammatoire de cet organe, et j'ai pu impunément donner café, rhum, etc. — Ces trouble n'étaient-ils pas plutôt secondaires à ceux du cerveau qui les ont précédés?

4° A quelle cause devons-nous attribuer les souffrances atroces du mercredi 2 juin et celles beaucoup moins prononcées du mardi suivant?

5° Cette observation semblerait contredire l'assertion de M. Lemaistre, qu'à hautes doses la digitaline est plus diurétique qu'à doses inférieures.

Ayant obtenu la régularisation des phénomènes circulatoires, je n'ai pas cru devoir insister près du malade pour lui faire reprendre les granules, car maintenant il les redoute

Agréez, etc. Dr Leroux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 Août 1852. — Présidence de M. Piobert.

M. Thénard lit un rapport sur un mémoire de M. Lecanu, ayant pour titre: *Nouvelles études chimiques sur le sang*. (Comm. MM. Dumas, Andral et Thénard.)

L'auteur du mémoire dont nous avons à vous rendre compte, dit M. le rapporteur, a déjà fait des observations remarquables sur le sang; il est parvenu, dans des recherches qui datent de 1830, à en extraire la matière colorante qu'il a étudiée avec soin, et qu'on a depuis désignée sous le nom d'hématosine. Aujourd'hui, il se propose de résoudre les trois questions suivantes:

1° Le sang, d'après l'analyse microscopique, n'étant évidemment formé que de globules rouges ou brun-rouge, tenus en suspension dans un liquide jaunâtre et limpide, appelé sérum, est-ce dans les globules ou le sérum, ou tout à la fois dans ces deux liquides que se trouve la fibrine?

2° Comment parvenir à séparer complètement les globules sanguins du sérum au milieu duquel ils nagent et roulent sans cesse, pendant la circulation, dans les animaux vivans?

Ces trois questions sont importantes. L'auteur résout la première d'une manière fort simple. S'étant assuré que le sulfate de soude en dissolution concentrée s'oppose à la précipitation de la fibrine, et est sans action sur les globules du sang, il reçoit le sang à la sortie de la veine ou de l'artère dans de l'eau saturée de sulfate de soude à 12°, puis il filtre le liquide à travers le papier Joseph. Tous les globules restent sur le filtre. Le *sérum*, au contraire, tenant en dissolution toute la fibrine, passe à travers; et lorsqu'on vient à l'étendre de huit à neuf fois son volume d'eau, la fibrine s'en précipite tout entière en filamens gélatineux; il n'en reste point ou il n'en reste tout au plus que des traces dans la liqueur filtrée. Or, comme on verra tout à l'heure que les globules ne contiennent point de fibrine, il s'ensuit que cette substance ne fait partie que du *sérum*.

Mais comment se procurer tous les globules sanguins purs, ou plutôt comment les séparer complètement du sérum dans lequel ils sont tenus en suspension? Les globules possèdent une propriété remarquable; c'est de ne pouvoir être attaqués par les dissolutions salines, et surtout par la solution saturée de sulfate de soude. Il suffira donc de les laver avec cette solution à la température de + 12°, pour enlever tout le sérum qui pourrait être adhérent à leur enveloppe. Déjà le sulfate de soude avait été employé pour opérer cette séparation. Mais, au lieu d'employer le procédé de M. Lecanu, on commençait par extraire la fibrine en battant le sang; puis, après avoir ajouté le sulfate de soude au sang battu, les globules en étaient séparés par le filtre.

Enfin, quelle est la composition des globules sanguins? Ils contiendraient, suivant l'auteur, jusqu'à huit substances diverses:

1° De l'hématosine;

2° Beaucoup d'une substance qui a été signalée par Berzélius, MM. Gmelin et Mudler, et qu'ils ont nommée globuline;

3° Très peu d'albumine;

4° Une matière fibrineuse qui leur sert d'enveloppe;

5° Une matière animale dite *extractive*, et soluble dans l'alcool et l'éther;

6° Une matière grasse;

7° Divers sels, au nombre desquels sont des chlorures, des phosphates et des carbonates alcalins;

8° De l'eau qui, sauf l'enveloppe, tient toutes ces matières en dissolution.

La propriété qu'a l'eau de dissoudre les globules, moins leur enveloppe, permet d'isoler celle-ci. Lorsqu'ensuite la liqueur filtrée est soumise à l'ébullition, l'hématosine, la globuline, l'albumine se coagulent, la matière dite extractive, les sels, la matière grasse restent au contraire en dissolution. De là les moyens de grouper les substances immédiates qui constituent les globules, et de les séparer ensuite, en mettant à profit l'action qu'exercent sur elles les différens dissolvans. C'est ce qu'a essayé de faire avec soin M. Lecanu.

Parmi les diverses substances immédiates qui, par leur réunion, composent les globules sanguins, il en est qui méritent de fixer un instant l'attention de l'Académie.

Au premier rang est l'hématosine. Dans l'état où elle avait été obtenue par l'auteur en 1830 et 1837, elle contenait encore de l'albumine. M. Lecanu parvint à l'en séparer. Ainsi purifiée, l'hématosine, qui joue un si grand rôle dans l'économie animale, est soluble dans l'alcool concentré; elle se dissout même très facilement dans l'éther, à la température ordinaire, en lui donnant une belle couleur rouge de sang, et s'en dépose par l'évaporation spontanée sous forme de petites lamelles d'éclat métallique de couleur améthiste tout à fait semblables à l'argent rouge.

Vient ensuite la globuline signalée, comme nous l'avons dit précédemment, par Berzélius, M. Gmelin et M. Mudler; M. Lecanu l'a mieux caractérisée et a démontré qu'elle constituait une grande partie des globules et ne faisait point partie du *sérum*; elle se distingue d'ailleurs de l'albumine, avec laquelle elle a de grands rapports par la propriété qu'elle a de se dissoudre à chaud dans l'alcool à 20°, et de ne pas être précipitée par le sous-acétate de plomb.

La matière fibrineuse doit être aussi l'objet de quelques remarques; c'est elle qui forme l'enveloppe des globules sanguins et qui permet de concevoir comment il peut se faire que les globules soient si solubles dans l'eau et la teignent à l'instant en un beau rouge, tandis qu'ils ne colorent ni le *sérum* au milieu duquel ils nagent, ni l'eau saturée de sels et surtout du sulfate de soude. La cause en est évidente. C'est que la matière fibrineuse constitue une sorte de membrane imperméable, soit au liquide albumineux, soit aux dissolutions salines; et si, quand on fouette le sang à la manière des bouchers, il reste coloré, c'est sans doute parce qu'on brise l'enveloppe des globules et qu'alors rien ne s'oppose plus à leur mélange avec le sérum. Aussi, lorsque après avoir violemment agité le sang on abandonne le liquide au repos, la matière fibrineuse se dépose-t-elle en lamelles incolores, translucides, à reflets nacrés, flexibles et malléables, au plus haut degré.

La substance dont elle se rapproche le plus, et avec laquelle on serait tenté de la confondre, est la fibrine. Cependant elle en diffère surtout par la résistance à l'action dissolvante de la potasse caustique. L'eau, chargée d'un dixième de son poids d'alcali, dissout, même à froid, la fibrine hydratée et ne dissout même pas l'enveloppe des globules à la température de l'ébullition.

Enfin, disons un mot de l'albumine des globules, n'est-il pas extraordinaire que les globules sanguins en contiennent si peu, lorsque le sérum, dans lequel ils nagent, en est presque entièrement formé, et ne serait-on pas autorisé à soupçonner qu'elle pourrait peut-être ne provenir que de ce que les globules en auraient absorbé une quantité sensible.

Quoi qu'il en soit, il ressort évidemment de ces observations que les matières animales qui composent le sérum sont essentiellement différentes de celles qui composent les globules sanguins.

Le sérum ne contient que de l'albumine et de la fibrine; point de globuline, point d'hématosine. Les globules sanguins ne contiennent, au contraire, que de l'hématosine, de la globuline; point de fibrine, peu d'albumine.

Tels sont les principaux faits qu'a observés M. Lecanu. Il a le projet de continuer ses recherches, nous ne saurions trop l'y encourager.

En effet, que de questions encore à éclaircir ou à résoudre! Qu'il nous soit permis d'en indiquer quelques-unes:

1° Refaire et répéter plusieurs fois l'analyse des divers sangs veineux et celle du sang artériel, en tenant compte, autant que possible, des influences qui pourraient en modifier la composition;

2° Constater avec grand soin la différence qui existe entre la nature de l'une et de celle de l'autre;

3° Déterminer la proportion des principes constituans de l'hématosine, de la globuline et de l'enveloppe des globules sanguins;

4° En quoi l'hématosine du sang artériel diffère-t-elle de l'hématosine du sang veineux?

5° Quelle est l'action qu'exercent l'oxygène et les principaux gaz sur le sang veineux et le sang artériel?

6° Le sang veineux est-il transformé en vrai sang artériel dans son contact avec l'oxygène, hors de la circulation? Le sang artériel est-il ramené à l'état de sang veineux par l'action du gaz azote, du gaz carbonique, du gaz hydrogène, dans les mêmes circonstances?

7° Quelle est la densité du sérum et celle des globules sanguins dans la même espèce de sang?

8° Pourquoi le sang, abandonné au repos, se prend-il en masse, même lorsqu'on le maintient au degré de la chaleur animale et qu'on le met en mouvement? Comment se fait-il que les sels du sérum, qui tiennent la fibrine en dissolution dans les artères et les veines, de concert avec l'albumine peut-être, cessent de la dissoudre quand le sang en est extrait?

L'air entre-t-il pour quelque chose dans ce phénomène extraordinaire?

9° En quoi les matériaux du sang diffèrent-ils réellement des matériaux du chyle et de ceux de la lymphe?

10° Comment s'opère la transformation du chyle et de la lymphe en sang?

11° N'y aurait-il pas quelque analogie entre l'enveloppe des globules et la substance qui constitue les veines et les artères?

12° Nous ne saurions encore recommander assez aux physiciens de rechercher dans des phénomènes d'optique, entre autres dans celui des anneaux colorés, la mesure des dimensions des globules du sang.

Toutes ces questions, et tant d'autres encore qu'on pourrait y ajouter, sont d'une haute importance. Déjà même, elles ont fait pour la plupart l'objet des recherches d'hommes très distingués.

Mais le sang joue un si grand rôle dans l'économie animale, qu'on ne saurait trop s'en occuper. C'est un sujet d'étude auquel la vie tout en-

tière d'un physiologiste habile, d'un savant chimiste, pourrait être consacrée avec fruit. Une remarque nouvelle, quant elle s'applique à la nature et aux fonctions du sang, n'est jamais sans une réelle valeur.

Aussi lira-t-on avec un grand intérêt les observations que M. Lecanu a faites sur l'existence et la dissolution de la fibrine dans le sérum; sur le moyen simple et ingénieux qu'il emploie pour démontrer ce fait important; sur l'hématosine qu'il parvient à obtenir pure; sur la globuline dont on ne trouve aucune trace dans le sérum, quoique très abondant dans les globules sanguins; sur la production de la couenne, dite *inflammatoire*; enfin sur la matière fibreuse qui sert d'enveloppe aux globules, et qui, perméable à l'eau, l'est complètement au sérum ou à l'eau chargée de sels de nature différente.

C'est pourquoi nous n'hésitons pas à proposer à l'Académie de décider que le mémoire de M. Lecanu sera imprimé dans le *Recueil des savans étrangers*. (Adopté.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Août 1852. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. Champouillon, médecin du Val-de-Grâce, sur les effets comparatifs de l'huile de foie de morue, et des médicamens iodés dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

2° Un mémoire de M. Chabert, de la Nouvelle-Orléans, sur la fièvre jaune.

3° Un mémoire de M. Seux, médecin en chef de l'hospice de la Charité, à Marseille, sur la transmission de la syphilis des enfans trouvés à leurs nourrices.

4° Une lettre de M. Fichel Mayer, ancien négociant, annonçant à l'Académie qu'il lui fait hommage d'un tableau exécuté par son fils, représentant Guillaume Harvey prouvant la circulation du sang à Charles Ier, roi d'Angleterre.

La correspondance comprend, en outre, quatre lettres relatives à la syphilisation : une de M. Piedagnel, une de M. Sperino, une troisième écrite collectivement par trois élèves externes du service de M. Ricord, MM. Fayel, Roque et Dupuiset, et la quatrième de M. Hugot, qui a été publiée dans le dernier numéro de l'Union.

Voici le contenu des trois premières lettres dont M. le secrétaire perpétuel a donné lecture :

Lettre de M. Piedagnel : M. Depaul a dit, dans le discours qu'il a prononcé dans la dernière séance de l'Académie, « que l'érysipèle de M. J..., rencontrant dans sa marche envahissante les cicatrices chancreuses du bras gauche, les avait rapidement converties en phlyctènes, et il est probable que c'est là ce qui a induit en erreur notre confrère M. Piedagnel, qui n'a vu que deux fois M. J..., et qui n'a su que par une confidence de M. Auzias qu'il s'était soumis à la syphilisation. »

Je crois que la confre-enquête à laquelle s'est livré M. Depaul n'est ni complète, ni exacte; et la syphilisation est une chose tellement grave, que je pense qu'il est utile, et qu'il est de mon devoir de dire ce que j'ai vu, puisque mon nom a été prononcé.

Je vis M. J... en consultation le 10 juillet, chez M. Auzias, que je n'avais pas l'honneur de connaître, et qui soignait M. J..., il me mit au courant de sa maladie, il me parla de l'érysipèle, du délire, de la durée de la maladie, etc.; de la syphilisation nullement. Puis nous allâmes examiner le malade. Je constatai un érysipèle, occupant toute la poitrine, s'étendant en arrière vers la tête, limité à l'épaule droite, mais se prolongeant sur l'épaule gauche, et envahissant tout le bras; en baissant la chemise de ce côté, j'aperçus sur le bras gauche une grande quantité de gros boutons saillans de 1 à 2 centimètres de diamètre, durs, d'un rouge-noir, c'étaient des pustules dont quelques-unes étaient recouvertes de croûtes épaisses et dures..... Je dis à M. Auzias, qu'est-ce que cela? il me répondit bas à l'oreille, je vous le dirai. L'érysipèle s'étendait au-dessous des pustules, à environ 4 centimètres; et au-dessus d'elles à environ 6 centimètres, existait un bracelet circulaire, large de 1/2 centimètre, noir, saillant, et qui n'était autre, qu'une brûlure faite avec du nitrate d'argent, pour empêcher l'érysipèle de monter, de s'étendre au tronc.

Le bras droit était couvert d'anciennes cicatrices blanches, ressemblant à d'anciennes cicatrices de vaccin.

L'état général du malade, était déplorable, son délire, l'aspect profondément altéré de la face, la pâleur, l'étendue de l'érysipèle, ne me donnèrent aucun espoir.

Lorsque nous eûmes quitté le malade, mon confrère m'apprit que ces pustules étaient le résultat d'inoculations syphilitiques.

Ce que je venais de voir m'avait un peu ému et je fis une sortie contre la nouvelle doctrine, dans le genre de celle de M. Bégin, mais peut-être un peu plus sévère et avec des expressions un peu plus dures. C'est alors, et seulement alors, que je sus que c'était M. Auzias qui avait pratiqué ces inoculations, et il eût évité cette sortie de ma part, si la confidence dont parle M. Depaul, m'avait été faite tout d'abord, si je n'avais pas été obligé de l'arracher à M. Auzias, ce qui était mon devoir comme médecin consulté; puis M. Auzias eut la bonté de m'apprendre qu'il y a deux modes de syphilisation, une qui consiste à donner la syphilis pour qu'on ne puisse pas la gagner; et l'autre qui consiste à donner de nouvelles syphilis pour guérir celle que l'on a.

J'ai dit ensuite à M. Auzias, en résumant l'état de notre malade, dans notre consultation, ainsi: pustules syphilitiques, ayant déterminé un érysipèle qu'on a voulu enrayer par le nitrate d'argent, deux erreurs sur la même personne. C'est aussi ce que j'ai dit à M. Ricord, devant M. Giraldès, et c'est je crois la vérité. Ainsi M. J... a eu un érysipèle, déterminé par les pustules.

Je n'ai pas été induit en erreur, bien que je pense, qu'on a voulu le faire, en me dissimulant les pustules d'inoculation.

Lettre de M. Sperino : M. Ricord, dans le discours qu'il a prononcé contre la syphilisation dans la séance de l'Académie de médecine (3 août), a dit : *Ce qui paraît certain, c'est que dans une maison de refuge de Turin on refuse de recevoir les femmes qui sortent du syphilicôme, à cause des accidens qui se reproduisent.*

M. Ricord savait très bien que ce renseignement ne méritait pas sa confiance, mais puisqu'il a cru devoir le publier, je vous prie, Monsieur le président, de communiquer à l'Académie la déclaration de deux honorables confrères, M. Frola, médecin de la maison de refuge dont a parlé M. Ricord, et M. Pella, tous les deux membres de la commission académique qui étudie avec moi la syphilisation. On y verra d'une manière bien nette que ce que M. Ricord s'est empressé de publier à cet égard, est entièrement *faux*, et que d'autres femmes syphilisées ont été reçues encore récemment dans le même établissement.

M. Ricord a dit qu'il y a des morts qu'on n'attribue pas à la syphilisation, mais qui sont dans des *proportions considérables* pour un hôpital des *vénériens*.

Il aurait dû ajouter que dans le document où il a puisé cette notice, il a aussi lu que les deux femmes mortes dans l'été de 1851, par maladies internes non vénéneuses, avaient eu, l'une *cinq* inoculations, et l'autre *deux* seulement.

Et M. Ricord, qui certainement a plus d'une fois fait un nombre d'inoculations plus considérable, n'aurait pas dû faire peser sur la syphilisation la mort des deux femmes dont j'ai voulu parler, par délicatesse, dans le document qu'il a lu.

M. Ricord en trouvera les observations dans le travail qui sera le résultat de mes études sur la syphilisation, et qui paraîtra dans quelque temps.

M. Ricord, dont le mérite est aussi connu en Italie, s'est peut-être placé trop haut, selon moi, pour déprécier les connaissances scientifiques de ses confrères, et pour lancer un jugement qui, je crois, est peut-être trop précoce, soit sur la question de la prophilaxie, soit sur celle du traitement des maladies vénériennes par la syphilisation. Le 23 mai 1851, je publiai que *le temps seul et les faits* scrupuleusement observés pourront résoudre les grandes questions de la *syphilisation*. C'est encore la même réponse que je crois devoir faire aujourd'hui à M. Ricord.

MM. Fayel, Roque et Dupeuset exposent en ces termes ce qui s'est passé à l'hôpital du Midi lors des expériences sur la syphilisation, dans le but de rétablir les faits sur lesquels M. Depaul, d'après eux, aurait été mal renseigné :

Le 21 octobre 1851, M. Laval se présente à la Clinique. Sa lettre, adressée à l'Union Médicale, le 22 août, c'est-à-dire deux mois auparavant, l'annonçait comme complètement syphilisé. Il porte cependant au bras un chancre ecthymateux datant seulement de quatorze jours. C'est à cette ulcération qu'avait été emprunté le pus inoculé à M. Pages, qui, à son tour, a fourni le pus inoculable à M. Lindmann.

M. Ricord enlève la croûte; au-dessous: ulcère à bords taillés à pic, à fond grisâtre. Il s'étonne de la présence d'un chancre semblable chez un syphilisé, et fait remarquer, qu'en dépit de la loi de décroissance successive des ulcérations syphilisantes, le dernier chancre dépasse de beaucoup en étendue un grand nombre de ceux qui l'ont précédé.

M. Laval avoue alors que, sur lui, les chancres ont été ordinairement petits et se sont montrés tantôt plus étendus, tantôt moins.

Voici maintenant les expériences faites et les résultats obtenus : six inoculations ont été faites à M. Laval avec du pus emprunté à trois sources différentes :

Au malade n° 18, salle première, trois inoculations à M. Laval. Comme contre-épreuve, deux inoculations au malade; deux à M. Chaillet: résultat négatif chez tous.

La troisième est un chancre ecthymateux et montrée comme telle aux élèves par M. Ricord, le 6 novembre 1851, le seizième jour après l'inoculation.

— La discussion sur la syphilisation continue. La parole est à M. Malgaigne.

M. le Président prévient l'Académie que le bureau, désirant laisser la plus grande liberté à la discussion, tout en n'entravant pas les travaux de l'Académie, a décidé que dans le cas où cette discussion ne serait pas terminée dans cette séance, une séance extraordinaire aurait lieu samedi prochain.

M. Malgaigne. (Nous avons reçu trop tard la copie du discours de M. Malgaigne, pour pouvoir le faire paraître dans ce présent numéro; nous en renvoyons l'insertion au numéro prochain.)

M. Ricord : Messieurs, mon intention bien formelle était de ne plus prendre la parole dans une question qui me paraît aujourd'hui jugée par tous les bons esprits; j'avais eu soin à dessein d'éviter tout ce qui n'était que personnel dans une question où il s'agit de science et non de personnes, mais un malheureux concours de circonstances a forcé le dernier orateur de la précédente séance à insister sur ces attaques personnelles, et à mettre en question la valeur de certains faits que j'ai rapportés.

Vous avez voulu, Messieurs, que la discussion continuât; il faut que vous ayez la bonté de me prêter encore un peu d'attention, pour pouvoir juger la valeur de ces faits, et, si vous voulez bien le permettre, de leur moralité.

Je dois donc vous reparler un peu des animaux.

Ne craignez pas, cependant, que j'en recommence l'histoire tout entière. Je n'abuserai pas de votre patience à ce point-là.

Je demanderai seulement, à propos de la chatte, dite affectée de syphilis constitutionnelle, à notre jeune collègue de la section d'accouchement, s'il connaît toutes les causes d'avortement chez les chattes, et s'il n'y en a pas d'autres que la syphilis; s'il connaît aussi assez bien les maladies de leurs nouveau-nés pour faire, à coup sûr, un diagnostic différentiel, qui n'a pu être rigoureusement déterminé dans cette enceinte, du *pemphygus neo-naturum*. Car si le nom n'a pas été dit, on a donné du moins à entendre que l'un des petits chats en était affecté au moment de sa naissance, qu'il avait un soulèvement d'épiderme auquel il ne manquait que le nom.

Dans tous les cas, c'était une belle occasion de continuer à syphiliser cette chatte, pour lui assurer de meilleurs descendans.

Ne craignez pas, Messieurs, que je vous parle du chien de l'hôpital St-Louis; vous me permettrez, vous m'ordonnerez même de couvrir ce fait d'un voile très épais. Il n'eût pas été, du reste, très difficile à commenter.

Revenons aux singes, ou plutôt au singe de M. le docteur Langlebert, dont on vous a si pompeusement étalé l'histoire. Eh bien! cette histoire a été volontairement tronquée et très légèrement acceptée.

La voici d'ailleurs écrite tout entière par M. le docteur Langlebert lui-même, qui, avec une franchise qui l'honore, est venu spontanément me l'offrir dans l'intérêt de la vérité :

« Monsieur et très honoré confrère,

» J'aurais désiré rester complètement étranger aux débats qui s'agitent devant l'Académie de médecine; mais, puisque mon nom a été plusieurs fois prononcé dans la séance dernière, je me dois à moi-même, et je dois plus encore à la vérité de compléter une observation, dont la *moitié* seulement a été livrée malgré moi.

» Voici cette observation que je vous prie de vouloir bien présenter à l'Académie :

» Au mois de juin 1850, voulant vérifier par moi-même, et devant mes élèves, les résultats de transmission du virus syphylitique de l'homme aux animaux, je me procurai un singe macaque âgé de 2 à 3 ans.

» Trois inoculations furent faites : deux derrière l'oreille gauche, et l'autre derrière l'oreille droite de l'animal. Elles furent suivies de trois ulcérations qui durèrent environ vingt jours. La cicatrice de l'une d'elles présenta une petite dureté qu'on regarda comme une induration spécifique, mais qui me parut tenir au tissu inodulaire.

» Jusqu'au mois d'avril 1851, c'est-à-dire pendant dix mois, l'animal n'avait présenté aucun signe d'infection générale, lorsqu'à cette époque, je découvris sur son dos, vers la région lombaire, *là où partait la ceinture*, deux petites croûtes qui, au premier abord, me parurent de nature suspecte. (Je passe sous silence une légère conjonctivite dont l'animal fut atteint vers cette époque, et qui ne dura que quarante-huit heures.)

» J'en prévins l'auteur de la syphilisation, qui pria MM. Cazenave et Gibert de venir examiner l'animal. De mon côté, j'invitai M. Cullerier à en faire autant. M. Cazenave, en présence de ces deux petites croûtes, déclara que si on les lui montrait sur le cuir chevelu d'un homme, il n'hésiterait pas à les regarder comme syphilitiques, mais qu'il ne connaissait pas assez la physionomie des affections cutanées chez le singe, pour oser se prononcer d'une manière positive. M. Gibert resta dans le doute le plus complet. Quant à M. Cullerier, il n'hésita pas à affirmer que les croûtes n'étaient pas de nature syphilitique.

» Je continuai à observer très attentivement l'animal, et voici ce qui arriva :

» Deux ou trois jours après la visite de mes savans confrères, les croûtes étaient tombées sans laisser aucune trace, et nulle autre ne reparut depuis. Vers le milieu du mois de juillet, j'inoculai de nouveau mon singe derrière l'oreille droite, pour essayer du pus d'un chancre que je voulais inoculer sur moi-même, dans un autre but que la syphilisation; il survint encore un chancre qui dura cinq semaines. Ce chancre ne s'indura pas, et, depuis lors, c'est-à-dire depuis plus d'un an, *l'animal n'a présenté aucun symptôme de vérole constitutionnelle.*

» Cette observation, comme on le voit, démontre que le virus syphilitique peut agir *localement* chez le singe comme chez l'homme; mais là se bornent les conséquences qu'on peut en tirer.

» Recevez, etc. E. Langlebert. »

12 Août 1852.

J'ai à présenter quelques considérations sur la petite dureté de l'ulcère du singe que l'on prit pour de l'induration.

Les syphilisateurs, vous le savez, Messieurs, ont une grande tendance à trouver partout l'induration spécifique. Le moindre engorgement, le plus petit empâtement, la plus légère dureté suffit pour cela. Il leur importe surtout de montrer cette induration chez les animaux. Je l'ai nié jusqu'à présent et je le nie encore, malgré le fait d'anatomie pathologique de mon savant ami M. Diday.

Sans doute que l'induration spécifique est une des productions morbides les plus riches en tissu fibro-plastique, ce qu'a démontré un de mes élèves distingués, M. le docteur Acton, qui vient de publier en Angleterre un ouvrage très remarquable sur les maladies vénériennes.

M. Acton est arrivé à ces résultats par des recherches microscopiques dont il a donné les détails précis dans la *Lancette anglaise*, bien avant qu'on en fît la découverte à Paris.

Mais est-ce à dire que le tissu fibro-plastique soit un signe pathognomonique du chancre infectant? Non, sans doute, c'est une production morbide commune à plusieurs maladies, et qui ne présente rien de spécial dans la syphilis.

Vous savez combien on a insisté sur l'ophthalmie *chronique* du singe de M. Langlebert; c'était encore là une lésion due à la syphilis constitutionnelle. Eh bien! cette chronicité a été de *quarante-huit heures*! Il faut convenir que les maladies chroniques ne sont pas de longue durée chez les singes.

Je n'ai rien à ajouter à cette lettre, au point de vue de la syphilis constitutionnelle. Quant aux accidens locaux, je vous ai dit ce que j'en pensais. On s'efforce de ne pas comprendre ce que j'entends par terrain de transplantation, et moi, j'insiste pour expliquer ce que cela signifie. Cela veut dire, une fois pour toutes, que la syphilis n'est pas une affection naturelle aux animaux; qu'elle peut être momentanément transplantée sur eux; mais qu'elle se borne à sa manifestation locale la plus simple, sans que jamais l'art ait à intervenir. Il ne survient jamais, chez les animaux, la série des autres accidens qu'on observe chez l'homme.

Un mot maintenant sur M. Laval.

Je ne viens plus vous entretenir de ce que j'ai observé moi-même, le reste regarde mes élèves; c'est à eux de répondre, et ils ont répondu.

Mais ce que vous entendrez avec étonnement, c'est une lettre que je vais vous lire. Elle est de M. le docteur Lindemann :

« Mon cher maître,

» La tournure que la question de la syphilisation a prise au sein de l'Académie, me force moralement de vous communiquer un fait qui pourrait être de nature à éclairer beaucoup d'esprits, ce fait le voici :

» Il y a peu près un mois, M. Laval, que je rencontrai par hasard dans la rue, me montra sur son bras gauche la cicatrice récente d'un chancre qui avait eu tout au moins la grandeur d'une pièce de cinq sous. M. Laval eut la franchise d'y ajouter que, si l'année passée, il avait paru syphilisé, cela n'avait dépendu que de l'impuissance du pus qu'on avait employé pour l'inoculation, mais qu'il n'avait jamais été dans l'immunité contre le virus chancreux.

» Agréez, etc. Lindemann. »

Paris, 15 août 1852.

Nous voici arrivés à l'observation de M. J...

Le peu de mots que je vous en ai dits étaient l'expression des renseignemens qui m'avaient été fournis par la jeune fille qui connaissait intimement M. J...

Quant à ce qui a rapport à la mort du malade, c'est l'opinion de notre très honorable confrère M. Piedagnel que je vous ai communiquée. On aurait dû me savoir gré de la réserve que j'ai mise. Du reste, voilà l'histoire plus détaillée de ce jeune homme, écrite par un de ses amis, M. Roby, élève externe des hôpitaux, dans le service de notre très honorable collègue M. Velpeau.

« On vous fait un crime, Monsieur, d'avoir sévèrement flétri la doctrine de la syphilisation à propos d'un fait sur lequel vous me demandez des détails.

» Je dois à ma conscience, à la vérité de compléter autant que cela m'est possible, l'observation de M. J..., mon malheureux ami.

» Mais n'est-il pas étrange que l'auteur de la syphilisation n'ait point songé de lui-même à publier une observation qui paraît favorable à son système. Pense-t-il que son dossier soit déjà trop volumineux, ou plutôt n'est-il pas convaincu qu'un cas de ce genre devait à tout jamais rester enseveli dans les mystères de son cabinet?

» Je sais que bien avant la campagne de la syphilisation en France, M. J... cherchait et m'avait demandé un traitement prophylactique contre les accidens primitifs, et qu'il fut le premier à me parler de M. Sperino et de ses élèves.

» Je sais qu'avant de se soumettre aux vaccinations virulentes et à une époque où MM. Miallet et Guilbert n'étaient pas à Paris, il me montra un érythème fort simple qu'il prenait pour des manifestations secondaires; quelques étudians en droit le confirmèrent dans cette idée. *Ces accidens ne durèrent que trois jours.*

» Qu'après plusieurs mois de syphilisation, il se crut, en effet, désormais à l'abri de tout accident. Dans cette certitude, il vit une femme plus que suspecte et contracta un chancre. Ce chancre *fut cautérisé par le maître*!!!

» Qu'après s'être soumis de nouveau à des inoculations faites avec un virus plus énergique, il tomba, deux mois avant sa mort, dans un état de chloro-anémie tel, qu'on le voyait pâle et décoloré, atteint de fièvre quotidienne, redoutant le contact le plus léger des objets extérieurs; ses amis prévoyaient un malheur qu'ils ne croyaient pas si prochain.

» Telle est la série des faits dont je fus le témoin. J... fut pris d'un érysipèle qui a déterminé sa mort. Mais ne portait-il pas encore au bras des chancres en suppuration?

» Enfin, je dois vous dire en terminant que de leur propre aveu les auteurs de la lettre qui a été lue dans la dernière séance de l'Académie, ne se soumettront jamais à la médication syphilisatrice; si ce n'est là le courage du professeur, c'est du moins un effet de la conviction à laquelle ils sont arrivés par l'observation attentive de leur ami M. J.... Je dois ajouter aussi que ces Messieurs avaient fait part à M. Depaul de la conviction où ils étaient que la syphilisation avait eu chez leur ami les résultats les plus fâcheux. Cependant, ceux qui vous reprochent de n'avoir pas une observation complète, n'auraient pas dû oublier cette partie importante de l'observation qu'on leur avait communiquée, et qu'ils ne connaissaient pas autrement.

» Recevez, etc.

Fr. Roby. »

J'ai à ajouter à cette histoire des particularités de la consultation que M. Piedagnel m'a racontée devant M. Giraldès.

M. Piedagnel fut appelé pour voir M. J... affecté effectivement d'un érysipèle. Un confrère que M. Piedagnel ne connaissait pas, se trouvait auprès du malade dont on ne lui montrait que la poitrine. Mais voulant savoir d'où partait l'érysipèle, où il aboutirait, il trouva qu'il partait d'un bras couvert d'inoculations, comme preuve que l'érysipèle avait commencé par là, il existait une traînée de nitrate d'argent que l'on avait pratiquée dans l'espoir d'en entraver la marche.

M. Piedagnel demanda ce que c'était que ces ulcérations. Le médecin présent, que M. Piedagnel continuait à ne pas connaître, répondit que c'étaient des inoculations faites en vue de syphiliser le malade.

M. Piedagnel se mit alors à blâmer violemment cette manœuvre, et dit à son confrère: est-ce que vous feriez chose semblable? A quoi celui-ci répondit aussitôt. Non assurément!

Le médecin qui faisait cette réponse était l'inventeur de la syphilisation, et celui qui lui-même l'avait pratiquée.

Du reste vous venez d'entendre la lettre de M. le docteur Piedagnel; qui vous en dit encore bien davantage.

J'aurais bien voulu en rester là, mais l'enthousiasme de M. Marchal de Calvi s'étant de nouveau manifesté dans une petite circulaire qu'il vous a lui-même distribuée, je me vois forcé de continuer.

M. Marchal de Calvi nous a reproché de vouloir arrêter les progrès de la science, de lui imposer des bornes, en n'acceptant pas en aveugles, la pseudo-doctrine de la syphilisation, comme l'a si bien appelée notre savant ami et collègue, M. Larrey, c'est encore là une erreur de diagnostic de M. Marchal, ce ne sont pas des bornes que nous avons voulu mettre à la science, mais bien des *garde-fous* pour empêcher les imprudens de tomber dans les précipices ouverts par la syphilisation.

Je ne reviendrai pas sur l'observation dont j'ai fait l'histoire, et qui n'a rien perdu de son authenticité, de sa force et de sa valeur, par la quasi-dénégation de M. Marchal de Calvi. Oui c'est un malade auquel la syphilisation n'a rien fait, et chez lequel les accidens constitutionnels ont continué à s'accroître et à s'aggraver.

Ce que je vous disais des inoculations négatives faites depuis à ce malade, par M. Marchal de Calvi, vient d'être répété par la commission académique de Turin. Pour les syphilisateurs qui ne se gênent pas, en fait d'explications, ce malade aurait pu paraître trop tôt syphilisé pour jouir des bienfaits de la syphilisation, comme méthode curative de la syphilis constitutionnelle! On a dit bien des choses étonnantes en médecine; mais il faut convenir qu'on n'en avait pas encore dit de cette force.

J'ai bien envie de prendre au hasard une des observations racontées de mémoire par M. Marchal de Calvi, car la syphilisation est vraiment malheureuse, tantôt l'observation est brûlée, à la mort du malade, tantôt elles sont perdues; mais prenons-les pour ce qu'elles valent. M. Marchal de Calvi fait une inoculation à la cuisse d'un malade qui porte des chancres à la verge. Un bubon survient chez ce malade, que M. Marchal attribue à l'inoculation syphilisatrice, et plus tard les ulcérations de la verge s'améliorent, d'où M. Marchal conclut aux bienfaits de la syphilisation.

Vous savez qu'il est dit dans la pseudo-doctrine, que les inoculations syphilisatrices guérissent les accidens primitifs qui précèdent, et qu'elles empêchent, font avorter, ou résolvent rapidement les bubons. Or, voici une inoculation syphilisatrice qui donne un bubon de toute pièce et avec toutes ses conséquences: mais que M. Marchal de Calvi se tranquillise, l'expérience m'a positivement appris, que ce n'est pas son chancre d'inoculation de la cuisse qui a donné lieu au bubon, mais bien les ulcérations existant à la verge. Je suis étonné qu'un anatomiste et un physiologiste aussi distingué que lui, pour un fait comme celui-là, n'ait pas déterminé quel était le ganglion qui s'était infecté, si c'était un ganglion oblique de l'aine, ou bien si c'était un ganglion vertical de la cuisse. Et je puis dire qu'il ne l'a pas déterminé, car cela a été discuté devant des confrères ici présens.

Je n'ai rien à vous dire de la circulaire qui a été adressée à tous les médecins par la commission académique de Turin, la réserve excessive avec laquelle elle est rédigée, ne laisse que très difficilement soulever le voile qui cache les mystères. Cependant, il y a déjà quelques points transparens, et une lettre particulière que M. le président de la commission instituée par M. le préfet de police a reçue, nous permet de croire qu'il s'en faut de beaucoup que tout soit en faveur des prétentions de M. Sperino.

Les observations que mon ami Diday vient de publier sans commentaires (et il aurait pu en faire à son aise), sont-elles plus confirmatives pour la syphilisation que celles que vous connaissez déjà? Elles n'ont qu'un semblant de plus de précision, et voilà tout! Ou bien la syphilis ne se conduit pas à Turin comme elle se conduit à Paris; ou bien notre confrère de Turin ne comprend pas le chancre induré comme nous le comprenons ici! La succession de chancres indurés qu'il admet, et à la distance qu'il indique, est contraire à la plus vulgaire observation.

Un seul signe lui suffit pour constater l'induration; c'est l'engorgement dur de la base; tous les autres élémens du diagnostic, si précieux, si nécessaires, pour arriver à reconnaître le chancre induré, font complètement défaut dans les observations de M. Sperino. Ce qui frappera surtout nos confrères qui sont chargés, à Paris, de services de femmes vénériennes, c'est la fatalité, la régularité de la production des chancres indurés chez les femmes de M. Sperino, tandis qu'ici l'induration spécifique se formule si mal chez les femmes, que quelques-uns de nos confrères, qui s'étaient seulement arrêtés à ce signe, ont pu croire que c'était le *chancre non induré* qui était le chancre le plus souvent infectant sur la femme.

Les observations de M. Sperino peuvent-elles être regardées comme précises? Mille fois non! Presque jamais on ne dit où a été emprunté le pus, les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades qui le fournissaient, le temps de durée et l'aspect des ulcérations auxquelles on l'empruntait. Pas d'expérimentation comparative du pus fourni. Rien de tout cela n'existe dans ces observations.

Que voyons-nous le plus souvent? Une série d'inoculations qui réussit, une série qui échoue, une autre qui suit et qui réussit encore en tout ou en partie.

Que voyons-nous? Des inoculations pratiquées sur des régions où, toutes choses égales d'ailleurs, elles ne prennent jamais une grande étendue.

Dans les quatre observations que renferme le dernier numéro de la *Gazette médicale*, on voit que les accidens primitifs des malades offraient eux-mêmes peu d'étendue, peu de gravité; ces malades étaient dans des conditions idiosyncrasiques défavorables à l'évolution de la syphilis, ce que nous voyons d'ailleurs tous les jours par centaines dans les hôpitaux.

Un fait intéressant à noter ici, et que nous avons observé chez M. le docteur L..., c'est que tandis que les inoculations successivement pratiquées au bras donnaient lieu aux larges ulcérations que vous avez vues ici, les inoculations faites en même temps et avec le même pus sur les organes génitaux ne donnaient lieu qu'à des ulcères qui avaient à peine l'étendue d'une très petite lentille.

Est-il besoin de vous dire ce que vous devez penser des billets de sortie des malades de M. Sperino, sur lesquels on inscrivait: *presque syphilisés*, après avoir entendu la lettre de M. le docteur Lindemann à propos de M. Laval, le syphilisé par excellence.

Mon savant ami M. Diday a publié des observations sans commentaires, mais en voici une que je dois à son amour pour la vérité et que je vous demande la permission de lire:

« Mon cher maître et ami,

» Quoique mon opinion diffère un peu de la vôtre sur l'avenir de la syphilisation, je partage en grande partie votre avis sur son impuissance actuelle. Je vous écris donc aujourd'hui pour vous rappeler un fait que j'ai incidemment consigné dans la *Gazette mécicale*, année 1851, page 816, ligne 3 (1).

» Comme il appartient à l'un de mes confrères qui se propose de le publier, je ne pus, malheureusement, en donner qu'un court sommaire. Mais je puis vous dire, et vous autorise formellement à déclarer à l'Académie que l'expérience dont il y est question, fut faite par M. Rodet, mon successeur actuel à l'Antiquaille, homme intelligent, très sérieux et fort peu passionné; que je suivis, moi, presque jour par jour, les expériences; que M. Sperino, et l'inventeur de la syphilisation, avec qui j'en causai, ne purent expliquer cet insuccès flagrant de la syphilisation curative, qu'en invoquant une exception individuelle fort étonnante à leurs yeux.

» J'ajoute, au sommaire contenu dans l'article de la *Gazette médicale*, que cet individu (qui n'ayant au début qu'un chancre phagédénique, dut très probablement à la syphilisation son infection constitutionnelle) passa très rapidement, au bout de deux mois, aux accidens plus profonds, tels que *testicule vénérien, ulcères de la gorge*, et ne put être guéri de sa vérole constitutionnelle évidente, que par l'association de l'iodure de potassium au mercure.

» Ce fait s'est passé publiquement à l'hospice de l'Antiquaille, en novembre, décembre 1851, janvier, février, mars 1852; citez-le hardiment, mon cher maître, sans crainte qu'on vous démente ou qu'on puisse apporter une interprétation de ses circonstances capables d'innocenter la syphilisation. Sous ce rapport, ainsi que sous celui de son authenticité, il me semble incomparablement plus précieux que ceux qu'on a jusqu'à présent avancés; parce que, chez ce malade, toutes les règles tracées par M. Sperino, quant au nombre et aux intervalles des inoculations, ont été très rigoureusement suivies par l'expérimentateur.

» Aussi je crois rendre un véritable service à votre cause en vous rappelant, la veille du jour de votre réplique — que je voudrais bien pouvoir entendre — que vous avez dans votre camp et tout à votre disposition, une arme aussi forte.

» Et malgré cela, mon cher maître, je suis de ceux qui sourient à l'idée de voir quelque chose sortir de la syphilisation. Mais je voudrais deux choses:

» 1° Qu'on négligeât l'*inoculation* pour chercher la vaccination;

» 2° Que ce fût vous qui vous missiez à la tête de ce travail d'investigation.

» Je vous serre les mains du meilleur de mon cœur.

» Diday. »

Messieurs, fidèle à mes premières conclusions, il ne me restait plus qu'à vous dire, aujourd'hui, que la syphilisation prophylactique doit être légalement prohibée, et la syphilisation curative, telle qu'on nous la présente, rejetée d'une thérapeutique sage par tous les esprits prudens et sérieux. Mais le nouveau discours de M. Malgaigne m'oblige encore à une réponse que je vous prie de bien vouloir écouter.

(La suite au prochain numéro.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Il y aura séance extraordinaire samedi à l'heure ordinaire.

(1) « Sans vouloir ôter à celui de mes confrères auquel appartient l'honneur de le faire connaître dans ses détails, je dois à la vérité de dire dès à présent qu'un individu, jeune, sain et bien portant jusque là, affecté d'un chancre primitif phagédénique récent au gland, a été soumis, dans l'espace de six semaines, à plus de 80 inoculations successives, réitérées tous les trois, quatre ou cinq jours, au nombre graduellement progressif de 6, 10, 12 et 18 chaque fois, sans qu'il ait retiré de l'opération, conduite selon les règles que M. Sperino a suivies, d'autre bénéfice que: 1° l'agrandissement continu de son chancre primitif; 2° la conversion des *dernières* pustules d'inoculation en chancres phagédéniques; 3° le développement de symptômes secondaires (papules cuivrées, céphalée, engorgement des ganglions cervicaux) qui commencèrent à se manifestur au bout de six semaines d'expériences, et après 70 inoculations au moins.

» Je ne nie point pour cela les succès obtenus par d'autres observateurs. Mais évidemment une méthode qui, *très fidèlement* suivie, laisse la porte ouverte à de pareils mécomptes, ne peut se dire maîtresse de l'avenir. »

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Nouvelles du choléra. — Les journaux anglais nous apportent la nouvelle que le choléra a fait, il y a quelque temps, son apparition à Dantzick; il y aurait été apporté de Pologne. Telle était la gravité de la maladie, que des personnes atteintes, les 4/5es succombaient inévitablement.

Bains et lavoirs publics. — La ville de Nantes vient de répondre à la sollicitude du prince-président, en produisant un projet de bains et lavoirs publics, où les familles d'ouvriers seront admises à bas prix, et les personnes indigentes gratuitement à des jours différens.

L'exécution de ce projet coûtera 70,000 fr., et le ministère de l'intérieur participe pour 20,000 fr. à cette dépense, qui procurera prochainement, à une nombreuse population, des facilités non moins utiles aux usages domestiques, que favorables à la santé.

Voici le tarif pour les personnes non indigentes:

Bains ordinaires	20 c.
Bains médicinaux	45
Deux heures au lavoir et à ses dépendances	10
Chaque demi-heure en sus	10

Université de Leipsick. — Cette Université avait été signalée, dans un journal anglais, comme trafiquant des titres de docteur, comme une véritable *factorerie de diplômes*. Le doyen de cette Université, M. H. Weber a écrit à ce journal pour protester contre une pareille calomnie, affirmant que jamais cette Université n'a accordé de diplôme à un étranger sans qu'il eût subi ses examens. Il résulte de cette lettre que le diplôme de médecin de l'Université de Leipsick donne le droit d'exercer comme médecin de première classe dans toute la Saxe, et que dans les 20 dernières années, de 1831 à 1851, cette Université a examiné 433 élèves sur lesquels 68 ont été rejetés provisoirement, et 36 définitivement, obligés de recommencer leurs examens oraux.

Société de Sydenham. — Cette Société, fondée, comme on le sait, en 1842 ou 1843, pour publier les meilleurs ouvrages de la littérature médicale ancienne et moderne, tant anglais qu'étrangers, continue le cours de ses intéressantes publications. Dans la cinquième année de son existence, 1847-48, elle a publié la *Psychologie médicale* de Feuchtersleben, les *Recherches microscopiques* de Schwann et de Schleiden, les *Œuvres complètes* de Harvey. Dans sa sixième année, 1848-49, ont paru les œuvres authentiques d'Hippocrate, en deux volumes, une collection de mémoires *sur la fièvre puerpérale et autres maladies particulières aux femmes*. La septième année, 1849-1850, a vu paraître les *Œuvres* de Sydenham en anglais (deux volumes), le 2e volume de l'*anatomie pathologique* de Rokitansky (le 1er n'a pas encore paru.) Enfin, dans l'année 1850-51, ont paru le 3e volume de l'*anatomie pathologique* de Rokitansky, et le grand ouvrage de Hunter, *sur l'utérus dans l'état de gestation*, un volume in-f°, avec 34 planches.

Association médicale américaine. — L'Association médicale américaine a tenu sa quatrième session, au mois de mai dernier, à Charleston. Cent quatre-vingt-onze médecins étaient présens. La Pensylvanie, la Caroline du Sud, la Georgie, l'État de New-York, le Massachusetts, étaient surtout largement représentés.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 100. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 21 Août 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 AOUT 1852.

Nous espérions pouvoir faire paraître aujourd'hui une appréciation du discours de M. Malgaigne. Une indisposition de cet honorable professeur ne lui a permis de nous livrer sa copie que fort tard et d'une manière intermittente, de telle sorte qu'à l'heure actuelle, il nous a été impossible de prendre lecture de ce discours en entier. Nous aimons mieux retarder la publication de notre article que de ne pas donner à l'examen du discours important de M. Malgaigne toute l'attention qu'il mérite. Nos lecteurs trouveront d'ailleurs, aujourd'hui, ce discours complet dans nos colonnes.

Le défaut d'espace nous prive aussi du plaisir de causer aujourd'hui avec nos fidèles lecteurs du feuilleton.

Amédée LATOUR.

MALADIES PUERPÉRALES.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES EN COUCHES.

(Suite. — Voir les numéros des 10, 14 et 17 Août.)

Les observations de nos honorables et savans confrères, et les remarques dont ils les ont accompagnées, pourraient donner lieu à une longue discussion. Mais nous ne nous occuperons ici que du traitement de l'éclampsie puerpérale, et même nous nous bornerons à en discuter les bases fondamentales, car l'espace et le temps nous manqueraient, si nous voulions entrer dans tous les détails que ce sujet comporte.

Toutefois, nous ne pouvons éviter de dire quelques mots du diagnostic, de l'étiologie et du pronostic de l'éclampsie, car la question du traitement se rattache nécessairement à leur étude.

Sans nous arrêter sur le *diagnostic* de l'éclampsie puerpérale, qui a été surtout éclairé dans ces derniers temps, nous ferons remarquer qu'il est nécessaire de bien distinguer l'éclampsie puerpérale de quelques affections morbides, telles que l'hystérie, l'épilepsie, etc., qui peuvent lui ressembler plus ou moins dans leurs symptômes, mais qui en diffèrent considérablement sous tous les autres rapports, et que l'on a longtemps confondues avec elle, quand elles se manifestaient pendant la période puerpérale. Sans cette distinction, il serait impossible de s'entendre; les considérations relatives à ces maladies ne sont en rien applicables à celles que nous étudions en ce moment. L'éclampsie des femmes enceintes et des femmes en couches est un phénomène morbide essentiellement lié à l'état puerpéral, et qui ne se produit jamais en dehors de cet état.

La plupart des *causes* qui ont été assignées par les auteurs à l'éclampsie puerpérale, et que M. le docteur Saurel a rappelées en partie dans son mémoire, ne pourraient agir, tout au plus, que comme causes déterminantes. Mais leur action est, au moins, fort douteuse; et nous pensons que notre confrère a eu raison de ne leur reconnaître qu'une médiocre importance.

Nous ne sommes plus de son avis lorsqu'il accorde, ainsi que M. le docteur de Pietra Santa, à la présence du fœtus dans la matrice et aux phénomènes propres du travail de parturition, soit normaux, soit anormaux, la principale part dans la production et le retour des accès éclamptiques. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette question, dont la solution doit fournir une règle de conduite à l'accoucheur.

Ce qui doit surtout nous arrêter ici, c'est l'infiltration, qui coïncide si souvent avec les convulsions puerpérales. En parlant de ce symptôme, sur lequel il a peut-être glissé trop légèrement, M. le docteur Saurel a paru confondre ensemble les diverses espèces d'infiltrations qu'on peut observer dans l'état puerpéral, et qui diffèrent tant les unes des autres sous le rapport de leurs causes, de leur nature, de leur gravité.

Nous ne parlerons que de l'espèce d'infiltration qui se rattache à notre sujet, celle qui s'accompagne d'albuminurie. Considérer l'infiltration albuminurique comme cause de l'éclampsie, ce serait commettre une grave erreur de pathologie. Ce n'est pas à ce titre que l'infiltration albuminurique appelle à un si haut degré toute l'attention du médecin chez les femmes enceintes. Cette infiltration et la présence de l'albumine dans les urines ne sont rien autre chose que des effets, des symptômes d'un état morbide profond, souvent fort dangereux, et qui peut se manifester en outre, soit pendant la grossesse, soit pendant et après l'accouchement, par d'autres phénomènes morbides, savoir, l'éclampsie, l'hémiplégie ou la paraplégie avec ou sans convulsions, et des accidens puerpéraux plus graves encore.

Telle est l'importance pratique de cette infiltration. Elle annonce un état général sérieux ou qui peut le devenir, et qui s'est développé ou aggravé sous l'influence de l'action puerpérale. Elle révèle une prédisposition à l'éclampsie et aux affections puerpérales consécutives à l'accouchement. Elle indique, par conséquent, la nécessité de soumettre la femme qui en est atteinte à un régime de vie, à un traitement, s'il en est, qui soient propres à la soustraire aux cruelles maladies auxquelles elle est exposée. Elle avertit le praticien de se tenir prêt, au moment de l'accouchement, à combattre avec énergie, et conformément à l'expérience, les signes précurseurs, les premiers symptômes de l'éclampsie.

Mais il ne suffit pas de porter son attention sur l'œdème qui peut survenir pendant la grossesse. L'albuminurie, signe plus important encore, puisqu'il est plus constant, ne s'accompagne pas toujours d'infiltration. L'examen des urines, pendant la grossesse, a donc un grand intérêt pratique, et devrait toujours être fait.

L'étude du *pronostic* de l'éclampsie peut conduire à des considérations qui sont dignes également de l'attention du praticien. Nous ne pensons pas qu'il soit exact de dire que l'éclampsie est plus dangereuse pendant la grossesse que pendant ou après l'accouchement. Cette opinion est fondée sur une croyance à laquelle on s'est laissé aller comme instinctivement et d'une manière théorique, à savoir, que la déplétion de l'utérus est le meilleur moyen de faire cesser les convulsions. Cette déplétion ne pouvant se faire d'une manière naturelle et plus ou moins prompte qu'à l'époque où le travail de l'accouchement s'établit normalement, le pronostic de l'éclampsie devait être plus grave à toutes les autres époques de la gestation. On a même admis que le pronostic était d'autant plus grave, que la malade se trouvait plus éloignée du terme naturel de la grossesse.

Mais avant de poser le principe : *sublatâ causâ tollitur effectus*, il aurait fallu rechercher si la cause supposée agissait bien, en effet, comme cause. Or, l'étude attentive des faits prouve que cette manière de voir est entièrement erronée. Ajoutons que l'examen nécroscopique démontre souvent des lésions permanentes et incurables sur la disparition desquelles l'accouchement ne peut avoir aucune influence.

Dans l'état actuel de la science, et en l'absence d'une statistique suffisante, on peut dire que l'éclampsie puerpérale, dont le pronostic est toujours sérieux, à cause des désordres qui peuvent exister dans le cerveau ou la moelle épinière, et des lésions incurables qui peuvent altérer le tissu des reins, présente une gravité à peu près égale, soit qu'elle éclate pendant la grossesse, soit qu'elle se manifeste pendant ou après l'accouchement.

Il importe de faire ici une distinction, qui peut exercer une influence sur le choix de la ligne de conduite à suivre par le praticien en présence des convulsions. Le pronostic de l'éclampsie doit être envisagé non seulement au point de vue de la mère, mais encore au point de vue du fœtus. En effet, ce pronostic est généralement plus grave, à ne considérer que l'éclampsie en elle-même, pour l'enfant que pour la mère. Pendant la grossesse, l'avortement est presque inévitable. Pendant l'accouchement, le fœtus périt presque toujours dès les premiers accès; ou bien, si l'on parvient à extraire un enfant vivant du sein de sa mère, souvent cet enfant est pris de convulsions qui l'emportent, ou sa vitalité, déjà affaiblie, s'éteint rapidement, de quelques soins qu'on l'entoure. De sorte qu'on voit avec regret que les efforts du praticien, pour sauver cette nouvelle existence, efforts qui peuvent n'être point sans danger pour la mère, restent sans résultats heureux pour le produit de la conception.

Mais le pronostic de l'éclampsie est loin de se trouver renfermé dans l'appréciation des suites possibles des convulsions considérées en elles-mêmes. L'état morbide profond, lié intimement à l'état puerpéral, qui a pour cause ou pour effet une altération plus ou moins considérable des liquides de l'économie, et qui se révèle à l'observateur par l'albuminurie, par des symptômes de congestion ou d'hémorrhagie cérébro-rachidienne, et par l'éclampsie, détermine souvent aussi, à la suite de l'accouchement, des accidens puerpéraux de la plus grande gravité. Cette notion doit, selon nous, rendre l'accoucheur sobre de manœuvres dangereuses, soit pour provoquer, soit pour hâter l'accouchement.

Après ces courtes réflexions préliminaires, il nous sera plus facile de discuter les indications du *traitement*, soit prophylactique, soit curatif.

La question qui domine tout notre sujet, et qui va nous arrêter principalement, est celle de l'accouchement artificiel. Jusqu'à quel point est-il convenable que l'art intervienne pour extraire le produit de la conception ou pour hâter sa sortie de l'utérus, dans les cas d'éclampsie? L'opinion qui paraît être encore le plus généralement répandue parmi les praticiens, malgré les travaux modernes, c'est que l'accoucheur ne saurait trop se hâter de recourir aux moyens qui sont à sa disposition pour amener la déplétion de l'utérus; il faut vider la matrice presque à tout prix. Nos honorables et savans confrères, MM. de Pietra Santa et Louis Saurel, s'associent hautement à cette opinion. M. le docteur Saurel a la conviction que, dans le cas rapporté par lui, si l'accouchement eût été pratiqué de meilleure heure, c'est-à-dire après les premières attaques d'éclampsie, malgré les difficultés graves de cet accouchement et les manœuvres laborieuses qu'il a nécessitées, le résultat eût pu être plus favorable.

Cette opinion, qui a, sans aucun doute, été considérée comme logique, d'après la manière dont on a envisagé jusqu'à nos jours l'étiologie de l'éclampsie puerpérale, ne l'était cependant pas, même à ce point de vue, autant qu'on pouvait le croire. En effet, il aurait fallu étudier les suites de cette intervention de l'art sur la santé et sur la vie de la femme et du fœtus, indépendamment de son influence supposée sur l'éclampsie elle-même. Quoi qu'il en soit, elle est la conséquence des idées qu'on s'est faites relativement aux causes de l'éclampsie. Ainsi, on a admis que les convulsions puerpérales sont causées par la présence du fœtus, soit mort ou malade, soit même bien portant, dans la matrice; par une forte distension de la matrice, due à la présence d'un fœtus volumineux ou de plusieurs fœtus; par le travail même de l'accouchement; par un obstacle à la parturition, comme la rigidité du col ou toute autre cause de dystocie, etc., etc. Il était donc naturel qu'on crût faire quelque chose d'utile en obtenant la prompte sortie du produit utérin.

Mais les faits connus ne viennent point à l'appui de cette manière de voir et de cette pratique. Certes, si le médecin devait se former une opinion et une règle de conduite avec quelques faits isolés dont il se bornerait à considérer le résultat définitif, il serait exposé à tomber dans une étrange perplexité. Après avoir lu le fait publié par M. le docteur Marcel, où le traitement a été exclusivement médical, et où la mère a été guérie après s'être délivrée spontanément d'un enfant, il est vrai, privé de vie, il se rallierait à la doctrine qui repousse, en général, l'intervention des manœuvres obstétricales; puis, après avoir pris connaissance du cas dans lequel M. le docteur Chailly a obtenu un succès si complet pour la mère et pour l'enfant, en provoquant l'accouchement à huit mois et en appliquant le forceps au détroit supérieur, il serait certainement tenté de se ranger du côté de la doctrine opposée.

Ce n'est point sur des exceptions que le médecin doit baser sa règle de conduite. Elle doit découler de l'analyse de l'ensemble des faits. Cherchons donc quel enseignement fournit cette analyse dans le sujet qui nous occupe. Les faits connus, interrogés avec soin, nous donnent les réponses suivantes :

Pendant la grossesse, l'éclampsie est ordinairement suivie de l'avortement. Quelquefois, l'éclampsie cesse immédiatement après l'expulsion du fœtus; plus souvent, les convulsions persistent plus ou moins longtemps après cette expulsion.

Dans la période de l'accouchement, les convulsions peuvent se manifester peu de temps avant le commencement du travail, dès le début des douleurs utérines, à la fin de l'acte de la par-

turition, et enfin après l'accouchement. On les a vues éclater plusieurs jours et même fort longtemps après des accouchemens spontanés et naturels. Dans un cas rapporté par M. le docteur Simpson, d'Édimbourg, la femme était parfaitement rétablie d'un accouchement heureux, depuis six semaines, lorsqu'à la suite d'un trouble subit de la vue et de l'audition, qui dura trente à quarante heures, elle fut prise de convulsions qui l'emportèrent en trois heures. Les ventricules du cerveau étaient distendus par une grande quantité de sérosité. Le même médecin a fait connaître un autre fait non moins remarquable. Une attaque d'éclampsie avait eu lieu un mois avant l'accouchement. Les convulsions se reproduisirent ensuite avec une plus grande violence, quinze jours après la délivrance, et la malade mourut dans le coma. Pendant ce long intervalle, la femme n'avait éprouvé aucun symptôme morbide, et l'accouchement avait été naturel.

L'application du forceps, faite dans le but d'abréger la durée du travail, n'est point suivie, en général, de la cessation de l'éclampsie. Dans le plus grand nombre des cas, celle-ci persiste plus ou moins longtemps, sans perdre rien de sa gravité. On a vu cinquante-cinq attaques d'éclampsie se produire après l'application, d'ailleurs heureuse, du forceps, dans l'espace de deux jours, et les accès convulsifs reprendre au bout de quinze jours.

Dans des cas où l'éclampsie avait éclaté tout à fait à la fin du travail, et qui paraissaient bien favorables à l'intervention de l'art, puisque le forceps avait pu être appliqué aussitôt après le premier accès éclamptique, les convulsions n'en ont pas moins continué à se reproduire jusqu'à la mort de la malade.

Il y a plus, dans un nombre relativement considérable de cas, on a pu constater une aggravation manifeste des accidens éclamptiques après l'accouchement, soit que celui-ci ait été spontané, soit que l'art soit intervenu.

L'application du forceps, pour débarrasser la matrice de jumeaux dont la présence pouvait être considérée comme une cause de distension, d'après les croyances que nous avons signalées plus haut, n'a paru exercer aucune influence sur la marche de la maladie convulsive, qui a suivi son cours aussi bien après la déplétion utérine qu'auparavant.

Les incisions multiples, pratiquées sur l'orifice du col pour combattre sa rigidité n'ont pas eu, en général, plus de succès. Le plus souvent, les convulsions ont persisté, et cette opération n'a pu sauver ni la mère ni l'enfant.

Soit que l'éclampsie survienne avant le commencement du travail, soit qu'elle n'éclate que pendant l'accouchement, la facilité ou les difficultés de cet acte fonctionnel ne paraissent pas exercer beaucoup d'influence sur les phénomènes éclamptiques. Souvent c'est à la fin d'un travail qui a marché de la manière la plus naturelle que l'on voit apparaître les convulsions puerpérales. Et ce qui est digne de remarque, c'est que, dans un grand nombre de cas, l'éclampsie prend naissance au moment où la tête du fœtus fait bomber le périnée, et non lorsqu'elle dilate et franchit l'orifice utérin, à la distension et à la sensibilité duquel on a fait jouer un certain rôle comme cause déterminante.

La mort manifeste du fœtus dans le sein de sa mère n'empêche point la cessation de l'éclampsie. On a vu l'expulsion spontanée d'un enfant qui avait péri dès le début de la maladie, se faire quinze jours après la guérison.

L'accouchement soit spontané, soit artificiel, n'est point indispensable à la cessation des accès éclamptiques. L'enfant n'est point toujours alors voué à une mort certaine. Dans un cas de ce genre, l'accouchement spontané d'un enfant vivant eut lieu quatre jours après la cessation des attaques convulsives; cet heureux résultat n'a point empêché la femme de succomber ensuite à une affection puerpérale.

(*La fin au prochain numéro.*) G. Richelot.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 17 Août 1852.— Présidence de M. Mêlier.

DISCOURS DE M. MALGAIGNE.

Je demande à l'Académie toute son indulgence; je suis souffrant depuis quelques jours, et j'aurais volontiers abandonné le débat, si je n'avais cru avoir à remplir un double devoir, devoir envers la science, devoir envers l'Académie.

Je ne me dissimule pas non plus tout ce que la position présente de délicat et de difficile. Quand j'ai pris pour la première fois la parole, je ne prévoyais pas à quel point les passions allaient se mêler à la discussion, qu'elles n'ont pas, tant s'en faut, contribué à éclaircir. Et ce qui rend la lutte encore plus pénible, c'est que toutes ces passions, il faut le confesser, sont loyales et généreuses; c'est qu'elles mettent en avant les intérêts les plus graves et les plus légitimes, la dignité médicale, la dignité humaine, la santé du soldat, la santé du pauvre, la santé de tous, *salus populi*. Que puis-je leur objecter, moi qui les partage, moi qui, lorsque M. Larrey faisait vibrer ici le cri d'une noble conscience justement indignée, ai été obligé de me contraindre pour ne pas m'associer aux applaudissemens qui l'ont accueilli de toutes parts?

Et cependant, Messieurs, tout en faisant une large part à ces sentimens unanimes, je ne voudrais pas qu'on la leur fît trop grande. Si louable qu'elle soit, la passion risque toujours un peu de rompre l'impartialité nécessaire pour voir clairement la vérité; et pour mon compte j'aurais à me plaindre du rôle qu'elle m'a attribué, de la position qu'elle a voulu me faire. En entrant dans ce débat, j'étais, Messieurs, singulièrement neutre, et comme je le disais, n'ayant rien vu, pareillement incompétent pour approuver ou pour combattre, je demandais seulement à être éclairé. Cela a suffi pour que l'on m'ait traité d'*avocat de la syphilisation*, inculpé de lui prêter *un appui complaisant*, pour que l'on m'ait appelé *quasi syphilisateur*: que sais-je? En vérité, Messieurs, je n'étais rien moins que tout cela.

Il m'avait paru, en lisant le rapport, que la question de moralité avait tellement préoccupé la commission, que la question scientifique en était restée un peu éclipsée. Et pour le dire en passant, le soin avec lequel notre honorable rapporteur est venu, dans la dernière séance, traiter la question scientifique, et rendre ainsi à son rapport le complément qui lui manquait, a fait voir que ma critique à cet égard n'était pas sans quelque fondement.

Je voulais donc qu'on séparât rigoureusement la question d'application, qui implique la question de moralité et la question de fait, qui n'implique que la recherche de la réalité. Je m'associais de toutes mes forces à la juste réprobation dont la commission avait frappé certaines applications de la doctrine, c'est-à-dire la syphilisation préventive; faisant toutefois mes réserves quant à la syphilisation curative. Faut-il que je le répète ici? Je trouve odieux, coupable, il répugne à ma conscience que l'on donne à un individu la vérole qu'il n'a pas, sous le frivole prétexte de la lui épargner à l'avenir. Tout ce qui a été dit sur ce point, je l'accepte; que dis-je, Messieurs, j'irai plus loin que personne n'a été. A l'occasion de ces tristes expérimentateurs qui ont couru au-devant de cette dangereuse pratique, j'ai entendu ici des voix pour les plaindre, ailleurs même j'ai entendu vanter leur courage. Je réserve ma pitié pour des infortunes moins méritées, et mon admiration pour un courage mieux employé. Je blâme de toutes mes forces ces expériences sur soi-même; je dis que c'est un attentat contre la morale, plus grand et plus condamnable que ne serait le suicide. Le suicide, après tout, n'atteint que l'homme; tandis que l'inoculation de la vérole risque d'atteindre dans l'avenir toute une génération qui ne l'avait point mérité. Ainsi donc, Messieurs, pour la syphilisation préventive, nous sommes d'accord, nous étions d'accord; l'auteur même de la syphilisation l'avait répudiée; on avait lieu d'espérer qu'elle ne reparaîtrait plus dans le débat; comment se fait-il qu'elle y soit rentrée, qu'elle s'en soit emparée, qu'elle l'ait dominée?

M. Bégin a voulu du moins en donner la raison. C'est que, a-t-il dit, *la vérité scientifique ne comporte pas cet abandon de prétentions d'abord mises en avant*; elle est une et ne saurait se scinder; en sorte que, bon gré mal gré, si vous admettez la syphilisation curative, il vous faut conserver la syphilisation préventive. Je signalerai d'abord une petite confusion dans l'argumentation de M. Bégin; la vérité scientifique est une, sans doute, et lorsqu'elle est établie, on ne saurait la scinder, en garder une partie, en rejeter une autre. Mais autre chose est la vérité, autre chose est l'application de cette vérité. Est-ce que tous les jours, au lit des malades, on ne voit pas des médecins, partant du même point, acceptant les mêmes faits, différer sur l'application, les uns allant plus loin, les autres reculant, selon l'idée que chacun se forme du danger? M. Bégin a donc fait là une confusion regrettable. Et quant à cette autre assertion, que moi, par exemple, qui ne suis point contraire à la syphilisation curative, il me faudra, pour défendre mon opinion, me charger du lourd fardeau de la syphilisation préventive, Messieurs, en vérité, cela ne peut pas se soutenir. Je parle de moi, et M. Bégin ne m'avait pas en vue, sans doute. Mais quand il s'adresserait uniquement à M. Auzias, est-ce que sa prétention serait plus juste? Quoi, M. Auzias reconnaît qu'il a été dans l'erreur, et il se rétracte, et vous voulez l'en empêcher? Quoi, si cette rétractation était le résultat du beau rapport de M. Bégin, M. Bégin renierait son triomphe et voudrait obliger M. Auzias à retomber dans l'impénitence finale? De quelque côté que j'envisage la chose, Messieurs, je m'étonne qu'elle ait pu être mise en avant; et c'est se proposer une victoire trop facile que de nous attaquer sur un point abandonné par les uns, et qui a été constamment et absolument repoussé par les autres.

Mais, sur la syphilisation curative, je l'ai déjà dit, ma conscience est parfaitement en repos; et quand un individu a la vérole, aucune considération morale ne s'oppose à ce qu'on lui inocule de nouveaux chancres, si seulement il est établi qu'il en peut résulter quelque bien. Alors il s'agissait de savoir si, en effet, cela peut être utile; mais cela nous menait à l'examen des faits; on a mieux aimé répondre par des exclamations et des théories. Quoi! cet homme n'a pas assez de sa vérole, vous allez lui en donner une autre! Quoi! a dit mon honorable ami, M. Amédée Latour, voilà un empoisonnement par l'arsenic, et vous voulez saturer le malade d'arsenic! J'ai rencontré à peu près partout cette préoccupation, Messieurs; et, le dirai-je? jusque dans le discours récemment prononcé par M. Ricord, où il parlait de l'*irrigation* continue du virus chancreux.

Messieurs, je suis parfaitement rassuré à cet égard, et il y a longtemps. La vérole est une, et quand vous l'avez, vous l'avez; M. Ricord enseigne qu'on ne peut pas l'avoir deux fois; c'est possible; ce qui est certain, c'est que vous n'en aurez pas deux ensemble. Je me souviens que quand on élevait aussi des objections de ce genre contre les premières inoculations de M. Ricord, un de mes maîtres, M. Desruelles, eut le malheur de laisser échapper du bout de sa plume qu'*une syphilis double coûtait plus à guérir qu'une simple*. Je me souviens aussi des sarcasmes impitoyables avec lesquels M. Ricord accueillit cette révélation d'une syphilis *double*, variété nouvelle, disait-il, qui, jusque-là, avait échappé à l'œil de tous les observateurs. La syphilis *double* fut bel et bien enterrée; est-ce que quelqu'un songerait à la ressusciter aujourd'hui? En ce cas, Messieurs, je n'hésiterais pas à l'attaquer à toute outrance; mais je préférerais encore la renvoyer à une autorité plus haute que la mienne en matière de vérole; et dussé-je rappeler le personnage de la comédie, je déclare à mes adversaires que s'ils m'attaquent sur ce point, ils auront affaire à M. Ricord.

Et, finalement, ne faudrait-il pas encore soumettre la question au contrôle des faits? Mais la passion ne veut pas de ce contrôle, trop lent à son gré; il lui faut un arrêt prompt pour la satisfaire; et alors à qui en appelle-t-elle? Ah! Messieurs, avec quel étonnement ai-je ouï M. Larrey, cet esprit si sage, si judicieux, si éclairé, nous dire qu'il regardait la question comme jugée à l'avance par *le bon sens et la raison médicale*! Je demanderais volontiers, d'abord, si ce sont là deux autorités différentes; et si la raison médicale serait par hasard différente du bon sens? Mais peu m'importe la réponse; bon sens ou raison, ce sont des autorités que Bacon ne reconnaît pas. Il y a encore ici une confusion qu'il faut signaler; le bon sens, si j'ose le définir, dans la pratique médicale, comme dans la pratique ordinaire de la vie, c'est le jugement personnel s'aidant de l'expérience antérieure et particulièrement personnelle, pour décider ce qu'il convient de faire dans une difficulté présente. Que le bon sens suggère alors ce qu'il faut faire, à merveille, c'est encore l'application; mais que le bon sens prétende dicter ce qu'il faut croire, alors ce n'est plus que l'orgueil démesuré d'une opinion personnelle qui veut se mettre au-dessus de l'expérience; et les écarts les plus déplorables dont la médecine ait eu à gémir, ont tous été commis au nom du bon sens. Vésale, à 28 ans, réforme l'anatomie; il est déclaré *fou* par des gens qui, sans aucun doute, s'attribuaient le monopole du bon sens. Le plus grand chirurgien du XVIII[e] siècle, J. Hunter, jeune encore, venait de tenter la ligature de la crurale pour un anévrisme poplité; un chirurgien vieilli dans les hôpitaux, Bromfield, déclare que c'est *la plus insigne extravagance*; et le sujet ayant succombé, il s'appitoie sur la victime. N'avons-nous pas ouï de nos jours, c'était en 1828, un chirurgien doué au plus haut degré du bon sens pratique, mais qui le confondait volontiers avec l'expérience scientifique; n'avons-nous pas ouï Boyer, dans un rapport à l'Institut, sur deux observations de luxations vertébrales réduites, s'écrier que c'était absurde? Vainement les représentans les plus éminens des sciences physiques, peu satisfaits d'un jugement ainsi formulé, demandaient qu'on les édifiât sur la valeur réelle des deux faits; ils ne purent rien obtenir; et les deux faits furent déclarés absurdes au nom du bon sens. Or, alors même, ces faits étaient appuyés par d'autres que Boyer aurait pu connaître, s'il eût voulu s'en donner la peine; et ce qu'il appelait une absurdité, est aujourd'hui de la monnaie courante en chirurgie.

Au *bon sens*, à la *raison*, ces deux divinités décrépites de la philosophie cartésienne, M. Larrey en a joint une autre, l'autorité. Il nous raconte que la syphilisation ayant été présentée à la Société de chirurgie, celle-ci l'a rejetée *par acclamation*. Par acclamation! Lorsque j'avais l'honneur de faire partie de la Société de chirurgie, je ne l'avais jamais trouvée si criarde; et je connais assez bien l'excellent esprit de la plupart de ses membres, pour dire que s'il y a eu des acclamations, elles n'ont pas dû être unanimes. Dans tous les cas, la Société de chirurgie peut recevoir de l'Académie nationale de médecine, son aînée dans la science, cette utile leçon: c'est que pour des questions aussi graves, la discussion est de meilleur aloi que l'acclamation.

Laissons donc de côté toutes ces fins de non-recevoir, et abordons la vraie question, la question scientifique.

Là encore, Messieurs, afin de simplifier et de concentrer le débat, j'avais fait deux parts dans la syphilisation, la théorie et les faits. Quant à la théorie, soumettant à une critique sévère le mémoire de M. Auzias, la thèse de M. Laval, et les autres documens publiés, j'avais montré combien les conclusions débordaient les prémisses, combien la démonstration était insuffisante et quasi nulle; et il faut que cette critique ait été jugée assez pénétrante, puisque plusieurs de mes collègues, que je ne voudrais pas appeler mes adversaires, ont affirmé que j'avais démontré l'*inanité de la doctrine*. En quoi vraiment ils sont allés un peu trop loin; j'ai démontré, à ce que je crois, l'*inanité de la démonstration*; et, en effet, jamais peut-être travaux scientifiques ne furent plus mal conçus que ceux-là; mais, précisément, je réservais les faits omis, ou dont on n'avait pas fait un légitime usage, réclamant plus de détails pour les uns, une vérification plus sincère pour les autres; et réservant mon jugement définitif. Ainsi donc, j'avais démoli tout cet échafaudage mal étayé de doctrines et de théories; je croyais en avoir débarrassé le terrain, afin de laisser la place libre aux faits, à la discussion des faits, à la vérification des faits.

J'ai regret de le dire, Messieurs; mais mes espérances ont encore été trompées; les faits n'ont obtenu que la moindre place dans la discussion, et l'on s'est acharné de préférence sur des théories que personne ici ne défendait. M. Ricord, annonçant qu'il allait me répondre, a répondu précisément à ce que je ne demandais point; et il a déployé une verve, un talent, une énergie au-dessus de tout éloge, pourquoi? pour enfoncer une porte ouverte! M. Bégin, avec une allure plus grave, a fait également le procès aux théories; en quoi il a eu mille fois raison, mais peut-être aussi, Messieurs, trop et trop facilement raison. Je n'insisterai pas davantage; je suis de leur avis, les théories, jusqu'à démonstration meilleure, sont insoutenables; mais les faits sur lesquels je réclamais l'examen, voyons les faits.

Les faits, Messieurs, il est incroyable comme, du côté de la commission, ils sont pauvres, rares, incomplets; et si j'ai prouvé que la démonstration de M. Auzias était insuffisante, combien il me sera facile de prouver que la critique de la commission est tout aussi insuffisante! D'abord, chose assez curieuse, M. Ricord me reproche de demander des faits et de n'en pas apporter moi-même. M. Malgaigne, a-t-il dit en propres termes, *n'en a pas vu plus que nous, n'est pas plus avancé que nous*. C'est vrai, puisque c'est de vous que j'attendais la lumière; puisque vous aviez mission d'éclairer l'Académie, et si je n'en savais pas plus que vous, au moins n'avais-je pas la prétention de porter un jugement définitif. Je n'avais ni l'intention ni le temps de recueillir des faits complets, suffisans, authentiques; ce n'est qu'à défaut de la commission qu'enfin j'ai voulu voir quelque chose; et je dirai tout à l'heure ce que j'ai vu. Mais auparavant, je veux examiner à fond ceux qu'a produits la commission, et chercher à en apprécier la valeur.

Ils sont d'abord étrangement présentés. Je ne veux pas dire, non, cela est loin de ma pensée; je ne veux pas dire qu'ils soient altérés; mais, comme je l'ai déjà fait observer, il y avait la préoccupation morale, en vertu de laquelle la question était jugée par avance; dès lors les faits n'ont été regardés qu'à travers ce prisme, qui en a beaucoup changé les apparences.

Je prendrai d'abord les trois faits mentionnés dans le rapport. Ici, Messieurs, mon embarras est plus grand que jamais. Je crois avoir trouvé en erreur des hommes que j'honore de toute mon âme, et il faut donc que je prouve l'erreur; mais je crains, pardessus tout, que ma critique contienne seulement l'ombre d'une offense. M. Ricord est mon ami depuis vingt ans; et j'aurai tout à l'heure l'occasion d'en parler d'une manière digne de lui; M. Bégin est bien plus qu'un ami; il a été

mon maître, et je n'acquitterai jamais envers lui ma dette de reconnaissance et de respect. Si donc dans ce que je vais dire, un mot échappé, une allure trop vive risquait de leur déplaire, je les retire à l'avance, je leur en demande pardon à l'avance; et j'aurais désiré de tout mon cœur que cette partie de ma tâche fût remplie par un autre que moi.

Et même encore, après ces précautions prises pour critiquer la partie scientifique de ce rapport qu'on veut faire adopter à l'Académie, j'ai besoin de prendre un détour, et je prie l'Académie de me permettre une hypothèse.

Au préalable, je ne pense pas faire grand tort à M. Ricord, en présumant qu'il n'a pas fait une étude bien approfondie des cent dix-huit lois de la syphilisation? (M. Ricord fait un geste d'assentiment.) D'une autre part, on peut encore soupçonner que M. Bégin ne les connaît pas d'une manière particulière, d'autant plus que dans son rapport il en a tout juste oublié soixante. Ceci posé, voici mon hypothèse :

Mon excellent collègue et ami M. Soubeiran a inventé le chloroforme. Il y en a, comme chacun sait, du bon et du mauvais. Je suppose donc que M. Ricord apporte un flacon à l'Académie et qu'il dise : M. Soubeiran vante partout la suavité d'odeur du chloroforme : mettez le nez sur ce flacon, et vous verrez qu'il est détestable. M. Soubeiran se récrie et dit: Votre chloroforme est mauvais, mais assurément il n'est pas de ma fabrique. — C'est vrai, répond M. Ricord ; mais il est d'une autre. — En ce cas, reprend M. Soubeiran, cet autre, j'en réponds, n'a pas suivi mon procédé. — C'est encore vrai, dit M. Ricord, et même il a déclaré qu'il ne voulait pas le suivre.

Là-dessus l'Académie nomme une commission. M. Soubeiran, un peu inquiet des suites, fait parvenir à la commission deux flacons de chloroforme bien pur. Que fait la commission? Elle déclare d'abord que, quoique le procédé de M. Soubeiran n'ait pas été suivi, il l'a été suffisamment pour qu'il en demeure responsable; quant aux deux flacons de chloroforme pur, *ou prétendu tel*, sans se donner la peine de les flairer, comme après tout l'emploi du chloroforme pourrait avoir des inconvéniens, elle englobe le tout dans une condamnation générale.

Messieurs, ceci est l'histoire du malade à l'occasion duquel on vous a fait un rapport. M. Ricord présente à l'Académie M. L..., atteint de vérole constitutionnelle à la suite de nombreuses inoculations. M. Auzias se récrie et dit : Je n'y suis pour rien ; je n'en ai fait qu'une, après quoi le sujet m'a échappé. Le malade confesse, en effet, qu'il s'est inoculé lui-même. M. Auzias ajoute : non seulement, je n'ai point fait ces inoculations, mais elles ont été faites contre toutes mes règles. Le malade, interrogé, déclare que c'est la vérité. La commission examine la chose, et, qui le croirait? elle affirme au malade qu'il se trompe, et qu'à son insu *il a procédé conformément aux préceptes*. Mais elle avait pu voir en même temps deux autres syphilisés. Quant à ces deux autres syphilisés, *ou prétendus tels*, c'est la commission qui s'exprime de la sorte, elle ne s'amuse pas à vérifier le fait; mais, comme la chose est susceptible d'inconvénient, elle conclut : A bas le chloroforme! Je me trompe : A bas la syphilisation!

Eh bien! Messieurs, il y a un sentiment du juste chez tout le monde. Nous avons tous ou des procédés, ou des doctrines, ou des formules; que chacun se mette la main sur la conscience : que dirait-il si l'on procédait à sa condamnation de cette manière? Je ne veux pas demander à M. Soubeiran ce qu'il eût dit si, par impossible, mon hypothèse se fût réalisée; mais pour moi, Messieurs, si l'on se comportait ainsi à mon égard, je dirais..... Je m'arrête, Messieurs; une expression trop faible trahirait ma pensée, une expression trop forte pourrait déplaire; je préfère laisser chacun suppléer à mon silence.

Voilà cependant toute la partie positive du rapport : trois faits, deux favorables et un défavorable. Les deux faits favorables, on les dédaigne; le fait défavorable, une critique un peu sérieuse l'eût fait rejeter; loin de là, on l'adopte, et l'on en fait la base d'un jugement définitif!

C'est que, Messieurs, dans cette idée préconçue que la syphilisation est une chose honteuse, immorale, repoussante (ce que je n'admets que pour la syphilisation préventive), on est presque invinciblement porté à lui trouver des dangers, à lui trouver des victimes. M. Ricord, qui a apporté quelques faits nouveaux, n'a pas échappé à cette tendance : autant d'observations, autant de victimes. Mon Dieu! je ne puis pas assurer que la syphilisation n'ait rien à se reprocher en ce genre; je n'en sais rien; je serais même assez disposé à soupçonner le contraire; mais il est bien surprenant que M. Ricord soit si mal tombé, et que ce grand étalage de victimes se réduise à si peu de chose.

Le premier fait allégué a trait à cet officier traité par M. Marchal (de Calvi). C'était un vieux vérolé qui avait passé à diverses reprises par l'iodure de potassium et par le mercure; il entre enfin au Val-de-Grâce avec un tubercule de la langue ulcéré à y mettre le bout du doigt. On l'inocule; *quatre à cinq jours après*, dit M. Ricord lui-même, *l'ulcère de la langue est modifié; la langue, qui était très gonflée et douloureuse, a repris son volume*. Cela n'est pas déjà si fâcheux, ce me semble. Puis, au bout d'un mois et demi, le malade sort guéri; mais environ trois mois et demi après, il se présente à la consultation de M. Ricord avec d'autres accidens.

M. Ricord triomphe de cette rechute. A merveille; mais du moins la syphilisation n'en est pas cause, d'autant que M. Marchal dit que le traitement est resté interrompu. L'aurait-il guéri radicalement? Je n'en sais rien, et j'en doute; mais ce dont je ne doute, c'est que, avec et pendant les inoculations, le malade a guéri d'un tubercule ulcéré de la langue. Ceci, dit M. Ricord, est une coïncidence, et l'on sait que les accidens analogues se guérissent sans traitement. Soit encore; je suis facile, j'admets la coïncidence; mais enfin la syphilisation n'a pas été nuisible à ce malade, puisque, coïncidence ou non, il a guéri. Et, Messieurs, on a oublié un petit détail qui n'était pas sans importance. En combien de temps ce tubercule s'est-il cicatrisé? M. Marchal nous l'a appris depuis; *en huit jours*. Cela valait la peine d'être dit. Et si un fait unique justifierait mal l'enthousiasme de M. Marchal pour sa méthode, il faut convenir que, s'il avait rencontré par hasard dix-huit faits aussi frappans que celui-là, dix-huit coïncidences aussi heureuses, il eût été excusable de ne plus croire au hasard. Je reviendrai plus tard sur ce point; dans tous les cas, je puis rayer, ce me semble, cet officier du nombre des victimes.

Le deuxième fait de M. Ricord est relatif à Mlle X... Cette intéressante jeune personne avait attrapé, en 1851, une superbe vérole constitutionnelle. Après sept mois environ, on lui fait des inoculations ; elle ne guérit point, et aujourd'hui c'est M. Ricord qui la traite. Elle a ce qu'elle avait auparavant, des accidens secondaires. Celle-là, à ce qu'il paraît, n'a rien gagné; mais, en revanche, elle n'a pas perdu grand'chose. On ne peut pas l'appeler une victime.

Troisième fait; celui-ci est très bref. M. J..., l'amant de la jeune personne en question, ayant la vérole, se fait inoculer, et parcourt une série de 150 inoculations *que la mort termina*, dit l'orateur, *il y a quelques jours seulement*. Cela est bien concis, Messieurs, dans la bouche de M. Ricord; et l'imagination alarmée se figure les accidens vénériens les plus graves conduisant l'infortuné jeune homme au tombeau. Je ne veux pas entrer dans la discussion de ce fait, dont nous avons déjà trois versions différentes; je prends la plus défavorable à la syphilisation. Les piqûres d'inoculation auraient engendré, quoi? un érysipèle! Rassurons-nous donc; une piqûre de saignée en aurait pu faire tout autant, et plût au ciel que les inoculations syphilitiques n'engendrassent jamais pis que des érysipèles!

M. Ricord dit ensuite un mot, en passant, du fait de M. Zelaschi, fait *déplorable, et qu'il n'aurait pas le courage de vous raconter*; mais, Messieurs, il ne faut pas tant de courage pour cela, et le fait, à tout prendre, n'est pas si déplorable.

Un homme se présente à M. Zelaschi avec un chancre rongeant de trente-cinq jours de date, que la cautérisation avait exaspéré. Pendant dix-huit jours, M. Zelaschi fait 19 inoculations; le chancre marche toujours. Le praticien, effrayé, s'arrête; et pendant quarante jours, notez ceci, il essaie d'arrêter son chancre par un traitement plus rationnel. Rien n'y fait, le chancre continue sa marche; il s'y joint une syphilide et des douleurs ostéocopes. M. Sperino est appelé. M. Sperino, plus expert en syphilisation, veut que l'on recommence. Maintenant, Messieurs, écoutez; la chose en vaut la peine. En huit jours, 43 inoculations. Le douzième jour de ce traitement nouveau, la syphilide s'arrête, les douleurs diminuent. Le dix-septième jour, plus de douleurs; le chancre commence à se cicatriser. Bref, en moins de deux mois la guérison est complète.

Eh bien! l'observation est-elle si déplorable? D'abord, le malade a guéri; c'est un grand point. Puis il a guéri sous l'influence de l'inoculation; dites encore que c'est une coïncidence; du moins confesserez-vous qu'elle n'a pas nui à la guérison. Et au total, c'est encore une victime qui vous échappe.

Enfin, je trouve dans le discours de M. Ricord une mention fort rapide d'un dernier sujet, M. P.... Mais M. Bégin a complété depuis cette petite histoire; il a vu, lui, M. P... *atteint, après quatre mois et demi d'inoculation, de la syphilis constitutionnelle la mieux caractérisée, et dans un état beaucoup plus grave que ne l'a jamais été celui de M. L....*

Vous avez lu, Messieurs, les lettres échangées au sujet de M. P.... Tout ce que j'en veux extraire, c'est que, si ce sujet a eu la vérole, c'est qu'il a voulu l'avoir, comme il le déclare lui-même; et, chose assez singulière, il prend parti contre M. Ricord pour M. Auzias! Quant à son déplorable état, je suis en mesure de rassurer l'Académie. M. P... sort de chez moi il n'y a pas une heure, et il se porte à merveille. Et comment s'est-il guéri? Je lui laisse la responsabilité de son dire : *par la syphilisation.*

Mais puisque tout à propos on l'a comparé à M. L..., permettez-moi, Messieurs, de faire jour à une réflexion qui m'obsède. On vous a présenté M. L... un jour dans un état déplorable, soit, moins déplorable cependant que celui de M. P... — M. P... est guéri; qu'est devenu M. L... ? Il ne reparaît plus; la commission ne l'a plus revu; elle ne l'a vu qu'un jour, et a laissé son observation en suspens. Or, tandis qu'il se dérobe à la commission, M. L... est parfaitement visible à l'un des membres de la commission, qui, après la lecture du rapport, est venu nous en donner des nouvelles. Tout ce que j'ai vu depuis quelques jours, me ferait vivement désirer de voir ce M. L...; c'est bien le moins, pour le bruit qu'on fait de son observation, qu'on veuille bien nous la donner complète.

Après M. Ricord, M. Bégin a cherché aussi à rassembler quelques faits, çà et là, d'après les journaux; il mentionne un exemple de succès de M. Auzias; un grand nombre d'individus présentés par M. Auzias dans les conférences publiques; l'un d'eux attestant à l'Institut l'exactitude du fait qui le concerne; et enfin cet *on dit* qu'il y a maintenant à Paris parmi les classes distinguées de la société, des individus qui déclarent avoir fait avec profit l'expérience de la syphilisation. Tout cela, dit-il, avec raison, est bien vague, tout repose sur des assertions. J'en tombe d'accord avec lui, et je pensais qu'il aurait conclu à la vérification de ces assertions merveilleuses. Pas du tout, il conclut que rien de tout cela ne mérite attention. A mon sens, Messieurs, cette conclusion déborde encore les prémisses.

Mais était-il donc si difficile de vérifier, si on l'avait sincèrement voulu. Pour moi, Messieurs, je n'ai eu qu'à dire un mot; j'ai vu tout ce que je voulais voir, tout ce que le temps me permettait de voir; j'ai trouvé M. Auzias empressé à fournir ses preuves.

On disait, avec juste raison, que le fait de M. Marchal (de Calvi) était seul, ne prouvait rien. N'était-on pas averti que M. Marchal avait dix-huit faits du même genre? Dix-huit faits dont il a bien voulu me mettre le résumé sous les yeux; et j'ose dire que s'ils ne suffisent pas pour entraîner la conviction, il suffisent pour frapper, comme ils m'ont frappé, tout homme sérieux et de bonne foi. J'ai vu ensuite plusieurs malades de M. Auzias; j'en ai vu un inutilement traité par M. Thiry, de Bruxelles, guéri par la syphilisation. Je n'ai pas pu voir, faute de temps, un autre traité plus de trois mois par M. Ricord lui-même, guéri par la syphilisation. J'ai vu un gentilhomme breton, dont je parlais dans une autre séance, porteur d'une vérole de vingt ans, ayant passé par les mains de vingt médecins, n'ayant trouvé, dit-il, de soulagement que dans la syphilisation; il doit être présenté demain à la commission de la préfecture de police, que préside notre honorable président; et c'est parce que cela pourra être vérifié demain que je répète ce qu'il me disait il n'y a pas une heure: « J'aurais donné un doigt de ma main » pour obtenir seulement dix jours du bien-être dont je jouis depuis » que je suis soumis aux inoculations! »

Vous ne croirez pas, Messieurs, que je donne tout cela comme des faits complets, assurés, dignes d'une foi absolue; l'enthousiasme enfle les récits des malades. Je n'ai vu d'ailleurs qu'un petit nombre de cas, tous heureux, et il faudrait voir les revers. Enfin, pour juger en dernier ressort une question de thérapeutique, il est essentiel de suivre les malades du jour où a débuté le traitement jusqu'à la fin. Que veux-je donc conclure de cet ordre de faits? Rien que ceci : c'est que de tels résultats sont trop importans pour être rejetés trop légèrement; c'est qu'ils demandent impérieusement à être vérifiés avant d'être jugés.

Mais il y a un autre ordre de faits sur lesquels je serai plus affirmatif pour lesquels ma conviction est pleine et entière. C'est ce fait si considérable sur lequel je voulais être édifié dans mon premier discours, et sur lequel M. Bégin et M. Ricord ont glissé si légèrement, que l'Académie a fort bien pu en perdre la trace; ce fait de l'immunité acquise contre l'inoculation du chancre; ce fait qui me paraît à lui seul toute une révolution dans l'histoire de la syphilis. J'aurais voulu que la commission le mît en lumière ; et puisqu'elle ne l'a pas voulu, de même que j'ai dû faire d'abord l'histoire des doctrines, je vais essayer de tracer l'histoire des faits. Je ne crains pas de dire que l'Académie ne la trouvera pas indigne de son attention.

Il y a de cela vingt ans, les doctrines sur la syphilis ne présentaient plus en France qu'un effroyable chaos. On en était venu à nier la syphilis même; et le virus était rejeté comme une hypothèse d'un autre âge. Un homme se leva alors, un homme que nous sommes fiers aujourd'hui de compter dans nos rangs; réunissant à l'observation patiente et souvent douteuse le levier bien autrement puissant de l'expérimentation, il reconstitua la syphilis tout entière, il lui rendit sa généalogie, accidens primitifs, secondaires, tertiaires, ayant tous pour père ou pour aïeul un auteur unique et commun, le chancre; ses manifestations furent réglées, soumises à une étroite discipline, et le traitement, régularisé à son tour, fut appliqué désormais avec une puissance et une sécurité inouïes. La doctrine n'est pas sortie en un jour de ce fécond cerveau; mais lentement, par accroissement, par progrès successif; mais finalement, après ces vingt années, elle se présente à nous comme la plus complète qui ait jamais été produite, assise sur des bases si profondes que naguère encore elle pouvait passer pour inébranlable. J'en puis parler ainsi, Messieurs, car je ne suis pas un disciple de M. Ricord; mais élevé dans d'autres opinions, j'ai été attiré, circonvenu, enveloppé par les siennes; je suis un converti, un prosélyte, encore un peu indépendant, toutefois, comme vous avez pu vous en apercevoir. Ce n'est pas qu'il ne me reste quelques doutes, ce n'est pas que certains points ne me paraissent manquer d'une démonstration écrite suffisante; mais je tiens compte du talent de l'auteur, et des incessantes démonstrations poursuivies depuis vingt ans à cette clinique retentissante où l'on vient écouter la parole du maître de tous les coins du monde civilisé. J'étais aussi frappé de ceci ; bien des fois j'ai vu la doctrine de M. Ricord vigoureusement attaquée; bien des fois ces attaques ont renouvelé mes doutes; jamais je ne l'avais vu vaincu, forcé de battre en retraite, bien moins encore de capituler.

Ce jour est enfin venu, Messieurs. Un des points de la doctrine de M. Ricord, c'est que la syphilis appartient à l'homme tout entière, qu'on ne pouvait la faire passer aux animaux. Je ne reviendrai point sur les premières expériences de M. Auzias; on lui nia longtemps ses résultats; moi-même je m'accuse d'avoir eu ma part de cette injustice; je me disais d'ailleurs : quand on donnerait des chancres aux singes, à quoi cela mènerait-il? Préoccupation fâcheuse, Messieurs; un fait est un fait, dût-il demeurer à jamais inutile; mais, le plus souvent, cette inutilité apparente ne provient que de l'ignorance où nous sommes de ses rapports. Pour moi, je l'ai déjà dit, le fait est désormais inattaquable. En écoutant le discours de M. Ricord, je n'ai pu trop démêler s'il l'admet ou s'il le rejette. (M. Ricord : Je l'admets.) Je suis donc très heureux de me trouver une fois de plus en accord avec lui; mais s'il l'admet, n'aurait-il pu s'épargner ces aggressions sarcastiques à l'aide desquelles il semblait lutter contre sa conviction actuelle, et éviter surtout de reproduire encore cette étrange théorie de la transplantation, qui ne le cède assurément, pour l'excentricité, à aucune des théories des syphilisateurs ?

Ce fait, si puéril en apparence, était une première brèche à l'édifice de M. Ricord. Pour la première fois, il était vaincu; et notez-le bien, c'est qu'il se trouvait attaqué cette fois avec les mêmes armes qui lui avaient servi tant de fois à vaincre, avec l'expérimentation. Mais bientôt le fait développe des conséquences inattendues. Ces animaux, rendus à si grand'peine dociles aux inoculations, tout à coup y deviennent plus rebelles; puis, malgré toutes les précautions, les voilà redevenus réfractaires. Quoi donc! la même chose arriverait-elle chez l'homme? On essaie, on réussit; de là l'idée de la syphilisation.

M. Bégin, Messieurs, a essayé de démontrer que cette idée ne pouvait s'étayer ni du raisonnement ni de l'analogie. En quoi j'estime qu'il a commis une immense erreur. Tous les faits nouveaux, toutes les belles découvertes de M. Ricord y tendaient. C'était d'abord cette distinction capitale du chancre simple, qui ne donne pas la vérole, et du chancre induré, qui la donne fatalement, et qui serait ainsi le seul et véritable chancre syphilitique. C'était cet autre point de doctrine, qu'un bubon sécrétant du pus spécifique, garantit celui qui le porte de la vérole constitutionnelle. C'était encore cette troisième loi, qu'on n'a la vérole constitutionnelle qu'une seule fois; d'où, par une présomption assez légitime, M. Ricord penchait à conclure que les enfans d'un homme ainsi devenu réfractaire, pouvaient bien participer à cette immunité. Comment, quand la nature montrait elle-même tant de moyens d'échapper à la terrible maladie, ne pas espérer que l'art parviendrait à l'imiter un jour? Ainsi, Messieurs, l'idée de la syphilisation venait bien de cette école; M. Ricord l'a reconnu lui-même; bien longtemps avant M. Auzias, il prophétisait la découverte d'un vaccin syphilitique; et plus tard, frappé des indices d'une révolution prochaine, il n'hésitait pas à en réclamer *la première part*. Plus tard encore, il a été vivement admonesté sur ce point par notre excellent ami, M. Am. Latour, et aujourd'hui il semble disposé à faire amende honorable. Mais ce qui est, est; qu'il le prenne à éloge ou à blâme, il est certain que l'idée de la syphilisation découlait directement des enseignemens de M. Ricord.

Et d'une autre part, voyez! M. Ricord n'avait observé que l'immunité contre la syphilis constitutionnelle; M. de Castelnau, précédé, dit-on, par Parent-Duchâtelet, arrive à signaler des cas étranges d'immunité

contre le chancre lui-même. Combien de signes précurseurs !

Or, cette immunité, peut-on artificiellement la produire? La réponse désormais ne saurait plus être négative; et je suis surpris que les orateurs de la commission aient tous relégué dans l'ombre un fait aussi capital. Vous vous rappelez l'observation du malade de M. Marchal de Calvi; il a présenté cet état réfractaire. Comme M. Ricord passe rapidement sur ce point! Le malade de M. Zelaschi, si souvent cité, avait acquis la même immunité; ni M. Ricord, ni M. Bégin ne l'ont remarqué; il a fallu que le fait leur fût signalé par M. de Castelnau, qui cependant ne passera jamais pour favorable à la syphilisation. Et le fait de M. Laval? J'y viens dans un instant, Messieurs; mais j'ai besoin de répondre à une objection préalable.

Quand le fait serait bien démontré, qu'a-t-il donc, après tout, de si important? Ceux qui feraient cette question ne seraient pas bien au courant de la situation actuelle des doctrines sur la syphilis. J'ai signalé brièvement quelques-unes des doctrines les plus importantes de M. Ricord; pour la plupart, Messieurs, elles touchent de près ou de loin à une base commune, c'est l'inoculation limitée au pus du chancre, mais aussi forcée pour le pus du chancre. Ici, point de circonlocutions, point d'ambages; *le pus du chancre*, dit M. Ricord, *est fatalement inoculable*; la variole et le vaccin trouvent des réfractaires, le pus du chancre n'en connaît point; et c'est ce qu'il exprimait admirablement par cette sorte d'aphorisme si énergique dans sa concision : *Tous les hommes sont égaux devant le chancre*. C'était, comme vous le voyez, une sorte de constitution politique qu'il imposait à la syphilis, c'était sa charte constitutionnelle.

Or, voilà qu'un jour, il est réveillé en sursaut par un fait révolutionnaire, qui rompt tout à coup l'égalité promise, qui déchire la Charte, qui soumet ses sujets à d'autres lois. Je comprends bien alors, Messieurs, que le législateur ait fait résistance; je comprends toutes ses ardeurs belliqueuses; je comprends qu'il ait voulu avoir sa bataille de Saltzback, avec le désir clairement exprimé d'enterrer son adversaire, et qu'à cette tribune même il ait tenté, selon ses propres expressions, une *nouvelle campagne d'Italie*. Cette résistance n'avait pas d'ailleurs attendu la discussion actuelle pour se produire. Aux premières annonces de l'immunité menaçante, il protesta; et l'amphithéâtre de l'hôpital du Midi, retentit de ses défis et de ses appels. Du reste, digne et loyal, c'était à la vérification qu'il provoquait ses adversaires. « *J'attends surtout*, s'écriait-il, *qu'on me présente un individu syphilisé et réfractaire, qui vienne, devant les cliniciens de l'hôpital du Midi, ou devant l'Académie nationale de médecine,* ME DÉFIER, EN CHAMP CLOS, AVEC DES ARMES DE MON CHOIX ! »

Cet appel fut lancé par l'UNION MÉDICALE le 12 août. Ici les dates sont précieuses, Le 22, M. Auzias accepte. Le 23 septembre, M. Ricord déclare qu'il attend; le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE s'écrie: *Des faits! des faits! plus de théories!*

Et puis, Messieurs? et puis, le 4 novembre, M. Ricord annonce que les expériences sont commencées, et que le résultat en sera communiqué au journal. Cherchez bien, jamais cette communication n'est venue. Huit jours après, M. Ricord présente M. L... à la Société de chirurgie, et le 18 novembre, à l'Académie de médecine. Pas un mot des expériences. Le 20, M. A. Latour donne l'observation de M. L... comme *la seule expérimentation publique et authentique qui soit encore connue.* Comme pour mieux faire ressortir ce silence, le 9 décembre, M. Marchal (de Calvi) écrivait à la *Gazette des hôpitaux* que « *M. Laval s'était présenté à M. Ricord, qui lui avait fait en deux fois sept piqûres, avec trois pus différens, d'une virulence constatée, et cela sans résultat aucun.* M. Ricord ne répond rien; l'UNION MÉDICALE ne souffle mot. Vous savez que le rapport de la commission a gardé pareillement le silence.

Pour moi, Messieurs, qui connais toute la loyauté de M. Ricord et de l'honorable rédacteur de l'UNION MÉDICALE, ce silence équivalait à une défaite; et cependant, j'aurais encore préféré un franc et public aveu. C'est pourquoi j'ai provoqué des explications sur ce point. Il en est venu de plusieurs sources; je ne veux point m'y arrêter; je n'en veux croire ici que M. Ricord.

Que nous a donc dit M. Ricord? Qu'il avait produit sur M. Laval *une pustule d'ecthyma assez caractéristique pour n'avoir pas besoin d'une contre-épreuve;* et que *les autres inoculations qui avaient échoué sur le syphilisé, avaient aussi échoué sur les malades auxquels le pus avait été emprunté.* Pas d'autre détail; M. Ricord déclare qu'*il croirait manquer à sa dignité s'il en disait davantage.*

Ceci ne me plaît pas, Messieurs. Quel rapport y a-t-il entre la dignité de M. Ricord et les détails d'une expérience? Au total, et de son aveu, sur son terrain, *en champ clos, avec des armes de son choix*, il n'aurait réussi qu'une fois sur sept. Mais d'autres malades ont été pareillement réfractaires, ce qui prouve que le pus n'était pas bon. Qui aurait cru, Messieurs, que M. Ricord, après un défi si solennel, dans son service immense, ayant le choix des armes, en serait réduit à nous dire qu'il n'a pas su trouver de bon pus? Mais enfin, une inoculation a réussi. Réussi! quand vous n'avez pas fait la contre-épreuve, que vous-même, en toute occasion, vous déclarez indispensable, à savoir si le pus produit peut être réinoculé!

Pour ce qui me concerne, Messieurs, je regarde cette immunité acquise chez quelques sujets, comme avérée, démontrée, incontestable. M. Ricord la conteste-t-il encore aujourd'hui? (M. RICORD : Je répondrai.) J'aurais préféré une réponse plus nette. (M. LE PRÉSIDENT : Ceci n'est pas convenable; M. Ricord répondra quand il le voudra.) Soit; mais j'ai maintenant quelque chose à dire. Si M. Ricord élève des doutes, je me chargerai, moi, de lui fournir tous les élémens de conviction. Que la commission consente à assister aux expériences, je lui amènerai, j'y engage ma parole, un jeune homme qui se prétend syphilisé, qui porte défi à M. Ricord de produire chez lui un seul atome de pus inoculable; M. Ricord prendra ses précautions; s'il ne réussit pas une première fois, il recommencera; mon sujet se déclare prêt à se laisser faire *douze cents* inoculations, et davantage si l'on en veut davantage. Maintenant, personne ne niera, je l'espère, avant d'avoir vérifié.

Voilà donc un fait capital qui sortira de cette discussion; et ne doutez pas que ce soit un fait considérable. Vous avez lu le beau livre de M. Ricord, sur l'inoculation syphilitique; vous avez vu les résultats importans qu'il en avait obtenus pour le diagnostic, pour le pronostic, pour le traitement; vous vous rappellerez les belles applications qu'il en déduisait en médecine légale; tout cela est ébranlé, tout cela croule, dès que le chancre n'est plus *fatalement inoculable*; le diagnostic redevient incertain, le pronostic faillible, la thérapeutique douteuse; et surtout la médecine légale, à qui, en pareille matière, il faut des certitudes, oserait-elle compter comme autrefois sur les inoculations?

Ceci ne touche encore directement qu'à la syphilis primitive; il est à craindre que la doctrine n'ait à subir bientôt un autre échec touchant la syphilis constitutionnelle. Divers expérimentateurs sont unanimes à dire que le chancre induré peut être produit plusieurs fois chez le même sujet, que les inoculations peuvent le faire reculer, dissiper l'induration, donner peut-être ainsi une garantie nouvelle contre l'infection générale. Ici je ne garantis rien, j'attends les preuves; mais cette unanimité ne laisse pas de donner à réfléchir. Après tout, nul de nous ne prétend avoir atteint la vérité absolue; les vérités que nous découvrons sont plus ou moins voilées d'ombres que nos successeurs auront à dissiper. La doctrine de M. Ricord se fût-elle maintenue tout entière de son vivant, il est probable que, comme toute autre, elle aurait obéi plus tard à la loi générale; et je me réjouirais pour la science si elle réalisait dès aujourd'hui un progrès qui aurait pu se faire attendre un demi-siècle. Si la doctrine en souffre quelque dommage, l'homme n'en sera pas amoindri pour cela; outre qu'il conservera toujours l'honneur de découvertes qui subsisteront, je l'espère; dans la révolution qui en emportera quelques autres, il aura encore à réclamer une large part.

Quant aux autres prétentions de la syphilisation, en admettant qu'elle guérisse les phénomènes présens de la vérole, arrivera-t-elle à garantir contre toute rechute; et même l'immunité assurée contre le chancre préservera-t-elle les syphilisés des autres accidens? Sur ces questions nouvelles, je ne veux rien dire, je n'en sais rien; il me paraît même démontré que les syphilisateurs ont promis audelà de leur puissance, qu'ils se sont trop hâtés de conclure. Je m'en tiens à ce qui est; j'ignore si la nature, qui a déjà laissé relever ce coin de son voile, nous permettra d'aller plus loin. Mais en considérant la grandeur du progrès qui vient de s'accomplir, je ne saurais renoncer à de plus hautes espérances; et dans ma conviction profonde, la syphilis n'est pas vaincue; mais elle est entamée.

Je me résume. Je n'aurai pas la présomption de dicter à l'Académie ce qu'elle a à faire, ni de lui proposer aucune espèce de conclusion. Si elle vote la condamnation de la syphilisation-préventive, je la voterai des deux mains; si elle comprend dans le même blâme la syphilisation curative, je m'abstiendrai, n'ayant pas d'élémens suffisans, et les faits acquis jusqu'à présent me paraissant plutôt favorables que contraires. Mais si, avant toute vérification, et contre les vérifications déjà faites, elle enveloppait dans un arrêt commun les faits que je viens de signaler, je ne veux pas dire que je protesterais; ce serait la science tout entière qui protesterait contre un pareil jugement.

Et maintenant, qu'un dernier mot me soit encore permis. J'ai vu avec regret, avec douleur, les façons dédaigneuses dont on a usé envers un confrère digne à tous égards d'un tout autre traitement. A cette tribune, il semblait que chacun eût peur de prononcer son nom; en dehors de cette enceinte, il a été en butte à d'autres outrages, dont j'ai retrouvé un écho bien lointain, à la vérité, bien affaibli, dans le dernier discours de M. Bégin. Ah! si la commission avait voulu savoir, et cela lui était si facile, l'âme haute et généreuse de M. Bégin aurait frémi de s'associer, même de loin, à des insultes aussi imméritées. Nous avons tous commencé, Messieurs; nous avons tous eu à surmonter des obstacles, à soutenir des luttes plus ou moins pénibles, et cette loi commune ne m'a pas épargné. Mais je me suis promis alors, si quelque part d'autorité m'arrivait un jour, et s'il se rencontrait sur mon chemin un confrère modeste, laborieux à qui l'on voulût aussi barrer le chemin et faire porter la peine de ses découvertes, je me suis promis de lui tendre une main confraternelle et de lui venir en aide de tout mon pouvoir. L'heure est venue aujourd'hui de me dégager de ma parole, et je n'y faillirai point. De cette tribune même où l'on a tellement cherché à l'humilier, je lui adresse mes félicitations, mes encouragemens; et ces encouragemens en valent bien d'autres; je l'exhorte à poursuivre son œuvre commencée, à ne pas laisser sa conquête inachevée. Qu'il se presse moins de faire des théories, qu'il multiplie bien plutôt ses expériences, en y mettant toute la prudence que l'honneur médical lui impose, et qu'il ait foi dans l'avenir. Celui qui, le premier et le seul jusqu'à présent, a fait ces brèches irréparables dans l'édifice si bien cimenté de M. Ricord, celui qui a démontré que l'homme pouvait se rendre impénétrable à l'inoculation du chancre, celui-là s'est fait dans l'histoire de la syphilis un nom qui ne périra pas.

RÉCLAMATION.

Nous recevons de l'honorable M. Depaul la lettre suivante, que notre impartialité nous fait un devoir de publier, en exprimant le vœu de voir se terminer là une polémique sans profit pour la science, comme sans dignité pour l'art.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Mon cher confrère,

En publiant dans les colonnes de votre journal, d'abord la lettre de M. Hugot, et un peu plus tard celle de M. Lefevre, vous m'avez mis dans l'obligation d'adresser une réponse à chacun de ces futurs confrères. Si je n'avais consulté que mon goût pour ce genre de polémique, et les sentimens que m'ont inspiré les allures *peu parlementaires* de M. Hugot (spécialement), j'aurais gardé le silence et je me serais contenté de protester à la tribune académique; mais il s'agit d'allégations si contraires à la vérité, que je crois devoir surmonter mes répugnances, car si je me taisais, vos lecteurs pourraient croire que je n'ai rien à répondre.

J'avais dit, en parlant de M. Hugot, que les détails qu'il avait donnés sur M. Pagès, qu'on peut maintenant désigner par son nom, étaient *incomplets.* J'ajoute aujourd'hui que la plupart sont *inexacts.* Je ne lui reproche pas seulement de n'avoir pas dit à quelle source avait été puisé le pus des inoculations, mais de n'avoir pas cité le nom de celui qui, à l'hôpital du Midi, en avait fait le plus grand nombre. Cela valait bien la peine d'être indiqué, quand il s'agit d'une méthode qu'on veut repousser pour des raisons diverses, et en particulier à cause des dangers qu'elle présenterait.

Plus que jamais, je persiste à ne pas reconnaître M. Pagès dans le portrait tracé par M. Hugot. Grâce au ciel, tous les accidens formidables dont il a parlé (*sans en excepter le fameux lombago*), ont depuis long-temps disparu. Ses craintes, sans doute exagérées par l'intérêt que, naturellement, il doit porter à son ancien collègue, peuvent se calmer. Je lui conseille de lire la lettre, à la fois si digne et si ferme, insérée dans la *Gazette des hôpitaux* de ce jour, et il sera rassuré sur les conséquences d'une expérimentation, dont il serait injuste, d'ailleurs, de faire peser la responsabilité sur l'auteur de la syphilisation.

Quant à M. Lefevre, quoique sa lettre porte la date du 10 août, elle n'a été remise chez moi que le 16, dans la soirée, c'est-à-dire la veille de la dernière séance de l'Académie; j'avais été tenté de la lui renvoyer, en lui disant qu'il s'était trompé d'adresse. N'est-il pas étrange, en effet, de le voir frapper à ma porte pour faire lire sa lettre à l'Académie? Ne devait-il pas se rendre à l'hôpital des Vénériens, là où il avait cru devoir déposer ses premières confidences? Mais, puisque lui aussi veut que son nom retentisse dans le débat, je vais le satisfaire, et pour cela, je me contente de transcrire une lettre que je reçois à l'instant même de MM. Guilbert et Mialet. C'est la seule réponse que j'aie à lui faire :

Monsieur,

Diverses tentatives ont été faites pour affaiblir la valeur des renseignemens si nets et si précis que nous vous avons spontanément transmis, et que vous avez fidèlement reproduits dans votre discours à l'Académie de médecine. Nous avions été conduits à faire cette démarche après avoir entendu M. Ricord tracer une histoire incomplète et inexacte de la maladie de M. J...; que *seuls* nous avons soigné avec un autre de nos amis qui, toutefois, ne l'a vu que dans les vingt-quatre heures qui ont précédé sa mort.

Le point capital de notre rectification était celui-ci : il semblait résulter des communications faites à M. Ricord par MM. Piedagnel et Lefevre, que M. J... avait succombé par le fait de l'inoculation. Or, nous savions que depuis plus d'un mois, aucune syphilisation n'avait été faite sur le bras par où a débuté la maladie qui a conduit au tombeau notre malheureux ami; mais nous pensions que si M. Ricord n'avait point parlé de l'érysipèle qui, en définitive, l'a fait mourir, cela tenait à ce qu'il n'avait pas été complètement et exactement renseigné.

Nous ne savons plus que penser aujourd'hui, quand nous trouvons, dans deux lettres qui sont invoquées comme justification, l'une de M. Piedagnel, l'autre de M. Lefevre, qu'il avait été mis au courant de tout ce qui se rattachait à cet érysipèle.

Que, maintenant, M. Lefevre trouve que cette première partie de notre lettre est *sans portée*, libre à lui de formuler cette opinion. Pour nous, nous croyons que tous les esprits sérieux verront avec nous que là était le point capital.

Quant à Mlle X..., jusqu'à l'époque où nous l'avons vue (le lendemain du jour où succombait M. J...), nous maintenons l'exactitude de nos assertions à son égard; mais nous ne nous portons pas garans de ce qui lui est advenu depuis.

L'inexactitude que nous reproche M. Lefevre appartient à M. Ricord. Nous savons parfaitement que Mlle X... a été soumise à l'inoculation vers la fin de février 1852; et ce sont les paroles de M. Ricord, et non les nôtres, que vous avez répétées dans votre discours.

Quant à M. Roby, puisqu'il a cru devoir également intervenir dans ce débat, nous lui ferons observer, comme à M. Lefevre, qu'il n'a pas vu une seule fois M. J... pendant tous le cours de sa maladie, et qu'il ne nous paraît pas beaucoup mieux renseigné sur la nature des accidens syphilitiques qui ont existé longtemps avant la mort, et qui s'étaient reproduits à différentes époques.

Libre à lui de faire passer pour un érythème fort simple les manifestations secondaires que nous avons constatées; mais nous avons l'observation tout entière, prise jusqu'au début de l'érysipèle, et nous pourrions lui montrer que si, pendant notre absence, il a vu des accidens qui n'auraient duré que trois jours, il en a été bien autrement de ceux que nous avons observés, et qui n'ont disparu que trente à quarante jours après le début de la syphilisation, et c'est de ceux-là seulement que nous avons entendu parler.

Mais, demande M. Roby, J... ne portait-il pas au bras des chancres en suppuration, quand il fut pris d'érysipèle? Puisqu'il n'a pu rien voir de ce qui s'est passé, nous pouvons lui répondre hardiment que non. Il n'existait plus que quelques cicatrices croûteuses sur le bras gauche. L'épiderme fut soulevé en ce point par le progrès de l'inflammation cutanée; et d'ailleurs les points, où existaient ces cicatrices d'inoculation, ne furent pas les seuls où se montrèrent des phlyctènes.

Enfin, il est une dernière assertion que nous tenons beaucoup à rectifier, parce qu'elle est complètement erronée. Nous n'avons jamais dit à M. Roby que nous vous ayons même laissé entendre que, dans notre opinion, la syphilisation avait eu, pour notre ami, *les résultats les plus fâcheux.* Nous ne comprenons donc pas comment il a pu si légèrement vous accuser d'avoir supprimé une partie de notre communication sous ce rapport.

Veuillez agréer, etc. DEPAUL.

Paris, 19 août 1852.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

M. le docteur Honorat, membre correspondant de l'Académie de médecine et de plusieurs Sociétés savantes, est mort à Digne, vendredi, 6 août, dans un âge avancé. M. Honorat était auteur de divers ouvrages estimés, notamment du *Dictionnaire provençal.*

— La mort vient de frapper le doyen des chirurgiens de St-Quentin, dans la personne de M. Louis-Vincent Rigault, décédé, à 80 ans, des suites d'une apoplexie.

— Un médecin de l'hôpital général de Madrid, le docteur Ceferino Lozano, vient de succomber à une fièvre typhoïde compliquée de pneumonie.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 101. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 24 Août 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. . . . . 32 Fr. :
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILISATION.

LETTRE A M. LE PROFESSEUR MALGAIGNE,

A L'OCCASION DE SON DERNIER DISCOURS PRONONCÉ DEVANT L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

« Les anticipations n'ont que trop de force pour extorquer notre sentiment; car, après tout, si les hommes, étant tous atteints de la même folie, extravaguaient précisément de la même manière, ils pourraient encore s'entendre assez bien. »

Fr. BACON. — *Nov. org.*, livre I. § XXVII.

Très honoré professeur et ami,

Nous nous trompions tous les deux. Quand je vous croyais partisan de la Syphilisation, vous assuriez que vous ne l'étiez pas encore. Quand vous protestiez contre mon assertion, vous l'étiez déjà. Singulière propriété, et que j'ai déjà signalée, de la nouvelle doctrine, de jeter le trouble, la confusion et le désordre parmi tous ceux qui s'en occupent. C'est à ce point, que, ma tête méditativement placée entre les mains, venant de lire avec une bienveillante et affectueuse attention votre dernier discours, cherchant à m'abstraire du monde extérieur et à concentrer tout mon intellect sur votre œuvre, il m'est impossible d'en saisir la portée, la signification, l'intention et le but. J'y aperçois des oppositions si heurtées, des contradictions si étranges, des antinomies si frappantes, que j'en suis à me demander si, dans cette semaine de fusées et de feux d'artifice, vous n'avez pas voulu nous charmer par quelque brillant jeu d'esprit, par quelque étincelant paralogisme ou par le bouquet éblouissant du paradoxe. Mais il n'en peut être ainsi; vous avez cru, vous avez voulu parler sérieusement, j'en atteste votre double dignité de professeur et d'académicien, qui vous interdit le sans-façon du fantaisiste. Tout simplement et à votre insu, vous avez subi la perturbatrice influence de la Syphilisation. Il est, vous le savez, un mollusque du genre *sepia*, qui, sitôt qu'on le touche, répand autour de lui un liquide noirâtre, troublant la transparence de l'eau et jetant l'obscurité tout à l'entour de lui. N'est-ce pas la fidèle image de la doctrine nouvelle, qui jette aussi autour d'elle aussitôt qu'on y touche un voile si épais, que des yeux et un esprit aussi clairvoyans que les vôtres n'y voient plus que des ténèbres?

J'ai l'intention de vous prouver, en effet, cher professeur et ami, et tour à tour, et votre discours à la main,

Que vous êtes plus avancé en doctrine syphilisatrice que vous ne l'avez dit;

Que vous l'êtes moins que vous ne l'avez assuré;

Que vous croyez plus que vous ne l'avez exprimé à l'efficacité préservative de la Syphilisation;

Que cette méthode vous inspire moins d'*horreur*, c'est votre mot, que vous ne l'avez proclamé;

Que la réalité d'existence de l'efficacité préventive vous inspire un doute plus sérieux que vous ne le croyez;

Que vous ajoutez moins de créance que vous ne le pensez, aux prétendus faits de Syphilisation curative;

En un mot, que vous êtes à la fois le chaud partisan et l'adversaire énergique de la Syphilisation, son avocat éloquent et son accusateur indigné.

Position singulière et bizarre que je ne vous fais pas pour céder au stérile plaisir de l'antithèse, mais que vous vous êtes faite vous-même dans ce discours étincelant d'ailleurs d'esprit et de malice, et qui, à tout événement, vous permettra de dire avec le fabuliste :

Je suis oiseau, voyez mes ailes!
Je suis souris, vivent les rats!

Notre vieille et sérieuse amitié me dispense de toute précaution oratoire. Vous ne pouvez croire à une intention désobligeante de ma part. Je vais discuter contre un vieux journaliste, avec toute la liberté d'un vieux journaliste. Nous sommes heureusement cuirassés l'un et l'autre contre les petites espiègleries de la presse, et nous rions quelquefois ensemble de ces femmelettes de la critique qui se trouvent blessées par le pli d'une feuille..... de papier.

Quelques mots d'abord sur ce que j'appellerai la partie philosophique de votre travail. Vous êtes baconien, je le suis aussi. Je crois avec vous, qu'en toutes choses, il n'y a de vérités scientifiques que des vérités de fait. J'ai comme vous un grand culte pour le Fait; cependant, en ce qui me concerne, ce n'est pas un culte de latrie. Pour m'incliner respectueusement et avec soumission devant le Fait, il faut qu'il se présente avec des conditions très différentes de nombre, de valeur et de nature, selon les sciences où ce fait veut prendre son rang. Vous concevez que je n'ai pas la prétention de soulever ici les hautes questions de philosophie des sciences auxquelles le sujet pourrait entraîner. Il ne s'agit que de nous entendre, si nous le pouvons, sur la manière de comprendre le *fait médical*.

Il serait digne des méditations d'un médecin philosophe de reprendre à nouveau cette grande question de la certitude en médecine, question très hardiment posée de notre temps par l'école de M. Louis, mais que notre génération médicale, très peu philosophe, a laissée presque s'éteindre dans l'indifférence. Baglivi, dans le XVII[e] siècle, avait tenté une œuvre semblable, et c'est encore pour nous un grand sujet de surprise, que ces belles pages écrites par un jeune homme de 24 ans, sur les questions les plus élevées de philosophie médicale. Mais, ainsi que le fait remarquer un de ses plus récens traducteurs, Baglivi s'était tellement assimilé la philosophie de Bacon, que le *Traité de médecine pratique* du médecin de Rome — titre tout à fait inexact, fausse étiquette qui n'indique en rien la nature du livre — est le calque fidèle de l'ouvrage célèbre du chancelier de Verulam, *De dignitate et augmentis scientiarum*. Mais Bacon n'était rien moins que médecin, vous vous en êtes aperçu à la façon dont il parle médecine. Ses principes, admirables en tant qu'ils s'appliquent aux sciences mathématiques et naturelles, sont d'une rigueur outrée et impossibles dans leur application à la médecine pratique. Aussi, Baglivi a-t-il fait un magnifique programme, j'en conviens, mais ce programme, on peut le dire très résolument, ne sera jamais exécuté. Voyez d'ailleurs comme Baglivi l'exécuta lui-même!....

Pourquoi ce programme ne sera-t-il jamais exécuté, mon cher ami? Par une raison que je soumets avec confiance à votre jugement, c'est qu'alors qu'en astronomie, qu'en physique et en chimie, rien n'est plus facile et moins embarrassant que de constater un fait, de l'observer dans toute son évolution, presque toujours de le reproduire, et par cela même de le comparer, rien au contraire n'est plus difficile et plus rare en médecine pratique; si rare que toute une doctrine s'est élevée sur le principe, faux dans son absolutisme, de la non identité des maladies. Vous vous rappelez le passage fameux du discours d'un académicien qui jouissait d'une grande autorité dans l'Académie de médecine : « La pneumonie de Pierre n'est pas la pneumonie de Paul, etc. » Ce digne et respectable académicien outrait évidemment les choses. L'identité est acceptable dans une certaine mesure; sans cela, que serait l'expérience, quelle raison d'être aurait la médecine tout entière? Mais toute la question est là : quelle est la caractéristique du fait médical, et à quels signes reconnaît-on son identité?

Vous avez fait une rude guerre à la raison médicale, que vous ne séparez pas du bon sens médical, et vous l'accusez d'avoir introduit dans la science les erreurs qui l'ont si souvent encombrée; permettez-moi de vous le dire, mon ami, vous avez fait une pétition de principe. Toute théorie, tout système, toute application en médecine repose et a toujours reposé invariablement sur les faits. Il y a bien des folies dans notre science, mais puisque le temps est aux défis, on peut vous porter celui de trouver dans notre littérature médicale tout entière une doctrine, une opinion ou une thérapeutique qui n'ait pas pu croire avoir sa raison d'être dans les faits. Ce n'est pas la raison qui invente les faits, ce sont les faits qui égarent la raison. Depuis que le monde est monde, ce sont les faits qui le gouvernent, faits souvent mal vus, j'en conviens, mal interprétés, je l'accorde, mais qui n'en ont pas moins toujours et incessamment exercé leur tyrannique empire sur la raison humaine. Bacon, dont vous êtes le disciple, n'a inventé, mon cher ami, ni une philosophie, ni une doctrine. Il ne nous a donné qu'une méthode expérimentale et logique pour bien voir, bien constater, bien examiner le fait, pour le comparer et en induire des principes et des lois. Mais vous seriez infidèle à sa méthode, vous rompriez avec sa logique, vous retomberiez sous le joug des *anticipations* et des *fantômes* dont il a si énergiquement allégé l'esprit humain, en suivant précisément, en philosophie médicale, la voie qui vous a conduit à la Syphilisation.

Si la Syphilisation est un fait, dites-vous, il faut l'admettre. Ce conditionnel, mon cher ami, vous accuse et vous condamne. De par Bacon, dont vous invoquez les principes, je répudie la méthode et la logique qui ont déterminé votre conviction. J'ai vu, ajoutez-vous. Je voudrais vous répondre par la célèbre apostrophe de Bordeu : Où avez-vous vu? Comment avez-vous vu? Qui vous a dit que vous aviez vu? Mais je n'ai pas Bordeu sous la main et je vous épargne une énergique réponse. J'ai vu! Mais n'est-ce pas par ces mots que veulent vous fermer la bouche les adeptes de toutes les mystérieuses pratiques qui ont cours dans le monde? Vous n'avez donc rien vu en fait de magnétisme extatique et prophétique, puisque vous n'invoquez pas pour lui l'intervention des corps savans? Cependant, je vous l'assure, les magnétiseurs ont des faits à vous produire bien autrement émouvans que vos faits de Syphilisation. J'en ai vu, moi qui vous parle, qui m'ont coûté plus d'un mois d'application et de recherches pour trouver leur *ficelle*. Et l'homœopathie, dans ses prétentions les plus renversantes, ne vous séduit donc pas par ses faits innombrables?

Il est vrai que je vous ai vu fort ému et fort troublé par les prétendus faits de guérison de la sciatique par la cautérisation de l'hélix. Je me rappelle même qu'ayant voulu vous faire une petite objection dans le moment de votre plus grande ferveur pour cette pratique, vous me foudroyâtes par une violente sortie contre la raison humaine, cette sotte, cette impertinente, qui s'avisait de mettre des *si* et des *mais* devant les faits irréfragables que vous aviez observés. J'eus une petite démangeaison de vous répondre à cette époque, mais je vous vis si en colère, que je craignis de porter quelque perturbation dans les vieilles et placides relations que nous avons ensemble. En vérité, la cautérisation de l'hélix ne valait pas de m'exposer à une rupture. A propos, et par incidence, dites-nous donc un de ces jours et dans un de ces articles que vous faites si bien, ce qui est advenu de cette pratique de maréchalerie.

Vous avez beau vous récrier, mon cher ami, il y a des faits absurdes, il faut que vous me passiez cela, comme je vous passe qu'il y a du bon sens et de la raison qui sont absurdes. On fait grand étalage de quelques vérités scientifiques qui ont rencontré opposition ou obstacles sur leur chemin. Tous les incompris en sont là. Écoutez-les! Ils sont tous victimes des préjugés, des passions et de l'ignorance de leurs contemporains. Mais retournez donc la médaille et voyez avec effroi les piperies, les mensonges, les pratiques dangereuses et toutes les niaiseries inimaginables qui trouvent entrée facile et cours paisible dans le monde des esprits! Vous vous plaignez de la résistance qu'opposent certaines intelligences aux idées de prétendus inventeurs; hélas! c'est de la déplorable facilité du plus grand nombre à tout accepter sans examen et sans contrôle que vous devriez plus légitimement vous plaindre.

Mais j'arrive à la démonstration que je vous ai promise.

. . . .

J'écrivais ce qui précède, quand a sonné l'heure de la séance de samedi dernier, qui a vu la fin de cette longue discussion à laquelle vous avez pris une si large part. Je me suis aperçu bien vite que beaucoup des choses que je venais de vous dire, que beaucoup de celles que j'avais à vous dire encore, vous ont été dites, et bien mieux que je n'aurais pu le faire, par notre savant confrère, M. Michel Lévy, et par M. Bégin, le courageux rapporteur de la commission. Je trouve aussi, dans la réponse que vous adresse aujourd'hui M. Ricord, un certain nombre d'objections que je voulais vous présenter. Je m'abstiendrai de reproduire les argumens et les idées de ces messieurs. Faut-il vous l'avouer, d'ailleurs? La piteuse fin que vient de faire la Syphilisation devant l'Académie de médecine, désarme ma critique. Quoi! éloquent ami, vous n'avez pu soulever un seul doute, ébranler une seule conviction, entraîner un seul assentiment parmi vos collègues académiciens! Quoi, une écrasante et sublime unanimité en faveur de la commission! Et vous-même, en compagnie de M. Depaul, *arcades ambo*, silencieux et immobiles sur votre banc, ne

prenant pas part au vote!.... Quelle triste campagne! Cette grande infortune me commande des égards, et je vais apporter les plus grands ménagemens dans ce qui me reste à vous dire.

Vous êtes plus avancé dans la nouvelle doctrine que vous ne le croyez, mon cher ami, et pour prouver cela, je n'ai qu'à citer cette petite phrase de votre discours : « Pour ce qui me » concerne, Messieurs, je regarde cette immunité acquise chez » quelques sujets, comme avérée, démontrée, incontestable. »

Cependant, êtes-vous bien sûr de ce que vous dites-là? Je remonte les colonnes de votre discours, et je lis : « Je trouve » odieux, coupable, il répugne à ma conscience que l'on donne » à un individu la vérole qu'il n'a pas, sous le frivole prétexte » de la lui épargner à l'avenir. »

Qu'est-ce à dire? Cette immunité avérée, démontrée, incontestable, peut, néanmoins, être suivie de la vérole? Voilà, convenez-en, une singulière immunité.

Que dites-vous de l'antinomie suivante?

« Je blâme de toutes mes forces ces expériences sur soi- » même; je dis que c'est un attentat contre la morale, plus » grand et plus considérable que ne serait le suicide. »

Je descends vos colonnes et je rencontre ceci :

« Que la commission consente à assister aux expériences, je » lui amènerai, j'y engage ma parole, un jeune homme qui se » prétend syphilisé, qui porte défi à M. Ricord de produire » chez lui un seul atome de pus inoculable.... Mon sujet se » déclare prêt à se laisser faire *douze cents* inoculations, et » davantage si l'on en veut faire davantage. »

Ce sujet-là le blâmez-vous de toutes vos forces?

Dans un endroit vous dites :

« Mais, sur la Syphilisation curative, je l'ai déjà dit, ma » conscience est parfaitement en repos; et quand un individu » a la vérole, aucune considération morale ne s'oppose à ce » qu'on lui inocule de nouveaux chancres, si seulement il est » établi qu'il peut en résulter quelque bien. »

Et dans cet autre endroit, après avoir exposé les faits de syphilisation curative qui vous ont été communiqués, vous ajoutez :

« Vous ne croirez pas, Messieurs, que je donne tout cela » comme des faits complets, assurés, dignes d'une foi absolue; » l'enthousiasme enfle les récits des malades... Pour juger en » dernier ressort une question de thérapeutique, il est essen- » tiel de suivre les malades du jour où a débuté le traitement » jusqu'à la fin. »

Quelle éclaircie de haute raison, cher ami, et pourquoi n'avoir pas mis en pratique ce beau précepte?

Votre hypothèse, un peu trop prolongée, du chloroforme, est-elle digne de votre esprit ordinairement si ingénieux et si fin? Comment avez-vous pu comparer des choses aussi profondément dissemblables? Comment votre courtoisie ne s'est-elle pas révoltée à la seule idée de prêter une conduite inepte et stupide à la commission académique? Effacez cette page, mon cher ami, de l'édition officielle de votre discours; elle n'a ni justice, ni raison, ni vérité; elle ne se sauve même ni par le trait, ni par l'esprit qui vous sont habituels.

Rapprocherai-je votre exorde de votre péroraison? Ferai-je ressortir ce qu'il y a de contradiction choquante entre ces belles paroles : « et ce qui rend la lutte encore plus pénible, » c'est que toutes ces passions, il faut le confesser, sont loyales » et généreuses; c'est qu'elles mettent en avant les intérêts » les plus graves et les plus légitimes, la dignité médicale, la » dignité humaine, la santé du soldat, la santé du pauvre, la » santé de tous, *salus populi* : que puis-je leur objecter, moi » qui les partage, moi qui, etc. » Rapprocherai-je, dis-je, cet éloquent langage de ce passage émouvant de votre imprudente péroraison : « Mais je me suis promis alors, si quelque part » d'autorité m'arrivait un jour, et s'il se rencontrait sur mon » chemin un confrère modeste, laborieux, à qui l'on voulût » aussi barrer le chemin et faire porter la peine de ses décou- » vertes, je me suis promis de lui tendre une main confrater- » nelle et de lui venir en aide de tout mon pouvoir. L'heure » est venue aujourd'hui de me dégager de ma parole, et je n'y » faillirai point. De cette tribune même où l'on a tellement » cherché à l'humilier, je lui adresse MES FÉLICITATIONS, MES » ENCOURAGEMENS, et ces encouragemens en valent bien d'au- » tres; JE L'EXHORTE A POURSUIVRE SON ŒUVRE COMMENCÉE, » A NE PAS LAISSER SA CONQUÊTE INACHEVÉE. »

Est-ce bien vous, mon cher Malgaigne, qui avez prononcé ces dangereuses paroles? Oh! ne nous dites pas que vous partagez les passions « loyales et généreuses » qui se sont insurgées contre la Syphilisation. N'assurez plus que « vous vous » associez de toutes vos forces à la juste réprobation dont la » commission a frappé certaines applications de la doctrine. » N'écrivez plus que les expériences sur la Syphilisation sont « UN ATTENTAT contre la morale, plus grand et plus condam- » nable que ne serait le suicide. » Non, mon ami, de grâce, pour l'honneur de votre jugement et la loyauté de votre critique, ne mettez plus ainsi en si flagrant désaccord vos idées, vos sentimens, vos principes; livrez-vous, soit, à vos lyriques sympathies pour l'auteur de la doctrine nouvelle, osez lui dire avec le poète :

Macte animo, generose puer, sic itur ad astra.

Mais au moins que ce soit sans les réticences et la réserve si contraires à votre franche et vaillante critique.

Je crains bien que ce que je vous ai prédit dès votre premier discours ne vous soit arrivé, mon cher ami. Vous vous êtes compromis, vous avez compromis votre talent si distingué au service d'une cause complètement perdue devant l'opinion publique. Je ne vous redirai pas ce que j'ai de tous côtés entendu dire, à l'Académie, à la Faculté, dans le monde, partout. C'est un concert général d'étonnement d'abord, de quelque chose de moins passif ensuite. On ne revient pas qu'après votre magnifique et si légitime éloge du premier siphilographe de notre époque, vous ayez pu lui opposer ou plutôt lui placer en parallèle l'inventeur obscur, et plus illuminé que coupable, d'une doctrine qui vient ridiculement de s'écrouler, je ne vous dirai pas devant le bon sens et la raison, vous répudiez leur autorité, mais devant ce que vous estimez le plus au monde, l'inexorable critique des faits; parallèle humiliant que le bon goût, à défaut de justice, aurait dû vous empêcher de faire, et qui serait à dégoûter du talent, de la science et du génie, si, dans un moment d'égarement, un orateur quelque puissant qu'on le suppose, pouvait avec impunité comparer ces dons de Dieu aux plus extravagantes rêveries d'un cerveau malade.

Et ce qu'il y a de triste, c'est que le mal fait est irréparable. Vous et M. Depaul, vous êtes tous les deux condamnés à subir jusqu'au bout la peine qui vous attend. Qu'elle est cette peine? Celle de voir vos deux noms honorables et scientifiquement si dignes de considération, indéfiniment accolés à la Syphilisation. C'est sous votre patronage que vont se produire toutes les tentatives nouvelles de la doctrine. C'est en s'appuyant sur vos téméraires encouragemens que les syphilisateurs légitimeront leurs hardiesses les plus coupables. Vous aurez beau vous récrier et rappeler vos tardives et impuissantes restrictions. Tout cela sera étouffé sous l'effet retentissant et durable de votre péroraison fatale. Au jugement si grave, si solennel, si unanime de l'Académie, la Syphilisation opposera sans cesse le jugement de M. Malgaigne, l'opinion de M. Depaul, et sous ces deux égides, on la verra marcher à ce que vous appelez de nouvelles conquêtes, à ce que j'appelle de nouveaux désastres.

Ce qui m'afflige le plus pour votre crique, ordinairement si pénétrante et si sage, c'est de l'avoir vue ébranlée jusqu'à la conviction par les faits que vous avez signalés comme des trophées de la Syphilisation. Je n'ai garde de revenir sur l'appréciation si complète qui en a été faite par MM. Bégin et Ricord. Mais je prends la liberté de vous dire que si ces faits vous ont été suffisans pour vous convaincre, et si la vérification que vous en avez faite est toute celle que vous avez exposée, c'est bien à tort que vous inscrivez le nom de Bacon sur votre bannière de critique. Farouche chevalier du droit de libre examen, la Syphilisation a émoussé votre lance! Implacable adversaire de la ténotomie, la Syphilisation fera tôt ou tard mollir votre courage..... Mais je n'évoquerai pas ici des souvenirs qui m'obsèdent : une incrédulité si incurable, une critique si inexorable et si âpre d'un côté, de l'autre une si facile propension à croire aux fallacieux résultats de la Syphilisation, et votre inexplicable tendresse pour son inventeur.

Je m'arrête donc. Je ne veux même pas répondre aux petites malices que vous m'avez personnellement adressées dans votre discours. Si elles manquaient de justesse, elles ne manquaient pas de courtoisie, malgré quelque intention peut-être pénétrante dans ce que vous avez dit des rapports de l'UNION MÉDICALE avec M. Ricord. Vous avez modifié ce passage dans votre discours écrit, et je vous en remercie. Quoique je me fasse honneur et gloire de vivre en communion d'idées et de doctrines avec notre célèbre ami, M. Ricord, M. Ricord aurait pu lui-même vous répondre que le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE sait résister au sentiment qui lui paraît le plus précieux, celui de l'amitié, pour accomplir ce qu'il considère comme un devoir de vérité, d'impartialité et de justice.

Je vous serre affectueusement la main.

Amédée LATOUR.

DERNIÈRE SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE SUR LA SYPHILISATION.

Il nous reste à peine assez d'espace pour annoncer le résultat de la longue et grave discussion qui s'est terminée, samedi dernier, à l'Académie de médecine. Après un très beau discours de M. Michel Lévy, après une très spirituelle et très vive allocution de M. Gerdy, après un très remarquable résumé fait par M. Bégin, l'Académie, malgré quelques timides tentatives de MM. Malgaigne et Depaul, pour la détourner du jugement solennel qu'elle avait à rendre, l'Académie, mise en demeure de se prononcer sur la conclusion proposée par la commission, l'a votée à l'unanimité.

Seuls, MM. Malgaigne et Depaul n'ont voté ni pour, ni contre.

Sur la proposition de M. Michel Lévy, l'Académie a décidé, à la même unanimité, que le rapport de la commission, les deux discours de M. Bégin et le résultat du vote de la compagnie, seraient transmis à M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce.

A plus tard les détails. A. L.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 17 Août 1852.— Présidence de M. MÊLIER.

DISCOURS DE M. RICORD.

Je remercie M. Malgaigne des éloges pompeux qu'il a bien voulu me donner, et des roses dont il a couvert les épines qu'il a semées sur ma route, et qui, par cela même, ne m'ont point piqué.

Dans ce que j'ai déjà dit du discours du dernier orateur de la précédente séance, j'ai répondu à presque tout ce que vient de répéter M. Malgaigne, qui n'a produit ni faits, ni argumens nouveaux.

Cependant M. Malgaigne mérite encore une réfutation qui n'a pu être complète dans une réponse immédiate et improvisée, et qu'on me permettra de développer en transcrivant mon discours.

Je ne m'arrêterai pas au raisonnement de mon honorable collègue, qui tendrait à prouver que tout ce que la raison, le bon sens et l'expérience condamnent comme erroné, ou absurde, doit, par cela seul, être la vérité ou le progrès; car, s'il en était ainsi, M. Malgaigne devrait tout adopter dans la syphilisation, la théorie et la double pratique de la syphilisation préventive et curative, que la prudence, que la raison, que le bon sens repoussent également.

Pour combattre la double pratique erronée et dangereuse de la syphilisation, j'ai dû démontrer la nullité des faits sur lesquels elle s'appuyait, et l'absurde de la théorie qu'elle voulait en déduire. Notre honorable collégue a prétendu, à ce sujet, que je n'avais enfoncé que des portes ouvertes. Je crois, moi, avoir fait quelque chose de plus, car M. Malgaigne était en travers.

Mais suivons M. Malgaigne dans ses impressions, dans ses contradictions, dans ses rapides convictions. La syphilisation préventive, prophylactique, l'a fâcheusement impressionné; il la repousse avec horreur, et de tous ceux qui ont parlé contre elle, c'est lui qui l'a le plus violemment flétrie et condamnée comme criminelle; on ne comprend pas comment, dans un si énergique mouvement de réprobation, il ait pu, comme il le dit, résister au désir d'applaudir au discours si bien inspiré de notre savant ami, M. Larrey.

L'honorable orateur en répudiant la syphilisation préventive, pour n'accepter que la syphilisation curative, croit qu'il peut ainsi aisément se débarrasser de ce premier et lourd fardeau. Il se trompe, et ici commencent les contradictions, car il n'a cessé de le porter péniblement jusqu'au terme de la discussion.

Du moment que la syphilisation est employée contre un accident syphilitique quelconque, M. Malgaigne ne la considère plus que comme curative. Mais si c'est contre un accident primitif, contre un chancre, qu'on l'applique, non seulement elle doit guérir celui-ci, mais encore elle doit prévenir les accidens constitutionnels. Voilà donc la syphilisation préventive appliquée, dans une très grande majorité de cas, où elle n'a rien à prévenir; car un très grand nombre de chancres ne doivent pas être fatalement suivis de l'empoisonnement général.

Les syphilisateurs ont dit à M. Malgaigne, qui n'a pas pu le vérifier par lui-même, que lorsque la syphilisation est employée pour la curation des chancres, ne constituant encore que des accidens purement locaux, elle doit les guérir, sans rien ajouter à ce qu'avaient déja les malades. Pour soutenir cette proposition, on s'appuie sur les raisons qui m'ont permis d'avoir recours à l'inoculation exploratrice. Mais il faut n'avoir pas lu ce que j'ai écrit, ne s'être pas donné la peine de le comprendre, ou ne pas se souvenir des premiers préceptes de la syphilographie, pour me rendre responsable de pareilles énormités. Lorsque j'ai dit qu'en faisant une inoculation exploratrice à un malade, on n'ajoutait rien à ce qu'il avait déja, j'avais raison, car je l'inoculais avec son propre pus, de telle façon que s'il avait actuellement une vérole constitutionnelle, je n'avais pas à craindre de lui en donner une autre, *la diathèse ne pouvant pas être doublée*. Que si le malade n'avait qu'un chancre non induré, non infectant, le chancre d'inoculation artificielle, puisé à cette source, offrait les mêmes caractères et n'était, pas plus que le premier, suivi d'accidens constitutionnels. Mais sont-ce là les procédés que suit la syphilisation?

Si, dans la pratique de l'inoculation exploratrice, une ulcération de plus, et qu'aujourd'hui on arrête aussitôt qu'on en a obtenu ce qu'on désirait, ne constitue pas une addition grave, dangereuse, peut-on raisonnablement en dire autant de cent, de deux cents inoculations pratiquées pendant six mois et plus, contre une ulcération unique qui aurait guéri seule en trois ou six semaines? Vous n'ajouterez rien, dites-vous, à ce qui existait déjà chez le malade, qui n'avait qu'un chancre non induré, quand vous l'inoculerez avec d'autres pus que le sien, puisé à diverses sources et pendant un espace de cinq ou six mois? Moi je vous dis, qu'en procédant ainsi, vous finissez par rencontrer un pus convenable, et un moment d'aptitude du malade à l'aide desquels vous donnerez la syphilis constitutionnelle, à des sujets qui ne devaient pas l'avoir, comme cela est arrivé chez M. le docteur L. ***; chez le malade dont mon ami, M. Diday, a raconté la déplorable histoire, et comme cela vient d'avoir récemment lieu chez M. P.., et qu'alors, votre syphilisation, au lieu d'être curative des accidens existans; au lieu d'être préventive d'accidens consécutifs que l'état actuel de la science vous apprenait à ne pas redouter, devient elle-même la cause de ce que vous aviez la folle prétention de lui faire empêcher.

Mais en supposant que vous fissiez du diagnostic un peu plus précis, que celui que vous faites, que vous n'eussiez recours à la Syphilisation que contre la syphilis constitutionnelle, *aux doses* auxquelles vous employez cette détestable *isopathie*, vous ajoutez de graves accidens à ceux qui existent déjà, et qu'au lieu de les arrêter, vos *irrigations chancreuses* devenant des causes d'excitation et de réaction, donnent un violent coup de fouet à la diathèse, à la manière des autres causes occasionnelles, des manifestations syphilitiques, ou qui peuvent les compliquer. Si mon honorable collègue avait prêté un peu plus d'attention à ce que j'ai avancé, s'il s'était donné la peine de comprendre, il n'aurait plus été étonné de ce que j'ai dit des *irrigations chancreuses*.

Nous avons prouvé, Messieurs, que la syphilisation, qui ne pouvait pas s'appuyer sur sa théorie ridicule, ne présentait aucun fait probant en sa faveur. Nous vous avons dit que ceux qui avaient plaidé pour elle n'en possédaient pas. A cela M. Malgaigne a fait la plus étrange de toutes les

réponses : Il a prétendu que c'était à nous d'en fournir ! Eh bien, nous lui en avons donné. Seulement, il en conteste la qualité. Je ne vous rappellerai pas la comparaison qu'il a faite du bon et du mauvais chloroforme, pour éveiller l'attention de l'Académie sur les bonnes et mauvaises observations. M. Malgaigne dit que les faits que nous avons rapportés n'appartiennent pas aux syphilisateurs de profession, que les malades n'ont pas été syphilisés d'après les règles de l'art et que par conséquent ils ont le droit de les répudier. Cela serait juste s'il y avait des règles d'après lesquelles on eût toujours opéré. Mais je vous l'ai déjà dit, les syphilisateurs n'ont jamais eu d'insuccès, bien qu'ils n'aient pas toujours opéré de la même manière, et aujourd'hui encore ils ne suivent pas tous les mêmes méthodes, ce qui ne les empêche pas de réussir toujours ; tandis que les autres échouent en faisant, quoi qu'on en dise, ce qu'ils ont indiqué.

Du reste, au commencement de la syphilisation, on ne voulait que quelques chancres inoculés à distance et qu'on devait promptement détruire par la cautérisation, sans les laisser se développer. Cette période remonte à l'époque des inoculations de M. Welz. Plus tard, au moment des inoculations de Turin, il en fallait davantage ; mais je fus presque traité de calomniateur quand je donnai le chiffre des inoculations pratiquées par M. Sperino. Vous savez aujourd'hui où on est arrivé. Les observations que j'ai citées conservent donc, comme je l'ai démontré déjà, toute leur valeur clinique, toute leur portée scientifique. Que leur reproche encore mon ami M. Malgaigne ? Ce ne peuvent plus être les préceptes, mais bien de n'avoir pas fait plus de mal que je ne l'ai dit. Pour être en droit de faire des reproches à la syphilisation, il fallait, selon M. Malgaigne, quelque chose de plus sérieux que le fait de M. L..., de plus grave que celui de M. J..., dont vient de vous entretenir M. Piedagnel et que je connais encore mieux aujourd'hui ; quelque chose de plus triste que l'observation de mon ami Diday, et que celle de M. Gosselin.

Il fallait, aux syphilisateurs, pour prouver que la syphilisation n'était pas curative, des faits plus concluans que ceux de M. le dr L..., de M. Gosselin, de Mlle X..., de M. Diday et ceux de M. Marchal (de Calvi). Pour prouver que non seulement elle constituait un accident grave par elle-même, qu'elle n'empêchait pas des accidens constitutionnels de se produire sans qu'elle pût les guérir, mais qu'encore elle pouvait en devenir cause, on ne se contentait pas de l'observation écrasante de notre ami de Lyon, de celle de M. Zelaschi, dans laquelle on ne peut se féliciter que d'une chose, c'est que le malade ne soit pas mort, et qu'il ait fini par guérir *à l'aide des adjuvans* rationnels de la syphilisation curative en défaut. Quant à l'observation de M. Pagès, dont la constitution est gravement atteinte, quoi qu'en dise M. Malgaigne, dont je connais trop le profond savoir, pour croire qu'il laisserait un de ses malades dans cet état, s'il la connaissait dans tous ses vrais détails, elle lui inspirerait comme à moi la plus profonde répugnance, et il ne n'en aurait jamais parlé.

Mais notre honorable collègue, qui n'avait rien vu lors de son premier discours, qui nous demandait à nous des faits, que ceux dont il prenait la défense auraient dû lui fournir, vient, dans les huit jours qui se sont écoulés depuis la dernière séance, d'acquérir une expérience complète.

Il a cette fois vu ! Je me garderai bien, Messieurs, de dire à mon ami, M. Malgaigne, — *vous n'avez pas vu*, — mais je lui demanderai ce qu'il a vu ? Sont-ce des expériences dont il a pu constater les effets ? Sont-ce des malades sur lesquels il a pu faire *un diagnostic* certain, irrécusable, et dont il a suivi le cours de la maladie et constaté les effets du traitement ? Non ! On est venu montrer à M. Malgaigne des faits prétendus accomplis, et sans *autre contrôle*, et notre savant ami les a acceptés, lui, si expert en matière de vérification des faits scientifiques ! Et voilà ce qui a entraîné les rapides convictions du zélé défenseur de la syphilisation curative. Oui rapide, trop rapide hélas ! car si notre collègue, avec sa sagacité ordinaire, sa grande habitude clinique, s'était donné la peine d'interroger les personnes qu'on lui présentait et que la commission dont je fais partie a pu voir et interroger avec soin, je suis convaincu que sa péroraison aurait été singulièrement modifiée, et son enthousiasme moins bouillant.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit de la prétendue immunité des filles publiques. Je ferai seulement encore ici cette demande : combien faut-il de chancres pour syphiliser autant que possible, *puis qu'on ne syphilise jamais plus complètement qu'on ne peut faire le vide ?* Et combien de chancres avaient successivement contractés les filles publiques réputées syphylisées ?

Mais l'immunité existe : on m'a offert un sujet réfractaire sur lequel on veut absolument que j'aie échoué, et sur lequel, moi, je vous ai dit que j'avais réussi. Eh bien ! pour ce syphilisé *émérite*, vous avez entendu la lettre de M. Lidmann : il est encore inoculable ! C'est lui-même qui l'a dit, en faisant voir les traces de ses dernières inoculations datant seulement de quelques semaines. Et il y a huit mois qu'on le présentait comme invulnérable.

Il me resterait maintenant à étayer ma doctrine, que mon excellent ami, M. Malgaigne, a tant élevée, que sa chute serait terrible. Deux pierres ont été enlevées à l'édifice que j'ai mis vingt ans à construire et à consolider. La première, par les mains d'un singe ; la seconde, par les individus que la syphilisation a rendus réfractaires au chancre.

Si c'est là tout, que mon bon collègue n'ait pas d'inquiétude. La *transplantation* de l'accident primitif de l'homme au singe n'ôtera jamais rien au premier de la régularité de la maladie, et ne laissera jamais rien dans les mains du second de cet emprunt forcé.

Quant aux syphilisés, si tant est qu'on finisse par en trouver un, et qui doivent ôter au chancre le plus beau fleuron de sa couronne et le priver de son signe diagnostic le plus précieux : c'est-à-dire la possibilité de s'inoculer. C'est une pierre de la base de ma doctrine qui ne fait pas encore défaut ; car je n'ai tiré de conclusion absolue de l'inoculation que lorsquelle *est positive*, me réservant pour une autre occasion, qui n'est pas bien éloignée, de vous dire ce qu'on peut conclure dces cas négatifs.

Messieurs, dans la dernière séance, notre honorable collègue, M. Malgaigne, m'avait fait un nouveau et formidable défi. Je n'avais pas cru devoir y répondre après ce que je vous avait dit de M. Laval. Mais comme on avait pu croire que j'avais fui devant la menace et qu'on y revient aujourd'hui, vous comprendrez plus que jamais que je devais vous rappeler les causes de mon silence de mardi passé. Ce matin même j'ai rencontré M. Laval avec notre collègue de l'hôpital de Lourcine, M. le docteur Gosselin. Et ce que M. Lideman m'avait écrit, M. Laval a eu la loyauté de me le confirmer en présence de M. Gosselin. Il m'a dit, en outre, qu'il ne s'était jamais cru réfractaire au chancre, et qu'il était convaincu que la pustule que je lui avais inoculée, aurait pu être inoculée à un individu sain.

Quant à l'autre malade, celui qui paraît avoir le plus enthousiasmé M. Malgaigne, il a été vu par l'autre commission dont je fais partie, et qui est présidée par l'honorable président de l'Académie. Mon jugement est définitivement arrêté sur ce malade.

Voilà mes raisons, Messieurs, pour repousser toute nouvelle provocation ; membre d'une commission, je jugerai, mais je jure, ici, de ne jamais plus toucher à aucun des sujets d'expérimentation des syphilisateurs.

Séance extraordinaire du samedi 21 août. — Présidence de M. Mélier.

M. Depaul demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour rétablir quelques faits et combattre quelques assertions contraires à ce qu'il a avancé dans ses deux précédens discours. La lettre de M. Piedagnel n'infirmerait en rien, d'après lui, tout ce qu'il a dit, pas plus que la lettre de M. Hugot. Quant au dernier fait avancé dans la discussion par M. Ricord, sur la foi de M. Roby, et duquel il semblerait résulter que lui, M. Depaul, aurait supprimé à la lecture une partie de la lettre de MM. Guilbert et Mialet, il renvoie à la lettre qu'il vient d'insérer, à la date de ce jour, dans l'Union Médicale.

La parole est à M. Michel Lévy.

M. Lévy : Messieurs, la discussion paraît toucher à son terme, et le moment est venu de formuler une conclusion.

Vous vous rappelez, Messieurs, que le rapport qui nous a valu une si brillante série d'improvisations et de lectures sur la syphilisation, s'est borné à l'examen d'un fait particulier. La commission, a dit M. Bégin, aurait craint de dépasser les limites de ses obligations en provoquant, par des conclusions générales, votre jugement sur une pratique dont vous n'étiez pas directement saisis.

L'Académie peut-elle rester aujourd'hui dans la réserve que s'est imposée la commission ? Nous n'hésitons pas à répondre : non.

Si la commission n'a eu à s'occuper de la syphilisation que d'une manière incidente, et comme par rencontre, à propos d'un fait unique, le débat s'est élargi à cette tribune. La doctrine de la syphilisation a eu, à tort ou a raison, les honneurs d'une exposition complète et d'une critique non moins complète. Les principaux faits sur lesquels elle s'appuie, les argumens qu'elle fabrique, les espérances qu'elle se donne, les lois qu'elle promulgue, tout a été soumis à votre jugement. Les sujets sur lesquels elle s'est exercée, hommes, femmes, singes, chats, lapins, ont été passés en revue ; elle a eu la fortune singulière de recruter, d'entraîner deux de nos plus savans collègues, et de faire passer l'un d'eux, en moins de quinze jours, du doute à la conviction, et jusqu'à l'éloquente ferveur du prosélytisme.

La situation de l'Académie n'est donc plus ce qu'elle était avant cette discussion, et le rapporteur lui-même, qui s'était d'abord restreint à l'appréciation d'un fait unique, est entré dans le plein du sujet avec cette puissance de raison et cette fermeté de doctrine qui ont fondé l'autorité de sa parole.

La syphilisation ne date pas d'hier ; elle a eu déjà le temps de se montrer à l'œuvre ; ce qu'elle peut en bien et en mal ressort de ses gestes et faits qui ont été racontés, analysés, discutés contradictoirement devant vous. Plus cette pratique est hardie, énergique, dangereuse, plus elle est de nature à révéler promptement sa valeur et ses effets réels. Exciter aujourd'hui de vous prononcer, ce serait déclarer que vous n'êtes pas suffisamment éclairés ; par conséquent ce serait en appeler à de nouvelles démonstrations, à de nouvelles expériences, et vous assumeriez ainsi une part de responsabilité, je dirai plutôt de complicité, dans la propagande de la syphilisation.

Messieurs, à défaut de conclusion, le rapport de M. Bégin contient une solide exposition de principes. Eh bien ! déclarez que ces principes sont les vôtres. Permettez-moi de relire le passage qui les résume :

« A aucun titre, de prophylaxie ou de traitement, l'inoculation syphilitique ne peut donc se justifier. On comprend la vaccine et l'inoculation variolique, parce qu'elles préservent d'une maladie à peu près inévitable, toujours grave lorsqu'elle se développe spontanément, et très souvent mortelle en temps d'épidémie. On comprendrait encore une opération, non dangereuse, qui mît à l'abri de la rage ou de la morve, encore bien que ces affections, chez l'homme, soient accidentelles, mais parce que nul ne peut être assuré de ne pas se trouver dans le cas d'en être atteint, et qu'elles sont presque fatalement suivies de la mort. Mais pour se prémunir contre une maladie qu'il est possible d'éviter, et que l'on guérit sûrement dans l'immense majorité des cas, commencer par se donner, avec des circonstances aggravantes et avec tous les dangers qu'elle comporte, ou, pour la guérison, en multiplier d'abord les accidens, se saturer d'un virus pour mieux l'éteindre, c'est ce que ni la raison, ni la science ne sauraient admettre. »

Ces appréciations, formulées avant la discussion, subsistent encore dans leur intégrité ; elles présentent dans leur ensemble un jugement que sanctionnent à la fois la véritable science, le bon sens et la moralité professionnelle.

Approuver les principes énoncés dans le rapport de la commission, voilà donc ce que doit faire aujourd'hui l'Académie ; elle a mission de discerner le vrai progrès des agitations excentriques et des nouveautés à outrance et à tout risque. L'Académie, justement affligée des résultats qu'a déjà fourni la pratique nouvelle, et attentive à décliner jusqu'à l'apparence de toute solidarité, stigmatisera de son vote la syphilisation dite préventive et curative.

La syphilisation préventive !... C'est maintenant à qui la repoussera. Dans le camp des syphilisateurs comme parmi les adversaires de cette pratique, on redoule de prostestations, on rivalise d'énergie pour la flétrir ; et, à notre sens, on n'en saurait trop apporter à cette tâche. Voilà, Messieurs, un premier résultat de cette discussion, et qui suffirait pour en justifier l'opportunité.

Quant à la syphilisation curative, l'entreprenne qui osera sous sa responsabilité. L'exercice de notre art repose sur la conscience individuelle. La folie des malades fait l'audace des initiatives thérapeutiques ; il ne nous appartient ni de les empêcher, ni de les encourager ; notre rôle se borne à proclamer, en face de l'erreur ou de l'innovation dangereuse, les principes de la pratique régulière ; celle-ci se contentera de combattre avec succès les diverses formes de la syphilis par les remèdes connus et éprouvés ; elle continuera de compter sur le mercure, sur l'iodure de potassium, sur tout un ensemble bien coordonné de moyens hygiéniques et thérapeutiques, et quelquefois, il faut bien le dire, souvent même, sur les efforts spontanés de l'organisme.

Constatons que, dans cette enceinte, deux médecins seulement ont parlé, l'un sur la syphilisation, l'autre pour la syphilisation. Le premier n'a laissé percer qu'une sorte d'inclination platonique pour cette méthode ; il n'est pas sorti d'une réserve qui le tient à égale distance de l'affirmation que de la négation. Peu décidé probablement à l'essayer par lui-même, il faut voir, a-t-il dit, il faut expérimenter avec prudence, comme si la vérole, une fois inoculée, on était maître des accidens ; comme si une maladie qui infiltre l'organisme tout entier et qui déroute par l'incertitude de sa marche, par la mobilité de ses formes, par l'imprévu de ses retours, par la persévérance de ses dangers occultes, pouvait être soumise à la discipline de vos recherches scientifiques. On ne saurait trop le redire à notre honorable collègue M. Depaul et aux esprits qui penchent dans la même direction d'idées, la syphilis ne ressemble pas à la variole, à la vaccine ; elle n'a pas une évolution réglée, à périodes limitées, de courte durée ; elle ne s'épuise pas dans un cycle de manifestations prévues ; mais elle adhère, si je puis ainsi dire, à la constitution ; l'imminence morbide qu'elle suscite est indéterminée ; l'innocuité actuelle de vos inoculations syphilitiques n'est qu'apparente ; elle ne garantit pas l'avenir. Dans cinq ans, dans dix ans encore, peuvent éclater les suites funestes des inoculations, qui, par un mécanisme ignoré, resteraient temporairement sans effet sur l'organisme.

L'autre orateur a débuté dans la discussion sur la syphilisation avec la même réserve que M. Depaul. Dans la séance du 27 juillet dernier, il disait : « Je n'ai rien vu par moi-même en fait de syphilisation ; je suis parcillement incompétent pour la soutenir et la proscrire.... Mais avant tout, je veux que les faits soit vérifiés ; je veux que ses inventeurs et ses partisans soient bien avertis que nous exigeons des preuves suffisantes, des preuves vraiment scientifiques. » Assurément, puisque M. Malgaigne ne partage pas la répugnance profonde qu'inspire à beaucoup de ses collègues la continuation de semblables essais, il ne pouvait s'exprimer avec plus d'impartialité, c'est l'esprit d'examen dans la mesure de précision et de rigueur que nécessite la constitution d'un fait scientifique ; et après avoir stipulé en si bons termes les conditions de la preuve, il ne pouvait manquer de les accepter pour lui-même.

Cependant, Messieurs, qu'est-il arrivé ? Dans l'intervalle de deux à trois séances, M. Malgaigne a voulu voir, il a vu, et il s'est converti à la doctrine de la syphilisation curative. Dès la fin de la séance du 3 de ce mois, nous devions nous attendre à ce dénouement, quand M. Malgaigne, réclamant la suite de la discussion, s'est écrié que la lumière commençait à se faire, et nous a promis pour la séanse suivante le *fiat lux* de la syphilisation.

Or, l'orateur qui a promis la lumière, l'orateur qui, le 27 juillet, de son propre aveu, n'avait encore rien vu en fait de syphilisation, et s'y déclarait incompétent, l'orateur qui s'annonçait difficile sur les preuves, et les exigeait vraiment scientifiques, nous a apporté à cette tribune, quoi ? Un brillant exorde contre la syphilisation préventive, devenue le bouc émissaire de toutes les indignations, l'énumération piquante d'un grand nombre de découvertes méconnues à leur origine, et de progrès niés *à priori*, un amusant apologue sur le chloroforme qui sent bon et sur le chloroforme qui sent mauvais, un nouveau commentaire de faits connus et des incidens qui ont marqué le travail de la commission, l'annonce de la ruine prochaine ou déjà consommée des doctrines de M. Ricord, et.... un fait nouveau, un seul fait, sans compter celui qui concerne M. Marchal, fait souvent invoqué dans cette discussion, et où l'on voit un tubercule ulcéré de la langue guéri en huit jours par l'inoculation syphilitique, mais suivi de l'apparition de tumeurs gommeuses : cette observation répond-elle aux justes exigences de sévérité scientifique professées par M. Malgaigne ? Quant au fait nouveau, il appartient à M. Malgaigne, mais il l'a énoncé sans détails ; il s'est borné à nous annonner la bonne nouvelle d'un syphilisé réfractaire.... réfractaire à combien d'inoculations ? réfractaire à quelle qualité de virus ? réfractaire pour quelle période de temps ? réfractaire au prix de quelles atteintes portées à sa constitution ? C'est ce qu'on n'a pas dit, et ce qu'on ne peut nous dire définitivement dès aujourd'hui ; on est parvenu à ensevelir momentanément le virus dans l'organisme, comme la semence dans la terre : qu'en sortira-t-il ? Nul ne le sait, et voilà le seul fait original du second discours de M. Malgaigne. Dans le premier, scepticisme scientifique, aspiration à la preuve ; dans le second discours, l'enthousiasme déborde, et dans les magnifiques encouragemens que de cette place il a prodigués à l'inventeur de la syphilisation, dans la péroraison presque lyrique où il a traduit si éloquemment, à l'usage de M. Auzias, le *perge puer sic itur ad astra*, ce n'est plus la conviction seulement qui inspirait l'auteur, c'était l'admiration.

Messieurs, quand deux de nos plus distingués collègues accordent l'appui de leur talent à la syphilisation, et s'y attachent, l'un avec intérêt, l'autre avec conviction ; quand une jeunesse, avide de progrès et de vérité, se presse aux discussions qu'elle soulève, on se demande, même après avoir constaté une fois de plus l'inanité des preuves et le danger de la pratique, ce qui peut motiver ce mouvement des esprits, et s'il y a dans la doctrine nouvelle autre chose qu'une curiosité scientifique de haut goût, une trompeuse perspective de résultats, et comme un mirage de découvertes ! La syphilisation frappe d'abord, comme toutes les recherches hardies qui s'attaquent à l'organisme, comme tous les faits étranges, insolites, que produit une expérimentation téméraire ; elle présente un spectacle nouveau, celui de l'organisme en conflit avec des doses sans cesse renouvelées de l'un des virus les plus subtiles, les plus pénétrans, les plus dangereux qui puissent compromettre la santé des individus et des familles. Puis les questions qu'elle met à l'étude ramènent au problème général et complexe de l'immunité morbide, l'une des plus attrayantes thèses de la pathologie générale, et jusqu'à présent aussi d'une des plus obscures, des plus litigieuses. Immunité des infirmiers et

des sœurs hospitalières qui sont en lutte permanente contre toutes les variétés d'infection; immunité partielle dans l'intérieur des familles où s'est produit un foyer de contagion; immunité du médecin qui reste pendant cinq à six mois en contact avec des centaines de cholériques; tout cela ne s'explique pas exclusivement par le hasard, par la résistance morale, ni par je ne sais quelle vertu réfractaire de l'économie. Ces formules conventionnelles, que l'on dirait inventées par l'ingratitude des malades, n'expliquent rien; autant vaudrait dire que la sœur, l'infirmier, le médecin, plongés dans une atmosphère miasmatique ou contagieuse, absorbent des quantités successives de poison morbide qui les imprègnent et se neutralisent par leur accumulation même. Plus on examine ce grand fait de l'immunité, plus il offre d'intérêt, et cet intérêt, je dois le dire, malgré le dégoût que m'inspire la syphilisation, ne fait pas entièrement défaut dans les expériences qu'elle a tentées; il ne faut pas moins les déplorer et les proscrire, car elle a méconnu la limite des pouvoirs octroyés au médecin. Personne ici ne songe à enrayer le progrès scientifique; mais l'expérimentation a ses bornes, et l'Académie, sans prétendre au gouvernement de la pratique médicale, est tenue de répondre aux témérités qui l'interrogent: Vous n'irez pas plus loin!

Au reste, nous comprenons que l'autorité des jugemens de l'Académie est au prix d'une réserve qui n'exclut jamais le progrès scientifique; les faits connus de la syphilisation curative et préventive suffisent pour en motiver le rejet; mais votre blâme ne frappera que cette pratique; vous laisserez à l'avenir le soin de prononcer sur la valeur générale de la méthode dont la syphilisation n'est qu'une application malheureuse. C'est là une distinction qui n'a pas encore été introduite dans ce long débat, et que je tiens à établir. Il y a deux choses en effet dans la syphilisation: la méthode et une application, le principe et un résultat, la généralité et l'espèce. Jusqu'à la fin du siècle dernier, on inoculait la variole pour atténuer la gravité de ses symptômes et de sa marche, et la France, soit dit en passant, fut une des dernières à admettre cette pratique, comme plus tard elle se montra lente à vérifier, à propager le principe de la vaccine. Virus variolique, cowpox, vaccine, voilà les trois phases qu'a parcourues cette spécialité prophylactique. Mais ne présente-t-elle qu'une pratique isolée, un procédé exclusivement applicable à la variole? —Ou contient-elle le germe, le plan d'une méthode, qui, dans son expression la plus générale, consisterait à poursuivre la guérison, peut-être même la préservation de certaines maladies par l'inoculation de matières identiques ou homologues au virus dont elle sont le produit? — On ne peut repousser d'une manière absolue jusqu'à l'idée d'étendre utilement à d'autres affections virulentes ce qui a si merveilleusement réussi contre la variole; ce qui n'est encore qu'un acte de prophylaxie limitée à une seule maladie, peut devenir pour plusieurs une méthode régulière de traitement; elle a échoué avec un triste éclat contre la syphilis; mieux comprise, mieux appliquée, diversifiée, perfectionnée, elle triomphera peut-être d'autres maladies diatésiques, virulentes, moins répandues que la syphilis et non moins redoutables. C'est à nos savans collègues de la section de médecine vétérinaire à nous apprendre le résultat des inoculations qui ont été faites récemment dans un pays voisin pour préserver l'espèce bovine de la péripneumonie contagieuse, mais est-il donc impossible que l'un d'eux vienne proclamer un jour à cette tribune que la morve peut être conjurée ou enrayée par un artifice de vaccination? Serais-je taxé d'indiscrétion par le savant directeur de l'école d'Alfort, en répétant, dans cette enceinte, qu'il a le dessein de diriger ses recherches dans la voie que l'on suit actuellement pour la péripneumonie contagieuse? La médecine humaine ne peut que profiter de ces tentatives; diverses espèces animales qui vivent avec nous sont en quelque sorte des milieux tout préparés pour l'élaboration de principes plus ou moins analogues à celui que nous sommes si heureux de puiser sur la vache. Le cowpox est une conquête que nul ne conteste; il est naturel qu'on le considère aussi comme une promesse de l'avenir.

Il ne faut donc pas que le rejet de l'étrange pratique des syphilisateurs implique la négation anticipée des ressources que la médecine pourrait trouver ultérieurement dans les inoculations d'un autre genre, et n'oublions pas que nous devons à cette méthode l'extinction progressive des épidémies varioliques. A la vérité, on doit peu compter sur les découvertes; mais les esprits généreux se plaisent à les pressentir, à les poursuivre.

Je propose de dire que l'*Académie approuve les principes exposés dans le rapport de la commission, en ce qui concerne la syphilisation préventive et curative.*

A cette conclusion j'espère que l'Académie voudra en ajouter une autre; l'autorité a pris en main l'affaire de la syphilisation; elle a institué une commission, elle demande des documens à l'étranger. Nous n'avons certainement charge ni velléité de pourvoir à l'espèce d'enquête qui se fait en dehors de nous; mais dans la sphère de ses relations officielles, l'Académie a le devoir d'éclairer l'autorité, en l'informant de ses travaux et de ses délibérations; elle a pris, en d'autres circonstances, l'initiative de l'envoi de ses documens spéciaux au ministre de l'intérieur; c'est ainsi, qu'à la suite de la discussion sur le goître et le crétinisme, elle a décidé (séance du 29 janvier 1851) qu'une lettre sera adressée au ministre pour l'informer de ce qu'elle a déjà fait et de ce qu'elle se propose de faire relativement à cette question, en appelant dès lors l'attention de l'autorité sur les documens publiés dans le bulletin de ses séances. Je demande donc:

1° Que l'Académie approuve les principes exposés dans le rapport de la commission, en ce qui concerne la syphilisation préventive et curative;

2° Qu'une lettre soit adressée au ministre de l'intérieur avec envoi du rapport et des documens fournis par la discussion sur la syphilisation.

M. GERDY exprime le regret que l'Académie de médecine, corps sérieux et devant lequel toutes les questions doivent être examinées d'une manière sérieuse, se soit laissée aller à discuter une question comme celle de la syphilisation. La question de la syphilisation ne s'est pas présentée devant l'Académie comme elle devait l'être. Elle a été introduite indirectement, par un de ses adversaires. La commission était donc dans son droit, et elle a fait son devoir lorsqu'elle a déclaré qu'elle n'avait pas à s'en occuper. Il fallait attendre, avant de l'examiner avec soin, qu'elle vînt se soumettre d'elle-même à son jugement, et avec les conditions qu'exige la science, c'est-à-dire avec des documens et des preuves à l'appui. Il faut des garanties pour que l'Académie s'occupe d'un sujet. Or, quelles sont les garanties apportées dans cette circonstance? On vient vous dire: Voilà des faits, mais nous ne les garantissons pas, examinez, voyez vous-mêmes. Et l'on veut que là-dessus vous vous mettiez à examiner, à étudier une chose absurde, ridicule! Prenez garde. Si vous accueillez ainsi tout ce qu'on vous présente, vous retomberez bientôt dans les plus grandes inconséquences, vous serez obligés d'ouvrir vos portes à tous les systèmes plus ridicules les uns que les autres. Après l'homœopathie, ce sera le magnétisme, puis les sorcelleries, etc. Rappelez-vous ce que, par l'organe de votre honorable secrétaire perpétuel, vous avez déclaré naguère, que vous ne vous occuperiez pas plus de certaines questions, du magnétisme par exemple, que l'Académie des sciences ne s'occupe du mouvement perpétuel et de la quadrature du cercle. Voilà la règle à laquelle vous devez vous tenir. C'est la règle de la raison. Il faut que, lorsqu'on vous présente une question nouvelle, vous puissiez dire au premier aperçu: il y a là quelque chose; et que l'auteur ou le prétendu inventeur ne puisse pas venir vous dire ensuite: Je retire ceci, sous le prétexte que sa plume aura été plus loin que sa pensée.

L'Académie a donc perdu son temps en discutant cette question, et il est à regretter qu'elle ne s'en soit pas tenue dès l'abord au sage avis de M. Velpeau.

Mais on vient toujours nous jeter les mêmes objections. Ce sont toujours les mêmes accusations lancées contre toutes les Académies, de repousser les questions nouvelles par des motifs d'intérêt personnel. Et la preuve, vous dit-on, que les corps constitués repoussent toujours systématiquement la vérité, voyez Galilée, voyez Hervey, voyez Christophe Colomb, etc., etc.

Galilée. C'est à l'ignorance du clergé d'alors qu'il faut s'en prendre.....

La circulation de Harvey. Mais c'est ne pas connaître l'histoire, que de dire qu'elle a rencontré de l'opposition. Il y a eu, d'une part, des ignorans qui l'ont repoussée; d'autre part, tous les vrais savans qui l'ont accueillie avec enthousiasme. La révolution a été promptement faite, et faite même avant qu'elle fût prouvée, car elle n'a été péremptoirement prouvée que du jour où l'on a connu les anastomoses, vers la fin du dernier siècle. Si bien que si, à l'époque d'Harvey, il se fût trouvé un anatomiste assez habile pour lui démontrer que, quelque temps après la section d'une artère, le sang sortait par les deux bouts, il l'eût probablement bien embarassé.

L'émétique. Le quinquina. Mais ils n'ont jamais rencontré d'opposition bien sérieuse; le quinquina, du moins, car pour l'émétique, cela n'avait pas l'importance qu'on y attachait.

Voyez la vaccine. Il y a cent ans à peine que Jenner est venu au monde, et le monde aujourd'hui est rempli de son nom.... et de vaccinés. Et l'on appelle cela de l'opposition!

L'Amérique. On ne pouvait pas à coup sûr acclamer sa découverte avant qu'elle ne fût faite. Christophe Colomb n'a-t-il pas trouvé une flotte pour réaliser ses projets? Jean de Portugal, avant Christophe Colomb, n'avait-il pas fait aussi de grandes découvertes géographiques? Et qui a songé à les contester.

En physique, lorsque Franklin a annoncé qu'il se rendrait maître de la foudre et qu'il la dirigerait à son gré, n'a-t-il pas provoqué une admiration unanime?

Et la découverte des corps impondérables, des imperceptibles en chimie. Qui a refusé d'y croire? Et ainsi de tant d'autres découvertes dans tous les ordres de science.

Est-ce en physiologie, en anatomie qu'on a nié les idées nouvelles? On ne dit qu'une chose aux inventeurs et à tous ceux qui annoncent une découverte. Apportez vos preuves. Jamais on n'a repoussé la vérité. L'esprit humain, loin de se refuser à croire, n'est au contraire que trop porté à la crédulité. Loin que les découvertes véritables soient repoussées, partout, au contraire, on les voit accueillies. Quand la syphilisation se présentera dans des conditions scientifiques, on l'examinera. Pour moi, lorsqu'il en a été question ici pour la première fois, je me suis dit: à quoi cela ressemble-t-il? Cela a-t-il quelque analogie avec l'inoculation de la variole, avec la vaccine? Aucune. Sur les milliards de substances et d'agens auxquels l'homme a été soumis par la médecine, combien en a-t-on trouvé qui préservent d'une maladie? Un! Le cowpox. Et l'on croit que l'on va, au hasard, faire une seconde découverte du même genre! Folie!

Ainsi, la syphilisation ne se présentait pas à mon esprit avec le caractère d'une vérité. Il n'y avait que des malheurs à attendre. Aussi, qu'a-t-on vu? Chacun le sait maintenant.

Quant à la discussion, quel profit la science en aura-t-elle retiré. Vous avez entendu des affirmations et des dénégations, le tout accompagné de congratulations réciproques...... (M. Gerdy se livre ici à une sorte de parodie des précédens orateurs, qui excite à plusieurs reprises la plus vive hilarité dans l'assemblée; et il termine, à propos des animaux mis en scène dans cette discussion, par l'histoire du chien de l'hôpital St-Louis, qui élève l'hilarité à son paroxysme.)

En résumé, ajoute M. Gerdy, cette discussion n'a pas été sérieuse, et je propose d'y mettre un terme, en proposant à l'Académie de déclarer que les faits de syphilisation ne sont pas assez sérieux pour blâmer la commission de les avoir laissés de côté.

M. MALGAIGNE: Je ne répondrai pas au discours de M. Gerdy. Il nous a reproché d'avoir fait perdre son temps à l'Académie. Je ne lui renverrai pas le même reproche, car, pour mon compte, il m'a beaucoup amusé.

Pour M. Michel Lévy, j'avais déjà entendu ce qu'il vient de nous dire, et j'y ai même répondu. J'ai dit, dans la précédente séance, que j'étais en mesure de présenter à l'Académie un sujet qui a acquis une complète immunité, et qui défie qu'on produise chez lui une inoculation. J'ajouterai aujourd'hui deux nouveaux faits que je tiens de deux hommes dont on ne récusera pas le témoignage, MM. Gosselin et Vidal. Je déclare que, pour ma part, ma conviction est entière sur l'immunité acquise par des inoculations successives et multipliées, et je maintiens l'offre que j'ai faite de soumettre à une commission un individu complètement syphilisé.

M. RICORD: Je n'ai pas répondu à ce défi lorsqu'il m'a été lancé de la tribune par M. Malgaigne, dans la séance dernière. Je dois un mot d'explication là-dessus. Je vous ai rappelé, mardi dernier, que M. Laval, qui, il y a un an, disait-on, n'était plus inoculable, l'était il y a six semaines, et l'est encore en ce moment, et cela d'après son propre aveu. Devais-je, Messieurs, en présence d'un pareil fait, et devant des adversaires qui persistent encore à me l'opposer, accepter ce défi? Je m'en garderais bien. Et je déclare, une fois pour toutes, que, sur une pareille matière, je n'accepterai jamais ce défi seul, je n'en accepterai qu'en présence d'une commission. (Mouvement.)

La parole est à M. Bégin pour résumer la discussion.

(Nous publierons ce résumé dans le prochain numéro. — Pour le résultat de la séance, voir plus haut.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Paris, le 18 août 1852.

Monsieur le rédacteur,

M. Malgaigne, dans son dernier discours à l'Académie de médecine, a prétendu que la double découverte de la syphilis aux animaux et de la syphilisation, avait fait brèche à la doctrine de M. Ricord, et que *deux pierres avaient été détachées de l'édifice*. Je m'étonne qu'un esprit aussi éminent ait pu soutenir une pareille assertion. Que peuvent faire, je vous le demande, à la doctrine ces deux découvertes?

Quant à la première, celle de la transmissibilité du virus syphilitique de l'homme aux animaux, s'il est démontré que l'accident local peut se communiquer à ces derniers, il n'existe actuellement aucune observation authentique de vérole constitutionnelle développée sur eux. Or, loin d'être contraire à la doctrine, ce fait apporte une preuve de plus en faveur d'une de ses lois, qui proclame que le virus syphilitique peut épuiser son action dans la manifestation d'accidens locaux, sans infecter l'économie. Mais, admettons même que les animaux soient susceptibles de contracter la vérole constitutionnelle..... En quoi, je vous prie, ce fait changera-t-il les conditions de la vérole chez l'homme?

Quant à la syphilisation, admettons encore que ce soit une réalité, ce qui est loin d'être prouvé; admettons que l'immunité soit requise aux individus syphilisés, et cela, pour toujours et sans danger d'accidens constitutionnels, ce que démentent les tristes faits que nous connaissons..... La doctrine de M. Ricord est-elle en péril pour cela? Assurément non. C'est un fait nouveau, créé dans des conditions nouvelles qui viendra simplement s'ajouter aux faits découverts et démontrés par la doctrine, mais qui, pas plus que l'autre, ne saurait modifier en rien les lois de la syphilis, dans ses conditions régulières et normales. Mais, nous dit-on, du jour où il existe des individus réfractaires au chancre, l'inoculation n'a plus de valeur, soit comme moyen de diagnostic, soit comme procédé médico-légal. Cela serait vrai si les individus réfractaires ne portaient pas les stigmates indélébiles de la syphilisation, qui permettront toujours de les reconnaître. Pour eux, sans doute, l'inoculation serait sans valeur au double point de vue du diagnostic et de la médecine légale. Mais, comment M. Malgaigne n'a-t-il pas vu que par cela même qu'ils sont réfractaires, l'inoculation devient pour eux inutile, puisque, ne pouvant avoir la vérole, ils ne sauraient être accusés de l'avoir transmise à d'autres. Ainsi, l'inoculation n'en reste pas moins, à l'égard de l'immense majorité des individus qui, pour l'honneur de l'humanité, resteront en dehors des pratiques meurtrières de la syphilisation, le seul moyen certain d'éclairer le diagnostic ou de guider les investigations de la justice.

Concluons donc que dans l'hypothèse où les deux faits en question seraient tels que les supposent les syphilisateurs, ils ne prouveraient absolument rien contre la doctrine de M. Ricord. Ce serait *deux pierres* de plus ajoutées à l'édifice que M. Malgaigne admire et pourra admirer longtemps encore.

Agréez, etc. Ed. LANGLEBERT.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, et professeur à l'École de médecine de cette capitale, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Malle, chirurgien principal de l'armée, auteur de plusieurs ouvrages estimés, vient de mourir à l'âge de 47 ans.

VARIÉTÉS DES POIDS AUX ÉTATS-UNIS. — Le journal de pharmacie de New-York énumère complaisamment les divers poids qui existent aux États-Unis, et dont la multiplicité expose, dans la pratique pharmaceutique surtout, aux erreurs les plus fâcheuses. Ainsi, ils n'ont pas moins de 17 poids, et en prenant le *grain* pour unité, on trouve la *grande tonne* qui pèse 15,680,000 grains; la *tonne*, 14,000,000; le *quintal*, 784,000; le *poids de cent livres*, 700,000; le *quarter*, 196,000; la *livre avoir de poids*, 7,000; la *livre Troy*, 5,760; celle des apothicaires autant; l'*once Troy*, 480; l'*once des apothicaires*, idem; celle *avoir de poids*, 437.5; le *drachme des apothicaires*, 60; le *drachme avoir de poids*, 54,6875; le *drachme arithmétique*, 27.34375; le *poids d'un penny*, 24; le *scrupule*, 20; le *grain*, 1.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, etc., avec une introduction par M. Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*. — Un vol. in-8. — Prix: 5 fr.
Paris, 1852, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

Localisation des Fonctions cérébrales et de la Folie; mémoire sur le tournis; — mémoire sur la paralysie des aliénés; par le docteur BELHOMME, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — En vente chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine. Prix: 15 fr.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme* — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 102. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 26 Août 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MALADIES PUERPÉRALES.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES EN COUCHES.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 10, 14, 17 et 21 Août.)

Il résulte clairement de ce qui précède, que l'éclampsie n'a point, en général, de liaison immédiate avec les conditions particulières qui, jusqu'à présent, ont été considérées comme causes déterminantes de ce phénomène morbide, notamment avec la présence du fœtus dans la matrice et avec le travail de la parturition; que la production et la persistance des convulsions puerpérales ou leur cessation sont entièrement indépendantes de l'accouchement; et que, par conséquent, ce dernier n'a point la valeur curative qui lui a été attribuée.

Mais si l'intervention des manœuvres obstétricales n'offre point les avantages qu'on avait cru pouvoir en espérer, il s'en faut de beaucoup qu'elles se montrent exemptes de danger. L'accouchement provoqué avant le terme naturel de la grossesse est un acte violent, contre nature, morbide, qui n'est jamais indifférent pour la femme et pour son produit. La brusque déplétion de l'utérus peut être suivie de l'inertie de cet organe, d'une prostration que rien ne pourra relever. Parmi les moyens qu'on emploiera pour amener promptement la sortie du fœtus, et qui sont presque tous une cause de grave péril pour la mère et pour l'enfant, il en est qui, comme l'accouchement forcé, sont plus à craindre encore que l'éclampsie elle-même, surtout dans les conditions pathologiques où se trouve la malade. Pendant la grossesse, avant l'époque où le fœtus est viable, l'avortement provoqué, en supposant qu'il pût être obtenu assez promptement pour être de quelque utilité, expose la femme à une hémorrhagie dangereuse ou à une métro-péritonite mortelle; et l'on n'a pas alors à mettre en avant la nécessité de conserver la vie du fœtus.

Dans le traitement de l'éclampsie, il ne faut pas voir seulement le danger du moment. Surmontant son émotion et résistant à un entraînement qui n'est que trop motivé, mais qui peut être funeste, le praticien doit songer sérieusement aux suites possibles de l'accouchement. Lorsque le travail est terminé, en admettant que les convulsions aient cessé pour ne plus reparaître, la femme n'est point pour cela hors de danger. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, le même état pathologique qui a été le point de départ des convulsions, prédispose aussi la femme aux inflammations abdominales consécutives, et peut leur donner une gravité toute particulière. Les manœuvres obstétricales longues, pénibles, répétées, laborieuses ou violentes, susceptibles de froisser gravement les parties maternelles, et que l'on voit, même dans les meilleures conditions de santé générale, déterminer des accidens puerpéraux si rapidement mortels, ne seront-elles pas ici plus dangereuses encore? Plus l'accouchement aura été accompagné de violences locales, plus on devra craindre le développement consécutif de ces accidens, si déjà ces opérations n'ont pas enlevé à la malade le peu de force et de vitalité qui lui restait, ainsi qu'on peut l'admettre pour les deux cas que nous avons fait passer sous les yeux de nos lecteurs, et où l'on voit les pauvres femmes succomber dans une adynamie profonde.

Ces réflexions font voir, outre les difficultés contre lesquelles l'opérateur peut avoir à lutter, à quels dangers l'accouchement provoqué expose la femme, pour un résultat incertain, puisqu'on n'est jamais sûr de voir cesser les convulsions après l'accouchement, et puisque les manœuvres de l'accouchement artificiel sont toujours dangereuses pour l'enfant aussi bien que pour la mère.

Du reste, nous avons une pensée consolante, c'est qu'on peut, par un traitement prophylactique bien dirigé pendant la grossesse, et en employant avec une grande énergie, dès la manifestation des prodrômes ou des premiers symptômes de l'éclampsie, les moyens thérapeutiques que l'expérience a fait reconnaître comme les plus efficaces, on peut, disons-nous, le plus souvent, empêcher le développement des convulsions puerpérales, ou en diminuer beaucoup la durée ou le danger. Ainsi deviendraient beaucoup plus rares les cas où des accidens formidables entraînent le médecin à recourir aux moyens artificiels d'accouchement dans le désir louable, quoique peu fondé, de faire cesser un aussi triste spectacle.

Le traitement de l'éclampsie puerpérale peut se résumer de la manière suivante :

I. Dans tous les cas, mais surtout si la femme a déjà été atteinte de convulsions puerpérales à une gestation précédente, le praticien doit se préoccuper du *traitement prophylactique*. C'est dans cette pensée que nous avons insisté plus haut sur la signification de l'œdème pendant la grossesse, et que nous avons signalé l'importance de l'examen des urines pendant cette période de l'état puerpéral. Nous devons, toutefois, reconnaître qu'il est des cas dans lesquels l'état albumineux des urines où l'œdème ne se manifeste qu'au moment même des accès éclamptiques ou peu de temps avant qu'ils n'éclatent.

Chez la femme enceinte albuminurique, on doit être très attentif au moindre symptôme qui peut surgir. Pour peu qu'on observe des indices d'un état pléthorique, ou des signes de congestion des centres nerveux, ou même seulement si l'œdème fait des progrès notables, il faut recourir à la saignée du bras, à moins de contre-indications tout à fait impérieuses. Souvent, il y aura lieu de renouveler la saignée. Nous nous bornerons à rappeler, à l'appui du précepte que nous venons d'énoncer, le cas remarquable de Dewees, cité par M. Cazeaux : « Une dame primipare, qui, vers la fin de sa grossesse, éprouvait de fréquentes douleurs de tête, négligea de se faire saigner, et éprouva, dès le début du travail, une attaque d'éclampsie grave, à laquelle toutefois elle survécut. Pendant sa seconde grossesse, elle fut saignée assez abondamment, et accoucha sans accidens. A sa troisième et à sa cinquième grossesse, la saignée ne fut pas pratiquée, et elle fut prise de convulsions, tandis qu'aux autres gestations, elle eut recours à ce moyen, et accoucha très heureusement. »

Dans un grand nombre de cas, il est nécessaire de combiner l'emploi des préparations ferrugineuses, des amers, du quinquina, avec celui de la saignée. La science possède quelques faits, qui permettent d'espérer qu'à l'aide de cette médication complexe on pourra souvent faire cesser l'état albuminurique des femmes enceintes, ou plutôt l'état morbide profond qui se révèle par des urines albumineuses.

A ces agens thérapeutiques principaux, nous conseillons d'ajouter les purgatifs répétés et les diurétiques.

Mais le traitement préventif de l'éclampsie ne doit pas consister seulement dans l'administration d'un certain nombre de médicamens. Le praticien doit aussi s'occuper avec une grande sollicitude de tout ce qui constitue l'hygiène de la femme enceinte que l'on suppose prédisposée aux convulsions puerpérales, comme le régime alimentaire, les bains, l'air plus ou moins pur qu'elle respire, l'exercice, les émotions morales, etc., etc. Souvent, lorsqu'un déplacement sera possible, on devra chercher, dans un changement de climat plus ou moins prolongé, un moyen puissant de modifier les conditions organiques qui inspirent de légitimes appréhensions.

Au traitement prophylactique de l'éclampsie, nous devons rattacher certains soins que le médecin ne doit jamais négliger, pendant la période de l'accouchement, chez la femme albuminurique, et qui ont pour but d'écarter d'elle toutes les causes possibles d'excitation.

Ainsi, on doit vider la vessie et prendre les mesures nécessaires pour que le gros intestin ne soit pas distendu par des matières fécales. On a même donné le conseil de débarrasser l'estomac des alimens qui pourraient le gêner; mais ce précepte doit être rarement d'une application facile. On éloignera de la femme en couche tout ce qui pourrait produire sur son esprit une impression pénible. Si, pendant le travail, les douleurs tendent à prendre le caractère irrégulier et tétanique, on aura recours le plus promptement possible à la saignée, aux bains, aux quarts de lavemens laudanisés, etc., etc. Après l'accouchement, on aura soin qu'il ne reste pas de caillots sanguins accumulés dans la cavité utérine; on renouvellera, s'il le faut, le cathétérisme.

Ces précautions deviendraient bien plus urgentes encore, si l'on observait quelque trouble du côté des centres nerveux, comme la céphalalgie, les bourdonnemens d'oreilles, l'altération de la vue, etc.; mais alors les moyens simplement préventifs ne seraient plus suffisans; il faudrait se hâter d'appliquer largement, et sans hésitation, le traitement curatif de l'éclampsie.

II. Le *traitement curatif* de l'éclampsie réclame du praticien une grande résolution, une grande énergie et beaucoup de sangfroid.

Le premier précepte, dans l'application de ce traitement, c'est d'agir, non seulement avec vigueur, mais surtout dès le début de la maladie, dès les prodrômes, si le médecin est appelé à temps, ou au moins dès les premiers symptômes. Or, dans beaucoup de cas, il dépend en grande partie du médecin d'être appelé de bonne heure auprès de la femme atteinte de convulsions puerpérales, c'est lorsqu'il a eu soin de surveiller l'état de sa malade pendant le cours de la grossesse.

Le traitement de l'éclampsie puerpérale est le même pendant la grossesse et pendant la période de l'accouchement.

Il faut placer en première ligne les émissions sanguines abondantes : la saignée du bras, qu'il sera nécessaire, le plus souvent, de renouveler une ou plusieurs fois, et l'application d'un grand nombre de sangsues aux apophyses mastoïdes, que l'on dirigera de manière à avoir un écoulement de sang longtemps prolongé. L'expérience a démontré que ce moyen thérapeutique est celui sur lequel on peut fonder le plus d'espérances. Cependant, les saignées, même très copieuses, ne seront pas toujours suivies de succès. Dans un cas rapporté par notre honorable collaborateur, M. le docteur Aran (UNION MÉDICALE, 29 août 1850), une hémorrhagie évaluée à deux litres de sang n'a pas empêché les convulsions de se reproduire et d'entraîner la mort de la malade. Il faut bien se résigner à rencontrer dans sa pratique des cas qui résistent aux meilleurs modes de traitement. Dans l'observation de M. le docteur Aran, l'autopsie a fait reconnaître plusieurs lésions organiques graves, notamment dans le tissu des reins. Quoi qu'il en soit, c'est par les émissions sanguines qu'il faut toujours commencer, et l'on ne saurait trop se hâter d'y avoir recours. Quand les accidens éclamptiques durent depuis un certain temps, et que la femme est affaiblie, la saignée peut avoir des dangers, et n'est plus aussi bien indiquée.

Après les émissions sanguines, viennent les révulsifs tant internes qu'externes : par la bouche, on donnera les purgatifs qui agissent avec le plus de promptitude. Si les dents sont serrées, on peut placer entre les lèvres un mélange de calomel et de sucre à parties égales, ou bien, comme le pratique M. le professeur P. Dubois, 60 à 80 centigrammes de calomel incorporé dans du miel, et dont on introduit un décigramme toutes les heures. Si les purgatifs pris par la bouche n'agissent pas assez promptement, on doit les prescrire en lavemens.

Extérieurement, on appliquera un très grand vésicatoire sur la région cervico-dorsale, dès le début du traitement; on fera promener des sinapismes sur les membres inférieurs, avec les précautions qu'on néglige trop souvent chez les personnes qui ne manifestent pas de sensations; enfin, on complètera le traitement révulsif par l'application des grandes ventouses Junod.

Dans l'intervalle des accès, si cela est possible, on fera placer la malade dans un bain tiède, pendant toute la durée duquel on fera pratiquer des irrigations d'eau fraîche sur la tête.

Il ne faut pas négliger l'emploi des agens sédatifs du système nerveux, parmi lesquels se présente tout d'abord l'émétique, que l'on peut administrer avec avantage à dose contre-stimulante.

Dans une maladie qui se manifeste, indépendamment des convulsions, par une altération des liquides de l'économie, et dans laquelle l'autopsie cadavérique a révélé plus d'une fois des épanchemens sanguins ou séreux des centres nerveux, et plus souvent encore des altérations de tissu des reins, on ne peut guère compter, en général, sur les médicamens antispasmodiques. Cependant, on conçoit qu'il puisse se présenter des cas dans lesquels un certain degré d'excitabilité nerveuse joue un rôle important dans la production des accidens. Ces médicamens peuvent alors se montrer utiles.

Mais c'est surtout dans la période de prostration qui sur-

vient souvent après la cessation des convulsions, que les antispasmodiques, les stimulans diffusibles et même les toniques sont indiqués.

Voilà pour le traitement médical; quant aux moyens obstétricaux, on a dû voir par les considérations que nous avons exposées plus haut, que nous rejetons l'avortement artificiel et l'accouchement provoqué.

Pendant la grossesse, le traitement de l'éclampsie doit être exclusivement médical. On peut concevoir à la rigueur des cas où l'éclampsie, se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés, et chaque fois avec une gravité plus grande, mettrait décidément en péril les jours de la femme. Il y aurait lieu à délibérer sur la question de savoir s'il ne conviendrait pas de provoquer l'avortement pendant une rémission, afin de sauver la malade. Mais les cas de ce genre ne doivent former qu'une rare exception, s'ils existent.

A l'époque où le fœtus est viable, c'est-à-dire pendant les deux derniers mois de la grossesse, si, dans un cas semblable à celui de M. Chailly, la maladie se prolongeant et le fœtus conservant une vitalité manifeste, on croyait devoir chercher à soustraire ce dernier au danger qui le menace, il ne faudrait jamais recourir à l'accouchement forcé, à cause des dangers qui l'accompagnent. Le seul procédé auquel on pût recourir, pour provoquer l'accouchement, serait celui qui a été adopté par l'habile accoucheur que nous venons de nommer. (Voir l'UNION MÉDICALE du 15 mai 1852.) Mais qui ne voit que presque jamais l'accouchement ne sera déterminé assez promptement pour qu'on puisse, par ce moyen, atteindre le but qu'on se propose; et que, presque jamais aussi, cette opération ne pourra être utile au fœtus, puisque, en général, sa vie est compromise longtemps avant qu'on puisse se permettre de provoquer l'accouchement par un moyen quelconque.

Pendant l'accouchement, tout en s'occupant activement du traitement médical, le praticien doit attendre et suivre avec patience et sang-froid le développement des phénomènes naturels de la parturition. Dans la majorité des cas, ainsi que l'a très bien fait remarquer notre honorable confrère, M. Saurel, l'éclampsie s'accompagne de contractions énergiques, et le travail marche rapidement. Il n'y a donc rien à faire, en supposant l'accouchement naturel.

Mais toutes les indications qui peuvent surgir dans les cas ordinaires d'accouchemens normaux ou anormaux, et qui constituent la base de l'art obstétrical, peuvent également se présenter à l'accoucheur dans les cas d'éclampsie puerpérale.

Ainsi, le seigle ergoté pourrait être prescrit, si, exceptionnellement, la matrice tombait dans un état prolongé d'inertie. Toutefois, l'emploi de ce médicament doit être fort restreint dans les cas d'éclampsie; et, lorsqu'il y a rigidité du col, il pourrait être dangereux en exaspérant les douleurs d'une manière intempestive.

De même, les indications peuvent se présenter pour l'application du forceps, pour les incisions multiples du col rigide, pour l'emploi du céphalotribe, lorsqu'il y a une déformation du bassin, etc., etc., ainsi que dans les cas ordinaires; mais rien de plus.

Il peut survenir une hémorrhagie dangereuse, qui oblige l'accoucheur à accélérer le travail ou même à terminer l'accouchement à tout prix.

Enfin, on a dit que lorsque l'éclampsie éclate dès le début du travail, si des contractions extraordinairement violentes se manifestent avant que le col soit suffisamment dilaté, ces contractions peuvent causer la rupture de l'utérus. En présence d'un pareil danger, s'il se présentait et si l'on pouvait le prévoir, il y aurait lieu certainement de recourir aux opérations obstétricales qui seraient indiquées.

En résumé, nous pensons que, dans l'état actuel de la science, le traitement de l'éclampsie puerpérale, soit pendant la grossesse, soit pendant la période de l'accouchement, doit être, en général, exclusivement médical, et se composer essentiellement des émissions sanguines à haute dose, des révulsifs et des sédatifs du système nerveux; que, sauf de très rares exceptions, on doit, pendant la grossesse, rejeter l'avortement provoqué et l'accouchement prématuré artificiel; et que, pendant l'accouchement et la délivrance, on ne doit recourir qu'aux manœuvres obstétricales qui sont positivement indiquées par les circonstances particulières de la parturition.

G. RICHELOT.

Approuvé par le comité de rédaction.

BIBLIOTHÈQUE.

ÉTUDES SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE DANS LE DÉPARTEMENT DE L'INDRE; par le docteur Ernest LAMBRON (de Levroux), ancien interne des hôpitaux et membre de la Société anatomique de Paris. (Ouvrage imprimé par décision du conseil général.)

Nous appelons l'attention, non seulement des médecins, mais encore de tous les administrateurs, en France, sur le travail dont nous allons présenter une analyse. Combien il serait à désirer que tous les préfets se missent à la tête d'une semblable entreprise et qu'ils trouvassent un médecin assez zélé et assez habile pour résumer en peu de temps, comme vient de le faire M. le docteur Lambron, les nombreux documens dont ils auraient provoqué la production ! Le département de l'Indre peut s'enorgueillir d'être le premier entré dans cette voie et d'avoir trouvé deux hommes dont les pensées et l'activité, se mettant rapidement en harmonie, l'ont doté d'un *monument* qui fera époque dans ses annales. Jamais les plaies n'avaient été mises à découvert avec autant de précision et d'évidence. Déjà on a essayé, par un palliatif général, à combattre le mal ; un jour viendra sans doute où l'on pourra l'attaquer jusque dans ses racines.

La fièvre intermittente est un des fléaux de l'humanité. Elle sévit en France, comme ailleurs, sur un grand nombre de populations; elle énerve et détériore les individus qu'elle n'enlève pas; elle empreint l'enfance de sa fatale influence. Le département de l'Indre, surtout dans une de ses parties, est depuis des siècles en proie à ses cruelles étreintes. Des voix amies du malheur se sont bien élevées de temps à autre pour appeler des secours sur les nombreuses victimes de cette désastreuse maladie; mais, comme le fait remarquer M. Lambron, elles s'éteignaient dans leur isolement. L'administration seule, en effet, par les moyens dont elle dispose, peut déterminer l'étendue du mal et appliquer les remèdes propres à le combattre.

Ce jeune et vigoureux médecin, ayant vu dans le premier rapport que fit M. Jules Chevillon au conseil général de l'Indre, dans la session de 1848, que cet administrateur annonçait qu'*il ferait tous ses efforts pour que, dans l'avenir, les marais fussent desséchés, pour que les populations affaiblies et décimées par la fièvre intermittente, fussent rendues robustes et utiles sous la double action d'un air plus pur et d'une alimentation plus saine et plus abondante*; ce médecin, disons-nous, se dévoua de suite pour seconder une œuvre aussi philanthropique. Il écrivit au préfet, et fit sentir, dans quelques articles insérés dans le journal du département, de quelle importance serait, pour les fiévreux indigens des campagnes, des dépôts de sulfate de quinine dans les communes les plus affectées. M. Chevillon, abondant dans cette idée, obtint de son conseil une somme de mille francs, et bientôt le gouvernement y ajouta une autre somme de deux mille francs.

Ce fut là le point de départ des recherches dont il va être question. Il fallait s'entourer des renseignemens nécessaires pour que la répartition de ce médicament entre les diverses communes fût proportionnée aux besoins de chacune d'elles; il fallait connaître le chiffre annuel des fiévreux et des fiévreux pauvres de chaque localité. Pour obtenir ces renseignemens, le préfet s'adressa aux hommes que leur position et leurs lumières mettaient à même de faire de fidèles observations; il posa aux maires, aux curés et aux médecins de toutes les communes une série de questions pour lesquelles il demanda réponse à bref délai. Les documens arrivèrent bientôt en grand nombre, et M. le docteur Lambron fut naturellement chargé de les dépouiller et de les mettre en ordre. C'est ce travail qu'il s'agit ici d'apprécier. Parcourons donc successivement les trois parties dont il se compose.

La *première partie* contient les *renseignemens statistiques*. On y voit le nombre et la proportion des fiévreux dans chaque commune, chaque canton, chaque arrondissement; la détermination des fiévreux pauvres dans ces diverses localités; les secours qu'il serait nécessaire d'administrer dans chacune d'elles, et par suite dans le département entier; la détermination du nombre et de la proportion des fiévreux dans les trois grandes divisions territoriales de l'Indre : *Champagne*, *Brenne* et *Boischaud*. Tous ces renseignemens sont présentés dans des tableaux dressés avec le plus grand soin. Ne pouvant entrer dans les détails, nous nous bornons à indiquer certaines données générales. La plus affligeante, c'est que la proportion des fiévreux, de même que celle des fiévreux à secourir, croît avec la misère de la contrée. Dans la *Champagne*, pays d'une aisance générale, on ne trouve qu'un fiévreux sur 28 habitans, et 1 fiévreux indigent sur 111 habit.; dans le *Boischaud*, pays où la condition de la population est déjà moins heureuse, on rencontre 1 fiévreux sur 18 habitans et 1 fiévreux indigent sur 31 habitans; enfin, dans la *Brenne*, contrée déshéritée, on arrive à cette *proportion effrayante* de 1 fiévreux sur 4 habitans et de 1 fiévreux indigent sur 6 habitans. *Fièvre et misère* sont donc deux compagnons inséparables, s'écrie notre confrère; la fièvre conduit à la misère; la misère ramène ce triste fléau; ce cercle de souffrances est rarement interrompu, et les journaliers n'en sortent que pour y rentrer plus profondément. M. Lambron estime que la dose la plus faible de sulfate de quinine, nécessaire pour couper la fièvre, doit être en moyenne de 1 gramme et demi par malade. Or, comme les tableaux indiquent 8,456 fiévreux indigens dans le département, il en résulte qu'il faudrait, pour les traiter, une quantité annuelle de 12 kilogrammes 684 grammes de sulfate de quinine, quantité dont l'acquisition s'élèverait à la somme de 7,610 fr., le sulfate de quinine coûtant, année commune, 600 fr. le kilogramme. Cette somme, comme on le voit, est encore très loin d'être atteinte par les secours alloués par le conseil général et l'État.

Dans la *deuxième partie*, M. Lambron expose ses recherches sur les causes qui produisent ou favorisent la fièvre intermittente, et sur les fâcheux effets de cette maladie. Nous trouvons d'abord un *aperçu topographique et médical* sur le département de l'Indre. Ce chapitre, luxuriant de science, et qui ne contient pas moins de 37 pages, excitera vivement la curiosité des personnes qui aiment à se rendre compte du pays qu'elles habitent. Il nous plairait de le parcourir, si les limites, dans lesquelles nous devons nous renfermer, ne nous l'interdisaient. Qu'il suffise de dire que l'auteur y passe en revue la situation astronomique, les caractères géodésiques et orographiques, les bassins et les collines, la superficie et la population, l'hydrographie, la géologie, la météorologie, qui comprend la température, les pluies, les vents, les orages et les saisons; enfin, en examinant la division territoriale naturelle, il établit les caractères différentiels des trois parties dénommées ci-dessus.

Nous arrivons au point capital du travail, ce point d'où dérive le mal, et où il faudrait pouvoir l'atteindre; c'est-à-dire les *causes de la fièvre intermittente*. M. Lambron examine et rejette successivement toutes les opinions qui ont été émises à cet égard, et finit par établir une théorie qui lui est propre. L'originalité de cette conception et les raisons scientifiques sur lesquelles il l'étaye, nous obligent d'entrer à cet égard dans quelques développemens. Il part de cette donnée, depuis longtemps connue, que, pour produire la fièvre intermittente, il suffit de mêler les eaux de la mer à celle d'un marais d'eau douce; et il s'appuie, sous ce rapport, des recherches d'un homme dont le nom est d'une grande autorité en matière d'hygiène, et qui, il y a peu d'années, a eu la curiosité de visiter la Brenne, de M. le docteur Mêlier. Ce savant médecin a démontré, en effet, dans un très bon rapport lu à l'Académie, que les *marais salans* (ceux où l'eau de la mer arrive seule) ne sont pas plus fébriles que les autres points du pays où ils sont situés; mais qu'il n'en est pas de même des *marais saumâtres* (ceux formés par un mélange d'eaux et d'eaux salées). Étendant ce fait, M. Lambron veut établir que l'effluve fébrifère est engendré par tout mélange tranquille et prolongé des eaux salées et des eaux douces, ou mieux, par une certaine action réciproque des élémens de ces deux eaux réunies. La mer, en se retirant, dit-il, a laissé, dans les couches de terrains, des principes salins. Lorsque les eaux douces, dont les nappes sont répandues sous le sol, viennent à opérer leur mélange avec ces principes, il en résulte une cause de fièvre intermittente. Ces conditions, suivant l'auteur, expliqueraient la rareté de cette affection dans les pays où le sol est formé de terrains granitiques ou de transition, qui ne sont pas de formation marine, et sa fréquence dans les bassins composés par des terrains secondaires ou tertiaires, principalement quand de vastes lacs d'eaux salées, et surtout d'un mélange d'eaux douces et d'eaux salées, ont recouvert ces terrains jusqu'à l'époque des derniers soulèvemens géologiques. La Brenne, qui est remplie d'une prodigieuse quantité de fossiles marins, est surtout dans ce cas.

D'après M. Lambron, une foule d'observations viendraient confirmer sa manière de voir; c'est ainsi que, dans les pays où la fièvre intermittente est très rare, on la voit apparaître lorsqu'on pratique de larges tranchées dans le sol; les masses de terres remuées donnent lieu, pendant une ou plusieurs années, à des émanations qui déterminent cette fièvre tant que l'action solaire ne les a pas épuisées. C'est encore ainsi que certains pays, dont le sol est formé par des terrains granitiques, ont des marais et très peu de fièvres; qu'on ne peut établir une rigoureuse relation entre la plus ou moins grande quantité de ces maladies, et l'état plus ou moins pluvieux ou plus ou moins sec du printemps et de l'été, etc., etc.

Ces considérations, sur lesquelles nous ne pouvons insister davantage, tendraient à cette conséquence regrettable, qu'il n'y aurait pas lieu d'espérer pouvoir jamais détruire la cause spécifique de cette maladie. Mais la théorie de l'auteur est bien loin d'être démontrée. Il n'est pas besoin de faire intervenir la mer et d'évoquer les choses d'aussi loin, pour expliquer la cause des fièvres paludéennes. Des mauvais étangs de la Brenne, tout aussi bien que des marais salans abandonnés, les mêmes gaz délétères s'élèvent en plus ou moins grande quantité, suivant des circonstances données. L'opinion de M. Mêlier, et, après lui, celle des chimistes-hygiénistes les plus compétens, est que la plupart des marais ordinaires, comme les marais mixtes ou saumâtres, renferment des sulfates dont la décomposition par les matières végétales et animales donne lieu à des sulfures, et par suite à un dégagement d'hydrogène sulfuré, combiné à des émanations de nature organique. La production des fièvres intermittentes paraît donc se lier à cette double condition : décomposition des sulfates par les matières organiques, dégagement d'hydrogène sulfuré et d'émanations organiques putrides. Le danger ou l'innocuité des marais est sans doute en proportion des élémens qu'ils fournissent à la production et à la combinaison de ces deux séries de phénomènes.

Quoi qu'il en soit de ces théories, la fâcheuse influence des principes spécifiques peut être grandement atténuée en s'adressant à toutes les *causes prédisposantes*. Ces causes, M. Lambron les parcourt successivement; il les trouve dans les marais, les étangs et les eaux croupissantes, dans certaines températures, certains mois et certaines saisons, dans le sol, dans la nature des eaux, dans les habitations, l'alimentation, les âges, sexes, profession, etc.

Quel triste tableau que celui présenté par notre confrère, en décrivant les affreux effets de la fièvre intermittente, là surtout où elle est endémique, comme en Brenne! Les habitans y offrent un cachet tout particulier ; ils sont petits, maigres, bouffis, leur teint est d'une jaune paille, leurs chairs sont molles; ils sont sans force; leur démarche est lente; leur ventre reste gros; leurs membres sont souvent affectés d'ulcères; leur moral plongé dans l'apathie. On pourrait dire, avec Fodéré, qu'*on ne rit pas sur le berceau de celui qui naît; qu'on ne pleure pas sur le cercueil de celui qui succombe*. Plus de la moitié des enfans disparaît avant l'âge de 7 ans; la vieillesse commence à 50 ans. Il meurt annuellement 1 individu sur 30, tandis que la moyenne, en France, est de 1 sur 40. Chaque année, le chiffre des morts dépasse de 7 celui des naissances, si bien qu'en 150 ans la population serait anéantie, si les populations voisines ne venaient remplacer celles qui s'éteignent!.... La même influence délétère s'étend sur les animaux, et même sur les plantes..... Le plus fort contingent des fiévreux est fourni par les hommes, plus soumis que les femmes aux effluves ; aussi peut-on en induire l'influence désastreuse qui en résulte sur la fortune du pays. En Brenne, le rendement des terres est si peu considérable, qu'un hectare ne rapporte en moyenne que 4 fr. 75 c. Malgré des routes exécutées en assez grand nombre, et quelques autres améliorations, ce pays reste un des plus insalubres et des plus malheureux de la France; il appelle des mesures radicales contre les causes de son mal. Ces causes sont toujours les mêmes : une incroyable quantité d'eaux croupissantes; des rivières qui coulent à peine; des terrains incultes; des brandes immenses; des prairies en grande partie inondées, formant des quasi marais; des habitations insalubres, etc., etc.

Mais y aurait-il au moins quelques compensations aux fâcheux effets de la fièvre intermittente? Serait-il vrai qu'en Brenne, par exemple, on observe moins de phthisies pulmonaires et de fièvres typhoïdes; que la fièvre intermittente peut préserver du choléra; que, dans cette contrée insalubre, on peut modifier un tempérament trop sanguin, de manière à effacer une disposition apoplectique; enfin, qu'on y est moins disposé à l'aliénation mentale? Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les développemens qu'il a donnés à ce sujet, et d'où il résulte que cette consolation ne peut être fournie. Il est certain que toutes les maladies ne viennent jamais à la fois, mais on n'est pas pour cela préservé de celles qui viennent d'être énumérées. Nous avons même quelque peine à admettre que les natifs de ces pays malsains soient moins aptes, comme on l'a dit, à contracter, dans d'autres, la fièvre intermittente.

Nous aimerions à suivre M. Lambron dans la *troisième partie* de son ouvrage, à faire connaître les moyens de combattre la fièvre intermittente et d'en prévenir les effets morbides; nous montrerions alors avec lui ceux qui sont du ressort de l'administration, ainsi que ceux qui dépendent des individus. Mais il faut finir cette analyse, et nous borner à

indiquer, quant aux premiers, l'écoulement des eaux, la suppression d'un grand nombre d'étangs, leur endiguement, le curage et l'élargissement du lit des rivières, les semis d'arbres verts et épineux, la culture de la vigne, l'amélioration des logemens, une autre disposition des fumiers, etc., etc.; et, quant aux seconds, le résumé des règles de l'hygiène, autant qu'on peut les prescrire à des ouvriers de campagne que la misère, la maladie et l'ignorance abrutissent presque toujours. Toutefois, les conseils que leur donne M. Lambron, s'ils étaient répétés à satiété par les maires, les curés, les propriétaires et les médecins, finiraient par amener de bons résultats.

Ne désespérons pas, toutefois, du sort de cette malheureuse contrée, car elle ne paraît pas avoir toujours été aussi insalubre. Avant que les bois n'aient été détruits, avant que les moines n'aient donné l'exemple de le couvrir d'étangs, les familles royales allaient y prendre le plaisir de la chasse; au XIIIe siècle, la terre de Mézières était possédée et habitée par deux Jeanne de Brenne; au commencement du XIVe siècle, une princesse de la même famille, Alix de Brabant, fille de Saint-Louis, fonda l'église collégiale et s'y fit enterrer; dans l'une des chapelles est la crypte sépulcrale de Louis d'Anjou, qui vivait au XVe siècle, et dont la descendance ne cessa de faire sa résidence au château de Mézières jusqu'à la fin du XVIe. Ces faits ne semblent-ils pas indiquer que la Brenne, il y a 200 ans, n'offrait pas les repoussantes images d'aujourd'hui?

Ces études, enfin, sont terminées par une instruction médicale très circonstanciée pour les dépositaires du sulfate de quinine, instruction dans laquelle l'auteur leur apprend les soins à donner pendant l'accès de la fièvre, l'emploi du fébrifuge, les doses suivant l'âge, le sexe, le tempérament, suivant le plus ou moins grand gonflement de la rate, suivant les localités, le type de la fièvre, les récidives, etc.; et par deux cartes, l'une contenant un tableau des communes disposées suivant la proportion entre le nombre des fiévreux et la population, pour servir à la distribution du sulfate de quinine, et l'autre un plan du département, où des teintes graduées et proportionnelles font connaître le nombre des fiévreux dans toutes les communes.

Tel est l'ouvrage qui a été entrepris et mené rapidement à bonne fin par M. le docteur Lambron. Il faut reconnaître la part essentielle qu'y ont pris les médecins du département en fournissant des documens nombreux et intéressans; l'auteur se plaît à citer leurs noms à mesure qu'ils se rencontrent sous sa plume. Mais il faut aussi constater le mérite du plan général, la rédaction habile et le concours heureux d'une science profonde et variée. Disons-le hardiment, M. le docteur Lambron vient de prendre, par cet écrit, une place éminente, non seulement parmi les médecins, mais aussi parmi les citoyens les plus éclairés du département de l'Indre. Les connaissances dont il vient de donner une preuve si éclatante, le zèle qui l'anime, la jeunesse qui promet tant d'avenir, les remèdes qu'il a su si bien indiquer pour venir au secours de ses compatriotes indigens et souffrans, le mettent au premier rang pour entrer dans les conseils de l'autorité supérieure. Ajoutons qu'il a, de plus, bien mérité de la science médicale, qui ne saurait assez louer et encourager de tels travaux. Puissent les vœux de celle-ci être entendus dans les hautes régions du pouvoir! Bientôt alors il en résulterait cette conviction, que les améliorations qui sont réclamées et les remèdes qui sont proposés ne peuvent aboutir que par la création d'une direction spéciale de la santé publique ou des affaires sanitaires.

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Août 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

M. L. CORVISART communique une première partie d'un travail *sur la digestion*; dans cette première partie, tout entière relative au blanc d'œuf, l'auteur appelle l'attention sur les points suivans :

1° La présence dans l'œuf d'une substance pareille à celle qui prend naissance de l'albumine dans les digestions opérées par le suc gastrique; dès lors sans doute propre à la nutrition de l'embryon, comme elle est propre à la nutrition de l'animal parfait.

2° La transformation de l'albumine en cette substance, dont les propriétés se modifient avec la plus grande facilité, circonstance favorable à la production des tissus.

3° L'impuissance où est l'albumine d'en fournir sous l'influence du suc gastrique au-delà d'une certaine quantité, ce qui montre bien que toutes les substances azotées ne sont pas exclusivement et entièrement digérées par le suc gastrique, et que les feces pourraient bien provenir non d'une insuffisance accidentelle, mais d'une insuffisance constante de cette action.

4° La nécessité, pour obtenir cette matière, de présenter à l'albumine une grande quantité d'eau, en rapport avec l'usage populaire de boire un verre d'eau après un œuf.

5° La possibilité de donner aux malades dont l'estomac ne digère point *un gramme seulement de cette substance pour équivaloir à un blanc d'œuf entier*, résultat qui présente encore ses analogues; ne sait-on pas combien nourrit un bouillon, quoiqu'il contienne si peu de matières, mais des matières très nutritives? C'est plus encore pour cette substance, *car elle est toute digérée*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance extraordinaire du samedi 21 août. — Présidence de M. MÉLIER.

RÉSUMÉ DE M. BÉGIN.

M. BÉGIN: Le résumé de la discussion que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, dans son avant-dernière séance, trouverait encore, malgré ce qui a été dit depuis, presque tout son à-propos.

L'honorable collègue, M. Depaul, qui a pris la parole immédiatement après moi, n'a rien ajouté d'essentiel à son premier discours. Il a insisté sur des points de doctrine qui ne sont pas directement en cause; sur des histoires de syphilis constitutionnelle et de syphilis héréditaire mortelle, provoquées chez les animaux par l'inoculation syphilitique, et qui sont loin d'encourager à l'emploi du même procédé chez l'homme, sur des attaques à des opinions personnelles, dont l'Académie n'a que très médiocrement à s'occuper; enfin sur un appel persévérant à des expériences ultérieures, à des lumières nouvelles, qu'il croit indispensables pour déterminer son jugement et celui de l'Académie.

Avec d'admirables mouvemens d'éloquence, notre semi-adversaire M. Malgaigne, n'est guère sorti du même cercle. Ce qu'il y a de plus saillant dans son beau discours c'est une très longue énumération des vérités méconnues, repoussées, bafouées même, à leur origine, et qui, triomphant d'obstacles sans nombre, que l'ignorance ou la prévention leur opposait, ont rendu les plus grands services aux sciences, à l'industrie, à l'humanité; c'est l'analyse des principales observations connues de syphilisation, qu'il interprète à sa manière, et qu'il présente intrépidement comme favorables à ce mode de traitement de la syphilis, ou du moins comme justifiant et encourageant la poursuite des expériences dont il a déjà été l'objet; c'est enfin l'apothéose de l'auteur de cette grande découverte, qu'il adjure de poursuivre son œuvre, de ne s'arrêter devant aucune difficulté, et à qui il prédit, dès à présent, que son nom ne périra pas.

M. Ricord s'est attaché, et a réussi, pour les esprits non prévenus, à replacer sous leur véritable jour les faits plus ou moins tronqués, ou appuyés sur des témoignages incompétens, invoqués par nos adversaires. Armé de documens authentiques, il a complété les observations, rectifié les erreurs, et reconstruit, par de lumineux rapprochemens, l'histoire désolante de cette syphilisation dont les résultats funestes semblent dédaignés par des esprits plus curieux ou prévenus que pénétrés des devoirs de notre profession et des intérêts de l'humanité.

A quoi serviront ces supplémens d'instruction si instamment sollicités? L'expérience de la syphilisation n'a-t-elle pas déjà que trop été faite? Ceux qui, en présence des résultats qu'elle nous a donnés, ne sont pas encore convaincus, doivent renoncer à l'être jamais; ceux qui n'ont pas vu jusqu'à présent, peuvent se considérer comme aveugles; des milliers de faits nouveaux ne les guériraient pas de leur cécité, car il est de la nature de certains esprits de trouver toujours matière à douter.

Il serait temps enfin de réduire à sa juste valeur, et de rejeter de toute discussion sérieuse cet argument, si souvent reproduit, et développé avec tant de complaisance par mon savant ami, M. Malgaigne, au sujet des vérités méconnues auxquelles il assimilerait volontiers la syphilisation.

De tous les rêveurs, pour ne rien dire de plus, dont les utopies sont repoussées, il n'en est pas un qui n'invoque l'exemple de l'Amérique découverte, de la rotation de la terre, de la vapeur enfantant des merveilles; ils y ajoutent maintenant celui de l'électricité, qui anéantit la distance. Ils se comparent modestement à Cristophe Colomb, à Galilée, à Fulton; et ne tenant compte ni du temps, ni des circonstances, supposent que ces grands hommes ont eu à lutter contre des partis pris, des mauvais vouloirs, dont ils se prétendent aussi les victimes. Mais si de grandes vérités ont été lentes à se faire jour, combien, par une triste compensation, une confiance trop hâtée ne fait-elle pas naître de mécomptes?

Renonçons donc à invoquer ces exemples opposés qui se détruisent réciproquement; apprécions chaque chose par elle-même, d'après ses élémens propres, sans préoccupations d'antécédens étrangers. Là est le rôle de la raison; le reste n'est que déclamation surannée et oiseuse, indigne d'hommes sérieux.

Nous demandons à MM. les syphilisateurs des faits à l'appui de leurs prétentions. Quatre viennent d'être publiés, ils viennent du Piémont, et appartiennent à M. Sperino.

Quatre observations sur 102, publiquement annoncées, à savoir : 52 antérieures au 23 mai 1851, et 50 recueillies depuis cette époque, sous les yeux de la commission académique de Turin, la largesse n'est pas grande. Examinons si la qualité compensera le nombre.

Quatre jeunes filles, trois de 16 ans, et une de 25, sont admises au syphilicôme. Deux de ces filles sont infectées pour la première fois, une pour la seconde, et une pour la troisième. Ces dernières ont été guéries de leurs atteintes antérieures, à l'aide de frictions mercurielles et de pilules d'iodure de mercure.

Chez trois de ces malades, les accidens datent d'une quinzaine de jours, et d'un mois chez l'autre. Ils consistent en chancres médiocrement étendus, situés à la région vulvaire sur trois, et sur une au col utérin. Celle-ci présente, en outre, une légère leucorrhée et des granulations au col. Une des trois premières porte, avec les chancres vulvaires, d'autres chancres à l'entrée de l'anus, et un bubon fluctuant à droite. Une autre, encore, laisse apercevoir des bubons inguinaux.

Les quatre malades sont d'une bonne constitution. Leurs accidens, sans être absolument simples, n'offrent, chez aucune d'elles, un degré notable de gravité.

La durée du traitement a été de 60, 79, 124 et 138 jours; le nombre des inoculations syphilitiques, de 83, 85, 89 et 94, pratiquées aux régions hypochondriaques, sur les portions latérales du thorax et à l'abdomen.

On a observé une fois, pendant les inoculations, un peu de fièvre, peut-être syphilitique, dit l'auteur, et qui, ajoute-t-il, s'est montrée aussi dans plusieurs autres cas semblables.

Chez une des malades, on excisa, après 69 inoculations, une excroissance assez volumineuse, et plus tard, d'autres petites végétations développées à l'entrée du vagin, pendant le traitement, puisqu'il n'en est pas fait mention dans le diagnostic initial. Chez une autre, les dernières des 94 inoculations qu'elle subit donnèrent encore des résultats incertains. Chez ces dernières, la 55e produisait un chancre douloureux bien caractérisé.

Lors de la sortie de ces malades, leurs cicatrices sont indiquées comme s'effaçant et commençant à perdre la teinte cuivrée qui leur est propre. Quelques-uns ont jusqu'à 14 millimètres d'étendue.

A leur sortie, trois de ces filles sont notées comme *presque syphilisées*. Il n'est rien dit de la quatrième.

Tels sont les bénéfices de cette méthode merveilleuse : pour des accidens primitifs d'une intensité ordinaire, en moyenne, trois mois de traitement et 88 inoculations chancreuses.

Quant au résultat final, il est laissé dans l'ombre. Sous ce rapport, les observations ne sont pas achevées. De quels priviléges pratiques jouissent des filles *presque* syphilisées, l'auteur ne le dit pas. Quoique les filles dont il est question soient sorties du syphilicôme depuis 9, 10 et 11 mois, et qu'il eût été facile de les soumettre à une certaine surveillance, M. Sperino ne dit rien ni de ce qui peut leur être advenu, ni de leur état actuel.

Et remarquez bien que les quatre observations que je viens d'analyser ne sont pas prises au hasard. Il n'y est question d'aucun des accidens graves mentionnés par M. Sperino dans son mémoire, ou signalés avec plus d'insistance dans le prérapport de la commission académique de Turin. Ce sont des exemples de succès, de succès saillans offerts aux syphilisateurs pour soutenir leur doctrine et encourager leurs expériences.

Trois mois de traitement, 88 inoculations, 60 à 70 ulcères au moins, autant de cicatrices longtemps cuivrées sur différentes parties du corps, tels sont, avec le privilége d'être presque *syphilisé*, les avantages offerts aux esprits crédules que vous vous efforcez d'entraîner. C'est à se laisser séduire immédiatement, et je comprends à peine qu'on y résiste.

Si certain fureteur de bibliothèque découvrait, dans quelque manuscrit poudreux une exposition de cette pratique funeste, il n'y aurait certes pas assez de voix pour s'exclamer contre l'ignorance des temps barbares où elle était en honneur, pas assez de louanges pour exalter les hommes de génie qui lui auraient substitué la méthode inoffensive et simple que nous suivons, Ce serait à rendre jaloux notre bon Paré, qui délivra de la cautérisation les pauvres blessés par arquebusades.

Et maintenant que ces pratiques se produisent en plein XIXe siècle, le monde médical et sérieux peut-il avoir trop d'indignation pour les accueillir?

Admirez le tableau touchant et pittoresque qu'offriraient nos grands services de vénériens, tels que ceux du Val-de-Grâce, de l'hôpital du Midi, celui de Lourcine, de l'infirmerie de Saint-Lazare, si le traitement de la syphilis par l'inoculation syphilitique y devenait général. A certain jour, au local près, on pourrait s'y croire en face d'une réunion de lépreux, nettoyant, comme Job, leurs ulcères plus ou moins phagédéniques.

Aux insuccès qui lui sont opposés, l'inventeur de la syphilisation répond que la méthode n'a pas été suivie, et que, dès lors, il cesse d'être responsable du résultat. Notre collègue, M. Malgaigne, lui est venu spirituellement en aide avec la comparaison du chloroforme, préparé suivant une formule ou suivant une autre. C'est le cas de rappeler que comparaison n'est pas raison. Quelle est la formule de notre syphilisateur? Il en a trois que j'ai indiquées dans mon rapport. M. Sperino en a inventé une quatrième. Il y en a peut-être d'autres encore. A laquelle faut-il s'arrêter? Quelle est la bonne? Le choix du pus doit être gradué; mais à quel caractère le reconnaîtra-t-on sûrement? Toute inoculation amoindrit l'accident primitif, et voilà le malade de M. Zélaschi, qui, sous l'influence de 19 inoculations pratiquées selon la première méthode française, voit ses accidens s'accroître jusqu'au degré le plus grave. Puis, sous l'influence d'une syphilisation plus énergiquement conduite, ces accidens s'apaisent, après, toutefois, quarante jours de traitement antiphlogistique. Si ces inoculations à haute dose ont amené la guérison, comment, dans d'autres cas, les accusez-vous des accidens survenus? Comment reconnaître dans ces explications forcées, dans ces subtilités sans logique, les caractères d'une méthode fondée sur un ensemble de faits bien observés?

A cette observation, que les syphilisateurs français n'ont présenté jusqu'ici aucun exemple authentique des succès de leurs inoculations, M. Malgaigne répond qu'il connaît enfin une personne complètement syphilisée, à laquelle il défie de donner des chancres. Que prouve ce phénix de la syphilisation? La commission académique de Turin n'a-t-elle pas constaté qu'il est possible, qu'il est même assez fréquent qu'un malade ne puisse pas être inoculé, tout en conservant sa maladie ou la voyant reparaître? M. L... ininoculable pendant un certain temps, n'a-t-il pas été inoculé depuis, n'est-il pas susceptible de l'être encore, et lui-même enfin ne déclare-t-il pas devant témoins qu'il ne se croit pas syphilisé? Ne s'est-il pas cru si bien inoculé par M. Ricord, qu'il a reconnu que le pus de son chancre était susceptible d'être transmis? Après 27 inoculations inutiles, qui pouvaient paraître suffire pour attester la syphilisation, les trois suivantes produisirent cependant des pustules et des chancres. Des filles publiques restent six ans et plus sans être infectées et pourraient passer pour naturellement syphilisées, lorsque, sans cause à elles appréciable, elles contractent la syphilis comme les autres : à quels signes dès lors constatera-t-on votre syphilisation prétendue, tant prônée, et jetée en appât à la crédulité et à la démoralisation publique.

Quelques malades, ajoutez-vous, ont été guéris par la syphilisation; mais n'avons nous pas vu, il y a vingt ans, des malades en bien plus grand nombre, et plus gravement affectés que ceux que vous citez, guéris sans aucun traitement spécial, syphilisateur ou autre? Le traitement simple, comme on l'appelait, et qui avait au moins l'avantage de ne pas nuire, a publié et livré à l'examen ses résultats, sa statistique comparative, en un mot tous les documens sur lesquels il s'appuyait. Pourquoi nos syphilisateurs ne l'ont ils pas encore imité? Personne ne contesta qu'il ne guérit, et assez rapidement, la très grande majorité des accidens primitifs; les accidens consécutifs furent l'écueil qui réduisit ses applications. Les faits en sa faveur ne furent pas isolés et rares, comme ceux que vous invoquez, tout en les laissant dans l'ombre; on les compta bientôt par milliers: ils arrivèrent des hôpitaux militaires et civils, de toutes les parties de la France, des contrées étrangères où je retrouve M. Fricke, de Hambourg. Jamais la syphilisation, je le lui prédis, n'aura ni un succès aussi grand, ni un concours aussi imposant de suffrages; et cependant le traitement physiologique est tombé ou s'est transformé, comme la doctrine dont il avait emprunté le nom. Vous avez, dites-vous, à votre disposition trois cents faits, et vous ne les avez pas rendus publics! cette abstention, je le dis nettement, éveille mes doutes et justifie mes craintes sur les résultats que vous avez obtenus. Ce sont des faits analogues à ceux de M. Sperino; si la grande majorité d'entre eux avaient été positivement favorables à votre traitement, si vous aviez obtenu des succès plus nombreux, plus rapides, achetés moins chers que ceux que procurent les méthodes généralement employées, vous l'auriez depuis longtemps proclamé avec les preuves à l'appui. Votre silence laisse donc aux faits déplorables qui sont publiés toute leur force.

A l'objection fondée sur la persistance de la cicatrice, nos syphilisateurs répondent qu'ils ont l'intention de les placer sur des parties cachées du corps. Grande condescendance en vérité! auraient-ils donc eu la

pensée de les établir au milieu du front, afin que chacun pût, dès l'abord, savoir à qui il avait affaire.

Reproche injuste, ajoutent-ils, et notre honorable collègue M. Depaul, s'est sur ce point constitué leur organe. Ces cicatrices dont on fait si grand bruit, s'effacent avec le temps. S'effacent ! et quand avez-vous vu, MM. les syphilisateurs, s'effacer et disparaître des cicatrices résultant de plaies avec pertes de substances, ou d'ulcères qui ont détruit en totalité, ou seulement dans une partie notable de son épaisseur le tissu du derme? Elle peuvent bien perdre la couleur cuivrée, que, de votre aveu, elles conservent si longtemps. Elles blanchissent, j'en conviens, mais je défierais volontiers qu'après m'avoir fait constater une de ces cicatrices, on me montrât, plus tard, entièrement indemne, la partie qu'elle occupait: je parle, bien entendu, non de taches provenant de piqûres restées sans effets, ou de pustules avortées qui peuvent ne pas avoir entamé le derme, mais des cicatrices véritables succédant à des ulcères qui ont une certaine étendue et une certaine profondeur.

Ici je me trouve porté, malgré moi, dans la partie morale de la question. Bien qu'elle n'ait été abordée par aucun des honorables membres qui ont pris part à cette discussion, je m'y laisse aller volontiers, car elle constitue manifestement un des côtés les plus intéressans du sujet.

Les cicatrices des ulcères artificiels produits par les inoculations syphilitiques restent donc; c'est indubitable; et cette pensée qu'elles attesteront à toujours que les personnes qui les portent ont été atteintes de la syphilis, n'arrête pas nos novateurs en syphilisation. La loi a supprimé, pour l'infamie elle-même, toute flétrissure corporelle, et vous, syphilisateurs, dans je ne sais quel délire d'expérimentation, vous imprimez à des jeunes filles de 16 ans la flétrissure indélébile des désordres de leur jeunesse! La séduction, la misère, de mauvais exemples, de funestes conseils, auront pu les pousser jusqu'à la prostitution, et il leur sera, de par vous, presque impossible de sortir de ce bourbier, sans s'exposer à des récriminations odieuses sur un passé qu'elles s'efforcent vainement de cacher ou d'effacer par le culte de toutes les vertus. Les cicatrices, dites-vous, existent sur des parties cachées du corps; mais la marque du crime était-elle apposée autrefois sur le visage? Est-ce qu'il existe sur le corps humain, en société, une seule partie qui puisse être dérobée aux regards d'une manière absolue? Est-ce que, si vos détestables pratiques se généralisaient, les stigmates qu'elles laissent à leur suite ne seraient pas bientôt distingués de toutes les autres cicatrices, et recherchés avec anxiété sur les personnes suspectes, ou accidentellement reconnues?

Multipliez les expériences sur les singes, les chiens, les chats, les lapins, les pigeons; poussez-les et variez-les dans le règne animal aussi loin et autant que vous pourrez, tous les amis de la science applaudiront à vos efforts. Si des connaissances nouvelles sont acquises, par cette voie, sur les lois de la transmissibilité du virus vénérien, elles seront accueillies avec empressement. Mais épargnez l'homme, laissez le malade en dehors de vos études. Qui dit expérience, dit succès ou insuccès, bien ou mal, chance aléatoire enfin, et jamais le médecin n'a le droit de faire mettre ses cliens à cette loterie. Malheureusement, de même que les combats des animaux ont conduit les anciens à contempler de sang-froid la lutte des gladiateurs, les expériences sur les espèces animales ont conduit quelques médecin à agir avec la même liberté sur l'espèce humaine, et, pour me servir de l'expression de l'inventeur de la syphilisation, à ne considérer l'homme que comme un gros singe, plus difficile seulement que l'autre, à raison de la masse à syphiliser.

On parle d'intérêt de l'humanité et d'intérêt de la science, comme si ces deux intérêts n'étaient pas confondus, comme si la science médicale avait quelque autre raison d'être que le service de l'humanité.

J'entends l'objection que soulève cette doctrine conservatrice; elle serait, dira-t-on, incompatible avec les progrès de l'art, qui ne sont dus, en grande partie, qu'à des tentatives considérées d'abord comme téméraires. Un mot d'explication à ce sujet.

Toute expérimentation douloureuse compromettante, pour la santé et pour la vie, faite sur l'homme, sans nécessité réelle, dans le but d'élucider un point de doctrine, est un attentat flagrant à la morale, à la dignité de notre profession. Si cette manie d'expérimenter se généralisait, ce qu'à Dieu ne plaise, elle porterait une irréparable atteinte à la confiance illimitée que le médecin doit inspirer et qui est fondée sur ce que le malade veut bien être traité suivant les lumières de ce médecin, mais non servir de sujet pour ses recherches. Lorsque en présence d'un danger imminent, d'une mort assurée plus ou moins prochaine, et après avoir reconnu l'impuissance des ressources de l'art, le praticien, illuminé par son génie, use de quelque remède énergique nouveau, ou exécute une opération hasardeuse, il n'expérimente pas, il cède à la nécessité, il obéit au précepte d'un des plus grands législateurs de notre art, il suit l'exemple des plus grands maîtres. Le plus mauvais résultat que puisse avoir sa tentative, sera de laisser la nature achever son œuvre de destruction, de la hâter peut-être, ce qui fait qu'aux hommes éminens seuls appartient le droit de ces innovations; mais en compensation de cette chance malheureuse, il a celle de conserver une vie qui allait s'éteindre, et de doter la science d'une arme de plus contre des lésions jusque-là inévitablement mortelles.

Je le demande aux partisans désintéressés de la syphilisation, est-ce là le cas où se trouvent les syphilisateurs?

Loin de réunir les conditions que je viens d'exposer et qui autorisent jusqu'aux plus extrêmes hardiesses, la syphilisation ne commence-t-elle pas par infliger des douleurs, des suppurations, des prolongations de traitement qui sont évités par l'emploi des moyens ordinaires? N'imprime-t-elle pas sur le corps des malheureux malades plus de stigmates que ne le pourraient faire vingt atteintes d'accidens primitifs? N'expose-t-elle pas à des accidens secondaires qui pourraient ne se manifester jamais? Ne l'avons-nous pas vue produire dans les constitutions les plus robustes de graves et peut-être d'incurables désordres? N'a-t-elle pas même causé sur les animaux et sur l'homme des accidens suivis de mort? L'inventeur de cette étrange thérapeutique reconnaît lui-même un cas de ce genre, et tout cela pour produire une presque immunité dont la réalité et les limites sont entièrement problématiques. Le mal inhérent à son emploi est immédiat, inévitable; le danger pour la santé et même pour la vie est attesté par des observations qu'il est impossible de récuser; l'avantage n'est qu'une promesse non justifiée d'impunité pour des désordres futurs.

Je persiste dans la conclusion finale du premier résumé que j'ai présenté à l'Académie dans l'avant-dernière séance.

M. LE PRÉSIDENT déclare la discussion close. L'Académie va avoir à délibérer sur les diverses conclusions proposées. Ces conclusions sont au nombre de trois, plus un amendement que M. Depaul dépose à l'instant sur le bureau; en voici le texte:

1° Conclusions du rapport de M. Bégin.

« En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de déclarer, par un vote, qu'elle approuve les principes exposés dans le rapport de la commission, en ce qui concerne la pratique de la syphilisation, comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis. »

2° Conclusions proposées par M. Michel Lévy.

« 1° l'Académie approuve les principes exposés dans le rapport de la commission.

» 2° L'Académie décide que le rapport et les documens fournis par la discussion sur la syphilisation, seront adressés au ministre de l'intérieur. »

3° Conclusion proposée par M. Gerdy:

« Les faits de syphilisation ne sont pas assez sérieux pour blâmer la commission de les avoir laissés de côté. »

4° Amendement de M. Depaul:

« L'Académie ne trouvant pas la question suffisamment éclairée pour porter un jugement définitif, déclare passer à l'ordre du jour. »

M. Michel LÉVY reconnaissant que sa première conclusion est implicitement contenue dans celle de la commission, l'abandonne et se rallie à celle-ci.

L'amendement de M. Depaul n'étant point appuyé, on passe outre.

La conclusion de la commission est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT met ensuite aux voix la seconde proposition de M. Lévy, consistant à décider l'envoi du rapport et des documens fournis par la discussion au ministre de l'intérieur.

Cette seconde proposition est également adoptée sans opposition.

La séance est levée avant cinq heures.

Séance du 24 Août 1852. — Présidence de M. MÉLIER.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet à l'Académie des échantillons nouveaux de *graines de cédron*, réputées comme fébrifuge et comme spécifique contre les morsures de serpent, avec demande itérative de rapport. (Comm. précédemment nommée.)

M. BLONDEAU, professeur de physiologie à Rodez, adresse un mémoire intitulé: Études sur les eaux thermales de Cauterêts (Hautes-Pyrénées).

M. DUCHENNE DE BOULOGNE envoie un mémoire intitulé: *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les fonctions des muscles qui meuvent l'épaule sur le tronc et le bras sur l'épaule.*

Nous extrayons les principales propositions suivantes du résumé général de ce travail:

I. Les muscles ou faisceaux musculaires, auxquels on attribue la propriété de faire basculer le scapulum sur un axe placé au centre de cet os, de manière à mouvoir ses angles interne et externe en sens contraires, n'exercent pas cette action physiologiquement, mais ils font tourner le scapulum sur l'un ou l'autre de ses angles supérieurs qui reste fixe, tandis que l'angle inférieur s'élève ou s'abaisse en se rapprochant ou en s'éloignant de la ligne médiane.

II. L'élévation volontaire de l'épaule s'effectue par la contraction isolée de la portion moyenne du trapèze, quand elle n'exige point d'effort. Mais sitôt que cette élévation rencontre de la résistance, d'autres muscles élévateurs s'associent, en combinant leur action, à la portion moyenne du trapèze, et cela avec d'autant plus d'énergie, que cette résistance est plus grande.

Les muscles qui, dans ces grands efforts d'élévation de l'épaule, s'associent à la portion moyenne du trapèze, sont: le rhomboïde, le grand pectoral, par sa portion supérieure, et l'angulaire de l'omoplate.

Quant au grand dentelé, auquel on attribue comme fonction principale celle de soutenir l'épaule chargée d'un lourd fardeau, l'électro-physiologie et la pathologie démontrent qu'il reste complètement étranger à cette action. Ce muscle a d'autres usages bien autrement importans; ainsi, il concourt puissamment à l'inspiration, et son action est inséparable de celle du deltoïde pendant l'élévation du bras.

III. L'humérus, en s'élevant par la contraction isolée du deltoïde, déplace le scapulum de la manière suivante: 1° il déprime son angle externe, pendant qu'il élève son angle inférieur d'un à deux centimètres au plus, en le rapprochant de la ligne médiane; 2° il le fait pivoter sur son axe vertical, de telle sorte que son bord spinal, s'écartant des parois thoraciques de 4 à 5 centimètres, semble s'en détacher sous la forme d'une aile. Pendant cette expérience, on voit se former, entre le bord spinal du scapulum et la partie correspondante du dos, une sorte de gouttière profonde de 4 à 5 centimètres, et la tête de l'humérus a une tendance à abandonner la cavité glénoïde en se subluxant en bas.

Cette attitude vicieuse du scapulum, la volonté ne saurait la reproduire, car elle ne possède pas, comme l'électrisation, le pouvoir dangereux de faire contracter isolément le deltoïde.

IV. Pendant l'élévation volontaire du bras, le grand dentelé, placé pour ainsi dire sous les ordres du deltoïde, vient à l'aide de ce dernier, non seulement, ainsi qu'on l'a dit, afin de fixer le scapulum, mais aussi pour compléter l'élévation verticale du bras, la limite d'élévation par ce muscle étant la direction horizontale. Le second temps de l'élévation du bras (l'élévation au-dessus de la ligne horizontale) est aidé aussi par la contraction synergique du tiers moyen du trapèze, surtout dans les mouvemens de force.

V. L'atrophie ou la paralysie du grand dentelé occasionne un dérangement peu apparent dans l'attitude du scapulum, quand les bras pendent sur les côtés du tronc; l'angle inférieur de cet os est seulement un peu plus élevé, plus saillant et plus rapproché de la ligne médiane que celui du côté opposé. Mais, dès que le bras s'écarte du tronc, on voit apparaître toutes les difformités qui résultent de l'absence du concours du grand dentelé, et qui ont été décrites plus haut (proposition II).

VI. Les fibres supérieures du grand dorsal, excitées par l'électrisation, alors que les membres tombent parallèlement à l'axe du tronc, dépriment l'omoplate de dehors en dedans et d'avant en arrière, par l'intermédiaire de la tête de l'humérus, qui appuie sur la cavité glénoïde; les fibres inférieures du même muscle abaissent le moignon de l'épaule. L'excitation simultanée de toutes les fibres des deux grands dorsaux, produit de chaque côté non seulement les mouvemens précédens, mais encore l'extension énergique du tronc.

VII. Le tiers inférieur du trapèze et le rhomboïde jouissent, il est vrai, comme le grand dorsal, de la faculté d'effacer les épaules, en associant leur action, mais l'attitude qui en résulte est vicieuse ou disgracieuse, parce qu'ils élèvent en même temps et inévitablement le moignon de l'épaule. Aussi, n'agissent-ils physiologiquement que pour maintenir les scapulum solidement rapprochés de la ligne médiane, dans certains mouvemens de force du membre supérieur, comme pour attirer à soi un corps résistant.

VIII. En conséquence, de tous les muscles qui meuvent l'épaule, le grand dorsal est celui qui produit la meilleure et la plus belle attitude, en raison de son double pouvoir d'effacer les épaules et de les abaisser à la fois; en raison aussi de l'énergie avec laquelle il redresse le tronc. C'est lui qui, par exemple, donne chez le militaire l'attitude au port d'arme.

IX. Des trois muscles (le trapèze, le grand dorsal et le rhomboïde) qui, par la volonté ou l'excitation électrique, possèdent le pouvoir de rapprocher de la ligne médiane, le bord spinal du scapulum, c'est le trapèze seul qui, par son tiers inférieur et par quelques fibres de son tiers moyen, maintienne, pendant le repos musculaire, le scapulum à sa distance normale de la ligne médiane, qui est chez l'adulte de 5 à 6 centimètres. Il suffit, en effet, que ces fibres du trapèze soient détruites par l'atrophie musculaire, pour que le scapulum s'éloigne du plan médian de 10 à 12 centimètres. Dans cette attitude vicieuse de l'épaule, le dos est arrondi transversalement, le moignon de l'épaule est porté en dehors et en avant, et la poitrine se creuse.

X. La contractilité tonique du rhomboïde maintient, par sa tonicité, le bord spinal du scapulum, solidement appliqué contre le thorax.

Quand ce muscle perd cette tonicité (dans l'atrophie progressive par exemple), le bord spinal du scapulum fait une saillie sous la peau et l'espace compris, ce bord spinal et la ligne médiane se creusent profondément.

Si l'atrophie du rhomboïde s'ajoute à celle du grand dentelé, au moment de l'élévation du bras, on voit entre le scapulum et le thorax une vaste excavation qui pourrait loger la main tout entière et dans laquelle la peau s'enfonce, en adhérant aux tissus qu'elle recouvre avec une telle force, qu'on ne peut la détacher, comme si un vide s'était formé sous elle.

XI. La connaissance des faits établis par les recherches électro-physiologiques et pathologiques exposées dans ce travail, permet d'expliquer le mécanisme des principaux mouvemens de l'épaule et des attitudes vicieuses ou des déformations qui résultent des affections des muscles qui exécutent ces mouvemens; la connaissance de ces faits, enfin, intéresse au plus haut degré le diagnostic différentiel de ces affections musculaires.

M. DUBOIS (d'Amiens) donne lecture de l'éloge qu'il a prononcé sur la tombe de M. Dizé.

— L'Académie se forme en comité secret à trois heures et demie pour entendre la lecture du rapport de la commission d'Argenteuil.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Paris, le 26 août 1852.

Monsieur le rédacteur,

C'est avec un véritable regret que je me vois de nouveau forcé de demander à votre impartialité une place pour une courte et dernière réponse: je n'aime pas plus que M. Depaul le genre de polémique dont il parle; les *allures* qu'il me reproche ne me sont point ordinaires, surtout envers ceux qui, comme le savant académicien, ont su, par leur aménité habituelle et la supériorité de leur talent, se concilier l'estime et la sympathie générales. Aussi, a-t-il fallu toute la gravité de l'accusation qu'il a portée contre moi à la tribune académique, pour me décider à ne pas laisser sans réplique une atteinte aussi directe à mon caractère.

Je n'ai rien à retrancher aux assertions contenues dans ma lettre adressée à M. Depaul, le 17 août. L'honorable académicien n'a point vu le prétendu syphilisé; il s'est contenté d'une lettre reçue de lui. Il est très fâcheux qu'il n'ait point examiné le malade lui-même: il eût évité une de ces erreurs toujours déplorables pour un talent comme le sien; il n'eût point proclamé comme radicalement guéri, un individu qui porte encore à l'heure où nous écrivons cette lettre: les traces incontestables d'un ganglion sous-maxillaire suppuré, ouvert, il y a six jours, par un étudiant en médecine, ami du malade, et qui m'a communiqué le fait; un engorgement manifeste des ganglions cervicaux postérieurs; un psoriasis syphilitique de la paume des mains; une alopécie parfaitement caractérisée.

Que M. Depaul voie donc M. P.... C'est mon dernier mot.

Agréez, etc.

P. HUGOT.

Les séances du comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE sont suspendues jusqu'au vendredi 1er octobre prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur ANDRAL; recueilli et publié par M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix: 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par le docteur G. RICHELOT, avec des notes et des additions per le docteur Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix: 9 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 103. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 28 Août 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

—

Pour Paris et les Départemens :

1 An............. 32 Fr. :
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi . Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 AOUT 1852.

UN DERNIER MOT SUR LA SYPHILISATION.

Nos lecteurs doivent être fatigués de la longue discussion dont nous nous sommes efforcé de faire passer tous les incidens sous leurs yeux ; nous ne les surprendrons pas beaucoup en leur disant que nous en sommes tout au moins aussi fatigué qu'ils peuvent l'être. Cependant nous ne pouvons pas clore, en ce qui nous concerne, ces émouvans débats, sans payer un dernier tribut d'hommages et de reconnaissance aux savans orateurs dont la haute raison a conduit l'Académie à une manifestation solennelle, et peut-être sans exemple dans l'histoire des compagnies savantes. Le rapport et les deux beaux discours de M. Bégin resteront comme des modèles de discussion nerveuse, pressante, et en même temps aussi digne que ferme. La part considérable qui revient à M. Ricord dans le résultat lui sera faite par tous ceux qui placent en première ligne, dans la détermination de leurs convictions, la critique sévère des faits, appuyée sur un ensemble doctrinal jusqu'ici invulnérable, quoi qu'on en ait dit. A M. Larrey revient l'honneur d'une courageuse franchise ; sa parole, émue et indignée, a pesé d'un grand poids sur le résultat final. Dans le discours de M. Michel Lévy, l'Académie a rencontré une critique fine et élégante, une discussion précise et serrée, des considérations d'une grande hauteur de vues, et de sages réserves en faveur d'un avenir dont personne ne peut avoir la sotte vanité d'empêcher l'avénement.

Si l'Académie de médecine a rempli un grand devoir d'humanité, de dignité scientifique et d'honorabilité professionnelle, rien ne peut faire douter que la commission instituée par M. le Préfet de police ne vienne corroborer de son assentiment la solennelle unanimité de ce corps savant. Que de motifs, au contraire, pour se rassurer à cet égard! Cette commission est présidée par M. Mélier, qui vient de présider avec une si grande intelligence et tant de fermeté la mémorable discussion qui s'achève. Si, en sa qualité de président de l'Académie, il n'a eu à exprimer aucune opinion favorable ou contraire, il n'était pas impossible de pénétrer ses sentimens et ses convictions à travers son impartialité officielle. Le plus redoutable adversaire de la Syphilisation devant l'Académie, M. Ricord, fait aussi partie de la commission administrative, et partout où se trouvera ce puissant athlète, nous ne prendrons nul souci des prétentions de la nouvelle doctrine. Les autres membres de la commission, dont nous ignorons les opinions, sont gens de sens et d'honneur, et cette garantie nous suffit.

Il importe de rappeler que la Syphilisation ne s'est pas volontairement produite devant l'Académie de médecine ; c'est contrainte et forcée qu'elle a comparu devant ce tribunal ; et pendant la redoutable instruction qui se faisait publiquement, quelle a été sa tenue, quels ont été ses actes? Au début, elle proteste faiblement contre des allégations de faits dont l'exactitude est incontinent et énergiquement soutenue par la commission. Puis, de sa part, silence complet. Nous nous trompons ; elle frappait timidement à la porte de deux honorables académiciens dont elle parvenait à troubler la religion et la conscience par une exhibition de faits sur lesquels tout contrôle était actuellement impossible, et dont quelques-uns, tous ceux qui ont pu être connus et vérifiés, ont tourné à la confusion de la doctrine. La Syphilisation n'a pas cherché le débat, elle l'a fui ; elle ne l'a pas provoqué, elle l'a subi ; il ne faut pas perdre de vue cette circonstance qui, plus tard, pourra avoir son intérêt.

D'après tout ce que nous avons vu et entendu, d'après les communications nombreuses qui nous ont été adressées, d'après l'impression produite par cette discussion dont la presse a impartialement publié tous les élémens, d'après la satisfaction qui s'est manifestée du vote unanime de l'Académie, il nous est consolant de pouvoir assurer que la nouvelle doctrine n'a inspiré qu'une répulsion générale dans le corps médical, et qu'elle n'a rencontré que quelques rares adhérens parmi de jeunes élèves dont il est si aisé d'enflammer l'enthousiasme, et parmi quelques hommes du monde, facile et inévitable proie de toutes les erreurs et de toutes les folies médicales. Mais il était temps que l'Académie intervînt. Nous avions eu quelques appréhensions au début de cette discussion ; nous aurions volontiers partagé l'avis de M. Velpeau, qui pensait qu'il fallait frapper cette doctrine de réprobation sans la discuter, et qui demandait la mort sans phrases. L'événement a heureusement trompé ses prévisions et les nôtres ; cette discussion si complète ne laisse aucune ressource aux subterfuges et aux manœuvres de l'intrigue. L'instruction a été approfondie, l'accusation foudroyante, la défense libre, et le jugement intervenu a été l'expression aussi solennelle et aussi légitime que possible des débats contradictoires. Le recours en cassation est impossible, et si la Syphilisation était sage et bien inspirée, elle n'aurait à adresser à la science affligée qu'un recours en grâce par un acte de repentir et de componction.

Amédée LATOUR.

OPHTHALMOLOGIE.

LUXATION SPONTANÉE DU CRISTALLIN NORMAL DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE DE L'OEIL GAUCHE.

Observation publiée dans le n° 71 de l'UNION MÉDICALE.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 15 Juin 1852.)

RÉFLEXIONS PRATIQUES.

On se rappelle sans doute l'observation intéressante de luxation du cristallin normal dont nous avons donné la relation au mois de juin dernier dans cet intéressant journal ; on n'a pas oublié les phénomènes graves, assez tardivement survenus à la suite de ce rare accident ; l'impérieuse nécessité dans laquelle s'est trouvé le chirurgien de faire l'extraction du corps déplacé, au milieu de circonstances qui rendaient cette opération si redoutable ; et enfin l'issue heureuse de cette délicate opération.

Un fait aussi exceptionnel (car il est peut-être le seul qui existe dans la science, à ce degré de développement au moins) ne pouvait, selon nous, être livré sèchement et sans commentaires à la publicité ; sa rareté, sa gravité, les lacunes existant dans la science, touchant la thérapeutique des accidens de cette nature, et beaucoup d'autres raisons qu'il ne nous semble pas utile d'énumérer ici, nous imposaient, pour ainsi dire, l'obligation de le faire suivre des remarques particulières que sa méditation nous avait inspirées ; c'est ce que nous allons essayer de faire aujourd'hui, prévenant toutefois le lecteur que nous n'avons pas la prétention d'avoir tout dit sur un sujet si neuf et si peu étudié jusqu'à ce jour.

Si donc, on a bien présent à l'esprit les nombreuses péripé-

Feuilleton.

RÉCIT DE LA GRANDE OPÉRATION FAITE AU ROI LOUIS XIV, EN 1686,

Lu à la Société des sciences naturelles de Versailles, section de médecine,

Par J.-A. LE ROI, président de la Société.

Dans les sciences, comme dans la conduite ordinaire de la vie, l'homme a quelquefois besoin de jeter un coup-d'œil en arrière, afin de savoir d'où il vient et où il va ; et c'est souvent une étude instructive et toujours intéressante, que celle des phases diverses parcourues par une invention humaine avant d'arriver à son dernier degré de perfection. C'est dans cette pensée que je viens un instant appeler votre attention sur un sujet qui doit avoir pour nous un double intérêt, puisqu'il s'agit d'une opération chirurgicale qui mit en renom un procédé peu suivi jusqu'alors, et que c'est à Versailles que cette opération fut pratiquée, par l'un des premiers chirurgiens du XVII[e] siècle, et sur le plus grand personnage de cette époque, sur Louis XIV.

C'est en effet de la *grande opération*, comme on disait alors, ou de l'opération *de la fistule à l'anus*, faite au grand roi, en 1686, que je viens vous entretenir.

Quatre méthodes étaient employées par les anciens pour la guérison de la fistule à l'anus : la cautérisation, la ligature, l'excision ou extirpation, et l'incision.

. . . . . . Tel était, à peu près, l'état de la science sur cette question, lorsque, le 18 novembre 1686, Versailles apprit avec surprise et effroi que le roi Louis XIV venait de subir *la grande opération*. C'est qu'en effet, depuis près d'une année déjà, le roi était atteint de la fistule à l'anus.

Le 5 février 1686, il fut obligé de prendre le lit à la suite de vives douleurs dont il souffrait depuis plusieurs jours ; l'on s'aperçut alors qu'il s'était formé un abcès à la marge de l'anus. Félix de Tassy, son premier chirurgien, l'un des hommes les plus instruits de cette époque, en proposa immédiatement l'ouverture ; mais, ainsi que le remarque Dionis, *on ne trouve pas toujours dans les grands cette déférence nécessaire pour obtenir la guérison* ; mille gens proposèrent des remèdes qu'ils disaient infaillibles, et l'on préféra à la lancette du chirurgien un emplâtre fait par une grande dame de la cour, M[me] de la Daubière. L'inventeur du remède assista elle-même à la pose de son emplâtre, qui, probablement, ne pouvait avoir d'effet que sous ses yeux. Tel infaillible que fût cet emplâtre, on l'ôta cinq jours après son application, n'ayant eu d'autre résultat que d'augmenter les souffrances du roi. Enfin, le 23, c'est-à-dire plus de vingt jours après l'apparition de la tumeur, on se décida à donner issue au pus ; mais, malgré l'avis de Félix, qui voulait employer le bistouri, et pour ménager le royal malade, auquel on craignait de faire subir une opération sanglante, on eut recours, pour l'ouverture de l'abcès, à l'application de la *pierre à cautère*. « Ce matin, à dix heures, dit Dangeau dans son journal, on appliqua au roi la pierre à cautère sur la tumeur ; on l'y laissa une heure et demie, et puis on ouvrit la peau avec le ciseau ; mais on ne toucha point au vif. » C'est-à-dire qu'on se contenta de fendre l'escarrhe, et lorsque celle-ci tomba, il se forma comme le dit Dionis, un petit trou par où la matière s'écoula, et qui continua à suppurer. Bientôt on constata la présence d'une fistule communiquant dans l'intérieur de l'intestin.

En pareille occurrence, et pour débarrasser le roi de cette dégoûtante infirmité, il ne restait plus qu'à pratiquer l'opération. Mais il n'en est pas des rois comme des simples particuliers, et, avant de pouvoir leur faire entendre les paroles graves et réfléchies de la science, il faut préalablement que le médecin s'attende à voir défiler avant lui tout le cortége des empressés plus ou moins ignorans, flanqués chacun de ses remèdes *infaillibles*, sans compter encore le charlatanisme, qui sait si bien exploiter la tête et la queue de la société. C'est ce qui arriva pour Louis XIV.

Dès que l'on sut le roi atteint de la fistule, il y eut encore un bien plus grand nombre de remèdes proposés que quand il s'était agi d'une simple tumeur.

Cependant Louvois, qui était alors le principal ministre, et qui avait en quelque sorte la responsabilité de la vie du roi, ne voulut permettre l'usage d'aucun de ces remèdes, avant qu'il eût été préalablement expérimenté.

Parmi tous ces moyens, celui qui fut surtout préconisé, et que le roi paraissait assez décidé à essayer, était l'emploi des eaux de Barèges. Mais avant que Louis XIV partît pour ces eaux, comme le bruit en avait couru, on jugea convenable d'en constater les effets. On chercha quatre personnes ayant la même maladie que le roi, et on les envoya à Barèges à ses dépens, sous la conduite de Gervais, chirurgien de l'hôpital de la Charité, l'un des hommes les plus instruits de Paris, qui s'était acquis surtout une très grande réputation pour la guérison des tumeurs. Ces quatre malades furent soumis par lui à l'action des eaux sous toutes les formes, en bains, à l'intérieur, et surtout en injections répétées dans le trajet fistuleux. Ce traitement dura fort longtemps, et ne fut suivi d'aucune espèce d'amélioration ; en sorte qu'ils revinrent *tout aussi avancés dans leur guérison que quand ils étaient partis* (1).

Une dame de la cour ayant raconté qu'allée aux eaux de Bourbon pour une maladie particulière, elle s'était trouvée guérie, par leur usage, d'une fistule qu'elle avait avant, on envoya à Bourbon l'un des chirurgiens du roi, avec quatre autres malades, qui furent soumis aux mêmes expériences que ceux qui étaient allés à Barèges, et qui en revinrent comme eux sans changement dans leur état.

Mais l'essai des remèdes ne devait point s'arrêter là. Un religieux Jacobin vint trouver Louvois, et lui apporta une eau avec laquelle il guérissait, disait-il, toutes sortes de fistules. Un autre annonçait posséder un onguent qui n'en manquait aucune. D'autres proposaient aussi des remèdes avec lesquels ils avaient obtenu des cures merveilleuses. Le ministre, un peu embarrassé de toutes ces propositions, ne voulut ce-

(1) Dionis.

ties, au milieu desquelles a dû flotter longtemps incertaine la détermination du chirurgien en présence de cet accident, il est bien évident que la solution de la question thérapeutique, dans les cas de cette espèce, doit intéresser le praticien à un haut degré, puisque c'est d'elle qu'il attend la cessation de ses préoccupations consciencieuses, et sur elle que le patient lui-même fonde toutes ses espérances.

N'est-il pas manifeste, en effet, que s'il est important de pouvoir décider, *à priori*, ce qui doit être fait dans un cas donné de luxation complète du cristallin dans la chambre antérieure de l'œil, alors qu'aucun phénomène inflammatoire ne s'est encore manifesté, il ne l'est pas moins de savoir quelle détermination il s'agit de prendre *à posteriori*, c'est-à-dire alors que la présence de cette lentille, *loco insolito*, a déjà déterminé des accidens, dont l'aggravation incessante peut compromettre l'existence de l'œil affecté, ou tout au moins l'intégrité ultérieure de sa fonction?

Envisagée sous ce double point de vue, l'observation en question offre, ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir, un intérêt pratique qu'il nous semble utile de faire bien ressortir en ce moment, et un enseignement dont il nous paraît bon de savoir profiter.

Il est positif aujourd'hui pour nous, que si, moins confiant dans les ressources de la nature, qui, comme le dit si ingénieusement Hippocrate, *trouve souvent des voies de guérison qui nous sont inconnues et cachées* (et nous ajouterons en nous fondant sur le fait dont il s'agit ici, *auxquelles il ne faut pas toujours se fier*), nous eussions pris le parti qui, aujourd'hui, nous paraît le plus rationnel et le plus sûr, d'ouvrir immédiatement une issue au cristallin, à l'aide d'une incision à la cornée transparente, ou de mettre à profit celle qui lui est tout naturellement ouverte, et qu'il a si inconsidérément franchie (la pupille) pour la lui faire traverser à nouveau, et le plonger par scléroticonyxis dans les profondeurs de l'éponge hyloïdienne; il est positif, disons-nous, que nous eussions épargné à notre intéressante malade les cruelles souffrances qu'elle a dû endurer pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, et à nous-même toutes les angoisses de l'incertitude auxquelles nous avaient condamné à cette époque les lacunes de la science, en ce qui regarde la thérapeutique des accidens de cette nature. Notre conviction, à cet égard, a acquis aujourd'hui un tel degré de fermeté, que nous serions presque tenté d'élever cette proposition à la hauteur d'un précepte, si, toutefois, nous n'étions pénétré de cette vérité, que les faits de luxation du *cristallin normal* dans la chambre antérieure, étant loin d'être identiques et similaires, ne sauraient se plier aux exigences arbitraires d'une formule de traitement unique et inflexible. C'est ce que la suite nous démontrera, nous l'espérons, d'une façon péremptoire.

Mais avant d'entrer plus avant dans cette importante question thérapeutique, qu'il nous soit permis d'émettre notre opinion sur les causes qui déterminent le plus ordinairement le déplacement dont il s'agit.

En premier lieu, et pour déblayer tout de suite le terrain sur lequel nous voulons traiter la question, nous ferons remarquer que nous n'admettons qu'avec une grande réserve, si même nous ne la nions complètement, la possibilité de la *luxation spontanée* du cristallin normal, en attachant, bien entendu, à ce mot *spontané* son véritable sens, et en l'envisageant dans toute la vérité et toute la sévérité de son acception.

Pour nous, la luxation du cristallin normal reconnaît toujours pour cause l'intervention préalable d'une violence directe ou indirecte, que cette violence ait porté son action à une époque antérieure plus ou moins éloignée de celle de l'accident en question, qu'elle ait agi sur des yeux parfaitement sains à une époque quelconque de la vie, ou sur des yeux déjà prédisposés par un état particulier de leurs milieux, tel que le ramollissement de l'humeur vitrée (synchisis), un commencement d'atrophie de cette humeur transparente, ou tout simplement une diminution préalable dans le volume du corps lenticulaire lui-même, ainsi que le docteur Luzardi en a observé un exemple, en 1822, chez une jeune fille de quinze ans.

Cette proposition énoncée, il nous sera facile d'en démontrer la justesse et la solidité.

Pour cela, il nous suffira de rappeler en quelques mots les antécédens des deux malades qui nous ont fourni, à M. Larrey et à nous, l'occasion de ces communications.

En effet, dans le fait rapporté par notre honorable confrère, nous trouvons cette phrase : « Le déplacement du cristallin a été précédé d'une amblyopie amaurotique, consécutive elle-même à *un coup reçu longtemps auparavant sur la tête*. » (UNION MÉDICALE, 18 novembre 1851.)

On se rappelle que dans le fait qui nous concerne, nous avons fait la remarque que la malade avait été violemment et involontairement *heurtée à la tête*, par un de ses enfans, *un mois auparavant*.

Qu'on interroge en outre tous les autres exemples de déplacement que la science possède, et on trouvera toujours comme précédent l'intervention positive d'une cause active, soit directe, soit indirecte, plus ou moins violente.

Nous savons bien que quelques auteurs ayant observé des exemples de luxation du cristallin normal dans le cours de fièvres graves, en ont conclu que la débilité générale des sujets, dans ces circonstances spéciales, suffisait seule pour rendre compte de la production de cet accident; sans nier positivement que l'état de faiblesse extrême dont ces affections sont accompagnées ou suivies ne puisse concourir à rendre ce résultat plus facile, nous ne pouvons cependant nous résoudre à admettre que seule, ou à quelque degré qu'elle soit portée, cette débilité soit suffisante pour produire un pareil effet; nous sommes plutôt disposé, avec Demours, à considérer ce déplacement comme la conséquence probable des mouvemens violens, désordonnés, quelquefois excessifs auxquels se livrent les malheureux malades en proie au délire qui accompagne presque toujours ces graves affections, ou bien à des coups qu'ils peuvent se porter directement sur les yeux en se débattant au milieu de ces désordres de l'intelligence.

Nous nous rappelons avoir donné, il y a un an à peu près, nos soins à un enfant de dix mois affecté de rachitisme, chez lequel la mollesse générale des tissus était portée à un tel degré que le moindre mouvement des yeux déterminait dans les iris un *tremblottement* des plus remarquables. Il semblait véritablement que ces diaphragmes mobiles reposaient sur un fond entièrement liquide. Croit-on que dans ce cas il eût fallu une grande violence, soit directe, soit indirecte, pour déterminer la luxation du cristallin chez ce petit malade? Evidemment non, pourtant on changeait souvent cet enfant de position, on le promenait en voiture à la main, souvent même on le couchait sur le ventre pour prévenir l'accroissement d'une gibbosité commençante du rachis, et pourtant l'accident en question n'est point survenu chez lui.

Nous ne voulons pas énumérer toutes les causes, soit directes, soit indirectes, capables de déterminer un semblable accident parce que cela nous entraînerait beaucoup au-delà des limites qui nous sont imposées; il doit nous suffire, nous le pensons du moins, de les énoncer d'une manière générale; l'imagination du lecteur fera facilement le reste.

Pourtant, parmi les causes directes, il en est une qui, rare dans nos contrées, parce qu'elle n'est pas accidentelle, est extrêmement commune dans certaines régions du globe, en particulier dans quelques parties de l'Amérique du Nord, et que je ne puis résister au désir de rappeler ici (1). Dans ces contrées, il existe une classe d'hommes dont le seul métier consiste à courir les marchés, afin d'enseigner aux querelleurs un procédé particulier pour aveugler leurs adversaires dans les luttes corps à corps; ce procédé consiste à saisir les cheveux des tempes de son antagoniste avec l'indicateur de chaque main, à les rouler prestement autour de ses doigts, et à l'aide de ce point d'appui, à presser violemment avec les pouces sur les globes oculaires; de là la luxation fréquente des cristallins, et le plus souvent, la perte presque infaillible de la vision, par suite de la confusion opérée dans les différentes pièces qui composent l'appareil oculaire ou de la violente inflammation qui doit nécessairement succéder à une pareille compression. Ces *charmans* professeurs portent le nom de *goodging* (2).

Nous venons de prouver, par des exemples, la possibilité de la luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure, par cause directe. Cette luxation peut-elle survenir sous l'influence de causes indirectes, c'est-à-dire ayant porté loin du siége que cet organe occupe tout naturellement, telles que les chutes d'un lieu élevé sur les pieds, le siége, etc.? Nous avons déjà répondu à cette question d'une manière affirmative; seulement, nous ferons remarquer que les exemples de ces déplacemens antérieurs sont excessivement rares; il n'en est pas de même de ceux qui ont lieu dans la chambre postérieure, ceux-ci sont beaucoup plus communs, surtout lorsque le cristallin ou sa capsule a déjà subi un commencement d'altération; mais ce n'est pas ici le lieu de s'occuper de ces déplacemens dans ces conditions spéciales.

L'action de ces causes diverses étant donc admise dans la production des luxations de la lentille cristalline, les conséquences en sont-elles toujours et identiquement les mêmes?

Dans le jeune âge, le cristallin se déplace rarement tout seul, il est souvent accompagné d'une portion du corps vitré plus ou moins ramolli, avec laquelle il conserve une partie de ses rapports; c'est ce qui explique, selon nous, pourquoi, dans ces conditions particulières, le cristallin conserve, pendant un temps plus ou moins long, sa transparence normale, et pourquoi aussi il ne disparaît pas par absorption. Tel est, sans doute, le cas du petit malade observé par M. Larrey, et tels sont vraisemblablement aussi ceux sur lesquels quelques auteurs se sont fondés pour admettre la possibilité de la réduction définitive de la lentille cristalline ainsi émancipée, et de sa réintégration indéfinie.

A un âge plus avancé, cet accident est plus rare, parce qu'on observe beaucoup moins souvent cette dilution du corps vitré, qui semble être une condition nécessaire à l'accomplissement de ces déplacemens simultanés. Selon nous, ces exemples de déchatonnement du cristallin ne devraient pas rentrer dans la catégorie des luxations proprement dites; ce ne sont, à notre avis, que de simples procidences, ou mieux, de sim-

(1) Thèse sur la cataracte, 1836, par le docteur Compérat.

(2) *Voyage dans les États-Unis de l'Amérique du Nord*, par Simon.

---

pendant en rejeter aucune avant que l'expérience n'eût démontré son inefficacité. Pour juger en quelque sorte par lui-même de leur valeur, il fit meubler plusieurs chambres à la surintendance (1) qu'il habitait, pour recevoir tous les malades atteints de fistule qui voulaient se soumettre à ces différens moyens, et il les fit traiter en présence de Félix, par ceux qui se vantaient de les pouvoir guérir.

Tous ces essais durèrent un temps fort long, sans aboutir à aucun résultat.

Louvois et Félix rendaient compte à Louis XIV des tentatives inutiles qu'ils faisaient chaque jour pour trouver un remède qui pût lui éviter l'opération, sur laquelle le premier chirurgien insistait de plus en plus. Mais avant de s'y décider, le roi voulut encore avoir l'avis de Bessières, chirurgien en renom de Paris. Bessières examina le mal, puis Louis XIV lui ayant demandé ce qu'il en pensait, il lui répondit librement *que tous les remèdes du monde n'y feraient rien sans l'opération* (2). Le roi n'hésita plus, et l'opération fut décidée.

Mais quelle méthode devait-on employer?

Il y avait alors à Paris un nommé Lemoyne, qui s'était acquis une grande réputation pour la guérison des fistules. Voici ce qu'en dit Dionis : « Sa méthode consistait dans l'usage du caustique, c'est-à-dire qu'avec un onguent corrosif, dont il couvrait une petite tente qu'il fourrait dans l'ouverture de l'ulcère, il en consumait peu à peu la circonférence, ayant soin de grossir tous les jours la tente, de manière qu'à force d'agrandir la fistule, il en découvrait le fonds. S'il y avait de la callosité, il la rongeait avec son onguent qui lui servait aussi à ruiner les clapiers, et enfin, avec de la patience, il en guérissait beaucoup. Cet homme est mort vieux et riche, parce qu'il se faisait bien payer, en quoi il avait raison, car le public n'estime les choses qu'autant qu'elles coûtent. Ceux à qui le ciseau faisait horreur se mettaient entre ses mains, et comme le nombre des poltrons est fort grand, il ne manquait point de pratiques. »

(1) Dans le bâtiment en face de la bibliothèque de la ville.

(2) Dionis.

Ainsi, Lemoyne avait remis en honneur la cautérisation. — La ligature était le mode d'opérer le plus généralement suivi. Puis restait l'incision que Félix proposait au roi. Mais avant de se déterminer à suivre l'avis de son premier chirurgien, Louis XIV voulut qu'il lui expliquât la préférence qu'il donnait à cette méthode sur les autres. Félix fut alors obligé de décrire au roi les trois procédés; puis il lui fit remarquer, nous raconte Dionis, que le caustique fait une douleur continuelle pendant cinq ou six semaines qu'on est obligé de s'en servir; que la ligature ne coupe les chairs qu'après un long espace de temps, et qu'il ne faut pas manquer de la serrer tous les jours, ce qui ne se fait pas sans douleur; que l'incision cause à la vérité une douleur plus vive, mais qu'elle est de si peu de durée, qu'elle ne doit point alarmer une personne qui veut guérir sans crainte de retour; car outre qu'elle achève en une minute ce que les deux autres manières n'opèrent qu'en un mois, c'est que par celles-ci la guérison est douteuse et qu'elle est sûre par l'incision. — Ces raisons, appuyées par Daquin, Fagon et Bessières qui assistaient à la consultation, déterminèrent le roi, qui se décida pour l'incision.

C'était une grave résolution qu'avait prise Félix, car l'opération par l'instrument tranchant paraissait alors si terrible, que chacun tremblait de la subir, et qu'elle avait reçu le nom de *grande opération*.

Mais Félix n'était point un chirurgien ordinaire. Fils de François-Félix de Tassy, homme d'un grand talent, et aussi premier chirurgien du même prince, il fut l'élève de son père, qui, le destinant à le remplacer auprès du monarque, ne négligea aucun des moyens qui pouvaient le rendre digne d'occuper un emploi aussi important. Exerçant sa profession dans les hôpitaux civils, puis dans ceux des armées, il fut, fort jeune encore, compté parmi les plus habiles chirurgiens de son temps; ses confrères le nommèrent chef du collége de Saint-Côme, qui devint ensuite l'académie de chirurgie; puis il succéda à son père dans la charge de premier chirurgien du roi, en 1676.

Dès que Félix se fut assuré de la maladie du roi, il le rassura sur sa vie, et promit de le délivrer de son horrible incommodité. Ce grand chirurgien n'avait jamais fait l'opération qu'il méditait, mais il avait lu tout ce que les auteurs anciens avaient écrit sur la maladie dont le roi était attaqué. Il se traça alors un plan d'opération, et tandis que le temps s'écoulait en essais de remèdes qui n'avaient aucun résultat, Félix occupait le sien d'une manière profitable à ses desseins. Pendant plusieurs mois, tous les malades atteints de la maladie du roi, qui se trouvaient dans les hôpitaux de Paris ou à la Charité de Versailles, furent opérés par lui, et lorsque Louis XIV fut enfin décidé, il avait acquis l'expérience d'un chirurgien consommé dans cette partie de l'art opératoire.

Pour faire l'incision de la fistule, Galien avait inventé un instrument d'une forme particulière, auquel il avait donné le nom de syringotôme, du nom même de la fistule — (*Syrinx*, Flûte). C'était un bistouri en forme de croissant, à manche contourné, et dont la pointe était terminée par un stylet long, pointu et flexible. On introduisait la pointe dans l'ouverture extérieure de la fistule et on poussait le stylet jusque dans l'intestin; le doigt indicateur de la main gauche, placé dans le rectum, ramenait la pointe par l'anus, puis la lame du bistouri, poussée dans la fistule, achevait l'incision. Félix fit subir à l'instrument de Galien un notable changement. Il fit faire un simple bistouri courbe, à lame très étroite, terminée, comme le syringotome, par un stylet, mais en argent recuit, et long de plusieurs pouces. Le tranchant de la lame était recouvert d'une chape d'argent faite exprès pour être introduite dans la fistule, sans blesser les parties. Cet instrument ainsi disposé, on poussait le stylet dans la fistule et on le ramenait par le fondement; puis le bistouri étant entré après le stylet, on retirait doucement la chape qui enveloppait le tranchant, et tenant d'une main le bout du stylet, et de l'autre le manche du bistouri, en tirant à soi on tranchait tout d'un coup toute la fistule.

Cet instrument dont Félix se servit pour le roi, reçut depuis ce moment le nom de *bistouri à la royale*.

Ce fut le 18 novembre 1686 qu'eut lieu l'opération.

(*La fin à un prochain numéro*).

ples hernies du corps vitré à travers l'ouverture pupillaire; hernies auxquelles le cristallin n'a pas su opposer une digue assez solide, et dans lesquelles il s'est trouvé lui-même entraîné.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; le fait qui a donné lieu à ce travail en est une preuve convaincante, puisque, dans cette circonstance, malgré un ramollissement assez prononcé du corps vitré chez une personne d'un certain âge déjà, le cristallin, recouvert de sa capsule, s'est complètement déchatonné, et est venu *seul* occuper la chambre antérieure de l'œil.

Arrivons maintenant à la partie la plus essentielle de notre travail, à celle qui, peut-être, offrira quelque intérêt au lecteur, si tant est que ce faible essai mérite réellement de fixer tant soit peu sa bienveillante attention : je veux parler du traitement.

Mais, pour simplifier autant que possible notre tâche, et pour rendre plus clair ce qu'il nous reste à dire sur ce sujet, nous admettrons deux espèces de luxations, basées sur la distinction que nous avons établie plus haut, entre le prolapsus de l'appareil lenticulaire, avec entraînement du corps vitré, ou plutôt sur la procidence du corps vitré à travers la pupille, avec propulsion du cristallin, et la luxation de cet organe entièrement exempt de toute relation avec cette humeur transparente.

Dans le premier cas, il est évident que ce n'est point à la chirurgie militante qu'il faut s'adresser tout d'abord pour en faire justice; prenant en considération l'âge du sujet, les conditions de santé au milieu desquelles l'accident est survenu, et une foule de circonstances que tout chirurgien attentif saura facilement apprécier, et qu'il n'est pas nécessaire de développer ici, il est plus que probable que la réduction de l'organe déplacé (et cette réduction est assez facile, puisque quelquefois la position horizontale suffit pour qu'elle se fasse pour ainsi dire d'elle-même), la station sur le dos pendant un certain temps, une compression méthodique douce et continue sur l'organe affecté, et comme complément, un traitement tonique dont les amers et les ferrugineux formeront la base, et enfin un régime fortifiant, amèneront bientôt la consolidation de l'appareil lenticulaire dans sa situation normale.

Si, pourtant, et contre toute attente, on ne pouvait parvenir à opérer cette réduction si désirable, il serait rationnel, selon nous, de tenter la dépression par scléroticonyxis, sans attendre que des accidens ultérieurs se développent, qui rendraient peut-être plus tard cette opération impraticable. Il est bien entendu que nous raisonnons dans cette hypothèse que l'accident est survenu chez un enfant en bas-âge; car, dans le cas contraire, il ne faudrait pas compter beaucoup sur l'administration des moyens médicaux ci-dessus conseillés, mais bien en venir promptement à l'opération dont nous venons de parler.

Dans le second cas, c'est-à-dire celui dans lequel l'organe luxé est libre de tout accompagnement, c'est à la chirurgie seule qu'il faut en appeler pour en débarrasser la chambre antérieure.

Mais ici encore, une autre question se présente : par quelle voie et par quel moyen débarrassera-t-on cet espace de la présence insolite de l'appareil cristallinien?

Il est clair que l'âge du sujet devra encore être pris ici en grande considération, et qu'on ne devra pas agir chez un jeune sujet de la même façon que chez un sujet plus avancé en âge.

En effet, si c'est encore ici chez un enfant que l'accident est survenu, on devra s'abstenir de toute tentative opératoire ayant pour objet l'extraction du corps luxé, à l'aide d'une incision pratiquée à la cornée transparente; et cela, pour toutes les raisons qui sont ordinairement invoquées lorsqu'il s'agit de l'opération de la cataracte congéniale chez un très jeune sujet; raisons sur lesquelles nous ne croyons pas devoir nous apesantir, attendu qu'elles doivent être présentes à l'esprit de tout chirurgien ayant l'habitude de ce genre d'opération.

Dans cette circonstance spéciale on se bornera à faire franchir *à tergò* au cristallin, l'espace pupillaire et à le plonger dans l'éponge hyaloïdienne à l'aide de l'aiguille courbe de Scarpa, et cela le plus tôt possible, si on veut éviter au malade les souffrances qu'entraîne habituellement avec elle l'inflammation de partie ou de la totalité des tissus qui entrent dans l'organisation si compliquée du globe oculaire, et soustraire l'organe affecté aux chances plus ou moins inévitables de la perte ultérieure de sa précieuse fonction.

Que si, au contraire, on a affaire à une personne ayant l'âge de raison, et qu'aucun phénomène inflammatoire ne se soit encore développé; on aura le choix entre la scléroticonyxis et l'extraction. Nous avouons franchement que nous préférerions de beaucoup, dans ces circonstances, le second procédé au premier pour un grand nombre de raisons que nous nous abstiendrons d'énumérer ici, de peur de donner à cet opuscule une extension qui lui ferait dépasser les proportions d'un simple article de journal.

Cette extraction, à l'aide d'une incision pratiquée à la cornée transparente, aurait, entre autres avantages, celui de débarrasser plus promptement et plus sûrement l'organe compromis et de délivrer *illicò* le chirurgien et le patient de toute appréhension ultérieure.

Cette incision, pour toutes les raisons que la lecture attentive de l'intéressante observation sur laquelle nous avons basé ce travail a déjà dû faire comprendre surabondamment, devra être pratiquée, autant que possible, à la partie supérieure et externe de la cornée transparente, le malade étant placé dans la position horizontale.

Si, enfin, le chirurgien était appelé, alors que l'inflammation s'est déjà emparée de l'organe oculaire à un degré plus ou moins élevé; dans cette extrémité, le choix du moyen ne lui serait plus permis; l'extraction seule devrait être mise en pratique, car c'est uniquement sur elle que reposerait désormais le salut de l'œil compromis.

La conduite que nous avons tenue en présence des accidens formidables auxquels a été en proie l'œil de notre malade dans l'observation qui précède, est une preuve convaincante à l'appui de cette dernière assertion.

Nous bornerons là pour aujourd'hui les quelques réflexions pratiques qui ont surgi dans notre esprit, de l'étude et de la comparaison des divers élémens dont se compose la question si intéressante et si complexe de la luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil, laissant à d'autres le soin d'en agrandir le cercle, et de les compléter par des recherches ultérieures plus approfondies.

Le docteur COMPÉRAT.

THÉRAPEUTIQUE.

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES ET EMPLOI DU TANNATE DE QUININE DE M. BARRESWIL.

M. Barreswil a introduit depuis peu, dans la thérapeutique, un fébrifuge sinon complètement inconnu en chimie, du moins entièrement ignoré dans ses propriétés thérapeutiques et dans ses applications à la médecine pratique. Cet agent nouveau est le tannate de quinine. M. Barreswil a été excité dans ses recherches par une opinion fort explicite du grand chimiste Berzelius, opinion qui n'avait peut-être pas suffisamment frappé l'attention des thérapeutistes, et que nous croyons devoir reproduire ici comme indication du but véritable que M. Barreswil a voulu atteindre :

« En parlant des bases salifiables (quinine et cinchonine), j'ai dit que » d'après l'expérience que nous avons, nous pensons qu'elles constituent le principe actif de l'écorce du quinquina. Néanmoins, il paraît » assez vraisemblable que le tannin du quinquina contribue à cette action, et il est permis de supposer que le *tannate de quinine*, par » exemple, *serait plus actif que le sulfate et l'acétate de la même* » *base*. Ce qui m'a conduit à cette conjecture, c'est l'expérience avérée » d'après laquelle l'écorce de quinquina, dont l'infusion est précipitée » par l'infusion de noix de Galles, et qui contient les alcalis végétaux, » tandis qu'elle ne précipite ni la solution de colle, ni le tartrate antimonico-potassique, ce qui prouve qu'elle ne contient pas de tannin, » que ce quinquina, dis-je, est inefficace contre les fièvres intermittentes. Aussi, existe-t-il une loi en Suède, d'après laquelle toute écorce de » quinquina, importée dans le pays, doit être essayée par l'infusion de » noix de Galles et le tartrate antimonico-potassique; et il est avéré par » une expérience de plus de seize années, que l'écorce de quinquina la » plus efficace est celle qui précipite le plus fortement la solution de » gélatine et le sel antimonico, c'est-à-dire celle qui contient le plus de » tannin. » (Berz. *Trait. de chim.*, t. v, page 587, édit. franç. 1831.)

Frappé de cette sorte de prévision de l'illustre chimiste suédois, M. Barreswil a cherché à en vérifier l'exactitude. Il a préparé avec le soin et le talent qu'on lui connaît le tannate de quinine, et il a soumis ce sel à l'expérimentation thérapeutique. Les premiers essais tentés par M. le docteur Berthelot, praticien modeste et consciencieux, ont conduit à des résultats si satisfaisans, que M. Barreswil a voulu les faire connaître à l'Académie de médecine en lui demandant une expérimentation faite sur une plus grande échelle et officielle. L'Académie a nommé une commission composée de MM. Orfila, Bussy et Bouvier, à laquelle elle adjoignit ultérieurement MM. Lefèvre de Rochefort, Lambron de Levroux et Hullin de Mortagne, praticiens exerçant dans les pays marécageux, et où les propriétés du nouveau fébrifuge pouvaient être facilement constatées.

Les études et les recherches de cette commission ont duré pendant huit mois, et le 17 février dernier, M. Bouvier, organe de la commission, en communiqua les résultats à l'Académie.

L'UNION MÉDICALE a publié les conclusions de la commission (voyez n° 21, 1852). Ces conclusions, extrêmement favorables au nouveau fébrifuge, étaient basées sur 82 observations de fièvres intermittentes de tout type et de toute durée, de névralgies intermittentes et de quelques cas de rhumatisme articulaire aigu.

Après avoir lu ces 82 observations, il est impossible de ne pas reconnaître, avec la commission, que le tannate de quinine possède une action au moins égale à celle du sulfate de cette base.

Mais ce résultat ne produirait qu'une richesse stérile, si, à une égalité d'action au moins incontestable, le tannate de quinine ne possédait encore des avantages que nous devons signaler.

Le premier et le plus important de tous, c'est qu'il coûte moins cher que le sulfate de quinine; et déjà, à ce point de vue, il mérite tout l'intérêt de nos confrères ruraux, pour lesquels la prescription du précieux fébrifuge est si souvent le sujet de douloureux embarras.

Un second avantage du tannate sur le sulfate de quinine, c'est son degré infiniment moindre d'amertume qui en facilite l'administration aux enfans et aux personnes délicates.

Un troisième avantage, également signalé par la commission, consiste dans l'absence de toute action irritative sur le tube digestif des malades, résultat qui contre-indique si souvent l'administration du sulfate de quinine.

La commission a expérimenté le tannate de quinine comparativement avec le sulfate; les quantités employées dans chaque cas, ont été celles que l'on aurait prescrites si l'on s'était servi du sulfate de quinine.

Généralement, pour couper une fièvre tierce ou quarte, il a fallu au plus 3 grammes; pour une fièvre quotidienne, 2 grammes, donnés par dose de 25 centigrammes à 1 gramme.

Mais le tannate de quinine n'est pas seulement un fébrifuge puissant; la commission a constaté qu'il jouit d'une action tonique des plus énergiques, tout à fait comparable, si ce n'est supérieure, à celle du quinquina. A la dose de 20 centigrammes par jour, le tannate de quinine est un reconfortant des plus précieux, dont l'usage ne tardera pas à se généraliser en médecine pratique.

Telles sont les garanties sur lesquelles s'appuie M. Barreswil pour recommander le tannate de quinine à la confiance et à l'attention des praticiens. Les expériences nombreuses faites par la commission de l'Académie de médecine, celles des médecins des contrées où la fièvre intermittente exerce les plus grands ravages, ne laissent aucun doute sur les propriétés fébrifuges du tannate de quinine. Les essais pour vérifier les propriétés toniques de ce sel ont été suivis des plus heureux résultats. Pour faciliter l'administration de ce nouvel agent thérapeutique, et afin de remplir la double indication de ses propriétés, M. Barreswil a eu l'heureuse idée de faire préparer des *pilules* et des *pastilles* de tannate de quinine, les premières comme fébrifuges, les secondes comme toniques. Les précautions qu'il a prises contre la fraude et l'adultération que l'on pourrait exercer sur ce produit, donnent aux praticiens la garantie d'un médicament toujours bien préparé et toujours identique à lui-même.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Juillet.

Quelques remarques sur la substitution des huiles végétales et animales, et en particulier de l'huile iodée à l'huile de foie de morue, dans le traitement de la phthisie pulmonaire; un mot sur la valeur de l'huile de pied de bœuf.

Cet article a pour but de s'élever contre cette tendance fâcheuse de notre époque, et dont les inconvéniens se font surtout sentir en thérapeutique, qui consiste, en présence d'un médicament donné, suffisamment connu et éprouvé, à rechercher quel est, des nombreux élémens qui le composent, celui auquel il doit son activité, pour le substituer immédiatement au médicament primitif. Il est cependant établi que même pour les médicamens dont le principe actif a été le mieux démontré et le mieux isolé, on ne remplace pas indifféremment le médicament tel que la nature nous le donne, par celui que l'art nous fournit. A plus forte raison ne doit-on en accepter qu'avec grande réserve cette intronisation d'agens normaux et non encore éprouvés, lorsque la substitution que l'on propose ne s'appuie que sur des idées chimériques assez vagues, sur des analyses chimiques incomplètes ou peu concluantes.

Appliquant les données qui précèdent à la substitution des huiles végétales et animales, et en particulier de l'huile iodée, à l'huile de foie de morue; substitution que l'on a voulu établir, tantôt parce qu'on supposait que cette huile agissait comme huile, par les principes gras qu'elle contient, par les élémens carbonnés qu'elle fournit à la respiration; tantôt parce qu'on a attribué une partie de son action à la présence de la petite quantité d'iode ou de phosphore qu'elle contient; l'auteur de cet article s'étonne que l'on propose en ce moment des médicamens nouveaux, pour remplacer l'huile de foie de morue, dans la phthisie pulmonaire, par exemple, lorsque des médecins, les plus élevés par leur position et par leurs talens, conservent encore des doutes sur son efficacité dans cette maladie, lorsqu'il reste encore tant à faire pour fixer les indications et les contre-indications de son emploi, lorsqu'il est encore si difficile de comprendre pourquoi elle échoue dans certains cas, tandis qu'elle réussit dans d'autres, semblables en apparence.

Relativement à l'huile iodée, que l'on a déclarée être supérieure à l'huile de foie de morue, à cause de la présence de l'iode, qui s'y trouve parfaitement combiné et à dose connue, l'auteur de l'article se demande si, en présence d'une quantité aussi faible d'iode et de phosphore, qui ne va pas à plus de quatre dix-millièmes, et qui est plus faible même dans les huiles les plus pures, on peut bien affirmer que l'huile de foie de morue doit son activité à la présence de l'un ou de l'autre de ces métalloïdes. L'huile iodée ne se recommande pas par son goût agréable; elle n'est pas mieux supportée que l'huile de foie de morue; au contraire, comme toutes les préparations iodiques, elle ne tarde pas à déterminer des agacemens de l'estomac; et si l'on persévère, des nausées, même des vomissemens. Son prix n'est pas moins élevé que celui de l'huile de foie de morue. Quant aux expériences que l'on dit si favorables, l'auteur de l'article déclare qu'elles n'ont été ni suffisamment nombreuses, ni suffisamment probantes; M. Champouillon, qui a employé l'iodure de fer ou l'huile iodée, chez 84 malades atteints de tuberculisations pulmonaires, à toutes les périodes, non seulement n'a observé aucune amélioration qui pût être attribuée à ces deux agens, mais en revanche il a souvent constaté que ces médicamens, administrés même avec circonspection, excitent la toux et une salivation désagréable, irritent les organes digestifs, et provoquent soit le vomissement soit la diarrhée. C'est donc une prétention insoutenable, dit avec M. Champouillon l'auteur de cet article, que de vouloir remplacer dans le traitement de la phthisie, l'huile de foie de morue par l'huile iodée; jusqu'à preuve du contraire, nous devons regarder l'huile de foie de morue comme devant ses propriétés, non pas à un principe, mais à l'ensemble des principes qui la constituent.

Cet article renferme en outre le résumé de quelques recherches entreprises par M. Thompson, sur l'emploi des huiles végétales et animales dans la phthisie pulmonaire.

Les huiles végétales n'ont jamais répondu à son attente; après avoir administré à un grand nombre de phthisiques, l'huile d'olives et l'huile d'amandes douces, il a été obligé d'y renoncer: l'huile d'olives déterminait souvent des nausées, et cet inconvénient n'a pas été racheté par une augmentation marquée de l'embonpoint, non plus que par une modification quelconque favorable dans les symptômes. Mieux supportée par l'estomac, l'huile d'amandes douces n'a pas eu plus d'effet sur la marche de la phthisie. Il en a été de même lorsque cette huile a été additionnée d'une certaine quantité d'iode ou d'un peu de bile de bœuf. L'addition d'une petite quantité de phosphore à l'huile d'amandes douces, 5 centigrammes pour 500 grammes, a paru un peu plus favorable; et dans un cas dans lequel l'huile de foie de morue avait échoué, un malade a vu son pouls se ralentir, et son embonpoint augmenter; mais

cette amélioration n'a été que temporaire; de sorte que, même en admettant que le phosphore puisse avoir une certaine utilité dans le traitement de la phthisie, il reste véritablement à en préciser les indications.

Relativement aux huiles animales, M. Thompson est arrivé aux conclusions suivantes : 1° il n'y a d'autre différence entre les diverses variétés de l'huile de poisson et l'huile de foie de morue que dans leur goût plus ou moins agréable et la facilité plus ou moins grande avec laquelle elles sont supportées par l'estomac : leur action thérapeuthique est la même. 2° L'huile de pied de bœuf, malgré la composition analogue, et bien qu'elle modifie probablement le sang de la même manière n'est pas cependant tout-à-fait semblable à l'huile de foie de morue, au moins pour son aptitude thérapeutique; elle paraît être assimilée plus facilement par certains estomacs, et doit donc être considérée plutôt comme un succédané que comme un équivalent de cette huile. 3° Toutes les fois que l'huile de foie de morue a échoué, il est très probable que l'huile de baleine sera aussi sans résultats; mais l'insuccès de l'huile de foie de morue n'est pas une preuve que l'huile de pied de bœuf échouera à son tour. Le prix peu élevé de cette huile permettrait d'ailleurs de l'employer largement à l'extérieur (cette dernière particularité, ajoute l'auteur de l'article, n'est pas aussi vraie en France qu'en Angleterre; par suite de la consommation moindre de la race bovine dans notre pays). 4° Enfin ces deux huiles peuvent être avantageusement substituées l'une à l'autre; et bien que dans le plus grand nombre de cas, l'huile de foie de morue soit plus certaine dans ses effets, il n'en est pas moins vrai que l'huile de pied de bœuf est susceptible de fournir une addition utile à nos ressources thérapeutiques, principalement dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Nouvelle application des serres-fines au traitement de l'entropion aigu; par M. Goyrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

Ces petites pinces, inventées par M. Vidal (Cassis), dit M. Goyrand, réussissent à merveille dans le traitement de l'entropion aigu, et remplacent avec grand avantage l'excision de la languette de la peau. J'ai déjà fait deux fois l'application des serres-fines à ce cas, et avec un succès complet. Il suffit de soulever avec deux serres-fines la portion de peau dont on fait ordinairement l'excision. Quand la peau est ainsi pincée pendant six ou huit jours, la paupière n'a plus de tendance à se renverser en dedans. Pour que ces petits instrumens n'altèrent pas la peau, il faut les changer de place toutes les trente-six ou quarante-huit heures, et les réappliquer très près de l'endroit d'où on les a enlevés. Quand, après six ou huit jours, on enlève définitivement les serres-fines, la peau et le tissu cellulaire de la paupière sont légèrement tuméfiés, mais cette tuméfaction disparaît bien vite.

Rétrécissement du larynx, d'origine présumée vénérienne, spasme de la glotte et asphyxie imminente, heureux emploi du chloroforme; observation par M. le docteur Saucerotte père, médecin en chef de l'hôpital de Lunéville.

Ainsi que l'indique le titre de cette observation, M. Saucerotte fut appelé le 14 avril dernier, pour une jeune femme de 29 ans, affectée d'un rétrécissement du larynx, chez laquelle un violent spasme de la glotte s'était développé avec une intensité telle, qu'il pouvait faire craindre l'asphyxie. Les sinapismes, une potion avec vingt gouttes d'ammoniaque, les affusions froides sur la tête, la cautérisation du voile du palais, échouèrent complètement, tandis que 2 grammes de chloroforme versés sur une compresse, ralentirent la respiration en quelques minutes, suspendirent les râles laryngés, et produisirent un sommeil paisible, d'où la malade sortait au bout d'une heure, débarrassée de sa dyspnée, et ne faisait plus entendre d'autre bruit que celui qui lui est habituel, et qui indique le passage de l'air à travers la glotte rétrécie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Caffe.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.

M. Caffe, en rendant compte à la Société des travaux de la Société médicale de Chambéry, cite un grand nombre de faits intéressans desquels nous extrayons les suivans que nous résumons sommairement.

Observation très curieuse d'hypertrophie de la langue.

Marie Orseille, âgée de 14 ans, vint réclamer les secours de M. Rey, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, contre un développement excessif de la langue. Cet organe avait acquis cinq fois son volume ordinaire. Il écartait les mâchoires en faisant saillie au-dehors de 10 centimètres en longueur et de 7 en largeur. L'extrémité antérieure avait le plus grand développement, étranglée qu'elle était par la pression continue des arcades dentaires et dépassant le menton de 4 centimètres. La face antérieure de cette tumeur était converte de granulations dont quelques-unes étaient plus volumineuses qu'une lentille. Le contact de l'air et le frottement d'un sac de toile dans lequel la malade renfermait cette hypertrophie extraordinaire, avaient mis à nu le corps muqueux enflammé et excorié; un large sillon divisait dans toute la longueur les deux moitiés symétriques de la langue. La face inférieure, exempte de granulations, était restée revêtue de sa membrane muqueuse saine; à sa partie moyenne, on voyait le frein de la langue fortement tiraillé par le poids énorme de la tumeur; il était engagé entre les deux dents incisives de la mâchoire inférieure qui s'écartaient ainsi l'une de l'autre de plus d'un centimètre de chaque côté du frein; les dents correspondantes avaient creusé deux ulcères pour s'y loger, et toutes les dents de la mâchoire inférieure, à l'exception des grosses molaires, étaient inclinées d'arrière en avant et de bas en haut. La malade ne pouvait plus prononcer que quelques paroles; la déglutition, très difficile, s'effectuait encore. M. Rey, pour remplir la seule indication, la résection, fixa la langue avec des pinces garnies de linge. Un bistouri à lame droite fut plongé dans la région moyenne, à deux centimètres et demi au-delà du point correspondant aux arcades dentaires. Alors, saisissant la langue à sa pointe par la main gauche et l'attirant à lui, l'opérateur ramena obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors le bistouri qui avait traversé l'organe de part en part, et fit un lambeau à gauche de deux centimètres de longueur. M. Rey allait procéder de la même manière du côté droit, lorsque la langue échappa à la pince qui la fixait de ce côté, la symétrie qui devait exister entre les deux incisions fut détruite, ce qui fit que le lambeau droit resta plus court que le gauche, et ne permit plus la réunion immédiate projetée. Les artères ranines furent liées, les ciseaux retranchèrent ce que le lambeau du côté gauche avait d'excédent sur celui de droite; trois semaines après, la guérison était complète, les lambeaux rapprochés n'eurent rien de très difforme; les dents, délivrées du poids qu'elles supportaient se redressèrent, et les arcades dentaires se correspondirent de nouveau. La jeune Marie a même récupéré la netteté de la prononciation.

Mort à la suite d'une piqûre d'abeille.

Un enfant de 6 ans, très impressionnable, avait été piqué à différentes époques par des abeilles, sans qu'il en fût résulté de graves accidens, lorsque, le 22 avril 1845, l'enfant étant à jouer près de l'abeiller de son père, est piqué à la tempe gauche par une seule abeille. La douleur est très vive, elle arrache des cris aigus à l'enfant; son père, qui se trouvait dans le voisinage, accourt et croit arracher l'aiguillon de la plaie, il voit aussitôt le corps de son enfant se couvrir de sueur, son visage pâlir, ses traits s'altérer, les lèvres devenir livides, les jambes chanceler; la sueur augmente et devient froide. L'enfant évanoui est porté sur un lit. Toutes les ressources sont employées par un médecin présent, contre l'asphyxie et la syncope; la tympanite gagne l'abdomen. Une demi-heure s'écoule à peine entre la piqûre et la cessation complète de la vie. L'autopsie est pratiquée quarante-huit heures après la mort; la peau est trouvée d'une pâleur très grande, la face est bouffie, l'abdomen ballonné, rigidité très prononcée. La piqûre unique est entourée d'une auréole rosée de trois millimètres de diamètre, sans élevure; un point noir indique la plaie et la présence de l'extrémité du dard, dont une partie seulement avait été arrachée; une dissection attentive, exécutée par M. Dagand fils, constate que l'épaisseur de la peau n'a pas été traversée et que les tissus sous-jacens sont sains. Les sinus cérébraux et toutes les membranes encéphaliques regorgent de sang noir et fluide; les ventricules contiennent deux cuillerées à café de sérosité roussâtre. Le cerveau, à sa surface et dans son tissu, est exempt d'épanchement sanguin. Le cœur volumineux, sans flaccidité, ainsi que tous les vaisseaux thoraciques, renferme une grande quantité de sang noir d'une très grande fluidité.

Il ne peut s'élever aucun doute sur la cause de la mort qui est due à une piqûre unique d'abeille, mais il peut y avoir divergence sur la manière dont cette cause a dû agir. Un filet nerveux a-t-il été piqué, et le tétanos en est-il résulté, ou bien une intoxication virulente, portée par le dard de l'abeille a-t-elle déterminé la mort? Cette dernière opinion est la plus probable; entre autres raisons, le tétanos n'est que très rarement aussi promptement fatal.

De l'emploi de l'aconit dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

On n'a pas oublié la longue et savante discussion de l'Académie nationale de médecine, sur la nature du rhumatisme et sur son traitement. On a successivement préconisé dans cette discussion les saignées employées suivant les diverses méthodes, l'azotate de potasse, l'opium, le tartre stibié, le colchique, le sulfate de quinine à doses élevées, etc.... Mais on n'a pas fait mention de l'aconit, dont l'extrait alcoolique est conseillé depuis nombre d'années par M. le docteur Borson, un des médecins de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, comme un spécifique qu'il a très souvent en l'occasion d'employer, et toujours avec un succès qui ne se fait pas attendre plus de quinze jours, sous la condition que ce médicament soit employé dès le début, et n'ait pas été précédé par une autre médication. On sait que la durée moyenne du rhumatisme articulaire est de quarante jours.

M. le docteur Carret, secrétaire général de la Société de médecine de Chambéry, rédacteur correct et élégant de ses comptes-rendus, médecin instruit, rapporte une observation de rhumatisme articulaire aigu, recueillie chez son frère, pharmacien chimiste, qui fit usage de l'extrait spiritueux d'aconit, jusqu'à la dose de 14 grammes en deux mois, la maladie s'étant prolongée pendant ce laps de temps insolite par une circonstance remarquable.

La guérison de ce rhumatisme articulaire aigu général sembla trois fois obtenue avec disparition de la fièvre, de la douleur, trois fois l'affection se montra de nouveau, pour ne cesser entièrement qu'après deux mois. Le docteur Carret, étonné de ces rechutes successives, après des recherches minutieuses, ne put en soupçonner la cause, que dans une circonstance toute fortuite, qui avait fait qu'à chaque période de convalescence, l'aliment choisi avait été des asperges. Chaque fois, il s'en était suivi un refroidissement de la peau, une augmentation des urines, et le retour des douleurs. Ce fait unique ne pouvait fixer aucune conviction, lorsque les mêmes circonstances se présentèrent chez une dame souffrant de la même maladie, et usant de la même nourriture. Ne serait-ce pas une preuve que les sueurs constituent la crise du rhumatisme et que les puissans diaphorétiques des anciens médecins remplissent le mieux ce but, tandis que tout ce qui est antagoniste à cette action serait nuisible?

Pour une maladie aussi commune, aussi douloureuse que le rhumatisme articulaire aigu, il est intéressant de connaître les formules précises et les opinions de M. le docteur Dorson. Le médicament qu'il considère presque comme spécifique est l'extrait spiritueux d'aconit napel, en pilules d'un grain, données à la dose d'une, deux ou trois fois par jour, suivies immédiatement d'une tasse d'infusion légère de fleurs de tilleul, chaude et sucrée.

Une sueur abondante s'établit bientôt; la fétidité spéciale annonce le soulagement et la guérison prochaine. A mesure que la maladie cède, et que le malade le désire, l'on donne quelques tasses de bouillon, puis de légers potages, et progressivement on revient au régime habituel. La constipation presque constante dans les premiers jours est même un avantage, en ce sens qu'elle dispense d'exposer le malade à l'air libre; on peut en dire autant de l'immobilité à laquelle les douleurs le condamnent souvent.

De l'emploi des capsules de chloroforme contre les gastralgies.

Dans une des précédentes séances de la Société, à l'occasion du dépôt fait sur le bureau, par M. Caffe, de capsules composées d'éther et de chloroforme, adressées par le docteur Clairtan de Dijon, qui assurait en avoir retiré de très bons résultats contre les affections douloureuses de l'estomac et des intestins, on avait longuement discuté sur les avantages et les inconvéniens de l'administration de médicamens très actifs sous forme concentrée. L'opinion qui avait réuni la majorité était celle qu'il est préférable de donner ces médicamens dans un grand état de division.

M. Caffe, qui avait soutenu l'idée de l'innocuité de l'emploi de l'éther et du chloroforme purs, rend compte de tentatives heureuses faites par un membre de la Société médicale de Chambéry, pour capsuler l'éther et le chloroforme; il ajoute que ce confrère a tiré un grand parti de ces capsules contre les névropathies gastro-intestinales, et qu'une goutte de chloroforme, ainsi confiée à l'estomac, a quelquefois stupéfié à l'instant des douleurs très violentes.

A la suite de cette communication, M. Forget rappelle la discussion récente de la Société; il est fâché de ne pas voir M. Caffe répondre par des faits complets et authentiques aux objections qui lui ont déjà été adressées. Il trouve, qu'en l'absence du critérium de la pratique, il est peut-être prématuré de donner à cette méthode une approbation aussi formelle que M. Caffe semble disposé à le faire. Il rappelle en outre les craintes exprimées par M. Gillette sur l'action topique du chloroforme; craintes tirées de l'observation de ce qui se passe au contact du chloroforme avec le tégument externe.

M. Caffe répond que l'auteur, sinon l'inventeur original des capsules dont il s'agit, assure en avoir obtenu de bons effets; toutefois, il reconnaît que les observations ne sont encore ni assez nombreuses, ni assez complètes; il paraît néanmoins qu'il n'est jamais survenu aucun accident à la suite de ce mode d'administration, soit du chloroforme, soit de l'éther. D'ailleurs, pour la prévenir, immédiatement après l'ingestion des capsules, l'auteur fait boire un ou deux verres de tisane ou d'eau sucrée.

M. Forget fait observer que, par cette précaution, on place le médicament dans la même condition que lorsqu'il est donné dans une potion; dès lors il ne voit pas pourquoi changer cette forme.

Le grand avantage inhérent à la capsulation, répond M. Caffe, c'est qu'on ne perd rien par l'évaporation et que l'on est parfaitement certain de la dose administrée, ce qui ne peut jamais être si l'on suit un autre procédé.

De l'interdiction des annonces.

M. Caffe termine sa revue en faisant connaître à la Société les mesures de police prises chez nos voisins contre les procédés si variés du charlatanisme.

La police médicale, qui se confond avec raison avec la salubrité publique, est confiée par le gouvernement à un proto-médecin chargé de connaître et d'instruire sur tout ce qui touche de près ou de loin à l'exercice légal de la profession. Les annonces, les affiches médicales et pharmaceutiques sont sévèrement interdites et frappées des mêmes peines que le sont les auteurs des dépôts d'immondices sur la voie publique. Ces mesures sont motivées surtout sur ce que les annonces d'un médicament, même très bon, très utile, ne s'adressent pas à des hommes compétens pour apprécier si ce médicament leur est ou non salutaire, et que de là résulte leur presque constante nocuité.

Cette prohibition par ordre de police, appliquée rigoureusement à toute annonce médicale et pharmaceutique, n'est pas exclusive à la Savoie. A Lyon, cette seconde capitale de la France, le maire, tuteur-né de ses administrés, vient de remettre en vigueur depuis quelques mois seulement, un ancien arrêté qui proscrit dans toute l'étendue du ressort de son administration la publicité de l'affichage de toute espèce de substances médicamenteuses et de traitemens.

Combien s'écoulera-t-il encore de temps, s'écrie M. Caffe en terminant, avant que nous voyons exécuter dans toute la France ces obligations de morale, conformes au bonheur et à l'humanité? On l'a répété souvent, ce ne sont pas les lois et les réglemens qui font défaut, mais bien leur diligente et loyale application.

M. Larrey exprime le désir de fixer un instant l'attention de la Société sur les dernières remarques de M. Caffe. Il le félicite d'avoir rappelé que des mesures analogues à celles qu'un état voisin a si soigneusement adoptées, sont suivies dans la ville de Lyon. Il désirerait qu'il en fût pris de semblables, et d'une manière générale, par l'autorité. Il pense qu'en ce moment elle serait peut-être plus que jamais disposée à accueillir les plaintes et les justes réclamations du corps médical; par ces raisons, M. Larrey propose à la Société de prendre l'initiative auprès du pouvoir; si ses efforts, comme il l'espère, étaient suivis de succès, elle aurait rendu un grand service à l'humanité et à la profession médicale.

M. Fournet appuie les vues de son collègue; comme lui, il engage la Société à s'occuper de la question qu'il a soulevée.

M. Forget émet la proposition de nommer une commission qui étudiera la question sous toutes ses faces, et qui mettra ainsi la Société en mesure de se prononcer en connaissance de cause.

Cette proposition est adoptée. Trois membres sont nommés pour composer cette commission; ce sont MM. Caffe, Larrey et Fournet.

M. Larrey fait un rapport sur la candidature de M. le docteur Bonnafont, chirurgien-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, membre correspondant de l'Académie de médecine. Dans ce travail, M. Larrey analyse les principales publications de M. Bonnafont, notamment sa *Géographie médicale d'Alger et de ses environs*, un mémoire sur la *Transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête*, un autre sur les *Polypes de l'oreille*; il fait ressortir la partie originale de ces recherches. Ces divers ouvrages ont reçu la consécration de la publicité, aussi nous abstiendrons-nous d'en reproduire l'analyse.

Sur les conclusions du rapporteur, M. Bonnafont est nommé membre titulaire.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Par un décret en date du 12 août, une École préparatoire de médecine et de pharmacie est instituée dans la ville de Lille.

Un arrêté du ministre de l'instruction publique nomme les professeurs de cette École. En voici les noms :

Professeurs titulaires :

Chimie et pharmacie : M. Garreau, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Lille;

Histoire naturelle médicale et matière médicale : M. Brigandat, médecin de l'hôpital Saint-Sauveur, membre du jury médical du département du Nord;

Anatomie et physiologie : M. Fabre, médecin ordinaire de 2e classe, ex-professeur à l'hôpital militaire de Lille;

Clinique interne : M. Cazeneuve, ancien professeur et médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille;

Clinique externe : M. Parise, ancien professeur à l'hôpital militaire de Lille;

Accouchemens, maladies des femmes et des enfans : M. Lestiboudois (Jean-Baptiste), chirurgien à l'hôpital général de Lille.

Professeurs adjoints :

Pathologie interne : M. Binant, d.-m.;

Pathologie externe : M. Moresson, d.-m.

Directeur de l'École : M. Cazeneuve, professeur de clinique interne.

Chef des travaux anatomiques : M. Chrestien, d.-m.

Prix d'Argenteuil. — On annonce que le prix d'Argenteuil a été décerné tout entier, dans le comité secret qui a suivi la séance dernière de l'Académie de médecine, à M. le docteur Reybard, de Lyon. La valeur de ce prix s'élève aujourd'hui à la somme de 12,000 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 104. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 31 Août 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............... 32 Fr.

6 Mois............. 17

3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi . Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 AOUT 1852.

L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE LILLE.

La création d'une École préparatoire de médecine et de pharmacie à Lille est un acte du gouvernement dont l'appréciation nous est interdite par la loi. La critique n'étant pas libre pour nous, nos éloges ne pourraient avoir aucun mérite. Nous nous abstenons donc. Mais il ne peut nous être interdit d'appeler l'attention la plus sérieuse du pouvoir sur les dangers que présenterait la multiplication des Écoles préparatoires, dont le nombre, déjà trop considérable, suffit, et au-delà, à tous les besoins réels. Il est inutile, il peut être dangereux d'élargir les portes d'entrée d'une carrière déjà encombrée. Dans toute institution nouvelle, relative à l'organisation médicale, on doit se préoccuper, avant tout, de ce résultat. Faire des médecins en plus grand nombre qu'aujourd'hui, n'est pas le but vers lequel on doive tendre, mais plutôt à les répartir plus également et plus utilement pour eux et pour les populations sur la surface du territoire. Créer de nouveaux centres d'instruction médicale, n'est pas ce qui presse le plus; ce qui est urgent, c'est d'assurer des secours médicaux aux populations rurales en grand nombre qui en sont privées, et d'utiliser à leur profit un personnel médical exubérant et stérile dans les villes. Fortifier, élever et compléter l'enseignement dans les institutions existantes, seraient des mesures qui ne pourraient être que bien accueillies, car elles répondraient à des besoins sentis. Il s'agit moins de faire des institutions nouvelles que d'améliorer celles que nous possédons. Pour attirer les élèves dans les Écoles préparatoires, il faudrait leur donner des droits qu'elles ne possèdent pas, et pour leur accorder ces droits, il faudrait les transformer. Nous ne voulons pas dire aujourd'hui toute notre pensée sur ce sujet important, que les préoccupations générales actuelles ne rendent pas opportun. Nous désirons seulement que les Écoles préparatoires de médecine ne voient pas en nous un adversaire; nous leur souhaitons, au contraire, des destinées auxquelles elles ne peuvent prétendre dans leur état présent. Dans les principales de ces Écoles, nous voyons le germe d'institutions précieuses dont il faudra bien hâter le développement, si l'on veut logiquement arriver à toutes les conséquences d'une décentralisation raisonnable et utile.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

ANTÉFLEXION.

§ Ier. *Définition.* — L'antéflexion est une forme de déviation dans laquelle le corps de l'utérus s'incline en avant, tandis que le col, au lieu de suivre ce mouvement, en se portant en arrière comme dans l'antéversion, conserve sa direction normale ou se dirige lui-même en avant. D'où il résulte que le corps et le col sont pliés l'un sur l'autre, et forment un angle à sinus antérieur.

§ II. *Étiologie; âge.* — Dans les 11 cas dont je possède les observations, l'âge a varié entre 17 et 42 ans, et a été, en moyenne, de 26 ans moins une fraction; mais le début a eu lieu entre 16 et 30 ans, ou en moyenne 21 ans moins une fraction; et vous voyez encore ici que l'âge critique ne peut, dans aucun cas, être rangé dans les causes de la déviation, puisqu'une seule malade avait 42 ans au moment où nous l'avons vue pour la première fois, et en était atteinte depuis douze ans.

Constitution; tempérament. — La constitution, à peu près dans les mêmes proportions que pour l'antéversion, a été quatre fois primitivement forte, quatre fois ordinaire et deux fois faible. J'en dirai autant du tempérament qui était lymphatique chez quatre femmes, dont une avait eu des abcès au cou; lymphatique nerveux chez une seule; nerveux chez deux, et sanguin chez quatre.

Leucorrhée; menstruation; chlorose. — Il n'y a eu que trois fois de la leucorrhée antérieure à la production de la déviation. La menstruation n'avait été irrégulière que dans 2 cas, une malade ayant une dysménorrhée habituelle, l'autre ayant eu une suppression momentanée des règles qui avaient depuis longtemps repris leur cours régulier, quand l'antéflexion s'est produite. Deux de ces femmes avaient eu de la chlorose.

Hygiène; affections morales. — En général, leur hygiène avait été bonne. Quant aux chagrins, aux affections morales et aux excès de tout genre, je n'ai jamais pu obtenir que des renseignemens fort insuffisans à ce sujet.

Accouchement; avortement. — Deux des malades atteintes d'antéflexion avaient eu un seul accouchement à terme, sans nouvelles grossesses depuis; une, ayant eu deux accouchemens, avait commencé à souffrir après le premier, et les accidens avaient considérablement augmenté au second; une autre a eu un accouchement à terme, puis a fait une fausse couche; une, ayant eu tous les signes rationnels d'une fausse couche, a rendu un caillot enveloppé d'une membrane informe sans apparence de fœtus, constituant, en un mot, ce que les anciens accoucheurs appelaient une môle. (Obs. VII.)

Une autre s'est trouvée à peu près dans le même cas; elle a rendu des caillots qui n'ont pas été examinés avec assez de soin pour que l'on sache positivement s'ils contenaient un fœtus, de sorte qu'on peut se demander si elle a fait on non une fausse-couche. Enfin, une dernière en a fait réellement une à trois mois, et quatre ne sont jamais devenues enceintes.

Nous ne trouvons pas ici, comme dans l'antéversion, des cas nombreux de femmes ayant eu un seul enfant, et chez lesquelles la conception n'a pas pu avoir lieu depuis; mais nous ne voyons pas moins que la parturition n'est pas régulière, puisque sur 11 femmes nous en trouvons 7 qui, bien constituées, et sans que rien nous explique cette stérilité, ou n'ont pas eu de grossesse, ou n'ont pas pu la mener à terme, et une autre qui a eu une fausse-couche après un premier accouchement à terme. Evidemment, il y a là une influence fâcheuse de l'antéflexion sur la parturition.

Quant à l'influence de l'accouchement ou de l'avortement sur la production de la maladie, elle a été réelle 6 fois sur 7, puisque les symptômes ont apparu très peu de temps après la délivrance; dans le septième cas, le début n'a pas pu être précisé avec assez de rigueur.

Toutes ont gardé le lit plus de neuf jours après l'accouchement ou l'avortement; une seule s'est levée au bout de six jours et a quitté la chambre le dixième jour.

Il suffit de ce simple énoncé pour montrer que, sous le rapport de ces causes, les choses se sont passées à peu près comme dans l'antéversion simple.

Chutes, efforts violens, etc. — Deux de nos malades ont fait des chutes qui ont précédé de peu de temps l'apparition des

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15 et 31 Juillet

Feuilleton.

RÉCIT DE LA GRANDE OPÉRATION FAITE AU ROI LOUIS XIV, EN 1686,

Lu à la Société des sciences naturelles de Versailles, section de médecine,

Par J.-A. LE ROI, président de la Société (1).

Qu'on me pardonne les détails, peut-être un peu minutieux, dans lesquels je vais entrer; mais, outre qu'il s'agit d'une opération qui, par son retentissement et son succès, changea toutes les idées reçues à cette époque, il s'agit encore d'un fait historique que comme Versaillais, nous aimons à suivre *sur place* dans ses plus petits incidens.

Le roi était à Fontainebleau lorsque l'opération fut arrêtée. Afin de s'y préparer, et en même temps pour ôter tout soupçon de ce qui allait se passer, deux médecines lui furent administrées dans ce séjour. Arrivé à Versailles le vendredi 15 novembre, rien ne décéla en lui la grave détermination qu'il avait prise. Le dimanche 17, veille de l'opération, il monta à cheval, alla visiter ses jardins, ses réservoirs et les nombreux travaux qui étaient en cours d'exécution, et parut fort tranquille et fort gai pendant tout le cours de la promenade (2).

La chambre à coucher de Louis XIV, dans laquelle il fut opéré, n'était point celle connue aujourd'hui sous ce nom: elle était située dans la pièce qui précède celle-ci, et qui porte actuellement le nom si célèbre de salon de l'Œil-de-Bœuf. Ce salon de l'Œil-de-Bœuf était alors coupé en deux: la pièce la plus rapprochée de la chambre à coucher actuelle était la chambre du roi, et l'autre pièce était un cabinet qui, à cause des tableaux du Bassan qui l'ornaient, portait le nom de cabinet des Bassans.

Le lundi 18 novembre, de grand matin, tout se préparait dans le cabinet des Bassans pour *la grande opération*. Vers cinq heures, les apothicaires entrèrent chez le roi et lui administrèrent le lavement préparatoire. Un peu avant sept heures, Louvois alla prendre chez elle Madame de Maintenon; ils entrèrent ensemble chez le roi, auprès duquel se trouvait déjà le Père de la Chaise, son confesseur. Félix, Daquin, premier médecin du roi, Fagon, qui le devint quelques années après, Bessières, les quatre apothicaires du roi, et Leraye, *élève* de Félix, mais que l'on appelait alors son *garçon*, étaient réunis dans le cabinet des Bassans pour préparer tout ce qui devait servir à l'opération.

A sept heures ils entrèrent dans la chambre du roi. Louis XIV ne parut nullement ému de leur présence; il fit approcher Félix, lui demanda l'usage de chacun des instrumens et des diverses pièces de l'appareil, puis s'abandonna avec confiance à son talent.

Le roi fut placé sur le bord de son lit, un traversin sous le ventre pour élever les fesses, qui étaient tournées du côté de la fenêtre, les cuisses écartées et assujetties par deux des apothicaires.

Voici comment procéda l'opérateur. Une petite incision, faite avec la pointe d'un instrument ordinaire, fut d'abord pratiquée à l'orifice externe de la fistule, afin de l'agrandir et de pouvoir plus facilement y introduire le bistouri à la royale. L'incision fut ensuite pratiquée avec cet instrument, à l'aide de la manœuvre déjà indiquée. Une fois le trajet fistuleux mis à découvert, il s'agissait de détruire les callosités qui, suivant les idées du temps, auraient empêché la réussite de l'opération: huit coups de ciseaux enlevèrent toutes les callosités que Félix rencontra sous son doigt. Cette partie si douloureuse de l'opération fut supportée avec beaucoup de courage par Louis XIV: pas un cri, pas un mot ne lui échappa.

L'opération terminée, on introduisit dans l'anus une grosse tente de charpie recouverte d'un liniment composé d'huile et de jaune d'œuf. On la fit entrer avec force, afin d'écarter les lèvres de la plaie; on garnit ensuite la plaie de plumasseaux, enduits du même liniment, et on appliqua les compresses et le bandage comme on le fait à présent.

Rien ne saurait dire l'étonnement dans lequel fut toute la cour lorsque l'on apprit que le roi venait de subir une opération que chacun regardait comme si dangereuse. Le récit que fait de cet événement le *Mercure Galant*, qui était le journal officiel de la cour, fera mieux comprendre que je ne pourrais le dire l'effet produit par cette nouvelle inattendue. — « Quoique le roi, dit-il, fût dans une santé parfaite, à la réserve de l'incommodité qui lui était survenue, il y a environ onze mois, et qu'il fût même en état de monter à cheval et de chasser, comme il faisait très souvent, S. M., qui vit qu'elle courait risque de souffrir toute sa vie cette sorte d'incommodité, à laquelle sont sujets ceux qui manquent du courage nécessaire pour s'en tirer, prit une résolution digne de sa fermeté; et, comme ce mal était grand plutôt par la douleur que l'opération lui devait faire souffrir que par la nature dont il était, il cacha ce qu'il avait résolu de faire, comme il fait de toutes les choses qu'il juge à propos de tenir secrètes. Il savait l'inquiétude que donnerait le mal qu'il devait endurer, et ne doutait point que la crainte de quelque accident et l'amour qu'on a pour lui ne fissent trouver des raisons pour l'en détourner. Mais ce prince voulait souffrir, afin d'être plus en état de travailler sans cesse pour le bien et pour le repos de ses sujets; et pour éviter les contestations qui se pourraient former là-dessus, il aima mieux se charger de toute la douleur que de jouir du soulagement d'être plaint, ce qui console beaucoup ceux qui souffrent. D'ailleurs, il savait que ce bruit, venant à se répandre, aurait jeté de la crainte et de l'abattement dans tous les cœurs, et qu'il rendrait incapables d'agir tous ceux qui étaient occupés pour les affaires de l'État, et il voulait endurer seul, sans que l'État en souffrît un seul moment. Ainsi, ayant pris sa résolution, il travailla à la faire exécuter sans que l'on s'en aperçût. Comme jamais prince ne sut régner sur lui-même avec tant d'empire, il en vint à bout sans peine. Il se purgea deux fois à Fontainebleau, parce que, venant ensuite à Versailles, ce changement de lieu devait ôter l'idée qu'on aurait pu prendre, s'il avait été possible qu'on eût soupçonné quelque chose de son dessein. Il monta à cheval le dimanche, 17 de ce mois, soupa ce jour-là avec la famille royale, et s'informa de Monseigneur où était le rendez-vous de chasse le lendemain. On con-

(1) Voir le numéro du 28 Août.

(2) Dangeau.

symptômes de la déviation. Une des deux était ou se croyait enceinte; elle fit deux chutes le même jour dans un escalier, et peu de temps après, eurent lieu les accidens que nous avons regardés comme une fausse-couche incertaine. Une troisième, immédiatement après avoir sauté un fossé, sentit un craquement et de la douleur dans l'aine droite, et peu de tempe après, on a constaté l'antéflexion. Une autre (obs. IX) nous a dit avoir été violée à quinze ans et avoir souffert depuis cette époque; mais son récit est empreint de tant d'exagération, que nous pouvons douter de la véracité des renseignemens donnés par elle.

Engorgement de l'utérus. — L'engorgement de l'utérus ne peut pas plus être rangé parmi les causes de l'antéflexion que parmi celles de l'antéversion, puisque jamais il ne nous a été démontré rigoureusement qu'il ait préexisté aux autres symptômes.

Maladies antérieures. — Quant aux maladies antérieures que l'on pourrait ranger parmi les causes possibles de la déviation, nous avons noté une foisune métrorrhagie, d'autant plus remarquable, que la malade était nourrice. Une fois il y a eu des accidens syphilitiques et une fois une vaginite contractée depuis le premier coït, à 15 ans, et qui existait encore au moment où la malade, qui a maintenant dix-sept-ans, est entrée dans cet hôpital, salle Sainte-Marthe, n° 32. Nous nous sommes d'abord occupé de guérir la vaginite avant de diriger le traitement contre l'antéflexion.

§ III. *Symptômes, début.* — Le début, instantané dans un cas, a suivi promptement l'action de la cause dans le plus grand nombre, et la maladie a bientôt pris un accroissement rapide et incessant, comme dans l'antéversion.

Symptômes de la maladie confirmée. — La *douleur* a été à peu près la même que dans cette première forme de déviation, siégeant dans les aines et dans les cuisses chez toutes les malades; dans les reins chez 8; au siége chez 5; dans le côté chez 3, qui avaient une véritable névralgie intercostale. 4 ont éprouvé une sensation de *pesanteur au périnée; 5, ou moins de la moitié, ont eu des envies fréquentes d'uriner*, tandis que, pour l'antéversion, ce symptôme s'était rencontré quinze fois, ou dans les cinq septièmes des cas. Cette différence s'explique facilement; dans l'antéflexion, en effet, le corps de l'utérus est généralement moins volumineux et appuie moins directement sur la vessie. La moitié des malades (6) ont eu de la *constipation;* une d'elles avait des alternatives de constipation et de diarrhée.

La *marche*, difficile dans tous les cas, l'était plus particulièrement chez 8 malades, qui en éprouvaient une fatigue et des douleurs excessives.

Jusqu'à présent, Messieurs, nous n'avons trouvé que des ressemblances et fort peu de différence entre les symptômes de l'antéflexion et ceux de l'antéversion; mais nous arrivons à l'examen direct de l'organe malade, et nous allons trouver des signes différentiels caractéristiques.

§ IV. *Formes de l'antéflexion.* — L'antéflexion peut exister à divers degrés ou s'être produite suivant divers mécanismes qu'il est possible de ramener à deux types principaux.

Première forme. — Dans une première forme, le col n'étant que peu ou point dévié de sa direction normale, le corps se trouve transversalement situé comme dans l'antéversion, de telle sorte que l'on pourrait se figurer cette déviation se produisant par suite de la propulsion du corps en avant, le col restant immobile. A un degré de plus de cette première forme, le col se trouve un peu porté en avant de son côté, et l'angle de flexion n'en est que plus prononcé. J'ai trouvé cette première forme 7 fois sur 11 cas.

Deuxième forme. — Dans la seconde forme, le col s'est fortement dévié en avant, comme dans la rétroversion, tandis que le corps peu ou point dévié de son côté repose plus ou moins sur le col, et par suite a moins de tendance à comprimer la vessie. Cette deuxième forme s'est rencontrée 4 fois sur 11, et chez une femme qui avait succombé à des tubercules, et qui ne fait pas partie de celles que nous avons traitées, l'autopsie a complètement justifié notre diagnostic, car nous avons trouvé l'utérus exactement dans la position que je viens de vous indiquer en dernier lieu.

Voyons maintenant ce que l'examen de l'utérus nous a permis de constater.

Examen à l'aide du spéculum. — Le col s'est présenté neuf fois dans le champ du spéculum, soit comme lorsque l'utérus occupe sa direction normale, c'est-à-dire de telle sorte que l'on voyait une plus grande partie de la lèvre antérieure que de la postérieure; soit directement, l'orifice externe se trouvant juste au centre de l'instrument. Deux fois, au contraire, on voyait une plus grande partie de la lèvre postérieure que de la lèvre antérieure, comme cela a lieu dans les cas de rétroversion, où le col est fortement porté en haut et en avant. Ces 2 cas appartiennent à la deuxième forme. Le volume du col, considérablement augmenté dans 2 cas, l'était médiocrement dans 4, et dans 5 cas il n'avait subi aucun changement. Je n'ai pas trouvé d'ulcérations ni de granulations.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal n'a pas fourni les mêmes signes dans les deux formes.

Dans la première, en suivant la paroi antérieure du vagin, le doigt sentait le corps de l'utérus, comme dans l'antéversion, puis en arrière, un angle rentrant formé par la jonction du corps avec le col qui se trouvait à peu près dans sa direction normale. En suivant la face postérieure du col dans le cul-de-sac du vagin, on n'arrivait pas jusqu'au coude formé par la flexion du col sur le corps. Cette flexion se trouvait à une hauteur qui a varié de 2 à 4 centimètres pour les deux formes, et qui ne pouvait être atteinte qu'en avant par le doigt introduit dans le vagin.

Dans la deuxième forme, on ne sentait plus le corps globuleux de l'utérus immédiatement derrière le pubis, mais le doigt arrivait directement sur le col, dont l'orifice externe, facile à atteindre, était plus ou moins dirigé en haut, et toujours en avant. En suivant la face postérieure du col, on le sentait se diriger vers la concavité du sacrum, et en suivant la face antérieure qui affectait la même direction, on ne tardait pas à sentir un pli au-dessus duquel on trouvait une tumeur formée par le corps de l'utérus, moins incliné en avant que dans la première forme.

L'utérus n'a été trouvé lourd que quatre fois en tout; ce qui explique encore la moins grande fréquence de la miction. Neuf fois il était douloureux au contact du doigt, et je dois, à cette occasion, vous faire savoir que trois malades nous ont dit éprouver des *douleurs très vives pendant le coït.* Comme toutes n'ont pas été interrogées à ce sujet, il n'est pas possible de savoir quelle est au juste la valeur de ce symptôme.

Toucher rectal. — Le toucher rectal, pratiqué seulement sur trois malades, a permis de reconnaître que le corps ne faisait pas suite à la direction du col qui avait été constatée sur le vagin, comme cela aurait dû avoir lieu s'il y avait eu une rétroversion; tandis qu'au contraire on a pu sentir le coude formé par la flexion du corps sur le col, et au-dessus rien autre chose que la résistance molle due à la présence de l'intestin.

En combinant le toucher avec la palpation à travers les parois hypogastriques, le corps de l'utérus ne peut être facilement saisi quand il y a antéflexion, comme cela a lieu lorsqu'il affecte sa direction normale.

Cathétérisme utérin. — C'est dans les cas de ce genre surtout qu'il est important de pratiquer le cathétérisme.

Dans la première forme, la sonde introduite comme si l'utérus n'était pas dévié, ne tarde pas à être arrêtée à une distance qui varie de deux centimètres à trois centimètres et demi de l'orifice externe, et, pour la faire pénétrer plus avant, il est nécessaire de porter fortement le manche en bas et en arrière vers le périnée, la concavité de l'instrument restant dirigée en avant comme pour l'antéversisn, mais en exagérant considérablement le mouvement.

Dans la deuxième forme, pour introduire la sonde, il est souvent utile d'aller chercher l'orifice en avant et en haut, et de porter le bec directement en arrière, la concavité restant dirigée en bas, comme s'il s'agissait d'une rétroversion, puis, lorsque l'instrument est arrêté, on retourne la concavité en avant, et l'on agit comme dans la première forme, en portant fortement le manche en arrière. Tandis que dans l'antéversion le cathétérisme était généralement facile; il nous a ici offert six fois de la difficulté, due évidemment à la flexion. Le bec de la sonde, heurtant contre la paroi de l'organe, pouvait plus facilement être coiffée par un repli de la muqueuse qui l'empêchait d'avancer, à tel point, que chez quatre malades, il a fallu plusieurs séances pour pénétrer jusqu'au fond de l'utérus.

Chez deux, l'orifice externe était très étroit et l'interne tellement rétréci, qu'il ne pouvait donner passage à la sonde. Pour franchir l'orifice externe, il a suffi de quelques scarifications, et la sonde a ensuite pénétré, bien qu'avec peine; mais quand il s'est agi d'introduire un redresseur, la tige utérine, plus volumineuse que la sonde, n'a jamais pu être admise et il a fallu la faire diminuer pour qu'elle pénétrât.

Chez toutes, l'utérus était mobile, sans adhérences, se laissant facilement redresser; sa cavité avait de 7 à 8 centimètres.

Toutes ont eu de la *leucorrhée*, une seule a eu des *hémorrhagies*, et je vais vous donner son histoire qui nous fournira en même temps un exemple de la seconde forme d'antéflexion.

Observation VII. — C... M..., âgée de 29 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte, d'une bonne santé antérieure et toujours soumise à une bonne hygiène, a été réglée à 10 ans. Jusqu'à 19 ans, les menstrues ont apparu régulièrement, durant cinq ou six jours chaque mois. Elle s'est alors mariée, et au bout de quatre mois, les règles continuant à paraître, son ventre a grossi; elle a eu des douleurs avec de la rétention d'urine, et est entrée à l'hôpital de Rouen. Là, à la suite d'une métrorrhagie s'accompagnant de coliques utérines et de douleurs semblables à celles de l'accouchement, elle a expulsé un caillot recouvert de fausses membranes, dans lequel on n'a pu trouver la moindre trace d'organisation de fœtus. La métrorrhagie a persisté pendant six semaines avec la rétention d'urine; chaque jour il fallait vider la vessie avec la sonde; puis les urines sont devenues plus fréquentes, les digestions lentes et difficiles, la marche pénible; il y a eu des douleurs dans les lombes et au périnée; le coït était douloureux; les règles moins abondantes, ne durant plus que trois jours, étaient également accompagnées de douleurs. Trois ou quatre fois par an, il lui arrivait d'avoir des métrorrhagies abondantes durant plusieurs semaines.

---

nut le jour suivant que ce prince, quoi qu'il dût alors sentir les premières atteintes de la peur que lui pouvait causer l'opération, avait demandé ce rendez-vous d'une âme tranquille, afin que s'il arrivait quelque accident, il pût en faire avertir Monseigneur. On a même remarqué qu'il se coucha ce soir-là plus tard qu'à l'ordinaire. Il marqua, pour le lundi 18, l'heure de son lever, où la plus grande partie de la cour se trouve ordinairement. Il avait pris la sienne plus matin pour l'opération. Ceux qui devaient y travailler, ou dont la présence était nécessaire, entrèrent par différens endroits, ce qui empêcha qu'on n'en eût aucun soupçon.

» Quoique je ne fasse point ici le détail du reste, je puis vous dire qu'il s'y passa mille choses dignes de l'inébranlable fermeté du roi. Il voulut voir tout ce qui devait le faire souffrir, et ne fit que sourire au lieu d'en paraître étonné. Il fit ensuite ce qu'un prince aussi chrétien que lui doit faire en de pareilles occasions, et souffrit patiemment, étant toujours dans l'état d'un homme libre et qui est assuré d'être maître de sa douleur. Aucun cri ne lui échappa; et, loin de témoigner de la crainte, il demanda si on ne l'avait point épargné, parce qu'il avait recommandé sur toutes choses de ne le pas faire. Sitôt qu'on eut achevé l'opération, la porte fut ouverte à ce qu'on appelle la première entrée, c'est-à-dire aux personnes qui ont le droit d'entrer les premières au lever. Les autres n'entrèrent pas, parce qu'il n'y eut point de lever.

» Le bruit de cette opération s'étant répandu dans Versailles, comme on s'imagine toujours voir les maux que l'on craint, quand même ils ne seraient point à craindre, la douleur parut sur tous les visages, et l'on eût dit, à voir le roi, que ce monarque était le seul qui se portait bien. Ayant remarqué qu'on ne faisait aucun bruit, il ordonna que toutes choses se fissent à l'ordinaire, tint conseil dès le jour même, et permit dès le lendemain aux ministres étrangers de le saluer. Quoique de semblables maux aient accoutumé de causer un peu de fièvre, sans pourtant qu'il y ait sujet d'en appréhender aucune suite fâcheuse, il semble que le ciel, pour ne nous pas alarmer, n'ait pas voulu qu'il en eût le moindre ressentiment. »

A ces détails, Dangeau ajoute : « Dès que l'opération fut faite, le roi l'envoya dire à Monseigneur, qui était à la chasse, à madame la Dauphine, dès qu'elle fut éveillée, à Monsieur et à Madame, qui étaient à Paris, et à M. le Prince et à M. le Duc, qui étaient à Fontainebleau, auprès de madame la duchesse de Bourbon, leur défendant de venir. Dès l'après-dîner, le roi tint son conseil; il vit beaucoup de courtisans, et voulut qu'il y eût appartement et que l'on commençât le grand jeu de reversi qu'il avait ordonné à Fontainebleau. Madame de Montespan partit en diligence pour venir trouver le roi; mais ayant appris à Essone que le roi se portait très bien, elle retourna auprès de madame de Bourbon. Monseigneur, apprenant la nouvelle, quitta la chasse et revint ici à toute bride, et en pleurant. »

Dans son journal, Dangeau nous a conservé jour par jour l'état du roi après son opération. L'on y voit que les premiers jours se passèrent fort bien. Les pansemens se faisaient avec régularité, et le malade n'en éprouvait aucune douleur, tout enfin semblait annoncer une guérison solide et prompte; mais, soit que l'on se fût trop vite empressé de diminuer la grosseur de la mèche, soit pour tout autre motif, l'on s'aperçut, le quinzième jour, qu'une partie des bords s'étaient cicatrisés avant le fond, et que la fistule menaçait de reparaître de nouveau. Le 6 décembre, l'on chercha à détruire par quelques légers coups de ciseaux, cette cicatrisation trop rapide, mais sans obtenir le résultat désiré. Enfin, le lundi 7 décembre, c'est-à-dire vingt-un jours après la première opération, l'on fut obligé de détruire la nouvelle cicatrice, à l'aide de plusieurs incisions, et de mettre à nu le fond de la fistule.

Le roi supporta cette seconde opération avec beaucoup de courage, mais il paraît qu'elle fut extrêmement douloureuse, car pendant plusieurs jours il renvoya son conseil, ce qui n'était pas arrivé la première fois. Quoi qu'il en soit, de ce moment, la cicatrisation marcha avec régularité; et, le samedi 11 janvier 1687, cinquante-quatre jours après l'opération, et trente-trois après les dernières incisions, le roi fut assez bien guéri pour sortir à pied de ses appartemens et se promener pendant fort longtemps dans l'orangerie.

Louis XIV venait d'être débarrassé d'une grave infirmité, grâce à l'habileté de son chirurgien. Mais si le service était grand, la récompense fut royale. Félix, qui resta toujours chéri de son souverain, reçut cinquante mille écus et la terre des Moulineaux, estimée à la même somme; Daquin, le premier médecin, cent mille livres; Fagon, quatre-vingt mille livres; les quatre apothicaires, chacun douze mille livres, et Leraye, l'élève de Félix, quatre cents pistoles; ce qui forme un total de cinq cent soixante-douze mille livres, qui, comparé à la valeur actuelle de l'argent, représente presque un million!!!

La réussite de l'opération qui venait d'être pratiquée à Louis XIV, en mettant le comble à la réputation de Félix, mit aussi à la mode son procédé; et il fut facile de constater immédiatement son efficacité, car depuis l'opération faite au roi, il semblait que tout le monde fût attaqué de la fistule. « C'est une maladie, dit Dionis, qui est devenue à la mode depuis celle du roi. Plusieurs de ceux qui la cachaient avec soin avant ce temps n'ont plus eu honte de la rendre publique; il y a eu même des courtisans qui ont choisi Versailles pour se soumettre à cette opération, parce que le roi s'informait de toutes les circonstances de cette maladie. Ceux qui avaient quelque petit suintement ou de simples hémorrhoïdes ne différaient pas à présenter leur derrière au chirurgien pour y faire des incisions; j'en ai vu plus de trente qui voulaient qu'on leur fît l'opération, et dont la folie était si grande, qu'ils paraissaient fâchés lorsqu'on les assurait qu'il n'y avait point nécessité de la faire. »

Tel est le récit de cette grande opération de Louis XIV. Ainsi, grâce à l'heureuse tentative de Félix, la méthode de l'incision a été remise en honneur, et par suite des travaux de la chirurgie moderne, ce mode opératoire, qui est le plus généralement suivi, est devenu d'une telle simplicité, qu'il n'est pas nécessaire d'être le premier chirurgien d'un roi pour le pratiquer avec succès.

M. le docteur Demarquay, chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

En 1850, une de ces pertes fut suivie de leucorrhée qui cessa spontanément. En 1851, cette leucorrhée avait reparu précédant une ménorrhagie qui durait encore le 6 septembre, lorsque la malade entra dans mon service à l'hôpital Beaujon.

Le 9 septembre, l'écoulement de sang étant arrêté, j'examinai l'utérus. Au *spéculum*, je trouvai le col pointu, peu volumineux, porté en avant et un peu à gauche. Par le *toucher*, je constatai qu'il était très allongé et que sa partie supérieure se dirigeait obliquement vers le sacrum, comme s'il y eut eu une rétroversion; mais portant le doigt au-dessus de la lèvre antérieure, on sentait une dépression très marquée au-dessus de laquelle se trouvait une tumeur globuleuse reposant sur le col, et formant avec lui un angle ouvert en avant. Lorsqu'on introduisait la *sonde* dans la direction normale de l'utérus, elle était arrêtée à une distance de trois centimètres et demi; pour la faire avancer, il fallait fortement baisser le manche vers le périnée, en laissant la concavité dirigée en haut et en avant. Elle parvenait ainsi à sept centimètres et demi, en faisant disparaître la flexion dont je viens de parler.

Du 9 au 21 septembre, le cathétérisme ne fut pratiqué que cinq fois, parce qu'un embarras gastrique survenu le 15 nous fit suspendre pendant quelques jours le traitement de l'antéflexion. J'eus soin, à chaque fois, de ramener fortement l'utérus en arrière, et cette manœuvre devenant de moins en moins douloureuse, j'appliquai le 21 un redresseur à tige articulée. Il fut très bien supporté jusqu'au 29, jour où je le retirai, à cause de l'apparition des règles, qui furent abondantes, non douloureuses, et durèrent huit jours.

Le 6 octobre, je trouvai l'utérus redressé, bien qu'il y eût encore à la face antérieure une légère concavité que le toucher permettait de constater; la sonde pénétrait directement. Les symptômes douloureux avaient disparu, et la malade put quitter l'hôpital. Je l'ai revue le 14, puis le 31 octobre 1851, puis aux mois de janvier et de mars de cette année. L'utérus s'est maintenu en place, le coït n'est plus douloureux, la menstruation est régulière, il n'y a plus de métrorrhagie, et, bien que dernièrement cette femme ait éprouvé beaucoup de chagrin et de fatigue, ayant eu à soigner son mari qui est mort phthisique, cependant elle n'a pas perdu ses forces, son appétit et son embonpoint sont revenus, elle peut faire d'assez longues courses à pied sans en être fatiguée; en un mot, sa santé est excellente.

T. GALLARD,
Interne.

(La suite prochainement.)

BIBLIOTHÈQUE.

SUR UNE NOUVELLE AFFECTION DU FOIE, LIÉE A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, CHEZ LES ENFANS DU PREMIER AGE; par le docteur A. GUBLER, chef de clinique de la Faculté, médecin du bureau central, etc.

On sait la large part que les médecins accordaient autrefois à la syphilis dans la production des maladies des principaux viscères. L'auteur en renouvelle la preuve dans un historique détaillé, et il cherche à établir comment cette tradition a été abandonnée, surtout en raison des tendances imprimées à la syphilographie par le célèbre promoteur de la doctrine physiologique. Il constate ensuite un retour notable vers les premières idées dans les écrits de MM. Ricord, Rayer, P. Dubois, de Diétrich, de Prague, particulièrement, qui a fait paraître un mémoire sur l'affection syphilitique du foie chez les adultes.

C'est, en 1847, pendant son internat à l'hôpital Necker, que M. Gubler a découvert la maladie hépatique dont il s'agit, chez des enfans atteints de syphilis constitutionnelle. L'altération du foie qui la constitue est tantôt générale, et tantôt partielle. L'organe offre la teinte jaune du silex, au milieu de laquelle on peut remarquer un semis de petits grains blancs et des arborisations appartenant à des vaisseaux exsangues; il est sensiblement hypertrophié, arrondi et durci; son tissu est en même temps élastique; à l'incision, il crie un peu sous le scalpel, et les coupes sont très nettes; en le pressant, au lieu de sang, on fait sourdre une sérosité jaunâtre, assez abondante, qui se coagule comme les dissolutions albumineuses; un essai, qu'il serait nécessaire de renouveler, n'y a pas constaté de sucre. Des injections, faites avec soin, ont démontré que les réseaux capillaires sont oblitérés, et même que le calibre des vaisseaux d'un ordre plus élevé est considérablement rétréci. L'examen microscopique fait reconnaître la présence d'élémens fibro-plastiques et d'un liquide albumineux infiltrant le parenchyme de la glande, et dissociant, étouffant même ses élémens propres; circonstance d'où dépend l'augmentation du volume, la forme globuleuse et la substitution de la nuance jaune-fauve à la coloration rouge-brun, ainsi que la plus grande facilité du foie à se laisser traverser par la lumière. — M. Gubler a dirigé aussi ses investigations vers les adultes affectés de syphilis constitutionnelle, et, sur plusieurs individus qui avaient succombé dans la période tertiaire, il a trouvé une altération analogue à celle qu'on décrit sous le nom de cirrhose, en sorte que, selon lui, certains états granuleux reconnaîtraient pour origine le virus syphilitique.

Cette induration plastique du foie, constatée par MM. Cruveilhier, Trousseau, Depaul, Lebert, etc., a pris dès aujourd'hui droit de domicile dans le cadre nosologique. Elle ne paraît s'être montrée dans aucune autre maladie générale que dans la syphilis congéniale. Les manifestations extérieures de celle-ci étaient parfaitement caractérisées: c'étaient des taches psoriasiques, des pustules d'ecthyma lenticulé, un ecthyma profond ulcéré, des plaques muqueuses, des fissures au pourtour des ouvertures naturelles et dans les plis des jointures, l'inflammation des fosses nasales, avec sécrétion purulente et sanguinolente. L'affection du foie en question peut se développer pendant la vie intra-utérine; deux cas de ce genre ont été recueillis par M. Desruelles, ex-interne de la Maison d'accouchemens, et qui s'occupe avec zèle des maladies du fœtus.

On ne peut pas encore tracer le tableau symptomatique de cette affection syphilitique du foie des jeunes enfans. Jusqu'à présent, le travail morbide qui lui donne naissance ne s'est révélé que par des symptômes de péritonite. On a remarqué, chez ces petits sujets, des gémissemens, de l'agitation dans les membres abdominaux, des vomissemens, de la diarrhée ou de la constipation, le météorisme et la sensibilité du ventre, l'accélération et la petitesse du pouls, l'altération et l'effilement des traits, l'excavation des yeux qui s'entourent d'un cercle bleuâtre, l'abattement et le refroidissement des membres. Il est remarquable que l'ictère n'ait point été observé. L'hypertrophie du foie doit être recherchée par le palper, comme l'un des signes qui peuvent accuser l'induration plastique de ce viscère.

L'auteur rapporte cinq observations relatives à cette maladie; il en a recueilli neuf jusqu'à présent. Par leur examen, on peut se rendre compte jusqu'à quel point la syphilis peut contribuer à augmenter la mortalité du premier âge de la vie, d'autant que la thérapeutique ne paraît pas devoir jouer un rôle bien essentiel contre de semblables lésions. M. Gubler, toutefois, ne désespère pas complètement de l'utilité de son action; il pense que l'iodure de potassium, et même le proto-iodure d'hydrargyre, à des doses proportionnées à la délicatesse d'organisations aussi tendres, ne seraient peut-être pas sans quelques résultats.

Le travail que nous venons d'analyser succinctement est un nouveau pas dans la pathologie de l'enfance, qui laisse encore tant à désirer, malgré la vive lumière qu'ont jetée sur elle quelques travaux contemporains. L'attention une fois appelée sur cette altération d'un organe dont la physiologie moderne rehausse l'importance, nous ne manquerons de voir ce sujet être complété prochainement par de nouvelles observations. En attendant, il faut féliciter le savant chef de clinique de la Faculté d'avoir ouvert la carrière et d'avoir tiré un si bon parti des premiers matériaux qu'il a recueillis.

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 15 Juillet 1852. — Présidence de M. BOUVIER.

Sommaire. — Réflexions sur quelques observations de pneumonies traitées par la *médecine expectante*, par M. Laboulbène, interne des hôpitaux. — Résumé du mémoire de M. Roger (Henri): *Recherches cliniques sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion, et sur le son tympanique dans les épanchemens liquides de la plèvre*; — discussion.

M. LABOULBÈNE, interne des hôpitaux, lit un travail intitulé: *Réflexions sur cinq observations de pneumonies traitées par l'expectation.* Ce travail et les observations qui y sont annexées sont renvoyés à une commission composée de MM. Hardy, Legendre, Marrotte et Vigla.

— L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. Roger (Henri), intitulé: *Recherches cliniques sur quelques signes fournis par la percussion et sur le* son tympanique *dans les épanchemens liquides de la plèvre.* Pour faciliter la discussion, M. Roger résume brièvement les faits principaux qui ressortent des travaux de M. Skoda et de ses recherches confirmatives. (Le mémoire paraîtra en entier dans les *Archives générales de médecine*, 1852.)

I. DE LA PERCUSSION EN GÉNÉRAL.

Dans la percussion du thorax, la plupart des pathologistes n'admettent qu'une seule série de sons, variant du *plus* au *moins*, du son clair au son obscur (matité); ils ne notent, comme résonnance à timbre spécial, que le bruit de *pot fêlé*. M. Skoda divise les modifications de la résonnance pectorale en quatre séries: 1° du son plein au son creux; 2° du son clair au son sourd; 3° du son tympanique au son non tympanique; 4° du son haut au son bas.

II. DE LA PERCUSSION DANS LA PLEURÉSIE.

A. *De quelques particularités nouvelles.* — Des pseudo-membranes, même épaisses, sur le poumon, ne modifient pas sensiblement la sonorité du thorax; elles ne la diminuent que si elles contiennent dans leur intérieur des concrétions ostéo-calcaires.

Une couche liquide de quelques millimètres, et même d'un centimètre d'épaisseur, interposée entre le poumon et la paroi pectorale, ne diminue pas non plus sensiblement la résonnance de la poitrine: les modifications du son dépendront exclusivement, dans ces cas, de l'état matériel du poumon, ou de la paroi thoracique correspondante.

Dans les épanchemens pleurétiques, un abaissement du niveau de la matité donnée par la plessimétrie, n'est pas toujours la preuve d'une diminution réelle dans la quantité du liquide; cet abaissement peut provenir d'une réduction dans le volume du poumon, ou de l'agrandissement de la cavité pleurale par voussure des côtes, ou dépression du diaphragme.

La mobilité du liquide pleurétique, et en conséquence le déplacement de la matité thoracique par les changemens de posture des malades atteints de pleurésie, est un phénomène beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement.

B. *Du son tympanique dans la pleurésie.* — Pour comprendre M. Skoda (et pour être dans le vrai), il faut donner au mot *tympanique* une acception moins restreinte que dans l'usage ordinaire. Le son tympanique n'est pas toujours très clair, très fort, éclatant (caractères qu'on lui assigne habituellement); il est parfois un peu sourd, un peu creux; souvent, en clinique, on prononce qu'il y a matité, et, si l'on étudiait avec plus d'attention cette matité prétendue, on verrait qu'elle n'est qu'apparente, et qu'il s'agit, en réalité, d'une sonorité particulière, d'un son qui a le caractère tympanique creux.

Propositions. — 1° Dans les collections liquides de la plèvre, il existe une résonnance tympanique au-dessus de la ligne de niveau de l'épanchement.

2° Le son tympanique de la pleurésie n'est pas un phénomène accidentel; il se montre, au contraire, très fréquemment (sur 51 pleurétiques nous l'avons trouvé 41 fois); il doit être rangé parmi les signes des épanchemens de la plèvre, au même titre que l'ægophonie ou le souffle bronchique.

3° Tantôt la sonorité de la région sous-claviculaire du côté affecté est manifestement exagérée: le son est plus ample, plus haut que du côté sain, lequel peut paraître mat relativement; tantôt le son tympanique est remarquable seulement par ses caractères particuliers; il est creux et encore assez clair, comme métallique, ou bien il est creux et sourd; c'est le timbre tout à fait spécial, connu sous les noms d'*hydro-aérique*, d'*humorique*, de *pot fêlé*.

4° Des élémens multiples concourent à la production du son tympanique dans la pleurésie: le liquide, le poumon et la paroi correspondante du thorax y prennent chacun une certaine part.

5° Relativement aux causes du phénomène, et à sa signification morbide, nous avons constaté les faits suivans:

a. Le son tympanique manque d'*ordinaire* dans les épanchemens très peu abondans ou très anciens: dans ceux qui sont moyens ou récens, le son est, *pour la grande majorité des cas*, plus clair sous la clavicule du côté affecté que du côté sain, et véritablement tympanique; *assez souvent*, dans les collections plus abondantes, il est tympanique, clair sous la clavicule, dans la région correspondante au poumon, et tympanique creux vers la ligne de niveau du liquide; dans les épanchemens considérables, il y a *parfois* une résonnance très creuse, hydro-aérique, de pot fêlé.

b. Des expériences prouvent que la sonorité tympanique de la région sous-claviculaire dans la pleurésie, n'est pas une conséquence exclusive de l'*accollement immédiat du poumon* à l'intérieur du thorax, au sommet et en avant; et que cette sonorité peut se manifester, malgré l'interposition d'une couche liquide d'épaisseur variable entre la paroi pectorale et le viscère; la *proximité* de celui-ci suffit pour que le son prenne le caractère tympanique. Aussi, cette résonnance pourra-t-elle exister dans d'autres points du thorax que sous la clavicule, pourvu que la couche soit peu épaisse, et que le poumon, encore aéré, soit maintenu à peu de distance de la paroi thoracique.

Un emphysème de la partie supérieure et antérieure du poumon n'est pas non plus une condition indispensable de la sonorité tympanique de la région sous-claviculaire.

Le poumon, réduit par la compression à un plus petit volume, mais contenant encore de l'air, donne toujours à la percussion un son tympanique; c'est un fait général (et facile à démontrer par des expériences, bien qu'il semble en contradiction avec les lois de la physique), que le *parenchyme pulmonaire, moins aéré qu'à l'état sain*, fournit une résonnance tympanique plus ou moins évidente.

c. Le son tympanique dans la pleurésie avec épanchement, est encore modifié par le degré variable de *tension de la paroi pectorale* correspondante; il est d'autant plus prononcé, que celle-ci est plus mince et plus flexible, et d'autant moins, dans des conditions opposées.

6° Le son tympanique a, dans la pleurésie, une certaine valeur séméiotique et pronostique: il peut être érigé en *signe* des épanchemens pleuraux.

Il peut aider au diagnostic de la pleurésie, dans certains cas difficiles.

Par son siége, son étendue et ses nuances diverses, il fournit des indices utiles sur la quantité du liquide épanché, sur sa disposition, sur ses progrès et sa décroissance, sur ses rapports avec le poumon, et sur les rapports de ce viscère avec les parois thoraciques, sur l'état de compression et de perméabilité du parenchyme pulmonaire.

Il concourt à établir le diagnostic différentiel entre la pleurésie et la pneumonie.

Le praticien qui ignorerait l'existence de ce nouveau signe de pleurésie, pourrait attribuer la sonorité tympanique de la région sous-claviculaire à un emphysème partiel, à un pneumo-thorax essentiel ou par perforation, à une excavation pulmonaire, gangréneuse, ou surtout tuberculeuse.

III. FAITS NOUVEAUX DE PERCUSSION DANS LA PNEUMONIE, L'EMPHYSÈME, LA PNEUMATOSE, etc.

1° « Le parenchyme pulmonaire, *moins aéré* qu'à l'état sain, donne, à la percussion, un son tympanique plus ou moins évident. Une portion de poumon, infiltrée de sérosité ou de sang ou de matière tuberculeuse, et qui n'*est pas tout à fait privée d'air*, fournit pareillement un son tympanique plus ou moins creux et sourd, suivant la proportion d'air contenu. » En percutant le thorax, on obtiendra donc une résonnance tympanique dans certains cas de *pneumonie*, d'*infiltration tuberculeuse*, d'*œdème* et d'*apoplexie pulmonaire*.

2° Le son pulmonal naturel n'a pas le caractère tympanique.

Le poumon, qui est distendu plus que normalement par l'air (*emphysème vésiculaire*) fournit un son tantôt tympanique et tantôt non tympanique. Un *emphysème partiel*, qu'entoure un parenchyme engoué et non aéré (comme il peut arriver dans la pneumonie), donne lieu à une résonnance qui est ordinairement tympanique, tandis qu'elle l'est rarement dans l'*emphysème généralisé*, et qu'elle ne l'est jamais dans l'*emphysème inter-lobulaire*.

Lorsque, dans l'emphysème, le tissu pulmonaire est *distendu à l'excès* par l'air contenu dans les cellules, et lorsqu'en même temps la paroi pectorale est très tendue, la sonorité thoracique, au lieu d'être exagérée, comme on le croirait *à priori*, est au contraire diminuée; ainsi s'explique (et non pas par des pseudo-membranes recouvrant le poumon) le peu de son que l'on obtient parfois en percutant la poitrine chez des malades qui sont pourtant très emphysémateux.

3° Dans le *pneumo-thorax*, la résonnance pectorale qui est tympanique avec une tension médiocre de la paroi du côté affecté, ne l'est presque jamais quand cette tension est extrême.

4° Lorsqu'on percute sur l'*abdomen*, le degré variable de tension de la paroi abdominale fait varier la sonorité: plus la paroi est tendue, et plus le son est obscur.

De même dans la *pneumatose*: la résonnance à la percussion, qui est tympanique avec une quantité de gaz médiocre, perd ce caractère (et même il y a matité relative), dans les cas où la sécrétion gazeuse est excessive, dans ceux surtout où il y a simultanément forte tension de la paroi de l'abdomen.

M. BOURDON demande à M. Roger s'il existe un rapport constant entre la respiration exagérée et le son tympanique.

M. Henri ROGER répond qu'il n'y a rien de fixe à cet égard, et que le son tympanique peut exister alors que le murmure respiratoire est diminué, augmenté (*puérile*), ou qu'il reste normal; il en conclut que la quantité d'air contenu dans le tissu pulmonaire n'est pas la seule condition qui produit le son tympanique.

M. TROUSSEAU: Je ne conteste nullement la valeur des recherches de M. Roger, j'admets au contraire la réalité des phénomènes qu'il a si bien décrits, et j'ai moi-même constaté maintes fois la résonnance tympanique. Cependant, je crois que la division des modifications de la résonnance pectorale, admise par M. Skoda, est beaucoup trop compliquée, et que c'est là une minutie de percussion; je prie M. Roger de vouloir bien me permettre cette expression. Je crois aussi que l'expression de son tympanique ne rend pas bien la nature même du son que l'on perçoit dans la pleurésie, il m'a semblé au contraire que le son, loin d'être

tympanique, était plutôt affaibli qu'exagéré; dès lors, il m'est impossible d'approuver une expression qui ne traduit pas la sensation que l'on veut spécifier.

M. ROGER : Je conviens volontiers qu'il est fort difficile de traduire des sensations physiques par des mots, et je ne prétends pas justifier d'une manière absolue l'expression de *son tympanique*; mais il n'en reste pas moins démontré que, dans beaucoup de cas de pleurésie, le son est plus clair au-dessus de la ligne de niveau de l'épanchement qu'il ne l'est du côté sain, à tel point, que si l'on n'était pas prévenu de cette circonstance, on pourrait prendre le poumon sain pour le poumon malade. De plus, dans d'autres affections du poumon où le parenchyme de cet organe contient moins d'air, sans en être tout à fait privé (la pneumonie lobulaire, par exemple), les pathologistes admettent qu'il existe toujours de la matité; eh bien, dans certains cas, ce n'est pas réellement de la matité, c'est un son plus ou moins creux et sourd. Ce son, M. Skoda l'appelle tympanique, par comparaison avec le son que donne l'estomac, et dès lors j'ai dû traduire l'expression qu'il avait adoptée.

M. TROUSSEAU : Je prends la question au point de vue clinique et je suppose que l'on se borne à percuter un seul côté de la poitrine, eh bien! dans l'hydro-pneumo-thorax, la simple percussion fera reconnaître immédiatement l'existence du son tympanique, et le son sera apprécié de la même manière par tous les cliniciens exercés. Il en sera de même dans certaines formes de l'emphysème pulmonaire. Or, je le demande à M. Roger, si, dans un cas de pleurésie, il ne percute que le sommet du poumon du côté malade, pourra-t-il affirmer qu'il existe là un son tympanique?

M. ROGER : Je crois qu'il est impossible, en clinique, d'isoler les phénomènes morbides et d'apprécier ainsi leur valeur absolue ou relative. Le son pulmonal lui-même présente de nombreuses variétés individuelles; aussi ne peut-on interpréter les sensations fournies par la percussion que par comparaison.

M. TROUSSEAU : Les cliniciens ne se trompent pas sur l'appréciation du bruit de pot fêlé; tous savent le reconnaître, parce que c'est un bruit d'une nature toute spéciale. Mais il est loin d'en être ainsi pour le son tympanique, qui se compose de plusieurs degrés en plus ou en moins, degrés qu'il est fort difficile de saisir. Il est des sons que l'oreille reconnaît immédiatement : ainsi, par exemple, le son argentin, le son cuivreux, le son d'airain, etc., et je le répète, le bruit de pot fêlé est de ce nombre. Le son tympanique, au contraire, par cela même qu'il se compose de nuances variées, ne peut pas avoir de caractère qui le fasse reconnaître. Dernièrement, chez un malade affecté de pleurésie, je trouvai un son exagéré du côté où siégeait l'épanchement; c'était à la vérité un son autre que le son pulmonal; mais ce n'était pas un son tympanique et je n'ose pas lui donner ce nom. Je crois donc qu'il y aurait avantage à changer, dans ce cas, l'expression de son tympanique. Au reste, ce qu'il y a de capital dans les travaux de M. Skoda et de M. Roger, c'est que l'on ne doit plus admettre, comme on le faisait avec une entière conviction, qu'une couche mince de liquide donne constamment lieu à une matité plus ou moins prononcée, et que le sommet du poumon rend un son normal, car il est évident qu'il n'en est pas ainsi.

M. ROGER : Je reconnais qu'il est très difficile d'apprécier toutes les nuances que le son tympanique peut présenter, et que ce son lui-même ne peut être facilement reconnu que lorsqu'il est à son maximum; dès lors qu'il est moins intense, les difficultés d'appréciation surgissent. Mais je ferai remarquer qu'il en est de même, lorsque l'on cherche à apprécier les nuances nombreuses que le bruit respiratoire présente dans sa diminution.

M. GUÉNEAU DE MUSSY (Noël) : Je trouve les objections de M. Trousseau, sur l'expression de son tympanique, parfaitement fondées; car, dans la grande majorité des cas, ce nom n'est pas applicable. Cependant, je dois le dire, dans quelques cas, le caractère tympanique est tellement prononcé, qu'en percutant seulement le sommet du poumon, comme le voulait tout à l'heure M. Trousseau, on déclarerait sans hésitation que le son est tympanique. Chez un malade, sur lequel j'avais constaté ce son tympanique, l'autopsie me démontra qu'il n'existait pas de pneumo-thorax. Le poumon fut examiné avec la plus minutieuse attention, et il n'y avait dans ce cas aucune chance d'erreur, car il n'existait pas de fausses membranes qui auraient pu dissimuler la perforation. Au reste, je le répète, dans la majorité des cas, le son est plus fort que le bruit normal, mais il n'est pas tympanique.

M. BARTH : J'ai lu l'ouvrage de M. Skoda, et j'ai eu l'occasion de converser avec lui; eh bien! je reste convaincu qu'il donne le nom de tympanique à des sons auxquels nous n'appliquons pas cette dénomination. M. Roger a dû traduire le mot employé par M. Skoda; mais, en France, ce mot n'ayant pas la même valeur, il en résulte une certaine obscurité. Je crois d'ailleurs que, dans la majorité des cas, le son n'est pas tympanique, et qu'il ne donnerait pas l'idée d'un pneumo-thorax. Peut-être serait-il bon d'insérer une note explicative sur l'expression de son tympanique; on lèverait ainsi toutes les difficultés.

M. BÉHIER cite un cas d'épanchement pleurétique, dans lequel la persistance d'un bruit sonore au sommet du poumon fit rejeter la thoracentèse, qui devint plus tard une nécessité. Il est d'avis que la dénomination de son tympanique a besoin d'être expliquée, et que même il y aurait avantage à la supprimer.

M. ROGER (Henri) fait remarquer qu'il ne peut pas retirer l'expression de tympanique, qui appartient à M. Skoda, et qu'il a donné des explications à ce sujet dans le corps de son mémoire.

M. REQUIN : Lorsqu'un mot a cours dans la science pour traduire une sensation déterminée, je regarde comme une chose fâcheuse que l'on vienne appliquer ce mot à des sensations différentes. J'admets donc les objections qui ont été faites à cet égard. Il est un autre point du travail de M. Roger, contre lequel je crois devoir protester. M. Roger reproche aux pathologistes de n'admettre que deux espèces de sons : un son obscur et un son clair; et il paraît attribuer à M. Skoda le mérite d'avoir fait connaître le son tympanique.

Je ne prétends pas à la moindre part dans cette découverte, mais je crois pouvoir dire qu'en 1846, dans l'article PHTHISIE PULMONAIRE de mes *Élémens de pathologie*, je signalais comme modifications du son, appréciables par la percussion du thorax, dans cette maladie, la matité absolue ou relative, la sonorité tympanique, la sonorité métallique et le bruit de pot fêlé. Or, ces différentes variétés constituent bien une échelle de sons, depuis le son mat jusqu'au son clair; au reste, en admettant et en décrivant ces variétés de son, je ne faisais que traduire les sensations que l'examen des malades me permettait d'analyser pour ainsi dire journellement, et je devais croire qu'elles étaient les mêmes pour tous les observateurs. Je crois qu'il y a un grand inconvénient à vouloir décrire toutes les nuances de son que la percussion peut permettre de saisir; on arrive ainsi forcément à la confusion, car il est très difficile de faire entrer dans la tête des hommes des idées précises qui se rapportent à des sensations également précises. Je félicite d'ailleurs M. Roger d'avoir vulgarisé ce fait, qui est réellement important, à savoir, que dans la pleurésie il existe une sonorité plus marquée au sommet du poumon.

M. ROGER : Je répéterai, pour me justifier des reproches qui me sont adressés, que du moment où, dans mon travail, j'ai prononcé l'expression de *tympanique*, j'ai défini immédiatement cette expression et j'ai décrit les caractères de cette sonorité tympanique tels que l'on doit les comprendre d'après le langage et les expériences de M. Skoda. En réponse à l'objection que vient de me faire M. Requin, je crois pouvoir maintenir que personne, avant M. Skoda, n'avait étudié, ni suivi dans ses variétés morbides le son tympanique. D'ailleurs, je n'approuve pas les subdivisions admises par cet auteur; je n'attache d'importance qu'aux points principaux, et il est incontestable, pour moi, que la sonorité tympanique, soit claire, soit creuse, existe dans certaines maladies où l'on était habitué à trouver de la matité.

M. LEGROUX pense que la dénomination de son tympanique, défini comme le veut M. Roger, a moins d'inconvéniens qu'on a paru le craindre, et qu'on peut très bien la conserver.

M. PIEDAGNEL : Il est difficile de définir ce que nous entendons en France par bruit tympanique. Mais nous savons tous que c'est un bruit clair, dû à la présence de l'air qui vibre dans une cavité autour de laquelle il y a des os. Il ne faut donc pas confondre ce bruit avec celui que donne le poumon qui est le siége d'une respiration exagérée. M. Roger admet qu'un liquide épanché dans le thorax, et ayant un centimètre d'épaisseur, ne donne pas lieu à de la matité. J'avoue que je ne puis pas me ranger à cette opinion, et que j'ai toujours constaté le contraire.

M. ROGER : M. Skoda ne dit pas que, dans tous les cas où il y a une couche de liquide peu épaisse interposée entre le poumon et la paroi thoracique, le son sera conservé; il dit seulement qu'il *peut* l'être. Cela dépend de la tension de la paroi pectorale et de l'état du poumon. Si la paroi pectorale est mince et flexible, si le poumon contient encore de l'air, il pourra y avoir sonorité; il le prouve d'ailleurs expérimentalement, ainsi que je l'ai rapporté dans mon mémoire.

M. FAUVEL a vu un certain nombre de médecins allemands qui avaient entendu M. Skoda, et qui avaient assisté à ses démonstrations cliniques. Il doit déclarer que les explications qui lui ont été données sur les doctrines de M. Skoda, concordaient fort peu entre elles, ce qui lui fait présumer que les distinctions admises par cet auteur sont fort difficiles à apprécier.

Le secrétaire, Ch. LÉGER.

PRESSE MÉDICALE.

Dublin quaterly journal of medical science. — Numéro d'août.

Des applications de gutta-percha dans le traitement des maladies de la peau; par le docteur Robert J. GRAVES.

Des nombreuses applications du collodion au traitement de diverses maladies, et en particulier des maladies de la peau, qui ont été faites dans ces derniers temps, ont appelé l'attention sur les avantages que l'on pourrait obtenir de ces enduits imperméables, principalement dans les cas dans lesquels le contact de l'air paraît exercer une action stimulante fâcheuse sur les parties malades. Le collodion présentait plusieurs inconvéniens, qui n'ont été modifiés qu'en partie par les changemens qu'on a apportés récemment à sa préparation; il se déchire assez facilement et exerce une compression parfois douloureuse. La solution du gutta-percha dans le chloroforme s'est présentée tout naturellement comme succédané du collodion; c'est sur elle que le docteur Graves a fait quelques recherches intéressantes.

Lorsque, dit M. Graves, la solution saturée de gutta-percha dans le chloroforme a été étendue au moyen d'un pinceau de blaireau, sur une portion de la peau, le liquide dissolvant s'évapore rapidement, laissant une pellicule extrêmement mince de gutta-percha, très adhérente à la peau. La ténacité particulière de la gutta-percha empêche cette pellicule de se déchirer et de s'écailler aussi facilement que le collodion. Sur le front et sur la face, là où les vêtemens ne frottent pas, il reste solidement attaché pendant cinq ou six jours, même plus; sur d'autres points, il se détache, comme on le comprend, beaucoup plus tôt. Il se maintient plus longtemps sur les éruptions sèches de la peau que sur celles qui sont humides; sur des surfaces solides et planes que sur celles qui sont couvertes de squammes rugueuses, ou de croûtes faiblement adhérentes. Aussi, avant d'appliquer cette solution, le praticien doit-il avoir soin de débarrasser autant que possible la peau qu'il veut couvrir de cet enduit, au moyen des cataplasmes, des lotions alcalines, etc... Cette précaution prise, il est rare que cet épiderme artificiel n'agisse pas d'une manière très marquée sur la maladie sous-jacente, en diminuant l'inflammation et ses conséquences, et en contribuant puissamment à rendre à la peau sa structure normale. La transparence de cette membrane artificielle permet de suivre les progrès de la maladie de la peau, et son absence de coloration n'ajoute rien à l'incommodité qui résulte de celle-ci. Quant à savoir si cette couche de gutta-percha agit en comprimant les tissus sous-jacens, ou si elle doit son efficacité à toute autre cause; c'est ce qu'il n'est pas facile d'établir.

Les observations de M. Graves tendent à faire croire que ces applications pourraient être surtout utiles dans le cas de maladies chroniques sèches, écailleuses, tuberculeuses de la peau. Dans le psoriasis en particulier, si l'on a la précaution de protéger l'enduit de gutta-percha contre le frottement des vêtemens, on peut avoir de grands succès. Ce médecin dit avoir guéri, en une quinzaine, un psoriasis chronique de la partie postérieure des mains et des bras. Dans cette dernière maladie, il convient de poursuivre avec persévérance, par ces applications topiques, le travail inflammatoire qui va produire les squammes, et d'y revenir tous les jours sur les points récens d'irritation.

M. Graves cite encore un cas de *lupus serpiginosus*, qui défigurait la face d'une jeune dame, et qui avait laissé une hypertrophie considérable avec une irritation continuelle qui entretenait les démangeaisons. La guérison était complète, et la difformité avait disparu après six semaines de l'application du gutta-percha.

Ce n'est pas seulement dans des maladies chroniques, mais aussi dans des maladies aiguës de la peau, dans l'impétigo, dans l'acné de la face, que M. Graves dit s'être bien trouvé des applications du gutta-percha; il cite le fait d'une femme de cinquante ans, affectée d'un impétigo des plus étendus, qui guérit en moins de trois semaines. Dans les quinze premiers jours, il fallait revenir tous les deux jours à l'application, parce que l'enduit était détaché par la sécrétion des parties sous-jacentes; mais à mesure que la guérison s'opérait, l'épiderme artificiel restait plus longtemps adhérent.

M. Graves signale, en terminant, l'application qui vient d'être faite de cet enduit au traitement des pustules varioliques. On sait que lorsque le collodion fut proposé dans le traitement de l'érysipèle, on songea naturellement à en faire usage dans la variole, pour prévenir les cruelles difformités qu'entraîne cette maladie. En France, notre collaborateur M. Aran; plus tard, en Allemagne, MM. Spengler et Rapp; plus récemment, M. Querrin Willemier, en Hollande, dirent s'être bien trouvés de ces applications faites au début de la maladie. M. Stockes, qui s'est servi dans le même but de la solution du gutta-percha, n'en fait, au contraire, l'application que lorsque les pustules sont arrivées à leur pleine maturation, commençant à se déprimer à leur centre. M. Graves cite deux faits de variole confluente empruntés à la clinique de ce médecin; l'une, chez un enfant de 12 ans; l'autre, chez une fille de 18 ans. Chez toutes deux, on appliqua deux couches de la solution du gutta-percha sur la face, que l'on réappliqua suivant le besoin. Les deux malades s'en trouvèrent soulagées; arrivées à la période de desquammation, les croûtes tombèrent par larges plaques, et à peine s'il restait des traces de la maladie.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

MÉDECINE ET PHARMACIE AU BRÉSIL. — Tout l'empire du Brésil ne compte que deux Facultés nationales de médecine, appelées *Écoles impériales de médecine*, l'une à Rio-de-Janeiro, l'autre à Bahia, la capitale actuelle et la capitale ancienne de ce vaste empire. Toutes deux sont constituées exactement sur le même modèle, sous le rapport des réglemens, des coutumes, du nombre des professeurs, et rappellent à peu de chose près la constitution de la Faculté de médecine de Paris. Chaque école a 14 professeurs et 6 agrégés, avec un directeur et un sous-directeur, correspondant au doyen et au vice-doyen. Ces derniers sont nommés par le gouvernement, sur une liste triple adressée par les professeurs tous les trois ans; ils remplissent tous les devoirs des autres professeurs, si ce n'est qu'ils ne passent pas d'examen. Ils ont un contrôle limité sur l'école, et constituent le canal officiel de communication avec le gouvernementt et les corps constitués sur toutes les matières qui touchent à l'hygiène publique, aux prisons, etc. Les devoirs des agrégés sont ceux des suppléans dans tous les pays; c'est-à-dire que lorsqu'un professeur titulaire se trouve empêché de remplir sa chaire par une maladie ou par un service public, comme cela est très commun au Brésil, il est suppléé par un agrégé. Les agrégés sont nommés au concours. La plupart des anciens professeurs ont pris leurs degrés dans les Facultés du Portugal, de l'Écosse, de la France ou de l'Italie. Les professeurs agrégés reçoivent de l'État une subvention et rien des élèves, les droits d'examen étant appliqués au service de l'École. Chaque professeur reçoit par an environ 7,500 francs. (1,200 *mil reis*), chaque agrégé un tiers de moins. Professeurs et agrégés peuvent demander leur retraite, et conservent leurs appointemens après vingt ans de service, ou lorsqu'ils ne peuvent plus remplir leurs fonctions par suite de leur âge ou de leurs infirmités. Un professeur *voyageur* est désigné au concours par la Faculté tous les quatre ans, pour aller chercher dans les diverses contrées de l'Europe les améliorations et les découvertes les plus récentes de la médecine et des sciences accessoires, sur lesquelles il est tenu d'adresser régulièrement des rapports à l'École. Les dépenses sont défrayées par l'État.

Les Facultés de médecine comprennent les quatorze chaires suivantes : 1° physique; 2° botanique; 3° chimie; 4° anatomie; 5° physiologie; 6° pathologie externe; 7° pathologie interne; 8° matière médicale; 9° hygiène; 10° opérations; 12° accouchemens; 13° clinique médicale; 14° clinique chirurgicale. Indépendamment des professeurs, il y a pour chaque Faculté un trésorier, un bibliothécaire et un préparateur des travaux chimiques, tous élus par la Faculté. L'ordre des études est le suivant : 1re *année*, physique et botanique médicales; 2me *année*, chimie, anatomie générale et descriptive; 3me *année*, anatomie et physiologie; 4me *année*, pathologie externe et interne, pharmacie et matière médicale; 5me *année*, médecine opératoire et accouchemens; 6me *année*, hygiène, histoire de la médecine et médecine légale. Tous les examens sont publics, et les questions tirées au sort.

Les Facultés de médecine peuvent donner les titres suivans : docteur en médecine, docteur en pharmacie, docteur en accouchemens; pour ce dernier titre, il y a des examens et des études spéciales.

Dans chaque grande ville, il y a ordinairement trois ou quatre grands hôpitaux : la Misericordia ou hôpital civil, largement pourvu par des dons, des legs et des taxes particulières, l'hôpital militaire et de la marine; et à Rio, à Bahia, et à Fernambouc, des hôpitaux de lépreux. Il y a aussi des infirmeries attachées aux couvens.

La session académique dure huit mois, du 1er mars au 30 octobre; les leçons se font tous les jours, à peu d'exceptions près, par les professeurs ou les agrégés. Les professeurs de clinique médicale ou chirurgicale ont le droit de choisir leurs malades dans tout l'hôpital de la Miséricorde.

L'étudiant, avant de prendre ses inscriptions, doit avoir pris ses degrés, et la durée des études est la même pour tous les élèves en médecine; elle est de six ans. Pour être docteur en chirurgie, il y a un examen de plus que pour le titre de docteur en médecine, comme en France.

A leur entrée à l'École, tous les élèves sont divisés en *médecins* et *pharmaciens*; tous sont obligés d'être bacheliers et doivent avoir accompli leur seizième année. L'étudiant en pharmacie obtient son diplôme après trois ans d'études, tandis que l'étudiant en médecine ne peut l'avoir qu'après six années. L'étudiant en pharmacie est tenu de doubler ses cours de physique et de chimie médicales, de botanique, de pharmacie et de matières médicales, tandis que l'étudiant en médecine ne les suit qu'une fois. En revanche, l'étudiant en pharmacie doit séjourner trois ans dans une officine à la fin de ses études académiques; après quoi, il subit un examen public devant la Faculté et soutient sa thèse. Comme pharmacien, il n'a le droit que de vendre des médicamens et de préparer les prescriptions officinales; jamais il ne peut être consulté médicalement, et celui qui s'aviserait de prescrire un médicament dans un but curatif serait immédiatement condamné, pour la première fois, à une amende de 50 *mil-reis*, pour la seconde à une amende double, ainsi de suite, et s'il continuait, sa licence lui serait retirée. D'un autre côté, le médecin ne doit, sous aucun prétexte, préparer et vendre des médicamens sous quelque forme que ce soit.

(*Dundas's sketches of Brazil.*)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 105. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 2 Septembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er SEPTEMBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Aux émouvantes et dramatiques séances qui viennent de se passer à l'Académie de médecine, ont succédé les paisibles débats des séances ordinaires. Ce calme ne sera pas de longue durée. M. Velpeau, qui avait conseillé et qui a mis en pratique pour lui-même le système d'abstention dans la longue discussion sur la Syphilisation, paraît animé d'une humeur autrement guerroyante pour la discussion qui se prépare sur la transmissibilité des accidens secondaires de la syphilis. L'honorable et savant professeur a tant insisté pour la reprise immédiate de la discussion de la seconde partie du rapport de M. Bégin, que cette discussion, sauf le chapitre des accidens, s'ouvrira mardi prochain. Il y avait quelques bonnes raisons à faire valoir pour différer un peu l'ouverture de ces nouveaux débats. Dans l'intérêt même de la question grave qui va s'agiter, il eût été peut-être prudent de ne pas la soumettre à la discussion immédiatement après celle qui vient d'occuper l'Académie. Les corps délibérans n'ont pas, en général, un tempérament assez robuste pour supporter coup sur coup deux discussions importantes. De plus, nous voilà en pleine saison de vacances, et par les vides nombreux qu'on peut apercevoir sur les banquettes, on ne voit que trop quelle influence exerce sur l'Académie ce temps de voyages, de chasse et de villégiature. Enfin, le rapporteur de la commission est absent, et c'était bien le moins que l'Académie pût faire pour un collègue comme M. Bégin, qu'un service public éloigne momentanément de la compagnie, d'attendre son retour. Mais il paraît qu'on est très pressé d'ouvrir les hostilités contre ce point de la doctrine professée à l'hôpital du Midi. Nous sommes bien convaincu que M. Velpeau ne cède en cela qu'à une conviction profonde, et qu'au désir de faire triompher le plus vite possible ce qu'il croit être la vérité. Un homme de ce caractère ne mettra jamais l'autorité de sa parole au service d'intérêts ou de passions extra-scientifiques. Aussi est-ce avec une déférente et respectueuse attention que nous nous proposons de suivre les développemens et la démonstration de son opinion, déjà connue, sur la transmissibilité des accidens secondaires. A l'ardeur qu'il a mise à provoquer cette discussion, on doit s'attendre de la part du savant professeur de clinique, à une exhibition de preuves nombreuses et péremptoires. Nous les recueillerons avec un religieux scrupule, et nous ne lui demanderons pas la liberté, tant nous connaissons la libéralité de son esprit, d'en examiner la signification et la valeur. Nous ne pouvons pas entrer dans cette nouvelle discussion avec un parti pris d'avance ; nous espérons qu'on ne nous prêtera pas cette disposition d'esprit. La question qui va s'agiter est d'un intérêt pratique et social si considérable, qu'il serait bien à plaindre, celui qui en aborderait l'examen sans se dépouiller de toute influence étrangère à la science.

Nous n'avons rien à dire des placides travaux qui ont occupé hier l'Académie, et dont le compte-rendu donne une idée suffisante.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN ARRIÈRE, REMONTANT A UNE ÉPOQUE ÉLOIGNÉE ; — SOUDURE COMPLÈTE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS A LA PARTIE SUPÉRIEURE ; AVEC DES RÉFLEXIONS SUR LES LUXATIONS CONGÉNIALES DU COUDE.

Par M. le docteur VERNEUIL.

Quoique l'affection dont je vais donner la description anatomique ne soit accompagnée d'aucun détail observé sur le vivant, et qu'elle semble ne constituer qu'un fait d'anatomie pathologique pure, elle s'accompagne de particularités assez intéressantes pour pallier l'aridité des détails descriptifs.

Le 3 mai dernier, un élève de mon pavillon me remit le membre supérieur droit d'une jeune femme d'une forte constitution et bien conformée en général. Les mouvemens de l'épaule, du poignet, des doigts, étaient non seulement normaux, mais encore se faisaient dans des limites très étendues. Au coude, la flexion et l'extension s'exécutaient avec précision ; mais les mouvemens de rotation du radius étaient complètement abolis. L'avant-bras était en pronation forcée permanente, de façon que l'apophyse styloïde du radius était située au-dessous d'une ligne verticale passant par l'épitrochlée. La face palmaire de la main regardait directement en arrière ; aucun effort ne pouvait ramener l'avant-bras en supination. Du reste, on ne voyait à l'intérieur aucune trace de lésion antécédente. Le système musculaire était bien développé, les régions du coude et du poignet, au niveau des deux articulations radio-cubitales, ne présentaient aucune déformation. Le toucher reconnaissait dans toute leur étendue les deux os de l'avant-bras qui n'offraient en aucun point de tuméfaction ni de saillie représentant un ancien cal. Le radius paraissait seulement un peu arqué à sa partie moyenne.

J'avoue qu'il me fut d'abord impossible de me former une idée précise de la nature de la lésion, j'aurais pu être éclairé par les antécédens, quoiqu'il soit souvent impossible, même sur le vivant, d'établir un diagnostic certain dans les anciennes lésions traumatiques du coude.

Je procédai donc à la dissection pour reconnaître la cause de l'immobilité des deux os de l'avant-bras. Pour abréger la description, je dirai que tous les muscles extenseurs et fléchisseurs étaient bien développés et dénotaient même un degré de vigueur marqué. Les nerfs, les vaisseaux étaient également tout à fait normaux. Tous ces organes avaient seulement éprouvé une déviation permanente, rigoureusement conforme à la nouvelle attitude, c'est-à-dire qu'ils étaient exactement dans la direction que leur donnait la pronation forcée. Je m'arrêterai seulement un instant sur les muscles rotateurs proprement dits, le long supinateur, le rond pronateur sont considérablement atrophiés ; ils ont perdu au moins un tiers de leur volume. Leur tissu, quoique pâle et presque entièrement décoloré, conserve encore l'apparence fasciculée des muscles ordinaires. Leur consistance n'est point augmentée. Le court supinateur est réduit à une couche mince, mélangée d'une grande proportion de graisse, surtout vers les insertions. Le carré pronateur est bien plus atrophié encore ; à peine a-t-il conservé, au niveau du milieu de l'espace interosseux deux ou trois lignes d'épaisseur, et ce qui en reste n'est guère composé que fibres aponévrotiques qu'on sait être très nombreuses dans ce muscle, mélangées de quelques rares faisceaux de fibres musculaires d'un rose très pâle. On s'explique sans peine, du reste, la diminution de volume beaucoup plus marquée des deux derniers muscles qui n'agissent seulement que sur les deux os de l'avant-bras, tandis que le rond pronateur et le long supinateur ont pu encore conserver la faculté d'agir, en raison de leur coopération au mouvement de flexion de l'article huméro-cubital.

J'ai un peu longuement insisté sur l'état de ces muscles afin qu'il soit bien entendu que le repos les avait atrophiés, et avait rendu graisseux l'un d'entre eux, mais qu'ils n'avaient subi aucune transformation fibreuse, quoique l'élément albuginé fût relativement beaucoup plus abondant que de coutume dans leur intérieur, eu égard à leur masse ; c'est, au reste, ce que j'ai rencontré jusqu'à ce jour dans les affections dans lesquelles les agens contractiles étaient réputés envahis par la *transformation fibreuse* ; d'où il résulte que je traduirai jusqu'à nouvel ordre cette dernière expression par les mots : *atrophie musculaire portant essentiellement sur la partie rouge et respectant presque complètement la fibre tendineuse et celluleuse interstitielle, ce qui donne pour résultat une diminution considérable dans le volume de l'organe, avec décoloration plus ou moins avancée, augmentation de la densité ou de la résistance à la section par l'instrument tranchant, et abolition plus ou moins marquée de l'élasticité du muscle.* Cette manière de formuler une altération pathologique sur laquelle bien d'autres que moi ont discuté, me semble, jusqu'à preuve du contraire, l'expression de la vérité. Je ne pense pas qu'on doive ne voir là qu'une discussion de mots, c'est, à mon avis, un point de doctrine dont un des avantages serait au moins d'écarter du langage anatomique. Le mot *transformation*, contraire aux idées modernes sur les altérations que nos tissus peuvent présenter.

Qu'on me pardonne cette digression, je reviens à l'examen de la pièce et je passe aux parties dures.

L'humérus est normalement conformé ; j'ai négligé de le comparer rigoureusement à celui du côté opposé ; mais il ne m'a pas paru avoir un volume moindre que ce dernier ; la partie inférieure de l'os est seule modifiée dans sa forme. L'épitrochlée, la trochlée sont parfaitement conformées, elles conservent leurs dimensions normales. Mais le petit condyle huméral n'existe plus ; au moins n'en trouve-t-on qu'un vestige à la partie antérieure en dehors de la trochlée. En arrière, à la place du condyle, se trouve une rainure verticale étroite et peu profonde, assez lisse, mais dépourvue du cartilage diarthrodial, et qui répond à la tête du radius atrophié ; celle-ci y glisse de bas en haut, *et vice versâ*, dans les mouvemens d'extension et de flexion du coude. La petite portion du condyle qui persiste en avant, est recouverte de cartilage, ce qui me paraît en rapport avec la persistance du frottement de ce point osseux contre la face profonde du ligament antérieur et une portion du col du radius. L'épicondyle n'est ni déplacé, ni déformé ; il donne insertion comme de coutume aux muscles de la région postérieure ; les cavités olécrânienne et coronoïde n'offrent rien à noter.

Il en est de même de l'extrémité supérieure du cubitus, point de déformation, ni d'augmentation de volume, ce qui mérite d'être constaté, pour la détermination de la nature de l'affection, l'observation ayant montré que dans certains cas de malformation congénitale ou autre, surtout dans les cas assez communs d'absence du radius. Le cubitus pouvait se renfler considérablement pour remplacer le rôle du radius dans l'articulation du coude ; seule, la petite cavité sigmoïde du cubitus a disparu, ce que nous allons facilement expliquer.

Normalement développé depuis l'extrémité carpienne jusqu'à la tubérosité bicipitale, le radius a, au contraire, perdu le tiers de son volume dans la portion supérieure qui comprend son col et sa tête ; cette dernière surtout n'est plus représentée que par un tubercule osseux à peine renflé, qui, placé derrière le vestige du petit condyle huméral, atteint à peine la partie moyenne de la grande échancrure sigmoïde, il est étroitement embrassé en arrière par le muscle anconé. Cette tête ne peut être perçue par le toucher ; point de trace de la cupule, ni de son rebord ; l'extrémité luxée se termine par une saillie inégale, dépourvue de cartilage, et sur laquelle se perdent quelques trousseaux ligamenteux. Dans les mouvemens de flexion forcée, la partie antérieure du col radial frotte encore légèrement contre ce qui reste en avant du petit condyle huméral. Il est donc incontestable que le radius a glissé de bas en haut sur le cubitus, en se tenant en arrière de l'extrémité inférieure de l'humérus. J'ajouterai, comme preuve, l'ascension de la tubérosité bicipitale, qui est appliquée immédiatement au-dessous de l'apophyse coronoïde du cubitus. L'insertion du biceps regarde directement en avant.

J'ai déjà dit que les deux os de l'avant-bras étaient en pronation forcée. Cette attitude permanente s'explique par les nouvelles connexions de cet os. Depuis le sommet de sa tête, en effet, jusqu'au niveau de la réunion de son tiers supérieur avec son tiers moyen, le radius est soudé avec le cubitus. La fusion très marquée, surtout aux environs de la tubérosité bicipitale, est tellement complète, qu'une rainure marque seule la limite des deux os. L'ankylose a lieu précisément dans la position que prennent les os dans la pronation forcée, et le radius croise à angle aigu le tiers supérieur du cubitus. La petite cavité sygmoïde a disparu, l'espace inter-osseux, effacé en haut, existe immédiatement au-dessous de la soudure. Du reste, le pont osseux qui réunit les deux pièces du squelette de l'avant-bras, ne présente point les caractères d'un cal, ni d'une exostose, ni de ces végétations périostales qui indiquent un travail phlegmasique récent. Il en est de même, au reste, des extrémités épiphysaires qui constituent l'articulation du coude. Point d'ostéophytes, ni d'ossification accidentelle, comme on en rencontre presque toujours à la suite des luxations traumatiques.

J'ai pratiqué une coupe qui m'a assuré que les canaux médullaires des deux os étaient distincts et intacts au niveau de la soudure.

L'articulation radio-cubitale inférieure n'est point soudée ; les os y possèdent même encore une mobilité faible, mais manifeste. Les surfaces de contact, exactement appliquées, ne sont plus tapissées par le cartilage d'incrustation, mais ne présentent pas d'autres altérations, quoique l'immobilité y existe incontestablement depuis une époque bien éloignée, ce qui, soit dit en passant, ne justifie pas l'opinion du développement nécessaire d'altérations graves dans les jointures soustraites depuis longtemps au mouvement.

Les ligamens de l'articulation du coude sont sains et à peu près complets, au moins ceux qui attachent l'humérus et le cubitus ; au côté externe, ils sont moins distincts. Le ligament annulaire n'est plus représenté que par quelques trousseaux fibreux, qui entourent à la manière d'une écharpe le col du radius, et dont quelques-uns viennent s'insérer au tubercule terminal de cet os (1).

L'observation que je viens de rapporter, n'est point unique dans la science ; la thèse si remarquable de M. Robert, sur *les vices de conformation congénitaux des articulations* (2), renferme un chapitre sur les luxations originelles de l'articulation du coude, dans lequel se trouvent explicitement indiqués au moins quatre cas, qui présentent, avec celui qu'on vient de lire, une similitude presque absolue. Le premier, dû à Sandifort, est consigné dans le *Museum anatomicum*, tab. CIII, fig. 3. Le second est relatif à une pièce qui fait partie du musée du Collège des chirurgiens d'Irlande. Todd et Bowman (article *Coude de la cyclope dia*), en mentionnent un troisième ; enfin, le quatrième cas fait l'objet d'une observation très complète et très intéressante due à M. Dubois (3), et sur laquelle mon excellent ami, le dr Deville, lut à la Société anatomique un rapport savant. Dans ces quatre cas, il est noté que la tête du

(1) La pièce est déposée au musée Dupuytren.
(2) Thèse de concours, 1851, 73 et suivantes.
(3) *Bull. de la Société anat.*, fév. 1852, p. 67.

radius, considérablement atrophiée, était située derrière le petit condyle huméral, atteint lui-même de déformation plus ou moins complète; la soudure des deux os de l'avant-bras y a été également consignée.

Je ne veux pas entrer dans de longs commentaires sur ces faits, et les comparer minutieusement au point de vue anatomique; cependant, je veux m'arrêter à discuter un point important, c'est-à-dire la congénialité. Pour poser nettement la question, je dirai que, dans des cas de ce genre, l'étiologie est toujours obscure, car les antécédens manquent presque constamment, ce qui fait qu'on peut interpréter diversement la cause première de la difformité, et l'attribuer soit à une malformation originelle, soit à une affection traumatique, à une luxation non réduite, et remontant à la première enfance: c'est sur ce terrain que je vais porter le débat.

L'affection est-elle due à une malformation originelle; j'évite de dire congéniale, car il me semble qu'il y a là un vice de langage ou au moins une distinction à faire; une luxation est dite congéniale quand l'enfant l'apporte en naissant, mais on sait que le traumatisme intra-utérin est incontestablement établi par les faits, tout aussi bien que l'existence des maladies organiques capables de donner lieu à des luxations dites symptomatiques.

Or, quelle différence faire entre un déplacement reconnaissant une de ces deux causes, et qui s'opérera un mois avant ou un mois après la naissance? Aucune sans contredit. Combien une lésion de ce genre sera différente, au moins étiologiquement, d'une malformation articulaire tenant à l'absence d'un os ou à une conformation irrégulière des surfaces diarthrodiales et des épiphyses. N'y aurait-il pas lieu de faire ici deux classes bien distinctes, en tenant moins compte du moment où il est permis de constater la luxation?

Je voulais seulement poser la question, car nous n'avons point, pour le cas échéant, à la résoudre, puisque je n'ai aucun renseignement à produire sur l'histoire de mon sujet. Par malheur, les auteurs que j'ai cités plus haut n'ont pas été mieux renseignés que moi, et pourtant, chose remarquable, il n'en est pas un qui ne regarde la nature congéniale de ces lésions comme ne pouvant être contestée. S'il fallait s'en rapporter aveuglément à la parole des maîtres, je n'aurais qu'à ajouter mon observation aux leurs, et le nombre grossissant, on arriverait à tracer une histoire de la luxation en question. J'avoue pourtant que rien ne me paraît moins prouvé que cette congénialité, et en l'absence de renseignemens, lacune qu'il est du reste facile de concevoir, c'est avec l'induction et le raisonnement que je vais tâcher de prouver qu'il s'agit ici, comme dans les autres cas dont j'ai donné l'indication, d'une luxation traumatique ancienne. Je ne fais au reste que reproduire des doutes formulés déjà par M. Robert, dans le travail cité.

Un mot sur le siége: le nombre déjà assez considérable d'observations de luxations réputées congéniales du coude, ferait croire que les malformations de cette articulation ne sont pas très rares. Or, j'ai examiné pour ma part un nombre considérable d'articulations de fœtus. M. Parise dit en avoir fait autant. Jamais encore, ni lui ni moi, n'avons trouvé la moindre difformité dans cette jointure, tandis que j'ai déjà rencontré un assez bon nombre de malformations de la hanche, du genou, du pied, de la main, etc.; mais ceci n'est point une preuve. Je passe à un autre argument: à l'exception d'un cas peu détaillé dû à Dupuytren, et d'un autre plus concluant rapporté par M. Jules Guérin, la lésion n'a jamais été trouvée que d'un seul côté. Or, on sait qu'un des caractères les plus importans des malformations originelles est de frapper les deux côtés à la fois? A part le cas rapporté par Chaussier, où un fœtus présentait une luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière, la luxation congéniale du coude a toujours été bornée au radius, qui tantôt s'est luxé en avant de l'humérus (Jules Guérin), tantôt en haut et en dehors (Adams, Deville), tantôt et beaucoup plus souvent en arrière du petit condyle huméral. (Dupuytren, Cruveilhier, Sandifort, Todd et Bowmann, Musée des chirurgiens d'Irlande, Dubois et moi-même.) Pourquoi donc l'articulation huméro-cubitale ne participe-t-elle pas à la malformation, et pourquoi cette constante intégrité pour la trochlée et l'épiphyse cubitale supérieure? Je crois qu'on peut répondre à ces diverses questions de la manière suivante: les luxations traumatiques du coude sont loin d'être rares chez les enfans; complètes, elles sont rarement méconnues par les parens et les chirurgiens, par des raisons faciles à comprendre; il en est autrement quand elles sont bornées au radius seul, et les recherches des modernes, et en particulier de MM. Perrin, Goyrand, etc., montrent que cette variété est non seulement fréquente, mais qu'elle passe souvent inaperçue en raison du peu de difformité qu'elle occasionne. Je pense donc, en l'absence de renseignemens précis, que la plupart des luxations du radius, qu'on regarde comme congéniales, ne sont que d'anciens déplacemens traumatiques qu'on n'a su reconnaître ou qu'on n'a pu réduire. J'avoue pourtant qu'une objection m'arrête. On dit que la variété la plus commune de luxation isolée du radius se fait en avant lorsqu'on soulève l'enfant par l'avant-bras. Mais outre que cette question de fréquence ne me paraît pas absolument jugée, je trouve entre les symptômes que l'on a notés et ceux qu'on peut déduire *à priori* de la nouvelle position des os, quelques contradictions qui semblent exiger de nouvelles observations.

Il me reste encore à répondre à quelques objections qu'on pourrait prendre dans l'examen des pièces, et opposer à mon opinion: lorsqu'une luxation traumatique reste non réduite, ou même après la réduction, on observe presque toujours des dépôts osseux de nouvelle formation qui déforment les extrémités déplacées, et se rencontrent même dans les ligamens et les parties molles voisines; or, rien de semblable ne se rencontre dans la pièce précédemment décrite (1). Le fait énoncé est vrai; mais ces produits ostéo-plastiques résultent du développement d'un travail inflammatoire; or, quand les os se luxent dans les premiers temps de la vie, et que le déplacement est peu prononcé, ce travail inflammatoire peut manquer. Et, d'ailleurs, les extrémités osseuses, encore cartilagineuses, ne doivent point sécréter des ostéophytes comme des os tout formés. Qui nous dit, d'ailleurs, que ces végétations n'ont pas été résorbées?

M. Cruveilhier donne, comme caractère de la nature congéniale des luxations du radius, la présence d'un long prolongement conique que cet os envoie en haut, derrière le condyle huméral.

M. Nélaton reproduit en quelques lignes l'opinion de M. Cruveilhier, et la partage; si ce caractère est pathognomonique, il servirait à faire regarder comme non congéniaux les faits de Sandifort, de M. Dubois, le mien, etc., etc.; car cette particularité y manquait.

Au reste, en examinant avec soin les deux pièces que j'ai à ma disposition, je suis resté convaincu qu'il s'agit d'une luxation traumatique ancienne, bien caractérisée par l'attitude du membre, la position nouvelle de la tête radiale, son atrophie et la déformation, portant sur elle et sur le petit condyle, l'ascension du radius, l'état d'intégrité de tout le reste du membre et de tous les muscles, moins les rotateurs, etc., etc.

Un mot encore, en terminant, sur cette remarquable fusion des deux os de l'avant-bras, qui a paru, à certaines personnes, un caractère très évident de congénialité. Or, pour moi, cet argument n'a rien de péremptoire. Je connais plusieurs exemples de fusion congéniale de deux os voisins, abstraction faite, bien entendu, des cas de syrénomélie. Mais cette fusion, que j'ai rencontrée moi-même plusieurs fois, porte sur les os de la main, du pied, sur les côtes surtout. Je connais aussi un cas de soudure presque certainement originelle de l'humérus et du radius, qui coïncidait avec des anomalies très nombreuses dans le squelette et les parties molles du membre supérieur. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1836, p. 82.) Mais les faits ne me semblent pas comparables.

Cette fusion du radius et du cubitus a été déjà notée quatre fois dans les cas analogues au mien; c'est là une particularité remarquable en l'absence de fracture ou de périostite; on peut donc croire d'autant plus facilement à une anomalie originelle, que la surface des os dans tous les points et même au niveau de leur continuité est lisse et ne porte aucune trace d'un travail inflammatoire ou de la formation d'un cal. Mais avec un peu d'attention, on remarque que le pont osseux siége précisément au point où les deux os ont dû être maintenus dans un contact permanent par le seul fait du déplacement traumatique du radius; or, il ne répugne nullement d'admettre que les os se sont soudés à la manière de deux branches longtemps accolées, et par un mécanisme analogue à celui qui préside à la greffe par accollement usitée en horticulture. Cette action a dû s'opérer lentement, progressivement; les deux périostes accolés ont dû se confondre, puis disparaître, et l'on n'est pas surpris de voir que cette réunion n'a pas laissé les vestiges d'un travail inflammatoire, surtout si, comme je le pense, la lésion remonte jusqu'aux premiers temps de la vie.

J'aurais abrégé les détails anatomiques et les réflexions qui les suivent, s'il n'était indispensable de toucher souvent à la minutie et à la prolixité dans les discussions qui portent sur des faits entraînant avec eux le doute et l'obscurité. Je me crois néanmoins en droit d'en conclure:

1° Que la luxation de la tête du radius en haut et en arrière, que je viens de décrire, n'est point une malformation originelle;

2° Qu'en raison de la ressemblance que présentent avec elle plusieurs observations tirées des auteurs, je refuse à ces dernières le caractère de congénialité qui leur a été accordé sans conteste jusqu'à ce jour;

3° Que les malformations originelles du coude sont très rares;

4° Que le plus souvent les observations qu'on a données comme telles, manquent absolument de renseignemens antécédens, et qu'on doit les rapporter à des déplacemens traumatiques datant de la première enfance;

5° Que le contact insolite et permanent entre deux os peut amener lentement leur fusion, comme cela se passe entre deux branches accolées;

6° Que cette réunion peut s'opérer sans l'intervention d'un travail inflammatoire très manifeste, et cela d'autant plus facilement que l'ossification est moins avancée.

(1) Et l'on sait que ce signe négatif, cette absence de végétations périostiques, est en quelque sorte la règle dans les malformations congéniales.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Dans le cas qui précède, le diagnostic ne pouvait être indécis, bien que nous ayons trouvé le col dans une situation qui pouvait faire soupçonner l'existence d'une rétroversion; car il suffisait de porter le doigt en haut et en avant pour sentir l'angle de flexion et au-dessus le corps de l'utérus. Du reste, l'introduction de la sonde venait lever tous les doutes, puisque s'il y eût eu rétroversion, au lieu de porter le manche en bas, comme nous l'avons fait, il aurait fallu l'élever fortement contre le pubis, en dirigeant la concavité de la sonde en arrière.

Ce qu'il y a de plus remarquable pour nous, ce sont ces métrorrhagies alternant avec de la dysménorrhée, et vous voyez qu'il a suffi d'une seule application du redresseur pendant huit jours pour remettre l'utérus en place, ramener la régularité de la menstruation et faire cesser les métrorrhagies. Il semblerait donc que ces hémorrhagies étaient complémentaires des règles trop peu abondantes.

La déviation a bien été causée par l'expulsion de la môle, puisque c'est immédiatement après qu'elle a commencé à se manifester par des symptômes évidens. La leucorrhée n'est venue qu'ensuite; elle était donc due à la déviation, ainsi que la constipation occasionnée par la pression qu'exerçait le corps de l'utérus sur le rectum. Quant à la douleur pendant le coït, il faut bien la regarder également ici comme un symptôme, puisqu'elle a cessé d'exister quand nous avons eu obtenu la guérison.

Toutes nos malades avaient plus ou moins perdu leurs forces; neuf avaient le teint pâle et l'air abattu; toutes avaient l'appétit mauvais, capricieux, ou au moins médiocre.

§ IV. *Diagnostic.* — Je ne reviendrai pas, à propos du diagnostic, sur ce que je vous ai dit des signes auxquels vous reconnaîtrez l'existence d'une antéflexion. Seulement je vous recommanderai d'avoir, dans tous les cas, recours à tous les moyens d'exploration dont vous pouvez disposer, car certaines tumeurs, siégeant en avant du corps de l'utérus, vous fourniront un grand nombre des signes de l'antéflexion, et votre diagnostic ne pourra être porté avec certitude qu'après un examen minutieux et complet.

Deux fois j'ai eu à vaincre de semblables difficultés, et voici comment j'y suis parvenu: dans le premier cas, c'était à l'hôpital Ste-Marguerite, je trouvai, au toucher, le col occupant sa position et sa direction normales; au-dessus et en avant on sentait, séparé de lui par un angle très marqué, un corps globuleux dur, immobile et douloureux à la pression. On aurait pu d'autant mieux croire à une antéflexion, que la marche était douloureuse et difficile, que les urines étaient rendues fréquemment avec sensation de picotement. Mais la sonde pénétrait dans l'utérus, suivant sa direction habituelle, et même en se rapprochant un peu du sacrum, comme si l'organe eût été légèrement incliné en arrière, et pendant que la sonde était dans l'utérus, je constatai que la tumeur située entre le col et le pubis n'avait pas subi de modification. Le cathétérisme de la vessie, pratiqué aussitôt, permit de sentir des rugosités au bas-fond de cet organe; les urines rendues avaient de la fétidité, et les contractions de la vessie, pour l'émission des dernières gouttes, étaient douloureuses. Nous reconnûmes alors qu'au lieu d'une antéflexion il existait un cancer de la vessie, expliquant parfaitement bien le teint jaune paille cachectique de la malade.

Une autre fois, je fus appelé par un praticien distingué de Paris, M. Tournié, en consultation près d'une dame âgée de 50 ans environ, atteinte depuis peu de temps de douleurs très vives dans le bas-ventre, avec fatigue si grande au plus léger mouvement, qu'elle était obligée de rester constamment chez elle étendue sur un canapé. Par le toucher, on trouvait le col volumineux, engorgé, porté en arrière et ayant son ouverture dirigée en bas, puis entre lui et le pubis un corps solide résistant, auquel il était possible d'imprimer quelques légers mouvemens; il fallait aller chercher le col assez loin vers le sacrum, ce qui rendait le cathétérisme difficile; aussi, après deux séances d'essais infructueux, la sonde ne pénétra-t-elle qu'à la troisième tentative, dans la direction de l'axe normal de l'utérus; et en éloignant la matrice fortement en arrière, on sentait le même corps entre elle et la vessie. Un examen attentif nous permit de reconnaître que cette tumeur était moins dure, moins résistante, moins solide que le corps de l'utérus lui-même; il y avait une semi-fluctuation, et en combinant soigneusement le palper hypogastrique avec le toucher, je ne tardai pas à trouver dans la profondeur de la fosse iliaque droite, une résistance semblable en communication directe avec celle que je sentais dans le vagin. Il était dès lors certain qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une tumeur de l'ovaire développée principalement en avant et en bas, et non pas d'une antéflexion, comme on l'avait cru d'abord.

§ V. *Pronostic.* — Le pronostic est plus favorable encore que pour l'antéversion, puisque sur onze cas nous avons eu dix guérisons et une malade qui a quitté l'hôpital il y a peu

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet et 31 Août.

de jours, alors que le traitement était à peine commencé. Cependant, je suis loin de vouloir établir le pronostic d'une manière définitive d'après un si petit nombre de cas.

§ VI. *Lésions anatomiques.* — Je ne puis mieux vous parler des lésions anatomiques, qu'en vous montrant un utérus en état d'antéflexion; je le dois à l'obligeance de M. Aran, dans le service duquel il a été trouvé.

Observation VIII. — La femme à qui cet utérus a appartenu était âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatique; elle avait eu les ganglions sous-maxillaires engorgés pendant son enfance; elle fut réglée à 15 ans et demi, mal dès le début, et avec des suspensions qui duraient jusqu'à six mois. Lorsqu'elle est entrée à l'hôpital le 26 mars, il y avait deux mois que ses règles ne s'étaient pas montrées. Elle avait alors des accès de fièvre reparaissant tous les jours, qui furent traités sans succès par le sulfate de quinine. Le 2 mai, la fièvre habituelle devint plus forte et s'accompagna de douleurs dans le mollet, dont on vit bientôt se dessiner les veines superficielles; elles étaient dures, saillantes, douloureuses au toucher. Les accidens augmentèrent rapidement, la phlébite s'étendit le long de la cuisse, et la mort survint le 15 mai, sans que l'on ait eu occasion, pendant la vie, de toucher cette femme; elle n'avait pas eu d'enfans.

A l'autopsie, on trouva du pus jusque dans la veine iliaque interne du côté malade. Les organes du bassin ne présentaient rien d'anormal, si ce n'est l'utérus, qui fut trouvé fléchi en avant; le corps reposait sur la face antérieure du col, comme je vous ai dit que cela a lieu dans la deuxième forme d'antéflexion que nous avons admise. L'ouverture du col, étroite et régulière, admet pourtant très bien la sonde, qui pénètre facilement et sans être arrêtée ni au niveau de l'orifice interne, ni au niveau de la flexion; l'utérus se laisse parfaitement redresser. On arrive ainsi à une profondeur de 6 centimètres et demi.

Cette introduction de la sonde dans la cavité utérine nous montre un fait intéressant à noter, c'est que la paroi antérieure de l'utérus est beaucoup plus mince et moins résistante au niveau de la flexion que dans un autre point de cette paroi, et que ne l'est la paroi postérieure dans le point correspondant. De là résulte que si, maintenant le col fixé entre mes doigts, j'abandonne le corps à lui-même après l'avoir ramené dans sa direction normale, il retombe forcément dans la position fléchie que vous lui avez vue affecter primitivement; que si, au contraire, j'essaie de le faire retomber en arrière dans une position analogue, vous voyez que je n'y puis réussir.

Si, d'autre part, je fais les mêmes tentatives sur un utérus normal, que j'ai fait apporter comme point de comparaison, vous voyez que le corps n'a aucune tendance à se fléchir ni en avant, ni en arrière, quel que soit le sens suivant lequel on l'abandonne à son propre poids, en maintenant le col fixé en place; les deux axes se continuent toujours. D'un autre côté, si j'abandonne l'utérus antéfléchi à lui-même sur la sonde introduite assez loin pour dépasser le point de flexion, sans atteindre le fond de la cavité, vous voyez le corps, ramené dans l'axe du col, s'affaisser en quelque sorte sur cette espèce de tumeur, en formant un pli au niveau du point où la paroi antérieure est amincie. J'ai déjà été à même de constater ce fait sur une pièce qui m'a été montrée par M. Depaul; et j'insiste sur ce point, parce qu'on a fait valoir l'amincissement de la paroi antérieure comme un argument démontrant *à priori* l'impossibilité de la guérison. Eh bien! j'ai tout lieu de penser que l'utérus de plusieurs malades guéries par moi ne différait en rien de celui que je viens de vous montrer.

Je pense que cet affaissement, qui suit la réduction de l'utérus à sa direction normale, doit produire ce léger pli que l'on trouve encore pendant assez longtemps après la guérison. Il persiste jusqu'à ce que la vitalité de l'organe ait été assez puissamment modifiée pour le faire disparaître. Il est assez fréquent de rencontrer un pli analogue après la guérison des rétroflexions; il semble, par le toucher, que le corps dépasse en arrière le col, en formant avec lui un angle droit, comme si une portion de ce dernier avait été enlevée; mais ce n'est pas une raison pour douter de la guérison même, car les femmes n'en sont nullement incommodées; et il n'est pas nécessaire de continuer le traitement pour faire disparaître ce léger pli.

§ VII. *Traitement.* — Comme toujours, il a été le même pour toutes les malades; mais je n'ai jamais obtenu de guérison définitive à l'aide de la sonde seule, peut-être à cause de la disposition anatomique que je viens de vous montrer.

Le cathétérisme a été pratiqué de 5 à 15 fois, autant que possible tous les jours, mais souvent l'introduction de la sonde a dû être suspendue plus ou moins longtemps dans des circonstances diverses et tout à fait étrangères à l'affection elle-même. Toujours il est résulté de l'usage de la sonde une amélioration notable, non dans la position de l'utérus, mais dans sa sensibilité, qui, généralement plus vive que dans l'antéversion, a été assez émoussée pour permettre l'application du redresseur.

Une de nos malades a renoncé au traitement avant que nous ayons eu recours au redresseur; chez les 10 autres, j'ai employé l'instrument à flexion articulée.

Dans un cas où il a été fait successivement usage du redresseur à flexion fixe et du redresseur articulé, l'introduction de ce dernier a été beaucoup plus facile. Afin de pouvoir placer la tige, il faut d'abord redresser l'utérus avec la sonde; c'est le seul moyen de surmonter l'obstacle résultant de la flexion.

L'application de l'instrument, douloureuse dans plus de la moitié des cas (6 fois sur 10), a été difficile plus souvent que dans l'antéversion simple (8 fois).

La guérison a eu lieu après une première application dans 7 cas; dans 2 il a fallu y avoir recours deux fois, et dans 1 cas trois fois.

L'instrument est resté en place de trois à quatorze jours; jamais il n'a déterminé d'hémorrhagie, ce qui prouve de nouveau que ces évacuations sanguines ne sont pas indispensables à la guérison, comme le pensent quelques médecins.

Quatre fois seulement les règles ont été augmentées. Jamais il n'y a eu de métrite à la suite de ce traitement; quatre fois des coliques très fortes, avec douleurs lombaires, surtout à l'approche des règles, ont forcé à enlever la tige utérine.

La durée du traitement a été de 22 à 65 jours, ou en moyenne 43 jours (1 mois 1/2). Tandis que dans l'antéversion elle avait été de 15 jours à 6 mois, et en moyenne de 2 mois 1/2. L'antéflexion est donc plus facile à guérir.

Dans l'antéversion, les rechutes avaient été fréquentes au bout de 3, 4, 5, 6 jours, et quelquefois de 3 à 6 semaines après la guérison. Il n'en est pas de même dans l'antéflexion, puisque je n'ai constaté de rechute chez aucune des 9 femmes que j'ai revues après leur guérison.

Les seules *maladies intercurrentes* ont été une courbature et une bronchite.

Comme *symptômes persistans après la guérison*, j'ai trouvé quatre fois ceux de la névralgie intercostale qui, dès-lors, ne peut pas être considérée comme étant sous la dépendance immédiate de la déviation. Deux malades ont eu une anémie passagère; une a eu une dysurie, avec envies fréquentes d'uriner, d'autant plus remarquable, que les symptômes sont survenus seulement après la guérison, et ont persisté longtemps. Il est vrai que l'on avait appliqué quelques vésicatoires; mais la dysurie existait déjà à cette époque, et elle n'a cédé qu'au bout de quinze jours à l'emploi de la belladone en frictions et à l'intérieur.

Chez une malade, il est survenu des accidens plus sérieux d'inflammation des ligamens larges, mais dans des circonstances étrangères au traitement, comme vous allez pouvoir en juger par les détails de son observation :

Observation IX. — E... G..., 26 ans, domestique, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, et ayant toujours suivi une bonne hygiène, a été réglée à 10 ans. A 15 ans, elle dit avoir été violée, et elle fait remonter à cette époque les premiers symptômes de sa maladie, qui aurait débuté par des douleurs de ventre, avec une constipation assez opiniâtre, pour qu'il ait été nécessaire d'extraire, avec une spatule, les matières fécales accumulées dans le rectum. Cette constipation et ces coliques revinrent, à diverses époques, avec plus ou moins d'intensité; on les combattit par des purgatifs et des émolliens. Ce furent les seuls accidens observés jusqu'au mois de janvier 1851. Alors les envies d'uriner devinrent fréquentes; il fallait les satisfaire trois ou quatre fois par heure.

Au mois de juin 1851, la malade se présenta à l'hôpital Beaujon, à la consultation de M. Hérard, ayant des douleurs dans le ventre, dans les cuisses, dans les reins, avec une sensation de pesanteur dans le fondement, et présentant, en outre, les signes d'une névralgie intercostale droite. L'exploration de l'utérus, faite seulement à l'aide du toucher, fit soupçonner une déviation du corps de l'utérus en arrière.

Lorsque je vis la malade pour la première fois au commencement du mois de juillet, je trouvai une rétroflexion manifeste; quelques jours après, il y avait une antéflexion. Le cathétérisme, d'abord difficile, à cause de la longueur et de l'étroitesse du vagin, fut pratiqué douze à quinze fois, en portant fortement en bas le manche de la sonde pour franchir l'obstacle qui résultait de la flexion, et qui se faisait sentir lors que l'on avait pénétré à deux centimètres et demi ou trois centimètres environ.

La malade n'était pas encore à l'hôpital; elle n'y entra que le 4 août, après avoir été forcée, par ses occupations, d'interrompre, pendant plusieurs jours, le traitement déjà commencé.

Le 10 août, l'utérus, situé dans une position très élevée, était lourd, peu mobile; et le doigt, porté en avant du col, sentait très bien l'angle de flexion. La sonde ne put être introduite complètement; elle ne pénétra qu'à trois centimètres.

Ce n'est qu'à la cinquième tentative, faite le 15 août, que le bec de l'instrument put arriver jusqu'au fond de la cavité utérine à 7 centimètres.

Le cathétérisme fut répété tous les jours jusqu'au 23; j'essayai alors d'introduire un redresseur, mais je n'y pus parvenir, n'ayant que celui à flexion fixe à ma disposition.

Le surlendemain, un instrument à tige articulée pénétra sans grande difficulté, après un redressement préalable avec la sonde. Il fut très bien supporté pendant neuf jours; je l'enlevai le 4 septembre, à cause de l'arrivée des règles. Il restait alors un peu de névralgie lombo-abdominale qu'un vésicatoire morphiné fit disparaître, et le 15 septembre, l'état général était très bon; l'utérus présentait seulement une très légère flexion, ou plutôt sa face antérieure était un peu concave et inclinée en avant.

La malade put alors quitter l'hôpital, mais elle se livra à des travaux pénibles qui lui firent éprouver une fatigue excessive, et après huit jours seulement d'une santé parfaite, elle fut prise de fièvre, avec frissons, céphalalgie, sueurs abondantes, vomissemens, tension du ventre et douleurs vives dans l'hypogastre.

Elle rentra à l'hôpital le 26 septembre, et je trouvai l'utérus dans la même position que lors de ma précédente exploration, mais il était peu mobile, et il existait dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse à la pression, dure, non fluctuante, communiquant avec le vagin, dont la paroi correspondante était chaude et douloureuse. Je fis appliquer immédiatement 15 sangsues, autant le surlendemain 28, dix le 30, et le 1er octobre je prescrivis dix ventouses scarifiées. La tumeur diminua peu à peu de volume, devint moins douloureuse, la fièvre tomba; et le 10 il n'en restait pas de trace. L'utérus avait conservé la position que nous lui avions donnée; il s'y est toujours maintenu depuis, ainsi que je l'ai constaté à plusieurs reprises, au mois de novembre 1851, et aux mois de janvier et mars de cette année.

Les réflexions que nous pourrions faire à propos du diagnostic dans ce cas particulier, nous exposeraient à revenir sur ce que nous avons déjà dit à propos de ces transformations possibles d'une forme de déviation en une autre.

Pour éviter des redites inutiles, je me contenterai de vous faire remarquer que le diagnostic n'a offert aucune difficulté.

Les symptômes produits par la déviation ont été des plus violens; rappelez-vous ces douleurs excessives, cette constipation opiniâtre, le dépérissement qui en a été la suite, et pourtant tout cela a cessé après une seule application du redresseur maintenu neuf jours dans la cavité utérine.

L'inflammation du ligament large n'est survenue qu'environ vingt jours après la cessation du traitement; elle a été occasionnée par un excès de fatigue, et sa production n'a nullement compromis la solidité de la guérison.

Quant à la cause de la déviation, peut-on réellement l'attribuer aux violences dont cette femme dit avoir été victime ? Il est permis d'avoir au moins des doutes à cet égard.

En définitive, sur 11 cas d'antéflexion traités, nous avons obtenu 10 guérisons, la onzième malade ayant renoncé, malgré nous, au traitement, après quelques introductions de la sonde seulement. Il ne peut pas en être question ici.

La guérison date actuellement, dans 1 cas, de 15 mois; 1 de 11 mois; 1 de 8 mois 1/2; 2 de 8 mois; 1 de 6 mois et 20 jours; 1 de 3 mois; 2 de 2 mois, et 1 de 1 mois. Dans les 6 premiers cas, elle est assez ancienne pour pouvoir être considérée comme définitive; mais dans les 4 derniers, il est nécessaire de revoir les malades de nouveau pour savoir si elle se maintiendra.

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

BIBLIOTHÈQUE.

Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales; par A.-J. Jobert de Lamballe, docteur en médecine, etc., etc. — Un vol. in-8°. Paris, 1852, J.-B. Baillière.

Déjà, dans le *Traité de chirurgie plastique*, qui parut vers la fin de l'année 1849, M. Jobert de Lamballe prouvait, par de nombreuses observations, que la méthode autoplastique par glissement, appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales, constituait l'un des progrès les plus importans de la chirurgie contemporaine. Ces observations, en effet, démontrent que ces fistules, quels que soient leur siége, leur direction, leur ancienneté; qu'elles portent sur le col même de la vessie, ou plus profondes, elles en occupent le bas-fond; sont accessibles aux instrumens de chirurgie et se prêtent à une guérison durable.

A coup sûr, c'était là une découverte capitale, qui, à elle seule, eût suffi à fonder d'une manière solide la réputation de l'auteur. Plus exigeant envers lui-même, M. Jobert ne s'est pas contenté de ce premier résultat; il a pensé que, dans la voie nouvelle qu'il venait d'ouvrir à l'art, il y avait encore mieux à faire, et que l'on pouvait appliquer utilement cette même autoplastie à des solutions de continuité et à des pertes de substances qui, par le lieu qu'elles occupent, ou par l'étendue qu'elles présentent, semblaient se placer à tout jamais en dehors de sa puissance réparatrice.

Le livre qu'il offre aujourd'hui au public médical est donc une suite au *Traité de chirurgie plastique*; il en est pour ainsi dire le complément. Les recherches qu'il renferme ont pour objet diverses perforations du réservoir urinaire qui le mettent en communication, non plus seulement avec le vagin, mais avec l'utérus, avec celui-ci et le vagin, enfin avec le rectum. En d'autres termes, M. Jobert étudie successivement et dans l'ordre qui suit : 1° les fistules vésico-utérines, 2° les fistules vésico-utéro-vaginales, 3° les fistules recto-vaginales.

« Dans ces études nouvelles, comme dans celles qui les ont précédées, dit l'auteur, l'examen et l'expérimentation sur le cadavre ont toujours devancé l'application chirurgicale; en sorte que je suis en droit de dire, sans crainte d'être démenti, que tous les procédés dont j'ai armé le chirurgien contre des infirmités aussi cruelles et aussi désespérantes, étaient déjà fondés sur le raisonnement et sur l'expérimentation, lorsque je les ai appliqués sur le vivant. »

Par cette déclaration, que nous nous sommes fait un devoir de reproduire textuellement, l'auteur a voulu répondre aux accusations d'audace et de témérité dont il a été l'objet à l'occasion de plusieurs tentatives d'autoplastie. Il a voulu que l'on sût que, s'il a porté le bistouri sur des points considérés comme inaccessibles, il ne l'a fait qu'après avoir minutieusement étudié les organes contenus dans le bassin, leur structure, leurs rapports, et le degré de résistance qu'ils pouvaient opposer aux efforts du chirurgien et à l'accomplissement de ses vues.

Ici, comme dans le traitement des fistules vésico-vaginales, on retrouve l'idée-mère qui a dirigé l'auteur dans ses recherches autoplastiques; idée ingénieuse et féconde en résultats inespérés, qui consiste à s'occuper avant tout, dans le traitement de ces solutions de continuité, de réparer la perte de substance d'une manière quelconque.

Cette indication, en effet, est fondamentale; c'est pour ne l'avoir pas bien comprise ou convenablement remplie, que souvent le chirurgien a échoué, alors même qu'il comptait le plus sur le succès de son opération.

C'est donc avec raison que M. Jobert insiste particulièrement sur ce point difficile de plastique chirurgicale; puisque l'expérience a prouvé que, dans les perforations d'organes creux, comme dans les froncemens et les vices de conformation d'organes pleins que produisent des brides, des cordes inodulaires, l'avivement et la suture sont presque toujours des

moyens de prothèse insuffisans, et ne peuvent assurer la guérison.

Celle-ci, pour être durable et définitive, exige, et le chirurgien ne doit jamais l'oublier, qu'à tout prix, la perte de substance soit réparée; sans cela, quelque effort qu'il fasse, il verra presque infailliblement se reproduire le vice de conformation, la difformité ou la perforation viscérale à laquelle il aura ainsi opposé des moyens curatifs qui n'ont pas pour seul inconvénient d'exposer à la récidive, mais encore d'aggraver et souvent d'étendre la perte de substance qu'ils avaient pour but de réparer.

Ce principe, qui sert de base à la thérapeutique des diverses fistules urinaires chez la femme, une fois admis, si on suit l'auteur dans les applications multipliées qu'il en a faites, on est frappé de la hardiesse intelligente et de la merveilleuse habileté avec laquelle il sait trouver, dans les moindres parties du conduit utéro-vulvaire que la gangrène a ménagées, les élémens de réparation nécessaires au but qu'il se propose. Pour cela, il multiplie à l'infini les incisions qui, en mobilisant ces débris des tissus vésico-vaginaux, permettront de faire cheminer l'un vers l'autre les bords de l'ouverture anormale, de les affronter sans effort, d'obtenir en un mot une réunion solide, là où, de prime-abord, elle eût paru impossible.

C'est ainsi que, variant les procédés opératoires d'après l'étendue de la lésion, la gravité des complications et la structure des organes, M. Jobert, dans les cas où le vagin ne peut pas être détaché du col de l'utérus, incise la cloison vésico-vaginale devant et derrière la fistule et sur les côtés de celle-ci; il fait aussi porter ces incisions sur le museau de tanche lui-même, qui, taillé et convenablement avivé, va servir de lambeau réparateur; il détruit les brides qui existent dans beaucoup de cas, au moyen d'incisions profondes qui effacent leur relief et font tomber l'obstacle qu'elles opposaient au rapprochement des tissus et à l'occlusion de la fistule. Pour obtenir ce même résultat, dans un cas où il s'agissait d'une perte de substance survenue au col de la vessie, nous avons vu l'auteur, dont le génie inventif semble multiplier les ressources opératoires en raison même de la diversité des obstacles, détacher les petites lèvres et une partie des grandes, cerner ensuite l'urètre avec le bistouri, le disséquer, et se ménager de la sorte des moyens de prothèse qui assurèrent la guérison.

Sur une autre jeune femme venue d'Égypte en 1847, pour se faire opérer d'une vaste perforation de la vessie, avec perte de substance tellement étendue, que plusieurs des assistans, au nombre desquels je me trouvais, pensèrent qu'il n'y avait rien à tenter dans un cas pareil; M. Jobert se décida à pratiquer le débridement circonférentiel du vagin, comprenant dans cette vaste incision l'urètre lui-même, qui fut détaché de l'arcade pubienne et reporté en arrière.

Enfin, si, comme nous l'avons fait, on lit attentivement les observations nombreuses qui ont été publiées, tant dans le *Traité de chirurgie plastique*, que dans le volume nouveau qui vient de paraître, on se convaincra que l'auteur a fait, pour la guérison des fistules urinaires chez la femme, tout ce que la puissance du chirurgien peut légitimement oser entreprendre, en s'éclairant des lumières de l'anatomie normale. Des profondeurs de la région vésico-utérine, limitrophes au péritoine, jusqu'aux parties génitales externes, il n'est pas un seul point de la circonférence du vagin sur lequel il n'ait porté le tranchant du bistouri; montrant, ainsi qu'il le fait observer lui-même, qu'on peut le découper dans tous les sens, et varier à l'infini la forme des incisions, depuis celle d'un croissant, d'un cercle presque complet, jusqu'à la ligne droite ou oblique qui offre le plus grand degré de simplicité.

Au moyen de ces diverses incisions, par le choix raisonné et la combinaison ingénieuse qu'il a su en faire, M. Jobert assure que, jusqu'à présent, à moins que le vagin n'ait été réduit à l'état de cordon fibreux cartilagineux très épais, et au diamètre d'un tuyau de plume à écrire (cas dans lequel, lorsque tous les tissus sont ainsi confondus, il n'y a pas d'opération à entreprendre), il a pu, quelle que fût son étroitesse, pratiquer l'opération avec sûreté et sans trop de lenteur. Aussi, rejette-t-il l'incision périnéale proposée, dans ces derniers temps, par notre notre confrère, M. Maisonneuve, pour agir plus facilement sur la fistule.

« Une semblable dilatation, dit-il, comme moyen préliminaire, est » loin d'être inoffensive, puisqu'elle augmente la somme des douleurs, » qu'elle expose à des accidens, et qu'enfin, elle ne remplit pas le but » qu'on se propose; sans aider l'opérateur, elle l'embarrasse par la » douleur excessive qu'elle détermine dans un point où une compres- » sion continue doit être exercée, et par le sang qu'elle fournit.

» On serait tenté de croire que les médecins instruits qui proposent » une incision dilatatrice pareille n'ont pas une idée suffisante de l'ac- » tion du spéculum univalve, lequel déprime la cloison recto-vaginale » et permet à l'œil de distinguer dans les replis les plus cachés du va- » gin les ouvertures anormales qui peuvent s'y rencontrer. »

Cette citation prouve que si M. Jobert n'hésite pas à étendre et à multiplier l'action du bistouri toutes les fois que les circonstances pathologiques l'exigent, il sait aussi la restreindre et la contenir lorsqu'elle tend à s'égarer au-delà des limites tracées par la nécessité. Aussi croyons-nous que le jugement qu'il porte sur la modification opératoire dont il s'agit sera d'un grand poids sur l'esprit des chirurgiens, qu'il devra puissamment influer sur leurs déterminations, et au besoin leur servir de règle de conduite.

D[r] Am. Forget,
Membre de la Société de chirurgie.

(La suite au prochain n°.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 Août. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Leviez, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en 1851 et 1852, dans la commune de Givenchy-en-Gohelle.

2° Divers rapports sur des eaux minérales, de MM. les docteurs Ganard, de Segrais (Loiret), Dorez, de Provins (Seine-et-Marne), et Buissard, de La Motte (Isère).

3° Diverses communications relatives à des remèdes secrets et à des remèdes contre la rage.

— M. Patissier lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur un mémoire de M. le docteur Lambrou, ayant pour titre : *Études analytiques et comparatives sur la thermalité et la sulfuration de 178 sources sulfureuses de la chaîne des Pyrénées.*

L'idée qui domine dans ce mémoire, c'est que la connaissance de la thermalité et de la sulfuration des nombreuses sources des Pyrénées permettra désormais d'asseoir l'action curative qu'on a droit d'en attendre et dirigera le médecin dans leur choix et leur mode d'application.

M. le rapporteur combat cette opinion, qui a paru trop absolue à la commission, et il termine en engageant l'auteur à compléter son œuvre, en transmettant à l'Académie un parallèle clinique des propriétés médicinales des diverses sources sulfureuses qu'il a si bien étudiées au point de vue chimique. Le travail de M. Lambron, ajoute M. le rapporteur, occupera une place distinguée dans le rapport général pour l'année 1851. En attendant, la commission propose de répondre au ministre que le mémoire de M. Lambron est plein d'intérêt au point de vue physico-chimique, et que cet honorable confrère mérite d'être encouragé dans ses recherches hydrologiques. (Adopté.)

M. O. Henry lit, au nom de la même commission, trois rapports sur des demandes d'autorisation pour l'exploitation de nouvelles sources minérales.

Le premier rapport est relatif à deux nouvelles sources sulfureuses découvertes à Cauterets (Hautes-Pyrénées), et réunissant toutes les propriétés des eaux qui alimentent les établissemens thermaux de cette contrée.

Le deuxième est relatif à une source d'eau acidule alcalino-terreuse et ferrugineuse de la Veyrasse (Hérault).

Le troisième à une source salée iodo-bromurée, récemment découverte au lieu dit *Roucas-blanc*, à Marseille.

Les conclusions de ces trois rapports sont approbatives. (Adopté.)

M. Leblanc, candidat pour la section de médecine vétérinaire, litun mémoire intitulé : *Recherches sur le cancer des animaux.*

L'auteur résume son mémoire dans les propositions suivantes :

1° Les auteurs qui, depuis des siècles, ont écrit sur la médecine vétérinaire, ont négligé l'étude du cancer.

Il n'y a guère que vingt-cinq ans que l'on a commencé à faire des recherches suivies sur cette maladie chez les animaux.

2° En combinant l'usage du microscope avec les moyens d'exploration habituels, on doit rarement se tromper sur le diagnostic d'une tumeur cancéreuse.

3° On a trouvé des tumeurs cancéreuses chez le cheval, le mulet, l'âne, le bœuf, le mouton, le cochon, le chien, le lapin et la souris.

4° On n'a encore rencontré le cancer ni chez les oiseaux, ni chez les reptiles, ni chez les poissons.

5° Le cancer des animaux est caractérisé par le même élément anatomique microscopique que celui du cancer de l'homme, par la cellule multiforme à noyau, dite cellule cancéreuse. Cette cellule est, en général, plus petite chez les animaux, notamment dans les petites espèces. Elle présente les mêmes modifications chez les animaux que chez l'homme.

6° Les tumeurs dites cancéreuses, c'est-à-dire celles dans lesquelles on trouve l'élément cancéreux, se composent de cet élément et des autres productions variables que l'on trouve dans les tumeurs cancéreuses de l'homme. Elles ont reçu les dénominations principales de squirrhe et d'encéphaloïde, selon leur aspect, leur consistance et l'arrangement particulier de leurs parties intégrantes. Il existe toujours dans ces tumeurs un liquide trouble, lactescent, à l'état d'infiltration, et que l'on a appelé suc cancéreux.

7° Les tumeurs cancéreuses peuvent se ramollir, se réduire en putrilage, et renfermer des matières liquides.

8° Elles peuvent s'ulcérer.

9° Elles se propagent d'autant plus vite, qu'elles sont plus anciennes, plus ramollies, qu'elles contiennent des substances putrilagineuses ou liquides, et qu'elles sont ulcérées.

10° La substance gélatiniforme dite colloïde et la mélanose, qui ne sont pas des productions cancéreuses, peuvent se rencontrer dans les tumeurs cancéreuses.

11° Les animaux, les chiens et les chats notamment, sont exposés à une infection générale cancéreuse et à un état dit cachexie cancéreuse, quand bien même on ne trouve pas l'élément cancéreux dans tous les points de l'économie, ni dans les liquides circulatoires, où d'ailleurs on ne l'a pas encore rencontré.

12° On a trouvé le cancer à peu près dans toutes les régions du corps, dans tous les tissus, et même dans les vaisseaux sanguins.

13° Le cancer est probablement incurable, du moins on l'a vu récidiver dans l'immense majorité des cas; et alors même qu'une tumeur ne reparaît pas après son excision, ou qu'il n'en reparaît pas une autre sur un animal opéré, on ne peut pas affirmer que cet animal n'est plus cancéreux.

14° La plupart des causes du cancer sont inconnues. On a seulement remarqué que les carnassiers étaient plus souvent cancéreux que les herbivores et les carnivores, et que parmi les carnassiers, ceux qui étaient sédentaires et qui mangeaient beaucoup de substance très animalisée, étaient les plus exposés au cancer.

15° Les femelles sont plus sujettes au cancer que les mâles.

16° Le cancer est héréditaire, on l'a du moins constaté chez le chien.

17° Il n'est pas contagieux ni des animaux aux animaux, ni de l'homme aux animaux.

18° Le régime exclusivement animal paraît favoriser le développement du cancer chez les chiens et les chats domestiques, notamment chez ceux qui sont très sédentaires.

19° L'affection cancéreuse, et les tumeurs cancéreuses en particulier, ne disparaissent pas sous l'influence des médicamens.

20° Quand une tumeur cancéreuse bien caractérisée apparaît, il faut en faire l'ablation complète le plus tôt possible, ou la détruire par la cautérisation, lorsqu'on ne peut pas l'atteindre avec l'instrument tranchant.

21° On recule les récidives des tumeurs cancéreuses, en soumettant au régime presque exclusivement végétal les carnassiers domestiques cancéreux.

22° On avait à tort qualifié de cancer ou de squirrhe, chez les animaux, un grand nombre de productions morbides qui en diffèrent sous plus ou moins de rapports.

(Telles, les tumeurs exclusivement mélaniques, certaines tumeurs ganglionnaires tuberculeuses, des tumeurs fibreuses, fibro-plastiques, fibro-celluleuses, épithéliales, etc.)

La séance est levée avant cinq heures.

VARIÉTÉS.

LA GRANDE OPÉRATION SUBIE PAR LOUIS XIV.

Nous recevons la lettre suivante, qui intéressera les bibliographes :

Monsieur le rédacteur,

Vous consacrez un article spécial à la *grande opération* subie par Louis XIV.

Je crois vous être agréable en vous signalant un livre peu connu qui a paru sur cette opération si intéressante, et dont un exemplaire — unique à ce qu'il paraît — a été vendu il y a quelques années à la vente de livres, après décès, de la bibliothèque curieuse de M. le marquis de Fortsas, à Binche, en Belgique.

Ce volume était intitulé : *Histoire et description de la fistule de Sa Majesté Louis XIV, avec gravure.* Il a été acquis pour une somme relativement considérable, par feu M. le baron de Neiffenberg, à cette époque bibliothécaire de la bibliothèque royale de Bruxelles.

M. de Neiffenberg, n'ignorant pas que le feu des enchères pourrait pousser fort loin le prix de ce livre, avait demandé une allocation spéciale, afin de ne pas laisser échapper à la bibliothèque nationale ce curieux volume. En effet, le livre lui fut vivement disputé par une foule de bibliophiles, et peu s'en fallut que M. René Châlons, qui joint à l'érudition du médecin, la passion de collectionneur pour les livres spéciaux traitant des maladies de l'anus et de l'urètre, auxquelles il a consacré sa vie; peu s'en fallut, disons-nous, que les offres de M. René Châlons ne dépassassent l'allocation du gouvernement.

En définitive, ce livre fut adjugé à la bibliothèque royale, et je me rappelle avoir vu dans cet établissement M. René Chalons décalquant la gravure et copiant le volume.

J'ai cru, Monsieur, que vous seriez charmé d'obtenir ce renseignement de nature à compléter le travail que vous avez publié. Il corrobore ce que vous avez dit de l'importance que le monde chirurgical a attaché pendant longtemps à l'opération subie par Louis XIV.

Agréez, etc.

Jean d'Oudeghenst,
Médecin à Nivelle (Belgique.)

Notre honoré correspondant n'apprendra peut-être pas non plus sans intérêt que M. Le Roi a fait l'heureuse trouvaille, dans les manuscrits français de notre Bibliothèque nationale, de deux volumes manuscrits, intitulés : *Journal de la santé du roi* (Louis XIV). Ce journal commence à l'année 1647 et se termine en 1710. Il est écrit tout entier de la main de *Vallot*, de *Daquin* et de *Fagon*, les trois médecins auxquels fut confiée la santé du roi pendant ce long espace de temps.

« Rien n'est plus intéressant, dit M. Le Roi, que la lecture de ce manuscrit, véritable journal d'observations cliniques recueillies au lit du grand roi par les trois plus célèbres médecins de cette époque. L'on voit là Louis XIV sous un tout autre point de vue que celui sous lequel on est accoutumé à le considérer; ce n'est plus l'orgueilleux potentat habitué à faire trembler le monde, ni le brillant héros dont chacune des beautés de la cour cherche à fixer les regards; c'est d'abord un jeune homme valétudinaire, atteint successivement de maladies fort graves, — petite-vérole, — rougeole, — fluxion de poitrine; — puis un homme toujours souffrant, condamné à un régime sévère, et obligé de supporter de graves opérations, — fistule à l'anus, — anthrax au col; — et pour terminer, un vieillard podagre, continuellement tourmenté par la gravelle, et dont la gangrène vient enfin terminer l'existence.

» Combien, en parcourant les pages de cet attachant recueil, n'ai-je pas regretté que quelque savant annotateur, ami de la littérature médicale, n'en ait pas encore fait jouir le public. »

L'intéressante brochure de M. Le Roi, qui n'a été tirée qu'à vingt-cinq exemplaires, comme le savent les bibliophiles, qui nous fait ajouter un plus grand prix à celui qu'il a bien voulu nous offrir, contient des détails très curieux sur la rivalité de Daquin et de Félix, sur la disgrâce de Daquin et son remplacement par Fagon comme premier médecin du roi.

A. L.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

— Par suite des ravages du choléra en Pologne et dans l'Est de la Prusse, les provenances des ports de la Prusse sont assujetties, en Suède, à une quarantaine d'observation de sept à dix jours.

— La distribution des prix et des diplômes a eu lieu, dimanche 29 août, à l'École nationale vétérinaire d'Alfort, sous la présidence de M. Merruau, secrétaire général de la préfecture de la Seine.

— Une somnambule et son magnétiseur viennent d'être condamnés, par le tribunal de première instance de Dijon, à huit mois d'emprisonnement et 500 fr. d'amende, comme coupables d'avoir causé un homicide par imprudence en indiquant pour un malade un remède dont l'usage a occasionné la mort.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme* — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 106. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 4 Septembre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

OPHTHALMOLOGIE.

NOTE SUR UN NOUVEL INSTRUMENT POUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE ET DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE; par M. le docteur L. FURNARI.

Quoi de plus simple, dira-t-on, que l'aiguille de Scarpa et de Dupuytren, pour abaisser le cristallin, que la curette de Daviel, les couteaux de Wenzel et de Richter pour l'extraire? Simplifie-t-on une méthode en multipliant et en compliquant les instrumens destinés à la pratiquer? Cette objection serait très fondée, si toutes les cataractes étaient de la même nature, si elles avaient la même consistance et le même degré d'adhérence à l'iris; mais il n'en est pas ainsi, et pour ne parler que de cette dernière complication, ne sait-on pas que sur dix opérations de cataracte par abaissement, il y a au moins trois cataractes secondaires qui résultent de fragmens capsulaires restés adhérens, et que les aiguilles ordinaires n'ont pas pu détacher?

Notre nouvel instrument n'a d'autre but que d'éviter cet inconvénient : c'est une *aiguille-pince* pouvant servir pour la cataracte primitive et pour la cataracte secondaire; cette aiguille, supportée par un manche en ivoire, n'a pas plus de volume que celle de Scarpa. Elle est formée d'une tige se terminant par deux branches parfaitement égales, dont les extrémités réunies constituent une lance légèrement courbe; au bord interne des branches, il y a des aspérités ou dents destinées à saisir les parcelles opaques. Une gaîne, partant de l'intérieur du manche, accompagne l'aiguille jusqu'à la base de sa lance.

L'instrument fonctionne à l'aide d'un nouveau mécanisme renfermé dans le manche; ce mécanisme se compose d'une boîte intérieure, dans laquelle sont logés la bascule à engrenage, la canule et le ressort. Ces trois pièces sont solidement ajustées ensemble. En appuyant sur la bascule, on fait rentrer la gaîne dans le manche, alors l'aiguille, abandonnée à elle-même, se sépare en deux, saisit et déplace les corps opaques qui obstruent la pupille, et lorsque le pouce abandonne la bascule, le tube remonte par la force du ressort logé à l'intérieur, et fait rapprocher les branches de l'aiguille, qui forment une véritable pince.

Contrairement à ce qui existe dans les autres instrumens employés jusqu'à ce jour, ici l'avantage est qu'on ouvre le mécanisme en appuyant sur la bascule, et que, dans les autres, on le ferme; dans les premiers, l'instrument est constamment ouvert, et il faut exercer une pression continuelle sur la bascule pour les fermer; dans ce dernier, il est constamment fermé, et il ne s'ouvre dans l'œil qu'à volonté et dans les cas compliqués où l'on a besoin d'une aiguille-pince. C'est là, en effet, l'idée nouvelle de l'instrument; il s'ouvre et fonctionne par un mouvement direct, et non pas à l'aide d'une force, soit de recul, soit de projection. Lorsqu'il en est ainsi, il y a un inconvénient grave, car le chirurgien ne pouvant agir directement, il lui est difficile de coordonner avec exactitude ses mouvemens, et d'éviter, dans tous les cas, de blesser l'iris et la cornée.

Dans les cas de cataracte simple, l'instrument fonctionne comme une aiguille ordinaire, avec cette différence que sa lance pouvant, selon la volonté du chirurgien, prendre dans l'œil un certain développement, et s'appliquer sur une grande partie de la surface du cristallin, le déplacement et le broiement du corps opaque deviennent plus prompts et plus faciles. En effet, si le cristallin se fragmente et qu'il ne puisse pas être abaissé en masse pendant les mouvemens de rotation et d'avant en arrière que lui fait subir l'aiguille, on pourra l'écraser en le comprenant entre les branches de sa lance; il en est de même des lambeaux capsulaires opaques, ou non, qu'on pourra facilement saisir, rouler autour de sa lance et extraire en retirant l'instrument.

L'aiguille-pince trouve naturellement son application générale dans les cataractes secondaires, soit qu'elles proviennent des fragmens capsulaires restés dans le champ de la pupille, soit des détritus du cristallin et de la capsule. Dans ces cas, il est facile de comprendre qu'une aiguille-pince est préférable à la pince à coulant, dont la première idée appartient à Hunter. Ces pinces, la serre-tête de M. Desmarres surtout, quelque simples et ingénieuses qu'elles soient, n'ayant pas de tranchant avant de les faire manœuvrer dans l'intérieur de cet organe; notre aiguille-pince, remplissant cette double indication, n'a pas le même inconvénient. La principale difficulté à vaincre, c'était de faire une aiguille séparée par le milieu, et malgré le petit volume de sa lance, malgré la fonction des deux branches à leur extrémité, d'obtenir une pointe lisse, acérée et solide pour faire la ponction aussi facilement, que si la lance et la pointe étaient d'une seule pièce. Ce qu'il y a de plus important, c'est que, malgré la multiplicité des pièces qui composent cet instrument, il n'est ni plus lourd, ni plus volumineux que les aiguilles ordinaires, grâce au fabricant, M. Mathieu, dont le zèle et le bon vouloir égalent l'habileté dans la mécanique chirurgicale.

On peut rendre le mécanisme de cette aiguille plus simple, en supprimant le ressort extérieur, et en la faisant manœuvrer comme l'aiguille de Baratta et de Luzardi, avec un coulant à rondelle placé à la partie supérieure du manche, le mécanisme des pièces intérieures restant toujours le même; cependant, nous préférons le ressort, parce qu'il donne plus de force de pression à l'instrument, empêche le chevauchement des branches, et saisit plus solidement les corps opaques, ce qui est très important dans les cataractes dures ou dans les fausses membranes, qui, chez les vieillards surtout, prennent une consistance presque cornéenne. Les opérations que nous avons faites avec ce nouvel instrument, et les résultats que nous avons obtenus, nous font espérer qu'il sera sinon adopté, du moins essayé par les praticiens.

Voulant faire une application plus générale du mécanisme que nous venons de décrire, nous avons imaginé un *couteau-pince* destiné à l'extraction de la cataracte et à l'opération de la pupille artificielle. Ce couteau, composé comme l'aiguille d'un mécanisme identique renfermé dans un manche ordinaire, se termine par un corps de tranchant formé d'une lame mobile articulée à sa base et venant s'appuyer sur le dos d'une lame fixe, avec laquelle il forme un couteau de Richter, se terminant par une aiguille-pince droite. Une double rainure pratiquée dans l'épaisseur interne des deux lames est destinée à en empêcher le chevauchement. La manœuvre de ce couteau, dans la méthode par extraction, est très facile à exécuter. On fait une ponction à la cornée au lieu d'élection, et l'on porte directement la pointe du couteau sur le cristallin pour déchirer la capsule; une légère pression du pouce sur la bascule fait ouvrir l'instrument, dont l'extrémité saisit quelques fragmens capsulaires; on se hâte immédiatement après, sans reti-

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — Voyage autour du monde médical. — Le journaliste et ses détracteurs. — La Faculté de médecine et les revenans. — L'Académie de médecine et le prix d'Argenteuil. — La commission du préfet de police. — Le magnétisme devant la justice. — A un ami absent.

Consentez-vous à me suivre dans un voyage autour du monde médical? Ces excursions sont devenues assez rares pour le feuilleton, qui subit aussi, et dans les proportions de sa nature, les conditions faites à la presse en général. La presse médicale a ses ennemis, ses détracteurs et ses calomniateurs comme la presse politique; et certes, dans les circonstances où nous vivons, ils ne demanderaient pas mieux que de la trouver en faute. C'est même une observation amusante, et que je recommande à mes confrères en journalisme, de voir combien les rigueurs que subit la presse a mis du cœur au ventre de quelques-uns de ses adversaires. Vous les voyiez autrefois déférens jusqu'à l'obséquiosité, polis jusqu'à la platitude, vous fatiguer de leurs complimens menteurs, vous poursuivre de leurs fades éloges, ce qui ne les empêchait pas, à peine aviez-vous le dos tourné, de vous déchirer à belles dents et de vous attacher au pilori de leur langue venimeuse. Observez-les aujourd'hui! Dans, le monde, ils vous saluent d'un petit air protecteur, tout à fait risible; ils prennent certaines attitudes qui semblent vous dire : pauvre puissance déchue, je pourrais t'accabler de mon dédain superbe, mais admire la magnanimité de mon cœur, je daigne encore te sourire. Sourire aussi faux, aussi menteur, qu'étaient menteuses et fausses leurs caresses perfides. Qu'une occasion se présente, et vous les verrez à plat ventre venir demander vos services, vous engluer de leur bave élogieuse et vous circonvenir de leurs plus pressantes obsessions. Car, dans notre microcosme médical, où les intérêts de métier, les passions professionnelles, les amours-propres individuels sont incessamment en contact ou plutôt en opposition, le journaliste, voyez-vous, est pour certaines gens une sorte de bravo et de sacripant qui doit mettre sa plume et son courage au service de toutes ces passions, de tous ces intérêts, de tous ces amours-propres. Ni le désintéressement de son âme, ni l'honnêteté et la modération de sa critique, ni la modestie et la simplicité de sa vie ne le garantissent contre des propositions honteuses ou contre d'infâmes accusations; heureux encore quand il échappe aux calomnies de ceux qu'il a le mieux et le plus efficacement servis! Circonstance rare, car le journalisme a cela de particulièrement enchanteur que presque tous ses obligés deviennent des ingrats. Que j'en ai vu, hélas, et récemment encore, chanter de ces tristes palinodies!.....

Mais, je vous l'assure, ces défaillances du cœur et du caractère inspirent plus de pitié que d'amertume. C'est au moins ce que j'éprouve, moi qui remercie le ciel tous les jours de n'avoir mis dans mon cœur ni ces haines énergiques et atroces dont quelques hommes sont dévorés, ni cet âpre amour du gain qui ronge l'existence de tant d'autres.... Si ces pauvres et malheureuses âmes savaient combien il est plus doux, plus commode et plus facile de n'être ni ambitieux, ni envieux.... Mais je vous ai promis une petite excursion, partons vite.

Le premier relai nous laisse à la Faculté de médecine de Paris, bonne et tendre Faculté, *alma parens* — cela soit dit sans antiphrase — dont je me souviendrai toujours d'avoir été l'élève, et dont je ne parlerai jamais qu'avec une respectueuse et déférente liberté. L'émotion y a été grande ces jours passés. Il s'y trouve un respectable professeur, vieillard vénérable, qui compte cinquante ans de professorat et qui, de lui-même, depuis un assez grand nombre d'années, avait abandonné sa chaire de pathologie interne au zèle plus actif et plus jeune de messieurs les agrégés. Qui se plaignait de cet état de choses? Je n'en sais rien, mais toujours est-il qu'il paraît n'avoir pas été du goût de tout le monde, puisque l'illustre octogénaire a été mis en demeure de quitter tout à fait ou de reprendre sa chaire. Le respectable professeur ne se l'est pas fait dire deux fois; il a promis de recommencer son enseignement interrompu depuis au moins deux lustres, ce qui sera une véritable nouveauté pour la génération actuelle de nos élèves. Qui gagnera à ce changement? Je n'en sais encore rien; mais, il me semble, et je peux probablement le dire sans désobliger personne, que puisque on n'a pas trouvé convenable d'appliquer le fameux *nomme et révoque*, il était plus simple, plus humain et peut-être plus profitable à tous de laisser s'achever une existence honorable, et d'ailleurs bien remplie, dans ce repos prudent et sage qu'elle s'était elle-même imposé. C'est un pénible spectacle de voir la vieillesse impuissante livrée aux rires moqueurs d'une jeunesse si prompte à découvrir le côté faible de ses maîtres. Cet âge est sans pitié.

Il est un autre professeur qui s'est aussi retiré de l'enseignement sans pouvoir prétexter le grand âge et les infirmités, du moins apparentes; homme d'un esprit charmant, philosophe aimable et pratique, qui a préféré de bonne heure les doux loisirs littéraires à la dévorante activité d'une clientèle sans repos et sans trêve; d'un sens scientifique incontestable et qui a fait ses preuves; d'une aptitude professorale éprouvée; toutes conditions qui le rendraient moins excusable d'avoir presque abandonné le culte de la science et si fort négligé les devoirs de l'enseignement, si j'avais le courage de le blâmer de son désintéressement à l'endroit de la gloire et des profits matériels qu'il pouvait acquérir. Mais enfin on s'est dit que le titre de professeur n'était pas une sinécure, que les appointemens qui y sont attachés doivent être la rémunération de services rendus à l'enseignement, et notre professeur de pathologie externe a été troublé dans sa douce quiétude par la prière tant soit peu impérative de reprendre son cours. Celui-ci n'a pas fait non plus la sourde oreille; il a promis, il tiendra sa promesse, et j'en fais mon compliment à la Faculté et aux élèves, qui y gagneront un bon cours de plus.

Ainsi s'évanouissent, au moins pour le moment, les bruits qui avaient couru sur la mise en retraite d'un certain nombre de professeurs et de l'entrée prochaine à l'École de plusieurs éminens confrères, dont la place, d'ailleurs, y est marquée depuis longtemps. Compléter, agrandir et élever l'enseignement serait une mesure bien accueillie, disais-je dernièrement. Il est certain que la Faculté de Paris doit voir elle-même avec regret que des hommes comme MM. Louis et Rayer, en clinique médicale; comme M. Jobert (de Lamballe), en clinique chirurgicale; comme M. Falret, en maladies mentales; comme M. Ricord, en maladies syphilitiques; que des talens plus jeunes et des aptitudes aussi distinguées, comme M. Tardieu et quelques autres de ses collègues, restent éloignés de son sein et étrangers à son enseignement. Les savans étrangers qui visitent la France ne comprennent pas cela, et combien de fois n'ai-je pas été témoin de leur étonnement, quand ils apprenaient que ces célébrités médicales européennes n'avaient pas de titre officiel dans

rer l'instrument de l'œil, de pratiquer la contre-ponction selon les règles générales de cette méthode. Une légère pression sur le globe suffit pour faire sortir la lentille; dans le cas contraire, à l'aide d'une *curette-pince* fermée, on déplacera le cristallin, et, s'il y a des lambeaux adhérens de capsule, on les retirera en ouvrant la curette.

Nous n'avons pas cru nécessaire de donner ici le dessin de ce dernier instrument; c'est une curette plus mince, plus creuse et plus recourbée que celle de Daviel, mais séparée en trois branches percées de trous, formant pince à volonté, à l'aide du mécanisme intérieur sus-indiqué. Cet instrument a quelque analogie avec la pince à double bascule que nous avons décrite en 1841 dans notre *Traité des maladies des yeux*. Fermée, la nouvelle curette est très polie et n'offre aucune rugosité; ouverte, elle constitue un excellent instrument de prise et de dégagement, à cause de ses trois branches et des petites griffes dont elles sont pourvues. Enfin on pourrait utiliser notre nouveau mécanisme en le surmontant d'une petite paire de ciseaux, du crochet double de Beer, etc.

Pour ce qui concerne la pupille artificielle, il est facile de comprendre que l'aiguille et le couteau-pince, que nous venons de décrire, seront d'une grande utilité dans les différentes méthodes proposées pour cette opération, et surtout lorsqu'on voudra pratiquer la *corétomie* et la *corectomie*.

DESSINS DE L'AIGUILLE-PINCE ET DU COUTEAU-PINCE.

Fig.1. Fig.2. Fig.3. Fig.4.



Fig. 1. Aiguille-pince, ouverte, pour l'opération de la cataracte et pour extraire les fragmens capsulaires dans les cataractes secondaires.

Fig. 2. Aiguille-pince fermée. *A* Lance de de l'aiguille. *B* Bascule à engrenage, mettant en mouvement le mécanisme intérieur.

Fig. 3. Couteau-pince, ouvert, pour l'extraction de la cataracte et l'opération de la pupille artificielle. *A* Lame articulée mobile, et lame fixe se terminant par une aiguille-pince. *B* Bascule pour le mécanisme intérieur.

Fig. 4. Couteau-pince fermé.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

ANTÉVERSION AVEC FLEXION (VARIÉTÉS).

Définition. — Dans les déviations que je réunis sous ce titre, l'axe de l'utérus, considéré d'une manière générale, se trouve dévié complètement comme dans l'antéversion; mais l'organe présente, en outre, *une ou plusieurs flexuosités*, de sorte qu'il n'y a pas, comme dans l'antéflexion, deux axes, un pour le corps, l'autre pour le col, venant se réunir à angle aigu, mais un seul axe représenté soit par une ligne courbe, soit par une ligne onduleuse ou brisée.

Sur 3 cas d'antéversion et de flexion que j'ai pu observer, j'ai trouvé *trois variétés* différentes.

Première variété. — Dans la plus simple, l'utérus était absolument situé comme dans l'antéversion; seulement, la face antérieure, au lieu d'être complètement horizontale, formait une courbe à concavité inférieure.

Deuxième variété. — Dans une autre, l'utérus, très engorgé, se trouvait former la même courbe par sa face antérieure, mais, en outre, le col était un peu élevé en arrière, et il y existait une légère flexion.

Troisième variété. — Enfin, dans le cas le plus compliqué, il existait deux flexions successives. Cette malade, étant mariée à un médecin, a été observée avec le plus grand soin; et nous avons eu, sur son affection, les renseignemens les plus précis :

OBSERVATION X. — Mme X... a 34 ans, elle est d'une constitution ordinaire; elle a été menstruée à 15 ans, mais elle était chlorotique, et les règles se sont complètement supprimées un an après, pour ne reparaître qu'à 18 ans. Pendant ces deux ans, les principaux symptômes avaient été une toux habituelle, quelquefois de la fièvre et des douleurs dans l'abdomen, et une leucorrhée abondante. On avait fait usage des pilules de Blaud.

Mariée à vingt ans et demi, cette dame n'a jamais eu de grossesse. Pendant les trois ans qui suivirent son mariage, elle occupa un logement humide, et la toux, qui était revenue, ne cessa que lorsqu'elle changea de demeure.

A 25 ans, sans cause de nous connue, elle fut prise de douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, de pesanteurs dans les cuisses, de constipation et de difficulté dans la marche. On lui conseilla le repos absolu, la diète lactée, les bains. On lui appliqua des sangsues sur l'hypogastre et sur le col utérin; on lui pratiqua des frictions sur l'hypogastre avec la pommade stibiée, et elle fit des injections émollientes, le tout sans éprouver le moindre soulagement. Bien loin de là, les symptômes s'aggravèrent, et elle vint consulter M. Récamier. Ce médecin reconnut la déviation de l'utérus; il prescrivit l'usage d'un pessaire en forme de bilboquet, et d'une ceinture hypogastrique, en même temps qu'il conseilla un régime tonique, des bains froids et un exercice modéré. Il en résulta une amélioration notable. Mais l'année suivante, en 1844, les mêmes accidens reparurent; et M. Récamier, consulté de nouveau, constatant que l'utérus était dans la situation où il l'avait trouvé lors de son premier examen, renouvela la même prescription.

Un autre médecin, consulté à la même époque, ne vit là qu'une *dyspepsie chronique*, qu'il traita par la noix vomique, le sous-nitrate de bismuth, les yeux d'écrevisse, l'eau de Vichy, la bière, les bains froids et les injections astringentes, également froides. Il y eut encore un peu de soulagement, mais non disparition des principaux symptômes, qui reparurent par intervalles avec plus ou moins d'intensité.

En 1847, il s'y joignit des étouffemens, des spasmes pharyngiens, et enfin de l'aphonie succédant à des syncopes. Le même médecin vit de nouveau la malade, et diagnostiqua une dyspepsie avec hystérie; en conséquence, il ordonna des ferrugineux, du sulfate de quinine, de l'opium brut, de l'éther, des lavemens froids et des bains alcalins et sulfureux alternativement. Il y eut encore soulagement momentané, comme précédemment; mais la santé générale ne se rétablit pas.

Enfin, en 1850, survint une pleurodynie intense. Les calmans furent employés; on continua le régime substantiel, et les douleurs diminuèrent. Mais il ne tarda pas à y avoir une nouvelle exacerbation de tous les symptômes, qui, tout en diminuant d'intensité, n'avaient, comme nous l'avons vu, jamais complètement disparu après l'emploi des diverses médications auxquelles on avait eu déjà recours.

C'est au mois d'août 1851 que je vis la malade pour la première fois. Je reconnus une antéversion compliquée de deux flexions successives, siégeant, une sur le col, et l'autre au point où le col se continue avec le corps. Au spéculum, on voyait le col par sa lèvre antérieure, comme dans l'antéversion. Pour introduire la sonde, je fus obligé d'aller chercher l'ouverture du col très loin en arrière; à 2 centimètres environ elle fut arrêtée par une première flexion, et, pour la faire avancer, il fallut diriger la concavité en arrière et en haut, le bec étant toujours porté en avant; cet obstacle à peine franchi, il s'en présenta un second, qui ne put être dépassé que lorsque j'eus imprimé à la sonde un mouvement inverse, en portant sa concavité en bas et en avant, mais toujours en maintenant le bec en avant. En même temps le doigt introduit dans le vagin sentait, à mesure que la sonde les traversait, les deux flexions, dont le toucher seul avait déjà permis de soupçonner l'existence. La sonde pénétra à 7 centimètres.

Le traitement ne fut commencé que le 26 septembre. Après avoir pendant six jours consécutifs pratiqué le cathétérisme, qui était devenu de plus en plus facile, j'introduisis, le 2 octobre, un redresseur à flexion articulée et à tige de 6 centimètres. L'opération ne fut ni difficile, ni douloureuse; il survint immédiatement après quelques coliques, qui se renouvelèrent le soir, pour cesser ensuite complètement. Le lendemain il apparut un peu de sang.

Le 5, arrivée des règles, qui étaient attendues seulement le 12. L'instrument est enlevé. Les règles, plus abondantes que de coutume, durent sept jours. Il n'y a pas de différence sensible dans la position de l'utérus.

Le 14, réapplication du redresseur; dès le 16, les douleurs disparaissent, la marche devient plus facile; il y a par la vulve un peu d'écoulement muco-sanguinolent, qui cesse le 21. L'instrument reste en place jusqu'au 30 sans déterminer d'accident. Le retour des règles, encore avancées de plusieurs jours, force à l'enlever.

L'utérus ne présente plus qu'une antéflexion peu considérable, le col étant moins dirigé en arrière et le corps seulement un peu incliné en avant, de façon à former avec le col un angle très ouvert, à sinus antérieur.

Il restait un peu de gastralgie, avec quelques points de névralgie intercostale, et une anémie légère qui cédèrent à quelques applications de vésicatoires morphinés sur les points douloureux, et à l'emploi du fer à l'intérieur. La gaîté reparut. La marche était facile; la santé générale satisfaisante, et la malade put quitter Paris.

Le 12 novembre (un mois et demi après) j'eus occasion de revoir la malade; la santé était parfaite; elle avait repris son embonpoint et se trouvait parfaitement bien, sauf quelques douleurs de névralgie intercostale. L'utérus était dans la même situation que le 30 octobre, présentant toujours une légère antéflexion. Le redresseur fut appliqué une troisième fois, et la malade en fut si peu incommodée, que le soir même elle put partir par le chemin de fer.

Vers le milieu de décembre, j'ai reçu de son mari une lettre m'annonçant que, malgré le voyage, le redresseur avait été supporté sans accident jusqu'à l'apparition des règles, et que la malade jouissait d'une santé excellente, se plaignant seulement parfois d'une légère constipation.

Au mois d'avril de cette année, j'ai pu constater par moi-même que la guérison était complète. La flexion n'existait plus, et il restait seulement cette dépression dont je vous ai signalé la possibilité, et qui est due

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août et 2 Septembre.

---

notre enseignement public. Il y a là de grandes lacunes à combler, et je voudrais de tout mon cœur qu'elles le fussent, sans blesser les intérêts ou l'amour-propre de personne.

Au second relai, nous arrivons à l'Académie de médecine. Rassurez-vous, lecteur, je ne parlerai pas de la Syphilisation. Il s'agit de ce fameux prix d'Argenteuil, de cet énorme boulet que le noble marquis, avec de bonnes intentions, sans doute, attacha au cou de l'Académie, et que l'Académie traîne en maugréant. Je ne rappellerai pas les circonstances si connues et si souvent racontées des lenteurs, des hésitations, des décisions de la commission pour ce prix, décisions proclamées, puis annulées, des procès et de tous leurs incidens, des réclamations des concurrens, toutes choses qui devraient exciter la verve comique de nos poètes, si nous avions des poètes parmi nous; car il y a là matière à un poème aussi amusant que le *Lutrin*.

Enfin, après je ne sais plus combien d'années de retard, combien de commissions qui se sont succédé, le prix de la première période a été accordé à M. le docteur Reybard, de Lyon; de Lyon, remarquez-le bien, ce qui semble donner raison à des prophéties très anciennes et qui se perdent dans la nuit des temps, qui consistaient à annoncer que le prix d'Argenteuil ne serait jamais accordé à un médecin de Paris. Pourquoi cela? Veuillez arrêter le premier académicien venu, et lui poser la question à laquelle il répondra bien mieux que je ne pourrais le faire moi-même. Tout cela soit dit sans diminuer en quoi que ce soit le mérite des perfectionnemens apportés par M. Reybard, dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre. Mais il est fort heureux, pour M. Reybard, qu'il ait inventé tout cela à Lyon. Toujours est-il que ce prix est d'une importance considérable. Comme argent, il s'élève, par les intérêts accumulés et composés, à la somme ronde de 12,000 fr. Ce qui fait un fort joli cadeau. Comme résultats de clientèle et de pratique, nul doute que si M. Reybard, comme on l'assure, a l'intention de venir se fixer à Paris — ce qui prouverait, soit dit par incidence, que les plans les mieux concertés laissent toujours une part quelconque à l'imprévu, — nul doute, dis-je, que le prix d'Argenteuil ne soit très utile à M. Reybard pour arriver bien vite à la haute et fructueuse pratique pour le traitement de maladies si fréquentes et si souvent rebelles aux efforts de l'art. J'ai entendu pousser bien des soupirs, à l'occasion de cette décision de l'Académie; jeunes et anciens spécialistes de Paris, qui prétendaient au prix, ne sont pas très satisfaits, on le comprend, de voir leur échapper un si beau joyau. Ils s'en prennent surtout à l'éloquence de M. Malgaigne, qui semble avoir voulu réparer une défaite récente par un triomphe nouveau. On assure, il est vrai, que jamais M. Malgaigne ne s'était montré plus entraînant que dans la défense de M. Reybard et de ses procédés. L'Académie, un instant indécise et troublée par quelques objections, a été subjuguée et enlevée par la chaleureuse plaidoirie de Me Malgaigne, comme on dit au Palais.

Le troisième relai nous conduirait à la préfecture de police, et au sein de la commission instituée pour s'enquérir des propriétés de la Syphylisation. Mais ne nous arrêtons pas ici, les portes sont closes, et il est indiscret de regarder par la serrure. Tout ce que je peux dire, c'est que la Syphilisation n'aura pas meilleur marché de cette commission que de l'Académie; je peux l'assurer maintenant, et j'ose prédire que le monde médical est destiné à voir se produire sur ce sujet un phénomène étrange et qui le surprendra beaucoup. Sachez attendre.

Au quatrième relai, nous arrivons au Palais-de-Justice, salle du tribunal de simple police. Abomination de la désolation! Qui voyons-nous sur le banc des prévenus? M. Alexis lui-même, Alexis chanté par Alexandre Dumas! Et qui donc encore? Un essaim de jeunes prêtresses du temple de Mesmer, pauvres et intéressantes extatiques dont le sommeil somnambulique et prophétique a été troublé par un brutal procès-verbal d'un commissaire de police. Approchez Mlle Octavie, et vous, Mlle Henriette, vous aussi, Mlle Valérie; ne tremblez pas ainsi, Mlle Charlotte; et vous, belle Angèle, rassurez-vous. Imitez la contenance ferme et résignée de ces dames, vos aînées, Mme Heurquin, Mme Pirémée, Mme Chateau, pithonisses célèbres, qui, pas plus que vous, hélas! et pas plus que l'infaillible Alexis, n'ont pu prévoir et deviner la désobligeante poursuite qui vous amène ici.

De quoi s'agit-il? D'un tout petit délit de divination, d'explication des songes, d'indication d'objets perdus, délit prévu par l'article 479 du Code pénal, et puni par l'article 480.

Une de ces dames annonçait au public, de la manière suivante, les propriétés phénoménales dont elle est douée :

MADAME HEURQUIN,

« Somnambule humanitaire, lucide universelle.

» Élève et sujet de A.-L.-G. Fauvelle, le magnétiseur spiritualiste humanitaire.

» Jésus-Christ était un grand magnétiseur qui se rapetissait lui-même par la puissance de son esprit d'amour, de vérité et d'harmonie. — Saint Jean et Fourier voyaient l'avenir dans leurs extases somnambuliques. — L'œil de la somnambule est comme l'œil de Dieu : il est partout, il voit, entend, sent et comprend tout ce qui regarde le consultant, selon sa sympathie, sa justice dans le bien et son amour pour la vérité. »

Le ministère public a eu le mauvais goût de trouver, dans des annonces semblables, un certain parfum de charlatanisme, et il a requis très peu galamment l'application de la loi.

Ici, un avocat célèbre se lève; c'est Me Jules Favre, l'avocat éloquent du magnétisme, qu'il a souvent défendu devant les tribunaux. O mon ami Malgaigne, que vous disais-je l'autre jour? N'est-ce pas avec les mêmes argumens, dont vous vous êtes servi pour défendre la Syphilisation, que se défendent les plus extravagantes rêveries de l'esprit humain? Lisez, lisez cette plaidoirie de Me Jules Favre, aussi étincelante, aussi incisive que la vôtre, et voyez si ce ne sont pas là vos idées et votre langage! J'en suis resté confondu pour mon compte. Des faits! Me Jules Favre en a cité de renversans; et si bien que, pour une affaire claire comme le jour, M. le juge a renvoyé le prononcé de son jugement au 7 octobre prochain.

J'aurais voulu vous parler d'un cinquième relai, mais l'espace me manque, me conduisit auprès de vous, cher et spirituel confrère et ami, Monsieur Édouard Carrière, qu'une auguste confiance vient d'appeler à d'importantes fonctions, et dont nous nous sommes séparé avec tant de regrets et de peine. Laissez-nous croire que la grave mission que vous allez remplir, vous donnera un peu de liberté qui vous permette de ne pas rompre toute relation avec un journal dont les lecteurs ont appris à vous aimer et à vous estimer. Sur la terre étrangère, pensez quelquefois à vos amis de l'UNION MÉDICALE, qui font des vœux sincères pour votre bonheur.

Amédée LATOUR.

à l'affaiblissement de la paroi utérine dans les points où siége la flexion. L'axe de l'utérus était un peu plus incliné en avant que dans l'état normal, mais pas assez pour que cette inclinaison pût être regardée comme une maladie, puisqu'elle ne produisait aucun symptôme fâcheux.

Ce cas est intéressant surtout au point de vue du diagnostic, car si par le toucher seul il était facile de reconnaître le renversement en avant, l'existence des deux flexuosités ne pouvait être que soupçonnée, et le cathétérisme seul a permis d'apprécier rigoureusement la direction de l'utérus.

L'introduction de la sonde, à laquelle il a fallu imprimer les mouvemens que je vous ai décrits, a présenté une certaine difficulté, moins grande pourtant que cela n'a lieu dans certains cas d'antéversion complète, dans lesquels le col s'est coiffé de la paroi postérieure du vagin.

Les symptômes ont été très variés, et la toux, qui a existé fort longtemps avec des douleurs dans les parois de la poitrine, aurait pu, si elle eût persisté, faire craindre une tuberculisation; mais il n'y avait pas eu d'hémoptysies et les signes sthétoscopiques faisaient complètement défaut. Lorsqu'on a qualifié l'affection de dyspepsie, puis de dyspepsie avec hystérie, on n'a pas reconnu la maladie principale, mais seulement un ou plusieurs de ses symptômes qui existaient bien réellement, mais étaient liés à une autre lésion qui a été méconnue; et la preuve, c'est qu'un traitement approprié, dirigé contre ces symptômes, a produit une légère amélioration, mais non une guérison complète. Comme on ne sait à quelle cause attribuer la déviation, ni à quelle époque faire remonter sa production, on aurait pu croire qu'elle n'existait pas encore à ce moment, si déjà elle n'avait été reconnue depuis longtemps par M. Récamier.

Ce médecin ne put prescrire un traitement convenable, puisqu'à cette époque on n'en connaissait pas de réellement efficace; cependant, tous ceux qu'on employa amenèrent un légère amélioration, sauf pourtant le traitement antiphlogistique, qui, prescrit en premier lieu, a été plus nuisible qu'utile.

La maladie durait ainsi depuis neuf ans, quand on fit usage du redresseur utérin. Remarquez que dès le début il fut bien supporté et put être gardé jusqu'à l'époque de l'apparition des règles, qui, par suite de son séjour furent d'abord avancées d'une semaine, puis rapprochées, car elles vinrent le 5 et le 30 du même mois. L'écoulement muco-sanguinolent qui s'était montré à la deuxième application, cessa spontanément sans que l'instrument fût enlevé.

A propos de la légère antéflexion persistant après cette deuxième application, je dois vous dire que je ne la croyais pas incompatible avec la santé, et qu'on eût pu, sans inconvénient, négliger de la traiter; peut-être même, avec le temps, eût-elle disparu spontanément. Mais cette dame, bien conformée, du reste, n'avait pas eu d'enfans; elle était encore en âge de devenir mère et le désirait ardemment; aussi, dans la crainte que cette légère flexion ne s'opposât encore à la conception, son mari manifesta le désir d'obtenir un redressement aussi complet que possible. C'est pour satisfaire à cette exigence très naturelle que je consentis à avoir une troisième fois recours à l'instrument dont nous avons déjà obtenu de si bons effets.

Excepté l'introduction de la sonde, qui, quoique moins difficile dans les deux autres cas que dans le précédent, a néanmoins nécessité dans le manuel opératoire des modifications, à cause des flexions successives, et le toucher qui a permis de constater ces flexions, nous n'avons pas trouvé de différence très notable entre les *symptômes*, les *causes*, le *traitement*, la *durée de la maladie*, dans ces cas et ceux d'antéversion et d'antéflexion simples. Une fois pourtant la production de la déviation a été accompagnée d'*aliénation mentale*.

Obs. XI. — A..., âgée de 26 ou 27 ans, a eu un enfant sans être mariée; elle a eu ensuite de violens chagrins qui ont toujours augmenté et ont fini par occasionner une véritable folie. Elle fut atteinte de lypémanie avec idées de suicide. Il survint une pâleur et un amaigrissement extrêmes, les règles se supprimèrent. Quoiqu'il y eût peu de symptômes du côté de l'utérus; la malade, tout entière à ses idées délirantes, refusant de répondre lorsqu'on l'interrogeait, ou s'étonnant de ce qu'on lui parlait d'autre chose que de ce qui la préoccupait exclusivement, je crus devoir explorer cet organe, et je le trouvai renversé en avant, dirigé transversalement et présentant une légère flexion à la réunion du col et du corps.

Après l'avoir préparée par l'application de la sonde, je plaçai un redresseur que la malade enleva elle-même et fit disparaître sans que nous ayons jamais pu savoir ce qu'il était devenu. La surveillance fut plus active lorsque je le replaçai de nouveau, et il resta sept ou huit jours. Les règles apparaissant alors, je l'enlevai; l'utérus avait repris sa direction normale. Le calme succéda bientôt à l'agitation à laquelle la malade avait été en proie, la raison se rétablit ensuite peu à peu, et avec elle reparurent la gaîté et l'embonpoint. Les règles ayant pris leur cours régulier, reparurent à leur époque habituelle.

Dans ce cas, la guérison fut complète. Elle date actuellement de deux mois. Dans le cas précédent (obs. X), il y a cinq mois qu'elle a été obtenue.

Notre troisième malade qui avait, outre sa déviation utérine, un énorme engorgement, est encore en traitement, et bien que ce soit un cas très défavorable, présentant de grandes difficultés pour la guérison, il y a déjà une grande amélioration; elle éprouve un mieux sensible chaque fois qu'on applique le redresseur, et ne se trouve jamais si bien que quand elle le porte.

T. Gallard,
Interne.

(La suite prochainement.)

BIBLIOTHÈQUE.

Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales; par A.-J. Jobert de Lamballe, docteur en médecine, etc., etc. — Un vol. in-8°. Paris, 1852, J.-B. Baillière.

Deuxième partie. — (Voir le dernier numéro.)

L'exposé que nous avons fait précédemment des données générales sur lesquelles repose la thérapeutique chirurgicale des fistules des organes génito-urinaires de la femme, a beaucoup simplifié la seconde partie de la tâche que nous nous sommes imposée; ainsi, sans que nous le contraignions à subir des redites toujours fastidieuses, le lecteur saura se rendre compte des difficultés des diverses opérations dont il nous reste à l'entretenir, juger de l'efficacité des moyens curatifs mis en usage, et apprécier le mécanisme suivant lequel la guérison aura été obtenue.

Dans l'ordre adopté par l'auteur, nous nous occuperons d'abord des fistules vésico-utérines.

Cette variété de fistules, qui exige pour sa production un concours de circonstances qu'il est rare de trouver réunies, n'est pas commune: Mme Lachapelle en a cité un exemple; M. Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, en a figuré un autre dans lequel il y a destruction de la paroi postérieure du col de l'utérus, avec pénétration dans le ventre. Mais l'observation qui, avant les travaux de M. Jobert, avait surtout éclairé le mode de formation de la fistule vésico-utérine, est celle de M. le docteur Stoltz, qui parut dans un excellent mémoire, ayant pour titre: *Des perforations du col de l'utérus, et des fistules vésico-utérines et vésico-abdominales à la suite de l'accouchement.*

Dans cette observation, tout ce qui est relatif aux causes et au mécanisme de la perforation simultanée de la vessie et du conduit utérin, est résumé ainsi qu'il suit:

Il faut, pour qu'elle se produise: 1° que le bassin présente un certain degré de rétrécissement dans la direction antéro-postérieure de l'excavation, en même temps qu'une largeur suffisante au détroit supérieur, pour livrer passage à la tête;

2° Que le segment inférieur de l'utérus soit poussé profondément dans la cavité pelvienne par la tête du fœtus;

3° Que celle-ci soit proportionnellement volumineuse, et s'arrête longtemps au-dessus du détroit inférieur.

4° Que des contractions énergiques la poussent contre l'obstacle qui l'empêche d'avancer.

En d'autres termes, les perforations vésico-utérines ont lieu de la même manière que les fistules vésico-vaginales. La différence entre ces deux lésions est tout entière dans le siége qu'elles occupent.

Ces fistules existent au-dessus de l'insertion du vagin, et établissent une communication entre la portion sus-vaginale du col utérin et la partie correspondante de la vessie.

Le plus souvent, la perte de substance intéresse les points naturellement en contact du col de la matrice et de la vessie, sans s'élever jusqu'au-dessus du repli péritonéal intermédiaire à ces deux viscères.

Bornée ordinairement à la lèvre antérieure, la lésion peut comprendre toute l'épaisseur du col; il existe alors une double fistule: l'une, vésico-utérine; l'autre utéro-abdominale; celle-ci est la conséquence obligée de la destruction de la lèvre postérieure, qui ne peut avoir lieu sans qu'il y ait communication avec la cavité péritonéale; le péritoine, ainsi que le remarque M. Jobert, tapissant le col dans ce sens et la paroi postérieure du vagin.

On conçoit que, dans l'un ou l'autre cas, les accidens n'ont pas la même gravité, que le pronostic surtout est très différent.

Je n'insisterai pas sur la symptomatologie de ces fistules; on la trouvera parfaitement exposée par l'auteur; qu'il me suffise de dire que l'écoulement de l'urine par le museau de tanche en est le signe pathognomonique; et que cet écoulement a lieu d'une manière continue, lorsque les malades sont debout ou couchées dans le décubitus dorsal; tandis qu'il est intermittent, si la femme est assise ou inclinée.

Pour remédier à une semblable infirmité, on se demande d'abord comment le chirurgien pourra la rendre accessible à ses instrumens; comment, ensuite, il pratiquera l'avivement des bords de la perforation; et enfin, quels moyens de prothèse il emploiera pour opérer la guérison?

A coup sûr, c'est là un problème des plus complexes, dont personne, jusqu'à présent, n'avait entrevu la solution; aussi, est-il curieux et instructif de voir par quelles ressources l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu a su vaincre des difficultés en apparence insurmontables, et reculer ainsi une fois de plus la limite de notre art. Pour cela, nous le laisserons parler lui-même:

« Deux procédés, dit-il, peuvent être employés, et quoique tous deux
» puissent servir à procurer l'oblitération de la fistule, ils ne doivent
» pas cependant être rangés sur la même ligne, et être mis en usage in-
» différemment.

» *Premier procédé.* — Dans ce procédé, on tente la guérison de la
» fistule en oblitérant seulement son ouverture de communication avec
» la vessie, en laissant en dehors le conduit utérin.

» 1° Je commence par inciser à droite et à gauche le col de l'utérus;
» ces incisions suivent la direction des commissures, et se prolongent
» jusqu'au-dessus de l'insertion du vagin au col de l'utérus.

» 2° Le vagin se trouve ainsi divisé par l'instrument qui pénètre dans
» le tissu cellulaire du ligament large; sa dissection se fait latéralement
» et en haut avec prudence. Le doigt est de temps en temps porté de
» bas en haut entre les lèvres de la plaie, pour reconnaître l'ouverture
» vésicale de la fistule. Aussitôt que celle-ci est reconnue, le museau de
» tanche est relevé, et le ravivement est pratiqué avec les pinces, les
» ciseaux et le bistouri boutonné. Des points de suture sont ensuite
» appliqués dans le sens où le rapprochement des lèvres de la plaie est
» le plus facile.

» *Deuxième procédé.* — Dans ce procédé, on obtient la guérison en
» interrompant toute communication entre l'utérus et le vagin, si bien
» que la vessie seule a une libre communication avec le canal utérin.
» Ici, le ravivement doit s'étendre à toute la surface du col utérin; tout
» ce qui reste de celui-ci, doit être avivé et rendu saignant, afin d'obte-
» nir deux surfaces qui puissent facilement s'adapter l'une à l'autre. Plu-
» sieurs points de suture maintiennent ces surfaces rapprochées. Les
» incisions latérales ont dû être préalablement pratiquées, comme dans
» le premier procédé.

» Après la guérison, il est évident qu'il existe une interruption entre
» le vagin et l'utérus, et que celui-ci, au contraire, communique avec la
» vessie dans laquelle le sang des règles se répand chaque mois. »

Ce deuxième procédé a pour objet, comme on vient de le voir, de pratiquer l'infibulation de l'utérus, et en même temps une sorte de fusion anatomo-physiologique entre les deux viscères mis accidentellement en communication. Quel sera le résultat de cette connexité artificielle, tout à fait en opposition avec les lois de l'organisme? La suite nous l'apprendra, l'auteur n'ayant appliqué ce procédé que dans le traitement des fistules utéro-vésico-vaginales, dont nous aurons à nous occuper un peu plus loin.

Quant au premier procédé, il a fait ses preuves dans un cas que nous voudrions pouvoir reproduire ici avec tous ses détails, mais que la limite de ce travail nous force d'abréger.

Il s'agit d'une jeune femme accouchée depuis deux mois et demi, et chez laquelle existait une large communication entre la vessie et la matrice; non seulement il y avait destruction des points correspondans du col utérin et du réservoir urinaire, mais la lèvre postérieure du premier avait elle-même presque complètement disparu. Après avoir abaissé au niveau de la vulve la matrice saisie avec des érignes, M. Jobert pratiqua exactement le procédé qui a été décrit plus haut. Le col ayant été largement ouvert au moyen de deux incisions latérales, il raviva le trajet parcouru par l'urine, retrancha les bourgeons charnus, et enleva la muqueuse utéro-vésicale. Le temps le plus difficile de l'opération fut celui de l'application des sutures; il fallut pour cela décoller largement et circonférentiellement le vagin de son insertion au col de l'utérus, aussi bien en avant que sur les côtés. Cette manœuvre permit de passer un point de suture médian et deux latéraux.

Nous n'insisterons pas sur toutes les conséquences de cette opération, nous nous bornerons à constater la présentation de la malade à l'Académie de médecine, cinq mois après, et le résultat de l'examen auquel elle fut soumise à la même époque.

« En introduisant une sonde dans la vessie, on s'assure que cet organe a repris sa capacité normale, et que le col utérin est rencontré par l'instrument si on le pousse en ligne directe. L'urine est parfaitement limpide, soit qu'on la retire longtemps après qu'elle a séjourné dans la vessie, soit peu de temps après qu'elle y a été déposée. Le vagin a à peu près les dimensions normales; seulement, sa paroi antérieure est un peu plus élevée que dans l'état ordinaire. La lèvre antérieure du museau de tanche a conservé sa situation à peu près normale. On voit des cicatrices linéaires sur le pourtour du vagin à l'endroit où il s'insère sur le col; il n'existe nulle part aucune trace de trajet fistuleux. »

Ainsi, ce fait réunit toutes les conditions d'authenticité désirables; exemple unique de guérison dans un cas absolument incurable jusqu'à ce jour, il mérite de fixer au plus haut point l'attention des chirurgiens qui savent se placer au-dessus des rivalités personnelles, pour ne se préoccuper que des intérêts de l'humanité et applaudir aux découvertes qui sont pour elle un bienfait.

Nous en dirons autant des observations que renferme la deuxième partie de l'ouvrage consacré à l'étude des fistules vésico-utéro-vaginales. Elles démontrent la curabilité de l'état pathologique le plus grave, le plus étendu, le plus compliqué qui puisse succéder à un accouchement laborieux. Il s'agit, en effet, d'une lésion triple du vagin, de la vessie et du col de l'utérus, dans laquelle, profondément altérés, ces organes concourent à former une sorte de cloaque d'où les urines s'échappent pour tomber dans le vagin. Toujours, dans cette variété de fistule, la cloison vésico-vaginale est détruite à son insertion au col de l'utérus. Celui-ci peut n'être qu'écorcé superficiellement, comme il peut avoir été atteint par la gangrène dans toute son épaisseur.

Pour le traitement de la fistule, l'auteur décrit trois procédés, dont le choix à faire est réglé par la nature et l'étendue de la lésion elle-même; les principes généraux sur lesquels ils reposent sont les mêmes que ceux qui servent de base au traitement des fistules vésico-vaginales, avec cette différence que la vessie et le vagin ne peuvent plus seuls faire les frais de la réparation, et qu'il faut nécessairement emprunter à l'utérus le lambeau autoplastique qui doit en partie combler le vide résultant de la destruction de la cloison à son insertion utérine.

Si cette destruction ne porte pas sur une trop grande étendue, il peut suffire de détacher le vagin par des incisions habilement combinées sur les points où il reste adhérent; pour le faire remonter ensuite et le fixer sur le col utérin, dans une sorte de rigole que l'instrument tranchant y a préalablement disposée pour le recevoir.

Mais si le vagin est détruit dans une trop grande étendue, M. Jobert avive le col de l'utérus lui-même, le taille sous forme de lambeau et s'en sert comme d'une sorte de bouchon pour remplir la solution de continuité; utilisant en même temps les débris de la cloison vésico-vaginale qu'il fixe à la périphérie du tissu utérin par plusieurs points de suture. « Le col utérin, dans ce procédé, dit l'auteur, fait l'office du lambeau plantaire dans les amputations partielles du pied, lorsqu'il vient rencontrer la cloison vésico-vaginale, comme le fait le premier en rencontrant la peau du dos des pieds. »

Ces procédés opératoires, qui ont déjà été appliqués un assez grand nombre de fois pour qu'on ne puisse plus mettre en doute leur efficacité, ont résolu une question longtemps obscure pour l'auteur lui-même, qui a dû vivement s'en préoccuper avant de tenter ses premiers essais; c'est celle de savoir jusqu'à quel point le col de l'utérus, dans l'épaisseur duquel l'anatomie ne montre aucune trace de tissu cellulaire, pourrait se prêter à une réunion par première intention. A défaut de ce tissu, considéré jusqu'à présent comme l'élément réparateur des trames organiques dans toute solution de continuité simple ou compliquée de perte de substance, on pouvait concevoir des craintes légitimes sur l'issue des opérations que l'on projetait, et ne se hasarder qu'avec une extrême réserve, dans une voie jusqu'alors complètement inexplorée.

Mais la nature sait mieux, comme l'auteur a soin de le faire observer,

calculer et diriger ses efforts réparateurs, que le médecin et le physiologiste ne savent les apprécier et les juger. Il est juste, toutefois, de reconnaître qu'ici l'enseignement physiologique aurait pu faire pressentir le fait pratique, les belles recherches de MM. Andral et Gavarret ayant prouvé que partout où des vaisseaux sont ouverts, il y a effusion et dépôt de lymphe plastique; et que, conséquemment, les matériaux ne manquent pas pour que le travail adhésif s'effectue, et puissent devenir la base d'une cicatrisation immédiate.

Mais pour que celle-ci ait lieu, le chirurgien doit venir en aide à la nature, en ne négligeant de prendre aucune des précautions prescrites par l'auteur, et dont les principales portent sur la forme des ligatures, sur la manière de les appliquer, sur l'épaisseur à donner aux tissus qu'elles embrassent, et enfin sur la durée au-delà de laquelle il serait nuisible de les y laisser séjourner.

Pour ces détails, aussi bien que pour l'appréciation rigoureuse des résultats primitifs de ces diverses opérations, nous renvoyons le lecteur aux préceptes formulés par M. Jobert lui-même, et aux planches intercalées dans le texte, qui font toucher du doigt, pour ainsi dire, les difficultés, en même temps qu'elles apprennent à les surmonter.

Afin de compléter l'œuvre de restauration chirurgicale qu'il a si persévéramment poursuivie et si heureusement réalisée, M. Jobert a compris qu'il ne suffisait pas de faire connaître les résultats immédiats des opérations sur lesquelles elle se fonde, que les suites de celles-ci, considérées à une époque déjà éloignée du moment où elles furent pratiquées devaient avoir une influence souveraine sur leur propagation, et qu'il importait beaucoup de ne pas les passer sous silence. C'est pourquoi il consacre un chapitre à la description des résultats secondaires de ces mêmes opérations.

On se convaincra, en le lisant, que les fonctions des organes génito-urinaires qui ont subi des opérations autoplastiques se rétablissent promptement. On sera surpris de voir une vessie refaite avec le col de l'utérus, le vagin déplacé, et les débris de la poche urinaire, servir tout à la fois de réservoir et d'organe excréteur; on pouvait craindre que le tissu de l'utérus, devenu partie intégrante de cette vessie artificielle, s'accommodât difficilement du contact de l'urine, et qu'il en résultât des inconvéniens sérieux. L'expérience, à cet égard, s'est prononcée; elle a appris que le tissu de l'utérus est protégé alors par une membrane muqueuse accidentelle qui, en s'organisant à sa surface, modifie tout à la fois sa structure et les conditions physiologiques qui en dérivent. N'est-ce pas une semblable disposition qui a été observée dans plusieurs cas de réparations spontanées de l'estomac et des intestins? Le tampon formé par le foie, par l'épiploon et par le canal alimentaire, qui souvent servent d'obturateur, n'empêche pas l'estomac de fonctionner, et l'intestin de servir de conduit et de réservoir? Il en est de même pour la vessie, qui ne s'en contracte pas moins pour expulser l'urine qu'elle renferme.

On a fait grand bruit de l'incontinence et des envies fréquentes qui ont paru persister chez quelques femmes à la suite de l'opération; M. Jobert affirme que ces inconvéniens cessent souvent au bout d'un mois, *et que toujours la vessie finit par reprendre ses fonctions.* Chaque jour ce viscère se développe, s'agrandit, et chez telle malade qui, avant l'opération, n'avait pas une vessie plus large qu'une coquille d'œuf, l'auteur s'assura que celle-ci, en un temps très court, s'était dilatée au point de contenir un litre d'urine.

Il est une dernière question que soulève l'occlusion de l'utérus, c'est de savoir jusqu'à quel point la menstruation peut en être influencée. L'auteur, à cet égard, est on ne peut plus explicite; il a vu la menstruation se rétablir d'une manière régulière, et l'écoulement ne subir aucun changement dans sa durée, et probablement dans sa quantité. Il rapporte deux observations qui démontrent que ce liquide, aux époques menstruelles, a été versé à la surface interne de la vessie en aussi grande abondance que par la voie normale.

Il ressort donc de l'examen, tant des résultats primitifs, que des suites éloignées de l'autoplastie utéro-vésicale, qu'aucune objection sérieuse ne saurait être adressée à cette création de la chirurgie plastique. Pour ma part, arrivé au terme de cette analyse, dont les développemens se justifieront aisément par l'importance du sujet, j'aurai atteint le but que je me suis proposé, si je contribue à répandre et à faire accepter une méthode opératoire qui compte déjà de nombreux succès, et dont chaque application nouvelle, entre les mains de l'éminent chirurgien qui en est l'inventeur, est un bienfait de plus rendu à l'humanité.

Aussi, n'hésitons-nous pas à reconnaître et à répéter que le traitement des fistules urinaires, tel que l'a compris et institué M. Jobert de Lamballe, est une des créations qui illustreront le plus la chirurgie contemporaine. C'est une œuvre capitale qui prendra rang parmi les découvertes les plus importantes du siècle, et qui demeurera pour l'auteur un titre de plus à la juste considération dont il jouit, et à la célébrité que ses autres travaux scientifiques lui ont déjà méritée.

Dr Am. Forget,
Membre de la Société de chirurgie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 Août 1852. — Présidence de M. Piobert.

M. J. Budge, de Bonn, communique un *travail ayant pour objet de démontrer que l'origine du nerf sympathique est dans la moelle épinière.*

Les expériences que j'ai faites en commun avec M. Waller, dit M. Budge, ont prouvé que l'irritation d'une certaine partie de la moelle épinière provoque la dilatation des pupilles. Mais si l'on coupe le nerf sympathique d'un côté seulement, et qu'ensuite on irrite la moelle épinière, la pupille correspondante au nerf sympathique qui n'a pas été coupé, est la seule qui se dilate, l'autre n'éprouve rien.

Il résulte de cette expérience que la dilatation de la pupille, par suite de l'irritation de la moelle épinière n'a lieu qu'au moyen du nerf sympathique.

Mais cela ne prouvait pas encore que le nerf sympathique eût son origine dans la moelle épinière; on pouvait supposer, en effet, que le nerf sympathique naît des ganglions spinaux, puisque l'on a observé que des fibres nerveuses primitives sortent des globules des ganglions périphériques. Dans cette hypothèse, on pouvait regarder les ganglions comme des organes centraux et penser que les fibres dont l'irritation provoque la dilatation de la pupille, se dirigent vers les ganglions comme vers des centres, et que les ganglions ont la faculté d'opérer un mouvement réflexe, comme le fait la moelle épinière dans les cas ordinaires.

Pour éclairer cette question, M. Budge a fait les observations suivantes : après avoir mis à nu, sur un lapin, la première et la deuxième paire des nerfs pectoraux à l'endroit où ils sortent de la moelle épinière, il a irrité, en la tenant isolée, la racine postérieure de la première paire, et cette irritation a amené la dilatation de la pupille; aussitôt il a coupé cette racine tout près de la moelle épinière, et il a irrité de nouveau cette partie ainsi séparée de la moelle, sans que la pupille éprouvât la moindre irritation. Il a ensuite irrité la racine antérieure du même nerf, et il s'en est suivi une très grande dilatation de la pupille correspondante.

L'auteur en conclut que, dans ce cas, le ganglion n'est pas l'organe réflecteur, car autrement l'irritation de la racine postérieure aurait produit la dilatation de la pupille, même après que cette racine eût été coupée.

M. Budge a fait la même expérience sur la deuxième paire des nerfs pectoraux, et il a obtenu exactement le même résultat; d'où il conclut que l'origine première du nerf sympathique est dans la moelle épinière.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Juin et Juillet 1852. — Présidence de M. le docteur Trèves.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend:

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, par laquelle il accuse réception des trente-huit bulletins que la Société lui a adressés, avec prière de les faire parvenir aux Sociétés savantes des départemens, auxquelles ils sont destinés. M. le ministre promet de faire cet envoi, et réclame en même temps deux autres exemplaires de nos bulletins pour la bibliothèque des Sociétés savantes. La Société s'empresse de satisfaire à ce désir légitime de M. le ministre en ordonnant l'envoi immédiat des deux exemplaires réclamés;

2° Une lettre d'un membre correspondant, M. Plouviez de Lille, sur le traitement de l'hydrophobie. M. Michéa, secrétaire général, donne lecture de cette lettre, à l'occasion de laquelle la Société vote des remercîmens à son auteur;

3° Un mémoire de M. Brachet, de Lyon, intitulé: *Études physiologiques sur l'inflammation.* M. Belhomme est nommé rapporteur;

4° Le compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse. M. Bauche est nommé rapporteur;

5° Une lettre de M. Fleury, un de nos membres correspondans, chef du service de santé aux îles Saint-Pierre et Miquelon, avec un mémoire renfermant une observation intéressante sur un cas de rupture d'une sonde d'argent dans la vessie d'un matelot. M. Aug. Mercier est nommé rapporteur.

M. le docteur Aubrun demande la parole. Il a dernièrement revacciné une dame de 35 ans. Cette dame a été vaccinée une première fois dans son enfance. Elle l'a été une seconde fois à l'âge de 19 ans. A chaque inoculation, le vaccin a pris un développement parfaitement régulier. Sur six nouvelles piqûres pratiquées par M. Aubrun, cinq ont donné lieu à de magnifiques boutons vaccinaux parfaitement caractéristiques, et qui, malgré cette troisième vaccination, n'ont offert rien de particulier qu'une marche plus rapide dans leur développement. Le nouveau vaccin de cette dame a servi à vacciner heureusement un enfant.

M. Charrier ne croit pas que les pustules et les boutons de la revaccination soient parfaitement identiques à ceux d'une première vaccination. Outre qu'ils ont une marche plus rapide, comme l'a remarqué M. Aubrun, ils n'offrent pas, à l'époque de la dessication, ces croûtes noirâtres sous forme de pastilles de chocolat, si remarquables dans les vaccinations primitives.

Plusieurs membres citent de nombreux exemples de revaccinations impossibles à obtenir chez des sujets déjà vaccinés, et aussi des cas de vaccinations primitives inutilement tentées. M. Bauche a vacciné avec succès un enfant qui l'avait été, sans aucun résultat, sept ou huit fois jusqu'à l'âge de 15 ans. Il en conclut avec raison qu'il ne faut pas se lasser de répéter, chaque année, la vaccination chez les individus réfractaires, attendu qu'il pourra arriver un moment où ils ne le seront plus. M. Tessereau cite le cas de la demoiselle d'un de nos confrères, qui ne put être vaccinée qu'à l'âge de 17 ans. Jusqu'à cette époque, les vaccinations antérieures avaient échoué constamment.

M. Trèves entretient la Société du cas pathologique suivant. Il s'agit d'un petit garçon de 4 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, ayant eu quelques accidens de dentition autrefois, et ayant été également atteint de rougeole et de scarlatine dans le cours de ses deux premières années. Il se portait bien depuis deux ans, lorsqu'il fut pris tout à coup, étant à la campagne, de malaise d'abord, puis bientôt de quelques mouvemens convulsifs légers. De retour à Paris, le lundi au matin, des convulsions véritables apparurent et se généralisèrent. Malgré l'application de six sangsues à l'anus, les convulsions continuèrent. Six nouvelles sangsues, appliquées aux mastoïdes, n'eurent guère plus de succès. Cependant, le mardi, les convulsions avaient cessé, mais pour faire place à un état de somnolence, à une espèce de sommeil léthargique dont on ne faisait sortir le petit malade que difficilement. La fièvre était continue et le pouls d'une fréquence extrême. Il y avait eu un *épistaxis* au début; il n'y a pas eu de *vomissemens.* Les urines sont parfois involontaires. M. Trèves demande à la Société ce qu'il convient de faire chez ce petit malade dont l'affection continue de marcher malgré les antiphlogistiques employés au début, et suivis ultérieurement de l'administration du calomel à haute dose et de l'application des révulsifs cutanés. Il demande en outre si son malade est bien et dûment atteint d'une méningite, ou d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale.

M. Charrier, tenant compte de l'intensité de la fièvre, de l'épistaxis au début, et surtout de l'absence de vomissemens, tendrait à admettre une fièvre typhoïde à forme cérébrale. La somnolence, dit-il, n'est pas rare à observer dans le cours des affections aiguës chez les enfans, en dehors des maladies cérébrales.

M. Trèves, dans la séance suivante, informe la Société que le petit malade dont il a eu l'honneur de s'entretenir va bien, et qu'il n'a eu décidément qu'une fièvre typhoïde. A la suite de transpirations abondantes, l'enfant est sorti de la somnolence dans laquelle il était plongé, et le corps s'est recouvert de nombreux sudamina. A partir de ce moment, une amélioration notable est survenue et a continué depuis. M. Trèves, à l'occasion de ce petit malade, raconte que la question de l'administration de l'iodure de potassium a été agitée par lui avec un médecin consultant haut placé dans la clinique des enfans, et que ce dernier s'est élevé avec force contre l'ingestion de l'iodure potassique dans la méningite des enfans. L'iodure, selon lui, non seulement ne guérirait jamais, mais serait encore un remède dangereux et mortel dans cette maladie.

MM. Aubrun, Labarraque et Homolle, tout en rendant justice à l'habileté et à l'expérience bien connues du confrère consultant, croient qu'il n'est pas facile de faire exactement la part thérapeutique de l'iodure dans la méningite des enfans, attendu qu'on perd à peu près tous les petits malades réellement frappés de cette horrible maladie. Les statistiques de MM. Becquerel, Constant et Fabre, dressées à l'hôpital des Enfans, prouvent, au dire de M. Labarraque, que dans la vraie méningite des enfans, la mortalité est de cent pour cent.

M. Perrin fait remarquer qu'à côté de la méningite classique si bien caractérisée par la période d'excitation d'abord, et plus tard par la période de collapsus, il est d'autres formes morbides aiguës du cerveau, chez les enfans surtout, qui s'éloignent tellement par leur mode d'évolution de la marche de la méningite proprement dite, que, pour lui, ce mot *méningite* exprime souvent des affections aiguës cérébrales fort différentes entr'elles. Ainsi, M. Duparcque a publié récemment un mémoire fort intéressant sur le ramollissement blanc aigu essentiel du cerveau chez les enfans, et dans lequel on peut s'assurer que, jusqu'à présent, on avait confondu avec la méningite ce nouveau genre de maladie aiguë du cerveau.

M. Belhomme ajoute, avec raison, que la méningite reste rarement à l'état simple, et que le plus souvent elle se complique par l'extension de la maladie à la substance encéphalique, ce qui obscurcit singulièrement le diagnostic différentiel.

M. Bonnassies fait une autre communication à la Société. Il s'agit de la mort d'un enfant, âgé de 4 ans, qui, vers la fin d'une rougeole, succomba rapidement à la suite d'un emphysème général et spontané de tout le tissu cellulaire sous-cutané. Cet enfant appartenant à des parens misérables, était habituellement mal logé, mal nourri. Une angine diphtéritique était venue compliquer sa rougeole. Malgré cette complication, il n'allait pas trop mal, lorsque tout à coup apparut une tumeur emphysémateuse à la joue. Bientôt l'emphysème s'étendit au cou, à la poitrine, au ventre et aux membres inférieurs dans des proportions de tension énorme, et sans changement de couleur de la peau. L'enfant était comme insufflé des pieds à la tête. Il mourut asphyxié en moins de quarante-huit heures.

M. Charrier suppose qu'une fissure, qu'une éraillure, une solution de continuité quelconque a dû s'opérer dans le voisinage du larynx ou de la trachée, à travers laquelle l'infiltration gazeuse de tout le tissu cellulaire sous-cutané aura pu avoir lieu.

M. Perrin engage une courte discussion à l'occasion du traitement de l'entérite cholériforme des enfans à la mamelle. Il dit avoir traité jusqu'à ce jour, avec peu de succès, d'assez nombreux cas de cette terrible maladie. Il a à peu près essayé toutes les médications connues, comme le calomel à doses fractionnées, l'ipécacuanha, le monésia, le ratanhia, le saccharate de chaux, le lycopode, et même l'opium, bien que M. Trousseau affirme que cette dernière substance fasse mourir les malades un peu plus tôt. Eh bien! malgré l'emploi méthodique de ces divers moyens, il ne croit pas qu'aucun d'eux jouisse d'une réelle efficacité.

M. Trèves dit s'être bien trouvé, dans des cas pareils, de l'administration de la poudre d'ipécuanha, à la dose de 10 centigrammes répétée fréquemment.

M. Charrier reconnaît toute la gravité de la maladie signalée par M. Perrin. Il croit qu'on perdra encore pendant longtemps le plus grand nombre des petits enfans trop violemment frappés dès le début. Toutefois, il assure que la médication qui réussit le mieux, et qui est en même temps la plus rationnelle, consiste dans l'emploi du sous-nitrate de Bismuth à hautes doses, des boissons glacées, de la glace à l'intérieur, du bouillon très fort, également frappé. Quand les accidens ne marchent pas trop rapidement, on se trouve bien aussi de l'application d'un large vésicatoire au-devant de l'épigastre.

M. Ameuille s'inscrit en faux contre l'opinion de M. Trousseau, relativement aux effets nuisibles des préparations opiacées dans le choléra des enfans. Il a vu un enfant, atteint de cette affection, guérir à la suite d'un narcotisme déterminé involontairement par l'administration imprudente et trop souvent répétée de quarts de lavement amidonnés et additionnés de deux gouttes de laudanum. Depuis, il a eu l'occasion de recourir à l'emploi de ces mêmes lavemens, jusqu'à production de léger narcotisme, et il a eu lieu de s'en féliciter.

Le secrétaire, Dr Perrin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des Maladies des yeux, par W. Mackensie, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. Richelot et S. Laugier, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix : 6 fr.

Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Boyer et Bichat, discours prononcé à la séance de distribution des prix de la Faculté de médecine de Paris, le 5 novembre 1851, par M. J.-P. Roux, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie nationale de médecine, officier de la Légion-d'Honneur, etc.

Brochure in-8. — Prix : 1 fr.; par la poste, 1 fr. 25 c.

A Paris, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 107. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 7 Septembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans malades. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

DE LA SCARLATINE.

La scarlatine a régné avec assez de force cet été à Paris; elle n'a pas été meurtrière; cependant, les épidémies les plus bénignes font encore quelquefois des victimes.

C'est une maladie extraordinaire dans ses formes, bizarre dans ses allures. Lorsqu'on lit l'histoire des épidémies de scarlatine en Europe, on est étonné de la singulière inégalité que l'on trouve dans la mortalité. Graves insiste beaucoup sur ce point, dans le récit des épidémies de scarlatine à Dublin : de 1800 à 1834, il constate leur peu de gravité pendant une longue série d'années. Il raconte que, dans un établissement public, quatre-vingts enfans furent frappés par la maladie, et que pas un ne succomba.

En 1834, survint une épidémie d'une gravité effroyable; tous les médecins, surtout ceux des grandes villes, furent témoins de cas mortels nombreux.

Certaines familles furent tellement éprouvées, que presque tous les membres périrent.

Sydenham a vu, dans certaines épidémies, la scarlatine être si peu grave, que c'était à peine une maladie. (*Vix nomen morbi meretur.*)

Dans d'autres, au contraire, elle décime la population et tue la moitié de ceux qu'elle frappe; et ces différences dans la gravité ne consistent pas dans la différence de traitement; non, elles résultent de la forme épidémique; de 1804 à 1834, à Dublin, à peine quelques cas de mort; en 1834, mortalité considérable.

La scarlatine est une pyrexie exanthémateuse, s'accompagnant d'une éruption cutanée; c'est une fièvre contagieuse. A ce propos, disons quelques mots du mode de contagion des maladies.

On entend par maladies contagieuses, celles qui se transmettent d'un individu malade à un individu sain, en gardant leurs caractères spécifiques; la contagion est donc une véritable génération; c'est une semence morbide, qui, portée par une voie quelconque d'un organisme dans un autre organisme, y lève comme une semence végétale ou animale.

Or, lorsqu'on sème des graines, il faut des conditions particulières de lumière, de profondeur du sol, de température, d'humidité et de saison pour les faire germer. Il y a telle profondeur du sol où certaine semence ne lève jamais. A la suite des défrichemens profonds, on voit apparaître avec étonnement une foule de plantes, dont l'espèce était inconnue sur le sol. La raison de cette végétation, qui paraît spontanée, est fort simple, c'est que les graines étaient à une profondeur trop considérable; mais dans le bouleversement du sol, elles ont pu atteindre le niveau qui leur était nécessaire pour leur développement. Si donc, l'on voit quelques semences morbifiques ne pas germer, l'on ne doit pas dire que la graine n'avait pas été fécondée; elle l'est, mais le sol n'est pas préparé pour la germination.

La température et la saison sont des conditions nécessaires. Certaines plantes légumineuses lèveront toujours, pourvu que les conditions de température et d'humidité soient convenables; mais si on sème des noyaux de cerises, ils lèveront au printemps seulement; et si tous n'ont pas levé, quelles que soient dans l'intervalle les conditions de température, les alternatives de sécheresse et d'humidité, il leur faudra attendre le printemps de l'année suivante.

Réaumur, étudiant les chrysalides d'un bombyx, en avait conservé un certain nombre dans la poussière de son écritoire. — Au mois de juin, il voit plusieurs papillons; une semaine se passe, le nombre de papillons ne s'accroît pas; mais une année après, au mois de juin, trente papillons parurent; et l'année suivante, deux ans après l'apparition des premiers, le reste des chrysalides se transforma en papillons.

Il en est de même pour les influences contagieuses; les unes peuvent ne point avoir acception des temps, par exemple, la variole, la rougeole; d'autres, au contraire, exigent certaines conditions; ainsi, la dyssenterie peut n'être contagieuse qu'en certaines saisons, et ne l'être jamais dans d'autres.

Dans les expériences sur la génération, Spallanzani prenait les batraciens, la grenouille verte, le crapaud, la salamandre, et il étudiait la manière dont s'effectuait la fécondation, ce n'était pas autre chose que de la contagion.

Le crapaud accoucheur se met sur le dos de la femelle et il projette la semence contre les œufs à mesure qu'ils sortent; c'est de la contagion immédiate.

Spallanzani prenait les œufs de la grenouille, les arrosait avec la semence du mâle et il obtenait des têtards.

Il fit de même pour la salamandre et ne vit aucun résultat. Il chercha alors les conditions de température, etc., etc.

Il crut au défaut de concentration de la liqueur prolifique, et il couvrit de sperme les œufs de la salamandre. Aucun résultat.

Il mit alors les mâles et les femelles dans un bassin et se contenta de regarder ce qui se passait à l'époque des amours, et il vit que le mâle restait à une distance de quelques centimètres de la femelle, et que de là il projetait sa semence dans l'eau et à une grande distance des œufs qu'elle pondait. Il comprit alors qu'une grande dilution était nécessaire, et il put, en délayant la semence, féconder des œufs.

Nous voyons des épidémies de variole dans des villages tellement isolés, que la contagion immédiate est impossible à retrouver, et lorsque la clavélée règne dans un troupeau, que les moutons couchent pêle-mêle, les uns sont atteints au début de l'épizootie, d'autres à la fin, d'autres ne le sont pas.

N'est-ce pas une réponse aux objections des non-contagionistes qui s'écrient : si c'était une contagion ! Comment ne serait-on pas frappé lorsqu'on est resté dans une salle de malades, tandis que d'autres le sont qui n'y sont pas entrés : c'est si bien une contagion, qu'on peut pratiquer l'inoculation avec la lancette.

La scarlatine a des formes très diverses. Décrivons d'abord la forme la plus simple : sans aucun prélude, sans prodrôme, il survient un frisson léger, des vomissemens, de la diarrhée et une fièvre caractérisée par une accélération insolite du pouls. Ordinairement il n'y a pas de symptômes nerveux; les accidens sont plutôt gastriques.

Après 10, 12, 15, 24 heures de fièvre, l'éruption apparaît, C'est la maladie éruptive dans laquelle elle se montre le plus tôt.

Quoiqu'apparaissant de bonne heure, l'éruption dure plus longtemps que celle de la rougeole; elle ne peut disparaître que vers le dixième, douzième ou quinzième jour; tandis que l'éruption de la rougeole, qui se montre vers le quatrième jour, s'éteint vers le huitième.

L'éruption de la scarlatine est visible d'abord au visage, puis à la face interne des bras, ensuite à la poitrine et au ventre.

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LA DOCTRINE DES MALADIES VÉNÉRIENNES ;

Par le docteur Edmond LANGLEBERT.

La doctrine des maladies vénériennes, édifiée et soutenue avec tant d'éclat par l'illustre chirurgien de l'hôpital du Midi, n'a pas seulement pour sanction la vérité des faits sur lesquels elle repose; elle a pour elle l'autorité de l'histoire, où sont inscrits, pour ainsi dire, ses titres de noblesse. On en trouve en effet, les rudimens dans des auteurs bien antérieurs à Hunter, que l'on regarde généralement comme son promoteur, bien qu'il s'en écarte sur beaucoup de points fondamentaux. Nous avons pensé qu'on ne lirait pas sans quelque intérêt les recherches historiques que nous avons faites pour remettre en lumière ces rudimens de la science des maladies vénériennes, en partie effacés par le temps, et pour établir, en quelque sorte, la généalogie de cette doctrine célèbre.

Les auteurs que nous avons consultés sont fort nombreux. Nous ne citerons que les plus illustres, ceux dont les ouvrages ont joui et jouissent encore d'une grande autorité. Pour mettre de l'ordre et de la clarté dans notre sujet, nous exposerons successivement, sous la forme d'aphorismes, chacun des principes fondamentaux de la doctrine, que nous ferons suivre immédiatement des citations historiques qui s'y rapportent.

I. Les maladies vénériennes se divisent en deux grandes classes : 1° les maladies vénériennes *virulentes*, dont la forme élémentaire est le *chancre*; 2° les maladies vénériennes *non virulentes* ou catarrhales, dont la forme élémentaire est la *blennorrhagie*. Ce que les auteurs ont appelé *blennorrhagie virulente*, n'est autre chose qu'un chancre caché plus ou moins profondément dans l'urètre, reconnaissant d'une manière absolue une cause spécifique, et se montrant sous les apparences d'un écoulement blennorrhoïde.

HISTORIQUE. — Ce point fondamental de la doctrine se trouve, pour ainsi dire, en germe dans l'ouvrage de Thierry de Héry, lieutenant-général du premier chirurgien du roi, publié à Paris en 1552, sous le titre : *La méthode curative de la maladie vénérienne, vulgairement appelée grosse vérolle.*

Ce praticien célèbre, dans la description qu'il donne de la blennorrhagie, en admet trois espèces, dont les deux premières, simplement catarrhales, sont le résultat des causes ordinaires de toutes les inflammations de ce genre : « Comme il advient, dit-il, à ceux qui ayant plénitude aux » dictes parties, chevauchent principalement bestes qui vont dur........ » voire quelquefois pour l'usage de la bierre et autres telles choses » vaporeuses........ comme il advient aussi à plusieurs excessifs et immo- » dérés en la compagnie de leurs femmes *bien nettes*, lesquels par leur » intempérance et trop fréquent et violent coït, sont cause qu'il se faict » une inflammation esdictes parties. » (*Loc, cit.*, page 161.)

Quant à la troisième espèce, il la regarde comme virulente, et soutient qu'elle est le résultat de chancres développés dans le canal de l'urètre. « La troisième, dit-il, se fait par un virus ou vénéneux esprit, lequel » infecte telles parties et advient à ceux qui ont compagnie de femme » immonde. *Et cette seule entre les trois est accident de cette mala- » die* (la vérole) : dont pour la malice de ladicte virulence qui a imbu » et infecté telles parties, les symptômes en sont aussi plus véhémens, » comme douleurs et cuissons en urinant, à cause de l'acrimonie de » l'humeur susdicte, *qui faict érosion et ulcères, spécialement envi- » ron les prostates et près le balanum ou gland.* Et d'icelle espèce » souvent est engendrée la vérolle. » (*Loc. cit.*, page 162.)

Toutefois, cette distinction d'origine et de nature entre la blennorrhagie et le chancre, fut complètement méconnue par les médecins qui suivirent pendant plus de deux siècles. Tous confondirent ces deux formes élémentaires de la maladie vénérienne, les regardant comme la conséquence d'un même virus. Ce fut seulement en 1767 que Balfour, chirurgien anglais, soutint de nouveau la non-identité de la blennorrhagie et du chancre. A peu près à la même époque, cette doctrine fut également soutenue par Tode et Duncan. Mais il était réservé à Benjamin Bell, chirurgien d'Édimbourg, de la populariser, d'abord en Angleterre, et plus récemment en France, où Hernandez, dans un travail publié à Toulon, en 1812, et ayant pour titre : *Essai analytique sur la non-identité du virus gonorrhéïque*, la démontra expérimentalement.

II. Les maladies vériennes virulentes sont la conséquence d'un poison morbide spécial, nommé *virus syphilitique.*

HISTORIQUE. — Dès la fin du XVe siècle et au commencement du XVIe, beaucoup de médecins, parmi lesquels nous citerons Alexander Bénédictus, en 1497; Jean de Vigo, en 1514; et Thierry de Héry, en 1552, avaient déjà reconnu la nature contagieuse de la maladie vénérienne. Déjà ils en avaient signalé la cause première sous les noms de *teinture vénérienne*, *venin* ou *vénéneux esprit, levain, virus vérolique,* etc. Mais ils ne connaissaient que d'une manière très vague les propriétés de ce virus, qu'ils supposaient trés volatil et susceptible de se transmettre à distance par l'air, par l'eau, les alimens, etc.; témoins, l'histoire si connue du cardinal Volsey, accusé d'avoir voulu donner la vérole au roi d'Angleterre, Henri VIII, en lui parlant à l'oreille; et ce spirituel passage du livre de Fallope, où ce médecin se moque agréablement de ceux qui, pour défendre l'honneur de certaines femmes, disaient qu'elles avaient pris la vérole par le moyen de l'eau bénite. « Et quamvis qui- » dam summæ auctoritatis voluerint defendere castas matronas, dicentes » eas fuisse aquâ benedictâ infectas. Infectio illa habuit originem per » unam asperges, scio ego........ » *Tractat. de Marbo Gallico*, cap. XIII.

C'est Fernel, médecin du roi de France, Henri II, qui, le premier, reconnut et définit d'une manière exacte le virus syphilitique, qu'il compare au virus de la rage ou du scorpion. Voici ce qu'il dit au chapitre IV de son livre, *De luis venereæ curatione perfectissimâ*, 1557 : « De » origine haud magnâ contentione decertem, sed de illius causâ, de » vi et naturâ, ex quâ curandi ratio omnis ducenda. Primum autem oc- » cultam et venenatam illius esse naturam, tum ex invasionis modo, tum » ex iis, quæ mox tradentur, perspicuum fiet. Atque cùm neminem un- » quam hâc lue labefactaverit *inquiati aeris inspiratio,* non debet

La rougeur au visage est ordinairement formée de plaques qui donnent l'apparence de vergetures ; ailleurs, ou bien elle s'étend uniformément comme si la peau avait été teinte, ou bien elle est constituée par une myriade de petits points rouges arrondis, que l'on distingue de très près ou avec un verre grossissant, mais qui, lorsqu'on les regarde superficiellement, ressemblent à une rougeur diffuse. La plupart de ces petits points rouges sont le début de vésicules, lesquelles, le second, le troisième, le quatrième jour de la maladie, s'élèvent au-dessus de la peau, à laquelle elles donnent un aspect chagriné, et que le doigt peut aisément sentir.

Ces vésicules se remplissent d'un liquide qui devient promptement lactescent et qui probablement est doué d'une virulence dont l'inoculation permettrait de constater l'entière efficacité. Il est à remarquer qu'au visage, aux mains, la tuméfaction de la peau est très évidente. Les ganglions lymphatiques de l'aisselle, de l'aine sont ordinairement engorgés. Nous aurons à parler tout à l'heure de ceux du cou.

L'éruption dure 4, 12, 15 jours ; quelquefois, la durée est bien moindre ; quelquefois aussi, elle n'apparaît pas du tout.

La desquammation commence par le cou, le tronc, et finit par les membres ; c'est par les mains et par les pieds qu'elle se termine. Au cou et à la poitrine, les squammes sont peu considérables ; mais aux pieds et aux mains, elles sont si larges, qu'on peut enlever l'épiderme de tout un pied et que les ongles eux-mêmes peuvent tomber.

En même temps que l'éruption, survient une douleur de gorge ; angine scarlatineuse qui s'étend plutôt vers le pharynx et les bronches, comme l'angine morbilleuse.

Ajoutons le gonflement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, et nous aurons la description de la scarlatine, telle que nous l'observons le plus ordinairement.

Reprenons maintenant, et voyons quelles peuvent être les anomalies.

Invasion. — De toutes les maladies connues, il n'en est aucune qui s'accompagne d'une rapidité du pouls aussi grande que la scarlatine. Cette fréquence est telle, qu'elle peut, chez l'adulte, être de 160 pulsations par minute.

En même temps la température de la peau s'élève à un degré qui n'est atteint que dans l'érysipèle. Ce qui caractérise surtout cette première période, c'est la brusquerie, la soudaineté de l'attaque.

La rougeole est précédée de plusieurs jours pendant lesquels il y a un peu de malaise, un léger coryza, une fièvre douteuse.

La variole est plus brusque dans son début que la rougeole, mais elle l'est moins que la scarlatine. Dans cette affection, rien ne sépare l'état de santé, de l'état grave qui peut amener des accidens terribles, la mort peut survenir dès le premier jour, ce qui n'a jamais lieu pour la rougeole, ni pour la variole, à moins d'accidens étrangers en quelque sorte à la maladie, comme l'éclampsie, par exemple. Ces malades sont plongés dans le coma, ont du délire, de la diarrhée, un pouls impossible à compter, et meurent.

En 1824, une épidémie de scarlatine sévit dans le département d'Indre-et-Loire : une femme est prise de vomissemens, de diarrhée, elle a du délire, elle tombe dans le coma. M. Bretonneau arrive, la femme était morte, après onze heures de maladie ; trois mois ne s'étaient pas écoulés que l'on voyait assez souvent dans la ville et dans les environs des gens mourir en peu d'heures, avec des symptômes de fièvre maligne et en même temps avec une angine qui permettait de reconnaître la scarlatine lorsque l'éruption ne se manifestait pas.

Forme et durée de l'éruption. — Elle apparaît ordinairement dès le premier jour, ce qu'elle n'a de commun qu'avec l'érythème noueux et la variolette ; les autres éruptions ne se montrent que le troisième, le quatrième et même le cinquième jour.

Elle commence, comme nous l'avons dit, par le visage, le cou, les poignets, la poitrine, et le troisième jour elle a envahi tout le corps ; c'est alors qu'elle atteint son summum d'intensité ; elle reste très rouge et très foncée pendant quatre, six, huit ou dix jours ; elle pâlit alors, et peut ne disparaître que vers le quatorzième ; quelquefois elle persiste jusqu'au vingtième.

Elle va en augmentant pendant les premiers jours ; sous l'influence d'un refroidissement elle pâlit, mais aussi elle devient plus vive sous l'influence d'une excitation quelconque. Pendant cette période survient le délire, qui accompagne ordinairement une éruption scarlatineuse violente ; de la stupeur, du coma, de la fréquence extrême du pouls, de la sécheresse mordicante de la peau. L'éruption se manifeste à la gorge avant de paraître à la peau ; les amygdales, la luette, le voile du palais sont rouges, et cette rougeur persiste, par delà la fin de l'éruption cutanée.

Vers le troisième ou quatrième jour, et quelquefois plus tôt, on voit sur les amygdales des taches blanches qui, se rapprochant et se confondant les unes dans les autres, recouvrent les amygdales d'une couche de concrétion plus ou moins épaisse. La sécrétion des amygdales augmente durant la période d'éruption ; elle cesse dans les premiers jours de la période de desquammation, mais les amygdales peuvent rester rouges, excoriées, sèches et douloureuses pendant plusieurs semaines.

En même temps, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont tuméfiés, gonflés et douloureux.

La langue, le premier jour, est chargée, jaunâtre, recouverte d'un enduit limoneux ; mais quand les vomissemens n'existent plus, elle devient blanche à son centre, rouge à la pointe et aux bords ; la rougeur augmente le quatrième jour, et elle commence alors à se dépouiller de l'épithélium, qui tombe entièrement le lendemain ou le surlendemain.

On la voit alors rouge, gonflée, les papilles saillantes ; le contact des boissons un peu sapides devient douloureux.

Cette rougeur de la langue, qui est spéciale à la scarlatine, est utile pour reconnaître une angine sans éruption.

Puis la langue redevient plus blanche, plus lisse, l'épithélium la recouvre, et, vers le quinzième jour, elle reprend sa forme et sa coloration normales.

Angine. — Dans certaines formes primitivement assez bénignes, on ne voit d'abord qu'une légère rougeur des amygdales, qui ne sont recouvertes d'aucune exsudation ; cette phlegmasie peut persister à ce degré, et vers le dixième jour, lorsque la guérison semble assurée, la fièvre se rallume, et l'on voit survenir le gonflement des ganglions, les amygdales deviennent fétides, s'ulcèrent et peuvent se sphacéler.

La déglutition est impossible, à cause de l'énorme tuméfaction des ganglions du cou ; la bouche reste entr'ouverte ; les fosses nasales laissent suinter un liquide sanieux et fétide ; et la mort survient à la suite d'accidens cérébraux.

La suppuration des ganglions cervicaux et du tissu cellulaire du cou survient quelquefois, des gaz se développent au milieu du pus ; l'incision que l'on pratique, donne issue, en même temps qu'aux gaz, à un bourbillon qui dénonce la nature gangreneuse de ces abcès.

La suppuration a disséqué les muscles du cou, et laisse après la guérison, qui est si souvent douteuse, des cicatrices difformes nécessitant quelquefois des opérations chirurgicales.

Cet ensemble symptomatique ne se retrouve pas toujours dans la scarlatine ; l'éruption peut manquer ; c'est un fait que tout le monde admet aujourd'hui. Graves cite l'exemple d'une jeune fille qui, à la suite d'un léger mal de gorge, gagna une anasarque albumineuse. Elle appartenait à une famille où la scarlatine sévissait en ce moment. Moi-même j'ai été, dans plusieurs circonstances, témoin de faits de ce genre.

En 1829, à Villeroy, un grand nombre d'individus furent atteints de scarlatine ; mais un très grand nombre, vivant au milieu de l'épidémie, n'eurent que le mal de gorge. Que doit-on en conclure ? Étaient-ils réfractaires à la contagion, ou bien était-ce une scarlatine sans éruption ? Un de ces derniers eut une anasarque au moment où ceux qui avaient eu l'éruption devinrent convalescens. Or, quand on réfléchit combien l'anasarque aiguë est rare, qu'on se rappelle le mal de gorge qui a précédé, qu'on songe au milieu épidémique dans lequel vivait la malade, ne doit-on pas vraiment croire à une anasarque scarlatineuse ?

Et puis si, dans une famille atteinte de scarlatine, on examine avec soin tous les individus, on découvre quelquefois chez ceux qui n'ont qu'un mal de gorge, une éruption si limitée, si faible, qu'elle aurait parfaitement pu passer inaperçue ; et l'on comprend qu'elle puisse manquer entièrement.

Le diagnostic peut être quelquefois difficile entre l'angine maligne et l'angine scarlatineuse.

En 1828, une épidémie d'angine diphthérique frappe une grande partie du département de Loir-et-Cher ; dans une seule ferme de la commune de Tremblevif, sur dix-sept individus frappés, quinze succombent.

En même temps, régnait une épidémie de scarlatine ; et dans les cas où l'éruption était peu marquée, l'erreur était facile ; mais la soudaineté de l'invasion, la véhémence de la fièvre, la rougeur de la langue, seront des signes qui doivent éclairer le diagnostic ; enfin la scarlatine frappant d'autres membres de la famille achève de le justifier.

Complications. — Vers la fin d'une scarlatine, même bénigne, alors que toutes les inquiétudes ont disparu, une *hémorrhagie nasale* survient ; on s'en préoccupe peu, mais elle reparaît, et tellement abondante, qu'on a recours aux moyens chirurgicaux et que le tamponnement des fosses nasales est nécessaire ; l'enfant a pâli, le pouls est devenu fréquent, la peau est décolorée, les urines, les garderobes deviennent sanglantes, des taches hémorrhagiques se montrent sur la peau, et si l'on a mis des vésicatoires, leur surface laisse suinter des gouttes de sang.

Cette forme est rapidement mortelle ; elle tient à ce que le virus scarlatin, en enlevant au sang sa plasticité, rend par cela même plus facile sa transsudation à travers les tissus.

Affections locales multiples. — Elles offrent, par leur multiplicité, les signes d'une véritable diathèse.

Car de même qu'il y a des diathèses chroniques, de même il y a des diathèses aiguës ; ainsi, lorsqu'un individu, après un séjour, même peu prolongé au milieu des marais de l'Afrique, revient avec un teint pâli, une rate tuméfiée, etc., etc., on dit qu'il a une affection diathésique palustre. Les symptômes de l'empoisonnement scarlatin sont : *des affections articulaires, la*

» ea inter epidemios recenseri. Quum *nec alimentorum impuritate,* » *nec vitio* unquam sit orta, non numerabitur in simpliciter venenatis. » Restat igitur habeatur in contagiosis. Veneni quidem ac perniciei » hujus vis et efficacia tempore delitescit et tempore copiosis signis et » argumentis se prodit. Utque *rabidi canis* aut *scorpionis*, ita hujus » venenum, ab eâ sede, quæ sit contagione labefacta, sensim in omne » corpus perreptat atque sævit, ut plane contagiosorum morborum na- » turam imitetur. »

Ainsi, pour la première fois depuis son invasion en Europe, la maladie vénérienne est exactement classée dans le cadre nosologique. C'est une maladie contagieuse qui ne se transmet ni par l'air, ni par les alimens, dont le principe est un virus particulier, analogue au virus de la rage. Mais là ne se borne pas la découverte de Fernel ; nous allons voir avec quelle sagacité et quelle justesse, après avoir défini le virus syphilitique, ce grand observateur en décrit les propriétés.

III. Le virus syphilitique ne traverse pas l'épiderme ou l'épithélium pour infecter d'emblée l'économie. Il faut, pour qu'il agisse, qu'il soit déposé sur une surface dénudée, ou absorbé par l'orifice béant d'un follicule. Jamais il n'infecte l'économie sans donner auparavant lieu à un accident local. C'est *par effraction* qu'il envahit l'organisme.

Historique. — Ce principe de la doctrine se trouve encore admirablement exposé dans Fernel. Voici ce qu'il dit d'abord dans un chapitre de l'ouvrage que nous venons de citer : « Hujus tamen veneni, quia vis » est hebetior, *nonnisi in apertam nudamque partem invadit.* » Et plus loin : « Lues venerea est contagiosus affectus cum ulcere aut » immani cruciatu variis locis emergens. Efficiens ejus causa venenata » est et maligna qualitas, atque perniciosa labes, quæ, *in quâcumque* » *corporis parte primum insederit, eam contaminat* » Mais voici un passage où Fernel est bien plus explicite encore, où il trace de main de maître les conditions d'action du virus syphilitique : « Qui jam inqui- » natus est, non alium alitu solo, sed *liquore* de se in alterius corporis » partem *epidermide nudatam* ejecto contaminat, *e quâ malum* » *prorsùs initium sumit.* » Loc. cit., cap. IV.

Astruc soutient également ce principe. « On trouverait assurément, » dit-il, bien des gens attaqués de la vérole, sans qu'aucune maladie lo- » cale eût précédé, si l'on voulait ajouter foi légèrement aux contes » ridicules des personnes peu expérimentées, ou suivre leurs préven- » tions..... Il est clair et certain, par l'expérience, que le virus a été » reçu par la partie qui est la première affectée, et qu'*il n'arrive ja-* » *mais que la partie qui le reçoit ne soit aussi affectée la pre-* » *mière......* » Et un peu plus loin il ajoute : « La fixité du virus véné- » rien est telle, qu'elle le rend incapable de s'insinuer dans le corps » sans faire impression sur la partie qui le reçoit. » *Traité des maladies vénériennes, traduct. de Louis*, 4[e] édit., tome II, pages 42 et 47. Il y a lieu de s'étonner que dans la longue discussion à laquelle Astruc se livre à ce sujet, il n'ait pas parlé une seule fois de Fernel, dont il cite les écrits dans beaucoup d'autres endroits de son ouvrage.

IV. Partout où on applique le pus virulent, pourvu que les conditions de son application soient convenables, il y a d'abord infection locale. C'est au point précis de l'inoculation que l'accident primitif, c'est-à-dire le *chancre*, se développe.

Historique. — Les passages que nous venons de citer renferment déjà l'exposition de ce principe. En voici d'autres où Fernel est encore beaucoup plus affirmatif et plus précis : « Quâ parte contactus, et so- » cietas est, ab eâ maximè prehendit et initium ducit. Qui venereo com- » plexu jungitur cum inquinatâ, a pudendis luem contrahit. Obstetrix » quæ infectæ parturienti opem tulisset, a manu, quæ tandem excidit.... » Cuicumque particula lues primum insederit, *illic* inhærens, *pustulam* » *excitat*, interim et *ulcusculum* indè longius prorepens radices figit, » sensimque partium continuatione adaucta, interiora subit, et ad ex- » tremum, *ni medicamentum adhibueris*, furore corpus universum » vastat atque depopulatur. » *Loc. cit.* cap. IV. Nous trouvons encore, au chapitre suivant du même ouvrage, un passage non moins remarquable, où Fernel donne le conseil, si souvent mis en pratique de nos jours, de rechercher l'accident primitif, c'est-à-dire le point de départ, la porte d'entrée du virus syphilitique, dans le cas où le diagnostic des accidens consécutifs est incertain. « Quum autem ex dubiis signis de lue ambi- » guitur, ejus origo altius est investiganda, *à quâ parte initium ha-* » *buerit.* Etenim, quoniam non nisi attactu contrahi potest, necesse est » labes aliqua in eâ primum parte comparuerit, *per quam insertum* » *est virus.* » *Loc. cit.* cap. V.

V. Le virus syphilitique peut épuiser son action sur place, c'est-à-dire dans la manifestation des accidens locaux, sans infecter l'organisme.

Historique. — On sait que le chancre phagédénique, le chancre simple non induré, fréquemment suivi du bubon virulent, restent ordinairement à l'état d'accidens locaux, sans donner lieu à la vérole constitutionnelle. Parmi les auteurs antérieurs à Hunter, Thierry de Héry paraît être le premier qui ait observé et signalé ce fait important de la doctrine. Je ne l'ai trouvé dans aucun des auteurs plus anciens que j'ai consultés. Voici comment s'exprime Thierry de Héry, à la page 17 de son livre, déjà cité : *la méthode curatoire de la maladie vénérienne*; Paris, 1552 : « Comme souvent appert en plusieurs ayant ulcères cacoeths et » malings, qui seront rébelles à curer, pour ce que nature s'efforce » d'évacuer ledit venin par icelles parties, et s'il survient un bubon, » autrement dit poulain, qui reçoive ladicte fluxion, en brief l'ulcère » sera curé et guary ; et *sera le patient exempt de la vérolle.* » On ne saurait plus clairement formuler cette loi si consolante et si vraie.

(La suite à un prochain numéro.)

Histoire naturelle. — M. Paravey vient de communiquer à l'Académie des sciences quelques renseignemens sur une sorte de faisan de la Cochinchine, que l'on ne trouve pas dans nos collections. Il est remarquable par le grand développement des plumes de la queue, dont quelques-unes atteignent une longueur qui dépasse huit de nos pieds. Il est rarement rencontré ; on le nomme *kintry* ou *oiseau des génies.*

suppuration des ganglions, la nécrose des os du nez, la fistule lacrymale, la surdité, l'anasarque.

Le virus scarlatin produit un état du sang, en vertu duquel la peau, les membranes muqueuses peuvent devenir le siége de phlegmasies graves, de suppurations opiniâtres.

Ainsi commençant par les fosses nasales, l'inflammation s'étend au canal nasal; de là tumeur, puis fistules lacrymales; si elle s'étend à la trompe d'Eustache et dans l'oreille moyenne, elle détermine une otite suppurée, puis une ostéite des cellules mastoïdiennes. Si elle commence par l'oreille externe, elle amène trop souvent la perforation du tympan, des suppurations fétides longtemps prolongées, la destruction des osselets de l'ouïe, et, en fin de compte, la surdité.

Rhumatisme scarlatin. — Les auteurs citent comme étant assez rare cet accident, qui est, au contraire, fréquent dans le décours de la scarlatine. Il semblerait, *à priori*, que l'affection rhumatismale doit, dans la scarlatine, être grave et tendre le plus souvent à la suppuration; ce serait une erreur de le croire, car elle est quelquefois de si peu de durée, qu'il faut une certaine attention pour l'observer.

Cependant, si le rhumatisme est mono-articulaire, il peut avoir une certaine gravité, déterminer la suppuration, et ainsi la carie des surfaces articulaires.

Enfin, dans des cas, heureusement fort rares, le rhumatisme se généralise, prend une horrible intensité, le délire et les accidens nerveux surviennent, et après la mort, qui alors est inévitable, on trouve les articulations remplies de pus.

Mais cette fréquence du rhumatisme explique ce fait connu, mais non expliqué par les anciens médecins, je veux parler de la disposition aux rhumatismes articulaires aigus, disposition qui remonte à une première attaque prise dans le cours de la scarlatine, et en même temps des maladies du cœur qui surviennent à la suite de la scarlatine, etc.; la raison nous en est donnée par les belles recherches de M. Bouillaud.

Une maladie que, dans ces derniers temps, l'on a voulu trop rapprocher du rhumatisme, la chorée, peut se montrer aussi à la suite de la scarlatine; un exemple de ce genre s'est trouvé récemment dans le service de M. Paul Guersant.

Enfin, comme dernière complication, citons l'albuminurie et les convulsions qu'elle produit chez les enfans, comme elle produit l'éclampsie chez les femmes enceintes.

Nous avons dans nos salles un enfant atteint d'anasarque scarlatineuse; l'éruption a été bien légère, puisqu'il n'y a presque pas eu desquammation. Il nous est arrivé, il y a cinq jours, avec une bouffissure générale et tous les signes de l'anasarque scarlatineuse; les urines contenaient du sang, par conséquent de l'albumine.

Cette forme de l'albuminurie est ordinairement sans gravité; cependant, quelquefois, elle s'accompagne d'accidens rapidement mortels. Il y a vingt-et-un ans, j'avais dans mon service de l'Hôtel-Dieu un jeune homme âgé de 19 ans, atteint d'une scarlatine fort peu grave; elle fut suivie d'anasarque; la fièvre était modérée; le malade avait toute son intelligence; le pronostic était favorable; le lendemain, il mourait; deux attaques d'éclampsie s'étaient succédé si rapidement, que la seconde apparut dans le coma de la première. A l'autopsie, on trouva un épanchement de sérosité dans les ventricules.

Puisque l'anasarque, dépendant de l'albuminurie, prédispose aux accidens épileptiformes, l'on ne doit pas être surpris de les voir fréquens chez les enfans qui sont si facilement atteints de convulsions.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE.

MANUEL DE L'ART DES ACCOUCHEMENS, précédé d'une description abrégée des fonctions et des organes du corps humain, et suivi d'un exposé sommaire des préparations pharmaceutiques et des opérations de petite chirurgie les plus usitées, à l'usage des élèves sages-femmes qui suivent les cours départementaux, par C.-A. MAUNOURY et P.-A. SALMON, docteurs en médecine, professeurs du cours gratuit d'accouchemens du département d'Eure-et-Loir, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres, anciens internes des hôpitaux de Paris.

Un manuel d'accouchement écrit pour des élèves sage-femmes présentait peut-être, sous certains rapports, plus de difficultés, et par conséquent exigeait plus d'attention et de soins encore, qu'un traité destiné à des médecins. En effet, il fallait marcher sans cesse entre deux écueils également à éviter, trop dire ou ne pas dire assez. Il fallait craindre d'inspirer trop de hardiesse à ses lectrices, ou de rester en deçà des connaissances qui doivent leur être nécessaires dans l'exercice de leur profession. Il est d'ailleurs des points de pratique qui sont particuliers à la sage-femme, et sur lesquels on ne peut guère donner des enseignemens utiles que lorsqu'on a acquis sur ce sujet spécial une expérience personnelle.

Envisagé à ce point de vue, le livre intéressant que nous avons sous les yeux nous paraît tout à fait propre à remplir les intentions de ses auteurs. On voit que nos honorables confrères, habitués, pour les besoins du cours public qu'ils font avec tant de distinction, à étudier sous toutes leurs faces les questions dont la solution importe à leurs élèves, avaient une mine riche et féconde à exploiter.

Le manuel de MM. Maunoury et Salmon a donc son cachet propre. Il constitue essentiellement le guide de la sage-femme. Nous sommes loin de le considérer comme ne devant pas offrir également une véritable utilité aux médecins, et surtout aux médecins occupés, qui aiment à trouver rassemblés dans un espace peu étendu les préceptes et les faits pratiques dont ils ont besoin de se rafraîchir de temps en temps la mémoire. Ils le rechercheront avec d'autant plus d'empressement, qu'ils y trouveront l'ensemble de l'art des accouchemens dégagé de toutes ces compilations plus ou moins érudites, dont la plupart des auteurs ont le tort de charger leurs traités spéciaux, et qui ont leur place naturelle dans les traités d'anatomie, dans les traités de physiologie, dans les ouvrages consacrés à la pathologie ou aux recherches d'embryogénie. Mais c'est surtout comme livre destiné à l'instruction des élèves sages-femmes que nous voulons examiner cet ouvrage.

Les auteurs ont placé en tête de leur manuel un résumé très-bien fait des devoirs de la sage-femme. Ils la représentent auprès de la femme qu'elle doit assister pendant l'enfantement, chargée de la difficile et grave mission de conserver deux existences; ou bien consultée sur la bonne ou mauvaise conformation d'une jeune fille qui va se marier, sur l'existence d'une grossesse supposée; ou encore faisant les fonctions d'expert devant les tribunaux, fournissant des renseignemens éclairés au médecin dans les cas graves où l'homme de l'art doit être appelé. En rehaussant, comme ils essaient de le faire, la mission de la sage-femme, ils lui inspirent naturellement le désir de se mettre à la hauteur de sa profession par une instruction solide.

Cette instruction, ils la lui donnent clairement résumée; ils la lui donnent complète, car au-delà de leur enseignement, surgissent les difficultés qui sont au-dessus des forces de la sage-femme, et que la loi lui défend d'aborder seule.

Les auteurs ont parfaitement résumé eux-mêmes le cadre de leur manuel : sous le titre de préliminaires, ils ont donné d'abord une description abrégée du corps humain, pour initier l'élève sage-femme aux notions les plus usuelles de son art. Elle y doit apprendre par quel mécanisme fonctionne le corps humain dans l'état de vie, quelles parties constituent ce mécanisme, comment le sang circule dans les vaisseaux, etc., etc.

Après cet aperçu général, ils ont commencé l'histoire de la génération proprement dite. Ils ont étudié cette fonction sous les trois faces suivantes : dans son état normal ou habituel, dans les anomalies qu'elle présente quelquefois, dans les accidens qui peuvent l'entraver.

La première partie, qui traite de l'état normal, comprend : l'anatomie normale des organes de la génération, l'histoire de la conception et de la grossesse, les modes divers de l'accouchement naturel, les suites de couche.

Dans la seconde partie, après avoir parlé des causes d'anomalies dépendant des organes de la génération, les auteurs ont étudié les grossesses composées et extra-utérines, les variétés nombreuses de l'accouchement difficile ou laborieux, les manœuvres opératoires qui les concernent.

La troisième partie est consacrée aux maladies de la grossesse et de l'accouchement, comme les hémorrhagies et les convulsions; aux affections des femmes en couche; aux indispositions de l'enfant nouveau-né.

Le livre est terminé par un traité succinct comprenant les préparations pharmaceutiques les plus communes, et les opérations de petite chirurgie qui sont du ressort des sage-femmes.

Jetons un coup d'œil rapide sur chacune des parties de ce cadre, que nous nous plaisons à reconnaître bien tracé et bien rempli.

Dans leur description abrégée du corps humain, les auteurs ont exposé les courtes notions d'anatomie et de physiologie qui sont indispensables à la sage-femme, abstraction faite des études plus importantes d'anatomie et de physiologie spéciales qui concernent les organes et la fonction de la génération. Il faut, en effet, qu'au moment de l'accouchement, la sage-femme puisse reconnaître les diverses présentations du fœtus; il faut donc qu'elle sache distinguer les unes des autres les différentes parties du corps. Ramenant avec soin leur enseignement au point de vue pratique, ils ont fait voir pourquoi une constriction exercée sur le cou du fœtus, une torsion exagérée de cette partie, etc., peuvent si gravement compromettre l'existence de ce nouvel être; ils ont insisté sur les signes qui permettent de distinguer les membres inférieurs des membres supérieurs, les pieds des mains, etc., etc.

Sur toute cette partie, nous avons bien peu de remarques critiques à faire. Nous pensons, toutefois, que c'est à tort que nos honorables confrères appellent l'estomac et les intestins les organes de la *nutrition*. Il ne faut pas confondre l'élaboration particulière qui se fait dans ces viscères avec l'acte proprement dit de la nutrition, qui constitue un phénomène bien plus général et bien plus intime. De même, nous ne voudrions pas qu'on enseignât, même à des sage-femmes, que le duodénum modifie le bol alimentaire pour le rendre plus nutritif par son mélange avec la bile et avec le suc pancréatique. Après les travaux récens qui ont été publiés sur cet important sujet, la phrase que nous venons de citer en partie n'a pas de sens. Sans aucun doute, l'élève sage-femme n'a ni l'intelligence assez développée, ni l'instruction assez élevée pour comprendre la description de ces phénomènes complexes. Mais encore faut-il éviter de répandre des notions inexactes. Nous pensons qu'il y aurait un grand avantage à glisser sur ces descriptions et à les présenter avec plus de simplicité encore.

Les notions anatomiques deviennent plus intéressantes pour l'élève sage-femme, quand il s'agit des organes spéciaux de la génération. Aussi les auteurs paraissent-ils avoir écrit avec un soin tout particulier la description du bassin, des os qui le composent et des articulations qui unissent ces os entre eux; celle des parties génitales proprement dites, ovaires, trompes utérines, matrice, vagin, etc., etc. Après ces descriptions vient l'histoire, bien résumée, de la conception et de la gestation, qui comprend le diagnostic de la grossesse.

Dans cette importante partie du livre de MM. Maunoury et Salmon, nous aimerions à voir disparaître la définition de la génération, qui ne nous paraît ni correcte, ni utile : *la génération est la production d'un être semblable à soi-même.* Nous voudrions aussi que les auteurs retouchassent le paragraphe relatif à la membrane caduque, pour le mettre en harmonie avec l'état actuel de la science. A cela près, leurs descriptions sont très bien faites et renferment de nombreux enseignemens sous un petit volume.

Dans le chapitre consacré à l'*accouchement naturel*, et dont le mérite, comme on doit le penser, consiste principalement dans une exposition simple et claire, nous avons remarqué surtout le § III, qui a pour titre : *Conduite de la sage-femme dans l'accouchement naturel.* Les auteurs n'ont pas reculé devant les explications les plus minutieuses. C'est qu'en effet, pour la sage-femme, qui est à la fois accoucheuse et garde-malade, et qui n'a pas une grande force pour lutter contre bien des préjugés, il n'y a point de détails insignifians, il n'y a point d'instruction trop complète. Nos honorables confrères ont écrit tout ce passage en véritables praticiens.

Après avoir tracé l'histoire de la génération dans les conditions les plus naturelles, MM. Maunoury et Salmon ont abordé l'étude des anomalies. Ils ont donné à la sage-femme une idée suffisante des vices de conformation du bassin, des anomalies accidentelles ou congéniales des organes de la génération; ils se sont efforcés de lui faire comprendre les dangers qui en peuvent résulter pour la mère et pour l'enfant, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement; et après avoir, avec le plus grand soin, éclairé son diagnostic, ils se sont attachés à la bien pénétrer de la nécessité de recourir, dans ces cas, à l'homme de l'art, dont elle doit être, grâce à leur enseignement, une intelligente auxiliaire.

La troisième partie du livre que nous analysons comprend tous les accidens qui viennent compliquer ou entraver, dans leur état normal ou dans leurs anomalies, les différentes phases de la génération. Souvent, disent les auteurs, ces accidens apparaissent avec une telle promptitude, qu'avant l'arrivée d'un médecin la sage-femme est forcée de prendre une détermination rapide et sûre. De là, pour l'élève sage-femme, la nécessité d'étudier ces accidens pendant la grossesse, pendant l'accouchement, et chez l'enfant nouveau-né. Cette troisième partie forme un véritable code de pathologie et de thérapeutique puerpérales, à l'usage des sage-femmes, dans lequel on trouve, en général, des préceptes judicieux et donnés dans une juste mesure. Toutefois, nous ne saurions approuver le conseil de *s'attacher à extraire l'enfant, si cela est possible*, dans les cas d'éclampsie puerpérale. Ce conseil nous paraît plein de dangers, surtout donné à des sage-femmes.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le manuel que nous avons sous les yeux est terminé par un appendice destiné à faire connaître les préparations pharmaceutiques usuelles et les opérations de petite chirurgie, qui sont du ressort des sage-femmes. Cet appendice sera, pour ces dernières, d'une grande utilité. Outre la notion des médicamens internes et externes qu'elles peuvent administrer, elles y trouveront une instruction bien faite sur la saignée, sur l'application des sangsues, sur la vaccine, sur le cathétérisme et même sur l'emploi du spéculum.

En résumé, le livre de MM. Maunoury et Salmon, que nous considérons comme intéressant, même pour les praticiens occupés, nous paraît être un des meilleurs guides que puissent choisir les sage-femmes. Il se fait remarquer par un style clair et concis, par l'exactitude de ses descriptions, par une division qui doit faciliter beaucoup l'étude, et par des préceptes spéciaux qui dénotent une connaissance approfondie de la matière et du personnel auquel il s'adresse plus particulièrement.

G. RICHELOT.

PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES ANALYTIQUES SUR LES PROPORTIONS DE QUININE ENLEVÉES AU QUINQUINA JAUNE, DANS LES PRÉPARATIONS DU VIN, DU SIROP ET DE L'EXTRAIT MOU DE CETTE ÉCORCE, EN SUIVANT LES PRESCRIPTIONS DU CODEX; par M. GAROT, pharmacien, membre de la Société de pharmacie, etc.

Tel est le titre d'un travail que M. Garot, pharmacien, vient de publier dans le *Journal de chimie médicale*, rédigé par M. le professeur Chevallier. Les expériences qui y sont consignées, ont été faites préférablement avec le quinquina jaune, dans la prévision que, lors de la réimpression du nouveau Codex, cette écorce sera, d'après le vœu de tous les pharmacologistes, substituée à celle du quinquina gris, dont les propriétés sont si incertaines et le plus souvent nulles.

Cependant, malgré l'excellente qualité du quinquina employé, puisqu'il a fourni 20 grammes de sulfate de quinine par kilog., on est réellement étonné de la faible quantité relative d'alcaloïde que contiennent le vin et le sirop préparés avec cette écorce. Cette circonstance explique suffisamment le peu de succès obtenu en thérapeutique avec ces médicamens, dont l'action est si incertaine et pour ainsi dire nulle. Une réforme totale est donc à introduire dans le mode de préparation et d'administration des médicamens dont le quinquina fait la base, si l'on ne veut pas qu'ils tombent tout à fait dans l'oubli. On en jugera d'autant mieux, quand nous aurons succinctement mis sous les yeux de nos lecteurs les résultats analytiques obtenus.

L'analyse directe du sirop ou du vin de quinquina étant minutieuse et très difficile, en raison de la faible quantité d'alcaloïde qu'ils contiennent, et qui se trouve unie à une proportion relativement considérable de vin ou de sucre, c'est en recherchant, dans le résidu du quinquina, la quinine non enlevée par les divers traitemens qu'on lui fait subir, que M. Garot en a déduit celle qui avait été dissoute, et qui, par conséquent, se trouvait dans ces médicamens.

A cet effet :

4 kilog. de quinquina jaune ayant été concassés finement, furent partagés en quatre doses.

Un kilog. fut mis en ébullition en vase clos, pendant une demi-heure, dans 11 kilog. d'eau, proportion du Codex pour le sirop.

Un kilog. fut mis en macération pendant huit jours, en suivant les prescriptions du Codex pour le vin de quinquina dans deux litres d'alcool et seize litres de vin de Bourgogne.

Un kilog. fut traité par déplacement, selon le mode récemment proposé :

D'abord par de l'alcool à 56° c.	3,500
Puis ensuite par de l'eau.	1,500
De manière à obtenir un véhicule de. .	5,000 grammes.

Ces diverses opérations terminées, les quinquinas qui en provenaient furent séchés et traités séparément, ainsi que le kilog. de celui qui n'avait subi aucun traitement, de manière à transformer en sulfate la quinine qu'ils pouvaient contenir.

Voici le résultat obtenu :

Le *quinquina n° 1*, celui qui n'avait subi aucun traitement préalable, produisit 20 grammes de sulfate de quinine, qui, à 74 p. 100, représentent. 14,80 de quinine.

Le *quinquina n° 2*, celui qui avait été soumis à

l'ébullition pour la préparation du sirop, produisit 14 grammes de sulfate de quinine, qui, à 74 p. 100, représentent. 10,36 de quinine.

Le *quinquina n° 3*, celui qui avait servi à la préparation du vin, produisit 8 grammes de sulfate de quinine, qui, à 74 p. 100, représentent. . . . . . 5,92 de quinine.

Enfin, le *quinquina n° 4*, celui qui avait été traité par l'hydralcool, produisit 8,50 de sulfate de quinine, qui, à 74 pour 100, représentent. . . . . 6,50 de quinine.

D'où il suit, qu'un quinquina qui contenait par kilog. 14,800 de quinine, en a cédé :

4,44 à une décoction de demi-heure dans onze litres d'eau, qui, plus tard, devront être transformés en 8 kilog. 400 de sirop.

8,50 à un traitement par déplacement, avec 5 kilog. d'eau alcoolisée, qui, plus tard aussi, devront être transformés en 8 kilog. 400 de sirop.

8,88 à la macération dans 18 litres de vin, qui, après filtration, en produit 17 litres de produit.

Mais ces proportions d'alcaloïde sont loin de se retrouver intactes dans le sirop et le vin, lorsqu'ils sont confectionnés; en effet, la concentration de la décoction, ou l'évaporation d'une part, la réaction qui s'opère au sein même du vin de quinquina, d'autre part, détruisent la formation d'un dépôt qui entraîne en combinaison le tiers au moins de la quinine primitivement distincte, de sorte qu'en définitive on obtient les résultats suivans :

Par le procédé du Codex, un sirop contenant pour 1,000 grammes, 0,35 centigrammes de quinine, soit pour une cuillerée, représentant 20 grammes 0,007 milligrammes.

Par le procédé de M. Paul Blondeau (en faisant dissoudre l'extrait hydro-alcoolique dans l'eau), un sirop contenant pour 1,000 grammes 0,50 centigrammes de quinine, soit, pour une cuillerée de 20 grammes, 0,01 centigramme.

Par le procédé de M. Félix Boudet (en faisant le sirop avec le produit de la macération hydro-alcoolique, après vaporisation de l'alcool), un sirop contenant pour 1,000 grammes 0,77 centigrammes de quinine, soit, pour une cuillerée de 20 grammes, 0,01 centig. 1/2.

Enfin, *un vin de quinquina* qui contient pour 1,000 gr. 0,53 cent. de quinine, ce qui, pour le petit verre, équivaut à peu près à 50 gr., représente 0,02 centig. 1/2.

Tels sont les résultats obtenus avec un excellent quinquina jaune; que serait-ce donc si l'on avait opéré sur le quinquina gris, le seul officinal, le seul par conséquent que l'on puisse employer dans les pharmacies. Actuellement, le quinquina gris, que l'on considère comme étant de bonne qualité, ne renferme, la plupart du temps, en cinchonine, que le tiers de la quinine trouvée dans le quinquina jaune qui a servi aux expériences ci-dessus, de sorte que, préparés avec cette écorce, on aurait obtenu :

Un sirop qui renfermerait pour une cuillerée de 20 gr. 0,002 milligrammes de cinchonine;

Et un vin qui, pour un petit verre du poids de 50 grammes, en représentait 0,008 milligrammes.

Telles sont, d'après ces expériences, les proportions vraiment homœopathiques du principe actif contenu dans les sirop et vin de quinquina; on ne doit donc pas s'étonner du peu de succès que l'on obtient de leur emploi en thérapeutique, et si l'on songe, en supposant même un quinquina de bonne qualité et à proportions toujours fixes d'alcaloïde, ce qui malheureusement ne peut exister, que la quantité de quinine peut varier à l'infini dans le médicament, suivant le mode opératoire, si la décoction a été plus ou moins prolongée et faite dans plus ou moins d'eau, si le sirop est délivré au malade, clair ou trouble, si le vin dont on a fait usage est plus ou moins alcoolique, plus ou moins acide ou plus ou moins sucré, on concevra quel peu de confiance on doit avoir en ces sortes de médicamens, qui ne présentent rien de fixe dans leur composition, et quel immense service on rendrait à la thérapeutique si l'on pouvait substituer à ces médicamens, qui du reste sont détestables au goût, une préparation agréable et dans laquelle les proportions toujours fixes de principe actif permettent au praticien de pouvoir compter sur un effet constant et certain.

M. Barreswil nous paraît avoir résolu ce problème pharmacologique et thérapeutique par la préparation de ses *pastilles au tannate de quinine*, médicament précieux, d'une composition fixe, toujours identique et dans l'administration duquel les praticiens connaissent avec exactitude la dose précise du principe actif pris par les malades.

En effet, les *pastilles de Barreswil* contiennent chacune un centigramme de sulfate de quinine. En les prescrivant par deux, par trois, par quatre par jour et au-delà, le médecin sait positivement qu'il a prescrit deux, trois, quatre centigrammes ou plus, de sulfate de quinine, connaissance qu'il n'a jamais, appréciation qu'il ne peut jamais faire avec les vins et les sirops de quinquina, qui, ainsi que vient de le prouver M. Garot, sont presque toujours des médicamens sans action réelle, surtout quand ils ont été préparés selon les formules obligatoires du *Codex*.

Les propriétés toniques et corroborantes que l'on recherche dans les vins, les sirops et les décoctions ou infusions de quinquina, se trouvent à un degré certain dans les *pastilles de Barreswil*. Depuis que ce nouveau médicament est entré dans la pratique générale, les observations sur son action tonique puissante se multiplient. L'emploi de ces pastilles, selon les praticiens recommandables qui nous ont transmis les résultats de leurs observations, réussit très bien dans tous les cas où les préparations de quinquina, si souvent infidèles, sont indiquées.

Ajoutons que toutes les préparations de quinquina présentent une saveur détestable qui répugne à la plupart des malades. Les *pastilles de Barreswil* n'offrent au contraire qu'une amertume si peu sensible, que les enfans et les femmes les plus délicates les prennent sans répugnance.

Le curieux et intéressant travail de M. Garot aura pour résultat de populariser de plus en plus l'emploi des pastilles au tannate de quinine de M. Barreswil.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 28 Juillet 1852. — Présidence de M. BOUVIER.

Sommaire. — Lecture de M. Moutard-Martin sur les paraplégies causées par les hémorrhagies utérines ou rectales. — Communication de M. Barth relative au mécanisme de la production des bruits vasculaires. MM. Aran, Guérard, Legroux, Valleix. — Autre communication de M. Barth relative à un cas de thoracentèse.

M. MOUTARD-MARTIN lit un mémoire relatif à divers cas de paraplégie consécutifs à des hémorrhagies utérines ou rectales. La Société nomme une commission pour lui rendre compte de ce travail.

M. BARTH communique le résultat de quelques expériences qui semblent expliquer le mécanisme de la production de certains bruits vasculaires. Il a eu tout récemment dans son service un homme âgé de 23 ans, sur lequel existait une ascite considérable, communiquant avec le scrotum au moyen de l'orifice inguinal. En refoulant le liquide de la tunique vaginale dans le ventre et en abandonnant le flot à lui-même, de manière à permettre sa sortie par l'anneau inguinal, et son retour dans le scrotum; on entendait avec le stéthoscope un bruit semblable au bruit d'une voiture roulant dans le lointain. Le maximum d'intensité de ce bruit existait au niveau de l'ouverture inguinale. Après avoir repoussé le liquide dans le ventre, comme il vient d'être indiqué, si on le faisait sortir très vite au moyen d'une pression sur les parois abdominales, le bruit était plus fort et beaucoup plus prononcé.

Dans ce fait, qui constitue une expérience relative au bruit que fait un liquide traversant un canal rétréci, M. Barth trouve un moyen d'expliquer par analogie le mécanisme de certains bruits du cœur. Il pense que dans cet organe et dans les vaisseaux, c'est moins le choc du liquide contre les parois auriculaires que le frottement de ce même liquide contre les anneaux des orifices, qui doit être considéré comme la cause des bruits cardiaques.

La ponction du scrotum a été faite, et la sérosité enlevée était jaunâtre, citrine et limpide. Elle est en train de s'accumuler de nouveau.

M. ARAN fait remarquer que cette expérience confirme celles qui ont été faites par Corrigan, avec des courans d'eau circulant à l'intérieur de tubes garnis de diaphragmes percés à leur centre, et il demande si le bruit existait au niveau du rétrécissement inguinal ou s'il existait au-delà, et si l'application du stéthoscope n'augmentait pas le rétrécissement par la pression. Il demande s'il n'y avait pas deux points pour ce maximum d'intensité du bruit, l'un à l'ouverture intérieure et l'autre à l'ouverture extérieure du canal inguinal.

M. BARTH dit que le maximum existait bien au niveau du rétrécissement formé par l'anneau inguinal, qui se présentait sous forme d'une seule ouverture, sans trace du canal ordinaire; disposition anatomique qui exclue la possibilité de deux endroits différens pour le maximum d'intensité du bruit.

M. GUÉRARD conteste l'assimilation établie entre la disposition de deux cavités très grandes, comme l'abdomen et le scrotum, séparées par un étranglement, et un tube, ayant toujours même calibre, intercepté seulement par des diaphragmes. En outre, ce liquide refoulé du scrotum dans l'abdomen, retombant dans une cavité *vide*, ne représente pas le fait d'un liquide coulant dans un canal déjà rempli; d'où l'impossibilité de s'appuyer sur ce fait et sur ces expériences pour expliquer le mécanisme des bruits qui se passent dans le cœur et dans un canal perméable à des liquides.

M. BARTH se défend d'avoir voulu comparer, d'une manière absolue, le mécanisme de la production des bruits, dans l'expérience qu'il a racontée, avec le mécanisme des bruits vasculaires. Il croit que ce fait montre, d'une manière positive, l'influence des points rétrécis et de la force de projection sur les bruits des liquides dans les conduits et les cavités organiques.

M. LEGROUX combat l'objection adressée à M. Barth par M. Guérard. Il croit que le fait rapporté par M. Barth est, au contraire, comparable à ce qui se passe dans le cœur, où deux cavités sont séparées par un rétrécissement, ce que représentent très bien les cavités du ventricule et de l'oreillette, en cas d'insuffisance de l'orifice.

M. VALLEIX demande si l'on a fait des expériences de compression intermittente sur l'orifice inguinal pour augmenter le rétrécissement, et modifier le timbre ou la force du bruit anormal. M. Valleix souhaite qu'on fasse cette expérience lorsque l'épanchement sera reconstitué. Il demande, en outre, si, par suite de la plus grande rapidité du courant, par suite de la pression sur le ventre, il y avait, avec le surcroît d'intensité du bruit, un changement appréciable de son timbre et une modification de son caractère particulier.

M. BARTH n'a trouvé, dans cette circonstance, qu'une simple modification d'intensité du bruit.

M. ARAN demande si, par hasard, au moment du reflux du liquide dans le scrotum, on n'aurait pas entendu ce bruit spécial du choc d'une masse de liquide désigné sous le nom de marteau d'eau.

M. BARTH répète que le bruit entendu par lui n'avait d'autre ressemblance qu'avec celui du roulement éloigné d'une voiture.

M. BARTH communique un fait relatif à une thoracentèse pratiquée à l'hôpital Beaujon, dans un cas de pleurésie chronique.

Un homme de 26 ans, malade depuis six mois, ayant eu au début de ses accidens quelques prodrômes fébriles, un point de côté, de la toux sans expectoration, fut traité incomplètement, puis remis en assez bon état pour voyager à Bruxelles, d'où il revint un peu plus souffrant. Il est entré ensuite à l'hôpital de Gonesse, d'où il est sorti ennuyé. Il est enfin venu à l'hôpital Beaujon.

M. Barth a constaté, chez ce malade, une dilatation énorme du thorax à gauche, de la matité partout, même au-dessus de la clavicule, et en avant jusqu'au bord droit du sternum. La respiration était absente, et le frémissement thoracique aboli. Le cœur était très refoulé à droite, au point de faire croire à une transposition des viscères. Chez ce malade, la région du foie n'offrait pas de matité très nette, et la région de l'estomac était mate, à cause de l'épanchement pleurétique qui descendait très bas.

L'état général du malade était excellent. M. Barth prescrivit d'abord des diurétiques, un vésicatoire; puis, sur l'avis favorable de MM. Grisolle et Legroux, il se décida à faire la thoracentèse.

Cette opération fut faite entre la quatrième et la cinquième côte, à partir d'en bas, avec un trocart à robinet, garni de sa baudruche mouillée, et plongé directement dans la poitrine.

Toutes les précautions furent prises pour empêcher l'entrée de l'air. L'opération fut bien supportée, et le malade se sentit aussitôt soulagé. On retira cinq litres de liquide séreux, louche, renfermant une notable quantité d'albumine.

A mesure que s'échappait le liquide, le bruit respiratoire revenait dans les deux tiers supérieurs du thorax; mais le lendemain, M. Barth ne le trouva plus aussi prononcé. Le thorax, sans matité absolue, résonnait mal à la percussion. Le cœur était un peu revenu à sa place; et ce jour on a pu constater à gauche la présence de l'estomac, par la résonnance sous le doigt, et par le bruit de glouglou transmis dans l'oreille lors de l'ingestion des boissons.

Le secrétaire : E. BOUCHUT.

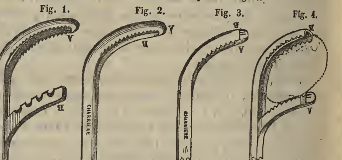
VARIÉTÉS.

NOUVELLE MODIFICATION AUX BRISE-PIERRE ;

Par M. le professeur PAGANO, de Milan, chirurgien en chef à Novare.

Tous les brise-pierre généralement usités pour attaquer les calculs vésicaux ont l'inconvénient, quand ils sont ouverts, d'avoir l'un des mors plus courts que l'autre : celui antérieur, ainsi qu'on le voit fig. 1, est plus court, quoi qu'ils soient égaux étant fermés (fig. 2). Il s'ensuit tout naturellement que, quoique le calcul soit aussi bien saisi que possible, le mors de la branche simple étant plus court que l'autre, le calcul ne peut pas être aussi bien fixé que si les deux mors tenaient la pierre avec la plus grande étendue réciproque de surface. Comme il doit arriver dans beaucoup de cas que le calcul n'est pas saisi par son grand diamètre, dans ce cas le mors le plus court fonctionne encore d'une manière moins favorable, et laisse plus facilement glisser le calcul.

M. le professeur Pagano a, par un moyen bien simple, évité ces inconvéniens, ainsi qu'on le voit fig. 3. Le mors antérieur est prolongé au-dessus de l'autre étant fermé, et quand il est ouvert il devient de la même longueur que le mors supérieur fig. 4.



La description de cet instrument, que M. Charrière fils vient de nous communiquer, a été publiée dans le journal *Annali universali de medicina d'Omodei*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Abrégé de pathologie médico-chirurgicale, ou Résumé analytique de médecine et de chirurgie; par le docteur Eug. TRIQUET, ancien interne à l'hôpital de Tours, lauréat et prosecteur de l'École de médecine de la même ville, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, et lauréat, médaille d'argent (1848), médaille d'or (1849).

2 volumes in-8. — Le tome Ier est en vente. Prix : 6 fr.

Le tome II paraîtra le 15 septembre prochain.

Cet ouvrage sera d'un grand secours au jeunes gens qui aspirent au doctorat, à ceux qui se préparent aux concours des hôpitaux, en leur présentant un résumé analytique de médecine et de chirurgie, pouvant leur servir de guide dans leurs études.

Les praticiens, trop occupés journellement pour consulter les traités classiques, pourront aussi y retremper leurs souvenirs et s'assurer en un instant de ce qui peut faire l'objet d'un doute dans leur esprit.

Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23.

L'art de guérir et d'éviter les maladies, ouvrage utile aux mères de famille et à tous ceux qui, par état ou par dévoûment, s'occupent de l'amélioration de l'espèce humaine, tant au moral qu'au physique, par A.-M.-D. GUILBERT, E.-M. P., professeur à l'École de pharmacie, etc. Un vol. in-8. Paris, 1852. Labé, éditeur.

Traité des affections de la peau, symptomatiques de la syphilis, par P.-S.-A. Léon BASSEREAU. Un vol. in-8. Paris, 1852, J.-B. Baillière.

De la névralgie générale, par M. Jules LECLERC. d.-m. In-4°. Paris, 1852.

Rapport général des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, pendant l'année 1851-52. Présenté dans la séance du 2 Juin 1852, par le docteur TRAPENARD, secrétaire de la Société. — Sixième année. In-8. Gannat, 1852.

Iconographie ophthalmologique, ou description, avec figures coloriées, des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par J. SICHEL, d.-m., etc. Première livraison. — Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons, composées chacune de 28 pages de texte, grand in-4°, de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur et retouchées au pinceau avec le plus grand soin. — Quelques planches représentant les instrumens seront seuls imprimés en noir. — La première livraison a été publiée le 1er août 1852; les autres paraîtront de six semaines en six semaines.

Prix de la livraison : 7 fr. 50 c.

Paris, 1852, J.-B. Baillière.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 108. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 9 Septembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.

6 Mois.......... 17

3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 SEPTEMBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE LA CONTAGION DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

M. Velpeau l'a voulu, que sa volonté soit faite! Si dans une des questions les plus intéressantes et les plus graves, nous n'avons à offrir que la pâle esquisse d'une pâle discussion engagée devant les banquettes à moitié vides, devant un auditoire absent et des attentions fatiguées, ce n'est pas notre faute, M. Velpeau l'a voulu.

Nous avons annoncé que nous suivrions cette discussion sans parti pris d'avance et avec le sincère désir de recueillir la vérité, de quelque côté qu'elle vînt luire. Séduit, nous l'avouons, par la doctrine de Hunter si intelligemment développée et expérimentalement prouvée par M. Ricord, nous ne pouvons admettre cependant que Hunter, pas plus que M. Ricord, aient joui du privilége, sans exemple dans l'histoire des sciences, d'avoir tout vu, tout bien vu; de s'être constamment garantis de toute cause d'erreur, et de n'avoir absolument rien laissé à faire aux observateurs à venir. Hunter n'a jamais affiché une prétention aussi exorbitante, et rien n'est plus éloigné de l'esprit libéral et modeste de M. Ricord.

Mais, nous l'avouons encore, pour nous forcer à faire abandon de nos convictions sur une doctrine qui nous a paru solidement assise sur les bases de l'observation et de l'expérimentation, il nous faut des preuves qui aient le même caractère et qui égalent en rigueur, en précision, et en nombre celles que l'on veut détruire. Il n'y a rien de plus faux et de plus antiphilosophique que cet axiome si souvent répété, qu'un fait négatif détruit mille faits positifs. Sans chercher à chicaner sur ces mots de positif et de négatif qui sont de véritables non sens scientifiques, il n'est pas vrai, il ne sera jamais vrai qu'un fait isolé puisse infirmer une loi générale fondée sur un très grand nombre de faits. En présence d'une circonstance semblable, le véritable observateur philosophe se borne à faire des réserves, à déclarer qu'il est possible qu'il y ait des exceptions à la loi générale, à moins que plus tard, et par suite d'une observation plus attentive ou plus puissante en moyens d'investigation, le prétendu fait exceptionnel rentre dans la règle commune. On rougit presque d'être obligé de rappeler des principes aussi vulgaires en philosophie des sciences.

Ces principes sont surtout de nécessité absolue en médecine pratique, qui ne possède certainement pas une loi ou un fait général, à côté duquel ne viennent se placer des exceptions plus ou moins nombreuses. C'est même une extension, un abus, une usurpation de langage de parler de lois en pathologie. Il n'y existe que des faits généraux; et encore chaque progrès dans les moyens d'observation a-t-il pour résultat de les déplacer et de les porter alternativement dans un sens ou dans un autre. Les faits généraux pour la pneumonie, par exemple, sont bien différens pour nous, depuis la découverte de Laennec, que pour Stoll ou pour Sydenham. Il n'y a plus en Europe que trois ou quatre respectables hippocratistes qui se croient en possession d'un dogme dont la pérennité et l'immutabilité défient tous les progrès de détail. Nous n'avons cette foi inébranlable pour aucun des faits généraux de la science médicale actuelle; nous les croyons tous condamnés à subir plus ou moins les transformations que leur imprimera fatalement l'observation ultérieure; la doctrine syphilographique de Hunter n'échappera pas plus qu'une autre à cette loi.

S'il faut se garder d'ajouter une foi trop ardente dans la durée éternelle des doctrines pathologiques; s'il faut se garantir contre cette tendance orgueilleuse de l'esprit humain qui le porte à proclamer qu'il a élevé des monumens, des pyramides scientifiques qui défient les outrages du temps; il est aussi une autre tendance plus générale encore contre laquelle tout esprit sérieux et juste doit savoir se prémunir, c'est celle qui pousse un grand nombre d'hommes parmi ceux qui cultivent les sciences, à rechercher avec avidité à faire brèche aux principes généraux les mieux établis, et à se mettre à la poursuite de quelque fait exceptionnel qui les infirme. Ces esprits ont leur raison d'être, sans doute, et même leur utilité, mais à la condition qu'une critique sévère viendra contrôler leurs assertions et leurs preuves, et ne leur permettra pas de s'emparer subreptricement et par la négation, d'une position qui, dans les sciences, n'est légitimement due qu'à l'affirmation. L'affirmation est la vapeur qui entraîne la locomotive; la négation est le frein qui la retarde et l'arrête. Il y a des hommes qui aiment mieux être frein que vapeur; ne discutons pas leurs goûts, mais soyons assez équitables pour ne pas confondre dans la même admiration la force motrice et la soupape.

C'est à l'aide de ces idées qui, dans la position où nous sommes placé, sont presque une profession de foi, que nous voulons apprécier la discussion, qui s'est ouverte hier, sur la contagion des accidens secondaires de la syphilis.

Nous nous trouvons en présence de la doctrine de Hunter et de M. Ricord, laborieusement édifiée sur l'expérimentation et l'observation clinique, en possession d'un nombre de faits immenses et journellement répétés, qui ont permis à M. Ricord de se croire autorisé à émettre cette proposition générale : la syphilis n'est contagieuse que par les accidens primitifs; les accidens secondaires ou consécutifs ne sont pas transmissibles, si ce n'est par voie d'hérédité.

D'un autre côté, quelques médecins nient résolument l'exactitude de cette proposition, et affirment, comme M. Velpeau l'a fait hier, que la vérole est contagieuse dans toutes ses manifestations primitives ou consécutives; ils invoquent des faits cliniques et des faits expérimentaux qui prouvent la transmissibilité naturelle ou artificielle de ces accidens.

Tel est le sujet du débat actuel.

M. Velpeau, le premier, est entré dans la lice. Nous donnons aujourd'hui tout ce qu'il nous a été possible de recueillir de son discours, que le savant professeur n'a pas pu écrire. Nous en présenterons l'appréciation dans un prochain numéro, ainsi que nos réflexions sur le discours de l'honorable M. Lagneau.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans malades. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

DE LA SCARLATINE.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Toutes les fois que l'on est en présence d'une anasarque scarlatineuse, il faut prendre garde de trop rassurer les parens lors même qu'elle ne serait pas suivie d'éclampsie; Graves nous a appris, et je vous ai montré par plusieurs exemples pris dans notre clinique, que l'albuminurie chronique peut survenir et les enfans mourir de la maladie de Bright; aussi, quand l'anasarque scarlatineuse a duré trois semaines ou un

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LA DOCTRINE DES MALADIES VÉNÉRIENNES [1];

Par le docteur Edmond LANGLEBERT.

VI. Le chancre peut étendre sa sphère d'activité morbide aux organes voisins de son siége, et donner lieu à de nouveaux accidens locaux, qu'il ne faut pas confondre avec ceux qui sont la conséquence de l'infection générale. Tels sont les abcès simplement inflammatoires ou virulens qui se développent quelquefois dans le voisinage de l'ulcère primitif, l'adénite également simple ou virulente, la lymphite, etc.

HISTORIQUE. — Aucun auteur avant Hunter n'a établi de distinction entre l'accident local et primitif, et ces accidens de voisinage dont M. Ricord a fait une classe à part sous le nom d'*accidens successifs*. Hunter les regarde comme formant en quelque sorte la transition entre les symptômes primitifs et les symptômes constitutionnels. « Entre le » mode d'affection local, dit-il, et le mode d'affection constitutionnel, on » observe certaines maladies intermédiaires qui se développent pen- » dant les progrès de l'absorption : ce sont des inflammations et des » suppurations qui forment ce qu'on appelle des bubons, et qui produi- » sent un pus de même nature que celui de la maladie primitive. » *Hunter, annoté par M. Ricord;* 2e édit., page 51.

VII. L'induration spécifique du chancre est le signe le plus certain de l'infection générale. Cette induration n'apparaît jamais avant le cinquième jour qui suit l'inoculation, ce qui veut dire que le chancre, au début, est toujours une maladie locale. L'empoisonnement général est consécutif; il n'a jamais lieu lorsque l'ulcère primitif est détruit dans les cinq premiers jours qui suivent l'insertion du virus.

HISTORIQUE. — L'induration du chancre a été reconnue de très bonne heure. On la trouve déjà parfaitement indiquée dans l'ouvrage de Jean de Vigo, médecin du pape Jules II, publié à Rome en 1514. Voici ce qu'il dit en parlant de la nature et de l'origine de la maladie vénérienne : « Fuit præterea, et adhuc est, morbus præfatus contagiosus, præsertim » per coïtum, sive conjonctionem mulieris fædæ cum viro, et è con- » verso. Nam ejus origo in partibus genitalibus, videlicet in vulvâ in » mulieribus et in virgâ in hominibus semper ferè fuit cum *pustulis* » *parvis*, interdum lividi coloris, aliquando nigri, nonnunquam su- » balbidi, *cum callositate eas circumdante.* » *Joannis de Vigo, de morbo gallico tractatus*, ex quinto libro practicæ chirurgicæ excerptus. *Aphrodisiacus*, page 450.

Thierry de Héry donne également une description très exacte de l'induration spécifique. Cet habile observateur en avait déjà reconnu l'importance; car il la regarde comme *le plus certain signe de la vérole*. « Tous practiciens méthodiques, dit-il, tesmoigneront que le plus cer- » tain signe en toutes pustules et ulcères, est une *dureté* en la racine, » soit que extérieurement elles apparaissent bilieuses ou sanguines : » de sorte que les ayant curieusement disséquées, *on les trouvera far-* » *cies d'une matière gypseuse et blanche.* » *Loc. cit.* page 23. Cette matière gypseuse et blanche est évidemment le tissu fibro-plastique des observateurs de nos jours.

Quant au fait de la localisation du chancre au début et de l'empoisonnement consécutif, il a également été reconnu, sinon décrit d'une manière exacte, par Jean de Vigo et Fernel. Cela résulte évidemment du conseil que donne Jean de Vigo, de détruire par un caustique les pustules primitives, avant qu'elles aient eu le temps d'infecter l'organisme : « In primis veniendo ad originem morbi, videlicet ad pustulas quæ so- » lent accidere in virgâ, sine aliquâ temporis intermissione, protinus » *medicamine acuto* malignitatem earum interficiente, sunt delendæ, » *ut exindè earumdem malitia per totum corpus non extendatur.* » *Loc. cit. Aphrodisiacus*, page 452. Fernel n'est pas moins explicite. Après avoir énuméré les symptômes primitifs et successifs de la maladie vénérienne, il ajoute que ce n'est pas encore là la vérole, mais seulement le signe de l'imminence de l'empoisonnement général : « Emer- » gunt autem in obscenis partibus, pustulæ, ulcera maligna, verulenta- » que gonorrhæa, inguinum bubones. Sed hæc, nisi altius intrò su- » beant, *nondum lues sunt venerea, sed rudimentum et veluti* » *character ejus impendentis. Loc. cit.* cap. V.

VIII. La vérole constitutionnelle, abandonnée à elle-même, suit dans son évolution une marche essentiellement régulière. Elle se propage des régions superficielles de l'organisme (la peau et les muqueuses) aux parties profondes (le tissu fibreux, osseux et le parenchyme des viscères).

HISTORIQUE. — Cette marche régulière et concentrique de la vérole constitutionnelle, indiquée par Thierry de Héry, a été admirablement décrite par Fernel, qui a basé sur elle sa classification des accidens consécutifs. Il établit quatre degrés d'infection, à chacun desquels il fait correspondre un groupe particulier de phénomènes morbides.

Dans le premier degré, le virus syphilitique, répandu en quelque sorte au-dessous de l'épiderme comme une vapeur légère, provoque la chute des cheveux, de la barbe et des poils. Dans le deuxième degré, le virus a pénétré plus profondément; c'est au tissu même de la peau qu'il s'attaque. Au troisième degré, ce sont les muqueuses qui deviennent le théâtre de l'action morbide; de là, les diverses ulcérations de la gorge, du palais, des fosses nasales. Dans le quatrième degré enfin, le virus a envahi les profondeurs de l'organisme; des accidens se déclarent du côté des os, des ligamens, des aponévroses, etc. Voici, d'ailleurs, le texte de Fernel :

« Omnium levissima est ea species, quâ solum capitis et barbœ pili » sensim, citra aliam corporis offensionem, defluunt. Ejus quippe virus » in tenui quodam vapore consistit, qui in corporis summa effunditur » ad illarum radicem, atque, ut ephemera febris a putridâ, ita et hæc » species distat a cæteris. — Altera paulò deterior est, quâ cutis uni- » versa crebris maculis minimè extuberantibus conspergitur. — Tertia » species gravior, ac rubræ aut flavæ pustulœ primum quidem circa » frontem ac tempora, poneque aures, deinde in capite atque etiam » toto corpore erumpunt et extuberant. Partes quæ ad podicem, ad » nares, atque fauces sunt, quia tenellæ, omnium primæ exulcerari so-

(1) Voir le dernier numéro.

mois, il ne faut plus craindre l'éclampsie, mais la maladie de Bright.

L'anasarque scarlatineuse frappe tout le corps, ce qui prouve qu'il y a autre chose que l'état passif, qu'il y a aussi quelque chose d'actif. Dans quelques cas, l'anasarque se porte sur les cavités splanchniques et l'on voit survenir des épanchemens de la plèvre, du péricarde, du péritoine; on constate une dilatation considérable des pupilles, due probablement à un épanchement dans les cavités ventriculaires. Enfin, l'œdème des ligamens aryténo-épiglottiques peut venir compliquer la maladie de la façon la plus grave.

Je fus appelé, il y a vingt ans, pour un enfant qui avait eu, dix jours auparavant, une éruption de scarlatine; il avait une anasarque générale, de la toux, de l'oppression, le voile du palais était œdématié, et en portant le doigt dans la gorge, on sentait le gonflement des ligamens. La suffocation dura 18 ou 24 heures, et l'enfant guérit.

L'œdème de la glotte est d'autant plus à craindre, que l'angine dépendante de la scarlatine peut persister, et que s'il survient une anasarque, l'inflammation préexistante appelle la sérosité dans le tissu cellulaire sous-muqueux des parties voisines.

De toutes les maladies éruptives, la scarlatine est-elle la seule qui soit suivie d'anasarque? La rougeole peut, très rarement, il est vrai, en être suivie.

L'année dernière, nous avons vu cinq fois l'anasarque morbilleuse; un enfant en est atteint actuellement dans le service, l'anasarque morbilleuse est peu grave, elle ne s'accompagne pas d'albumine, ou tout au moins ne l'avons-nous jamais constaté, ne cause pas les convulsions, et ne prend pas la forme chronique.

Aussi, en présence d'une anasarque ayant apparu après une fièvre éruptive, on doit penser d'abord à la scarlatine, mais s'il n'y a pas d'albuminurie, et s'il reste quelque symptôme thoracique, on doit au contraire soupçonner une rougeole.

Traitement. — Si des différences existent dans les méthodes de traitement des affections sporadiques, à plus forte raison doit-on en rencontrer dans le traitement des affections épidémiques, elles sont dues aux différences que l'on trouve dans la marche et la gravité de la maladie et dans la constitution médicale.

Nous venons de prononcer le mot de constitntion médicale, expliquons-nous sur ce que nous devons entendre par cette eupression.

Tous les hommes, quoiqu'ayant les mêmes organes, subissent l'influence des agens extérieurs, chacun à sa façon; telle substance nuit à celui-ci et sera d'une complète innocuité pour son voisin. Ces aptitudes différentes ont été désignées sous le nom d'idiosyncrasie; elles font que la même cause, le refroidissement par exemple, produira chez l'un une pneumonie, chez un autre un rhumatisme, etc., etc.

Tout à coup, sans raison appréciable, les mêmes dispositions se retrouvent chez tous les individus. Il survient dans toutes les constitutions une modification commune par laquelle la moindre imprudence, les plus légers écarts de régime produisent chez chacun la même affection; ainsi, en avril 1832, une maladie frappe avec une telle violence, que dix-huit cents personnes meurent en un seul jour. C'était une idiosyncrasie générale, par laquelle toutes les maladies, toutes les indispositions conduisaient à ce terrible mal qu'on appelle choléra; et cela indépendamment des conditions de saisons, de chaleur, d'humidité.

La constitution médicale est donc une sorte d'idiosyncrasie générale, une manière d'être commune en vertu de laquelle des causes diverses exercent une modalité telle, qu'elles se traduisent chez tous par deux effets analogues. Ces faits se passent souvent sous nos yeux. Des causes donnant lieu ordinairement à une légère indisposition produiront, dans certaines circonstances, par exemple, la grippe ou toute autre maladie. De plus, la constitution médicale imprime aux maladies de même nature, les caractères nouveaux et spéciaux, avec troubles fonctionnels prédominant vers tels ou tels appareils.

Le virus scarlatin peut, si la constitution médicale est favorable, ne causer aucun accident; si, au contraire, elle est ce qu'elle était à Tours en 1824, à Dublin en 1834, les accidens seront graves, le virus est le même, mais les conditions dans lesquelles on le reçoit sont différentes.

On recherche quelquefois une trop grande rapidité dans la guérison; mais ce qui est excusable chez le malade, ne l'est pas chez le médecin. Il ne faut jamais se briser contre une impossibilité, car on prouve son impuissance et son ignorance.

S'il est des maladies à formes variables dont l'évolution est modifiée par la thérapeutique, il en est à forme nécessaire qui suivent leurs cours quoi qu'on fasse.

Les maladies contagieuses étant des semences morbifiques qui, mises dans les corps, doivent s'y développer, croître et décroître dans un temps déterminé, ne pourront ni avancer, ni reculer; nous n'avons à modifier que l'économie elle-même; car ce n'est pas sur la variole, la rougeole ou la scarlatine qu'on aura une action, mais sur l'économie en contact avec cette entité morbide.

Si les désordres sont légers, il faut s'abstenir de toute action, s'il n'y a qu'un peu de mal de gorge, une fièvre modérée, quelques accidens du côté du ventre; et s'il n'y a pas de complication grave, il n'y a rien à faire.

A une certaine époque et dans une certaine école, la fièvre était toujours le signe d'une phlegmasie latente ou patente, aussi, lorsqu'on trouvait le pouls fréquent, la peau chaude, on cherchait la phlegmasie, l'irritation, à la tête, à la poitrine, au ventre; on ne les trouvait pas toujours, on croyait mal chercher; eh bien non, l'on cherchait bien et l'on ne trouvait pas, parce qu'il n'y avait rien. La fièvre peut être indépendante de la phlegmasie; l'homme qui court a de la fièvre, la peau est chaude, le pouls accéléré, et la sueur couvre son corps.

Il y a du frisson, de la chaleur et de la sueur après le repas; c'est une manière d'être de l'économie vis-à-vis d'un corps étranger, l'aliment. C'est encore de la fièvre.

Fontana introduisait du venin de la vipère sous la peau d'un lapin: aussitôt accélération du pouls, vomissemens, expulsion de matières fécales; ce n'était pas une phlegmasie, pas plus qu'il n'y a phlegmasie après l'ingestion du tabac, de la belladone, de la jusquiame.

Lorsque le virus scarlatin est introduit dans l'économie, et qu'il s'est multiplié par la fermentation, c'est-à-dire pendant la fièvre d'invasion, l'économie s'irrite contre ce venin qui vient d'être introduit; ce n'est pas plus une phlegmasie que lors de l'introduction du venin de la vipère ou de l'introduction des alimens.

Ce qu'il y a de dangereux à voir une phlegmasie là où il y a de la fièvre, c'est qu'on agit vigoureusement par la médication antiphlogistique, saignées générales et locales, calomel, etc.

Or, presque tous les observateurs, qui ont vu des épidémies de scarlatine, ont remarqué que, sous l'influence des saignées, la fièvre vive du début ne se modifiait pas, mais que les accidens nerveux devenaient d'une extrême gravité.

La lutte est établie entre le virus et l'économie qui tend à s'en débarrasser; il faut rester spectateur immobile, à moins que l'économie ne fléchisse.

S'il y a du délire, des soubresauts, des accidens nerveux, ayons recours au quinquina, à l'infusion d'anis, aux labiées, aux ombellifères, aux préparations ammoniacales, chlorhydrate ou acétate d'ammoniaque.

Pendant la période d'éruption, il faut agir contre les maladies antagonistes; on dit qu'il est préférable que l'éruption de la scarlatine ou de la rougeole soit forte, c'est une erreur; il en est de la scarlatine comme de la variole, il vaut mieux qu'elle soit discrète que confluente; cependant, cette éruption légère ne doit pas être obtenue au prix d'une affection antagoniste. Ainsi, un enfant prend la rougeole, mais il a déjà une pneumonie: voilà une maladie antagoniste qui attirera à elle la confluence de l'éruption, qui sera alors discrète à la peau; ce ne sera plus ce qu'on entend par une rougeole discrète, mais une rougeole dont l'évolution aura été empêchée.

Il en est de même pour la diarrhée, qui peut être une affection antagoniste de l'éruption de la scarlatine.

En un mot, plus l'éruption est discrète, plus favorable est le pronostic, à part évidemment les maladies antagonistes.

La scarlatine, pas plus que la variole, ne peut rétrocéder; mais sous une influence quelconque, la tuméfaction de la peau diminue, la peau prend brusquement la teinte violette qu'elle n'aurait dû avoir qu'après quelques jours de durée; tout indique l'imminence d'accidens cérébraux.

Si les accidens nerveux sont peu intenses, les laxatifs légers, le calomel à faible dose, l'huile de ricin, les purgatifs salins peuvent en triompher; il faut en même temps soutenir les forces du malade par une légère alimentation.

Mais si les accidens sont graves, si la fièvre est vive, s'il y a des symptômes, tels que délire, coma, soubresauts, tympanite, rétention d'urine, etc., etc., le moyen le plus efficace pour les combattre, est l'immersion froide de Currie.

On trouve dans les familles une grande résistance contre ces affusions; aussi, ne doit-on y avoir recours que comme dernière ressource, et au dernier moment, lorsque la mort est prochaine et tout espoir perdu.

L'enfant doit être placé nu dans une baignoire, on lui verse sur la tête et sur le corps, pendant une demi-minute, de l'eau à 18°; on ne l'essuie pas, on l'enveloppe dans une couverture, et on le couche.

Le pouls tombe immédiatement; en même temps qu'il y a diminution dans la fréquence, il y a augmentation dans l'ampleur. La peau était aride; on la trouve souple et moite. Le délire cesse; l'enfant recouvre son intelligence; l'éruption, qui avait pâli, reparaît.

Les accidens, cinq ou six heures après, peuvent revenir avec intensité; il faut avoir recours de nouveau à l'affusion; mais alors les parens, loin d'y mettre obstacle, la demandent presque toujours eux-mêmes, tant le mieux avait été évident; on la renouvelle deux ou trois fois par jour.

Dans le cas où on pourrait craindre que les parens missent obstacle aux affusions, elles seraient remplacées par des lotions froides acidules. On met l'enfant sur un lit de sangle, puis l'on passe rapidement sur toutes les parties du corps une

---

» lent. — Quarta his species succedit, quum jam invalescens lues, soli- » das partes, ossa, vincula, membranas ac nervos adoritur. » (*Loc. » cit.*, cap. v.)

IX. Les sécrétions morbides, fournies par les accidens généraux ou consécutifs, ne sont pas inoculables. Ces accidens ne peuvent se communiquer directement. Ils ne se transmettent que par hérédité.

Historique. — Ce principe a été pour la première fois établi par Hercule Soxonia, médecin de Padoue, qui publia, en 1597, un livre ayant pour titre: *Luis venereæ perfectissimus Tractatus.* Il soutient, au chapitre III de cet ouvrage, que toute maladie vénérienne n'est pas contagieuse, et qu'en général, la vérole ancienne et confirmée est moins contagieuse que la maladie récente ou peu invétérée; et que celle qui est accompagnée de nodosités n'est jamais contagieuse. Il cite l'exemple d'un gentilhomme de Padoue, qui, ayant été traité environ vingt fois par le gayac, et trois fois par les frictions mercurielles, sans pouvoir guérir, eut commerce avec plusieurs jeunes personnes, sans communiquer à aucune la maladie.

Quant à la transmission de la vérole constitutionnelle par hérédité, elle a été admise par beaucoup d'auteurs, et entre autres par Fernel. Mais c'est Astruc qui, le premier, l'a définie d'une manière exacte. « La vé- » role héréditaire, dit-il, peut être transmise également au fœtus par le » père et par la mère; par le père, en ce que les particules de la » semence communiquent à l'embryon le virus vénérien dont elles » sont infectées; et par la mère, en ce que, fournissant pendant les » neuf mois de sa grossesse, la nourriture au fœtus, elle lui fait part » en même temps du mal dont elle est attaquée. C'est ainsi qu'on a » reconnu, par expérience, qu'une mère qui a la vérole, met au monde » des enfans faibles, languissans, d'une mauvaise constitution, à demi » pourris, couverts d'ulcères, et véritablement vérolés; que même un » père qui a la vérole, engendre quelquefois des enfans véritablement » vérolés et couverts d'ulcères, quoique la mère soit saine, ou du moins » sans aucun signe manifeste de vérole, comme si le virus qui infecte » l'embryon, était incapable de faire impression sur la mère (1). » (*Loc. cit.*, t. II, p. 6.)

X. Les accidens consécutifs ne suivent pas immédiatement l'accident primitif. Un temps plus ou moins long peut s'écouler entre ce dernier et la manifestation des premiers. Toutefois, ce temps ne dépasse jamais six mois si le malade n'a pas fait de traitement. Dans le cas contraire, il est indéterminé.

Historique. — Jean de Vigo est le premier qui ait constaté ce fait. Il est vrai que la durée du temps qui, selon lui, peut séparer l'accident primitif de ce qu'il appelle la vérole confirmée, est un peu plus considérable que celle fixée par M. Ricord. Mais il est possible que, sous l'influence de diverses causes qui nous échappent, la syphilis se soit, depuis cette époque reculée, légèrement modifiée sous ce rapport. « De » ejus vero confirmatione, ut experientia nobis sæpenumero demons- » travit, non habetur determinatum tempus, nisi per signa. In aliquibus » enim corporibus confirmatur intra decem menses, licet de raro con- » tingat, in aliquibus intra annum. Et in aliquibus intra annum cum » dimidio confirmatur ista ægritudo. Et appellamus hunc morbum con- » firmatum, quando in processu temporis prædicti, reperiuntur cum » aliquibus accidentibus prænominatis. Videlicet, cum tuberositatibus » scirrhosis, cum ulcerationibus formicosis, virulentis, corrosivis, cum » osse corrupto, cum doloribus juncturarum, vel extra juncturas circa » ossium almocatim, cum dolore frontis, et aliis, de quibus suprà dic- » tum fuit. » *Loc. cit.* Aphrodisiacus, page 456.

XI. Le virus syphilitique est un et toujours identique à lui-même. La diversité que l'on observe dans ses manifestations constitutionnelles, dépend des variétés idiosyncrasiques.

Historique. — Nous trouvons encore ce principe exposé par Fernel, qui le premier, avec une légère variante cependant, l'a introduit dans la science des maladies vénériennes. Voici ce qu'il dit à ce sujet: « Diffe- » rentias ejus speciesque nonnulli quibus symptomatum quam essentiæ » major cura fuit, varias multiplicesque statuerunt. *Una tamen et » eadem totius est essentia*, sed variis distincta ordinibus, ut alia » levior sit, alia gravior. *Est et corporum, in quæ illa incidit, per- » magna varietas*, ac utraque ex causa fit, ut lues alia levioribus, » alia gravioribus symptomatis exerceat. » *Loc. cit.*, cap. v.

XII. La diathèse syphilitique, une fois établie, persiste le plus ordinairement pendant toute la durée de l'existence. L'art peut en combattre avec succès les manifestations, mais, presque toujours il est impuissant contre elle-même.

Historique. — C'est à Jean de Vigo qu'appartient l'honneur d'avoir posé le premier ce triste et désolant pronostic, qui contient en germe le principe de l'unicité de la diathèse. Voici comment il s'exprime vers la fin de son ouvrage: « Denique notandum est, quod postquam morbus » iste confirmatus fuerit, *tunc curam rarissimè recipit, nisi pallia- » tivam*....... » Ajoutons enfin pour terminer cette esquisse historique comme il termine son livre: « Et sic, Deo dante, completa est doctrina » præsentis capituli, cujus nomen sit benedictum. » J. de Vigo, *loc. cit.* Aphrodisiacus, page 456.

Conclusion. — Il résulte de cette excursion dans le domaine de l'histoire de la médecine, que Jean de Vigo, Thierry de Héry, Hercule Saxonia, Fernel et Astruc, mais surtout Fernel, doivent être considérés comme les précurseurs de la doctrine édifiée de nos jours par M. Ricord, dont le nom vient couronner cette pléïade des grands maîtres de l'art. Ces hommes supérieurs, guidés par le flambeau de l'observation, avaient aperçu et proclamé les vérités sur lesquelles repose l'école moderne. Mais la tradition de leurs idées s'était peu à peu obscurcie. Remise en lumière, vers le milieu du dernier siècle, par le génie de Hunter, elle s'était effacée de nouveau sous le souffle révolutionnaire de l'école physiologique. Le virus syphilitique avait été nié, l'existence de la maladie elle-même avait été mise en question........ Il a été donné à M. Ricord de faire revivre à jamais ces grandes vérités, et d'en composer la plus belle des doctrines médicales, en les groupant sous le niveau de l'expérimentation la plus rigoureuse et dans les liens d'une logique invincible.

(1) M. Ricord est porté à admettre que, par une sorte de *choc en retour*, la mère peut être infectée par son enfant, pendant la gestation. Mais ce n'est encore là, pour nous servir de son langage, qu'un simple projet de loi, qui a besoin de nouvelles observations pour être inscrit au bulletin de la doctrine.

éponge imbibée d'eau à 25 et même à 20 degrés.

Angine. — Elle est ordinairement peu grave, et ne nécessite aucun traitement; cependant, si les amygdales se couvrent d'une exsudation blanchâtre et s'ulcèrent, on porte au moyen d'un pinceau, sur les surfaces malades, une mixture composée avec parties égales de miel et d'acide chlorhydrique. On peut aussi employer le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, l'alun, le borax, le calomel en poudre.

Ganglions suppurés. — Lorsque le traitement prophylactique a échoué, les antiphlogistiques, les irritans cutanés échouent à leur tour, et les accidens prennent, malgré tout, la forme que nous avons indiquée plus haut.

Anasarque. — Quand il n'y a aucune autre complication, il suffit de prescrire le repos, les boissons émollientes, le lait, le sirop d'orgeat, les laxatifs légers, le calomel à doses fractionnées, et enfin les préparations de digitale. M. Bretonneau attache une grande importance, dans le cas d'anasarque, à la situation que les malades ont dans leur lit. Il les place ordinairement sur un plan incliné, de manière que la tête sort élevée, et les pieds relativement déclives. En même temps, il fait des acupunctures multipliées aux jambes. De cette façon, il évite presque toujours les accidens éclamptiques.

L'éclampsie, dans le cours d'une anasarque, est quelquefois foudroyante; quand l'œdème a paru en vingt quatre heures, on doit redouter l'épanchement dans les ventricules; il y a peu de chose utile à faire; cependant, je dois dire un mot de la compression des carotides.

Il y a quinze ans, un enfant prit une anasarque à la suite d'une scarlatine, il eut des convulsions épileptiformes, surtout du côté *gauche*. On lui avait appliqué les sangsues inutilement. Inspiré par un travail de M. Dezeimeris, qui avait calmé des névralgies par la compression de la carotide, j'eus l'idée de comprimer la carotide *droite*, je l'aplatis contre la colonne vertébrale. La face pâlit, les convulsions cessent, je suspends la compression, les convulsions reparaissent; je renouvelle cette expérience : le résultat est le même. La carotide gauche est comprimée; les convulsions cessent du côté droit pour reparaître du côté gauche. La compression fut employée plusieurs heures de suite, en laissant des intervalles de plus en plus grands, et l'enfant guérit; j'ai eu depuis plusieurs guérisons par ce moyen, et un plus grand nombre d'insuccès.

E. Moynier,
Interne du service

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'AIR CHAUD ET HUMIDE DANS LE TRAITEMENT DU CROUP.

Tel est le titre d'un mémoire intéressant qu'un médecin distingué de Bristol a publié dans le *Medical times and gazette* (juin 1852). Lorsqu'il s'agit d'une affection aussi grave et aussi difficile à combattre que la laryngite membraneuse, on ne saurait trop faire connaître des méthodes de traitement qui se recommandent par leur simplicité et le succès qu'elles ont obtenu dans un certain nombre de cas. M. William Budd rapporte dix observations dans lesquelles l'air chaud et humide a été employé, aidé de l'émétique. Sur ces dix enfans, deux seulement ont succombé, et encore leur affection était-elle parvenue à un degré à peu près irrémédiable. L'un d'eux fut apporté dans un état comateux et convulsionné, et l'autopsie démontra que les fausses membranes s'étendaient à droite jusque dans les ramifications des bronches, de manière à rendre presque tout le poumon imperméable à l'air.

Voici comment procède l'auteur : l'enfant malade est couché dans un lit fermé de tous côtés au moyen de rideaux superposés; dans l'enceinte formée ainsi par ce rideau, on place une grande terrine remplie seulement d'eau bouillante; et dans cette eau bouillante on plonge de temps en temps une brique chaude afin de dégager des nuages de vapeur. Par ce moyen, on maintient l'air qui entoure le lit à une température de 30 à 35 degrés centigrades, et chargé d'humidité. L'émétique est administré de temps en temps, toutes les fois que la respiration s'embarrasse davantage, non pas dans le but de produire l'effet antiphlogistique antimonial, mais bien seulement pour que les succussions mécaniques du vomissement tendent à détacher les fausses membranes qui tapissent la muqueuse laryngienne.

Cette méthode, avons-nous dit, a eu un plein succès dans huit cas sur dix. Une analyse succincte de deux observations nous paraît utile ici :

1[er] cas : Edwin Poole, bel et robuste enfant de deux ans et demi, est apporté à l'infirmerie de Bristol le 15 mars 1851. Il avait eu froid huit jours auparavant, et n'avait pourtant offert des accidens de croup que le matin même du jour de son entrée à l'hôpital, vers quatre heures du soir. A ce moment, les accidens étaient déjà fort graves, l'oppression extrême, la face livide et boursoufflée, le murmure respiratoire à peine sensible; il était évident que l'air ne pénétrait presque plus dans les vésicules pulmonaires; la toux croupale existait avec tous ses caractères; le voile du palais et l'arrière-gorge étaient tapissés d'une couche blanche de lymphe plastique; le pouls donnait 130 pulsations à la minute. Le seul phénomène favorable qui existait, c'était que la chaleur animale s'était bien conservée, et que les muscles respiratoires résistaient vigoureusement contre l'obstacle qui s'opposait à l'entrée de l'air dans la poitrine. Aussitôt que l'enfant eût été placé dans un lit ordinaire, on lui administra l'émétique, deux sangsues furent appliquées au sommet du sternum, et on prescrivit le bicarbonate de potasse à la dose de 10 centigrammes toutes les demi-heures.

A cinq heures, les accidens paraissant augmenter plutôt que diminuer, on appliqua deux autres sangsues à la gorge, et les fauces furent lavées avec une solution saturée de nitrate d'argent. Rien de tout cela ne réussit, et la mort était imminente, lorsque M. Budd eut la pensée de faire disposer le lit comme nous l'avons dit tout à l'heure, et d'échauffer ainsi l'air respiré par le petit malade. Au bout de deux heures, l'amélioration était déjà très marquée; la respiration était plus facile et moins stridente, la lividité de la face moins marquée; la nuit fut marquée par plusieurs heures d'un sommeil réparateur. L'émétique fut administré deux ou trois fois, et chaque fois le vomissement était accompagné de l'expulsion de plaques pseudo-membraneuses. Le lendemain, les symptômes les plus alarmans avaient disparu; la respiration devint de plus en plus libre, la lividité n'avait plus laissé aucune trace; il y avait à la minute 28 inspirations sans fatigue; le pouls tomba à 98; la toux devint plus muqueuse et perdit peu à peu son caractère croupal. Le soir du même jour, le petit malade était assez bien pour se tenir assis sur son lit. A partir de ce moment, il marcha rapidement vers la guérison.

2[me] cas : John Winchester, âgé de 22 mois, fut admis à l'hôpital le 30 mars 1851, atteint de croup. Cet enfant était faible, cachectique. Les symptômes du croup existaient dans toute leur énergie; toux caractéristique, stridente, sèche, extrêmement difficile; fausses membranes sur les fauces : peau encore chaude mais pouls à 125. Ronchus sibilans dans la poitrine. Le même traitement fut ici employé comme dans le premier cas, et avec des résultats aussi favorables. L'emploi de l'air chaud et humide fut suivi d'un soulagement immédiat, et au bout de six heures, tous les accidens alarmans avaient disparu. Chaque vomissement provoqué par l'émétique amena l'expulsion de fausses membranes.

Le 1[er] avril, la respiration était complètement libre, naturelle, la toux humide, non croupale, et le petit malade se rétablit complètement, quoique un peu plus lentement que le premier.

Les six autres enfans, tous aussi dans un âge tendre, guérirent pareillement, et l'analyse de leurs observations ne serait qu'une répétition de ces deux cas.

Assurément, l'action de l'air chaud et humide n'a pas été tout dans ces magnifiques résultats, mais nous partageons volontiers l'opinion de M. William Budd, qui attribue à ce moyen simple et ingénieux les bénéfices de guérisons qui ne se seraient sans doute pas opérées sous l'influence de l'émétique seul et des émissions sanguines.

D[r] Achille Chereau.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 Août 1852. — Présidence de M. Piobert.

M. Guyon, inspecteur-général du service de santé à l'armée d'Afrique, communique une note *sur la principale cause des violentes douleurs qui existent dans l'ophthalmie purulente et sur un moyen propre à les faire cesser immédiatement.* Ce moyen consiste à interposer, entre l'œil et la paupière, un corps lisse quelconque, pourvu qu'il soit approprié à la disposition des parties.

Comme corps lisse propre à cette destination et se conformant assez bien à la disposition des parties, M. Guyon s'est d'abord servi de l'*opercule dont les colons des Antilles* se servent pour favoriser la sortie des corps étrangers qui pénètrent dans les yeux.

On sait que, dans toute l'Europe, les habitans des campagnes emploient au même usage ces produits calcaires qui se forment chez l'écrevisse, et vulgairement connus sous le nom de *pierres* ou d'*yeux d'écrevisse.* M. Guyon a cru, depuis, devoir recourir à des corps plus grands et mieux appropriés, par leur forme, aux surfaces intéroculaires. Ces corps sont des disques en ivoire. Deux suffisent au but qu'on se propose; le plus souvent même un seul; l'un sous la paupière supérieure et l'autre sous l'inférieure.

Pour procéder à leur introduction, il faut que le malade soit couché si on opère sur la partie supérieure de l'œil, et assis si c'est sur l'inférieure. Après quoi, ayant pincé la paupière verticalement et de manière à obtenir entre elle et le globe de l'œil un léger écartement, on laisse glisser dans celui-ci le disque qu'on en a approché, porté à l'extrémité d'une spatule ou d'une cuillère à café. On l'y maintient ensuite un instant avec l'extrémité du petit doigt et en l'y poussant légèrement s'il y a lieu.

M. Guyon se sert, concurremment avec le corps lisse interorbitaire, de *terre à foulon réduite en poudre*, terre que les indigènes connaissent sous le nom de *téfel*, et qu'ils emploient dans leurs bains en guise de savon. Ce seul moyen suffit même pour remplir le but dans les cas peu graves, c'est-à-dire dans ceux où les douleurs sont modérées et où les granulations, par conséquent, sont peu considérables. Pour s'en servir, après avoir porté la tête du malade en arrière, on écarte les paupières avec le pouce et l'index de la main gauche, en même temps que, de la droite, on laisse tomber, dans leur écartement, une pincée de la poudre en question.

Séance du 6 Septembre 1852.

M. Waller, professeur de physiologie à Bonn, adresse son septième mémoire sur le système nerveux. Ce nouveau travail a pour objet de démontrer, par une nouvelle série d'expériences, que le centre nutritif des fibres sensitives spinales se trouve dans les ganglions inter-vertébraux, tandis que celui des fibres motrices est dans la moelle épinière. L'auteur, dans un précédent travail, avait déjà établi ce double fait sur des observations faites sur les racines spinales. Il en donne aujourd'hui la contre-épreuve par les effets de la section de la moelle épinière sur ces racines. Voici la relation succincte de ses expériences :

M. Waller a divisé la moelle lombaire d'un chien entre les troisième et quatrième vertèbres, sans dénuder la moelle. Il s'en est suivi une perte presque complète de sensibilité et de mouvement dans le train postérieur. Au bout de vingt jours, les parties paralysées n'étaient que très faiblement améliorées. L'animal fut tué à cette époque. L'examen, après la mort, a donné les résultats suivans :

Dans le segment inférieur de la moelle épinière, les fibres du faisceau médullaire du faisceau postérieur se trouvaient à l'état normal depuis le point de section jusqu'à sa partie inférieure.

Dans le segment supérieur, depuis le point de section jusqu'à environ 4 décimètres plus haut, ou environ, l'espace occupé par deux vertèbres, le faisceau médullaire postérieur se trouvait désorganisé. Les grosses fibres, si abondantes dans cette partie de la moelle épinière à l'état normal, manquaient complètement dans ces limites.

Dans le segment inférieur, on trouva les fibres des racines antérieures des trois paires supérieures, c'est-à-dire les quatrième et cinquième lombaires et première sacrée, toutes plus ou moins désorganisées. Dans la quatrième paire, la racine intérieure était atrophiée.

La racine antérieure de la cinquième paire se composait de fibres normales et désorganisées en proportions à peu près égales, tandis que celles de la paire sacrée ne renfermaient qu'une moindre quantité de fibres désorganisées. Dans les racines postérieures qui correspondaient aux paires précédentes. Les fibres se trouvaient toutes à l'état normal.

Sur un autre chien, la moelle épinière fut divisée entre les quatrième et cinquième vertèbres lombaires. La section ne fut pas complète, car du côté droit le membre postérieur possédait d'une manière très imparfaite les pouvoirs moteurs et sensitifs. La queue et le membre postérieur gauche étaient complètement dénués de sensation et de mouvemens, soit volontaires, soit réflexes. Au bout de vingt-un jours, pour la première fois, M. Waller put constater l'existence du pouvoir réflexe dans la queue. Cette action se manifestait au plus haut degré à son extrémité, où il suffisait du moindre attouchement pour l'exciter. La plus forte irritation ne produisit aucun signe de douleur. Les membres postérieurs restaient dans le même état qu'immédiatement après l'expérience.

L'animal fut sacrifié trois semaines après l'opération. L'examen des nerfs du côté gauche, situés au-dessous de la ligne de section, montra les fibres des racines motrices complètement désorganisées, et celles des racines sensitives à l'état normal.

Au-delà du ganglion rachidien, le nerf se composait d'un mélange de fibres normales et désorganisées.

Sur une grenouille, après avoir ouvert le canal vertébral, M. Valler enleva un segment de la moelle épinière de l'épaisseur d'une demi-ligne au-dessus des trois dernières paires. Au bout de cinq mois, il trouva que le segment inférieur de la moelle était ramolli et diffluent. Les racines postérieures de ce segment étaient à l'état normal, ainsi que les ganglions correspondans; les racines antérieures, au contraire, se trouvaient complètement désorganisées et à l'état granuleux.

Ces observations confirment donc ce qui avait été établi d'après la section des racines spinales.

Les applications à la pathologie sont immédiates. Les premières expériences présentent les conditions qui existent dans la plaie ordinaire de la moelle épinière, aussi, peut-on dire que, dans tous les cas de ce genre, lorsqu'il y a division de cet organe s'étendant au faisceau antérieur, on trouvera des racines antérieures de segment inférieur désorganisées avec les racines postérieures correspondantes à l'état normal.

La troisième expérience démontre encore avec quelle puissance, même dans des cas anciens de désorganisation de la moelle épinière, les fibres sensitives, en connexion avec leur ganglion, gardent leur structure normale pendant que les fibres motrices sont toutes altérées.

M. Lucien Corvisart communique des *Recherches ayant pour but d'administrer aux malades dont l'estomac ne digère point des alimens tout digérés par le suc gastrique des animaux.*

Il est incontestable, dit l'auteur :

1° Que les alimens, et spécialement certains alimens, subissent dans l'estomac une élaboration nécessaire, et que le suc gastrique est l'agent de l'évaporation digestive.

2° Que les alimens subissent les mêmes modifications, soit que le suc gastrique agisse dans la cavité stomacale, soit qu'il agisse dans des vases, toutes circonstances d'expérimentation égales d'ailleurs.

3° Que l'ouverture permanente causée par une balle à l'estomac du Canadien qu'observa M. de Beaumont, et celle que pratiquèrent ensuite les physiologistes sur les animaux, permirent de constater, d'une manière irrécusable, que la digestion chez les animaux, dont l'organisation est voisine de celle de l'homme, se passait (dans l'estomac ou les vases) avec les mêmes phénomènes que chez ce dernier, et donnait les mêmes résultats.

4° Qu'il est facile d'obtenir des quantités considérables de suc gastrique pris : 1° soit dans l'estomac d'animaux abattus, par exemple dans la caillette des veaux, des bœufs, des animaux de boucherie; 2° soit et mieux encore sur des animaux vivans et pourvus d'ouverture permanente à l'estomac, où l'on peut puiser selon les besoins. L'espèce de ces animaux peut, au reste, presque varier à volonté.

Or, il est des malades nombreux dont l'estomac n'est plus apte, faute de suc gastrique, à faire subir aux alimens les modifications nécessaires à l'entretien de la vie.

Les nourrir, en se passant pour ainsi dire de leur estomac, est possible; on peut donner aux malades, suivant le cas :

1° Soit du suc gastrique liquide en nature;

2° Soit du suc gastrique desséché et réduit en poudre (il redevient actif en se redissolvant).

Dans chacun de ces cas on peut donner le suc digestif, soit directement, soit par l'intermédiaire de quelque véhicule en support pourvu ou non soit de saveur, soit d'odeur.

3° On peut humecter ou saupoudrer les alimens de ce suc gastrique dans des conditions aptes à lui conserver ses propriétés.

4° Dans les cas les plus difficiles, on peut opérer dans des vases la digestion artificielle des alimens, et ne les administrer que déjà tout digérés par le suc gastrique, sous la forme de bouillons, pâtes, gelées, etc.

L'économie n'a plus qu'à absorber et à assimiler ces matériaux, l'acte digestif est tout accompli,

Chacun sait que le suc gastrique liquide n'a, dans sa transparence, sa couleur, son odeur ou sa saveur, rien de désagréable. Sa poudre n'a pas d'action bien sensible sur le palais. Les alimens tout digérés peuvent recevoir, comme les viandes cuites, toutes sortes de saveurs par les procédés culinaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 Septembre. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Billot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en décembre 1851, dans la commune de Vaudioux (Jura).

2° Une lettre de M. Reybard, de Lyon, qui remercie l'Académie de

lui avoir accordé le prix d'Argenteuil.

3° Une lettre d'un négociant de Tonneins, M. Nadaud, qui informe l'Académie de l'intention où il est de lui faire don d'une somme de 3,000 francs pour être donnée en prix au médecin ou au professeur qui aura fait un cours public d'hygiène populaire en vingt-cinq leçons écrites et développées verbalement, à partir d'octobre prochain jusqu'en mai 1853.

— M. Bouchardat lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports dont les conclusions, uniformément défavorables, sont votées sans discussion.

M. Danyau lit au nom d'une commission un rapport officiel sur une nouvelle espèce de bouts de sein et de biberons en gutta-percha.

La commission propose de répondre au ministre que les avantages du gutta-percha dans la fabrication des bouts de sein et biberons sont loin d'être démontrés, et que les appareils envoyés par l'inventeur n'ont pas sur ceux en usage la supériorité qu'il leur attribue. (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur la transmission des accidens secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Velpeau.

M. Velpeau : A côté de la question qui faisait l'objet principal du rapport de M. Bégin, une seconde question a été soulevée. Il s'agissait de savoir si les accidens syphilitiques secondaires sont ou non susceptibles de se transmettre. C'était là la question que j'aurais voulu voir discuter à l'occasion du rapport. L'Académie en a décidé autrement. Je n'ai point à m'en plaindre. Maintenant que la première question est épuisée, je demande la permission de reprendre ce second point.

Hunter, comme tout le monde le sait, professait que les accidens consécutifs de la syphilis ne sont point susceptibles de se transmettre. A l'époque où cette doctrine fut importée pour la première fois en France, j'étais fort jeune alors, je fis, avec mon vénéré maître, M. Bretonneau, des expériences pour vérifier les principaux points de cette doctrine. Nous voulûmes savoir aussi ce qui en était des inoculations de l'homme aux animaux. Nous échouâmes comme avait échoué Hunter avant nous, et comme a échoué depuis M. Ricord. J'ai suivi tout ce qui a été fait depuis, et j'avoue que je reste encore dans le doute à cet égard. Quant au point principal de la doctrine de Hunter, il ne me parut pas vérifié par l'expérience, j'acquis la conviction, à cette époque, que les accidens constitutionnels étaient susceptibles de se transmettre. M. Ricord a repris, depuis, cette doctrine, qu'il s'est efforcé de faire prévaloir avec le talent qu'on lui connaît. J'ai suivi alors ses travaux avec un grand intérêt; j'avoue que j'ai été un instant ébranlé. Mais bientôt des faits nouveaux sont venus me confirmer dans ma première opinion. Je dois dire maintenant quels sont les motifs qui m'ont fait admettre cette proposition.

Il y a, à mes yeux, divers genres de preuves puisées à plusieurs sources. J'invoquerai d'abord l'assentiment universel. Ce n'est pas une preuve suffisante, sans doute; mais elle n'est cependant pas sans valeur. Tout le monde sait qu'à l'époque de son introduction en Europe, la syphilis était en quelque sorte épidémique. La contagion avait lieu sous toutes les formes; tous les accidens étaient reconnus transmissibles. Qu'il ne faille pas croire tout ce qu'on rapportait alors de la contagion, d'accord; mais tout était-il faux? C'est ce qu'on ne saurait admettre. Tout, au contraire, tend à prouver que c'était vrai au moins pour le plus grand nombre des cas. Et, en effet, non seulement le chancre, mais les pustules plates, mais les eczémas et les végétations syphilitiques, sont susceptibles de se transmettre. Cela est admis par tout le monde...... excepté par les huntériens, assez nombreux, du reste.

Pour moi, les résultats de l'observation clinique m'ont toujours paru sans réplique. Depuis trente-six ans environ que je suis dans les hôpitaux, on m'accordera que j'ai vu des vénériens. Je ne me suis pas borné à l'observation, j'ai fait aussi des expériences. Chez un individu qui avait une végétation syphilitique au bras, j'ai maintenu pendant quelque temps la partie malade en contact avec la membrane interne du prépuce renversé; au bout de quelques jours j'ai vu survenir sur cette membrane une végétation semblable à celle du bras. Je sais bien qu'on me dira qu'il n'y a pas de raison pour qu'une végétation semblable à celle qui existait sur une autre partie du corps n'ait pu se développer spontanément sur le prépuce; mais on conviendra que ce serait là une coïncidence tout au moins singulière. J'en ai fait autant pour les pustules plates. Il m'est arrivé souvent de voir une pustule plate de la marge de l'anus suivie au bout de quelque temps, sur le côté opposé, d'une pustule en tout semblable à la première et exactement moulée sur elle.

Je sais bien que ces faits ne résoudront pas tout à fait la question, parce que, pour plusieurs praticiens, la pustule plate sera mise au rang des accidens primitifs; mais ce n'est pas l'opinion de M. Ricord. Je suis donc fondé à les lui opposer.

Veut-on des faits cliniques; il n'en manque point. M. Vidal a vu une jeune fille qui a contracté directement un condylome d'un jeune homme qui n'avait pas eu lui-même d'autre symptôme. Il n'y a pas de praticiens qui n'aient vu se transmettre des eczémas syphilitiques. Pour moi, j'ai vu un eczéma du scrotum se mouler et se reproduire exactement sur la face interne de la cuisse, qui se trouvait en contact avec les bourses.

Mais il est temps de revenir au point de départ de cette discussion. Un médecin allemand, M. L..., s'est inoculé au bras un chancre. Avec quoi? Avec du pus pris sur l'amygdale ulcérée d'un de ses amis, médecin comme lui. Cette amygdale était le siége d'une ulcération secondaire. Je dis qu'il s'agissait ici d'un symptôme secondaire, et non pas d'un ulcère primitif. En effet, ce médecin avait eu d'abord un chancre; puis, quelque temps après, il s'était déclaré des symptômes généraux constitutionnels, notamment un engorgement des ganglions cervicaux postérieurs. Ce ne fut que plus tard que se manifesta l'ulcération de la gorge. Ce malade s'observait avec tant de soin lui-même tous les jours, depuis l'invasion des premiers symptômes de syphilis constitutionnelle, qu'il n'est pas permis d'admettre qu'il ait pu se méprendre sur l'époque du développement de l'ulcération de l'amygdale. Or, on sait que c'est avec le pus recueilli avec beaucoup de soin et de précaution sur cette amygdale que M. L... s'est pratiqué sur le bras une inoculation qui a été suivie d'un chancre.

Ce fait, M. Ricord ne le nie pas; il ne peut pas le nier. Il cherchera peut-être à nous prouver que l'ulcère de l'amygdale a pu être un accident primitif. Comment pourrait-on admettre, je le demande, que ce jeune médecin, qui s'observait avec tant d'attention, eût pu contracter un chancre sur l'amygdale. Pour moi, je ne le vois pas. D'ailleurs, si je ne me trompe, pour M. Ricord, il n'y a pas d'incubation. Une inoculation est suivie immédiatement d'un chancre. Or, ici, nous aurions une incubation de dix jours environ. Donc, d'après les doctrines mêmes de M. Ricord, ce serait là une raison pour ne pas admettre que ce fût un accident primitif.

Du reste, pourquoi Hunter et son école pensent-ils que les accidens constitutionnels ne sont pas transmissibles? Cela ne se comprend pas très bien, si ce n'est que parce qu'ils n'ont pas pu les inoculer par leurs procédés artificiels. L'inoculation est pour eux l'unique preuve de la transmissibilité. Hunter va plus loin; il conteste même la nature syphilitique des accidens transmis, lorsque ces accidens ne sont pas inoculables. Il rapporte le fait d'un chirurgien qui avait contracté la vérole en se piquant avec un instrument qui venait de lui servir à ouvrir un abcès sur une femme atteinte de syphilis constitutionnelle; et puis il ajoute que les accidens qu'a présentés ce chirurgien ne pouvaient pas être syphilitiques, les accidens de cette nature n'étant pas transmissibles.

L'histoire des nourrices fournit de nombreux exemples de ce genre de transmission.

Hunter rapporte le fait d'un enfant né de parens atteints de syphilis constitutionnelle, et qui, confié aux soins d'une nourrice saine, communique la maladie à cette nourrice. Puis il la communique à une seconde, puis à une troisième. Hunter, en rapportant ce fait, ne paraît pas se douter qu'il dépose contre sa doctrine.

Je sais bien que pour récuser les faits de ce genre on peut faire une foule de suppositions. On peut dire que la première nourrice avait été infectée par une autre voie. Mais remarquez qu'on a eu soin de déclarer qu'elle était saine. Mais admettons d'ailleurs l'infection de la première nourrice, il n'y en aura pas eu moins transmission aux deux autres.

Wagner rapporte l'histoire d'un autre enfant qui avait infecté sa nourrice. Cette nourrice avait auprès d'elle sa mère âgée de 70 ans. On voudra bien admettre qu'il serait peu probable que cette vieille femme eût contracté la vérole par les voies ordinaires. Eh bien cette vieille femme a eu des accidens constitutionnels qui ont débuté par la joue, sur laquelle elle avait l'habitude d'appliquer la figure de l'enfant.

Le même praticien rapporte un autre fait de transmission directe de plaques muqueuses. A cela M. Ricord oppose que ce ne devaient point être des plaques muqueuses, mais un chancre. Entre M. Wagner qui a vu et M. Ricord qui n'a pas vu, on me permettra d'accepter plutôt le témoignage de M. Wagner.

Voici encore un fait rapporté par Cullerier. Il s'agit aussi d'un enfant infecté introduit dans une famille de la campagne; c'était une de ces familles dans lesquelles le même verre et la même cuillère servent à tout le monde. Au bout de quelque temps, l'une des filles de la nourrice est atteinte de symptômes syphilitiques auxquels elle succombe. L'enfant meurt aussi. La nourrice elle-même ne tarde pas à être prise du mal de gorge, bientôt suivi d'une manifestation complète de syphilis constitutionnelle; une autre de ses enfans présente à son tour une éruption syphilitique. Et la preuve que ces accidens étaient bien syphilitiques, c'est que chez les divers membres de cette famille qui ont survécu, le traitement mercuriel a été employé avec succès.

On connaît le fait de M. Bouchacourt, reproduit récemment dans un mémoire de M. Bouchut. Un enfant de deux mois, nourri par une femme qui devient malade et dont les seins s'ulcèrent, a bientôt lui-même la figure couverte de boutons. Confié dans cet état à une seconde nourrice saine et mère de quatre enfans bien portans, celle-ci, à son tour, voit apparaître, au bout de quelques semaines, des pustules et des ulcères aux mamelons. Le plus jeune de ses enfans a bientôt la figure couverte de pustules semblables à celles du nourrisson; enfin, sa fille aînée, qui donnait aussi des soins à l'enfant, est affectée également. On examine les organes sexuels de la nourrice et de son mari, et on n'y trouve pas la moindre trace d'accidens primitifs. M. Bouchut rapporte lui-même, dans son mémoire, des faits non moins concluans, et qu'il serait superflu de reproduire ici.

Voilà des faits. Je sais qu'on leur opposera beaucoup de suppositions. Et d'abord, la première objection qu'on nous fera, c'est que les accidens en question ne sont point inoculables. Cette inoculation, je ne veux pas la condamner, mais il ne faudrait pas non plus lui accorder plus d'importance qu'elle n'en a. L'inoculation ne réussit pas toujours. Et d'ailleurs, est-ce que tous les hommes qui voient les choses avec calme, sans passion et sans prévention, ne savent pas que la contagion a lieu par une foule de moyens différens; que le degré de contagionabilité varie à l'infini; que certaines maladies sont très contagieuses, d'autres très peu. Nous savons comment s'inocule la variole, la vaccine; mais la coqueluche, dont personne, à coup sûr, ne contestera le transmissibilité, mais la fièvre typhoïde (je n'ose pas dire le choléra crainte de soulever quelques personnes), on ne peut pas les inoculer. Mais de ce que ces maladies ne sont pas inoculables artificiellement, s'en suit-il qu'elles ne se transmettent point? Personne ne voudrait accepter cette conséquence. D'ailleurs, il n'est pas prouvé, comme je vais essayer de le démontrer tout à l'heure, que les accidens syphilitiques secondaires ne s'inoculent pas.

Il y a un autre fait qu'invoquent les anti-contagionistes, en ce qui concerne les accidens secondaires. C'est l'hérédité. Mais il n'y a pas loin de l'hérédité à la transmission directe. La syphilis qu'ont les enfans par voie d'hérédité est une syphilis secondaire, et avec quoi les parens l'ont-ils donnée, cette syphilis secondaire? ce n'est pas avec des accidens primitifs, qu'ils n'ont plus dans la plupart des cas; c'est donc une syphilis secondaire que les parens transmettent à leurs enfans.

J'ai raisonné jusqu'ici comme si l'inoculation ne produisait pas la syphilis secondaire. Mais si, elle la produit. M. Vidal a fait des inoculations de matières provenant d'accidens secondaires et il a réussi à les reproduire. M. Ricord oppose à cela qu'il a fait un grand nombre d'essais et qu'il n'a pas réussi. On dit que les faits sont brutaux. Je dis que non, moi : ils sont au contraire très complaisans. Voyez plutôt. Celui-ci veut que les accidens secondaires se transmettent, il les inocule et réussit; — celui-ci ne veut pas admettre la transmissibilité, il inocule et ne réussit pas. Et cela se passe dans le même hôpital. Mais il faut dire qu'à l'hôpital du Midi il y a deux services et par conséquent deux doctrines. Il y a la doctrine du sud-est et celle du sud-ouest. Mais ce n'est pas à l'hôpital du Midi seulement que de semblables inoculations ont réussi. M. Cazenave, à l'hôpital St-Louis, a réussi aussi. Il a inoculé un ecthyma. M. Ricord trouve bien une foule de raisons à objecter. M. Ricord est un très habile syphilographe assurément; mais M. Cazenave est aussi un habile syphilographe.

Je viens de citer quelques faits de transmission, par inoculation, d'accidens secondaires. Il ne sera pas inutile de les rappeler ici :

Un jeune homme se portait bien et n'avait jamais eu de syphilis. Ce jeune homme, dévoué à la science, propose de se faire inoculer pour résoudre la question en litige. M. Vidal l'inocule. Il prend la matière d'une pustule d'ecthyma, qu'un malade de son service portait à la poitrine, et l'insère sur l'avant-bras de ce jeune homme. Au bout de quelques jours, un ecthyma survient au lieu d'insertion, entièrement semblable à celui du malade qui en avait fourni la matière. Et cet ecthyma était si bien syphilitique, que ce jeune homme a eu plus tard la vérole constitutionnelle.

M. Richet avait dans son service une fille qui portait des plaques muqueuses, puis il survient un ecthyma à la jambe. M. Richet inocule la matière de cet ecthyma à l'extrémité du membre opposé. Cette malade n'avait en ce moment aucun chancre. M. Richet s'entoure de toutes les précautions imaginables pour prévenir tout autre moyen de contamination. Il pousse ces précautions jusqu'à recouvrir le point d'inoculation d'une plaque de verre. Un ecthyma s'est développé sur ce point, entièrement semblable à l'ecthyma survenu spontanément sur l'autre jambe.

Wallace raconte avoir inséré, sur la suface dénudée d'un vésicatoire, chez un enfant de 12 ans, de la matière prise sur une pustule plate. Cet enfant a eu une syphilis constitutionnelle.

Le même médecin rapporte, en outre, avoir pratiqué deux autres fois l'inoculation à l'aide de la scarification de la matière recueillie sur des pustules plates d'individus atteints de vérole constitutionnelle. Ces inoculations ont eu pour résultat le développement de pustules plates. Wallace assure encore avoir inoculé avec succès du sang d'un malade atteint de vérole constitutionnelle. A moins de mettre en doute la véracité de Wallace, ce que personne n'est fondé à faire, on ne peut récuser ces faits-là.

Ainsi, en résumé, l'opinion ancienne, l'assentiment universel, l'expérience journalière, l'expérience clinique, les faits d'hérédité et les expériences d'inoculations elles-mêmes, tout se réunit pour démontrer la transmissibilité des accidens secondaires. Je dis plus : tout est contagieux dans la vérole. Renfermer la question dans l'inoculation, c'est la renfermer dans un cercle trop étroit. Il y a d'autres voies de transmission que l'inoculation qu'on ne connaît pas encore, et que la science découvrira plus tard. Il ne faut pas, parce qu'on ne sait pas comment ces transmissions s'opèrent, en nier la réalité. Il ne faut pas, enfin, avec un fait artificiel, l'inoculation, trancher une question de la solution de laquelle peut dépendre la sécurité des familles.

M. Lagneau commence la lecture d'un long discours, dont la suite, faute de temps, est remise à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Nouvelles du choléra. — On écrit de Magdebourg, le 25 août : Le choléra vient d'éclater ici. Le fait a été communiqué officiellement aux médecins; des lazarets ont été établis et toutes les précautions sanitaires ont été prises.

A Varsovie, où le choléra continue ses ravages, le prince Paskietwich a quitté la ville après avoir fait fermer les écoles publiques. La plus grande terreur règne dans le pays. Par suite de la négligence et de la malpropreté des habitans, jointes à l'absence complète de traitement préservatif et curatif, un village très populeux, aux environs de Varsovie, n'a conservé que sept personnes.

Varsovie, 27 août. — 5,000 personnes sont mortes du choléra dans les hôpitaux, et le total des décès est de 20,000. La mortalité a été très grande, notamment parmi les israélites. Les 21 et 22, 350 personnes sont mortes. Depuis le 8 août jusqu'au 22 (15 jours), 1,662 israélites sont morts. (*Gaz. nationale.*)

— La Société médico-psychologique vient d'être autorisée par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique. Le bureau de la Société est ainsi formé pour cette année : MM. Ferrus, président; Gerdy, vice-président; Dechambre, secrétaire général; Brierre de Boismont et Michéa, secrétaires archiviste et trésorier.

Le comité de rédaction est composé de MM. Buchez, Cerise et Baillarger.

Faute d'un passeport. — Un journal anglais rapporte qu'une dame, qui voyageait, fut prise du choléra à Ostrowo, sur les confins de la Pologne; elle envoya chercher un médecin, qui ne put franchir la frontière, parce qu'il n'était pas pourvu d'un passeport. Cette dame ne tarda pas à succomber sans secours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouvelles études chimiques sur le sang, par L.-R. Le Canu, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine. In-8. Paris, 1852.

De la monomanie du meurtre considérée dans ses rapports avec la médecine légale, par A. Bonnet, professeur de pathologie à l'École de médecine de Bordeaux, etc. In-8. Bordeaux, 1852.

Rapport sur un projet d'organisation du service de santé dans les campagnes, présenté par la Société médicale du Cher au Conseil général du département (session de 1852). In-8. Bourges, 1852.

Bulletin de la Société de médecine de Besançon, n° 4, année 1851. In-8. Besançon, 1852.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme* — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 109. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 11 Septembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi .
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital St-Lazare. — Service de M. le docteur BOYS DE LOURY.

KYSTE HYDATIQUE DE L'OVAIRE ; — PONCTION ; — INJECTION IODÉE ; — GUÉRISON.

Quand un moyen thérapeutique est basé sur une théorie complète, qui embrasse à la fois la connaissance intime du fait pathologique et du mode d'action de ce moyen thérapeutique, il est rare qu'il reste borné à un cas unique et qu'il ne soit aussitôt appliqué à plusieurs affections, qui se touchent par plusieurs points, et qui sont en un mot de la même famille. Ces remarques nous sont inspirées par l'emploi des injections iodées, qui, depuis quelque temps, ont été appliquées avec beaucoup de succès, contre de nombreuses affections dont plusieurs étaient regardées comme incurables. M. le docteur Boinet, auquel la science doit d'avoir considérablement étendu l'usage de ce moyen thérapeutique, les a souvent employées avec succès contre les abcès froids, les abcès par congestion, les fistules à l'anus, l'ascite, et certaines affections des membranes muqueuses qui sont caractérisées par une diminution de leur vitalité, par un relâchement de leur texture, par une sécrétion exagérée avec viciation de la matière sécrétée, tels que les écoulemens blennorrhagiques, la vaginite, etc., etc.— Après avoir bien étudié le mode d'action de ces injections, ce hardi praticien a songé à guérir par inflammation et par oblitération les kystes de l'ovaire, et plusieurs faits qui sont à notre connaissance, nous ont appris qu'il avait atteint ce but. L'observation suivante, que nous avons recueillie dans le service auquel nous sommes attaché, est trop intéressante pour ne pas la faire connaître. C'est une de plus à ajouter à celles de M. Boinet.

La nommée Desparrois (Julie-Onésyme), âgée de 51 ans, journalière, est entrée à l'hôpital St-Lazare le 17 mars 1852, pour une tumeur située dans la moitié droite de l'abdomen.

Cette femme est d'une constitution chétive, d'un tempérament nerveux. Elle fut réglée à 16 ans, et constamment elle eut des troubles dans la menstruation ; elle n'a jamais eu d'enfant. Il y a dix ans, elle fut atteinte d'une pneumonie ; il y a quatre ans, d'une fièvre typhoïde grave.

D........... rapporte qu'il y a deux ans, on vint lui annoncer brusquement la mort subite de son mari ; l'impression que lui fit cette nouvelle détermina un arrêt dans ses règles qu'elle avait depuis la veille. Elle ressentit, durant deux mois, des douleurs très vives dans le bas-ventre, et enfin ses règles reparurent, mais ce fut au prix d'une perte qui dura cinq mois entiers.

A la suite de cette perte, elle eut une suppression complète, puis elle revit un peu, et enfin depuis un an les règles n'ont pas reparu.

Ce serait immédiatement après la cessation de cette perte que la malade aurait vu se développer une tumeur dans la région de l'ovaire droit.

Pendant une année, cette tumeur fit des progrès lents, mais comme elle ne mettait pas obstacle aux travaux de la malade, celle-ci ne s'en inquiétait que médiocrement.

Au mois de mai 1851, le volume de la tumeur, les douleurs qu'elle déterminait dans les mouvemens ou à la suite d'une station ou d'une marche un peu prolongées, et conséquemment l'impossibilité où se trouvait la malade de continuer à travailler, déterminèrent D... à entrer à l'Hôtel-Dieu (service de M. Piedagnel).

Elle en sortait deux mois après, sans amélioration dans son état.

Cependant, chez cette malheureuse femme, une émaciation progressive épuisait les forces d'une constitution, déjà bien tourmentée par des diarrhées fréquentes et rebelles.

D... demanda à être admise à St-Lazare.

Cette femme porte, dans le côté droit de l'abdomen, une tumeur considérable s'étendant depuis le petit bassin jusqu'au niveau du rebord inférieur des fausses-côtes droites ; en bas, elle dépasse la ligne médiane, mais en haut, à partir d'un à deux centimètres au-dessous de l'ombilic, elle s'écarte de la ligne médiane et penche vers le flanc droit.

Elle est peu douloureuse à la pression, dépressible, mais offrant néanmoins une résistance assez grande. Sa surface est égale, ne présente aucune bosselure ; sa consistance est partout la même ; son élasticité remarquable. Ce n'est qu'avec difficulté qu'on parvient à percevoir une fluctuation obscure. L'explication de cette résistance et de ce défaut de fluctuation, nous la trouvons dans l'extrême tension du sac rempli outre mesure par le liquide qui s'y est accumulé.

Après avoir attentivement interrogé tous les organes contenus dans l'abdomen, constaté par le toucher vaginal une déviation du col à gauche ; la possibilité d'imprimer quelques mouvemens de déplacement à la tumeur, en reportant autant que possible l'utérus dans sa position normale ; une fluctuation obscure dans la tumeur, perceptible en appliquant une main sur l'abdomen, et avec le doigt de l'autre main introduit dans le vagin, en soulevant l'utérus et partant la tumeur qui repose dessus ; enfin, en tenant compte des commémoratifs de la maladie, M. Boys de Loury pensa que c'était un kyste de l'ovaire (probablement hydatique).

Après avoir essayé, sans succès, plusieurs moyens, M. Boys de Loury se décida à pratiquer la ponction ; mais avant d'y procéder, il voulut avoir l'avis de M. le docteur Boinet, qui, par une exploration habile de la tumeur, acquit la conviction que c'était bien un kyste de l'ovaire, et proposa, comme moyen, l'évacuation du liquide du kyste par la ponction et l'injection iodée.

Le vendredi, 14 mai 1852, M. le docteur Boinet pratiqua une ponction qui donna issue à 2 kilogrammes 50 grammes d'un liquide incolore, parfaitement transparent comme de l'eau de roche (ce qui donne à penser que c'était bien un kyste hydatique.)

Puis on injecta le liquide suivant :

Eau distillée.	50 grammes.
Teinture d'iode.	50 grammes.
Iodure de potassium.	2 grammes.

On laissa le liquide cinq minutes, pendant lesquelles on malaxa toute la région du kyste, afin de mettre toute la surface intérieure de ce kyste en contact avec la liqueur iodée, puis on retira la seringue, et on fit sortir environ 60 à 80 grammes d'un liquide, qui n'était autre que la liqueur injectée étendue d'une petite quantité du liquide du kyste.

On retira la canule, et on mit un morceau de sparadrap-diachylum sur la petite plaie.

La malade n'accuse, au moment de l'injection, qu'une sensation de chaleur assez vive. Dans la journée, cependant, quelques douleurs vagues se font sentir. On serre modérément le ventre au moyen d'un bandage de corps.

Le pouls était à 80 avant l'opération, et le soir même il était monté à 110. Le ventre n'est pas douloureux.

Potion calmante, boissons adoucissantes.

15. Dans la nuit, la fièvre s'est allumée, et ce matin nous trouvons le ventre distendu ; mais on ne perçoit pas une matité comme lorsque le kyste était rempli de son liquide ; le son est net dans toute la région du kyste, excepté dans la fosse iliaque droite, où le bruit est sourd, et où l'on sent une tension, une résistance assez prononcée. Là aussi la malade éprouve un sentiment de brûlure assez intense.

On fait pratiquer dans la journée trois onctions sur le ventre avec l'onguent mercuriel. Cataplasmes.

On combat la constipation opiniâtre, à laquelle la malade est en proie, par des demi-lavemens émolliens et huileux.

Le soir, peau brûlante, langue sèche, enduit blanc-jaunâtre au milieu, rouge à la pointe ; le pouls s'est maintenu toute la journée à 120. Urines assez abondantes, d'un rouge intense et d'une odeur très pénétrante.

16. La nuit a été assez bonne. Une potion calmante, avec sirop diacode (30 grammes), a procuré un peu de sommeil.

Le pouls est à 106. Le ventre est tendu ; la pression arrache des cris à la malade ; la peau est brûlante, aride ; la face est altérée ; soif ardente.

On fait appliquer 15 sangsues un peu au-dessus de la fosse iliaque droite. Un lavement laxatif est administré dans la journée. — Tisane de gomme, trois bouillons.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

APHORISMES PROFESSIONNELS.

Le traité hippocratique *De decenti habitu* pouvait être excellent pour les médecins du temps de Platon, mais il est évidemment d'un médiocre secours pour les médecins de nos jours. Je suis étonné que ce sujet n'ait pas tenté la plume d'un de nos confrères assez spirituel pour ne pas tomber dans la déclamation, assez philosophe pour apercevoir le côté sérieux de la question. Il y a là matière à une excellente dissertation dont les têtes de chapitre sont tout indiquées : costume, habitation, langage, mœurs, rapports sociaux, en un mot tout ce qui peut se comprendre et se traduire par cette expression : tenue ; ou par celle-ci : conduite.

Ce n'est pas qu'il n'ait été écrit beaucoup de choses et même de gros livres, que je ne veux pas désigner, sur ce sujet. Mais tout ce que j'ai lu m'a paru venir de médecins qui avaient ou trop d'esprit et pas assez de philosophie, ou trop de philosophie et pas assez d'esprit. De ces écrits, les uns sont trop futiles, les autres trop pesans ; ceux-ci amusent, mais n'instruisent pas ; les autres instruisent peu et n'amusent pas du tout.

Je fais une exception en faveur du charmant ouvrage de mon spirituel ami Munaret, du *Médecin des villes et du médecin des campagnes ;* et surtout en faveur de la partie qui concerne le médecin des campagnes. Là tout est vrai, profond, senti, expérimental, et l'on voit bien qu'au récit de toutes ces misères professionnelles, l'auteur a pu s'écrier : *Quorum pars magna fui*. La partie relative aux médecins des villes paraît avoir été écrite un peu par souvenir et par ouï-dire. Ici, les couleurs sont tantôt trop vives, tantôt trop faibles ; cela manque un peu d'observation pratique et de ce contact expérimental que rien ne remplace.

Rien n'est à dédaigner pour acquérir et pour conserver la clientèle. Un médecin que j'ai beaucoup connu, homme de sens, d'esprit, de grande expérience et de grand savoir, me disait un jour : Mes débuts ont été heureux ; j'ai eu pendant plusieurs années les meilleurs cliens de mon quartier ; peu à peu le vide s'est fait autour de moi ; mon confrère X... m'a succédé dans mes meilleures maisons ; ce n'est pas un mauvais confrère, il n'a employé pour cela aucun moyen déloyal ; cependant je ne peux lui reconnaître ni plus de science, ni plus de bonheur que je n'en ai ; je me creusais la tête pour chercher la cause de mon abandon et du succès de mon confrère, quand une de mes jeunes et jolies clientes me mit sur la voie : Que voulez-vous, me dit-elle, votre confrère met du linge blanc tous les jours, et il est si propret, qu'il semble sortir d'une boîte.

C'est bien à tort que quelques médecins négligent par trop ouvertement les soins de toilette. Le monde est plus exigeant sur ce point qu'on ne le croit communément. En outre, c'est très maladroit. Pour le vulgaire, c'est-à-dire pour les dix-neuf vingtièmes du public, l'habit fait le moine. Pour s'affubler sans variante d'un habit vert, d'un pantalon bleu et d'un gilet blanc, assemblage de couleurs qui choque le goût le moins exercé, il faut pouvoir s'appeler Dupuytren. Le chapeau à larges bords, l'habit bleu à larges basques, et les petites bottes à gland, ne peuvent être portés que lorsque l'on a nom Antoine Dubois. Il était permis au vieux Portal, qui n'avait jamais été jeune, de voir ses malades en costume d'un autre âge. Mais toutes ces excentricités coûteraient cher au commun des martyrs médecins.

A talent égal, et même inférieur, le médecin proprement et dignement vêtu, a de grands avantages sur le médecin malpropre ou négligé.

Évitez cependant la recherche et les modes outrées dans le costume. Pour ne pas être malséant, ne tombez pas dans le ridicule. Le dandysme, parmi nous, est un signe infaillible de sottise. Quelques jeunes confrères, et même quelques autres d'un âge mûr, se donnent ce travers. On peut se procurer ainsi une sorte de clientèle parmi les femmes de théâtre et les baronnes de la rue du Helder. Mais quelle triste quoique fort exigeante clientèle !

« Cher docteur, quand donc ferez-vous faire un habit neuf, disait la maréchalle de Luxembourg à Bouvard ? — Quand j'aurai rencontré un tailleur honnête homme, répondit-il brutalement. » Bouvard s'obstina dans son habit râpé ; mais il fut remplacé par Bordeu, dont les riches dentelles avaient déjà séduit plusieurs grandes dames de la cour.

Nous sommes dispensés aujourd'hui de dentelles, d'habits de velours, de larges perruques, de la fine batiste, du solitaire au doigt, des boucles en brillans et de la canne à pomme d'or, accessoires qui devaient être bien lourds au budget du médecin du dernier siècle. Il est si peu dispendieux de nos jours d'avoir constamment une mise décente et propre, qu'un médecin qui se néglige à cet endroit n'est vraiment pas excusable.

Un médecin très célèbre, et qui affiche une grande incorrection de toilette, crut faire un trait d'indépendance en allant dîner en paletot chez un ministre du dernier roi. Arrivé dans l'antichambre, l'huissier, au lieu de l'annoncer, se pose devant lui et attend. « Qu'attendez-vous donc ? lui dit cet illustre confrère. — Que Monsieur veuille bien ôter son paletot, répond l'huissier. — Vous voulez donc que j'entre en chemise ? Annoncez le paletot du docteur X..., membre de l'Institut. »

Cela me paraît plus cynique que plaisant.

L'afféterie, la coquetterie dans le costume, les pommades et les parfums, l'ostentation dans les bijoux, une chevelure qui trahit les soins du coiffeur, la cravate trop artistement nouée, sont des indices peu trompeurs d'une pauvre cervelle. Que j'en ai vu de ces paons de la médecine faire niaisement la roue dans des salons et des cercles, et se donner une peine incroyable pour se rendre parfaitement ridicules !

Avez-vous remarqué combien peu de médecins savent porter la cravate

Le soir, nous trouvons une amélioration sensible. — Potion calmante.

La malade a dormi un peu. Le pouls n'est plus qu'à 90; peau moins aride; langue meilleure; urines moins foncées; il y a un mieux marqué. Mais tout le côté droit de l'abdomen, situé au-dessous de l'ombilic, donne un son mat à la percussion, et est le siége d'une sensibilité assez grande. — Frictions mercurielles, cataplasmes laudanisés. Trois potages, un œuf.

Du 18 au 25, amélioration progressive.

26. Purgatif.

28. Vésicatoire sur la région de la fosse iliaque droite, où l'on perçoit encore de la matité.

6 juin. Un autre vésicatoire.

A partir du 10 juin, cette malade va de mieux en mieux; mange avec appétit; se lève dans la journée; mais la marche est encore difficile.

24. La malade a passé une mauvaise nuit; la veille, elle avait eu un peu de diarrhée; et dans la nuit, cette diarrhée a pris un caractère colliquatif, douze selles avec épreintes; ventre affaissé, douloureux; faiblesse extrême; facies grippé, yeux caves, cernés; respiration laborieuse; un peu d'obscurité dans le souffle respiratoire dans le côté droit de la poitrine; aucun râle; pouls fréquent, petit; peau chaude, sèche. Deux quarts de lavement amidon et laudanum de Rousseau. Tisane de riz avec sirop de coings. Potion calmante.

25. Amélioration. — Même traitement. Sirop de quinquina.

26. La malade va tout à fait bien. Elle est remise au régime habituel.

1er juillet. A la suite de cette diarrhée, il est resté un peu de douleur à la pression dans la région de l'ovaire droit. — On applique un nouveau vésicatoire, qu'on suppprime au bout de six jours.

21. Aujourd'hui D... sort parfaitement guérie.

A la percussion, l'abdomen rend un son normal dans toute son étendue. Aucune douleur à la pression. Le toucher permet de s'assurer que la déviation du col à gauche a disparu, et que l'utérus a repris sa direction première.

La station et la marche sont devenues faciles. Un certain embonpoint est même venu donner à cette femme les apparences d'une bonne santé.

Ce qui mérite d'être signalé dans cette observation:

C'est l'absence de tout accident grave, à la suite de l'opération, car nous n'avons eu à redouter que quelques signes de péritonite légère ou d'inflammation du kyste, qu'un traitement prompt et énergique a neutralisés.

C'est qu'une seule injection iodée a suffi pour déterminer l'inflammation de la paroi intérieure d'un kyste assez considérable, son oblitération complète et un retrait tel qu'à l'examen de l'abdomen (au moment où la malade est sortie), on ne pouvait en découvrir aucune trace par la palpation ni par la percussion. — Il est probable que le kyste n'avait contracté aucune adhérence avec les intestins, car on sent ces derniers mobiles sous les doigts, et leur déplacement ne détermine aucune douleur, ce qui aurait lieu si quelques brides, les reliant entr'eux, venaient à être tiraillées.

C'est l'emploi d'une injection iodée à parties égales sans danger aucun.

Notre intérêt a été vivement excité en voyant s'accomplir la guérison d'une maladie jusqu'à ce jour regardée comme incurable, les moyens proposés contre elle étant les uns insuffisans, les autres dangereux et plus ou moins prochainement mortels.

Un mot sur les procédés les plus usités, suffira pour nous permettre d'apprécier les avantages de l'injection iodée.

Dans le cas spécial qui nous occupe (c'est-à-dire kyste de l'ovaire rempli d'un liquide), ce qu'il faut obtenir, c'est l'oblitération d'un sac rempli d'un liquide. Or, par la *ponction* (avec ou sans sondes à demeure), l'on parvient seulement à vider le sac, et l'on n'agit point sur la membrane interne, qui, non modifiée, sécrète bientôt un liquide nouveau et le sac se remplit. De nouvelles ponctions deviennent nécessaires, qui, par leur répétition, entraînent une altération du liquide et les accidens les plus graves.

Les perfectionnemens apportés dans ce mode opératoire ont diminué quelque peu les accidens, mais ne sauraient parer à tous.

Enfin le but du chirurgien, c'est-à-dire la cure radicale, n'est jamais atteint.

Il serait trop long de répéter ici tous les reproches articulés contre les injections vineuses, les injections de gaz irritans, etc., etc. Car si les inflammations, souvent très intenses qu'elles engendrent, sont redoutables dans toutes les autres parties de l'économie, combien plus grands seront les dangers si elles enflamment à l'excès un kyste, qui a des rapports si intimes avec le péritoine: il suffit de poser cette proposition pour en calculer toutes les conséquences.

L'injection iodée ne fait naître qu'une inflammation modérée, suffisante dans le plus grand nombre des cas; du reste, l'obligation où l'on est quelquefois d'y recourir à deux ou trois reprises n'est qu'un bien faible désavantage si l'on songe à l'innocuité de l'infiltration, de la teinture d'iode étendue, dans le tissu cellulaire, voire même dans le péritoine, etc.

Il appartient aux hommes compétens de donner à ce point de la science tous les développemens qu'il comporte, et de prononcer sur une question si digne de fixer leur intérêt.

La guérison (de la femme qui fait le sujet de cette observation) est, nous le pensons, parfaitement assurée; du reste, cette malheureuse femme vient d'être transférée au dépôt de St-Denis, et nous aurons soin de ne la point perdre de vue, afin de confirmer par une observation plus prolongée les résultats d'une opération aussi hardie qu'heureuse.

Rossignol.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital des Enfans. — Clinique chirurgicale de M. Guersant.

DES CHUTES DU RECTUM ET DE LEUR TRAITEMENT CHEZ LES ENFANS.

Sous le nom de *chute du rectum*, on confond quelquefois encore deux états pathologiques de cet intestin qu'il importe de distinguer.

Dans le premier, il y a simplement chute, ou plutôt renversement de la muqueuse rectale; elle glisse sur le tissu cellulaire lâche qui l'environne, et se présente sous la forme d'un bourrelet plus ou moins gros, large et arrondi en bas, borné en haut par l'anus, et offrant à son extrémité libre une ouverture plissée par laquelle le doigt peut pénétrer, et d'où sortent les matières fécales; souvent la muqueuse, ainsi déplacée, s'épaissit et prend une teinte rouge ou violacée. C'est cette chute du rectum qu'on observe le plus ordinairement chez les enfans, et c'est elle que vous avez pu constater sur le petit malade couché au n° 12 de la salle St-Côme; vous avez pu remarquer aussi sur ce même enfant que la tumeur se développe lentement, et que les efforts du malade la développent plutôt en largeur qu'en longueur. Ce sont encore là des caractères propres à ce premier état pathologique.

Le second présente, sous la forme d'une tumeur cylindrique, mollasse, rouge, laissant parfois suinter des mucosités ou même du sang, et longue de 10, 20, 30 centimètres et même davantage; il est rare cependant que chez les enfans cette longueur dépasse 20 centimètres. Comme dans le cas précédent, l'extrémité inférieure présente une ouverture froncée, mais la supérieure n'est pas continue avec le cercle de l'anus, de sorte qu'on peut promener un stylet ou même le doigt entre la tumeur et le rectum. On a affaire alors à une véritable *invagination*, soit de la partie supérieure du rectum, soit du colon.

Ces déplacemens du rectum se voient le plus souvent chez des enfans d'une constitution débile, ou affaiblie par la maladie; aussi, le brillant état de santé de l'enfant qui fait le sujet de cette leçon, constitue une exception digne de remarque. Le nombre des causes déterminantes est beaucoup plus restreint chez les enfans que chez les adultes, et si nous ne considérons que celles qui agissent directement sur le rectum, sans qu'il existe d'ailleurs d'autre maladie de cet organe, nous pourrons les réduire à deux: la diarrhée et la constipation habituelles. Il peut nous paraître surprenant que ces deux états tout à fait opposés de l'intestin produisent un résultat identique, on le conçoit cependant, si l'on réfléchit que d'un côté, sous l'influence de selles très fréquentes et liquides, la muqueuse rectale et le sphincter se relâchent; et que d'autre part les efforts répétés et violens que nécessite la défécation chez les enfans constipés, finissent par chasser le rectum, en même temps et quelquefois plus tôt que les matières fécales.

En dehors de ces deux causes, plusieurs maladies fréquentes chez les enfans peuvent avoir pour symptôme la chute du rectum, tels sont les calculs de la vessie et les polypes du rectum, ces derniers jouent chez les enfans le rôle des hémorrhoïdes chez l'adulte, dans la production de la chute du rectum.

Voici comment se manifeste la maladie: après des efforts souvent multipliés, l'enfant évacue les matières fécales et l'on voit apparaître à l'anus un bourrelet rouge framboisé, parfois recouvert de mucosités; l'enfant éprouve des épreintes, pousse des cris et porte la main au fondement; quelques matières liquides continuent à couler par l'ouverture centrale, aidées par les efforts d'expulsion de l'enfant, qui continuent même après la défécation, et si la maladie est récente, et si la saillie de la muqueuse ne dépasse pas un ou deux centimètres, on voit la tumeur se froncer et rentrer graduellement. Si la longueur est plus considérable, elle ne peut rentrer qu'à l'aide d'une pression; dans les commencemens, la main de l'enfant suffit, mais bientôt il faut que les parens le secourent et réduisent l'intestin par le procédé vulgaire, qui consiste à refouler l'intestin emprisonné dans la paume de la main garnie d'un linge cératé. Dans quelques cas, leurs efforts sont inutiles et ils ont recours au chirurgien, qui réussit presque toujours en enfonçant le doigt indicateur et le linge dans l'ouverture intestinale, et pressant circulairement le bourrelet avec la main libre.

La négligence des parens peut laisser l'intestin au dehors pendant plusieurs heures, et même plusieurs jours; il peut devenir irréductible et se gangrener, et c'est ainsi qu'on a quelquefois vu la nature opérer spontanément la guérison de cette maladie. Lorsque ce manque de soins n'a pas pour résultat l'irréductibilité, il est bien rare que l'enfant ne soit pas pris de fièvre continue, avec de grands troubles des fonctions digestives, et parfois des hémorrhagies qui le réduisent au marasme et le font périr par épuisement.

Le diagnostic de la chute du rectum, chez l'enfant, est facile; il ne vous offre guère qu'une distinction à établir, et une erreur à éviter. Vous distinguerez la chute proprement dite de

---

blanche? Ne voyez-vous pas que ce sont ceux qui la portent le plus mal qui la portent sans cesse? Rappelez-vous qu'il faut une certaine distinction de figure et de tournure pour porter cravate blanche et habit noir. Ces conditions absentes, les moins disgraciés peuvent aspirer à la ressemblance avec un maître-d'hôtel de second ordre.

L'habitation demande une attention toute spéciale de la part du médecin dans les grandes villes. C'est ici qu'un peu de mise en scène est parfaitement légitime. On répète sans cesse que Paris offre cela de particulièrement agréable, qu'on peut y vivre comme on veut. Cela n'est vrai pour le médecin que du manger et du coucher, et encore même faut-il faire la part très large sur ce point aux bavardages de la domesticité, qui percent à jour la maison la mieux close.

Dans le quartier que vous voulez habiter, faites choix d'une maison de grande apparence, à porte cochère, autant que possible, dont la loge du concierge soit bien en évidence, dont l'escalier soit large, propre, facile et bien éclairé. Informez-vous du rang, de la position, de la fortune, du nombre des locataires. Informez-vous surtout si un autre confrère n'y est pas déjà installé. Tous ces détails ont leur valeur. Une grande et belle maison, bien habitée, n'est pas à l'abri des accidens; or, le chapitre des accidens joue un grand rôle dans l'histoire du médecin. Un de nos confrères les plus répandus a dû le commencement de sa fortune à une attaque d'apoplexie survenue chez un grand personnage qui habitait la même maison que lui.

La hauteur de l'étage est pour le public le thermomètre infaillible de la vogue et du talent du médecin. Le deuxième étage doit être le *nec plus ultrà* de l'ascension du médecin. Un troisième, sans entresol, est déjà bien audacieux. Au-dessus, c'est se vouer sans retour à la valetaille et aux portières du quartier.

Deux pièces dans l'appartement doivent surtout fixer l'attention du médecin; c'est à elles qu'il faut sacrifier toutes les autres, c'est à savoir le salon d'attente et le cabinet. Que le tout soit précédé d'une vaste antichambre, avec banquette de velours. Ne dédaignez pas la banquette, elle fait très bien.

Si votre meuble de salon n'est ni en soie, ni en velours, cachez-le par des housses; on croira que vous protégez ainsi des étoffes précieuses. Mais ne lésinez pas sur les rideaux; l'œil inquisiteur des femmes ne supporte pas la supercherie sur ce point. Quelques gravures de choix, deux ou trois toiles supportables, cacheront la nudité des murs. Mais n'imitez pas nos trop nombreux confrères, qui appendent inévitablement dans leur salon l'*Hippocrate refusant les présens d'Artaxercès.* Outre que le fait est apocryphe, il est d'un très mauvais exemple. Un homme de goût se reconnaît au modèle de sa pendule. Un médecin assez malheureux pour orner son chambranle d'un *Malek-Adel enlevant Mathilde*, est un praticien jugé. Eloignez le piano et les cahiers de musique du salon d'attente. Les gens que vous recevez ne viennent chez vous qu'inquiets pour eux et pour les leurs. Tout souvenir de plaisirs ou de fête les sensibilise et les blesse. En entrant chez vous, qu'ils ne soient impressionnés que par ces deux idées, pitié et secours.

Quelques médecins accordent tout le luxe dont ils sont susceptibles au salon d'attente, et négligent l'ornementation de leur cabinet. D'autres, au contraire, font tous les sacrifices en faveur de leur cabinet et soignent peu leur salon d'attente; c'est mal agir des deux côtés. Il faut qu'il règne une sorte d'harmonie et de logique entre ces deux pièces consacrées au public. Pas de trop heurté contraste entre le salon et le cabinet. Tâchez de ne montrer la corde que le moins possible. Si vous ne possédez pas une bibliothèque, faites au moins acquisition d'un meuble qui en simule une. Le rideau vert cachera le vide des auteurs absens. Autant que possible, faites que votre cabinet ait deux portes de sortie; cette condition favorise un petit et innocent manége qui n'est pas sans influence sur l'esprit du client.

Munissez-vous d'un bon domestique, mâle autant que possible, légèrement galonné, cela ne fait pas mal, et qui n'introduise pas le client tout droit dans votre cabinet, alors même que depuis plusieurs heures vous y seriez tout seul. Le client doit toujours attendre, parce que le médecin doit toujours être occupé. Quelques coups, discrètement frappés à la porte de votre cabinet par votre domestique, doivent vous avertir que quelqu'un attend. Laissez écouler quelques minutes, puis ouvrez et refermez les portes, ayant l'air de reconduire quelqu'un; faites sonner quelques écus, ce bruit argentin est souvent un avertissement salutaire; enfin, faites entrer.

Gardez-vous de recevoir vos cliens en robe de chambre et en pantoufles. Outre que c'est fort malséant, vous passez tout de suite pour un médecin peu occupé. Cela n'est ni poli ni politique. Enfin, le client est chez vous, il s'asseoit, il va parler; quelle conduite faut-il tenir?

(*La suite prochainement.*) Amédée Latour.

LONGÉVITÉ EN ANGLETERRE. — Comme exemple de la longévité à laquelle on peut parvenir en Angleterre, M. Webster mentionnait dernièrement le fait suivant: il y a quelques années, il donnait des soins à quatre malades dont les âges réunis formaient 365 ans; le plus jeune avait 87 ans, le plus âgé 96, et ce qui est plus curieux, sur ce nombre, il n'y avait qu'un seul homme.

NÉCROLOGIE. — M. Herbert Mayo, auteur et chirurgien anglais bien connu, est mort, il y a quelques jours, en Allemagne. M. Herbert Mayo, après avoir marqué sa place dans la science par des travaux remarquables sur l'anatomie et la physiologie, après avoir été chirurgien de l'hospice de Middleson et professeur de physiologie au king's Collége, avait abandonné, dans ces dernières années, la bonne voie pour se jeter dans l'hydropathie et le mesmérisme, au sujet desquels il a beaucoup écrit.

ÉPIDÉMIES. — Les dernières nouvelles de la Jamaïque annoncent que le choléra et la petite-vérole maligne faisaient les plus grands ravages dans cette colonie.

l'invagination, à l'aide des caractères qui ont servi à définir ces deux maladies, et en vous souvenant que si la tumeur a une longueur de plusieurs pouces et s'est formée brusquement, vous avez affaire à une invagination intestinale. Vous éviterez de prendre pour une chute du rectum un polype de cet organe, il nous arrive fréquemment de voir des parens qui nous prient d'opérer leurs enfans d'une chute du rectum, et de reconnaître un polype en introduisant le doigt dans l'anus; il ne faut donc pas s'en tenir au rapport des parens, mais tâcher d'être soi-même témoin de la sortie de l'intestin ou du polype, avant de rien entreprendre.

Le *traitement* comprend deux indications, réduire l'intestin si l'on est appelé pendant sa sortie; empêcher que l'accident ne se reproduise. On remplit la première à l'aide du procédé que nous avons déjà indiqué; quand l'enfant pousse des cris et que l'intestin résiste, on est obligé de lui faire subir des pressions douces et graduées, qui l'amincissent et favorisent ainsi sa rentrée.

Il peut arriver qu'après avoir été ainsi réduit, l'intestin ressort brusquement, même lorsque l'enfant ne fait pas d'efforts très violens pour le chasser; ceci tient à la *dilatation du sphincter*, dont le relâchement est parfois tel, qu'on peut introduire librement plusieurs doigts, ou même la main entière dans le rectum du petit malade. Il devient alors nécessaire de maintenir l'intestin réduit à l'aide de bandages; on en a inventé plusieurs dans ce but, l'un d'eux est même très compliqué; le plus simple consiste à placer sur l'anus un tampon de charpie épais et dur, recouvert d'une compresse et maintenue par un bandage en T.

La seconde indication exige que l'on recherche avec soin les causes de la chute du rectum chez le malade qui se présente; qu'un calcul de la vessie ou un polype du rectum soient reconnus, on traitera uniquement ces affections, dans la persuasion que leur guérison sera immédiatement suivie de celle de la chute. L'enfant a-t-il de la constipation, on cherche à la vaincre à l'aide de médicamens appropriés (1). A-t-il de la diarrhée, on a successivement recours au riz, à l'alun, au bismuth et aux astringens aidés du régime; on voit alors souvent l'enfant reprendre des forces, et le tissu cellulaire se resserrant, les chutes de l'intestin deviennent de plus en plus rares, et finissent par disparaître.

Mais dans beaucoup de cas, il faut l'avouer, cette médication échoue complètement, et l'on est obligé d'en venir à une action directe sur le point malade; deux sortes de moyens sont alors à la disposition du chirurgien : 1° les topiques portés sur le rectum; 2° les opérations. Parmi les premiers, il faut placer au premier rang les lotions et les lavemens avec la décoction d'écorce de chêne, qui produisent souvent de bons résultats; puis, viennent les solutions d'alun, les décoctions de ratanhia, de feuilles de noyer, employées aussi en lavemens et en lotions, l'eau froide dont on use de la même manière, et les suppositoires au beurre de cacao, ou couverts de poudres astringentes. A l'aide de ces moyens, on obtient des succès chez les enfans que les parens peuvent fortifier par un bon régime; mais à l'hôpital, on est beaucoup moins heureux.

Quant aux boules d'ivoire et aux ressorts d'acier, dont on a conseillé l'usage pour les adultes, dans des cas analogues, je passe sous silence, car vous comprenez qu'il est presque impossible d'en faire usage chez les jeunes enfans dont nous nous occupons.

Viennent maintenant, comme dernière ressource, les opérations que nous pouvons ranger sous trois chefs : l'*excision* et la *ligature* de la tumeur, procédés peu employés de nos jours, et qu'il me suffit de vous nommer; 2° l'*excision des plis de l'anus*; 3° la *cautérisation*.

C'est Dupuytren qui a mis en pratique la méthode de l'*excision rayonnée des plis de l'anus*; ce chirurgien saisissait, à l'aide d'une pince à mors aplatis, quelques-uns des plis que la peau forme autour de l'anus, les soulevait et les excisait à l'aide de ciseaux courbes sur le plat; cette perte de substance avait la forme d'un pépin de melon; et Dupuytren, qui la commençait à un pouce et demi de l'orifice anal, la faisait remonter le plus haut possible vers le rectum. La profondeur et le nombre de ces excisions variaient en raison directe du degré de relâchement de l'anus, et de la longueur du déplacement intestinal. Deux plaies suffisaient dans les cas légers; il allait au contraire jusqu'à cinq et six dans les cas les plus graves. En agissant ainsi, Dupuytren pensait que ces pertes de substances ovalaires faites de distance en distance, devaient avoir pour résultat inévitable de froncer l'orifice anal, d'en diminuer l'étendue et de s'opposer ainsi très efficacement à l'issue de l'intestin.

Eh bien! nous devons dire que si cette méthode du grand chirurgien nous a fait obtenir plusieurs succès, nous l'avons vue aussi suivie de résultats complètement négatifs dans un grand nombre de cas; c'est d'ailleurs une opération fort douloureuse, qui a été fréquemment sous nos yeux le point de départ d'érysipèles, et qui, plusieurs fois, au lieu d'une cicatrisation rapide et linéaire de chacune des pertes de substance, nous a donné une large ulcération circulaire environnant l'anus, et guérissant difficilement.

Nous l'avons donc abandonnée et lui préférons la cautérisation, mais ici nous établirons une distinction entre le procédé que l'on emploie le plus ordinairement et celui qui nous est propre. La plupart des praticiens tracent, à l'aide du cautère cultellaire, des raies de feu dans la direction de l'intestin, d'autres suivent le procédé de Marc-Aurèle Severini, et promènent le fer rouge sur toute la surface de la muqueuse; ils répètent cette opération à des intervalles plus ou moins éloignés, jusqu'à la destruction totale de la tumeur. Enfin, on sait que M. Kluyskens a plongé le cautère olivaire dans l'ouverture même de la tumeur dont il avait déjà brûlé la périphérie, voulant ainsi, suivant sa propre expression, « atteindre toutes les parties procidentes et les réduire en escharres. »

(1) Les bains, le lait, le petit-lait, les lavemens, le calomel, l'huile de ricins.

Pour nous, nous ne croyons pas nécessaire de détruire ainsi l'intestin malade, et nous nous bornons à appliquer en croix quatre boutons de feu sur l'anus, *au point où la muqueuse et la peau viennent se confondre*; souvent même notre cautérisation est très peu profonde, et nous ne l'étendons à la muqueuse herniée que dans les cas où elle nous paraît profondément altérée dans sa texture, ce que nous observons rarement dans cet hôpital.

Il faut être prévenu que fréquemment, après la première application du feu, l'intestin s'échappe, mais cet accident ne nous empêche pas de continuer l'opération, il nous suffit de faire écarter fortement les cuisses, et de déprimer la muqueuse du côté opposé à celui où nous voulons de nouveau porter le feu. Les enfans, que nous anesthésions toujours à l'aide du chloroforme, avant de leur pratiquer cette opération, se réveillent quand elle est terminée, et nous les faisons reporter dans la salle après avoir recommandé l'application sur le périnée de compresses imbibées d'eau froide.

En agissant ainsi, nous provoquons une légère inflammation qui modifie le tissu cellulaire sous-muqueux et fait cesser son relâchement. L'intestin sort encore quelquefois dans les jours suivans, puis il résiste aux efforts de la défécation, et ordinairement, au bout de huit jours, la muqueuse ne reparaît plus; la cicatrisation des brûlures demande environ quinze jours; quand elles prennent un mauvais aspect, nous les faisons lotionner avec de l'eau chlorurée, et ce pansement nous réussit bien. Nous ajouterons, pour terminer, que ce traitement, employé par nous dans cet hôpital depuis un grand nombre d'années, n'a jamais occasionné d'accidens notables, et que dans tous les cas où nous avons eu affaire au simple renversement de la muqueuse, la guérison a été radicale. Dans les cas d'invagination, nous avons eu très souvent aussi l'occasion de nous en louer, bien que le succès soit ici moins constant que dans la chute proprement dite.

Un des derniers malades, traités sous vos yeux par la cautérisation, peut être pris pour type de la marche habituelle de la maladie après cette opération, et son observation, rapportée en peu de mots, confirmera ce que je viens de vous dire sur l'innocuité et la prompte efficacité de ce traitement.

Gros Lambert, de 3 ans et 2 mois, demeurant rue de l'Araignée, 5, est amené par sa mère à l'hôpital le 8 avril; elle nous apprend que son enfant jouit habituellement d'une brillante santé, mais que depuis sept mois, à la suite d'une diarrhée que l'on a eu de la peine à arrêter, son fondement sort, bien qu'elle ait cherché à s'y opposer en le soutenant avec les doigts toutes les fois que l'enfant allait à la garderobe. Au début, la chute du rectum n'avait lieu que dans les efforts de la défécation; plus tard, elle devint habituelle, même dans l'intervalle des selles.

Le jour même où l'enfant nous fut présenté, nous fûmes témoin de l'issue de son rectum, l'intestin sortit de 5 centimètres; la muqueuse paraissait mollasse, boursoufflée, violacée. Trois doigts pénétrèrent sans difficulté dans l'anus; l'enfant ne fit même entendre aucune plainte.

Nous appliquâmes aussitôt quatre boutons de feu à l'union de la peau de la muqueuse rectale, des compresses imbibées d'eau froide furent placées sur le périnée, et la mère reconduisit son enfant chez elle. Quatre jours après, elle revint, l'enfant toussait, avait perdu l'appétit, ses brûlures étaient douloureuses et grises; nous le gardâmes à la salle Saint-Côme, n° 15. Une potion vomitive, des loochs et de la tisane de gomme, firent disparaître la toux. Les plaies furent pansées avec de la charpie imbibée d'eau chlorurée, qui leur rendit en peu de jours un très bon aspect. Le 20 avril, il ne restait plus qu'une plaie longitudinale superficielle ressemblant à une fissure, et située à la partie antérieure de l'anus; on la cautérisa avec le nitrate d'argent.

Depuis le jour de l'opération, la chute du rectum ne s'est pas reproduite une seule fois. Le 25, la cicatrisation était complète, et le 26, l'enfant sortait.

Nous pourrions faire suivre cette observation de plusieurs autres, dans lesquelles l'efficacité du cautère est aussi évidente; qu'il nous suffise de dire que l'une d'elles est l'histoire d'une véritable invagination, pour laquelle il a suffi d'une seule cautérisation.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ PRATIQUE ET RAISONNÉ D'HYDROTHÉRAPIE;

Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, etc., etc.; par M. L. Fleury.— Un vol. in-8° de 560 pages et planches. Paris, 1852; chez Labé.

On n'a pas oublié l'étonnement que produisit, en France, l'annonce de la méthode hydrothérapique imaginée par Priessnitz. Ce n'est pas l'emploi de l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur qui cause la surprise, c'est la multiplicité des pratiques mises journellement en usage, l'union de la sudation forcée à l'application extérieure de l'eau froide, le régime presque invariable prescrit aux malades, en un mot cet ensemble de moyens qui commencent avec la journée, ne finissent qu'avec elle et ne laissent à celui qui s'y soumet que quelques heures de repos. Mais ce qui surprit davantage encore, et excita, à juste titre, la défiance du médecin, c'est l'application de cette méthode à tous les cas sans distinction.

M. Fleury fut un des premiers qui nous firent connaître (1837) cette médication dont plusieurs succès incontestables lui avaient fait comprendre l'importance. Après lui, plusieurs autres médecins, parmi lesquels nous citerons MM. R. Latour, Scoutetten, Schedel, nous firent part des impressions qu'ils avaient reçues dans leur visite aux établissemens hydrothérapiques, et les deux derniers publièrent des observations importantes qui firent une grande impression.

Ces publications, et quelques autres, faites par des hommes sérieux dont plusieurs avaient pu recueillir des observations sur des malades dont ils dirigeaient le traitement, ont nécessairement fixé, d'une manière particulière, l'attention des médecins sur une médication qui s'est montrée si utile dans un si grand nombre de cas graves et rebelles. Aussi, était-ce un vœu général que de voir enfin un médecin pourvu de toutes les connaissances nécessaires, aborder cette partie de la thérapeutique, soumettre, dans des cas bien déterminés, les malades à un traitement bien institué, et rendre compte avec précision des résultats obtenus. C'est la tâche que s'est imposée M. Fleury; nous allons nous efforcer de faire connaître au lecteur la manière dont il l'a remplie.

L'ouvrage est divisé en deux parties, la première historique et critique, la seconde pratique et dogmatique.

Dans la *première partie*, M. Fleury examine d'abord, au point de vue historique et critique, les diverses applications thérapeutiques de l'eau froide et du calorique, faites en dehors du système de Priessnitz, soit avant, soit après lui; puis il décrit le système de Priessnitz, ou hydrothérapie empirique, et il apprécie, en étudiant les divers auteurs qui l'ont mis en usage, la valeur de ce système.

Nous ne nous étendrons pas sur cette première partie qui présente, sans doute, des considérations très intéressantes, mais qui est bien loin d'être aussi nouvelle que la seconde, où nous allons trouver le résultat des recherches de M. Fleury. Disons seulement qu'il n'a négligé aucune source importante où il pouvait trouver quelque indication d'un certain intérêt sur l'emploi de l'eau dans la pratique médicale et chirurgicale, et qu'il expose le système de Priessnitz dans son ensemble et dans tous ses détails, avec la plus scrupuleuse exactitude.

La *seconde partie* présente une division particulière qu'il importe de faire connaître; M. Fleury y traite de l'hydrothérapie rationnelle et scientifique. Il commence par des considérations et par des observations sur le régime, sur l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, sur la sudation; puis, passant tour à tour en revue les *médications antiphlogistique, hémostatique, sédative et hyposthénisante, reconstitutive et tonique, excitatrice, révulsive, résolutive, sudorifique, altérante, dépurative, antipériodique, prophylactique ou hygiénique*, il saisit toutes les occasions d'indiquer les effets de l'hydrothérapie considérée sous ces divers points de vue, et là viennent se grouper les faits qu'il a observés et recueillis.

Parmi les expériences et les observations faites par M. Fleury sur les effets de l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, sur la durée qu'il convient de donner aux douches, etc., il en est beaucoup que nous voudrions pouvoir citer, mais que nous sommes obligé de passer sous silence, faute d'espace. Ce n'est pas, toutefois, sans en recommander la lecture, car rien n'est plus important, quand on veut mettre en usage une médication, que de bien connaître tous les détails de son application, et il en est, ceux qui ont rapport à l'administration de la douche, par exemple, qui sont du plus grand intérêt; car les effets de la douche sont tout différens, suivant qu'on l'applique de telle ou telle manière. Mais il est des expériences faites par M. Fleury que nous devons nécessairement mentionner d'une manière plus particulière parce que, si on ne les connaissait pas, on pourrait exposer les malades à de véritables dangers. Il s'agit de l'action de l'eau froide à l'extérieur et du temps très différent que la réaction met à s'établir, suivant que l'on garde le repos absolu ou que l'on se livre à un exercice plus ou moins actif. Nous ne pouvons mieux faire, à ce sujet, que de citer les conclusions de M. Fleury. Quelque longue que puisse paraître cette citation, nous ne saurions rien en retrancher, car on verra que chacune des propositions qu'elle renferme a un intérêt réel.

« 1° Dit M. Fleury, une immersion partielle, suffisamment prolongée (une demi-heure) dans de l'eau modérément froide (15 à 19°), peut abaisser la température de la partie immergée, de la main, par exemple, de 19 et même de 23°; de telle façon qu'il n'existe plus entre la température de la partie vivante et celle du milieu réfrigérant, qu'une différence de 1°,5, au profit de la première.

» 2° Cet énorme abaissement de la température partielle n'exerce aucune influence appréciable sur la température générale du corps, prise sous la langue.

» 3° Une immersion ou une douche générales, suffisamment prolongées (de 25 minutes à 1 heure) dans de l'eau modérément froide (14 à 10°), peuvent abaisser la température animale, prise sous la langue, de 4 degrés. Ce résultat est accompagné d'une sensation si pénible pour le sujet de l'expérience, qu'il ne m'a pas été possible de pousser celle-ci plus loin.

» 4° L'abaissement de la température générale est accompagné d'une diminution dans la fréquence du pouls (6 à 9 pulsations par minute), sans modification appréciable de la respiration.

» 5° Pendant les quelques minutes (10 à 15) qui suivent l'immersion générale, la température du corps, quelle que soit celle de l'atmosphère ambiante, baisse encore de quelques dixièmes de degré (4 à 9 dixièmes), et ce nouvel abaissement est également accompagné d'une nouvelle diminution dans la fréquence du pouls (1 à 2 pulsations).

» 6° Lorsque la température animale a été préalablement élevée de 3 à 4 degrés par le séjour dans une étuve sèche, les applications extérieures d'eau froide, sous forme de douche ou d'immersion, ramènent d'abord rapidement la température et le pouls à leurs chiffres primitifs et physiologiques, et produisent ensuite des effets analogues à ceux que nous venons d'indiquer.

» 7° Ces phénomènes sont suivis d'un mouvement vital, d'une *réac-*

tion qui ramène plus ou moins rapidement la température animale et le pouls à leur chiffre primitif et physiologique.

» 8° Toutes choses égales d'ailleurs, la *réaction* est d'autant plus prompte et plus énergique, que l'atmosphère est plus chaude, que le sujet se livre à un exercice musculaire plus violent, et que l'eau frappe les tissus avec plus de force. Une douche est suivie d'une réaction plus prompte qu'une immersion.

» 9° Toutes choses égales d'ailleurs, la réaction est plus prompte, après une application relativement courte, avec de l'eau plus froide, qu'après une application relativement longue avec de l'eau moins froide.

» 10° La *puissance de réaction* varie d'individu à individu, suivant un grand nombre de circonstances physiologiques et pathologiques qui se rattachent principalement à l'état de la circulation et de l'innervation générales. »

Des expériences intéressantes qui lui ont fourni ces conclusions, M. Fleury n'a pas eu de peine à tirer des conséquences très utiles pour la pratique; et le lecteur comprendra trop facilement quelles sont ces conséquences pour qu'il soit nécessaire de les lui indiquer. Passons donc immédiatement à l'application des moyens dont dispose l'hydrothérapie aux diverses affections sur lesquelles M. Fleury a expérimenté.

Nous n'insisterons pas sur l'article consacré à la *médication antiphlogistique* et dans laquelle il est question du rhumatisme articulaire aigu, de la pneumonie, de l'érysipèle, etc., parce que l'auteur n'a pas eu occasion d'employer l'hydrothérapie contre de semblables maladies, et qu'il se borne à rapporter et à apprécier ce que d'autres auteurs ont dit à ce sujet; quant à la *médication hémostatique*, il n'a rien à ajouter aux notions qui, depuis longtemps, ont cours dans la science.

Il n'en est pas de même de l'article suivant intitulé : *De la médication sédative et hyposthénisante*. Sous ce titre, M. Fleury rapporte une observation très intéressante de guérison de douleurs très anciennes et intolérables du bassin et de l'abdomen, coïncidant avec un engorgement de l'utérus et des troubles fonctionnels qui avaient pu faire croire à une lésion organique de l'utérus. Ce fait prouve la puissance de l'hydrothérapie dans ces maladies singulières et rebelles qui résistent si obstinément aux moyens ordinaires.

Dans l'article consacré à la *médication reconstitutive et tonique*, l'auteur cite des cas très intéressans de modification heureuse du tempérament lymphatique, de guérisons d'anémie soit simple, soit symptomatique d'affections profondes, de chloroses anciennes et graves, et enfin de déplacemens utérins qui donnaient lieu à des symptômes très variés et très pénibles, comme c'est l'ordinaire dans ces maladies.

Nous ne pensons pas qu'il soit opportun de discuter ici cette question des déviations utérines, qui occupe en ce moment le public médical. On peut dire que ce sujet est encore à l'étude et qu'il ne serait pas sage de vouloir, d'après quelques faits, se prononcer définitivement et sur les diverses circonstances de la maladie, et sur la valeur du traitement employé. On peut dire aujourd'hui que les cas de déviations utérines présentent des variétés très importantes. Or, il est probable que les traitemens employés contre elles peuvent avoir tous leur application dans des cas donnés. Il faut attendre que chacun ait fait connaître d'une manière exacte les résultats de son expérience, pour comparer ensuite, pour voir dans quels cas tel ou tel traitement a le mieux réussi, et, dans ce moment, cette comparaison n'est pas possible, les élémens du problème n'étant pas encore suffisans. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans le petit nombre de faits (6) rapportés par M. Fleury, le traitement hydrothérapique consistant principalement en douches ascendantes rectales et vaginales, en bains de siége froids à l'eau courante, en bains d'ondée, a produit les plus heureux effets et a rendu les malades à la santé. C'est donc un traitement dont il faut tenir grand compte, et qu'on devra plus tard comparer avec d'autres médications qui ont procuré des guérisons tout aussi remarquables.

Comme exemple de *médication hydrothérapique révulsive*, M. Fleury commence par citer une observation de ménorrhagie très fatigante, ayant amené une grande débilitation, et rebelle à un grand nombre de moyens thérapeutiques; la guérison a été assez rapidement obtenue. Puis il passe aux névralgies, qu'il a traitées par la sudation suivie de l'application de l'eau froide à l'extérieur, et rapporte un petit nombre d'observations de guérison. Sur ce point, les recherches doivent être continuées, car, d'une part, les névralgies traitées ne dataient que de 4 à 15 jours, et de l'autre, quand il s'agit de névralgie, il faut démontrer non pas que le moyen employé a procuré des guérisons, mais que dans des cas donnés, il en a procuré de plus promptes et de plus nombreuses que les autres agens thérapeutiques usités en pareil cas. Quant à cet état nerveux, qui n'a rien de bien caractérisé et qui est, au contraire, remarquable par la variété des souffrances, ainsi que par les atteintes portées à l'organisme en général, les faits observés dans d'autres établissemens hydrothérapiques avaient prouvé que ce mode de traitement a sur eux la plus heureuse influence, et les observations très remarquables de M. Fleury sont venues confirmer les résultats déjà obtenus. La même remarque s'applique au traitement hydrothérapique du rhumatisme musculaire aigu ou chronique, et de quelques affections chroniques du tube digestif, qui sont généralement des gastralgies ou des gastro-entéralgies.

Nous avons voulu suivre l'auteur dans une assez grande partie de son ouvrage, pour donner au lecteur une idée de la manière dont il a envisagé l'emploi de l'hydrothérapie, et pour lui faire connaître un certain nombre des résultats obtenus par ce traitement dans des maladies très diverses. Si nous voulions être complets, il nous resterait à parler de la syphilis, des dermatoses, des scrofules, de la goutte, de la fièvre intermittente, des ankyloses, etc.; mais parmi les sujets que nous venons d'énumérer, il en est quelques-uns qui ont déjà été l'objet de publications de la part de M. Fleury, et l'examen des autres nous entraînerait trop loin. Ce que nous avons voulu dans cet article, c'est signaler l'esprit qui a dirigé M. Fleury dans l'exécution de son ouvrage, et montrer combien les faits intéressans y abondent. Tous les praticiens qui savent combien de cas rebelles se présentent journellement à eux, accueillent avec intérêt tout ce qui se rapporte à la thérapeutique. L'hydrothérapie, en particulier, est bien faite pour appeler leur attention, et par la puissance de son action, et par le grand nombre des cas auxquels elle est applicable. L'ouvrage de M. Fleury sera une bonne fortune pour eux, car ils y trouveront de nouvelles ressources pour des cas qui les ont bien souvent embarrassés.

Telle est, quant à nous, l'impression que nous a faite la lecture de cet ouvrage, et nous pensons qu'elle ne sera pas différente pour celui qui recourra au livre lui-même, car, en pareille matière, on ne saurait se contenter d'une simple analyse. Cependant, après cette déclaration bien nette de notre opinion, et après notre appréciation sur ce qu'il a fait, que M. Fleury nous permette de lui dire ce que, selon nous, il a encore à faire. Nous concevons que, dans une première publication, il ait dû se préoccuper de la manière d'agir des moyens qu'il a employés, et que les faits aient été cités comme des exemples de leurs divers modes d'action; mais à présent, la partie dogmatique doit faire place à la partie purement clinique, et voici, à notre avis, ce qui serait le plus instructif pour les médecins. Il faudrait recueillir, sans aucune distinction, toutes les observations des malades traités dans l'établissement, puis nous dire quels sont, dans chaque maladie, les résultats obtenus; nous faire connaître les guéris, les améliorés, ceux qui n'ont éprouvé aucun bon effet du traitement, en un mot, nous mettre à même de comparer, sous tous les rapports, l'hydrothérapie avec les autres médications usitées. M. Fleury, nous le savons, n'est pas de ceux qui, adoptant un traitement, veulent l'appliquer à tout et l'annoncent comme infaillible; il comprendra donc facilement tout l'intérêt qu'aurait pour nous un travail entrepris dans cet esprit, et personne n'est plus capable que lui de le mener à bonne fin.

VALLEIX.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. CAFFE.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.

Du bec-de-lièvre.

M. BONNAFONT présente l'observation d'un enfant nouveau-né, atteint d'un bec-de-lièvre double très compliqué, qu'il doit opérer, et entretient la Société d'un nouveau procédé opératoire qu'il se propose de mettre en usage.

Voici comment M. Bonnafont rend compte de ce fait. Le bec-de-lièvre est double, les deux fentes latérales se confondent en arrière avec une autre fente bien plus large qui sépare en deux toute la voûte palatine, ainsi que le voile du palais et la luette. Le tubercule médian qui les sépare antérieurement est de forme triangulaire, dont la base projetée en avant et en haut a 15 millimètres de largeur, tandis que le sommet, situé en arrière, adhère presque à l'extrémité du nez. La disposition des alvéoles des quatre incisives est telle, que si les dents ne sortaient dans cette condition, elles affecteraient une direction en avant et un peu en haut. La fente qui sépare les deux maxillaires supérieurs est de 12 millimètres, et la distance du bord alvéolaire du tubercule aux mêmes points du maxillaire supérieur, de 10 millimètres. On voit, par cette description succincte, que ce bec-de-lièvre présente les complications les plus graves qui puissent se rencontrer dans une difformité de ce genre.

M. Bonnafont, à l'exemple des chirurgiens modernes, est d'avis d'opérer cet enfant le plus tôt possible; mais peu satisfait des résultats presque toujours négatifs obtenus par les procédés généralement employés, il se propose d'opérer de la manière suivante, et à cet effet il demande l'avis de la Société.

Notre confrère ne voudrait pas, à l'exemple de Dupuytren et des autres chirurgiens, pratiquer l'excision du tubercule osseux. Il pense que cette ablation, outre la difformité ultérieure qu'elle occasionne à la mâchoire supérieure, devient la cause de tous les insuccès de l'opération, en privant la lèvre supérieure de tout soutien; l'effort le plus simple suffit alors pour déchirer les bords de la plaie fraîchement réunis.

M. Bonnafont a essayé la compression pour faire rentrer le tubercule; mais ce moyen devait demeurer impuissant à cause de l'obstacle formé par le bord inférieur de la cloison nasale, dont l'épaisseur lui donne une force de résistance qu'il serait impossible de vaincre par tout appareil compressif. En présence de cette difficulté, M. Bonnafont se propose d'exciser une partie du vomer au moyen de deux sections, dont l'une oblique de bas en haut et d'arrière en avant, et l'autre verticale, pratiquée immédiatement derrière le tubercule et rencontrant la première à la hauteur de 6 à 7 millimètres; le fragment osseux compris entre ces deux sections étant enlevé, le tubercule osseux serait repoussé en arrière dans la bouche, jusqu'à la rencontre des deux sections, et maintenu en place au moyen d'un appareil compresseur que M. Bonnafont a fait faire exprès. Une fois la réduction du tubercule obtenue, on procéderait, au bout de dix ou quinze jours, à l'opération définitive pour la réunion des lèvres.

Que ce tubercule, une fois réuni, contracte ou non des adhérences avec la cloison, M. Bonnafont pense que sa position entre les deux maxillaires devra favoriser la réunion des lèvres pendant que le lambeau charnu qui la recouvre, au lieu d'être exclusivement employé, comme dans le procédé de Dupuytren, à former la sous-cloison nasale, pourra, au moyen d'une petite incision pratiquée à sa base, être placée en grande partie entre les deux lambeaux de la lèvre et faciliter ainsi leur réunion.

M. Bonnafont promet à la Société de rendre compte de ce fait intéressant et des résultats qu'il espère obtenir de ce nouveau mode opératoire.

M. FORGET dit que, pour apprécier la question d'opportunité que soulève l'opération projetée par M. Bonnafont, il serait indispensable qu'il donnât une description plus détaillée du bec-de-lièvre dont son petit malade est atteint.

Sans doute, on semble aujourd'hui pencher vers le parti d'opérer le bec-de-lièvre chez les enfans, aussitôt après la naissance. Mais ce parti est subordonné à la nature et aux complications de la difformité. En opérant, que veut-on surtout? Rendre l'allaitement possible et assurer la nutrition. En présence de ce but capital, on doit passer sans doute sur bien des dangers auxquels l'opération peut exposer l'être débile qui en est l'objet. Mais si, après l'opération, l'allaitement n'est pas plus facile, mieux assuré, et cela à cause des complications graves et multipliées auxquelles on n'a pas pu remédier, à quoi, dans ce cas, aura servi l'opération? et n'eût-il pas mieux valu la différer jusqu'à ce que le petit être, voué fatalement à une alimentation par des procédés artificiels, ait pris des forces et acquis un certain développement? De plus, on ne sait pas, dans le cas de M. Bonnafont, comment se comportent la lèvre et la joue par rapport aux os maxillaires. Existe-t-il, entre elle et ceux-ci, des adhérences qui exigeront une dissection prolongée, et conséquemment une perte de sang considérable et susceptible de devenir très préjudiciable à la vie même de l'enfant.

M. Forget fait ensuite remarquer que la coupe triangulaire du vomer, ayant pour but de permettre au chirurgien de reporter l'os incisif, n'est pas une conception nouvelle. Blandin l'a pratiquée avec succès dans un cas dont la relation se trouve consignée dans la *Gazette des hôpitaux*.

M. DEPAUL dit avoir fait une opération dans des conditions semblables. Il y avait une perte de substance énorme, et la guérison a été complète. Il entre dans quelques détails sur l'opération faite avec succès par Blandin. Il conclut que M. Bonnafont ne doit recourir au bandage que comme à un moyen accessoire.

M. FOURNET fait une lecture sous ce titre : *Les maladies organiques, comme le mal moral, sont les conséquences des fautes de l'homme et de sa race.*

La Société, après avoir entendu les développemens donnés à cette thèse, trouve qu'elle s'éloigne trop de l'ordre habituel de ses travaux pour qu'il y ait lieu de la discuter. Elle passe en conséquence à l'ordre du jour.

Le secrétaire général, J. CHEREST.

VARIÉTÉS.

SERVICE MÉDICAL CIVIL EN ALGÉRIE.

Le *Moniteur* publie l'extrait suivant du *Tableau de la situation des établissemens français en Algérie* de 1846 à 1849, publié par le ministère de la guerre.

L'organisation du service médical a reçu, depuis 1845, tous les développemens que les ressources restreintes du budget local et municipal ont permis de lui donner.

En ce qui touche le service sédentaire des villes, la succursale de l'hôpital d'Alger, qui avait été établie à Dely-Ibrahim, a été transportée, le 1er mai 1849, à Douera, où le service a pu recevoir une installation meilleure et plus large.

Oran, qui ne possédait qu'un hospice pour les femmes, possède maintenant, depuis 1848, un hôpital civil comme Alger. L'hôpital militaire s'étant trouvé insuffisant lors de l'invasion du choléra, le caravansérail a été converti en hôpital pour la population civile, en attendant la construction d'un bâtiment spécial et définitif.

Constantine a été dotée également, en 1848, d'un service médical civil; l'hôpital civil contient 52 lits.

En même temps, le service actif pour les communes rurales a reçu, dans les trois provinces, des complémens nécessaires.

Dans la province d'Alger, il a été créé une circonscription nouvelle pour l'Arba et une autre pour Tenès; dans celle d'Oran, il a été établi une circonscription à Misserghin, et une autre à Mostaganem et à Mazagran. Dans celle de Constantine, un poste médical a été créé, dès 1836, pour la banlieue de Philippeville, et le médecin, qui a été chargé du service des établissemens civils du chef-lieu, dessert aussi la banlieue. Une circonscription rurale avait été également établie à Calle; mais elle a été supprimée avec celle de Bone, lors de la création du poste plus important de Constantine.

Des dispensaires sont organisés dans les sept villes les plus peuplées.

Enfin, par arrêté du gouverneur-général, du 20 juin 1848, il a été institué une direction vaccinale pour la propagation de la vaccine dans la population européenne et indigène. A cet effet, l'Algérie a été divisée en conservations et en circonscriptions vaccinales.

En résumé, le département d'Alger compte 2 hôpitaux civils, 2 dispensaires et 11 circonscriptions médicales rurales.

Le département d'Oran, 1 hôpital civil, 1 hospice pour femmes, 2 dispensaires et 3 circonscriptions rurales;

Le département de Constantine, 1 hôpital civil, 2 hospices pour femmes, 2 dispensaires et 3 circonscriptions rurales.

Les malades civils qui ne peuvent pas être traités dans les établissemens civils, à cause de leur insuffisance ou de leur éloignement, ou qui habitent en dehors du ressort des circonscriptions rurales, sont reçus dans 47 hôpitaux ou ambulances militaires, ainsi distribués par provinces : Alger, 17; Oran, 19; Constantine, 11.

Le nombre total des malades traités dans les hôpitaux civils, qui avait été, en 1845, de 6,746, a été :

En 1846, de.	8,536
En 1847, de.	9,223
En 1848, de.	8,987
En 1849, de.	10,046 (année du choléra).

Le chiffre des décès, qui avait été, en 1845, de 676, ou 10 p. 100, a été :

En 1846, de. . .	969	ou 11 p. 100.
En 1847, de. . .	736	ou 7 p. 100.
En 1848, de. . .	597	ou 6 p. 100.
En 1849, de. . .	1,038	ou 10 p. 100.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie chirurgicale, ou de l'anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine opératoire; par J.-F. JARJAVAY, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, etc.

Deux volumes in-8°. — Le tome Ier est en vente. Prix · 7 fr. 50 c.

Le tome II paraîtra en décembre prochain.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris, par M. Louis FLEURY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société anatomique de Paris, membre correspondant de la Société de médecine de Marseille, de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de la Légion-d'Honneur, et de l'ordre de Léopold de Belgique, etc.

MODE DE PUBLICATION : Le *Cours d'hygiène* sera publié en six livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'un fort demi-volume in-8, en caractères ordinaires, est fixé à 2 fr.

La *troisième livraison* vient de paraître. Elle renferme : la fin de la leçon sur les rizières, les roussoirs et les féculeries; l'étude des viciations de l'atmosphère par le plomb, le zinc, le cuivre, l'arsenic, le mercure, l'acide, le brôme, le chlore, le soufre, le phosphore, le tabac, les poussières inertes, etc.; l'étude de la terre, des eaux, et des influences géologiques; des climats, et de l'acclimatement, des saisons, des localités, des villes, et de l'hygiène municipale.

Ces deux publications se trouvent chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 110. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 14 Septembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.................. 32 Fr. :
6 Mois.................. 17
3 Mois.................. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 SEPTEMBRE 1852.

DE LA CONTAGION DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

LE DISCOURS DE M. VELPEAU.

Rien ne pouvait nous être plus désobligeant et plus pénible que d'avoir à combattre les opinions de M. Velpeau. Il nous en coûterait peu de dire ici les graves motifs personnels qui nous feraient ardemment désirer qu'un tout autre rôle nous fût échu, et peut-être M. Velpeau n'a-t-il pas perdu le souvenir de toutes les occasions où, spontanément et sans incitation aucune, nous avons été assez heureux pour pouvoir le défendre avec justice et vérité, contre d'indignes attaques. Que M. Velpeau, que nos lecteurs le croient bien, il ne s'agit aussi pour nous, dans ce moment, que d'une autre question de justice et de vérité. Et même, nous pouvons le dire hardiment, ce n'est pas un homme que nous défendons, c'est un principe; ce n'est pas une affection qui nous guide, c'est la science, dont on nous semble méconnaître les droits, les devoirs et les plus précieux intérêts.

La France, par un bonheur des plus rares dans les sciences médicales, est en possession d'une doctrine pathologique que vingt ans d'études, de recherches, d'observation et d'expérimentation ont solidement édifiée, qui a été généralement acceptée, après contrôle et examen, par toutes les autres nations, et par le plus grand nombre des médecins qui se vouent spécialement à cette partie de la science. Dès l'apparition de cette doctrine, l'opposition et les objections ne lui ont pas manqué, soit en France, soit à l'étranger. Mais devant le nombre et la valeur des preuves qu'elle opposait à ses adversaires, cette doctrine est constamment sortie avec éclat de toutes les luttes où on l'avait imprudemment appelée. Aujourd'hui, et dans ce moment même, on observe une sorte de recrudescence dans l'opposition; le besoin paraît se faire plus vivement sentir de reprendre des objections cent fois réfutées et d'exhumer des faits qu'une critique savante avait profondément enterrés.

Ne recherchons pas les causes et les motifs de la surexcitation que nous voyons régner en certains lieux. Restons dans les régions calmes et dignes de la science. C'est dans cette dernière atmosphère que se plaît à vivre assurément M. Velpeau; il l'a bien prouvé par la modération et la parfaite convenance de son discours, qui n'a dû étonner que ceux qui comptaient à tort sur plus de vivacité dans son langage.

Une première circonstance nous frappe dans le discours de M. Velpeau, c'est la rareté, nous pourrions dire l'absence de faits nouveaux invoqués contre la doctrine de la non-contagion des accidens secondaires. Le plus grand nombre de ceux qu'a cités M. Velpeau, ont été déjà, de la part de M. Ricord, l'objet d'une analyse critique très complète. Comment se fait-il que M. Velpeau ait tenu si peu compte de cette critique? Se borner à dire : je sais bien que M. Ricord a fait des objections, mais le fait n'en reste pas moins avec toute sa valeur; se borner, disons-nous, à se servir d'une argumentation semblable, ce n'est pas discuter, c'est affirmer, c'est imposer une croyance. Ainsi, le fait de ce jeune pharmacien de l'hôpital du Midi, sur lequel M. Vidal aurait inoculé avec succès le pus d'une pustule d'ecthyma dit secondaire; ce fait, M. Ricord l'a discuté publiquement et solennellement devant la *Société de chirurgie*; il en a longuement repris l'examen dans ses *Lettres sur la syphilis*; et pour tout esprit impartial et non prévenu, il a certainement fait les objections les plus graves à ce prétendu résultat, et inspiré au moins les doutes les plus légitimes sur les conséquences qu'on en a tirées. M. Ricord est-il donc condamné à réfuter sans cesse des faits qu'on lui oppose avec plus de ténacité que de bonheur?

Les faits de M. Waller, de Prague, mais M. Velpeau a donc oublié que M. Ricord en a présenté la critique la plus vive et la plus complète que possible, qu'il leur a consacré deux admirables lettres (la 29e et la 30e) que nous venons de relire à l'instant, et qui nous semblent de véritables chefs-d'œuvre de polémique scientifique? Serions-nous donc obligé de les reproduire ici pour répondre à une argumentation déjà si victorieusement combattue?

Non, nous préférons nous en tenir à ce que M. Velpeau a tiré de son propre fond, aux opinions et aux faits qui lui sont personnels, et qui, venant de ce professeur éminent, méritent la plus sérieuse considération.

Le savant professeur de clinique a d'abord invoqué, comme premier genre de preuves, l'assentiment unanime en faveur de la croyance à la contagion des accidens secondaires. De quel assentiment unanime a-t-il voulu parler? Si c'est de celui qui est antérieur aux travaux de Hunter et de M. Ricord, il n'y a pas lieu à discuter sur ce point. Il est incontestable que depuis le quinzième siècle jusqu'à Hunter, à part quelques opinions isolées sur lesquelles M. le docteur Langlebert appelait, il y a quelques jours, dans ce journal, l'attention de nos lecteurs, il est incontestable que tout le monde croyait à la contagion de tous les accidens de la syphilis. Mais depuis Hunter, depuis surtout les travaux de M. Ricord, nous jetons un coup d'œil sur le monde savant et nous cherchons en vain cet assentiment unanime dont a parlé M. Velpeau. Nous voyons au contraire que presque tous les médecins qui, par position ou par goût, se sont livrés à l'étude de la syphilis, se trouvent en communion d'idées avec M. Ricord. Faut-il en faire l'énumération? En France, demandez à MM. Cullerier, Puche, Natalis Guillot, Nonat, à Paris, à M. Serre, de Montpellier, à M. Renault, de Toulon, à M. Diday, de Lyon, à M. Venot, de Bordeaux, à MM. Seu et Cauvière, de Marseille; en Angleterre, à MM. Acton et de Méric; à Bruxelles, à M. Thiry; demandez aux plus éminens syphilographes de l'Italie, de l'Espagne, de l'Allemagne, de États-Unis, demandez-leur ce qu'ils pensent, tous ces observateurs qui ont mille fois observé des faits cliniques irréfragables, qui ont mille fois répété, en les variant de toutes façons, les expériences de M. Ricord, demandez leur ce qu'ils pensent de la contagion des accidens secondaires, et vous serez frappé de ce *consensus* général — nous ne disons pas unanime — qui s'élève en faveur des opinions professées en France, vous serez entraîné par cette masse de faits et de preuves qui protestent contre une doctrine surannée que l'on ne rappelle aujourd'hui que pour..... Mais nous voulons rester dans les régions placides de la science.

Où donc voit-on de nos jours cet assentiment unanime en faveur de la doctrine des accidens secondaires? Et d'ailleurs, en bonne philosophie, que prouverait-il, cet assentiment unanime? Est-ce que toute vérité, dans les sciences, ne vient pas remplacer une erreur constamment unanime? Est-ce que le traitement barbare des plaies d'arquebusade ne jouissait pas d'un assentiment unanime avant Ambroise Paré? Les injections vineuses n'avaient-elles pas pour elles l'assentiment unanime avant que M. Velpeau ne leur substituât les injections iodées? C'est là l'histoire du progrès dans toutes les sciences, et c'est précisément la principale cause de la lenteur de sa marche, d'avoir à lutter contre l'assentiment unanime. Laissons donc ce mauvais argument que nous sommes fâché d'avoir trouvé dans la bouche de M. Velpeau, homme de lutte, et qui a subi aussi la résistance contre les innovations introduites par lui dans la pratique chirurgicale.

M. Velpeau a invoqué des faits d'expériences qui lui sont propres. Il a vu se développer sur les organes génitaux des végétations là où il n'y en avait pas encore, après y avoir placé des fragmens de ces végétations, enlevés à des parties voisines. M. Velpeau aurait bien dû nous dire, et en cela il pouvait rendre quelques services aux syphilographes, ce que c'est que les végétations, à quel caractère il reconnaît qu'elles sont syphilitiques, et comment, à part l'étonnante expérience dont il parle, il peut prouver qu'elles sont contagieuses. Nous avouons ne posséder, pour notre compte, aucune espèce de *criterium* à ce sujet. Ce que nous savons, c'est qu'il est d'observation vulgaire qu'une végétation survenue sur les organes génitaux est suivie presque toujours d'autres végétations que les ciseaux ou le caustique ont quelquefois grand'peine à réprimer; ce que nous savons, c'est qu'il est d'observation aussi vulgaire que des végétations, situées dans la rainure du gland, peuvent rester très longtemps en contact avec la muqueuse du prépuce, lorsqu'existe un phimosis, sans que le prépuce contracte en aucune façon ces végétations; nous craignons que ce fait expérimental de M. Velpeau ne fasse pas une grande fortune parmi les syphilographes.

Nous en dirons autant des expériences de M. Velpeau sur la transmissibilité des plaques muqueuses. Dans la syphilopathie telle qu'on la fait en dehors de l'école de M. Ricord, la pustule plate ou plaque muqueuse est un accident syphilitique on ne peut plus complaisant et qui donne tout ce qu'on veut lui demander. Mais étudié avec le soin, l'exactitude et la rigueur dont M. Ricord a fait preuve, cet accident devient beaucoup plus exigeant. Les syphilographes qui crient à la contagion des plaques muqueuses parce qu'ils les voient se développer d'une cuisse à l'autre, d'une fesse à l'autre fesse, etc., n'oublient qu'une petite circonstance, c'est de tenir compte de l'état général dans lequel se trouvent les malades et de l'infection constitutionnelle dont ils sont atteints. Quoi d'étonnant, ou plutôt quoi de plus explicable que sous l'influence de cette infection, les pustules muqueuses se développent d'abord ici, puis là, et surtout dans les parties où les sécrétions âcres sont plus actives, où la peau a une tendance à la transformation muqueuse, comme le sont les parties, siége de prédilection de ces pustules plates?

D'ailleurs si, dans une argumentation académique, il est facile de passer sous silence les faits par lesquels cette prétendue contagion des pustules plates a été formellement contestée, il n'est pas aussi aisé de les supprimer de la science, et les lecteurs de ce journal doivent se souvenir encore des frappans exemples cités par M. Ricord, dans lesquels la contagion de cet accident, soit physiologique, soit par inoculation, a été toujours impossible. Ils doivent se souvenir aussi de toutes les causes d'erreur de diagnostic indiquées par M. Ricord, car, en vérité, nous ne pouvons revenir sans cesse sur des réfutations dont on semble ignorer l'existence.

Ce qui appartient encore à M. Velpeau, dans ce discours, c'est cette preuve tirée du raisonnement : Vous admettez, a-t-il dit à l'école de M. Ricord, que la syphilis peut se transmettre par hérédité; mais qu'est-ce donc que les parens transmettent aux enfans, si ce n'est la syphilis secondaire, constitutionnelle? Si vous admettez cette transmission par hérédité, pourquoi ne l'admettez-vous pas dans les autres conditions?

Pourquoi? Est-ce un pathologiste aussi éminent que le célèbre professeur de clinique qui fait cette question? Est-ce que par hasard toutes les maladies héréditaires seraient devenues contagieuses? Est-ce que la scrofule, le tubercule, le cancer, la pierre, la goutte, la folie, dont l'hérédité n'est contestée par personne, sont des maladies contagieuses?

Nos lecteurs nous pardonneront, assurément, de ne pas insister davantage sur cet argument, que nous ne pouvons considérer, de la part de M. Velpeau, que comme un de ces entraînemens de langage si difficiles à éviter.

En résumé, en voyant l'ardeur toute nouvelle qui se manifeste contre la doctrine huntérienne, nous nous attendions à une exposition toute neuve aussi de faits, d'argumens, d'expérimentation et de raisonnement. Mais nous voyons avec surprise que les faits cliniques invoqués, que les faits d'expérimentation produits, que les raisonnemens mis en avant sont absolument les mêmes que ceux dont M. Ricord a fait maintes fois justice. La grande question de la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice, et de la nourrice au nourrisson, n'a pas fait un pas depuis l'excellent mémoire lu sur ce sujet à l'Académie par M. Cullerier. Nous avons vainement cherché une objection sérieuse aux conclusions de ce beau travail, qui sont toutes négatives de la transmission des accidens secondaires. Nous n'avons rien vu qui pût infirmer les faits si concluans en faveur de cette opinion produite par M. le docteur Nonat, qui a dirigé pendant plusieurs années le service des nourrices; par M. Natalis Guillot, qui observe avec tout le soin et tout le talent qu'on lui connaît à l'hospice des Enfans-Trouvés; par M. Venot, de Bordeaux, dont nous avons publié, dans ce journal même, une excellente dissertation sur la question. (Voir les nos 41 et 42 de l'UNION MÉDICALE, 1852.) Jamais, ce nous semble, fait étiologique et pathologique n'a été institué

sur des preuves plus nombreuses et plus sérieuses. En supposant incontestables, et à l'abri de toute objection, les quelques faits exceptionnels qu'on oppose à la doctrine de M. Ricord, cela prouverait-il que le fait général ne soit pas vrai?

Car, et nous en appelons ici à l'expérience de tous, à l'observation de tous, quels accidens syphilitiques contracte-t-on quand on s'expose à la contagion? Ne sont-ce pas toujours, inévitablement, des accidens primitifs? Et si l'on objectait que les sages et prudentes mesures de police rendent extrêmement rares les foyers de syphilis secondaire, tous ceux qui sont au courant de ce qu'on pourrait appeler la topographie de cette affreuse maladie, répondraient que si la syphilis secondaire a été presque chassée des lupanars, elle a élu son domicile là où l'œil vigilant de la police ne peut plus l'atteindre, qu'elle se trouve un peu partout dans le monde, et que si cette forme était contagieuse, nous serions témoins de la plus épouvantable épidémie que l'esprit puisse concevoir. N'est-il pas d'observation journalière, au contraire, que les syphilitiques les plus gravement atteints vivent impunément pour ceux qui les entourent dans leur familiarité, et quelquefois dans l'intimité la plus complète? M. Ricord a cité l'exemple d'un individu qui a cohabité pendant un mois de suite avec une femme atteinte de pustules plates et qui ne s'infecta pas le moins du monde.

Nous aurions beaucoup d'autres réflexions à faire sur le discours de M. Velpeau; mais, comme il est facile de le prévoir, l'occasion se représentera inévitablement, car la discussion ne peut guère rouler que dans le cercle que lui a déjà tracé le premier orateur. Les opposans ne peuvent que se répéter les uns les autres, et si nous avions un conseil à donner à M. Ricord, ce serait de les laisser tous vider leur sac et de ne faire à tous qu'une réponse collective.

Amédée Latour.

OPHTHALMOLOGIE.

DE L'EFFICACITÉ DU SUBLIMÉ CORROSIF, DANS QUELQUES AMAUROSES NON SYPHILITIQUES;

Par M. Ch. Deval, d.-m. p.

Travers a dit qu'il avait vu trop souvent le mercure soudainement arrêter l'amaurose pour ne pas l'estimer beaucoup plus haut, dans cette maladie, qu'aucune autre substance de la matière médicale.

Lawrence, qui le recommande après l'emploi des antiphlogistiques et des dérivatifs intestinaux et cutanés, affirme en avoir obtenu d'excellens effets. Il paraît fonctionner ici, en procurant la résolution d'obstacles divers, d'épanchemens crâniens ou autres, qui entretiennent mécaniquement le trouble de la vision. Qui ne sait que le mercure est l'agent le plus puissant dans les inflammations actives ou productives, celles qui tendent à engendrer des organisations anormales, telles que fausses membranes, concrétions lymphatiques, etc.? Langenbeck admet que les congestions rétiniennes doivent s'accompagner, au bout de quelque temps de leur durée, d'un suintement lymphatique, d'une sorte de sugillation, contre lesquels le mercure est le remède le plus salutaire. La teinte opaline, que nous constatons au fond du globe, dans quelques gouttes sereines, ne confirme-t-elle pas cette opinion?

Le calomel, à doses altérantes, et l'onguent napolitain, en frictions sur la région fronto-temporale, ont été le plus généralement invoqués dans la médication des affections amaurotiques. Préconisé avec juste raison par Langenbeck (1) et Travers, le bi-chlorure de mercure m'a rendu des services tellement signalés, que je crois devoir appeler quelques instans sur ce point l'attention du lecteur.

Observation I. — Elie Maury, cultivateur, âgé de 25 ans, habitant Bercher-Lamaingot, non loin de Chartres, fut amené à ma consultation publique, le 21 décembre 1850. Il m'assura n'avoir jamais contracté de syphilis; ses réponses, nettes et catégoriques, aux questions que je lui adressai, me portèrent à penser que ses assertions étaient sincères. Plus volumineux que son congénère (bouphthalmos), l'œil droit était perdu sans ressources, par suite d'une inflammation qui en avait envahi les tissus externes et internes; la cornée était munie d'opacités; l'iris dégénéré, brunâtre, bombé en avant; la pupille oblitérée par des exsudations; la sclérotique occupée par des staphylômes de la choroïde et du corps ciliaire; la vue radicalement abolie. Le globe gauche, affecté depuis plusieurs mois, avait été douloureux, photophobe, tourmenté par la perception de scotomes de différentes couleurs; la faculté visuelle y avait graduellement baissé; elle était éteinte depuis trois semaines. L'ombre de la main ne fut distinguée que vaguement. Les émissions sanguines, les purgatifs et d'autres moyens, conseillés par un praticien distingué de Chartres, s'étaient montrés infructueux. Plusieurs dépôts plastiques régnaient sur la cristalloïde antérieure légèrement adhérente, en quelques points, à la marge pupillaire de l'iris. Toutefois, la plus grande partie de la pupille était nette, et aurait permis l'exercice de la vision, si la rétine s'était trouvée dans ses conditions physiologiques.

Comme il y avait encore de la céphalalgie, j'ordonnai les sangsues au fondement. Je leur associai les pédiluves irritans, l'onguent napolitain belladoné sur le front et la tempe gauche, e calomel avec la rhubarbe et la poudre de racine de jalap.

Le 26 décembre, nouvelle application de sangsues.

Le 3 janvier 1851, je prescrivis une solution composée de 20 centigrammes de sublimé corrosif, 250 grammes d'eau distillée, et 15 grammes d'alcool rectifié, à la dose d'une demi-cuillerée à bouche, dans une tasse d'eau gommée, à prendre le soir au moment du coucher. Il fut adjoint d'en élever la quantité à une cuillerée à bouche, si le remède était bien toléré par l'estomac.

Passant sous silence les détails minutieux de cette observation, je dirai seulement que la vue se reconstitua peu à peu dans l'œil gauche, à un point tel que le nombre des doigts, un chapeau, du papier et d'autres grands objets furent distingués le 25 janvier. Le 6 février, Maury reconnaissait les nuances des couleurs. Le 10 du même mois, il se rendit sans guide au dispensaire. Il partit quelque temps après, pour retourner dans sa commune. Le 17 mars, il revint seul à Paris, pour me consulter sur la suite du traitement auquel il se conformait avec exactitude. Étant encore revenu le 22 avril, il m'annonça qu'il avait repris ses occupations habituelles.

Le 14 février 1852, j'eus le regret de revoir ce malade de nouveau tout à fait aveuglé par une amaurose siégeant à l'œil gauche. Sa cécité durait depuis deux mois; le manque de ressources s'était opposé à ce qu'il fit un voyage à Paris pour demander mes conseils. Aucun objet ne fut aperçu; Maury disait qu'il avait la vue obscurcie par un bandeau rouge. Lui ayant donné un lit à mon dispensaire, où il séjourna jusque vers le milieu de mars, je le soumis, en présence de plusieurs confrères et d'élèves en médecine, aux expédiens qui m'avaient déjà réussi si bien une première fois : sangsues, frictions hydrargiriques et belladonées, sublimé à l'intérieur. En quittant Paris, à l'époque précédemment indiquée, il se conduisait sans guide et pouvait distinguer une épingle fine. Un homme, qui habite non loin de Bercher-Lamaingot, m'apprit, le 24 juin dernier, que Maury continuait à voir.

Observation II. — Lefèvre, menuisier, âgé de 20 ans, de Vitré (Ille-et-Vilaine), avait les deux yeux affectés depuis six mois, quand il se décida à effectuer le voyage de Paris pour s'y faire traiter. Ce jeune homme, qui se présenta à mon dispensaire, le 31 janvier 1852, n'avait jamais eu ni dartres, ni rhumatismes, ni syphilis. Des maux de tête, des bourdonnemens d'oreilles s'étaient montrés au début; la vue s'était détériorée peu à peu, avec perception de mouches et d'étincelles. Les saignées et d'autres agens curatifs avaient été essayés sans succès.

Lefèvre pouvait se conduire, mais je trouvai la vision dans des conditions déplorables. Il était souvent encore assailli par des scotomes étincelans et par l'apparition de filamens et de corps de toute nature. La vue était moins mauvaise à une lumière modérée qu'à un jour éclatant. La flamme d'une bougie lui semblait plus volumineuse qu'elle ne l'était en réalité, et déchirée sur ses bords, symptôme amaurotique que je rencontre fréquemment, et qui a été noté par Beer.

Le malade éprouvait parfois, dans la région fronto-temporale, des élancemens douloureux qui se manifestaient plus souvent du côté droit, et descendaient jusque dans les mâchoires. La tête était un peu pesante, surtout dans la soirée.

Dans l'œil gauche, qui était le moins mauvais, je ne constatai rien d'anormal, si ce n'est une injection légère aux vaisseaux de la conjonctive.

L'œil droit était plus saillant que son congénère, ce qui me parut dépendre de la double condition de la rénitence de l'organe et de l'hypérémie, accompagnée peut-être d'un peu d'infiltration du tissu cellulo-adipeux de l'orbite. Vers la périphérie de la cristalloïde antérieure, régnaient quelques points rougeâtres qui me semblèrent être des dépôts de fibro-albumine sanguinolente desséchée. La capsule était çà et là soudée à la marge pupillaire de l'iris.

Voici quel fut, en résumé, mon diagnostic : double amaurose plus avancée à droite; exophthalmos à l'œil droit; exsudations plastiques sur la cristalloïde antérieure du dernier organe, avec synéchie postérieure partielle; conjonctivite double.

J'instituai le traitement suivant : sangsues au fondement, pédiluves à l'eau de cendres, onguent napolitain belladoné sur le front, aloès de temps à autre, solution de bi-chlorure de mercure suivant la formule et les doses indiquées dans l'observation précédente; régime doux.

Le 13 février, pas de céphalalgie, pas de conjonctivite; le brouillard, qui obscurcit la vue, est peut-être moins épais.

Le 20, le malade affirme que son état s'est de beaucoup amélioré; il distingue des objets qu'il ne pouvait apercevoir auparavant. De sa fenêtre, il voit les pavés de sa cour, ce qui n'avait pas lieu, lors de son arrivée à Paris. La flamme d'une bougie lui paraît avoir ses dimensions normales; elle n'est plus découpée sur ses bords. Le globe droit voit au même degré que le gauche.

Le 5 mars, Lefèvre annonce que sa vue a un peu baissé, pendant deux jours, ce qui n'a point duré. Il lit, de l'œil droit, des caractères très fins, ceux d'un almanach lithographié. Il assure qu'il distingue à plus de vingt mètres plus loin qu'il ne distinguait auparavant. La solution le dégoûte et fatigue un peu son estomac. Je lui substitue les pilules suivantes :

R. Bi-chlorure de mercure. . . .	15	centigrammes.
Extrait gommeux thébaïque. .	10	centigrammes.
Poudre de guimauve	2	grammes.
Sirop de gomme	q. s.	

Mêlez très exactement et divisez en 30 pilules.

La dose sera d'une pilule le soir. En cas de tolérance, on en prendra, en outre, une le matin.

J'avais suspendu, depuis quelque temps, l'aloès. Le malade continuait les pédiluves et les onctions mercurielles. Il pratiquait, plusieurs fois dans la journée, sur les paupières fermées, sur le front et sur les tempes, des lotions avec de l'eau froide.

Le 3 avril, Lefèvre m'apprend qu'il a distingué de Bercy les tours de Notre-Dame. Comme toute trace de congestion avait disparu à cette époque, j'avais supprimé les moyens déjà prescrits, et ordonné des frictions sur la région fronto-temporale, avec un mélange d'alcool de mélisse et de baume de Fioraventi. Les yeux, à chaque friction, étaient en outre, exposés à la vapeur émanant du même remède.

Des onctions et des verporisations ammoniacales et éthérées furent conseillées aux consultations subséquentes.

Le 8 juin de cette année, date à laquelle Lefèvre vint m'annoncer son départ, il ne restait plus de son affection que quelques dépôts sur la capsule antérieure droite, une synéchie postérieure partielle de ce côté, et la perception, notamment au grand jour, de taches brunâtres fixes par rapport à l'axe de la vision. Ces scotomes n'existaient qu'à l'œil droit, lequel était rentré dans ses limites primitives. Tout brouillard avait disparu; les objets les plus minutieux étaient aisément distingués. Telle était même la portée de la vue, que le malade avait pu apercevoir un ballon dans les nuages.

Observation III. — Je fus consulté, le 14 avril 1851, par Mme Brunel, piqueuse de bottines, femme brune, robuste, et âgée d'une quarantaine d'années. Elle se plaignit d'un léger trouble de la vue à gauche, et d'une cécité complète à droite. Les deux globes ne me présentèrent rien d'anormal, quant aux signes objectifs; les pupilles étaient contractées. La cécité n'existait à droite que depuis une semaine. Depuis quinze jours, lors de son invasion, la malade avait aperçu des étincelles et des mouches, et les globes avaient été le siége d'élancemens douloureux.

Comme la tête était encore pesante, j'ordonnai une saignée du bras, les bains de pieds, les cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, les affusions réfrigérantes sur les yeux, le front et les tempes, le sulfate de soude et les poudres de Franck (crême de tartre et émétique à petites doses).

Le 22 avril, état à peu près stationnaire, sauf la céphalalgie qui a un peu diminué (sangsues à l'anus. Onguent napolitain sur le front. Continuation des poudres, des affusions, des bains de pieds et des cataplasmes sinapisés).

Le 27 mai, la faculté visuelle avait à peu près reconquis, à l'œil gauche, ses conditions normales. De l'œil droit la malade distinguait le jour, tandis qu'auparavant elle n'en voyait que du noir (vésicatoire derrière l'oreille droite. Onguent napolitain belladoné sur le front et la tempe droite. Solution de sublimé à l'intérieur, *ut suprà*).

Le 2 juin, brouillard moins épais.

Le 23, je constate une amélioration inespérée. La vue s'est rétablie, d'une manière incomplète, dans le bulbe naguère affligé de cécité. Un objet, montré du côté de la tempe droite, est distingué parfaitement et sans hésitation aucune. Présenté vers l'angle interne de l'œil, l'objet est vu, mais un peu brouillé. Le corps est aperçu plus confusément, si on le place directement vis-à-vis de l'organe.

Le 11 juillet, Mme Brunel affirma qu'elle pouvait se conduire de l'œil droit.

Je trouvai plus tard dans l'électricité une ressource qui me fut ici précieuse pour la bonification des fonctions visuelles.

Observation IV. — Mme François, âgée de 42 ans, fut traitée à mon dispensaire du 29 avril 1851 au 2 mars 1852. Elle était incomplètement amaurotique de l'œil droit depuis deux années, et de l'œil gauche depuis six mois. La solution de sublimé et la pommade ammoniacale de Gondret, sur le front, le sinciput et derrière les oreilles, furent les principaux expédiens mis en œuvre. Cette femme jouit aujourd'hui d'une vue assez bonne pour qu'elle puisse se livrer à la couture.

Aux faits relatés ci-dessus, je pourrais en ajouter d'autres, dans lesquels le bi-chlorure de mercure s'est montré d'une efficacité incontestable. Dans un grand nombre de cas où les désordres semblaient au-dessus des ressources de l'art, il a échoué d'une manière complète. Ce médicament me paraît indiqué lorsqu'un travail congestif, ordinairement ancien, a dû créer des produits plastiques ou autres dans les parties chargées de l'acte des perceptions visuelles. Les dépôts engendrés sur le feuillet antérieur de la capsule cristalline, dans les observations I et II, ne tendaient-ils pas à démontrer, avec quelque apparence de probabilité, que chose semblable pouvait exister au fond du bulbe? Si le sublimé est plus avantageux ici que le calomel, c'est que nous pouvons presque toujours continuer longtemps le premier remède sans avoir à redouter la salivation que le second détermine avec tant de facilité, point capital dans des lésions essentiellement chroniques, auxquelles il faut, pour ainsi dire, opposer un traitement chronique. Il est à peu près superflu d'ajouter que le sublimé-corrosif nous a également été d'un puissant secours dans la médication des amauroses vénériennes que nous avons rencontrées très fréquemment. Peut-être même que, dans les guérisons obtenues par Langenbeck et Travers, ces praticiens n'ont-ils eu affaire, chez plusieurs sujets, qu'à des gouttes-sereines syphilitiques, donnée qui pourrait s'appliquer encore à quelques-uns de mes malades.

Je ne saurais assez insister sur la nécessité de s'écarter des pratiques de la routine dans le traitement des affections amaurotiques. De ce que le séton à la nuque, les vésicatoires promenés sur le front et les quelques autres expédiens banalement employés contre ces affections, n'ont pas réussi chez un malade, faut-il toujours en conclure que la science doive rester muette et n'ait plus qu'à confesser son impuissance? Je le pensais autrefois; une longue expérience m'a démontré le contraire. Dans un travail récemment publié (1), je me suis efforcé de prouver que l'amaurose était, beaucoup plus souvent qu'on ne le croyait généralement, dans les limites des ressources de

(1) M. Langenbeck rapporte plusieurs exemples fort remarquables de guérison d'amaurose organique par l'usage interne du deuto-chlorure de mercure. Ce praticien l'administre en solution (d'un grain de sel sur six onces d'eau, avec addition d'un scrupule de laudanum et de trois gros de gomme), dont le malade prend une cuillerée à bouche, matin et soir. Donné à une dose plus élevée, le sublimé provoquerait, selon lui, la salivation, avant qu'il ait produit les effets qu'on en attend. (Sichel, *Traité de l'ophthalmie*, etc., page 673.)

(1) Ch. Deval, *Traité de l'amaurose ou goutte-sereine*, contenant des faits nombreux de guérison de cette maladie, dans des cas de cécité complète. Paris, 1851.

notre art. Mais elle ne l'est qu'à une condition, c'est qu'on recherche scrupuleusement la forme à laquelle on a affaire, car chaque forme, envisagée eu égard à sa nature intime, à son point de départ, à ses causes, etc., réclame un traitement spécial. L'observation de ce principe m'a conduit à des succès durables dans des cas où tout espoir semblait faible ou nul.

BIBLIOTHÈQUE.

ÉTUDES CLINIQUES ; — TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES MENTALES CONSIDÉRÉES DANS LEUR NATURE, LEUR TRAITEMENT ET DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS ; par M. MOREL, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville. — Tome 1er, Paris, 1852. Victor Masson.

Dans les dernières années de sa vie, Esquirol, sollicité par ses nombreux élèves de faire connaître le résultat de son immense pratique, se détermina avec peine à rassembler les divers articles qu'il avait publiés dans le *Grand dictionnaire des sciences médicales* et ailleurs, mais il ne voulut y faire aucun changement, de sorte qu'à proprement parler, l'ouvrage du grand maître n'est qu'un recueil d'excellentes monographies, où des lacunes se font sentir.

M. Morel, connu par de bons mémoires sur l'aliénation, dont plusieurs ont paru dans les *Annales médico-psychologiques*, placé à Maréville, sur un vaste théâtre d'observation, a eu la noble ambition de refaire l'édifice élevé par Pinel et Esquirol ; nous applaudissons à ses efforts, et nous allons essayer d'initier les lecteurs à la nature de ses idées et aux déductions qu'il en a tirées, au moins pour le volume que nous avons sous les yeux.

Mais avant de nous engager dans cet examen, nous ferons une observation. Lorsqu'un critique, pénétré de ses devoirs, est chargé de l'analyse d'un ouvrage important, il aime à en saisir l'ensemble ; et lorsque cet ouvrage se trouve coupé par le milieu, il a des momens d'indécision, et s'il continue sa tâche, c'est uniquement par considération pour l'auteur.

La description de l'idiot et du crétin, par laquelle commence le cours théorique et pratique, est un bon résumé des travaux récens ; nous y avons remarqué des observations intéressantes, sous le rapport des analogies de la raison et de la folie, et sous celui de la médecine légale. Le sonneur de cloches, qui rôde autour des mourans pour leur reprocher de ne pas mourir assez tôt ; l'imbécile qui veut qu'on mette à mort tous ceux qui sont incapables de gagner leur vie ; le jeune homme tombé au dernier degré de l'imbécillité pour avoir fait des études au-dessus de sa force ; le dévastateur d'église qui combine les actes les plus insensés et les plus atroces ; les imbéciles qui se frappent le front comme Chénier, montrent des aptitudes pour le dessin, le calcul, ont une mémoire remarquable, ne peuvent que fournir des enseignemens utiles à l'étude psychologique et morale de l'homme.

Nous avons hâte d'aborder les points de doctrine de l'ouvrage ; dès le commencement, nous trouvons une preuve en faveur de la thèse que nous soutenions dans la préface de notre seconde édition des *Hallucinations*, sur l'impossibilité de séparer la philosophie de la médecine ; en effet, M. Morel, dont les tendances philosophiques sont bien connues, pose comme un principe l'unité du corps et de l'âme par une *union substantielle* (ce qui ne signifie pas qu'ils soient unis comme *force* et comme *matière*). Si cette donnée est exacte, il n'existe pas rigoureusement de causes absolues ; l'action des causes est subordonnée à une foule de circonstances que l'éducation, le tempérament, les influences climatériques et hygiéniques, l'âge, le sexe et bien d'autres élémens peuvent faire varier. Telle cause regardée comme efficiente chez un individu, n'aura qu'une influence minime chez un autre ; et la cause déterminante, qu'on croit si importante, n'en aura parfois pas une plus considérable que celle d'un grain de sable, car elle n'a pas empêché l'évolution des phénomènes antérieurs et la préparation du terrain de la folie.

Mais si M. Morel n'admet pas de causes morales et physiques exclusives, il n'en attribue pas moins l'obscurcissement de l'intelligence, la dépravation des tendances, et même la dégénérescence physique de l'homme aux idées fausses, à l'ignorance et à la passion mauvaise ; n'est-ce pas rendre aux causes morales la prédominance qu'Esquirol, MM. Guislain, Parchappe et autres leur ont assignée. Voici comme nous nous exprimions, il y a quelques années, relativement à l'influence des idées fausses sur la production de la folie (*Bibliothèque des médecins praticiens*, tome IX, page 366 (1) :

« On ne nous adressera point le reproche d'avoir amoindri les in-
» fluences physiques. Médecin, physiologiste, observateur, nous savons
» la part puissante de l'organisme, nous l'avons faite large ; mais
» l'homme n'est pas plus l'organisme seul, que la lésion anatomique
» n'est la maladie. Des phénomènes d'un ordre plus élevé, les faits psy-
» chologiques jouent un rôle tout autrement important dans la produc-
» tion des affections mentales. Aussi, pour bien saisir le mécanisme
» des aberrations intellectuelles, pensons-nous qu'il faut étudier l'homme
» dans sa nature, sa destinée, les conditions de sa vie morale et ses
» rapports sociaux.

» En nous plaçant à ce point de vue, nous sommes persuadé que nous
» donnons à l'étude des maladies mentales les proportions qui lui con-
» viennent. Aussi n'hésitons-nous pas à proclamer la prédominance des
» causes morales sur les causes physiques, ou en d'autres termes,
» l'*influence toute puissante de l'idée sur la formation de la folie* ;
» mais si l'idée est l'élément de toute opération intellectuelle, il faut
» qu'elle soit vraie, que sa source soit pure ; fausse ou empoisonnée,
» elle ne peut que produire le plus grand désordre dans l'ordre
» moral. »

Cette citation prouve que sur l'action des idées fausses, M. Morel et moi sommes de la même communion, mais il en est tout autrement, relativement à l'influence de la civilisation sur la production de la folie. Je m'élève, dit-il (p. 249), de toutes mes forces contre l'idée que, là où la civilisation est la plus grande, la folie est plus commune ; l'esprit humain ayant son passé, son présent et son avenir, tend incessamment à se fortifier et à s'agrandir, comme tout ce qui est de sa nature perfectible et immortel. Tout me porte à croire, continue-t-il, que, sous ce rapport, l'état présent intellectuel et moral est meilleur que son passé ; et que cet état que je signale, tend incessamment à se développer dans le sens du progrès d'une véritable civilisation (79). » Il nous semble entendre un écho lointain des paroles du malheureux Condorcet, qui annonçait dans un avenir plus ou moins prochain la perfectibilité indéfinie de l'espèce et l'immortalité de l'homme. Nous ne saurions admettre une pareille hypothèse. La nature humaine est finie, et il y a des limites qu'elle ne saurait franchir ; les faits mêmes sont contraires à la thèse de M. Morel : États-Unis, Angleterre, France, voilà les nations qui comptent les aliénés par milliers, tandis que la proportion diminue d'une manière sensible en Italie, en Espagne, en Russie, en Égypte, en Turquie, en Orient. Lorsque nous analyserons l'ouvrage du professeur J. Guislain, nous rapporterons les nouveaux documens qu'il a cités en faveur de notre opinion. M. Morel lui-même, dans l'analyse du vingt-quatrième rapport de l'asile d'Hartfort (Connecticut), par le docteur Buttler, dit positivement : nous pensons que non seulement la société américaine, mais la vieille société européenne offrent au développement de l'aliénation les élémens les plus actifs. (*Annales médico-psychol.*, septembre 1847, pag. 302-303.)

En soutenant que la civilisation actuelle était éminemment favorable au développement de la folie, nous n'avons jamais eu l'intention de faire le procès à la société. Si l'on prétend que l'homme a gagné en libertés de tout genre, en égalité, en bien-être, en créations matérielles merveilleuses, nous sommes complètement de cet avis, quoiqu'il y ait plus d'une observation à faire sur un état de choses où l'on compte en Europe, 1 indigent sur 20 individus, 1 mariage sur 150 personnes, un tiers d'enfans naturels dans chaque grande ville, presque 1 suicide sur 1,000 individus, sans parler des attentats innombrables contre les personnes et les propriétés, que M. Béranger, dans son dernier rapport à l'Académie des sciences, morales et politiques, a évalués en Angleterre à 1 sur 850 habitans ; mais s'il s'agit des passions, nous maintenons que rien n'est changé. La forme des dialogues de Lucien a seule varié, le fond est toujours le même. On n'a plus les passions effrénées, cruelles, qui faisaient couler des torrens de sang, mais dont le caractère avait souvent quelque chose de grandiose ; on a des passions basses, cupides, sans vigueur, qui, au lieu de marcher au grand jour, se creusent des taupinières, se couvrent du masque de l'hypocrisie, et qui, prenant pour guide le bonheur matériel, enlèvent à l'esprit humain son énergie, courbent les têtes sous le niveau des intérêts de famille, et désignent au ridicule les individualités puissantes qui tentent de briser ces milles liens invisibles. M. Morel, qui ne veut pas que la folie soit la maladie des peuples civilisés, a-t-il réfléchi à l'énervement, je dirai presque à l'abâtardissement dans lequel tombent les nations par excès de civilisation ?

Il n'est pas de médecin des maladies mentales qui n'ait reconnu que le délire, dans les paroles ou dans les actes, est le phénomène le plus saisissable de l'aliénation. Délire vient de *delirare*, qui signifie labourer un champ de travers. Mais pour que le délire fasse partie intégrante de la folie, il faut qu'il ait un type de continuité, qu'il présente une certaine systématisation de conceptions délirantes, d'où vient la fixité des idées et cette logique particulière aux aliénés. Sans ces caractères, qui pourrait se flatter d'avoir échappé au délire ?

M. Morel nous paraît donner au mot délire une acception beaucoup plus large qu'on ne le fait ordinairement. Ainsi, pour lui, le délire fébrile est à tort trop généralement séparé du délire de l'aliénation ; les délires principaux que l'on constate dans les maladies générales, se rapprochent, autant que peuvent le permettre les analogies, des états maniaques, monomaniaques, mélancoliques ; les délires asthéniques peuvent donner une idée de la démence, etc. Nous avons été surpris qu'en traitant fort au long du délire, M. Morel ait passé sous silence le *délire aigu qu'on observe dans les établissemens d'aliénés*. Cette forme d'affection cérébrale a cependant été, de la part de M. Lelut, de la mienne et de celle de M. Luther V. Bell, des États-Unis, l'objet de recherches consciencieuses qui méritaient d'être examinées.

Forcé, par la nature de ce travail, de laisser de côté beaucoup de sujets, nous arrivons à la classification des types fondamentaux de la folie, que M. Morel résume dans la *manie*, la *lypémanie* et la *démence*, sans en exclure les formes secondaires qui rentrent dans leur essence.

Dans la description des diverses formes de la manie, M. Morel attache peu d'importance à l'étude des lésions isolées des facultés ; mais il montre que, parmi les maniaques, les uns agissent d'une manière instinctive et pour ainsi dire irrésistible, tandis que les autres ont un arrangement systématique dans leurs conceptions. Les aliénés reconnaissent rarement les erreurs de leur esprit, mais ils conservent à un certain degré les notions du bien et du mal. Ils sont, en général, exempts de passions à objets définis, mais très susceptibles de mouvemens passionnés ; d'où il résulte qu'ils sont entraînés dans des manifestations extérieures par les mêmes motifs qui agitent si souvent les *gens raisonnables*. Nous regrettons de ne pouvoir donner quelques-unes des observations que renferme cette partie du livre ; elles sont bien exposées et jettent de vives lumières sur certaines parties de la psychologie, de la morale et de la médecine légale.

Le point important de cette classification est l'attaque dirigée contre l'existence de la monomanie. Déjà MM. Foville, Falret, Prichard avaient vivement critiqué cette création d'Esquirol. M. Morel reprend leurs argumens, y joint ceux qui lui sont propres et pose ainsi la question : peut-il y avoir, dans la stricte rigueur des termes un délire essentiellement circonscrit, local, exclusif, ne portant que sur une idée et laissant, du reste, la raison parfaitement intacte ? Au point de vue psychologique, cette hypothèse n'est pas soutenable, car de même que tout se tient dans la série des phénomènes visibles de l'univers, de même tout se tient dans la série des invisibles idées de l'esprit, et cela est la conséquence du principe d'unité qui est la tendance perpétuelle de notre esprit, parce qu'elle est sa loi la plus impérieuse. La folie elle-même ne saurait briser cette loi ; la plus simple observation montre, en effet, qu'il y a des principes contre lesquels les délires les plus furieux ne peuvent lutter, tels sont ceux de cause, de substance, d'être, que les philosophes, après Kant, ont appelés la raison pure.

Allons plus loin, s'il n'y a folie que dans le cas où la faculté est altérée, on n'en peut conclure que l'aliénation est circonscrite à un point particulier, car toute faculté produit une série d'idées indéfinies ; prenons un exemple : ce fou d'orgueil, s'imagine qu'il est le fils de Louis XVI ; au premier abord, comme tout est coordonné dans son état, on croit qu'à part cette imagination chimérique, tout est sain et vraisemblable dans sa pensée ; mais étudiez-le avec plus d'attention, vous reconnaîtrez bientôt que cet orgueil dominant qui l'a conduit à ce rêve de grandeur est le fait capital essentiel de toute son existence ; qu'il déteint sur une foule de ses sentimens, de ses actes, de ses habitudes dont il est la seule explication possible. La conclusion de ce qui vient d'être dit est naturelle, les cas de prétendue monomanie ne sont que des cas de manie ou de mélancolie incomplètement observés, et il ne peut y avoir de folie localement circonscrite, et ne portant que sur un point isolé.

Nous voyons avec peine attaquer l'œuvre de notre maître, parce que nous avons la certitude que, sous le couvert de la monomanie, il a détruit beaucoup d'erreurs et fait passer dans le monde un grand nombre de vérités. Cette critique est d'autant plus regrettable, qu'elle est pour nous plutôt une discussion de mots que de principes. M. Morel, qui nous range parmi les partisans des *monomanies pures*, veut bien extraire de notre mémoire *Sur l'interdiction des aliénés* (1852), cette phrase : quel psychologiste affirmera que telle idée est étrangère à telle autre, et ne peut, dans aucun cas, s'associer avec elle dans l'esprit d'un homme sain, à plus forte raison dans la tête d'un aliéné ? Or, cette phrase a vingt-deux ans de date, car elle se trouve dans nos *Considérations médico-légales sur l'interdiction des aliénés* (1830) ; elle montre déjà que nous soutenions la doctrine de l'unité. En 1848, en proposant notre classification des maladies mentales (*Bibliothèque des médecins praticiens*, 352), nous disions : « Le délire » cohérent, gai ou triste, limité à une idée, est *rare*. » Dans le mémoire que M. Morel veut bien louer avec tant d'obligeance, nous nous sommes surtout étendus sur la solidarité de toutes les facultés dans le délire partiel (monomanie). Le fait de la solidarité des facultés avait tellement frappé Lord Brougham, qu'il dit dans son travail sur la *Folie partielle* :

« Tout acte testamentaire, fait par un monomane, quand bien même il
» ne contiendrait aucune preuve de sa déraison, peut être attaqué et
» doit être rejeté par les tribunaux, lorsqu'il y a des preuves de folie
» antérieure et postérieure au testament. La tranquillité de l'esprit, pen-
» dant l'acte, n'est qu'apparente ; elle est l'image exacte du dépôt au
» fond d'un vase ; agitez l'eau claire qu'elle contient, elle se trouble à
» l'instant même, et le dépôt remonte à sa surface. »

Lors même qu'il y aurait possibilité de limiter le délire, comme dans quelques monomanies pures, qu'on a eu tort de nier, car l'expérience de M. Baillarger et la nôtre démontrent qu'il en existe des exemples parfaitement caractérisés (nous en avons même en ce moment sous les yeux un des plus concluans), il n'en faudrait pas moins conclure : qu'il est contraire à la simple et droite raison d'admettre que la même personne soit capable de faire des actes qu'on supposera indépendans de son délire, et qu'il y ait une série d'actes, au contraire, qui, étant l'expression de ce délire, doivent être frappés de nullité ?

On voit par ces citations, que nous considérons comme exceptionnel le délire borné à une seule idée, tandis que nous admettons comme un fait presque général la solidarité des facultés dans le délire partiel : nos opinions sur la monomanie sont donc, pour le fond, semblables à celles de M. Morel. Seulement, nous croyons le moment inopportun pour défendre cette thèse, parce que les idées vraies que tendait à propager la doctrine d'Esquirol sont loin d'avoir fait leur route, et qu'il est à craindre que les nombreux opposans qu'elle a rencontrés ne s'empressent de profiter de cette dissension médicale pour faire une nouvelle levée de boucliers. On ne devrait jamais perdre de vue, dans les sciences comme dans les affaires, cet aphorisme : Tout vient à point à qui sait attendre.

Nous n'avons pas eu la pensée, dans l'examen de ce premier volume des *Études cliniques*, de suivre l'auteur pas à pas ; notre attention s'est principalement portée sur les parties qui nous ont paru nouvelles, sur celles qui donnaient au livre sa physionomie. Si, parfois, nous avons usé de notre droit de critique, nous n'avons jamais perdu de vue que nous nous adressions à un philosophe observateur, d'une grande valeur scientifique, dont nous pouvions être l'adversaire, mais que nous eussions craint de blesser par une analyse étriquée. Nous ne pourrons d'ailleurs émettre un jugement définitif que lorsque nous aurons lu le second volume.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

(1) Cet ouvrage, qui forme le tome IX de cette collection, est un résumé exact de tous les travaux connus à cette époque sur l'aliénation mentale. Paris, 1848.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(Extrait des procès-verbaux de la Société.)

Modifications qui surviennent dans la circulation artérielle après l'oblitération d'une grosse artère.

M. GERDY : M. Verneuil vous a présenté une pièce fort curieuse d'oblitération de l'artère fémorale ; à ce sujet, je veux vous faire part de quelques considérations qui ont échappé à M. Verneuil. J'ai examiné, le compas en main, les artères des deux côtés, et j'ai été frappé de quelques différences de diamètre qui doivent nécessairement influer sur les lois de la circulation.

Sur la pièce de M. Verneuil, l'artère fémorale est oblitérée depuis l'épigastrique et l'iliaque antérieure jusqu'à 35 millimètres au-dessous. Les iliaques droite et gauche ont les diamètres transverses suivans :

Iliaques primitives à leur naissance :

La droite, 9 millimètres ; la gauche, 13 millimètres.

A leur terminaison :

La droite, 11 millimètres ; la gauche, 12 millimètres ;

L'iliaque externe droite, 4 millimètres ; la gauche, près de 9 ;

L'iliaque interne droite, 9 millimètres ; la gauche, 6.

D'après ces chiffres, on voit que l'iliaque primitive droite est plus longue et moins grosse que la gauche ; que l'iliaque externe droite est plus faible que la gauche ; que l'iliaque interne droite est plus forte d'un tiers seulement que la gauche ; mais que les iliaques externe et interne droites réunies n'égalent pas les artères du côté opposé. Il doit donc passer plus de sang dans les artères du membre gauche que dans celles du côté droit.

A la simple vue, l'épigastrique et l'iliaque antérieure semblent plus volumineuses à gauche qu'à droite, et l'obturatrice droite plus forte que la gauche. La fessière, la honteuse interne et l'ischiatique droites sont à peine plus fortes que celles du côté opposé; mais leurs divisions sont plus nombreuses, leurs anastomoses plus marquées. Il est fâcheux qu'en préparant cette pièce, toutes les branches du membre gauche n'aient pas été conservées comme à droite. Si un cas analogue se représentait, ce serait une précaution qu'il ne faudrait pas négliger de prendre, pour mieux se rendre compte des différences survenues dans les artères des deux côtés; néanmoins, la pièce de M. Verneuil est encore très concluante.

Ainsi, on est d'abord frappé de l'étroitesse de l'iliaque externe placée immédiatement au-dessus de la fémorale liée et terminée aussi par l'épigastrique et l'iliaque antérieure non oblitérées, mais plus faible que les artères correspondantes du côté gauche. J'ignore pourquoi cette artère est rétrécie, et comment elle n'a pas été dilatée par les efforts du sang artériel qui n'y trouvaient plus d'issues faciles. Je remarquerai seulement que l'épigastrique et l'iliaque antérieure semblent s'être difficilement prêtées à l'augmentation de leur circulation. Cela tient-il à ce que, communiquant avec les lombaires, les intercostales et les mammaires internes, leur circulation a éprouvé trop d'opposition de la part de ces artères?

On comprend mieux que la dilatation des iliaques primitives, externe et interne gauches, soit plus considérable que celle des artères du côté opposé, bien que les collatérales du côté droit soient elles-mêmes plus volumineuses que dans l'état normal; cela est dû au mécanisme des résistances du cours du sang. On sait que les quantités de sang qui passent dans les artères d'un volume égal, sont en raison inverse des résistances que le sang y éprouve; c'est ce qui a eu lieu dans le fait de M. Verneuil. L'artère crurale droite étant oblitérée, il en est résulté des obstacles à la circulation dans le membre de ce côté; et, bien que les collatérales de ce membre fussent plus ouvertes à la circulation que dans l'état normal, puisqu'elles déversaient librement leur sang dans les collatérales inférieures et dans la fémorale au-dessous de la ligature, leur insuffisance de calibre a forcé le sang à refluer dans le membre gauche et vers les parties supérieures, où la résistance était moindre, au-dessus de l'oblitération de la fémorale: de là une dilatation générale de l'artère d'une manière plus ou moins sensible. C'est peut-être parce que depuis longtemps on n'a pas eu une idée bien juste sur ce qui se passait dans ces circonstances, qu'on n'a pas reconnu plus tôt ces dilatations étrangères aux artères collatérales.

C'est ce que j'ai désigné sous le nom de circulation refluente, phénomène physiologique qui pourrait peut-être expliquer quelques-uns des cas primitifs ou consécutifs qui accompagnent la ligature d'artères un peu volumineuses, comme la gangrène ou les congestions cérébrales ou pulmonaires.

Ces modifications dans la circulation à la suite des ligatures d'artères, ne me semblent pas avoir été envisagées sous leur véritable point de vue: c'est pour cela que j'ai cru devoir faire ces observations.

M. Cullerier demande si des recherches ont été faites pour constater si l'afflux plus considérable du sang, dans ces circonstances, n'augmente pas le développement de la chaleur.

M. Gerdy répond que ses recherches n'ont pas porté sur ce point.

Ligature de l'artère carotide primitive droite à la suite d'une plaie par instrument tranchant.

M. Michon: Une ouvrière des environs de la montagne Sainte-Geneviève, ne voulant plus avoir de relations avec un jeune homme, celui-ci résolut de se venger, et étant entré dans l'atelier où elle travaillait, lui enfonça à la partie inférieure droite du cou un couteau qui pénétra obliquement au-dessous du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. Après cette action, il se brûla la cervelle. Sur-le-champ, le sang jaillit en abondance; la malheureuse femme eut encore assez de force pour courir, traverser la rue, et entrer chez un pharmacien, où elle reçut les premiers soins de M. le d[r] Picard et de plusieurs autres médecins.

Lorsque j'arrivai, je trouvai la malade étendue sur un matelas dans une arrière-cour. Notre confrère Picard avait de suite introduit son doigt dans la plaie, et, par une compression habilement faite, était parvenu à arrêter l'hémorrhagie.

Je m'agenouillai près de la malade, qui était presque exsangue; j'examinai le cou, qui était déformé par une quantité notable de sang épanché sous les tégumens; j'introduisis à mon tour mon doigt dans la plaie, pour connaître sa direction et chercher quel était le vaisseau lésé. Dans ce moment, un jet de sang vermeil s'échappa hors de la plaie: il n'y avait pas de temps à perdre. Pour me donner plus de facilité, je débridai en haut la plaie, qui pouvait avoir 2 centimètres d'étendue, et je fis une seconde incision sur la ligne médiane, parallèle à la trachée, suivant le procédé de M. King; j'allai autant à la recherche du tronc brachio-céphalique que de l'artère carotide.

L'infiltration sanguine, comme vous le pensez, gênait beaucoup pour bien établir les rapports. J'avais porté l'indicateur gauche en arrière, de telle sorte qu'en soulevant les parties, je comprimai en même temps l'artère lésée. Une première fois, je portai une ligature, croyant saisir l'artère; mais l'anse du fil n'ayant embrassé qu'une portion musculaire, peut-être du thyro-hyoïdien, je dus recommencer. Ce fut alors que je m'aperçus qu'il y avait deux jets de sang, l'un provenant du haut, et l'autre du bas. Cette circonstance redoubla mon courage; car je pensai que c'était la carotide primitive qui était coupée transversalement, et non le tronc brachio-céphalique. Ayant lié le bout supérieur en l'attirant, je passai un stylet aiguillé en rasant le bord du sternum, et l'artère fut étreinte. Cette opération présenta plus d'une difficulté: j'étais gêné par la position et par la malade qui criait et était très agitée. Lorsque la ligature fut terminée, la quantité de sang noir qui s'écoulait, me fit craindre que quelque veine importante n'eût été lésée.

La malade a succombé le treizième jour après l'accident à une excessive faiblesse. Le dernier jour il y avait eu quelques hémorrhagies assez importantes.

Voici ce que l'autopsie a fait voir:

Le couteau a pénétré obliquement de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans; la lame étant dans la direction de l'axe du corps a divisé peu de parties. Elle a passé entre les muscles sterno-mastoïdien, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, qu'elle a éraillés sans les couper en travers, est arrivée entre la trachée et les gros vaisseaux du cou, a ouvert la gaîne de ceux-ci et a coupé la carotide et le nerf pneumo-gastrique droits, à 4 millimètres environ du tronc brachio-céphalalgique, laissant intact le tronc de la jugulaire; puis la lame a glissé en arrière de la trachée artère et de l'œsophage, en entamant légèrement la tunique musculeuse de celui-ci, et en épargnant complètement la muqueuse; puis enfin a pénétré entre ces organes et la colonne cervicale dans la partie supérieure des médiastins, en arrivant jusqu'au tissu cellulaire qui double la plèvre droite. Ce trajet a été vérifié par l'autopsie.

En outre, voici les phénomènes consécutifs qui ont été observés:

1° Un épanchement de sang très considérable remplissant en haut la gaîne des vaisseaux et pouvant être suivi jusqu'à la base du crâne; s'infiltrant sur les côtés entre les muscles de la région cervicale droite, et en arrière entre l'œsophage et les muscles longs du cou. En bas, l'épanchement occupe la cavité des médiastins, et va en diminuant de haut en bas. Le sang épanché est en grande partie organisé. Il paraît résulter de l'hémorrhagie primitive, et partout où il se trouve il rend la dissection très difficile.

2° Le péricarde présente des ecchymoses à l'extérieur, et contient une assez grande quantité de liquide.

3° La plèvre droite, intacte dans sa continuité, est recouverte d'une couche pseudo-membraneuse, et présente des adhérences commençantes qui témoignent d'une inflammation récente.

4° Au point où aboutissent les deux plaies, celle du couteau et celle de la ligature, on trouve les deux bouts de l'artère dans l'état suivant: le bout inférieur a 4 millimètres de longueur; il est conique et porte encore les fils de la ligature. Mais il existe autour de celle-ci des éraillures qui semblent le point de départ de l'hémorrhagie secondaire. A l'intérieur, le caillot est très petit et obture à peine le calibre du vaisseau. La ligature du bout supérieur est tombée et flotte dans la plaie. A l'intérieur on trouve un caillot obturateur assez considérable, se prolongeant en haut sous forme d'un caillot conique jusqu'à la bifurcation de la carotide.

En terminant, M. Michon montre la pièce, qui a été préparée avec beaucoup de soin par M. le docteur de Musset, prosecteur de la Faculté.

Cette pièce sera déposée au nom de la Société dans le musée Dupuytren.

Carie et nécrose du tibia; — ablation du corps de cet os suivie de guérison.

Messieurs, dit M. Giraldès, vous avez chargé M. Danyau et moi de vous faire un rapport sur une observation de carie et de nécrose du tibia. Voici cette observation telle que nous l'a envoyée notre honorable confrère; elle est trop intéressante pour ne pas être lue en totalité.

John Howship, sujet anglais, habitant une des baies de la partie anglaise de Terre-Neuve, voisine de ma résidence, attiré à St-Pierre pour affaire de commerce, me conduisit vers le commencement de l'hiver un de ses enfans, le jeune Peters, malade depuis longtemps et auquel il n'avait pu jusqu'à ce jour procurer les soins nécessaires.

Cet enfant, âgé de 6 à 8 ans, né d'un père sain et vigoureux et d'une mère, Irlandaise, assujettie depuis plusieurs années à toutes les souffrances que la misère entraîne sous un climat aussi rigoureux, pouvant à peine, ainsi que son mari, pourvoir aux besoins les plus urgens de leur famille, cet enfant est le sixième des neuf qui la composent.

D'après les renseignemens que Howship me donne, tous ou presque tous ses enfans ont été ou sont actuellement atteints de scrofules; deux d'entre eux ont succombé fort jeunes, et l'aîné, qui l'accompagne, présente les indices d'une phthisie pulmonaire arrivée à un degré très avancé.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation paraît être assez bien développé (ses parens sont mal fixés sur son âge réel); mais son teint est pâle et son facies porte l'empreinte de souffrances prolongées. Il est sujet à de fréquentes diarrhées, mais n'a du reste éprouvé dans son enfance que quelques angines et de légères bronchites, maladies presque permanentes dans ces malheureuses populations, surtout chez les enfans. Peters porte les stygmates de quelques anciens abcès au-dessous de la mâchoire inférieure de chaque côté, et une des ouvertures de l'avant-dernier de ces abcès, qui date de six mois, a laissé un pertuis fistuleux qu'avoisinent quelques ganglions cervicaux tuméfiés et un décollement peu étendu de la peau.

C'est à une chute, faite par son fils il y a un an, que Howship attribue l'origine de la maladie de la jambe: cette chute, dans laquelle la crête du tibia porta sur l'arête d'un banc de sa pirogue, détermina un gonflement considérable de la jambe, avec inflammation, abcès, et finalement une ouverture en plusieurs points des parois de celui-ci, ouverture longtemps demeurée fistuleuse et enfin confondue par suite de l'érosion des tégumens en une plaie suppurante unique, avec dénudation de l'os.

La nécessité dans laquelle cet enfant s'est trouvé de prendre lui-même soin de la vaste plaie qu'il porte, et les longues et cruelles souffrances qu'il a eu à subir paraissent lui avoir donné cette assurance et cette adresse qu'acquièrent souvent ces petits malheureux que l'incurie ou l'insensibilité de leurs parens laissent livrés à leur propre instinct. Peters déplace et replace fort adroitement et avec une précision remarquable les diverses pièces de son pansement, d'après les souvenirs qu'il a conservés de celui que lui fit un jour le chirurgien d'un navire de pêche anglais et ses propres inspirations. Son appareil se compose de quelques brins de charpie mêlés à une sorte de mousse mollette et de plusieurs doubles d'écorce de bouleau par le moyen d'une ligne de pêche.

Bien que quelques personnes indiscrètes, en conseillant au père de cet enfant de me l'amener, lui aient donné à entendre qu'il y aurait probablement nécessité d'amputation, le jeune Peters n'en paraît aucunement ému et exprime avec résolution le désir d'être débarrassé de son mal à quelque prix que ce soit, afin de pouvoir assister son père dans quelques-uns de ses travaux de pêche et ses fréquens voyages.

Voici dans quelles conditions se présente la maladie: une plaie oblongue, de 8 centimètres, existe à la partie antérieure de la jambe; les bords en sont déjetés et décollés sur plusieurs points, violacés ou blafards en quelques autres, et laissent à nu la face antérieure de la diaphyse du tibia depuis 4 centimètres environ au-dessous de la tubérosité. L'extrémité de celui-ci est recouverte par la peau intacte; jusque vers la partie la plus inférieure, l'os ne paraît offrir d'autre genre d'altération qu'une coloration brune ou noirâtre assez intense, visible encore, quoiqu'un peu pâlie, sur le fragment qui est joint à cette observation, et que M. le docteur Paléologue veut bien se charger de déposer. Ce n'est qu'à environ 6 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne que le tissu de l'os présente quelques points nécrosés encore adhérens, et les résultats d'une carie qui a réduit la presque totalité de l'épaisseur de l'os en une sorte de vermoulure baignée de pus. L'extrémité malléolaire est, comme la partie supérieure du tibia, recouverte par les tégumens sains, et ne tient au reste du corps de l'os que par une lame de tissu compacte qui a été épargnée par la carie, et forme une sorte de pont. Les articulations du genou et du coudepied sont intactes et libres dans leurs mouvemens, et ne présentent aucune tuméfaction. Les parties molles de la jambe sont légèrement œdématiées; le péroné paraît sain dans toute son étendue, et semble présenter seulement une légère incurvation à convexité externe résultant de la pression du membre sur le sol pendant la marche. Ce n'est que depuis quelques semaines que le jeune Peters, qui observait attentivement les progrès de la destruction de l'os et en redoutait la rupture, a cessé de marcher autrement qu'avec le secours de deux béquilles; jusque-là il ne s'était servi que d'un simple bâton.

Pressé par la nécessité de son retour, Howship me demandait une prompte solution. Mais au lieu de lui conseiller une amputation qui ne me paraissait pas indispensable, je me bornai à proposer à cet homme et au jeune malade la résection, non seulement de la partie inférieure du tibia, mais encore d'enlever toute la partie du corps de l'os mise à découvert, qu'il me semblait impossible de pouvoir se conserver longtemps intacte. L'intégrité parfaite des deux articulations, surtout celle de la partie inférieure voisine du mal, me permettait d'espérer que les deux extrémités de l'os étaient intactes jusqu'à une certaine distance des articulations, et que l'union du corps de celui-ci avec les deux épiphyses ne serait pas encore assez intime pour s'opposer à sa séparation facile d'avec lui, en respectant les parties articulaires et en conservant ainsi la jambe, qui, bien que réduite dans sa charpente au seul péroné, pourrait encore rendre quelques services. Howship me promit donc de revenir dans quelques jours à St-Pierre, et me pria d'obtenir du gouverneur l'autorisation d'y résider pendant l'hiver avec sa famille, pour y faire donner à son fils les soins que nécessitait son état. Cela fut facilement accordé, et dès qu'il fut de retour et établi, je me rendis auprès du malade accompagné de M. Dupuis, chirurgien de la marine, alors employé sous mes ordres, et ce collaborateur voulut bien assurer au jeune malade, pendant le temps nécessaire des pansemens réguliers et méthodiques, par suite desquels l'état de la plaie s'améliora promptement, la suppuration diminua, prit un meilleur aspect; quelques points indurés et les décollemens disparurent. De nombreux détritus osseux furent retirés, et la lame osseuse intacte qui unissait en arrière du point carré le corps de l'os à son extrémité malléolaire fut reconnné suffisamment solide pour permettre des tractions assez fortes. Enfin l'état général du malade était satisfaisant. L'enfant désirait ardemment l'opération, et elle fut pratiquée.

La nécrose et la carie n'avaient, ai-je dit, détruit que quelques parties antérieures et latérales de l'extrémité inférieure de la diaphyse du tibia, et au point correspondant au pont osseux que formait cette lame assez épaisse, il restait un engorgement douloureux; les parties molles étaient irritées, et je résolus de pratiquer la section à la partie moyenne et encore saine du tibia.

A l'aide d'une spatule et de quelques petits coups de bistouri, je parvins aisément à isoler latéralement les bords de la plaie en arrière, dans une étendue suffisante pour introduire l'aiguille mousse qui conduisait une scie à chaîne et contourner ainsi l'os. Seulement, au moment de cette introduction, Peters manifesta la crainte d'éprouver pendant la section de l'os une trop grande douleur; et pour s'assurer de ma véracité, lorsque je l'assurais qu'elle serait très supportable, il me pria de lui en donner la conviction, en promenant quelques traits de scie sur la partie découverte. (Cette trace est marquée sur le fragment de tibia joint à l'observation).

Rassuré par l'absence de douleur, le malade me permit d'agir. Le tibia fut donc scié d'arrière en avant. La mobilité des deux moitiés de l'os me permit de soulever et de détacher entièrement chacune d'elles de la gouttière dans laquelle elles étaient enchâssées, et des tractions modérées, aidées de la dissection de quelques légères adhérences, rendirent facile l'extraction de l'une et de l'autre. Réunies, elles présentaient dans toute son étendue le corps entier du tibia. Comme je l'avais espéré, la lame osseuse que la carie avait épargnée en arrière et en bas suffit pour faciliter l'extraction du fragment inférieur ou de l'extrémité juxta-malléolaire qui resta à sa place, comme à l'autre extrémité de la jambe, la tête du tibia à la sienne. Une seule artériole (la nutricière) fut tordue, et le rapprochement des bords de la plaie suffit pour tarir le léger écoulement de sang auquel donna lieu la division des rameaux de la tibiale antérieure.

Des pansemens appropriés, faits avec soin et intelligence par mon collaborateur, amenèrent dans quelques semaines la guérison de la plaie, et lorsque la cicatrice fut assez affermie, Peters fut apporté par son père à l'hôpital. Je lui appliqnai, depuis le genou compris jusqu'à l'extrémité du membre, un bandage dextriné fortifié de quelques attelles en carton, et lorsque la dessication en fut opérée, le malade rejoignit, en s'aidant du bras de son père, son domicile assez éloigné à travers des rues encombrées de neige. Il me venait visiter deux ou trois fois la semaine, sans autre secours le plus souvent qu'une béquille à main; et lorsque la débâcle vint lui permettre de songer au départ, je le débarrassai de la partie du bandage qui embrassait les articulations du genou et du coude-pied, en lui recommandant de conserver le reste, et de ne pas abuser de l'usage de sa jambe.

Au commencement de l'hiver de 1848, Howship, ayant appris que je devais quitter la colonie, vint me voir avec son fils; il me raconta que, pendant assez longtemps, l'appareil dextriné s'était bien conservé, mais qu'enfin l'humidité, résultant de plusieurs immersions, l'avait en grande partie détruit. Péters s'était fabriqué lui-même, avec un morceau de cuir vert de caribou et une coque d'écorce de bouleau, un appareil solide et résistant, pourvu d'attelles en renfort qui soutenaient en dedans et en dehors sa jambe, et le tout était assujetti par quelques lacets de cuir. Depuis longtemps, il se servait de sa jambe, et il secondait son père dans son rude métier de pêcheur. Sa santé s'était sensiblement raffermie, et sans une diminution dans le volume du membre; une légère claudication, surtout lorsqu'il fatiguait outre mesure sa jambe, une incurvation du péroné un peu plus sensible que celle qui existait avant l'opération, une cicatrice ferme et allongée, étaient la seule trace apparente de cette opération.

— Après la lecture de cette observation, M. Giraldès a fait ressortir, dans une courte analyse, tout ce qu'elle présentait d'intéressant sous le point de vue pratique. Peut-être, a-t-il ajouté, aurait-on pu désirer quelques détails plus circonstanciés; mais si on veut se mettre un instant à la place de notre confrère, isolé dans une station lointaine, chargé de tout le service médical, on verra combien, dans certains momens, il est difficile, au milieu d'un service aussi pénible et aussi actif, de se plier à toutes les exigences scientifiques. Le rapporteur a ensuite exposé les divers titres scientifiques de M. Camescasse, chirurgien de 1re classe de la marine.

Les conclusions de la commission sont les suivantes:

1° Insertion de l'observation dans le compte-rendu des séances;

2° Admission de M. le docteur Camescasse comme membre correspondant.

Ces conclusions ayant été mises aux voix et adoptées, M. Camescasse est nommé membre correspondant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin, par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de la Société de chirurgie, de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris, de la Société académique de Nantes, etc., etc.; recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot, membre de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris et de la Société médicale de Bordeaux. — Ouvrage orné de planches. Première partie, comprenant les affections cancéreuses en général.
1852, chez Labé, libraire de la Faculté, rue de l'École-de-Médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 111. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 16 Septembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 SEPTEMBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE LA CONTAGION DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

Si les adversaires des doctrines professées par M. Ricord ont voulu ménager à notre célèbre syphilographe un succès de plus et un nouveau triomphe, leurs désirs doivent être satisfaits. M. Ricord, que des devoirs professionnels appellent en Allemagne, a été forcé de prendre la parole dans la séance d'hier, et il a su répondre à la générosité de ses contradicteurs par le discours le plus éclatant, le plus fort et le plus spirituel qu'il ait jamais prononcé. On comprend que nous ne puissions que partager la satisfaction universelle provoquée par cette belle oraison. Nous y ajouterons nos remercîmens sincères pour ceux qui ont obligé M. Ricord à descendre une fois encore dans l'arène; on ne prête pas le flanc avec plus de grâce et plus d'abnégation.

Nous n'analyserons pas un discours que nos lecteurs trouveront tout entier dans nos colonnes, moins l'effet et le charme d'une improvisation qui, deux heures durant, a tenu l'assistance constamment en éveil. Nous en prendrons seulement occasion d'une remarque que nous croyons opportune.

M. Ricord a prouvé hier une fois de plus que s'il est possible, avec quelques formes de langage, une certaine habileté de dialectique et un groupement artificiel de faits, de jeter une sorte de trouble dans les esprits sur des questions qui ne sont pas familières au plus grand nombre, il n'appartient qu'à l'étude longue et sérieuse, à la rigoureuse observation mille fois répétée et à l'expérimentation scientifique et sainement interprétée, de parler avec autorité, avec cette éloquence de la conviction qui entraînent les intelligences les plus rebelles. Nos syphilographes d'occasion ont cru qu'il était facile de faire brèche à une doctrine édifiée par vingt-deux ans d'études et de recherches de tous les jours, faites avec une tenue, une constance et un zèle qui seuls pouvaient suffire à conduire à de beaux résultats, alors même qu'ils n'eussent pas été secondés, comme ils l'ont été, par les dons précieux de l'intelligence, ils ont pensé qu'il leur suffisait d'improviser à la hâte quelques objections spécieuses, d'exhiber quelques observations cliniques inexactement interprétées, de faire montre de quelques faits d'expérimentation mal dirigée, mal instituée, et dont on n'a pu tirer que des conséquences erronées pour renverser une doctrine à laquelle se sont ralliés tous les syphilographes qui ont voulu sérieusement l'étudier et la contrôler. Ils doivent voir aujourd'hui que leurs prétentions étaient vaines comme leurs espérances. Ils ont trop tôt perdu le souvenir des résultats d'une première et malheureuse tentative. Dans ce journal même, qui était alors, à leur dire, très libéral, puisqu'il accueillait leurs critiques, ils ont forcé M. Ricord à se défendre et à publier ses mémorables *Lettres sur la Syphilis*. Ils ont trop tôt oublié qu'ayant voulu porter le débat devant la *Société de chirurgie*, ils obligèrent encore M. Ricord à venir s'y défendre et que la victoire ne resta pas précisément de leur côté. Ils ont enfin voulu saisir l'Académie de leur opposition, ils ont encore obligé M. Ricord à y défendre ses convictions et ses doctrines, et nos lecteurs vont juger si cette nouvelle tentative a été plus heureuse que les autres.

Nous appelons surtout l'attention de nos lecteurs sur les conclusions qui terminent le discours de M. Ricord, conclusions aussi sages que prudentes, et qui dissipent pour toujours l'accusation imméritée portée contre le chirurgien de l'hôpital du Midi, d'avoir tyranniquement subordonné ses conseils pratiques à ses convictions scientifiques. M. Ricord a interrogé la nature par l'observation et l'expérience, et l'expérience et l'observation lui ont répondu : non, les accidens secondaires de la syphilis ne sont pas transmissibles. Mais l'expérience et l'observation lui ont appris aussi que le diagnostic différentiel des accidens primitifs et des accidens secondaires est souvent très obscur, très difficile; que, pour l'établir, il faut de toute nécessité recourir à l'expérimentation, et que les exigences de la pratique ne permettent pas toujours de faire la preuve. Aussi, M. Ricord n'a-t-il jamais conseillé les rapports entre une personne saine et une personne infectée d'accidens secondaires; il n'a jamais dit : vous pouvez confier un nourrisson à une nourrice malade; vous pouvez livrer le sein d'une nourrice saine à un enfant malade, si vous n'avez pas pris toutes les précautions possibles, et qu'il a soigneusement indiquées, de vous garantir de toute cause d'erreur.

M. Ricord a dit, et il persiste à dire que si la non-transmissibilité des accidens secondaires est une *loi* scientifique — expression ambitieuse, je l'ai déjà dit, et que je voudrais voir rayer du vocabulaire pathologique — c'est aussi une loi de pratique, de morale et d'humanité, tant qu'un seul doute peut subsister, tant qu'une observation plus longue encore et plus patiente n'aura pas irréfragablement prouvé qu'il n'existe pas d'exception à la loi, de ne pas subordonner la pratique aux conséquences de la science.

Quant à ce qui concerne les applications de la doctrine à la médecine légale, et surtout à la question des nourrices, M. Ricord soutient résolument que l'expert ou l'homme de l'art, appelé en justice, doit hardiment conclure à la non-transmission de la syphilis quand il n'aura rencontré que des accidens secondaires dûment diagnostiqués, rigoureusement suivis dans leur filiation, et expérimentalement démontrés par les procédés d'inoculation.

Nous ne pouvons qu'inviter les adversaires de M. Ricord à bien méditer ces sages conclusions.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 Septembre. — Présidence de M. MOREAU.

La correspondance ne comprend que quelques pièces officielles sans intérêt scientifique, et une note de M. LIÉGEY, de Rambervillers, sur un cas de fièvre intermittente pernicieuse éclampliforme, chez une femme enceinte de huit mois, guérie par les préparations de quinquina, et suivie d'un accouchement spontané. (Com. M. Cazeaux.)

— M. BOUCHARDAT commence la lecture d'un rapport officiel collectif sur les divers remèdes proposés contre la rage.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmissibilité des accidens secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Lagneau.

M. LAGNEAU : La question de la transmissibilité des accidens secondaires est de la plus haute importance, moins encore par la démonstration qui peut résulter de la discussion, au grand profit de la science, que par l'inoculation elle-même, que parce qu'elle constitue la base fondamentale d'une nouvelle doctrine des maladies syphilitiques, dont quelques autres données sont aussi assez vivement controversées, et mérite le plus sérieux examen.

La faculté qu'ont les accidens syphilitiques consécutifs de se transmettre par l'inoculation est incontestable, comme il est avéré et hors de doute aussi, pour les médecins tant soit peu au fait de ce qui a rapport aux affections vénériennes, que, de tout temps ces accidens se sont, dans certaines conditions, montrés contagieux dans les relations sexuelles.

Je m'expliquerai ici sur ce point de doctrine, afin qu'on ne m'attribue pas des opinions trop absolues, trop exclusives. Et d'abord, je conviendrai avec tous les observateurs non prévenus que la contagion de ces accidens, par cela seul qu'ils sont consécutifs, c'est-à-dire qu'ils annoncent une saturation virulente plus ou moins avancée, n'est pas à beaucoup près aussi facile et par conséquent aussi fréquente que lorsqu'il s'agit de symptômes primitifs ou d'invasion. Ceux-ci, en effet, sont plus facilement et plus rarement inoculables, bien que je sois très loin d'accorder même lorsqu'ils se présentent sous forme de chancres, qu'ils le soient toujours et fatalement, ainsi que tendrait à le faire croire l'exposé de la doctrine qui a pris faveur depuis quelques années sous le patronage d'un homme éminent, dont cette première proposition et quelques autres encore qui méritent aussi d'être examinées pourront être réduites à leur juste valeur, sans qu'il perde rien de la haute considération que lui ont justement acquise une foule de travaux importans et l'enseignement clinique qu'il dépense avec une rare distinction.

Cette différence dans le degré d'inoculabilité des produits de ces deux sortes de symptômes s'expliquera aisément aux yeux des partisans tant soit peu physiologistes : pour les accidens consécutifs, dont la plus difficile et la moins fréquente transmission est principalement due au peu de vitalité dont ils sont presque tous le siége, par leur marche chronique enfin; tandis que les accidens primitifs sont toujours plus ou moins inflammatoires et que les matières qu'ils sécrètent sont par conséquent d'une âcreté d'autant plus grande qu'on les observe à un instant plus rapproché de celui de leur apparition.

Depuis l'invasion ou la recrudescence de la syphilis au 15e siècle jusqu'à nos jours, on n'avait jamais douté que les accidens consécutifs ne fussent susceptibles de se transmettre par les rapports sexuels, par la cohabitation. On n'attribuait pas moins de propriétés contagieuses à ces manifestations qu'aux simples accidens primitifs ou d'invasion. Peut-être même a-t-on pu remarquer que quelques écrivains étaient disposés à attribuer une virulence d'autant plus prononcée aux sécrétions provenant de ces symptômes, qu'ils étaient la conséquence d'une infection plus invétérée. C'était une erreur qu'une observation plus attentive a complètement dissipée.

Cette différence dans le degré d'inoculabilité des deux ordres de phénomènes syphilitiques locaux, par suite de rapports sexuels, est encore plus marquée, on doit le reconnaître, lorsqu'on expérimente par le moyen de la lancette. Le chancre primitif récent, principalement, se transmet le plus souvent par cette voie, bien que ce ne soit pas toujours et inévitablement, ainsi que le pense notre savant collègue M. Ricord; tandis qu'il est beaucoup plus ordinaire que l'ulcère consécutif se montre réfractaire à ce mode de transmission artificielle, beaucoup plus réfractaire selon moi qu'il ne l'est dans les rapports sexuels ordinaires. Je suis donc loin d'admettre que ces derniers, les accidens consécutifs, ne puissent être quelquefois inoculés avec un plein succès, ainsi qu'il en existe des exemples, recueillis surtout dans ces derniers temps, c'est-à-dire depuis que l'attention des médecins a été appelée sur ce point de syphilographie par l'importance qu'on a eu la prétention de donner à l'inoculation comme moyen de diagnostic, pratique qui, à mon sens, a plutôt obscurci la question qu'elle ne l'a élucidée.

Les faits auxquels je fais allusion, rapportés par des hommes éclairés, consciencieux et exerçant à de grandes distances les uns des autres, dans des hôpitaux spéciaux, constituent des exceptions d'une grande valeur à la loi posée d'une manière si générale, si absolue et si exclusive pour la théorie nouvelle dont elle est la base fondamentale.

Je passe à l'examen des pensées à l'appui de mon opinion.

La première de ces preuves, et qui n'est pas l'une des moins concluantes, je la trouve complète et avec tous les détails désirables dans le rapport, c'est M. Lidmann qui en offre l'observation. Ce médecin, après avoir pratiqué sur lui-même, de décembre 1850 à janvier 1851, un nombre considérable d'inoculations de pus chancreux, dans le but de se rendre compte des effets d'un traitement par des lotions à l'eau froide, s'inocule la sécrétion, prise sur un ulcère profond de la gorge d'un de ses amis médecins comme lui, dont l'infection avait subi les phases suivantes : affecté d'un chancre induré en arrière de la couronne du gland, qui fut cicatrisé le 17 mai 1851 après un mois de durée et sans qu'il eût fait connaître le mode de traitement qu'il avait suivi; ce malade vit paraître vingt-trois jours après sa guérison apparente une roséole syphylitique accompagnée d'engorgement des ganglions cervicaux, sous-maxillaire et axillaire. Sept jours après l'éruption, apparurent une ulcération profonde à l'une et l'autre amygdales, et presqu'en même temps des fissures à la langue. Ces ulcérations amygdalines avait vingt-deux jours d'existence, lorsque M. le docteur Lidmann s'inocula, à la face interne de l'un des bras, la matière séro-purulante qu'elles sécrétaient. Le onzième jour, à dater de cette insertion, après un temps d'incubation qu'on observe dans la contagion de tous les virus, quoiqu'on ait pu dire le contraire, se manifesta la pustule caractéristique, qui donna lieu à un ulcère qui eut bientôt acquis la dimension d'une pièce d'un franc. Voilà, Messieurs, le fait dans toute sa simplicité. Il importe actuellement de nous rendre compte de la nature précise des ulcérations de la gorge dont l'inoculation a été faite avec un plein succès. Quant à leur origine syphilitique, elle ne peut être douteuse pour personne, reste donc à reconnaître si elles étaient primitives ou consécutives. Selon moi, elles présentaient tous les caractères qui constituent l'accident secondaire ou consécutif, et je n'hésite pas à les placer dans cette catégorie. Ces chancres étaient évidemment consécutifs, e ce qui le prouve, c'est : 1° qu'ils siégeaient à une région où paraissent généralement ces sortes d'accidens, tandis qu'il est presque sans exemple que des chancres s'y développent, ce qui ne pourrait avoir lieu du reste, que pour les cas très exceptionnels dans lesquels le virus aurait été directement porté jusqu'au fond de la gorge, circonstance tout au plus admissible quand le patient est une femme, mais qui ne peut même se supposer lorsqu'il s'agit de l'autre sexe.

J'insiste fortement sur cette dernière considération.

J'ajouterai encore, comme un autre puissant motif de croire, dans l'espèce, à une infection générale, qu'il n'existait pas seulement un ulcère à l'amygdale sur laquelle on a pris le pus inoculé; mais qu'il y en avait un autre tout aussi profond au côté opposé. Et d'ailleurs, les fissures de la langue, symptôme toujours caractéristique d'une syphilis au moins secondaire ne sont-elles pas là pour corroborer mon opinion?

2° Une autre preuve de caractère consécutif des ulcères qui ont fourni la matière inoculée sur M. L..... se trouve dans les précédens mentionnés à l'observation dont vous avez entendu la lecture, et dans

la marche de l'infection chez le malade sur lequel cette matière a été prise. Chez lui, l'absorption virulente a commencé par un chancre induré, bientôt suivi d'une roséole et d'engorgemens ganglionnaires. Elle s'est enfin complétée par les ulcères de l'isthme du gosier et les gerçures de la langue, c'est-à-dire par un ensemble et une succession régulière de phénomènes morbides sur la nature spéciale et la connexité desquels il n'est pas possible d'élever le moindre doute.

Il résulte évidemment de ce qui précède : 1° que les chancres consécutifs sont inoculables, dans des conditions qu'il n'est pas toujours possible, il est vrai, d'apprécier avec précision ; 2° qu'ils ne le sont pas à l'égal des ulcères primitifs.

Le fait de la transmission des accidens secondaires par inoculation doit faire perdre, ce semble, toute confiance dans l'inoculation syphilitique en tant que moyen de diagnostic : car il suffit d'un seul cas bien avéré contraire à ce qu'on s'était promis de cette opération, pour engager le petit nombre de praticiens qui avaient cru un peu légèrement aux avantages qu'on pourrait en tirer, à y renoncer à jamais.

Mais il faut bien le dire, Messieurs, ce fait n'est pas le seul ; il en existe beaucoup d'autres de même nature et de même portée. En France, M. le docteur Vidal de Cassis ; à Hambourg, M. le docteur Simon ; le docteur Valler à Prague, un autre praticien à Vienne, et beaucoup d'autres encore dont les travaux ne nous sont pas encore parvenus, mais dont on connaît déjà les résultats sommaires, ont tous recueilli des faits propres à convaincre les esprits les plus sceptiques de l'inoculabilité des accidens consécutifs de la syphilis.

MM. Ricord, Puche et Cullerier ont, il est vrai, tenté en vain d'inoculer ces accidens. Plusieurs autres praticiens, également dignes de foi, ont fait des essais semblables, et sans plus de succès. Mais ces résultats ne doivent pas surprendre, puisqu'il est admis et bien reconnu que ces symptômes ne se transmettent, tant par le coït que par l'inoculation au moyen de la lancette, qu'avec beaucoup plus de difficulté que ceux primitifs.

D'ailleurs que prouverait cette simple différence dans le degré d'inoculabilité de ces deux ordres de phénomènes syphilitiques ? Rien absolument contre la thèse que je soutiens. Cent inoculations négatives, je me plais à le répéter, ne pourront jamais prévaloir, dans l'importante question qui se discute aujourd'hui, contre un seul fait bien constaté, dans lequel l'opération a eu une incontestable réussite, et à plus forte raison, contre le nombre assez grand de ceux qui ont été bien constatés jusqu'à ce jour, aussi bien en France que dans la plupart des autres contrées scientifiques de l'Europe.

M. Lagneau analyse les observations de MM. Vidal, Cazenave, Richet, Frédérick Simon, Wallace, etc., qui, suivant lui, sont très concluantes pour la solution de la question ; et il termine en ces termes :

Terminerai-je cette revue, déjà trop longue, par vous rappeler tous les motifs de l'opinion que j'ai toujours manifestée à l'endroit de l'inoculation syphilitique, dans quelque intention qu'elle fût recommandée ? Le cri de ma conscience, à ce sujet, a été formulé depuis longtemps et d'une manière assez explicite pour m'en dispenser. L'espèce d'anathème dont cette pratique est aujourd'hui frappée par des hommes d'expérience et d'un grand savoir, me confirmerait, s'il en était besoin, dans une répugnance pour une opération qui n'a plus aucune raison d'être, et surtout plus aucune chance plausible d'être vraiment utile à l'avancement de la science, dès qu'il est admis et bien constaté que d'autres symptômes que le chancre peuvent être transmis par l'inoculation artificielle ; dès qu'il est naturellement et expérimentalement reconnu que le chancre d'invasion, lui-même n'est pas inoculable à toutes ses périodes et dans toutes les conditions de temps et de dispositions individuelles. C'est donc une épreuve sans valeur, sur laquelle il n'est plus permis de compter pour nous édifier sur la nature réelle des ulcères vénériens. On ne sera pas plus heureux par ce nouveau moyen d'investigation, pour ce qui peut concerner les autres symptômes d'infection, tels que blennorrhagie, végétations, excroissances, pustules muqueuses, ecthymateuses et autres. L'incertitude et la perplexité seront encore plus grandes ; car les chances d'erreurs de diagnostic seront et plus faibles et plus nombreuses. Quel que soit le cas dans lequel on puisse y avoir recours, si l'opération n'a qu'un résultat négatif, ce qui est bien démontré par ce qui a été tant de fois observé dans les tentatives de syphilisation au moyen de piqûres multipliées, dont un certain nombre restaient inertes et sans aucune manifestation morbide, on pourra être porté à regarder comme simples des accidens d'origine vraiment syphilitique, et par conséquent être conduit à adopter une thérapeutique contraire ou insuffisante, toujours pleine de dangers pour l'avenir des malades.

Je conclus en déclarant hautement que les accidens consécutifs de la syphilis, secondaires ou autres, sont transmissibles par l'inoculation artificielle, comme ils ont toujours été reconnus l'être par le rapprochement des sexes ; que, dans l'un et l'autre modes de contagion, ils agissent en produisant des accidens vraiment primitifs, qui donnent lieu à l'infection générale, à la manière de tous les autres symptômes d'invasion, en suivant une marche semblable, en général à celle de la vérole causée par le pus provenant du chancre huntérien.

Quant à l'opération elle-même, je serais disposé à l'exonérer d'une partie de la responsabilité qui pèse sur elle, par la bonne intention qui l'a suggérée, et malgré les mécomptes qui en sont résultés, en considération de ce qu'elle nous a fourni la démonstration positive et tout à fait mathématique de cette transmissibilité si controversée, depuis quelque temps, des accidens consécutifs de la maladie vénérienne.

La parole est à M. Ricord.

M. Ricord : Messieurs, je croyais que nous étions loin des temps où la vérole, née de n'importe où, pouvait tout faire, et que ce caméléon de nos pères avait de beaucoup réduit ses couleurs et n'éblouissait plus aujourd'hui que le vulgaire. Je croyais, comme l'a si bien rappelé M. Gibert, qu'on ne s'endormait plus aussi aisément sur le coussin de la paresse, et que les médecins sérieux et consciencieux, ne se contentaient plus d'écrire l'histoire de la science sous la dictée des malades, en acceptant leurs théories, leurs préjugés, leurs erreurs et leurs spéculations.

Je croyais que depuis Alexandre Benedetti, depuis Fernel, depuis Hunter, si nous n'avions pas beaucoup progressé, nous ne devions au moins plus faire de pas en arrière ! Je me suis trompé, et, d'après tout ce que je viens d'entendre et tout ce que j'ai lu dans ces derniers temps, je crains que nous ne revenions aux histoires de Benoit Victori, sauf à admettre les explications de Fallope. Et je ne serais pas étonné que si un jour, M. J. Favre avait à se plaindre contre quelqu'un qui serait accusé d'avoir communiqué la syphilis en parlant à l'oreille d'un de ses amis, il n'obtînt une condamnation, en s'appuyant sur le jugement du Parlement d'Angleterre, dans l'affaire du cardinal Wolsey. Et ceci, Messieurs, n'est pas un hors-d'œuvre ; car, pour prouver que les accidens secondaires sont contagieux, M. Cazenave cite, dans son journal, un jugement d'un tribunal de province, qui a décidé, contrairement à mon opinion, que ces accidens étaient contagieux.

Les sciences médicales sont vraiment malheureuses. Il semble que la précision, le positivisme leur soient interdits. Et cela non seulement par les difficultés qu'elles présentent, mais encore et surtout par le besoin qu'éprouvent certaines personnes à trouver noir ce que d'autres trouvent blanc.

Je pourrais appuyer cette assertion sur des preuves, mais je pense que cela est inutile.

J'arrive au sujet qui nous intéresse tous à un si haut degré, au point de vue de la science pure, de l'hygiène publique et privée, de la médecine légale.

Les accidens de la syphilis constitutionnelle peuvent-ils se transmettre autrement que congénialement ou par hérédité ?

J'ai commencé l'étude des maladies vénériennes sans idées préconçues, sans engagemens pris, sans avoir à subir l'omnipotence d'un maître, sans hérédité scientifique. Libre, j'ai choisi ce qui me paraissait le mieux, et peu satisfait des doctrines généralement admises, et si souvent démenties par les faits bien observés, je me suis non seulement adressé à ces faits *cliniquement*, mais aussi je les ai plus rigoureusement interrogés par l'expérimentation.

La voie était déjà ouverte par un de ceux qui ont placé leur nom le plus haut en syphilographie, par le grand Hunter. Mais tout ce qu'avait annoncé ce maître de l'art, ne me paraissant pas suffisamment démontré, ou appuyé sur des observations assez nombreuses, je crus devoir tout vérifier.

Dès 1832, je démontrai à l'hôpital du Midi, à mes cliniques suivies par beaucoup d'étrangers, par beaucoup d'Anglais ou autres, et bien avant que Wallace n'eût rien enseigné, ni rien écrit à ce sujet :

1° Que le pus du chancre seul, à une période déterminée, était inoculable et susceptible de reproduire le chancre ;

2° Que le bubon d'absorption, suite de chancre non induré, fournissait, comme le chancre, le pus virulent inoculable ;

3° Que le bubon réputé vénérien pouvait ne pas fournir de pus inoculable :

Parce qu'on avait pris le pus phlegmoneux extra-ganglionnaire ;

Parce qu'on avait affaire à un bubon sympathique ;

Parce qu'enfin il s'agissait d'un bubon idiopathique, ce que, par erreur de diagnostic, on appelle encore bubon d'emblée.

4° Que les accidens constitutionnels, secondaires ou tertiaires, n'avaient pas pu être inoculés ;

5° Que les accidens syphilitiques non inoculables ne paraissent pas devoir être contagieux ;

6° Enfin que la blennorrhagie essentielle, non symptomatique du chancre, n'était pas inoculable, c'est-à-dire qu'elle ne pouvait jamais donner lieu au chancre et à ses conséquences.

Tous ceux qui ont loyalement expérimenté, et qui ont su expérimenter, sont arrivés aux mêmes résultats, MM. Puche, de l'hôpital du Midi, Cullerier, à l'hôpital de Lourcine, Baumès et Diday, de Lyon, Venot, de Bordeaux, Thiry, de Bruxelles, Renault, de Toulon, Broussonnet, Serre, de Montpellier, Acton et Méric, en Angleterre, et presque tous les dissidens, qui n'ont eu à m'opposer que des faits exceptionnels.

Je le demande aux hommes sérieux et de bonne foi, à qui j'ai aujourd'hui à répondre, les principes que j'ai posés, ou auxquels je me suis arrêté, ne constituent-ils pas la règle générale, très générale, et les faits contraires ne constituent-ils pas les très rares exceptions ? Vous avez entendu l'honorable M. Lagneau, lui dont l'ouvrage résume, en quelque sorte, les doctrines que j'ai à combattre, il vous l'a plusieurs fois répété. Or, s'il en est ainsi, et personne n'osera dire le contraire, n'est-il pas permis d'admettre que les exceptions peuvent n'être qu'apparentes, et ne tiennent peut-être qu'à une mauvaise observation, à une fausse interprétation des faits. C'est ainsi que j'ai pu ramener à la loi véritable, les blennorrhagies virulentes exceptionnelles de B. Bell, qui s'était tant rapproché de la vérité ; c'est ainsi que, pour les esprits non prévenus, et qui n'ont pas employé leur science et leur intelligence à soutenir, par système, de vieilles erreurs, que la doctrine du bubon d'emblée a cessé d'exister.

Mais ce n'est pas de tout cela dont il s'agit dans la discussion actuelle ; nous n'avons à nous occuper que des accidens secondaires et de leur transmissibilité.

Certes, il faut en convenir, depuis la création de la vérole, les plus anciens ont cru à la propriété contagieuse de ces accidens, dans les différens rapports entre adultes, ou entre les enfans et les nourrices.

Depuis Nicolas Massa, beaucoup de médecins n'ont pas changé d'opinion, et je ne serais pas étonné que l'opposition que j'ai eu l'honneur de soulever, ne nous ramenât plus complètement aux idées du XVe siècle, en posant en principe que les accidens de la syphilis constitutionnelle sont plus souvent et plus fatalement contagieux que les accidens primitifs.

Déjà, vous le savez, et toujours dans ce système d'opposition, n'a-t-on pas osé écrire que la blennorrhagie était l'antécédent le plus fréquent de la syphilis constitutionnelle ?

Mais revenons aux objections sérieuses que font aux principes que je professe mes honorables collègues qui ne représentent ici, à n'en pas douter, que les légitimes intérêts de la science et de l'humanité qui en est la cause finale.

Les accidens secondaires de la syphilis sont contagieux, dit-on, et cela est prouvé cliniquement par l'observation ordinaire et par l'expérimentation. Nous avons des faits, des faits nombreux, me disent mes contradicteurs, et ces faits, on vous les présente comme preuve incontestable de la doctrine qu'ils sont destinés à soutenir.

Ce qui m'étonne d'abord, c'est leur petit nombre, ou la facilité avec laquelle on les accueille, et le sans-gêne avec lequel on nous les donne. On aurait pu en avoir beaucoup plus ; j'en aurais fourni moi-même, si on m'en avait demandé de la même qualité.

Aux faits contradictoires cités, je réponds d'abord, comme je l'ai déjà fait, en répétant qu'ils sont exceptionnels et que ce qui a permis de les admettre, c'est qu'on n'a pas tenu compte de toutes leurs conditions.

Si les accidens secondaires étaient vraiment contagieux, au lieu de former l'exception, ils devraient être la source la plus commune de la propagation de la syphilis.

En effet, si les accidens secondaires ne sont pas aussi fréquens que les accidens primitifs, ils ont un *cours plus libre dans le monde* et permettent des contacts bien plus fréquens, avec bien moins de prévoyance et bien moins de garantie que pour les accidens primitifs. Quel est le médecin, quel est le spécialiste surtout, qui ne voit, tous les jours, des personnes affectées des accidens les plus variés de la syphilis constitutionnelle, ayant souvent pour siége la cavité buccale, vivre dans la plus grande insouciance et ne se gêner en quoi que ce soit, sans jamais rien communiquer. Je connais un confrère qui, depuis 12 ou 15 ans, n'a pas su se débarrasser d'accidens secondaires qui se sont le plus souvent reproduits dans la bouche, et qui a été plus qu'insouciant, plus qu'imprudent, sans avoir jamais rien transmis. Où voit-on dans Paris, dans ce Paris si suspect et si souvent accusé, de ces épidémies fabuleuses dans lesquelles tout un village était infecté par un nourrisson vérolé ? Et cependant certaines maisons de Paris ne sont-elles pas des villages et la vérole y fait-elle défaut ? Non, mais c'est qu'à Paris les *génies* épidémiques de la vérole sont mieux connus que dans les campagnes, où ils se cachent souvent dans une garnison voisine, ou ne quittent pas les villes pour suivre certaines nourrices des amours.

Dans tous les cas, pour savoir si une contagion a été produite par le contact d'accidens secondaires, il faut d'abord, je pense, bien établir qu'on a affaire à des accidens secondaires. Eh bien ! quels sont les élémens d'un diagnostic absolu ? Les antécédens. Mais les antécédens ont-ils la même valeur pour tout le monde ? N'est-il pas un grand nombre de médecins pour lesquels il suffit qu'un malade ait eu une blennorrhagie, à n'importe quelle époque antérieure, pour que tout ce qui va suivre, surtout dans certains siéges et sous certaines formes, soit réputé secondaire.

Dans la syphilis *acquise*, sait-on toujours comment a été contracté l'accident primitif, source de l'infection constitutionnelle. En supposant que les malades n'aient pas intérêt à nous tromper, ce qui n'arrive malheureusement que trop souvent, ont-ils toujours pu apprécier les circonstances dans lesquelles s'est effectuée la contagion, ont-ils pu toujours reconnaître les conditions dans lesquelles se trouvaient les personnes qui les entourent, les objets dont ils se servent ? Les médecins appelés à résoudre ce problème, peuvent-ils constamment se flatter d'avoir trouvé toutes les inconnues et d'arriver à la vérité ? Pour les accidens qui ont des siéges insolites, cela n'est-il pas bien fréquent ? S'il fallait vous rapporter tout ce que j'ai vu dans ce sens, depuis plus de vingt années, sur le plus grand théâtre du monde, ce serait à n'en plus finir, M. le professeur Bouillaud peut se rappeler un malade qui m'a été présenté de sa part par notre jeune collègue des hôpitaux, M. le dr Gubler, et qui portait un chancre induré de la paupière supérieure, bientôt suivi d'accidens constitutionnels. Comment ce malade avait-il été infecté ? Mais la difficulté de savoir le comment et le pourquoi, n'existe pas seulement pour des accidens qui ont des siéges anormaux, excentriques. Sur les organes génitaux même on peut véritablement ignorer la cause d'un accident primitif. M. le professeur Chomel doit se souvenir, à ce sujet, d'un prince étranger, pour lequel nous nous trouvâmes en consultation chez le professeur Marjolin, et qui était porteur d'un chancre induré le mieux caractérisé, et bientôt suivi de toute la séquelle régulière des accidens constitutionnels. Eh bien ! ce malade, garçon, qui ne devait avoir aucun motif de nous tromper, affirmait n'avoir pas eu de rapports, quels qu'ils fussent, depuis un an ! ! ! En présence de faits semblables et si vulgaires, est-il permis, parce que les malades ne savent pas vous mettre sur la voie de la contagion qu'ils ont subie et que vous ne savez pas la trouver, de conclure légèrement, comme l'a fait M. Richet, comme la fait M. Cazenave, comme on l'a surtout fait dans mon voisinage de l'hôpital du midi, que ces accidens devaient être constitutionnels ? Et notez bien que pour certaines personnes qui admettent, en général, la contagion sous le moindre prétexte, il n'est pas besoin d'un autre accident précurseur pour amener l'accident secondaire, celui-ci pouvant être *primitivement secondaire*, ou *secondairement primitif*, dans le langage clair de M. Cazenave.

Mais c'est surtout au point de vue de la syphilis héréditaire et congéniale que la question est le plus ordinairement tranchée. Il suffit, au plus grand nombre des médecins, qu'un homme ait eu une simple blennorrhagie vingt années auparavant, pour que si un enfant qui lui est imputé vient à avoir la syphilis en nourrice, la maladie soit considérée comme héréditaire, et par conséquent secondaire. La morale, la pureté des nourrices, la justice, le veulent ainsi. Toutes choses fort respectables, sans doute, et que personne ne respecte plus que moi, mais qui malheureusement ne sont pas toujours ainsi.

Je n'ai pas à vous dire ici comment les nourrices peuvent être infectées avant ou pendant l'allaitement, comment les enfans peuvent être infectés après la naissance. Eh bien ! lorsqu'il s'est agi du véritable point de départ des deux côtés, nourrices et nourrissons, l'a-t-on bien précisé ? Voyez si cela a été fait dans la fameuse observation de Hunter, qui paraît être une des plus concluantes, et si surtout on l'a fait dans toutes les autres qu'on cite ? Moi, je vous dirai que quand cela a été fait par MM. Cullerier fils, Nonat, Natalis Guillot, Venot, de Bordeaux, Seux, de Marseille, et moi, nous sommes arrivés à d'autres résultats.

Mais toutes les fois qu'on invoque *ces fins de non recevoir*, de cette foule de faits incomplets, souvent ridicules, il semble que les nourrices seules doivent être victimes de ces injustes méfiances et de ces fausses accusations. Mais si, par un examen plus rigoureux, on empêche souvent la fraude et la spéculation, n'arrive-t-on pas aussi à les innocenter souvent de contagions qui leur sont imputées, comme dans l'observation que j'ai autre part citée, et que je vous demande la permission de vous rappeler.

Une jeune femme, accompagnée de son mari beaucoup moins jeune, vint me consulter pour son enfant, qu'elle venait de retirer de nourrice, infecté d'une syphilis constitutionnelle qu'elle accusait la nourrice de lui avoir communiquée. L'enfant était presque couvert d'une syphilide

squammeuse humide; le pourtour de l'anus et des lèvres était le siége de plaques muqueuses exulcérées. L'enfant avait six mois; et, au dire de la nourrice, c'était au bout de six semaines que les premiers accidens s'étaient montrés.

Cependant la mère et le *mari* m'affirmaient n'avoir jamais subi de contagion; et l'examen le plus attentif, ne me fit, en effet, rien découvrir ni d'actuel ni de passé. La nourrice à son tour, examinée avec le plus grand soin, me parut parfaitement saine. Son enfant, qu'elle allaitait en même temps que le nourrisson malade, était très bien portant.

J'étais fort embarrassé dans la recherche de l'origine de la syphilis de cet enfant, quand je reçus, le lendemain, la visite d'un jeune officier de cavalerie qui vint me consulter pour une syphilide palmaire et plantaire dont il était affecté.

Cet officier m'interrogea avec une sollicitude touchante sur la maladie de l'enfant qu'on m'avait présenté la veille, et me fit la confidence de la part qui lui revenait sur cette question; mais comme il ne connaissait pas les lois de l'hérédité, il était surpris d'avoir donné le jour à un enfant malade, attendu, disait-il, qu'il s'était cru guéri, et qu'il n'avait plus aucun symptôme de la maladie, quand il avait eu des rapports avec la dame, qui, du reste, n'avait jamais été malade.

Mais, dira-t-on, si on ignore comment un accident a pu naître, si on ne sait pas s'il est le résultat direct d'une contagion, ou la conséquence d'un état constitutionnel, le siége vous l'indiquera, comme dans le cas de M. Lindman; dans celui de M. Richet, le siége deviendra un signe pathognomonique de la nature primitive, ou secondaire de l'accident que vous aurez à reconnaître. Comme si le siége était circonscrit à certaines régions pour l'accident primitif, et qu'il n'y eût que les accidens secondaires qui eussent un droit de parcours illimité? Quel est le syphilographe, quel est le praticien, qui, devant cette assemblée, oserait me dire qu'il est des régions réfractaires à la contagion, lorsque le pus virulent y est convenablement déposé. Sans doute que certains siéges sont plus fréquemment, beaucoup plus fréquemment affectés que d'autres, mais voilà tout.

Il vous répugne, chez certaines personnes, d'admettre certains modes de contagion, d'accord; mais est-ce là une raison scientifique, et, dans tous les cas, la contagion ne peut-elle avoir lieu que par des procédés immoraux, quand il s'agit surtout de la cavité buccale, comme chez l'ami de M. Lindman? Si les accidens secondaires étaient contagieux, comme vous le dites, cela ne devrait-il pas avoir lieu fréquemment, de la manière la plus honnête, la moins irréprochable?

Mais, ajoute-t-on, si la cause présumée, si le siége ne vous suffisent pas, le nombre des accidens existans doit être pris en très grande considération. Les accidens primitifs sont ordinairement isolés, peu nombreux; tandis que les accidens secondaires sont toujours plus multipliés. M. Lagneau dit cela, lorsqu'il s'agit de la trop fameuse histoire de M. Boudeville; mais il ne me dit plus rien, lorsqu'il s'agit de l'ecthyma isolé de M. Richet, de M. Cazenave, et de Wallace. Pourquoi?

Si je ne suis pas satisfait de tout ce qui précède, on invoque la forme des accidents pour prouver qu'on a bien eu affaire à des accidens secondaires, lorsqu'on a cru à la contagion.

La forme est sans doute si différente dans un grand nombre de cas, entre les accidens primitifs et les accidens secondaires, qu'une erreur de diagnostic est le plus ordinairement impossible. Mais aussi, ce n'est pas dans ces cas qu'on discute; ce n'est qu'alors que les accidens primitifs ressemblent aux accidens secondaires, et cela leur arrive si souvent, qu'on peut se tromper, et qu'on se trompe. La papule, la pustule plate humide, la pustule muqueuse, les plaques muqueuses, les tubercules muqueux, ce groupe si souvent mal apprécié, si superficiellement décrit, et si banalement nommé *condylôme*, ce qui permet d'englober, pour augmenter encore la confusion, différentes variétés de végétations; qu'est-il, quand il constitue vraiment un accident primitif, quand il a été le résultat immédiat d'une contagion, et qu'il a pu être contagieux? Eh bien! n'en déplaise à M. Velpeau, c'est le chancre pour ceux qui ont appris à connaître cette métamorphose de l'ulcère primitif; c'est alors l'*ulcus elevatum*, qui peut présenter encore les traces de ses bords, des restes de sa base, et ses retentissemens obligés dans les ganglions lymphatiques voisins. C'est ce que vous trouvez dans l'observation de M. Boulay, entre autres.

Les signes qui servent à différencier la plaque muqueuse, alors *ulcus elevatum*, qui succède sur place au chancre, des plaques muqueuses nées dans le voisinage, ou à distance, sous l'influence de l'empoisonnement général, ne sont pas toujours faciles à bien reconnaître. Mais je suis convaincu qu'avec un peu d'attention, notre savant collègue, M. Velpeau, pourrait y parvenir.

Bien qu'au moment où l'accident primitif passe à l'état d'accident secondaire sur place, il perde sa faculté de fournir du pus inoculable, il n'est pas indifférent de savoir qu'il a réellement existé quand il s'agit, comme dans les observations de Wallace et de Waller, de personnes qui sont censées s'être contagionnées à l'aide de plaques muqueuse seulement et qu'on observe un certain temps après cette contagion. Je demande pardon de ces petits détails à M. Velpeau, lui ordinairement si précis pour les opinions qu'il défend. Mais si l'on peut confondre et si l'on a souvent confondu les plaques muqueuses avec le chancre, comme l'ont fait MM. Wallace, Waller et Bouley, il est encore plus facile quand le chancre affecte la forme pustuleuse, croûteuse, de confondre celle-ci avec les formes pustuleuses, croûteuses secondaires, ainsi que l'ont fait MM. Cazenave, Richet et l'inoculateur de M. Boudeville. Mais la forme pustuleuse du chancre a été niée, malgré les classiques qui l'ont admise, et, parmi eux, notre collègue M. Lagneau. Que sont, en effet, les pustules d'inoculation artificielles, du pus du chancre sur la peau? Quels noms les dermatologues les plus rigoureux peuvent-ils leur donner, autre que le nom d'ecthyma? Manque-t-il quelque chose à la description qu'ils ont donnée de ce type d'éruption: siége, nombre de pustules, volume, couleur et consistance des croûtes, forme, étendue, profondeur, bords, fond, base, durée des ulcérations, rien ne manque, et si quelques lacunes avaient existé, les excentricités de la syphilisation ne sont-elles pas venues les combler? Eh bien! ce que l'on peut faire, n'en déplaise à notre collègue M. Gibert, les accidens d'une autre contagion, peuvent le réaliser. Mais alors comment différencier l'ecthyma primitif, le chancre cutané, de l'ecthyma secondaire? Demandez-le à ceux qui ont fait des inoculations de prétendus ecthymas secondaires, ou qui en ont produit. Demandez-le à M. Cazenave, qui ne parvient pas toujours, comme vous pouvez le voir dans son livre, à distinguer l'ecthyma syphilitique, en général, de l'ecthyma vulgaire, il vous répondra que l'ecthyma est tantôt un accident syphilitique secondaire et tantôt un accident secondaire primitif, ou constitutionnel; et c'est avec des doctrines comme celles-là qu'on tire les conclusions que vous savez. Quand, cependant, il est si facile de se convaincre de ces vérités cliniques si vulgaires, que deviennent les observations de Wallace, celles de MM. Cazenave, etc.?

Est-on plus avancé pour les formes ulcéreuses? Demandez-le au livre de notre savant collègue M. Lagneau. Quelles sont les différences qu'il appelle les chancres primitifs et les chancres secondaires? Y a-t-il quelques signes fournis par ces ulcérations qui permettent de les différencier en dehors de certaines données plus ou moins rationnelles, plus ou moins trompeuses?

Quelle que soit la forme, si les accidens sont multiples, doivent-ils tous marcher de la même manière et arriver au même terme de leur évolution en même temps? Non, sans doute, et vous pouvez en avoir un exemple dans l'observation de la femme qui a fourni le pus dans l'observation de M. Bouley. Cela est tellement vulgaire, qu'on ose à peine le rappeler.

Des accidens primitifs existans à différens termes de leur évolution, empêchent-ils d'en contracter d'autres qui sont inoculables, quand les premiers auront cessé de l'être? Des accidens secondaires préexistant s'opposeront-ils à la contagion de nouveaux accidens primitifs et de même forme, telle que la pustuleuse? Non, sans doute, l'expérience de tous les jours vous le montre.

Comment distinguerez-vous alors toujours à coup sûr? Que devient la valeur des accidens concomittans au point de vue du diagnostic de l'accident suspect? Quelle est, avec tout cela, la valeur absolue, incontestable de l'observation de M. Lindman, de celle de M. Boudeville? Notre savant collègue, M. Lagneau, en se servant de ces coïncidences souvent trompeuses, n'a-t-il pas un peu oublié ce qu'il a si bien décrit des affections des amygdales à la période à laquelle se trouvait l'ami de M. Lindman?

Avant donc d'affirmer que vous avez affaire à des accidens secondaires contagieux inoculables, commencez par me prouver que votre diagnostic était précis, qu'il était dégagé des causes d'erreur que je vous ai signalées.

Dans une question aussi grave, où, comme vous, je cherche la vérité, permettez-moi de ne pas faire table rase de toutes mes observations personnelles, et de celles recueillies par des hommes aussi consciencieux que vous, devant un nom, quelque respectable qu'il soit, et de me contenter qu'on me dise que tel accident était secondaire parce que M. tel ou tel, qui doit s'y connaître, en a décidé ainsi. Quand nous avons le malade sous les yeux, dans une consultation, sommes-nous toujours d'accord? Les ulcérations du bras de M. de Wels, qui étaient, à mes yeux, *des chancres types*, l'étaient-elles pour M. Velpeau? Et cependant, ici, si l'un de nous deux avait pu se tromper, j'aurais dû, si j'avais été plus systématique que véridique, mettre leur nature en question.

On m'a dit qu'avec toutes *ces fins de non recevoir* je rendais la science impossible. Non, seulement je n'en dissimule pas les difficultés.

Maintenant, en supposant qu'on ait affaire à des accidens secondaires, comment prouve-t-on qu'ils sont contagieux?

1° Par l'observation clinique,

On cite de nombreux exemples d'individus ayant contracté la syphilis à des sources réputées secondaires et ayant même quelquefois vu, comme dans une des observations de Wallace, comme dans un grand nombre d'observations de nourrices et de nourrissons, des accidens d'emblée secondaires, pour premiers résultats de la contagion. Mais, dans ces cas, à quelle époque a-t-on vu les malades, est-ce dans les premiers jours des rapports, en supposant qu'on ait toujours su apprécier la véritable source? Lisez les observations, et vous verrez que ce n'est que très tard, et constamment alors que des accidens secondaires ont eu le temps de se produire, que ces résultats ont été vus.

On a même mieux fait. Dans l'ardeur de trouver que les accidens secondaires étaient contagieux, on n'a plus exigé que ce fussent les parties en contact avec les accidens secondaires qui devinssent malades. Dans les contes des nourrices, vous verrez comme quoi des enfans qui avaient des accidens secondaires aux fesses ou à l'anus, avaient communiqué du mal aux seins des femmes qui leur donnaient à téter, et qui, à leur tour, les communiquaient, par les rapports sexuels, à leur mari. Vous verrez, dans une observation de M. Waller, de Prague, comme quoi une nourrice ainsi infectée, communique des tubercules muqueux seulement à l'anus d'un de ses grands frères. Et tout cela ayant pour caution la pureté, la moralité incontestables des malades, et le profond savoir des observateurs. Ces histoires, en bonne conscience, valent-elles mieux que celles dont M. Richond des Brus se servait pour nier l'existence du virus syphilitique et des maladies vénériennes virulentes?

En opposition à cela, que nous montre l'observation rigoureuse, journalière, dans la pratique privée, dans les hôpitaux, ouverts à tout le monde? Elle vous montre l'accident primitif, le chancre par milliers, comme point de départ régulier de la séquelle syphilitique.

Tout cela est tellement vrai et les faits cliniques contradictoires invoqués ne paraissent pas suffisans à leurs auteurs, ils se sont vus forcés de recourir à l'inoculation artificielle, à l'*ultima ratio*.

Comment, vous qui niez la valeur de l'inoculation artificielle appliquée à l'étude du chancre, vous vous en servez pour prouver que les accidens secondaires sont contagieux, c'est votre meilleur et dernier argument! Vous, Monsieur Cazenave, qui avez écrit ceci: « Que chez un individu affecté de syphilis, toute piqûre, toute plaie pouvait devenir syphilitique, et qu'un pus quelconque pouvait donner lieu à une pustule, » vous vous êtes contenté d'une fausse pustule pour conclure à une inoculation positive!

Et vous tous, qui croyez avoir fait des inoculations positives d'accidens secondaires, vous entendez-vous bien entre vous? Êtes-vous bien d'accord? Nous vous prouverons plus tard que non.

Lorsque j'ai fait mes recherches expérimentales sur la contagion des accidens secondaires, j'ai toujours opéré sur les malades eux-mêmes, et j'ai toujours échoué. Tous ceux qui ont répété mes expériences, ont aussi échoué comme moi. D'où quelques-uns, avec M. Baumès, de Lyon, ont conclu que ce qui n'était pas inoculable, pouvait bien être contagieux. Et d'autres, que ce qui n'était pas inoculable sur le malade lui-même, pouvait l'être sur un autre sujet arrivé à une période plus avancée de la maladie, ou sur un individu sain, et en employant d'autres procédés que ceux que j'avais mis en usage.

Voyons d'abord l'argument qui veut que ce qui ne s'inocule pas, soit contagieux. Sont-ce les faits cliniques, que nous avons déjà examinés, qui le prouveront? Non, sans doute; puisque, pour leur donner de la valeur, on n'a rien trouvé de meilleur que d'appeler l'inoculation à leur aide. Est-ce l'analogie que j'ai entendu invoquer ici, et qui établirait que parce que certaines maladies sont contagieuses, sans être inoculables, celles qui sont inoculables, devraient cesser de l'être pour devenir contagieuses? De ce qu'on n'inocule pas la gale, comme le chancre, s'ensuit-il que les plaques muqueuses sont contagieuses? Le vaccin est-il contagieux, quand il n'est plus inoculable?

Ce que l'art, entouré de toutes les précautions qui doivent assurer le succès est impuissant à produire, les actes physiologiques peuvent y donner lieu! Ce qu'une lancette bien chargée de pus, convenablement insinué dans les tissus ne saurait produire, une pipe, un verre, une cuillère, un baiser plus ou moins rapide, va le déterminer! Le pus fort du chancre a besoin d'une solution de continuité pour agir; le pus faible et modifié des accidens secondaires se fraye lui-même la voie.

Si l'inoculation artificielle manque, si la contagion physiologique fait défaut, on invoque les aptitudes, le manque de prédisposition, et l'on cite les cas dans lesquels des individus se sont exposés à la contagion du chancre, sans s'infecter. Mais s'il est vrai que dans un rapport plus ou moins rapide on puisse échapper à la contagion du chancre, en serait-il de même si ces rapports étaient continus?

Dans tous les cas, lorsqu'il s'agit de la contagion des accidens secondaires, les rapports sont-ils toujours rapides, passagers? Non, sans doute. Je l'ai déjà dit, et surtout quand ces rapports ont lieu entre un nourrisson et sa nourrice, ce sont des mois, une année, et souvent beaucoup plus. Eh bien! j'ai vu les rapports entre un nourrisson et une nourrice saine dans tout ce temps, sans que celle-ci eût jamais rien eu.

Indépendamment des nombreuses observations que j'ai recueillies dans ce sens, alors que j'étais chargé du service des nourrices à l'hôpital des Vénériens, j'en ai vu d'autres aussi concluantes avec M. le docteur Basserau, qui les a consignées dans l'excellent ouvrage qu'il vient de publier sur les syphilides.

Mon bon collègue et ami, M. le docteur Chailly, a vu avec moi un enfant affecté d'accidens syphilitiques secondaires, et entre autres d'ulcérations profondes des lèvres, persistantes, et plus tard d'ulcérations du voile du palais, téter *pendant dix-huit mois* une nourrice qui n'a jamais cessé de jouir de la meilleure santé. Sont-ce là des faits exceptionnels? Demandez-le à M. Natalis Guillot, chargé pendant plusieurs années du service des Enfans-Trouvés; demandez-le à M. Nonat, chargé du service des nourrices de l'administration des hôpitaux; demandez-le à M. Vénot, médecin de l'hôpital des Vénériens de Bordeaux; interrogez M. Rey, ancien médecin de l'hôpital de la Charité de Marseille; M. le docteur Cauvière, et M. Seux, médecin en chef actuel de cet hôpital, qui vient d'envoyer à l'Académie un travail intéressant sur la non-contagion des accidens secondaires; appelez-en au témoignage consciencieux de notre savant confrère M. Cullerier, dont vous avez entendu le remarquable travail qui, basé sur un grand nombre d'observations, conclut à la non-contagion des accidens secondaires, et tous vous diront que c'est la règle générale; ils vous diront que cette innocuité des nourrices n'est pas un fait exceptionnel, car quelques-uns de ces nourrissons infectés ont pu changer plusieurs fois de nourrices, sans qu'aucune d'elles soit devenue malade, comme dans l'observation de M. Seux, de Marseille.

Voici l'observation de M. Seux:

« Le 5 février 1852, entra dans la section d'allaitement un enfant du sexe féminin. La santé ne laissant rien à désirer, au bout de quinze jours, je la fis partir pour la campagne. Elle y fut bientôt atteinte du muguet et d'une ophtalmie double, le premier guérit au bout de huit jours, la seconde au bout d'un mois, à l'aide seulement de soins de propreté. Durant le mois suivant, la petite fille jouit d'une santé parfaite; mais deux mois après son arrivée chez la nourrice, celle-ci s'aperçut de boutons rouges qui se montrèrent sur les fesses, en petit nombre d'abord, puis ils se multiplièrent au point que les fesses et la vulve en furent couverts. Les boutons saignaient et suppuraient. La santé générale de l'enfant étant bonne, la nourrice continua à l'allaiter et se contenta d'employer des soins de propreté.

» Il y avait un mois que cette maladie durait, lorsque désirant savoir ce qu'avait son nourrisson, elle le montra au médecin de la localité, qui ayant diagnostiqué une syphilis constitutionnelle, lui conseilla de sevrer l'enfant et de le nourrir avec du lait de chèvre. Cette femme suivit le conseil et nourrit ainsi l'enfant pendant un mois; mais voyant que la maladie ne cédait pas, elle se décida à le ramener à l'hospice, où elle est arrivée le 21 juin.

» Je tiens ces détails de la femme elle-même, qui a ajouté qu'elle s'était toujours bien portée pendant qu'elle allaitait, et qu'aujourd'hui 21 juin, elle se portait parfaitement bien. En effet, la femme n'a rien sur aucun point du corps, elle est fraîche et alerte; la nourrice qui a allaité l'enfant pendant son séjour à l'hospice jouit aussi d'une bonne santé; et je puis ajouter maintenant, qu'une troisième femme qui a mis plusieurs fois l'enfant au sein, depuis qu'il est retourné malade dans le service, est aussi en très bon état.

» Quant à la petite fille, elle portait sur les fesses et les grandes lèvres, le jour de son retour, une quantité innombrable de tubercules muqueux bien caractérisés, dont quelques-uns étaient en voie de cicatrisation, et d'autres en pleine ulcération.

» Voilà donc un enfant qui, pendant deux mois et demi, n'a présenté aucune manifestation syphilitique, tandis qu'il était atteint de syphilis constitutionnelle congénitale; voilà trois nourrices qui ont allaité cet enfant, l'une d'elles, pendant trois mois, sans contracter aucun mal. »

Cependant, des inoculations d'accidens secondaires ont réussi à inoculer les malades eux-mêmes.

Notre collègue, M. Velpeau, nous a dit que, dans sa jeunesse, à Tours, sous un maître illustre, M. Bretonneau, il avait fait de nombreuses expériences; mais il a oublié de nous dire ce qu'elles étaient, et

quels avaient été leurs résultats. Il ne nous a fait connaître que celles qu'il avait faites depuis sur la végétation, et sur ce qu'il appelle encore des condylômes.

Je ne discuterai pas ici la nature syphilitique des végétations; je ne dirai pas à M. Velpeau que, pour moi, comme pour beaucoup d'autres aujourd'hui, il n'y a rien de moins syphilitique que les végétations; mais quand même elles le seraient, a-t-il bien pu prouver qu'elles étaient contagieuses, par ses trois expériences? Comment! la cause qui les avait fait pousser dans un point, ne pouvait pas les faire pousser dans un autre? Si, quoi qu'en dise M. Velpeau, il voyait autant de végétations à l'hôpital de la Charité, qu'on en peut voir à l'hôpital du Midi, il trouverait des cas innombrables d'individus affectés de phimosis, en même temps que des végétations, et qui n'ont pas toujours, tant s'en faut, les parties opposées affectées. Ce que je dis des végétations, s'applique aux plaques muqueuses, qu'elles siégent d'abord sur un côté du scrotum, ou sur la face interne de la cuisse, qu'elles commencent d'abord par le creux d'une aisselle, et qu'elles finissent par l'autre. L'argument de M. Velpeau ne m'a pas paru sérieux, dans la bouche d'un homme aussi sérieux que lui.

Il est un autre argument de M. Velpeau, qui ne me paraissait plus possible que dans l'ouvrage de M. Cazenave. C'est cette opinion empruntée aux auteurs du siècle dernier qui considéraient l'hérédité comme un fait de contagion, comme la preuve qu'une maladie est contagieuse. J'avoue que j'ai cru, un moment, m'être trompé et avoir mal entendu. Quoi! la syphilis héréditaire est le fait de la contagion, de la part du père? Et par quel procédé? Elle peut l'être aussi par la mère, dans la syphilis congéniale? Est-ce que par hasard, le virus serait versé dans les eaux de l'amnios en substance, pour venir contagionner la peau ou les orifices cutanées du fœtus! Mais les accidens, dans ces cas-là, sont-ils différens de ceux transmis par le père qui ne peut plus rien sur l'œuf fécondé? Quoi, la phthisie, le cancer, la goutte, la folie héréditaire, etc., seraient le fait d'une contagion qui prouverait que ces maladies doivent être contagieuses? Je demande la permission de ne pas m'arrêter à cet argument, et j'aime mieux croire que j'ai mal entendu.

Des inoculateurs après avoir inoculé le malade lui-même, ont inoculé des individus sains, ce qu'ils auraient bien dû se passer de faire, après la première épreuve. Mais que prouve cela aux yeux même de leurs adhérens, qui nient la possibilité d'inoculer les accidens secondaires aux malades eux-mêmes, pour Wallace, pour M. Waller, pour M. Boulay, si ce n'est, ce que nous avons prouvé, que ce devaient être des accidens primitifs, qui se sont conduits chez le malade qui avait fourni le pus, comme chez le malheureux jeune homme auquel ils ont été inoculés à l'hôpital du Midi. A quoi avait-on reconnu qu'il s'agissait d'accidens secondaires? Est-ce à la forme, est-ce au nombre, est-ce au siége? Mais vous savez tout ce que cela vaut. Et, dans tous les cas, depuis que cette observation malheureuse a fait tant de bruit, sans compromettre volontairement la santé de personne, n'aurait-on pas dû en avoir beaucoup d'autres? Un ecthyma secondaire de plus chez un vérolé, peut-il beaucoup aggraver sa position? L'observation de M. Richet rentre dans la même catégorie et n'a pas besoin d'autres commentaires.

Wallace n'a pas pu inoculer les accidens secondaires au malade lui-même; mais il croit les avoir inoculés à un autre malade actuellement affecté d'accidens secondaires. Lisez sérieusement l'observation de Wallace, et voyez comment ont été constatés les accidens auxquels on a emprunté le pus, et ce que pouvaient être les accidens développés sur l'autre malade, déja affecté de symptômes secondaires.

Mais ce que Wallace a tenté vient d'être fait sous mes yeux, à l'hôpital du Midi. M. Lindman qui a eu une syphilis secondaire, et chez lequel les accidens syphilitiques primitifs restent toujours inoculables, s'est inoculé plus de cinquante fois, avec du pus d'accidens secondaires de toutes les variétés possibles, de formes et de siéges, empruntés à autant de malades différens, sans jamais avoir eu de résultat, pas plus qu'avec les vingt inoculations qu'il a tentées avec la sécrétion de son premier chancre induré.

Nous arrivons, maintenant, aux inoculations d'accidens secondaires sur des tertiaires, par la méthode du vésicatoire. Notez-bien que ce sont les physiologistes qui font cela, eux qui vous disent qu'il suffit d'un baiser rapide, peut-être du flair d'un bouquet, comme dans l'anecdote racontée par Petit Radel. Ce sont ceux-là qui croient que les accidens secondaires ne peuvent prendre qu'à l'aide de vésicatoires pansés plusieurs jours de suite avec le pus réputé contagieux! Quel est donc l'acte physiologique qui ressemble à celui-là?

Et puis, oubliant la valeur des causes adjuvantes, les lois de l'évolution des accidens de la syphilis constitutionnelle, comparant les effets d'un vésicatoire irrité à ceux d'un vésicatoire simple; ne tenant aucun compte des recrudescences d'accidens déjà existans, de nouveaux accidens qui marchent malgré les traitemens, qui probablement n'avaient pour mission que de guérir les anciens accidens, sans influencer les nouveaux, ils nous donnent deux observations, celle de l'hôpital du Midi, *mort-née*, et celle de l'hôpital de Lourcine, comme des preuves qui ne permettent plus de contestations. Qu'étaient, après tout, les accidens quils ont produits; étaient-ils des ecthymas vulgaires, des ecthymas syphilitiques primitifs, nés d'accidens secondaires; étaient-ce des ecthymas secondaires d'emblée? Ils auraient bien dû nous faire un diagnostic différentiel. Ah! vous vous contentez de peu, Messieurs, quand il s'agit de vous! Nous avons aussi répété vos expériences, en public, devant de nombreux élèves, en suivant les mêmes procédés, et nous n'avons rien produit; M. Puche, dans le même hôpital, est encore arrivé au même résultat.

Nous voici enfin en présence des faits d'accidens secondaires inoculés à des personnes saines. Ce sont d'abord les observations de Wallace. Les deux premières ont été faites avec du pus d'*un chancre de la verge*, appelé tubercule ulcéré, sans autres preuves (lisez attentivement l'observation), elles ont réussi: cela devait être.

Deux autres, enfin, ont été empruntées à des pustules *dites psydraciées*, sans autres descriptions, et pratiquées sur des malades dont l'analyse laisse presque tout à désirer, comme je l'ai démontré dans mes *Lettres sur la syphilis*.

Voilà le butin si pompeusement étalé de Wallace, et qui ne le cède en rien à celui de M. Waller, de Prague, que j'ai aussi déjà longuement analysé. Sans parler de la manière dont M. Waller a apprécié la source à laquelle il a emprunté le pus à inoculer, on se souvient de cet enfant qu'il inocula à la cuisse à l'aide de ventouses scarifiées, et qui, comme résultat de cette inoculation, vit pousser, en même temps, des tubercules sur la cuisse où on avait pratiqué l'inoculation, et *sur une épaule où on n'avait rien inoculé!!*

Nous avons vu faire aussi des inoculations d'accidens secondaires sur des personnes saines. M. le docteur Rattier, s'étant inoculé du pus qui avait échoué sur le malade, a échoué sur lui. Un élève, M. Sarros, s'est pratiqué 16 inoculations avec du pus d'accidens secondaires, de formes variées et de siéges divers, non inoculables au malade, et les résultats ont été aussi négatifs chez lui. M. Cullerier a répété bien des fois sur lui-même ces expériences et a toujours échoué.

On a parlé de longues incubations dans les expériences faites. Nous avons gardé nos malades assez longtemps pour pouvoir les constater, si elles avaient eu lieu. Il y a au moins quinze ans que M. le docteur Rattier a expérimenté sur lui-même. Il est dans cette enceinte, et a toujours joui de la plus parfaite santé. Du reste, dans le cas de M. Boudeville, qu'a été l'incubation? Et dans les observations de Wallace, est-ce que les quinze ou dix-huit jours que la surface inoculée est restée en suppuration étaient de l'inertie? N'est-il pas plus probable que dans les autres observations on s'est trompé?

Maintenant, Messieurs, je ne veux pas, par pur esprit de système, que les accidens secondaires ne soient ni contagieux, ni inoculables, mais je veux, pour me faire changer d'opinion, qu'on me donne des faits plus probans, car, jusqu'à présent, vous n'avez nullement prouvé, faute de précision dans le diagnostic, que les accidens secondaires fussent contagieux et inoculables.

Dans l'état actuel de la science, et en vue de la difficulté, quelquefois très grande, d'un diagnostic absolu, en vue surtout des opinions dissidentes, je n'ai jamais conseillé, soit dans mes leçons, soit dans mes écrits, de permettre des rapports entre des personnes malades et des personnes saines. Comme aussi, devant un tribunal, je ne crois pas que mes adversaires puissent affirmer que des accidens secondaires ont dû être fatalement contagieux.

C'est en se tenant dans ces sages réserves, qu'on peut satisfaire, autant que la science le permet aujourd'hui, et en attendant mieux, à l'hygiène privée et publique, à la morale et à la loi.

La séance est levée à cinq heures un quart.

PRESSE MÉDICALE.

Revue médico-chirurgicale. — Janvier et Avril 1852.

Sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein (l'écoulement par le mamelon); par le docteur Adolphe PICHARD.

L'auteur, dont l'attention avait été éveillée par un fait observé à la clinique de M. Nélaton, rapporte six cas de tumeurs du sein dans lesquels il a constaté un écoulement par le mamelon. Cet écoulement a varié depuis l'aspect du sang le plus pur, le plus vermeil jusqu'à celui de l'eau claire; très abondant et spontané dans plusieurs exemples, dans quelques autres c'est un suintement, une simple gouttelette qu'on ne fait sortir qu'en pressant le sein. Malgré cette diversité d'aspect, le liquide peut être considéré comme une sécrétion lactiforme, habituellement, mais pas toujours mélangée à une certaine quantité de sang. — Un autre résultat important, c'est que toutes les tumeurs étaient de même nature; on avait affaire à une hypertrophie partielle de la glande mammaire; mais la forme et le degré de la maladie variaient cependant. Le sang a été surtout abondant dans les formes ramollies, avancées, avec commencement de kystes; au contraire la sécrétion laiteuse a dominé dans les formes assez peu avancées, encore dures. Cet écoulement paraît propre à l'hypertrophie mammaires simple; car sur 27 cas de cancer du sein confirmé, examinés pour la plupart au microscope, pas un seul n'a offert d'écoulement par le mamelon. L'auteur résume ainsi son travail: l'écoulement du mamelon est un symptôme fréquent de l'hypertrophie partielle de la mamelle, — et son existence est d'un pronostic favorable dans les tumeurs du sein.

Mémoire sur la déviation latérale du gros orteil; par M. le professeur MALGAIGNE.

La première mention, selon l'auteur, que l'on trouve de cette singulière affection est due à Laforest, pédicure de Louis XVI; dans la planche II de l'*Art de saigner les pieds*, il a figuré un gros orteil tellement incliné en dehors, qu'il va toucher le troisième par dessus le second. Selon lui, cette déviation est propre aux sujets qui ont naturellement le gros orteil plus long que le deuxième, et reconnaît pour cause une chaussure étroite. — M. Millet en a traité avec un peu plus de développement dans son *Manuel d'orthopédie*; il attribue sa déviation le plus souvent à l'usage de chaussures trop étroites, sans mentionner toutefois aucune autre cause; et il ajoute que les femmes sont, probablement à cause de cela, plus sujettes à cette affection que les hommes. — Enfin, récemment M. Broca a lu à la Société de chirurgie un mémoire, analysé par l'UNION MÉDICALE, et ayant pour titre: *des difformités des orteils produites par l'action des chaussures.*

M. Malgaigne qui, dès 1840, avait fait quelques recherches sur ce sujet à l'hospice de Bicêtre, est arrivé à des résultats un peu différens de ceux des auteurs précédemment cités — il a vu bien des sujets qui rapportaient la déviation du gros orteil à l'usage de chaussures trop étroites; mais ce cas lui a paru le plus rare; si la pression mécanique suffisait seule pour la produire, à considérer la forme de nos chaussures habituelles, pas un homme, pas une femme ne pourraient y échapper. La plupart y échappent pourtant; et le pied fût-il serré dans une botte étroite, lorsqu'il en sort en général, les orteils s'étalent facilement sur le sol, sans trace de leur inclinaison artificielle et momentanée. Aussi quoique les malades accusent en général les chaussures, on s'aperçoit par une interrogatoire sévère, que le plus souvent, il existe une cause plus importante. L'auteur cite plusieurs observations dans lesquelles on voit la déviation survenir à la suite d'un durillon, d'une fracture de la jambe, d'un rhumatisme, etc.... Rétraction musculaire primitive suffisante pour distendre le ligament à la longue, ou affaiblissement primitif du ligament qui ne fait plus résistance à l'action musculaire normale, tel est le mécanisme de la déviation; et les chaussures étroites n'agissant que dans la production de l'oignon presqu'au même titre que des chaussures trop larges. Plus tard la persistance de la déviation finit par déterminer la rétraction du muscle, et non pas seulement du muscle, mais du ligament latéral interne; en sorte que le redressement du pied est presque impossible. Plus tard encore, l'irritation de la face interne, qui de la peau avait gagné le ligament, finit aussi par atteindre l'os; et il y a une hypertrophie partielle de la tête du métatarse, qui amène une déformation bien plus irremédiable encore.

VARIÉTÉS.

LES JOUEURS D'ORGUE A LONDRES. — Les administrateurs de la paroisse de St-André-Holborn ont été encore saisis hier de la question des Italiens joueurs d'orgue et de la cruauté de leurs maîtres et logeurs. M. Luccionni a paru pour soutenir la prévention. M. Richard Horn occupe le fauteuil.

M. Luccionni. — J'ai compté, dans la paroisse seule de Saint-André-Holborn, 150 de ces esclaves blancs, âgés de 10 à 40 ans. Au n° 18, Somastreet, Eyre-street-Hill, dans un garni tenu par Louise Bazzini et son frère Dominique Bazzini, 30 à 40 de ces pauvres petits êtres se groupent tous les soirs; ils couchent trois dans un seul lit, dans un état de nudité complète. J'ai visité cet antre avec le sergent de police de la cité, M. Webb, et avec le célèbre Charles Dickens.

N° 26, Eyre-Street-Hill, il existe un autre repaire du même genre. Les hommes et enfans sont des joueurs d'orgues dans les rues; ils montrent des souris blanches, des singes, et ils exécutent des danses grotesques pour le plaisir du public.

A Eyre-Serraie est le dépôt des grosses orgues confiées à 14 ou 16 adultes. A la tête de ce dépôt est Francis Mazine; il y a un autre dépôt chez Francis Raggarti, n° 11, Vinestreet. Là était un prétendu sourd et muet, Italien, dont la police a constaté les infirmités de contrebande. Cet homme couche dans le charbonnier.

M. Day. — Le pseudo sourd-muet est probablement le Caliban de l'établissement? (On rit.)

M. Luccionni. — Ces malheureux font très maigre chère. Leur nourriture est insuffisante. Le matin, une demi-livre de pain avec du thé (une once pour 12 ou 13 individus). Quand à leur traitement médical, voici un certificat qui peut en donner une idée.

« Le présent est à cette fin de certifier que j'ai examiné Pietro Bassi, joueur d'orgue des rues, originaire du canton de Trave, dans le duché de Parme, en Italie. (La plupart viennent du duché de Parme.)

» Ledit Bassi est atteint d'une débilitation générale, avec fièvre, abcès à la poitrine, par suite de l'insuffisance des alimens et du sommeil, et fatigue qu'il éprouve à porter constamment un orgue. Dans l'état actuel de sa santé, il ne peut continuer plus longtemps sans s'exposer au plus grand danger et très probablement à la consomption; il a déjà un rhume très fort. Il est de mon devoir de lui donner le conseil de renoncer à ce genre d'existence le plus tôt possible et de retourner dans sa patrie.

» Signé: F. A. Boggi, chirurgien, ancien officier de santé. Turin, 6, Berwick Street Golden Square. »

Le président. — Produisez-vous des témoins?

M. Luccionni. — Non; il y en a des millions, mais il craignent de se présenter.

M. Pearson. — Dans ces circonstances, je demande l'ajournement. M. Luccionni n'a pas encore assez produit de preuves pour que nous puissions intervenir directement auprès des autorités du duché de Parme. Il ne faut pas attaquer les gens sans avoir des preuves triomphantes. Ces détails, sans doute, sont navrans, mais il faut de la prudence pour ne pas gâter une bonne cause.

Le président. — Je partage entièrement l'avis du préopinant: en conséquence, l'affaire est renvoyée à mercredi pour laisser le temps à M. Luccionni de compléter ses preuves. (*Morning adv.*)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

ÉPIDÉMIES. — Les dernières nouvelles de la Jamaïque portent à 5,000 le nombre des cas de variole et de rougeole qui ont été constatés dans cette île, et dont un grand nombre ont été suivis de mort. Le temps était extrêmement chaud; il n'y avait pas eu de pluie depuis quelque temps, et la détresse de l'agriculture augmentait la terreur causée par la maladie.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — D'après les dernières nouvelles d'Allemagne, il paraîtrait que le choléra règne à Elbing et à Dirschan, ainsi que dans plusieurs villages et villes du cercle d'Elbing; mais le nombre des cas est peu considérable, et l'on espère que le fléau ne se montrera pas avec la même violence qu'à Varsovie et sur la frontière de Pologne. Les dernières nouvelles de Posen, en date du 29 août, portent que sur 72 personnes, 23 mouraient. Une autre lettre de Posen, faisant allusion aux ravages du choléra, signale les parties de la ville les moins aisées et les plus rapprochées d'un marais comme ayant principalement souffert. Dans une rue située ainsi, sur 1,000 habitans 300 ont succombé. La garnison n'a que peu souffert. La maladie règne, d'après les rapports officiels, dans les cinq cercles de la Silésie, mais pas d'une manière alarmante. D'après la *Gazette d'Augsbourg*, des lettres de Trébizonde, en date du 3 août, annoncent que le choléra a paru à Azerbardjan avec la plus grande violence.

Le gouvernement anglais vient de charger les deux surintendans médicaux et inspecteurs du Conseil général de santé, MM. Sutherland et Grainer, de suivre les progrès et la marche du choléra. M. Grainer est en route pour aller observer les progrès du fléau à Magdebourg ou sur d'autres points, dans la direction de Hambourg.

— M. David, qui a présidé la commission internationale sanitaire, doit partir ces jours-ci pour Naples, afin de continuer les négociations pour la ratification du traité dont les bases ont été arrêtées à Paris il y a quelques mois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

PENSÉES D'UN EMBALLEUR, par M. COMMERSON, pour faire suite aux *Maximes* de M. de La Rochefoucault.

Un vol. in-12. Chez Martinon, rue du Coq-St-Honoré. — Prix : 1 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 112. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 18 Septembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements :

1 An. . . . . 32 Fr. :
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 SEPTEMBRE 1852.

LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE.

Au moment où le gouvernement français négocie des traités avec les puissances étrangères, pour garantir les droits de la propriété littéraire et scientifique, et pour détruire la contrefaçon, des entreprises, uniquement fondées sur la contrefaçon, viennent de s'organiser en France contre la presse médicale en particulier.

Des *courtiers d'annonces*, qui n'appartiennent au corps médical par aucun titre, et qui ne lui offrent par conséquent ni garanties, ni responsabilité, viennent de publier des *specimens* de prétendus journaux de médecine, dans lesquels, non contens de se livrer à des allégations mensongères et à des appréciations fausses sur les publications existantes, ils s'emparent encore de leurs travaux.

L'UNION MÉDICALE est décidée à ne pas tolérer plus longtemps cette piraterie scientifique, cette contrefaçon belge à l'intérieur.

Elle déclare que les articles de fond, les travaux originaux, les revues et comptes-rendus cliniques, les feuilletons, et tout article émané soit de ses collaborateurs habituels, soit de ses collaborateurs accidentels, sont sa propriété exclusive, dont elle interdit la reproduction totale ou partielle, sans l'autorisation expresse de son gérant.

Elle déclare, en outre, qu'elle poursuivra devant les tribunaux les journaux qui se livreront à cette reproduction.

Le Gérant de L'UNION MÉDICALE,
Dr G. RICHELOT.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. JOBERT (de Lamballe).

Sommaire. — Rétrécissement de l'urètre. — Infiltration urineuse de la verge, du scrotum et du périnée. — Ponction sus-pubienne. — Gangrène de l'urètre. — Dilatation du canal. — Urétroplastie. — Guérison.

Avant d'exposer les considérations pratiques que M. Jobert (de Lamballe) a présentées sur les solutions de continuité, et les pertes de substance de l'urètre; avant de reproduire le parallèle qu'il a fait des divers procédés autoplastiques propres à les réparer, et des moyens variés qui ont été conseillés pour pénétrer dans la vessie, lorsque la voie naturelle est complètement imperméable; nous donnerons, avec quelques détails, l'observation on ne peut plus intéressante qui a servi de texte à ses réflexions. Exemple frappant d'une des plus graves lésions dont l'appareil urinaire puisse être atteint; cette observation commande d'autant mieux l'attention des praticiens, qu'à côté du mal elle place le remède.

Gauthier (Alexandre), 49 ans, garçon marchand de vins, né à Pouilly (Nièvre), Marié. Salle Saint-Côme, n° 21.

Dès sa naissance, il portait un phimosis qui permettait difficilement au prépuce d'être ramené en arrière du gland; ainsi, plusieurs fois, dans les rapports qu'il avait avec sa femme, eut-il un paraphimosis dont la réduction n'était pas sans difficultés.

Il a toujours eu, même dans son enfance, de la difficulté à uriner.

Il se maria à 22 ans. Dans la première année de son mariage, il sentit dans l'urètre et dans la verge une certaine irritation qui se traduisit par des cuissons en urinant, et par un écoulement de muco-pus qui colorait sa chemise en jaune verdâtre. Le malade crut à un simple échauffement dont il se préoccupa fort peu. Cette blennorrhagie, depuis cette époque, s'est souvent reproduite à la suite d'excès de femme ou de toute autre nature. Il ajoute que la dysurie était en quelque sorte intermittente, et qu'elle devenait très violente, surtout après un écart de régime.

Gauthier raconte que, dans la nuit du 29 février 1852, il fit un excès de femme, et que, le lendemain matin, se présentant pour uriner, il sentit une vive douleur dans l'urètre, qui fut suivie de l'émission de quelques gouttes de sang; il éprouva une grande faiblesse et garda le lit. Dans la journée, il urina un peu, mais avec grandes souffrances. Le 2 mars, il reprit son travail, et, jusqu'[illegible] mars, la miction fut, comme avant, douloureuse et difficile.

Le lundi 8 mars, rétention complète d'urine. Dès ce moment, il s'aperçut d'un gonflement de la verge et du scrotum, qui augmenta beaucoup le jour suivant. A peine suintait-il quelques gouttes d'urine par la verge et par regorgement. Un médecin fut appelé, mais il ne fit rien, et n'essaya pas même d'introduire une sonde dans la vessie.

Le 10 mars, Gauthier entre à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant :

Le scrotum et la verge sont considérablement tuméfiés. La peau est froide et insensible. La verge, énormément gonflée, est dans une position verticale. La face dorsale du prépuce est tellement distendue, que la verge offre une courbure à concavité antérieure. Du muco-pus est sécrété en abondance entre le prépuce et le gland. Le doigt, introduit par l'orifice du prépuce, ne rencontre le gland qu'à une profondeur de plus de 2 centimètres. La face est terreuse. Prostration complète.

Le cathétérisme est impossible, soit avec la sonde d'argent, soit avec celle de gomme élastique. Quand l'instrument arrive sur le point rompu de l'urètre, il s'écoule un peu d'urine, mais il est évident qu'on n'a pas pénétré dans la vessie. Il sort quelques gouttes de sang.

Dans la soirée, le pouls est fort et résistant; une saignée de 350 grammes est pratiquée. (Couenne parfaite.) Lavement émollient.

Une heure après, une bougie conique est introduite dans l'urètre; on croit qu'elle va dans la vessie. Le malade est placé dans un bain. Au bout de dix minutes, il se trouve faible, par l'acuité des douleurs que cause la distension de la poche urinaire; il sort, en effet, une certaine quantité d'urine entre l'urètre et la bougie; le malade est un peu soulagé, mais la vessie est encore distendue, et il est évident que l'urine est sortie par regorgement.

Le 11 mars, M. Jobert retire la bougie, et tente le cathétérisme avec une sonde métallique d'abord, puis avec une bougie olivaire; ces tentatives restent sans résultat.

Afin de dégorger la vessie, et de lever l'étranglement des parties infiltrées, M. Jobert pratique des incisions étendues sur le scrotum, la verge et le périnée. Il sort de ces plaies du sang mêlé d'urine. — Cataplasmes émolliens, bains, diète.

Le 12, la face est terreuse; la vessie ne s'est nullement dégorgée; l'infiltration gagne la région hypogastrique. M. Jobert tente encore deux fois le cathétérisme, mais inutilement. Il pratique alors la ponction sus-pubienne sur la ligne médiane avec un grand trocart courbe, après, toutefois, avoir fait une incision préalable sur la ligne blanche avec un bistouri droit. Il s'écoule une quantité considérable d'urine, et le malade est beaucoup soulagé. La canule, laissée à demeure, donne passage au liquide qui coule sur une gouttière de taffetas gommé, d'où il se rend dans un bassin. Dès ce moment, tous les accidens généraux ont cessé.

Le 13, vomissement pendant la nuit. Les douleurs ont disparu; la face est moins contractée. Le pouls n'est plus fréquent. — Eau de Sedlitz.

Le 17, M. Jobert enlève par les plaies du scrotum de larges lambeaux de tissu cellulaire gangréné.

Le 10, une sonde en gomme élastique remplace la canule dans l'ouverture faite à la vessie par la région hypogastrique, et donne facilement issue à l'urine.

Le 20, la sonde est retirée, et le chirurgien introduit par la plaie une mèche de charpie longue, qui conduit par capillarité l'urine dans un bassin. — Pansement avec la charpie trempée dans la décoction aromatique (thym et sauge).

Cependant, une portion de l'urètre s'était gangrénée, et, l'escarre tombant, il en résulta une perte de substance sus-crotale, à gauche, haute d'environ un pouce et demi, occupant la paroi antérieure du canal, et à travers laquelle on apercevait une grande étendue de la paroi postérieure.

Le 21, épistaxis. Pouls fréquent. — Boisson rafraîchissante.

Le 22, une sonde en gomme élastique est de nouveau placée à demeure dans l'ouverture hypogastrique. Le malade ne mouille pas sous lui.

Le 24, par l'ouverture sus-crotale de l'urètre, M. Jobert introduit une sonde qui pénètre de suite dans la poche urinaire d'avant en arrière. Les plaies se guérissent, elles se couvrent de bourgeons charnus d'un bon aspect. — Même pansement avec la décoction aromatique.

La sonde, qui était dans la plaie faite à l'hypogastre, est retirée le même jour, et la plaie pansée avec du cérat et de la charpie sèche.

Le 26, l'ouverture sus-pubienne se guérit, et ne donne plus passage à l'urine. M. Jobert place une nouvelle sonde dans la vessie, à travers la perte de substance de l'urètre. Pendant plusieurs jours, la sonde a dû être fixée dans la vessie après l'avoir introduite par la fistule. Le gonflement du prépuce et son vice de conformation ne permettaient pas, en effet, d'introduire l'algalie par le méat urinaire; et ce n'est qu'au bout d'un certain laps de temps que M. Jobert a pu faire parvenir la sonde dans toute la longueur du canal, en fixant à l'extrémité libre de cet instrument un fil qui, à l'aide d'un stylet, a été glissé dans la fistule, puis dans la portion de l'urètre qui traverse le gland. En tirant sur le fil qui avait traversé d'arrière en avant le méat urinaire, il fut facile d'entraîner de la sorte la sonde en gomme élastique.

Le 28, la sonde est nettoyée à l'aide d'un mandrin.

Le 29, une sonde nouvelle est introduite, et cette fois le cathétérisme fut pratiqué entièrement d'avant en arrière : le canal est donc rétabli. La plaie de l'hypogastre est presque complètement fermée.

Le 2 avril, la sonde est changée. Les plaies sont toujours pansées avec la décoction aromatique; leur cicatrisation avance; il ne demeure plus que la perte de substance sus-crotale.

Le 10, la plaie de la ponction hypogastrique est tout à fait guérie : la sonde urétrale fonctionne bien.

Le malade subit l'influence épidémique des salles; il a des phénomènes cholériformes assez intenses, diarrhée, coliques, nausées, qui l'abattent complètement. — Eau de riz; lavement pavot, amidon et laudanum.

Jusqu'au 20, ces accidens intestinaux disparaissent, reviennent tour à tour, malgré l'emploi de l'eau de riz, du diascordium, de la décoction blanche, des lavemens de pavot et d'amidon, et de l'opium en lavemens et en pilules.

Le 6 mai, la sonde est changée. M. Jobert ordonne un grand bain.

Enfin, le 14 mai, tous les accidens intestinaux ont cédé, le malade a repris un peu de forces; M. Jobert songe à réparer la perte de substance de l'urètre. Voici quel était alors l'état du malade.

La respiration, la circulation, la digestion se font bien. Quoiqu'encore un peu faible, Gauthier est dans de bonnes conditions pour supporter l'opération. Il n'urine qu'avec la sonde qui est à demeure dans la vessie depuis que le point où l'urètre s'était rompu a pu être franchi. On trouve au périnée, au scrotum et sur les côtés de la verge des cicatrices longitudinales assez profondes, traces des incisions faites pour obtenir le dégorgement des parties. A 3 ou 4 centimètres au-dessus du pubis, on voit une cicatrice longue d'environ un pouce et demi, située sur la ligne médiane; elle est encore rosée; c'est là qu'avait été pratiquée la ponction de la vessie. Sur le côté gauche et en avant de la racine de la verge est une ouverture irrégulièrement quadrilatère, dont les lèvres sont presque complètement cicatrisées. Cette perte de substance considérable existe aux dépens de la paroi antérieure de l'urètre; elle permet d'apercevoir une assez grande portion de la paroi postérieure de ce canal. Elle a un peu moins de 2 centimètres de diamètre.

C'est bien là une de ces fistules immenses, ou plutôt une de ces pertes de substance sus-scrotales si difficiles à guérir, et que l'autoplastie seule peut réparer.

La peau de la verge et celle du scrotum sont tiraillées l'une vers l'autre par le tissu cicatriciel qui les sépare, et au milieu duquel se trouve la perte de substance.

Le scrotum et la verge ayant été préalablement rasés, le malade étant couché sur le dos, les cuisses écartées et un peu relevées, une sonde d'argent est placée dans l'urètre et confiée à un aide, afin de faire saillir la paroi antérieure du canal, et M. Jobert pratiqua l'urétroplastie par le procédé qui lui est propre (autoplastie par déplacement ou par la méthode française).

Raviver toute la circonférence de l'ouverture urétrale, aussi bien en dedans qu'en dehors, rendre saignante la peau de la verge dans une étendue d'un centimètre environ tout autour de la plaie, fut l'affaire d'un instant. Alors, avec un bistouri droit, M. Jobert, par deux incisions verticales et parallèles, taille aux dépens du scrotum, sur la ligne médiane un lambeau quadrilatère d'environ 3 centimètres, qu'il détache en arrière des parties profondes. Ce pont de peau, remonté avec les bourses, vient recouvrir l'ouverture de l'urètre dans toute son étendue. Des points de suture entrecoupés sont appliqués soigneusement, surtout dans les angles de la plaie, là où la réunion est le plus difficile. Une légère compression est établie par le pansement sur cet opercule, et le malade est reporté à son lit. Là, une sonde en gomme élastique est introduite dans l'urètre, et un coussin conique est placé entre les cuisses, afin de soutenir les bourses. Cette dernière condition est indispensable au succès de l'opération, car si l'on abandonnait les bourses à elles-mêmes, elles tirailleraient le lambeau par leur poids, et pourraient déchirer la suture.

Potion calmante, diète.

Le 17. La sonde a parfaitement fonctionné depuis le jour de l'opération; une compresse trempée dans l'eau froide, tel est le pansement. Le dévoiement a reparu cette nuit. Lavement : pavot, amidon et laudanum.

Le 19. Pendant la nuit, la sonde se bouche et l'urine s'accumule dans la vessie; le malade fait demander l'élève de garde et fait tous ses efforts pour empêcher le liquide de sortir par le canal. Craignant qu'il ne survienne un accident en changeant la sonde, l'interne passa un mandrin dans l'algalie, afin de la déboucher. Quelques gouttes d'une urine épaisse et mêlée de pus s'en échappent, mais sans soulager le malade, auquel l'élève conseille d'attendre et de patienter jusqu'à la visite de M. Jobert. Mais, à trois heures du matin, ses forces étaient épuisées, Gauthier ne peut plus contenir son urine dans sa vessie; le liquide passe par l'urètre, et, rompant un point de suture, sort par l'angle inférieur droit de la plaie.

Le 20. A son arrivée, M. Jobert enlève les points de suture et constate que le lambeau adhère complètement dans toute son étendue, excepté dans une très petite portion de l'angle inférieur droit qui s'était rompu la nuit précédente.

Une nouvelle sonde est placée dans la vessie.

Au bout de quelques jours, la sonde fonctionnant bien, on voit que la plaie est solidement réunie partout, et qu'il ne reste que le petit trajet fistuleux dont nous venons de parler. M. Jobert le touche légèrement avec le nitrate d'argent, et établit une compression latérale à l'aide de compresses graduées et d'une petite bande.

La petite plaie qui demeure est pansée avec du cérat simple, d'abord, puis avec de la pommade au minium.

Jusqu'au 15 juillet, la petite fistule est, à diverses reprises, touchée avec le nitrate d'argent, et pansée avec un petit plumasseau de charpie enduite de pommade au minium. La compression latérale est toujours exercée modérément. Une sonde de gomme élastique est toujours à demeure dans la vessie et changée tous les cinq ou six jours environ.

Enfin, le samedi 17 juillet, la fistule semble complètement fermée. La verge du malade étant gonflée sous l'influence du séjour prolongé de la sonde, et aussi de la position qu'elle occupait depuis si longtemps, M. Jobert retire l'algalie, et conseille au malade de se lever afin de prendre des forces. Dès la première fois qu'il urina sans la sonde, il vit que le liquide sortait encore par la petite plaie.

Le 20, le malade se recouche, et une sonde est de nouveau placée à demeure dans la vessie.

Tant que la sonde fonctionne, il ne sort pas une goutte d'urine par la fistule.

Le 24, Gauthier se lève et marche dans les salles; il sort encore à peine quelques gouttes d'urine quand la miction s'opère.

Voici ce que nous a appris un dernier examen fait la veille de sa sortie :

Le malade urine facilement et volontairement : la miction se fait sans douleur; le jet du liquide porte à plus d'un pied devant lui.

On voit encore les cicatrices des incisions faites pour dégorger les tissus infiltrés; ainsi qu'une cicatrice au-dessus du pubis, au lieu où fut pratiquée la ponction hypogastrique.

La verge a repris son volume normal.

A la racine de la verge, un peu au-dessus du scrotum, on voit une cicatrice linéaire représentant trois côtés d'un quadrilatère, dont le quatrième côté se continue avec la peau des bourses. C'est là qu'existait la perte de substance de l'urètre.

A l'angle inférieur droit du lambeau, on aperçoit un petit orifice insignifiant, à peine visible, par lequel s'échappent rarement quelques gouttes d'urine.

La verge est un peu abaissée, un peu tirée en bas par le lambeau : les bourses sont, au contraire, un peu relevées, de manière qu'elles descendent environ à un centimètre et demi moins bas qu'avant.

Le 4 août, le malade sort, non pas complètement guéri, mais à peu près. M. Jobert lui fait comprendre que, dans la salle, il ne peut prendre des forces, et que sous l'influence d'un air meilleur, cette petite fistulette sera promptement fermée.

L'attente du chirurgien ne fut pas trompée : car le mardi 10 août, Gauthier affirme que depuis plus de trois jours il n'a pas perdu une seule goutte d'urine par cette petite plaie.

L'observation que nous venons de rapporter est du plus haut intérêt, et mérite, sous plus d'un rapport, d'attirer l'attention des médecins : aussi tâcherons-nous de faire ressortir quelques-uns des points importans des formidables dégâts que cause l'urine en s'épanchant hors de son réservoir naturel. Nous nous attacherons surtout à la thérapeutique des infiltrations urineuses et des fistules sous-scrotales, qui, comme vous le savez, Messieurs, sont les plus graves de toutes.

Nous ferons remarquer, en passant seulement, que chez notre malade, il y avait dès la jeunesse une grande difficulté à uriner, coïncidant avec un phimosis. Nous avons déjà noté cette coïncidence en parlant des rétrécissemens urétraux. Comme cela arrive souvent, c'est à la suite d'un excès de femme que son urètre se rompit et que l'urine s'infiltra. Chez un autre malade, qui est en ce moment dans les salles (salle St-Côme, nº 13), atteint d'infiltration urineuse et de gangrène très étendue, il y avait aussi un rétrécissement très ancien, qui fut combattu par les incisions : vingt-sept fois cet homme subit l'urétrotomie, et, malgré cela, la coarctation persista; la lumière du canal finit par s'effacer complètement, et l'urètre se rompit au-dessous du rétrécissement, sous l'effort de l'urine qui s'infiltra immédiatement.

Chez le malade qui fait le sujet de cette leçon, la rupture de l'urètre avait eu lieu le 29 février, et ce n'est que le 8 mars, que la rétention d'urine étant complète, l'infiltration commença. Le 11, c'est-à-dire trois jours après, M. Jobert pratique de larges incisions dans l'épaisseur des tissus infiltrés, et cependant une portion de l'urètre a été frappée de gangrène; telle est la violence des dégâts que cause l'urine en s'épanchant dans des tissus qui ne sont pas faits pour subir son contact!

On sait, en effet, que l'urine retenue dans son réservoir, peut être absorbée, et pénétrer l'organisme, qu'elle infecte à la manière des substances vénéneuses absorbables. Vous connaissez les curieuses recherches de MM. Dumas, Prévost, Richerand et Ségalas, qui démontrent clairement que le sang, pour s'épurer, a besoin de se débarrasser de son urée, et que, si l'élimination de ce principe ne peut se faire, l'économie tout entière est empoisonnée. Chez plusieurs malades nous avons observé l'odeur urineuse des sueurs, et de l'air sortant des poumons, une soif très vive, la sécheresse de la langue, le délire, l'agitation extrême, en un mot, tous les symptômes de la fièvre urineuse des anciens auteurs. Dans une de ses lettres, relative aux excrétions supplémentaires de l'évacuation urinaire, Morgagni rapporte nombre de faits très curieux, et entre autres, un jeune homme qui aurait rendu par la bouche, non seulement de la salive ayant l'odeur urineuse, mais, pour ainsi dire, de l'urine même, et en telle quantité, que les joues et les parotides en étaient gonflées. Vallisnieri parle d'une jeune fille qui, atteinte de suppression d'urine, rendit par le vomissement une grande quantité de liquide qui avait l'odeur, la saveur et la couleur de l'urine. Enfin Leviani parle d'une femme de Padoue qui, en vingt-deux mois, ne rendit pas une goutte d'urine, et dont les chemises et la chambre répandaient une forte odeur urineuse.

Voilà assez d'exemples, je crois, Messieurs, pour vous convaincre de l'action délétère de l'urine absorbée.

Notre malade n'avait donc obtenu aucun soulagement; malgré les larges incisions pratiquées sur le scrotum, la verge et le périnée, la vessie était tout aussi distendue, les accidens de résorption toujours les mêmes : il fallait à tout prix vider la vessie. Deux moyens s'offraient alors : 1º pénétrer dans la vessie par la voie naturelle, l'urètre ou 2º par une voie anormale.

Pénétrer par l'urètre était impossible; on en avait malheureusement acquis la certitude. Le chirurgien n'avait donc plus qu'à pratiquer une voie nouvelle à l'urine; or, on pouvait y arriver ou bien par l'urétrotomie, opération toujours difficile en pareil cas, et toujours sérieuse, ou bien en recourant à la ponction de la vessie, seule admissible dans de telles circonstances.

Nous allons donc examiner à quelle espèce de ponction on doit avoir recours.

Vous savez, en effet, Messieurs, que l'on a proposé d'attaquer la vessie par le périnée, le rectum, et enfin par la ligne médiane de la région hypogastrique. Avant d'établir nos préférences sur telle ou telle ponction, exposons succinctement les divers procédés, pour vous en donner une idée.

1º *Par le périnée.* — On a commencé par faire, avec un long scalpel, une incision sur le raphé, à un centimètre au-dessus de l'anus; et l'on pénétrait ainsi à travers l'urètre et la prostate. On comprend qu'on ait pu avoir l'idée d'une semblable opération pour créer un chemin à l'urine, et cela sans doute parce qu'on espérait arriver directement à la vessie : c'est là un détestable procédé, abandonné avec raison, parce qu'il expose à manquer l'organe que l'on veut atteindre, à léser des artères, déchirer l'urètre, la prostate, etc.

C'est pour prévenir de semblables dangers que Dionis conseilla d'attaquer la vessie par le côté du périnée : il substitue la canule au scalpel. Junckers, le premier, employa le trocart, qui fait à la fois la plaie et y laisse son enveloppe, qui sert à l'écoulement de l'urine. Cette opération se fait en plongeant l'instrument entre l'urètre et la branche de l'ischion, et en inclinant un peu sa pointe en dehors pour éviter la prostate. Ce procédé expose à léser les vaisseaux importans, et aussi à manquer la vessie, pour peu que l'on s'écarte de la ligne horizontale, car elle est couverte, en cet endroit, par une grande épaisseur de parties molles.

2º *Au-dessus du pubis.* — On plonge à un pouce et demi au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, un trocart courbe qui pénètre dans la vessie, dans un point assez élevé pour que l'on ne se rapproche pas trop du col vésical. L'instrument doit être dirigé un peu obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. L'honneur de l'invention est dû tout entier au frère Côme, qui pratiqua le premier cette opération en se servant de son instrument.

3º *Par le rectum.* — Fleurant, chirurgien de Lyon, imagina une méthode réunissant les avantages des deux précédentes, sans en avoir les inconvéniens. Il imagina la ponction par l'intestin rectum, avec un trocart plus courbé que celui du frère Côsme, et dont la canule est surmontée d'un bec de cuiller pour faciliter l'écoulement du liquide. L'opérateur introduit un doigt de la main gauche en supination dans le rectum; dès qu'il a dépassé la prostate, il sent la tumeur fluctuante formée par le bas-fond de la vessie. C'est là que de la main droite il plonge son trocart et pénètre d'un seul coup dans la poche urinaire, en traversant le rectum et la partie correspondante de la vessie.

Vous savez, Messieurs, que la ponction a été considérée, à une certaine époque, comme une opération grave, et c'est pour cela que l'on a conseillé de recourir au cathétérisme forcé, qui n'était nullement admissible chez notre malade, et qui l'aurait exposé à des accidens bien plus redoutables que la ponction elle-même, dont nous avons retiré chez lui de grands avantages, ainsi que dans une foule d'autres circonstances. Pour que le cathétérisme de cette nature puisse être pratiqué avec quelque avantage, il faut que le canal soit perméable dans une certaine partie de sa longueur, que la sonde parvienne jusque dans les environs de la prostate, afin, si l'on ne peut vaincre la résistance offerte par l'urètre, de traverser cette glande pour pénétrer dans la vessie. Pour ces raisons, le cathétérisme forcé n'était pas praticable, puisque, en effet, il existait de nombreux rétrécissemens, une rupture de l'urètre à la partie antérieure du scrotum, et une cavité dans laquelle l'instrument se serait inévitablement engagé. Assurément, le cathétérisme de cette nature a été pratiqué par nous avec succès, et nous pourrions citer plus d'un cas pathologique qui démontre la possibilité de la réussite en fabricant une nouvelle voie dans l'épaisseur de la prostate. Plus d'une fois, sur des cadavres, nous avons rencontré un canal parfaitement organisé, creusé dans l'épaisseur de la prostate, et que l'urine pouvait parcourir sans difficulté. Ce nouveau chemin, semblable à une voûte artificielle, est plus facile à établir ici que de fabriquer de toutes pièces un canal dans la région périnéale, lorsque l'urètre a été complètement désorganisé dans cette région. Le nouveau canal creusé dans la prostate ne tend pas, en effet, à revenir sur lui-même comme le canal de nouvelle formation creusé dans les parties molles simplement. La structure différente des tissus rend, du reste, parfaitement compte de la différence des résultats.

Il était donc urgent de chercher à débarrasser le malade de sa rétention d'urine par un autre moyen; c'est pour cela, Messieurs, que je me demandais quel était le meilleur lieu pour percer la vessie; deux voies se présentaient à l'esprit : le rectum et la région hypogastrique.

Il n'y a aucun doute que j'eusse préféré la ponction rectale, si le périnée avait été engorgé, si la prostate n'avait été très volumineuse, et si enfin toute cette partie de la vessie correspondante au rectum n'avait été le siége d'un travail inflammatoire chronique passé à l'état aigu. L'expérience m'a, en effet, appris que cette ponction par le rectum est très facile et innocente pour ainsi dire, mais non pas telle qu'on la pratique et telle qu'on l'a pratiquée. Cette opération, faite avec un gros trocart, expose à des fistules vésico-rectales et à une inflammation vésico-rectale qui peut même devenir diffuse; enfin, si le chirurgien a le malheur de rencontrer les vésicules séminales, il peut en résulter de graves accidens. La lésion du péritoine est encore possible si la pointe de l'instrument est portée trop haut, et la conséquence d'une pareille blessure peut être funeste. Mais si, comme je l'ai fait souvent, et comme un médecin distingué l'a exécuté fréquemment, M. Buret, de Caen, mon ancien ami, on se sert d'un trocart filiforme, on n'a pas à craindre que la lésion des tissus qu'il traverse s'accompagne d'accidens sérieux, ni la formation consécutive d'une fistule; les tissus sont pour ainsi dire écartés comme ferait une aiguille à acupuncture. D'ailleurs, cet instrument ne gêne aucunement le malade par sa présence, et si, par hasard, il se déplaçait, il n'y aurait aucun inconvénient à pratiquer une seconde ponction.

Mais enfin, nous avons dû choisir un autre lieu, et pénétrer dans la vessie au-dessus du pubis. Toutefois, ici, nous nous sommes servi d'un gros trocart courbe, afin de donner une issue facile à l'urine qui remonte contre son propre poids, et qui n'est pas aidée, comme quand on attaque la poche urinaire par sa partie déclive, par l'action de sa pesanteur. On a vu, par la lecture de l'observation, qu'une incision préalable a été pratiquée à la peau, afin d'éviter les douleurs que détermine quelquefois le trocart en enfonçant devant lui la peau qui ne cède que difficilement à sa pression. On a vu aussi que l'urine s'est écoulée facilement par cette nouvelle voie, et qu'il ne s'est déclaré aucun accident d'infiltration ni d'inflammation dans la région que l'instrument avait parcourue.

Ce n'est qu'après le dégorgement complet du scrotum et des parties environnantes, la dilatation de l'urètre et l'introduction d'une algalie en gomme élastique dans la vessie, que nous avons pensé à supprimer la canule et à réparer la perte de substance sus-scrotale.

Il nous reste, Messieurs, à vous dire quelques mots sur l'autoplastie pénienne, et sur les procédés qui, plusieurs fois, m'ont servi à réparer des pertes de substance de l'urètre de plusieurs pouces. Mais, avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis de vous dire que tantôt j'ai réparé la perte de substance en remontant seulement le scrotum détaché en carré, au-devant de la fistule, et tantôt en me servant des restes du scrotum et en détachant la peau du prépuce de la partie interne des cuisses et du pubis. Dans une des planches qui ont été figurées dans l'atlas de mon *Traité de chirurgie plastique*, vous pourrez voir plusieurs figures qui représentent la perte de substance et le rétablissement de l'urètre dans l'étendue de plusieurs pouces, avec des lambeaux pris aux dépens du scrotum, de la cuisse et du prépuce.

C'est en France et en Angleterre que d'abord on songea à réparer les pertes de substance de l'urètre; les premières opérations étant souvent infructueuses, on crut que l'on pourrait les rendre plus sûres en pratiquant la boutonnière, afin de dériver le cours de l'urine et de l'empêcher d'être en contact avec les lèvres de la plaie. Cette vieille opération, employée autrefois par Colot, Ledrau, Chopart, etc., a été conseillée de nouveau dans ces derniers temps.

Les algalies, l'incision, l'excision, la cautérisation et la suture seules auraient été insuffisantes pour guérir la fistule dont notre malade était atteint; c'est à l'autoplastie, aidée des algalies, qu'il fallait recourir, afin d'obtenir l'oblitération sûre et durable de cette grande ouverture.

Disons qu'il faut bien distinguer l'urétroraphie qui ne pouvait ici suffire, dans laquelle on ne fait que rapprocher les deux lèvres d'une fente survenue à l'urètre, de l'urétroplastie dans laquelle on répare une perte de substance à l'aide d'un lambeau pris aux dépens des parties voisines.

Dans un cas de difformité congéniale, Dieffembach eut recours à l'autoplastie; il disséqua latéralement la peau de la face

dorsale de la verge et la tira en bas, de sorte que le prépuce, détaché, vint se placer à la face inférieure de l'organe pour remplacer la paroi inférieure de l'urètre. Son malade guérit.

Le procédé de M. Alliot appartient, comme le précédent, à la méthode française : il consiste à tailler, d'un côté de la perte de substance, un lambeau que l'on porte sur l'autre côté, préalablement ravivé et écorné. Dans l'un et l'autre procédés, le lambeau est maintenu par la suture. Une sonde est placée dans la vessie.

M. Jobert, tout en louant les idées de ses ingénieux et savans confrères, MM. Ricord et Ségalas, qui ont conseillé de pratiquer la boutonnière avant de faire l'autoplastie, pense qu'il vaut mieux s'en abstenir, parce qu'elle est toujours une complication sérieuse. M. Jobert se demande à quel procédé il aura recours en pareille circonstance. Il dit qu'il n'emploiera pas la méthode indienne dont il a fait usage plusieurs fois, en prenant un lambeau à l'aine, aux cuisses ou au ventre, parce que souvent il a vu celui-ci se gangréner au moment même où il paraissait le plus vivant. C'est donc son procédé d'autoplastie par la méthode française, ou par déplacement, que M. Jobert appliquera ici, procédé auquel il doit déjà de nombreux succès. Ce procédé consiste à raviver soigneusement le trajet fistuleux en dedans et en dehors, à rendre saignante une certaine étendue de peau autour de la fistule, et à tailler aux dépens du scrotum un lambeau quadrilatère que l'on glisse au-devant de la fistule, et que l'on maintient par la suture entrecoupée. Une sonde est placée dans la vessie, une légère compression est exercée sur le lambeau par le pansement, et les bourses sont soutenues.

Voici comment M. Jobert explique la préférence qu'il accorde à la méthode française par son procédé : il avait observé que le lambeau formé par le prépuce tiraillait la verge et était le plus souvent trop mince. Pris dans l'aine, à la région pubienne ou à la cuisse, il doit être tordu sur son pédicule, et alors, pendant les grands mouvemens du tronc, il est exposé à des tiraillemens qui peuvent rompre ses adhérences. Le procédé d'autoplastie par déplacement de M. Jobert, soit simple, soit aidé du décollement de tout le scrotum, et même de la peau de l'aine, de la cuisse, des pubis et de la verge, réussit parfaitement, et a permis de réparer des pertes de substance urétrales qui avaient jusqu'à trois pouces de long.

Enfin M. Jobert fait remarquer que jamais il ne pratique l'urétroplastie avant d'avoir complètement dilaté le canal de l'urètre, afin d'assurer par là un écoulement facile au liquide. Et, en effet, en lisant l'observation, on a dû voir qu'à la chute de l'escarre, la partie postérieure de l'urètre étant devenue perméable, le chirurgien a introduit par cette voie une sonde dans la vessie, et que, par un mécanisme fort simple, il a fait passer l'extrémité supérieure de l'algalie par la portion de l'urètre antérieure à la perte de substance ; c'est-à-dire que le cathétérisme a été pratiqué d'abord d'avant en arrière, puis d'arrière en avant. C'est par ce moyen que l'urètre fut rendu perméable dans toute son étendue, et ce n'est que lorsque le canal a été parfaitement et complètement rétabli que M. Jobert a pratiqué l'autoplastie, qui a si bien réussi dans ce cas si grave et si difficile.

THÉRAPEUTIQUE.

GUÉRISON PROMPTE ET SURE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE AVEC LA POMMADE, LES POUDRES, OU LES PILULES FÉBRIFUGES.

Tous le médecins praticiens connaissent le mode de *traitement de l'accès*, et, le plus souvent, dans le *traitement de l'intoxication*, après les moyens accessoires, ils ont recours aux moyens curatifs, qui consistent en préparations diverses de quinquina : de toutes ces préparations, la plus efficace est le sulfate de quinine.

Ce sel agit plus sûrement quand on l'allie à d'*autres médicamens*; et ses efforts sont bien plus sûrs, si l'on varie assez souvent ces *médicamens* pendant tout le traitement de la fièvre intermittente.

Nous affirmons que la fièvre intermittente, sous toutes ses formes, ne peut résister contre nos préparations.

Selon l'état du malade, le médecin aura recours aux différentes préparations suivantes; il pourra, en prescrivant l'usage des poudres fébrifuges, prescrire en même temps la pommade.

Aujourd'hui, tous les médecins savent que les médicamens fébrifuges s'administrent aux malades à dose décroissante, et en en poursuivant l'usage pendant dix, quinze à vingt jours.

POMMADE FÉBRIFUGE.

R. Sulfate de quinine. . . . . 4 grammes.
Dissous avec un excès d'eau de Rabel.
Axonge purifiée et fondue selon notre mode. . . . . 15 grammes.
Mêlez et ajoutez :
Camphre en poudre. . . . . 2 grammes.

Selon l'indication du médecin, on en applique sur l'aine et on frotte, un peu vivement, pendant quelques minutes.

POUDRES FÉBRIFUGES.

Formule N° 1.

R. Sulfate de quinine. . . . . 30 centigrammes.
Dissous avec eau de Rabel. . . . . q. s.
Quinquina rouge en poudre, très fine, de Ménier. . . . . 10 grammes.
Aloës en poudre . . . . 10 centigrammes.
Valériane en poudre . . . . 4 grammes.
Rhubarbe. . . . . 50 centigrammes.

Mettez toutes ces substances ci-dessus dans une bouteille bien sèche, ajoutez :
Eau chaude. . . . . 500 grammes.

Bouchez fortement, agitez : administrez ce lavement encore tiède au malade, après lui avoir préalablement administré un lavement à l'eau tiède; lavement que le malade aura rejeté : de cette façon le malade gardera le lavement fébrifuge autant qu'il le désirera.

On fait usage de ce lavement pendant *quatre jours de suite.*

Formule N° 2.

R. Sulfate de quinine. . . . . 25 centigrammes.
Dissous avec eau de Rabel. . . . . q. s.
Quinquina jaune en poudre. . . . . 10 grammes.
Camomille en poudre. . . . . 4 grammes.

Préparez et administrez comme dans la formule N° 1.

Formule N° 3.

R. Sulfate de quinine. . . . . 20 centigrammes.
Dissous avec eau de Rabel . . . . . q. s.
Quinquina rouge en poudre. . . . . 10 grammes.
Nitrate de potasse. . . . . 40 centigrammes.
Feuilles d'oranger en poudre. . . . 2 grammes.

Préparez et administrez comme dans la formule N° 1.

Formule N° 4.

R. Sulfate de quinine. . . . . 15 centigrammes.
Dissous avec eau de Rabel . . . . . q. s.
Quinquina en poudre rouge. . . . . 8 grammes.
Rhubarbe en poudre . . . . 40 centigrammes.
Aloës en poudre. . . . . 10 centigrammes.
Valériane en poudre. . . . } *aa* 2 grammes.
Camomille *id.* . . . . }

Préparez et administrez comme dans la formule N° 1.

Formule N° 5.

R. Sulfate de quinine. . . . . 10 centigrammes.
Dissous avec eau de Rabel. . . . . . q. s.
Quinquina rouge en poudre. . } *aa* 5 grammes.
Quinquina jaune *id.* . . }
Rhubarbe en poudre . . . . 30 centigrammes.
Camomille en poudre. . . . } *aa* 1 gramme.
Feuilles d'oranger *id.* . . . . }

Préparez et administrez comme dans la formule N° 1.

PILULES FÉBRIFUGES.

Formule N° 1.

R. Sulfate de quinine. . . . . 2 grammes.
Rhubarbe en poudre très fine. . . . 3 grammes.
Extrait aqueux de gentiane . . . . . 2 grammes.
Gomme adragante. . . . . q. s.

M. f. s. a. N° 20 pilules. A prendre *quatre pilules* chaque matin au moment prescrit, en deux fois, à une heure de distance ; on boira chaque fois une verrée de limonade au citron.

Formule N° 2.

R. Sulfate de quinine. . . . 1 gramme 50 centigrammes.
Rhubarbe en poudre. . . 1 gramme 50 centigrammes.
Aloës *id.* . . . 50 centigrammes.
Ext. aqueux de valériane. 2 grammes.
Gomme adragante. . . . q. s.

F. s. a. N° 20 pilules. A prendre aux mêmes doses que dans la formule N° 1. On boira une infusion de camomille.

Formule N° 3.

R. Sulfate de quinine. . . . . 1 gramme.
Rhubarbe en poudre . . . . 1 gramme.
Aloës en poudre . . . . 50 centigrammes.
Extrait de café . . . . 2 grammes.
Gomme adragante . . . . q. s.

F. s. a. N° 20 pilules. A prendre aux mêmes doses que dans la formule N° 1. On boira une infusion de feuilles d'oranger.

Formule N° 4.

R. Sulfate de quinine. . . . . 75 centigrammes.
Rhubarbe en poudre . . . . 1 gramme.
Extrait aqueux de gentiane. } *aa* 1 gramme.
Id. de valériane. . }
Gomme adragante. . . . . q. s.

F. s. a. N° 20 pilules. A prendre aux mêmes doses que dans la formule N° 1. On boira une infusion de thé suisse.

R. Sulfate de quinine. . . . 50 centigrammes.
Rhubarbe en poudre. . . . 1 gramme.
Nitrate de potasse. . . . 1 gramme 50 centigrammes.
Extrait aqueux de café. . . 1 gramme.
Gomme adragante. . . . q. s.

F. s. a. N° 20 pilules. A prendre aux mêmes doses que dans la formule N° 1. On boira deux cuillerées de vin blanc vieux.

L. Garoste, pharmacien.

TOXICOLOGIE.

SUR L'EMPLOI DU CHLORE COMME ANTIDOTE DE LA STRYCHNINE.

(Extrait d'une lettre de M. Bardet à M. Dumas.)

En 1840, je n'étais pas un des élèves les moins assidus à votre fructueux cours de chimie de l'École de médecine, et j'y notais l'effet décomposant du chlore sur la strychnine, que vous nous dites devoir être probablement employé avec succès comme antidote de cette substance.

Pharmacien dans un pays où l'on se débarrasse fréquemment des chiens, où le poison employé toujours est la noix vomique, qui est livrée sans aucune difficulté par les épiciers, j'ai été à même, bien des fois, d'employer le chlore comme contre-poison. Je puis dire que j'ai presque toujours réussi, puisque, en effet, je citerai seize cas de guérison sur vingt chiens empoisonnés auxquels j'ai fait prendre du chlore.

Je vous soumets, Monsieur, le mode d'administration que j'ai toujours employé chez des animaux qui m'étaient le plus souvent apportés après deux ou trois accès tétaniques....

Chlore liquide, 5 grammes; eau distillée, 250 grammes, administrés en une seule fois; dix minutes après, tartre stibié, 5 centigrammes dans six à huit cuillerées d'eau tiède ; aussitôt après le premier vomissement, 4 autres grammes de chlore dans même quantité d'eau distillée; dix minutes après, 5 centigrammes de tartre stibié ; et, après ce vomitif, lait coupé d'eau, le plus possible, pour provoquer de nouveaux vomissemens.

Sur les quatre chiens qui ont succombé, trois n'ont pu vomir; aussitôt que les contractions de l'estomac avaient lieu, un accès tétanique empêchait le vomissement, et, après trois ou quatre efforts inutiles, suivis de tétanos, l'animal succombait.

Je me suis demandé, Monsieur, s'il n'était pas possible, au moyen des frictions de chloroforme, d'arrêter les crises tétaniques. Mais je me demande aussi, en relâchant le système nerveux, cette substance ne paralysera-t-elle pas les contractions de l'estomac, et n'empêchera-t-elle pas, par conséquent, les vomissemens? Car il est un fait certain, c'est que si l'animal ne vomit pas le toxique en excès non absorbé, il succombera, la quantité de chlore employé (5 grammes) étant insuffisante pour sa décomposition totale ; et une trop grande quantité de l'antidote pouvant à son tour devenir poison, ne permet pas d'en employer davantage.

Je citerai le cas d'un petit chien-loup qui, empoisonné deux fois à un an d'intervalle, me fut apporté la dernière fois dans un état tellement désespéré, que je lui administrai une assez grande quantité de chlore étendu, mais au moins double de celle que j'emploie ordinairement; le chien était si raide, avait la langue si noire, que je le croyais mort, et je pris moins de précaution. Après l'administration du vomitif, il se trouva mieux et en revint; mais il lui resta une toux qui dura près de trois mois, et la peau fut teinte en jaune-citron pendant près de six semaines. Pour le premier de ces deux effets, je l'attribue, sans nul doute, au chlore; pour le second, je le crois aussi, mais je vous prierai de me donner votre avis.

Dans la crainte que l'on mette en doute la forte quantité de noix vomique administrée, je citerai à l'appui le fait suivant :

En 1848, après plusieurs cas d'hydrophobie, je fus requis par le maire pour préparer vingt-cinq boulettes, dans lesquelles je fis entrer 15 grammes de noix vomique rapée pour chacune. L'effet toxique était foudroyant, et pourtant sur sept chiens qui me furent apportés à l'instant même de l'administration du poison, six se remirent parfaitement ; le septième, un grand lévrier, mourut ; mais je l'attribue en partie à ce qu'étant méchant, son maître ne m'aidait qu'avec crainte, et l'animal refusa de prendre une partie du chlore.

(*Ann. ch. et physique.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 Septembre 1852. — Présidence de M. Piobert.

M. Remak, de Berlin, lit une note sur le *développement des animaux vertébrés.*

Si l'on considère, dit l'auteur, le rôle que les parties de l'œuf des animaux vertébrés jouent dans les phases de leur développement, on peut en établir deux catégories distinctes : ceux dont l'embryon se forme d'une partie de l'œuf seulement, et ceux dont l'œuf entier se segmente pour se convertir en embryon. La première catégorie aurait son type dans l'œuf des oiseaux, la seconde dans celui des batraciens.

Le germe de l'œuf des oiseaux est, comme on le sait, aplati, et il forme le tube alimentaire et les parois du corps de l'embryon en se repliant par en bas. D'après les observations de M. Remak, déjà publiées dans son ouvrage d'embryogénie, il y a trois feuillets dans le blastoderme de l'oiseau.

Le feuillet supérieur serait, suivant lui, le feuillet *sensoriel*, parce ce qu'il sert à la formation des organes des sens et de leurs centres nerveux. C'est, en effet, de l'axe de ce feuillet que se forme le tube médullaire, c'est-à-dire les rudimens de la moelle épinière et du cerveau, et c'est du cerveau que pousse la vésicule ophthalmique, qui devient plus tard le nerf optique, la rétine et la choroïde. La lentille pour l'œil et le labyrinthe pour l'oreille, se détachent, sous forme de vésicules utriculeuse, de la partie périphérique du feuillet supérieur. Cette partie envoie aussi des prolongemens utriculeux dans le feuillet moyen pour fermer les cavités de l'olfaction et de la dégustation, et les tapisser d'une couche celluleuse épithéliale. Le reste de la partie périphérique du feuillet supérieur, que l'auteur nomme feuillet *corné*, revêt les organes du tact en donnant aussi les plumes chez les oiseaux, les poils et les glandes cutanées chez les mammifères.

Le feuillet moyen serait le feuillet *motoriel*, parce que sa destination et sa propriété spéciales, qui manquent aux autres feuillets, c'est de fournir les muscles tant volontaires qu'involontaires. La partie de ce feuillet correspondant à l'axe cérébro-spinal, contient les rudimens de la colonne vertébrale et des côtes. Les vertèbres primitives donnent d'abord naissance à de grands ganglions et aux nerfs spinaux, ensuite aux muscles et aux os du rachis et aux parois costales. Les deux lames latérales contiguës à l'axe cérébro-spinal se séparent, en effet, en deux couches : la couche supérieure se réunissant avec les produits des vertèbres primitives et avec le feuillet corné, forme les parois thoraciques et abdominales, ainsi que les membres. La couche inférieure (la lame intestinale) sert surtout à former la couche musculeuse du tube alimentaire ; c'est elle qui engendre les rudimens du cœur et des vaisseaux primitifs ; de là son nom de feuillet vasculaire. Au moyen des lames médianes ou mésentériques, d'où sortent aussi les organes génitaux, elle passe dans la couche supérieure ou animale. La cavité formée par la séparation des lames latérales est la cavité séreuse ou pleuro-péritonéale du feuillet moyen ; on voit sortir encore, outre les nerfs spinaux, les quatre groupes ou systèmes de nerfs viscéraux, dont l'auteur a déjà entretenu l'Académie, et qui se trouvent décrits dans son ouvrage sur les nerfs intestinaux.

Le feuillet inférieur lui semble mériter le nom de *trophique* ou *nu-*

tritif. Il sert surtout à former dans le canal alimentaire la couche celluleuse épithéliale dépourvue de nerfs et de vaisseaux, tandis que les parois externes et musculeuses proviennent de la lame intestinale, c'est-à-dire du feuillet moyen.

D'après M. Remak, le feuillet inférieur, qu'il appelle encore *glandulaire*, enverrait aussi des prolongemens utriculeux, pour former le parenchyme cellaleux du foie, du pancréas, des veines et des petites glandes intestinales, ainsi que l'épithélium des poumons. De la partie pharyngienne de ce feuillet se détachent aussi la glande thyroïde et le thymus. Les enveloppes de toutes les glandes, dès qu'elles sont pourvues de vaisseaux et de nerfs, proviennent de la couche externe de tube alimentaire. Ce plan de développement, d'après l'auteur, se trouverait être le même chez les reptiles, les mammifères et même les batraciens.

TRIBUNAUX.

Tribunal correctionnel de Versailles. — Audience du 8 septembre.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE ; — VENTE DE REMÈDES SECRETS ; — LE MENUISIER DE VIROFLAY ; — SPÉCIFIQUE CONTRE L'HYDROPHOBIE.

Le 10 juin dernier, à Paris, plusieurs sergens de ville poursuivaient un petit chien qu'on disait atteint de la rage, et ils parvenaient à l'atteindre et à le tuer dans l'École militaire. Malheureusement, ce chien avait mordu à la main une jeune fille de quatre ans et demi, Caroline Demanet, qui jouait devant la porte de son père, avenue de Breteuil.

M. Demanet conduisit immédiatement sa fille à l'hospice des Enfans-Malades, rue de Sèvres, et la plaie fut cautérisée avec un fer rouge, puis, sur la recommandation de ses voisins, Demanet conduisit son enfant à Viroflay, chez un menuisier nommé Moufle, dont la famille, depuis deux cents ans, prétend posséder un spécifique infaillible contre la rage.

Ce docteur d'une singulière espèce commença, ainsi que le font les véritables docteurs, par désapprouver le traitement qu'on avait suivi avant de le consulter, regrettant qu'on ait cautérisé l'enfant, et soutenant qu'il aurait été plus certain de la guérir sans ce procédé. Cependant, comme la morsure était récente, il rassura le pauvre père, et lui promit qu'il sauverait l'enfant. Après une si belle parole, Moufle aborda la question d'argent et demanda 30 fr. à M. Demanet, qui consentit à lui en donner 25. Moufle, alors, commença par gratter la plaie et la lava avec un liquide dont il remit une bouteille à Demanet, afin qu'en fît boire à la malade, et il lui dit de revenir trois jours après.

Ce breuvage détermina chez l'enfant une inflammation excessive qui l'empêchait de boire, de manger, et fit naître des cloques douloureuses à la bouche et sur tout le visage; toutefois ces symptômes disparurent après quatre ou cinq jours. Au bout de neuf jours, la jeune Demanet reprit ses habitudes ordinaires, et Moufle substitua aux breuvages de simples lotions de guimauve sur la plaie qui n'était pas encore cicatrisée. Mais le 17 juillet, la malheureuse enfant fut prise d'accès d'hydrophobie auxquels elle succomba trois jours plus tard.

Comme le menuisier n'a point de diplôme, il dut rendre compte de ces faits à la justice, qui déjà cent fois l'a contrarié dans le débit de son prétendu spécifique. Sa femme, qui tient ce débit, est également prévenue.

L'accusé est un petit homme haut en couleur, qui se tourne vers sa femme avec une respctueuse déférence toutes les fois qu'il a une réponse à faire.

Il déclare s'appeler François Moufle, être âgé de 67 ans, demeurer à Viroflay.

M. le Président. — Quelle est votre profession ?

Le prévenu. — Je ne suis pas médecin, mais j'ai de père en fils dans ma famille un secret pour préserver de la rage ceux qui ont été mordus. Lorsque quelqu'un vient me consulter chez moi, je ne peux pas lui refuser mes soins, et je donne mon remède.

M. le Président. — Vous le vendez, vous voulez dire.

Le prévenu. — Je ne fixe de prix à personne ; ceux qui veulent me donner me donnent à leur générosité ; on me donne ce qu'on veut.

M. le Président. — Malgré votre remède, ou plutôt à cause de votre remède, l'enfant est décédé.

Le prévenu, avec un aplomb imperturbable, — C'est qu'elle n'a pas bu assez. Elle n'en a pris que deux cuillerées le jour où on me l'a amenée. J'avais proposé au père de prendre la petite chez moi, pour être sûr de la guérison, mais il n'a pas voulu.

Moufle paraît enchanté de l'argument; par malheur, un témoin, la femme Desnault, se charge de prouver que le menuisier de Viroflay ne guérit pas plus à domicile qu'en ville.

Cette femme avait une chienne qui a été mordue le même jour et par le même chien que la jeune Desmanet, et elle aussi avait été trouver le père Moufle; et, pour plus de sécurité, elle avait amené une autre chienne qui n'avait point été mordue. Le prix débattu et convenu pour la cure des deux chiennes de la femme Desnault, fut fixé à 25 fr., qu'elle paya d'avance. Moufle garda les deux animaux pendant neuf jours, les rendit ensuite à leur maîtresse, en lui garantissant qu'elle n'avait rien à craindre, ce qui n'empêcha pas la chienne mordue de devenir bientôt hydrophobe. L'autre n'a point été malade. Mme Desnault a réclamé à Moufle une partie du prix payé, et Moufle a consenti à rembourser 12 fr. 50 cent.

« Votre chienne est morte parce qu'elle a été empoisonnée, répond Moufle à la femme Desnault. — Laisse donc, laisse donc, lui dit sa femme en le poussant du coude. — On n'a pas donné mon remède à l'enfant. »

La femme Moufle est forcée de convenir qu'elle a aussi donné des soins et distribué des breuvages.

M. Lambinet, juge-suppléant, soutient la prévention, et insiste pour une condamnation sévère.

Malgré les efforts de Me Garnier, leur défenseur, le Tribunal, faisant aux prévenus application des articles 35, loi du 19 ventôse, et 36, loi du 21 germinal an XI, et la loi du 29 pluviôse an XIII, condamne la femme Moufle en 25 fr. d'amende, et Moufle en 200 fr. d'amende et six jours jours de prison. (*Gazette des Tribunaux.*)

ASSASSINAT DU DOCTEUR LECLERCQ, DE HAL.

Voici les détails donnés par l'*Indépendance belge* sur cet événement :

« L'assassin est un nommé Paul Neunez, âgé de 26 ans, fils du maître de poste du hameau de la Janette sous Rebecq-Rognon, entre Tubise et Braine-le-Comte.

» Neunez était depuis plus de deux ans l'un des cliens de M. Leclercq, qui lui avait donné des soins pour le guérir d'une affection cérébrale, dont l'assassin paraît encore atteint; dès cette époque, il se plaignait vivement en toute occasion de l'indiscrétion du docteur qui avait, disait-il, répandu le bruit qu'il était fou et porté ainsi atteinte à sa réputation.

» En effet, en maintes occasions, M. Leclercq avait dit à la mère Neunez, en parlant de son fils : « Prenez garde, le pauvre garçon a quelque chose de dérangé dans la tête; il faut le surveiller de près. » Furieux d'être regardé par ses camarades de la Janette comme aliéné, Neunez en conçut pour le docteur une haine si violente, que, résolu d'attenter à sa vie, il se rendit, inquiet, agité, le dimanche 15 août, à Bruxelles, pour s'y procurer des armes; il acheta un pistolet à deux coups chez l'armurier Mangeot, au passage St-Hubert, pour le prix de 15 fr.; et, comme ce genre de pistolet se chargeait par la culasse au moyen d'un mécanisme qui lui était inconnu, il le fit charger à balle par le sieur Mangeot et se munit encore de quatre autres balles de plomb et d'une petite quantité de poudre.

» Il attendait alors l'anniversaire de la kermesse pour mettre à exécution le sinistre projet qu'il avait formé. Le lundi 6 septembre, il se rendit à Hal, au bal du Casino, où on lui avait assuré que le docteur se trouverait, et où il l'aurait frappé au milieu de la salle, pour ne pas, a-t-il dit depuis aux magistrats instructeurs, mettre le malheur dans sa maison en le tuant chez lui. Il rôda ainsi dans le bal pendant toute la nuit, attendant sa victime. Et cependant il dansait, buvait et était joyeux, comme si rien ne devait se passer.

» M. Leclercq ne s'était pas rendu au Casino, et Neunez fut obligé de retarder ses projets homicides.

» Hier matin, vers trois heures, d'après son propre aveu, il se leva après une longue nuit d'insomnie dans laquelle il avait de nouveau résolu fermement la mort de M. Leclercq, déjeûna, monta à cheval sans rien dire chez lui et se rendit à Hal, où il arriva à cinq heures et demie. Il avait dans une des poches de son paletot, caché sous sa blouse, le pistolet encore tout chargé qu'il avait acheté trois semaines auparavant.

» Son intention, cette fois, était d'aller attendre M. Leclercq sous le porche de l'église et de le tuer au moment où il arriverait pour assister aux offices du dimanche. Neunez entra dans une boutique de liqueurs, tenue en face de l'église par le sieur Gilles Vanstalle, auprès de qui il s'enquit de l'heure à laquelle M. Leclercq se rendait habituellement à la messe. Sur la réponse qui lui fut faite que M. Leclercq n'y allait pas d'ordinaire, Neunez dit : « Tant pis pour lui, il faut que j'aille le trouver chez sa femme alors. »

» En effet, il se rendit directement au domicile de M. Leclercq, qui habite rue de Sainte-Catherine; introduit par le domestique et par Mme Leclercq, il attendit un instant la venue du docteur, causant indifféremment de choses et d'autres avec la malheureuse femme qu'il allait plonger de sangfroid dans une si affreuse désolation.

» Le docteur descendit peu après, et reconnaissant son client : « Ah ! c'est vous, Paul ! dit-il, quelle bonne nouvelle apportez-vous ? » — Une bonne pour vous, Monsieur, c'est que je suis encore malade. — Voyons, dit le docteur. » Et on les laissa seuls; la consultation fut courte. Au moment où l'infortuné docteur s'asseyait près d'une table placée dans un coin du cabinet pour formuler une prescription, Neunez s'approcha doucement de lui, et, lui plaçant son pistolet sous l'oreille gauche, à côté de la mâchoire, tira presque à bout portant.

» La balle traversa toute la tête, et alla se loger dans la pommette droite, qu'elle brisa à l'intérieur.

» Frappé mortellement, et vomissant le sang, par la bouche, le nez, les yeux et par l'horrible blessure qu'il avait à la tête, le docteur se releva subitement et se précipita sur son assassin qu'il couvrit de sang; une espèce de lutte, qui ne dura guère plus de cinq secondes, s'établit entre la victime et l'assassin, qui parvint facilement à se dégager de l'étreinte du mourant, et sortit de la maison avant que les domestiques eussent le temps d'accourir au bruit de la détonation de l'arme.

» Neunez courut alors directement à l'auberge des Trois-Fontaines, établie en face de l'habitation du sieur Leclercq, où l'hôtesse recula d'épouvante à la vue du sang dont il était couvert. « Ce n'est rien, dit-il, c'est le sang de ce j... f..... de Leclercq. Je l'ai tué; donnez-moi de l'eau pour me laver, afin que j'aille me constituer prisonnier à la gendarmerie. » En effet, il sortit bientôt de l'auberge pour se rendre à la prison; mais M. Van Nimmen, commissaire de police de Hal, averti du crime qui venait de se commettre et de l'endroit où se trouvait l'assassin, l'arrêta à sa sortie de l'estaminet, et lui ayant demandé si c'était lui l'assassin de Leclercq, Neunez répondit : « Qu'oui que c'est moi, car j'espère bien qu'il est mort, car sans cela ce me serait un regret bien vif, d'autant plus qu'étant en prison, je ne pourrais plus retourner pour l'achever. — Mais, malheureux, lui dit le commissaire, avez-vous bien pensé aux conséquences de ce crime pour vous et pour cette malheureuse famille, pour Mme Leclercq, à qui vous ne pouvez en vouloir ? — C'est vrai, dit-il, ça me fait de la peine pour cette pauvre femme; aussi, comme je suis riche, si on ne me guillotine, je la ferai mon héritière. »

» C'est dans ces dispositions, avec ce sangfroid, qu'il est entré dans tous les détails du crime et des raisons qui, d'après lui, l'ont motivé. Il fut conduit provisoirement à la prison de Hal jusqu'à l'arrivée des agents du parquet que M. Van Nimmen avait fait prévenir.

» Cependant l'infortuné Leclercq, après avoir reçu le coup fatal et avoir tenté de se jeter sur son meurtrier par un mouvement instinctif, était allé, aveuglé par le sang qui lui couvrait la figure, hors de lui, expirant, heurter de droite et de gauche les murs de son cabinet, puis il en sortit en se débattant dans les douleurs de l'agonie et alla tomber sur le seuil de la porte de la salle à manger, le corps renversé en arrière et à demi penché sur une banquette qui se trouve dans le jardin contre le mur.

» C'est là que sa femme, qui était accourue au bruit, le trouva; à demi folle de douleur et d'étonnement, cette malheureuse courut en toute hâte chez M. le docteur Mussche, qui demeure à côté de sa maison, et éperdue, ensanglantée, vint le prier de se rendre chez elle pour voir si tous secours étaient inutiles.

» M. Mussche la suivit; à leur arrivée, Leclercq rendait le dernier soupir, sans avoir prononcé un mot. Il fallut arracher sa veuve de ce cadavre. On craint fort que sa santé ne résiste pas à une si terrible secousse.

» Dans la matinée, M. Ambroes, substitut du procureur du roi de Bruxelles, M. Berghmans, juge d'instruction, et M. le docteur Joly, médecin légiste, se sont rendus à Hal pour procéder à l'interrogatoire de l'assassin, qui a renouvelé tous ses aveux avec la plus parfaite indifférence et le plus grand sangfroid.

» M. Joly a examiné son état mental, qui paraît satisfaisant; au physique, c'est un homme fort gaillard, d'une taille au-dessus de la moyenne et chez qui rien ne décèle la moindre trace de maladie.

» M. le substitut Ambroes s'est rendu dans l'après-midi à la Janette, chez les parens de Neunez, pour compléter l'instruction.

» Neunez a été conduit hier soir à Bruxelles, sous l'escorte de la gendarmerie de Hal.

» Ce crime épouvantable, commis presque en plein jour et à la vue de toute la population de Hal, a jeté cette ville dans une morne désolation. M. Leclercq, d'ailleurs, était généralement aimé comme homme et estimé comme praticien; sa mort a produit un deuil général. »

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS DES MÉDECINS DU RHÔNE. — La commission provisoire, dont les pouvoirs avaient été maintenus par l'assemblée générale du 27 novembre 1851, vient de publier les statuts de ladite Association. Ces statuts sont précédés de la note suivante :

« Le 27 novembre 1851, un grand nombre de médecins de Lyon et du département du Rhône, réunis au palais Saint-Pierre, sous la présidence de M. le docteur VIRICEL, ont adopté à l'unanimité les statuts de l'ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS, rédigés par une commission provisoire.

» M. le ministre de l'intérieur a témoigné, dans une lettre remplie d'expressions bienveillantes, sa vive sympathie pour cette Association.

» M. le préfet du Rhône, par un arrêté en date du 25 juillet 1852, vient d'en approuver les statuts, dont la teneur suit, après y avoir introduit quelques modifications indispensables, pour les mettre en harmonie avec le décret du 26 mars 1852, relatifs aux Sociétés de secours mutuels.

» ART. 7. — Conformément au décret du 26 mars 1852, sur les *Sociétés de secours mutuels*, le président sera nommé par le prince-président de la République, sur la proposition de M. le préfet du Rhône.

» ART. 31, *addition*. — Les membres de la Société s'interdisent formellement, sous peine d'exclusion, tout recours et pourvoi devant les tribunaux, sur les contestations qui pourraient s'élever entre eux relativement au présent réglement, et s'engagent à les soumettre toutes à la décision de l'autorité administrative, qui prononcera en dernier ressort sur l'interprétation des articles qui pourraient donner matière à des difficultés; ces décisions seront sans appel. »

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE, séant à Toulouse (19me session). — La section des sciences médicales a constitué, le 7 septembre, son bureau par les nominations suivantes : MM. Bally, président; Rihelli (de Parme), Bessières et Delage, vice-présidens; Combes, secrétaire.

M. Roux (de Marseille) a proposé de nommer une commission de cinq membres pour s'occuper de l'association médicale. Il a fait observer que Marseille étant une ville de passage et d'abordage maritime, il arrive souvent que des médecins venant d'Asie et d'Afrique manquent des premiers secours, et que l'association y pourvoit libéralement. Il ajoute que ces mêmes associations fonctionnent à merveille à Strasbourg et à Orléans, par suite des vœux exprimés dans les congrès.

M. le docteur Tellier parle de celle de Toulouse, et il approuve la nomination de la commission pour lui donner du développement par son concours.

M. le docteur Bertini (de Turin) et le vice-président Rihelli font observer que ces associations existent à Turin, Parme et Milan, et obtiennent de grands résultats.

M. le docteur Serain, qui vit philosophiquement à la campagne, au milieu d'une immense bibliothèque, aborde avec esprit l'une des questions du programme ainsi conçue : *La médecine, considérée comme science et comme art, repose-t-elle sur un principe certain?* M. le président ajourne la discussion, parce que M. Combes doit traiter le même sujet dans une des séances prochaines.

HYDROPHOBIE. — Une lettre particulière de La Haye (Hollande) annonce que deux cas d'hydrophobie viennent d'être guéris par l'emploi du sulfate de quinine, combiné avec l'extrait d'opium. La Société médicale d'Amsterdam va faire publier les observations officielles recueillies sur ces deux faits de guérison.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'hygiène populaire, par Henri DUCLOS et BOUTEILLER fils, d.-m. In-18. 1852. Prix : 50 c. Rouen, Brière, imprimeur.

Mémoire et observations sur l'**Accouchement prématuré artificiel**, par le docteur RODENBERG, médecin-accoucheur. In-8. Prix : 1 fr. 25 c.
A Paris, chez MM. les libraires de la rue de l'Ecole-de-Médecine.

De la cure d'eau froide. — Compte-rendu des travaux accomplis pendant l'année 1851 à l'Institut hydrothérapique de Divonne (Ain), par le docteur Paul Vidard. Un vol. in-8. Paris, 1852. J. Cherbuliez, libraire-éditeur.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie; par le docteur BELHOMME, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.
En vente, chez Germer-Baillière. — Prix : 3 fr.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, etc., avec une introduction par M. Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*. — Un vol. in-8. — Prix : 5 fr.
Paris, 1852, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 113. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 21 Septembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. . . . . 32 Fr.

6 Mois. 17

3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.

On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 SEPTEMBRE 1852.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA.

ÉTIOLOGIE.

Miasmes en général. — Miasme du Choléra.

Si j'écrivais un traité de pathologie générale, frappé du progrès immense de la science du diagnostic, principalement depuis les commencemens de ce siècle, de ceux plus lents mais non moins réels de la thérapeutique, de leur contraste avec l'état complètement stationnaire de la science étiologique, je serais naturellement porté à me demander d'abord quelles peuvent être les raisons de l'infériorité honteuse de cette dernière branche de la médecine.

Je me dirais en conséquence :

L'homme vit au milieu de causes nombreuses et incessantes de maladies. Il les porte en lui; il en est entouré de toutes parts. L'air qu'il respire, l'eau qui le désaltère, les alimens dont il se nourrit, la partie du sol sur laquelle il établit sa demeure, les animaux qui l'habitent avec lui, le chaud, le froid, l'humidité, la sécheresse, l'état électrique et l'impureté de l'atmosphère, ses chagrins, ses plaisirs, ses passions, ses travaux, l'organisation qu'il reçoit de ses parens, et jusqu'aux phases diverses du développement qu'il doit nécessairement traverser depuis le berceau jusqu'à la tombe, tout peut devenir et devient fréquemment, en effet, occasion de troubles et de dérangemens de sa santé.

Pourquoi donc, au lieu d'étudier l'action de ces causes, naturelles, palpables, évidentes, dans leurs rapports avec l'organisme, et de rechercher si elles ne suffiraient pas à expliquer la production des altérations morbides, les médecins de tous les temps et de toutes les écoles, se sont-ils constamment ingéniés et s'ingénient-ils encore à en inventer sans cesse de mystérieuses, occultes, imaginaires, et ont-ils gaspillé et gaspillent-ils leur temps en dissertations stériles pour la science, sur l'existence et les propriétés de ces fantômes enfantés par leur imagination? Il n'est pourtant pas si facile déjà, de toujours découvrir la cause de la maladie que l'on a sous les yeux, sans venir accroître encore les difficultés du problème, en le compliquant et l'obscurcissant par l'introduction de nouvelles inconnues.

Nos prédécesseurs, sans doute, privés des moyens d'analyse que nous devons à la chimie qui n'était pas née, des instrumens perfectionnés dont nous a dotés la physique, et des connaissances d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques que nous possédons aujourd'hui, en un mot, de tout ce qui pouvait seul faire pénétrer un peu de jour au sein de ces ténèbres, nos prédécesseurs se trouvaient placés dans l'impossibilité d'aborder avec fruit l'étude de la plupart de ces causes, d'en pénétrer la nature, d'en apprécier les propriétés et la manière d'agir, et d'en vérifier les qualités par la constatation des effets qu'elles produisent sur l'organisation. Comment l'auraient-ils pu, si nous-même, avec nos procédés d'analyse, nos instrumens plus parfaits d'observation, et une connaissance plus profonde de la structure et du jeu des organes du corps humain, nous commençons à peine à débrouiller ce chaos. Mais nous serions impardonnables, si nous persistions à suivre les traces des médecins qui nous ont précédés, quand il doit être évident pour nous qu'elles ne conduisent qu'au doute et à l'incertitude.

L'étude des causes des maladies n'étant pas encore sortie de ces fatals erremens, je me demanderais donc si ce n'est pas là une des raisons de l'état d'enfance où se trouve encore l'étiologie, et je commencerais par déclarer la guerre à ces vieux restes de doctrines erronées, *principe dartreux*, *principe scrofuleux*, *principe rhumatismal*, *principe goutteux*, etc., noms que l'on donne à des choses dont on serait fort embarrassé de prouver l'existence, qui n'apprennent rien sur la nature des maladies auxquelles on les applique, et dont l'admission toute gratuite n'éclaire en rien la thérapeutique.

Si j'écrivais un traité de pathologie générale, j'entreprendrais ensuite de démontrer et de faire comprendre la fâcheuse influence qu'exercent sur les progrès de l'étiologie, les divisions scolastiques dans lesquelles on l'encadre et la condamne à parquer, comme si elle ne devait jamais en sortir.

A quoi servent, dirais-je aux pathologistes, vos mille et une distinctions des causes, en matérielles, formelles, prédisposantes, occasionnelles, éloignées, prochaines, suffisantes, insuffisantes, positives, négatives, efficientes, occasionnelles, déterminantes, continentes, non continentes, etc.? Ne voyez-vous pas qu'elles sont arbitraires, stériles, et purement scholastiques? Arbitraires, puisqu'il n'est aucune cause morbide qui ne puisse entrer dans toutes ces catégories et en sortir tour à tour, selon qu'elle agit avec plus ou moins de force, ou qu'elle trouve des organisations plus ou moins rebelles à son action. Stériles, puisqu'elles n'ont pour but que d'étiqueter les causes des maladies comme des objets d'histoire naturelle, et n'enseignent rien sur leur nature. Purement scholastiques, enfin, puisque ces cadres restent toujours vides, et qu'on n'a jamais essayé d'y faire entrer et d'y distribuer les causes qui engendrent les altérations morbides. Ces classifications mensongères ne retiennent-elles pas les esprits sérieux dans une fausse voie par leur trompeuse apparence scientifique, et ne contribuent-elles pas pour leur part à empêcher les progrès de l'étiologie?

Ne serait-il pas plus profitable à la science, ajouterais-je, de classer les causes d'après leur mode d'action. Après avoir fait la part de l'organisation dans la production des maladies, par l'hérédité, les vices de conformation, les tempéramens, les idiosyncrasies, les constitutions individuelles, les âges, et les sexes, j'étudierais tous les agens de la nature capables de provoquer des effets morbides, et je les distribuerais selon leurs affinités en causes d'inflammation, d'hémorrhagie, de névrose, d'hypertrophie, de cancer, de tubercules, etc., en autant de classes, en un mot, qu'il existe de classes d'altérations morbides, laissant à la pathologie spéciale le soin d'en signaler les effets sur chaque appareil organique, sur chaque organe en particulier, pour produire chaque espèce de maladie. Ne ferais-je pas descendre ainsi, si je ne me trompe, l'étiologie, des nuages métaphysiques où elle s'égare, sur le terrain des faits et de l'application pratique où sa marche serait plus sûre et la conduirait mieux au but d'utilité qu'elle doit se proposer.

Si j'écrivais un traité de pathologie générale, je tâcherais, enfin, de me défendre de l'exagération commune qui, en théorie, s'entend, car dans la pratique on néglige généralement de s'en préoccuper, fait attacher une si grande importance à la recherche des causes pour éclairer le traitement des maladies. A coup sûr, je n'en contesterais pas l'utilité à certain point de vue, mais je ferais remarquer qu'il n'est en général nécessaire de remonter à la cause d'une maladie pour en diriger le traitement, que *quand elle est de nature spécifique*, et que dans la plupart des cas au contraire cette connaissance est inutile. Qu'importe, par exemple, dirais-je, de savoir que des hommes atteints de pneumonie, de pleurésie, de phlegmasie articulaire, de névralgie, etc., ont contracté ces affections sous l'influence de l'action du froid ou d'une boisson glacée pendant que le corps est en sueur, froid qui a supprimé, généralement ou partiellement, la transpiration cutanée. Malgré le fameux axiome : *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, axiome presque toujours menteur en pathologie, la cause n'existe plus et l'effet persiste, vous n'avez plus dans la plupart des cas à vous occuper que de ce dernier. Me répondrez vous que la la cause du mal étant connue, l'indication à remplir coule de source, et qu'il faut rétablir la transpiration supprimée. Essayez donc, si vous l'osez, répondrais-je à mon tour. Vous réussirez peut-être quelquefois, mais vous reculerez bientôt devant de cruels mécomptes, plus nombreux encore que vos succès. Les bonnes indications thérapeutiques, les indications véritablement utiles et salutaires se puisent principalement, je n'ose dire exclusivement, dans la connaissance aussi complète que possible de l'altération matérielle qui constitue la nature des maladies, et dans celle de l'âge, du sexe, et du tempérament des malades; elles dérivent logiquement et en fait de ces premières et indispensables notions. La connaissance des causes n'est importante à acquérir, en général, qu'au point de vue de l'hygiène, pour apprendre à se prémunir contre elles et à les éviter.

Mais je n'ai ni le talent, ni l'ambition d'écrire une œuvre aussi difficile. Je voulais seulement signaler à l'avance les écueils que je me proposais d'éviter, indiquer la route que je préférais suivre dans l'étude à laquelle je vais me livrer, enfin me débarrasser de quelques questions dont la solution importait à l'exposition libre de ma thèse, mais qui, venues plus tard, en auraient entravé les développemens.

Ainsi, je n'aurai plus à discuter les questions de savoir si la cause du choléra est quelque chose de mystérieux et de divin, si cette maladie dépend d'un état électrique de l'air que l'on ne précise pas davantage, si elle est produite par une *influence tellurique* qu'on n'explique, ne définit, ni ne comprend, ou si elle est l'effet de toute autre cause aussi chimérique. Rêveries, mots vides de sens, voiles dont on couvre complaisamment son ignorance, suppositions irréfutables parce qu'elles sont insaisissables, et qui ont le grave inconvénient de faire croire, sinon connues, du moins entrevues quoique mystérieuses encore, les causes du choléra, et d'empêcher par conséquent de les chercher dans d'autres directions. Débarrassé du soin de réfuter ces erreurs, je n'aurai plus qu'à chercher et trouver les causes du choléra, parmi les agens naturels, appréciables, et connus, au milieu desquels éclate la maladie. Au double point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique, cette recherche est de la plus haute importance, puisque, j'espère le prouver, l'agent et l'effet sont de nature spécifique. Je vais donc m'y livrer.

J'ai dit, dans mes premières lettres, que la cause du choléra était un *miasme*. Cet agent, je ne l'ai ni vu, ni touché, ni constaté par aucun moyen d'analyse ou d'expérimentation, ni observé en action, j'en ai supposé l'existence par analogie. Voyant que la marche la maladie qu'il produit, son mode de développement, ses symptômes, ses lésions cadavériques, présentent une analogie parfaite avec la marche, le mode de développement, les symptômes, et les lésions cadavériques des maladies miasmatiques les mieux connues, j'en ai conclu que telle devait être la nature de sa cause, et j'ai affirmé son existence et sa réalité. J'ai procédé par voie de synthèse. Il me reste maintenant à compléter ma démonstration par l'observation et l'appréciation des faits, autrement dit, par voie d'analyse.

Et d'abord, qu'est-ce qu'un miasme?

Dans toutes les contrées où existent des plages marécageuses, les fièvres intermittentes règnent et sévissent sur les populations. Dans celles au contraire où ne se rencontrent pas de marécages, ces maladies n'existent pas, ou, si elles s'y montrent, c'est exceptionnellement, et sous l'empire de conditions qui les rapprochent accidentellement des premières. Habitez pendant quelque temps les bords d'un marais à certaines époques de l'année, vous contracterez ces fièvres. Éloignez-vous-en dès les premiers accès, et souvent vous les verrez disparaître. Revenez-y trop tôt, vous en serez pris de nouveau. Inondez un marais, c'est-à-dire changez un marais en lac, ces fièvres cesseront de s'y développer. Desséchez-le complètement, vous arriverez graduellement au même résultat. Remuez profondément les terres de ce marais desséché, les fièvres d'accès reparaîtront. Enfin, changez un pays sec en marécage, et ce pays qui ne connaissait les fièvres intermittentes que de nom, en deviendra bientôt la proie.

La cause qui fait naître les fièvres intermittentes se développe donc dans les localités paludéennes; elle leur est inhérente. Pour savoir ce qu'elle est, nous devons donc étudier les circonstances qui président à son développement.

Le voisinage de certains marais des pays chauds, de l'Afrique centrale, par exemple, est inhabitable; il est mortel. Dans les pays septentrionaux au contraire, l'habitation près d'un marais n'est jamais aussi dangereuse, à beaucoup près. Plus on s'approche de l'équateur, plus les fièvres intermittentes ont de gravité. Plus on s'en éloigne, et moins elles font de victimes. Il y a bien, çà et là, quelques exceptions, mais cela tient à des particularités que nous signalerons plus tard, si l'occasion s'en présente. La règle ne subsiste pas moins dans sa généralité.

La chaleur est donc un des élémens indispensables à la production de l'agent morbide qui les produit.

En Europe, les fièvres intermittentes apparaissent généralement en automne et au printemps. C'est donc dans ces deux saisons que l'agent producteur de ces maladies prend naissance, ou tout au moins qu'il acquiert sa puissance d'action. En Afrique, il est vrai, elles se montrent deux mois plus tôt, au milieu de l'hiver et au milieu de l'été; mais ces deux époques correspondent au printemps et à l'automne de nos contrées. De l'autre côté de la ligne et à mesure qu'on s'en éloigne, les termes et les résultats se renversent. Partout, la fréquence des fièvres d'accès est plus grande aux saisons automnale et printannière, avancées, reculées ou renversées, selon les latitudes en-deçà ou au-delà de l'équateur. Partout aussi ces maladies atteignent un plus grand nombre de personnes et offrent plus de gravité à l'automne qu'au printemps ou aux époques qui correspondent à ces deux saisons. D'où nous sommes bien forcé de conclure que l'agent qui engendre les fièvres d'accès est plus abondant et plus actif à l'une de ces saisons qu'à l'autre. A quoi tient cette différence? Le voici.

Quand l'automne commence, l'eau qui baigne les maréeages s'est en partie et graduellement évaporée sous l'influence des chaleurs de l'été; le marais s'est desséché sur ses bords, et, çà et là, dans ses points les plus élevés. Une foule de végétaux (joncs, scirpes, roseaux, ményanthes, ombellifères, salicaires, lysimachées, renoncules, etc.), privés de l'un des élémens qui les faisait vivre, et d'ailleurs condamnés à périr en leur qualité de plantes annuelles, meurent à la fin de l'été et au début de l'automne, et épaississent de leurs débris la couche limoneuse et noirâtre qui forme le lit du marais. A ces cadavres de végétaux s'ajoutent en même temps ceux d'une multitude de vers, d'infusoires, d'insectes de toute espèce, de milliers d'animaux enfin, à existence courte et passagère, nés au sein des conditions maréeageuses, ne pouvant vivre qu'au milieu d'elles, et cessant d'exister aussitôt que l'une ou plusieurs d'entre elles viennent à manquer. Tous ces débris se décomposent, la putréfaction s'en empare, un travail de fermentation ne tarde pas à s'y développer, et l'agent, quel qu'il soit, générateur des fièvres intermittentes, naît de cette fermentation composée, animale et végétale en même temps.

Pendant l'hiver, le froid ralentit et suspend la formation de cet agent de maladies. On sait qu'il faut un certain degré de chaleur, 10 à 12 au-dessus de zéro, pour que la fermentation s'opère. Des matières putrescibles échappent ou sont soustraites pendant ce temps à l'action de ce phénomène chimique. Le printemps arrive, et, avec lui, les premières chaleurs. Ces débris, moins abondans toutefois qu'en automne, puisqu'ils n'en sont que le reliquat, fermentent de nouveau. En même temps, des milliers de petits animaux naissent et grouillent au sein de la vase du marais, des plantes s'y développent, y croissent et l'agitent. De nouveaux produits se dégagent: on les voit souvent alors soulever en bulles la couche d'eau qui les recouvre; la bulle crève et les laisse se répandre dans l'atmosphère. Mais, peu abondans parce que la masse fermentescible qui les fournit se trouve amoindrie de toute la quantité que l'automne de l'année précédente a détruit et que le froid des nuits en ralentit le développement, ils ne peuvent en outre s'échapper à la surface qu'en partie et avec difficulté, parce que l'eau dont les marais sont inondés s'y oppose, et, de plus, ils ne rencontrent pas dans la température extérieure le degré de chaleur suffisant pour leur plus grande expansion et leur ascension dans l'atmosphère. De ce défaut de quantité, de liberté d'expansion et d'ascension de l'agent morbide au printemps, provient tout naturellement la moindre fréquence et la moindre gravité des fièvres intermittentes dans cette saison qu'à l'automne. Quand un printemps est sec et chaud, ces maladies sont plus nombreuses et plus graves que de coutume.

On peut se promener impunément sur les bords d'un marais pendant la plus grande chaleur du jour. Le soir, au contraire, au serein comme on dit, quand le soleil s'abaisse au-dessous de l'horizon, pendant tout le cours de la nuit, le matin avant que l'astre source de chaleur ne reparaisse, et quelque temps encore après son apparition, il est dangereux d'y séjourner, de s'y endormir à l'air libre, et, dans quelques contrées brûlantes, de le traverser. Dans ce dernier cas, la mort est quelquefois la suite assez rapide de cette imprudence.

Toute habitation située au-delà d'une certaine hauteur, près d'un marais ou même au milieu, est soustraite à l'action du poison. Cette hauteur varie suivant l'intensité de la chaleur de chaque climat et les différences qu'elle présente dans une même contrée et aux différentes heures du jour. On évalue approximativement la limite de hauteur qu'il peut atteindre en Europe à 20 ou 30 mètres. Alexandre de Humbolt assigne pour limite à laquelle puisse s'élever le poison de la fièvre jaune, la hauteur de 928 mètres.

Tout village placé sous le vent d'un marais, même à une grande distance, bien que renfermant en lui toutes les conditions de la plus parfaite salubrité, peut être et est souvent envahi par les fièvres intermittentes, quand le vent souffle et chasse l'agent morbide dans cette direction. Les archives de la médecine fourmillent de faits de ce genre; il serait inutile de les rapporter. Je ne puis cependant me dispenser de citer le suivant que j'emprunte au savant rapport sur les marais salans, fait par mon ami M. le docteur Mélier, à l'Académie de médecine.......... « Chaque localité, dit le savant rapporteur, » a son vent favorable et son vent contraire; avec l'un peu de » fièvre, avec l'autre des fièvres en grand nombre. Marennes » en est un exemple remarquable. Quand le vent souffle est, » nord-est ou nord, c'est-à-dire de façon à éloigner de la » ville les effluves des marais gâts, situés tout à fait à l'ouest, » les fièvres y sont rares; souffle-t-il au contraire ouest, sud-» ouest ou sud, c'est-à-dire dans une direction telle que, pas-» sant d'abord par-dessus les marais gâts, il en envoie les » effluves sur Marennes, on est sûr d'y voir arriver les fièvres. » Elles se montrent alors d'autant plus sûrement, que ces » vents font presque toujours succéder à une température sè-» che, peu favorable à la production des effluves, l'humidité » ou les pluies qui les favorisent à Saint-Agnent, situé à l'op-» posite de Marennes. De l'autre côté des marais gâts, les » choses se passent en sens tout à fait inverse: c'est le vent » d'est qui y apporte des fièvres, ce même vent qui en pré-» serve Marennes. » (1)

Les habitans des maisons construites auprès d'un maréeage, et dont les principales ouvertures regardent de son côté, sont plus exposées que les autres aux fièvres intermittentes; ils en sont pris infailliblement s'ils n'ont pas le soin de fermer ces ouvertures à l'accès de l'air du dehors, à la chute du jour et pendant la nuit. « Fermez vos fenêtres de bonne heure le soir » et pendant toute la durée de la nuit, disait avec raison » Lancisi, je crois, aux habitans de la campagne de Rome. » Les habitans des maisons qui tournent au contraire le dos au marais y sont moins sujets; ils ne peuvent pas en être tout à fait exempts puisqu'ils vivent et respirent au sein d'une atmosphère pleine du poison morbide.

Enfin, pour préserver de ses atteintes et de ses effets, il suffit souvent, dans nos climats, d'un mur ou d'un simple rideau de peupliers, toujours d'une forêt, quelquefois d'une colline, toujours d'une montagne élevée. Dans les contrées brûlantes, au contraire, les très hautes montagnes lui opposent seules, en général, une barrière infranchissable, et encore n'y suffisent-elles pas toujours.

Ce sont des faits, et des faits incontestables que je viens de raconter. Nous sera-t-il permis maintenant de les interpréter? Oui, sans doute. Les plus fanatiques partisans de l'observation pure autorisent l'interprétation des faits, et les statisticiens eux-mêmes ont la générosité d'y consentir. Nous dirons donc:

Au sein des marais, dans certaines saisons de l'année, sous l'influence de la chaleur et de l'humidité, il se produit une fermentation végéto-animale, d'où naît un corps, un agent, un poison morbide, qui se dégage, s'élève, et monte dans l'air échauffé, dilaté, raréfié par les rayons du soleil. Quand la température s'abaisse, ce poison redescend en se condensant de plus en plus avec l'air et la vapeur d'eau qui lui servent de dissolvans ou de véhicules, il vient se déposer à la surface de tous les corps, et pénètre dans toutes les cavités et surtout dans celles qui l'aspirent. Il suit dans ses phases d'élévation et de chutes alternatives, les lois qui président à la formation de la rosée; aussi verrons-nous bientôt qu'on les retrouve dans ses gouttelettes. Tant qu'il est suspendu dans l'air, il en suit de toute nécessité tous les mouvemens; il obéit par conséquent à l'action des vents qui le chassent devant eux, dans toutes les directions qu'ils lui impriment, et le portent à des distances d'autant plus grandes, que la chaleur l'a élevé davantage dans l'atmosphère, arrêté seulement et devié parfois dans sa route par certains obstacles. C'est à cet agent, producteur de maladies, que les médecins de tous les âges et de tous les pays, sans l'avoir vu ni touché, mais entraîné par la force irrésistible de la logique et du bon sens, c'est à ce poison, dis-je, que les médecins ont donné le nom de *miasme*.

L'existence matérielle des miasmes est donc un fait démontré d'une manière irrécusable, par l'état d'impureté qu'ils apportent au sein de l'atmosphère, par les limites d'ascension qu'ils ne peuvent franchir, par leur chute régulière à certaines heures du jour, par la possibilité de leur transport à distance, par la facilité de les arrêter au passage aux moyens d'obstacles matériels, par leur assujettissement, en un mot, aux lois de la physique, et enfin, et surtout, par les effets fâcheux qu'ils exercent sur le corps de l'homme. Aussi, personne aujourd'hui n'en conteste-t-il la réalité. Quand je dis personne, je me trompe. Il y a bien encore, par-ci par-là, quelques médecins, en très petit nombre, il est vrai, qui la nient, et pour qui les miasmes sont autant de mythes ou de chimères. Mais ce sont en général des médecins à imagination riche et brillante, qui aiment, comme les poètes, à afficher en toutes choses une certaine originalité d'opinion, et se plaisent à faire briller leur esprit en soutenant le paradoxe. On ne prend pas des hommes si spirituels au sérieux. Qu'ils aillent faire une épreuve à leurs dépens, dans la plaine de la Mitidja, sur les bords du Gange ou les rives du Sénégal. Ou plutôt, non; qu'ils restent au milieu de nous; il serait trop dommage d'en perdre l'espèce.

Aux preuves logiques que nous venons de donner de l'existence des miasmes, il importe cependant d'en ajouter de plus directes et qui parlent aux sens.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(La suite prochainement.)

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tome XIII, page 671.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hopital de la Pitié. — Service de M. Valleix.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

RÉTROVERSION.

§ Ier. *Définition; fréquence*. — La rétroversion est une espèce de déviation dans laquelle la matrice est complètement renversée en arrière. Comme l'antéversion, elle est simple lorsqu'il n'y a pas de flexion de l'organe sur lui-même, et que l'axe du corps se continue directement avec celui du col. J'ai trouvé 10 cas seulement de rétroversion simple.

§ II. *Étiologie*. — Les causes m'ont présenté une si grande analogie avec celles de l'antéversion simple, que je me contenterai de les énumérer rapidement.

L'âge, au moment de l'observation, varie entre 24 et 36 ans; il était donc en moyenne de 28 ans moins une fraction; mais le début avait eu lieu entre 18 et 29 ans, ou, en moyenne, à 23 moins une fraction. Ce qui nous démontre, une fois de plus, qu'il ne doit pas être question de l'âge critique à propos des causes de déviation.

Le *tempérament* a été lymphatique 3 fois; lymphatique-sanguin 2 fois; sanguin 2 fois; nerveux 2 fois; bilieux 1 fois.

Dans un seul cas, il y a eu de la *leucorrhée* antérieure; jamais il n'a été démontré péremptoirement que l'*engorgement* ait précédé la rétroversion.

Accouchemens. — Comme dans les autres déviations, l'action de cette cause paraît avoir eu une grande influence. 6 de nos malades ont eu plusieurs enfans; parmi les quatre autres, une était encore vierge, et ce n'est pas le seul cas de déviation que nous ayons constaté avec persistance de la membrane hymen.

2 de ces femmes n'ont eu qu'un seul enfant; 4 en ont eu 2; chez 2 d'entre elles, le début n'a eu lieu qu'après le deuxième accouchement; chez les 2 autres, la déviation succéda au premier accouchement; mais les symptômes ont considérablement augmenté après le deuxième.

L'accouchement a été naturel, et n'a rien présenté de particulier, à l'exception d'un cas dans lequel, au dire de la malade, l'enfant serait resté neuf heures au passage (obs. XIII).

Chez ces 6 femmes, la déviation s'est produite immédiatement ou très peu de temps après l'accouchement, et généralement elles ont ressenti les premiers symptômes lorsqu'elles ont essayé de se lever, ou peu de jours après, lorsqu'elles ont voulu entreprendre de longues courses; de telle sorte que la relation de cause à effet entre l'accouchement et la déviation, est incontestable dans ces cas.

Toutes avaient gardé le repos suffisamment longtemps, sauf une dont voici l'histoire :

Observation XII. — Hortense G..., 23 ans, couturière, est d'un tempérament lymphatique, bien qu'elle n'ait jamais eu de ganglions engorgés.

Ses règles viennent régulièrement et durent trois à quatre jours. Mariée à 19 ans, elle s'est livrée avec excès au coït, et depuis elle a des flueurs blanches habituelles.

A 20 ans, elle a eu un premier accouchement à terme; le travail a duré six heures et a été facile; la malade ne s'est levée qu'au bout de huit jours, et n'a éprouvé depuis aucun symptôme, si ce n'est un peu de pesanteur au périnée.

En juin 1849, elle accouche pour la deuxième fois, à terme, et naturellement; mais au bout de sept jours, elle quitte le lit et la chambre pour faire un voyage de 75 lieues, qui la force à rester un jour et une nuit en voiture. Pendant les deux mois qui suivent, elle éprouve des coliques continuelles, puis surviennent des hémorrhagies durant de dix à quinze jours, séparées par des intervalles de trois semaines ou un mois, pendant lesquels il y a une leucorrhée très abondante. Le coït devient douloureux; des douleurs vives, lancinantes se répandent vers la région sacrée, à l'hypogastre, et même dans les hypochondres, ainsi que vers les aines, plus fortes à gauche; la pesanteur qui existait au périnée augmente; il n'y a pas de douleur provoquée.

Il y a de la constipation; l'émission des urines est fréquente, mais non douloureuse; la marche est difficile et fatigante. Les autres fonctions n'offrent rien de particulier.

Cet état persistant, la malade est reçue dans mon service à l'hôpital Sainte-Marguerite.

Le 16 septembre 1850, je reconnais une rétroversion simple sans ulcération, et avec une grande mobilité de l'utérus.

Le traitement est commencé le 23; et après quatre cathétérismes, j'introduis le redresseur à flexion fixe le 26 septembre. Il pénètre facilement, reste en place neuf jours sans accident. On l'enlève lorsque surviennent les règles qui sont assez abondantes et persistantes, pour qu'il soit nécessaire de prescrire du tannin et du seigle ergoté, afin d'arrêter l'écoulement sanguin.

A l'époque suivante, l'écoulement est plus modéré. Il y a une amélioration notable dans la position de l'utérus; l'organe, pris en masse, est redressé, mais non complètement; le col se porte un peu moins en avant, et le corps oblique en arrière est dirigé vers l'angle sacro-vertébral, de sorte qu'il existe maintenant une légère flexion en arrière, ou tout au moins une concavité de la face postérieure.

Le redresseur, appliqué de nouveau le 17 octobre, reste six jours, et il en résulte une guérison complète, de la solidité de laquelle j'ai pu m'assurer, cette femme étant revenue me voir à Beaujon le 24 avril 1851, et pouvant faire de longues courses sans se trouver fatiguée, depuis qu'elle quitta l'hôpital Sainte-Marguerite le 27 octobre 1849.

Comme ce cas est le seul dans lequel nous ayons eu occasion

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2 et 4 Septembre.

de noter des excès de coït, il n'y a pas lieu d'y attacher une très grande importance, et nous devons plutôt attribuer la production de la maladie aux accouchemens. Après le premier, il ne se produisit qu'un peu de pesanteur au périnée; mais cela suffit pour nous autoriser à penser que déjà l'utérus était probablement un peu dévié, et il eût été prudent que la malade redoublât de précautions après son deuxième accouchement, pour éviter un déplacement plus considérable. Bien loin de là, au bout de sept jours, avant que l'utérus ne soit complètement revenu sur lui-même, elle entreprend, en voiture, un long voyage qui n'a certainement pas été étranger à la production des symptômes nombreux et intenses dont l'apparition ne se fit pas attendre.

Le diagnostic ne présentait aucune difficulté. Le traitement par le redresseur utérin, qui fut très bien supporté, procura une amélioration immédiate; et la légère rétroflexion, qui persistait après la première application, disparut à la seconde.

L'écoulement menstruel fut favorablement modifié et régularisé par le traitement, puisque les hémorrhagies fréquentes, dont il a été question, cessèrent après le redressement qui se maintient depuis dix-neuf mois, bien que l'utérus soit resté bas comme il l'était avant le traitement.

Sur les quatre malades qui n'avaient pas eu d'enfans, deux ont fait des *chutes*, une sur le siége en portant un objet lourd, l'autre en descendant dans une cave, et les premiers symptômes se sont montrés immédiatement. Chez une troisième, c'est après une *course rapide* qu'ils sont apparus.

La première *menstruation* avait eu lieu entre 12 et 14 ans; chez une, les règles avaient été adondantes; chez une autre, il y avait eu de véritables métrorrhagies; deux fois il y eut *suppression* progressive de l'écoulement menstruel, mais à une époque trop éloignée du début, pour que l'on puisse attribuer à cette cause une influence quelconque. Deux fois les *règles ont été irrégulières*, mais c'était après l'action de la cause présumée; de telle sorte qu'il y a plutôt lieu de voir là un symptôme qu'une cause. Il y a eu six fois de la *dysménorrhée* ou de la douleur au moment des règles; mais c'est encore un phénomène trop constant chez les personnes bien portantes, pour que nous en tenions grand compte.

§ III. *Symptômes.* — Toutes nos malades ont eu des *douleurs spontanées*; chez toutes, ces douleurs ont occupé les reins, et deux fois elles ont *siégé particulièrement au sacrum.* Notons, en passant, que, pour la première fois, nous parlons des douleurs en ce point. C'est un symptôme qui se rencontrera plus fréquemment dans la rétroflexion, et sur l'explication duquel je reviendrai plus tard.

Toutes ont eu de la *douleur dans les cuisses*, quelquefois elle était lancinante; toutes en ont eu au *siége*, et deux seulement dans les aines.

Dans 4 cas, il y a eu des *douleurs thoraciques*, principalement du côté gauche, et elles étaient si peu liées à la rétroversion, qu'elles ont persisté après le redressement, et n'ont cédé qu'à un traitement spécialement dirigé contre elles.

Quant aux *douleurs provoquées*, je les ai rencontrées trois fois seulement autour du bassin, dans des cas où il existait des points douloureux de névralgie intercostale ou lombo-abdominale.

La *marche* a toujours été difficile et douloureuse; deux fois elle était excessivement pénible et presque impossible; une de ces deux malades était obligée de s'appuyer sur le dossier d'une chaise, pour faire cinq ou six pas dans son appartement (obs. XIV).

L'*utérus* a été six fois plus ou moins *douloureux* au contact du doigt; deux fois nous avons noté que le *coït* était *douloureux*, et cela se conçoit, puisque le contact seul du doigt développait de la douleur. Il est même probable que ce symptôme existait dans les 4 autres cas; mais c'est un point sur lequel toutes les malades n'ont pas été interrogées.

Chez toutes, l'*utérus* était plus ou moins *engorgé*; les malades ressentaient de la *pesanteur*, et dans un cas même (obs. XIII), l'utérus étant très volumineux, il existait une sensation d'expulsion de cet organe hors du bassin.

Toutes ont eu de la *leucorrhée*, bien qu'une seule en ait présenté avant la production de la maladie.

Les *règles* ont été augmentées une fois; une fois il y a eu de véritables métrorrhagies (obs. XII); une fois irrégulières, elles ont été diminuées une seule fois, et, dans tous les cas, leur apparition a été douloureuse. Mais c'est à peine dans la moitié des cas seulement qu'il y a eu des troubles marqués de la menstruation.

Toutes ont eu de la *constipation*; quatre seulement ont eu des *envies fréquentes d'uriner*; chez elles, le col volumineux était fortement dirigé en avant, et comprimait de bas en haut le bas-fond de la vessie; ainsi s'expliquent ces troubles de la miction.

Examen au spéculum. — Une de nos malades étant vierge, le spéculum n'a été introduit que chez les neuf autres, et nous avons toujours vu le col volumineux se présenter à nous par sa face postérieure; l'orifice du museau de tanche était dirigé en haut et en avant, de telle sorte qu'une petite partie seulement de la lèvre antérieure était apparente. Pour saisir le col en entier, il fallait diriger l'extrémité de l'instrument fortement en haut, le long de la paroi supérieure du vagin.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal nous a permis de reconnaître que, généralement, l'utérus était situé plus bas que d'habitude. Le doigt, porté le long de la paroi antérieure du vagin, arrivait directement sur le col, et au-dessus de lui, on ne sentait que la résistance molle de la masse intestinale. On atteignait facilement l'orifice externe dirigé en avant. Quelquefois, il nous a été difficile d'arriver jusqu'à la face antérieure du col inclinée en haut et en arrière. Lorsque le doigt se portait dans le cul-de-sac postérieur du vagin, il sentait le corps de l'utérus, dont la direction oblique faisait suite à celle du col jusque dans la concavité du sacrum.

T. GALLARD,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 11 Août 1852. — *Présidence de M.* BOUVIER.

Sommaire. — Résumé du mémoire de M. Monneret sur la physiologie pathologique et le traitement des maladies chroniques du cœur. — Suite de la discussion de ce mémoire. — MM. Aran, Valleix, Legroux.

M. Henri ROGER, secrétaire général, donne lecture de la correspondance, qui comprend l'hommage fait à la Société,

1° D'un exemplaire d'un mémoire de MM. Becquerel et Rodier, intitulé : *Nouvelles recherches d'hématologie.*

2° D'une note de M. Delasiauve *sur les fièvres intermittentes pernicieuses.*

3° Du dernier numéro du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de M. Lucas-Championnière.

4° Des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*

5° D'un numéro de la *Gazette médicale de Montpellier.*

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du mémoire de M. Monneret *sur la physiologie pathologique et le traitement des maladies chroniques du cœur* (1).

M. MONNERET lit un mémoire intitulé : *Physiologie pathologique, et traitement des maladies chroniques du cœur.* La première partie de ce travail est consacrée à l'étude des principaux troubles mécaniques et dynamiques, dont les différens viscères, et spécialement le poumon, le foie et les reins deviennent le siége. La congestion sanguine se présente alors dans ces organes sous des formes en apparence différentes, mais qui sont identiques au fond. On les appelle cirrhose dans le foie, œdème, catarrhe chronique, apoplexie, engouement dans le poumon, etc.; elles reconnaissent pour cause : 1° l'intensité croissante de la lésion valvulaire et de l'hypertrophie cardiaque; 2° l'affaiblissement de la contraction des muscles du cœur; 3° la retardation du sang dans les parenchymes, quelle qu'en soit la cause; 4° enfin, la débilité générale ou locale du système nerveux. M. Monneret expose succinctement les différens symptômes qui procèdent de ces quatre ordres de causes, dont le degré d'énergie est variable suivant l'époque de la maladie et la constitution de chaque sujet. C'est à saisir ces diverses influences que le praticien doit s'attacher, s'il veut réussir dans le traitement des maladies du cœur, environné de difficultés trop souvent insurmontables.

M. Monneret pense qu'on ne peut tirer aucun avantage bien réel pour la thérapeutique, de la connaissance et de la lésion dont les orifices et le tissu cardiaque peuvent être le siége. L'insuffisance et le rétrécissement qui, d'ailleurs, sont très souvent réunis sur le même orifice, et les distinctions de l'hypertrophie en genre et en espèces, ne lui semblent pas capables de fournir des indications importantes pour le traitement; au contraire, le degré de force ou de faiblesse que l'on voit se manifester dans les contractions cardiaques et dans les capillaires des organes, et surtout l'état des forces générales, sont la source de données précieuses que le médecin doit s'empresser de saisir. Aussi, la distinction de Corvisart, qui admettait un anévrisme actif et un anévrisme passif, est-elle préférable, en ce qu'elle représente tout à la fois la lésion organique, l'état des forces vitales et de la circulation, soit cardiaque, soit des capillaires.

M. Monneret s'attache, dans la seconde partie de son mémoire, à poser d'une manière générale les indications thérapeutiques, qui consistent : 1° à agir sur le cœur; 2° sur les capillaires; 3° sur le sang. Il passe rapidement en revue quelques-uns des agens que l'on emploie pour remplir ces trois indications. La saignée est appliquée trop fréquemment, et sans réflexion suffisante, à toutes les maladies chroniques du cœur. Il faut la proscrire chez les sujets anémiés, chez les vieillards, et dans tous les cas où la contraction cardiaque est affaiblie, où les congestions viscérales sont devenues très fortes, et l'anasarque et les hydropisies tendent à se généraliser. La meilleure manière de régulariser la circulation est d'instituer une hygiène préventive très sévère, et quand les congestions viscérales sont établies, de recourir aux déplétions sanguines locales.

La digitale est aussi abusivement employée à tout propos, et chez des sujets dont le cœur, loin d'être affaibli dans son action, aurait besoin, au contraire, d'être stimulé. La gêne croissante de la circulation cardiaque et des capillaires, la syncope, la dyspnée, l'accroissement des hydropisies, sont l'effet de la digitale, lorsqu'elle est mal administrée.

De même les narcotiques, et spécialement l'opium, ne doivent-ils être prescrits qu'avec une réserve extrême. Au contraire, la médication tonique et stimulante est applicable au plus grand nombre de cas. A l'aide des ferrugineux, des amers, du quinquina, on reconstitue le sang si fréquemment altéré; par l'usage convenablement dirigé du vin, des alcoolats, du café, etc., on stimule tous les systèmes, toutes les circulations des organes dépurateurs, et l'on fait cesser, l'on diminue les congestions viscérales. Cette médication, si usitée en Allemagne et en Angleterre, compte de très nombreux succès. Souvent il est nécessaire d'en favoriser l'action par d'autres agens thérapeutiques. Ceux qui doivent être le plus généralement employés, sont d'abord ceux qui déchargent les capillaires en excitant la sécrétion bronchique, intestinale, urinaire, cutanée. A ce titre, les expectorans, les purgatifs, les diurétiques et les sudorifiques remplissent certaines indications particulières ou générales, sur lesquelles M. Monneret insiste plus spécialement. Enfin, les antispasmodiques servent merveilleusement à modérer et à calmer les troubles nerveux, dont l'appareil respiratoire est souvent le siége.

M. ARAN : La discussion qui a eu lieu dans une des séances précédentes, sur le mémoire de M. Monneret, a dû, ce me semble, prouver à la Société qu'il y a avantage à ne se livrer à la discussion d'un travail sérieux et important qu'après en avoir pris une connaissance exacte. En effet, par cela même qu'on a eu le temps de mûrir les objections que l'on présente, elles acquièrent une valeur que n'ont pas celles que l'on pourrait hasarder dans une discussion improvisée. Si je prends aujourd'hui la parole, c'est parce que je crois que dans la dernière discussion on n'a pas abordé le point principal des recherches de M. Monneret, qui, selon moi, a exagéré les principes qu'il cherchait à faire prévaloir.

D'après M. Monneret, son travail peut se résumer ainsi, au double point de vue de la physiologie pathologique et de la thérapeutique. « Les hypérémies viscérales, qui sont l'unique cause des divers états morbides que l'on observe dans les maladies du cœur tiennent ellesmêmes : 1° à l'intensité croissante de la lésion valvulaire et de l'hypertrophie cardiaque; 2° à l'affaiblissement des muscles cardiaques; 3° à la retardation primitive du sang dans le parenchyme, quelle qu'en soit la cause; 4° à la débilité générale du système nerveux. » Relativement à la thérapeutique, après avoir fait l'exposé critique des principales médications, notre confrère conclut : « 1° Que pour empêcher l'affaiblissement de la propulsion cardiaque, il faut préférer, en général, la médication tonique et fortifiante à la saignée, à la digitale et aux narcotiques; 2° qu'il faut restituer au sang ses qualités physiologiques par des toniques et des ferrugineux; 3° que l'on doit faire marcher avec le traitement précédent celui qui consiste à agir sur la circulation des bronches, des reins, du foie, de l'intestin, de la peau. »

Je dirai d'abord qu'il ne me paraît pas possible d'instituer une physiologie pathologique des maladies du cœur, dans le sens dans lequel le comprend M. Monneret, c'est-à-dire des lois générales et absolues, applicables à toutes les maladies du cœur, sans exception. C'est précisément parce que l'étude des maladies de cet organe est arrivée à un degré de perfectionnement que l'on ne peut pas contester, que la chose ne me paraît pas exécutable. Le propre d'une science perfectionnée, c'est de multiplier les divisions, de séparer plus nettement les affections jusque-là confondues entre elles, et de rattacher à chacune d'elles les moyens thérapeutiques qui paraissent avoir le plus d'efficacité. Ainsi donc, si l'on ne veut pas entretenir une confusion fâcheuse, au lieu de généraliser, il faut, autant que possible, introduire la spécialisation. La physiologie pathologique des maladies d'un organe ne peut être tentée, comme le comprend M. Monneret, que lorsque ces maladies sont encore imparfaitement connues et que la science n'est pas assez avancée pour pouvoir les étudier et les décrire isolément. Ainsi, par exemple, quoi de plus perfectionné que l'étude des maladies du poumon? Or, qui songe à faire une physiologie pathologique et une thérapeutique générale des maladies chroniques de cet organe? Notre vénérable collègue M. Bricheteau ne l'a certainement pas tenté dans l'ouvrage qu'il vient de publier. Si nous mettons en regard des maladies peu connues, celles de l'oreille, par exemple, nous voyons au contraire qu'elles sont décrites d'une manière générale; aussi, quelle incertitude, quel vague nerrésulte-t-il pas de cette connaissance imparfaite? Toutefois, je suis loin de dédaigner ce que l'on appelle la pathologie et la thérapeutique générales; mais je pense qu'il ne faut pas les faire sortir de leur voie véritable, qui ne doit pas être celle des généralités spéciales, mais bien des généralités réelles, c'est-à-dire des grandes conditions d'ensemble que ne peuvent jamais dépouiller les maladies d'un organe, quelque variées qu'elles soient d'ailleurs.

Je reprocherai aussi à M. Monneret d'avoir désigné les maladies du cœur, dont il voulait s'occuper, sous le titre, beaucoup trop vague, de maladies chroniques du cœur, car je crois qu'il y a un inconvénient réel à confondre, sous le nom de maladies chroniques ou organiques du cœur, celles qui n'appartiennent pas au même genre, et le rapprochement que l'on veut faire de toutes ces affections chroniques me paraît un peu forcé. Ainsi, par exemple, il me semble qu'on ne doit pas rapprocher de la péricarde et de l'endocardite chroniques, l'hypertrophie du cœur, la dilatation de cet organe et des transformations fibreuses et cartilagineuses des valvules. Cette confusion pourrait conduire à des idées erronées et aurait surtout pour résultat de faire supposer que les maladies chroniques du cœur sont nécessairement incurables, et cependant il n'en est pas toujours ainsi. Je connais un médecin de Paris, qui, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, fut affecté d'endocardite; à la suite de cette maladie, il conserva, pendant plusieurs années, des palpitations et un bruit de souffle qui ont fini néanmoins par disparaître. Ce fait n'est certainement pas unique. Pourquoi voudrait-on, d'ailleurs, que les produits organiques ne pussent pas se résorber dans le cœur comme dans d'autres organes?

Ainsi, même en acceptant la dénomination que leur donne M. Monneret, je n'admets pas que les maladies chroniques du cœur soient toujours incurables. Ce qui les rend incurables, c'est que, trop souvent méconnues à leur début, et incomplètement traitées, les altérations pathologiques ont le temps d'arriver à un degré de transformation contre lequel la thérapeutique est malheureusement impuissante. C'est que souvent aussi elles débutent sourdement et ne sont reconnues qu'à une époque où la lésion matérielle, comme le signale M. Monneret, n'est plus contrebalancée par l'exercice normal de la contraction cardiaque et par l'intégrité des fonctions des appareils respiratoire, hépatique et rénal. Enfin, elles sont surtout incurables lorsqu'elles ont été préparées de longue main par une altération de la santé générale ou par une affection chronique des poumons, des bronchites répétées, par exemple. Je crois qu'il faut distinguer, avant tout, les cas dans lesquels la maladie du cœur est primitive de ceux où elle est secondaire, et j'ai été surpris, dans cette discussion, de n'avoir pas entendu faire cette distinction si importante, cependant, au point de vue de la thérapeutique et de la physiologie pathologique.

M. Monneret a exagéré, selon moi, les reproches qu'il a adressés au diagnostic et à l'anatomie pathologique. Tout en reconnaissant qu'il ne faudrait pas tomber dans l'exagération contraire, je crois cependant qu'il n'a pas assez tenu compte des services rendus, et je maintiens que

(1) Par suite d'une transposition, le résumé du travail de M. Monneret n'ayant pas été imprimé au commencement de la discussion, nous réparons ici cette omission.

la connaissance du siége et de la nature des lésions, lorsqu'elle est possible, ne peut avoir qu'une influence heureuse sur la thérapeutique. Ce qui fait qu'on a mal apprécié les services que peut rendre l'anatomie pathologique, c'est que l'on s'est placé en présence de ces cas de maladies organiques du cœur arrivées à une période très avancée, dans laquelle surviennent ces troubles si graves qui amènent une terminaison funeste. Or, il y a dans les maladies du cœur plusieurs périodes bien tranchées : une première période dans laquelle l'état du cœur doit préoccuper exclusivement le médecin, c'est celle où l'on ne voit pas survenir encore les hypérémies viscérales, ou du moins ces hypérémies ne sont-elles alors que passagères. Une seconde période est celle où l'équilibre étant rompu, les troubles généraux prédominent.

A quoi sont dus ces troubles généraux ? Pour M. Monneret, ils sont la conséquence des hypérémies viscérales, lesquelles sont tantôt primitives et tantôt consécutives. Je suis loin de nier l'importance de ces hypérémies ; mais, selon moi, elles sont préparées, à moins d'obstacle très intense à la circulation par une altération lente de la constitution et des forces vitales ; altération qui nous est révélée par la décoloration générale des tissus, par la langueur de l'économie, etc., et par cette altération du sang, qui consiste, ainsi que l'ont démontré MM. Becquerel et Rodier, dans une diminution de l'albumine et des globules, altération que je regarde comme consécutive à la détérioration des forces vitales de l'économie. Je m'étonne que M. Monneret, qui a fait jouer avec raison un rôle si important dans la production des hémorrhagies, à l'altération du fluide sanguin, ne la fasse pas intervenir ici, où elle ne peut pas être contestée.

Par ce que je viens de dire, on comprend aisément que je ne saurais accepter les indications générales, absolues, posées par M. Monneret, car pour moi ces indications varient : 1° suivant la nature et le siége de l'altération ; il n'est pas indifférent d'avoir affaire à une maladie de l'orifice aortique ou de la valvule mitrale, à une insuffisance ou à un rétrécissement ; — 2° suivant sa cause est-elle par exemple d'origine goutteuse, rhumatismale ; est-elle franchement inflammatoire, ou bien est-elle survenue lentement sous l'influence d'une altération générale de l'économie ; — 3° suivant la période de la maladie, c'est-à-dire, comme je l'ai déjà indiqué, selon que tous les phénomènes morbides se rapportent au cœur ou qu'il est survenu des troubles généraux ; — 4° suivant la marche : est-elle lente ou rapide ? Existe-t-il ou non une réaction générale ? Il ne faut pas oublier que chez quelques malades, alors même que les obstacles à la circulation, sont peu prononcés, on observe des phénomènes réactionnels considérables, et que la maladie suit une marche très rapide ; — 5° suivant l'âge : on sait que les maladies chroniques du cœur sont très rares chez les enfans, mais que leur gravité est extrême ; ce qui tient sans doute au rôle important que joue le cœur à cet âge, relativement à la nutrition. Chez les vieillards, au contraire, on rencontre des altérations du cœur très avancées, qui s'accompagnent de phénomènes réactionnels à peine marqués ; — 6° suivant quelques circonstances accessoires ; ainsi, les complications, l'état de grossesse qui précipite la marche de ces affections, et exposé à des métrorrhagies très graves après l'accouchement, etc.

En résumé, la distinction capitale à établir, au point de vue des indications thérapeutiques, c'est de savoir si la lésion cardiaque est simple ou si elle s'accompagne de phénomènes de congestion passive : dans le premier cas, c'est l'état du cœur qui devra préoccuper le médecin ; dans le second, ce sont les phénomènes congestionnels et leurs conséquences. Je ne veux pas entrer dans l'examen des différens moyens thérapeutiques, tels que la saignée, la digitale, les stimulans, etc. Mais j'ai remarqué avec étonnement que personne n'avait songé à parler du repos et des moyens hygiéniques. Or, selon moi, le repos est une condition indispensable du traitement, et je suis convaincu que sans lui la mort peut être regardée comme inévitable. Nous en avons une preuve dans la rapidité avec laquelle nous voyons succomber, dans les hôpitaux, un grand nombre de malheureux atteints de maladies du cœur ; tandis que les malades de la ville, qui peuvent s'abstenir de tout travail, prolongent beaucoup plus longtemps leur existence. Cette remarque me conduit à ajouter un mot sur l'incurabilité des maladies chroniques du cœur, incurabilité qui est réelle au point de vue des altérations anatomiques, mais qui n'est que relative, eu égard à la durée de la vie des malades ; car à l'aide de précautions et de moyens hygiéniques bien entendus, on peut les faire parvenir à un âge avancé. Je citerai à cette occasion l'observation d'un homme âgé aujourd'hui de plus de 60 ans, et qui, depuis trente-cinq ans, est affecté d'une maladie du cœur. Depuis cette époque, il a eu de nombreuses hémoptysies. S'étant marié et ayant mené pendant quinze ans une vie plus régulière, il a vu disparaître les hémoptysies. Après ce laps de temps, il est devenu veuf ; dès lors, ses habitudes n'étant plus les mêmes, les hémoptysies ont reparu, et, malgré cela, il jouit de toutes les apparences d'une bonne santé, et pour ma part je suis convaincu qu'il pourra vivre encore longtemps.

(La suite à un prochain n°.) — *Le secrétaire*, Ch. Léger.

PRESSE MÉDICALE.

Gazzetta medica Toscana. — Juin, Juillet et Août 1852.

Observations d'hydrocèles guéries par l'électro-puncture ; par le docteur E. Vivarelli.

Témoin des heureux résultats obtenus à Sienne, en 1842, par le professeur Pecchioli, de l'emploi de l'électro-puncture dans le traitement de l'hydrocèle, l'auteur résolut d'en faire usage dans sa pratique particulière, et il rapporte aujourd'hui les trois faits suivans :

Observation I. — Au mois de septembre 1844, l'auteur eut à traiter un homme affecté depuis dix-huit mois d'une hydrocèle de la tunique vaginale ; il se servit d'une pile à cylindre de 26 élémens, commença l'opération par introduire une aiguille de cuivre aux deux extrémités de l'ovoïde formé par la tumeur et les fit pénétrer dans la cavité de celle-ci ; puis, les aiguilles furent mises en rapport avec les courans électro-galvaniques. La première impression fut douloureuse, la secousse si violente, qu'il fallut diminuer l'intensité du courant, en réduisant le nombre des élémens à 18. Le malade put la supporter ainsi pendant cinq minutes. Au moment de l'action du courant, on voyait le crémaster se contracter et la peau devenir rugueuse. Les aiguilles furent retirées et le scrotum soutenu à l'aide d'un suspensoir. Aucun phénomène inquiétant ne s'étant produit, vingt-quatre heures après nouvelle séance d'électro-puncture, de dix minutes de durée et avec 20 élémens. A partir de la troisième séance, le volume du scrotum commença à diminuer sensiblement. On continua ainsi, tous les deux jours, en augmentant le nombre des élémens jusqu'à 24. Après la septième séance, la guérison était complète. Le fait est d'autant plus concluant, que l'auteur a revu le malade en 1849, parfaitement guéri.

Observation II. — Un cultivateur, âgé de 62 ans, affecté depuis deux ans d'une hydrocèle de la tunique vaginale, vint trouver l'auteur au mois de mars 1846. Une ponction palliative lui avait été faite l'année précédente, mais l'épanchement s'était reproduit. L'hydrocèle était consécutive à une orchite traumatique : en coupant du bois, le manche de la hache était venu frapper sur les bourses : la douleur fut si vive, que le malade se trouva presque mal. Après un traitement suffisamment énergique, il se croyait guéri, lorsqu'un mois après il s'aperçut que le scrotum augmentait peu à peu de volume. L'hydrocèle était compliquée, chez cet homme, de varicocèle : les veines étaient très développées, et quelques-unes avaient le calibre d'une plume à écrire ordinaire. Malgré cette complication, l'auteur procéda de la même manière que chez le malade précédent ; bien que la douleur fût très vive, le malade supporta l'électro-puncture pendant six minutes. Dès la deuxième séance, les varices commencèrent à s'affaisser, à la troisième elles avaient totalement disparu, et à la neuvième, la tumeur elle-même était complètement résolue. Les séances furent faites tous les deux jours, ne durèrent jamais plus de douze minutes, et les élémens électriques furent augmentés peu à peu jusqu'au nombre de 24.

Observation III. — Un cultivateur, âgé de 65 ans, vint consulter l'auteur au mois d'avril dernier, pour une hydrocèle volumineuse, dont le début remontait à 1846. Une simple ponction avait été pratiquée en 1850 ; mais le liquide ne tarda pas à se reproduire, et dans l'année 1851, l'on fut forcé de revenir à une nouvelle ponction. Cette seconde opération ne guérit pas plus que la première, et quant il se présenta, le scrotum était tellement distendu, qu'il dépassait le tiers supérieur de la cuisse. Malgré ce que ce cas présentait de défavorable, M. Vivarelli résolut de recourir encore à l'électro-puncture. Il se servit d'une pile de Bunsen, à laquelle il adapta le condensateur électro-magnétique de M. Delarive. Les aiguilles furent introduites comme d'habitude et le courant établi pendant cinq minutes ; le malade ne put pas le supporter davantage. Cinq séances nouvelles, pratiquées à un jour d'intervalle, eurent pour résultat de faire diminuer peu à peu la quantité de liquide contenu dans la tunique vaginale. La sixième séance ayant déterminé une douleur obtuse et profonde, il fallut remettre la septième à cinq jours plus loin. On continua ainsi jusqu'à onze séances, époque à laquelle le liquide avait entièrement disparu. Aujourd'hui le scrotum présente encore, du côté qui a été malade, un volume un peu supérieur à celui du côté opposé, ce qui tient sans doute et au gonflement du testicule et peut-être aussi à la présence d'une certaine quantité de liquide.

M. Vivarelli rapporte les bons effets de l'électro-puncture dans le traitement de l'hydrocèle, d'une part à la propriété que possèdent les courans électro-galvaniques de décomposer les liquides, et d'autre part à l'excitation imprimée à l'action des vaisseaux absorbans.

Observation d'occlusion congénitale de l'intestin rectum ; opération d'anus artificiel ; par le docteur Rohusto Mori.

Le 15 janvier dernier, une femme mit au monde un enfant bien conformé et à terme ; mais cet enfant, pas plus dans la nuit qui suivit sa naissance que dans la journée suivante, n'eut d'évacuation alvine et ne prit le sein. Quelques cuillerées d'un julep qu'on administra furent vomies par lui avec des matières jaunes-verdâtres ; plaintes continuelles ; il urina abondamment dans la journée du 16. La rétention des matières fécales appela enfin l'attention, et, dans la soirée du 17, il fut apporté à l'hôpital. Plaintes continuelles, abdomen tendu, douloureux ; l'orifice anal n'était pas fermé, mais une bougie introduite dans le rectum rencontrait, après un trajet de six à sept lignes, une résistance qui donnait à la main exploratrice la sensation d'une membrane placée transversalement, et qui devenait plus résistante et plus tendue pendant les cris, de manière à refouler un peu la bougie en bas. L'orifice anal ayant été dilaté avec un petit spéculum auris, on aperçut une cloison d'un blanc-rougeâtre, offrant à son centre comme une espèce de cicatricule, dans laquelle il fut impossible d'engager un stylet. On pouvait se demander si le rectum existait bien réellement derrière cette cloison ; en effet, on ne la voyait pas prendre la forme d'une tumeur pendant les efforts et pendant les cris ; elle n'était pas transparente et on n'apercevait pas, à travers, la coloration du méconium ; enfin elle ne descendait pas pendant les efforts. M. le professeur Vannoni pensa que cela pouvait tenir à l'épaisseur et à la résistance de la cloison. Quant à la structure, on pensa, vu la cicatricule centrale, que ce pouvait être le sphincter interne qui s'était agglutiné.

En conséquence, une ponction fut pratiquée au centre de la cloison, avec un trocart fin, par le docteur Palamidessi, en dirigeant le trois-quarts sur la ligne médiane, en longeant le sacrum. Il fallut employer une certaine force pour traverser la cloison, et le trocart retiré, il ne s'écoula qu'un peu de sang. Une bougie fut introduite par la canule, elle pénétra assez librement ; on supposa que l'intestin n'avait pas été atteint et qu'on était dans le péritoine. La canule du trocart, enclavée étroitement par la cloison, s'élevait et descendait alternativement, ce qui fit encore plus supposer qu'on avait affaire au sphincter interne. On s'expliqua l'insuccès de la ponction par cela que l'intestin était probablement transformé, au-dessus du rétrécissement, en un cordon plein, comme cela a lieu dans les cas de ce genre. M. Palamidessi insista pour faire une nouvelle ponction, en dirigeant l'instrument un peu plus en avant ; mais cette proposition fut rejetée par MM. Vannoni, Allupi et Mantovani, dans la crainte de produire un épanchement de matières fécales dans le péritoine. Il fallait cependant tenter quelque chose pour ce malheureux enfant. On lui pratiqua l'opération de l'anus artificiel, selon la méthode de Littre, le 18 janvier. A la suite de l'évacuation du méconium, il se réchauffa, fut plus calme, cessa ses plaintes et s'endormit tranquillement après avoir pris quelques cuillerées de lait et de julep ; mais dans la soirée, il fut pris de fièvre, la face s'injecta, le ventre devint dur et tendu ; l'intestin s'injecta et les lèvres de la plaie se renversèrent en dehors. Vomissemens dans la nuit. Dans la matinée du 19, il était un peu mieux ; il succomba cependant dans la journée, dans un affaissement graduel et dans le coma.

L'autopsie montra une injection assez vive des méninges et de la substance cérébrale ; un épanchement séro-sanguinolent dans les ventricules cérébraux, avec une forte congestion des plexus choroïdes, un peu de sang liquide épanché à la base du crâne, les poumons un peu injectés de sang avec de petites ecchymoses superficielles, un peu de sérosité roussâtre dans le péritoine, un peu d'injection péritonéale. Le rectum se terminait en bas par un cul-de-sac, sans aucun prolongement, à six lignes du sphincter-anal externe. A trois lignes de l'ouverture anale, existait une cloison membraneuse, laquelle se trouvait par conséquent à trois lignes de la terminaison de l'intestin. A la partie postérieure du rectum existait une ouverture arrondie, par laquelle un stylet pénétrait dans un canal de 10 lignes de long, oblique de bas en haut, d'avant en arrière et un peu de droite à gauche. Ce canal glissait sur la partie postérieure du rectum et se terminait à la partie inférieure à gauche du sacrum, dans lequel elle pénétrait dans une profondeur de trois lignes ; le trajet de ce canal était rempli de sang en partie liquide, en partie coagulé. Du sang était également épanché au-dessous du sacrum et au-dessous du péritoine, en remontant jusqu'à la troisième vertèbre lombaire.

M. Mori a résumé les principales particularités de cette observation dans les propositions suivantes : 1° La ponction faite avec le trois-quarts fut dirigée trop vers le sacrum ; 2° la résistance qu'on crut trouver à la cloison lors du passage du trois-quarts était due, non à la cloison, mais au sacrum ; 3° la bougie n'avait pas pénétré dans la cavité péritonéale ; elle avait seulement disséqué celui-ci et l'intestin qu'elle avait détaché de la colonne vertébrale ; 4° si la ponction eût été faite dans la direction dans laquelle voulait la répéter M. Palamidessi, le rectum eût été probablement atteint, mais très probablement aussi il y eût eu un épanchement de méconium dans le péritoine ; 5° l'opération de l'anus artificiel, par la méthode de Littre, avait bien atteint le but en ouvrant la partie la plus inférieure du gros intestin, et le nouveau-né n'a pas succombé à ses conséquences, mais bien plutôt à l'état fluxionnaire et congestif des méninges et du cerveau.

LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE.

Au moment où le gouvernement français négocie des traités avec les puissances étrangères, pour garantir les droits de la propriété littéraire et scientifique, et pour détruire la contrefaçon, des entreprises, uniquement fondées sur la contrefaçon, viennent de s'organiser en France contre la presse médicale en particulier.

Des *courtiers d'annonces*, qui n'appartiennent au corps médical par aucun titre, et qui ne lui offrent par conséquent ni garanties, ni responsabilité, viennent de publier des *specimens* de prétendus journaux de médecine, dans lesquels, non contens de se livrer à des allégations mensongères et à des appréciations fausses sur les publications existantes, ils s'emparent encore de leurs travaux.

L'Union Médicale est décidée à ne pas tolérer plus longtemps cette piraterie scientifique, cette contrefaçon belge à l'intérieur.

Elle déclare que les articles de fond, les travaux originaux, les revues et comptes-rendus cliniques, les feuilletons, et tout article émané soit de ses collaborateurs habituels, soit de ses collaborateurs accidentels, sont sa propriété exclusive, dont elle interdit la reproduction totale ou partielle, sans l'autorisation expresse de son gérant.

Elle déclare, en outre, qu'elle poursuivra devant les tribunaux les journaux qui se livreront à cette reproduction.

Le Gérant de l'Union Médicale,
Dr G. Richelot.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Par suite d'une dépêche du ministre de la marine et des colonies, quatre chirurgiens de 3me classe du port de Rochefort, MM. de Nozeille, Gaillard, Savatier et A. Manès, ont reçu l'ordre de se rendre à Bordeaux, pour y prendre passage sur un navire de commerce à la destination des Antilles.

Ces officiers de santé se mettront, dès leur arrivée, à la disposition du gouverneur général des Antilles.

Nouvelles du choléra. — La *Nouvelle gazette de Prusse* continue à donner les détails les plus alarmans sur les ravages exercés par le choléra à Varsovie et à Posen. A Farecham, Schrim, Nainslau, dans la Silésie, les ravages ne sont pas moindres. A Tabreez, il a revêtu aussi une gravité excessive, et à Orooniga, 3,000 personnes ont déjà succombé ; dans une ville voisine, 60 personnes ont été enlevées en un jour. La *Gazette de Posen* annonce, de son côté, que le choléra fait beaucoup de progrès parmi les troupes, et que dans la Pologne prussienne toutes les assemblées publiques, toutes les revues militaires sont suspendues par suite de la terreur qu'excite cette cruelle maladie dans tous les pays qu'elle parcourt.

Un médecin patriarche. — Le 29 juin dernier est mort à Washington un médecin d'origine irlandaise, le docteur Denis Burke, âgé de plus de 100 ans.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 114. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 23 Septembre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 SEPTEMBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE LA CONTAGION DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

M. le professeur Velpeau n'avait pas à faire ses preuves de dialecticien pressant et habile, de discoureur agréable et d'homme d'esprit. Il s'est conduit hier, cependant, comme s'il avait à gagner ses éperons. Son discours, qui a duré deux heures, a été charmant, très spirituel, très amusant. Mais M. Velpeau s'est-il montré aussi sérieux qu'aimable, aussi scientifique que divertissant? C'est ce que nous aurons à examiner après avoir lu ce discours avec attention. Nous comprenons qu'envers un adversaire de cette importance, il est de rigoureuse convenance de ne rien avancer légèrement. Si M. Velpeau est assez savant pour se borner, à l'occasion, au rôle d'homme d'esprit, nous n'avons pas la même excuse, et nous demandons, avant de lui répondre, à bien voir ce qu'il a dit ou voulu dire.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Toucher rectal. — Le toucher rectal a été pratiqué quatre fois seulement; le doigt est arrivé directement et sans rencontrer le col, sur le corps globuleux de l'utérus, qui appuyait fortement sur le rectum, et se continuait en avant avec le col sans former d'angle appréciable. Ce toucher doit donc être pratiqué seulement après que, par le toucher vaginal, on s'est assuré de la position du col lui-même.

Cathétérisme utérin. — La sonde ne pouvant être introduite directement, il a fallu aller chercher l'orifice externe du museau de tanche, en portant le bec de l'instrument en haut, sa concavité étant dirigée en arrière, puis en élevant plus ou moins fortement le manche vers le pubis, la concavité restant en arrière et en bas, on a pu arriver jusqu'au fond de la cavité utérine. La profondeur de l'utérus varie entre 7 centimètres et 8 centimètres 1/2. Cette introduction a été huit fois facile et peu douloureuse; une fois il y a eu de la douleur, et une fois de la difficulté chez la femme qui était vierge.

L'utérus, huit fois mobile, a pu facilement être *redressé* avec la sonde; deux fois il y a eu de la résistance. Cette résistance était-elle due à des adhérences? Je ne le crois pas, puisque en insistant un peu, je suis parvenu à la vaincre, et qu'ensuite l'utérus a cédé facilement. Je crois bien plutôt que la déviation existant depuis longtemps, il avait pu en résulter une certaine inflammation chronique des ligamens et des tissus voisins qui, perdant leur souplesse et se rétractant, maintenaient l'utérus fixé dans sa position vicieuse. Peut-être aussi l'augmentation de volume que l'organe a subie s'oppose-t-elle à ce qu'on puisse facilement l'extraire de la concavité du sacrum dans laquelle il est situé.

Comme *complications*, nous avons parfois trouvé de petites granulations sur le col; une seule fois, il y avait une large ulcération. Et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'ulcération, comme cela est arrivé dans un cas semblable d'antéversion (obs. VI), n'a pu être guérie qu'après le redressement, comme on le voit dans l'observation suivante :

OBSERVATION XIII. — Virginie N..., 25 ans, couturière, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, réglée à 12 ans et convenablement dès le début, mariée à 20 ans, n'a rien présenté de particulier jusqu'à son premier accouchement, qui a eu lieu quand elle avait 21 ans. Elle prétend avoir souffert quatre ou cinq jours, et dit que l'enfant est resté neuf heures au passage. Elle mit au monde une fille bien constituée, qu'elle nourrit, et la délivrance eut lieu sans l'intervention de l'art. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, ni d'autres accidens consécutifs, et la malade ne se leva pas trop tôt.

Depuis, elle n'a pas eu de nouvelle grossesse, mais elle a éprouvé au bout de peu de temps de la constipation, des douleurs dans les aines et dans les lombes, avec élancemens dans la matrice et sensation de pesanteur, comme si un corps lourd tendait à être expulsé du bassin, surtout quand elle faisait des efforts pour aller à la garderobe.

Il y avait une leucorrhée abondante habituelle. Je reçus cette femme à l'hôpital Ste-Marguerite, au moins de juillet 1848, et ayant trouvé une ulcération du col, je pratiquai pendant plus de trois mois la cautérisation sans obtenir d'amélioration sensible. La pesanteur, loin de diminuer, avait augmenté, et lorsqu'elle vint à l'hôpital Beaujon, le 2 août 1851, les autres symptômes s'étaient également aggravés, et elle se trouvait dans un état d'accablement extrême, pouvant à peine marcher.

Je reconnus une rétroversion, avec légère inclinaison à gauche; il y avait en outre engorgement de l'utérus et sur la lèvre postérieure du col, volumineux, on voyait une ulcération rouge, granuleuse, d'un centimètre de diamètre; sur la lèvre antérieure, il y avait un liseré de 5 ou 6 millimètres, formé par des granulations rouges semblables, qui pénétraient jusque dans l'ouverture du col.

Trois fois le cathétérisme fut pratiqué sans amener de changement dans la position de l'utérus; la sonde pénétrait à 7 centimètres 1/2; l'organe, mobile, se laissait facilement remettre en place.

Un redresseur à tige articulée, introduit le 9 août, fut très bien supporté pendant quatorze jours, au bout desquels les règles apparaissant, il fut retiré. La rétroversion n'existait plus.

Un certain degré d'anémie et une névralgie intercostale, qui persistaient, furent traitées par les moyens ordinaires. On reconnut seulement alors l'existence d'une fissure à l'anus, que quelques mèches enduites de pommade au carbonate de plomb firent cicatriser. Le 6 septembre, je cautérisai pour la première fois avec le nitrate acide de mercure l'ulcération du col, qui diminua rapidement sous l'influence de cautérisations successives. M. Danyau, qui avait suivi le même traitement, puis M. Bennet ont, avec moi vu cette malade dans le mois d'octobre, et ils ont constaté la situation normale de l'utérus.

L'ulcération avait alors considérablement diminué, les cautérisations ayant été continuées.

J'ai revu cette femme dernièrement, à la Pitié; il n'y a plus ni déviation, ni ulcération. La santé est parfaite; elle peut faire de longues courses sans inconvénient; il lui est même arrivé un jour où elle craignait d'être en retard pour la consultation, d'aller en courant presque constamment du faubourg Poissonnière à l'hôpital Beaujon.

Vous voyez une fois de plus, Messieurs, les symptômes débuter après l'accouchement, puis aller constamment en augmentant d'intensité pendant quatre ans, pour disparaître ensuite complètement après une seule application du redresseur. La guérison s'est maintenue depuis comme l'ont constaté deux hommes des plus compétens.

On pourrait attribuer à la fissure quelques-unes des douleurs éprouvées par le malade si celles-ci n'avaient persisté après sa cicatrisation, qui a été rapide. Et vous savez avec quel soin je m'efforce de séparer dans le symptôme douleur ce qui appartient réellement à la déviation de ce qui en est indépendant.

Quant à l'ulcération, après trois mois de traitement, nous n'avions pu obtenir que très peu de chose tant que nous laissions persister la déviation en 1848; depuis même elle s'était reproduite et avait augmenté d'étendue. Aussi, lorsque nous avons revu la malade en 1851, nous sommes-nous occupés d'abord de redresser l'utérus, et ce n'est qu'ensuite que nous avons pratiqué des cautérisations dont l'effet a été dès lors bien plus efficace.

La guérison datant du mois d'octobre, il y a tout lieu de la regarder comme radicale (1).

Une seule malade a présenté des symptômes d'*anémie* marquée, dont elle a été traitée par les ferrugineux. Toutes avaient les *forces* plus ou moins diminuées ou perdues; chez quelques-unes l'abattement était complet.

L'*appétit* a deux fois été conservé intact; dans les autres cas, il a diminué ou est devenu capricieux. Une seule a conservé son *embonpoint* et son teint naturels; les neuf autres étaient plus ou moins amaigries ou pâlies; leurs chairs étaient devenues molles, flasques et décolorées.

§ IV. *Diagnostic.* — Le diagnostic ne peut pas présenter de difficulté si l'on combine les divers moyens d'exploration dont je vous ai parlé. La seule erreur possible serait de prendre pour le corps de l'utérus en rétroversion, une tumeur comprimant le rectum; mais, dans un cas de ce genre, il serait bien rare qu'il n'existât pas une dépression quelconque entre le col de l'utérus et la tumeur sous laquelle il ne se continuerait pas directement; et, même alors, l'introduction de la sonde viendrait dissiper tous les doutes.

§ V. *Pronostic.* — Le pronostic n'est pas défavorable, puisque sur 10 cas j'ai obtenu 6 guérisons complètes bien confirmées. 2 malades sont encore en traitement, 1 autre y a renoncé après en avoir éprouvé une légère amélioration, et la 10e, guérie de sa déviation dont les symptômes spéciaux ont cessé, souffre toujours de douleurs névralgiques extrêmement rebelles qui ont occupé les points du corps les plus variés, et qui, persistant malgré le redressement, ne peuvent être considérées comme s'étant produites sous l'influence de la déviation.

§ VI. *Traitement.* — Le traitement a encore été le même que dans les formes précédentes. Le cathétérisme a été pratiqué à l'aide de la sonde de 2 à 21 fois, sans jamais amener à lui seul de guérison définitive. J'ai eu soin, dans ces derniers temps, en retirant la sonde après avoir incliné aussi fortement que possible le corps de l'utérus en avant, de repousser le col en arrière, afin de le maintenir dans la situation que je lui avais donnée, et même d'exagérer son inclinaison en avant.

L'utérus, une fois préparé par l'introduction de la sonde, le redresseur a été placé. J'ai fait 4 fois usage de l'instrument à flexion fixe, et j'ai éprouvé, pour l'introduire, des difficultés qui ne se sont pas rencontrées dans les 5 cas où j'ai employé le redresseur à tige articulée. Dans 3 cas, il a suffi d'une seule application; dans 3 autres, il en a fallu 2; dans 1, il en a fallu 4; et dans 1, il en a fallu 5. Des 2 autres malades qui sont encore en traitement, 1 a eu plusieurs fois déjà le redresseur, et pour l'autre il n'en a pas encore été fait usage.

Il a séjourné de 2 à 14 jours; ordinairement, il a été enlevé à cause de l'apparition des règles, qui ont été plus abondantes que de coutume, 5 fois; dans le même nombre de cas, il y a eu des douleurs le jour qui a suivi son application; toujours des douleurs modérées se sont manifestées peu de temps avant le moment où nous avons cru devoir le retirer. Jamais il n'y a eu d'hémorrhagie ni d'inflammation de l'utérus ou des organes voisins, produite par le séjour de l'instrument.

Nous n'avons eu recours à aucun moyen accessoire dans 6 cas; 3 fois nous avons employé simultanément le fer et les lotions froides; 1 fois le fer seul; 1 fois le sulfate de quinine il y avait des accès de fièvre intermittente).

Les symptômes consécutifs à ce traitement ont été 4 fois une anémie légère promptement dissipée; 1 fois une névralgie intercostale et lombo-abdominale; 1 autre fois, ces douleurs, extrêmement vives et rebelles dont je vous ai déjà parlé, et qui existaient avant le commencement du traitement chez cette même femme qui avait eu des accès de fièvre intermittente.

Les traitemens antérieurs avaient consisté en moyens émolliens ou antiphlogistiques : saignées, sangsues, diète, bains tièdes et repos qui n'avaient pas empêché la maladie de s'aggraver. Le régime tonique, conseillé dans quelques cas, avait procuré un peu de soulagement.

Dans un cas, des vésicatoires volans avaient fait disparaître momentanément les douleurs.

Dans un cas, enfin, on avait employé un pessaire en pelle qui n'avait rien produit, et pendant qu'il séjourna, les douleurs furent excessives.

Je n'ai jamais observé de rechute après un redressement complet bien constaté. Dans le seul cas où il y en ait eu une, l'utérus, comme vous l'allez voir dans l'observation suivante, n'avait pas été complètement remis en place.

OBSERVATION XIV. — Mme R..., 32 ans, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatiquo-sanguin, réglée à 14 ans, mariée à 23, accouche à 24 ans d'une fille, sans qu'il survienne de symptômes particuliers. Un deuxième accouchement a lieu à 29 ans; il est naturel; le travail dure cinq heures et demie; le produit est un gros garçon. La ma-

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2, 4 et 21 Septembre.

(1) La malade, examinée de nouveau le 25 août 1852, nous avons trouvé l'utérus léger, le col petit, et la direction de l'organe parfaitement normale.

lade ne commet pas d'imprudence, ne se lève que le neuvième jour; mais peu de temps après, à une époque qu'il m'a été impossible de déterminer d'une manière précise, elle commence à s'apercevoir qu'elle se fatigue facilement en marchant; elle éprouve une douleur fixe vers le sacrum; des douleurs vagues s'irradient dans l'abdomen et parfois vers les membres inférieurs. Il y a de la constipation. Ces symptômes deviennent peu à peu plus violens; il s'y joint de la difficulté des digestions, un peu d'amaigrissement, de la pâleur de la face, de la langueur. Elle est forcée de sevrer son enfant à six mois. Enfin tous les accidens augmentent à un point tel, que Mme R... ne peut plus quitter la chambre; à peine sort-elle du lit et fait-elle quelques pas en s'appuyant sur le dossier d'une chaise qu'elle fait glisser devant elle en marchant.

Les règles ont notablement diminué et s'établissent difficilement, avec douleur; il n'y a pas de leucorrhée, ni d'émission fréquente des urines.

Le traitement a consisté dans le repos, auquel la malade était d'ailleurs forcée par l'impossibilité de se mouvoir; on y a joint les bains et de légers toniques sans obtenir de soulagement.

Je vois la malade le 2 juillet 1850. Il existe une rétroversion complète, avec engorgement notable de l'utérus, sans autre altération. La sensibilité de l'organe est peu considérable, et il se laisse facilement remettre en place à l'aide de la sonde. Comme je suis forcé de quitter Paris le lendemain, je n'entreprends pas le traitement, et à mon retour, le 16 juillet, trouvant les choses dans le même état, j'applique immédiatement un redresseur à flexion fixe; l'introduction en est facile; il est bien supporté pendant sept jours. Immédiatement la malade se trouve mieux; elle peut marcher avec l'instrument et faire des courses assez longues, puisqu'elle va, à pied, du Champ-de-Mars au pont de la Concorde, pour prendre un bain froid. Le redresseur ayant été enlevé à l'époque des règles, on trouve l'utérus sensiblement relevé, mais encore un peu incliné en arrière.

Une nouvelle application du redresseur a lieu le 1er août, mais dans la nuit du 2 au 3, les deux pièces de l'appareil, que rien ne maintenait fixées ensemble, se séparent; je les remets en place le lendemain, mais elles se séparent de nouveau le 4, et j'enlève l'instrument.

Le 6, je l'applique de nouveau, en ayant soin de lier ensemble les deux pièces à l'aide d'un fil ciré, fixé près de la tige utérine et ayant deux chefs qui viennent se nouer sur le plastron. Il reste alors en place jusqu'au 15. Les règles survenant, je l'enlève, et je trouve que l'utérus n'est plus incliné en arrière, mais n'affecte cependant pas sa direction normale, car alors il devrait être un peu incliné en avant, et chez Mme R... la direction de son axe était, à cette époque, perpendiculaire au sol. Néanmoins, pendant près d'un an qu'il s'est maintenu dans cette situation, les symptômes de la rétroversion ont cessé. Cette dame a pu marcher pendant deux et même trois heures, sans être plus fatiguée qu'une autre personne; toutes les fonctions se sont bien remplies, sauf un peu de gastralgie momentanée au mois de mars 1851; une diminution assez notable des règles à la même époque; et au mois de juin de la même année, une hémoptysie légère qui s'est produite pendant une époque menstruelle difficile.

Au mois de juillet 1851, sans qu'il y ait eu de cause bien évidente autre que quelques efforts de toux, on voit reparaître quelques-uns des symptômes décrits plus haut; je trouve alors l'utérus plus volumineux et légèrement incliné en arrière.

Le 7, troisième application du redresseur, qui est gardé neuf jours. Les règles, abondantes, forcent à l'enlever. Immédiatement après leur cessation, l'utérus exploré est trouvé parfaitement en place, avec la légère obliquité en avant qui lui est naturelle.

A la fin de septembre, hémoptisie plus légère encore que la précédente, coïncidant avec les règles retardées et diminuées. Des sangsues, qui ont trop coulé, causent un peu d'anémie; mais la guérison de la rétroversion n'en est pas moins assurée, ce que je constate le 13, puis le 28 octobre, quinze mois après le début du traitement.

La malade a quitté Paris; mais j'ai reçu, le 22 novembre, une lettre me confirmant encore cette guérison et m'annonçant que les fatigues du voyage de Paris à Lyon ne l'ont pas compromise.

Le traitement, outre l'usage du redresseur utérin, a consisté uniquement dans quelques bains froids, remplacés par des lotions froides en hiver; il a été fait usage de carbonate de fer à l'époque où les règles devinrent difficiles et peu abondantes; on a employé des calmans, des astringens et fait une application de sangsues lorsque des règles insuffisantes coïncidèrent avec des hémoptysies légères.

Cette malade nous a offert un cas de rétroversion simple tellement évidente, et réunissant si bien tous les symptômes propres à cette maladie, que l'on peut en quelque sorte regarder ce fait comme un des meilleurs types de cette forme de déviation.

La cause doit être évidemment cherchée dans l'accouchement, bien que nous ne sachions pas au juste combien de temps après lui a débuté la maladie.

L'utérus, bien qu'engorgé, était si peu sensible, qu'après deux cathétérisme seulement on a pu introduire le redresseur. L'effet immédiat de son application a été des plus remarquables, puisque la malade a pu marcher dans sa chambre sans éprouver les mêmes souffrances qu'auparavant, et, dès le surlendemain, faire une course assez longue à pied. Placé à quatre reprises différentes, et deux fois pendant neuf jours consécutifs, le redresseur n'a jamais causé le moindre accident. La dernière fois, il a été retiré au moment où survenaient ces douleurs abdominales et cette légère tension du ventre, qui m'annoncent que son séjour a été suffisamment prolongé. A ces signes, je reconnais qu'il a produit toute l'action désirable; et si, malgré leur apparition, on le maintenait en place, il pourrait en résulter de l'inflammation de l'utérus.

Après la troisième application, l'axe de l'utérus se trouvant perpendiculaire au sol, il n'avait pas repris la ligne oblique de haut en bas et d'avant en arrière qu'il doit avoir. Cependant, cette position a suffi pour que la malade se trouvât très bien pendant plus de sept mois, et pût marcher sans éprouver une fatigue extraordinaire. Mais le léger renversement qui s'est reproduit et qui menaçait d'augmenter, est venu nous prouver que ce redressement n'était pas suffisant. Pour le rendre complet, il a fallu une nouvelle application de l'instrument; car il est au moins douteux que cette rechute se fût produite si l'utérus avait eu l'obliquité en avant qu'il doit avoir, et que maintenant nous lui avons rendue.

Je ne pense pas que vous songiez à attribuer l'honneur de cette guérison aux moyens accessoires dont il a été fait usage, si vous vous rappelez quelle a été l'action immédiate, instantanée du redresseur à sa première application.

Quant aux hémoptysies, elles n'ont qu'une importance secondaire pour nous. Je n'en dirai qu'un seul mot. L'absence de signes physiques à l'auscultation ou à la percussion, et l'excellente santé actuelle de la malade qui reprend ses forces avec son embonpoint, nous portent à rejeter l'idée qu'il existe un commencement de tuberculisation, et la coïncidence de cette hémorrhagie avec des règles difficiles et peu abondantes, nous la font regarder comme une hémorrhagie essentielle et supplémentaire de ces mêmes règles. Je n'émets pourtant cette opinion qu'avec la plus grande réserve; car les recherches les plus exactes sur la phthisie, nous ont appris que souvent, malgré la réunion de circonstances en apparence aussi favorables, de semblables hémoptysies sont dues à la présence de tubercules dans le poumon.

Si maintenant nous revenons à l'histoire du traitement de la rétroversion en général, nous trouvons que, toujours après la guérison, l'utérus est resté bas comme nous l'avions trouvé avant le traitement; mais cet abaissement était sans inconvéniens, puisqu'il n'occasionnait aucun symptôme.

La durée du traitement a été de quinze jours à quatre mois et demi. Cette dernière limite n'a été atteinte qu'une seule fois dans un cas exceptionnel. La moyenne a été de quarante jours.

La guérison date dans 1 cas de deux ans; dans 1 de dix-neuf mois; 1 de dix-huit mois; 1 de quinze mois; 1 de neuf mois; 1 de trois mois et demi. Dans le cas où les douleurs persistent encore, et que, pour cela, je ne compte pas parmi les guérisons, le redressement date de sept mois. Vous voyez donc qu'à l'exception du dernier cas, dont la guérison remonte à trois mois et demi seulement, dans tous les autres cas il s'est écoulé un temps assez long, pour que l'on soit autorisé à la regarder comme radicale et définitive.

(La suite prochainement.)

T. GALLARD, Interne.

CLINIQUE DE LA VILLE.

OBSERVATION DE CROUP; — TRACHÉOTOMIE; — GUÉRISON.

Par les docteurs NÉRAT et HERVÉ DE LAVAUR.

Benoit Guibout, âgé de 7 ans, d'une constitution délicate, habitant aux Batignolles, rue d'Orléans, 90.

Le 4 juillet, cet enfant eut une légère indisposition, caractérisée par une céphalalgie légère, du mouvement fébrile, une légère chaleur; cette indisposition, qui était évidemment le début de l'angine couenneuse, dura jusqu'au 8, et fut traitée par quelques laxatifs et un bain. L'enfant paraissait aller mieux.

Ce même jour (8 juillet), la mère remarqua une toux légère, mais sèche; elle n'y fit pas davantage attention.

Le 9, cette toux devient plus fréquente; elle était sèche, enrouée, un peu rauque. Elle attira l'attention de la mère, qui dès lors était inquiète.

Dans la nuit, elle n'eut plus aucun doute sur la nature de cette toux, quand elle l'entendit, voilée, rauque; aussi accourut-elle de suite chez nous, en nous disant : « Mon enfant est perdu, il tousse comme un petit chien (1). »

Je me rendis aussitôt auprès de l'enfant, et à l'inspection de la gorge, je trouvai de nombreuses fausses membranes sur le voile du palais; les amygdales et les piliers du voile du palais.

Il n'y avait pas de doute, c'était une angine couenneuse; les prodrômes avaient passé inaperçus.

Voulant m'opposer, autant que possible, à l'extension des fausses membranes dans le larynx, je fis de suite des cautérisations avec une mixture de miel rosat et d'acide chlorhydrique par tiers, que je portai fortavant dans le pharynx, à l'aide d'une éponge fixée à un morceau de baleine.

La région laryngienne était douloureuse; j'y fis appliquer 10 sangsues et frictionner les piqûres avec de l'onguent napolitain.

Cette application fut suivie d'un vomitif, pour expulser les fausses membranes qui pourraient se détacher.

Après quelques heures, je quittai l'enfant, en lui prescrivant des insufflations d'éther dans le fond de la gorge, une mixture de miel et d'éther et du calomel à dose fractionnée.

Les cautérisations furent répétées dans la journée du 10, ainsi que les autres parties de la médication.

Le 10 au soir, remarquant que les fausses membranes avaient une tendance à se reproduire, je substituai l'acide chlorhydrique fumant à son mélange avec le miel rosat.

Malgré ces cautérisations profondes et fréquemment répétées avec l'éponge imbibée de cet acide, les vomissemens provoqués avec 0,15 centig. de sulfate de cuivre; quand l'oppression augmentait, l'éther, le calomel, la maladie fit des progrès.

Le 11 au soir, l'oppression était considérable, la respiration lente, difficile, pénible, la toux sifflante, voilée ainsi que la parole; il était évident que les fausses membranes avaient gagné le larynx. D'ailleurs, la respiration était sèche, rude à l'auscultation, on entendait des râles sous-crépitans dans plusieurs points, du souffle bronchique sous l'omoplate gauche. La physionomie était altérée.

Je résolus de m'associer mon collègue et ami le docteur Hervé de Lavaur, dont l'expérience m'était bien connue dans cette affection. Son opinion fut d'attendre encore avant de songer à une opération, pensant que la médication suivie pourrait encore donner un heureux résultat.

On fit donner en plus un lavement purgatif à l'enfant, un sinapisme et un vomitif. Il revient calme et mieux en apparence.

Le 12, calme, toux rare, oppression diminuée. L'enfant paraît abattu, mais tranquille. On fit néanmoins une cautérisation avec l'acide, et on continua le miel aluminé et le calomel. La journée fut bonne, et déjà le soir nous croyions au succès du traitement.

Vers huit heures du soir, l'oppression devient considérable, la respiration était pénible et sifflante, très difficile; à l'auscultation, elle était rude, sèche, on entendait les mêmes râles de la veille, le souffle bronchique plus intense et plus étendu.

La toux était fréquente, éteinte, le pouls à 120, la face altérée, les pupilles dilatées, le regard immobile, avec de l'agitation générale.

Je fis appeler en toute hâte mon collègue Hervé, et nous décidâmes qu'il y avait lieu de pratiquer la trachéotomie, ce que je fis immédiatement; il était minuit. M. Nalfilâtre, pharmacien du voisinage, voulut bien nous aider.

L'opération ne présenta aucun accident; il n'y avait point d'anomalie vasculaire. Elle dura cinq minutes au plus.

La trachée ayant été largement ouverte, il y eut des accès de toux qui expulsèrent de nombreuses fausses membranes; l'introduction de la canule se fit sans aucune difficulté.

Après ce dernier temps de l'opération, la respiration devint facile et assez calme. Il n'y eut aucune syncope; l'enfant demanda à boire, et prit seul le verre dans ses mains.

Après un temps de repos laissé à l'enfant, nous fîmes des cautérisations dans la trachée à travers la canule, à l'aide d'une éponge fine imbibée d'une solution de nitrate d'argent au quart.

Ces cautérisations, répétées toutes les deux heures durant la nuit, déterminaient chaque fois des accès de toux qui expulsaient des fausses membranes, parmi lesquelles nous en avons recueilli qui étaient tubulées, ramifiées, et dont le diamètre égalait à peine celui d'une plume de corbeau.

Le lendemain 13, l'enfant est calme, la respiration est facile, mais elle est très fréquente; nous comptons 64 inspirations par minutes; le pouls à 120 pulsations.

L'auscultation nous fait entendre de nombreux râles et du souffle bronchique comme la veille.

Nous donnons une potion avec tartre stibié, 0,10, comme contre-stimulant, des sinapismes aux mollets.

On écouvillonne toutes les heures ou toutes les deux heures, selon que le besoin de la respiration s'en fait sentir.

Nous retirons encore des fausses membranes bronchiques. Aussi nous cautérisons avec la solution de nitrate d'argent. On cautérise également les bords de la plaie.

Le 14, la nuit a été calme; même état que la veille. On cesse les cautérisations dans la trachée, car elles agitent l'enfant, et d'ailleurs on ne retire pas de fausses membranes; mais en revanche, on touche avec cette substance celles du fond de la gorge, des piliers du voile du palais.

Nous prescrivons deux légers bouillons, qui sont pris avec plaisir par le petit malade.

Le 15, l'état général est meilleur que la veille; la plaie est belle, on la touche légèrement; le souffle bronchique a disparu; la respiration est encore fréquente : 60 inspirations par minute; pouls à 104.

L'enfant prend deux potages.

Les jours suivans, l'enfant alla de mieux en mieux; il fut bientôt en état de supporter une légère alimentation; le sommeil était bon, la toux peu fréquente; on le laissait se lever souvent pendant une heure, à plusieurs reprises dans le courant de la journée.

Enfin le 21, l'état général étant excellent, l'appétit revenu, la plaie en très bon état, les membranes buccales avaient disparu, nous avons ôté la canule momentanément, sans grande difficulté pour la respiration, puis ensuite définitivement.

Les lèvres de la plaie ont été rapprochées et maintenues avec du diachylum; la cicatrisation s'est faite peu à peu, mais très lentement; elle n'a été complète que le 1er août.

Aujourd'hui 10 août, l'enfant a repris sa vie habituelle; l'embonpoint revient; il n'a conservé qu'un léger enrouement et quelques accès de toux.

En publiant cette observation, nous n'avons d'autre but que d'ajouter un succès de plus à ceux déjà nombreux que compte la trachéotomie.

Nous avons passé sous silence le manuel opératoire, les précautions et détails, tous les soins, en un mot, que comporte cette opération, et dont l'omission peut avoir des conséquences funestes. Ils ont été exposés avec tant de soin par M. le professeur Trousseau, il y insiste si fréquemment chaque année dans sa clinique à l'hôpital des Enfans, que nous croyons cette répétition inutile.

Nous dirons seulement que les soins consécutifs, si bien entendus de ce professeur, nous ont paru le point capital du traitement, et nous n'hésitons pas à lui rapporter une partie du succès, l'opération n'étant pas un moyen curatif, mais fournissant à l'art de nouveaux moyens d'action en prolongeant la vie.

Il ressort pour nous, de cette observation :

1° Que la trachéotomie peut réussir dans les cas de croup avec fausses membranes bronchiques, tubulées et ramifiées;

2° Que l'opération peut réussir, et, selon nous, ne doit se pratiquer que lorsque les autres moyens sont restés sans effet;

3° Enfin qu'il est de la plus haute importance de pratiquer soi-même les écouvillonnemens et cautérisations trachéales pendant les douze premières heures qui suivent l'opération; ne rien confier aux parens; en un mot exercer une surveil-

(1) Elle avait déjà perdu deux enfans de cette même affection.

lance immédiate et incessante pendant les premiers jours, sous peine de compromettre le succès de l'opération.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LES PRINCIPAUX REMÈDES EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE A L'HOPITAL DES PHTHISIQUES DE LONDRES.

On sait qu'il existe à Londres des hôpitaux nombreux à destination spéciale. Ainsi, il y a un hôpital pour les varioleux, un autre pour les malades atteints de typhus fever, etc. On trouve aussi deux hôpitaux pour les phthisiques. La grande mortalité occasionnée par la phthisie pulmonaire, dans cette ville, rend bien compte de cette circonstance ; en effet, dans un intervalle de trois années, de 1843 à 1846, il est mort à Londres, de phthisie, 14,836 individus du sexe masculin, et 12,988 du sexe féminin, de sorte que la mortalité causée par cette maladie est de 53 pour cent pour les hommes et de 47 pour cent pour les femmes.

Des deux hôpitaux destinés aux phthisiques, le premier et le plus ancien porte le nom d'*Infirmerie pour l'asthme, la consomption et les maladies des poumons*. Le second, qui a été bâti en 1842, avec tous les perfectionnemens et tout le confortable possibles, porte le nom d'*hôpital de Brompton* ou d'*hôpital pour la consomption et pour les maladies de poitrine*. C'est un élégant édifice d'un style gothique, bâti dans les meilleures conditions de tranquillité et d'hygiène, ayant à son centre une belle église évangélique. La ventilation et la calorification y sont parfaitement établies, et c'est un médecin, M. le docteur Arnott, qui a présidé à sa construction. A cet hôpital sont attachés les médecins les plus célèbres de Londres : Hamilton, Thompson, Cursham, Cotton, Quain et Bowie. Nous empruntons à un témoin oculaire, qui les a consignés dans un journal italien, les détails suivans sur les principaux remèdes employés dans ce dernier hôpital.

Les principaux médicamens qui sont employés dans cet établissement sont la naphte, le fer, l'huile de foie de morue, les inhalations, les révulsifs.

La *naphte*, ou l'*esprit pyro-autique*, a paru avoir de l'influence sur quelques-unes des complications de la phthisie, comme la bronchite avec sécrétion profuse ; elle paraît augmenter l'appétit et les forces, modérer la sécrétion ; mais rien ne prouve qu'elle possède aucune propriété spécifique pour suspendre ou améliorer la phthisie tuberculeuse ; dans beaucoup de cas même, elle a eu des effets désavantageux.

La pâleur et l'état anémique de beaucoup de phthisiques, la diminution des globules sanguins que les recherches de MM. Andral et Gavarret ont démontrée exister dans cette maladie, ont fait penser naturellement à l'emploi du *fer* chez les phthisiques. Les préparations ferrugineuses ont été essayées aux diverses périodes de la maladie et sous diverses formes : iodure, phosphate, sulfate, sesqui-chlorure, citrate. Dans la première période, en l'absence de congestion pulmonaire et d'hémoptisie, on les a trouvées utiles pour arrêter les progrès de la maladie ; plus tard, les seuls avantages que les phthisiques en aient retiré ont consisté en l'augmentation des forces et une amélioration momentanée dans la santé générale.

L'*huile de foie de morue* a compté, au contraire, entre les mains des médecins de cet hôpital, des résultats des plus favorables et qui, malheureusement, ne se sont pas produits d'une manière aussi évidente entre les mains des médecins français. Sur 542 malades traités ainsi, dont 293 à la première période et 249 à la seconde et à la troisième période, 98 ou 18,4 pour cent ont vu leur maladie s'arrêter, 342 ou 62,4 pour cent ont éprouvé une amélioration sensible, et 102 seulement ou 18,8 pour cent n'en ont obtenu aucun soulagement.

Du reste, quoi qu'on en ait dit, c'est à la première période que les effets de l'huile de foie de morue ont été le plus remarquables : la proportion est, à cette période, pour l'arrêt de la maladie, de 17,8 pour cent chez les hommes, et de 28,1 pour cent chez les femmes, tandis que cette proportion descend, dans les deuxième et troisième périodes, à 14,3 pour les hommes et 12,6 pour les femmes. De même, relativement à l'amélioration, dans la première période, 72,1 pour cent chez les hommes, 62,1 pour cent chez les femmes, et dans les deuxième et troisième périodes, 52,2 pour cent chez les hommes et 60,9 pour cent chez les femmes. Par suite, tandis que la proportion des insuccès est de 10 pour cent chez les hommes et de 9,7 chez les femmes pour la première période, elle s'élève à 32,3 pour cent chez les hommes, et 25,4 pour cent chez les femmes, pour les deuxième et troisième périodes.

Relativement à l'âge et au sexe des malades, les médecins de l'hôpital de Brompton ont noté surtout combien l'huile de foie de morue a de puissance dans les premières quinze années de la vie ; sur 21 malades au-dessous de 15 ans, à la première période, 7 ou le 1/3 ont vu leur maladie s'arrêter, et 14 ou les 2/3 ont éprouvé de l'amélioration. De même dans les deuxième et troisième périodes, sur 13 malades au-dessous de 15 ans, 4 ont vu leur maladie suspendre ses progrès, 6 ont eu de l'amélioration, et 3 seulement n'en ont rien obtenu. A mesure que les malades avancent en âge, les chances diminuent ; car à la première période, sur 223 malades de 15 à 35 ans, on ne compte plus que 53 arrêts de la maladie, 148 améliorations et 22 insuccès ; et au-dessus de 35 ans, sur 49 malades, 3 arrêts des accidens, 39 améliorations et 7 insuccès. De même dans les deuxième et troisième périodes, de 15 à 35 ans, sur 200 malades, 29 arrêts de la maladie, 112 améliorations et 59 insuccès ; et passé 35 ans, sur 36 malades, 2 arrêts de la maladie, 23 améliorations et 11 insuccès. Quant au sexe, on a pu voir par les chiffres cités plus haut, que cette circonstance ne paraît pas avoir une influence bien marquée sur le résultat du traitement par l'huile de foie de morue.

Les médecins de l'hôpital de Brompton ont expérimenté diverses qualités d'huile de foie de morue, sans avoir remarqué une bien notable différence entre leurs effets ; mais la fétidité de quelques huiles brunes en a rendu l'emploi tout à fait impossible. L'huile qu'ils emploient aujourd'hui est transparente, d'un jaune paille, sans odeur désagréable particulière. Les malades la prennent sans répugnance, à la dose d'abord d'un drachme trois fois par jour chez l'adulte, mais il faut augmenter peu à peu ; dans quelques cas, on l'a portée à une once et demie par prise (4 onces 1/2 par jour). On l'administre habituellement dans de l'eau camphrée ou bien dans toute autre eau aromatique, dans des infusions amères, dans du lait ou toute autre boisson agréable. Dans le cas de grande irritabilité de l'estomac, on la donne dans du mucilage de gomme arabique, avec addition de quelques gouttes d'acide hydrocyanique. Dans les cas où il existe de l'anémie et beaucoup de faiblesse, ou lorsque les effets de l'huile semblent peu marqués, on y joint avec avantage des préparations de quinine et de fer, principalement l'iodure. Quand il survient des nausées et un petit mouvement fébrile, l'huile est suspendue pendant quelques jours. Dans quelques cas, on en continue l'usage malgré la présence d'une hémoptisie légère, sans aucun effet nuisible.

L'un des effets les plus surprenans de l'huile de foie de morue, c'est certainement l'*augmentation en poids* qui se montre chez les malades soumis à ce traitement. Ainsi, sur 219 malades, 153 ont gagné en poids, 19 sont restés stationnaires et 47 seulement ont perdu. Cette augmentation en poids a été surtout marquée dans la première période de la maladie, 78,6 pour cent chez les hommes, 67,5 pour cent chez les femmes ; dans les deuxième et troisième périodes, 61,1 pour cent chez les hommes, 64,1 pour cent chez les femmes. De même, cette augmentation a été bien plus marquée au-dessous de 15 ans que passé cet âge ; sur 13 sujets à la première période, 10 ont gagné en poids, 3 sont restés stationnaires ; aucun n'a perdu ; dans les deuxième et troisième périodes, sur 4 sujets du même âge, aucun n'a perdu, tous ont gagné ; tandis que de 15 à 35 ans, sur 96 sujets à la première période, 70 ont gagné, 10 sont restés stationnaires, 16 ont perdu, et que sur 62 sujets du même âge parvenus aux deuxième et troisième périodes, 40 ont gagné, 3 n'ont ni perdu ni gagné et 19 ont perdu. Il semblerait cependant que passé 35 ans, au moins pour la première période, l'embonpoint augmente presque toujours, car sur 17 malades à cette période, aucun n'a perdu et 2 seulement sont restés stationnaires ; il est vrai que sur 27 sujets du même âge, chez lesquels la maladie était plus avancée, il en est 12 qui ont perdu et 1 qui est resté stationnaire.

La quantité de l'augmentation en poids varie beaucoup suivant les malades ; elle peut n'être que d'une ou deux livres par mois, tandis que chez d'autres elle est de une à deux livres par semaine. On a cité quelques faits vraiment surprenans : ainsi, un malade a gagné 41 livres en 6 semaines, un autre 19 1/2 livres en 28 jours, et 10 livres dans les 10 autres jours qui suivirent ; dans un autre cas, 29 livres d'augmentation en 31 jours.

Bien que ce soit là un fait rare, il arrive quelquefois que cette augmentation en poids ne s'accompagne pas d'une amélioration ; mais en revanche toute diminution de poids coïncide avec une aggravation. Il faut savoir aussi que les effets du médicament ne sont pas toujours permanens et que lorsqu'on peut croire la maladie arrêtée, il survient parfois une rechute bientôt suivie d'une terminaison funeste. Néanmoins, il est des malades chez lesquels la maladie paraît si décidément arrêtée, qu'ils se croient parfaitement guéris, et on pourrait le croire comme eux, n'était la persistance des signes physiques qui ne disparaissent probablement qu'à la longue. De ces malades, chez lesquels la maladie a été suspendue, un petit nombre seulement s'est présenté à l'hôpital ; il est donc permis de croire que la cure a été persistante, et cela justifie la confiance des médecins de l'hôpital de Brompton en ce médicament, qu'ils mettent au-dessus de tous ceux connus.

Les *inhalations* ont été essayées dans un grand nombre de cas et avec avantage pour calmer quelques symptômes fatigans, tels que la toux et la difficulté de respirer.

Comme *révulsifs*, contre les congestions locales, contre la toux et l'expectoration trop fatigantes, on emploie la teinture d'iode ou d'iodure de potassium très concentrée, que l'on étend avec un pinceau sur la poitrine, de manière à produire de la vésication.

Contre les sueurs des phthisiques, on administre l'*acide gallique* à la dose de 5 à 6 grains, avec de la morphine ; et contre la diarrhée, le *sous-nitrate de Bismuth*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 Septembre 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

M. ALQUIÉ, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, lit un mémoire intitulé : *De l'utilité clinique du microscope pour la connaissance des maladies cancéreuses*. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de réfuter l'opinion qui attribue à la présence d'une cellule particulière dans certaines tumeurs cancéreuses, la valeur d'un caractère spécifique. Pour lui, les tumeurs dites épithéliales, épidermiques, fibro-plastiques, squirrheuses, encéphaloïdes, colloïdes, mélaniques, etc., ne sont que des degrés ou des variétés de forme du cancer, toutes également susceptibles de se reproduire après l'opération ; et tout en reconnaissant l'existence de la cellule cancéreuse comme caractère utile pour distinguer certains cas de squirrhes ou d'encéphaloïdes obscurs, il pense que l'absence de cette cellule ne doit point faire nier l'existence d'un cancer, lorsque la plupart des caractères de l'état cancéreux se rencontrent chez un malade. (Comm. MM. Velpeau, Lallemand et Rayer.)

M. Aug. MERCIER communique des *observations relatives à un nouveau traitement de la rétention d'urine chez les hommes âgés*. L'auteur résume son mémoire en ces termes :

1° La rétention d'urine peut résulter et résulte souvent de deux espèces de valvules survenant au col de la vessie, les unes musculaires et les autres prostatiques ; les premières appartenant spécialement à la jeunesse et à l'âge mûr, les secondes à la vieillesse ; les premières tout à fait inconnues avant moi, les autres entrevues par quelques pathologistes modernes, mais jamais décrites et surtout traitées d'une manière rationnelle et efficace.

Les premières peuvent être opérées avec succès par l'incision et par l'excision, mais les secondes exigent presque toujours l'excision.

3° Cette opération est des plus innocentes.

4° Certaines petites tumeurs de la portion sus-montanale de la prostate, ainsi que certaines tumeurs plus volumineuses, mais étalées et à large base, que je serais tenté de nommer valvuliformes, peuvent et doivent être traitées par divers procédés.

5° Il résulte de là que, sur 10 cas de rétention d'urine chez les vieillards, rétentions qui passent encore pour incurables, même aux yeux des médecins, 8 au moins pourraient être guéries par cette opération, si l'on avait soin de ne pas attendre l'apparition de complications plus graves que la maladie primitive.

6° L'âge du sujet n'est jamais à lui seul une contre-indication, puisque j'en ai opéré de 76 et de 78 ans. Il en est de même du degré ou de l'ancienneté de l'affection, puisque l'un de mes malades a été guéri d'une rétention d'urine, qui, depuis sept années, était complète. J'en ai également guéri qui étaient atteints de complications très graves.

7° Des faits datant de plusieurs années déjà, prouvent que la guérison est radicale, et que même le temps peut ajouter à l'amélioration immédiate. (Comm. MM. Roux, Lallemand et Velpeau.)

M. GUYON, inspecteur du service de santé militaire, en Afrique, communique une note *sur un moyen de faire cesser immédiatement les crampes des jambes chez les cholériques*, en renversant le pied sur partie antérieure de la jambe. A cet effet, on saisit le talon, d'une main, tandis que de l'autre, avec laquelle on saisit également la pointe du pied, on opère le renversement de cette dernière partie. Les crampes des doigts et des mains disparaissent comme celles des jambes par l'extension des doigts sur la main et de la main sur la face dorsale de l'avant-bras. A cet effet, tenant l'avant-bras d'une main, et après avoir saisi, de l'autre, les parties crampées, on les renverse sur l'avant-bras, non brusquement, mais avec une certaine lenteur.

MM. MAHIER, docteur en médecine, et A. CHEVALLIER, adressent un mémoire *sur les ouvriers qui travaillent les coquilles de nacre de perle.*

Le travail de la nacre expose les ouvriers qui s'y livrent à contracter des affections diverses : ces affections sont la bronchite aiguë et surtout chronique, l'enphysème pulmonaire, l'hémoptysie et les ophthalmies plus ou moins graves, selon les individus. La poussière de nacre de perle, que l'on range parmi les poussières dures, ne détermine la phthisie que chez les individus qui y sont prédisposés. (Comm. MM. Andral, Payen et Morin.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Septembre. — Présidence de M. MOREAU.

La correspondance ne comprend que la communication suivante :

M. RACIBORSKI adresse une observation portant pour titre : Observation de balano-posthite secondaire ayant donné lieu au développement de la syphilis constitutionnelle chez une femme à la suite de rapport sexuels non légitimes ; quelques mois après la guérison apparente de la femme, grossesse suivie de naissance d'un enfant légitime offrant, au bout de quelques semaines, les accidens secondaires de la syphilis. Transmission de ces accidens de l'enfant à sa nourrice. — L'auteur conclut de cette observation :

1° Que des accidens syphilitiques secondaires, et en particulier les ulcérations secondaires de la balano-posthite, peuvent transmettre la syphilis constitutionnelle de l'homme à la femme par les relations sexuelles et développer chez cette dernière d'autres formes de syphilis constitutionnelle ;

2° Que l'inoculation est loin de pouvoir décider par elle-même la question de la transmissibilité des accidens secondaires ;

3° Que chez la femme le principe syphilitique peut survivre aux accidens secondaires et donner lieu à la syphilis héréditaire chez l'enfant conçu et né au moment d'une apparente guérison de la mère.

4° Que les accidens syphilitiques secondaires, et en particulier des plaques muqueuses ou des pustules plates peuvent être communiquées par l'enfant à sa nourrice.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmission des accidens secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Velpeau.

M. VELPEAU, pour répondre à l'argumentation de M. Ricord, qui renferme une infinité de détails, va se trouver obligé de diviser luimême et de grouper sous autant de points ce qu'il a à dire.

D'abord, M. Ricord s'est appitoyé un peu sur la science arriérée de ses adversaires. Comment, a-t-il dit, en plein XIXe siècle, peut-on professer encore des idées du XVe siècle? Et il a accompagné cela d'une foule de petites malices. Il n'aurait pas été étonné, par exemple, d'entendre dire qu'un individu eût soufflé la vérole dans l'oreille de son voisin en lui adressant la parole, etc. Ces choses-là n'ont pas besoin de réfutation. Il est bien clair qu'en adoptant en partie les opinions qui commençaient à avoir cours dans la science à l'époque où l'on a fait les premières observations sérieuses de la syphilis, on ne s'engage pas pour cela à adopter tous les contes qu'il a plu aux auteurs d'alors de mettre en avant. Mais M. Ricord lui-même, qui se montre si sévère sur les faits, qui traite si cavalièrement les faits qu'on lui oppose, et qui s'en moque d'une manière si agréable, n'invoque-t-il pas, lui aussi, quelquefois pour les besoins de sa cause des faits tout aussi extraordinaires? Que dire, par exemple, de cet individu, dont il parle dans ses *Lettres sur la syphilis*, qui contracta la vérole en se rasant avec un rasoir qui avait servi à une personne infectée, et de cet autre individu qui eut un chancre dans le dos pour avoir couché dans les draps d'un vérolé? M. Ricord ne trouverait pas assez d'expressions ironiques pour qualifier ces faits s'ils venaient de ses opposans. Mais ces faits sont favorables à ses opinions, ils viennent à point pour étayer une des lois de sa doctrine, et il n'en faut pas davantage pour qu'il les trouve bons ; car M. Ricord aime beaucoup les lois, lui aussi. Il paraît que c'est là un penchant propre aux syphilographes. M. Ricord a bien une trentaine de lois à peu près. Entre autres, il en a formulé une ainsi : il faut une solution de continuité pour que la syphilis pénètre dans l'organisme. Il a fait, il y a une vingtaine d'années, des expériences d'inoculation, desquelles il lui a paru résulter que les accidens secondaires ne se transmettaient pas par cette voie du moins ; de là une loi, qui, elle-même, a été le point de départ d'une foule d'autres. Mais M. Ricord, qui se plaint qu'on fasse obstacle à ses propositions, oublie trop qu'on n'émet pas des propositions nouvelles sans se trouver en opposition avec ceux qui vous ont précédé, et qui, eux aussi, ont émis dans leur temps des propositions qui leur paraissent fondées. De sorte que nous aurions aussi le droit de nous plaindre à notre tour de l'opposition que M. Ricord fait à nos opinions. Mais cela le touche peu. Comme en émettant ses propositions,

il se trouve en opposition avec des faits admis avant lui dans la science, il se voit dans la nécessité de les critiquer, de les nier, de les traiter de commérages, parce qu'ils le gênent et qu'ils contrarient sa manière de voir. Eh bien! nous aussi nous avons le droit d'examiner ses faits.

Ainsi, quand il s'agit de la question de la transmission des accidens constitutionnels des nourrissons aux nourrices, M. Ricord, qui ne veut pas que cette transmission ait lieu, toutes les fois qu'on invoque un de ces faits qui en démontrent la réalité, cherche une foule de suppositions, imagine mille hypothèses pour prouver que les choses ne se sont pas passées comme on l'a dit. Ainsi, une nourrice, saine avant que d'allaiter un enfant syphilitique, voit-elle se développer des accidens secondaires quelque temps après, ces accidens secondaires ne sont que le résultat d'un chancre que le mari aura été chercher quelque part pour le donner à sa femme. Est-il démontré que le mari était sain et qu'il n'a rien pu donner à sa femme, il y a bien quelque part une garnison dans le voisinage, dira M. Ricord. Mais s'il est établi, par un examen attentif, que la femme elle-même n'a eu aucun accident primitif avant l'explosion secondaire, c'est alors que M. Ricord a recours à ces hypothèses sans nombre, pour expliquer comment la vérole a pu pénétrer, sans qu'on s'en soit douté, par les voies les plus insolites.

Voici, entre autres, un exemple de la manière rigoureuse avec laquelle M. Ricord procède à l'interprétation des faits de ce genre. Une nourrice entre dans une maison pour allaiter un enfant, chez lequel se développent, peu de temps après, des accidens syphilitiques constitutionnels. La nourrice ne tarde pas à en être infectée à son tour. M. Ricord, qui a besoin de trouver une autre source aux accidens de la nourrice, dit : mais il y avait des commis dans la maison; et cela lui suffit. Mais, ajoute M. Velpeau, le hasard a fait que j'ai pu vérifier les faits par moi-même, et que je me suis assuré que les commis en question avaient été gratuitement calomniés.

La peine que M. Ricord se donne pour récuser tous les faits qu'on lui oppose est incroyable. Mais en examinant bien ses argumens, on voit qu'au fond il ne s'arrête guère sur les faits, il passe à côté. En veut-on une autre preuve. On la trouvera dans la manière dont il interprète le fait de Hunter. Dans ce fait, comme tout le monde s'en souvient, il s'agit de trois nourrices, qui toutes les trois consécutivement contractent du même nourrisson des accidens syphilitiques secondaires. Eh bien! pour faire plier ce fait aux exigences de sa doctrine, il faut que M. Ricord admette que chacune de ces trois nourrices a dû être infectée avant et par une autre voie.

Voilà les faits par lesquels M. Ricord prétend réfuter les opinions de ses contradicteurs.

Les faits de contamination directe des nourrices par les nourrissons qu'on lui oppose, sont en petit nombre, dit M. Ricord. Mais c'est une erreur. Ces faits sont très nombreux, au contraire. Enfin, s'il ne peut se défendre de l'évidence de quelques-uns d'entre eux, ce sont des faits exceptionnels, dit-il, et il se retranche derrière cette concession. Mais cette concession est déjà très grande. M. Ricord s'est, comme on le voit, amendé sensiblement à cet égard, car ce qu'il admet comme exceptionnel aujourd'hui, il le regardait autrefois comme impossible. Eh bien ! qu'ils soient exceptionnels, soit. Mais on ne dit pas que la vérole constitutionnelle soit aussi contagieuse que les accidens primitifs. Nous, du moins, nous ne prétendons pas cela. Mais si exceptionnelle, si rare que soit la transmission des accidens constitutionnels, cette transmission est possible, elle est réelle. C'est là tout ce que nous voulons qu'on nous accorde.

Enfin la grande raison qu'allègue M. Ricord, c'est qu'il n'a pas vu les faits qu'on lui cite, c'est que les accidens qu'on prétend être transmissibles, inoculables même, il n'a pu, lui, parvenir à les inoculer. Et, là-dessus, il cite un grand nombre de médecins qui n'ont pas plus que lui vu des exemples de transmission. Témoin, ajoute-t-il entre autres exemples, l'observation de M. Seux, de Marseille, qu'il rapporte dans tous ses détails et commente avec une sorte de complaisance. Mais que prouvent ces faits? Ils ne prouvent rien. Ce sont des faits négatifs, et voilà tout. Ils prouveraient tout au plus que la syphilis constitutionnelle ne se transmet pas toujours, ce qui n'est soutenu par personne, mais voilà tout. Ils ne prouvent rien contre les faits positifs, ces faits là fussent-ils encore plus rares qu'ils le sont.

M. Ricord a invoqué un autre argument. Il a dit : si votre syphilis secondaire était contagieuse, elle devrait se communiquer d'une manière bien plus générale que les accidens primitifs, en raison des rapports beaucoup plus fréquens et de la fausse sécurité où l'on serait sur les conséquences de ces rapports; en un mot, elle devrait être épidémique. Ce raisonnement n'est pas juste. Ce serait supposer, ce que personne n'admet, que les accidens secondaires soient transmissibles au même degré et de la même manière que les accidens primitifs. La syphilis secondaire est une syphilis modifiée; elle n'a plus la vigueur et la virulence des premiers symptômes. D'ailleurs, comment se contractent les accidens primitifs? Il n'est pas besoin de le dire ici. Et pourquoi, pendant que les chancres, évidemment les plus contagieux de tous les symptômes syphilitiques, exigent des rapports plus ou moins prolongés pour se transmettre d'un individu à un autre, de simples contacts passagers devraient-ils suffire pour transmettre les accidens secondaires?

M. Ricord dit que les antécédens des malades sont souvent très difficiles à constater. Et comme preuve, il nous a cité cette fameuse histoire du prince russe qui avait un chancre sur la face externe du prépuce, sans qu'il eût pu se rendre compte par quelle voie il avait pu le contracter, l'histoire du malade de M. Gubler, qui avait un chancre sur la paupière, etc. Mais la difficulté de découvrir l'origine de ces accidens ne prouve rien. Personne ne nie ces difficultés; et il n'est pas besoin, pour les résoudre, de recourir à tous les expédiens qu'imagine M. Ricord et de faire intervenir, au sein des ménages, des officiers de cavalerie....

Une question plus scientifique que tout ce qui précède a été soulevée par M. Ricord, elle est relative aux inductions que l'on peut tirer du siége des accidens. M. Ricord soutient que le chancre peut se développer partout, pourvu que le pus inoculateur se trouve déposé dans des conditions convenables.

Ne pourrait-on pas demander à M. Ricord comment il comprend qu'un chancre primitif ait pu se développer sur l'amygdale. La chose paraît évidemment impossible, sur un homme surtout. Ou il faudrait admettre que le pus chancreux a été primitivement déposé sur les lèvres, que de là il a gagné la pointe de la langue; puis qu'il a parcouru toute l'étendue de la langue pour venir se déposer et germer sur la face interne des amygdales; et cela, malgré la salive, malgré les mucosités qui lubréfient et abritent en quelque sorte tous ces organes. Et que deviendrait d'ailleurs, ici, la loi de M. Ricord, qui veut qu'il y ait écorchure, solution de continuité, pour que l'inoculation ait lieu. Comment comprendrait-on qu'une écorchure eût pu être faite sur l'amygdale. Mais toutes ces suppositions tombent évidemment devant le fait de l'ami de M. L..., ce médecin qui étant en proie à des accidens constitutionnels, était tellement préoccupé de son état, qu'il s'examinait tous les jours, qu'il regardait sa gorge avec le soin le plus scrupuleux, tant il redoutait les progrès de la maladie, lorsqu'il a vu se développer sur l'une de ses amygdales ce fameux chancre qui a servi à l'inoculation de M. L... Est-il possible, dans ce cas en particulier, d'invoquer l'hypothèse du développement d'un chancre primitif sur l'amygdale? Évidemment non. Le siége nous suffit donc ici pour affirmer que c'est un symptôme secondaire.

La forme des accidens a aussi beaucoup occupé M. Ricord. Il tient beaucoup à ce que ses adversaires se soient trompés sur la nature des accidens transmis sous leurs yeux, soit par voie directe, soit par voie d'inoculation artificielle. Ainsi, dans le fait que lui a opposé M. Vidal, il veut absolument que ce soit un accident primitif et non un accident secondaire qui a été inoculé. M. Ricord ne voudrait pas faire croire, sans doute, que M. Vidal ne se connaisse point en accidens primitifs et en accidens secondaires. Mais voici d'ailleurs le fait. Il n'est point nécessaire d'être un syphilographe expérimenté pour l'apprécier. Tout le monde pourra le juger :

Un homme entre à l'hôpital avec un chancre, ce chancre se cicatrise, puis il survient plus tard une pustule plate, puis des symptômes généraux et des plaques d'ecthyma sur tout le corps. Comment, ces plaques qui couvrent tout le corps, ce seraient des chancres! M. Ricord a-t-il jamais vu des chancres se développer ainsi simultanément sur tout le corps après la cicatrisation d'un chancre primitif? Ce n'est évidemment pas possible. Eh bien ! que fait M. Ricord pour échapper aux difficultés que ce fait lui suscite? Il fait maintes suppositions sans le moindre fondement, il va jusqu'à supposer que cet homme aurait contracté de nouveaux chancres dans la salle qu'il occupait. Ces mêmes difficultés se trouvent partout; elles se retrouvent encore dans le fait de M. Cazenave. Et pour en sortir, il insiste beaucoup sur ce qu'il est très difficile de distinguer le chancre de l'ecthyma. Mais puisque M. Ricord se montre si difficile pour les faits des autres, ne peut-on pas aussi lui rétorquer l'argument? Ce fameux chancre qui était allé se nicher dans le favori d'un individu dont il est question dans les lettres de M. Ricord, et qui, pour lui, était un chancre, parce que cela était nécessaire pour l'intérêt de la doctrine, ne pourrait-on pas lui dire qu'il s'est trompé à son tour, et que ce prétendu chancre n'était qu'un ecthyma, puisqu'il est si difficile de distinguer l'une de l'autre ces deux lésions?

M. Ricord ne se contente pas de récuser les observations qu'on lui oppose, il récuse aussi les résultats des inoculations. Je n'ai pas, dit M. Velpeau, à justifier l'usage des inoculations artificielles que je n'approuve pas, et auquel je n'ai jamais eu recours. Mais je ne saurais blâmer les chirurgiens qui, dans le but de vérifier les assertions de M. Ricord, y ont eu recours, afin de se placer sur le même terrain que lui, et de ne laisser aucun prétexte à récusation; et quand ces inoculations ont eu un résultat positif, M. Ricord les récuse !

Autre objection. Lorsqu'on parle de transmission des accidens secondaires, M. Ricord veut, pour l'admettre, qu'on lui démontre que cette transmission se fait par simple contact, même sans contact, à distance; et pour l'inoculation du chancre, il lui faut une porte ouverte, une solution de continuité! Non, il n'est pas nécessaire qu'il y ait plaie, qu'il y ait solution de continuité, pour que le virus du chancre pénètre dans l'économie. Mais quand cela serait, pourquoi donc vouloir que les accidens secondaires, beaucoup moins actifs que le chancre, aient moins de difficultés à surmonter que celui-ci pour produire l'infection?

M. Ricord a parlé d'hérédité. Il est bien clair que l'hérédité n'est pas une contagion directe, comme M. Ricord aurait voulu le faire dire à ses contradicteurs; il n'est pas besoin d'admettre l'hypothèse de l'imprégnation de l'amnios par le virus, lequel viendrait ainsi infecter directement le fœtus. Mais que l'on prenne garde qu'en admettant l'hérédité, on est bien près d'admettre la transmission par les nourrices. Quant à la comparaison de l'hérédité de la syphilis avec celle de la goutte, du cancer, des tubercules, etc., pour en déduire que l'hérédité n'implique pas la contagion, c'est une comparaison qui n'a aucun fondement. Il n'y a rien de comparable entre le virus de la syphilis, qui est une matière, un corps étranger transportable, et la goutte, le cancer, qui ne reposent que sur une disposition organique spéciale.

M. Ricord revient souvent sur les faits de Wallace et de Waller. Il veut absolument que les accidens qu'ils ont vu transmettre soient des chancres. Mais non, encore une fois; Waller dit très expressément que la malade en question n'avait plus traces de chancre lorsque la transmission des accidens dont elle était porteur a eu lieu; qu'elle n'avait pour tout symptôme que des plaques muqueuses. Mais M. Ricord, qui n'a pas vu, veut absolument que l'erreur soit du côté de ceux qui ont vu. M. Ricord s'étonne ensuite de certains faits qui n'ont rien que de très ordinaire. Par exemple, on inocule sur l'épaule d'un individu de la matière recueillie sur un accident secondaire, un ecthyma. Un ecthyma survient sur le point d'inoculation, et puis, chose merveilleuse aux yeux de M. Ricord, un ecthyma semblable se montre sur l'autre épaule, preuve, ajoute-t-il, que l'inoculation n'y a été pour rien. Mais M. Ricord a oublié de dire que ce second ecthyma n'a paru que longtemps après le premier, et qu'il a été immédiatement suivi d'une éruption générale.

M. Ricord veut des faits probans; et lorsqu'on lui en cite il y trouve toujours quelque chose à redire. Je lui rappellerai, à cette occasion, une anecdote qui concerne un chirurgien célèbre. M. Ricord ne se fâchera pas de la comparaison. Ce chirurgien, c'était Delpech, ne croyait pas à la possibilité de la réunion des fractures du col du fémur sans difformité; et convaincu que ces réunions n'étaient pas possibles, il posa le défi qu'on lui en fît voir un exemple, promettant un prix de 2,000 f. à celui qui le lui montrerait. A peu de temps de là, on vint lui faire voir un col de fémur parfaitement consolidé. Il n'y avait rien à y objecter. Aussi, Delpech s'empressa-t-il de reconnaître l'exactitude du fait. Mais quand il s'agit du prix : Le fait est vrai, répliqua-t-il, mais depuis que j'ai proposé le prix, j'ai obtenu moi-même la réunion du col du fémur, et je me suis adjugé le prix.

Mais revenons aux faits. Il y en a de probans, ai-je dit, et M. Velpeau cite ici des faits qui lui ont été communiqués par M. le dr Bardinet, médecin de Limoges, et qui ne lui paraissent laisser rien à désirer pour la démonstration de l'infection des nourrices par les nourrissons. Ces faits, à ses yeux, détruisent la loi de M. Ricord. Or, cette loi étant elle-même la conséquence ou le point de départ d'autres lois, celles-ci doivent s'en trouver fortement ébranlées. Par exemple, M. Ricord ne veut pas que la chaudepisse puisse donner lieu à la vérole constitutionnelle, à moins qu'elle ne soit due elle-même à la présence d'un chancre de l'urètre; c'est à tort. Il existe des exemples incontestables de syphilis constitutionnelle qui n'ont pas eu d'autre origine qu'une blennorrhagie et une blennorrhagie sans chancre urétral. Et d'ailleurs, comment M. Ricord comprend-il l'existence d'un chancre dans l'urètre, lui qui veut qu'il y ait une solution de continuité préalable.

Suivant M. Ricord, et ceci est une autre loi, le chancre induré serait seul la source du virus qui donne lieu à la vérole constitutionnelle. Cela n'est pas plus exact. D'une part, le chancre induré n'est pas toujours la conséquence et le signe d'une infection générale comme le veut M. Ricord, et il n'est pas non plus toujours nécessaire pour la produire. On a vu souvent des chancres simples, non indurés, être suivis de vérole constitutionnelle; et d'ailleurs, les femmes n'ont pas de chancre induré ou n'en ont qu'exceptionnellement.

Il veut encore que le chancre induré seul puisse s'accompagner de bubon et qu'il s'en accompagne toujours. Cela n'est pas exact non plus. Enfin M. Ricord prétend qu'il ne s'écoule jamais plus de six mois entre le chancre primitif et la manifestation des symptômes de la syphilis constitutionnelle. Cela encore n'est pas vrai. Il n'y a pas de terme à l'incubation de la syphilis constitutionnelle. Il faut être vieux pour constater ces faits-là, et c'est un triste avantage que j'ai sur M. Ricord.

Je désire, du reste, dit en terminant M. Velpeau, que M. Ricord ne voie dans cette appréciation rien de personnel, et que cette discussion n'altère en rien les sentimens d'estime que j'ai pour lui. Je reconnais, d'ailleurs, avec plaisir, que la doctrine que M. Ricord professe avec tant de talent, est un monument édifié avec beaucoup d'art. Peut-être y a-t-il introduit beaucoup d'ornemens factices, et qui en altèrent la pureté. Il devra nous savoir gré de l'aider à l'épurer, et si nous sommes parvenus à le dépouiller de tout ce qu'il renferme d'un goût faux et suspect, il lui restera encore un assez bel édifice. Ce sera, si l'on veut, le Palais de cristal..... après l'exposition.

Il est cinq heures, la séance est levée et la discussion renvoyée à la séance prochaine.

LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE.

Au moment où le gouvernement français négocie des traités avec les puissances étrangères, pour garantir les droits de la propriété littéraire et scientifique, et pour détruire la contrefaçon, des entreprises, uniquement fondées sur la contrefaçon, viennent de s'organiser en France contre la presse médicale en particulier.

Des *courtiers d'annonces*, qui n'appartiennent au corps médical par aucun titre, et qui ne lui offrent par conséquent ni garanties, ni responsabilité, viennent de publier des *specimens* de prétendus journaux de médecine, dans lesquels, non contens de se livrer à des allégations mensongères et à des appréciations fausses sur les publications existantes, ils s'emparent encore de leurs travaux.

L'Union Médicale est décidée à ne pas tolérer plus longtemps cette piraterie scientifique, cette contrefaçon belge à l'intérieur.

Elle déclare que les articles de fond, les travaux originaux, les revues et comptes-rendus cliniques, les feuilletons, et tout article émané soit de ses collaborateurs habituels, soit de ses collaborateurs accidentels, sont sa propriété exclusive, dont elle interdit la reproduction totale ou partielle, sans l'autorisation expresse de son gérant.

Elle déclare, en outre, qu'elle poursuivra devant les tribunaux les journaux qui se livreront à cette reproduction.

Le Gérant de L'Union Médicale,
Dr G. Richelot.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'institution nationale des Sourds-Muets de Paris, vient d'être chargé d'une nouvelle mission scientifique par M. le ministre de l'intérieur, auprès des établissemens de sourds-muets et d'aveugles de l'Allemagne et du royaume-uni de la Grande-Bretagne.

— M. Magne, médecin-oculiste des crèches du département de la Seine, etc., vient d'être nommé membre de la Légion-d'Honneur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Rapport sur la pratique médico-chirurgicale et le mouvement des dispensaires de Paris, pendant l'année 1851, présenté au nom de MM. les médecins et chirurgiens des dispensaires, à la Société philantropique, dans sa séance générale, tenue le 25 avril 1852, sous la présidence de M. le duc de La Rochefoucault, par M. le docteur Alfred Compérat. In-8. Paris, 1852.

LEÇONS CLINIQUES
SUR LES AFFECTIONS CANCÉREUSES.

Professées à l'hôpital Cochin, par M. le docteur **Maisonneuve**, chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de la Société de chirurgie, de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris, de la Société académique de Nantes, etc.;

Recueillies et publiées par M. le docteur Alexis **Favrot**, membre de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris et de la Société médicale de Bordeaux. — Ouvrage orné de *planches*. — Première partie, comprenant les affections cancéreuses en général.

1852, chez Labé, libraire de la Faculté, rue de l'École-de-Médecine. Prix: 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 115. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 25 Septembre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 SEPTEMBRE 1852.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA [1].

ÉTIOLOGIE.

Miasmes en général. — Miasme du Choléra.

Si l'on agite la surface de l'eau d'un marais, on voit s'élever une foule de bulles d'où se dégagent des gaz après leur rupture. Recueillez ces gaz, il vous sera facile de les enflammer au contact de la flamme d'une bougie, vous les verrez brûler lentement en produisant une flamme d'une belle couleur bleue. Si l'on enfonce avec force un bâton dans la fange de ce marais et qu'on le retire immédiatement, il se dégagera du trou que l'on aura formé, un gaz qui s'enflammera à l'approche d'un corps en ignition, et formera un jet de flamme bleue. Ces expériences ont été faites par Volta. Enfin, dans les marécages qui contiennent une grande quantité de matière animale, un autre gaz se dégage, prend feu spontanément au simple contact de l'air et trace en *feux follets* ces voltiges lumineuses, rapides, irrégulières, et vagabondes, qui jettent la terreur et l'effroi dans l'âme du paisible habitant de ces contrées, attardé, la nuit, hors de son habitation.

Ce n'est pas tout.

Des expérimentateurs habiles ont pu recueillir les miasmes, soit dans les gaz qui se dégagent des eaux stagnantes, soit, et principalement dans l'humidité, condensée de l'air des marais. Moscati, en suspendant des globes de verre remplis de glace, à quelques pieds du sol, au-dessus des rizières de la Lombardie, qui sont autant de marais artificiels, a pu condenser à leur surface, sous forme de rosée, la vapeur d'eau contenue dans la couche d'air la plus rapprochée du terrain de ces localités. Cette eau renfermait une matière floconneuse, putrescible, à odeur cadavéreuse. Rigaud de Lisle a obtenu les mêmes résultats à peu près, en recueillant sur des carreaux de vitre disposés à cette effet, la rosée des Marais-Pontins. Il trouva dans cette rosée, des flocons légers, d'odeur ammoniacale. M. de Gasparin ne s'est pas borné là. Après avoir recueilli cette vapeur d'eau condensée, il en a frictionné des moutons et leur en a fait boire. Il a fait naître chez ces animaux la maladie qu'ils contractent habituellement en paissant dans les plaines marécageuses, savoir : *la cachexie aqueuse*.

Enfin, les chimistes ont analysé ces produits divers. Boussingault les a carbonisés au moyen de l'acide sulfurique; Vauquelin y a signalé la présence de l'hydrogène carboné et de l'azote; Vollaston y a trouvé de l'hydrogène proto-carboné, de l'azote, de l'acide carbonique, de l'hydrogène sulfuré, et quelques traces d'hydrogène phosphoré. On ne pouvait trouver en effet que des traces de ce dernier gaz, puisqu'il s'enflamme et se brûle au contact de l'air. On y a trouvé aussi un peu d'oxigène pur, et de l'ammoniaque.

Ces analyses nous apprennent peu de chose, sans doute. Elles ne nous révèlent pas la nature intime des miasmes. On se demande en effet quand on y réfléchit, si ce sont bien ces mélanges, ces réunions, ces combinaisons en proportions variées, d'hydrogène, de carbone, d'oxygène, d'azote, de soufre, et de phosphore, qui peuvent produire les effets graves et souvent funestes dont on les accuse. A la rigueur, cela se peut, mais il est bien probable que ces analyses sont encore incomplètes. Et d'ailleurs, la chimie, malgré sa puissance, parviendra-t-elle jamais à nous dévoiler certains mystères de l'organisation. Pour elle, la composition de tout végétal se réduit à trois corps élémentaires, l'oxigène, l'hydrogène, et le carbone; la composition de tout animal est formée par ces trois élémens, plus un quatrième, l'azote; il n'y a pour ainsi dire que cette différence entre les deux règnes. Pour elle par conséquent, les produits mélangés de la décomposition des végétaux et des animaux, produits organisés eux-mêmes et *peut-être vivans*, doivent se résumer dans la réunion de ces quatre corps élémentaires, entraînant tout au plus avec eux ou faisant entrer dans leurs combinaisons nouvelles quelques élémens étrangers. Elle ne peut pas nous en apprendre les modes de combinaison, puisqu'elle les dissocie dans ses analyses et que sa puissance synthétique ne va pas jusqu'à les recomposer de toutes pièces, comme elle le fait pour les minéraux. Elle ne peut pas nous en faire connaître la texture puisqu'elle la détruit. Elle ne peut pas même nous en montrer les cadavres, puisqu'elle en fait disparaître la forme. Or, la forme, la texture, les modes de combinaison et d'arrangement, donnent aux corps organisés leurs propriétés diverses et les plus importantes. Il sera donc toujours impossible de déduire les propriétés des miasmes de leur composition chimique seule, comme on ne découvrira jamais par l'analyse chimique des *venins* de l'abeille, de la vipère, du serpent à sonnettes, par celle des *virus* vaccinal, variolique, syphilitique, rabique, morveux, par celle des *poisons végétaux et animaux*, et des médicamens eux-mêmes, la raison des effets divers et spéciaux, utiles ou nuisibles, d'aucun de ces agens. Mais la chimie constate l'existence et la matérialité des miasmes. Cela nous suffit.

Ce n'est donc pas à la chimie qu'il faut demander de nous dévoiler la nature des miasmes. Engageons-nous donc dans une autre voie, si ce n'est avec la certitude d'y trouver la lumière qui nous manque à cet égard, au moins avec l'espérance de rencontrer quelques nouveaux points de vue, du sommet desquels nous puissions apercevoir ses premiers rayons, aussitôt qu'ils commenceront à poindre à l'horizon de nos ténèbres.

Et d'abord, demandons-nous s'il n'y a qu'un miasme, comme le prétendent quelques médecins, ou s'il en existe plusieurs. En d'autres termes, dans tous les marais d'eau douce, d'eau de mer, ou résultant du mélange de ces deux eaux, dans les divers climats, sous toutes les latitudes, le produit qui se dégage est-il partout et toujours le même?

L'affirmation ne me paraît pas soutenable. Le bon sens ne nous dirait pas que des effluves qui donnent naissance ici à la peste, là au choléra, ailleurs à la fièvre jaune, dans d'autres localités à de simples fièvres intermittentes, en un mot, à des maladies spéciales différentes, et constamment les mêmes dans chaque contrée, il ne nous dirait pas que ces effluves ne peuvent pas être identiques, et doivent posséder des caractères spéciaux, différens, et constans comme leurs effets, que la plus simple réflexion viendrait nous l'apprendre. N'est-il pas tout naturel de penser, en effet, que là où toutes les conditions diffèrent, nature du sol, végétaux, animaux et température, les miasmes qui se développent ne peuvent pas se ressembler, et qu'au contraire, de la diversité des terrains, de la variété des plantes, les unes innocentes, les autres pleines de poisons, de la quantité et de la qualité des animaux de toute espèce, les uns inoffensifs, les autres porteurs de venins plus ou moins dangereux, et de la rapidité plus ou moins grande, selon les degrés de chaleur et d'humidité avec laquelle la décomposition de tous ces corps s'opère, ils doivent recevoir une nature particulière et des propriétés différentes. La science chimique

[1] Voir le numéro du 21 Septembre.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

APHORISMES PROFESSIONNELS.

Le client que vous recevez chez vous, par cela seul qu'il est chez vous, a droit à tous vos égards, à toutes vos politesses. Si la civilité était bannie de la terre, elle devrait se retrouver dans le cabinet du médecin. C'est une politesse que vous fait le client en venant chez vous, c'est un témoignage de confiance qu'il vous donne, et vous devez y répondre par le ton, les manières et le langage d'un homme de bonne compagnie.

Cependant n'exagérez rien. Il est des médecins qui affectent les airs de grands seigneurs, les hautes manières d'une aristocratie de naissance, les livrées éclatantes et jusqu'aux armoiries des maisons féodales. Tout cela est parfaitement ridicule. La profession médicale est de bonne et grande bourgeoisie, mais ce n'est que cela, et c'est dans ce milieu, fort honorable d'ailleurs, qu'il faut savoir se maintenir. S'élever plus haut n'est pas d'un homme de sens; descendre plus bas n'est pas digne d'un médecin.

Il y en a qui descendent trop bas, en effet, jusqu'à une sorte d'obséquiosité servile, qui fait que le médecin s'humilie presqu'au rôle de valet. Il en est d'autres, au contraire, qui usent vis-à-vis du public d'une morgue vaniteuse et brutale, qu'ils prennent pour de la dignité. La véritable dignité s'éloigne de ces deux extrêmes et commande naturellement au client le ton qu'il doit prendre avec son médecin.

Un grand talent du médecin, c'est de savoir écouter. Le malade aime à parler longuement de son mal; écoutez-le avec patience, avec bonté; ménagez-lui les interruptions, elles ne rendent le récit que plus prolixe; faites-lui répéter, au contraire, les circonstances qui vous paraissent les plus intéressantes à connaître. Cette insistance vous placera tout de suite en grande estime auprès du malade ; il verra en vous un médecin attentionné, soigneux, et le résultat de la consultation ne tournera pas à votre désavantage.

Considérez comme une circonstance heureuse, mais dont il faut savoir profiter, si, par son récit, le malade vous laisse deviner comme à coup sûr la succession des phénomènes pathologiques qui aura dû se produire. Oh! alors, n'hésitez pas pour l'interrompre. Égrenez-lui, et avec assurance, le chapelet des accidens qu'il a nécessairement éprouvés ; insistez sur les principaux symptômes, sur ceux surtout auxquels le vulgaire attache une suprême importance, urines, fonctions digestives, les humeurs et le reste. Si vous avez deviné juste — et ne vous hasardez dans cette voie qu'avec de très fortes probabilités en faveur de votre diagnostic — votre tête s'illumine à l'instant de l'auréole du prophète ; le client est subjugué, ébloui, et sa docilité vous est acquise pour le traitement que vous avez à lui prescrire.

Un des plus rigoureux préceptes de la charité médicale impose l'impérieux devoir au médecin de consoler, de rassurer le malade et de lui faire toujours espérer la guérison de la maladie le plus évidemment incurable. Il est cependant un écueil qu'il faut savoir éviter, c'est, dans les cas peu graves et facilement accessibles aux ressources de l'art, de prendre la maladie moins au sérieux que ne le fait le malade lui-même. Règle générale, le malade aime à se persuader et à dire qu'il a couru de grands dangers. Il est de mauvaise politique de le dissuader sur ce point. Cela n'avance à rien, et vous vous enlevez niaisement un mérite qu'on ne demandait pas mieux que de vous reconnaître.

Évitez donc ces formules dangereuses et qui partent trop vite de la bouche des jeunes médecins : ce n'est rien ; vous n'avez qu'une légère indisposition; un peu de régime va guérir tout cela; presque jamais le malade ne vous tient compte de ce langage austère de la vérité, souvent il a pour résultat de le décider à porter chez un autre confrère ses appréhensions et ses écus.

Vous avez patiemment écouté le récit du malade, vous lui avez adressé les questions nécessaires; votre examen a été complet; votre diagnostic est porté; voici le moment de conseiller et de prescrire, et ce moment demande de votre part une grande attention.

D'abord, posez-vous comme principe de conduite de ne jamais laisser sortir un malade de votre cabinet sans une consultation écrite. D'un conseil oral, autant en emporte le vent. Cela ne fait au médecin ni honneur ni profit. Un papier écrit flatte l'amour-propre du malade, et en le lui remettant entre les mains, c'est lui rappeler avec convenance et politesse que vous avez payé fort cher le droit de lui donner des conseils, et qu'il est juste d'honorer votre temps et votre peine.

Ne craignez pas d'écrire longuement vos prescriptions et vos conseils. Prenez du grand papier, et remplissez hardiment le *recto* et le *verso*. Vous n'êtes pas homme à prescrire assurément quelque chose d'inutile à vos malades, mais que ce que vous croyez utile soit développé, détaillé, dilué. Plus vous serez long, moins le malade lésinera sur vos légitimes honoraires. Souvenez-vous sans cesse de ce malade auquel Corvisart ne voulut écrire aucun conseil, et qui laissa une pièce de dix centimes soigneusement pliée dans du papier sur le chambranle du célèbre médecin de l'Empereur.

La plupart des médecins en renom de Paris connaissent un pauvre malade imaginaire qui porte un nom distingué et qui paie régulièrement ses consultations la somme invariable de 7 fr. 50 cent. Il n'est pas de jour où l'on ne le rencontre dans le cabinet de quelque médecin. Quand il tient sa consultation en main, il adresse une nouvelle question au médecin. Si la réponse lui paraît convenable, il r'ouvre sa bourse et ajoute 50 centimes à la somme primitive. Nouvelle question, nouvelle réponse, nouvelle pièce de dix sous, et il continue ainsi jusqu'à 9 fr. 50 ou 10 fr. 50, car ce singulier client paraît avoir une horreur profonde pour les chiffres ronds. Mais de tels cliens constituent une variété extrêmement rare.

Il est bien plus commun, au contraire, qu'en possession de vos con-

affirmât-t-elle leur identité, je répondrais sans hésiter qu'elle se trompe, et qu'elle n'a pas su bien chercher ou n'a pu trouver les différences.

Pour justifier cette opinion de l'identité des miasmes des marais, on invoque l'analogie de quelques effets qui leur sont communs. On fait remarquer que, dans les pays où se développent habituellement la fièvre jaune, la peste ou le choléra, l'invasion et la cessation de ces endémies sont presque toujours précédées ou suivies par l'apparition de nombreuses fièvres intermittentes; et que, dans les contrées où ne règnent généralement que des fièvres intermittentes, ces maladies revêtent parfois, mais par cas isolés, les formes pestilentielle, cholérique, ou de la fièvre jaune. Essayons d'expliquer ces particularités, et de prouver qu'elles sont loin de déposer contre notre thèse.

Les miasmes ont une origine commune : les pays marécageux. En tant que miasmes, ils doivent avoir par conséquent des effets communs, de même que tous les gaz irrespirables asphyxient, de même que la plupart des poisons végétaux et minéraux excitent le vomissement, de même que tous les virus sont inoculables, de même enfin que toutes les plantes d'une même famille et les animaux de la même classe ont des traits de ressemblance, sans être pour cela identiques, et tout en possédant chacun les caractères qui les distinguent et les qualités spéciales qui constituent leur individualité. Nous sommes donc forcé d'admettre que si le miasme fait naître des fièvres d'accès avant que n'éclatent les grandes endémies dont nous venons de parler, c'est parce qu'il n'a pas encore acquis toutes les qualités dont il sera pourvu lorsqu'il produira l'endémie, en raison de ce que la décomposition des matières putrescibles ne fait que commencer, et que la chaleur qui débute n'a pas pu donner encore à la fermentation putride toute l'activité, et à son produit les propriétés morbifiques spéciales qu'il acquerra bientôt. Il ne les possède que quand l'épidémie commence; il les conserve tant qu'elle dure, puisque ses effets ne changent pas. Mais il les perd ensuite graduellement, à mesure que le marécage se dessèche et voit diminuer avec l'humidité un des élémens essentiels de toute fermentation, à mesure que s'amoindrit en même temps la masse des matières fermentescibles par le fait même de la fermentation, à mesure enfin que la chaleur, autre élément indispensable de putréfaction, va perdant elle-même de son intensité. Dans cette phase de décroissance, il repasse ainsi, mais en sens inverse, par les états qu'il avait présentés dans la période d'accroissement, et reproduit ainsi les mêmes effets qu'au début, c'est-à-dire de nouveaux cas de fièvres intermittentes, jusqu'à ce que, cessant de se renouveler, il disparaisse enfin du sein de l'atmosphère.

Ce que je viens de dire, on le pense bien, ne s'applique qu'aux épidémies que j'appellerais volontiers *épidémies sur place*, et nullement à celles qui éclatent loin du lieu où naît le miasme. Cet agent morbide n'est transportable à de longues distances que lorsque la chaleur est, dans le lieu de production, assez forte pour l'élever dans les hautes régions de l'air, lorsque, par conséquent, il est complet, si je puis ainsi dire. Il doit donc alors produire de suite ses effets spéciaux; la marche de l'épidémie ne peut pas se ressembler dans les deux cas; elle ne peut pas, dans ce dernier être, précédée ni suivie de fièvres d'accès.

Comment nous rendrons-nous compte maintenant de l'apparition de cas à forme cholérique, pestilentielle, ou de fièvre jaune, au milieu des fièvres intermittentes de l'Europe, développés par conséquent sous l'influence du miasme de nos marais. Tout naturellement, ce me semble.

De même que les miasmes du choléra, de la peste et de la fièvre jaune, dirons-nous, peuvent donner naissance à de simples fièvres intermittentes, tant qu'ils n'ont pas acquis et lorsqu'ils ont perdu les caractères de composition auxquels ils doivent les propriétés particulières qui les distinguent, le miasme des marais de l'Europe dans des circonstances de chaleur excessive, et sous l'empire de réactions exceptionnelles au sein de la matière qui se décompose, peut prendre et prend en effet, çà et là, des qualités qui le rapprochent de la nature des miasmes du choléra, de la peste, ou de la fièvre jaune. Il faut bien qu'il en soit ainsi, puisqu'il produit quelquefois des effets offrant un certain degré d'analogie avec ceux de ces miasmes. Nous disons un certain degré d'analogie, attendu que, dans un cas, les accidens sont intermittens, et que, dans l'autre, ils sont continus, et qu'on ne retrouve jamais dans les accès tous les symptômes caractéristiques de la forme continue. La ressemblance n'est donc pas complète.

Concluons donc. Les miasmes ne se ressemblant pas dans leurs effets, ne peuvent se ressembler dans leur nature et leur composition; ils ne sont pas identiques les uns aux autres. S'ils offrent, dans quelques circonstances, une analogie d'action, c'est parce qu'ils appartiennent à la même famille de poisons.

Puisque ni l'observation pure, ni l'analyse chimique ne peuvent nous révéler la nature des miasmes, ne serait-il pas possible de la deviner, ou au moins de la pressentir, par la voie du raisonnement? Essayons de le faire.

Dans l'état actuel de la science, il n'y a que trois hypothèses possibles. Les miasmes se développent, c'est un fait démontré, au sein de la décomposition des matières végétales et animales, activée par la chaleur et favorisée par l'humidité. Quels produits naissent dans des foyers de fermentation de cette nature? L'observation et la science répondent que ce sont des gaz variés, des myriades d'animalcules, et peut-être un *poison particulier*. Le miasme consiste-t-il en un de ces corps isolément, ou résulte-t-il de la réunion de deux ou des trois ensemble. Telle est évidemment la question qu'il faut se poser d'abord et chercher ensuite à résoudre, si cela se peut.

Nous connaissons les gaz qui se développent dans les marais. Ce sont, avons-nous dit, l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, l'hydrogène carboné, l'hydrogène sulfuré, l'hydrogène phosphoré, et l'ammoniaque. Nous savons en outre que le miasme est suspendu dans la vapeur d'eau. Or, aucun de ces gaz, à l'exception de l'ammoniaque et de l'hydrogène sulfuré, n'est soluble dans l'eau ou miscible à ce liquide, si ce n'est sous de grandes pressions, sous l'influence d'une très basse température, ou à la suite d'un long battage, conditions qui ne se rencontrent et ne peuvent pas se rencontrer dans l'eau à l'état de vapeur. S'ils y existent, et cela n'est pas douteux, puisque l'analyse chimique les signale, ce n'est pas à l'état de gaz, mais à l'état de combinaison que les réactifs détruisent et de laquelle ils les dégagent. Nous connaissons d'ailleurs les effets que chacun de ces gaz, solubles ou insolubles, miscibles ou non, produit sur l'économie, et ces effets ne ressemblent en rien à ceux qui font naître les miasmes. Les propriétés du miasme ne résident donc pas dans les gaz des marécages. En désaccord avec ces faits, manquant par conséquent de base, cette hypothèse se renverse comme un château de cartes au premier souffle de l'examen.

L'hypothèse des animalcules, cette supposition si bafouée que personne n'ose s'en faire le parrain, est cependant la plus rationnelle et la plus probable. Mais elle n'a pas encore été vérifiée par les faits. Rien de plus facile cependant. Le microscope nous en fournit les moyens.

On découvre, au moyen de cet instrument, des familles entières d'animalcules dans une goutte d'eau croupie. C'est donc déjà une forte présomption, je dirais presque une certitude, que la vase des marais et la vapeur d'eau putride, *ammoniacale* et *azotée* qui s'en élève, en contient des milliers. Où trouvera-t-on mieux que dans cette circonstance, réunies toutes les conditions de la vitalité, savoir : de l'humidité, de la chaleur, des matières végétales et animales en décomposition, et une fermentation active. Je placerais donc, si j'étais en position de m'occuper de ce genre de recherches, je placerais sur le porte-objet d'un microscope à très fort grossissement, tour à tour une petite quantité de la boue du marécage et une goutte de la vapeur d'eau gâtée qui s'en dégage, recueillie par le procédé de Rigaud de l'Isle. Je répèterais ensuite cette double expérience avec le microscope solaire, dont la découverte de la lumière électrique rend aujourd'hui l'emploi aussi facile qu'il l'était peu auparavant.

Dans la supposition très probable ou j'apercevrais des corpuscules animés, je me trouverais conduit à tenter une série d'expériences, qui offriraient, à mon avis, un certain degré d'intérêt.

Je comparerais entr'eux les animalcules de nos marais d'Europe, ceux qui proviendraient des marécages formés par le mélange de l'eau douce et de l'eau de mer, ceux des limons fermentés et de la rosée qui s'en dégage, à la suite des inondations du Nil et du Gange, et ceux des marais qui donnent naissance à la fièvre jaune. Je rechercherais s'il existe entre ces petits êtres d'origine diverse, des différences d'espèce, de forme, de volume, et de vigueur, et si je les constatais, je verrais dans ce fait l'explication naturelle de la différence de leurs effets morbides.

Je les examinerais immédiatement après les avoir recueillis, pendant tout le temps nécessaire pour connaître la durée de la vie de chacun d'eux et la rapidité de leur multiplication, dans le but d'expliquer la possibilité de leur transport à des distances très éloignées du lieu où ils ont pris naissance.

Je chercherais à savoir si, après avoir été desséchés, on peut les faire revivre, comme une foule de rotatoires, en leur rendant la chaleur et l'humidité, dans l'espoir de résoudre ainsi quelques difficultés du problème de la contagion.

Je recueillerais l'air humide qui s'échappe de la poitrine des malades, le moins de temps possible après l'invasion de la maladie, je recueillerais aussi celui de la chambre qu'ils habitent, et condensant la vapeur d'eau, je la soumettrais à l'examen microscopique. Je me livrerais à la même étude sur la sueur, sur l'urine, sur le sang. J'espèrerais ainsi prendre la contagion à distance sur le fait, pour ainsi dire, signaler son élément, son principe, sa cause et ses voies d'élimination, la raison de ses divers degrés de puissance ou d'intensité dans toutes les maladies miasmatiques comparées entr'elles, et dans chacune d'elles en particulier, selon ses degrés de gravité et les périodes de son cours, et enfin faire toucher au doigt la nature de la maladie.

Je mettrais successivement en contact, toujours sur le porte-objet de l'instrument, des parcelles de la vase prise dans les marais à fièvres intermittentes, à choléra, à peste, et à fièvre

---

seils écrits, le malade se lève, s'incline fort civilement et vous quitte en oubliant de vous honorer. Si ce malade vous est connu, si vous êtes son médecin habituel et qu'il ait déjà, dans d'autres circonstances, honoré vos soins, il est fort difficile que vous puissiez faire autre chose que de l'accompagner avec politesse. Mais inscrivez immédiatement cette consultation sur votre registre, et quand le temps sera venu de réclamer vos honoraires, ne manquez pas de la faire figurer sur le prix des soins qui vous sont dus.

Mais le malade vous est inconnu; sa tenue vous indique qu'il peut honorer vos conseils, et il ne le fait pas; quelle est, de votre part, la conduite à suivre? Les avis sont partagés. Les sentimentalistes, ceux qui considèrent la profession médicale surtout au point de vue du sacerdoce, disent qu'il faut s'abstenir de toute demande et conseillent de se replier dans sa dignité. Quelques célèbres consultans de Paris en agissent ainsi; mais il faut remarquer que, chez eux, c'est le plus petit nombre des malades qui a de ces distractions-là, et comme ils en voient des masses, ils souffrent peu en définitive de ces oublis. La généralité des praticiens qui en pâtit davantage et chez lesquels ces oublis se renouvellent plus fréquemment, est d'avis que si la charité médicale doit être toujours prête et inépuisable pour le pauvre, le médecin a le droit et le devoir de rappeler au client oublieux qu'il néglige une formalité essentielle de sa consultation.

La formule est difficile à trouver; le mieux est de se livrer à l'imprévu, à l'à-propos, à l'occasion, pour se tirer d'embarras. On raconte d'un médecin célèbre qu'il reprenait sans façon sa consultation des mains des cliens oublieux, en leur disant de venir la chercher quand ils voudraient la payer. Ce procédé est brutal et peu digne. Quelques médecins se sont fait cette règle invariable d'en indiquer le prix en la remettant au client. Le procédé est efficace, mais il est hardi. Quelques autres abordent nettement la question, en n'apercevant chez le malade aucun signe positif. J'aime mieux ce procédé, il permet l'emploi d'une formule polie, digne ou spirituelle, comme celle que fit Alibert à l'évêque de ....., qui oubliait de l'honorer. — Monseigneur, lui dit-il en riant, vous voulez donc employer les deux louis que vous me devez à faire dire des messes pour la conversion des pécheurs? — L'évêque comprit, et tira galamment sa bourse.

Il arrive quelquefois encore que le malade honore le médecin, mais si peu et d'une manière si infime, que la dignité en est blessée. — Je parle toujours de malades en position de bien faire les choses. — N'acceptez pas d'honoraires indignes. Fixez un *minimum* raisonnable au-dessous duquel faites-vous une règle de ne jamais descendre. Antoine Dubois ne recevait pas d'un malade la somme complète qu'il en attendait; c'était trois pièces de cinq francs au lieu de quatre. Dubois se lève, fait semblant de trébucher, et laisse tomber les trois pièces. Le client s'empresse de les relever et de les remettre à Dubois. — Il y en a encore une par terre, dit le chirurgien. — Mais non, Monsieur, répond le malade. — Si, si, il doit y en avoir quatre, et je n'en ai que trois, cherchez bien. — Le client finit par comprendre, et compléta la somme.

Amédée LATOUR.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans les journaux politiques de Paris un extrait de la *Gazette du Midi*, relatif à un prétendu docteur de Lonjon, qui aurait fait des dupes à Marseille. Comme je porte le même nom, qui s'écrit de la même manière, et que j'exerce la profession de médecin à Tours, où je réside depuis sept ans, j'ai dû m'émouvoir à la lecture de cet étrange récit, qui compromet l'honorabilité à laquelle je crois avoir le droit de prétendre, et le respect dû à la profession que j'exerce. Je m'adresse donc à vous, Monsieur, pour vous prier de faire savoir à vos nombreux lecteurs que le docteur Lonjon, médecin à Tours, n'a aucun lien de parenté avec l'impudent auteur des actes de honteux charlatanisme signalés par la *Gazette du Midi*.

Veuillez bien, Monsieur, avec votre impartialité et votre obligeance habituelles, faire insérer cette lettre dans votre prochain numéro, et recevoir l'assurance de ma considération distinguée.

J. DE LONJON,
Docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Tours, le 22 septembre 1852.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

FAUX CERTIFICAT DE DÉCÈS. — Un chirurgien nommé Kunse, de Berlin, vient d'être privé de son diplôme et déclaré incapable d'occuper aucun office public, pour avoir délivré un faux certificat de décès, à la suite duquel la compagnie d'assurances sur la vie, le *Globe*, et celle de Copenhague ont été fraudées, l'une de 1,000 livres sterling, l'autre de 1,000 rixdallers. Les complices et le chirurgien ont été condamnés en outre à trois années d'emprisonnement, avec travail forcé et à une amende de 15,333 thalers, la contrainte par corps fixée à sept années.

AUTOBIOGRAPHIE DE BERZÉLIUS. — Après la mort du célèbre chimiste suédois, on parle qu'on avait trouvé, dans ses papiers, une autobiographie très étendue et très intéressante, qui devait être publiée. Mais il paraît que cette autobiographie contient tant d'allusions personnelles et une critique si désobligeante et si vive de personnes vivantes ou mortes depuis peu de temps, que les exécuteurs testamentaires reculent devant la publication, surtout à cause des lois de la Suède, qui interdisent la publication d'ouvrages contenant des personnalités jusqu'à plusieurs années après la mort de leurs auteurs. Les différends bien connus de Berzélius avec Davy et Thompson font supposer que ces deux chimistes éminens occupent une grande place dans cette autobiographie. Mais qui ne comprend cependant que les parens et les amis des deux grands chimistes dont nous venons de citer les noms préféreraient répondre à ces critiques le plus tôt possible, au lieu d'en laisser le soin aux générations à venir?

jaune, et des gouttes de rosée recueillies à leur surface, je les mettrais, dis-je, en contact successif avec des chlorures, de l'ammoniaque, des dissolutions de sulfate de quinine, de l'acide nitreux, de l'acide sulfureux, du camphre, etc., etc. Je découvrirais ainsi lequel de ces corps tue le plus promptement telle espèce d'animalcule, et je serais peut-être mis sur la voie des meilleurs moyens de se préserver de chaque épidémie et des agens les plus efficaces de traitement.

Enfin, si ces animalcules n'existaient pas, leur recherche n'aurait pas été inutile. Elle aurait servi à rendre probable, par voie d'exclusion, la vérité de la troisième hypothèse, de celle qui fait consister la nature des miasmes en un *poison particulier*.

Mais cette hypothèse est bien vague dans son expression. Il faudrait donc lui donner un corps.

A cet effet, on se dirait d'abord : ce poison résulte de la combinaison de tous les élémens que l'analyse chimique découvre dans les miasmes. Mais ce n'est pas la présence seule de ces élémens qui le constitue poison. Ce sont l'état et le mode de la combinaison dans laquelle ils se trouvent engagés, et qui en font un corps à part, qui lui donnent ses propriétés toxiques. La chimie ne peut donc pas nous en apprendre la nature. Il faut l'étudier dans son état d'intégrité, comme on étudie les virus et les poisons végétaux, sans se demander si les premiers sont composés d'oxygène, d'hydrogène de carbone et d'azote, et dans quelles proportions, et les seconds d'oxygène, d'hydrogène et de carbone seulement. Il faut l'isoler, le concentrer et l'expérimenter.

Là commencerait une autre suite d'expériences. Lesquelles? Je l'ignore. L'examen microscopique serait peut-être encore la première chose qu'il y aurait à faire. N'étant pas des êtres doués de la vie, les divers poisons miasmatiques offriraient peut-être des formes cristallines différentes pour chacun d'eux, et le microscope solaire nous permettrait de voir ces cristaux variés se former sous nos yeux, et d'en apprécier les caractères différentiels. S'il en était ainsi, les indications des expériences à tenter ultérieurement naîtraient tout naturellement de cette première découverte.

Je m'attends à voir accueillir toutes mes hypothèses par le ridicule. J'entrevois déjà les haussemens d'épaules et les sourires de pitié de nos modernes contempteurs du raisonnement *à priori* et de la théorie. Je les prierai de remarquer, cependant, que mes suppositions ne choquent pas le bon sens, qu'elles ne sont en contradiction avec aucun des faits connus de la science, qu'elles ouvrent de nouvelles carrières à l'expérimentation, et qu'elles remplissent par conséquent toutes les conditions de la bonne hypothèse. J'ajouterai que les vérités scientifiques ne sont que des hypothèses *vérifiées*, et que l'on ne sera en droit de nier les miennes, qu'après avoir tenté sans succès de leur faire subir cette vérification. J'affirme enfin que l'on ne parviendra à jeter quelque lumière sur la nature des miasmes, qu'en s'engageant dans la voie qu'elles indiquent.

Abandonnons cependant le champ de la spéculation pour rentrer dans le domaine des faits et de leurs conséquences immédiates.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(*La suite prochainement.*)

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÈGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER ;

Recueillies et analysées par M. Fauconneau-Dufresne (1).

QUATRIÈME PARTIE.

DU CONTACT DE DIVERSES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES SUR LE SANG ET LES AUTRES LIQUIDES ANIMAUX, AINSI QUE SUR DIVERSES SUBSTANCES ORGANIQUES.

Les substances introduites dans le sang cessent de se trouver dans leurs conditions premières ; les réactions chimiques qui se produisent dans des vases diffèrent au sein des animaux vivans ; il y a même, pendant la vie, des réactions particulières. Le mouvement du sang empêche les unes et favorise les autres. Si l'on possède quelques données sur certains points, on en manque complètement sur la plupart. Ces études, on ne peut plus intéressantes, sont destinées à prendre le pas sur l'ancienne physiologie et à rendre les plus grands services à la pratique médicale. Lorsqu'un médecin donne des médicamens composés, ne devrait-il pas savoir comment ils agissent chimiquement sur le sang de son malade ?

On ne peut comparer le sang qui circule et celui qui est sorti des vaisseaux. Le premier a des propriétés physiques, chimiques et générales tout à fait différentes du second. Celui-ci, dès qu'il est sorti du vaisseau, se prend en masse, se partage en une partie solide et une partie liquide ; on y trouve de l'albumine, de la fibrine, des globules, de la caséine, des sels, etc.; dans les globules, le microscope découvre une enveloppe et une partie centrale, etc. Ces phénomènes, assurément, sont curieux, mais ils sont peu applicables à ceux de la vie.

Il faudrait trouver le moyen d'étudier le sang en circulation, dans les conditions qui constituent la vitalité. C'est dans ce but que M. Magendie a entrepris ses expériences; il a voulu essayer si l'on ne pourrait pas observer quelques phénomènes nouveaux relatifs à la vitalité sanguine. On sait que M. Bernard, qui est entré également dans cette voie, a déjà publié quelques-uns de ses résultats. Malgré ce désir de M. Magendie, on verra qu'un grand nombre de ses expériences n'ont pu porter que sur le sang sorti de l'économie, et qu'il en a été de même pour les autres liquides de l'organisme. Il faut d'abord, en effet, reconnaître les réactions les plus faciles à constater; ce n'est qu'après cette première étude qu'on doit chercher à distinguer ce qui peut se passer sur le vivant, et à vérifier les différences. La tâche est alors moins difficile.

Il est des *substances qui, introduites dans le sang*, le traversent sans se combiner en aucune façon avec lui, *en sortent sous la même forme* et en quantité égale à celle qui y a pénétré. C'est ainsi que pour savoir de quelle utilité est le sel marin aux chevaux de la cavalerie de l'armée, des expériences nombreuses ont été faites sur près de dix mille. On a pu voir que cette substance n'est nullement attaquée par les liquides animaux ; que, portée dans l'estomac, elle traverse la circulation et est rendue avec l'urine avec rapidité et presque dans les mêmes proportions. M. Magendie a montré des échantillons de ce sel ainsi restitué et ressemblant en tout au sel non ingéré. Parmi ces échantillons, il en est qui sont encore mêlés à des élémens de l'urine.

Si le sel marin paraît passer aussi facilement à travers nos tissus, il est *d'autres substances qui passent dans certains organes et pas dans les autres*. M. Bernard a fait des expériences intéressantes à ce sujet. Il a vu que l'*iodure de potassium*, par exemple, est un des corps qui passent le mieux par la glande parotide, on le retrouve facilement dans la salive; mais il ne traverse pas aussi bien la glande sous-maxillaire. Il y a plus, certaines substances qui ne passent jamais dans les glandes salivaires, comme *les sels de fer*, y passent si ces sels sont mélangés avec l'iodure de potassium. Ce sel, après s'être emparé des sels de fer, leur sert donc de conducteur pour leur faire traverser des tissus auxquels, isolément, ils étaient impropres. Un tel résultat doit particulièrement fixer l'attention au point de vue de la thérapeutique. Lorsqu'on administre le fer dans certaines affections, dans la chlorose, par exemple, ne devrait-on pas s'enquérir dans quels organes il arrive, devant quel tissu il s'arrête ?

D'autres substances, ne se combinant pas dans le sang, peuvent se combiner avant d'y entrer et en sortant; tels sont le prussiate de potasse et un sel de fer, dont la réunion constitue le bleu de Prusse. Leur réaction a lieu dans l'estomac, pourvu qu'il s'y trouve une substance acide ; mais si l'on injecte coup sur coup les deux substances dans le sang, rien dans ce liquide n'indique leur combinaison. Il n'en est plus de même lorsqu'ils sont arrivés dans la vessie; la couleur bleue qui se manifeste dans l'urine indique que leur réaction a pu s'y opérer. Lorsqu'on mêle ces deux corps dans le sérum du sang, ils ne manifestent pas la couleur bleue que leur mélange produit dans l'eau; cela montre bien que la réaction ne peut avoir lieu dans le sang lui-même, puisque dans le sérum seul il y a quelque chose qui fait obstacle. Ce serait donc en vain que, dans un but déterminé, on voudrait faire pénétrer du prussiate de potasse dans le sang pour qu'il se combine avec du lactate de fer; la combinaison n'aurait pas lieu et l'on n'aurait que l'effet isolé de ces deux substances.

Tandis donc que certains corps, comme le sel, traversent le sang sans s'y combiner en aucune façon; que diverses substances ne peuvent se combiner entre elles au sein du fluide sanguin, mais se combinent avant d'y entrer et en sortant; il en est d'autres qui peuvent se combiner au milieu du sang en circulation, comme elles le feraient au contact de l'air. M. Magendie en cite un exemple dû à M. Bernard, et il se plaît à faire l'éloge de ce physiologiste, son suppléant au collége de France, qui, comme lui, marche dans la voie assurée de l'expérimentation. On sait, depuis Robiquet, les propriétés de l'amygdaline et de l'émulsine, et le danger qu'il y a de mêler trop d'amandes amères aux amandes douces quand on en fait une émulsion. Cette expérience se fait, d'une part avec l'amygdaline, substance un peu jaunâtre ; d'autre part, avec l'émulsine, qui est blanchâtre. Chacune de ces substances, dissoute et injectée isolément dans la veine jugulaire d'un animal, n'y produit aucun inconvénient; mais si l'on injecte le mélange, ou même, si après avoir injecté l'une des deux substances, on injecte aussi l'autre, les deux corps venant à se rencontrer dans le cœur ou ailleurs, l'animal succombe rapidement. L'explication de ce phénomène est simple. Chacune de ces substances, isolée, est sans odeur, mais leur mélange développe une odeur d'amande amère, conséquemment d'acide prussique. Une réaction semblable pouvant se faire dans le sang qui circule, il en résulte que l'animal succombe dès que le contact des deux substances a lieu. Bien que cette expérience fût déjà connue, M. Magendie a voulu la montrer à son auditoire, dans lequel se trouvait, ce jour-là, le docteur Sutherland, délégué médical de l'Angleterre à la conférence sanitaire internationale.

On va voir maintenant qu'il est une foule de *substances* qui sont *transformées*, non seulement au milieu du sang, mais encore au sein de la plupart des liquides animaux. Les recherches de M. Magendie sur ces transformations ont principalement porté sur l'*iode*, médicament si répandu aujourd'hui dans la pratique médicale. Il s'est occupé ensuite du *fer*, des *sels d'argent*, de *plomb* et *d'or*, puis du *brôme* et du *chlore*. Enfin il a étudié, dans de nombreuses expériences, l'*action des alcalis sur le sang* des animaux vivans. C'est dans cet ordre que nous allons exposer ces différentes études.

§ I. Du contact de l'iode avec le sang, les autres liqueurs animales et diverses substances végétales.

L'iode, découvert en 1813 dans les eaux-mères de la soude de Varec, paraît être aujourd'hui un des corps les plus répandus dans la nature. Coindet l'employa d'abord à Genève, dans le traitement du goître, et, en France, M. Magendie, après en avoir étudié les effets dans des expériences sur les animaux, fut un des premiers à le répandre dans la thérapeutique. On sait combien on en a abusé; cependant l'on peut dire qu'il constitue une de nos ressources les plus précieuses. M. Magendie croyait, à cette époque, que l'iode circulait dans nos liquides avec tous ses caractères; mais ses recherches vont prouver qu'il ne conserve jamais, dans l'économie, son état métalloïde.

Il s'est occupé d'abord d'une préparation aujourd'hui très en vogue, l'*iodure d'amidon*, et dont on publie, à grand renfort d'annonces, les merveilleux résultats. Cette substance, employée sous plusieurs formes, poudre, pastilles, sirop, etc., est dite souveraine contre les affections chroniques, scrofuleuses ou syphilitiques. On la prétend supérieure aux autres préparations d'iode. Sans contester ses effets, le professeur veut seulement prouver que, *comme telle*, elle n'agit pas sur le sang et ne peut aller avec lui exercer son influence sur les divers organes. En mettant, en effet, de l'iodure d'amidon dans du sérum de sang, sa couleur bleue disparaît immédiatement, ce qui prouve qu'il se décompose. De même, si, dans du sérum, on verse de la teinture d'iode, puis de l'eau amidonnée, il ne se manifeste aucune coloration bleue; l'absence de réaction est une véritable contre-épreuve.

La *fibrine*, extraite du sang, se comporte avec l'iode comme le sérum de ce liquide. On a fait macérer de cette fibrine dans de la *teinture d'iode*. La liqueur de la macération s'est tout à fait décolorée, ce qui indique déjà que l'iode a dû être transformé, et l'amidon, en effet, n'y accuse aucune trace de cette substance. La fibrine agit sur l'iode avec moins d'énergie que le sérum, car il lui faut un certain temps de macération pour le transformer entièrement. De plus, celle qui a subi une première macération semble avoir épuisé une partie de sa force, et il lui faut un temps bien plus long pour que le même effet soit produit sur une nouvelle quantité d'eau iodée ou de teinture. Il en a été de même pour une solution de globules du sang. Le fluide céphalo-rachidien transforme également l'iode.

La propriété de transformer l'iode n'est pas propre uniquement au sang de l'homme et des animaux supérieurs, elle est commune aussi au *sang des animaux les plus inférieurs*. C'est ainsi que M. Magendie, ayant expérimenté sur des sangs d'écrevisses, de grenouilles, d'insectes à sang blanc, liquides bien différens par leur composition du sang rouge des vertébrés, il a reconnu qu'ils réagissent sur l'iode de la même manière que les liqueurs précédentes. Voulant, suivant son usage, montrer le fait à son auditoire, le professeur, après avoir coupé la queue d'une écrevisse et l'avoir pressée pour en extraire le liquide séro-sanguinolent qu'elle contient, de même, après avoir coupé les cuisses d'une grenouille et en avoir retiré également le liquide grisâtre qui constitue son sang, a essayé, isolément, ces deux sangs en y ajoutant de la teinture d'iode, puis une dissolution d'amidon, et a constaté qu'aucun changement de couleur ne se manifestait.

L'*urine*, liqueur animale excrémentitielle, acide, conséquemment bien différente du sang, agit cependant sur l'iode de la même manière. L'*eau de l'amnios*, qui, dans l'économie, n'a qu'un usage accessoire, celui de protéger le fœtus contre les corps extérieurs ou les mouvemens trop brusques de la mère, se comporte avec l'iode comme les liquides les plus importans de l'organisme. M. Magendie en avait recueilli une certaine quantité dans l'utérus d'une coche pleine qui avait été sacrifiée avant qu'elle n'eût fait ses petits. Il fait remarquer, en passant, que cette eau de l'amnios, fort pauvre en albumine, contient une assez grande quantité de glucose. La même transformation a été faite avec un *liquide morbide* provenant *d'une cavité séreuse;* on s'est servi pour cela de la sérosité sanguinolente prise dans le péritoine et les plèvres d'un lapin qui avait été sacrifié pour d'autres expériences. L'*albumine de l'œuf*, enfin, a transformé bien plus rapidement l'iode que l'albumine et la fibrine du sang. A peine cette albumine de l'œuf a-t-elle été en contact avec la teinture d'iode, que celle-ci a perdu aussitôt sa couleur jaune et que l'amidon a cessé de pouvoir y faire naître la moindre teinte bleuâtre.

Il était essentiel d'étudier, sous le même point de vue, les liquides divers des voies digestives, pour s'assurer si la décomposition de l'iode avait lieu avant son introduction dans le sang; c'est ce qui a eu lieu pour la salive, le suc gastrique, la bile, le suc pancréatique, le chyle, etc.

Relativement à la *salive*, des distinctions doivent être faites. La salive buccale ou *mixte*, c'est-à-dire résultant des salives parotidienne, sous-maxillaire et sublinguale, mêlées au mucus sécrété par les divers follicules de la bouche, a la propriété de transformer l'iode. Les solutions aqueuses ou alcooliques d'iode, mêlées à la salive mixte, sont de suite décolorées, et la solution d'amidon ne produit, dans ce mélange, aucune coloration bleue. M. Magendie fait, devant l'assistance, une contre-épreuve qui ferait presque envie à *Bosco* ou à *Robert-Houdin*: il verse de la teinture d'iode dans une solution d'amidon, ce qui produit une couleur bleue très foncée, qui est de l'iodure d'amidon; ensuite il introduit ce mélange dans sa bouche, l'agite avec sa salive et le rejette dans le verre; on peut constater alors que la liqueur a été complètement décolorée. La salive parotidienne a les mêmes propriétés que la salive mixte, mais il n'en est pas de même de celle de la glande sous-maxillaire ; lorsqu'on y mêle de l'iode et de l'amidon, elle ne se colore en bleu que par l'addition du chlore. La salive de la glande sublinguale n'a pas été expérimentée. M. Magendie avait par avance des raisons d'examiner séparément chacune de ces liqueurs salivaires, car il avait déjà reconnu, relativement à d'autres transformations, des différences dans leurs propriétés. En effet, les trois espèces de salive, isolément, ne peuvent transformer l'amidon en sucre, tandis que, toutes trois réunies au mucus buccal, comme cela a lieu dans la bouche, sont aptes à cette transformation.

Le *suc gastrique* transforme également l'iode. Aussitôt que l'on mêle à ce suc un peu d'eau iodée, la couleur jaune de cette eau disparaît et son odeur même se perd complètement. Quelle que soit alors la quantité de solution d'amidon qu'on y verse, on n'obtient aucun résultat. L'expérience a été faite également sur un animal vivant; 100 grammes de teinture étendue d'iode, et quantité semblable d'eau amidonnée, formant par leur mélange une belle couleur bleue, ayant été injectés dans l'estomac d'un chien, par une fistule artificielle, en ressortirent, peu d'instans après, complètement décolorés.

La transformation de l'iode est la même au moyen de la *bile*. On a constaté aussi qu'elle avait parfaitement lieu par le *suc pancréatique*, et, de plus, avec le *chyle*. Dans une petite éprouvette, on a mêlé de la graisse avec du suc pancréatique; il a suffi de la chaleur des mains pour donner au mélange la couleur blanche du chyle naturel, ce qui prouvait que ce suc de pancréas avait les qualités qu'il possède sur le vivant. Ce chyle transformait l'iode, car l'eau amidonnée, qui y fut ajoutée avec ce corps, ne détermina aucune coloration.

En poursuivant ses expériences, M. Magendie a fini par se convaincre que cette transformation de l'iode devenait, pour ainsi dire, une loi de la nature, puisque toutes les substances organiques, végétales comme animales, étaient douées de cette puissance. C'est ainsi que, d'une part, elle a lieu au contact des produits animaux, tels que le bouillon, le lait, le caséum, le petit lait, les graisses, l'huile de foie de morue, etc. ; et, d'une autre part, au contact des produits végétaux, comme le vin, la bière, le cidre, le café à l'eau, les huiles d'olive, d'œillette, de naphte,

(1) Voir l'Union Médicale des 3, 6 Janvier, 24 Avril, 8, 18 Mai, 12, 26 Juin et 3 Juillet.

le tannin, le suc de carottes, les décoctions de chiendent, de salsepareille, la conserve de roses, la poudre de réglisse, etc., etc.

L'effet est donc le même, soit que les liquides animaux se trouvent sous l'influence de la vie, comme on l'a vu pour la salive et le suc gastrique, soit qu'ils soient soustraits à cette influence, comme toutes les autres substances organiques qui viennent d'être énumérées. Mais il n'en est pas de même pour les substances inorganiques faisant partie des corps organisés; M. Magendie, en effet, ayant fait fondre dans de l'eau de l'*urée* cristallisée et y ayant ajouté de l'iode et de l'amidon, la couleur bleue s'est manifestée. On sait, d'ailleurs, que les substances cristallisées ne contiennent pas toutes les propriétés des corps.

La puissance de transformation des liquides animaux sur l'iode doit être très puissante, car l'estomac invaginé qui avait été trouvé sur un chien des précédentes expériences, ayant macéré dans l'eau, cette eau suffit pour transformer l'iode.

M. Magendie a remarqué que de l'iode ayant été mêlé à la partie colorante du sang, il a paru se former un corps nouveau laissant des cristaux, corps sur lequel il appelle l'attention des chimistes. Il y a sans doute alors formation d'un iodure particulier, peut-être d'un sel. Nous mentionnerons, chemin faisant, un fait assez curieux : de l'iode ayant été mêlé avec du chloroforme, celui-ci a pris une couleur rose; il s'est formé deux ménisques, l'un à concavité en haut, l'autre à concavité en bas; tous les deux attachés par le sommet.

Lorsque l'iode a été transformé par les corps organiques, on peut le rendre à sa première combinaison, au moyen des acides et du chlore. Cependant cela est très variable; ce résultat, en effet, ne s'est pas montré lorsqu'on a essayé le chlore après la transformation de l'iode par le chyle; l'eau chlorée n'a amené non plus aucune coloration bleue lorsque l'iode a été transformé par la salive. Mais le chlore a rendu l'iode à la première combinaison lorsqu'il avait été transformé au milieu du liquide morbide des cavités séreuses; il en a été de même par l'acide sulfurique qui a fait que l'iode est revenu sensible à son réactif, après avoir cessé de l'être lorsqu'on l'avait mélangé avec l'albumine de l'œuf. Il est difficile de se rendre compte de ces différences. La matière organique qui se trouve dans les liquides animaux retient sans doute le nouveau corps formé et ne permet pas au chlore de le décomposer. Cette même matière organique ne pourrait-elle pas quelquefois encore s'emparer de l'iode avant qu'on ait le temps d'agir pour le mettre en liberté.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — Service de M. COSTE.

Sommaire. — Amputation du pied pour une lésion traumatique; — modifications aux procédés ordinaires; — formation de deux lambeaux latéraux taillés de dehors en dedans.

Il ne sera pas, je crois, sans intérêt pour la science, bien que le résultat ait été fatal, de faire connaître un fait où le chirurgien a été obligé de déployer autant d'habileté que de sagacité dans une opération insolite, et rendue plus difficile encore par la nature de la lésion. Ce fait me permettra également d'exposer d'un trait rapide les idées que professe M. Coste dans ses leçons cliniques sur les modifications à apporter aux procédés opératoires dans les désarticulations, idées qu'il a déjà eu l'occasion de mettre plusieurs fois en pratique.

Le nommé Paltrone (Thomas), âgé de 34 ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, entra à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 23 mars dernier; il fut couché au n° 98 de la salle des blessés, dans le service de M. Coste, chirurgien en chef.

Cet homme avait reçu, la veille, le choc d'un énorme bloc de pierre tombé sur son pied gauche. La plaie, violemment contuse, intéressait toute l'épaisseur des tissus. Le pied est fendu longitudinalement d'avant en arrière et un peu de dedans en dehors, en sorte que la plaie partant du premier espace inter-métatarsien, se dirige sur la tête du quatrième métatarsien, point où s'arrête son angle supérieur. Elle sépare ainsi le pied en deux parties latérales, s'écartant facilement l'une de l'autre. Le premier métatarsien est broyé complètement; le deuxième est fracturé vers son extrémité phalangienne et luxé vers l'autre; le troisième est fracturé comminutivement à sa tête supérieure, et les articulations des deux derniers métatarsiens, avec les cunéiformes, sont ouvertes.

Il y a déjà un léger gonflement autour du pied.

L'opération est renvoyée au lendemain à cause de l'heure avancée. (Diète; limonade.)

24. Désarticulation (trente-six heures après l'accident) pratiquée dans la ligne articulaire de l'astragale avec le scaphoïde en dedans, et du calcanéum avec le cuboïde en dehors. L'état des parties ne permettant pas, comme on l'a vu, d'employer le procédé ordinaire de Chopart, M. Coste a fait deux lambeaux latéraux, de dimensions différentes. Ces lambeaux ont été taillés de dehors en dedans. Le premier, en dehors et en bas, est circonscrit par une ligne courbe à convexité antérieure, qui, partant de la tête du cinquième métatarsien, passe sur la première articulation phalangienne et va aboutir à la plante du pied, au niveau de la tête du troisième métatarsien; ce lambeau, très épais et parfaitement nourri, puisqu'il contient toute la longueur de l'artère plantaire externe et une partie de la plantaire interne, va rejoindre le deuxième lambeau, plus petit, taillé en haut et en dedans, et ayant une forme légèrement concave.

La disposition de ces deux lambeaux est telle, que leur coaptation est des plus exactes, et forme presque une ligne mathématique. Aussi la réunion se fait-elle sans effort, et les surfaces osseuses sont complètement recouvertes.

Sept ligatures, sept points de suture entrecoupée; pansement simple. (Diète; limonade.)

Les quatre jours qui suivent l'opération, le malade présente l'état le plus satisfaisant; la fièvre tombe vingt-quatre heures après l'opération; l'appétit revient, et le malade mange du bouillon et des soupes; le moignon suinte fort peu; il est dépansé le surlendemain, et ne présente aucune trace d'inflammation, seulement deux petites escarres au bord du lambeau supérieur. (Deux bouillons et deux soupes; limonade.)

Le malade commet plusieurs imprudences le 29 et le 31; il se lève; le moignon présente alors un suintement sanguinolent avec une légère hémorrhagie. Chute prématurée de cinq ligatures le 29. Enlèvement des points de suture le 31. Pas la moindre fièvre. (Quart de la portion; limonade.)

Malgré l'absence de fièvre, le gonflement qui existait autour de l'articulation du pied a gagné toute la jambe, qui est le siége d'un vaste flegmon avec empâtement des tissus et fluctuation. Large incision à la partie interne et moyenne de la jambe. Il sort une très grande quantité de pus. Le décollement, très étendu, paraît siéger entre la couche superficielle et la couche profonde des muscles postérieurs de la jambe.

Dès le lendemain, 5 avril, la fièvre s'empare du malade, la suppuration de la jambe va en augmentant; un décollement se manifeste au-dessous du lambeau inférieur, avec suppuration. Les bourgeons du moignon deviennent blafards, les lambeaux s'écartent. (Deux bouillons, deux riz, 1 pil. 0,05 opium, 0,15 cachou.)

Le 9, le malade accuse de la diarrhée: nouvel abcès ouvert à la malléole externe, et paraissant ne pas communiquer avec le moignon.

Le 11, la diarrhée cesse; mais la suppuration de la jambe devient liquide et fétide; celle du moignon se tarit; le pouls, devenu fréquent, marque 102 pulsations.

Le 12, c'est-à-dire dix-huit jours après l'opération, apparaît le premier frisson qui dure plusieurs heures, et revient les jours suivans avec une certaine régularité, deux heures après le pansement. (0,60 calomel à doses fractionnées; riz, bouillon, soupes.)

Mais, à dater du 19, la diarrhée reprend; les frissons se réitèrent plusieurs fois le jour; la face prend une teinte terreuse; les yeux s'excavent. Le moignon ni la jambe ne suppurent plus; le pouls marque de 120 à 140 pulsations; une douleur vive se manifeste à la région hépatique; la respiration s'embarrasse; point de délire, mais seulement quelques rêvasseries la nuit. Enfin, la mort survient le 24, à deux heures du matin, au milieu d'un frisson violent.

Autopsie vingt-six heures après la mort.

Les surfaces articulaires du calcanéum et de l'astragale sont dénudées de leurs cartilages.

Le décollement de la jambe siége entre la couche profonde des muscles et le ligament inter-osseux. Il communique avec le moignon. La communication se fait au-dessous de la peau et non à travers les gaînes tendineuses.

L'abcès malléolaire communique avec le moignon et de plus avec l'articulation tibio-tarsienne qui est remplie de pus, et dont les cartilages sont détruits.

La veine saphène interne est malade dans une étendue de six à sept pouces au-dessus de la malléole. Ses parois sont épaissies; elle présente à l'intérieur un aspect chagriné anormal; sa cavité contient du pus en un point. Les veines tibiales postérieures sont saines.

La poitrine contient une quantité énorme de sérosité purulente. Les parois sont tapissées d'une épaisse fausse membrane. Le poumon est réduit à un très petit volume. Il présente à sa base cinq abcès métastatiques de dimensions variables.

Le poumon gauche et le cœur sont sains.

Point d'abcès au foie, qui est d'un volume énorme; mais trois points hémorrhagiques à sa surface convexe, présentent une cavité grande comme une noisette, et remplie de sang. Quatre abcès sur la rate, très larges, mais peu profonds.

REMARQUES PRATIQUES.

Le chirurgien a été, dans ce fait intéressant, aux prises avec les difficultés qu'il rencontre souvent dans les grandes lésions traumatiques voisines des articulations. La gravité des désordres a impérieusement commandé le sacrifice des trois quarts antérieurs du pied; mais la nature de la lésion, tout en permettant l'amputation dans la ligne articulaire où la pratiquait Chopart, a rendu impossible la formation d'un lambeau plantaire ou d'un lambeau dorsal, puisque le pied était longitudinalement partagé en deux moitiés à peu près égales. Il a donc fallu forcément employer un procédé tout exceptionnel, et tailler, sur les limites des chairs violemment contuses, deux lambeaux latéraux, formés des parties restées intactes. Ici, d'ailleurs, les exigences de la nécessité ont été en harmonie avec les idées personnelles de l'opérateur.

M. Coste, en effet, professe que, dans toute désarticulation, pour avoir des lambeaux suffisans et bien réguliers, il est préférable de les former de dehors en dedans, c'est-à-dire de la peau vers les os; c'est peut-être moins brillant, moins rapide, mais c'est incontestablement plus avantageux. M. Coste pense aussi que, dans tous les cas où l'état des parties le permet, il faut tailler deux lambeaux plutôt qu'un seul, dussent-ils offrir des dimensions différentes; on obtient ainsi plus sûrement l'affrontement des chairs destinées à la restauration de la région mutilée, parce que, seulement juxtaposées et non fortement réfléchies sur la surface cartilagineuse, ainsi qu'il arriverait notamment pour le poignet ou pour le pied, ces chairs ne subissent aucun tiraillement; et cela importe beaucoup, non seulement à la facile adhésion des lambeaux, mais encore à leur conservation; car, on le comprend bien, le moindre tiraillement exercé sur les lambeaux compromettrait la réunion qu'il est si désirable d'obtenir, en même temps qu'il favoriserait l'invasion de la gangrène dans des tissus qui sont peut-être encore sous l'influence inflammatoire.

B. BROQUIER,
Interne du service.

PRIX D'ARGENTEUIL.

Le rapport de la commission pour ce prix a été inséré dans le dernier numéro du *Bulletin de l'Académie de médecine*. Son étendue ne nous permet pas de le reproduire en entier; nous en extrairons seulement le préambule et les conclusions :

« Malgré la sévérité des jugemens que l'Académie a portés jusqu'à ce jour sur les travaux qui lui avaient été adressés, le zèle des compétiteurs ne s'est point ralenti; ces derniers sont au nombre de dix : MM. Blanchard (de Reims), Guillon, Ivanschich, de Vienne (Autriche), Leroy-d'Étiolles, Mercier, Missoux (de Fournolles), Pérève, Reybard, Vernhes (de Béziers) et Wertheimer.

» Parmi ces praticiens, quelques-uns se présentent pour la première fois au concours; plusieurs autres s'y sont déjà honorablement distingués.

» Leurs travaux peuvent être classés en trois catégories; les uns sont relatifs à la lithotritie, les autres à certaines lésions organiques du col vésical; les derniers, enfin, aux rétrécissemens de l'urètre.

» Liée par la volonté expresse du marquis d'Argenteuil, votre commission ne peut placer tous ces travaux sur la même ligne, au point de vue du droit qu'ils ont à la munificence du testateur. Elle doit, en effet, récompenser d'abord, s'il y a lieu, ceux qui ont pour objet les rétrécissemens de l'urètre, et ne couronner les autres qu'en l'absence de perfectionnement apporté à la thérapeutique des premiers. Nous examinerons donc tout d'abord les travaux relatifs aux rétrécissemens de l'urètre. »

Vient ensuite l'analyse des travaux de chacun.

« En définitive, trois candidats nous ont paru devoir être principalement signalés : ce sont MM. Leroy-d'Étiolles, Mercier et Reybard.

» Si l'Académie était appelée à récompenser des efforts persévérans, des travaux nombreux et variés, une pratique riche de procédés ingénieux et de modifications utiles, sans doute le nom de M. Leroy-d'Étiolles devrait sortir victorieux de la lutte. Mais s'il est vrai que, par leur ensemble, les travaux de ce chirurgien constituent des titres scientifiques imposans et réels, aucun des perfectionnemens qu'il a apportés dans la cure des rétrécissemens de l'urètre, isolément considéré, ne peut mériter la récompense instituée par le marquis d'Argenteuil. Par ce motif, votre commission se voit, avec regret, obligée d'écarter ce concurrent.

» L'exposé que nous avons fait des recherches de M. Mercier prouve qu'en ce qui regarde les rétrécissemens de l'ucètre, cet auteur a émis, sur l'étiologie et la nature de ces lésions, des idées d'une haute portée, mais qu'il n'a presque rien ajouté aux ressources connues de la thérapeutique. Ses études sur les valvules musculaires du col de la vessie sont beaucoup plus complètes et présentent un grand intérêt. Toutefois, il s'agit ici d'une lésion qui peut, il est vrai, simuler ou compliquer les rétrécissemens de l'urètre, mais qui, au point de vue nosologique, en est essentiellement distincte. C'est pourquoi, tout en rendant justice à ces remarquables travaux, nous ne pouvons les admettre comme répondant au programme formulé par le fondateur de ce concours.

» Le troisième compétiteur dont il nous reste à parler est M. Reybard. Son mémoire sur les rétrécissemens de l'urètre se distingue à plus d'un titre : une pensée unique y règne constamment; toutes les idées s'y enchaînent et s'y coordonnent d'une manière irréprochable. On y trouve un point de départ nouveau, basé tout à la fois sur l'anatomie, la physiologie pathologique et l'expérimentation. Enfin, une série de déductions conduisent logiquement l'auteur à rejeter les moyens de traitement connus, et à proposer une thérapeutique nouvelle dont il démontre l'efficacité par des faits nombreux. M. Reybard a réalisé le perfectionnement le plus important pour la cure des rétrécissemens de l'urètre.

» Ce travail remplit donc les conditions du programme de ce concours. En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer de décerner à M. Reybard, pour la période de 1844 à 1850, le prix institué par la munificence du marquis d'Argenteuil. »

Le procédé de M. Reybard consiste à pratiquer dans l'intérieur de l'urètre de longues et profondes incisions dont les bords se cicatrisent isolément. La nouvelle surface qui en résulte, s'ajoutant à ce qui reste de la circonférence des parois de l'urètre, agrandit d'une manière définitive le diamètre de ce canal, ou du moins en produit un nouveau, à calibre permanent.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

La Société de chirurgie vient de nommer, comme associés étrangers, les professeurs dont les noms suivent : Valentin Mott, à New-York (Amérique); Fr. Jæger, à Vienne (Autriche); J. Chélius, à Heidelberg (duché de Bade); Kaj. Textor, à Wurzbourg (Bavière); sir Benj. Brodie, Will. Laurence, Benj. Travers, Georges Guthrie, à Londres; sir G. Ballingal, J. Simpson, à Edimbourg; sir Ph. Crampton, à Dublin; Grimm, à Berlin; Arendt, à St-Pétersbourg (Russie); F.-A. Ammon, à Dresde (Saxe); Mayor, à Genève (Suisse).

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 116. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 28 Septembre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 SEPTEMBRE 1852.

SUR LA CONTAGION DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

LE SECOND DISCOURS DE M. VELPEAU.

M. le professeur Velpeau nourrit dans son cœur deux affections qui paraissent aussi durables que vives, ce qui fait le plus grand honneur à sa constance. L'une ces affections est en faveur de l'encyclopédisme médical et chirurgical, que M. Velpeau a maintes fois défendu avec courage et talent, si ce n'est toujours avec succès, contre ce qu'il appellerait volontiers les usurpations du spécialisme. On se souvient de la discussion célèbre sur la lithotritie, où le professeur de la Charité joua un si grand rôle. On n'a pas perdu non plus le souvenir de la non moins célèbre discussion sur la ténotomie rachidienne, où M. Velpeau obtint son plus beau succès de tribune académique. De pareils antécédens engagent; on aime à se les rappeler, on cherche à s'en créer de semblables; la syphilographie se présente par hasard sur le chemin de M. Velpeau, et la syphilographie viendra bon gré malgré sacrifier sur l'autel élevé par M. Velpeau à la double divinité qu'il honore; et tout cela est si naturel et si légitime qu'il serait absurde d'élever la moindre contestation de droit.

La seconde des affections de M. Velpeau est en faveur du contagionisme. Notre illustre confrère est assurément le plus déterminé contagioniste des deux mondes. Il croit à la contagion de la peste, cela va sans dire, de la fièvre jaune, du choléra indien, de la fièvre typhoïde; il n'est même pas bien sûr, il le disait l'autre jour, que le tubercule, la scrofule et le cancer n'aient pas la propriété de se communiquer par contagion. On le voit, M. Velpeau était prédestiné à admettre la contagion des accidens secondaires de la syphilis. Aussi dès sa plus tendre enfance médicale, c'est encore lui qui le raconte, remarquait-on chez lui un penchant extraordinaire à combattre sur ce point la doctrine de Hunter.

C'est ainsi que tout s'explique dans les actes des esprits éminens. L'opposition actuelle de M. Velpeau n'est ni un caprice, ni une fantaisie. C'est le résultat d'une conviction fort ancienne, et que les circonstances n'ont fait que corroborer. Professeur de clinique dans une Faculté où l'enseignement est incomplet et où manquent des chaires essentielles, M. Velpeau saisit avec empressement toute occasion de prouver que son enseignement, à lui, suffit à tout. En dehors de l'enseignement officiel, une clinique libre s'est élevée, qui brille d'un vif éclat et qui a eu un grand retentissement, M. Velpeau n'a pas été fâché de faire voir, une fois en passant, que cet enseignement officieux et libre était justiciable de la Faculté. De là ses deux discours contre la doctrine syphilographique, en tenant compte, cela va sans dire, des convictions scientifiques et pratiques de l'honorable professeur.

Si M. Velpeau croit que la doctrine nouvelle est fausse et dangereuse, c'est non seulement son droit, mais encore son devoir de le dire, mais à une condition, c'est de le prouver. Or, il nous est impossible de trouver, dans son dernier discours, le caractère de la démonstration scientifique. Tout y est resté à l'état d'affirmation magistrale. La critique y est vive, mais la preuve en est absente.

De quoi s'agit-il donc? D'une question complexe, d'une question purement doctrinale et scientifique, et d'une question pratique. Sur cette dernière, la plus importante, tout le monde est d'accord. Personne ne conseille et n'a jamais conseillé les rapports d'une personne saine avec une personne contaminée, à quelque degré et de quelque façon que ce soit. Reprochez à la doctrine de n'être pas logique sur ce point, vous serez dans le vrai, mais la doctrine vous répondra que là où la logique de la science n'apporte aucun avantage d'application évident, il n'est nullement nécessaire de subordonner la pratique à la science. Laissons donc le côté pratique de la question qui n'est pas en cause, si ce n'est au point de vue médico-légal, qui a peu préoccupé la discussion.

Ce qui est en cause, c'est cette proposition doctrinale de Hunter reprise par M. Ricord : les accidens secondaires de la syphilis ne sont transmissibles que par voie d'hérédité.

Il est vrai que M. Velpeau, se trouvant sans doute trop à l'étroit dans la discussion de cette proposition, a agrandi le cercle du débat et s'en est pris à la doctrine tout entière. Mais il comprendra que nous ne puissions le suivre dans le vaste champ de sa péroraison, et que nous nous bornions humblement à quelques courtes remarques sur la question en litige, assez étendue d'ailleurs pour suffire à une ambition moins encyclopédique que celle de M. Velpeau.

Plusieurs sortes d'argumens ont été invoqués dans cette discussion. Tous n'ont pas présenté le caractère absolument scientifique. Le mauvais exemple nous gagne, et nous demandons la permission d'en présenter un que nous ne donnons pas, il est vrai, à titre de preuve, mais seulement comme digne de considération.

Depuis vingt-deux ans que la doctrine nouvelle est quotidiennement enseignée à l'hôpital du Midi, vingt-deux générations d'internes se sont succédé à cet hôpital. Il est bien remarquable que tous ces jeunes gens qui arrivaient à l'hôpital sans idées préconçues, sans passion et sans intérêt doctrinal, sont tous devenus les propagateurs ardens de la nouvelle doctrine. Il y a plus : à côté du service fait par le représentant de la doctrine, s'est trouvé, se trouve encore un autre service où se conserve, se transmet et se professe une doctrine opposée. Eh bien! tous les internes de ce service, tous, à l'exception d'un seul, sont devenus les adhérens convaincus de la doctrine nouvelle.

Ce fait nous frappe, et voici pourquoi. S'il ne s'agissait que d'un dogme philosophique ou pathologique, nous ferions nos réserves sur l'entraînement du langage, sur la séduction du discours, sur l'autorité du maître et sur toutes les circonstances qui peuvent captiver de jeunes et dociles intelligences. Mais il ne s'agit que de questions de fait, d'observation et d'expérimentation, de ces questions où les sens sont juges souverains, où la nature vient librement et à toute heure contrôler les vues de l'esprit, où le fait clinique, incessamment renouvelé, pourrait, un jour ou l'autre, donner un démenti flagrant et cruel à la doctrine; eh bien! depuis vingt-deux ans, pas un seul démenti, pas l'ombre d'une opposition de tous ces jeunes gens, aujourd'hui tous médecins praticiens, quelques-uns chefs de service dans des hôpitaux spéciaux, dont la plupart ont confessé leur foi à la doctrine, et dont, de quelques autres, il a fallu modérer l'ardeur et le zèle.

Par contraste, nous pourrions rechercher et indiquer d'où part l'opposition à la doctrine, à quelles sources elle puise, le but qu'elle cherche à atteindre et le résultat qu'elle s'en promet; mais ce côté de l'argument serait encore moins scientifique, et nous nous sommes imposé le rigoureux devoir d'éloigner de ce débat toute cause d'irritation.

Nous n'avons pas à faire un contre-discours au discours de M. Velpeau; c'est le rôle de M. Ricord, s'il croit utile de répondre. Nous n'avons à présenter que deux observations générales à propos de ce discours, que nous avons lu avec attention dans les deux textes, et dont l'examen des détails doit être laissé à qui de droit.

M. Velpeau s'est fait une arme de l'expression *faits exceptionnels* appliqués aux faits de transmission de syphilis par de prétendus accidens secondaires. Le savant adversaire de la doctrine a triomphé un peu trop tôt. Nous avons dit, avec M. Ricord, que si ces faits étaient exacts, ils seraient exceptionnels, et ne détruiraient pas les faits innombrables qui prouvent le contraire. Le conditionnel était pour nous de rigueur, et, en effet, nous savions d'avance, et M. Ricord a prouvé une fois de plus, que ces faits, soumis à une analyse rigoureuse, ne pouvaient plus conserver le titre de faits exceptionnels. M. Velpeau a employé toutes les ressources de son esprit et de sa dialectique pour donner à ces faits toutes les garanties de précision, d'exactitude et de bonne observation qui leur manquent; mais tous les efforts du professeur de la Charité n'ont pu amoindrir la critique de M. Ricord, et ces faits, où l'inexorable examen a introduit un ver rongeur, se détacheront tôt ou tard de l'arbre de la science, comme se détachent de leur tige les fruits contaminés par une larve inaperçue.

M. Velpeau, se sentant mal à l'aise sur ce terrain des faits exceptionnels, a fort habilement viré de bord et a porté la guerre sur le propre terrain de son adversaire. Voyons, lui a-t-il dit, vous si rigoureux pour les faits qu'on vous oppose, êtes-vous aussi sévère pour les faits que vous invoquez? Et sur ce, exhibition de quelques faits indiqués par M. Ricord, et dans lesquels son spirituel antagoniste a trouvé matière à d'excellentes plaisanteries.

Mais M. Velpeau a fait une confusion qui nous étonne de la part de son esprit si net et si lucide. Les faits qu'il a rappelés, ce n'est pas sur eux que M. Ricord a édifié sa doctrine, ils n'en sont ni la base, ni le couronnement; ils n'y apportent ni solidité, ni élégance; ce sont tout simplement, et presque toujours, des faits qu'on lui opposait précisément pour nier sa doctrine, ou pour lesquels on le consultait, parce que la doctrine paraissait en défaut. Ayant épuisé tous les moyens possibles d'investigation, ne pouvant trouver physiquement par où et comment le poison syphilitique s'était introduit, il a dû en chercher la porte d'entrée par le raisonnement, et il s'est dit : le poison a pu entrer par là. Il n'affirme pas, il dit seulement aux opposans ou à ceux qui doutent : tant que vous n'aurez pas prouvé que cette porte d'entrée n'existe pas ou est impossible, vous n'êtes pas autorisé à soutenir que ma doctrine est en défaut. Ces faits-là sont des faits neutres. M. Ricord n'y tient pas plus que vous. Ne les opposez pas à sa doctrine, et il en fera bon marché, parce qu'à côté de ces faits ambigus, il en possède d'innombrables et de parfaitement clairs, qui ne peuvent laisser de doutes qu'à ceux qui ne veulent pas voir.

Du reste, M. Velpeau l'a dit avec justesse, dans toutes ces discussions académiques où l'on ne peut donner de l'intérêt qu'au côté polémique des questions, chaque combattant croit avoir pourfendu son adversaire, ce qui n'empêche pas l'un et l'autre de rester dans son opinion. Mais la galerie dont nous faisons partie peut dire, d'après ses impressions, qui des deux paraît le plus autorisé à garder ses croyances. Or, pour nous qui suivons depuis si longtemps M. Ricord dans son enseignement et ses recherches, qui avons vu avec quel soin, quelle patience et quel zèle il a tourné et cent fois retourné ce champ de la syphilopathie, qui avons été si souvent témoin de ses scrupules d'observation et de vérification des faits, qui l'avons vu si empressé à répéter les expériences des autres et ne les abandonner que lorsque cent fois le résultat négatif venait désarmer ses mains, nous qui avons si souvent applaudi à la libéralité de son esprit, qui lui faisait rechercher l'objection au lieu de s'en irriter, qui lui faisait recommander à ses élèves de lui signaler librement et sans crainte les faits qui leur sembleraient en opposition avec son enseignement, nous qui avons cette conviction profonde qu'il est dans le vrai et que l'opposition qui se reproduit aujourd'hui a été vingt fois désarmée par lui sur le véritable terrain de toute science, sur le terrain de l'observation et de l'expérimentation, nous ne pouvons nous empêcher de lui prêter notre faible appui et de l'encourager à marcher résolument dans la voie qu'il a déjà parcourue avec tant d'éclat et de succès.

Nous ajouterons un humble conseil : M. Velpeau a comparé l'édifice scientifique, élevé par M. Ricord, au Palais de cristal après l'exposition. Le savant et malin professeur, qui a voulu faire une spirituelle épigramme, nous eût paru plus juste et plus vrai s'il eût dit : avant l'exposition. Oui, il est vrai que M. Ricord a élevé un splendide édifice dont toutes les lignes architectoniques produisent un harmonique ensemble. Mais cet édifice, il faut le meubler.

Pour couper court à la figure, nous dirons à notre savant ami : Vous possédez de véritables trésors d'observation clinique; tous ceux qui depuis près d'un quart de siècle ont suivi vos laborieuses et patientes recherches savent avec quels innombrables et précieux matériaux vous avez élevé votre doctrine; mais tout le monde ne le sait pas aussi bien, et vous le voyez à l'opposition qui vous est faite. Un impérieux devoir scientifique vous est imposé, c'est celui de vider votre garde-meuble et d'en grouper avec art tous les objets dans les divers compartimens de la doctrine. Plus de polémique irritante et stérile qui vous éloigne des voies correctes et calmes de la

véritable science. Cette discussion close, et terminez-la vite, fermez vos oreilles aux taquineries de vos adversaires. Mettez-vous sérieusement à l'œuvre pour l'œuvre sérieuse que vous devez au monde savant. Composez, enfin, le grand traité que vous avez promis sur les maladies vénériennes; c'est sur cette œuvre que vous devez désormais concentrer toute votre intelligence et vos forces, si vous voulez doter la science du monument qu'elle attend de vous.

Pour nous, qui savons de longue date que les plus beaux discours académiques et que les efforts les plus consciencieux de la presse ne désarment ni les systématiques, ni les passionnés, ni les envieux, ni même les encyclopédiques, nous n'ajouterons plus qu'un intérêt fort secondaire à une discussion, d'ailleurs fort épuisée, et dans laquelle on s'est dit de part et d'autre tout ce qu'on avait à se dire.

Amédée Latour.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hopital de la Pitié. — Service de M. Valleix.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

RÉTROFLEXION.

§ Ier. *Définition; formes.* — La rétroflexion est une déviation dans laquelle le corps de l'utérus, incliné en arrière et en bas, forme avec le col un angle à sinus postérieur et inférieur.

De même que pour l'antéflexion, on peut admettre *trois formes* de rétroflexion. *Dans la première*, le col n'est pas dévié de sa direction normale; le corps de l'utérus s'est seulement replié sur lui-même, de manière à ce que son fond vienne faire saillie derrière le col; *dans la seconde*, qui est la plus commune, le col de l'utérus est un peu porté en avant vers le col de la vessie, et le corps qui se trouve en arrière, infléchi comme dans la forme précédente, semble avoir remplacé le col dans la position que celui-ci devrait occuper; enfin, *dans une troisième forme*, le col se porte lui-même en arrière et en haut, et le corps, suivant la même direction, par suite de la flexion, vient reposer sur lui et recouvrir sa face postérieure devenue supérieure.

Dans cette dernière forme, l'orifice externe est complètement porté en arrière, affectant la même direction que dans l'antéversion. J'ai vu, il y a peu de temps, un exemple très remarquable de cette deuxième forme; le doigt ne pouvait sentir en arrière le corps de l'utérus, et il sentait fort loin en avant le col qui semblait se diriger vers la paroi abdominale antérieure. Si bien qu'avant d'avoir pratiqué l'exploration à l'aide de la sonde, on a pu croire à l'existence d'une antéversion. Tout porte à croire que l'utérus avait, sauf la direction de la flexion, la même forme que dans le cas d'antéflexion qui nous a été communiqué par M. Aran, et que je vous ai montré dans une leçon précédente.

§ II. *Étiologie.* — Sur les 12 cas que j'ai observés, l'*âge* a varié de 18 à 36 ans; il était en moyenne de 31 ans moins une fraction quand nous avons reçu les malades; mais en remontant au début, nous trouvons que la maladie est survenue de 14 à 33 ans, ou, en moyenne, à 25 ans plus une fraction. Sauf le cas unique, où la maladie paraît avoir débuté à 14 ans, sans que cela ait été bien rigoureusement établi, les limites d'âge restent donc les mêmes que pour les autres déviations.

Quant à la *constitution primitive* au *tempérament*, aux *leucorrhées antérieures*, à l'*établissement de la menstruation*, à l'*abondance* et à la *régularité des règles*, à leur *suppression momentanée*, je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit dans les leçons précédentes. Les choses se sont, en effet, absolument passées de la même manière.

Accouchement. — De nos malades, 9 ont eu un ou plusieurs accouchemens à terme, une a fait une fausse-couche seulement, et 2 n'ayant jamais eu de grossesse, la maladie a pu être rapportée à d'autres causes. 3 ont eu un seul enfant; 4 en ont eu deux; chez 3 d'entre elles, les premiers symptômes se sont montrés après le premier accouchement; mais leur intensité a considérablement augmenté au deuxième; chez une seule, le début n'a eu lieu qu'après le deuxième accouchement; une a eu trois enfans, puis une fausse-couche, et les premiers symptômes ne sont apparus qu'après la fausse-couche. Enfin, chez une qui a eu cinq enfans à terme, les premiers symptômes sont survenus après le quatrième accouchement, mais ils ont été bien plus marqués après le cinquième.

Chez 8, y compris celle qui a eu seulement un avortement, l'accouchement a été facile, naturel, et n'a rien présenté de particulier; chez une, le travail a été long, et il s'est fait une déchirure du périnée; une fois il a fallu appliquer le forceps.

Aucune de ces femmes n'a marché trop tôt après l'accouchement.

Les premiers symptômes sont survenus rapidement après la parturition dans 6 cas; au bout de trois mois dans un cas; et dans deux, au bout de cinq à six ans. Pour le dernier, il m'a été impossible de fixer rigoureusement l'époque précise du début de la maladie.

En *résumé*, l'influence de l'accouchement, bien qu'incontestable, s'est fait sentir d'une façon moins immédiate que dans les autres déviations, puisque les cas, dans lesquels les premiers symptômes sont apparus fort peu de temps après la délivrance, sont moins nombreux.

Dans aucun cas, je n'ai trouvé de *tumeur* qui ait pu avoir pris part à la production de la déviation.

J'ai remarqué trois fois une résistance notable de l'utérus, dont le corps, peu mobile, ne se laissait pas facilement redresser; et je me suis demandé si cette résistance était due à des *adhérences* avec les organes voisins, ou bien à une simple rétraction du tissu même de l'utérus ou du tissu cellulaire péri-utérin et des ligamens, par suite du travail sub-inflammatoire dont ils deviennent le siége quand il y a une déviation. J'avoue qu'il est fort difficile de se prononcer sur cette question. J'aurais désiré vous rapporter avec quelques détails un des cas les plus intéressans de ce genre qu'il m'a été permis d'observer, mais malheureusement je ne retrouve pas l'observation circonstanciée qui a été prise alors, et je dois me borner à vous mentionner les faits principaux qui sont encore présens à mon souvenir.

Observation XIV *bis*. — La malade est une jeune fille blonde, lymphatique, d'un embonpoint encore assez marqué, bien qu'elle ait beaucoup souffert depuis trois ans. Voici l'état dans lequel je la trouvai à mon premier examen, en 1850, à l'hôpital Sainte-Marguerite.

Le col était très long et effilé, se terminant en pointe et se dirigeant obliquement de bas en haut et d'avant en arrière; le corps globuleux se trouvait un peu en arrière, affectant une direction parallèle à celle du col, avec lequel une portion intermédiaire et horizontale le réunissait en formant deux angles droits. Cette malade me dit avoir eu, trois ans avant de venir me consulter, une affection aiguë avec frissons, douleur et tension de l'abdomen, qui fut traitée par les saignées, le repos, et que suivit une convalescence de trois mois. Les douleurs étaient plus fortes à gauche, et c'est surtout de ce côté que furent appliquées les sangsues. Je fus porté à penser qu'il y avait eu une inflammation des tissus péri-utérins, principalement du ligament large gauche, et qu'il en était, selon toute probabilité, résulté une rétraction considérable de ces mêmes tissus, rétraction qui avait entraîné l'utérus et le maintenait dans la position vicieuse dans laquelle nous l'avions trouvé; si bien que la sonde pénétrait difficilement et que dans le principe le redressement ne pouvait pas être complètement opéré, tant à cause de l'existence de ces deux flexions à angle droit qu'à cause de cette rétraction des tissus. C'est aussi du côté gauche que les douleurs étaient les plus vives pendant les tentatives de redressement, et l'on constatait, par le toucher, que les tissus n'avaient pas, de ce côté, la même souplesse que du côté opposé. Après quelque temps de préparation par la sonde, le redresseur à flexion fixe fut introduit avec difficulté, il est vrai, puisqu'à plusieurs reprises je fus obligé de renoncer à le faire pénétrer; mais une fois qu'il fut placé, la malade le supporta parfaitement, et après quatre mois de traitement, j'obtins une amélioration notable. Il n'y avait plus qu'une légère inclinaison de l'utérus en arrière, sans flexion. Après être restée deux mois hors de l'hôpital, la malade est venue me retrouver à Beaujon. Il y avait un peu de tendance à la reproduction de la flexion; mais après une seule application du redresseur maintenu en place pendant huit ou 10 jours, l'utérus avait complètement repris sa direction normale. Il ne restait plus qu'un peu d'affaissement de l'organe sur lui-même, permettant de constater l'existence de plis peu marqués dans les points où avaient été précédemment les flexions. Néanmoins, la guérison a été définitive, et si solide, qu'il y a cinq ou six mois, cette femme, voulant monter sur l'appui d'une fenêtre, a fait une chute assez violente suivie d'une contusion très étendue, sans que le moindre signe de déviation ait reparu (1).

Ce qui me fait penser que, dans ce cas, la déviation n'était pas due à des adhérences péritonéales, c'est que, comme celle-ci, d'autres malades nous ont présenté la même résistance au redressement de l'utérus, sans qu'il y ait eu antérieurement d'inflammation dans le voisinage, et qu'elles ont parfaitement guéri de leur déviation. Cela n'aurait pas eu lieu s'il y avait eu des adhérences, à moins qu'elles n'eussent été préalablement rompues. Je crois que l'état sub-inflammatoire du tissu péri-utérin et du tissu utérin lui-même suffit pour rendre compte de cette résistance. Mais poursuivons l'étude des causes.

Dans aucun cas la rétroflexion ne paraît avoir été causée par une *chute*. Une fois elle a été produite par un *effort violent*, et l'observation suivante va vous montrer dans quelles circonstances.

Observation XV. — G... (Victoire), 18 ans, domestique, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, réglée à 14 ans 1/2, bien dès le début, sauf quelques légères variations dans la quantité des règles. Elle était d'une bonne santé habituelle, lorsqu'au mois d'avril 1849, *en transportant sa mère malade d'un lit dans un autre,* elle sentit dans le bas-ventre, du côté droit, une douleur très vive qui lui occasiona une syncope. Elle fut ensuite obligée de garder le lit pendant trois semaines et la chambre pendant deux mois et demi. A la même époque, elle eut de très violens chagrins, se voyant enlever presque en même temps par le choléra, son père, sa mère, son mari (après quatre mois seulement de mariage), et onze ou douze autres parens.

Elle n'a pas eu d'enfans. Ses règles, depuis l'accident dont je viens de parler, étaient précédées et suivies pendant quatre ou cinq jours d'une leucorrhée abondante, ce qui n'avait jamais eu lieu auparavant. Elles restèrent ensuite deux mois sans paraître, après quoi elles revinrent assez régulièrement, durant quelquefois huit, dix et même quinze jours, pendant lesquels il sortait souvent des caillots par la vulve.

Dès cette époque, la malade fut sujette à des douleurs excessives, qui s'irradiaient jusque dans les reins. Pendant la marche, elles étaient si vives, que la malade pouvait à peine faire quelques pas, le corps fortement courbé en deux, et prête à chaque instant à avoir une lipothymie. Je n'ai jamais vu de cas où la marche ait été plus pénible que dans celui-ci.

Lorsque je la vis pour la première fois, à l'hôpital Beaujon, le 15 septembre 1851, elle avait en outre : des douleurs épigastriques, des palpitations et une leucorrhée très abondante, avec constipation et perte d'appétit. Je trouvai l'utérus en rétroflexion, dans une situation à peu près intermédiaire entre les deux premières formes que nous avons admises. Le redresseur fut appliqué à deux reprises différentes; chaque application fut suivie d'un soulagement immédiat, mais il ne resta que deux jours en place chaque fois.

La première fois, il fallut l'enlever à cause de l'apparition des règles, qui furent beaucoup plus abondantes qu'à l'ordinaire. La deuxième fois, la malade fut prise le soir même de douleurs lombaires, avec fièvre intense, céphalalgie, tension du ventre, et deux jours après, on voyait apparaître les premières pustules d'une variole extrêmement confluente, qui la retint deux mois en traitement.

Sortie de Beaujon, le 25 février, elle est entrée à la Pitié le 5 mars 1852, salle Ste-Marthe, n° 42.

Du 6 mars au 13 avril, le cathétérisme a été pratiqué six fois, à des intervalles de moins en moins éloignés, et chaque fois j'avais soin, en retirant la sonde, de repousser fortement le col en arrière pour maintenir l'utérus redressé.

Les premières fois, l'introduction de la sonde a été tellement douloureuse, que la malade en avait des lipothymies et presque des syncopes, et qu'elle était forcée de rester deux heures couchée, sans pouvoir faire un mouvement. Ces douleurs ont ensuite été moins vives.

Le 17 avril, l'utérus était seulement incliné en arrière, et pour faire pénétrer la sonde, il suffisait de tourner la concavité en arrière, en portant le manche vers le pubis. A la rétroflexion avait donc été substituée une légère rétroversion.

Depuis, de nouvelles introductions de sonde ont eu lieu, et l'utérus a été ramené complètement à sa direction normale; mais, aux dernières règles, il est survenu une légère inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, qui a été suivie de l'apparition de nombreux points névralgiques sur les parois de l'abdomen. Actuellement, cette inflammation a été dissipée sous l'influence des sangsues et du repos, et nous poursuivons les points douloureux à l'aide de vésicatoires, pansés avec un centigramme de morphine, matin et soir; beaucoup ont déjà disparu; la malade marche plus facilement; elle reprend sa gaîté et son embonpoint. Tout fait espérer que la guérison ne tardera pas à être complète.

Le diagnostic n'offrant aucune difficulté dans ce cas, nous n'avons à noter, comme remarquable, que la rapidité avec laquelle l'action de la cause occasionnelle de la maladie a été suivie d'effet, et l'intensité des symptômes, pour lesquels il faut principalement signaler les troubles survenus dans la menstruation et les douleurs de la marche.

Vous rappellerai-je le soulagement qui a suivi l'introduction du redresseur, et, malgré cela, l'intensité des symptômes qui ont forcé à l'enlever au bout de quarante-huit heures. Si l'éruption variolique n'était venue rendre compte de ces phénomènes fébriles, on aurait pu être tenté de les attribuer au traitement lui-même, et pourtant la suite a démontré qu'il n'y avait là qu'une de ces coïncidences étranges auxquelles vous devez toujours vous attendre.

Le traitement interrompu par l'apparition de la variole a ensuite été repris à l'aide de la sonde seule, et nous avons obtenu, jusqu'à présent, une amélioration assez notable pour nous engager à persister dans cette voie. La guérison sera-t-elle définitive? Nous ne pouvons que l'espérer pour le moment, et jusqu'à ce qu'elle soit pleinement confirmée, nous garderons la malade dans nos salles.

(La suite prochainement.)

T. Gallard,
Interne.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

EMPOISONNEMENT PAR DES CHAMPIGNONS (L'ORONGE BLANCHE OU CITRONNÉE, HYPOPHYLLUM ALBO-CITRINUM), DE SEPT PERSONNES, DONT QUATRE GUÉRISONS ET TROIS MORTS, A CUBZY-LES-SOING (HAUTE-SAONE).

Le 18 août 1852, six personnes mangent de huit à dix champignons à leur souper; l'aïeul paternel, le père, la mère, deux petites filles et un petit domestique. Ces champignons sont frits avec du beurre dans une poêle en fer battu. Tous en mangent à sept heures du soir, à peu près autant l'un que l'autre; cependant le père est celui qui en mange le plus, dit-il, et le domestique le moins. La nuit fut bonne pour tous, excepté pour l'aïeul, qui ressentit quelques tranchées. Celui-ci, âgé de 79 ans, bien constitué, éprouva, à six heures du matin, des coliques, ensuite eurent lieu trois à quatre vomissemens et autant de selles; il déjeuna à onze heures; mais il vomit encore son déjeûner, et tout fut fini pour lui, sans autres accidens.

Le père, âgé de 38 ans, de bonne constitution, déjeûne à six heures, après avoir travaillé à la mécanique à battre le blé, et c'est ensuite qu'il ressent des coliques et que surviennent les vomissemens et les évacuations alvines, qui ne cessent qu'à sept heures du soir. Soif assez vive; et il ne but, dit-il, que de l'eau sucrée et de la tisane d'orge; un peu de céphalalgie, point d'éblouissement; douleur et quelques crampes aux membres inférieurs, qui se prolongent toute la nuit suivante. Il reste ensuite deux jours sans manger, pendant lesquels il n'éprouve qu'un sentiment de soif, et puis tout rentre dans l'ordre. Depuis, il mange et travaille comme d'habitude; mais il ressent encore, le soir, pendant deux ou trois jours, quelques douleurs à l'épigastre.

La mère, âgée de 30 ans, d'une constitution médiocre, d'un tempérament nerveux, et ses deux petites filles, de 8 et de 10 ans, n'éprouvèrent rien des symptômes de l'empoisonnement que vers les deux heures de l'après-midi (19me ou 20me heure de l'ingestion de la substance délétère). La mort arriva, pour la plus jeune, après 48 heures, et pour

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2, 4, 21 et 23 Septembre.

(1) Cette malade étant venue vers le milieu de septembre à la Pitié, pour une bronchite avec courbature, nous avons pu constater que la guérison s'est parfaitement maintenue.

l'autre après 72 heures du début des symptômes de l'intoxication. Pour l'une et l'autre, coliques, évacuations par haut et par bas; et lorsqu'il n'y eut plus rien dans l'intestin, efforts de vomissemens jusqu'à la mort. La connaissance est restée intacte; l'une et l'autre eurent des crampes; la jeune, seule, eut des convulsions. Après la mort, elles offraient, sur les tégumens, des taches noires, m'a dit le médecin qui les a soignées, et qui ordonna des sangsues sur l'abdomen et de la limonade. L'autopsie n'a point été faite.

Les évacuations, avec coliques, durèrent chez la mère à peu près vingt heures; puis envies et efforts de vomir, surtout lorsqu'elle buvait, jusqu'au cinquième jour de l'introduction des champignons. C'est ce jour, 23 août, que nous la voyons pour la première fois : intelligence intacte, réponses justes, lentes: abattement, anxiété; tête lourde et un peu douloureuse; décubitus dorsal; elle est restée alitée. Les tégumens et les conjonctives surtout, offrent une teinte ictérique des plus prononcées; les yeux sont humides, injectés et immobiles, et les pupilles légèrement contractées; la langue est collante, sans enduit, et tirée lentement; répugnance des boissons, malgré la soif qu'elle éprouve; le ventre est dur, tendu, sonore à la percussion, douloureux à la pression, surtout à la région épigastrique; point de gargouillement. Respiration lente; pas de chaleur à la peau; pouls régulier, faible, un peu sec et lent, 56 pulsations.

Limonade, eau vinaigrée et boisson éthérée.

Les deux derniers jours, après un dernier effort pour vomir, surviennent des convulsions, des crampes générales et perte de connaissance; trismus qui ne permet plus l'introduction des boissons; en un mot, raideur tétanique générale, et plaintes jusqu'à la fin. Peau froide. Le pouls a cessé de se faire sentir; et c'est avec un redoublement de la contracture générale, qu'arrive, au moment de notre visite, la mort, avec émission d'écume par la bouche et les narines, après six jours et dix-huit heures de l'empoisonnement.

Autopsie le 26 août, vingt-deux heures après la mort.

Rigidité cadavérique; couleur jaune de la peau très prononcée. Teinte bleuâtre, à peu près uniforme à la partie postérieure du tronc, sens du décubitus, effet cadavérique. Mais nous remarquons une légère teinte bleuâtre des joues, une zone bleue-noirâtre autour du cou, comme une cravate, et qui s'étend au quart supérieur de la région sternale. Les parois de l'abdomen offrent une teinte bleu-verdâtre très prononcée, surtout aux flancs et à l'hypogastre; la face dorsale de la main droite est bleu-noirâtre; rien de semblable à l'autre main. Yeux demi-ouverts; pupilles médiocrement contractées; sclérotiques très jaunes, offrant à l'œil droit, à sa partie inférieure, une tache noire de 17 millimètres de longueur sur 6 de largeur; et une autre, un peu moins grande, à la partie interne de l'œil gauche. Écume à la bouche, et sanguinolente aux narines; mâchoires serrées. Ventre tendu et dur comme une planche; en incisant ses parois, nous remarquons que les muscles se déchirent avec une certaine facilité. Après l'ouverture, odeur putride des plus prononcées et des plus repoussantes. Épiploon très jaune, comme collé sur les circonvolutions intestinales, et s'insérant dans leurs anfractuosités; il est sec, comme ratatiné; il est ramolli et se déchire facilement. Le péritoine et les tissus sous-jacens, surtout les viscères, offrent partout cette teinte ictérique. L'estomac et les intestins sont très ballonnés; une plaque brunâtre, de 5 à 6 centimètres d'étendue, se voit à son extrémité pylorique, et s'étend au duodénum, vue extérieurement; autour, comme une auréole assez étendue, très jaune, qui va en diminuant dans le sens périphérique; teinte plus prononcée que dans les autres points de l'intestin. Quelques taches semblables, plus petites et moins prononcées sur d'autres points de l'intestin. Le tube intestinal ouvert, laisse dégager une odeur fétide des plus insupportables; nous retrouvons en dedans les plaques noires que nous venons d'indiquer; il est vide de matières; seulement, des mucosités grisâtres à la surface de la muqueuse gastrique et intestinale. L'on n'y voit point de rougeur ni d'ulcérations; la tunique muqueuse, et même la musculeuse, sont ramollies, surtout dans les points correspondant aux plaques noires; si on les râcle avec le scalpel, elles se déchirent avec la plus grande facilité. Les veines qui se dirigent de la partie postérieure de l'intestin au mésentère, sont injectées d'un sang noir, qui a perdu ici, comme dans les autres veines, où nous l'examinions, de sa fluidité.

La rate est bleu-noirâtre; elle offre 12 centimètres de longueur, 6 à 7 d'épaisseur; en l'arrachant pour l'observer, ses membranes enveloppantes se déchirent facilement par lambeaux, et se décollent du tissu propre de la rate, qui paraît à nu; ce tissu est ramolli, fragile; et de la surface des déchirures et des incisions, il ne s'écoule point de fluide, même à la pression.

Le foie est aussi ramolli, de couleur jaune parsemée de points ou de petites taches brunes. Les poumons, les reins, etc., offrent des caractères analogues de couleur et de ramollissement.

Terminons en disant quelques mots de l'aïeul maternel, âgé de 60 ans, et du petit domestique de 12 ans. Celui-ci n'éprouva les phénomènes de l'empoisonnement qu'à la vingt-neuvième heure de son introduction dans l'estomac; coliques, évacuations par haut et par bas, éblouissemens, crampes pendant douze heures; puis reste du malaise pendant deux jours, et il est bien guéri.

L'aïeul maternel avait mangé à lui seul l'autre moitié des champignons que sa fille lui avait apportés, le lendemain à sept heures du matin (19 août); mais il les avait préparés d'une autre façon. Il les fit cuire, dit-il, pendant plus d'une heure dans l'eau; puis il les fit bien égoutter et les pressa dans un linge pour en exprimer toute l'eau; et ensuite il les fit frire dans le beurre. Deux heures après, il éprouva une superpurgation qui dura douze heures, sans autres phénomènes de l'intoxication.

Résumons : voilà une même cause d'empoisonnement, l'*oronge blanche ou citronnée*; l'aïeul paternel, qui les a cueillis, nous a montré les semblables pour en reconnaître l'espèce. Des symptômes à peu près semblables, plus ou moins intenses : tranchées, coliques, évacuations par haut et par bas, phénomènes nerveux, etc. Des résultats différens : pour quatre guérison plus ou moins prompte, sans les secours de l'art, et pour trois la mort, malgré les secours de l'art, mais apportés tardivement. Cela ne tient-il pas : 1° à la quantité plus ou moins grande de la substance vénéneuse prise par chacun? Et si nous voyons l'aïeul maternel n'éprouver qu'une purgation alors même qu'il a mangé à lui seul la moitié des champignons, la raison n'est-elle pas que la plus grande partie de la substance toxique serait restée en dissolution dans l'eau qui a servi à faire cuire les champignons? Cela ne tient-il pas : 2° au degré de force et de réaction différent pour chacun? Aussi, voyons-nous les plus faibles succomber, à l'exception du petit domestique.

Les lésions cadavériques dominantes sont : un ramollissement général des organes, mais plus prononcé sur certains viscères; des taches ou plaques violettes, brunes, gangréneuses, sur différens points de l'économie.

Faut-il douter de l'altération des humeurs? Et en quoi consiste cette altération? Que signifie cette décoloration du sang dans les tissus; cette diminution de sa fluidité, sa stase dans les grosses veines où il paraît comme arrêté ou refoulé; ces pointillés, ces taches, ces plaques noires à travers le fond jaune qui domine partout?

Dr Goudot.

Fresne-St-Mamès, 18 septembre 1852.

PATHOLOGIE.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC DES MALADIES CANCÉREUSES.

Le diagnostic des maladies cancéreuses a été, de nos jours, l'objet de recherches importantes de la part de MM. Lebert, Broca, Sédillot, etc. Ces auteurs soutiennent que les diverses ulcérations généralement regardées comme cancéreuses ne sont pas toutes de la même nature, et que bon nombre d'entre elles en ont seulement l'apparence. De là la distinction fondamentale qu'ils établissent entre les vrais cancers et les *cancroïdes*. C'est à la faveur de l'examen microscopique que cette distinction importante peut être établie entre des maladies que bien des analogies semblent rapprocher et confondre aux yeux de la plupart des médecins. Ainsi, presque toutes les altérations des lèvres, de la face, de la dure-mère, etc., communément considérées comme cancéreuses, ne sont pas telles cependant, et méritent seulement la dénomination de cancroïdes. Ces altérations pathologiques se différencient des véritables cancers par cette condition essentielle que ceux-ci contiennent seuls une cellule spéciale qui manque dans les cancroïdes où se trouvent des cellules ou plaques d'épithélium ou d'épiderme.

Des conséquences importantes découlent de cette distinction anatomique : le véritable cancer est incurable et fatalement mortel, quelle que soit la manière dont il est combattu; le cancroïde, au contraire, est une maladie locale que l'on peut guérir avec certitude par des moyens locaux, et qui après ne récidive point quand on l'extirpe complètement. Telles sont, en résumé, les savantes propositions défendues avec habileté par des hommes dont les travaux ont été couronnés par l'Institut et l'Académie de médecine.

M. le professeur Alquié est venu combattre cette manière de voir au sein de l'Académie des sciences, dans un mémoire très étendu et où l'observation clinique se lie à l'étude microscopique. Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu-St-Eloi invoque d'abord l'opinion de MM. Velpeau, Mayor, Rokitanski, Brurch, Gomp-Bésanès, Vogel, Virchow, etc., qui ont publié des faits contraires aux recherches de MM. Lebert, Broca, etc. L'auteur offre de démontrer que les travaux de ces habiles micrographes sont purement anatomo-pathologiques et ne sont nullement fondés au lit des malades. A ce point de vue, il examine attentivement l'histoire clinique des différentes altérations cancéreuses, de manière à montrer leur ressemblance sous le rapport des causes, de la marche, de l'ulcération, des récidives, de l'opiniâtreté du mal, des indications thérapeutiques et de la cachexie. Chacune de ces parties du problème clinique est appuyée de faits recueillis non seulement dans la pratique des plus estimables chirurgiens de l'Europe, mais surtout dans le service clinique du bel Hôtel-Dieu de Montpellier. Cette étude, minutieuse et sévère, où le dire de la microscopie est toujours contrôlé par l'enseignement pratique, conduit l'habile professeur aux conclusions suivantes :

L'invasion et la marche de ces différentes formes cancéreuses en démontrent l'identité de *nature morbide* : développement lent et insidieux, apparence d'une lésion bénigne, maladie stationnaire pendant assez longtemps, douleurs lancinantes, opiniâtreté du mal, extension progressive et parfois rapide des désordres organiques, tendance à l'ulcère rebelle et ayant les plus grandes ressemblances dans la plupart des cas; récidive fréquente de l'altération détruite par le feu ou par les caustiques et malgré tous les soins et l'habileté du chirurgien; réunion, substitution ou transformation de ces différens produits morbides dans la même région du corps, détérioration profonde de l'organisme, cachexie pareille, indication thérapeutique semblable, inefficacité ordinaire des remèdes, opérations et besoin d'un médicament spécial; c'est, aux yeux du professeur Alquié, le tableau des conditions cliniques les plus suffisantes pour démontrer l'identité de nature morbide de toutes les altérations squirrheuses, encéphaloïdes, colloïdes, épidermiques, épithéliales, qui suivent cette marche pathologique. Nous ne jugerons pas dès à présent la valeur réelle du mémoire de l'habile professeur de Montpellier; une commission spéciale a été désignée par l'Institut à cet effet. Du moins, nous devons dire que des travaux de ce genre méritent la plus sérieuse attention.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 11 Août 1852. — Présidence de M. Bouvier.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 21 Septembre.)

M. Monneret : J'admets sur certains points la justesse des observations qui m'ont été faites par M. Aran. Ainsi, il me reproche plusieurs omissions, entre autres de n'avoir par signalé l'influence de l'âge, de l'état de grossesse, etc. Parmi ces omissions, il en est que j'ai faites volontairement parce que je voulais seulement traiter mon sujet à un point de vue général; d'autres sont peut-être le résultat d'un oubli. Je suis tout disposé à le reconnaître. Il en est de même pour ce qui a rapport à la thérapeutique, car là encore je ne voulais toucher à la question que d'une manière générale. Si, dans le titre de mon mémoire, je me suis borné à désigner les maladies dont je voulais m'occuper sous le nom assez vague, j'en conviens, de maladies chroniques du cœur, au lieu de spécifier les hypertrophies et les lésions valvulaires que j'avais principalement en vue; c'était uniquement pour abréger ce titre. J'aurais pu dire aussi que je n'avais pas l'intention de m'occuper de la péricardite aiguë, ni même de la péricardite chronique. M. Aran a exagéré l'opinion que j'ai émise sur le diagnostic local et sur l'anatomie pathologique des affections du cœur; car, pour moi, je ne regarde nullement comme indifférent de savoir si la lésion valvulaire siége à tel ou tel orifice du cœur, s'il y a rétrécissement ou dilatation. Ce que je conteste, c'est l'importance exagérée que l'on a voulu attribuer à ce diagnostic, relativement au traitement; importance qui me paraît assez minime en réalité. Aussi ai-je dit que le diagnostic et l'anatomie pathologique éclairaient d'une manière insuffisante la thérapeutique des maladies du cœur. Tout en admettant l'incurabilité des maladies chroniques du cœur, je n'ai pas non plus condamné tous ceux qui sont affectés d'une maladie quelconque de cet organe, car je n'avais à me préoccuper que de cette période de la maladie qui est caractérisée par des congestions passives. C'était, en effet, principalement à cette période que mon travail se rapportait. C'est également pour cette raison que je n'ai pas dû admettre les périodes indiquées à si juste titre par M. Aran. Enfin, j'ai dû encore élaguer de mon mémoire l'histoire de l'endocardite aiguë. Je n'ai pris la lésion que lorsqu'elle était bien constituée et que déjà on voyait se déclarer des hypérémies, non pas permanentes, il est vrai, mais fréquemment répétées. Ce que j'ai surtout voulu démontrer, c'est que le praticien ne faisait pas assez souvent appel aux moyens qui peuvent agir sur les capillaires, sur la vitalité des parties, car je crois que si on augmente les sécrétions, on améliore l'état du cœur par cela même que l'on diminue ainsi les congestions. Je le répète, je ne connais aucun moyen d'agir directement sur le cœur. Je sais bien que l'on se propose, par l'emploi de différens agens thérapeutiques, d'affaiblir, de régulariser ses contractions; mais y parvient-on soit avec l'opium, soit avec la digitale?

Quant aux altérations du sang, je suis loin de méconnaître leur importance; aussi n'ai-je pas oublié de les mentionner. J'ai parlé de l'anémie, qui, après avoir été un effet de la maladie du cœur, devient elle-même une cause nouvelle et sans cesse croissante de débilité pour le système nerveux, pour les capillaires, et partant, augmente la stase sanguine de plus en plus. J'ai parlé également de la diminution de l'albumine du sang, et j'ai dit que c'était en partie à ces altérations du sang qu'il fallait attribuer la faiblesse de tous les tissus contractiles et locomoteurs, et la syncope mortelle qui termine brusquement l'affection cardiaque chez un grand nombre de sujets. Enfin, à propos des indications, j'ai dit qu'il fallait agir sur le sang soit pour diminuer ses qualités stimulantes en l'appauvrissant, soit pour lui donner des propriétés toutes contraires. Je suis convaincu, d'ailleurs, que l'état du sang joue un grand rôle dans les maladies du cœur.

M. Aran me reproche encore d'avoir formulé le traitement d'une manière trop générale; mais mon travail ne pouvait comporter que des généralités. J'avais d'ailleurs pour but, en rappelant la division de Corvisart, de faire ressortir l'indication que l'on doit tirer de l'augmentation ou de la diminution des forces, indication dont l'importance est encore admise par tous les bons praticiens.

M. Aran : Je ne conteste pas que M. Monneret ait parlé des altérations du sang et qu'il ait insisté sur leur importance; seulement, il les regarde comme un effet, tandis que je lui fais jouer un rôle dès le début de la maladie. Quant à la division de Corvisart, je persiste à croire qu'il est préférable de diviser les maladies du cœur en primitives et en secondaires.

M. Valleix : Je reconnais que les préceptes indiqués par M. Monneret sont applicables dans un certain nombre de cas; mais il en est d'autres où ils ne pourraient plus trouver leur application. Je citerai, entre autres, les cas dans lesquels les maladies du cœur sont consécutives à l'emphysème pulmonaire mêlé plus ou moins de bronchite. Je reviendrai tout à l'heure sur ce point, qui est la partie principale de mon argumentation. Je ne crois pas, comme M. Monneret semble disposé à l'admettre, que la voie dans laquelle on est entré dans ces derniers temps pour l'étude des maladies du cœur n'ait produit que des résultats insuffisans, même au point de vue de la thérapeutique. Qu'un malade soit atteint d'une insuffisance aortique, admettra-t-on qu'il est affecté d'un anévrisme actif ou passif? Si l'on avait égard aux symptômes, on croirait plutôt, j'en suis convaincu, à l'existence d'un anévrisme actif, et cependant l'expérience a prouvé que le traitement de l'insuffisance ne devait pas être le même que celui de l'anévrisme actif. Peut-être, en voulant perfectionner le diagnostic, a-t-on dépassé le but, mais on peut facilement faire la part de l'exagération. M. Monneret se sert, comme argument, de l'incurabilité des maladies du cœur; il paraît espérer qu'en revenant aux données plus certaines qui découlent, selon lui, de la simple observation des symptômes et des troubles dynamiques, dont le système vasculaire est le siége, on pourra instituer une thérapeutique efficace. Pour moi, cette incurabilité me paraît malheureusement trop certaine; on pourra, il est vrai, à l'aide des moyens qu'il indique, améliorer l'état des malades comme on l'a fait jusqu'alors, mais on ne les guérira pas.

Je reviens actuellement au point que je m'étais surtout proposé de discuter. On prétend qu'au début des maladies du cœur, les fonctions respiratoires sont à l'état normal. Je l'accorde pour celles qui sont de nature inflammatoire, ou qui se déclarent à la suite du rhumatisme; mais chez beaucoup de sujets il n'en est point ainsi. On rencontre, en effet, des malades qui, après avoir toussé pendant dix, quinze et même vingt ans, et avoir éprouvé des palpitations plus ou moins fréquentes, sont enfin affectés d'une hypertrophie du cœur. Or, dans les deux cas que je viens de citer, les altérations ne sont pas les mêmes. Lorsque la maladie du cœur est primitive et franchement inflammatoire, on rencontre surtout des lésions valvulaires, et l'hypertrophie des cavités gauches. Dans le cas contraire, l'hypertrophie siége simultanément dans les cavités droites et dans les cavités gauches. Ce sont donc là, comme on le voit, des maladies bien distinctes; toutefois, il est vrai de dire qu'à

une période avancée les phénomènes morbides se confondent, et qu'il survient des congestions dans les deux cas. M. Monneret, j'en conviens, signale la bronchite et le catarrhe pulmonaire comme étant une source fréquente de congestions chez les anévrismatiques; l'état morbide du poumon ne lui a donc pas échappé; mais, pour moi, ces accideus préexistent à la maladie du cœur. Et voici comment je m'explique l'influence qu'ils exercent sur son développement. Je suppose qu'un individu soit affecté de bronchites plus ou moins fréquentes, l'épaississement de la membrane muqueuse et la présence habituelle d'une couche de mucosités à la surface de cette membrane, qui seront la conséquence nécessaire de ces bronchites, apporteront un obstacle à l'accomplissement de l'hématose, qui ne s'effectuera plus que d'une manière incomplète. Dès lors, pour suppléer à cette insuffisance de l'hématose, le cœur devra redoubler d'efforts; et la persistance de ces efforts déterminera nécessairement, à la longue, une affection de cet organe, dont le développement sera lent et graduel. C'est en effet à un âge plus ou moins avancé, c'est-à-dire de 50 à 60 ans, ou même 70 ans, que l'on observe ces sortes d'affections du cœur, taudis que les maladies aiguës de cet organe appartiennent ordinairement à la jeunesse.

Les déductions relatives au traitement découlent naturellement de la distinction que je viens de signaler. En effet, si on fixe son attention sur cette forme des maladies du cœur, on accordera plus d'importance au traitement des affections pulmonaires, et on insistera sur les moyens qui peuvent modifier l'état des voies respiratoires, tels que les vomitifs et les narcotiques. La digitale sera également utile dans ces cas, lorsque les battemens seront très tumultueux. Dans le traitement des affections du cœur, tout consiste donc à bien spécifier les cas; et il serait utile d'établir certaines catégories, et d'appliquer à chacune d'elles un mode de traitement approprié. Je reconnais, d'ailleurs, que le traitement institué par M. Monneret est en général excellent; toutefois, quant à la saignée, je suis plutôt de l'avis de M. Legroux, qui ne la proscrit pas d'une manière aussi absolue; et je reconnais que, dans quelques cas, au lieu d'abattre les malades, elle ranime au contraire leurs forces. Ainsi, il y a quelques années, j'ai donné des soins à un médecin de la province, qui était dans un état très grave. Quoiqu'il fût malade depuis plusieurs années, on ne lui avait jamais pratiqué de saignées. Lorsque je le vis pour la première fois, le pouls était tumultueux et irrégulier, la dyspnée considérable; il existait du râle sous-crépitant à la base des deux poumons; les lèvres étaient violacées; il y avait, de plus, de l'ascite et de l'œdème aux membres inférieurs. Je lui fis pratiquer trois saignées dans l'espace d'une semaine, et appliquer à plusieurs reprises des sangsues et des ventouses scarifiées; il prit aussi de la digitale. Après un mois et demi de traitement, l'amélioration était telle, qu'il pouvait marcher sans trop de fatigue, et même monter plusieurs étages. Depuis, cette amélioration s'est soutenue, et il peut vaquer à ses affaires. Je suis convaincu que sans l'emploi des saignées, ce malade aurait succombé. Néanmoins, je crois qu'il ne faut pas abuser de la saignée; et j'admets, en général, les préceptes de M. Monneret.

M. Legroux : Je crois que la pathogénie des maladies du cœur a été bien étudiée à notre époque, quoique M. Monneret émette l'opinion contraire. Pour moi, ces maladies sont purement mécaniques, et j'admets les conséquences qui découlent naturellement de cette proposition, et qui consistent soit à maintenir l'équilibre qui doit exister entre la masse du liquide à mouvoir, la capacité des vaisseaux à parcourir, celle des orifices à traverser, et la force de contraction du cœur, soit à rétablir cet équilibre lorsqu'il est rompu. On y parvient à l'aide de moyens qui ont déjà été indiqués, et entre autres, à l'aide de la saignée, que je suis loin de proscrire. M. Monneret propose de revenir à la division en anévrisme actif et anévrisme passif, admise autrefois par Corvisart. J'avoue que je ne puis pas partager cette opinion. Je préférerais, par exemple, employer le mot cardiopathie, adopté par M. Piorry pour désigner les maladies du cœur, et j'admettrais une cardiopathie propulsive lorsqu'il y a hypertrophie, et que le sang est chassé avec force, et une cardiopathie rétrogressive lorsqu'il y a stase et rétrogradation du sang. Je repousse donc la dénomination d'anévrisme actif et passif, parce que, je le répète, les affections du cœur sont purement mécaniques, et que, de plus, la force des battemens et de l'impulsion ne peuvent pas donner une mesure exacte de l'activité du cœur. Ne rencontre-t-on pas, en effet, des congestions, alors même que ces phénomènes existent? Selon moi, ce n'est pas sur les capillaires qu'il faut agir, mais directement sur le cœur, en le déchargeant à l'aide de la saignée, toutes les fois qu'il est surchargé de sang. On reconnaît cet état du cœur par la percussion qui donne une matité plus étendue; et par l'auscultation, les bruits étant alors plus forts, plus sourds, etc. Je sais que l'on reproche à la saignée d'affaiblir les malades, mais on peut faire le même reproche aux sangsues qui débilitent comparativement plus que la saignée, et qui ne peuvent pas la suppléer; car, en admettant qu'elles dégorgent les viscères, elles ne dégorgent pas le cœur. Je crois donc qu'il y a indication de recourir à la saignée, lorsqu'il y a réplétion du cœur et des gros vaisseaux; je crois également qu'elle est contre-indiquée lorsqu'il existe un état anémique, et lorsque le cœur et les gros vaisseaux ne sont pas engorgés. Quant aux émissions sanguines locales, elles ne peuvent remplir que des indications éloignées ou secondaires. Il en est de même des purgatifs et des médications destinées à favoriser et à augmenter les diverses sécrétions.

Le secrétaire : Ch. Léger.

PHARMACOLOGIE.

DE L'EMPLOI EN MÉDECINE DE L'IODURE D'AMIDON;

Par le docteur Quesneville.

L'iodure d'amidon, cette combinaison si curieuse pour les chimistes, si heureuse pour la thérapeutique, entre décidément dans la pratique médicale. Voilà près de deux ans que le docteur Quesneville a appelé l'attention de ses confrères sur l'emploi de ce composé, et qu'il est parvenu, *ce qu'on n'avait pas fait avant lui*, à le rendre soluble dans l'eau, et à préparer, avec le soluté, un sirop agréable et très actif. Depuis lors, les médecins qui, jusqu'à ce jour, n'osaient pas employer l'iode à cause des accidens qu'il cause parfois et des difficultés de son mode d'administration, ayant pu apprécier l'innocuité du nouvel agent thérapeutique, malgré son activité bien constatée, font aujourd'hui un usage journalier de l'iode liquéfié par l'amidon, d'après la méthode Quesneville. Les préparations Quesneville sont donc très souvent demandées aux pharmaciens, et un grand nombre, mais sans succès, ont cherché à imiter ces produits. Chargé dernièrement, par la Société de pharmacie, de faire un rapport sur tous ces procédés d'imitation, M. Soubeiran les a, en effet, reconnus défectueux, et a pu constater que l'on peut facilement obtenir un sirop d'iodure d'amidon contenant sensiblement 2 gr. et demi d'iode par kilogramme, soit 5 centigrammes d'iode par cuillerée de sirop. M. Magnes Lahens était déjà arrivé au même résultat, par l'analyse qu'il avait faite du sirop Quesneville, auquel il trouve exactement cette composition, qui est en effet celle qu'il a adoptée. L'efficacité du sirop d'iodure d'amidon ne saurait être mise en doute, et quoique les préparations qui contiennent l'iode à l'état libre soient plus actives, on doit leur préférer le sirop d'iodure d'amidon quand il est administré aux enfants scrofuleux, aux natures débiles, aux phthisiques. Son administration, en cette circonstance, ne pourrait être remplacée.

Du sirop d'iodure d'amidon. — L'iodure d'amidon rendu soluble et combiné au sucre pour en faire un sirop n'avait jamais été préparé ni employé en médecine; c'est le docteur Quesneville qui, le premier, l'a fait connaître et en a conseillé l'emploi. Ce sirop, très recherché aujourd'hui, est préféré par les médecins aux autres préparations d'iode destinées à être prises à l'intérieur, comme l'iodure de fer et celui de potassium, car il possède sur ces derniers produits l'avantage inappréciable de n'entraîner aucune irritation, et de pouvoir être absorbé facilement et complètement par suite de sa propre assimilation avec les principes de la digestion.

Un des emplois les plus heureux que le docteur Quesneville ait faits du sirop d'iodure d'amidon est sa substitution à l'huile de foie de morue dans toute les maladies où cette huile est recommandée. Il est reconnu aujourd'hui que le sirop d'iodure d'amidon agit beaucoup plus favorablement et plus promptement que l'huile de foie de morue, qui ne doit d'ailleurs sa vertu qu'à un peu d'iode qu'elle renferme naturellement. Voici comment s'exprime, sur le sirop d'iodure d'amidon, un médecin fort compétent, qui, malade, l'a expérimenté sur lui-même : « Votre sirop d'iodure d'amidon fait merveille ici : je n'ai pu supporter l'huile de foie de morue, et cette préparation; que je lui ai substituée, m'a fait éprouver beaucoup de soulagement. »

Emploi du sirop d'iodure d'amidon. — Ce sirop, tel qu'il est préparé par le docteur Quesneville, est formulé de telle sorte qu'une cuillerée à bouche pesant 20 grammes contient 5 centigrammes ou un grain d'iode: c'est donc 2 grammes 50 centigrammes par kilogramme de sirop. Malgré cette très petite proportion, l'iode est ici si heureusement combiné avec une matière organique, l'amidon, qu'avec les quelques grammes d'iode on peut produire autant d'effet qu'avec les autres iodures à dose beaucoup plus forte. De là cet immense avantage d'obtenir guérison sans s'astreindre à se noyer d'iode et s'exposer ainsi à faire naître, à côté d'une maladie qu'on éteint, une autre maladie que l'on ne peut plus guérir.

En prenant donc chaque jour deux ou trois cuillerées de sirop d'iodure d'amidon, et pour commencer une demi-cuillerée le matin et une demi-cuillerée le soir, et augmentant graduellement jusqu'à trois cuillerées par jour, on pourra espérer, au bout de quelques mois, d'obtenir une guérison à peu près complète. Ce moyen d'administrer l'iode à petite dose sera surtout adopté par les médecins qui, tout en ne croyant pas aux préceptes exagérés de l'homœpathie, adoptent cependant ce qu'il y a de fondé en elle, à savoir que des médicamens que l'on fait absorber en très petite quantité agissent beaucoup mieux que lorsqu'ils sont donnés à très haute dose.

Le sirop d'iodure d'amidon est conseillé aux personnes qui craignent d'être atteintes de la poitrine, ou qui même déjà ont le germe des tubercules. Ce sirop est encore le spécifique le plus sûr de tout état scrofuleux. Les personnes qui ont la peau luisante, gonflée, dont les glandes sont engorgées, devront surtout en faire usage. Les médecins homœopathes l'ordonnent aussi et en font la base de leurs prescriptions énergiques — quelques gouttes dans un verre d'eau, disent-ils, suffisent. Enfin, ajoutons encore que des médecins très sensés l'ont conseillé à leurs malades comme sirop d'agrément et hygiénique tout à la fois.

Tablettes d'iodure d'amidon. — Dans quels cas faut-il employer ces tablettes d'iodure d'amidon? Un mot d'abord sur l'iode et sur ses propriétés éminemment bienfaisantes.

D'après des recherches toutes récentes sur l'iode, recherches qui ont fait le sujet de communications à l'Académie des sciences de Paris, il résulterait que l'iode fait partie de presque tous les corps de la nature, qu'il est contenu dans l'air, que presque toutes les eaux potables en renferment d'assez grandes quantités, ainsi que la plupart des alimens, comme le sel, le vin, le cidre, le lait, les œufs, etc., que la terre arable en contient beaucoup, en un mot qu'il est à peu près partout. Voilà pour la généralité; maintenant examinons les exceptions. — Il y a des pays insalubres où les maladies sont fréquentes, où la phthisie pulmonaire fait des ravages, où la scrofule, le goître, le crétinisme, sont pour ainsi dire endémiques. — Or, dans ces pays on a analysé les eaux, on n'y a pas trouvé d'iode; on a analysé les mines de sel gemme, l'iode y fait défaut, et quant à l'air, c'est à peine s'il y en a des traces. Quant à la terre arable, nulle trace. Ces analyses répétées en d'autres lieux également insalubres ont donné des résultats identiques, et on en a conclu que l'iode, qui est le spécifique de la scrofule, qui guérit le goître, et auquel la phthisie pulmonaire demande aujourd'hui guérison, pourrait bien être un élément essentiel à la vie ou tout au moins à une bonne constitution, et qu'il y aurait un moyen de suppléer à l'absence d'iode de telle ou telle localité, ce serait de prendre des médicamens légèrement iodés. — Le problème à résoudre était donc de composer un médicament iodé tout particulier, n'ayant aucune action irritante sur l'économie, s'associant parfaitement à la constitution et surtout facile à prendre en tout temps. Le docteur Quesneville a trouvé dans l'iodure d'amidon toutes ces qualités réunies, il en a composé des tablettes que chacun, même en état de santé parfaite, peut prendre sans crainte. Chaque tablette contient un centigramme d'iode, leur goût est agréable, et c'est la meilleure manière d'administrer l'iode à des enfans ou à ceux qui vont à la campagne ou en voyage, et qui ont besoin de suivre longtemps un régime iodé. On pourra en prendre cinq à six tablettes par jour. (*Revue scientifique et Gazette médicale.*)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Épidémies. — Nous avons annoncé ces jours derniers l'envoi de trois médecins de la marine, du port de Rochefort, aux Antilles françaises. Le gouvernement ne s'expliquant pas sur le but de leur destination, nous avons imité sa réserve, quoique nous fussions parfaitement au courant, par les journaux anglais, des motifs qui avaient dirigé M. le ministre de la marine. La fièvre jaune, cela n'est que trop vrai, a régné d'une manière vraiment alarmante à la Martinique. Il paraîtrait cependant, d'après les dernières nouvelles, en date du 26 août, qu'elle est sur son déclin. Si on compte encore un nombre assez considérable de malades en ville et dans les hôpitaux, leur état est maintenant beaucoup moins grave et l'affection épidémique tend à prendre un caractère plus bénin.

La maladie a pris naissance à Fort-de-France; elle est demeurée longtemps resserrée dans l'enceinte de l'hôpital de la marine, puis le foyer s'est étendu dans la ville, et de là s'est propagé dans les différens quartiers de l'île. La ville de St-Pierre et les cantons du sud viennent, après Fort-de-France, pour le nombre des cas de maladie constatés. C'est le corps d'artillerie qui a le plus souffert; mais depuis que les artilleurs ont évacué leurs casernes, situées sur le bord du canal d'enceinte nouvellement curé, et ont été internés à l'Ilet-à-Ramiers, les ravages de la maladie ont complètement cessé dans ce corps d'élite. L'administration, le service de santé, la gendarmerie, l'infanterie de marine, les marins de la flotte et du commerce, le clergé surtout et toutes les parties de la population ont eu ensuite à déplorer de nombreuses victimes.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles vient de mettre au concours les questions suivantes : *Première question.* — Faire connaître les maladies qui exercent principalement leurs ravages dans la ville de Bruxelles ou dans toute autre partie importante de la province du Brabant, en donner la statistique, en exposer les causes, et indiquer les moyens d'en diminuer la fréquence, d'annihiler ou d'atténuer leurs funestes effets. Prix : Une médaille d'or de 300 francs. *Deuxième question.* — Faire l'histoire de la syphilis des nouveau-nés et des enfans à la mamelle. Prix : Une médaille d'or de 300 francs. *Troisième question.* — Indiquer et décrire les différens agens caustiques; apprécier leur action sur nos tissus, en insistant surtout sur les différences que présente cette action et sur ses rapports avec leur nature chimique; déduire de ces différences d'action les indications spéciales à chacun de ces agens. Prix : Une médaille d'or de 300 fr. *Quatrième question.* — Le sujet en est laissé au choix des concurrens; il devra embrasser un point quelconque du domaine de la médecine, de la chirurgie ou des accouchemens. *Cinquième question.* — Egalement laissée au choix des concurrens, elle devra embrasser un sujet du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques. Le prix, pour ces deux dernières questions, consistera en une médaille de la valeur de 100 francs. Les mémoires devront être remis franco, avant le 1ᵉʳ juillet 1853, à M. le docteur Jules Crocq, secrétaire de la Société, rue du Bois-Sauvage, 14.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Robert Spittal, qui a succombé à Édimbourg, à l'âge de 48 ans, aux progrès d'une maladie de cœur. M. Spittal était connu en Angleterre à la fois comme un médecin distingué et un botaniste très érudit; mais en France, où il a passé quelques années, il s'était occupé beaucoup d'auscultation, et c'est même la publication de son *Traité d'auscultation* qui l'avait fait surtout connaître. Il était occupé à mettre la dernière main à une nouvelle édition de cet ouvrage, lorsque la mort l'a surpris.

Nous avons également à annoncer la mort d'un médecin qui a marqué dans la lutte des contagionistes et des non-contagionistes au sujet de la fièvre jaune, M. le docteur Musgrave, qui a succombé à Antigue, le 24 février dernier, et qui est mort subitement d'une maladie du cœur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Causeries médicales avec mon client, par le docteur Eug. Bourdet, ancien médecin des Maisons centrales, etc. Un vol. in-12. Prix : 4 fr. Paris, 1852. Germer-Baillière, libraire.

Vertus thérapeutiques de la Belladone, par le docteur Debreyne. Un vol. in-8 de 224 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Chez J.-B. Baillière, libraire.

Traité théorique et pratique des maladies scrofuleuses, par Vincent Duval, d.-m., etc. Un vol. in-8. Prix : 8 fr.

Caractères des figures d'Alexandre-le-Grand et de Zénon le stoïcien, éclairés par la médecine; par le docteur A. Dechambre. In-8. Paris, 1852. Victor Masson, libraire.

Annuaire du corps des médecins militaires. In-8°. Paris, 1852. Chez l'auteur, rue Childebert, n° 11.

Enseignement médical en France et en Toscane, réponse du docteur Prosper de Pietra Santa à M. le docteur A. Dechambre, rédacteur de la *Gazette médicale de Paris*, réflexions de ce dernier. In-8. Paris, 1852. J.-B. Baillière.

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES AFFECTIONS CANCÉREUSES.

Professées à l'hôpital Cochin, par M. le docteur **Maisonneuve**, chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de la Société de chirurgie, de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris, de la Société académique de Nantes, etc.;

Recueillies et publiées par M. le docteur Alexis **Favrot**, membre de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris et de la Société médicale de Bordeaux. — Ouvrage orné de *planches*. — Première partie, comprenant les affections cancéreuses en général.

1852, chez Labé, libraire de la Faculté, rue de l'École-de-Médecine. Prix: 2 fr.

PENSÉES D'UN EMBALLEUR, par M. Commerson, pour faire suite aux *Maximes* de M. de La Rochefoucauld.

Un vol. in-12. Chez Martinon, rue du Coq-St-Honoré. — Prix : 1 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 117. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 30 Septembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.................. 32 Fr.

6 Mois................ 17

3 Mois................ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 SEPTEMBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE LA CONTAGION DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

La séance a été encore consacrée tout entière à la continuation de la discussion de la question en litige. Trois orateurs ont été entendus, M. Gibert, M. Roux et M. Ricord. Nous donnons, à notre compte-rendu, les discours des deux premiers de ces honorables membres, et nous laisserons à nos lecteurs le soin de les apprécier. Nous publierons le discours de M. Ricord dans notre prochain numéro.

Un mot seulement sur l'effet produit par cette dernière allocution de M. Ricord. Partisans et adversaires de la doctrine, il n'y a eu qu'une voix pour reconnaître que c'est le meilleur discours que M. Ricord ait prononcé. Si, comme on nous en a fait le reproche, nous cédions trop facilement à un sentiment d'affectueux enthousiasme, nous aurions en ce moment un légitime motif de donner un libre cours à nos penchans, et tous ceux qui ont assisté hier à cette séance seraient peut-être moins disposés à nous blâmer de notre persévérance à encourager M. Ricord dans ses efforts. Mais le succès obtenu hier par notre savant ami, suffit à notre justification. Nous saurons en jouir avec la modération convenable à ceux qui croient n'avoir rempli qu'une mission de vérité et de justice scientifiques. Nous croyons aussi n'avoir rien écrit sur le plus redoutable adversaire de M. Ricord, sur M. le professeur Velpeau, qui s'éloigne en quoi que ce soit du respect et des égards dus à son caractère, à son autorité et à sa position, et il nous a été bien doux que ce témoignage nous ait été rendu par M. Velpeau lui-même dans une aimable et courtoise explication que nous avons eu l'honneur d'avoir avec lui. M. Velpeau croit que nous n'avons pas toujours fidèlement reproduit ses opinions et que nous avons par conséquent fait la critique de principes et d'idées qu'il ne professe pas. C'est notre faute, sans doute, mais nous n'avons reproduit que ce que nous avons cru entendre et comprendre. Les nouvelles explications que le célèbre professeur se propose de donner, éclairciront sans doute toutes les obscurités, et nous lui promettons notre plus grand empressement à réparer les erreurs qu'il voudra bien nous signaler.

M. le professeur Gerdy a demandé la parole avec un ton d'impatience et de colère qui fait prévoir quelque orage. Ce n'est pas que le satirique orateur ne trouve pas de nombreux sujets d'exercer sa verve dans la discussion actuelle, nous verrons seulement si sa verve connaît et pratique la justice distributive.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

§ III. *Symptômes.* — Toutes nos malades ont éprouvé des *douleurs spontanées*, et toutes en ont eu dans les reins, au siége et au sacrum. Toutes en ont également ressenti dans les cuisses. Mais cinq seulement en ont eu en avant dans les aines : proportion bien plus faible que celle que nous avons trouvée dans les cas de déviation en avant. Quatre ont eu des douleurs dans le côté.

Deux seulement ont eu des *douleurs provoquées* par la pression, et elles existaient dans un côté de l'abdomen. Ces douleurs, regardées par M. Simpson comme caractéristiques de la rétroflexion, ne se sont donc trouvées que dans une très petite minorité des cas.

La *marche* était seulement un peu pénible chez 3 ; chez 8, elle était très difficile, et dans un cas (obs. XV), elle était excessivement douloureuse.

Chez toutes, l'*utérus* était lourd, et il occasionnait une sensation de pesanteur au périnée ; chez 6, il était douloureux à la pression.

Examen au spéculum. — Le col, facile à atteindre avec le spéculum, était volumineux dans tous les cas ; une fois, je l'ai trouvé très allongé, et c'est un des cas que je vous ai rapportés plus haut. Une autre fois, il présentait quelques granulations. Dans tous les autres cas, il n'a rien offert de particulier, et s'est présenté dans le champ du spéculum, soit naturellement (4 fois), soit en se portant un peu en arrière, comme dans l'antéversion (une fois), ou en avant, comme dans la rétroversion. (7 fois.)

Toucher vaginal. — Par le toucher vaginal, nous avons trouvé le col dans ces diverses directions, et toujours situé un peu bas. Le doigt, porté en avant et en haut, au-dessus du col, ne sentait plus que la résistance molle due à la présence de la vessie et des intestins. En arrière, il retrouvait le corps globuleux de l'utérus, et pouvait pénétrer dans l'angle de flexion qui réunissait le col avec le corps. Par le toucher rectal, on ne constatait rien de plus. Une seule fois, l'angle de flexion était situé au-delà de la portée du doigt, et le corps de l'utérus n'a pu être atteint ni par le toucher vaginal, ni par le *toucher rectal*.

Le *cathéthérisme utérin* a été difficile trois fois seulement, et une fois très douloureux (obs. XV). La sonde, introduite directement, ne tardait pas à heurter contre la paroi antérieure qui l'arrêtait ; et pour la faire pénétrer plus avant, il fallait tourner sa concavité en arrière, et porter fortement le bec en bas et en arrière. Pendant ce mouvement, le manche devait donc être élevé vers le pubis comme pour la rétroversion, mais plus fortement encore.

La *miction* n'a jamais été plus fréquente que d'habitude pendant le cours de la maladie. Une fois, elle a augmenté de fréquence après le traitement ; j'ai parlé de ce fait à propos de l'antéversion (p. 53).

La *défécation* avait lieu sans difficulté dans 2 cas ; dans 2 autres il y a eu des alternatives de constipation et de diarrhée, et enfin dans 8 cas une constipation persistante et opiniâtre ; chaque évacuation alvine était suivie chez 2 de ces 8 dernières malades d'une sensation d'expulsion qui a pu être comparée aux petites douleurs de l'accouchement.

Sous tous les autres rapports, les symptômes de la rétroflexion n'ont différé en rien de ceux des autres déviations ; sa marche a été incessante, sa durée indéterminée, avec tendance bien plutôt vers l'aggravation de tous les symptômes que vers une guérison spontanée.

§ IV. *Diagnostic.* — D'après ce que je viens de vous dire en vous faisant l'exposé des symptômes, il vous sera facile de reconnaître une rétroflexion aux signes énumérés dans le paragraphe précédent. Mais il est plusieurs affections avec lesquelles vous pourriez les confondre.

Ainsi, il peut y avoir un *engorgement* considérable *de la paroi postérieure du corps de l'utérus*, ne s'étendant pas jusqu'au col, au-dessus duquel cette paroi tuméfiée forme une saillie qui pourrait être prise pour le corps de la matrice fléchie en arrière. Et ce n'est pas là une supposition que je fais, car j'ai observé cet engorgement, ainsi limité, dans le cas suivant :

OBSERVATION XVI. — C... H., 44 ans, blanchisseuse, d'une bonne constitution, bien réglée, entrée à Beaujon le 24 septembre 1851, pour y être traitée d'un embarras gastrique, se disposait à quitter l'hôpital le 9 octobre, lorsque l'on constata d'autres symptômes, tels que douleurs dans les lombes, dans les cuisses, constipation, difficulté de la marche, dépérissement, etc.

L'utérus fut alors examiné ; le col se présentait naturellement dans le champ du spéculum ; il était largement ouvert et couvert de quelques granulations rouges. Au toucher, on le trouvait bas, un peu dévié à gauche ; en avant, on ne sentait pas le corps de l'utérus ; en arrière, après une dépression marquée, on trouvait une tumeur globuleuse arrondie, douloureuse au toucher, simulant parfaitement le corps de la matrice en rétroflexion. Mais la sonde pénétrait directement et avec facilité à 8 centimètres en maintenant sa concavité dirigée en avant. Après son introduction, qui n'était pas douloureuse, l'angle rentrant et la tumeur se retrouvaient en arrière, et le doigt, introduit dans le rectum, sentait qu'une grande épaisseur de tissus le séparait de la sonde. Nous n'avions donc pas là une rétroflexion, mais bien une tumeur inflammatoire de la paroi postérieure de l'utérus ou du tissu cellulaire voisin, qui se dissipa sous l'influence des moyens appropriés, si bien que le 16 octobre, la malade put quitter l'hôpital.

Le diagnostic, chez cette malade, pouvait être indécis, en ce sens qu'il eût pu exister une tumeur fibreuse dans la paroi postérieure, même de l'utérus, bien qu'il n'y ait pas de moyen de diagnostic différentiel bien précis dans un cas semblable, je crois que, sans être trop absolu, on avait raison de repousser l'idée d'une tumeur fibreuse, attendu que celle rencontrée ici n'avait aucune irrégularité, qu'elle se trouvait parfaitement sur la ligne médiane, qu'elle n'avait pas une grande dureté et était très douloureuse ; tandis que les tumeurs fibreuses siégent plus particulièrement d'un côté ou de l'autre ; que celle que présentait cette femme ne faisait pas saillie dans la cavité utérine, et enfin qu'elle s'est promptement dissipée.

M. Barth m'a communiqué un fait de tumeur fibreuse, dure, peu douloureuse et se mouvant avec l'utérus ; il est à regretter que le cathétérisme n'ait pas été pratiqué, mais d'après les renseignemens qui m'ont été donnés, je suis tenté de supposer qu'il aurait été loin de fournir les mêmes résultats que dans un cas d'engorgement simple tel que celui dont je viens de vous donner l'histoire.

On peut aussi confondre avec une rétroflexion certaines *tumeurs inflammatoires* situées en arrière de l'utérus et paraissant siéger dans le tissu cellulaire lâche et lamelleux qui sépare cet organe du rectum. Ces tumeurs donnent au doigt tout à fait la même sensation que le corps de l'utérus rétro-fléchi, car elles sont arrondies et séparées du col par une rainure que l'on pourrait prendre pour l'angle de la flexion. Mais elles sont plus douloureuses à la pression, moins dures peut-être et surtout moins globuleuses. En outre, elles se développent dans des circonstances particulières, et surtout au moment des règles, comme nous en avons vu plusieurs exemples (obs. XV) ; leur apparition s'accompagne de frisson, de fièvre, de tension du ventre ; quelquefois l'inflammation se propage à tout le tissu cellulaire péri-utérin, jusque dans les ligamens larges, et la malade ressent des battemens dans l'abdomen. Enfin l'introduction de la sonde, en suivant l'axe normal de l'utérus, vient lever tous les doutes.

Un mot pourtant encore sur ces tumeurs ; je les ai vues se produire plus souvent après la guérison d'une rétroflexion (obs. XV) que chez les femmes dont l'utérus n'avait jamais été dévié ; ne serait-ce pas que les tissus s'étaient accommodés à la position vicieuse de l'organe, et se trouvant ensuite tiraillés au moment du redressement, il en résulterait une certaine prédisposition de ces tissus à s'enflammer au moment où a lieu, vers l'utérus, le raptus sanguin qui précède l'écoulement menstruel ?

Outre ces tumeurs inflammatoires, on peut encore trouver des *tumeurs sanguines* ou *hématocèles péri-utérines*, qui ont été bien étudiées seulement dans ces derniers temps par MM. Laugier, Nélaton, Bourdon, Récamier, Velpeau, Piogey, Juteau, et enfin par M. Viguès, qui en a fait l'histoire complète dans sa thèse (*Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez les femmes.* — Thèse, Paris, 1850). Ces tumeurs se forment aussi de préférence à l'époque menstruelle ; elles font saillie à la partie postérieure du vagin, en arrière du col, de façon à pouvoir simuler une rétroflexion ; mais elles sont plus ou moins fluctuantes, se prolongent généralement assez avant dans l'abdomen pour que, par le palper hypogastrique, on puisse les retrouver, et la sonde pénètre directement dans l'utérus. Enfin, comme dernier signe, ces tumeurs étant dues à des amas de sang à demi-coagulé, il s'en écoule, par la ponction, un liquide d'une couleur noirâtre.

Telles sont les diverses tumeurs qui pourraient être confondues avec la rétroflexion.

Dans ces derniers temps, les auteurs anglais, et en particulier M. Rigby, ont décrit une autre tumeur formée derrière le col de l'utérus par l'ovaire enflammé et déplacé ; mais les documens sur cette affection ne sont pas encore assez précis pour que nous devions nous en occuper.

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2, 4, 21, 23 et 28 Septembre.

§ V. *Traitement.* — Le traitement a toujours commencé par le *redressement à l'aide de la sonde* qui a été introduite de 3 à 15 fois. Je vous ai indiqué, à propos des symptômes, les particularités qu'avait présentées le cathétérisme. Deux fois il a suffi à procurer la guérison, et peut-être n'a-t-il pas été employé avec assez de persévérance dans les autres cas où il a fallu recourir au redresseur.

J'ai fait trois fois usage du *redresseur* à flexion fixe, son introduction a toujours été difficile; une fois même, j'ai dû renoncer à l'appliquer. Trois fois, j'ai éprouvé des difficultés, même avec le redresseur articulé. L'instrument a été appliqué de une à six fois, et est resté en place de huit à quatorze jours. Il a déterminé la production des mêmes phénomènes que dans les autres déviations. Les résultats obtenus ont été cinq guérisons confirmées par le redresseur, deux par la sonde seule; deux guérisons que je considère comme incertaines, les malades ayant quitté Paris après le traitement, et ne m'ayant pas donné de leurs nouvelles depuis; deux sont encore en traitement, et une l'a cessé sans en avoir encore éprouvé d'amélioration.

La durée du traitement a été de 5 mois dans un cas que je vous ai rapporté; de 2 à 4 mois pour celles qui ont éprouvé des interruptions momentanées, et de 20 à 29 jours pour les autres.

Il n'y a pas eu de rechutes.

Chez 6, on n'a eu recours à aucun moyen accessoire de traitement.

La guérison date chez 1 de 2 ans 9 mois.
1 de 2 ans.
1 de 1 an.
1 de 9 mois.
1 de 4 mois 1/2.
1 de 1 mois 1/2.
1 de 1 mois.

Ces deux dernières, qui ont été traitées par le cathétérisme seul, doivent être observées, pendant un certain temps encore, avant qu'il soit permis de regarder leur guérison comme définitive. La première, datant de 2 ans et 9 mois, est d'autant plus intéressante pour nous, qu'antérieurement la malade avait, pendant six ans, suivi les prescriptions de Lisfranc, qui l'avait traitée par les saignées et le repos, sans amélioration, et qu'il a suffi de huit jours de l'application du redresseur pour amener une guérison complète et assez solide pour avoir résisté à une chute sur le siége. Toutes nos malades avaient l'utérus un peu bas après leur guérison, mais cet abaissement n'occasionnait aucun symptôme fâcheux, et l'utérus a remonté dans le bassin lorsque, par suite de son déplacement dans la position normale, l'engorgement a disparu.

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

PATHOLOGIE.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET MICROSCOPIQUES SUR LA LEUCORRHÉE.

La *Société royale médicale et chirurgicale* de Londres a entendu, dans sa séance du mois de juillet dernier, un mémoire de M. Tyler-Smith sur la *leucorrhée*. Le nom de M. Tyler-Smith n'est pas étranger aux lecteurs de l'Union Médicale. Dans le n° 20, année 1850, de ce journal, nous avons inséré une analyse succincte du principal ouvrage (*on parturition and obstetrics*) de cet ingénieux et savant médecin. Quoique plus modeste, le travail dont il dote aujourd'hui la profession se recommande tout particulièrement par la fréquence de l'infirmité qu'il étudie et par le caractère de précision anatomo-pathologique que réclament de nos jours toutes les questions de pathologie. Quoi, en effet, de plus fréquent que la leucorrhée, surtout dans les grands centres de population? Quelle est la maladie dont le siége précis est plus difficile à déterminer, les variétés plus fugitives et la guérison plus tenace? Dans ces dernières années, la pathologie du système utérin a fait incontestablement d'immenses progrès; plusieurs des phénomènes morbides ayant leur siége dans cet appareil si important de la femme, ont été rattachés à leur véritable origine, et la lumière s'est faite là où il n'y a pas encore bien longtemps planaient les ténèbres. La science ne sort pas toute faite du cerveau de Jupiter; elle procède graduellement et il faut le concours de bien des intelligences, l'agrégation de bien des travaux pour lui donner toute la netteté naturelle. Pour ne parler que de la leucorrhée, cette affection, ou plutôt ce symptôme morbide, n'a été d'abord considérée que d'une manière générale, sans préciser les nuances diverses qu'elle peut revêtir; puis l'observation *objective* a montré que la leucorrhée n'était pas une et indivisible, et qu'elle résultait d'une modification morbide tantôt du vagin, tantôt du col utérin, quelquefois de la cavité utérine elle-même. Enfin, le microscope est venu en aide, et, en faisant découvrir des faits que l'observation des sens seuls laissait dans l'ombre, il a pu encore pousser plus loin l'étude de l'altération anatomique qui donnait naissance à la leucorrhée.

Les recherches de M. Tyler-Smith, dirigées dans ce dernier sens, jettent de vives lumières sur ce sujet, et nous sommes persuadé que ceux de nos confrères qui s'occupent particulièrement de la pathologie de la femme, ne liront pas sans intérêt ni sans utilité une courte analyse du mémoire de notre laborieux confrère anglais.

Quel que soit son siége précis, la leucorrhée a sa source, évidemment, dans une condition anormale, fonctionnelle parfois, le plus souvent organique, de la membrane muqueuse qui tapisse le fourreau vulvo-utérin. Pour bien saisir les détails d'anatomie fine dans lesquels entre Tyler-Smith, il est nécessaire de rappeler en quelques mots la structure intime de toute membrane muqueuse, telle que les travaux modernes nous la représentent.

Toute membrane muqueuse est composée de trois parties principales : un *épithélium*, une *membrane basilaire* sous-jacente, et un *tissu aréolaire*, avec ses vaisseaux, ses nerfs, etc.; qui donne à la membrane toute son épaisseur, et sert à l'unir aux parties adjacentes. L'*épithélium* n'est formé que d'une couche de cellules appliquées les unes contre les autres, mais dont la forme varie suivant les régions dans lesquelles on les étudie. Tantôt elles sont aplaties, polygonales, et se réunissent par leurs bords à la manière des pièces de marqueterie; c'est l'*épithélium en marqueterie;* tantôt elles représentent de petits cylindres rangés les uns à côté des autres, c'est l'*épithélium à cylindres*; tantôt ces cellules, marquetées ou *cylindriques*, ou leurs bords libres frangés de filamens très déliés auxquels on a donné le nom de *filamens ciliaires*. Les recherches modernes font jouer un grand rôle à ces filamens ciliaires dont le volume est assez petit pour ne pas dépasser la cinq cent vingtième partie d'un millimètre; souvent ils acquièrent, par les facultés motrices extraordinaires dont ils sont doués, une grande importance dans l'économie animale. Ils sont ordinairement aplatis et s'amincissent graduellement de la base à la pointe. Lorsqu'il est en mouvement, chaque filament se courbe de sa racine à sa pointe et revient à sa position primitive, à peu près comme font les tiges de blé lorsqu'elles sont affaissées par le vent. Lorsque plusieurs filamens sont ainsi successivement mis en mouvement, on dirait de légères ondulations qui se suivent, ou un champ de blé agité par de fréquentes bourrasques. Non seulement ce mouvement des filamens ciliaires est complètement indépendant de la volonté de l'animal, mais il peut s'exercer même après la mort générale et dans des parties séparées du corps. On a vu des cellules épithéliennes qui avaient été isolées, répondre à l'action de leurs filamens ciliaires, et nager activement dans l'eau pendant plusieurs heures après avoir été détachées de la surface muqueuse du nez. Le mouvement ciliaire a pour but évidemment de faire progresser les fluides sur les surfaces qui en sont le siége; aussi, l'observe-t-on exclusivement chez les animaux d'un ordre élevé, sur les surfaces internes du corps, et toujours dans la direction des ouvertures qui donnent passage aux divers produits sécrétoires.

Or, de même que toutes les autres membranes muqueuses, celle du col de l'utérus est composée d'un épithélium, d'un tissu fibreux, de vaisseaux sanguins, et de nerfs, d'une membrane propre ou basique. Pourtant elle varie suivant qu'on l'étudie sur le col et sur les lèvres du museau de tanche, ou en dedans de ce col, dans le canal même qu'il forme. En effet, l'épithélium qui recouvre tout le pourtour du col, ainsi que les lèvres de son ouverture, est comme marqueté, squammeux, et présente une épaisseur assez considérable; la macération le détache facilement et il offre alors tous les caractères de l'épithélium du vagin, dont il n'est que la continuation. Au-dessous de lui, on trouve la membrane propre qui recouvre de nombreuses villosités ou papules. Chaque villosité renferme un vaisseau sanguin, lequel, parvenu au sommet de la petite éminence, se réfléchit vers sa base et va s'anastomoser avec les vaisseaux sanguins des autres villosités contiguës. On a pris ces villosités pour des follicules muqueux, tandis que le microscope n'y fait découvrir aucun des caractères propres à un follicule. Si l'on enlève une tranche mince de la membrane muqueuse du col et qu'on la place sous une forte lentille, on aperçoit à travers l'épithélium les villosités sous forme de points noirs, légèrement déprimées au centre, un peu relevées sur leurs bords et marquées de points rouges qui ne sont que les terminaisons des vaisseaux sanguins.

Entre le bord des lèvres du museau de tanche et le commencement des rugosités penniformes, à l'entrée même du canal cervical, on voit un petit cercle de membrane muqueuse, tomenteuse, mollasse, dont la structure intime paraît, à l'œil nu, plus délicate que dans les parties environnantes; le microscope y fait voir un épithélium à *cellules cylindriques* disposées comme sur l'épithélium qui tapisse les villosités du canal intestinal; les villosités y sont deux ou trois fois plus volumineuses que celles qu'on voit sur le contour extérieur du col, et sont même assez grosses pour qu'on les aperçoive à l'œil nu.

Dans la cavité du col utérin, la membrane muqueuse présente quatre colonnes de rugosités ou plis, disposées obliquement, transversalement et sous forme de courbes, et séparées les unes des autres par un nombre égal de sillons. Les deux sillons placés sur la ligne médiane, antérieurement et postérieurement, sont les plus distincts, surtout celui de la partie postérieure. Dans l'état normal, les rugosités transversales, ainsi que les fossettes placées entre elles, sont remplies de mucus visqueux et demi-transparent. Lorsqu'on enlève ce mucus, la surface paraît réticulée, à cause des nombreuses rugosités secondaires dont elle est parsemée. M. Tyler-Smith décrit ici, avec beaucoup de soin, la structure intime de ces quatre colonnes rugueuses, ainsi que les sillons intermédiaires. Il nous est impossible de le suivre dans tous ces minutieux détails qu'il serait difficile de bien saisir sans les planches qui accompagnent son beau travail. Il nous suffira de dire que ces colonnes rugueuses, et surtout les sillons qui les séparent, sont parsemés de fossettes et de follicules muqueux qu'on peut évaluer, dans le col utérin d'une vierge, à plus de dix mille. Vaste surface glanduleuse réunie dans un petit espace, et favorable à une grande sécrétion. En somme, on peut considérer la surface interne du canal utérin comme une glande ouverte, et M. Tyler-Smith place dans cette partie seule du col le siége principal de la leucorrhée. Il y a une grande analogie entre la peau, la membrane muqueuse du vagin et les parties membraneuses qui tapissent le contour extérieur du col de la matrice. L'épithélium du museau de tanche est constamment *squammeux*; celui qui tapisse l'entrée même du canal utérin est en cellules *cylindriques*, mais non ciliées; tandis que l'épithélium qui recouvre la portion rugueuse de ce canal est à *cellules cylindriques* et *ciliées*.(1). D'un autre côté, le mucus sécrété par la partie glanduleuse du col est alcalin, visqueux, transparent; il adhère aux cryptes et aux rugosités, de manière à remplir le col; vu au microscope, il paraît composé de corpuscules muqueux, de corpuscules graisseux, et parfois de fragmens d'épithélium, le tout mêlé à un plasma épais et tenace; il est remarquable par sa ténacité. Le mucus sécrété dans la partie la plus basse du canal présente des caractères bien différens; il est plus fluide, moins gélatineux. Il y a un caractère chimique qui sépare essentiellement le mucus vaginal et celui qui se forme dans l'intérieur du canal utérin : le premier est toujours acide, le second constamment alcalin. Ce fait, noté déjà par M. Whitehead, de Manchester, a été confirmé par les observations de M. Tyler-Smith, et nous nous rappelons l'avoir vu consigné dans l'ouvrage de MM. Blatin et Nivet. Cette acidité de la sécrétion vaginale est assez marquée pour neutraliser l'alcalanéité du mucus utérin, et lorsque du mucus formé dans le col de la matrice vient tomber dans le vagin, son albumine se coagule.

Le mucus vaginal est un fluide simplement lubréfiant, tandis que le mucus cervical utérin a d'autres usages; dans l'état normal, et pendant les intervalles des règles, il défend la cavité de l'utérus contre les agens extérieurs, et, par suite de son alcalanéité, il sert de véhicule favorable au passage des spermatozoaires dans l'utérus.

Après avoir ainsi développé ses études sur la structure de la membrane utéro-vaginale, M. Tyler Smith pense que la partie glanduleuse du col est la principale source des sécrétions dans la leucorrhée. Dans ses formes les plus simples et les plus compliquées, la leucorrhée n'est que le résultat d'une augmentation d'activité dans la sécrétion de la partie glanduleuse du col. Un organe folliculeux, qui ne devrait acquérir une activité plus grande qu'à certaines époques, conserve cette activité d'une manière non interrompue. D'abord, les matières sécrétées ne sont qu'une augmentation anormale des élémens constituans du mucus sain du col. Mais bientôt leur quantité augmente, et fait naître une suite d'accidens graves pour la constitution; quelquefois la partie glanduleuse du col utérin acquiert une telle excitabilité, qu'un stimulus anormal, de simples émotions morales, activent la sécrétion.

M. Tyler Smith étudie alors les conditions sous lesquelles l'épithélium du museau de tanche, celui qui tapisse le contour du col et celui qu'on voit à la partie supérieure du vagin, peuvent être en partie ou entièrement érodés. Dans ces cas, la membrane muqueuse intestinale offre une couleur rouge-vif, à cause des villosités qui sont à nu, et des traces d'excoriation. La cause la plus fréquente de ces sortes de dénudations gît dans l'alcalanéité des mucosités sécrétées par le col, lesquelles mucosités irritent alors la surface acide du museau de tanche, et amèneront promptement la chute de l'épithélium sur les lèvres de cette ouverture. M. Tyler Smith a examiné au microscope les mucosités sécrétées dans ces sortes d'ulcérations, et il a constaté les différences suivantes : dans la leucorrhée cervicale, le mucus est composé de corpuscules muqueux, parfois de corpuscules du pus, de corpuscules du sang, et d'une matière grasse mêlée à un plasma transparent. On y trouve aussi constamment des *débris* d'épithélium, mais en petite quantité. Dans la leucorrhée vaginale, dans celle dont la sécrétion est fournie par le contour extérieur du museau de tanche et du col utérin, le plasma est opaque et contient des myriades de parcelles d'épithélium avec des globules de pus, de sang, lorsque les villosités participent à la maladie. Vue au microscope, une ulcération du col utérin se présente sous la forme d'une petite plaie, dont le centre est dépourvu de villosités enlevées par la maladie, et dont les bords présentent, au contraire, une frange de villosités augmentées de volume, et dénudées entièrement ou partiellement de leur épithélium.

En résumé, si l'on voulait établir une division parmi les variétés de la leucorrhée, il faudrait admettre :

1° Une leucorrhée *muqueuse* ayant sa source dans le canal folliculeux du col.

2° Une leucorrhée *épithélienne* ayant sa source dans le vagin.

D'un autre côté, les ulcérations des lèvres, du museau de tanche et du col, formeraient aussi deux variétés :

1° La *dénudation épithélienne*, la plus commune des deux, dans laquelle l'épithélium seul manque.

2° La *dénudation*, *érosion*, ou *ulcération villoseuse*, dans laquelle ces villosités sont atteintes elles-mêmes d'une ulcération superficielle.

Ces détails, qui paraîtront peut-être minutieux au premier abord, sont, pour M. Tyler-Smith, la source de déductions pratiques d'une importance notable. Nous les donnons ici tels que l'auteur les a consignés dans le *Medical Times and Gazette* (n° du 31 juillet 1852) :

« Le caractère glanduleux du tissu muqueux qui donne naissance à la leucorrhée, doit nous porter à faire jouer un grand rôle, dans cette variété de maladie, aux causes constitutionnelles, et explique pourquoi on l'observe si communément chez les femmes lymphatiques et strumeuses. De là la nécessité d'un traitement général, et une modération, peut-être pas toujours assez observée dans l'application local des caustiques. Souvent la leucorrhée du canal vagino-utérin se guérit sous l'influence de cautérisations; mais alors les caustiques agissent en qualité de contre-irritans de la membrane *glandiforme*. Un traitement constitutionnel sagement dirigé, des applications locales, voilà les indications qui se déduisent naturellement de l'anatomie intime de la leucorrhée. *Les caustiques, pour être utiles, ne doivent être appliqués ni sur le museau de tanche, ni sur la membrane muqueuse du vagin, mais bien dans le canal vagino-utérin lui-même. Lorsqu'il s'agit d'une leucorrhée épithélienne ou vaginale, des injections ordinaires peuvent être utiles, tandis que dans la leucorrhée cervicale, il faut nécessairement que l'agent pénètre sur le siége même du mal.* »

Nous avons souligné à dessein cette dernière partie des déductions pratiques de M. Tyler-Smith, parce que nous pensons, en effet, que c'est là la base du traitement de la leucorrhée, et que le succès qu'en obtiennent tous les jours nos praticiens français s'explique très bien par les belles recherches anatomo-pathologiques de notre confrère d'outre-mer.

Dr Achille Chereau.

(1) On comprend de suite l'utilité de ces *filamens ciliaires*, dont l'ondulation perpétuelle permet aux mucosités qui sont sécrétées dans le canal utérin, de tomber dans le vagin et de s'échapper au dehors.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 Septembre. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce, informant l'Académie qu'il vient de décider la formation d'une commission mixte chargée de dépouiller les tableaux relatifs à l'enquête sur le choléra de 1849, et de résumer, dans un rapport spécial, les déductions scientifiques et administratives qui résulteront de cette opération. Cette commission devra être composée de six membres, dont trois seront désignés par l'Académie et trois par le comité consultatif d'hygiène publique. Le ministre in-

vite, en conséquence, l'Académie à lui désigner les trois personnes qui devront la représenter au sein de la commission.

Cette nomination aura lieu dans la séance prochaine.

2° Un mémoire de M. le docteur ARMAND, aide-major au 36me de ligne, intitulé : *Études étiologiques des fièvres en Algérie et dans l'Italie centrale.* (Comm. MM. Bousquet et Michel Lévy.)

3° Une note de M. MAHIER, sur un cas de colique de plomb, observée chez un fondeur en caractères d'imprimerie. (Comm. MM. Chevallier et Grisolle.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmission des accidens secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Gibert.

M. GIBERT : Je désire, à mon tour, résumer en peu de mots l'opinion qu'une expérience spéciale m'a permis de me faire sur la question qui s'agite en ce moment devant l'Académie. Déjà des voix puissantes se sont élevées contre les prétentions d'une doctrine qui a eu le tort, suivant moi, de vouloir soumettre le fait clinique au fait expérimental. Dans les deux discussions qu'a soulevées le rapport de M. Bégin, on a pu voir combien l'inoculation invoquée comme le premier élément du diagnostic, et même de l'histoire tout entière de la syphilis, offrait une base mal assurée. Ceux qui en ont poussé la théorie et la pratique jusqu'à la syphilisation, me semblent avoir rendu service à la science, en prouvant, pour ainsi dire, par l'abus, combien l'usage devait être infidèle.

Pour moi, je n'attache pas une grande valeur aux expériences invoquées pour ou contre la transmissibilité des accidens primitifs et secondaires de la syphilis ; je m'en tiens à ce qu'enseigne l'observation clinique. Ne vient-elle pas confirmer tous les jours les assertions émises par les auteurs du siècle dernier sur les caractères, la marche et la transmissibilité des accidens ?

Je m'explique assez, d'ailleurs, comment il y a toujours eu quelque désaccord sur ces matières entre les chirurgiens de l'hôpital du Midi et les médecins de l'hôpital St-Louis. Là sont réunis tous les malades récemment atteints de syphilis ; ici se rencontre un grand nombre d'exemples de syphilis ancienne et tardive.

Je ne viens pas prolonger une discussion qui ne saurait avoir de solution dans ces débats ; mais je veux unir ma voix à celle des grands praticiens qui m'ont précédé et qui se sont efforcés de poser des limites à des innovations d'autant plus dangereuses, qu'elles sont répandues et popularisées par un homme dont le talent éminent, la grande habileté chirurgicale et la sagacité pratique ne sauraient être contestés par personne. Je me borne donc à rappeler que j'ai publié moi-même, dans mon *Manuel des maladies vénériennes*, et dans plusieurs mémoires académiques, des exemples incontestables de syphilis tardive et de transmission des accidens secondaires dans les conditions spéciales qui permettent exceptionnellement à la contagion de se produire.

Parmi les accidens secondaires que mes propres observations m'ont permis de constater, je citerai les ulcères consécutifs des systèmes muqueux et tégumentaire, la syphilide papuleuse et squammeuse, la syphilide tuberculeuse et pustuleuse, les végétations,... qui se sont communiquées d'un mari à une femme saine, d'un nourrisson à une nourrice et à d'autres enfans habitant sous le même toit, en relations intimes habituelles avec ce sujet infecté.

Je me résume en émettant les assertions suivantes, comme des propositions sanctionnées par l'observation clinique :

1° Les symptômes primitifs de la syphilis sont multiples ;

2° La marche rigoureuse et régulière qu'on a voulu fixer au développement des accidens secondaires est loin d'être constant ;

3° Ces accidens peuvent exceptionnellement se montrer contagieux dans des conditions particulières de communications intimes et de cohabitation assidue ;

4° L'inoculation expérimentale ne me paraît devoir être introduite dans la pratique commune, ni comme moyen préventif, ni comme moyen curatif, ni même comme moyen de diagnostic, attendu qu'elle ne prouve pas absolument la non-contagion, quand elle échoue, et que quand elle réussit, outre qu'elle n'est pas sans inconvéniens, elle peut être suppléée par les autres élémens du diagnostic clinique.

Je n'ajouterai plus que quelques mots pour me défendre contre certaines critiques de M. Ricord, qui ne me paraissent nullement fondées.

D'abord, il feint de croire que tous ceux qui se refusent à admettre la doctrine rigoureuse et précise qu'il regarde comme un progrès constaté et définitif, sont nécessairement les partisans de ces erreurs depuis longtemps condamnées et vouées à l'oubli qu'il est si facile aujourd'hui de tourner en ridicule.

Qu'il veuille bien ne pas nous juger si crédules, mais surtout qu'il ne se vante pas trop d'un progrès qui compte au moins trois siècles. Voici, en effet, ce que disait Fernel vers le milieu du XVIe siècle :

« Il faut regarder *comme des fables* les récits qui ont pu faire croire au développement du mal par des influences aériennes ou alimentaires, dans des couvens de filles cloîtrées qui n'auraient eu aucun commerce avec l'homme, etc. »

Ce même Fernel non seulement admettait, comme M. Ricord, des périodes successives dans le développement des accidens *consécutifs* de la syphilis, mais même il comptait quatre périodes au lieu de trois. Un autre auteur contemporain, Botal, fixait entre deux et quatre mois d'infection, le développement de la syphilis *consécutive*, que M. Ricord veut aujourd'hui enfermer dans une période de six mois. On pourrait aussi, sans parler de B. Bell, citer plus d'un auteur de la fin du dernier siècle ou du commencement de celui-ci, qui, pour caractériser la blennorrhagie *syphilitique*, avait admis l'hypothèse d'un chancre dans l'urètre.

D'ailleurs, quand M. Ricord lui-même se tire si difficilement de l'argumentation qui lui oppose la contagion des *papules muqueuses*, des *végétations*, des *syphilides* de l'enfant nouveau-né, etc., il faut bien qu'il avoue qu'il y a encore, même pour lui, des points obscurs et difficiles dans l'histoire de la syphilis.

Dois-je répondre à la petite critique qu'il m'a adressée personnellement sur la forme *prétendue* pustuleuse du chancre primitif ?

Mais, qu'ai-je dit, et cela à propos d'une méthode dite *ectrotique*, qui posait en principe pour une cautérisation préventive efficace, le déchirement avec la pointe d'une lancette de la vésicule ou de la pustule initiale du chancre ? J'ai dit : le chancre *primitif*, c'est-à-dire le chancre ordinaire du prépuce ou du gland, ne se présente point sous la forme pustuleuse. C'est là une question de fait qu'il était bien facile à M. Ricord de trancher dans sa position spéciale. Croit-il m'avoir répondu, en disant : la forme pustuleuse est celle du chancre *cutané* produit par inoculation ?

Félicitons-nous, d'ailleurs, Messieurs, de ces luttes et de ces discussions ; elles tendent à nous rendre plus soigneux, plus attentifs, plus laborieux, et, en définitive, elles doivent tourner au profit de la science et de l'humanité.

M. ROUX : Tout en reconnaissant ce qu'il y a de beau, de grand, d'important dans la doctrine de M. Ricord, je ne puis cependant l'accepter de tous points et je penche plutôt à me ranger à l'opinion de MM. Velpeau et Gibert en ce qui concerne la transmissibilité des accidens consécutifs. Je commence par déclarer que je tiens beaucoup plus compte des observations que des expériences sur l'homme et sur les animaux. Bien que je n'aie pas eu à beaucoup près l'occasion d'étudier les maladies vénériennes sur un aussi grand théâtre que M. Ricord, je ne suis pas cependant sans en avoir vu un certain nombre. Eh bien ! je suis profondément convaincu que certains accidens consécutifs sont susceptibles de se transmettre. Parmi les faits de ce genre que j'ai vus, il y en a qui sont si évidens, si forts, si concluans, que je ne puis me défendre de l'impression qu'ils ont laissée dans mon esprit. Je ne citerai que les deux suivans qui me sont plus présens à la mémoire.

Il y a quelques années un jeune homme vint me consulter. Il portait une végétation énorme, vulgairement appelée chou-fleur, sur le prépuce, survenu à la suite d'accidens primitifs dont il ne restait plus la moindre trace. C'était le seul symptôme de vérole constitutionnelle qu'il eût alors. Ce jeune homme me fit la confidence qu'il allait se marier sous quelques jours et qu'il était dans l'impossibilité absolue de faire ajourner le mariage. Le délai était beaucoup trop court pour lui laisser le temps de se soigner. Grand était son embarras. Sur les observations que je lui fis des dangers qu'il allait faire courir à sa jeune femme, il me promit solennellement que jusqu'à ce qu'il fût entièrement guéri, il vivrait avec elle comme avec une sœur, ce que l'extrême jeunesse et l'ingénuité de cette femme rendraient facile. Mais le diable est bien malin, si bien que le jeune homme ne put tenir sa promesse. Quelque temps après, je fus appelé pour soigner cette jeune femme qui avait la plus belle vérole primitive que j'aie jamais vue. Je ne sais vraiment comment on pourrait dire qu'ici la transmission n'a pas eu lieu.

Le second fait, qui ne m'a pas moins frappé, a trait à une dame d'une cinquantaine d'années qui me fut amenée par notre ancien collègue Marc. Cette dame avait une ulcération syphilitique dans la gorge, rien autre part. Son mari n'avait rien non plus. Et j'étais bien intimement convaincu que cette dame n'avait point failli à la foi conjugale. Pressée de questions, cette dame qui ne pouvait s'expliquer elle-même l'origine de ces accidens, finit par se rappeler que quelque temps auparavant elle avait été embrassée avec ardeur, non pas avec lasciveté, par son fils qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps. Or j'ai su depuis que ce fils avait à cette époque des symptômes consécutifs, notamment à la langue.

M. RICORD prend la parole. Nous publierons son discours dans le prochain numéro.

La séance est levée à cinq heures un quart.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Août.

Note sur l'application des inhalations anesthésiques au traitement de certaines névroses des appareils respiratoire et circulatoire, et notamment à celui de l'angine de poitrine; par le dr CARRIÈRE, agrégé à la Faculté de Strasbourg.

Quelle que soit la théorie que l'on admette, relativement à l'action physiologique des agens anesthésiques, introduits dans l'économie sous forme d'inhalation, il faut reconnaître que la première impression de ces médicamens s'exerce sur les appareils de la respiration et de la circulation, et que l'innervation de ces appareils doit être profondément modifiée par leur action directe et immédiate. Comme conséquence rationnelle, on pouvait prévoir que les inhalations d'éther et de chloroforme pourraient être appliquées utilement au traitement de certaines lésions fonctionnelles des poumons et du cœur. M. Carrière cite d'abord le fait d'une demoiselle de dix-neuf ans, blonde, lymphatique et nerveuse, non réglée depuis quelques mois, chez laquelle il survint une toux entrecoupée d'inspirations sifflantes, assez analogues à celles de la toux de la coqueluche, et revenant, comme celle-ci, par accès. Peu à peu la toux s'aggrava, les quintes devinrent plus longues et plus fréquentes. Ne trouvant, à l'auscultation ni à la percussion, aucun signe de maladie de l'appareil respiratoire, M. Carrière considéra cette affection comme une toux nerveuse, et lui opposa successivement une série de moyens dont les uns produisirent un amendement de peu de durée, et dont les autres furent complètement inefficaces. Songeant alors aux agens anesthésiques, l'auteur proposa d'en faire usage dans un moment où les accès se succédaient rapidement et la fatigaient beaucoup. Quelques gouttes de chloroforme furent versées sur un mouchoir tourné en cornet. Immédiatement un peu de toux. Après cinq ou six inspirations, les inhalations furent suspendues pour être reprises quelques instans plus tard. M. Carrière y revint ainsi à trois reprises, afin de ne pas provoquer l'anesthésie. Pendant la soirée, un peu de céphalalgie et quelques vertiges, mais pas de toux. Le lendemain, quelques accès de toux dans la matinée ; le soir, l'opération de la veille fut renouvelée, cette fois sans aucune espèce d'accident ; il n'y eut point d'accès de toux, et ils ne se sont pas reproduits depuis. Ainsi, deux séances, de moins de deux minutes chacune, ont suffi pour faire disparaître ce fâcheux phénomène, qui résistait depuis plus de quinze jours à une thérapeutique active et variée.

Dans le second fait, il s'agit d'une affection infiniment plus grave, contre laquelle viennent échouer presque constamment les médications les plus énergiques, l'angine de poitrine. C'était un homme de 64 ans, chez lequel il survenait des accès d'une violence extrême, caractérisés par une douleur violente, ayant son siége au tiers supérieur du sternum, et s'étendant le long du bras gauche, sur le trajet du nerf cubital, s'accompagnant d'une sensation d'engourdissement qui persistait même quelque temps après la cessation de l'accès, avec convulsion des traits du visage, anxiété et souffrance atroce. Il existait aussi chez ce malade une affection du cœur, mais peu avancée, et caractérisée seulement par un peu plus d'étendue de la matité précordiale et une légère altération des bruits. Ces accidens allaient en s'aggravant, et le malade avait épuisé sans succès les moyens les plus variés, lorsque M. Carrière songea aux inhalations anesthésiques. Un simple cornet de papier, ouvert à son sommet et contenant une petite éponge sur laquelle on versa environ 10 grammes d'éther, fut placé devant la bouche du malade, au moment d'un accès, et maintenu dans cette situation pendant quelques minutes. A peine le malade avait-il fait quelques inspirations, que la douleur s'affaiblit et s'éteignit presque aussitôt. La crise dura moins de 5 minutes, se termina sans angoisses, sans sueurs froides, et ne fut pas suivie d'engourdissement. Pendant trois jours de suite, on réussit ainsi à calmer les accès avec l'éther sulfurique, puis on lui substitua le chloroforme, qui réussit encore mieux. A partir de ce moment, les accès ou les menaces d'accès devinrent de plus en plus rares et disparurent bientôt complètement. La cure a été terminée par l'emploi des préparations de valériane, l'eau de Vichy..., etc. En résumé, l'action des inhalations anesthésiques, sur les paroxysmes de l'angine de poitrine, a été des plus évidentes, puisque, avec leur secours, on a réussi à faire avorter tous les accès.

Observations d'épilepsies traitées par les frictions stibiées sur le cuir chevelu; par M. DELASIAUVE, médecin de l'hospice de Bicêtre.

On sait que M. Mettais, médecin à Montrouge, a proposé, il y a trois ou quatre ans les frictions stibiées sur le cuir chevelu, contre l'épilepsie, et que M. Peysson, médecin à Cambrai, avait cité il y a quelques années la guérison d'une jeune épileptique, et un grand soulagement chez deux autres malades, obtenus par le même moyen. Séduit par les succès de M. Mettais, M. Delasiauve s'est décidé à répéter son traitement chez plusieurs malades. Malheureusement, quelle que fût la prudence apportée dans cette tentative, il survint des symptômes tels, que, dans la majorité des cas, M. Delasiauve n'osa pas poursuivre jusqu'au bout, et que aujourd'hui il hésite devant l'emploi des frictions stibiées. Des cinq malades dont il rapporte l'histoire, un seul a guéri ; mais on ne saurait affirmer que les frictions aient contribué à la guérison ; chez les autres elles n'ont produit que des changemens insignifians, et cela malgré un gonflement érysipélateux énorme, malgré des accidens cérébraux très graves. Voilà, du reste, en quoi consiste le traitement de M. Mettais. De la tête, on fait trois zones ; une antérieure, une moyenne, une postérieure, qu'on attaque successivement par des frictions stibiées, sans choix pour le début, à moins que quelque indice, laissant supposer un point affecté dans le cerveau, n'engage à commencer les frictions par la zone correspondante. L'éruption desséchée sur la première zone, une autre est entreprise, et ainsi de la troisième.

Du traitement de l'albuminurie par les préparations ferrugineuses; par le docteur Catchart LEES, médecin de l'hôpital de Meath, professeur de médecine à l'Université royale d'Irlande.

Mémoire destiné à montrer que les préparations ferrugineuses, qui sont à peine mentionnées dans le traitement de la néphrite albumineuse, ou maladie de Bright, sont susceptibles de rendre de grands services, administrées de beaucoup meilleure heure qu'on ne le fait généralement, à une époque où les symptômes, aussi bien que les altérations de l'urine semblent indiquer la présence d'un reste de congestion du rein, par conséquent à une époque où la maladie ne peut être rigoureusement regardée comme chronique. L'auteur a rapporté cinq observations : la première, d'anasarque générale datant de deux mois, avec urines albumineuses, accidens cérébraux, catarrhe pulmonaire, chez un homme de 40 ans, traitée avec succès par l'ammonio-tartrate de fer, et guérie en trois mois. Dans le second fait, anasarque avec ascite et hydro-thorax double, datant de six semaines ; le malade, âgé de 36 ans, a guéri en six semaines par l'emploi de l'ammonio-tartrate de fer. Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme de 34 ans, qui avait eu déjà deux anasarques dans deux grossesses successives, et qui, dans une rechute, a été traitée et guérie en six semaines par les ferrugineux. Dans l'observation 4e, pyélite et cystite aiguë, chez un jeune garçon, avec urines purulentes et fortement albumineuses ; persistance de l'albuminurie après la guérison des accidens aigus ; emploi des ferrugineux, guérison en trois semaines. Enfin, dans l'observation 5e, ascite datant de neuf mois, chez une femme de 22 ans, avec urines albumineuses et gonflement du foie ; préparations ferrugineuses ; grande amélioration. Nous ajouterons que, dans presque tous ces cas, l'auteur a employé, parallèlement avec les ferrugineux, quelques purgatifs de temps en temps, et quelques bains de vapeur.

VARIÉTÉS.

NOTE SUR UNE NOUVELLE DOCTRINE DES AFFECTIONS NERVEUSES ET SUR LEUR TRAITEMENT PAR LES APPLICATIONS DE MÉTAUX, AVEC DESSIN ET DESCRIPTION DU DYNAMOMÈTRE ET DES ARMATURES QUI SERVENT A CET USAGE.

Par M. le docteur V. BURQ.

Il y aura bientôt trois années, que nous avons eu l'honneur d'adresser aux Académies nos premières communications sur une nouvelle doctrine et un nouveau traitement qui ont eu plusieurs fois la faveur d'être analysés ou résumés par les organes les plus accrédités de la presse médicale.

Depuis cette époque, nous n'avons pas cessé de nous occuper de cet important sujet ; et si aucun rapport académique n'est encore venu encourager nos difficiles recherches, nous avons eu du moins la très honorable compensation de voir nos procédés d'*exploration*, et notre méthode de traitement adoptés par plusieurs médecins de France et de l'étranger.

C'est, s'il se peut, pour en étendre encore plus l'usage, que nous donnons aujourd'hui les dessins avec la description des divers instrumens qui servent journellement au traitement de nos malades, et, qu'après une expérience continue de deux années, nous avons définitivement adoptés pour cette pratique nouvelle que nous avons proposé d'appeler la MÉTALLOTHÉRAPIE. Seulement, comme beaucoup de lec-

teurs doivent avoir déjà oublié nos idées fondamentales, et que sans elles ils ne sauraient nous comprendre, nous demandons la permission de les leur rappeler sommairement.

Toute notre doctrine des affections nerveuses, et leur traitement par des applications de métaux reposent :

1° Sur l'observation aussi multipliée qu'attentive des déplacemens morbides de la force nerveuse, soit que les troubles qui en résultent (phénomènes négatifs) *différens seulement par la forme*, s'appellent anesthésie, analgésie, amyosthénie, constipation, amaurose, anaphorèse, etc., soit que, lorsque le déplacement s'accomplit du côté du cerveau, on vienne à lui donner tel ou tel autre nom qui, en même temps qu'il indiquera la fonction lésée, *à défaut de connaissance exacte de l'organe*, aura, en pathologie mentale, une signification semblable à celle de l'anesthésie et de l'amyosthénie, etc., dans la névropathie;

Et sur l'observation non moins suivie des phénomènes (*positifs* ou *sthéniques*) qui sont nécessairement la conséquence fâcheuse de ces déplacemens, conséquence tantôt directe, *spasme*, *névralgie*, *aberration* excitative des sens, *diurèse*, *diaphorèse*, etc., etc., dans l'ordre physique ; *hallucination*, *délire*, *perversion* des *sentimens* et des *idées*, dans l'ordre psychique ; et tantôt indirecte, mais moins souvent nécessaire ; *dyspepsie*, *inertie intestinale*, *défaut d'assimilation*, puis *altération des liquides et des solides* (chlorose). (Voyez notre dernier travail à l'Académie sur cette maladie, dans la *Gazette médicale*.)

2° Sur la puissance nouvelle que nous avons découverte dans divers métaux appliqués à l'extérieur pour agir directement sur le fluide ou la force nerveuse, la soutirer du centre pour la reporter vers la périphérie lorsqu'elle l'avait abandonnée, rétablir le niveau entre sa dépense et sa production sans trouble ni désordre, et même, au bout d'un certain temps, en dépouiller quelquefois si heureusement l'économie, qu'il ne nous paraît pas douteux que la thérapeutique générale ne fasse un jour grand profit de cette sorte de *saignée nerveuse*.

Voici maintenant formulées les bases et indications principales de la doctrine et du traitement :

La plupart des affections qualifiées du titre de névroses, l'hystérie, l'hypochondrie, la catalepsie, le somnambulisme, les migraines, la gastralgie, et en général les spasmes et les névralgies ou viscéralgies (1) offrent presque toujours, sinon toujours, une diminution plus ou moins prononcée, suivant leur degré de gravité, de la sensibilité (anesthésie, analgésie), ou de la motilité (amyosthénie), et le plus souvent de ces deux fonctions à la fois.

La nature même de l'anesthésie et de l'amyosthénie, lorsqu'elles ne sont pas encore arrivées jusqu'à la paralysie, les a toujours fait méconnaître ou négliger, et cependant ces élémens de la maladie sont si importans, que quelque faibles qu'ils soient, ils tiennent habituellement presque à eux seuls tous les autres sous leur dépendance. En effet, quelle que soit la cause et le début de l'une des névroses que nous venons d'indiquer, à peine l'affection s'est-elle manifestée par quelques phénomènes névralgiques ou spasmodiques (troubles ou symptômes positifs) que déjà il existait des troubles en moins de la sensibilité ou de la motilité, ou bien un état plus ou moins négatif de quelque organe important, de l'utérus, par exemple l'aménorrhée.

Considérées isolément, l'anesthésie et l'amyosthénie ne sont ni constantes, ni continues, mais elles le deviennent dès qu'on les regarde comme ne formant plus qu'un seul et même symptôme. Causes ou effets, peu importe, elles n'existent jamais impunément; elles suivent, ou mieux, précèdent la maladie dans toutes ses phases, augmentent ou diminuent avec elle dans la même proportion, et celle-ci n'a cessé véritablement d'exister que lorsque l'une et l'autre ayant complètement disparu, la sensibilité et la motilité sont redevenues normales. Ces deux symptômes, si précieux qu'il n'en est peut-être pas un seul dans toute la pathologie qui ait autant de valeur, sont à la fois, et pour les investigations du médecin, *une sorte de pouls* (pouls nerveux) qui sert en tout temps à mesurer exactement tous les degrés et toutes les variations de la névrose, en même temps qu'il peut fournir des renseignemens beaucoup plus sûrs que toutes les réponses des malades, dont il permet, à la rigueur, de se passer, et, dans le traitement, une très précieuse *pierre de touche* pour indiquer les moyens qui sont le mieux propres à la guérison, car tout agent ou moyen curatif, qu'il soit tiré de la thérapeutique, de l'hygiène, ou d'ailleurs, doit, *pour être efficace, avoir une action directe ou éloignée, mais certaine sur l'anesthétie et sur l'amyosthénie, sans quoi il pourra bien ne pas empêcher la guérison spontanée, mais il ne sera certainement pour elle d'aucune utilité.* D'où cette proposition, conclusion extrême à plusieurs points de vue :

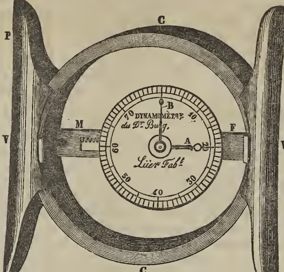
« Qu'une affection nerveuse, avec anesthésie et amyosthénie, étant donnée, tout le traitement consiste à trouver un agent ou un moyen, *quel qu'il soit*, capable de ramener la sensibilité et la motilité à des conditions normales. »

Le meilleur agent ou moyen qui paraisse exister, est celui que nous avons découvert dans l'application sur les surfaces anesthésiques et amyosthéniques d'un métal qui, suivant certaines conditions jusqu'ici toujours mystérieuses, peut être tantôt du cuivre, tantôt de l'acier, d'autres fois de l'argent, de l'or, du platine, et très souvent un alliage parfaitement défini de deux ou trois métaux.

DÉSIGNATION DU MÉTAL OU EXPLORATION MÉTALLIQUE.

Ce n'est encore que par le tâtonnement qu'on arrive à déterminer le métal convenable (2). Il faut commencer par se munir d'une de nos boîtes d'exploration, dont tout l'intérieur se compose :

DYNAMOMÈTRE POUR MESURER LA FORCE DES MALADES.
(Fig. 1.)



(L'instrument, dont nous avons confié l'exécution à l'habileté de M. Lüer, est représenté de grandeur naturelle.)

CC cercle d'acier de 6 centimètres de diamètre sur 1 centimètre de largeur, formé avec un très bon ressort de pendule roulé sept à huit fois sur lui-même.

PP poignées également en acier ou en une matière dure, buis, ivoire, etc., offrant extérieurement une disposition convenable pour l'application facile de la main, et creusées en-dessous juste assez pour loger exactement une grande partie des circonvolutions du ressort. La gouttière qui en résulte est fermée aux dépens de deux collets qui terminent d'un côté une tige d'appui *F*, et de l'autre une crémaillière *M*, et le tout est maintenu solidement par deux fortes vis *VV* placées suivant la même ligne, aux extrémités de l'un des grands diamètres de l'instrument

Sur un même point de ce diamètre et sur une petite platine qui termine en arrière la tige de support *F*, mais à une distance suffisante du centre du dynamomètre pour que du côté de *M* le grand cercle ne puisse en aucun cas venir buter contre le bord correspondant du cadran, sont fixés par leur centre : 1° un pignon à dents très fines, comme celles de la crémaillière, dont la circonférence est parfaitement mesurée sur la différence des deux diamètres intérieurs *MF* du cercle au repos, et soumis ensuite à la plus forte pression qu'il doit supporter, soit 80 kilogrammes ; 2° un petit cadran offrant autant de divisions sur toute sa circonférence qu'il y a eu de kilogrammes employés à le graduer ; 3° et deux aiguilles, l'une toujours fixe à 0°, hors le moment de la pression, et l'autre mobile (curseur) pour marquer tous les différens degrés de la pression musculaire.

Veut-on explorer la motilité d'une malade, on lui fait saisir le dynamomètre largement et de telle manière qu'il le sente bien dans sa main; puis une ou deux pressions exercées brusquement et avec toute l'énergie possible, suffisent pour en donner l'exacte appréciation. Disons cependant qu'il peut arriver une première fois que le défaut d'habitude fasse perdre au sujet quelques kilogrammes de sa force; mais au deuxième ou au troisième essai au plus (il faut avoir soin de laisser un repos de quelques minutes entre chaque épreuve), on devra obtenir le chiffre véritable de la puissance musculaire du membre qui accomplit l'expérience.

1° D'un dynamomètre (voyez la description ci-dessous) ;

2° De quelques épingles ou longues aiguilles d'acier et de platine bien affilées ;

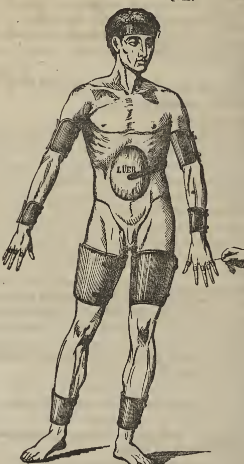
3° De 25 à 40 petites plaques (6 à 7 centimètres sur 1 centimètre) de toutes sortes de métaux à l'état simple et à l'état d'alliage.

Arrivé auprès du malade, s'assurer d'abord avec grand soin de l'état de la sensibilité et de la motilité (pour les précautions à prendre, voir notre thèse inaugurale et les observations publiées par MM. les docteurs Salneuve, Caffin et Liandon, dans la *Gaz. Méd.*, mars 1852); appliquer ensuite successivement une ou plusieurs de nos petites plaques, à commencer par les diverses qualités de cuivre et d'acier sur les points où la sensibilité est le plus en défaut, ou mieux encore, pour peu que l'anesthésie ait gagné la face dorsale des phalanges métacarpiennes, garnir tous les doigts à la fois de ces mêmes plaques disposées en anneaux, comme dans la figure 2, jusqu'à ce qu'au bout d'un quart d'heure à une demi-heure, ou une heure au plus de l'application, on arrive à trouver un métal qui ramène la sensibilité au-dessous de lui. Ce résultat obtenu et bien constaté sur plusieurs doigts ou sur différentes surfaces anesthésiques, on fait disposer, avec le métal désigné par cette première exploration, un anneau ou bracelet d'armature (fig. 2) pour l'un des avant-bras, à la fois anesthésique et amyosthénique, et si, au bout d'une heure ou deux de son application, quelquefois dix minutes à un quart d'heure suffisent, la sensibilité et la motilité sont devenues normales ou sont près de le devenir, ou bien si seulement elles ont fait des progrès manifestes, il ne reste plus qu'à faire disposer une armature générale composée comme ci-dessous, *pour les cas les plus graves*, de deux grands anneaux pour chaque membre, de deux larges plaques pour le tronc, et quelquefois d'une couronne pour le front. Dans les cas ordinaires, il suffit d'une simple plaque pour le tronc et de quatre anneaux pour les membres, un avant-bras, un bras, une jambe et une cuisse, qu'on applique alternativement du côté droit et du côté gauche, de telle manière que le même bras ou la même jambe n'ait jamais deux anneaux à la fois.

Le malade devra en faire usage le soir, à son coucher, ou à tout autre moment qui lui sera plus favorable, à la condition, toutefois, d'être suffisamment couvert pendant tout le temps de l'application, et restera ainsi armé deux, quatre, huit et dix heures, suivant l'intensité des effets à obtenir.

Avec ce seul moyen de traitement continué assidûment pendant quinze jours ou un mois à peine, aidé de quelques prescriptions hygiéniques, quelquefois et par des exercices musculaires pour maintenir ou augmenter encore la force musculaire développée artificiellement par le métal, plus, bien entendu, de l'éloignement des causes qui avaient enfanté primitivement l'anesthésie et l'amyosthénie, si elles duraient encore, on doit presque toujours obtenir la guérison, à moins, ce qui est rare, que le métal ne vienne à perdre son action.

ARMATURES MÉTALLIQUES.



(Fig. 2.)

Dans la figure ci-dessus, trop facile à comprendre à première vue pour que nous ne nous croyons pas dispensé d'en donner une explication détaillée, nous avons voulu exposer deux modèles différens d'armatures.

Dans tout le côté gauche, ce sont, en effet, des anneaux ou bracelets taillés, mais d'une seule pièce, et sur la forme même des parties auxquelles on les destine, et seulement avec deux bords d'écartement, réunis, après l'application, par les moyens d'attache les plus simples.

Du côté droit, les anneaux, taillés encore de la même manière, sont au contraire formés de deux moitiés symétriques rivées sur deux ressorts ou bandes d'acier qui permettent de les ouvrir ou de les fermer presque à la façon des deux valves d'une coquille. Cette disposition exige un peu plus de main-d'œuvre que la précédente, mais elle offre le grand avantage d'une application rapide et facile, et permet d'employer utilement deux métaux à la fois, lorsqu'ils ont eu tous deux le même succès dans l'exploration, ou bien que pour d'autres motifs il y a lieu d'hésiter entre l'un et l'autre.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Les séances du Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE seront reprises, vendredi 1er octobre, à 8 heures du soir.

— On s'occupe d'organiser les Sociétés de statistique créées par un récent décret. Nous les croyons appelées à rendre de grands services, car il reste à résoudre une foule de problèmes d'économie sociale et de philosophie médicale, et ces questions intéressent essentiellement le bien-être des populations. Dans un petit nombre de départemens, quelques hommes spéciaux s'occupent, par des recherches laborieuses, d'élucider d'importantes questions. Nous ne saurions assez encourager leurs efforts, et, à cette occasion, nous sommes heureux d'annoncer, d'après le *Journal d'Indre-et-Loire*, que la Société d'agriculture, des sciences, arts et belles-lettres de ce département, vient de décerner une médaille de vermeil à notre honorable confrère, M. le dr Charcellay, qui a remporté le prix proposé pour 1852 par cette Société. Le savant professeur de clinique médicale, bien connu déjà par de remarquables publications, a intitulé ce nouveau travail : *Recherches sur le mouvement et les divers élémens de la population de la ville de Tours*, considérées au point de vue de la salubrité, depuis 1800 jusqu'à 1852, suivies d'une note sur le typhus qui a régné dans cette ville en 1814, d'un relevé des naissances, décès et mariages au XVIIe et XVIIIe siècles, et du tableau des constitutions médicales d'Indre-et-Loire depuis 1779 jusqu'à 1852.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la médication thermale sulfureuse appliquée au traitement des Maladies chroniques, avec la thermographie de quelques stations prises dans les divers groupes, Aix-les-Bains, Bagnères-de-Luchon, Enghien, Uriage, Aix, en Savoie, Brousse, en Bithynie, Louesche, en Suisse, et des **Tableaux** indiquant la distribution géographique générale des eaux sulfureuses ; les résultats comparatifs du traitement hydro-thermal à diverses stations sulfureuses, salines, et alcalines ; la composition chimique, et la température des principales sources sulfureuses connues ; par le docteur G. ASTRIÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Un volume in-4° — Prix : 6 fr.

Chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Essai sur l'Idiotie, propositions sur l'éducation des idiots, mise en rapport avec leur degré d'intelligence ; par le docteur BELHOMME, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

En vente, chez Germer-Baillière. — Prix : 4 fr.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles ; par M. le docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) Ce que nous allons dire de ces névroses s'applique également à plusieurs formes de folie. Cela nous a été démontré pratiquement, comme il le sera dit plus tard, par plusieurs faits fort remarquables recueillis dans notre traitement privé, et théoriquement par les observations nombreuses que notre savant et excellent maître, M. Falret, a bien voulu nous permettre de faire tout récemment dans son vaste service de la Salpêtrière.

(2) Il y a trois mois, dans une note aux Académies (voyez la *Gazette médicale* de cette époque), nous avons commencé à parler de l'usage d'un galvanomètre très sensible, mais avec des poignées de divers métaux pour déterminer les différentes aptitudes métalliques. Cet instrument serait d'un emploi très commode pour le but que nous nous proposons ; mais il y a encore dans les résultats des expériences, qu'il nous a servi à faire, des inconnus que nous devons trouver, avant que d'avoir le droit de nous croire tout à fait fixé sur les services qu'on peut en attendre.

Tome VI. — N° 118. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 2 Octobre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.................. 32 Fr.:
6 Mois.................. 17
3 Mois.................. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er OCTOBRE 1852.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

ÉTIOLOGIE.

Miasmes en général. — Miasme du Choléra.

L'action de toutes les matières putrides et des miasmes, comme celle des poisons, est proportionnelle à la dose à laquelle ils sont absorbés. C'est un des caractères qui les distinguent des *virus*. Les expériences physiologiques, faites sur les animaux par Gaspard, Dupuy, Magendie, etc., le démontrent surabondamment pour les matières putrides. Les miasmes participant de la nature de celles-ci, doivent se comporter comme elles. La différence de gravité qui se montre entre deux épidémies miasmatiques de même nature, celle que présente une même épidémie dans ses phases diverses, ses affaiblissemens passagers, ses recrudescences, son déclin, les degrés divers auxquels sont atteints les malades de même âge, de même sexe, de même force, de même tempérament et dans les mêmes conditions hygiéniques, tout cela ne peut s'expliquer que par les différentes quantités de miasmes répandus dans l'air et par la différence des doses absorbées. L'intensité des effets généraux et individuels est proportionnelle à la quantité générale et individuelle de la cause. Il n'en est pas de même des virus. Un atome imperceptible des virus rabique, syphilitique, vaccinal, variolique, et morveux, déposé sous l'épiderme ou sur une surface muqueuse, suffit pour reproduire la rage, la syphilis, le vaccin, la variole et la morve, avec toute leur force, tous leurs caractères, et chez tous les individus; une plus forte dose n'y ajouterait rien. Enfin, de ce que les miasmes ne peuvent agir qu'à dose élevée, il résulte qu'ils ne sont pas transportables à la pointe d'une lancette, et que par conséquent ils ne sont pas inoculables. Toutes les expériences d'inoculation qui ont été faites sur la peste, la fièvre jaune, le choléra, la suette, la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, etc., ont échoué, et si quelques-unes ont paru réussir, il suffit de remarquer qu'elles ont été entreprises en temps d'épidémie pour leur ôter toute valeur. Celles que l'on pourra tenter par la suite dans le même but, auront, je ne crains pas de l'affirmer à l'avance, les mêmes résultats négatifs.

Il existe beaucoup d'autres différences entre les miasmes et les virus. Je n'en signalerai qu'une pour le moment, des plus importantes, et qui vient appuyer ma thèse. Inoculez un atome de virus, et vous développerez, ai-je dit, sur le sujet de l'expérience, la maladie à laquelle appartient ce virus, avec tous ses caractères symptomatiques et toute sa force. Mais ce n'est pas tout. L'atome se multiplie, car vous pouvez, sur le premier malade, trouver assez de virus pour communiquer son mal à cinquante personnes, de ces cinquante individus à mille, et ainsi de suite indéfiniment, et le tout, remarquez-le bien, avec un seul atome pour source et point de départ. Les miasmes n'ont pas cette propriété. Ils s'usent, à la manière des fermens, dans leur action même. Un homme atteint d'une maladie miasmatique peut bien la donner à un autre, s'il repousse au dehors une quantité de miasmes suffisante à cet effet, mais c'est à peine si, en dehors de toute influence épidémique, bien entendu, le second malade pourra la communiquer à un troisième, autrement les épidémies de ce genre ne s'éteindraient jamais, elles n'auraient pas besoin de la reproduction des miasmes dans leur foyer pour se renouveler. Nous reviendrons encore plus tard sur ce sujet. Disons seulement ici que c'est pour cette raison que les maladies virulentes se perpétuent et que les maladies miasmatiques sont accidentelles et passagères.

Si nous voulions hasarder une explication de ce double fait, nous dirions : les maladies virulentes se développent spontanément dans un grand nombre de cas, chez les êtres vivans. Il est même incontestable que leur première apparition a été spontanée, puisque leur cause n'existe pas dans la nature extérieure. Elles engendrent elles-mêmes le principe morbide qui les reproduit ensuite par inoculation. Développés au sein de l'organisation et par le fait de cette organisation elle-même, les virus doivent nécessairement y croître et s'y multiplier, puisqu'ils ont puisé leur première condition d'existence. On s'étonnerait à bon droit que les faisant naître une première fois, cette cause ne pût les reproduire ensuite un certain nombre de fois indéterminé. Les miasmes, au contraire, viennent du dehors; ils sont aussi étrangers à l'organisation que l'arsenic, le sublimé corrosif, l'acide hydrocyanique, la nicotine et tous les autres poisons. Ils restent corps étrangers au sein de l'organisme comme ces substances; ils ne se multiplient pas plus qu'elles ne le font elles-mêmes, comme elles par conséquent ils agissent en raison de leur dose et de leur énergie respective.

Une confusion déplorable règne généralement dans les esprits et par suite, dans le langage des médecins, quand il s'agit de venins, de virus et de miasmes. L'habitude malheureusement prise par les auteurs, d'employer indifféremment ces expressions pour désigner trois choses aussi distinctes pourtant, en est en partie la cause et l'entretient. Ouvrez la première monographie venue sur la peste ou sur le choléra, et vous lirez probablement à la même page et quelquefois dans la même phrase, ces mots : le venin de la peste, le virus pestilentiel, le miasme qui engendre la peste; et de même pour le choléra.

Les *venins* se distinguent cependant des virus et des miasmes par des caractères bien tranchés. Ce sont des produits de *sécrétion normale*, chez quelques animaux qu'on appelle pour cela *venimeux*, tels que l'abeille, la vipère, le serpent à sonnettes, etc., qui leur sont donnés comme moyens d'attaque ou de défense, qu'ils préparent en vertu de leurs lois physiologiques propres, et qu'ils portent en eux toute la vie, sans que leur santé en souffre, ne devenant causes de maladie ou de mort que lorsqu'ils les ont inoculés sur le corps de leur proie ou de leur ennemi; qui ne se multiplient pas comme les virus, agissent en raison de leur dose et de leur énergie, comme les poisons minéraux, végétaux et les miasmes, et donnent naissance *immédiatement, sans retard*, à une maladie *incommunicable*.

Les *virus* naissent aussi spontanément au sein de l'organisme, mais presque aussitôt nés, ils développent une maladie qui les reproduit à l'infini (vaccine, variole, syphilis, rage, morve, etc.), ils se multiplient et se perpétuent indéfiniment. Un atome suffit pour qu'ils produisent leurs effets morbides; mais ces effets ne suivent pas immédiatement, la maladie ne se déclare qu'après un certain nombre de jours d'incubation, variable pour chacun d'eux. Enfin, la maladie qu'ils développent par inoculation est toujours semblable à celle dont ils proviennent.

Les *miasmes* ne sont pas des produits de sécrétion physiologique ou pathologique, ils naissent hors de l'individu; ils se développent, les uns, dans les marécages, sous l'empire des conditions locales et des réactions chimiques que nous avons

(1) Voir les numéros des 21 et 25 Septembre.

Feuilleton.

Il ne faut rien exagérer. Si les discussions académiques n'ont peut-être pas toute l'importance que leur attribuent MM. les académiciens, elles ne sont pas non plus dénuées de toute utilité, comme le disent ceux qui, ne l'étant pas, voudraient bien le devenir. M. Gibert, avec lequel il ne m'arrive pas fréquemment de me trouver en communion d'idées, a exprimé, à mon sens, une pensée juste et vraie en disant que ces débats académiques avaient pour résultat de rendre ceux qui veulent y prendre part plus soigneux, plus exacts, plus sévères, et de les forcer à des études plus approfondies du sujet en litige. Si cela n'est pas absolument vrai pour tous les orateurs qui se croient obligés à intervenir dans ces luttes scientifiques, c'est très juste pour les orateurs sérieux qui respectent l'Académie et le public. La discussion actuelle en a fourni de mémorables exemples, et je ne connais rien, dans l'histoire de l'Académie, de supérieur aux discours qui ont été prononcés par MM. Velpeau, Ricord et Lagneau. Il est bien évident que je mets ici de côté la question de fond qui a été suffisamment débattue dans les colonnes supérieures, et que je ne parle uniquement que de la question de forme.

A ce point de vue de la forme, j'ai entendu exposer des opinions, faire des critiques et même exprimer un blâme auxquels je ne peux m'associer. Des esprits qui se croient très sérieux, trouvent fort à redire sur la forme spirituelle et piquante que certains orateurs ont donnée à la discussion, et ils ont jeté la pierre aussi bien à M. Velpeau qu'à M. Ricord, pour n'avoir dédaigné ni la plaisanterie, ni le mot pour rire. Je suis de ceux qui croient que l'esprit ne gâte rien. En quoi donc un argument, si solide soit-il, peut-il perdre de sa valeur en se revêtant d'une forme agréable? Pourquoi, quand l'occasion se présente opportune et brûlante, refouler le trait ou le mot qui peut faire impression? Le tout est de le dire avec grâce, avec goût. Je ne voudrais pas affirmer que, dans ce dernier tournoi d'esprit, ces deux conditions aient toujours été remplies, mais elles l'ont été quelquefois, et c'est beaucoup pour des amateurs.

Une qualité qu'on ne refusera pas du moins aux orateurs de cette discussion, c'est la courtoisie. M. Velpeau a cherché à égorgiller le plus agréablement du monde, et avec le plus gentil coutelet, M. Ricord, qui, de son côté, a mis infiniment de grâce à éventrer son adversaire. Il était charmant le professeur de la Charité, s'efforçant, pendant deux heures, de démolir pièce à pièce l'édifice de M. Ricord, terminer en lui disant sérieusement : cela n'empêche pas que vous n'ayez bâti un beau palais, seulement cherchez bien, il n'y a plus rien dedans. Et le chirurgien de l'hôpital du Midi n'a-t-il pas été aussi galant en répliquant : Je reconnais, j'honore et je respecte votre grande autorité, Monsieur Velpeau; cependant, permettez-moi de vous le dire, très illustre maître, vous ne comprenez pas grand'chose à la syphilopathie. Tout cela a été dit, et des choses plus dures encore. Mais le caoutchouc de la politesse amortissait le choc, et le collodion de l'urbanité jetait sur tout cela un vernis des plus agréables.

J'ai idée que c'est le thème sur lequel l'honorable, mais irritable professeur Gerdy brodera son oraison mardi prochain. A l'air d'impatience et de mauvaise humeur avec lequel il s'est écrié : je demande la parole, au moment même où M. Ricord aiguisait contre M. Velpeau sa plus gracieuse épigramme, on doit s'attendre à ce que cet orateur, qui ne met pas de manchettes, et qui dit ce qu'il veut dire avec la rusticité du paysan du Danube, on peut s'attendre, dis-je, à ce que les orateurs qui ont précédé M. Gerdy à la tribune, seront peu ménagés.

Sur les tables funéraires de l'Académie, deux noms nouveaux viennent de s'ajouter, devant lesquels le feuilleton, à des titres divers, ne peut manquer de s'arrêter.

Le vénérable M. Castel s'est éteint ces jours derniers plus qu'octogénaire. C'était une des physionomies les mieux accentuées et les plus originales de notre temps. M. Castel a vécu parmi ses contemporains en homme d'un autre âge. La médecine, toute la médecine c'était Hippocrate, et cette médecine s'était arrêtée avec les grands praticiens des XVIme et XVIIme siècles. Sydenham avait clos l'ère du progrès. Aussi au progrès moderne M. Castel ne croyait pas. Il le repoussait, le combattait de toute l'énergie de ses convictions. Il combattit Pinel et sa nosographie. Il lutta contre Broussais et son physiologisme, et l'on sait qu'il ne manqua pas une occasion de jeter ses hippocratiques aphorismes à la face de toute idée nouvelle, doctrinale ou pratique. L'invariable début de tous ses discours était un apophtegme, une sentence qui lui servait comme au prédicateur son *texte* pour un développement qui n'était ni sans finesse, ni sans malice. M. Castel a traversé son siècle sans s'imprégner d'aucune de ses idées, sans se mêler au mouvement autrement que pour chercher à l'arrêter. Sa grande figure d'une gravité arabe, sa taille élevée, sa démarche lente, son grand habit bleu à larges basques, sa parole dogmatique et solennelle, tout contribuait à faire de M. Castel un médecin tout à fait à part; il semblait d'ailleurs se complaire dans l'isolement absolu et cet isolement était tel, que l'Académie a ignoré sa maladie et sa mort; elle n'a pu être représentée à ses funérailles.

L'autre tribut que l'impitoyable mort vient de prélever sur l'Académie, est bien plus regrettable, car il est plus imprévu et il s'exerce sur un de ces esprits et de ces caractères aimés, respectés de tous, j'ai nommé M. Réveillé-Parise, homme et confrère excellent, un des médecins les plus et les mieux lettrés de notre époque, qui a charmé toute la génération médicale actuelle par la grâce, la finesse, la variété, la douce et aimable philosophie de ses écrits; écrivain délicat et fin, moraliste sans morgue, critique sans fiel, qui a eu le privilége précieux et rare de traverser une longue vie de journaliste en évitant tout ce qui rend la vie du journaliste amère et tourmentée, qui a pu choisir ses sujets et le moment de les écrire, et qui a pu ainsi se mêler au mouvement de son siècle, aux passions et aux intérêts de ses contemporains, sans irriter une passion ou blesser un intérêt. Heureux et charmant caractère qui n'était pas la résultante d'un calcul, mais de la bonté de l'âme et de la générosité du cœur et dont la maxime constante fut indulgence et tolérance.

La presse médicale, que M. Réveillé-Parise a contribué à élever et à honorer, doit à sa mémoire un tribut d'hommages plus complet que celui que je puis lui rendre en ce moment. Je laisserai ce soin pieux aux écrivains distingués de la *Gazette médicale*, dont M. Réveillé-Parise a été pendant si longtemps l'éminent collaborateur. J'ajouterai seulement que la mort vient de surprendre notre bien-aimé confrère au moment où il venait de mettre la dernière main à un traité médical sur la vieillesse, ouvrage que M. Réveillé-Parise avait préparé avec soin, auquel il a longtemps travaillé avec amour, et sur lequel il fondait de grandes espérances.

C'est à M. le professeur Piorry qu'échoit, cette année, l'honneur de célébrer par un discours la rentrée de la Faculté de médecine. M. Piorry fera l'éloge de M. le professeur Fouquier. Notre confrère se montre si heureux d'avoir à porter la parole au nom de la Faculté, que l'on peut s'attendre à une préparation soignée. Que le succès récompense ses efforts, c'est mon vœu le plus sincère!

Amédée LATOUR.

fait connaître, tels sont ceux de la peste, du choléra et de la fièvre jaune; les autres, au sein de l'air, par des influences probablement analogues, mais qui nous sont complètement inconnues, tels ceux de la rougeole, de la scarlatine et de la coqueluche; quelques-uns enfin, par le fait de conditions hygiéniques, mal déterminées, comme le typhus, la fièvre typhoïde, la suette, etc. Il y a certainement des distinctions à établir entre tous les miasmes. Mais ils ont cela de commun, de se répandre dans l'atmosphère et d'en suivre, par suite, toutes les vicissitudes, de donner pour cette raison généralement naissance à des épidémies, ce que ne font ni les venins, ni les virus, à l'exception de celui de la variole, et nous dirons bientôt pourquoi. Ils ont encore cela de commun, de ne pouvoir être inoculés, de ne se multiplier ni perpétuer, de ne faire naître ou de ne pouvoir communiquer la maladie que par l'intermédiaire de l'air; enfin d'agir principalement en proportion de leur dose, et par conséquent de tuer immédiatement quand cette dose est considérable, et de présenter des durées variables d'incubation, selon qu'elle est plus ou moins forte.

Ainsi, venins, virus et miasmes, ne se ressemblent pas. L'origine, le mode d'action et les effets diffèrent. Beaucoup de points de l'étude des uns et des autres restent à éclairer, sans doute, mais ce n'est pas une raison pour les confondre sans cesse. Il faut commencer par apporter plus de sévérité dans le langage, si nous ne voulons pas ajouter encore des ténèbres à l'obscurité.

Une autre cause du vague que nous déplorons consiste en ce qu'un de ces virus, celui de la variole, se comporte, en un point, à la manière des virus et à la manière des miasmes tout à la fois. Sur cette seule analogie, on s'est cru en droit de confondre les virus avec les miasmes. Tous les jours on appelle encore indifféremment la cause de la variole de l'un ou de l'autre de ces noms. Il fallait se dire : la cause qui produit la variole est évidemment un virus, puisqu'elle est inoculable, agit à dose infiniment petite, se multiplie, etc. Pour qu'elle se répande dans l'air, on doit nécessairement admettre qu'elle se volatilise; il n'y a pas d'autre explication possible du fait. Le virus varioleux est donc volatil. C'est, sans aucun doute, à sa présence dans l'air qui entoure les malades, qu'est due l'odeur caractéristique qui s'échappe du corps des variolés; c'est de sa propriété de produire son action à dose atomique que dépend l'extrême facilité avec laquelle la variole se communique par l'intermédiaire de l'air, et, des deux causes réunies, que résultait la fréquence des épidémies de petite-vérole avant la découverte de la vaccine. Aucune autre maladie virulente ne se montre à l'état épidémique, et c'est une preuve de plus de la propriété particulière au virus varioleux de se volatiliser.

Par quelles voies les miasmes s'introduisent-ils dans l'économie? Comment la troublent-ils? Quels désordres, communs à tous, y font-ils naître? Par quelles voies sont-ils éliminés? Voilà ce qu'il s'agit maintenant de rechercher.

On admet généralement que trois voies sont ouvertes à l'absorption des miasmes, savoir : la peau, la membrane muqueuse des voies digestives, la membrane muqueuse des poumons. Essayons d'apprécier la part que prend chacune de ces surfaces à l'introduction de ces agens de maladie, et commençons par la surface cutanée.

La peau absorbe-t-elle les liquides, absorbe-t-elle les corps solides, absorbe-t-elle les gaz; c'est ce que nous allons successivement examiner.

Comme preuve de l'absorption des liquides de la peau de l'homme, on cite le ramollissement des cors après une longue immersion des pieds dans l'eau chaude, le gonflement de l'épiderme après l'application prolongée des cataplasmes, la diminution de la soif et l'augmentation du besoin d'uriner pendant le bain, l'augmentation du poids du corps et l'abaissement du niveau du liquide à la suite et pendant la même expérience, le gonflement des ganglions axillaires et inguinaux après un long séjour des membres dans l'eau, la grande quantité d'eau qu'absorbe la peau des *grenouilles* et des *lézards*, après qu'ils ont été soumis, pendant un certain temps, à l'action desséchante de l'air, la disparition de quelques substances appliquées à l'état de dissolution sur la peau, et enfin les effets de plusieurs médicamens employés en bains, en applications ou en fomentations.

La plupart de ces faits ne me paraissent pas avoir, dans la solution du problème, la valeur que lui attribuent généralement les physiologistes.

Le ramollissement des cors dans l'eau chaude prouve seulement qu'ils se laissent imbiber par le liquide, comme le ferait un corps inerte, un morceau de bois sec, par exemple; mais cet acte, tout passif de leur part, ne ressemble en rien à l'opération active qui caractérise l'absorption. Il faut en dire autant du gonflement de l'épiderme après l'application prolongée des cataplasmes. Remarquez, en effet, que cela n'a guère lieu qu'aux pieds et aux mains, là où la couche épidermique est la plus épaisse, et que cet effet se montre à peine au contraire, et souvent même ne se produit pas du tout, sur les autres parties du corps.

La diminution de la soif dans le bain, est incontestablement due, d'une part, à l'effet sédatif que l'immersion du corps au milieu d'un liquide modérément chaud, produit sur la peau, effet qui va retentir sympathiquement sur la membrane muqueuse de la bouche et de l'estomac; d'autre part, à l'absorption considérable d'eau à l'état de vapeur qui s'opère à la surface des fosses nasales, de la bouche et de la membrane muqueuse pulmonaire, et enfin, à la suppression ou à la diminution de la transpiration insensible. Je dis à la diminution de la transpiration cutanée, car, malgré les expériences d'Edwards, je ne croirai jamais, tant cela me paraît contraire aux lois de la physique, que le corps transpire aussi abondamment dans l'air humide que dans l'air sec et chaud, dans un bain qu'au sein de l'atmosphère. C'est le même effet que quand on passe d'un lieu chaud dans un lieu froid, quand on descend dans une cave en été, par exemple. La suppression de la transpiration insensible est nécessairement suppléée par un accroissement proportionnel de la sécrétion urinaire, ces deux fonctions étant, comme on le sait, supplémentaires l'une de l'autre. Personne n'ignore que l'on transpire davantage en été qu'en hiver et que l'on urine moins, et *vice versà*. Veut-on la preuve d'ailleurs que ce n'est pas l'eau que l'on suppose absorbée par la peau, dans l'expérience, qui apaise la soif et augmente les urines? Il faut pour cela, tâcher d'évaluer, en poids, la perte éprouvée par la masse entière du liquide dans lequel le corps a été immergé, en défalquant ce qu'il a pu perdre par le fait de l'évaporation, et voir si cette perte est en rapport avec la quantité d'urine rendue pendant l'immersion, et si elle peut raisonnablement rendre compte de l'apaisement de la soif. Consultons à ce sujet d'autres expériences.

Berthold, après s'être pesé avec des balances très sensibles, se mit pendant une heure, au mois d'août, dans un bain chauffé à 28 degrés, et se pesa de nouveau après en être sorti. Son corps avait augmenté de poids, de trente deux grammes environ (1 once 30 grains). Ajoutant à ce chiffre la perte que fait le corps par la perspiration pulmonaire, perte qui s'élève à 35 centigrammes par minutes, (7 grains) d'après Séguin, il en conclut que l'augmentation réelle avait dû être de soixante quatre grammes à peu près (1 once, 7 gros, 38 grains). Cette évaluation est évidemment erronée, car la perte par la perspiration pulmonaire ayant été calculée par Séguin pour le corps plongé dans l'air, dans un cas, par conséquent, où l'absorption n'en pouvait fournir les matériaux, il est clair qu'on ne devait pas en faire bénéficier l'absorption cutanée dans le bain. La part de l'absorption cutanée, si absorption il y a par cette voie, se trouve donc déjà exagérée de moitié.

L'expérimentateur en outre n'a pas tenu compte de la quantité d'eau absorbée par le poumon à l'état de vapeur. Cette quantité doit être considérable si l'on en juge par la grande étendue de la surface des vésicules pulmonaires, à laquelle il faut ajouter encore la surface de la bouche et des fosses nasales, et si l'on réfléchit à l'énorme puissance d'absorption que ces vésicules possèdent. Ce serait donc une nouvelle diminution à faire subir à la part faite par Berthold à l'absorption cutanée dans l'augmentation de son poids après le bain, augmentation bien faible déjà puisqu'elle n'est que de trente-deux grammes.

Cette expérience pèche donc par défaut de précision et d'exactitude, et les conclusions qu'on en a tirées manquent de justesse et de sévérité. Si elle ne prouve pas que la peau n'absorbe pas, elle ne prouve pas davantage qu'elle absorbe. Il n'en reste que ce fait: le poids du corps d'un adulte augmente de 32 grammes environ, après une heure de séjour dans un bain à 28 degrés. Nous chercherons dans quelques instants s'il ne serait pas possible d'expliquer cet accroissement de pesanteur par une autre cause que l'absorption.

En voici une seconde qui n'a pas plus de valeur.

Symson affirme avoir vu baisser le niveau du liquide dans lequel il avait fait plonger les pieds d'un homme atteint de fièvre. On l'a cru sur son affirmation, et l'on cite tous les jours ce faits comme une preuve de l'absorption cutanée. En y réfléchissant un peu, on se fût dit :

La surface des deux pieds d'un homme équivaut à peu près à un vingtième de la surface de tout son corps.

Or, puisque toute la peau n'a fait disparaître en une heure, dans l'expérience de Berthold, que 32 grammes de liquide, la surface cutanée des deux pieds n'aurait pu en enlever qu'un gramme et demi, et encore en exagérant les choses, car le malade n'a pas dû rester une heure dans son bain de pieds.

Un abaissement de niveau, produit par une perte d'eau d'un gramme et demi, sur la quantité d'eau nécessaire pour couvrir les deux pieds et dans un vase assez grand pour les recevoir, n'est pas appréciable à la simple vue si ce n'est au moyen de procédés particuliers que Symson ne dit pas avoir mis en usage.

Symson a donc été dupe d'une illusion.

A-t-il tenu compte d'ailleurs de la perte de liquide par l'évaporation?

Voilà donc encore une expérience ou une observation, comme on voudra l'appeler, de la plus complète insignifiance.

Poursuivons.

Collard de Martigny a mis un soin plus sévère dans sa manière d'expérimenter, mais, à mon avis, sans jeter plus de lumière sur le problème. Il a su écarter avec bonheur les causes d'erreur que nous avons signalées dans les expériences précédentes; la conclusion qu'il en a tirée des siennes ne me paraît cependant pas plus rigoureuse. Voici la plus importante.

Ayant placé et équilibré dans les plateaux d'une balance très sensible deux vases de faïence, Collard de Martigny y versa la même quantité d'eau à la même température, puis, retirant un de ces vases, il y plongea ses deux mains jusqu'au poignet pendant une demi-heure. Chaque vase avec son contenu pesait quatre cent grammes environ (12 onces, 4 gros, et 24 grains). Tenant compte ensuite de la petite quantité d'eau qui mouillait ses mains après les avoir retirées, et pour cela les essuyant immédiatement avec un mouchoir pesé avant et après l'expérience, estimant que la différence de la perte par l'évaporation, due à l'augmentation de chaleur produite par ses deux mains sur le liquide dans lequel elles avaient été immergées, se trouvait compensée par la diminution de la surface libre, il trouva que le liquide avait perdu soixante-dix-huit grains et demi, un gramme à peu près. Il tira donc de ce fait la conséquence, légitime en apparence, que soixante-dix-huit grains et demi d'eau avaient été absorbés.

Les expérimentateurs devraient toujours s'imposer l'obligation de faire leurs expériences physiologiques en présence de plusieurs témoins. Ce n'est pas, à Dieu ne plaise, que je doute de leur véracité. Je suis parfaitement convaincu que ces Messieurs ne mentent jamais. Mais il peuvent se tromper. Je crains même, je leur en demande bien pardon, que cela ne leur arrive quelquefois comme aux autres hommes. Ils peuvent aussi se faire illusion et voir sortir de leurs expériences les résultats qu'ils désirent plutôt que les résultats réels. On assure que cela s'est vu souvent. Ils peuvent enfin donner une fausse interprétation aux faits qu'ils observent. Les exemples n'en sont-ils pas journaliers? Des témoins éclairés et impartiaux leur épargneraient ces écarts et les remettraient dans le chemin de la vérité.

Voyez, par exemple. J'ai voulu répéter l'expérience de M. Collard. Eh bien! dans un bol en terre de pipe aussi peu évasé que possible, il m'a toujours fallu plus de vingt onces d'eau, près de quatre verres ordinaires de table, pour immerger mes deux mains jusqu'aux poignets. Si M. Collard avait opéré devant quelques personnes, elles auraient pu nous apprendre, ce qu'il a négligé de faire, comment il s'est procuré deux vases de *faïence*, assez grands pour recevoir les deux mains, contenant assez d'eau pour les couvrir complètement, et qui cependant ne pesaient que douze onces et demie chacun, vase et liquide compris; à défaut de ce renseignement, je suis presque tenté de porter le défi de reproduire l'expérience dans les mêmes conditions.

Acceptons-la cependant comme vraie. Est-elle une preuve de l'absorption de l'eau par la peau? Je ne le pense pas.

Un gramme d'eau, à peu près, disparaît dans l'expérience. On ne peut pas mettre la perte de liquide sur le compte de l'évaporation, puisque les deux vases, placés dans les mêmes conditions, ont dû perdre également par cette voie, et que l'un d'eux cependant avait perdu plus que l'autre. Qu'est donc devenu ce liquide s'il n'a pas été absorbé?

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(*La suite prochainement.*)

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÈGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER ;

Recueillies et analysées par M. Fauconneau-Dufresne [1].

Suite du § I : Du contact de l'iode avec le sang, les autres liqueurs animales et diverses substances végétales.

Il est temps de se poser les deux questions suivantes : à quoi tient la modification éprouvée par l'iode? Quelle est cette modification ?

1° Examinons d'abord la première question. On s'est demandé si cette modification de l'iode tenait à un alcali ou à un ferment. Elle ne peut pas, pour le sang, tenir à l'*alcalinité* de cette liqueur, puisque, si on y ajoute un acide, l'effet est le même. Cet effet se produit également au milieu des acides de l'estomac et de l'urine; et, de plus, on vient de voir que l'addition d'un acide, au milieu d'une liqueur organique, peut faire reparaître l'iode. D'une autre part, si on met de l'iodure d'amidon en contact avec un alcali, l'iode n'est pas isolé, et la couleur bleue n'est pas détruite.

On pouvait se demander encore si cette transformation était le résultat d'une espèce de *fermentation* qui aurait été suscitée dans les liqueurs par la présence de ce médicament. Mais les expériences suivantes ne permettent pas non plus de s'arrêter à cette hypothèse. Si on élève du sérum ou du suc gastrique à la température de 100 degrés centigrades, le ferment se détruit; il en est de même du ferment du suc pancréatique, car si on le chauffe à la même température, il ne dissout plus la graisse. Et cependant, le sérum, les sucs gastrique et pancréatique, sauf le ferment, conservent leurs élémens et continuent à transformer l'iode. La même expérience a été faite avec de l'urine à laquelle on avait ajouté de l'iode; on l'a fait chauffer au même degré, et on y a ajouté de l'acide sulfurique pour que l'iode ne fût pas mis en liberté. Si le ferment était un obstacle à la combinaison de l'iode avec l'amidon, ce ferment détruit, l'amidon devrait agir sur l'iode, et cela n'a pas eu lieu. Disons, incidemment, que lorsqu'on conserve les substances animales ou végétales en les faisant bouillir, c'est sans doute parce qu'on détruit le ferment putride.

Si la modification éprouvée par l'iode ne tient ni à l'alcalinité des liquides organiques, ni à un ferment, il faut bien admettre que c'est à une *matière organique*. Cette matière organique est détruite par une quantité suffisante d'acide nitrique et par le chlore; en effet, en coagu-

(1) Voir l'Union Médicale des 3, 6 Janvier, 24 Avril, 8, 18 Mai, 12, 26 Juin, 13 Juillet et 25 Septembre.

(2) L'iodure de sodium est une des substances qui passent le plus facilement par la circulation; il a peu d'action : une dame en prenait 15 grammes par jour et ne s'en trouvait pas mal; une fois, par erreur, en ayant ingéré 60 grammes, elle ne parut pas s'en apercevoir.

lant ainsi, en détruisant même les matières organiques, la couleur bleue apparaît, comme si l'expérience se faisait dans l'eau, dès qu'on ajoute, dans le sérum ou tout autre liquide animal, de l'iode et de l'amidon.

2° Voyons maintenant s'il est possible d'établir quelle est la modification éprouvée par l'iode. M. Magendie avait d'abord supposé que le sérum du sang, contenant une grande quantité de soude, devait, en présence de l'iode, donner naissance à un iodure de sodium (2). La suite de ses recherches lui a prouvé que ce n'était point ainsi que les choses se passaient, puisqu'on peut rendre le sérum acide au moyen de l'acide sulfurique, et comme cela s'emparer de toute la soude qui s'y trouve, sans que son action sur l'iode en soit même altérée. A présent, il croit qu'il se forme un autre composé qui serait de l'*acide iodhydrique*, lequel n'a pas la propriété de colorer l'amidon. Ce qui le prouve, c'est que, par l'acide sulfurique, l'eau chlorée ou tout autre réactif capable d'enlever l'hydrogène à l'acide, l'iode redevient libre et se colore en bleu par la solution d'amidon.

Il y a plusieurs manières de se rendre compte de la formation de l'acide iodhydrique. On peut supposer que c'est l'eau qui cède son hydrogène à l'iode, et que l'oxygène se porte sur la matière animale; ou bien que la matière animale elle-même abandonne l'hydrogène, lequel va se combiner avec l'iode. Les formules suivantes mettent en évidence les deux réactions possibles, pour le cas de la fibrine :

$$I + HO + \text{fibrine} = IH + (\text{fibrine} + O).$$
$$I + \text{fibrine} = IH + (\text{fibrine} - H).$$

Comme jamais il ne se produit aucun dégagement de gaz, on doit croire à l'exactitude de l'une ou de l'autre de ces formules, et en conclure que, toujours, la matière organique est altérée dans sa composition, soit qu'une nouvelle quantité d'oxygène vienne s'y ajouter, soit que la même quantité de son hydrogène lui soit enlevée.

Des *applications thérapeutiques* résultent de ce qui précède. Comme l'iode a une saveur désagréable, pénétrante, on peut, à l'aide des liqueurs qui le transforment, le faire prendre aux malades sans qu'ils s'en doutent. Si, dans 200 grammes de lait, par exemple, on met 5 centigrammes d'iode, on n'éprouvera aucune saveur particulière. Le lait iodé est donc une préparation excellente et commode, car il serait possible de prendre ainsi, en vingt-quatre heures, une dose d'iode assez forte. Il en est de même du bouillon, dont il faut encore une moins grande quantité, surtout s'il est chaud, pour faire disparaître la saveur de l'iode. M. Magendie avait remarqué autrefois que, lorsqu'il administrait l'iode dans une décoction de chiendent ou de salsepareille, ce médicament n'avait plus d'odeur; ces décoctions bleuissaient un peu à cause de la fécule qu'elles contenaient, mais cette couleur passait vite. Il avait, d'après cela, recommandé la formule suivante : 4 grammes d'iodure et 1 décigramme d'iode, dans un litre de décoction de chiendent ou de salsepareille. Il ne se doutait pas alors de la transformation qui s'opérait. Toutes les autres subtances indiquées comme produisant le même résultat peuvent être employées. Il n'en serait pas de même du sucre, des eaux distillées, même sapides, qu'on y mêlait autrefois, et qui n'ôtent à l'iode rien de son âcreté et de son odeur.

On a vu que l'*huile de foie de morue*, comme tout autre produit animal transformait l'iode. A ce sujet, M. Magendie s'explique sur ce médicament, si en vogue aujourd'hui, surtout à Londres, où il existe un établissement spécial dans lequel on en fait boire plusieurs verres par jour à tous les malades. On croit, parce qu'on voit la plupart des personnes qui en font usage engraisser rapidement, que c'est un signe certain du rétablissement de leur santé. Elles n'engraissent que quant à la peau, et maigrissent quant à la chair, semblables en cela aux animaux que l'on a nourris, pendant longtemps, exclusivement avec des alimens gras. Cet effet est loin d'être un indice favorable de santé. On a prétendu que cette huile de foie de morue devait ses propriétés à l'iode; mais elle n'en contient qu'une très faible quantité, qu'il est même difficile de constater au milieu de cette masse de matières grasses. Dans tous les cas, l'iode, employé seul, produit, suivant le professeur, de bien meilleurs résultats.

Puisque l'iode et les iodures peu stables se transforment en acide iodhydrique dès qu'ils sont arrivés dans l'estomac et quelquefois même auparavant, et que ce ne peut être qu'à ce nouveau composé qu'on doit attribuer les bons résultats qui sont rapportés à l'iode, pourquoi n'emploierait-on pas cet acide de préférence? Il vaut mieux faire usage d'un médicament qui reste tel dans l'économie, que d'y introduire des corps, dont on ne peut maintenir les réactions, quand une fois ils ont été ingérés. La transformation de l'iode, au lieu de se faire dans l'estomac, se ferait auparavant; on saurait mieux ce que l'on administre, puisque la transformation se ferait sous nos yeux; les effets du médicament n'en seraient sans doute que plus assurés. N'est-ce pas quelque chose, d'ailleurs, que d'épargner aux malades le mauvais goût et la répugnance? Quand l'iode est ingéré ainsi, on peut élever la dose jusqu'à 5 décigrammes sans inconvénient.

Avant de quitter l'iode, nous ne devons pas omettre d'indiquer deux propriétés que, dans le cours de ses recherches, M. Magendie a reconnues à ce corps. La première est relative à la digestion, la seconde à la conservation des corps.

1° Le suc gastrique, comme on sait, est une liqueur tout à fait à part, et qui a, pour rôle principal, de dissoudre les matières azotées introduites dans l'estomac. La dissolution de ces matières peut s'opérer en dehors de l'économie, mais moins complètement. Dans ces digestions artificielles, en effet, on a beau laisser macérer de la viande dans du suc gastrique, elle ne s'y dissout jamais en totalité, et il reste toujours de petits filamens de fibrine, que l'on aperçoit facilement à l'aide d'une loupe, et souvent même à l'œil nu. Cette action du suc gastrique est due à l'acide libre et à la pepsine qu'il renferme. Voulant chercher à savoir si l'iode peut modifier en quelque chose cet effet, M. Magendie a mis, dans une première éprouvette, du suc gastrique naturel; et, dans une deuxième, du suc gastrique mélangé d'iode. Dans l'une et l'autre, il a ajouté un petit morceau de viande de bœuf cuite, après leur avoir donné le même poids, et on les a tenues dans un verre d'eau, placé sur le poêle, habituellement chauffé, du laboratoire. Au bout de quelques jours, le petit morceau de viande de la seconde éprouvette était notablement plus altéré. Ne trouve-t-on pas ici une explication des observations faites généralement dans la pratique des médecins? Si l'iode active réellement l'action du suc gastrique, on comprend comment, en donnant plus d'activité à la digestion, il augmente l'appétit. Cet effet est dû non pas à l'iode lui-même, qui, dans ce cas, est transformé, mais toujours à l'acide iodhydrique.

2° L'iode paraît avoir la propriété de conserver les substances animales. M. Magendie ayant mis de la fibrine dans une solution concentrée d'iode, cette solution, qui était d'un rouge presque opaque, était décolorée au bout de très peu de jours et n'avait plus l'odeur de l'iode. Mais aucune odeur de putréfaction ne s'y faisait sentir, tandis que la même quantité de fibrine, conservée pendant le même temps dans l'eau ou dans une solution peu concentrée d'iode, offrait manifestement tous les signes d'une putréfaction avancée. On a conservé encore dans l'eau iodée une morceau de rate, ce qui montre que cette préparation pourrait être employée à préserver les pièces anatomiques, l'iode étant à très bon marché. Pour savoir jusqu'à quel point on pourrait se servir de l'iode pour les embaumemens, M. Magendie a injecté dans le système vasculaire d'un lapin qui venait de mourir un gramme d'iode et un gramme d'iodure, en dissolution dans un quart de litre d'eau. Au bout de trois jours, il n'y avait aucune trace de décomposition; les yeux même étaient à peine ternes; la température extérieure était douce, et, sans la propriété conservatrice de l'iode, il y aurait eu certainement une putréfaction avancée.

A propos des vertus anti-putrides de l'iode, M. Magendie cite un fait intéressant : il avait voulu conserver les artères de bœufs égorgés pour étudier les caillots de sang sous le rapport de leur rôle dans les hémorrhagies. Pour cela, il avait versé sur ces pièces une assez grande quantité de solution concentrée d'iode. Celui-ci n'ayant pas perdu sa coloration, il avait pensé que sa transformation n'avait pas eu lieu. Cependant, les essais qu'il fit de cette macération, avec l'amidon, lui montrèrent que cette transformation n'en existait pas moins. Il devait y avoir là une combinaison particulière de l'iode. Ce mélange a été traité avec le chlore sans que la couleur bleue se manifestât; il en a été de même avec les acides azotique et sulfurique. M. Magendie a consulté, à ce sujet, un célèbre chimiste, M. Pelouze, qui ne s'est pas bien rendu compte de ce qui pouvait s'être passé. Il est probable que la matière colorante du sang joue là un rôle, car les globules, bien qu'altérés, existent toujours. Quoi qu'il en soit, depuis cette transformation, l'iode conservateur ayant disparu, la putréfaction a commencé à se produire.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 28 Septembre. — Présidence de M. MÉLIER.

DISCOURS DE M. RICORD.

Messieurs,

Je voulais ne plus prendre la parole dans la question aujourd'hui en litige. Je vous ai fait ma profession de foi; je vous ai exposé mes principes, et les raisons sur lesquelles je base mes opinions bien arrêtées, et mes doutes. J'étais convaincu qu'on ne produirait pas de nouveaux argumens, et c'est ce qui est arrivé; je n'avais donc pas besoin de faire de nouvelles réfutations.

Cependant, comment laisser sans réponse le discours si bienveillant de M. Velpeau, qui vous a dit toute la sympathie qu'il avait pour moi; comment ne pas lui dire ici, que je le paie bien de retour, et que personne, plus que moi, n'a de respect pour son âge et pour son talent. Ne fût-ce que pour le remercier de ses témoignages d'amitié, je devais reprendre la parole.

Je m'y vois, du reste, encore obligé, pour répondre aussi à ce que viennent de dire MM. Gibert et Roux. Si l'Académie veut bien le permettre, je commencerai par ces deux honorables collègues; et d'abord par M. Gibert. Je n'ai pas à discuter, en particulier, ce qu'il a très sagement appelé ses assertions. Elles trouvent leur complète réfutation dans ce que j'ai eu l'honneur de dire dans mon premier discours, et dans ce que je vais encore avoir à opposer aujourd'hui à M. Velpeau.

M. Gibert, qui ne veut pas d'innovations, et qui en a donné la preuve dans son *Manuel des maladies vénériennes*, dans lequel il est resté fidèle à tous les anciens erremens, semblerait croire, d'après ce que je viens de lui entendre dire des travaux de Fernel, de Botal, de B. Bell, que je n'ai pas connu, ou que je me suis approprié ce qu'avaient déjà fait ces maîtres de l'art. Je n'ai pas la prétention d'avoir inventé la syphilis, et personne, plus que moi, n'est disposé à rendre justice à qui de droit, et à reconnaître ce que nous devons à nos prédécesseurs. Mais ce à quoi je prétends, à part ce que j'ai pu faire moi-même, c'est d'avoir remis en lumière, c'est d'avoir fait revivre des vérités, des dogmes qu'on avait perdus et qu'on ne devait plus retrouver dans la route où l'on veut rester.

M. Gibert prétend que si les opinions de l'hôpital du Midi sont différentes de celles qu'on professe à l'hôpital Saint-Louis, c'est qu'à l'hôpital du Midi on ne voit guère que les accidens primitifs de la syphilis; tandis qu'à l'hôpital Saint-Louis la syphilis arrive à ses périodes les plus avancées, et avec tout son cortége d'accidens tardifs.

Cette croyance de Saint-Louis, que M. Gibert partage, et qui est écrite dans l'ouvrage de M. Cazenave, est entièrement erronée. On pouvait croire cela il y a vingt ans passés. Oui, alors la plupart des maladies de la peau n'étaient pas reçues à l'hôpital du Midi, ou étaient renvoyées à l'hôpital Saint-Louis; tandis que les affections plus profondes des os ou des autres organes, étaient adressées à d'autres hôpitaux. Mais depuis vingt-deux ans que je suis chargé du service de l'hôpital du Midi, la scène est complètement changée, et je défie qu'on trouve au monde une plus belle, une plus riche collection de toutes les formes, de toutes les périodes des maladies vénériennes, ou réputées telles. C'est là où rien ne manque, que tout peut être étudié; tandis qu'à l'hôpital Saint-Louis, le véritable accident primitif faisant toujours défaut, on tire des conséquences sans prémisses.

Maintenant, je ne saurais trop remercier mon illustre maître, M. Roux, et de la haute sanction qu'il vient de donner à ma doctrine, et pour les deux observations qu'il nous a communiquées. Pour la première, M. Roux m'a fourni lui-même mon argument : « *Le diable est si malin.* » En effet, comment, sans faire intervenir une malice du diable, comprendre que des végétations, des chou-fleurs, que portait ce jeune époux, dont nous parle notre maître, aient pu transmettre une *belle vérole* à sa jeune femme. Si la jeune femme a eu la vérole, ce dont je ne doute pas, puisque c'est M. Roux qui l'a diagnostiquée, c'est que le diable s'en est mêlé; car s'il y a quelque chose de sûr, de certain en syphilographie, c'est que les végétations, les chou-fleurs, sont ce qu'il y a de plus étranger à la syphilis, comme cause, comme conséquence, comme traitement.

La seconde observation de M. Roux, que M. Velpeau ne peut pas refuser, prouve que par un baiser, qu'un fils fait à sa mère, celle-ci peut contracter un accident syphilitique de la gorge. C'est une femme, nous dit M. le professeur Roux, qui n'a rien autre et qui ne peut avoir pris la vérole autrement. Maintenant, quelle que soit l'opinion de M. Roux sur la nature des accidens que le fils de cette dame portait à la langue, ce qui n'a pas été déterminé, il admet que la gorge a pu être contagionnée seule, et que la syphilis a commencé par là, chez elle. Or, si l'accident de la gorge a été le premier résultat de la contagion, autrement dit, l'accident primitif, il devait être contagieux et inoculable à son tour, comme l'ulcération de l'amygdale de l'ami de M. Lindman.

Revenant à M. Velpeau, je dirai, tout d'abord, que je n'ai plus retrouvé dans son discours officiel une foule d'assertions que nous avons entendues ici, et qui mériteraient peut-être d'être discutées.

A la rigueur, l'argumentation de M. Velpeau contre moi pourrait se réduire à ceci : ce qui est blanc pour moi est nécessairement noir pour lui, *et vice versâ!* Ce parti pris, nous devrions bien ne pas continuer la lutte, car, assurément, nous n'avons pas la prétention de nous convertir mutuellement.

Voyons, cependant, ce que M. Velpeau me conteste; nous verrons ensuite ce qu'il prouve et quelles sont ses doctrines.

Et d'abord, mes *lois*, en syphilographie, l'offusquent, le révolutionnent. Il ne veut pas de lois. Cependant M. Velpeau est trop homme de science et a trop fait pour elle, pour supposer qu'il veuille laisser la médecine dans le domaine de l'empirisme, sans préceptes, sans règles. Eh bien! ces préceptes, ces règles, quand ils sont bien établis, sur des faits nombreux et convenablement observés, je les appelle lois. Si ce langage vous paraît trop ambitieux dans une science aussi mobile que la médecine, si souvent révolutionnée, je vous en fais bien volontiers le sacrifice. Je vous dirai même, si vous le voulez, que le mot de loi devrait être rayé du *Dictionnaire de l'Académie française*, si on devait entendre par là, quelque chose qui ne dût jamais changer ou qui ne dût jamais admettre d'amendement. Dans les sciences mathématiques mêmes, ce mot de loi devrait être proscrit; mais alors vous devriez vous garder de la tendance irréfléchie que vous venez de manifester à faire aussi des lois contraires à l'observation de tous les jours.

Je vous disais, dans l'avant-dernière séance : vous ne m'avez pas prouvé *cliniquement* et expérimentalement que les accidens secondaires fussent contagieux et inoculables; il manque quelque chose, ou beaucoup de choses à tous vos faits, soit au point de vue de l'étiologie, soit sous le rapport du diagnostic. Si vos faits ne constituaient pas la très faible exception, comme vous le dites sans cesse, et non pas moi, je ne serais pas si exigeant.

Que m'avez-vous répondu quand je vous ai dit qu'on ne connaissait pas toujours la source à laquelle on devait rapporter une contagion? Qu'avez-vous opposé aux faits que j'ai rapportés, et dans lesquels le point de départ était ignoré, ou pour lesquels j'ai pu donner quelquefois une explication rationnelle, sans y attacher d'autre importance? Avez-vous pu nier l'existence de ces faits?

Vous avez eu la bienveillante attention de citer une des plus piquantes anecdotes en faveur de la contagion médiate, pour contester que du pus de chancre déposé dans le vagin d'une femme infidèle, pût transmettre la syphilis à un mari complaisant. Vous croyez cela impossible, malgré les expériences précises de mon savant ami M. Cullerier.

On peut, selon vous, impunément se souiller les doigts du pus de chancre, en porter n'importe où, aux yeux ou autre part, sans crainte, sans dangers. L'observation que je vous ai citée d'un chancre de la paupière supérieure, et à laquelle M. Londe veut, en ce moment, que j'ajoute celle du neveu d'un de nos collègues qu'il m'a adressé, il y a peu de temps, vous paraît impossible? Après tout, ce sont peut-être de ces faits que vous *reconnaissez, mais que vous n'admettez pas.* Ce n'est de votre part qu'une dénégation, pour le plaisir de combattre mes opinions. Je vous sais cependant trop prudent professeur, pour mettre les préceptes que vous avez exposés en pratique.

Quand ensuite je vous disais que l'accident primitif peut siéger partout, vous êtes forcé d'en convenir; seulement, vous leur défendez l'entrée de la cavité buccale. Là tout, de par vous, doit être secondaire, parce que vous ne comprenez pas comment peut se faire la contagion des accidens primitifs. Et cependant vous admettez cette contagion, selon vous-même, bien plus difficile, du sein de la nourrice, à la bouche de l'enfant!!!

Mais, arrêtons-nous ici un moment s'il vous plaît. Pour vous procurer le plaisir de me faire une petite, ou une grosse malice, comme vous le dites, vous me prêtez des opinions qui ne sont pas les miennes, cela tient, sans doute, à ce que vous n'avez pas pris la peine de vous mettre bien au courant des opinions que vous aviez à combattre.

J'ai dit qu'il n'y avait pas de syphilis sans effraction, sans une porte d'entrée, sans un accident primitif précurseur : j'ai dit que la meilleure manière de faire développer le chancre était l'inoculation, que le plus grand nombre des chancres avaient un début mécanique, ce qui est mille fois vrai; mais si vous saviez ce que j'ai dit sur le début du chancre en général, vous y auriez vu tous les autres débuts, et le chancre folliculaire entre autres, et la possibilité, par conséquent, pour le chancre, de se développer partout où ces conditions se trouvent, dans la cavité buccale, comme ailleurs; plus rarement sans doute, dans les parties profondes, que dans celles qui sont plus immédiatement exposées, telles que les lèvres et la langue, mais voila tout.

A ce propos encore, notre collègue nous a dit des choses qui m'ont paru bien étranges, et que je n'ai plus retrouvées dans le discours écrit; à savoir, qu'il ne comprenait pas comment le pus virulent traverserait toute la bouche pour arriver sur un côté de la langue et sur une amygdale, sans infecter le trajet parcouru. M. Velpeau était-il sérieux dans cette objection? J'aime mieux croire que non. Comme aussi pour ce qui a trait au chancre urétral, M. Velpeau vous a dit qu'il ne comprenait pas comment le pus du chancre pouvait s'introduire dans l'urètre. Je ne

lui répondrai pas par la théorie de l'horreur du vide, invoquée par les anciens, dans les rapports sexuels, pour expliquer l'infection urétrale; mais je lui dirai : cela se fait par le même procédé qui vous donne la blennorrhagie urétrale, avec seulement une différence dans la cause et dans les effets. Je dirai encore à M. Velpeau, pour le chancre urétral, assez fréquent, et d'observation journalière, que s'il n'en voit pas dans le petit nombre de malades qui se présentent à la Charité, j'en vois assez à l'hôpital du Midi, et que ses faits négatifs ne sauraient détruire mes faits positifs, comme il le dit lui-même.

Mon honorable contradicteur n'a rien répondu à ce que j'ai dit de la difficulté que présentait souvent le diagnostic de certaines formes et du peu de précision qu'on avait mise, sous ce rapport, dans les observations que j'ai eu à combattre, et sur lesquelles je ne reviendrai plus. Je ne lui dirai pas que l'observation du malade qui a fourni l'inoculation de M. Boudeville, est inexacte pour le nombre des pustules, pour le siége, pour le temps d'apparition : cela tient à un peu d'imagination ou à un défaut de mémoire presque impossible chez notre collègue. M. Velpeau me dira peut-être que je n'ai pas vu le malade, lui non plus ne l'a pas vu; nous l'avons jugé d'après ce qu'on nous en a dit, en accordant, à qui bon nous semble, notre confiance.

Je cite l'observation d'un enfant affecté d'accidens syphilitiques ayant pour siége les régions génito-anales. Le père, la mère et la nourrice se portent très bien, et je crois, d'après les renseignemens qui me sont donnés dans la consultation, qu'on doit attribuer la contagion aux personnes qui touchent habituellement cet enfant, et M. Velpeau ne veut pas de cette explication. Mais si le père, la mère et la nourrice se portent bien; si la mère est vertueuse, d'où vient la syphilis de l'enfant? Que M. Velpeau me le dise, il me prouvera toujours ce que j'ai voulu prouver, que des enfans en nourrice pouvaient contracter, par d'autres personnes, des accidens syphilitiques alors contagieux, et qui, dans tous les cas, n'empêchaient pas la nourrice d'être malade de son côté et pour son compte.

M. Velpeau, qui, n'*admet* la contagion du chancre que dans les rapports bibliques, ce qui fait honneur à son caractère, ne veut pas qu'un mari vicieux, affecté de chancre à la verge, obéissant à un préjugé que M. Velpeau doit connaître, et ayant eu des rapports *à preposterâ venere*, ait communiqué un chancre de la partie inférieure du rectum à sa femme, chez laquelle le premier accident a débuté par là, et a été suivi, *dans le temps voulu*, des manifestations secondaires. Que M. Velpeau nie encore ce point de départ de la syphilis chez cette dame, il peut le faire; mais si je me suis trompé, il me donne encore raison, en convenant que le point réel de départ des accidens syphilitiques et les conditions de la contagion ne sont pas toujours faciles à trouver; car il ne nous a pas dit qu'il admettait la syphilis spontanée, ou la syphilis générale d'emblée, sans une première manifestation, ce qui me mettrait encore plus à l'aise.

M. Velpeau ne veut pas que du pus de chancre, déposé n'importe où, et appliqué ensuite sur des surfaces disposées à en recevoir l'action, puisse agir. Les observations de Fabrice, les observations de Fallope, de Hunter, et toutes celles qui ont suivi, lui paraissent naïves. Du pus de chancre, déposé sur des draps de lit, sur la lunette de lieux d'aisance, un instrument souillé de pus virulent, ne peuvent transmettre la maladie? Et vous osez professer de pareils principes; vous dont les justes prétentions encyclopédiques ne vous permettent pas d'ignorer que l'inoculation artificielle se fait avec une lancette, une épingle, un bistouri, un rasoir, si vous le voulez, chargés du pus virulent volontairement ou accidentellement.

Vous trouvez que j'ai tort d'attribuer à un contact de ce genre un chancre développé sur le dos d'un de mes malades, chancre dûment diagnostiqué et suivi régulièrement des accidens secondaires, *dans le temps voulu.* Mais le hasard veut, qu'en ce moment, je donne des soins à un monsieur étranger que vous avez vu, et sur lequel vous avez diagnostiqué un ulcère syphilitique *du dos*, et pour lequel vous avez prescrit un traitement mercuriel. Or, ce Monsieur n'*ayant jamais eu d'autre accident*, en supposant que vous n'eussiez pas fait d'erreur de diagnostic, comment cet ulcère se serait-il produit?

Par une confusion que je ne comprends pas, vous m'avez attribué une opinion de M. Cazenave, que j'ai combattue, et qui veut que tout individu affecté d'un accident vénérien quelconque, soit une sorte d'*outre virulente* qui permette de faire sortir le virus, et de déterminer un accident virulent, partout où on fait une simple piqûre! Je vous cite une observation qui, mal analysée, pourrait faire admettre une aussi grossière erreur, celle d'une femme chez laquelle des piqûres de sangsues, aux environs d'une malléole, se transforment en chancres; mais qui portait, dans ce moment, des chancres inoculables à la vulve. Pour preuve que tout cela est le résultat d'une contagion, d'une inoculation accidentelle, je fais mettre d'autres sangsues à la malléole, du côté opposé, et aucun accident ne survient, cette fois, parce que j'ai le soin de garantir les piqûres de tout contact, et cette observation vous paraît contestable. Mais cette même expérience, ne la faites-vous pas tous les jours avec les mêmes résultats? Toutes les saignées que vous pratiquez, toutes les sangsues que vous appliquez à des individus affectés d'accidens primitifs se transforment-elles en chancres? Non, jamais; à moins qu'elles ne soient souillées après coup, comme cela a dû arriver dans les observations de M. Simon, de Hambourg, dignes d'un autre siècle. L'observation journalière enseigne, au contraire, et ceci est important pour la pratique, que chez des malades affectés de chancres, encore à l'état d'accidens locaux, on peut pratiquer toutes sortes d'opérations sans danger, pourvu que ce soit au-delà de la sphère d'activité virulente des accidens primitifs, et qu'on garantisse les plaies de toutes souillures.

Je passe à une autre opinion de M. Velpeau, à un autre argument. M. Velpeau semble admettre, avec raison cette fois, que pour qu'une contagion ait lieu, il faut qu'une surface malade soit appliquée sur une surface saine et pendant un temps assez long. Eh bien! par ce procédé que j'accepte, il élague les trois quarts des observations de nourrissons qui n'avaient que des accidens des organes génitaux, de l'anus, des fesses, etc., comme dans l'étonnante observation que M. Raciborski a communiquée mardi passé à l'Académie de médecine.

Dans cette observation de M. Raciborski, que vous vous rappelez, sans doute, à part la manière de diagnostiquer les enfans légitimes des enfans naturels, chez des femmes aussi vertueuses que sa malade, et pour lesquels, quoi qu'en dise M. Velpeau, j'aime mieux un signe pathognomonique de la vigueur de mon officier de cavalerie, on trouve que la nourrice n'a que des plaques muqueuses à l'anus, rien autre part, et on conclut qu'elle a été infectée par son nourrisson! Je voudrais bien que M. Velpeau m'expliquât par quel genre de contact prolongé cette contagion a pu s'effectuer? C'est la même histoire que je vous ai déjà rappelée de la nourrice de Waller, et que M. Velpeau admet. Mais je ne vois pas comment il n'admettrait pas cela, lui qui croit, avec M. Babington, qui a au moins pour excuse les mœurs anglaises, qu'un homme qui n'a rien peut donner du mal à sa femme, parce qu'il a vu, longtemps avant, dans un voyage, une autre femme dont on ne sait pas l'état de santé, et qu'il ne devient malade qu'après que des accidens se sont montrés chez sa femme depuis plusieurs jours. M. Velpeau vous a dit, Messieurs, que j'étais bien naïf quand j'ai cru que du pus virulent déposé dans un vagin, pouvait donner un chancre à celui qui venait le ramasser; je vous avoue qu'à propos des observations de M. Babington, j'ai bien envie de dire la même chose à M. Velpeau, avec tout le respect qu'il réclame, à juste titre, pour son âge.

Depuis ces débats, de nouvelles observations de transmission d'accidens secondaires de nourrissons à nourrices, ont été adressées à M. Velpeau par M. le docteur Bardinet, de Limoges, homme distingué et méritant toute confiance, mais dont le nom, quel qu'il soit, ne suffit pas pour le mettre, plus que tout autre, à l'abri des erreurs si faciles dans cette obscure question. J'espère, en examinant ces observations, quand elles seront connues, qu'on trouvera quelque chose de plus, en leur faveur, que la preuve que nous donnait notre collègue, de la vertu de la nourrice dont il a choisi l'observation. Cette preuve consistait en ce que cette femme était allemande et qu'elle ne parlait pas français, ce qui devait, à coup sûr, dispenser d'un diagnostic précis des accidens de l'enfant, et de chercher, si elle n'avait pas pu contracter la syphilis autrement que par l'allaitement, comme chez la malade de M. Raciborski.

J'arrive à l'hérédité, comme preuve que les accidens secondaires sont contagieux.

M. Velpeau vous a dit que ma réfutation n'était pas digne de moi; je répondrai à M. Velpeau que l'explication qu'il a donnée de l'influence de l'hérédité dans la syphilis, n'est pas digne de lui. Il a évidemment oublié comment se développent les accidens chez les enfans par voie d'hérédité; les formes diverses qu'ils peuvent affecter; les époques plus ou moins tardives de leur apparition; s'il s'était souvenu de tout cela, il aurait vu que, pour la syphilis comme pour les autres maladies héréditaires, il y a une disposition transmise des parens aux enfans, avec une différence, sans doute, qui fait que la syphilis héréditaire n'est pas le cancer, ou l'affection tuberculeuse. Mais M. Velpeau ne nous a-t-il pas dit qu'il n'était pas loin de considérer le cancer, la phthisie et presque toutes les maladies comme étant contagieuses? Il m'a semblé même, ce qui n'est plus dans le discours officiel, qu'il avait comparé l'allaitement aux rapports qui existent, dans la vie intra-utérine, entre le fœtus et sa mère. Il est vrai qu'avec un peu de bonne volonté, on peut trouver des ressemblances plus éloignées.

Je ne veux pas quitter cette partie de l'argumentation, sans signaler un fait assez remarquable et qui s'est souvent présenté à mon observation. On sait qu'un enfant peut naître infecté héréditairement par son père; c'est, pour beaucoup d'observateurs, le cas le plus fréquent. On sait aussi, que la mère n'est pas fatalement infectée par le fruit contaminé qu'elle porte; d'aucuns croient même que ce mode de propagation, qui ne me paraît pas impossible, ne doit pas être admis. Eh bien! toutes les femmes qui, dans ces circonstances, donnent naissance à des enfans infectés, et qui plus tard auront des accidens d'hérédité, ne mettent pas leurs enfans en nourrice, et cependant on ne cite pas un seul cas de contagion, après la naissance, de l'enfant à la mère : il est vrai qu'ici, la spéculation, si souvent la cause des autres contagions, n'existe plus.

Maintenant, Messieurs, vous parlerai-je de ce que veut et de ce que ne veut pas M. Velpeau, et de ce que les faits m'ont appris à vouloir, à mon tour, ou à rejeter.

Je vais un instant sortir de la question, mais ce n'est pas ma faute, c'est M. Velpeau qui en est sorti le premier et qui m'oblige à le suivre.

M. Velpeau, qui ne veut pas de lois, décrète que la blennorrhagie, sans chancre, donne lieu à la syphilis constitutionnelle.

Mes faits, à moi, me défendent cette croyance qui conduit à toutes sortes d'erreurs de diagnostic et à l'abus des médications mercurielles, dont nous sommes heureusement revenus.

M. Velpeau décrète que le chancre induré, *dûment diagnostiqué*, n'est pas accompagné d'une adénopathie spéciale, et n'est pas fatalement suivi d'accidens constitutionnels.

Les faits m'imposent une autre croyance.

M. Velpeau décrète qu'on doit confondre tous les chancres, toutes les adénopathies, lui qui a visé et failli atteindre la précision germanique en ophthalmologie.

Les faits m'obligent à établir de grandes et importantes distinctions.

M. Velpeau décrète qu'il n'y a pas de terme pour l'apparition des accidens de la syphilis secondaire, ce qui devrait, logiquement, l'empêcher de savoir à quel accident primitif, plutôt qu'à tel autre, il peut rapporter ces accidens, et d'affirmer que les chancres indurés ne sont pas suivis d'accidens généraux, puisque le temps d'apparition est illimité.

Moi, qui obéis au Code pénal de la syphilis, jusqu'à ce qu'il soit réformé, je suis forcé d'accepter les condamnation à temps, *bien déterminé*, quand les traitemens n'ont pas amené de circonstances atténuantes.

Enfin, par un dernier décret, M. Velpeau veut que les accidens secondaires soient contagieux et inoculables.

Moi j'attends, sans système, que les faits m'imposent cette croyance.

Jusque là, puisque M. Velpeau n'a pas cassé les vitres de ce qu'il a si poétiquement appelé mon Palais de cristal, il pourra voir, à l'exposition de l'hôpital du Midi, dans la division de M. Puche et dans la mienne, tout ce que la syphilis peut produire au XIXme siècle.

Une aile de ce palais, qui a une autre distinction, exposera, sans doute, un jour ses produits secondaires, et les soumettra, j'espère, à un jury choisi dans cette Académie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 27 Septembre 1852. — Présidence de M. le docteur TRÈVES.

La Société médico-pratique, après avoir entendu, avec le plus grand intérêt, la lecture du rapport de la commission composée de MM. Ameuille, Charrier, Dreyfus, Labarraque et Homolle, rapporteur, et instituée à l'effet d'examiner la valeur des mémoires qui lui ont été adressés, à l'occasion du prix fondé par elle, sur la question suivante : *De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine*, a, conformément aux conclusions de la commission, et à l'unanimité, décerné le prix unique de 300 fr. à M. Edouard Taufflieb, docteur-médecin à Barr (Bas-Rhin), auteur du mémoire n° 1. D'après les statuts de la Société, ce mémoire sera imprimé dans le prochain bulletin, et l'auteur aura droit à un tirage à part de cent exemplaires de son travail.

La Société a, en outre, vu l'importance vraiment exceptionnelle de ce remarquable concours, et malgré l'état précaire de sa situation financière, accordé, à titre de récompense et d'encouragement, une somme de 100 fr. à M. le docteur Massart, médecin à Napoléon-Vendée, et à M. le docteur Müller (Georges), médecin à Mulhouse, le premier, auteur du mémoire n° 2, le second, auteur du mémoire n° 5.

Une mention très honorable a été obtenue par M. L. J. Jongh, docteur médecin à La Haye (Hollande), auteur du mémoire n° 3.

Le travail de ce dernier médecin se distingue de tous les autres, par des études nouvelles d'analyse chimique et comparative des diverses espèces d'huile de foie de morue, qui sous ce rapport, l'auraient incontestablement placé au premier rang, si la Société médico-pratique avait pu oublier un instant que, dans le sujet de prix donné par elle, elle avait entendu avant tout poser et donner à résoudre aux concurrens une grande et large question de thérapeutique.

Tous les auteurs des mémoires que nous venons de signaler recevront enfin prochainement le diplôme de membre correspondant de la Société.

La Société médico-pratique de Paris a été bien inspirée en choisissant pour sujet de son prix, à décerner en 1852, la question de l'usage thérapeutique de l'huile de foie de morue, car sept mémoires, venus de tous les points de la France et même de l'étranger, la plupart d'un mérite incontestable à rendre jalouse plus d'une académie, ont répondu dignement à l'appel de la Société, et témoigné hautement de l'intérêt, plein d'actualité, que, de tous côtés, les praticiens attachent au sujet éminemment pratique choisi par elle.

Le prochain bulletin de la Société reproduira *in extenso* le mémoire remarquable de M. le docteur Taufflieb, ainsi que l'intéressant rapport de M. le docteur Homolle, rapporteur de la commission. Il résultera, nous osons le prédire d'avance, de la lecture attentive et de l'appréciation exacte des nombreux documens reçus par la Société, la preuve irrécusable, pour chacun, que la médecine possède enfin dans l'huile de foie de morue, un agent merveilleux, sans comparaison possible avec les autres médicamens connus, dans le traitement des scrofules et surtout du rachitisme. On pourra également se convaincre que, grâce à cette admirable substance, la science peut offrir aujourd'hui, aux plus incrédules, des exemples incontestables de guérison de *phthisie pulmonaire confirmée*. Sans doute ces guérisons sont encore bien rares, mais enfin, et ce ne sera pas là le moindre service que la Société médico-pratique aura rendu à la médecine et à l'humanité, elles existent, et, à ce titre, elles contribueront, certainement, comme l'a dit un de ses membres, M. le docteur Labarraque, à détruire (ne sauvât-on qu'un phthisique sur vingt) l'idée d'incurabilité de cette horrible maladie, idée si fatale aux malades et à la science elle-même.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

SOCIÉTÉ BIOLOGIQUE PIÉMONTAISE. — Sous ce nom, vient de se fonder à Turin une Société de physiologistes qui se propose, comme but, d'étudier les phénomènes vitaux dans toute l'échelle des êtres organisés. Cette Société doit publier prochainement le compte-rendu de ses travaux.

NOMINATION. — Le d^r^ Valentin Mott vient d'être rappelé à la chaire de chirurgie et à la présidence du département médical de l'université de New-York, qu'il occupait avec éclat. On ignore encore si M. Mott acceptera. Le docteur Goddard, de Philadelphie, ayant refusé la chaire d'anatomie vacante dans cette université, par la mort de M. Pattison, on pense que le docteur Van Buren en sera chargé.

LA CONCURRENCE DES ÉCOLES DE MÉDECINE AUX ÉTATS-UNIS. — Telle est la concurrence que se font les Écoles de médecine de quelques-uns des États de l'Union, que dès le mois de mars dernier, dit le journal de médecine de Boston, des circulaires étaient envoyées partout, annonçant les facilités, l'économie, etc., offertes par certaines institutions pour le mois de novembre prochain. Voilà sans doute ce que demanderaient les partisans de la liberté de l'enseignement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES AFFECTIONS CANCÉREUSES.

Professées à l'hôpital Cochin, par M. le docteur **Maisonneuve**, chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de la Société de chirurgie, de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris, de la Société académique de Nantes, etc.;

Recueillies et publiées par M. le docteur Alexis **Favrot**, membre de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris et de la Société médicale de Bordeaux. — Ouvrage orné de *planches*. — Première partie, comprenant les affections cancéreuses en général.

1852, chez Labé, libraire de la Faculté, rue de l'École-de-Médecine. Prix : 2 fr.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. FAUCONNEAU-DUFRESNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 119. SIXIÈME ANNÉE. **Mardi 5 Octobre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr. :
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 OCTOBRE 1852.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

ÉTIOLOGIE.

Miasmes en général. — Miasme du Choléra.

Nous venons de voir que Berthold, après une heure d'immersion dans l'eau chaude, acquit une augmentation de poids, de trente-deux grammes. On pouvait objecter que Berthold avait dû uriner dans le bain, et que, par conséquent, les trente-deux grammes dont son poids avait augmenté ne représentaient peut-être pas toute l'eau qui avait été absorbée. L'expérience de Collard de Martigny vient écarter cette cause de doute et d'incertitude, et jette en même temps de nouvelles clartés sur le problème. Le liquide sur lequel il opère, perd un gramme de son poids. Or, la surface des deux mains égale à peu près en étendue le trentième de la surface du corps entier, et la perte du liquide est environ la trentième partie de l'augmentation de poids de Berthold. Donc, la quantité de liquide dont la peau s'empare est proportionnelle à l'étendue de la surface qui se trouve mise en contact avec lui: donc, puisque le phénomène obéit à une loi physique, c'est une présomption, je n'ose dire une preuve, qu'il appartient à l'ordre des phénomènes physiques.

Quel est-il?

On sait que l'épiderme se laisse ramollir, gonfler, imbiber à la manière d'une éponge, par l'eau avec laquelle il est mis en contact prolongé. Une foule de faits d'observation ne permettent aucun doute à cet égard, et tous les physiologistes s'accordent à le reconnaître. C'est de l'imbibition passive qui ne ressemble en rien à l'absorption. Les deux expériences précédentes nous apprennent quelle est la dose d'eau nécessaire pour imbiber tout l'épiderme du corps d'un adulte; elle est de deux cuillerées à bouche environ. Il y a lieu de s'étonner qu'elle soit si peu considérable, mais enfin il faut bien se rendre à l'évidence, car elle éclate jusque dans les particularités de la double expérimentation. Ainsi, les deux mains s'imbibent en *une demi-heure*, autant, proportionnellement à la surface, que toute la peau en *une heure*, parce que l'épiderme y est plus épais. Il serait curieux de savoir de quelle quantité d'eau peut s'imbiber l'épiderme des deux pieds, épiderme plus épais encore que celui des mains; on aurait ainsi la mesure de la part que prend au phénomène le reste du vernis épidermique. C'est donc bien un fait de simple imbibition et nullement d'absorption qui s'est produit dans les expériences de Berthold et Collard de Martigny, et ces deux physiologistes, en l'attribuant à la dernière de ces fonctions, ont évidemment commis une méprise.

Devons-nous voir une preuve de l'absorption de l'eau par la surface cutanée, dans le gonflement des glandes inguinales observé par Mascagni sur lui-même à la suite d'un bain de pieds prolongé pendant plusieurs heures, et le gonflement semblable des glandes axillaires, éprouvé par Collard de Martigny, après avoir tenu ses mains plongées dans de l'eau à 18 degrés Réaumur pendant deux heures et demie. J'y vois bien des objections. D'abord, le gonflement des ganglions supposerait nécessairement que l'absorption de l'eau s'est faite par les vaisseaux lymphatiques. Or, la faculté absorbante de ces vaisseaux *dans les membres* et principalement à leur extrémité, est contestée, elle n'est pas démontrée. En second lieu, en supposant qu'ils la possèdent, les vaisseaux lymphatiques de la périphérie n'ont pas de courant ou n'ont qu'un courant insensible. L'absorption ne pourrait donc s'opérer par cette voie qu'avec une lenteur extrême. Quelques heures ne suffiraient pas pour transporter des pieds à l'aine et des mains aux aisselles une quantité d'eau capable de gonfler les glandes de ces régions. Ne sait-on pas que le virus syphilitique ne parvient aux ganglions inguinaux, quand il y arrive, que plusieurs jours après sa mise en contact avec la surface du gland, et que l'inoculation, par une piqûre à la main, de la matière septique provenant d'un cadavre putréfié, met ordinairement un jour ou deux au moins à parvenir aux glandes de l'aisselle. Enfin, il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion de prescrire des bains de trois à quatre heures de durée, à des femmes dont l'épiderme plus fin doit être plus facilement perméable, sans observer à la suite de gonflemens ganglionnaires. Quant à moi, je n'ai jamais rien vu de semblable en pareil cas. On peut douter, en outre, que la plupart de ces engorgemens soient dus à une absorption quelconque, quand on voit des panaris commençans, et par conséquent sans matière, et même une simple douleur un peu vive des pieds, les provoquer. Il y a donc eu, très probablement, erreur d'observation ou fausse interprétation des faits rapportés par Mascagni et Collard.

Quant à la grande quantité d'eau qu'absorbe la peau des grenouilles après qu'elles ont été exposées à l'air sec pendant quelque temps, je ne vois pas, en vérité, ce qu'on en peut conclure en faveur de l'absorption cutanée chez l'homme. C'est à peu près comme si, de ce que des insectes respirent par des trachées situées dans leur enveloppe extérieure, on voulait tirer la conséquence que l'homme respire par la peau. Sans vouloir contester l'utilité, dans certains cas, des expériences faites sur les animaux, je crois qu'il faut toujours se tenir en garde contre les applications toujours contestables qu'on en fait à la physiologie humaine.

Je ne poursuivrai pas plus longtemps la revue critique des expériences qui appartiennent à la catégorie dont je m'occupe en ce moment; savoir, celle de l'absorption de l'eau par la surface cutanée. Celles qui me resteraient à examiner, moins probantes que les précédentes, supporteraient plus désavantageusement encore une analyse sérieuse. Toutes, d'ailleurs, pèchent par le même défaut, celui d'être faites avec de l'eau pure. Toutes donnent des résultats contestables, et ces résultats eux-mêmes peuvent en outre recevoir plusieurs explications différentes, également plausibles. Aucune, par conséquent, n'est de nature à porter la conviction dans les esprits.

C'est une erreur profonde, en effet, d'espérer, je ne dirai pas résoudre, mais simplement éclairer le problème de l'absorption cutanée, en expérimentant avec l'eau pure. Il faut, pour décider la question, appliquer sur la peau des agens dont l'action sur les organes intérieurs soit bien connue d'avance, et voir si cette action se produit. C'est la seule manière d'arriver à une solution positive et certaine. Appliquez, par exemple, sur cette enveloppe, pourvue de son épiderme, bien entendu, un virus, un poison ou un médicament à l'état liquide, et si vous voyez naître la maladie virulente, éclater les symptômes de l'empoisonnement, se développer les effets thérapeutiques afférens à la substance médicamenteuse employée, vous serez pleinement en droit d'affirmer l'absorption *des liquides* par la peau. Voyons donc ce que dit l'expérience à cet égard.

Elle nous apprend, en premier lieu, que les virus de la rage, de la syphilis, de la variole, du vaccin, et de la morve probablement, restent sans action et sont d'une parfaite innocuité tant qu'ils ne sont que déposés à la surface de la peau dont

(1) Voir les numéros des 21, 25 Septembre et 2 Octobre.

Feuilleton.

LOUISE BOURGEOIS, DITE BOURSIER, SAGE-FEMME DE LA REINE MARIE DE MÉDICIS.

ESQUISSE HISTORIQUE (1).

Il y a quelques mois, en fouillant dans l'échoppe d'un bouquiniste, un vieux livre, bien poudreux, me tomba sous la main. Il était intitulé :

Observations diuerses sur la stérilité, perte de fruict, fécondité, accouchements et maladies des femmes, et enfans nouveaux naiz; amplement traittées et heureusement practiquées par L. Bourgeois, dite Boursier, sage-femme de la roine. Œuure util et nécessaire à toutes personnes.

Dédié à la Royne.

A Paris, chez A. Saugrain, rue Saint-Jacques, à la Nef d'argent, deuant Saint-Benoit.

1609.

Nous l'acquîmes au prix de cinq sous.

Après l'avoir parcouru, puis lu et médité, et y ayant trouvé de très bonnes choses, nous voulûmes faire plus ample connaissance avec son auteur. Nous priâmes M. le conservateur des imprimés à la Bibliothèque nationale, de vouloir bien faire faire quelques recherches bibliographiques touchant ladite dame Boursier. Outre plusieurs éditions du livre précédent (1), nous eûmes le bonheur d'être favorisé de trois autres productions de la même plume. Voici leur titre exact :

Récit véritable de la naissance de messeignevrs et dames les enfans de France, auec les particularitez qui y ont esté, et pouuaient être remarquées; par Lovyse Bovrgeois, dite Bovrsier, sage-femme de la reyne, mère du roy.

A Paris, chez Melchior Mondier, en l'Isle du Palais, rue du Harlay, aux deux Vipères.

M.DC.XXVI (2).

Recueil des secrets de Lovise Bovrgeois, dite Bovrsier, sage-femme de la reyne, mère du roy; auxquel sont contenues ses plus rares expériences pour diuerses maladies, principalement des femmes auec leurs embellissemens.

A Paris, chez Melchior, etc.

M.DC.XXXV.

Enfin :

Apologie de Lovise Bovrgeois, dite Bovrsier, sage-femme de la royne, mère du roy et de feue Madame, contre le rapport des médecins.

Paris, M.DC.XXVII.

Ces livres, imprimés in-12, sont accompagnés de cette épigraphe :

Quod tibi fieri non vis alteri non feceris.

Munie d'un contingent littéraire aussi respectable, et se présentant avec une longue existence engagée dans la pratique des accouchemens, parmi les plus grandes illustrations médicales du temps, nous devions supposer que non seulement Louise Bourgeois était passée à la postérité, mais encore que les biographes lui avaient consacré une place digne d'elle. Mais c'est en vain que nous avons consulté les livres les plus renommés en cette matière; nous n'y avons trouvé, et encore pas toujours, qu'une simple note, sans que les historiens se soient donné la peine de nous faire connaître un peu plus au long cette femme célèbre, la première qui ait écrit sur l'art des accouchemens (1).

C'est pour remplir cette lacune, que nous publions cette esquisse, d'autant plus digne de foi, que nous la puisons dans les œuvres mêmes de la sage-femme de Marie de Médicis, et dans des documens authentiques qu'il nous a été possible de consulter.

LOUISE BOURGEOIS, dite BOURSIER (et non pas *Bourcier*, comme nous l'avons vu écrit quelquefois), nous apprend elle-même indirectement, dans ses œuvres, l'année de sa naissance.

En effet, dans l'*avis au lecteur* qui précède son recueil de notes, publié en 1635 par le libraire Melchior Mondière, ce dernier, qui eut, dit-il, beaucoup de peine à obtenir le manuscrit de Louise Bourgeois, fait

(1) Cette esquisse historique était complètement terminée et près d'être livrée à l'impression, lorsque nous apprîmes que M. le professeur Malgaigne avait publié une notice sur cette femme célèbre dans la *Revue médico-chirurgicale* (tome iij, page 313 et 375, année 1848). Nous regrettons d'autant plus de n'avoir pas eu connaissance de cet intéressant travail, que nous y eussions puisé de judicieuses réflexions, et que nous nous serions évité de longues recherches. Plus que tout autre, M. Malgaigne, par ses profondes études bibliographiques médicales, était apte à écrire l'histoire d'une femme qui fut contemporaine d'Ambroise Paré. Mais comme, après tout, le savant professeur n'a pas tout dit sur l'accoucheuse de Marie de Médicis, et que son intéressante notice ne se trouve que dans un journal d'une date déjà ancienne, nous espérons que les lecteurs de l'UNION MÉDICALE liront ces pages avec d'autant plus d'indulgence, quelles auront contr elles une comparaison à laquelle, l'auteur le sait bien, il aura tout à perdre. Nous déclarons n'avoir rien changé à notre manuscrit.

(1) J'en ai sous la main trois éditions. La première, de l'année 1609, comprend 124 feuillets, avec une table des matières; la deuxième, imprimée en 1626, se compose de 129 feuillets, et se trouve annexée à *deux* autres *livres d'observations*, qui n'en sont que la suite. Enfin, la troisième édition date de l'année 1642, et le troisième livre des observations n'a vu le jour qu'en 1644.

(2) Il n'est pas possible de dire en quelle année a paru la première édition de ce curieux document; nous en possédons deux exemplaires, l'un de 1626, l'autre de 1642; nous sommes porté à penser qu'il y a une édition antérieure à ces années. En effet, dans ses *Pièces intéressantes et peu connues, pour servir à l'histoire*, imprimées à Bruxelles, en 1781 (un vol. in-12). De La Place a inséré le *Récit de la naissance des enfans de France*, et il dit s'être servi d'une édition de 1625.

(1) Les biographies de Michaud et de Feller ne consacrent que quelques lignes bibliographiques à Louise Boursier. Nous avons inutilement cherché son nom dans le *Dictionnaire historique de la médecine*, publié en 1823, par MM. Dezeimeris, Ollivier (d'Angers) et Raige-Delorme.

l'épiderme est intact. Il faut, de toute nécessité, les introduire au moyen d'une piqûre, au-dessous de ce vernis, pour produire des effets morbides. Chose d'autant plus remarquable, qu'il suffit, comme nous l'avons vu, d'un atome imperceptible de ces agens, pour faire naître la maladie. La peau n'absorbe donc pas les virus.

Elle nous apprend aussi que les poisons les plus violens, l'acide cyanhydrique, la nicotine, les dissolutions de sels de strychnine, d'acide arsénieux, de deuto-chlorure de mercure, les décoctions concentrées des plantes les plus narcotiques ou les plus vénéneuses, peuvent impunément être appliquées sur la peau revêtue d'épiderme; ils ne produisent jamais l'empoisonnement. Cette membrane n'absorbe donc pas les poisons à l'état liquide.

Une expérience de M. Bonfils, de Nancy, semblerait, il est vrai, démontrer le contraire. Mais en l'examinant de près, on s'aperçoit bientôt qu'elle ne prouve rien. Qu'on en juge; la voici :

M. Bonfils mit sur le ventre d'un vénérien, couché sur le dos, *une assez grande quantité de gouttes d'une solution saturée de sublimé-corrosif*, il les recouvrit ensuite de plusieurs verres de montre qu'il maintint en place au moyen d'un bandage. La dissolution disparut entièrement au bout d'un temps *très court*, les verres et la peau étaient secs, et l'examen de la surface cutanée, à l'aide d'une forte loupe, n'y fit découvrir aucune trace de sel mercuriel. D'où l'on ne manqua pas de tirer la conséquence que la dissolution avait été absorbée. Mais quand on vient à réfléchir que la dose du sublimé-corrosif devait être assez considérable, puisque l'eau en était saturée et que l'expérimentateur en avait déposé une assez grande quantité de gouttes sur le ventre du sujet de l'expérience, que l'idée d'absorption entraîne nécessairement celle de transport dans le torrent de la circulation, et que cependant aucun effet toxique ne se manifesta chez le malade, car on n'eût pas manqué de signaler le fait comme une preuve incontestable de cette absorption cutanée que l'on voulait démontrer, on est bien forcé de reconnaître que la dissolution n'avait pas été absorbée. Qu'était-elle devenue? Elle s'était probablement logée, par imbibition, dans l'épiderme, ramolli et gonflé par elle.

Les expériences ne manquent pas, d'ailleurs, pour contredire celle de M. Bonfils. Tous les médecins qui se sont un peu occupés de physiologie connaissent celle de Séguin, dans laquelle il entreprit la guérison de quatorze vénériens au moyen de l'absorption cutanée. Il leur fit prendre deux fois par jour, pendant une ou deux heures, des bains de pieds dans 8 kilogrammes d'eau tenant en dissolution 12 grammes de sublimé-corrosif. Trois seulement guérirent; ils avaient des excoriations aux jambes. Les onze autres n'obtinrent de ce mode de traitement aucune amélioration. J'ai dans ce moment sous les yeux un malade qui, par les conseils de mon honorable collègue à l'Académie de médecine, M. Gibert, auquel je l'avais adressé pour une maladie de la peau bornée aux deux mains, a pris, dans l'espace de deux à trois mois, une quarantaine de bains dans chacun desquels on faisait dissoudre 15 grammes de deuto-chlorure de mercure, et n'a cependant jamais éprouvé le plus léger symptôme d'intoxication mercurielle, ni nausées, ni coliques, ni diarrhée, ni saveur métallique, ni salivation. Les exemples de ce genre ne sont pas rares. Encore une fois donc, aucun fait d'observation, aucune expérience sérieuse ne prouve que la peau absorbe les poisons sous forme liquide.

Il ne faudrait pas en conclure, cependant, qu'elle ne puisse pas le faire. Il n'existe souvent entre les médicamens et les poisons d'autre différence que la dose, et on lit dans les auteurs des observations d'effets thérapeutiques obtenus au moyen d'applications extérieures, sous forme d'onctions, embrocations, fomentations, etc. Mais les faits ne sont pas comparables dans les deux cas. Dans ceux que nous venons de passer en revue, le contact du liquide empoisonné, avec la peau, est *très court*, il ne dépasse jamais une ou deux heures. Dans ceux que nous allons examiner maintenant, il se prolonge pendant un ou deux jours au moins avant que les effets se produisent, quand ils se produisent toutefois, car ils ne sont pas constans. Or, la durée du contact joue, comme nous allons le voir, un rôle considérable dans la production des résultats; elle explique parfaitement pourquoi les effets, nuls dans le premier cas, ont *quelquefois* lieu dans le second. Un coup d'œil général va, nous l'espérons, nous en donner la démonstration.

D'abord, nous devons en retrancher, comme n'appartenant pas à cette catégorie de faits, quoiqu'on les confonde tous les jours, toutes les médications topiques dont l'action et les effets sont exclusivement locaux. L'absorption suppose, avons-nous dit, le transport de la substance absorbée dans les voies de la circulation. Elle doit produire des effets éloignés aussi bien que des effets locaux; mais c'est par les premiers surtout qu'on la constate. Or, quand vous appliquez un narcotique ou un stupéfiant sur une partie pour calmer la douleur dont elle est le siége, ces médicamens, après avoir pénétré l'épiderme par imbibition, agissent sur les fibrilles nerveuses dont ils émoussent et finissent par engourdir la sensibilité, leur action s'étend de proche en proche aux filets, aux ramuscules, aux rameaux, et quelquefois jusqu'aux troncs nerveux quand ils sont superficiels, mais sans dépasser les limites d'un rayon assez borné, sans produire surtout d'effets généraux, sans avoir été par conséquent absorbés. S'ils pouvaient l'être, il serait à peu près indifférent de les appliquer loin ou près de la partie douloureuse, ils agiraient avec autant de puissance que quand on les dépose sur l'estomac; les doses énormes auxquelles on les emploie en topiques extérieurs compenseraient, et au-delà, la différence d'activité absorbante qui existerait entre la peau et la membrane muqueuse digestive, quelque grande qu'on la supposât. On ne le fait pas cependant. On n'applique pas de laudanum sur le bras droit pour calmer une douleur du bras gauche; on ne pose pas un emplâtre d'extrait gommeux d'opium à la tempe ou derrière l'oreille gauche pour diminuer une névralgie de la joue droite; on ne frictionne même pas, avec de l'extrait de belladone, les paupières et la sclérotique d'un œil pour dilater la pupille de l'autre. L'expérience le défend. Interprétons donc cette expérience. Elle nous dit en termes assez clairs que l'action de ces médicamens est purement locale, et que par conséquent ils ne sont pas absorbés.

Au reste, c'est bien ainsi que paraissent le comprendre, sans l'avouer toutefois, la plupart des partisans de l'absorption cutanée. Parmi les faits qu'ils invoquent à l'appui de leur thèse, ils insistent de préférence sur ceux dont l'action va s'exercer sur des organes profondément situés, et apportent principalement en preuves des exemples de vomissemens, de purgations, d'écoulemens abondans d'urine, obtenus par des dissolutions et des décoctions vomitives, purgatives et diurétiques, en applications sur la peau.

Si ce mode d'emploi des médicamens était aussi constant dans ses effets que le disent les expérimentateurs, il serait généralement suivi de préférence aux moyens d'administration universellement adoptés. La répugnance qu'éprouvent certaines personnes, les femmes et les enfans en particulier, à avaler les drogues, l'impossibilité où l'on se trouve quelquefois de les leur faire prendre, la nécessité généralement comprise de ménager l'estomac, cette cheville ouvrière de l'animalité, l'eussent fait préférer depuis longtemps, même à la méthode qui consiste à dépouiller préalablement la peau de son épiderme. Je soupçonne fort les expérimentateurs de s'être trop pressés de conclure, sur les apparences de faits dont ils ne s'étaient pas donné la peine d'analyser et d'apprécier toutes les circonstances. Confiant dans leurs affirmations, j'ai essayé, moi aussi, aux débuts de ma carrière médicale, de détruire, par exemple, les vers intestinaux chez les jeunes enfans, au moyen de fomentations anthelmintiques sur le ventre, de provoquer la sécrétion urinaire chez des adultes, en emmaillotant le tronc dans des flanelles fortement imbibées d'une forte décoction de digitale, à des doses par conséquent capables d'empoisonner, ou bien en faisant frictionner et recouvrir des jambes infiltrées avec un mélange de teinture de seille et de digitale, et presque toujours sans succès. Dans les cas où j'ai paru réussir, il m'a toujours été facile de trouver, dans quelques autres circonstances du traitement ou de *l'état de l'épiderme*, l'explication plus naturelle de ces succès apparens. Que tous les praticiens de bonne foi interrogent sans prévention leurs souvenirs, ou bien qu'ils expérimentent de nouveau, ils ne tarderont pas à douter au moins de la possibilité de faire pénétrer les médicamens par la peau *revêtue d'un épiderme intact*. On verra tout à l'heure pourquoi je fais cette réserve.

Je ne prétends pas cependant, qu'on ne s'y trompe pas, nier d'une manière absolue la faculté absorbante de la peau. Je veux seulement prouver qu'on en a singulièrement exagéré la puissance, qu'elle ne s'exerce pas tant que le vernis qui la recouvre conserve ses qualités normales, qu'elle est même trop faible pour qu'on puisse en tenir compte en physiologie et en étiologie et en tirer parti en thérapeutique, et, dans ce but, je cherche à faire voir que la plupart des faits sur lesquels on s'étaie pour l'établir, acceptés avec une confiance qui touche de près à la crédulité, n'ont aucune valeur scientifique. Une erreur en physiologie conduit toujours, quand elle est acceptée, à une erreur correspondante en thérapeutique. La croyance exagérée en l'absorption physiologique de la peau, a fait naître une foi presque aveugle à la possibilité de faire pénétrer les médicamens par cette voie, et malgré des déceptions continuelles, on a continué d'avoir pleine confiance dans cette médication, qui ne la méritait tout au plus qu'à titre d'auxiliaire. Là ne s'est pas arrêtée la crédulité. On a conçu l'espérance de nourrir des malades qui ne pouvaient manger, en leur faisant prendre des bains de lait ou de bouillon. On a essayé, et on prétend avoir réussi, à les faire vivre ainsi pendant un ou deux mois, ce qui ne les a pas empêchés de mourir de faim ou bout de ce terme. C'était pourtant le renversement complet des lois de la physiologie et du sens commun. Mais, une fois lancé sur la pente de l'erreur, on ne peut plus s'arrêter. On va, on roule avec une vitesse accélérée, jusqu'à ce qu'on arrive au fond des abîmes de l'absurde et de l'impossible. On ne s'est donc pas demandé si le lait et le bouillon pouvaient devenir des élémens de nutrition, à leur état de bouillon et de lait, s'il ne fallait pas auparavant qu'ils eussent

---

allusion à l'âge avancé de cette femme célèbre, qui, depuis plusieurs années déjà, avait confié sa clientèle à sa troisième fille. D'un autre côté, Mme Boursier, dans un pamphlet sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, et qui fut jeté en pâture à la curiosité publique, le 8 juin 1627, fait allusion à ses trente-quatre années de pratique obstétricale. Enfin, la première édition de son principal ouvrage, qui date de l'année 1609, est précédée d'un portrait de l'auteur, gravé l'année précédente, et sur lequel Louise Bourgeois se donne quarante-cinq ans. De tous ces élémens réunis, et de beaucoup d'autres secondaires qu'il serait trop long de détailler ici, il nous paraît donc certain que L. Bourgeois naquit en 1563, un an avant la naissance de Galilée et de la mort d'André Vésale; ce qui lui donnerait, au bout du compte, lorsque son « grand âge » lui fit abandonner l'exercice de sa profession, 73 ans.

Elle était issue d'une famille aisée appartenant à la bourgeoisie. Son père était assez riche pour avoir fait bâtir, vers l'année 1585, sur le fossé de la porte Buci, qui s'élevait au confluent actuel des rues *Contrescarpe* et *Saint-André-des-Arcs*, des maisons d'une valeur de quinze mille livres. Nous n'avons aucun détail sur les premières années de cette femme qui devait acquérir plus tard un nom si distingué. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à l'âge de 21 ans, elle épousa, le 30 décembre 1584 (1) le sieur *Martin Boursier*, chirurgien-barbier attaché à l'armée du roi, qui avait étudié sous Ambroise Paré, dans la maison duquel il avait demeuré non moins de vingt ans.

La nécessité où il se trouvait de suivre sa compagnie partout où l'appelait le service du roi, fit que Mme Boursier restait à Paris dans sa famille avec laquelle elle vivait en commun, c'est-à-dire avec sa mère et trois enfans. C'était dans l'une de ces maisons, dont nous venons de parler, qui s'élevaient près la porte Buci, et qu'elle avait choisie à cause « du bon air et de la liberté des belles promenades. »

Les troubles de cette époque vinrent briser le calme qui régnait dans cette famille, et furent en même temps la cause éloignée des futurs succès de Louise Bourgeois.

En effet, Henri de Navarre, après divers exploits pour conquérir sa couronne, vint, le 31 octobre 1590, la veille de la Toussaint, mettre le siége devant Paris. Il logea avec son armée dans les villages de Gentilly, Montrouge, Vaugirard et les localités voisines. Sully, le duc d'Aumont et Chatillon, ayant attaqué le faubourg Saint-Germain, l'envahirent la nuit suivante, et les troupes en firent un affreux pillage. Les maisons de la famille Boursier, entre autres, furent complètement saccagées « *jusqu'à la paille, et de manière qu'il n'y resta un baston de bois dont les caves estaient pleines.* » Heureusement que Mme Boursier avait appris, par une de ses voisines, femme d'un officier du roi, que l'assaut devait être donné le lendemain par les troupes du Béarnais. Aussi eut-elle la précaution de se retirer avec sa mère et ses trois enfans dans la ville, emportant quelques meubles. Ce n'était pas chose facile, d'abord, parce que dans ces momens de troubles, dit-elle, on ne pouvait trouver des gens qui voulussent bien porter des meubles, et puis on ne passait qu'à grande peine par la porte St-Germain (au coin de la rue du Paon), pour se mettre à couvert dans l'enceinte de la ville.

A cette époque, en effet, l'enceinte de Paris ne s'étendait pas, au midi, au-delà d'une ligne qui suivrait aujourd'hui, le commencement de la rue Mazarine, du côté de la Seine, la rue Dauphine, la rue Contrescarpe, le passage du Commerce, la rue Tournon, la rue des *Fossés-Monsieur-le-Prince*, la place St-Michel, etc. Tout ce qu'on appelle de nos jours le faubourg St-Germain n'était en effet qu'un *faux bourg* de la ville, en dehors de l'enceinte fortifiée, et « remplie de princes, princesses, seignevrs et dames, présidens et conseillers, et ensuite de toutes personnes de justice, marchands et bons artisans. »

Voilà donc Mme Boursier, d'une position aisée, tombée tout à coup dans la misère. Dénuée de tout, ne vivant que de ce qu'elle avait pu sauver du désastre, obligée, comme elle le dit, de « vendre tous les jours pièce à pièce, » elle ne perdit pourtant pas courage, et se mit à travailler, en attendant le retour de son mari, à divers objets de broderie, « *petit poinct, petit mestier, broderie en jarretières,* » qu'elle enseignait « gratuitement » à des filles ses voisines et ses amies. C'était bien peu pour cinq personnes, dont trois enfans en bas-âge. Aussi les troubles étant à peu près passés, et son mari étant revenu dans ses foyers, Mme Boursier se décida-t-elle, son père et sa mère étant morts tous deux (1), de se rendre à Tours, dans la famille de son mari.

(La suite à un prochain n°.) Dr Achille Chéreau.

(1) Nous avons retrouvé, à l'Hôtel-de-Ville de Paris, dans les registres de la paroisse de St-Sulpice, l'acte authentique de ce mariage. Le mot *acte* est bien prétentieux. A cette époque, où les actes de l'état civil étaient nuls, les curés des diverses paroisses se contentaient d'inscrire sur un registre *ad hoc* les noms des parties intéressées, ainsi que la date de la cérémonie religieuse. Rien de plus. Ainsi, pour le mariage de notre accoucheuse, on trouve seulement cette note : « *Paroisse Saint-Sulpice : Le 30 décembre 1584, mariage de Martin Boursier, chirurgien barbier, et de Loyse Bourgeois.* » Quelquefois on ajoutait à cette simple note d'autres détails relatifs à la famille des conjoints, des décédés, ou des enfans baptisés. Mais c'était lorsqu'il s'agissait de hauts personnages appartenant à la noblesse, à la robe, ou à l'épée. Pour la *plèbe*, on omettait souvent les noms, et la place de ces derniers était remplie par un « *Inconnu!* »

(1) Ch. Bourgeois, le père de notre sage-femme, mourut le 26 juillet 1590, et fut inhumé dans le cimetière de St-André-des-Arcs (archives de l'Hôtel-de-Ville). Quant à sa mère, nous n'avons pu retrouver son acte de décès; mais bien certainement elle mourut entre les années 1590 et 1593.

ÉPIDÉMIES. — La fièvre jaune, qui a perdu de son intensité à la Martinique, vient d'éclater à la Basse-Terre (Guadeloupe), où deux gendarmes, le capitaine de la gendarmerie, plusieurs soldats de la garnison, et deux jeunes prêtres étaient dangereusement malades au commencement de septembre.

La fièvre jaune vient d'éclater à St-Thomas; à St-Louis, les habitans se sont réfugiés sur les hauteurs de l'île, dans la crainte de cette terrible maladie.

A la Jamaïque, la petite-vérole qui y régnait épidémiquement, paraît avoir perdu de son intensité.

subi l'action digestive de l'estomac, du suc gastrique, de la bile et du suc pancréatique, s'il n'était pas indispensable qu'ils fussent préalablement convertis en chyle, si la peau pouvait fabriquer de tels sucs, enfin si la peau digérait. Fi donc! on ne veut que *croire* en matière de science, on se garde bien de se poser des questions aussi embarrassantes. On a donc *cru*; et, d'un fait impossible, on s'est fait un argument inoui en faveur de l'absorption cutanée, car on n'a pas manqué de dire que la peau absorbait, puisque, disait-on, sans le prouver, et j'aimerais à dire, pour l'honneur des expérimentateurs, sans le croire, on avait nourri des malades avec des bains de lait et de bouillon, malades qui, toutefois, je le répète, n'avaient pas moins succombé à la privation des alimens, si on n'était pas parvenu plus tard à les faire pénétrer par la voie ordinaire.

Mais revenons à l'examen des faits d'absorption cutanée des médicamens liquides.

Tant que l'épiderme conserve son intégrité, disais-je il y a quelques instans, il oppose une barrière impénétrable à l'introduction des liquides, chargés ou non des principes médicamenteux. La conserve-t-il, quand il est baigné par le liquide des fomentations, pendant un ou deux jours au moins, car il faut tout ce temps pour que les effets se produisent, et macéré par elles, puisqu'on les emploie toujours chaudes? Évidemment, non. Il se ramollit, il se gonfle, il s'imbibe, il perd ses qualités de vernis *vivant*. Le liquide médicamenteux, parvenu à sa surface interne par imbibition, se trouve en contact immédiat avec le derme. Là, sans doute, il peut être absorbé, et il l'est en effet quelquefois. Mais on peut juger de la lenteur avec laquelle s'accomplissent l'acte d'imbibition d'abord, et ensuite la pénétration dans les voies de la circulation, par le temps qui s'écoule entre le moment de la première application du liquide et le moment où les effets s'en font sentir; on peut apprécier aussi, par les doses énormes auxquelles on est obligé d'employer les agens thérapeutiques dans ce mode de médication, et par la faiblesse et l'inconstance des résultats, le faible degré d'activité avec laquelle l'absorption s'exerce en pareille circonstance, surtout si on la compare avec l'énergie de la même fonction à la surface des membranes muqueuses. Tous les tissus de l'économie absorbent, mais la peau moins que tous les autres peut-être, parce qu'elle est avant tout un organe d'excrétion, et qu'en outre, l'épiderme est placé comme un enduit à sa surface, uniquement pour s'y opposer. Je reviendrai sur ce point. Enfin, la nature des corps dissous favorise ou retarde probablement cette action, elle peut même y apporter un obstacle insurmontable. Séguin avait conclu, de quelques expériences, que les substances étaient absorbées en raison du degré d'irritation qu'elles faisaient naître. Mais l'action irritante produite sur l'enveloppe cutanée, *saine*, par l'émétique et par l'huile de croton tiglium, action qui n'est jamais suivie d'effets vomitifs ni purgatifs, dément cette assertion.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(La suite prochainement.)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE PRATIQUE;

Par M. le d^r Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, etc.

NÉVRALGIES FACIALES; — RÉSECTION DES NERFS; — PROCÉDÉS NOUVEAUX.

Dans les névralgies invétérées de la face qui font le tourment du malade et le désespoir du médecin, ce n'est que lorsque la thérapeutique médicale est restée impuissante, que la chirurgie intervient à l'aide de moyens, dont la valeur n'est pas la même au point de vue pratique :

La section;
La cautérisation;
La résection.

La section simple et directe du nerf, conseillée par Maréchal, André, Boyer, M. Roux, etc., expose trop souvent à la récidive à cause de la réunion des bouts divisés. Il paraît en être de même de la section sous cutanée, malgré les assertions contraires de M. Bonnet (de Lyon).

La cautérisation transcurrente, légère et souvent répétée de la peau, telle que la pratique M. Valleix, est un moyen utile, mais non toujours victorieux.

La résection ou l'ablation d'une portion du nerf affecté, triomphe-t-elle plus généralement du mal?

Oui, sans doute; mais je me hâte d'ajouter que cette opération n'est pas infaillible, et que la thérapeutique chirurgicale en est encore à attendre un moyen plus sûr de guérir les névralgies faciales rebelles, que leurs causes diverses et leur siége variable soustrairont peut-être toujours à la certitude des résultats par un procédé opératoire toujours le même.

En laissant de côté les considérations théoriques nécessairement incertaines, à cause de l'obscurité qui couvre encore les fonctions du système nerveux, et en restant placé au point de vue pratique, il résulte des onze résections que j'ai opérées sur les branches du trijumeau :

1° Que, dans les névralgies de la face, la résection du nerf derrière les rameaux douloureux ou entre les rameaux terminaux et l'origine radiculaire du nerf, peut triompher du mal.

2° Que la guérison peut encore arriver quand cette résection laisse subsister derrière elle; sur la portion radiculaire du nerf, des rameaux névralgiques.

3° Que lorsque deux ou trois branches du nerf trijumeau sont successivement affectées, la résection de la seule branche, primitivement atteinte, suffit quelquefois pour faire taire toutes les douleurs.

4° Que, dans d'autres circonstances où les branches sont encore névralgiques, il faut en opérer la résection de deux pour obtenir l'entière guérison.

5° Qu'après la résection d'une branche du trijumeau, les douleurs, abolies dans les rameaux terminaux, peuvent continuer derrière le point réséqué et dans les autres branches émanant du même tronc.

6° Que des douleurs névralgiques, semblables à celles que les malades éprouvent après l'amputation des membres, sont susceptibles d'apparaître plus ou moins longtemps après la résection.

7° Que l'insensibilité des divers points de la face, qui suit immédiatement la résection des branches du trijumeau, est susceptible de disparaître quelques mois après l'opération, sans que les douleurs névralgiques se reproduisent dans les points redevenus sensibles.

8° Que lorsque, après la résection du nerf sous-orbitaire et du mentonnier, par exemple, les douleurs reparaissent derrière les points réséqués, la récidive peut n'atteindre qu'une seule branche nerveuse, la guérison restant complète dans l'autre.

9° Enfin, que, dans les névralgies faciales doubles, les résections des nerfs opérées sur un côté sont sans influence sur les névralgies du côté opposé.

Ces déductions sont surtout tirées des résultats de ma pratique, car je n'ai trouvé dans les livres, avec des détails suffisans, que les deux cas de résection de nerfs pratiqués par M. Bérard en 1835, et publiés dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, page 441; M. Valleix, dans un *Traité des névralgies* (1841); M. Sandras, dans son livre sur les maladies nerveuses (1851), n'en signalent point d'autres; et, en compulsant les nombreux documens fournis depuis vingt ans par la presse médicale, on ne trouve que les indications d'opérations pratiquées par MM. Warren, Bonnet (de Lyon), Nélaton, Malgaigne, etc.

Après avoir étudié tous les procédés connus pour atteindre les branches du trijumeau, je me suis arrêté aux deux principes suivans :

Lorsque, ainsi qu'on le voit à la face, les nerfs sensitifs arrivent à la peau, après avoir traversé des canaux ou des trous osseux, c'est moins le nerf qu'il faut tout d'abord chercher, que le *canal* qu'il traverse ou le *trou* par lequel il sort.

Avant l'emploi des moyens anesthésiques, les chirurgiens pouvaient, se servant de la douleur pour guide, aller directement à la recherche du nerf; mais ils étaient exposés à le confondre avec des filamens du périoste ou des lambeaux d'aponévrose, comme on le voit dans une observation d'A. Bérard. Aujourd'hui, en suivant le précepte que je donne, toute erreur me paraît impossible, car les canaux divers qui recèlent les nerfs et les trous par lesquels ils émergent, ont une situation à peu près invariable, et, dès qu'on les a mis à découvert, la douleur n'est plus nécessaire pour diriger les recherches.

Dans ce but, je propose de pratiquer, toujours en regard de ces canaux ou de ces trous, une incision courbe à concavité le plus souvent supérieure, comprenant toutes les parties molles jusqu'à l'os. Cette incision donnera un lambeau qui, rapidement disséqué de bas en haut et soulevé, permettra de découvrir le nerf dans le canal après la trépanation, ou à son émergence du trou, de le saisir et de le réséquer. Après la résection, ce lambeau se rabat exactement, et il n'existe qu'une plaie simple à l'abri de la stagnation du pus.

Dans la formation du lambeau, il faudra éviter avec soin d'étendre trop l'incision et d'ouvrir la cavité buccale, ou bien d'entamer les plans fibreux du cou ou celui des paupières. Le traumatisme sera ainsi circonscrit et limité aux parties extérieures de la face.

La recherche du trou sera rendue facile : 1° par les connaissances anatomiques; 2° par l'hémorrhagie de l'artère qui accompagne toujours le nerf; 3° par un sylet boutonné qui y pénétrera; 4° par quelques filamens nerveux, qu'on pourra découvrir dans le voisinage; 5° par la douleur, si le malade n'a pas été éthérisé ou si l'éthérisme n'est pas complet.

La résection devra être aussi étendue que possible, et c'est dans ce but qu'après avoir retranché avec des ciseaux toute la portion du nerf visible en dehors du trou ou dans le canal mis à découvert, j'introduis des cautères rougis à blanc qui le détruisent dans la plus grande étendue possible.

La résection du nerf, par l'instrument tranchant et par le cautère actuel est donc toujours considérable. Au trou sous-orbitaire, elle n'enlève pas moins de 3 centimètres du nerf, tandis que, dans le canal dentaire inférieur, elle en détruit plus de 5 centimètres. Cette circonstance me fait préférer la résection du nerf dentaire inférieur au-dessous et en arrière de la dernière dent molaire, à la résection, en apparence plus simple, du nerf mentonnier.

D'un autre côté, l'introduction du cautère actuel dans les canaux osseux, ne doit-elle pas être de quelque utilité pour les briser, en produire l'oblitération consécutive, et apporter ainsi des entraves de plus à la régénération du nerf?

Après son emploi, il m'est encore arrivé de refouler les extrémités des nerfs avec un stylet boutonné, ou un petit tampon de charpie préalablement trempé dans le chloroforme, et facile à retirer à l'aide d'un fil.

Pour opérer les cautérisations, je me sers de cautères coudés de 3 à 4 millimètres d'épaisseur et présentant un renflement à 5 centimètres de leur extrémité arrondie, dans la partie coudée de l'instrument.

Avant de procéder au pansement, j'ai l'habitude de détacher le périoste dans l'étendue de quelques millimètres autour des trous, afin d'acquérir l'entière conviction qu'aucun filament nerveux n'a échappé à l'action du fer et du feu.

Les hémorrhagies sont peu à craindre dans le genre d'opérations qui nous occupent. On ne divise ordinairement que des artérioles, qu'il est facile de lier, et si l'on est obligé d'inciser l'artère faciale, comme la chose m'est arrivée, elle est si superficielle, qu'on peut en opérer la ligature aisément, et le faire même avant de l'avoir coupée. Le sang que donnent les artères qui accompagnent les nerfs dans les canaux, ou à leur sortie des trous, est peu abondant et facile à arrêter.

Après l'opération, le lambeau appliqué sur la plaie y est maintenu à l'aide de bandelettes de taffetas gommé, ou mieux, avec les très petites serres-fines de M. Vidal (de Cassis).

Les jours suivans, les parties se tuméfient modérément, mais l'inflammation cède après quatre ou cinq jours de l'emploi des cataplasmes émolliens. La suppuration s'établit dans la plaie, et la cicatrisation a toujours lieu dans l'espace d'un mois, et plutôt quand il n'y a pas d'exfoliation osseuse.

Après les résections du trijumeau, la paralysie du sentiment est constante dans les parties de la face où viennent se distribuer les ramifications terminales de la branche coupée. On observe parfois des paralysies partielles du mouvement qui dépendent de la section de quelques rameaux du nerf facial. Cette double paralysie imprime au côté opéré une physionomie particulière : l'aile du nez, la lèvre supérieure sont abaissées; le tissu cellulaire est légèrement infiltré, la cicatrice, quelquefois adhérente, altère encore la régularité des traits et leur symétrie; mais ces légers désordres se corrigent avec le temps, et après quelques mois il ne reste plus que la difformité légère qui tient à la cicatrice elle-même.

Voici, d'après les principes que j'ai indiqués plus haut, les procédés opératoires que j'ai mis en pratique et qui s'adressent tous à des nerfs sensitifs, les nerfs moteurs n'ayant que faire dans la question des névralgies faciales.

Résection du nerf dentaire inférieur dans son canal.

Incision courbe à concavité supérieure de 4 centimètres, correspondant à la face externe de la portion horizontale de l'os maxillaire inférieur et descendant jusqu'à 4 millimètres au-dessus de la base de l'os. Cette incision partant du bord antérieur du masséter en avant de l'artère faciale qu'un aide maintient sous ses doigts, finit près du trou mentonnier. Les tissus étant du même coup divisés jusqu'à l'os, le lambeau est soulevé et détaché à l'aide d'une spatule, dans une étendue convenable, sans ouvrir la cavité buccale. On applique ensuite sur l'os au-dessous de la dernière grosse molaire une couronne de trépan de 15 millimètres de diamètre, et dès qu'elle l'a entamé dans sa table externe et dans son tissu spongieux seulement, on fait sauter la virole avec une spatule ou un élévatoire. Le sang est abstergé avec des éponges fines; son effusion est arrêtée, au besoin, avec de l'eau froide, et l'on aperçoit le nerf, qu'on reconnaît à sa forme, à sa couleur et à sa direction. On le soulève à l'aide d'une sonde cannelée, on le résèque avec des ciseaux ou la pointe du bistouri dans toute l'étendue de la plaie osseuse. Les cautères engagés ensuite dans les deux bouts du canal, en opèrent la destruction dans la plus grande étendue possible.

Si, après l'évulsion de la virole, le canal n'est pas mis à nu, on le découvre aisément en brisant, avec une spatule, les faibles lames de tissu spongieux qui le recouvrent encore.

Il arrive quelquefois, que le canal dentaire inférieur est double et que la sonde cannelée parcourt, sans trouver le nerf, le canal vide; or, comme celui-ci est toujours placé au-dessous de celui qui contient le nerf, et qu'il n'en est séparé que par de minces lamelles osseuses, il est un guide excellent pour trouver immédiatement le canal que l'on cherche.

L'artère dentaire inférieure ne donne jamais qu'une hémorrhagie légère, qu'il est facile d'arrêter par la cautérisation ou par l'introduction dans le canal de quelques filamens de charpie. Ce moyen hémostatique est si simple, et l'ensemble de l'opération si facile, qu'on pourrait la pratiquer dans les cas d'hémorrhagies rebelles et compromettantes qui suivent l'évulsion d'une grosse molaire inférieure.

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(Extrait des procès-verbaux de la Société.)

Ectopies congéniales du testicule et maladies de ces organes engagés dans l'aine.

M. Debout, dans une des dernières séances, en rendant compte de la thèse de M. Lecomte sur les ectopies congéniales du testicule et les

maladies de ces organes engagés dans l'aine, avait d'abord fait ressortir tout ce que l'étude d'un pareil sujet avait d'intéressant, non seulement sous le rapport physiologique, mais aussi sous celui de la pathologie chirurgicale.

Hunter a émis cette opinion que les glandes séminales restées dans l'abdomen ne possédaient pas les qualités qui les rendaient propres à la fécondation : cette assertion a été souvent discutée, et M. Debout a cherché à prouver, par l'examen des faits rassemblés dans un travail récent de M. Follin, qu'elle est loin d'avoir les caractères de loi qu'on lui accorde, et il a résumé ainsi la question :

Lorsqu'aucune cause morbide apparente n'est venue exercer son influence sur l'évolution des testicules situés dans la cavité abdominale, le petit volume de ceux-ci est dû seulement à un arrêt dans leur développement organique et non à une atrophie. Des faits observés par MM. Lallemand et Wilson, prouvent que cet état observé sur des testicules descendus dans les bourses, a pu disparaître sous l'influence des excitations vénériennes; on ne pourrait donc pas affirmer que, chez les individus encore jeunes, chez lesquels on observe une disposition semblable et double, l'évolution des organes inclus ne se complètera pas, et qu'ils seront atteints dans leur virilité. Reste encore la question d'aptitude à la reproduction; cette dernière ne peut être tranchée que par des expériences faites sur des animaux chez lesquels les testicules ne sont pas apparens.

De toutes les espèces de déviation du testicule, l'inclusion inguinale est celle qui prête aux considérations pratiques les plus importantes. Les points sur lesquels M. Debout a cru devoir fixer l'attention de la Société sont : 1° l'opportunité de l'intervention du chirurgien; 2° l'époque à laquelle elle doit avoir lieu; 3° quels sont les moyens les plus convenables à employer.

Un très grand nombre d'enfans naissent avec les testicules restés dans la cavité abdominale; plus tard, ces organes descendent, mais ce n'est pas constant; les chirurgiens chargés du conseil de révision l'ont souvent observé. Le grand nombre de déviations que M. Debout a pu examiner dans divers services des hôpitaux de Paris lui fait demander si le praticien ne doit pas intervenir lorsqu'il se trouve en présence d'une semblable anomalie. Les chances d'erreur, et surtout les exemples nombreux de lésions des testicules engagés dans l'aine, paraissent au rapporteur des motifs plausibles d'intervention. A quelle époque faut-il intervenir? Faut-il provoquer la migration de l'organe, ou doit-on aider seulement son évolution? M. Debout, dans la pratique, s'est borné à ce dernier point; à propos de ce sujet, il a exposé les moyens divers dont le chirurgien peut disposer suivant l'âge des enfans.

La glande séminale, renfermée dans le canal inguinal, a été comparée à une anse intestinale. Or, les mêmes causes qui favorisent dans l'enfance la formation des hernies, peuvent aider à la descente des testicules; on en a vu des exemples : le chirurgien ne doit donc repousser aucun moyen naturel. Plus tard, vers la puberté, on peut s'adresser à des moyens directs plus actifs; tous les exercices gymnastiques peuvent être d'une grande utilité. Parmi les diverses ressources chirurgicales, M. Debout signale l'emploi du bandage que, d'après le conseil de M. Guersant, il a employé avec succès pour empêcher le testicule de remonter après avoir franchi l'anneau. Il blâme énergiquement toute opération sanglante, dans laquelle on va chercher le testicule pour l'amener au-dehors.

M. Follin rappelle les faits qu'il a publiés dans un travail inséré aux *Archives de médecine* (juillet 1851). Ces faits venaient démontrer l'assertion de Hunter. Par des dissections et des examens microscopiques, il est parvenu à établir que presque tous les testicules retenus à l'anneau ou dans l'abdomen, subissent dans leur volume ou leur texture des modifications profondes. Ainsi, la plupart de ces testicules sont atrophiés; la plupart aussi éprouvent une grave altération dans leur texture; les canalicules séminifères se résorbent, et les cloisons fibreuses, qui seules persistent, donnent à la substance testiculaire l'apparence du tissu fibreux. Dans d'autres cas, il a trouvé ces testicules envahis par une infiltration graisseuse. Depuis, dans tous les cas où il a été possible d'examiner le sperme contenu dans ces testicules retenus à une place anormale, il a constamment remarqué une absence de spermatozoïdes. Quelques globules granuleux et des cellules d'épithélium infiltrées de graisse se laissaient seuls voir dans le fluide spermatique. Appuyé sur ces faits, il a été conduit à soutenir que de tels organes étaient impropres à la fécondation; car les expériences de Prevost et Dumas lui semblent avoir établi que le sperme, dépouillé de ses spermatozoïdes, n'est plus fécondant. Comme confirmation de ce qu'il avance, il met sous les yeux de la Société des testicules pris chez un cheval anorchide. Ces testicules flottaient librement dans la cavité abdominale; leur volume est très médiocre, comparé au volume du testicule normal du cheval. L'un d'eux n'atteint pas en grosseur le quart d'un testicule sain. Ces organes sont flasques. Une coupe faite dans leur milieu n'y fait voir qu'un tissu fibreux jaunâtre mêlé à quelques canaux séminifères peu développés. Il ne lui a pas été possible d'extraire de ces testicules ni de leurs canaux déférens du véritable sperme; on n'en faisait sortir qu'un liquide jaunâtre, épais, entièrement dépourvu de spermatozoïdes.

En terminant, il fait remarquer que les vaisseaux sanguins et les canaux déférens de ces testicules avaient éprouvé plusieurs torsions sur eux mêmes. Ce mouvement de torsion, produit sans doute par les déplacemens très fréquens qu'éprouvent les testicules au milieu du ventre, n'est peut-être pas étranger à l'arrêt de développement de l'organe. En résumé, d'après l'examen de tous ces faits, M. Follin est porté à conclure que les testicules retenus pendant quelques années dans le canal inguinal ou dans l'abdomen, y subissent assez promptement des altérations qui compromettent gravement la sécrétion du sperme.

M. Gosselin s'est occupé de faire des recherches sur les modifications que les testicules éprouvaient lorsqu'ils ne pouvaient franchir l'anneau inguinal; il ne lui est pas arrivé de rencontrer encore les deux testicules renfermés dans l'abdomen, mais constamment celui qui n'était pas descendu dans le scrotum lui a paru un peu atrophié. Il croit, du reste, que, dans ces cas, il faut toujours examiner au microscope si le liquide renferme des spermatozoïdes, surtout dans le canal de l'épididyme. Chez les monorchides, le testicule apparent a un volume normal.

Cette question ne lui semble pas, du reste, avoir dans la pratique une grande importance.

Au point de vue médico-légal, si les deux testicules étaient renfermés dans l'abdomen, il faudrait agir avec une grande réserve, car jusqu'à ce jour on n'est pas suffisamment éclairé sur ce point.

Quel sera, dans ce cas, le rôle du chirurgien? Doit-il intervenir, comme Blandin l'a conseillé? Il ne le croit pas; il y a trop d'accidens à craindre.

Faut-il placer un bandage? C'est encore un point douteux; ainsi, lors même que le testicule est descendu, il ne faut pas oublier que constamment il a de la tendance à remonter et qu'il est exposé à être meurtri par le bandage. Lorsque chez des enfans de quatre ou cinq ans il existe une hernie, faut-il mettre un bandage? C'est encore une question bien difficile à résoudre; car si le bandage maintient la hernie, il empêche la descente et le développement du testicule. Il croit que, dans ces cas, ce qu'il y a de mieux, c'est d'observer l'enfant et de faire rentrer la hernie lorsqu'elle est gênante; il y a peut-être moins d'inconvénient à maintenir le testicule et la hernie réduits. Il lui semble plus prudent d'attendre quelques années.

M. Gerdy pense qu'il faut faire grande attention quand on est consulté sur de pareils sujets; il est difficile de se faire une idée des préjugés qui règnent dans certaines classes. Ce dont il faut surtout bien se garder, c'est d'affirmer qu'un individu est incapable d'avoir des enfans parce que les deux testicules ne sont pas très développés ou qu'ils sont inégaux.

M. Michon : M. Follin présente des faits et des pièces anatomiques empruntés à la médecine vétérinaire. Dans les animaux comme dans l'homme, la question est complexe. Chez eux, en effet, les testicules présentent, comme chez l'homme, des vices de conformation et de position différens; l'âge de la vie auquel on les étudie doit être pris en grande considération.

Lorsque les deux testicules sont retenus dans l'abdomen, les animaux sont dits *anorchides* et *monorchides* lorsqu'un seul testicule présente ce vice de position. Mais les testicules retenus dans l'abdomen n'affectent pas toujours une position unique et dans une même région; ils peuvent rester dans la région lombaire, ou bien se présenter près de l'orifice de l'anneau inguinal. On comprend qu'ils peuvent avoir subi un arrêt de développement ou un travail d'atrophie ; il est certain aussi que, dans un bon nombre de cas, ils présentent du moins toutes les apparences d'un testicule normalement conformé.

M. Michon a vu plusieurs fois dans la race porcine des individus monorchides, qui avaient subi l'ablation du testicule sorti au dehors, être soumis à l'extraction de l'autre testicule par l'ouverture de l'abdomen. Ces testicules, restés dans la région iléo-lombaire, étaient retenus par un cordon court, vasculaire et bien nourri; ils m'ont présenté les apparences d'un testicule sain. Mais ils n'ont pas été examinés au microscope ; je ne pourrais pas dire s'ils contenaient des animalcules spermatiques.

Les poulains que l'on castre vers l'âge de deux ou trois ans sont quelquefois monorchides, et les opérateurs ambulans se hâtent de couper le testicule sorti au dehors, parce qu'ils ont la conviction que l'ablation de ce testicule détermine l'évolution complète de celui qui est resté en dedans, et alors la castration est opérée en deux fois. Eh bien, dans l'intervalle de ces deux opérations, avant que le second testicule fût sorti, il est arrivé plusieurs fois à ma connaissance que des paternités ont été attribuées à ces poulains monorchides, parce qu'il ne se trouvait pas dans les environs d'autres chevaux ayant des testicules. Je ne cite pas ces faits comme des preuves scientifiques, ils n'en ont pas tous les caractères.

Un vétérinaire dont le savoir et le mérite sont d'une grande autorité, M. Roubaux, a émis l'opinion que les chevaux anorchides sont inféconds. Il a rapporté, à l'appui, l'observation qu'il a faite sur un cheval âgé, auquel un testicule avait été enlevé par la castration, l'autre étant resté dans l'abdomen. Cet animal a pu monter trois fois une jument dans un laps de temps assez court, et le liquide de l'éjaculation, recueilli dans un vase, fut immédiatement examiné au microscope sans qu'on pût y reconnaître d'animalcules spermatiques. Cette expérience n'autorise pas, selon moi, une conclusion absolue. D'abord l'animal ne se trouve pas exactement dans les conditions des anorchides. Il a perdu par l'opération un testicule normal, celui qui lui reste dans l'abdomen a probablement subi bien des vicissitudes, car l'animal est âgé.

L'observation journalière apprend que les testicules retardataires, soit qu'ils finissent par sortir, soit qu'ils restent inclus dans l'abdomen, sont soumis de temps en temps à des efforts d'expulsion comparables, sous quelques rapports, au travail qui se remarque dans la sortie difficile des dents de sagesse, et que ces inflammations répétées, capables, dans quelques cas, d'amener des adhérences avec les parties voisines, peuvent bien aussi conduire graduellement à l'atrophie de l'organe inclus.

Dans l'homme, la question qui peut recevoir quelques lumières de l'étude des animaux au point de vue de l'anatomie et de la physiologie, prend une bien plus grande importance quand il s'agit de thérapeutique. La chirurgie doit-elle et peut-elle intervenir utilement pour favoriser la descente du testicule? La médecine opératoire me paraît devoir être mise de côté. Il importe de distinguer l'époque de la vie à laquelle on observe ce vice de conformation. Chez les adultes, il y a peu de chose à espérer, peu de chose à tenter. Lors même que le testicule a franchi l'anneau, il ne descend pas dans le scrotum, non seulement parce que la bourse ne s'est pas développée, mais surtout parce que le gubernaculum n'existe pas ou n'existe plus.

A l'époque de la puberté, la chirurgie peut être d'une grande utilité, surtout si on saisit l'instant favorable. Il y a quelques années, alors qu'on regardait encore l'occlusion du testicule dans l'abdomen comme une circonstance plutôt favorable que défavorable à la génération, on fermait l'anneau par un bandage, dans la crainte que le testicule ne fût suivi par une hernie. Le précepte était donné et suivi par Marjolin. Cette pratique a non seulement le mauvais effet moral dont il a été question, de ne laisser apparaître qu'un seul testicule ; mais elle expose à des douleurs violentes chaque fois que le testicule est poussé par un travail, un effort de la nature qui tend à le porter au dehors. Un exemple de ce genre est à ma connaissance.

Il convient d'abandonner les choses aux efforts de la nature en exerçant une surveillance attentive, et de retenir le testicule au dehors en fermant l'anneau avec un bandage. C'est ce que j'ai fait deux fois avec un succès complet. Dans un des deux cas, la lutte fut fort longue et dura plus d'une année. Plusieurs fois le testicule sorti rentra dans l'abdomen, parce que je n'étais pas là pour placer le bandage, parce qu'un effort l'avait déplacé, et le testicule rentré restait un temps assez long, quelquefois plus d'un mois, avant de sortir de nouveau; enfin l'anneau s'est refermé sous la pelote d'un bandage, et le testicule est resté logé définitivement dans le scrotum avec son développement ordinaire, sans que le jeune homme, aujourd'hui adulte, ait conservé de hernie ni d'incommodité.

Lorsque la descente du testicule est compliquée de hernie, il est manifeste qu'il ne saurait y avoir de règle générale; si la hernie est sans adhérence avec le testicule, elle doit être retenue dans l'abdomen et le testicule maintenu au dehors. C'est la conduite que j'ai tenue chez un jeune vétérinaire chez lequel j'avais pratiqué l'opération de la hernie inguinale pour un étranglement très grave. L'entérocèle congéniale était accompagnée d'un testicule non complètement descendu dans la bourse; j'ai réduit l'entérocèle et maintenu avec succès le testicule au dehors. Dans le cas d'adhérences de l'intestin avec le testicule, la conduite à tenir doit être différente; elle n'est pas susceptible de préceptes généraux.

M. Larrey : La fréquence des anomalies du siége de ces organes est telle, que les médecins militaires sont à même d'en observer un grand nombre. Les variétés que j'ai rencontrées, pour ma part, notamment dans les conseils de révision, m'ont engagé à les différencier sous les titres d'*inclusions pelvienne*, *inguinale*, *périnéale*, etc. La classification et l'étude de ces anomalies, ainsi que les recherches d'histoire, d'anatomie et de clinique me paraissent avoir été assez bien exposées par l'auteur de la thèse, pour qu'il appartienne à M. le rapporteur d'en apprécier la valeur.

Si j'avais à me prononcer aussi sur la question délicate de la virilité, dans les cas d'inclusion abdominale du testicule, en admettant d'ailleurs les différens degrés d'altération, de transformation ou d'atrophie signalés par MM. Follin et Gosselin, je n'hésiterais pas à soutenir, comme le professeur Gerdy, que les cryptorchides se trouvent souvent placés dans des conditions telles, qu'ils peuvent inspirer aux femmes un éloignement absolu, ou ressentir eux-mêmes un profond chagrin de leur apparente infirmité. Il faut dire *apparente*, parce que, dans un bon nombre de cas, ainsi que l'a observé M. Michon chez certains animaux, l'absence extérieure des testicules n'est pas incompatible avec la faculté procréatrice. Je suis d'autant plus porté à le croire, lorsqu'il s'agit d'une inclusion pelvienne plutôt que d'une inclusion inguinale, celle-ci exposant davantage le testicule à diverses altérations et à l'atrophie par compression.

Quant à l'intervention chirurgicale dans les anomalies de position du testicule, elle me semble aussi devoir être très réservée, soit comme traitement mécanique, soit comme médecine opératoire, à moins d'indications spéciales. C'est, du reste, une question qui sera discutée plus à propos, lorsque M. Debout aura complété la lecture de son savant rapport.

M. Guersant : Très souvent, à l'hôpital des Enfans, on nous amène de jeunes sujets chez lesquels l'évolution du testicule est incomplète, et voici la pratique que je suis habituellement dans ces circonstances :

1° Dans les cas où le testicule se présente à l'anneau seul, sans hernie, je conseille de ne pas s'en occuper et d'attendre les efforts de la nature.

2° Lorsque le testicule commence à sortir de l'anneau et qu'il y a hernie, je me trouve bien de faire porter le bandage herniaire en l'appliquant avec beaucoup de précaution, de manière à chasser le testicule et à maintenir la hernie; mais ce moyen n'est bon qu'autant que l'enfant est docile et comprend la manière d'appliquer lui-même son bandage, ou que ses parens sont assez soigneux et assez intelligens pour surveiller l'enfant en l'absence du chirurgien.

3° Enfin, lorsque la hernie adhère au testicule, et que tous deux, en franchissant l'anneau, déterminent des accidens répétés, je crois qu'un bandage herniaire doit maintenir le tout réduit.

Ces différens cas se présentent très souvent à l'hôpital des Enfans, et je n'ai point eu à me plaindre de la conduite que je viens d'indiquer.

J'ajouterai qu'un bon nombre d'individus de 12 à 15 ans restent avec un testicule engagé à l'anneau sans qu'il sorte jamais complètement.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Nouvelles du choléra. — Les nouvelles de la Prusse, en date du 20 septembre, sont un peu plus satisfaisantes relativement aux progrès du choléra, et bien qu'il ait envahi aujourd'hui toute la Pologne, non seulement il a perdu de sa gravité, mais encore le nombre des cas a beaucoup diminué. A Berlin, trois hôpitaux ont été ouverts, et à Posen, du 20 juillet au 20 septembre, on a compté 2,494 cas et 1,235 décès. Toutes les écoles publiques ont été fermées : à Kœnisberg, deux membres de la Législature ont succombé.

— On écrit de Berlin, 24 septembre : La température moins chaude que nous avons eue ces jours derniers paraît arrêter la marche du choléra, et les craintes qu'on éprouvait à l'égard de Berlin commencent à se dissiper. Cette opinion est confirmée par un rapport officiel sur les progrès du choléra, car d'après ce rapport il ne s'est point propagé dans la Marche de Brandebourg, où il n'y a eu que quelques cas de maladie isolés. Trois cas seulement se sont présentés hier. Les nouvelles de la province de Posen et de la Prusse occidentale commencent à être plus rassurantes à ce sujet.

Ces rassurantes espérances ne paraissent pas s'être entièrement confirmées ; car les nouvelles de Berlin, en date du 28, portent ce qui suit : avant-hier, à midi, on comptait à Berlin 71 cas de choléra; le 29, jusqu'à midi, 3 cas nouveaux, ainsi 74 en tout. Il y a eu 41 décès, 14 guérisons; 19 personnes sont encore en traitement.

— M. Magne, oculiste des crèches du département de la Seine, etc., a repris son cours de clinique oculaire, rue Louis-le-Grand, n° 3, et le continuera tous les lundis, à midi et demi. La visite des malades aura lieu à onze heures et demie.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 120. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 7 Octobre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
—
Pour Paris et les Départemens :
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
—
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 OCTOBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE LA CONTAGION DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

Par respect pour la science, par respect pour l'Académie, nous ne dirons que quelques mots de l'étrange discours prononcé par M. Gerdy, immense diatribe, maladroite imitation ou plutôt parodie ridicule d'un des chefs-d'œuvre de l'esprit humain, des *Provinciales*, réquisitoire haineux, tout imprégné de fiel, et dans lequel on ne savait distinguer ce qui répugnait le plus, ou la misère du fond, ou la trivialité de la forme. On s'attendait certes aux rudesses de langage de cet orateur, mais il a dépassé toutes les prévisions, et il les a poussées jusqu'aux limites où ne peuvent plus le suivre les hommes de goût et de bonne compagnie. L'assistance, affligée par le triste spectacle que donnait un membre de l'Académie, un professeur de pathologie, cherchant à dissimuler par la violence du discours son ignorance radicale du sujet, a témoigné plusieurs fois par ses murmures, de la pénible impression qu'elle éprouvait. Ce n'est là ni de l'examen, ni de la critique, c'est de la personnalité injurieuse, et M. Ricord aurait raison de nous traduire devant les tribunaux si nous reproduisions dans nos colonnes ces outrages adressés par M. Gerdy à sa bonne foi, à sa véracité, à son honneur scientifique et professionnel.

Par quelques mots prononcés d'une voix émue, M. Ricord a infligé à M. Gerdy le juste châtiment qu'il méritait, et l'assemblée tout entière, par d'unanimes et chaleureux applaudissemens, a noblement vengé M. Ricord des injures qu'il venait de subir.

Amédée LATOUR.

MORT DE M. LE PROFESSEUR A. RICHARD.

La Faculté de médecine de Paris vient de faire une perte considérable; un de ses meilleurs professeurs, M. A. Richard, qui occupait avec une si grande distinction la chaire de botanique et d'histoire naturelle, a succombé lundi, à un âge où il pouvait encore rendre de longs et d'éminens services, à la maladie chronique qui avait mis déjà plusieurs fois sa vie en danger. M. A. Richard était membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. Ses cours attiraient la foule des élèves; ils étaient remarquables par la facilité, la clarté et l'élégance ds l'exposition. M. Richard était très aimé de ses collègues et des élèves, et il méritait de l'être par l'aménité, la bienveillance et le charme de ses relations. Ses ouvrages, qui ont eu de très nombreuses éditions, sont devenus classiques. M. Richard était un des plus savans botanistes de notre époque. Ses opinions faisaient autorité surtout en anatomie et en physiologie végétales, où il a combattu jusqu'à la fin contre les doctrines de M. Gaudichaud, son collègue à l'Institut. Cette mort prématurée fait un grand vide dans la science et dans l'enseignement.

M. A. Richard laisse un fils, déjà médecin, déjà chirurgien du bureau central des hôpitaux, déjà connu par des travaux distingués, et qui promet de perpétuer avec honneur un nom deux fois cher à la science. M. A. Richard, qui vient de s'éteindre, était en effet fils du célèbre botaniste et professeur Richard, membre de l'Académie des sciences.

Les obsèques de M. Richard auront lieu demain jeudi, à onze heures. Le convoi partira de la maison mortuaire, rue d'Enfer, n° 47.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI CONTINU ET GÉNÉRAL DE L'EAU A LA GLACE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. Briquet, l'un des médecins de l'hôpital de la Charité, a fait, dans la dernière séance de la Société de médecine de Paris, une communication intéressante sur des essais qui ont été entrepris depuis environ six semaines, dans cet hôpital, au sujet d'un traitement par l'emploi *continu et général* de l'eau à la glace dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Ce traitement, proposé et mis en pratique par M. Wanner, est fondé sur cette donnée, que l'augmentation de la chaleur étant un des principaux symptômes des maladies, on doit amener du soulagement en la diminuant. Cette méthode ne diffère essentiellement de tout ce qui a été fait en ce genre, jusqu'à present, qu'en ce que l'eau à la glace est maniée sur une plus grande échelle. Ainsi, pour opérer le refroidissement du corps, on met le malade à peu près nu, sur un lit dur, et on le recouvre d'une sorte de cage analogue aux cerceaux à fracture; on le lave continuellement avec des éponges imbibées d'eau, dans laquelle on ne cesse de faire fondre de la glace. Des infirmiers sont occupés, nuit et jour, à ces lotions, qu'on appelle des *passes*. En même temps, on fait avaler des morceaux de glace, et l'on donne, dans les vingt-quatre heures, huit lavemens à l'eau abaissée à la même température. Aucun autre moyen ne doit être employé concurremment.

Les deux premiers essais ont eu lieu dans le service de M. le professeur Andral, et M. Briquet, y ayant constaté quelques effets avantageux, a permis qu'ils fussent continués sur cinq malades de ses salles. Parmi ces malades, quelques-uns étaient pris d'une manière très grave; ils étaient plongés dans un grand abattement, offraient des tremblemens, de la pesanteur et des douleurs de tête, du délire, une fièvre vive; en général, peu de diarrhée, car ce symptôme manque assez généralement dans l'épidémie actuelle. Au bout de quelques heures de l'application du traitement, tous les phénomènes cérébraux disparaissaient presque complètement; un malade, qui gisait sans mouvement, put se mettre sur son séant, parler et déclarer qu'il se sentait la tête libre. Cette amélioration eut lieu chez des malades qui ne l'avaient pas éprouvée par des sangsues derrière les oreilles et par des purgatifs.

M. Briquet fait remarquer, toutefois, que ces résultats n'ont paru ni avoir une influence notable sur la durée de la maladie, ni, en somme, diminuer ses chances fatales; si deux malades, en effet, moins gravement atteints, sont entrés en convalescence après quinze à vingt jours, d'autres n'y sont arrivés que du vingt-cinquième au trentième jour; et un dernier a succombé.

Un traitement aussi rigoureux n'est pas sans produire un certain effroi sur les médecins, et surtout sur les malades. Un ouvrier maçon, entr'autres, fut pris d'un tremblement extrême, sa peau offrit une teinte bleuâtre; cet ensemble lui donnait un aspect hideux. Quelques malades, qui conservaient leur connaissance, refusèrent de se laisser traiter de cette manière, et une jeune femme eut assez de volonté pour se faire emporter hors de l'hôpital. Malgré cette apparence inquiétante, on n'a pas observé d'accidens; la bronchite et l'engouement pulmonaire, qui accompagnent habituellement la fièvre typhoïde, n'ont paru augmenter que dans un seul cas.

Nous ne devons pas omettre de dire que M. Briquet est trop sage pour être enthousiaste d'une telle méthode. Loin d'ajouter foi aux dires de M. Wanner, qui prétend que si on ne l'emploie pas dans toute sa pureté, elle fait plus de mal que de bien, il déclare, au contraire, qu'elle doit être employée avec modération, avec intelligence, qu'on doit la proscrire chez certains individus, et, dans toutes les circonstances, ne pas la continuer longtemps. S'il est positif, suivant lui, que la température est sensiblement abaissée, même au thermomètre, que les accidens cérébraux sont modifiés avantageusement et d'une manière durable (résultat d'une grande importance dans une maladie où le système nerveux est particulièrement atteint), et qu'il n'y a pas extrêmement à redouter les complications du côté de la poitrine; il pense, néanmoins, que les chances de succès ne sont pas plus défavorables par les autres méthodes.

Cette prudente réserve, nous la partageons avec le savant médecin de l'hôpital de la Charité, et, nous le répétons, nous ne trouvons de nouveau, dans ce traitement, que l'exagération qui en rend l'emploi impossible, même dans un hôpital. Depuis plus de cent cinquante ans, ainsi que l'a fait remarquer M. Aran au comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE, à propos de cette communication, on a employé le froid dans ces maladies; on plongeait les malades dans de la neige, et même on les balançait pour activer l'évaporation. Ne se souvient-on pas, d'ailleurs, des communications adressées à ce journal même par MM. Andrieux de Brioude, et Meyer, de Bedfort, qui se trouvaient bien d'envelopper des malades dans des draps mouillés? Et enfin, ne trouve-t-on pas, dans le traité du froid, *intus* et *extra*, de M. Lacorbière, une foule de guérisons par cet agent employé de toute façon?

Si donc nous avons cru devoir mentionner ces nouveaux essais de traitement, nous avons eu, moins pour but de constater encore les bons effets du froid dans les divers symptômes nerveux, que de préserver de pratiques exagérées nos jeunes confrères qui pourraient se laisser séduire par tout ce qu'ils ne manqueront pas d'en entendre raconter.

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

RÉTROVERSION AVEC FLEXION (VARIÉTÉ).

§ Ier. *Définition.* — Cette espèce de déviation est constituée par une variété de rétroversion dans laquelle l'axe de l'utérus étant complètement renversé en arrière, il y a néanmoins une ou plusieurs flexuosités, qui, sans changer la direction générale de l'organe lui donnent une forme onduleuse; c'est ce qui fait que les cas de ce genre ne peuvent pas être confondus avec la rétroflexion, dans laquelle il y a deux axes bien distincts et réunis à angle aigu, un pour le corps, l'autre pour le col. Mais tout en les rapprochant de la rétroversion, on doit bien les en distinguer, puisque toutes légères que soient ces flexions, il faut en tenir compte lorsqu'on pratique le cathétérisme.

Elles se sont présentées plus souvent à notre observation unies à la rétroversion qu'à l'antéversion, puisque nous avons pu en recueillir 11 cas, tandis que nous avons eu seulement 3 cas d'antéversion avec flexion.

La flexion a été le plus souvent simple; l'utérus décrivant une courbe à concavité tantôt inférieure, tantôt et plus rarement supérieure; tandis qu'il était renversé en arrière. Deux fois seulement j'ai reconnu l'existence de deux flexions en sens opposé, sur le même utérus, qui était alors très volumineux et très profond. Jamais je n'ai trouvé trois flexions sur le même sujet.

§ II. *Étiologie.* — L'*âge* a varié de 18 à 54 ans au moment de l'observation; il était donc, en moyenne, de 31 ans moins une fraction. Au début, il a été comme pour les autres déviations, en moyenne de 25 ans plus une fraction.

Ce qu'il y a eu de plus remarquable, c'est que sur 11 sujets qui nous ont présenté cette variété, 7, dont une vierge, *n'avaient pas eu d'enfans*; 6 avaient donc été inaptes à la conception; 3 n'ont eu qu'un seul accouchement; 1 en a eu cinq, et les symptômes ne sont apparus qu'après le dernier.

L'*accouchement* a été, en général, facile et n'a rien présenté de particulier. Le tempérament, la constitution, la menstruation n'ont rien présenté de différent de ce qui a été noté pour les autres formes.

Comme cause de la déviation, on aurait pu soupçonner dans un cas la présence d'une *tumeur fibreuse*; la sonde pénétrait à 10 centimètres, et vous savez qu'habituellement, même dans les cas d'engorgement considérable, elle ne va pas au-delà de 7 centimètres 1/2 ou 8 centimètres. Aussi M. Simpson a-t-il dit que toutes les fois qu'elle dépasse 8 centimètres on doit supposer qu'il existe une tumeur fibreuse interstitielle. Mais dans le cas dont il s'agit, il n'en était pas ainsi, puisque, après le redressement, il y a eu guérison complète, et l'utérus a considérablement diminué de volume. D'où je conclus que si la proposition de M. Simpson est vraie dans un certain nombre de cas, elle est au moins trop absolue.

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2, 4, 21, 23, 28 et 30 Septembre.

Chez la même femme j'ai éprouvé une certaine résistance pour remettre l'utérus dans une bonne direction, mais enfin j'y suis parvenu ; tandis que chez une autre, qui est encore dans nos salles, je n'ai jamais pu surmonter cette résistance. Probablement il y a, chez cette dernière, des *adhérences* qui ont pu ne pas être étrangères à la production de la déviation.

Dans deux cas enfin, la maladie paraît avoir été occasionnée par une *chute*; nous n'avons pas eu d'observation où elle l'ait été par un *effort violent*.

§ III. *Symptômes*. — Les symptômes, comme dans toutes les autres formes, ont été très variés; principalement dans le cas suivant, dont l'observation présente les détails les plus intéressans :

Observation XVII. — T..., d'une constitution assez bonne, d'un tempérament nerveux, ayant une excellente hygiène, est âgée de 30 ans. Elle est vierge. Sa première menstruation a eu lieu à 14 ans, et les règles n'ont rien présenté de particulier jusqu'à 18 ans.

A cette époque, elle fit sur le siége une *chute* à la suite de laquelle elle ressentit des douleurs excessives dans les aines, dans les reins, dans les cuisses ; elle eut des envies incessantes d'uriner, de la constipation et une douleur telle pendant la défécation, que les garderobes étaient devenues impossibles. Il survint une leucorrhée légère, et la douleur qui s'était étendue jusqu'à la fesse fut si intense, qu'on crut à une névralgie sciatique et que l'on fit appliquer un moxa à la région sacrée.

Les symptômes continuèrent, l'appétit diminua, il y eut des envies fréquentes de vomir, et quelques vomissemens qui firent croire à une dispepsie ; les vomitifs, administrés pour combattre cette maladie, parurent plutôt aggraver les accidens; la malade fut prise d'une toux sèche, et l'on crut à une gastrite chronique, puis à une maladie du foie, contre lesquelles on dirigea un traitement antiphlogistique (saignées, sangsues, puis vésicatoires volans).

Bientôt il y eut des palpitations avec de l'œdème, que l'on supposa dus d'abord à une maladie du cœur, puis à une affection des reins, l'œdème continuant.

Parfois, il y avait de la métrorrhagie, et tous les autres symptômes augmentaient graduellement d'intensité. Un voyage à Vichy fut alors conseillé, et la légère amélioration qu'il produisit engagea à le recommencer l'année suivante. Mais une recrudescence très forte des douleurs pendant le séjour aux eaux, les fit abandonner. Celles de Néris furent essayées sans produire aucun résultat plus satisfaisant; l'amaigrissement était notable; la malade perdait ses forces et dépérissait notablement.

Il y avait alors à chaque époque menstruelle une dysménorrhée atroce, avec douleurs très vives donnant lieu à des attaques d'hystérie telles, qu'on était forcé de maintenir cette femme dans son lit.

Dans les intervalles qui séparent les époques menstruelles, elle avait à peine la force de se lever. La toux continuait ; quelques hémoptysies légères eurent lieu, coïncidant avec l'apparition difficile des règles, et malgré l'absence de tout signe positif, dans le poumon, on soupçonna une phthisie commençante.

En 1849, un nouveau voyage à Vichy fut entrepris, mais la malade ne put y rester ; à chaque époque menstruelle, elle était prise de convulsions violentes.

Je la vis pour la première fois au mois de juin 1850, et après avoir constaté l'existence d'une rétroversion compliquée de deux flexions : une sur le col et une sur le corps, j'introduisis le redresseur, mais je n'avais que celui à flexion fixe, dont les deux parties se séparèrent peu de temps après l'application, et comme je ne pouvais rester près de cette malade, je ne voulus pas, du moment où il se présentait quelques difficultés, entreprendre un traitement que je ne pouvais suivre et qui avait été nécessairement incomplet. J'engageai donc cette personne à venir à Paris, ce qu'elle fit au mois de novembre 1850.

Je l'examinai le 28 de ce mois, l'utérus était dans la même situation qu'au mois de juin. Après avoir pratiqué six fois le cathétérisme en redressant l'utérus à l'aide de la sonde, je plaçai le redresseur utérin à flexion fixe ; son introduction présenta quelques difficultés, mais il fut bien supporté.

Après l'avoir appliqué et enlevé à trois reprises différentes, je trouvai, le 2 janvier 1851, l'utérus, parfaitement remis en place, la marche était facile, l'appétit et la gaîté étaient revenus; les règles apparurent naturellement sans convulsion ni autres accidens, et la malade put quitter Paris parfaitement rétablie.

Je la revis au mois de juin de la même année, il y avait alors un peu de dysménorrhée et quelques douleurs dans les lombes, surtout pendant la marche ; je trouvai alors l'utérus légèrement incliné en arrière ; il y avait de la tendance à la reproduction de la déviation ; je replaçai le redresseur, les douleurs cessèrent immédiatement; du reste la santé était parfaite.

J'ai appris que quelquefois il survient encore de petits accidens de ce genre, et la malade se rappelant le soulagement que lui a fait éprouver l'emploi du redresseur, vient d'elle-même demander qu'on le lui réapplique. Son médecin habituel a appris à le placer ; il le laisse seulement deux ou trois jours, au bout desquels il l'enlève.

Je ne veux vous faire remarquer ici que cette extrême variabilité des symptômes faisant croire à l'existence des maladies les plus diverses, et résistant à tous les traitemens dirigés contre ces maladies, pour céder promptement à l'emploi méthodique du redresseur. Il était donc urgent, dans ce cas, d'explorer l'utérus, et nul doute pour moi que si l'on eût eu plus tôt recours aux procédés d'exploration dont nous pouvons disposer, on n'eût reconnu plus tôt la vraie cause de tous ces accidens, que dès lors on eût pu plus facilement faire disparaître.

Il nous a suffi d'un traitement convenable, suivi pendant un mois et quatre jours, pour amener une guérison presque complète ; car il est bien possible que les rechutes ne soient pas aussi imminentes que l'on paraît le craindre chaque fois qu'on a, de nouveau, recours au redresseur. Je crois qu'on en fait usage plutôt pour satisfaire la malade qui le demande elle-même que pour répondre à une indication bien rigoureuse. Quoi qu'il en soit, le soulagement est immédiat à chacune de ces nouvelles applications, comme il l'a été aux précédentes, et je le répète, si on l'avait employé plus tôt, la guérison aurait probablement été plus rapide et plus sûre.

Les *douleurs* se sont développées spontanément chez toutes les malades dans les reins et les cuisses, 8 fois au siége, 9 fois dans les aines, 4 fois dans les flancs; elles ont pu être provoquées par la pression dans 4 cas où il y avait de la névralgie intercostale, jusqu'à un certain point indépendante de l'affection utérine.

La *marche*, gênée dans tous les cas, a été dans 3 extrêmement difficile, et dans 1 surtout (obs. XIX), la malade ne pouvait plus se baisser pour soulever l'enfant qu'elle nourrissait.

L'utérus, pesant et lourd dans tous les cas, a été 5 fois douloureux au contact du doigt. Le col, très volumineux dans 10 cas, avait un peu augmenté de volume dans le 11e; il s'est toujours présenté dans le champ du spéculum, comme pour la rétroversion simple; 2 fois seulement il y avait des granulations à sa surface.

Toucher vaginal. — Le toucher a fourni les mêmes signes que dans la rétroversion ; le doigt a pu en outre sentir les flexuosités sur la face inférieure ou postérieure de l'utérus, en l'explorant soit par le vagin, soit par le rectum. L'organe était généralement mou, flexible, et on ne pouvait que difficilement le faire basculer pour le ramener dans l'axe du grand bassin.

Cathétérisme utérin. — Le cathétérisme a été difficile dans 7 cas, et principalement dans les deux où il existait plusieurs flexions. 4 fois il a été douloureux, et dans 1 cas, à un point tel, que la malade avait une syncope chaque fois que le bec de la sonde franchissait l'orifice interne du col.

La *miction* a été fréquente, dans 5 cas, chez une malade ; ce symptôme a persisté même après le redressement de l'utérus, qui, néanmoins, a été complet, ainsi que l'a pu constater M. Danyau, qui a suivi le traitement. L'emploi de la belladone a paru faire diminuer cet accident, dont la persistance était due, peut-être, à une inflammation chronique de la vessie, provoquée par la pression prolongée du col de l'utérus, volumineux et engorgé.

Toutes nos malades ont eu de la *constipation* habituelle; une nous a présenté des symptômes intestinaux tout particuliers, et qui méritent de nous arrêter un instant. Voici l'histoire :

Observation XVIII. — Mme de V..., 30 ans, d'une constitution médiocre, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, s'est mariée à 19 ans ; trois mois après, elle est devenue veuve, et n'a point eu d'enfant.

D'après ses renseignemens, qui sont assez vagues, sa maladie datait de neuf ans, et serait survenue sans cause appréciable. Les premiers symptômes auraient été les suivans : à des époques d'abord assez éloignées, puis de plus en plus rapprochées, elle aurait été prise d'inappétence, de pesanteur à l'épigastre après le repas, de rapports pendant la nuit, et le lendemain de coliques avec une ou plusieurs selles diarrhéiques.

Au bout d'un certain temps, ces accidens se rapprochèrent; les digestions devinrent de plus en plus difficiles ; la malade restait quelquefois très souffrante trois mois de suite, pendant lesquels elle mangeait à peine, ayant la bouche pâteuse, parfois des coliques avec alternatives de constipation et de diarrhée. Les règles se supprimèrent il y a environ deux ans.

Le 7 février 1851, je la vis une première fois, et je voulus explorer l'utérus, mais elle s'y refusa obstinément, et ne fit que des réponses négatives lorsque je l'interrogeai sur les symptômes qui pouvaient être fournis par cet organe. Ce ne fut que plus tard qu'elle consentit à nous dire ce qu'elle éprouvait.

Je la traitai pendant deux mois pour une gastralgie, en associant le fer aux opiacés. Il y eut un peu de mieux ; les règles reparurent; mais au 12 avril et au 24 juillet, les mêmes symptômes revenant, nécessitèrent le même traitement, qui dura la première fois un mois, la deuxième trois semaines.

Le 27 novembre, retour des accidens, qui augmentent d'intensité, et contre lesquels le traitement précédemment employé reste impuissant. Depuis quatre mois, les règles n'avaient pas paru. Enfin, lasse de souffrir, abattue et découragée, Mme de V... cède aux sollicitations de sa mère, et consent, le 13 décembre, à l'examen de l'utérus.

Je trouvai le col volumineux, entr'ouvert, dirigé en avant ; tandis que le corps, incliné en arrière dans la profondeur du sacrum, formait une courbe à concavité inférieure et postérieure. C'est alors seulement que la malade avoua éprouver depuis longtemps des douleurs dans les cuisses, avec une sensation de pesanteur au périnée, comme si un corps lourd tendait à s'échapper du bassin. Les douleurs étaient vives pendant la marche, et surtout quand elle montait un escalier; si bien que, malgré son goût très prononcé, elle avait renoncé à aller visiter les monumens anciens qu'elle aimait beaucoup à dessiner. Quand elle avait les coliques dont j'ai parlé, la douleur siégeait particulièrement au sacrum.

Le cathétérisme fut pratiqué cinq fois à vingt-quatre heures d'intervalle; la sonde pénétrait à 7 centimètres 1/2. Le 18 décembre, je plaçai un redresseur à tige articulée de 6 centimètres 1/2; l'introduction ne présenta pas de difficulté, mais elle fut un peu douloureuse ; il y eut une défaillance, presque une syncope qui dura peu de minutes, et fut suivie, pendant deux heures à deux heures et demie, de coliques utérines légères, après quoi l'instrument fut très bien supporté. La santé revint, et avec elle l'appétit, la gaîté, les forces, l'embonpoint ; les selles se régularisèrent; les règles seules ne revinrent pas, et l'instrument fut gardé jusqu'au 5 février 1852, c'est-à-dire *pendant quarante-neuf jours* ; et pendant tout ce temps, il n'y eut pas la plus petite douleur, mais au contraire, un bien-être toujours croissant. De légères coliques annoncèrent le moment où il fallut l'enlever.

L'examen de l'utérus me prouva qu'il avait repris sa direction normale. Et le 17, les règles apparurent avec abondance. Depuis elles ont été parfaitement régulières.

La santé s'est maintenue jusqu'au 9 mai ; alors, voyant revenir quelques-uns des anciens symptômes, et se croyant menacée d'une rechute, la malade me fit appeler. L'utérus était, en effet, un peu incliné en arrière. Je le relevai avec la sonde, et il se maintint, pendant quarante-huit heures, dans la position que je lui avais donnée. Je renouvelai le redressement huit fois consécutives; et il y a maintenant trois jours l'utérus se maintient parfaitement en place. Je ne sais si cela durera ; mais cette amélioration suffit pour m'engager à persister dans l'emploi de la sonde seule, et je crois qu'il sera inutile de recourir à une nouvelle application du redresseur.

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

BIBLIOTHÈQUE.

De la cachexie paludéenne en Algérie; par M. Catteloup, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Tlemcen. Brochure in-8° de 82 pages. Paris, imprimerie de Henri et Ch. Noblet, 1852.

Infection paludéenne avec toutes ses formes, diarrhée ou dyssenterie avec leurs complications, et en particulier avec les maladies du foie : tels sont les deux termes qui résument presque toute la pathologie en Algérie. Sans doute, le premier ne nous est pas complètement inconnu, et si, à Paris, nous n'avons que de rares occasions d'observer la cachexie paludéenne dans ses formes les mieux caractérisées, nos confrères qui habitent dans la Bresse, par exemple, ne pourraient pas en dire autant. Seulement, on pouvait se demander si les conditions climatériques, si la chaleur en particulier, n'impriment pas un cachet spécial à cette intoxication en Algérie ; et c'est en cela que les recherches de M. Catteloup nous sont surtout précieuses, parce qu'en nous montrant la cachexie sous sa forme la plus élevée et la plus complète, sous ce que les anciens auraient appelé sa forme *exquise*, elles peuvent nous donner la clef de certaines particularités exceptionnelles, nous apprendre à rechercher plus attentivement des modifications et des conditions morbides qui nous passent souvent inaperçues.

La définition que M. Catteloup donne de la cachexie paludéene, est déjà pour nous une preuve des différences imprimées à cette cachexie par les conditions climatériques. Pour notre savant confrère, c'est une affection de tout l'organisme, dépendant d'un affaiblissement profond du système nerveux, d'une altération du sang, produisant le plus souvent des déterminations morbides locales dans les viscères, le cerveau, le poumon, le foie et la rate, des hémorrhagies passives et des suffusions séreuses, perturbations organiques, ayant généralement pour origine l'intoxication miasmatique ou paludéenne. Sans doute, nous retrouvons dans nos fièvres intermittentes, dans celles surtout qu'on observe dans les pays marécageux, cette coloration particulière de la peau, caractéristique pour tous ceux qui ont l'habitude de voir des malades de ce genre. Les engorgemens de la rate, regardés comme constans par M. Piorry, et auxquels ce professeur fait jouer, comme on sait, le rôle principal dans la production de la fièvre, les engorgemens du foie sont tous connus de ceux qui ont vu des fièvres intermittentes ; mais déjà pour le foie, il y a des différences, même pour l'hypertrophie avec décoloration ; à plus forte raison, les ramollissemens du foie sont-ils une chose nouvelle pour nous, ces ramollissemens dont un autre médecin africain, M. Haspel, admet trois espèces, deux coïncidant avec les accès récens de fièvre intermittente, l'autre consécutive, caractérisée par l'infiltration séreuse dans les mailles du tissu parenchymateux.

Rien de plus commun que l'ascite dans le cours de la cachexie paludéenne de nos climats ; mais M. Catteloup fixe notre attention sur une hydropisie bien autrement grave, nous voulons parler de l'hydropisie méningienne, de l'accumulation spontanée de la sérosité dans le cerveau, qui occasionne presque toujours la mort dans le coma. Heureusement, pour un œil exercé, cette hydropisie n'est pas toujours sans symptômes précurseurs. « Le malade, qui n'offrait auparavant rien d'inquiétant dans sa position, dit M. Catteloup, commence par éprouver un malaise général qui lui fait garder le lit, de l'assoupissement, un mouvement fébrile, suivi de sueurs et précédé de très légers frissons... L'appétit se perd, les forces musculaires s'affaiblissent, puis vient un accès de fièvre qui ne se termine jamais d'une manière bien franche; il laisse de la céphalalgie, une pesanteur de tête, un embarras dans les idées et dans la parole, de la taciturnité, de l'indifférence. Les traits expriment un commencement d'hébétude, de stupeur et d'affaissement. Les yeux perdent leur animation, le strabisme se déclare, la cornée est moins brillante, moins transparente, et les paupières retombent à chaque instant appesanties sur le globe de l'œil. Veut-on placer le malade sur son séant, il éprouve aussitôt des vertiges, des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, des sifflemens, et si on ne le soutient, il retombe immédiatement comme une masse inerte. Les membres sont engourdis et se contractent à peine pour exécuter des mouvemens toujours très pénibles. Bientôt la peau se couvre de sueur, le pouls se ralentit, sans être dur, l'intelligence se perd, les sensations diminuent, l'ouïe, la vue, ne peuvent plus rien percevoir. Les membres tombent dans la résolution la plus complète ; cependant, la sensibilité n'est pas entièrement abolie, quand on pince fortement la peau. Mais une fois le coma déclaré, le malade est, comme dans l'apoplexie, insensible à tous les excitans. Quoique le danger soit grand, la mort n'est pourtant pas inévitable; mais si le malade triomphe des accidens, le méninois, toujours en éveil, ne doit pas le perdre un instant de vue ; car il n'est pas rare de le voir de nouveau retomber dans les mêmes symptômes effrayans. Après la mort, on trouve des collections séreuses dans le cerveau, pâle, décoloré, d'une mollesse extrême; sa substance est quelquefois infiltrée, comme œdématiée. »

Les hémorrhagies passives et par ordre de fréquence, l'épistaxis, le purpura, l'hématémèse, l'hémoptisie, les collections sanguines dans le tissu cellulaire intra-musculaire, l'entérorrhagie, constituent encore des manifestations morbides assez rares dans la cachexie paludéenne de

nos climats. Sans conteste l'influence de l'engorgement de la rate et du foie sur la production de ces hémorrhagies, influence sur laquelle M. le professeur Piorry a insisté récemment d'une manière toute particulière, M. Catteloup pense cependant que la vraie cause, la cause primordiale et constante de ces hémorrhagies, c'est l'altération du sang devenu plus fluide, s'associant sans doute quelquefois à des obstacles ou à des troubles de la circulation qui agissent comme cause adjuvante, mais aussi pouvant très bien s'en passer. Avons-nous besoin d'ajouter que ce sont là des accidens toujours dangereux, surtout lorsque la perte du sang est considérable?

Viennent enfin des manifestations morbides vers le système nerveux, manifestations vraiment curieuses, car elles s'éloignent de tout ce que nous voyons habituellement et de tout ce que nous avons l'habitude de comprendre sous le nom de cachexie paludéenne; c'est ce que M. Catteloup a décrit sous le nom de névroses du mouvement. C'est, dit ce médecin, un état général, qui ne présente de la cachexie paludéenne dont il fait partie, que l'altération anormale de la peau avec un commencement d'anémie. Le malade n'offre aucune lésion appréciable dans les viscères; le foie et la rate ont leur volume normal; on ne voit aucune trace de suffusion séreuse; au lieu de cet embonpoint de mauvais aloi, constitué par une sorte de pléthore séreuse, qui est le commencement de l'anasarque, on observe plutôt de l'amaigrissement. Mais le malade chancelle sur ses jambes, qui se portent avec peine l'une devant l'autre; il fait de grands efforts pour conserver l'équilibre, et pour ne pas tomber; il est forcé de s'appuyer sur les objets qu'il rencontre; autrement dit, c'est un défaut de précision dans les mouvemens, que les malades essaient de régulariser. On les voit parfois exécuter des mouvemens par saccades, comme des automates mus par des ressorts. Ces mouvemens ne sont pas précisément ceux de la chorée, qui se font malgré la volonté, mais ils sont le résultat de la combinaison de contractions musculaires volontaires avec celles que la volonté ne saurait maîtriser. M. Catteloup n'a pas eu l'occasion de faire l'autopsie de malades présentant ces accidens nerveux; mais nous lisons dans une thèse de Paris, soutenue en 1851, sur le même sujet, par M. le d^r Ouradon, que les autopsies qui ont été faites par M. le d^r Cuignot, ou par lui-même dans des cas de ce genre, ont montré soit des congestions violentes des méninges cérébrales et rachidiennes, soit des épanchemens de sang, occupant la base du cerveau et une partie de la longueur de la moelle, où les caillots étaient déposés en espèces de traînées moniliformes.

Quel traitement employer dans la cachexie paludéenne? Trois indications se présentent: 1° combattre les accès fébriles; 2° attaquer les lésions viscérales; 3° rendre au sang ses qualités normales. Nous ne suivrons pas M. Catteloup dans les développemens qu'il donne à chacune de ces indications; nous nous bornerons à dire que, suivant lui, avec l'emploi simultané et sagement combiné du sulfate de quinine, des toniques, des diurétiques, rarement des purgatifs, d'un air chaud et sec, d'une bonne alimentation, on finit par faire disparaître les manifestations diverses de la cachexie. Mais ce que nous devons surtout mettre en relief, c'est que le médecin doit bien moins compter pour la guérison sur les moyens pharmaceutiques proprement dits que sur l'hygiène, une alimentation sagement conduite et réparatrice, un air pur et sec, uniformément chauffé pendant l'hiver, une habitation saine et favorablement disposée, l'insolation, un exercice modéré. Le changement de climat constitue une dernière et puissante ressource que les médecins ne doivent pas négliger dans les cas graves.

Le lecteur nous pardonnera d'avoir consacré à une simple brochure une analyse aussi longue et aussi détaillée; mais il nous a semblé que la question, traitée par M. Catteloup, était une de celles qui intéressent vivement un grand nombre de praticiens, répandus sur le territoire de la France, et trop souvent aux prises avec les diverses manifestations de la cachexie paludéenne. Ce nous est d'ailleurs une occasion de payer un juste tribut d'hommages à l'un de ces courageux médecins d'Afrique, qui, tout en participant aux travaux et aux dangers de la colonisation, n'oublient pas qu'ils sont des hommes de science, et emploient si dignement leurs loisirs à faire part à leurs confrères du tribut de leur expérience.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DE L'ALLAITEMENT SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur Ch. DUBREUILH, lauréat et membre-résidant de la Société de médecine de Bordeaux, membre de la Société médico-pratique, etc., etc. Brochure in-8° de 59 pages. Paris, imprimerie de Moquet, 1852.

L'intéressant rapport que M. Grisolle a lu, il y a quelque temps, à l'Académie de médecine sur le travail de M. Dubreuilh, nous dispense d'insister longuement sur l'analyse de ce mémoire. On sait qu'une opinion, assez généralement répandue, attribue à la grossesse un pouvoir suspensif sur la marche de la phthisie pulmonaire. En revanche, on admet généralement qu'aussitôt après la délivrance, la lésion organique prend un développement des plus rapides, et que la mort arrive après un temps très court. Cette doctrine, qui compte en sa faveur les plus graves autorités, a trouvé dans ces dernières années un contradicteur redoutable en M. Grisolle, et si ce savant médecin n'est pas parvenu à déraciner entièrement cette opinion erronée, il a certainement réussi à inspirer des doutes aux médecins, relativement à l'exactitude d'une proposition qu'ils étaient disposés à considérer comme inattaquable. Le mémoire de M. le docteur Dubreuilh aura certainement pour résultat d'entraîner de plus en plus les médecins dans la voie qui leur a été ouverte par M. Grisolle. Qu'on lise le travail de ce médecin et celui de M. Dubreuilh, et nous pensons que l'on sera tout disposé à admettre, non seulement que la grossesse ne crée pas une immunité contre la phthisie pulmonaire, mais encore qu'elle en facilite le développement, et que cette maladie est alors plus dangereuse, parce que ses symptômes sont exaspérés par ceux de la grossesse. M. Dubreuilh, en apportant de nouvelles preuves à l'appui de l'opinion défendue par M. Grisolle, a bien mérité de la science; car on la sert autant en réfutant une erreur qu'en dévoilant une vérité nouvelle.

Dr ARAN.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Octobre. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend:

1° Un rapport de M. le docteur BOUCHUT, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le 1er août 1851 jusqu'au 25 mars 1852, dans la commune de Chevigny (*Jura*).

2° Un mémoire de MM. S. FELDMANN, docteur en médecine, et Frédéric WEIL, chimiste, sur le traitement de l'intoxication urémique puerpérale (éclampsie puerpérale). (Comm. MM. P. Dubois et Danyau.)

3° Une note de M. FOURCAULT, correspondant de l'Académie, contenant la relation de deux observations de transmission des accidens secondaires de la syphilis.

(Renvoyé à la commission nommée pour l'examen du mémoire de M. Cullerier sur le même sujet.)

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de deux pertes également regrettables qu'elle vient de faire, de deux de ses membres les plus distingués, M. Réveillé-Parise, mort le 28 septembre, à l'âge de 70 ans, et M. le professeur Richard, mort la veille, à l'âge de 58 ans.

Sur l'invitation du Président, M. GIBERT lit le discours qu'il a prononcé, jeudi dernier, sur la tombe de M. Réveillé-Parise, au nom de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT prie l'Académie de procéder, conformément à l'invitation de M. le ministre de l'intérieur et du commerce, à la nomination de trois de ses membres pour faire partie de la commission mixte du choléra qui vient d'être instituée.

Pendant que l'Académie procède au scrutin, la parole est donnée à M. Gaultier de Claubry pour la lecture d'un rapport officiel.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur les *eaux minérales de Viterbo* (États-Romains).

En 1850, des documens relatifs à diverses sources d'eaux minérales de Viterbo, avaient été adressés au ministre de la guerre par des officiers de santé de l'armée d'occupation d'Italie. L'Académie, à laquelle ils furent transmis, les renvoya à la commission des eaux minérales. Sur le rapport de M. O. Henry, il résulta qu'insuffisans ou incomplets, ces documens ne pouvaient éclairer sur la véritable nature des eaux auxquelles ils se rapportaient, et qu'il y avait lieu d'en demander de plus positifs. D'un autre côté, le professeur Poggiale, de l'École d'application du Val-de-Grâce, avait présenté au conseil de santé un rapport analogue; et sur la proposition de ce conseil, M. le ministre de la guerre décida qu'une série de questions seraient adressées aux officiers de santé de l'armée d'occupation qui seraient chargés de procéder à de nouvelles recherches. Ces instructions devaient avoir pour double objet de fournir aux officiers de santé auxquels serait confié ce travail, les moyens de déterminer la nature des eaux à examiner, et de procurer à M. Poggiale la possibilité de contrôler et de compléter les analyses qui exigent des moyens qu'il était à peine possible aux pharmaciens de l'armée d'occupation de se procurer.

MM. Gillet, pharmacien-major, Dusseuil et Monsel, aides-majors, ont été chargés, par le conseil de santé, de procéder au travail en question. C'est ce travail qui est l'objet du rapport de la commission. En voici les principaux résultats:

L'eau sulfureuse renferme par mille grammes 2,8897 de substances solubles composées de gaz carbonique et sulfhydrique, carbonates et sulfates de chaux et de magnésie, chlorures de calcium et magnésium, iodures et bromures de sodium, alumine, carbonate de fer, fluorures de calcium, et des matières organiques.

La proportion d'iodure est considérable, 0, g^r 013, celle de bromures très faible. Les boues renferment du soufre, des sulfates et carbonates de chaux, des chlorures de calcium, des carbonates de fer, de l'acide silicique et des matières organiques.

L'eau ferrugineuse iodurée et bromurée renferme les mêmes élémens et une quantité sensible d'arsenic; la proportion de produits solubles est de 2,757 par 1,000 grammes.

Les boues sont composées de sulfate de chaux, chlorures de calcium et magnésium, carbonates de fer en grande proportion et de chaux, alumine, acide silicique, matière organique et de l'arsenic en proportion considérable, 0,14 p. 100.

La connaissance exacte de la nature des eaux minérales de Viterbo offre un intérêt tout particulier pour notre armée d'occupation en fournissant aux officiers de santé chargés du service des moyens de traitement qui peuvent être utiles dans beaucoup de circonstances: les détails fournis par MM. Gillet, Dusseuil et Monsel sur l'état de l'établissement et ce qu'il présente de défectueux pourront conduire à des améliorations qui tourneront au profit des nationaux, comme à celui de nos braves soldats. Si les sources non exploitées offrent les caractères thérapeutiques que prévoyent les officiers de santé, ils auraient rendu un service important, en appelant sur elle l'attention.

La publication des rapports qu'ils ont adressés au conseil de santé, et du mémoire de M. le professeur Poggiale, serait de nature à procurer de très utiles résultats; la commission a pensé qu'il était de son devoir de l'indiquer, et que c'était la meilleure réponse que pût faire l'Académie à la demande que lui a adressée M. le ministre de la guerre, en lui transmettant le rapport qui a donné lieu au travail complémentaire de M. le professeur Poggiale. (Ces conclusions sont adoptées.)

— M. LE PRÉSIDENT fait connaître le résultat du dépouillement du scrutin. Les trois membres qui ont obtenu la majorité des suffrages, sont: MM. Chomel, Andral et J. Guérin. En conséquence, MM. Chomel, Andral et J. Guérin seront désignés au ministre comme devant faire partie de la commission mixte du choléra.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmission des accidens syphilitiques secondaires.

La parole est à M. Gerdy.

M. GERDY prononce un long discours que nous ne pouvons reproduire.

Après ce discours, M. RICORD monte à la tribune pour protester contre le caractère personnel que M. Gerdy a donné à son argumentation. Si M. Gerdy, ajoute-t-il, ainsi qu'il vient d'en convenir lui-même, ne connaît pas la maladie vénérienne, qu'il aille l'étudier. Je lui répondrai après.

Cette courte allocution est accueillie par de nombreux bravos.

Un membre demande la clôture de la discussion; mais sa demande n'est point appuyée.

La séance est levée à cinq heures, au milieu d'une assez vive agitation.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(*ancienne Société médicale du Temple*).

Séances du 2me trimestre de 1852. — Présidence de M. MOREAU (de Tours).

Sommaire. — Anesthésiques: différences des effets produits par le chloroforme et par l'éther; de leur action thérapeutique dans les fièvres intermittentes. — Obstétrique, céphalotripsie. — Appareil pour les fractures de la jambe.

M. THIBAULT fait hommage à la Société d'un travail imprimé sur l'*organisation du service médical des pauvres*.

M. LABARRAQUE fait un rapport verbal sur une brochure de M. Bourdin, ayant pour titre: *Observations sur l'usage du chloroforme, signe propre à faire connaître le degré d'action anesthésique de ce médicament.* — Ce signe, selon M. Bourdin, est l'état consécutif de relâchement des muscles, avec ou sans sommeil. Alors, si le malade est assis et qu'on abandonne la tête à elle-même, elle se fléchit. C'est là l'instant précis qu'il faut choisir pour opérer. — Il ajoute deux recommandations importantes au point de vue de la pratique: la première est d'avoir soin de ne présenter le gaz qu'à une distance suffisante pour que l'air respirable s'y trouve toujours mêlé; la deuxième, qu'il est inutile et même dangereux de pousser l'inspiration du chloroforme jusqu'à extinction complète de la sensibilité.

M. FORGET fait remarquer qu'il y a des circonstances idiosyncrasiques ou seulement accidentelles que nulle habileté ne saurait prévoir, des dangers si rapidement mortels, que nul secours ne peut les conjurer. Il est entièrement de l'avis de M. Bourdin lorsqu'il dit ne pas chercher à produire la perte de connaissance; en effet, l'anesthésie chirurgicale existe dès que la sensibilité est très amoindrie, quoique le malade puisse se sentir, se voir opérer, mais sans donner de signes de douleur pendant l'opération, ni se rappeler des souffrances après elle.

M. MOREAU: Les relevés statistiques de malades morts après l'inspiration du chloroforme font voir que ces malheurs sont arrivés lorsque des éponges ou des mouchoirs avaient été placés sur le nez et la bouche, de manière à intercepter l'air respirable. Un grand nombre de ces malades se trouvaient assis pour faire les inspirations, et l'extraction des dents fournit un fort contingent à ce nécrologe.

M. BONNAFONT, en faisant inspirer le chloroforme, a manqué une fois d'asphyxier son malade. Jamais rien de semblable ne lui est arrivé avec l'éther, qu'il considère comme bien moins dangereux, et au moyen duquel il a souvent annulé la perception de la douleur, chez des opérés qui, non seulement conservaient leur connaissance, mais qui pouvaient, à volonté, tirer la langue, ouvrir et fermer la bouche.

M. DUAERT a expérimenté sur lui-même l'effet de l'inspiration de ces deux anesthésiques. Avec l'éther, il a conservé l'intelligence, la vue et l'ouïe. Il voyait approcher de sa main un charbon ardent, il craignait d'être brûlé, mais il s'efforçait en vain de retirer la main, l'action musculaire n'obéissait plus à sa volonté. Le charbon toucha la peau, M. Dubart sentit l'odeur de brûlé, il entendit le bruit de rissolement de la peau; mais, à sa grande surprise, il n'éprouva aucune douleur. L'impression de l'éther avait été assez pénible sur les organes respiratoires. Au contraire, l'inspiration du chloroforme fit d'abord éprouver un bien-être extrême; puis, tout à coup, il y eut perte complète de connaissance. Le réveil fut prompt, et au bout de quelques instans la tête redevint parfaitement libre. Après l'éthérisation, il y eut de la céphalalgie et du malaise pendant toute la journée.

M. MOREAU s'étant éthérisé, fut piqué avec des épingles. Il en avait parfaitement la conscience, il sentait le contact de l'épingle, mais sans éprouver de douleur.

M. FORGET: L'inspiration de l'éther donne habituellement lieu à un picotement de la pituitaire et des bronches, qui provoque de la toux, souvent même de la suffocation. Le chloroforme est inspiré plus facilement et plus doucement; le réveil est moins pénible après son usage. Aussi lui donne-t-il la préférence. Néanmoins, comme il a déjà occasionné bien des accidens (environ 100 morts), il faudrait bien le remplacer par l'éther s'il était démontré que l'éthérisation fût exempte de toute espèce de danger.

M. BLATIN a eu très souvent l'occasion d'employer les anesthésiques. Il fait maintenant un usage exclusif de l'éther, qu'il regarde comme infiniment moins dangereux que le chloroforme. Il affirme qu'à l'aide de minutieuses et attentives précautions, en éthérisant, il évite à coup sûr la toux et la suffocation dont il vient d'être parlé.

M. BONNAFONT, à l'hôpital militaire d'Arras, pendant l'été et l'automne de 1849, a traité par les anesthésiques quinze malades affectés de fièvre intermittente, dix avec le type tierce, cinq avec le type quotidien. Les sujets étaient âgés de 22 à 26 ans, l'un d'eux avait 34 ans. Huit avaient pour la première fois une fièvre d'accès, deux pour la seconde fois, et trois en étaient à leur troisième récidive. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de vingt-quatre jours. Chez les deux premiers malades, ajoute M. Bonnafont, nous avons employé le chloroforme, qui réussit complètement; mais ensuite, soit par crainte de cet agent, soit à cause de la difficulté que les malades éprouvaient à se soumettre à son action, nous l'avons remplacé par l'éther, qui, ayant eu le même succès, mérita notre préférence. Les hommes, d'ailleurs, se faisaient presque un plaisir de respirer ses émanations. Ils le préféraient à l'usage du sulfate de quinine. Les heures auxquelles il convient d'éthériser les malades ne sont peut-être pas encore déterminées d'une manière rigoureusement précise. Toutefois, ayant eu occasion de la pratiquer 2 heures, 3, 4, 5, 6, 7 et 10 heures avant l'accès, nous avons observé que 6 heures avant était le moment le plus convenable. Administrée plus tôt, l'accès avance d'une ou deux heures, sans perdre beaucoup de son intensité; plus tard, l'accès est diminué et non arrêté.

L'action anesthésique, sur l'économie, ne laisse aucune trace, et une heure après la séance, sauf une légère pesanteur de tête, les malades sont aussi bien qu'auparavant. Les 10e, 13e et 14e malades qui ont été éthérisés six jours de suite, ne se sont pas trouvés plus dérangés après la sixième séance qu'après la première. Une circonstance digne de remarque, c'est que, l'accès complètement arrêté, il n'est plus nécessaire de soumettre le malade à de nouvelles éthérisations. On sait, au contraire, qu'il faut insister pendant quelque temps sur l'usage des autres

ébrifuges pour éviter le retour des accès. Dès que ce résultat a été obtenu, pas un malade n'a éprouvé de nouveaux accès, même depuis sa sortie de l'hôpital; nous n'avons pas encore eu un seul cas de récidive. Ces résultats ont quelque importance, non seulement au point de vue thérapeutique, mais encore à celui de la nature de la maladie, surtout si l'on veut se rappeler qu'il existe en médecine une théorie qui regarde la fièvre intermittente comme liée spécialement à un état pathologique du système nerveux.

M. Chailly-Honoré désire appeler l'attention de la Société sur la conduite à tenir par les accoucheurs dans certains cas de rétrécissemens du bassin. Tout le monde sait que les indications doivent varier suivant un grand nombre de circonstances, telles que le volume de la tête, sa réductibilité, le degré de rétrécissement, etc., et que suivant ces conditions les auteurs conseillent tantôt l'emploi du forceps ou du céphalotribe, tantôt l'opération césarienne. Lorsque le degré de rétrécissement est de 2 pouces à 2 pouces 1/2, c'est-à-dire de 5 centimètres 1/2 à 7 centimètres, la plupart des auteurs préfèrent l'opération césarienne. M. Chailly, au contraire, a toujours recours à la céphalotripsie, qui offre beaucoup moins de danger que l'opération césarienne. Cette dernière ne compte pas à Paris, depuis bien des années, un seul exemple de succès, et souvent elle compromet la vie de l'enfant. On ne peut même pas, sur cette question, invoquer consciencieusement l'appui de la statistique, car beaucoup de cas malheureux n'ont pas été et ne seront jamais publiés.

Appliquée par une main habile et avec les précautions indiquées par les différens auteurs, par Flament, F. Hatin, P. Dubois et Chailly lui-même, la céphalotripsie réussit presque toujours dans les cas de rétrécissement variant entre 2 p. 1/2 et 3 p. Un peu au-dessous de ce chiffre, elle donne des résultats très heureux, et même à 2 pouces on devra la préférer encore à l'opération césarienne. Les insuccès primitifs de la céphalotripsie ne peuvent plus être invoqués pour la faire rejeter, car maintenant le céphalotribe est perfectionné, il a subi des modifications heureuses et les accoucheurs s'en servent avec plus d'habileté; aussi les résultats sont-ils bien différens, surtout depuis que l'on n'attend plus la mort de l'enfant pour y recourir. La mère, en effet, n'était, pour ainsi dire, plus qu'un cadavre qui succombait facilement aux suites de l'opération; tandis que si, comme les Anglais et les Allemands, on applique l'instrument avant la mort du fœtus, la mère, placée dans des conditions différentes, arrive le plus souvent à guérison.

Il est bon de rappeler qu'il faut mettre à profit les précautions recommandées en pareille circonstance, perforer le crâne avant de placer le céphalotribe; ne pas craindre de faire plusieurs applications successives de l'instrument et d'extraire à chaque fois les débris et les esquilles qui pourraient blesser la mère; n'entraîner le produit qu'après avoir fait la céphalotripsie et même quelquefois l'embryotomie.

C'est en agissant ainsi que M. Chailly, sur sept cas de céphalotripsie, a pu conserver la vie à six femmes. Et la septième, celle qui a succombé, était placée dans des conditions exceptionnelles qui expliquent facilement le développement de la métro-péritonite. Demeurant sur la place de l'Hôtel-de-Ville, elle eut sa fièvre de lait le 24 février 1848. Les accidens se développèrent sous l'influence des émotions vives que lui causèrent les événemens de cette journée. Les six autres malades se rétablirent promptement. A cette occasion, M. Chailly cite une première malade qu'il vit rue des Juifs, avec notre collègue M. Bonnassies, et qui sortait quinze jours après; une seconde malade, demeurant à la barrière d'Ivry, et près de laquelle il rencontra MM. Belin, Dequevillers et d'autres confrères; cette femme dut subir sept introductions successives du céphalotribe. Elle n'éprouva aucun accident; trois semaines après elle venait à pied chez M. Chailly pour le remercier. C'est à propos de ce fait qu'il a été dit que c'était un succès malheureux, parce qu'il pouvait exposer les médecins à compromettre la vie de leurs malades en tentant une opération des plus dangereuses. Or, M. Chailly répète, en terminant, qu'elle est loin d'avoir la gravité qu'on lui attribue, si l'on veut suivre les conseils de prudence donnés par les auteurs.

M. de Lignerolles, membre correspondant de notre Société, a été conduit par M. Chailly auprès de son accouchée d'Ivry. Il a constaté chez elle un rétrécissement considérable, qui permettait néanmoins d'introduire et de *faire manœuvrer* le céphalotribe. Mais il peut se présenter des cas d'étroitesse telle, que, même en parvenant à introduire le céphalotribe, on ne puisse pas lui faire exécuter les mouvemens nécessaires au mécanisme de son action; d'autres, enfin, dans lesquels il soit tout à fait impossible de le faire pénétrer. Dans ces cas extrêmes, la dernière et l'unique ressource est évidemment l'opération césarienne. C'est dans une pareille circonstance, que, récemment, il a pratiqué cette opération dans le pays qu'il habite, près de Bayeux (Calvados). Son accouchée s'est parfaitement rétablie, et il l'a présentée à l'Académie de médecine, à laquelle il adressait en même temps l'histoire détaillée de son observation.

M. Bonnafont présente à la Société le modèle d'un appareil qu'il a fait établir pour les fractures comminutives de la jambe. Il y a, de chaque côté, deux larges coulisses en bois, perforées de plusieurs trous dans lesquels sont passées les bandes nécessaires; ces coulisses montent jusque vers le haut de la cuisse; elles se terminent au-delà de la plante du pied, réunies par une planche placée en travers, qui marche à l'aide d'une vis de rappel. L'extension faite autour de l'articulation tibio-tarsienne et du coude-pied est plus ou moins forte, car elle est graduée à volonté par l'effet de la vis de rappel. La contre-extension s'opère autour du genou et de la tête du tibia, par le moyen des bandes passées dans les trous des coulisses latérales sur lesquelles elles sont fixées.

Le secrétaire général : Dr Collomb.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

ÉLECTRICITÉ MAGNÉTIQUE.

Une commission composée de MM. Bérard, Bouvier, Gautier de Claubry, Guéneau de Mussy, Longet, Poiseuille et Soubeiran, a été chargée par l'Académie de lui faire un rapport sur divers appareils électriques.

L'académie a reçu l'appareil magnéto-électrique de MM. Breton frères..... Ces divers instrumens lui ont été présentés comme propres à remplir les indications jugées nécessaires à l'application médicale de l'électricité. La tâche de la commission a été de reconnaître les mérites et les défauts de chacun d'eux.....

La première question qui se présente est celle-ci : Est-il indifférent d'électriser avec toute espèce de courant? Au point de vue de la commodité, évidemment non. Les piles voltaïques, construites d'après les systèmes connus, demandent des soins et une attention que le médecin peut rarement leur accorder; leurs effets s'affaiblissent rapidement, et si aux appareils ordinaires on substitue les piles à courant constant, on retrouve au même degré la nécessité de consacrer beaucoup de temps à les monter, la dépense des matières nécessaires à leur entretien, le renouvellement assez fréquent de quelques-unes de leur partie, et, de plus, le désagrément des gaz et des vapeurs qu'elles exhalent presque toujours. Par tout ces motifs, les appareils établis sur ce système sont presque complètement abandonnés.

..... A la place des courans électriques produits directement par la pile, on n'a guère recours aujourd'hui qu'aux courans d'induction. Ils possèdent le remarquable caractère de n'avoir qu'un instant de durée. Ils se suivent, mais en laissant entre eux un intervalle de temps..... C'est aux dispositions particulières des appareils à régler la durée de ces intermittences qui peuvent être très éloignées ou se rapprocher tellement qu'elles simulent un courant continu.

L'appareil magnéto-électrique des frères Breton est connu de la plupart des membres de l'Académie. C'est lui qui, depuis quelques années, est presque *exclusivement* employé dans les hôpitaux de Paris. Le courant qu'il donne, est un courant d'induction de premier ordre.

La partie essentielle de cet appareil est un aimant en fer à cheval; le fil conducteur dans lequel doit se développer le courant d'induction est roulé en hélice sur l'aimant, ce qui augmente l'effet, tout en simplifiant la construction.

L'appareil des frères Breton ne fait pas craindre une stimulation trop vive de la peau ou la surexcitation de la rétine.....

Tel qu'il est, cet appareil a rendu, et il est appelé à rendre encore de bons services, si l'on en limite l'emploi, comme on le fait presque toujours, à produire une stimulation modérée de la peau, ou l'excitation des musles et de la sensibilité. Il restera dans la pratique.

Cet appareil réalise deux excellentes améliorations; savoir : l'enroulement direct du fil conducteur sur l'aimant; ce qui augmente l'intensité des effets et simplifie la construction et la mobilité de l'aimant, qui, en se rapprochant plus ou moins du fer doux, active ou affaiblit le courant. Ces courans sont très propres à produire les phénomènes de contraction musculaire.....

La commission propose à l'Académie de faire adresser à MM. Breton des remercîmens pour leur intéressante communication. — Adopté.

(Extrait du rapport de M. Soubeiran, séance du 1er avril 1851.)

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

AVIS.

MM. les médecins et pharmaciens du département de la Seine dont les noms ne figurent pas dans l'Almanach général de médecine, fondé par M. Domange-Hubert, et continué par l'administration de l'Union Médicale, sont invités à adresser les indications nécessaires au bureau du journal, *avant le 1er novembre prochain.*

MM. les médecins et pharmaciens qui auraient des rectifications à faire apporter dans cet Almanach, sont invités aussi à les faire connaître à la même adresse et avant la même époque.

L'Almanach général de médecine pour 1853 devant être mis en vente avant le 1er janvier prochain, il est urgent que les communications soient promptement adressées à l'administration.

On souscrit au bureau de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Prix : 3 fr. 50 c.

— Le défaut d'espace nous a privé de reproduire, dans notre dernier numéro, le discours suivant prononcé sur la tombe de M. Réveillé-Parise, par M. Jules Guérin, au nom de la presse médicale :

« Les amis qui accompagnent Réveillé-Parise jusqu'à sa dernière demeure, ne se lasseront point d'entendre ceux qui l'ont vu de plus près, qui l'ont le plus aimé. Réveillé-Parise a collaboré durant sa longue carrière à plusieurs recueils médicaux. Mais il en est un qu'il affectionnait plus particulièrement, qu'il regardait plus spécialement comme sien, que, pendant plus de vingt années, il a enrichi des précieux produits de sa plume spirituelle et savante. Qu'il me soit permis, à moi qui ai eu le bonheur de le connaître autant comme ami que comme collaborateur de la *Gazette médicale*, de vous dire quelques mots de ses travaux, de son talent, des rares qualités de son cœur et de son caractère.

» Quoique collaborateur assidu de plusieurs journaux, Réveillé-Parise n'était point un homme de presse proprement dit. Il aimait à voir figurer ses écrits parmi les éphémérides de la science, parmi les improvisations de chaque jour; mais ce n'était point comme soldat de cette milice avancée, dont la mission est de signaler le progrès dès qu'il se manifeste, et de combattre l'erreur dès qu'elle fait mine de vouloir pénétrer dans la science. S'occupant moins des hommes que des idées, il aimait à se mêler au mouvement des unes, sans s'exposer au froissement des autres. Ou bien, s'il acceptait la périlleuse mission de rendre compte des travaux contemporains, il s'occupait surtout de l'œuvre et très peu de l'ouvrier. Ainsi, vous l'avez tous remarqué, durant sa longue collaboration à tous nos recueils, il s'est soigneusement renfermé dans l'exposition des doctrines, dans la peinture des mœurs médicales, dans la défense des intérêts professionnels, dans la critique des abus généraux; ne touchant pour ainsi dire aux personnes que quand elles n'étaient p us de ce monde, que quand elles ne pouvaient plus s'émouvoir de ses critiques, ou l'irriter que l'éloge qu'il consacrait à leur mémoire.

» Réveillé-Parise n'improvisait pas, mais il travaillait sans cesse. Ainsi qu'il convient à la spécialité de ses écrits, c'était un homme d'observation plus que d'imagination : non qu'il ne réunît à une conception élevée et à un esprit étendu, une grande fécondité d'aperçus; mais ces qualités, il les tempérait par une raison calme et un caractère sérieux. Chacun de ses ouvrages l'atteste. Son *Traité d'hygiène des gens livrés aux travaux de l'esprit* est le produit le plus heureux de cette réunion de qualités. Dans cet ouvrage, où la perfection du style le dispute à la finesse d'observation, l'auteur envisage l'homme de cabinet dans ce qu'il a de plus caractérisé : c'est l'esprit qui fonctionne au détriment et presque à l'exclusion des autres fonctions, avec excès, avec abus. Réveillé-Parise s'empare de cette idée, il la creuse, l'analyse dans ses moindres détails, l'étudie à tous ses points de vue, l'enrichit de mille observations puisées dans sa longue fréquentation des hommes de plume, et dans sa plus longue et plus féconde fréquentation de lui-même. Il fait un livre où tout s'enchaîne, où les principes partent d'une idée juste et féconde, et où les règles sont rigoureusement empreintes de la justesse des principes. Cet ouvrage, que chacun de nous possède, restera comme un modèle du genre, et aussi comme la plus fidèle expression de l'intelligence, du savoir et du talent de l'auteur.

» Ce n'est pas le lieu de rappeler tous les écrits de notre regrettable ami; son édition de Guy-Patin, où les trésors de l'érudition sont fondus sur la palette de l'écrivain, et où la malice contenue de l'éditeur a quelquefois aimé à se faire jour sous les allures plus vives de la verve mordante de l'original; ses *Galeries* et *Portraits*, où nous avons revu nos contemporains, nos collègues, nos amis, relevés avec finesse dans ce qu'ils offraient de distinction et de talent; et toujours amoindris avec art dans ce qu'ils avaient de faiblesse ou de défauts; et cette quantité innombrable d'articles consacrés à la peinture de nos mœurs, à la défense de nos droits, et à la glorification de notre profession. Tous ces écrits où brillent à un si haut degré la perfection du style, tous les trésors d'une lecture savante incorporés dans les produits d'une observation patiente et fine, sont encore plus remarquables par les dons du cœur et du caractère de l'homme que par les rares qualités de l'écrivain. Tous ceux qui ont eu le bonheur de voir notre ami, non pas à l'œuvre, mais avant l'œuvre, savent quelle était la noblesse, l'élévation, la sûreté et la moralité de l'ouvrier. Plein d'abnégation pour lui-même et de dévouement pour les intérêts de tous, on peut dire qu'il n'a eu dans sa longue carrière qu'un orgueil et qu'une haine : l'orgueil du corps médical, et la haine du charlatanisme. Ces deux sentimens planent sur tous ses écrits, comme ils ont été la préoccupation de sa vie entière.

» Vous tous, Messieurs, les amis de Réveillé-Parise, vous n'avez pas besoin que je vous dise quelles étaient ses qualités privées : chacun de vous a dans son cœur et dans ses souvenirs un portrait fidèle de cet homme excellent parmi les excellens; de cet ami si plein d'indulgence et de bonté; de ce cœur si simple et si parfait; de cet homme, enfin, qui a touché à tous les hommes, à toutes les doctrines, à toutes les idées, à toutes les préoccupations du temps, qui a brillé parmi nous d'un talent rare et non contesté, et qui, néanmoins, s'est endormi du sommeil du sage, sans avoir connu un ennemi. Heureuse quoique modeste destinée! Heureux souvenir, Messieurs, qui tempère la douleur d'une perte cruelle et à jamais irréparable! »

Nominations. — Par arrêté de M. le préfet de police du 1er octobre: M. le docteur Huet-Desprès, médecin de la maison d'arrêt des Madelonnettes, est nommé médecin de la maison cellulaire des Jeunes-Détenus.

M. le docteur Pietra Santa, médecin-adjoint à Mazas, passe en qualité de médecin aux Madelonnettes.

M. le docteur Brémond, médecin-adjoint au dépôt de mendicité de Villers-Cotterets, est nommé médecin-adjoint à la Roquette.

— Les fièvres cérébrales sévissent avec intensité en ce moment à Honfleur; plusieurs personnes qui en sont atteintes en ont perdu la raison; une d'elles s'est jetée cette semaine par une fenêtre du second étage.

— La maladie connue sous le nom de *clavelée*, et qui a attaqué quelques troupeaux de l'espèce bovine à Montpellier et dans les environs, s'est également déclarée dans le canton de Lunel. Il paraît que, dans cette dernière localité, on a employé l'inoculation comme moyen préventif, et qu'aucun des animaux sur lesquels on l'a pratiquée n'a été atteint de la contagion.

Hydrophobie. — Les journaux américains rapportent un cas de guérison d'hydrophobie chez l'homme, au moyen de l'inoculation du venin d'une espèce de serpent connu dans le pays sous le nom de *serpent à tête de lance*. Il paraîtrait que c'est par la morsure directe de l'animal que le virus aurait été inoculé. L'observation, mal rédigée, manque absolument de ces détails précis et scientifiques sans lesquels un esprit sévère conserve au moins des doutes.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 121. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 9 Octobre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 OCTOBRE 1852.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

ÉTIOLOGIE.

Miasmes en général. — Miasme du Choléra.

Comme preuves irréfragables en apparence, d'absorption cutanée de dissolutions et de médicamens liquides, on cite : deux expériences de Westrumb, puis l'action des cantharides sur la vessie à la suite de l'application des vésicatoires, et enfin la guérison de la syphilis par les frictions mercurielles.

Westrumb a constaté, dit-il, la présence du prussiate de potasse, dans l'urine, dans le sang, et dans la sérosité d'un vésicatoire, après l'immersion *prolongée* d'une partie du corps dans un bain tenant ce sel en dissolution. Mais on sait combien le prussiate de potasse est sensible aux réactifs ferrugineux. On sait qu'une dissolution de trito-sulfate de fer décèle la présence d'un atome pour ainsi dire de ce sel au sein d'un liquide. Cette expérience ne prouve donc autre chose que ceci : la peau absorbe *un peu* quand son épiderme a été préalablement ramolli, délayé, dissous, par une immersion prolongée dans l'eau chaude. Il dit aussi avoir reconnu la matière colorante de la rhubarbe dans son urine, après avoir tenu ses bras plongés pendant quelque temps dans une forte décoction de cette substance, à la teinte brune-rougeâtre qu'y développe la solution de potasse, réactif, dit-on, de la matière colorante de la rhubarbe. Qui ne voit combien cette épreuve est peu concluante. Quel chimiste oserait affirmer la présence de la matière colorante de la rhubarbe dans l'urine, d'après cette seule expérience? Mais on doutera bien davantage de sa valeur, quand nous aurons prouvé, par un seul fait, il est vrai, mais par un fait incontestable, que les matières colorantes ne sont pas absorbées par la peau, alors même qu'elles sont placées sous l'épiderme.

On paraît attacher surtout une importance décisive à l'action des cantharides sur la vessie pendant et après l'application des vésicatoires, et à la guérison des maladies syphilitiques par les frictions mercurielles. Analysons donc ces deux faits.

Les vésicatoires altèrent l'épiderme, personne ne s'avisera de le contester. Ils le frappent de mort. Ils appellent au dessous de lui une sécrétion qui le soulève et le sépare du derme sans lequel il ne peut pas vivre. A cet état de tissu réduit à l'inertie, il oppose encore un obstacle suffisant à la pénétration de l'huile essentielle des cantharides, de même que l'interposition d'une feuille de papier joseph huilé suffit à l'empêcher, bien que l'huile dissolve la cantharidine. Aussi l'action sur la vessie, et par conséquent l'absorption de l'huile essentielle, n'a-t-elle lieu que dans les cas où l'ampoule se déchire quelques temps avant la levée de l'emplâtre vésicant, ce qui met les cantharides en contact immédiat avec le derme. L'action est nulle au contraire quand l'ampoule reste intacte. Ce fait a donc tout juste la signification et la valeur de tous les autres, il n'en a pas davantage.

Il en est de même de la guérison de la syphilis par le mercure employé en frictions. A coup sûr, on ne prétendra pas que l'épiderme reste intact sous le frottement de ces frictions, continuées, en moyenne, pendant cinquante jours. Au temps où ce mode de traitement était en usage, tous les médecins ne conseillaient-ils pas de frictionner fortement et pendant un certain temps, afin, disaient-ils, de soulever les écailles de l'épiderme et de favoriser ainsi l'absorption. Ils avaient donc le sentiment que l'épiderme s'y opposait. N'avaient-ils pas remarqué en outre que ces frictions enflammaient quelquefois la peau, et pour éviter cet inconvénient bien plus que dans le but de rendre plus sûre l'absorption du mercure, ne donnaient-ils pas le conseil de les pratiquer alternativement sur des parties différentes. Maintenant, si l'on se donne la peine de réfléchir à ceci, savoir, que six grammes de mercure (douze grammes d'onguent napolitain par les pilules de Sédillot) suffisent généralement à la guérison d'une syphilis quand on l'administre par la voie de l'estomac, et qu'on en dépense cent cinquante grammes environ (trois cents grammes du même onguent) par la méthode des frictions pour obtenir le même résultat, c'est-à-dire *vingt-cinq fois plus*, on sera bien forcé de conclure que la peau absorbe *ving-cinq fois moins*, à peu près, que la membrane muqueuse digestive. Je dis, à peu près, pour tenir compte de la perte d'onguent sur le linge des malades. Et remarquez que les termes de comparaison ne sont pas pareils, puisque d'un côté, je prends la peau exerçant tout ce qu'elle possède de puissance absorbante, et de l'autre, l'estomac dans une circonstance où il n'exerce qu'une faible partie de la sienne. Pour être vrai, c'est par des milliers de fois qu'il faudrait exprimer la différence de la puissance d'absorption comparée dans les deux membranes. Enfin, les malades se frictionnant principalement le soir, respirant par conséquent pendant toute la nuit l'air chargé des vapeurs mercurielles qui se dégagent de l'onguent dont leur linge et leur corps sont imprégnés et dont la chaleur du lit fait évaporer le métal, ne pourrait-on pas soutenir que la majeure partie du mercure absorbé par eux doit l'être par les voies pulmonaires. A quoi se réduirait alors la part que prend la peau à l'absorption du mercure. Ce serait donc encore un fait qui n'aurait pas dans le débat l'importance exagérée qu'on se plaît généralement à lui accorder.

Concluons donc : la peau de l'homme n'absorbe pas les médicamens liquides ni les médicamens en dissolution, tant que l'épiderme conserve son intégrité normale.

Un fait nouveau, qui vient de nous être révélé par M. Bouley fils, professeur à l'École d'Alfort, me paraît venir à l'appui de cette conclusion. Cet habile vétérinaire a démontré que l'estomac du cheval n'absorbait pas un liquide empoisonné (une dissolution de sulfate de strychnine), si l'on empêchait ce liquide de passer dans le tube intestinal, soit en appliquant une ligature sur le pylore, soit en paralysant les contractions de l'organe par la section des pneumo-gastriques, et il a fait voir que ce défaut d'absorption était dû à la présence d'un épithélium à la surface interne de l'estomac de cet animal. Or, si la présence d'un épithélium suffit pour empêcher cet organe d'absorber, quand chez la plupart des animaux il possède cette faculté au plus haut degré, n'est-ce pas la preuve péremptoire, que l'épiderme s'oppose à l'absorption partout où il se rencontre, et que par conséquent c'est là le rôle qu'il est appelé à remplir sur notre enveloppe extérieure.

Corpora non agunt nisi soluta, les corps n'agissent pas s'ils ne sont pas dissous, dit un viel axiome de chimie. D'où l'on peut inférer déjà que les corps solides ne se prêtent pas à l'absorption. On ne conservera plus de doutes à cet égard, maintenant que nous avons démontré, nous le croyons du moins, combien est faible la puissance absorbante de la peau. Résistance à l'absorption d'une part, faible, très faible puissance absorbante de l'autre, le résultat doit être zéro. Cependant, il existe une expérience qui a la prétention de prouver cette absorption des corps solides. Il nous faut donc encore nous livrer à son examen.

(1) Voir les numéros des 21, 25 Septembre, 2 et 5 Octobre.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

APHORISMES PROFESSIONNELS.

Un client en amène un autre. — Dans cette formule naïve et vulgaire se trouvent, pour qui sait les y voir, de grandes règles de conduite pour le médecin.

La première de ces règles est celle-ci : répandez-vous autant que possible, ayez de nombreuses et de bonnes relations; ne négligez aucune occasion de faire des connaissances utiles, et comme il n'est pas toujours possible de juger *à priori* de l'utilité présente ou future des connaissances que l'on fait, rapportez-vous-en au temps et à l'usance pour le triage indispensable à faire.

Il est d'observation ancienne et constante que c'est surtout par les femmes que le médecin arrive à la clientèle. Cela s'explique naturellement et très moralement par ce fait incontestable, c'est que les femmes usent beaucoup plus du médecin que les hommes. Praticiens qui me lisez, jetez un coup d'œil sur vos registres et voyez si les femmes ne figurent pas au moins pour les trois quarts sur votre carnet professionnel.

Il y a dans ce fait de graves sujets de réflexions qui peuvent se prendre de plusieurs points de vue. Il en est de trop difficiles et de trop délicats pour être abordés par la voie de la presse. J'ai entendu souvent professer à cet égard des maximes qui ne peuvent que jeter le jeune médecin dans un abîme d'embarras et de soucis. Ce que l'observation et l'expérience de la vie m'ont appris, le voici : c'est qu'il est rare, très rare, qu'un médecin de mœurs légères et relâchées pénètre dans la haute et bonne clientèle.

Donc, à défaut de sens moral et du sentiment des devoirs professionnels, le calcul, l'intérêt imposent au médecin l'obligation d'une grande prudence, d'une grande retenue, d'une grande réserve avec les femmes ses clientes. Dans les grandes villes surtout, mille occasions se présentent au médecin où sa force de résistance est mise en péril; des piéges séduisans lui sont souvent tendus; qu'il prenne garde; quelquefois un mot, un geste, une plaisanterie peuvent le jeter dans un tissu inextricable d'aventures.

Que d'histoires émouvantes ne pourrais-je pas raconter à l'appui de ce dernier aphorismes! Que de chagrins, que de malheurs, que de carrières brisées et d'avenirs compromis pour des fautes professionnelles de ce genre!... Mais je m'empresse de quitter ce sujet qui convient de tous points aux moralistes.

Vouloir tracer des règles de conduite générale pour arriver au succès dans le monde, me paraît une prétention peu justifiable. Le succès s'obtient par des moyens si dissemblables et si opposés, qu'il est bien impossible d'en fixer la théorie. Et cela s'explique par la diversité des goûts, des mœurs et des habitudes du public. Le summum de l'habileté serait de savoir plaire à tout le monde, mais cet heureux phénix est encore à trouver.

Tel médecin plaît et réussit par la tenue sévère, par la gravité du maintien, la réserve du langage et la dignité de tout l'*habitus*. Sa voiture a conservé des formes surannées; son cocher est sans livrée. Il parle peu et par sentences. S'il interroge, il réfléchit longtemps sur la réponse obtenue, et ne passe à une nouvelle interrogation qu'après une pause méditative. Il prolonge ses visites et écrit lentement ses prescriptions; il les lit plus lentement encore, et ne se retire qu'après avoir solennellement prononcé une sentence pronostique telle qu'elle puisse être toujours favorablement interprétée par l'événement quel qu'il soit. Il occupe dans un ancien quartier un de ces vastes appartemens du XVIIe siècle. — Ce médecin du genre sérieux se rencontre surtout dans la haute magistrature, dans les vieilles familles parlementaires qui ont conservé les austères traditions du jansénisme religieux et moral.

Tel autre arrive au succès par les manières élégantes et dégagées de l'homme du monde. Son *coupé* ou son *américaine* rivalise de grâce et de légèreté avec l'équipage du financier. Dans sa maison règne le luxe et souvent le plaisir. Il parle vite et avec grâce. Il n'a pour ses malades que des idées riantes et une thérapeutique agréable. Il habite les beaux quartiers de la Chaussée-d'Antin. On le voit au foyer de l'Opéra. Il parle turf et steeple-chase. Sa mise est toujours du dernier goût. — Ce médecin, du genre fringant, fleurit surtout dans la banque nouvelle et chez l'agent de change luxueux, chez le notaire à la mode et les littérateurs du feuilleton.

Celui-ci s'est bien trouvé d'un juste-milieu raisonnable, entre l'austérité antique et la légèreté moderne. Il n'est ni quaker, ni dandy. Sa maison n'est pas un cloître, ce n'est pas non plus un atelier d'artiste. Il y règne ce ton moyen qui s'allie aussi bien avec l'homme de science, qu'avec l'homme du monde, double exigence, en effet, que le médecin doit satisfaire. Il a la gravité nécessaire à celui qui s'occupe des souffrances humaines; il possède l'aménité qui convient à celui qui cherche à les distraire ou à les soulager. Il sait allier auprès de ses malades le ton et les manières de l'ancienne médecine qui plaisaient aux patiens, avec les procédés d'exploration et de diagnostic de la médecine moderne, indispensables au médecin de nos jours. Il ne néglige pas les bonnes occasions de se produire, mais il n'a pas l'air de les chercher. Sans se prodiguer, il se montre un peu partout. Il ne s'affiche pas, mais il ne veut pas qu'on l'oublie. — Ce médecin du genre positif vit surtout dans les régions de la haute bourgeoisie, de la bonne et solide finance, du grand et sérieux commerce, et n'est pas le plus à plaindre des gens de noire robe.

Celui-là a obtenu de grands succès par des manières toutes différentes. Une fois admis dans l'intérieur des familles, il cherche à en devenir l'homme nécessaire; il se mêle de tout; il a des ressources pour tout; il connaît tout. S'agit-il de l'éducation des enfans, il indique les meilleurs colléges ou pensionnats. Y a-t-il une demoiselle à marier, il cherche et propose un parti. Faut-il aller au spectacle, il va retenir les places. S'agit-il d'un placement de fonds, il connaît le cours et les chances des valeurs publiques. Il n'est ni grand, ni petit service qui lui coûte, qu'il ne propose et qu'il ne rende avec un zèle, un dévoûment qui le constituent bientôt l'homme indispensable de la famille. — Ce genre du médecin complaisant se rencontre surtout chez les négocians retirés, les rentiers du Marais et autres gens tranquilles.

Amédée LATOUR.

Séguin plaça sur le ventre d'une personne quatre grammes, soigneusement pesés, de chacune des cinq substances suivantes à l'état solide, de l'émétique, du sel alembroth (hydrochlorate de mercure et d'ammoniaque), du proto-chlorure de mercure, de la scammonée, et de la gomme gutte. Il couvrit chacune d'elles isolément d'un verre de montre, et les fit garder en place pendant dix heures. A la fin de l'expérience, ces substances furent recueillies avec soin et pesées de nouveau. Le sel alembroth avait perdu cinquante centigrammes de son poids, l'émétique vingt-cinq, la gomme gutte cinq, le calomel trois et demi, la scammonée un centigramme et quart. Il était peut-être tout naturel, mais trop simple, de se demander si les pertes éprouvées par elles n'étaient pas en raison directe de leur degré de solubilité dans la matière de la transpiration insensible, condensée sous les verres. Séguin n'y songea même pas. Il conclut de son expérimentation que les corps étaient absorbés à la surface de la peau, en proportion du degré d'irritation qu'elles y produisaient. Cette conclusion était une erreur.

Il n'y a pas, il ne peut y avoir d'absorption démontrée, si l'on ne retrouve pas le corps absorbé dans les voies circulatoires ou dans les produits des sécrétions, ou s'il ne manifeste pas sa présence par ses effets connus. Or, dans l'expérience précédente, vingt-cinq centigrammes d'émétique avaient disparu. Si ces vingt-cinq centigrammes avaient pénétré dans le sang, ils eussent produit des vomissemens ou provoqué la diarrhée. Cela n'est pas arrivé puisqu'on ne le dit pas. On n'aurait certainement pas négligé d'en parler, parce que c'eût été la preuve la plus incontestable de l'absorption. L'émétique n'avait donc pas été absorbé, les autres substances, pas davantage. En dissolution dans la vapeur condensée de la transpiration insensible, elles avaient probablement pénétré dans l'épiderme par imbibition.

Des faits nombreux, journaliers, prouvent d'ailleurs que l'absorption des corps solides ne peut pas s'effectuer par la peau. Ainsi, les matières colorantes du tatouage ne disparaissent jamais, quoique placées sous l'épiderme. La morphine, le sulfate de quinine, la strichnine, le deuto-chlorure de mercure, etc., ne produisent aucun de leurs effets spéciaux, à quelque dose qu'on les applique à la surface de l'enveloppe cutanée. Dans la pratique médicale on prescrit tous les jours des frictions avec la pommade d'Autenrieth, on fait appliquer des emplâtres recouverts de poudre d'émétique, sans qu'il survienne un seul vomissement. Enfin, on applique impunément la pâte arsénicale de Rousselot sur des boutons carcinomateux de la face, même ulcérés, pourvu toutefois que l'ulcère n'ait pas trop d'étendue. Sur la peau saine, on peut mettre sans danger de la poudre d'arsénic.

Il est donc évident que la peau n'absorbe pas les corps solides tant que l'épiderme conserve son état d'intégrité.

Absorbe-t-elle les gaz?

La plupart des expériences sur lesquelles on se fonde pour défendre l'affirmative me paraissent tout aussi équivoques, aussi peu concluantes que celles que l'on invoque en faveur de l'absorption cutanée des liquides et des solides. Quelques-unes seulement, *si elles sont vraies*, semblent lui donner quelque crédit. Un examen, une discussion deviennent donc encore indispensables.

Chaussier a fait périr des animaux en les tenant plongés dans de l'hydrogène sulfuré, tandis qu'en même temps ils respiraient librement l'air extérieur. Collard de Mortigny a tué des lapins, des cabiais, des moineaux francs et des linots, en deux minutes ou deux minutes et demie au plus, par l'immersion dans une atmosphère d'acide carbonique, après avoir pris toutes les précautions, toutefois, pour qu'ils pussent respirer librement l'air extérieur pendant toute la durée de l'expérience. Il a fait mourir également, dans l'espace de six à dix-sept minutes et trente-trois secondes, des ablettes, des barbillons, des goujons et des petites perches, en les plaçant dans de l'eau de Seine non bouillie, tenant en dissolution les trois quarts environ de son volume d'acide carbonique, et en les empêchant de venir respirer à la surface de l'eau au moyen d'un diaphragme de fils de fer. La même expérience, répétée sur des grenouilles, a eu les mêmes résultats. Enfin, Lebkuchner a répété l'expérience de Chaussier sur un jeune lapin, l'animal mourut, et l'expérimentateur constata la présence de l'hydrogène sulfuré sur la face interne de la peau et dans le sang de la veine cave inférieure, par la coloration noire qu'y développa l'acétate de plomb.

Que prouvent ces expériences? Elles démontrent bien, en effet, que certains animaux périssent au contact des gaz délétères, bien qu'un air pur continue à gonfler leur poitrine. Mais elles ne disent pas s'il en serait de même de l'homme, et le raisonnement se refuse à l'admettre. Faut il donc reproduire sans cesse cet argument banal, mais vrai, qu'il n'est pas logique de conclure de ce que quelques animaux absorberaient des gaz par la surface cutanée, les choses doivent se passer de même chez l'homme. Est-il possible de le croire quand on réfléchit aux différences qui existent entre des êtres aussi divers sous le rapport de l'organisation de leur enveloppe extérieure, les uns n'ayant qu'une enveloppe muqueuse, les autres couverts d'écailles, ceux-ci de plumes, ceux-là de poils, pour ne signaler que les plus apparentes de ces différences, et que l'homme n'est pas dans les mêmes conditions? Est-ce possible, quand on réfléchit que quelques-uns des animaux sur lesquels on a fait les expériences dont on veut appliquer les résultats à l'espèce humaine, les poissons, vivent dans un milieu tout différent de celui dans lequel vit l'homme; les premiers constamment dans l'eau, celui-ci constamment dans l'air. On ne me persuadera jamais, à moi qui fais dépendre de l'organisation tous les actes de la vie, que ces actes puissent se ressembler quand l'organisation diffère.

Jetons cependant un coup-d'œil rapide sur ces expériences.

Il y a toujours quelque chose qui m'embarrasse dans celles de M. Collard de Martigny, c'est de savoir comment il les a faites, et, par suite, comment il faudrait s'y prendre pour les répéter. Cela m'empêche quelquefois de les prendre au sérieux. Déjà, on se le rappelle, je n'ai pu comprendre qu'un vase de faïence contenant assez d'eau pour baigner les deux mains d'un adulte jusqu'aux poignets, ne pesât que quatre cents grammes. Je ne puis pas davantage deviner, c'est la faute de mon intelligence, sans doute, comment, sans le secours de la compression, puisqu'il opérait à l'air libre, sans le secours de la glace qui aurait tué ou au moins engourdi ses poissons et ses grenouilles, il a pu retenir dans l'eau les trois quarts de son volume d'acide carbonique. Dès les premiers instans, il me semble, la majeure partie, si ce n'est la totalité du gaz, aurait dû s'échapper. J'accepte cependant l'expérience comme vraie; je l'accepte de confiance, me réservant de l'examiner bientôt sous un autre point de vue.

J'accepte à plus forte raison, et sans les discuter, les expériences faites sur les oiseaux, les lapins et les cabiais, avec l'acide carbonique et le gaz hydrogène sulfuré. J'ai hâte d'arriver à celles qui ont été tentées sur l'homme, les seules, à mon avis, dont il serait permis de tirer des conséquences de quelque valeur.

Cruiskank, Jurine, Gattoni, tenant pendant un certain temps un membre ou une partie du corps enfermés dans un cylindre ou dans des sacs de cuir, sans aucune communication avec l'atmosphère, ont vu l'air ainsi emprisonné éprouver, au contact de la peau, des modifications semblables à celles qu'il subit dans les voies pulmonaires; c'est-à-dire, la proportion de l'acide carbonique s'y accroître et celle de l'oxygène diminuer. On en a conclu que la peau absorbait l'oxygène. Etait-on suffisamment autorisé à tirer cette conclusion? Je ne le pense pas. La peau, organe d'excrétion, exhale, on le sait, entre autres produits, une certaine quantité de carbone. N'est-il pas tout naturel de croire que le carbone, à l'état de division extrême où il se trouve, est immédiatement brûlé par l'oxygène de l'air à mesure qu'il est exhalé, et que de là proviennent l'augmentation d'acide carbonique et la diminution d'oxygène dans l'air expérimenté. Quoi qu'il en soit, puisque le fait peut recevoir deux explications différentes également plausibles, on ne peut pas l'invoquer en faveur de l'une plutôt qu'en faveur de l'autre. C'est un fait neutre, si je puis ainsi dire; il n'autorise que le doute.

L'expérience tant citée de l'illustre créateur de l'anatomie générale, me paraît bien moins explicite encore. Bichat, dit-on, étant entré dans une salle de dissection où se trouvaient des cadavres putréfiés, se place à une fenêtre afin de respirer l'air pur du dehors, laissant son corps seul exposé à l'action des gaz fétides, et constate, au bout de quelque temps, que les gaz qu'il rend par en bas, ont absolument une odeur semblable à celle qui remplit la salle, et il voit dans ce fait, et tous les physiologistes y voient après lui, une preuve de l'absorption des gaz putrides par la peau. Mais, réfléchissons un instant. Bichat a nécessairement traversé l'amphithéâtre pour se rendre à la fenêtre. Ce n'est pas, on le comprend, pendant qu'il respirait au dehors, qu'il a pu sentir ces gaz. Ce n'est pas davantage après avoir rentré la tête dans la salle; les deux odeurs se seraient confondues, puisqu'elles étaient de même nature. Il a donc fallu qu'il sortît pour achever son expérience, sans cela elle eût été mal faite et insignifiante. Pendant le double trajet de son entrée et de sa sortie, il a dû *respirer* une fois au moins, et comme, en outre, on ne dit pas qu'il se fût mis nu, ses vêtemens se sont très probablement imprégnés des gaz putrides qu'il traversait. L'introduction de ces gaz peut donc s'être opérée par les voies pulmonaires, où l'air auquel ils sont mêlés est venu les déposer, vaste surface dont l'activité absorbante est puissante et incontestable. Cela n'est-il pas plus supposable que d'admettre qu'ils aient pénétré par l'enveloppe cutanée, dont la faculté d'absorption, contestée par plusieurs physiologistes, n'est démontrée par personne. Tout au plus, serait-ce un fait neutre comme le précédent.

Enfin, Chaptal dit que les membres plongés dans l'acide carbonique s'y engourdissent profondément, et Collard de Martigny raconte que, s'étant placé dans une cuve profonde, à moitié pleine de raisins en fermentation, et couverte d'un drap, les narines exactement fermées, respirant l'air extérieur par la bouche seulement à l'aide d'un long tube, vit se développer successivement en lui les symptômes d'une asphyxie graduelle par l'acide carbonique, à ce point qu'à la dix-neuvième minute, le tube s'échappait de ses mains, et qu'il eut de la peine à sortir de la cuve.

Ces faits, le dernier surtout, paraissent assez concluans au premier abord. L'action de l'acide carbonique sur le sang, à travers l'épiderme, semble démontrée par eux. Il est seulement regrettable, j'en demande bien pardon à la mémoire de Chaptal et de Collard, il est regrettable que d'autres expérimentateurs ne les aieut pas vérifiés. Mais en admettant leur exactitude, est-ce bien là de l'absorption?

Remplissez une vessie de cochon de sang noir, de sang veineux, plongez-la dans un vase contenant de l'oxygène pur, bientôt vous verrez le sang prendre une belle couleur rouge, vermeille, la couleur du sang artériel. Renfermez-y au contraire du sang artériel, immergez-la dans un bain d'acide carbonique, et le sang noircira rapidement. Direz-vous que la vessie, *inerte, morte*, a absorbé le gaz oxygène dans le premier cas, l'acide carbonique dans le second? Le phénomène qui s'accomplit ici ressemble-t-il à ceux de l'absorption des boissons dans l'estomac, des produits de la digestion dans le tube intestinal, de la graisse par le fait de l'amaigrissement, d'un caillot sanguin dans le cerveau, de la sérosité accumulée dans la plèvre ou le péritoine, de la bile quand son cours est interrompu, des gaz dans les intestins, de la synovie dans les articulations, du pus au milieu d'un abcès qui n'est pas ouvert, de la suppuration à la surface d'une plaie, etc., etc.? Est-ce un phénomène du même ordre, de même nature? En un mot, est-ce un phénomène vital, c'est-à-dire dépendant de l'organisation normale ou accidentelle des tissus à la surface desquels il s'opère, ou bien est-ce tout simplement un de ces phénomènes chimiques, comme il s'en passe dans le travail incessant de composition et de décomposition des organes, sur les limites de chaque acte organique, avant qu'il ne commence et quand il s'achève, et auxquels l'organisation ne sert que de table, de capsule ou de creuset, sans y prendre part? Il appartient bien certainement à ce dernier ordre de faits, puisque, dans l'expérience que nous venons de citer, il se produit en dehors des conditions de la vie.

Ne serait-il pas possible que le gaz carbonique exerçât à travers l'épiderme ses effets délétères sur le sang, incessamment renouvelé dans le système capillaire par la rapidité de son cours, sur le sang qui viendrait ainsi se soumettre tout entier et successivement à son action? Ou bien ne s'opposerait-il pas seulement à ce que le liquide sanguin pût se débarrasser par la transpiration insensible, comme il le fait à l'air libre, d'une partie de son carbone en excès, en ne lui fournissant pas l'oxygène nécessaire à sa combustion, et ne contribuerait-il pas de la sorte, par un simple défaut de concours, à l'y accumuler, à l'en surcharger, au point de le rendre impropre à remplir ses fonctions réparatrices, et par conséquent nuisible à la santé et même à la vie?

Qu'importe, dira-t-on, au point de vue de l'étiologie des maladies en général et des maladies miasmatiques en particulier, que les gaz soient ou non absorbés par la peau, qu'ils agissent chimiquement ou de toute autre manière, si leur action à travers l'épiderme est démontrée. Oui, si elle est réelle. Mais n'oublions pas que nous n'avons pour garans de sa réalité qu'une affirmation de Chaptal et une expérience douteuse de Collard de Martigny, et, qu'on me permette de le dire, ce n'est pas assez. Au reste, à quoi bon toutes ces discussions? Jamais les miasmes, en les supposant gazeux, n'existent dans l'atmosphère qu'à l'état de mélange avec l'air; jamais l'homme ne se trouve placé dans une atmosphère exclusivement composée de miasmes, et respirant en même temps un air pur à pleine poitrine, comme Collard de Martigny dans son expérience; jamais, par conséquent, on ne pourra savoir quelle part prend la peau à l'absorption de ces agens. Nous verrons dans quelques instans qu'une porte plus large, plus facile et plus sûre leur est constamment ouverte, et qu'ils s'y présentent vingt fois par minute, en moyenne, avec l'air qui leur sert de véhicule. Nous ne devons donc pas nous occuper de la dose insignifiante de miasmes qui s'introduit par l'enveloppe cutanée, si tant est qu'il en pénètre par cette voie. C'est une question de pure curiosité physiologique, sans aucun intérêt pathogénique qui s'y rattache.

Voilà donc sur quelles preuves repose la théorie de l'absorption cutanée. Suffisent-elles pour la démontrer? Non. Nous pouvons donc tirer de la discussion qui précède les corollaires suivans:

Il n'est pas prouvé que la peau revêtue de son épiderme intact absorbe les liquides;

Il ne l'est pas qu'elle absorbe les solides, dissous ou non dissous;

Il ne l'est pas qu'elle absorbe les gaz.

Des faits nombreux tendent à démontrer, au contraire, qu'elle n'absorbe ni les uns ni les autres, ou que si elle le fait, c'est en si faible proportion, qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'introduction des causes de maladies par cette voie.

Donc, les miasmes, qui ne peuvent être que liquides, solides ou gazeux, puisque nous ne connaissons pas d'autre état possible pour les corps de la nature, si l'on excepte, toutefois, les corps impondérables, mais dont ils ne font évidemment pas partie, les miasmes, dis-je, n'entrent pas dans l'économie par l'enveloppe cutanée, ou s'ils pénètrent par cette voie, c'est absolument comme s'ils ne le faisaient pas, puisqu'ils ne s'introduiraient qu'en trop minime quantité pour produire des effets morbides.

Ces conclusions me semblent pouvoir être corroborées par

quelques faits génér... de physiologie comparée que je vais rappeler en pe... mots.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(La s... prochainement.)

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER ;

Recueillies et analysées par M. Fauconneau-Dufresne [1].

§ II. Du contact du fer avec le sang et quelques autres liquides de l'économie.

Après s'être occupé aussi longuement de l'iode, M. Magendie a fait porter ses recherches sur le fer. Comme l'iode, le fer ne peut être constaté dans le sang par les réactifs ordinaires. Que deviennent les préparations de ce métal quand elles pénètrent dans le corps? Il faut d'abord les suivre dans l'estomac et les intestins, car, là déjà, elles peuvent peut-être éprouver une décomposition. M. Wertiélus a montré que si de la limaille de fer, par exemple, est ingérée, il se forme, comme dans l'eau, un deutoxide. Dans les deux cas, de l'hydrogène en résulte. Lorsqu'on voit des jeunes personnes, faisant usage de fer, souffrir de l'estomac et avoir besoin de rendre des vents, cela tient sans doute au dégagement de l'hydrogène.

Que se passe-t-il maintenant quand on met un sel de fer en contact avec le sang? On sait que si, dans une dissolution aqueuse de lactate de fer, sel fort employé en médecine, on ajoute du cyanure jaune, il se manifeste une teinte bleue. Lorsque le même mélange est effectué dans le sérum du sang, au lieu de l'être dans l'eau, il se forme une teinte bleue plus terne, qui disparaît après un certain temps. De même que l'iode, du fer, administré comme médicament, subira donc une modification dès qu'il sera en contact avec le sang.

Il était curieux de constater ce qui pouvait se passer pour les globules du sang. Ces globules, comme on sait, contiennent beaucoup de fer; on en trouve 7 à 8 pour 100 dans la cendre provenant de leur calcination. Si l'on les dessèche et qu'on les traite par les réactifs du fer, par du cyanure de potassium jaune ou rouge, il ne se manifeste aucune réaction. Cependant, le fer s'y trouve, mais il est sous l'influence des matières organiques. Les globules jouent un rôle important dans le sang; au microscope, on ne voit dans ce liquide que des globules; ce sont eux qui, avec le liquide où ils roulent, composent le sang; mais leur étude est fort peu avancée; leur formation et leur destruction constituent une question fort obscure.

Il est un autre sel dont l'application est fréquente en thérapeutique, c'est l'*iodure de fer*; on y trouve les deux propriétés de ses élémens. Si l'iodure de fer est mis dans l'eau amidonnée, il y a réaction; dans le sérum du sang, il n'y en a pas; l'iode est donc masqué dans ce dernier. Mais si, à une dissolution d'iodure de fer dans le sérum, on ajoute du cyanure, il y aura une certaine coloration; en attendant un peu, le fer ne sera plus décelé par le cyanure. L'iode perd donc plus tôt sa propriété que le fer.

Les mélanges de sérum, l'un avec l'iodure de fer, l'autre avec du lactate de fer, conservés pendant huit jours, n'accusaient plus aucune trace de l'action des réactifs du fer. Quelle que soit la quantité du cyanure jaune de potassium qu'on y ait versée à cette époque, on n'apercevait pas le moindre trouble, et, cependant, l'on sait que ce réactif, en présence des sels employés, détermine instantanément dans l'eau distillée un précipité d'un très beau bleu. Le cyanure rouge n'a pu, non plus, déceler dans ces liqueurs aucune trace de métal. Il s'est donc formé quelque composé très stable, dans lequel le fer ne peut plus être manifesté par les moyens ordinaires. Jusqu'ici, M. Magendie n'a pu démontrer la nature de cette nouvelle combinaison. Il faut faire remarquer que le mélange du sérum avec l'iodure de fer est aussi insensible aux réactifs de l'iode, d'où il suivrait qu'il y aurait, dans ce cas, une double transformation. La connaissance que l'on a de l'une de ces transformations, amènera peut-être à la détermination de l'autre.

On a essayé sur le fer, comme pour l'iode, ce qui résulterait de son mélange avec l'urine. Si l'on met du lactate de fer avec ce liquide, et qu'on y ajoute du cyanure jaune de potassium, il se forme une couleur bleu-vert. A mesure que le contact se prolonge, la coloration diminue et disparaît.

§ III. Du contact des sels d'argent, de plomb et d'or avec le sérum du sang.

Les études précédentes ont été continuées sur les sels d'argent, de plomb et d'or. Ces médicamens, sans se comporter absolument comme l'iode, présentent cependant, quand on les soumet aux mêmes agens, des propriétés analogues.

Qu'on mette, par exemple, de l'*azotate d'argent* en contact avec du sérum, on observera une réaction instantanée, d'où résultera un précipité abondant. Si l'on cherche alors, à l'aide du chlorure de sodium, un des plus puissans réactifs de l'argent, à constater la présence du métal, on y parviendra facilement. Sans doute, l'existence dans le sérum des chlorures et des phosphates pourrait, jusqu'à un certain point, modifier ces résultats; cependant, il faut dire que les faibles proportions de ces sels dans la liqueur ne seraient pas capables d'y causer un précipité aussi abondant que celui que l'on observe; en second lieu, ce précipité ne ressemble point à celui qu'on obtient avec les mêmes substances employées pures. D'où il faut conclure que si les chlorures et les phosphates du sérum ont une part à la réaction qui se manifeste, la matière animale y est aussi pour beaucoup. Il est même à présumer qu'il se forme quelque composé de cette matière organique avec l'argent; c'est ce que paraîtrait confirmer la coloration ambrée ou bronzée que l'on observe sur la peau des épileptiques auxquels on a administré à l'intérieur du nitrate d'argent. Il s'opère, très probablement dans ce cas, une véritable transformation chimique, due à l'influence, à travers les tégumens, de la lumière sur le composé du métal. Cette coloration est variable et même n'est pas constante, ce qui indiquerait que la nature du composé qui se forme diffère suivant les personnes, et, partant, que les divers sérums n'agissent pas tous d'une manière identique. M. Magendie ignore si l'on a essayé d'analyser le sang des sujets soumis au traitement de ces sels; ce serait une analyse curieuse à faire; mais il est plus que probable que, comme dans son expérience, les propriétés de l'argent y seraient complètement masquées, et qu'on ne le retrouverait point à l'état métallique.

Le *plomb et ses sels* résistent mieux à l'action des matières animales. De l'acétate de plomb, par exemple, versé dans du sérum, n'y détermine qu'un léger trouble; cela semblerait cependant annoncer qu'un nouveau composé s'est formé. Le sel, en effet, a été altéré, car il n'est plus sensible au sulfate qui, dans l'eau distillée, y manifeste clairement le métal. Mais l'acide sulfhydrique y fait naître instantanément le précipité noir si connu et si caractéristique. D'où il suivrait que la matière organique, en admettant que ce fût elle qui réagît, assez forte pour altérer quelques propriétés de l'acétate, ne l'est cependant pas assez pour le soustraire à l'action de réactifs énergiques.

Tous ces résultats sont bons à noter, car les sels de plomb sont d'un fréquent usage en médecine, et l'on peut être tenté de les employer encore dans beaucoup de maladies. C'est ainsi que, dans un temps, on les avait conseillés chez les phthisiques, dans le but d'empêcher les sueurs abondantes qui les tourmentent. Il est donc rassurant d'apprendre que ces sels ne subissent pas dans l'économie de changement essentiel qui pourrait les rendre plus vénéneux qu'ils ne le sont déjà. D'un autre côté, le plomb est un de ces corps qui, par accident, entre très souvent dans l'organisme, comme cela arrive chez les peintres et autres ouvriers obligés de travailler au milieu d'une atmosphère chargée de vapeurs saturnines. Or, si l'on sait d'avance que ces vapeurs, qu'ils ont respirées, n'ont point subi dans le sang de transformation notable, ou si, une transformation légère ayant pu seulement avoir lieu, on connaît quelle est cette transformation, on sera sagement guidé dans le choix des contre-poisons à employer.

L'*or* se trouve à peu près dans le même cas que l'argent. Les sels de ce métal sont énergiquement décomposés par les matières organiques. Que l'on verse quelques gouttes de chlorure d'or dans du sérum, il se produit aussitôt un précipité très abondant. Il y a donc décomposition de ce sel, et ici ce ne sont point les chlorures ni les phosphates du sérum qui ont pu produire la décomposition; ce ne peut être évidemment que la matière animale. Le chlorure d'or n'existe plus dans la liqueur, car les réactifs de ce sel n'en accusent pas la moindre trace. On pourrait donc, sous ce rapport, douter des résultats si merveilleux annoncés dans la Faculté de Montpellier, et dus à l'emploi des sels d'or contre les affections syphilitiques très anciennes, dites constitutionnelles. Des expériences attentives seraient nécessaires pour éclairer ce sujet.

§ IV. Du contact du brôme et du chlore avec le sang.

Nous allons maintenant rapporter quelques expériences tentées par le professeur sur deux corps qui, dans la chimie, sont, par l'analogie de leurs propriétés avec celles de l'iode, inséparables de ce dernier; ce sont le *brôme* et le *chlore*.

Le *brôme* a, dans ces derniers temps, été employé en médecine à l'état de combinaison. On n'en a pas été aussi satisfait que des préparations d'iode. Sa vapeur est caustique, très vénéneuse; ce corps semblerait agir d'une manière fâcheuse sur le système nerveux, à tel point qu'un malade auquel on avait administré du bromure de potassium, se serait, dit-on, dans un accès de délire, jeté par la fenêtre. Toutefois, les essais qui ont été faits de ce médicament sont encore trop peu nombreux pour qu'on soit fondé à en conclure quelque chose. Il faudrait, auparavant, se bien rendre compte si, dans les cas où il a été donné, les accidens qui sont survenus étaient bien réellement dûs à son emploi, voir s'ils ne seraient pas les suites de la maladie elle-même; et, pour cela, observer s'ils cesseraient de se produire dans des cas analogues, alors qu'on laisserait la nature agir seule. C'est par ce défaut d'expériences comparatives qu'il arrive souvent à des praticiens, du reste fort distingués, d'attribuer à certaines substances des vertus qu'elles n'ont pas. Souvent aussi des médicamens ont paru réussir, parce que, dans les cas où ils ont été conseillés, le mal avait une tendance naturelle à se terminer heureusement.

Il est assez difficile d'étudier et de déterminer les transformations que subit le brôme au contact des matières organiques, car on n'a pas pour le reconnaître des moyens bien sûrs. Son odeur et sa couleur, en effet, sont, pour ainsi dire, ses seuls caractères. Il y a bien une certaine propriété de l'éther qui peut, dans quelques cas, en manifester la présence, c'est celle d'attirer à lui le brôme dissous dans divers liquides, et de venir, coloré en rouge, surnager à la surface de ces liquides. Ainsi, que l'on verse une petite quantité d'éther dans de l'eau brômée, que l'on agite, puis qu'on laisse reposer, on ne tardera pas à voir une couche d'un rouge assez foncé se former à la partie supérieure, tandis que l'eau, qui occupera la partie inférieure, sera entièrement décolorée. Mais on conçoit que, lorsqu'il s'agit de liquides très visqueux ou fortement chargés de matières solides, l'éther, une fois mélangé avec eux, ne puisse plus s'en séparer et n'ait point assez de force pour leur enlever le brôme. Or, c'est le cas, comme on le verra, des liqueurs animales qui ont subi le contact de ce corps.

Voici, toutefois, ce que l'on peut observer, lorsque, dans du sérum, on verse de l'eau brômée. Il se produit aussitôt un coagulum très abondant de l'albumine, et, pour peu qu'on agite, la couleur rouge du brôme et son odeur si forte disparaissent vite et complètement. On doit en conclure que ce corps a été transformé. Mais ce serait à tort, probablement, que l'on invoquerait, à l'appui de cette conclusion, que l'éther, versé dans ce mélange, n'y détermine aucune modification; car ce dernier liquide, une fois mêlé au coagulum, ne peut plus s'en isoler, et le brôme serait-il libre qu'il ne le manifesterait pas. Si, ce mélange, on fait réagir de l'eau chlorée, il semble que l'odeur du brôme reparaisse et qu'on aperçoive une légère teinte jaune-rougeâtre, ce qui indiquerait qu'il s'est formé de l'acide bromhydrique, et que le brôme a reparu parce que le chlore s'est emparé de l'hydrogène de cet acide.

Il ne faudrait pas ajouter une trop grande foi à ce résultat, car l'odeur du brôme est assez difficile à distinguer en présence de celle du chlore, et la teinte que l'on obtient pourrait bien n'être due qu'à la couleur même de l'eau chlorée. Toutefois, cette expérience, d'une part, et, d'autre part, la grande analogie en général des réactions du brôme et de l'iode peuvent nous permettre de croire qu'il y a eu formation d'acide bromhydrique. Si ce ne sont là encore que des hypothèses, ce qu'il y a au moins de certain, c'est que le brôme en substance ne peut entrer dans la circulation, car il coagulerait aussitôt le sang, et la mort s'en suivrait inévitablement. Il résulte de cela qu'il doit auparavant subir une transformation et que ce n'est point à lui, par conséquent, qu'on doit attribuer les accidens qui ont été mentionnés, si tant est que ces accidens proviennent réellement de son emploi (1).

Le *chlore* réagit, comme le brôme et l'iode, sur les matières animales. Tout le monde sait que c'est pour cela qu'il est employé comme désinfectant. On en a tenté l'emploi en médecine bien avant que l'on connût même le brôme. C'est surtout dans ces derniers temps que l'on que l'on a cherché à l'utiliser dans certaines maladies. On s'en est servi, soit à l'état de gaz en le faisant respirer, soit à l'état de solution dans l'eau, en faisant avaler une certaine dose de ce liquide. Jusqu'ici, les résultats qu'on a obtenus n'ont pas été très favorables. Quelques médecins, cependant, prétendent en avoir fait usage avec succès.

Le chlore agit sur le sérum du sang avec beaucoup plus d'énergie que le brôme. Il en coagule instantanément l'albumine, et, aussitôt aussi, son odeur et sa couleur disparaissent. On ne peut douter, d'après cela, qu'il n'ait été transformé. L'expérience suivante confirme, d'ailleurs, dans cette idée, tout en mettant sur la voie de la transformation qui s'est opérée. De la teinture de tournesol, en effet, versée sur le coagulum, n'y est pas décolorée; or, on sait que le chlore libre décolore instantanément cette liqueur; de plus, la teinture rougit au bout de quelque temps, ce qu'on ne doit évidemment attribuer qu'à la présence d'un acide. Donc, premier point : le chlore a été transformé; second point : il a été transformé en un acide. Quel peut être cet acide? L'analogie du chlore avec l'iode doit porter à penser que c'est de l'acide chlorhydrique. Il est inutile de faire remarquer que, comme pour le brôme, la conclusion qu'il faut tirer de tout cela est que le chlore ne peut entrer en substance dans la circulation, et que, s'il agit favorablement sur l'économie dans certaines circonstances, ce ne peut être que par l'acide chlorhydrique auquel il donne naissance. Conséquemment, il vaut mieux faire directement usage de cet acide que d'employer le chlore, soit à l'état de gaz, soit à l'état de solution dans l'eau.

L'iode, le brôme et le chlore ont beaucoup d'analogie. La transformation de l'iode se fait en acide iodhydrique, celle du brôme en acide bromhydrique; le chlore enlève de l'hydrogène aux matières animales et se transforme en acide chlorhydrique; son affinité pour l'hydrogène est très grande. Ces faits, inconnus avant ces recherches, peuvent être considérés comme fondamentaux dans la physiologie chimique.

Il serait aussi utile qu'intéressant de rechercher l'action des différentes liqueurs de l'économie sur toutes les substances qui sont employées en médecine. Ce travail considérable, qui n'est pour ainsi dire qu'effleuré par M. Magendie, serait digne d'occuper toute l'attention d'un savant qui voudrait entrer dans cette voie de recherches.

(La fin à un prochain numéro).

(1) Voir l'Union Médicale des 3, 6 Janvier, 24 Avril, 8, 18 Mai, 12, 26 Juin, 13 Juillet, 25 Septembre et 2 Octobre.

(1) M. Magendie a voulu essayer aussi de conserver par le brôme les substances animales. Le brôme ayant une action caustique, il s'est formé au fond du vase une couche d'un rouge-noir; il ne faudrait en mettre qu'une faible quantité.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances d'Août 1852. — Présidence de M. le docteur Trèves.

M. Ferdinand Martin demande la parole. Il dit avoir lu dans le compte-rendu des travaux de la Société, publié dans le numéro du 20 juillet dernier, du journal l'Union Médicale, une communication de M. Bonnassies, dans laquelle notre honorable confrère rapporte l'observation d'une fracture du col du fémur, qu'il a traitée par la méthode de Dupuytren, c'est-à-dire par le double plan incliné, et dont la consolidation parfaite s'est effectuée au bout de soixante-dix jours, avec un raccourcissement de 4 centimètres au plus. M. Ferdinand Martin ajoute qu'à l'occasion du fait de M. Bonnassies, MM. Belhomme, Gogot et Perrin ont déclaré avoir également vu et traité des malades qui ont *parfaitement guéri* sans l'application d'aucun appareil, et sans plus de raccourcissement que chez les sujets traités par les appareils à extension et à contre-extension....... M. Ferdinand Martin regrette vivement qu'une indisposition assez longue l'ait privé de l'honneur d'assister aux dernières séances de la Société; il aurait pu prouver à la Société que les résultats obtenus par les anciennes méthodes de demi-flexion et d'extension continue ont toujours été déplorables; que les guérisons que ses honorables confrères veulent bien qualifier de guérisons parfaites, sont désastreuses; qu'elles entraînent toujours un raccourcissement de trois à quatre centimètres au moins, c'est-à-dire une claudication inévitable et perpétuelle. Il demande à la Société la permission de profiter de cette circonstance pour lui rappeler une méthode de traitement des fractures du corps et du col du fémur qu'il a imaginée, qui ne compte encore que cinq applications, il est vrai, mais qui, dans les cinq cas où elle a été mise en pratique, a donné des guérisons dans lesquelles le raccourcissement a toujours été moindre d'un centimètre.

« Notre appareil, dit M. Ferdinand Martin, se compose de deux attelles d'acier brisées à la hauteur du genou et assemblées entr'elles par quatre demi-cercles d'acier, de manière à former ensemble une sorte de gouttière à jour qui embrassera la partie antérieure de la jambe et de la cuisse sans les toucher.

» L'attelle externe, à coulisse dans sa partie fémorale et pouvant s'allonger à l'aide d'une vis de rappel, remonte jusqu'à la hauteur de la fosse iliaque externe, et s'articule avec une forte ceinture en acier. Cette ceinture doit embrasser le bassin sans le toucher en aucun point, si ce n'est en arrière, où elle est garnie d'une large plaque rembourrée sur laquelle vient reposer la région sacro-lombaire. Nous avons ajouté une série de boutons qui servent à attacher à la ceinture des sous-cuisses destinés à la contre-extension.

» L'articulation de la ceinture d'acier, avec l'attelle externe, est réglée dans son mouvement par deux engrenages à vis sans fin, l'un antéro-postérieur et l'autre transversal. Ces engrenages permettent, l'un, de porter la cuisse dans la flexion ou l'extension, l'autre, dans l'adduction ou l'abduction, selon que les circonstances de la fracture l'exigent.

» Nous avons dit que les attelles sont brisées à la hauteur de l'articulation du genou; cette brisure présente aussi un engrenage sans fin qui

permet de fléchir la jambe sur la cuisse et de la maintenir ainsi au degré de flexion qui a été jugé convenable.

»Une large courroie rembourrée, destinée à opérer l'extension, embrassant la partie postérieure et supérieure de la jambe vient se fixer sur les atelles externes et internes. De plus, une simple bande maintient le bas de la jambe parallèle aux atelles.

» Les demi-cercles d'acier de la partie fémorale de l'appareil sont à coulisses, transversalement sur l'atelle externe, et peuvent, par leur glissement, porter le membre dans la rotation, soit en dehors, soit en dedans. Enfin, lorsque le membre est dans la position que le chirurgien juge à propos de lui donner, l'appareil est rendu fixe au moyen des vis qui ont été desserrées pour permettre le glissement des coulisses.

» Maintenant il est facile de reconnaître que, dans l'application et le mode d'action, cet appareil résume et réunit les deux méthodes : *extension continue* et *demi-flexion* ; qu'il présente tous les avantages, et est exempt de tous les inconvéniens que nous avons signalés dans chacune de ces deux méthodes. »

Grâce à l'appareil dont nous venons de donner la description, M. Ferdinand Martin est arrivé à vaincre toutes les difficultés qui rendaient impossible, jusqu'à présent, la consolidation sans un raccourcissement notable, des fractures du col ou du corps du fémur. Du reste, l'idée de cet appareil n'était pas nouvelle pour lui, il l'avait déjà appliqué avec succès au traitement des luxations congénitales du fémur.

Ce fut au mois d'avril 1850, et sur un malade de l'hôpital de St-Germain-en-Laye, atteint d'une fracture des deux fémurs, que M. Ferdinand Martin eut l'occasion, pour la première fois, d'appliquer son appareil. M. Ferdinand Martin ne fut appelé qu'au vingt-quatrième jour de l'accident. L'application d'un appareil, pour chaque membre fracturé, fut faite en présence des docteurs Clerc et Lamarre : grand fut l'étonnement de ces messieurs, en voyant, sous l'action de la mécanique, les cuisses s'allonger, les os reprendre leur direction et leur longueur normale, et cela sans que le malade accusât la moindre douleur. Il était facile au malade de satisfaire aux besoins naturels sans rien déranger de ses machines, et surtout sans déterminer le moindre mouvement, le plus petit déplacement dans le lieu des fractures.

Le moyen contentif resta en place pendant quarante-huit jours, et le malade, dont les cuisses étaient parfaitement libres au milieu de son appareil, put immédiatement élever ses membres, en fléchir et en étendre toutes les articulations aussi facilement que s'il n'eût pas été pendant longtemps condamné à l'immobilité absolue.

Ce malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri, ne présentant aucune trace de difformité. Il a pu, comme par le passé, reprendre et exercer son état de charretier ; il a pu même six mois après son accident, faire à pied et sans boiter quatorze lieues en un jour. Ce malade, enfin, a été présenté à la Société de chirurgie.

Dans un second cas, chez une femme de 52 ans, atteinte d'une fracture du col du fémur droit, M. Ferdinand Martin a pu appliquer son appareil le lendemain même de l'accident. La malade a un peu souffert pendant la durée du traitement, qui a été de soixante-huit jours ; mais elle a guéri avec moins de 1 centimètre de raccourcissement.

Le troisième cas est relatif à un malade de M. Chassaignac, traité à l'hôpital St-Antoine, et guéri sans raccourcissement appréciable. Cette observation a été rapportée dans le n° du 8 novembre 1851, de la *Gazette des hôpitaux*.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, qui, en tombant, se fractura le fémur droit. La fracture présentait une obliquité des plus remarquables ; elle partait du condyle externe du fémur, un peu au-dessus de l'insertion du ligament latéral, et venait se terminer en dedans, au niveau de la partie moyenne du fémur. Les extrémités des fragmens formaient une saillie considérable sous la peau. La fracture avait été traitée à l'aide de l'appareil de Dupuytren, et malgré tous les soins dont la malade avait été entourée par M. le docteur Clerc, chirurgien de St-Germain-en-Laye, le raccourcissement était de quatre centimètres et demi.

L'application de l'appareil de M. Ferdinand Martin n'eut lieu que trente-huit jours après l'accident. L'extension fut graduée et lente, quoique assez forte ; l'élongation fut peu sensible dans les premiers jours ; mais grâce à de nouvelles extensions, toujours assez modérées pour que la malade n'éprouvât que de la gêne et jamais de douleur, le membre fut ramené, ou peu s'en faut, à sa longueur normale en vingt-deux jours. Le raccourcissement était réduit à moins d'un centimètre. Aujourd'hui, la malade marche sans claudication.

Enfin, le sujet de la cinquième observation est un malade de province, âgé de 40 ans, qui, le 18 mai dernier, se fractura le col du fémur droit en tombant de cheval.

M. Ferdinand Martin fut appelé le dix-septième jour de l'accident, auprès de ce malade. La mensuration faite et répétée avec le plus grand soin sur les deux membres, au moment de l'application de l'appareil, donna 4 centimètres en moins pour le membre fracturé. Vers la fin de juillet, la guérison du malade était complète. La cuisse n'offrait, à cette époque, que 10 à 11 millimètres de raccourcissement. Nul doute qu'avec le temps, et par suite de l'exercice du membre, ce raccourcissement ne diminue encore.

En présence de résultats aussi positifs, de faits, il est vrai, peu nombreux, mais tous heureux, tous authentiques, M. Ferdinand Martin demande à la Société s'il n'avait pas raison de dire que nos honorables confrères se sont trop aisément déclarés satisfaits, en considérant comme *parfaitement guéris* des malades que pour son compte il plaint souverainement.

M. Perrin, dans la séance qui a suivi la communication de M. Ferdinand Martin, lit une note dans laquelle il cherche à justifier sa manière de faire dans les quelques cas où, à une certaine époque, et malgré son incompétence chirurgicale, il s'est trouvé dans l'obligation d'agir. Il est bien entendu qu'il ne s'agit point des fractures du corps du fémur, mais bien des fractures du col, et spécialement de la variété intra-capsulaire.

Eh bien, en pareil cas, la pratique d'Astley Cooper, qui consiste à ne faire, chez les malades, l'application d'aucune espèce d'appareil, est éminemment rationnelle. En effet, le séjour prolongé au lit, joint à l'immobilité pendant plusieurs mois, a pour effet habituel d'irriter les malades, de leur faire perdre l'appétit, d'allanguir chez eux l'ensemble des fonctions de la vie organique, et de retarder ainsi le travail nécessaire de consolidation des os. Or, c'est précisément chez ceux-là que l'on observe la variété intra-capsulaire de la fracture du col fémoral. Dans des cas semblables, l'application des appareils de Desault, de Boyer, outre qu'ils sont parfaitement insuffisans, si l'on réfléchit au siége et à l'espèce de fracture, deviennent encore un supplice horrible qui a dû conduire plus d'un vieillard au tombeau.

M. Perrin ajoute que les causes qui, dans les fractures, tendent à ralentir, à empêcher le travail de consolidation osseuse, tiennent quelquefois au fait même de la compression exercée par l'appareil contentif, compression qui a pour effet immédiat, pourvu qu'elle se prolonge, d'affaiblir la nutrition du membre fracturé, et d'amener consécutivement l'atrophie de ce membre. Si maintenant à cette cause de non consolidation viennent s'ajouter les autres causes que chacun connaît, comme un tempérament mou et lymphatique, une nutrition languissante, l'âge avancé du sujet, une fracture siégeant dans des points du squelette, comme le col du fémur, peu abondamment pourvus de vaisseaux, qu'arrivera-t-il ? C'est que le travail de consolidation sera lent et peut-être ne pourra même pas s'établir. C'est ce qui est arrivé dans deux cas de fracture de la jambe traités par M. Perrin, et dans lesquels la consolidation n'est survenue qu'après avoir enlevé tout appareil et mis le membre en liberté à peu près complète. Chez les deux malades, les fractures dataient, l'une de dix mois, l'autre de deux mois seulement. Or, pour en revenir au traitement des fractures du col du fémur chez les vieillards, n'est-il pas évident que la méthode de A. Cooper est, dans le plus grand nombre des cas, essentiellement physiologique, rationnelle, prudente, puisqu'elle tend directement à prévenir les fâcheuses conséquences des causes de non-consolidation qui viennent d'être signalées.

M. Perrin termine en disant que cette pratique de A. Cooper est adoptée aujourd'hui par des chirurgiens du plus grand mérite, tels que M. le professeur Velpeau, M. Goyrand, d'Aix, et Lallemand, de Montpellier.

M. Charrier demande la parole pour une autre communication. Il cite un cas curieux d'hématémèse essentielle, mortel chez un jeune collégien, d'un tempérament chétif, né d'un père phthisique. Au bout de quelques jours de la disparition d'une diarrhée séreuse, ce jeune enfant fut tout à coup, étant à table, pris de malaise et de légères coliques. Il se rendit aux lieux d'aisance, et là il vomit abondamment du sang et des caillots. Il en rendit également dans ses excrémens. Quand M. le docteur Charrier le vit, il venait de vomir de nouveau une cuvette et demie de sang. Il était pâle, exsangue ; le pouls était filiforme. Malgré le traitement employé, eau gazeuse glacée, glace à l'intérieur, glace à l'extérieur, l'hémorrhagie reparut encore et emporta le petit malade. Selon M. Charrier, cette hématémèse essentielle est digne d'être signalée, parce qu'elle est rare chez les sujets du sexe masculin et surtout chez les enfans.

M. Ameuille a vu, il y a deux ou trois ans, un malade, âgé de 40 ans, grand, voûté, travaillé par des digestions difficiles et qui n'avaient lieu qu'autant que le malade se couchait sur le dos, être pris tout à coup d'une hématémèse tellement abondante qu'il remplit plusieurs cuvettes de sang. Depuis ce jour-là, ce malade est guéri de son ancienne affection de l'estomac.

M. Gaide, fort des faits qui lui sont personnels, croit que derrière de semblables hématémèses, il y a probablement une cause organique cachée, et que le malade *guéri* de M. Ameuille mourra quelque jour des suites d'une lésion organique véritable.

M. Dreyfus ne croit pas que toutes les hémorrhagies soient symptomatiques. Il croit aux transsudations sanguines à travers les membranes muqueuses sous l'influence de causes variées. Ainsi, chez les femmes, l'hématémèse est souvent l'effet des règles déviées.

M. Thirial appuie cette manière de voir. Il est des individus, selon lui, spécialement de la catégorie des névropathiques, chez lesquels outre une mobilité nerveuse extraordinaire, on observe quelquefois en même temps des perturbations curieuses des sécrétions. Ainsi, chez un de ses malades qui lui a offert toute la série, et successivement, des affections nerveuses, pour ainsi dire, il a observé en même temps des hémorrhagies par l'estomac, l'intestin, la vessie, et, de plus, des hémorrhagies d'une abondance extrême. Son malade a rendu des baquets de sang, et, chose remarquable, il avait le teint frais, il buvait, il mangeait. Quand il vomissait, il rejetait uniquement le sang contenu dans son estomac, et gardait les alimens.

M. Otterbourg est complètement de l'avis de M. Charrier. L'hématémèse est rare dans l'enfance. Les hémorrhagies diverses sont surtout fréquentes vers l'âge de 50 ans. Elles s'observent particulièrement chez les individus atrabilaires, hémorrhoïdaires, et chez lesquels les hémorrhoïdes, habituellement fluentes, par exemple, ont, pour une cause ou une autre, cessé de couler. Il cite l'histoire d'un de ses malades, chez lequel les hémorrhoïdes fluent tous les mois pendant quatre ou cinq jours, et qui fut pris, à la suite d'excès et de fatigues, de vomissement de sang. Dans ce cas, selon M. Otterbourg, le sang s'était déplacé et avait cessé de fluer par le diverticulum hémorrhoïdal. M. Otterbourg rappelle également qu'à la suite de fièvres intermittentes prolongées, on a quelquefois observé des hématémèses d'une abondance extraordinaire. Il ajoute, enfin, que si le poumon devient le siége d'hémorrhagies déviées, et si ces hémorrhagies se répètent trop souvent, il y a à redouter qu'à la longue la tuberculisation de l'organe survienne.

Le secrétaire, Dr Perrin.

MÉLANGES.

ALIMENTATION DU SOLDAT ET DU MARIN. — Dans un travail très intéressant publié sur l'alimentation, et suivi de considérations sur la nature des alimens qui doivent être donnés au soldat et au marin, M. Routh est arrivé aux conclusions suivantes, qui nous paraissent pleines d'intérêt :

1° Les troupes de terre et de mer devraient recevoir, surtout en temps de guerre, du pain noir exclusivement, parce qu'il est à la fois plus nourrissant, plus agréable et plus facile à être rencontré que le pain blanc.

2° Comme aliment, le biscuit est cependant supérieur à l'un et à l'autre, et, comme tel, on peut en faire usage le plus ordinairement.

3° Le pain et le biscuit devraient être fabriqués [illegible] de la farine et du levain, parce qu'ils sont plus nourrissans.

4° Les alimens conservés par les procédés perfectionnés de [illegible] doivent être continués, mais en ayant soin de s'assurer de leur [illegible] préparation.

5° Des mesures devraient être prises pour encourager la fabrication des biscuits, des extraits de viande pour le service des hôpitaux, des champs de bataille et des forteresses.

6° En ce qui concerne la marine, il faudrait joindre aux articles précédens des extraits préparés de sang, de lait, du café, du thé, du chocolat, etc., et des végétaux conservés en quantité suffisante.

NOUVELLE MANIÈRE DE BLANCHIR LES OS. — M. Ellerslie Wallace, démonstrateur d'anatomie au Collége médical de Jefferson, à Philadelphie, donne le conseil de se servir de l'éther sulfurique pour blanchir les os et pour les débarrasser de leur matière grasse. De 25 à 30 livres d'éther suffisent pour recouvrir un squelette entier. Si les os ont été arrangés dans un vase convenable et avec soin, on les laisse dans ce bain quelques heures, un jour au plus ; puis on les fait sécher. On peut revenir à ce bain si les os ne sont pas suffisamment blancs. Six immersions suffisent pour le squelette le plus gras. Il faut avoir soin de laver l'éther avant de l'employer, pour le débarrasser de l'acide qu'il peut contenir ; on peut le faire servir plusieurs fois pour ces opérations, en le distillant. C'est surtout pour préparer des pièces d'anatomie pathologique, des caries, par exemple, que l'on doit employer l'éther sulfurique, car il enlève entièrement la graisse sans altérer les tissus, ce que ne font pas les solutions alcalines qu'on emploie habituellement.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Les obsèques de M. le professeur Achille Richard ont eu lieu hier à l'église de Saint-Jacques-du-Haut-Pas, au milieu d'une grande affluence de professeurs, d'académiciens, de savans des diverses Facultés et d'étudians en médecine, venus pour rendre un dernier hommage à un maître illustre et chéri. Les coins du poêle étaient tenus par MM. Michon, chirurgien de l'hôpital de la Pitié ; Gaultier de Claubry, de l'Académie de médecine ; Duméril, professeur de la Faculté, et Brongniart, de l'Institut. Des discours ont été prononcés sur la tombe par MM. Duméril, Brongniart et Gaultier de Claubry, qui ont dignement retracé les brillans travaux du savant botaniste, du professeur éloquent, dont la perte laisse un grand vide dans la Faculté, et les excellentes qualités de l'homme, l'aménité de son caractère, la distinction et le charme de ses vertus privées.

— Par jugement de simple police, les somnambules des deux sexes, qui avaient été cités devant le tribunal, et dont Me Jules Favre avait présenté la défense, ont été condamnés chacun à cinq jours de prison et à 15 fr. d'amende.

— La Cour d'appel de Bordeaux vient de décider que la monomanie ou démence partielle consistant, par exemple, dans cette idée fixe du testateur qu'il est environné d'embûches et d'assassins, est une cause de nullité de son testament, quoique ses soupçons ne se soient jamais dirigés contre ses héritiers naturels.

— Lorsqu'un médecin habite en commun avec ses sœurs, et que la partie de son habitation personnelle ne vaut que 600 fr. de location, tandis que l'habitation totale a une valeur de 1,100 f., les taxes de patente et de contributions mobilières du médecin ne doivent porter que sur la partie de son habitation personnelle et non sur l'ensemble de l'habitation qui est commune à lui et à ses sœurs.

Ainsi jugé par le conseil d'État, sur la demande de M. Dubouchet, médecin à Lyon, par annulation d'un arrêté du conseil de préfecture du Rhône, du 23 juin 1851.

— Un congrès général d'hygiène, dans lequel se trouvaient réunis un nombre assez considérable de médecins et de savans appartenant à toutes les nations de l'Europe, s'est réuni à Bruxelles le 20 septembre dernier, et s'est prolongé pendant quatre séances. Plusieurs médecins français ont assisté à ce congrès, parmi lesquels on a remarqué M. Magendie, M. Villermé, M. Jules Guérin, M. Ch. Place. Les questions suivantes y ont été discutées :

« I. Quelles sont les règles qui doivent présider à l'organisation de l'hygiène publique ?

» II. Quels sont les principes et les règles qui doivent présider à l'alimentation spéciale des enfans, de manière à fortifier leur constitution et à prévenir ainsi les vices et les affections qui l'altèrent fréquemment ?

» III. Quelles sont les mesures à prendre pour prévenir et réprimer les fraudes et falsifications dans la fabrication et la vente des substances alimentaires (alimens et boissons médicamenteuses) ?

» IV. Quelles sont les règles et les conditions applicables aux établissemens industriels en général, tant dans l'intérêt de la santé des ouvriers qui y sont employés, que dans celui de la santé publique ?

» V. Quelles sont les mesures à prendre pour l'assainissement des quartiers et l'amélioration des habitations occupées par la classe ouvrière et indigente, tant dans les villes que dans les campagnes ? Quelles sont les règles à suivre pour la construction de ces habitations ?

» VI. Quelles sont les règles à suivre pour l'établissement de bains et de lavoirs publics dans les principaux centres de population et dans les petites villes ?

» VII. Quelles sont les règles essentielles qui doivent présider à la ventilation des édifices publics et des habitations particulières, et quels sont les procédés qui paraissent susceptibles d'être spécialement recommandés à cet effet ?

» VIII. Quel est le système à suivre pour la construction des égouts publics et des latrines, au triple point de vue de la salubrité, de la sûreté et de la conservation de résidus utiles à l'agriculture ?

» IX. Quelles sont les conditions essentielles à observer pour la construction et l'arrangement intérieur des hôpitaux et hospices ?

» X. Quelles sont les mesures à prendre pour arrêter les progrès et diminuer les inconvéniens et les dangers de la prostitution ?

» XI. Quelles sont les règles à suivre pour les inhumations ainsi que pour les cimetières ? Quelle peut être l'utilité des dépôts mortuaires, et pour le cas où cette utilité serait reconnue, quel devrait être leur mode d'organisation ? »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 122. SIXIÈME ANNÉE. **Mardi 12 Octobre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An........ 32 Fr.

6 Mois....... 17

3 Mois....... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 OCTOBRE 1852.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

ÉTIOLOGIE.

Miasmes en général. — Miasme du Choléra.

Pour un grand nombre de plantes, et chez plusieurs animaux des classes inférieures, la vie se réduit à trois fonctions, l'absorption des substances nécessaires à l'accroissement et à l'entretien, l'emploi de ces substances ou la nutrition, et le rejet ou l'excrétion des matériaux usés ou inutiles. Les uns et les autres absorbent par leur enveloppe extérieure la majeure partie de ce qu'ils assimilent. Mais à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des êtres, on voit apparaître de nouveaux organes et naître de nouvelles fonctions, et l'acte de l'absorption externe perd en importance et en utilité tout ce que gagne l'absorption interne, plus délicate en même temps que la première dans le choix des matériaux dont elle s'empare, plus compliquée dans ses moyens, et plus parfaite dans ses résultats. Quand on arrive aux animaux de l'ordre supérieur, on voit l'absorption cutanée ne plus s'exercer que sur un nombre de matériaux de plus en plus restreint, et ne plus concourir que très indirectement à la nutrition de l'individu. Chez l'homme, enfin, elle s'annule en quelque sorte; un véritable vernis recouvre l'enveloppe cutanée pour la prémunir contre l'exercice d'un acte inutile à la conservation, et qui pourrait au contraire lui être nuisible et même dangereux en quelques cas; la peau devient un organe uniquement excréteur. On devrait donc, à mon avis, poser en principe général de physiologie, que la peau de l'homme n'absorbe pas, puis chercher à connaître et signaler ensuite, les circonstances dans lesquelles se produisent les exceptions à cette loi.

Puisque la peau, loin d'être la porte d'entrée du moignon, leur oppose au contraire une barrière qu'ils ne peuvent franchir que dans des circonstances exceptionnelles, puisque, dans ces circonstances mêmes, la quantité en est si petite, qu'elle ne produit pas d'effets morbides appréciables, cherchons donc si une autre voie d'introduction ne leur livrerait pas un accès plus facile.

Plusieurs pathologistes ont émis la pensée que les miasmes pouvaient imprégner la salive, être portés avec elle par la déglutition jusque sur la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, et de là par l'activité absorbante dont cette membrane est douée au suprême degré, dans le torrent de la circulation. Je n'hésite pas à le dire : c'est là une de ces mauvaises hypothèses contre lesquelles on ne saurait trop s'élever. Prise toute entière dans l'imagination de ses inventeurs, elle ne s'appuie sur aucun fait. Bien plus, elle n'est vérifiable par aucun moyen d'observation ni d'expérimentation. C'est une supposition tout gratuite. La plus simple réflexion suffit d'ailleurs pour la réduire à sa juste valeur. Comment les miasmes peuvent-ils imprégner la salive? Évidemment, ce ne peut être qu'en s'introduisant dans la bouche avec l'air qui les contient. Eh bien! voilà des torrens d'air chargés de miasmes qui pénètrent dans les poumons, qui se trouvent mis en contact avec une surface au moins aussi étendue que celle de la peau, avec une membrane éminemment douée de la faculté d'absorber, et l'on attacherait de l'importance à la petite quantité des miasmes que cet air pourrait au passage laisser dans la salive, sans se donner la peine de le prouver, sans réfléchir que la majeure partie de l'air inspiré traverse les fosses nasales et non la bouche, et sans tenir compte de l'action destructive que l'estomac exerce sur tous les poisons de nature animale qui lui sont soumis. Ce serait une puérilité autant qu'une hypothèse insoutenable. Il est donc inutile de s'arrêter davantage à combattre une supposition que l'on ne peut étayer ni par le raisonnement, ni par les faits, et que le bon sens repousse.

Je n'aurai pas besoin maintenant, je crois, d'entrer dans de longs développemens, pour prouver que les miasmes n'ont d'autre moyen de pénétrer dans l'économie que par la respiration. Ne suffit-il pas d'avoir établi l'impossibilité de leur introduction par la peau et par la membrane muqueuse digestive, pour en conclure forcément, par voie d'exclusion, qu'ils sont absorbés à la surface de la membrane muqueuse des poumons. A ce genre de preuves, j'en ajouterai cependant, en peu de mots, quelques-unes plus directes. Je ne citerai que des faits.

La membrane muqueuse pulmonaire absorbe les corps solides volatilisés, ou à l'état de pulvérence extrême. Elle absorbe la vapeur d'iode, et l'on retrouve cette substance dans le sang. Elle absorbe les vapeurs de mercure, qui donnent naissance au *tremblement mercuriel* des doreurs et des étameurs de glaces. Elle absorbe la poussière de carbonate de plomb, et de cette absorption *seule* proviennent les *coliques saturnines* des peintres et des ouvriers qui fabriquent le blanc de céruse. Elle absorbe les particules de cuivre ou de carbonate de cuivre, comme l'attestent les *coliques de cuivre* des bronziers. Elle absorbe le jalap et la rhubarbe, si les hommes de peine qui pilent ou tamisent ces substances ne prennent pas les précautions convenables pour n'en pas inspirer la poudre fine qui s'élève dans l'air. Elle absorbe en moins d'une minute toute la fumée de tabac qui se développe à chaque aspiration, si le fumeur la fait pénétrer dans les bronches par une inspiration profonde, etc., etc.

Cette membrane absorbe les liquides. On a pu, sans tuer les animaux soumis à ces expériences, injecter plus de vingt litres d'eau dans les voies aériennes des chevaux, soixante grammes dans la trachée-artère d'un chat, cent vingt-cinq grammes dans celle d'un lapin. Desault, ayant introduit par erreur une sonde œsophagienne dans la trachée, injecta impunément un bouillon dans les voies pulmonaires. Si ces liquides n'avaient pas été rapidement absorbés, une prompte asphyxie eut infailliblement suivi leur injection. Elle les absorbe à plus forte raison à l'état de vapeurs. L'urine contracte l'odeur de la violette par la seule respiration de l'essence de thérébentine. On s'enivre en respirant pendant quelque temps une atmosphère chargée de vapeurs alcooliques. L'état anesthésique de vapeurs d'éther et de chloroforme est aujourd'hui connu de tout le monde.

Absorbant les corps solides volatilisés ou à l'état pulvérulent, les liquides vaporisés ou non, elle doit absorber les substances en dissolution. C'est en effet ce qui a lieu. On a retrouvé dans le sang, peu de minutes après les avoir injectés dans les bronches, à l'état de dissolution, le prussiate de potasse, le cuivre ammoniacal, le sulfate de fer, le nitrate de potasse. On a tué des animaux en y injectant une dissolution de sulfate de strychnine. On produirait de même tous les phénomènes des empoisonnemens par l'injection liquide de tous les sels vénéneux, aussi sûrement et aussi rapidement qu'en les déposant sur la surface de la muqueuse digestive.

Elle absorbe surtout les gaz. Elle le fait d'abord d'une manière continue dans l'acte de la respiration, elle absorbe l'oxygène de l'air, c'est sa fonction obligée, constante, princi-

(1) Voir les numéros des 21, 25 Septembre, 2, 5 et 9 Octobre.

Feuilleton.

LOUISE BOURGEOIS, DITE BOURSIER,

SAGE-FEMME DE LA REINE MARIE DE MÉDICIS.

ESQUISSE HISTORIQUE (1).

L'époque précise de ce départ de Paris n'est pas connue, mais elle est postérieure au 14 septembre 1592, puisqu'à cette date Louise Bourgeois tenait sur les fonds baptismaux, en la paroisse de St-André-des-Arcs, la petite-fille d'un maître cordonnier, Gaspard Le Roy, à laquelle elle donna son nom (2). Il ne paraît pas, du reste, que la jeune femme ait encore trouvé à Tours des ressources suffisantes, car nous la voyons ne pas s'y établir d'une manière définitive, et quitter cette ville immédiatement après la réduction de Paris à l'obéissance de Henri de Navarre.

C'était par conséquent dans le mois de mars de l'année 1594.

On revint donc à Paris aussi pauvre qu'auparavant; le mari cherchant des malades et n'en trouvant pas, la femme se livrant à des travaux d'aiguille qui étaient loin de subvenir aux exigences journalières d'une nombreuse famille.

Or, il arriva qu'une sage-femme qui avait assisté Mme Boursier dans ses couches, pénétrée de douleur à la vue de cette misère qui ne paraissait pas devoir se modifier, même en un temps éloigné, eut l'idée de l'engager à se faire initier aux mystères de l'art des accouchemens. Elle lui prédisait un avenir brillant et l'assurait qu'elle serait « la première des sage-femmes. » Mme Boursier reçut cette proposition avec assez peu d'enthousiasme. La profession de sage-femme n'était pas, à ce qu'il paraît, en grand honneur à cette époque, et pour quelques accoucheuses privilégiées que le sort avait placées en renom, une foule d'autres croupissaient dans l'oubli, la misère et la déconsidération. Et puis ce qui lui semblait la pire chose de toutes, c'était qu'il fallait « porter les enfans au baptême. »

Mais pourtant la nécessité prit le dessus. La crainte de voir ses enfans manquer de quelque chose, fit taire toutes ses répugnances, et elle se mit aussitôt à l'étude. Ce fut dans les œuvres d'Ambroise Paré, le restaurateur, comme on l'a appelé, de l'art des accouchemens, que Louise Bourgeois puisa les élémens indispensables à l'exercice de l'art sur lequel elle fondait toutes ses espérances. Des leçons que lui donna son mari, « chirurgien *manuel*, » les conseils que plusieurs sage-femmes de ses amies s'empressèrent de lui prodiguer, son aptitude à l'étude, son intelligence firent le reste.

Il faut dire aussi que la future accoucheuse de Marie de Médicis *savait lire et écrire*, ce qui n'était pas un mince avantage à une époque où la plupart des filles nées dans la gent plébéienne, et même les sage-femmes lancées dans l'exercice de la profession n'eussent pu en faire autant.

La grande difficulté était de mettre, comme on dit, « la main à la pâte, » et de trouver une première cliente. Un jour qu'elle allait voir son « crocheteur, » dont elle avait besoin, elle apprit que la femme de ce dernier était enceinte. L'occasion était trop favorable pour la laisser passer, et Mme Boursier « la saisit aux cheveux. » Elle s'offrit donc à accoucher cette femme gratuitement, à la payer même si elle l'exigeait, et à porter le nouveau-né à l'église pour le faire baptiser.

Voilà les premières armes de celle qui, plus tard, devait avoir ses entrées au Louvre, devenir la sage-femme en titre des plus illustres princesses et grandes dames de l'époque, et assister Marie de Médicis dans tous ses enfantemens.

Ce n'est pas qu'elle n'ait été fortement émotionnée à cette première lance rompue en faveur de la divine Lucine. Le premier garçon qu'elle mit au monde « était roui par tout le corps, et avait sur lui un demy seau d'eau. » — « J'avais leu et retenu, ajoute-t-elle, qu'il ne faut pas laisser dormir une femme qui vient d'accoucher, de peur qu'une faiblesse ne l'emporte à cause de l'évacuation. Je demeure seule; comme je remuais l'enfant, je parlais quelquefois à elle. Une fois elle ne me respondit point; je mis l'enfant sur un oreiller à terre, et courus à elle, que je trouvay esvanouie. Je cherchay du vin aigre et de l'eau, et la fis revenir à bonne heure. »

L'accouchement de la femme du « crocheteur » en amena bientôt plusieurs autres. Mme Boursier habitait alors le quartier des Cordeliers, dans cette partie de Paris appelée aujourd'hui le quartier Latin, près de la maison d'Ambroise Paré. Quelques grands hôtels épars çà et là, des collèges, des abbayes, et une agglomération de ménages pauvres constituaient ce quartier. Notre sage-femme se trouvait donc placée dans une position favorable pour se créer rapidement une clientèle parmi les classes laborieuses de la société. Il y avait là surtout le collège de Bourgogne, à l'endroit même où s'élève aujourd'hui l'École de médecine, autour duquel logeaient une foule d'artisans qui s'empressaient de recourir au zèle et aux soins de Mme Boursier. Elle pratiqua, au milieu de cette populace, environ cinq ans, et parvint à passer « de petites gens à plus hupés. » Les craintes qu'elle avait d'abord conçues à la pensée de porter les enfans au baptême, n'étaient pas vaines : au premier enfant qu'elle alla faire baptiser à Saint-Cosme (1), elle fut tellement intimidée, qu'il lui sembla que « les murailles des Cordeliers la regardaient. »

Enfin, Mme Boursier, forte des études qu'elle avait faites, de la lecture attentive des œuvres d'Ambroise Paré, solide déjà par l'expérience qu'elle avait acquise, n'hésita plus à se faire inscrire pour obtenir le diplôme de « *sage-femme jurée*, » à Paris. Elle nous apprend, à cette occasion, que le tribunal hippocratique, chargé d'examiner les femmes qui se destinaient à l'art des accouchemens, se composait d'un médecin, de deux chirurgiens et de deux sage-femmes auxquelles il fallut tout d'abord rendre visite pour leur demander leur appui et leur voix. Or, il se trouva précisément que les deux sage-femmes devant lesquelles Louise Bourgeois devait se présenter, étaient l'une une dame Péronne,

(1) Voir le numéro du 5 Octobre.

(2) Archives de l'Hôtel-de-Ville.

(1) Aujourd'hui musée Dupuytren.

pale. Aussi, tous les gaz vénéneux, tels que l'hydrogène sulfuré, arsénié, sélénié, l'hydro-sulfate d'ammoniaque, etc., lorsqu'ils viennent à être respirés, produisent-ils promptement les effets de l'empoisonnement. On ne prétendra pas, je pense, que ces gaz rendent malade en donnant la mort par simple asphyxie. Cela n'est pas, car, mêlés à une quantité d'air suffisante pour entretenir la respiration, leurs effets n'en ont pas moins lieu.

Est-il nécessaire de dire qu'elle absorbe les odeurs, et de rappeler les migraines, les syncopes, les accidens nerveux de tout genre, dont sont prises les personnes qui passent une nuit ou même quelques heures dans une chambre pleine de fleurs? La sensation des odeurs ne résulte-t-elle pas du contact sur la membrane pituitaire des particules matérielles qui se dégagent des corps? Les physiciens ne citent-ils pas les odeurs comme une preuve de l'extrême divisibilité de la matière? Puisqu'elle absorbe les particules solides, liquides ou gazeuses, elle doit absorber les particules odorantes, qui ne peuvent exister que sous l'une de ces trois formes.

Donc, enfin, les miasmes, soit qu'on les considère comme solides, liquides, gazeux, ou simplement odorans, soit qu'on les suppose ou les démontre un jour composés de la réunion de toutes ces formes de la matière, les miasmes s'introduisent en nous par la voie de la respiration; ils ne peuvent pénétrer que par cette voie.

Réfléchissons d'ailleurs, et raisonnons un peu, si cela n'est pas défendu en médecine.

Les miasmes sont suspendus dans l'air, c'est incontestable. Un homme adulte respire, en moyenne, vingt fois par minute, douze cents fois par heure, vingt-huit mille huit cents fois par jour. A chaque inspiration, il fait pénétrer approximativement dans ses poumons, au dire des physiologistes, six cent cinquante-cinq centimètres cubes d'air, ce qui fait environ dix-neuf mètres cubes par jour, soit, en poids, vingt-quatre kilogrammes à peu près, ou, en mesure de capacité, vingt-quatre mille litres, un litre d'air pesant un gramme plus une fraction insignifiante pour l'objet qui nous occupe. Si faible que l'on suppose la proportion des miasmes dans le mélange, ne l'y comptât-on que pour un millième, un homme pourrait donc respirer, et par conséquent absorber vingt-quatre litres de miasmes par jour, s'ils étaient également répartis dans l'atmosphère. Toutefois, comme ils ne tombent à la surface de la terre que pendant les six ou huit heures qui suivent le coucher du soleil, mais qu'à ce moment de la journée l'air en est saturé, on voit que cet homme serait encore exposé, en temps d'épidémie, à respirer, à absorber six à huit litres *au moins* de ces agens toxiques. Pourquoi donc leur chercher une autre voie d'introduction? Pourquoi supposer que la peau, dont la faculté absorbante est si douteuse, si peu prouvée, si nulle à mon avis, y prenne quelque part? Pourquoi supposer que la membrane muqueuse digestive, sur laquelle l'air n'arrive pas, puisse y concourir? En admettant même qu'il en pénétrât par ces deux surfaces, la quantité n'en serait-elle pas trop faible, pour qu'on en dût tenir compte à côté des doses énormes qui peuvent s'introduire, qui s'introduisent si naturellement avec l'air, qui les transporte et les dépose sur la vaste surface des poumons, dont la puissance d'absorption est d'ailleurs reconnue de tous. Non, les miasmes n'entrent en nous ni par la peau, ni par la muqueuse digestive; ils entrent par les voies de la respiration. Je crois l'avoir démontré. Et telle a toujours été ma conviction à cet égard, que pendant toute la durée des deux épidémies de choléra qui viennent de ravager la France, je m'étais imposé la loi (on va me trouver absurde) de ne pas faire une inspiration profonde, complète, surtout le soir. J'en aurais volontiers donné le conseil à mes cliens si je n'eusse craint de paraître ridicule. Eh, mon Dieu! l'instinct ne nous force-t-il pas à suspendre notre respiration aussitôt qu'une odeur repoussante vient à frapper notre odorat.

Une fois introduits dans l'économie, comment se comportent les miasmes?

Très actifs et très abondans, ils peuvent frapper les individus de mort immédiate, comme nous voyons certains gaz tuer avec la rapidité de la foudre. Dans toutes les grandes épidémies de peste et de choléra, on voit des hommes périr en quelques minutes. Cela se conçoit. Le miasme absorbé se mêle au sang, il l'altère, il l'empoisonne. Le sang parcourt tout son cercle en moins d'une seconde; il baigne, en ce court espace de temps, tous les organes importans, il arrive surtout au cœur aussitôt qu'il sort du poumon, du poumon où il a puisé le principe délétère, et soit que ce poison qu'il charrie agisse sur l'organe central de la circulation et paralyse ses mouvemens, soit qu'il aille porter son action sur les centres nerveux et les stupéfie, la vie se brise avec la même promptitude. Ouvre-t-on dans ces cas les cadavres des malheureuses victimes, on ne trouve rien qui puisse expliquer la mort, elle a été trop prompte pour que des altérations appréciables de tissus aient pu se développer. On ne pourrait que retrouver l'agent toxique dans le sang, si l'analyse chimique parvenait un jour à le signaler.

Absorbés au contraire en moindre quantité, les miasmes, comme tous les poisons solides, liquides ou gazeux, agissent en raison composée de leur énergie, de leur dose et de la somme de résistance que chaque individu et chaque organe en particulier opposent à leur action. Promenés sur toutes les parties de l'organisme, ils suscitent un trouble général dans toutes les fonctions et donnent naissance à des maladies véritablement *générales*, générales dans toute l'acception du mot. Ainsi, ces parties résistent à la cause de destruction qui les assaille, et en vertu de la loi de solidarité qui les unit toutes, l'organisme entier se révolte, il concentre ses efforts et les fait converger vers un but unique, l'expulsion du poison. Une réaction s'établit alors. Si elle est impuissante, le malade succombe. Si elle est efficace, il guérit. Mais si elle dépasse le but, ce qui arrive quelquefois, et ce qui, pour le dire en passant, prouve qu'elle obéit à l'empire de lois toutes matérielles et non pas à cette prétendue force intelligente que les vitalistes décorent du nom pompeux de *nature médicatrice*, si, dis-je, elle dépasse le but, elle devient, par son propre excès, comme toute réaction exagérée, une cause de ruine pour l'organisation qui en est le théâtre. De la mise en contact du miasme sur tous les organes, des cris de douleur de ceux-ci, de la résistance qu'ils opposent à son agression, des efforts synergiques que leur solidarité commande, de l'expulsion de la cause morbide au dehors, et de la réaction qui l'exécute et la suit, se compose le tableau de tous les phénomènes, de tous les symptômes des maladies miasmatiques. Quand on en observe l'ensemble dans une maladie, on peut affirmer qu'elle est le produit d'un miasme, ou d'un virus, ou d'un poison.

Mais, de même que les médicamens énergiques, tout en promenant leur influence sur toute l'économie, exercent cependant, chacun suivant sa nature, une action plus marquée sur tel ou tel organe, — l'opium sur le cerveau, — la digitale sur le cœur, — le seigle ergoté sur l'utérus, etc.; de même que chaque espèce de poison, bien qu'agissant sur tous les organes, en impressionne plus particulièrement quelques-uns, et produit ainsi des effets symptomatiques spéciaux, qui permet à un œil exercé de le reconnaître dans la plupart des cas, tels que les douleurs vives du ventre avec constipation opiniâtre, la rétraction de l'abdomen et les paralysies des membres, caractéristique des empoisonnemens par le plomb, — les secousses tétaniques de l'empoisonnement par la strychnine, — les taches livides et l'éruption miliaire sur la surface de la peau, produite par l'arsenic, — la démangeaison incessante, les envies continuelles d'uriner, la sécheresse de la membrane muqueuse de la bouche, de l'arrière-gorge, et même des voies pulmonaires, qui signalent l'empoisonnement par la belladone, — les ardeurs de vessie, la difficulté d'uriner, les urines rouges, brûlantes et quelquefois sanguinolentes, le priapisme douloureux ou le satyriasis violent suivis, dans quelques cas, de la gangrène et du sphacèle du membre viril, symptômes particuliers à l'empoisonnement par les cantharides, etc.; de même aussi, chaque miasme dessine en quelque sorte ses propres traits sur le fond commun de symptômes dont nous avons indiqué plus haut l'origine et les points de départ, et le marque de son empreinte. Le miasme des marais ordinaires imprime aux maladies qu'il fait naître le cachet de l'intermittence; le miasme des Antilles provoque une abondante sécrétion bilieuse, des vomissemens noirs et la coloration jaune de la peau, qui caractérisent et servent à dénommer la maladie qu'il occasionne. Le miasme de la peste a ses bubons et ses anthrax; le miasme du choléra son froid glacial, ses vomissemens et ses garderobes de matières blanchâtres, ses crampes et sa cyanose, etc., etc. Ces symptômes divers dénoncent la spécialité du miasme. Mais, encore une fois, le fond reste le même dans toutes ces maladies. On y retrouve constamment des témoignages de l'impression fâcheuse de l'agent toxique sur les organes, de la résistance de ceux-ci contre ses attaques, de la réaction qui en est la conséquence, et des efforts de l'organisme pour s'en débarrasser. Tant qu'on ne se placera pas à ce point de vue, on ne comprendra pas les maladies miasmatiques.

Enfin, les miasmes ont encore pour effet commun, de produire des désordres nombreux et variés dans l'organisation, et cela devait être puisqu'ils sont portés par le sang sur tous les tissus. Dans les cadavres des victimes des empoisonnemens miasmatiques, outre l'altération du sang qui jusqu'à ce jour n'a pu être appréciée que par des caractères physiques, on trouve des lésions anatomiques dans le cœur, les poumons, le foie, la rate, les enveloppes cérébro-rachidiennes, les voies digestives, les reins, et la peau. Elles consistent en des ecchymoses, des taches noires, violettes, livides, des ramollissemens de tissu, des congestions et des injections sanguines, des inflammations, des éruptions et des colorations diverses de la peau. Il faut apprendre à lire dans ces lésions, et nous savons à peine y épeler. Toutes ne peuvent pas avoir la même valeur et la même signification. Il est bien probable que les ecchymoses, les taches, et le ramollissement, sont les effets immédiats du contact du poison morbide, d'autant plus qu'on les observe généralement dans les organes qui reçoivent le plus de sang et par conséquent la plus grande quantité du miasme, tels que les poumons, le cœur, le foie, et la rate. Les inflammations se développent très probablement sous l'influence de la réaction, puisqu'on ne les rencontre pas sur les cadavres des

---

l'autre la dame *Dupuis*, qui, par un certain pressentiment, fit tous ses efforts pour s'opposer à la réception de la jeune Boursier, prétendant que puisque la récipiendaire était « *femme d'un surgean, elle s'entendrait avec les médecins, comme coupeurs de bourses en foire, et qu'il ne fallait recevoir que des femmes d'artisans qui n'entendent rien aux affaires des sage-femmes.* »

On verra plus tard que ce fut cette même dame Dupuis, accoucheuse de la belle Gabrielle, maîtresse de Henri IV, que Louise Bourgeois supplanta à la cour.

Quoi qu'il en soit, et malgré l'opposition haineuse de dame Dupuis, la pauvre accoucheuse de la femme du crocheteur fut reçue sage-femme jurée, et à partir de ce moment, sa réputation ne fit que grandir et la lança dans les plus hautes régions de la noblesse.

Nous ne croyons pas nous tromper beaucoup en rapportant la date de cette réception à l'année 1599. Louise Bourgeois avait alors trente-huit ans, et dans les notes antérieures à cette année, que nous avons puisées dans les archives de l'Hôtel-de-Ville de Paris, nous la voyons assister, soit comme accoucheuse, soit comme marraine, au baptême de plusieurs enfans qu'elle avait mis au monde.

Ce serait bien s'aventurer que de chercher à pénétrer le mystère de l'immense réputation que Louise Boursier parvint à acquérir, et de l'honneur inouï qu'elle eut de voir s'ouvrir devant elle les portes du Louvre. Son expérience acquise par un travail incessant, ses talens incontestables, l'affabilité de son caractère, son esprit fin, délicat et subtil, son tact exquis, furent sans doute les premières pierres, qui, réunies à des circonstances fortuites et heureuses, vinrent élever le piédestal sur lequel elle a trôné pendant plusieurs années.

Dès l'année 1600, époque de l'avénement de Henri IV au trône, Louise Boursier, alors âgée de trente-sept ans, ou à peu de chose près, s'était frayé un chemin dans les plus nobles familles de France. Elle avait accouché « Mme Arnault, l'intendante; Mlle Perrault, la conseillère, nièce de M. de Fresne, secrétaire d'état; Mlle Le Meau, femme de l'intendant de M. de Rheims; Mlle de Pousscmote, femme d'un secrétaire du roi; Mme Fresnard, femme d'un riche marchand; la duchesse d'Elbeuf, etc., etc. » Ce furent autant de lettres de recommandation qu'elle mit en avant pour parvenir au but de tous ses désirs, — celui d'accoucher la reine Marie de Médicis, femme du bon Henri et enceinte alors de celui qui fut depuis Louis XIII. Ce n'était pas, en vérité, chose facile: d'un côté le roi voulait que « sa femme » fût accouchée par Mme Dupuis, jouissant encore d'une grande réputation parmi les sage-femmes de la bonne ville de Paris, mais vieille, décrépite, et qui, succédant au médecin d'Alibourt, mort dans la disgrâce, avait assisté Gabriel d'Estrées, duchesse de Beaufort, lorsqu'elle mit au monde le duc de Vendôme. On conçoit d'un côté le désir de Henri IV de donner à « sa femme » une accoucheuse qui avait déjà fait ses preuves, et d'un autre côté la répugnance de Marie de Médicis pour une sage-femme dont s'était servie la maîtresse du roi, morte depuis moins de deux ans, le 8 avril 1599, d'une attaque d'apoplexie.

Et puis il y avait là la foule des courtisans, des princes et princesses du sang, les princes de Conti, de Soissons, et de Mont-Pensier, mademoiselle de la Renouillère, première femme de chambre de la reine, le duc d'Elbeuf, Leonora Galigaï, systématiquement opposée au roi, favorite chérie de Marie de Médicis, et jusqu'à maître Guillaume, le fou de Henri, qui formaient autant de petites cabales pour savoir par qui la reine serait accouchée.

Il faut lire le *Récit véritable de la naissance des enfans de France*, pour avoir une idée de toutes les intrigues qui se jouèrent en une circonstance aussi importante, et tout ce qu'il fallut à Louise Bourgeois, de patience, de soins, d'habileté, de démarches et de *visites* pour s'élever sur les débris de dame Dupuis, et pour faire tourner à son profit de mesquines cabales organisées, comme on le pense bien, par les femmes attachées à la cour.

Heureusement pour elle qu'elle était plus ou moins chaudement patronée de plusieurs des médecins et chirurgiens attachés au service du château. C'étaient messieurs Du Laurens, Malescot, Hautin, de La Rivière, de La Violette, et Poucon. Aussi, témoigne-t-elle souvent la plus vive reconnaissance pour eux, et leur a-t-elle consacré dans ses ouvrages, des hymnes de grâce telles que celle-ci, adressée à Hautain :

Quand ces grands médecins furent entre eux en peine
De choisir qui pourrait servir une grande reyne,
Hautain tout hautement donna sa voix pour moy;
C'est pourquoi du bonheur dont j'ai la jouissance,
J'en fay à tes vertus ceste recognoissance,
Et le faisant ainsi, je fay ce que je doy.

Ou bien encore ce quatrain dont elle gratifie de La Violette, médecin de Henri IV :

Tout ce qui se peut voir au monde d'admirable,
De beau, de grand, de bon, de rare, et de parfait,
Se treuue en ceste fleur, dont l'odeur agréable
Nous fait brauer la mort en despit de son trait.

Et pourtant, malgré ces recommandations, Mme Boursier n'eût pas, très vraisemblablement, réussi dans son projet, si elle n'eût eu le puissant appui de Mme la duchesse d'Elbeuf, et de Mme de Thou, qui usèrent de toute leur influence pour la faire agréer.

(*La suite à un prochain n°.*) Dr Achille Chereau.

Nouvelles du choléra. — Les lettres reçues de Tauris à Constantinople annoncent que le choléra faisait en Perse les plus grands ravages. A Ouroumiah, en un seul jour, 3,000 personnes avaient succombé. La désolation et la frayeur étaient partout : on craignait de voir l'épidémie envahir toutes les grandes villes de la Perse.

Dans un autre hémisphère, aux États-Unis, le choléra continue à sévir avec une grande intensité. Les nouvelles de New-York, en date du 25 septembre, annoncent que le choléra s'était déclaré à Charleston, et qu'il y faisait des ravages effrayans. Il sévissait également à Washington.

Nécrologie. — M. J. Stokoe, chirurgien de la marine anglaise, qui avait assisté à la bataille de Trafalgar, et qui fut plus tard chirurgien de Napoléon à Ste-Hélène, vient de mourir subitement dans un âge avancé.

personnes qui succombent dans la première période de la maladie. Enfin, les altérations des voies digestives, des reins, et de la peau, semblent plutôt appartenir à la période d'élimination et en être les produits ou les résultats, ces organes ayant pour fonction principale de débarrasser l'économie des matériaux inutiles, usés, ou nuisibles.

L'excrétion alvine, les urines, et la sueur, sont en effet les principales voies de l'élimination. Il y faut ajouter cependant la transpiration pulmonaire, plus spécialement chargée de rejeter au dehors les substances gazeuses et les substances odorantes. La fonction excrémentitielle des intestins n'a pas besoin de démonstration; personne ne la conteste. Quant à la sécrétion urinaire, les beaux travaux de M. Orfila sur l'empoisonnement, en nous signalant le passage rapide de tous les poisons solubles dans l'urine des individus et des animaux empoisonnés, ne permet pas de douter de sa fonction éliminatrice. Enfin, la sueur exhale, comme la transpiration pulmonaire, l'odeur de l'ail et de l'oignon chez les personnes qui font un usage exagéré de ces substances dans leur alimentation; elle est fétide chez les individus qui vivent habituellement au milieu d'une atmosphère infecte; M. Chomel a vu à la Charité un palfrenier qui, pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, exhala une forte odeur d'écurie, quoiqu'il n'eût conservé sur lui aucun de ses vêtemens; elle prend souvent l'odeur du lait aigri chez certaines nourrices et chez plusieurs femmes récemment accouchées, et celle de l'urine chez les personnes atteintes d'une rétention de ce liquide; au dire de M. Rayer, elle prend celle de la paille pourrie dans la suette miliaire des Picards; elle contracte celle de la gangrène humide dans les infections putrides; enfin, on connaît l'odeur *particulière et spéciale* qu'elle présente chez les malades atteints de typhus, l'odeur douceâtre et fade des pestiférés et des cholériques, etc. Et quand les matières excrétées ne sont pas de nature à affecter l'odorat, elles décèlent leur présence à la peau par d'autres signes, une éruption accompagnée de démangeaison après l'empoisonnement par la belladone ou par les moules, des taches violettes à la suite de l'empoisonnement par les champignons, des taches livides dans l'intoxication arsénicale, des *sudamina* nombreux dans les infections purulentes, des pétéchies et des taches lenticulaires pendant le cours de la fièvre typhoïde, etc., etc. Que les miasmes soient gazeux, liquides, ou solides, ils sont donc repoussés par l'une de ces quatre issues, peut-être par toutes les quatre en même temps.

Résumons maintenant toute la longue discussion qui précède, dans les corollaires suivans, expression exacte de faits incontestables:

Les miasmes existent. Ce sont des corps matériels. Ils se composent de vapeur d'eau, de gaz, et d'une matière animale vivante ou inanimée. Ils se répandent dans l'air. La chaleur les éloigne de la surface de la terre; un abaissement de la température les en rapproche. Ils peuvent s'élever à de très grandes hauteurs. Ils suivent les mouvemens de l'atmosphère, et peuvent être portés par les vents à d'énormes distances. Ils sont de plusieurs espèces. Ils produisent des maladies distinctes pour chaque espèce, bien qu'en tant que miasmes ils aient plusieurs symptômes qui se ressemblent. Ils n'agissent qu'à de certaines doses. On ne peut pas les inoculer. Ils sont absorbés par la membrane muqueuse pulmonaire avec l'air qui les transporte. Ils empoisonnent le sang. Ils circulent avec lui dans toute l'économie. Ils tuent quelquefois immédiatement les organes qu'ils touchent. Les symptômes auxquels ils donnent lieu sont toujours en raison composée de leur nature, de leur dose, de la résistance que leur oppose chaque organe et chaque individu, et des efforts heureux ou avortés que fait l'organisation pour les expulser. Ils laissent sur les cadavres des lésions multipliées et de nature diverse. Enfin, ils sont éliminés par les voies ordinaires de l'excrétion : la peau, les reins, les poumons, l'estomac et les intestins.

Voyons donc si tout ceci peut s'appliquer à la cause du choléra.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(*La suite prochainement.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE PRATIQUE;

Par M. le dr Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, etc.

NÉVRALGIES FACIALES; — RÉSECTION DES NERFS; — PROCÉDÉS NOUVEAUX.

(Suite. — Voir le numéro du 5 Octobre.)

Résection du nerf mentonnier.

Incision courbe à concavité supérieure, descendant quatre millimètres au-dessus de la base de la mâchoire, et s'étendant du point de la lèvre qui correspond à la dent canine pour se terminer au point de la joue qui est en regard de la première grosse molaire; le lambeau, soulevé avec une érigne, est détaché de l'os avec une spatule et la pointe du bistouri. Le nerf est coupé dans ce temps de l'opération. On le retrouve aisément avec des pinces à la surface du lambeau, et on en résèque, avec des ciseaux, le tronc et les branches qu'il fournit. On absterge le sang dont on arrête, au besoin, l'écoulement à l'aide de ligatures, ou par l'application de l'eau froide. Le trou mentonnier, mis à découvert, est reconnaissable au sang que continue à fournir l'artériole qui le traverse, et au tronc nerveux qui le parcourt. On y enfonce, à plusieurs reprises, un cautère incandescent, de manière à atteindre la branche incisive du nerf dentaire inférieur.

Le trou mentonnier est quelquefois si petit, qu'il est impossible d'y introduire un cautère suffisamment grand et assez chaud pour le parcourir dans toute son étendue jusqu'au rameau incisif. Dans ce cas, il faut appliquer une couronne de trépan qui le comprenne dans son aire, réséquer et cautériser le nerf dentaire inférieur avant sa division.

D'ailleurs, comme je l'ai fait pressentir déjà, je considère ce procédé comme exceptionnel; car il sera toujours préférable de réséquer le nerf, après la trépanation, derrière la dernière dent molaire, et de l'attaquer ainsi au-delà de toutes les branches terminales. En ce point, la cautérisation du nerf sera plus étendue qu'à travers le trou mentonnier.

Résection du nerf sous-orbitaire.

Au-dessous du bord inférieur de l'orbite, on fait une incision qui pénètre jusqu'aux os. Cette incision, commençant et finissant à 3 trois millimètres au-dessous du rebord, circonscrit un lambeau à concavité supérieure, dont la base, correspondant à la partie moyenne du bord orbitaire, a 26 millimètres d'étendue, tandis que le sommet descend à 2 centimètres du même bord. Ce lambeau, soulevé de bas en haut, est rapidement disséqué, en ayant soin, toutefois, de ne pas prolonger la dissection au-delà de sa base, afin de respecter le plan fibreux de la paupière inférieure.

Une éponge fine remplit la plaie, et quand, après quelques minutes, le sang est arrêté par la compression directe des surfaces traumatiques, par celle des artères faciales sur le maxillaire inférieur, au besoin par la ligature d'artérioles et l'emploi des styptiques, on résèque avec des ciseaux toutes les parties nerveuses qu'on cherche, qu'on découvre et qu'on saisit avec des pinces à la surface du lambeau; on attaque alors le trou sous-orbitaire qu'on trouve dans un enfoncement qui existe en haut de la fosse canine, entre le maxillaire supérieur et l'os jugal. Le faible écoulement de sang qui en sort, et le tronc coupé du nerf sous-orbitaire, en trahissent la présence; l'introduction d'un stylet boutonné dans le canal vient enlever le doute, s'il en existait encore. L'opérateur dirige alors dans le canal sous-orbitaire des cautères incandescens qui, pénétrant à 2 centimètres, y détruisent le nerf, et atteignent sûrement la branche dentaire inférieure qui s'en détache à quelques millimètres du trou seulement.

Quand ce dernier est trop petit pour y introduire un cautère suffisant, on peut l'emporter, ainsi qu'une partie du canal et du nerf qui le parcourt, à l'aide d'une petite couronne de trépan d'un centimètre de diamètre, dirigée avec précaution dans la direction du plancher de l'orbite.

Lorsqu'il existe deux trous sous-orbitaires, ce qui est assez rare, il faut redoubler d'attention, et il me paraît prudent d'introduire le cautère dans les deux.

On se dirigerait de la même manière, si on voulait réséquer les rameaux névralgiques qui arrivent à la face en traversant d'autres trous, les nerfs molaires, par exemple.

Résection du nerf sus-orbitaire.

Incision courbe *ici* à concavité inférieure, commençant en dedans de la racine du nez, finissant à la partie moyenne de l'arcade sourcillière, et circonscrivant au-dessus du sourcil un lambeau de 2 centimètres de hauteur. Disséqué de bas en haut, il permet d'apercevoir le nerf frontal externe au moment où il traverse le trou ou l'échancrure sus-orbitaire. On en résèque les branches dans toute l'étendue du lambeau, et on en cautérise le tronc avec précaution dans l'étendue du trou ou de l'échancrure qu'il parcourt.

Résection des nerfs dentaires supérieur et postérieur.

Le siége profond de ces nerfs dans la cavité buccale, le voisinage d'artères importantes, ne me paraissent pas des conditions qui les placent en dehors des procédés chirurgicaux. Quand ils sont le siége et le point de départ de névralgies rebelles et invétérées, je crois qu'on peut les atteindre sans danger. Pour les réséquer avec sûreté dans leurs canaux, on procédera différemment que dans les précédentes résections.

Il faudra soulever fortement la lèvre supérieure, inciser le repli gingival, trépaner l'antre d'Hygmore, en dehors de la fosse canine, décoller la gencive, et, s'il se peut, la membrane interne du sinus; enfin, enlever le segment de la tubérosité maxillaire où sont creusés les canaux dentaires avec un emporte-pièce ressemblant à de forts ciseaux mousses, dont chaque branche serait double, et écartée de sa congénère de six millimètres. Ainsi conçue, cette opération me paraît simple et sans danger. J'ai été sur le point de l'accomplir sur une dame, où la névralgie avait surtout pour origine les nerfs dentaires supérieur et postérieur du côté gauche. L'affection ne pouvait ici être prise pour une odontalgie, les grosses dents molaires correspondantes manquant depuis longtemps.

On pourrait, à la rigueur, réséquer par l'intérieur de la bouche les nerfs mentonnier, sous-orbitaire, et même le dentaire inférieur; mais ces opérations deviendraient évidemment plus laborieuses.

Dans l'intention de rendre la résection du nerf plus étendue, et d'éviter l'application du feu, M. le docteur Beau, chirurgien de première classe de la marine, chef des travaux anatomiques, qui a assisté à la plupart de mes opérations de résection m'a proposé le procédé suivant, applicable au nerf dentaire inférieur, et fondé sur les données que M. Malgaigne a fait connaître pour le nerf sous-orbitaire.

Résection de la moitié antérieure du nerf dentaire inférieur. Procédé de M. Beau.

Incision courbe à concavité supérieure, étendue du bord antérieur du masséter au point de la lèvre correspondant à la dent canine du même côté. Le lambeau disséqué et soulevé, une couronne de trépan est appliquée au-dessous de la troisième grosse molaire, et le nerf est coupé comme dans mon procédé. Alors il faut chercher le trou mentonnier, saisir le nerf qui en sort avec une pince, et tandis qu'une autre pince a saisi le bout du nerf dans le fond de l'os trépané, on imprime à cette portion du dentaire inférieur des mouvemens de va-et-vient qui déchirent les rameaux dentaires, et permettent de tirer le nerf au-dehors par le trou mentonnier.

Résection de la moitié postérieure du nerf dentaire inférieur.

A travers une longue incision qui, mesurant d'abord toute la hauteur de la branche maxillaire, se recourbe ensuite au niveau de la base de l'os, pour venir se terminer vers la première grosse molaire, M. Beau place deux couronnes de trépan, une sous l'échancrure sygmoïde, l'autre sous la deuxième grosse molaire.

Dans le fond de ces deux perforations osseuses, il coupe le nerf en saisit les bouts avec les deux pinces, et le retire définitivement par la perforation supérieure. Comme on le voit, M. Beau compose son procédé de celui de Warren et du mien, qui ont pour but de mettre le nerf dentaire à découvert avant son entrée dans le canal et dans le milieu du canal lui-même.

M. Beau s'est assuré, par des manœuvres réitérées sur le cadavre, que le nerf dentaire inférieur, saisi à sa sortie du trou mentonnier et derrière la branche montante du maxillaire avant son entrée dans le canal, ne pouvait être en totalité retiré à l'extérieur à cause de la courbure prononcée du canal dans sa partie moyenne.

Le procédé de M. Beau est certainement ingénieux; il permet la résection du nerf dans une très grande étendue. J'ai l'intention de saisir la première occasion de le mettre en pratique pour obtenir la résection de la moitié antérieure; mais je le combinerai encore avec la cautérisation, qui me permettra de détruire une partie de la seconde portion du nerf et de briser le canal.

Je ne porte pas un jugement aussi favorable sur la résection de la partie supérieure du nerf, qui exige, dans le procédé de M. Beau, deux trépanations, dont la supérieure faite à travers des parties molles épaisses, et l'os en totalité, est susceptible d'entraîner une inflammation étendue à une suppuration diffuse. Mon procédé n'expose pas à ces accidens; le nerf peut être détruit dans une grande étendue et bien au-delà du point où il commence à fournir les rameaux dentaires.

Dans un mémoire qu'il publiera bientôt, M. le docteur Beau fera connaître son procédé et les avantages qui s'y rattachent.

On verra dans le tableau suivant et dans les observations que je vais rapporter, quels sont les nerfs que j'ai réséqués sur les six malades que j'ai opérés et les résultats que j'ai obtenus.

NOMS.	AGE.	RÉSECTION DES NERFS			TEMPS écoulé depuis l'opération.	RÉSULTATS.
		sous-orbitaire.	dentaire inférieur.	mentonnier.		
M. Dauphin. .	74 ans.	1	2	»	15 mois.	(1).
Mme Camous. .	58 ans.	1	»	»	8 mois.	Guérison complète.
M. Julien. . .	69 ans.	1	»	1	8 mois.	*Idem.*
M. Devars. . .	63 ans.	1	»	»	8 mois.	Insuccès.
Mlle Guisolle. .	25 ans.	1	»	1	7 mois.	Guérison complète.
M. Sigalas. . .	70 ans.	»	1	1	6 mois.	*Idem.*
Totaux. .	. . . . .	5	3	3		

(1) Guérison complète de la névralgie sous-orbitaire; récidive de la névralgie dentaire inférieure après six mois.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que dans les six cas de névralgies mentionnés dans le tableau précédent, quatre affectaient le côté droit de la face, un le côté gauche, un les deux côtés à la fois.

Ajoutons que sur les six malades opérés, quatre ont été guéris, un a éprouvé de l'amélioration, et chez le dernier l'affection est restée la même.

Observation Ire. — *Névralgie double de la face atteignant depuis trente ans les trois branches des deux trijumeaux. — Résection des nerfs dentaire inférieur et sous-orbitaire droits. — Guérison partielle.*

M. Dauphin, de St-Tropez (Var), âgé de 74 ans, d'un tempérament sanguin, d'une taille élevée, maigre, mais d'une assez bonne constitution, est sans antécédens syphilitiques. Exempt de carie dentaire, il n'a jamais eu qu'une névralgie sciatique.

Il raconte qu'il y a environ trente ans, traversant le golfe de Lyon, sur un brick qu'il commandait, il ouvrait la bouche pour ordonner d'amener l'antenne à cause de la force du vent, lorsqu'il fut subitement

atteint d'une violente douleur dans le côté droit de la face. A bord, comme à terre, rien ne put soulager cette douleur, qui céda spontanément après plusieurs mois de durée ; mais elle reparut ensuite, pour cesser et revenir encore plus constante et plus cruelle. Depuis dix ans la mastication, impossible du côté droit, s'effectue difficilement dans le côté gauche, devenu depuis cinq ans le siége d'une névralgie. Plusieurs médecins ont été consultés, de nombreux médicamens employés, sept dents arrachées.

Après trente ans de souffrances cruelles et presque constantes, voici dans quel état le malade s'est offert à moi : douleurs vives, contusives et déchirantes dans la moitié inférieure de la face des deux côtés, bien plus intenses cependant du côté gauche que du côté droit. Ces douleurs qu'accompagne toujours un battement artériel prononcé, ont pour siége spécial les trous mentonnier et sous-orbitaire, la lèvre supérieure, les ailes du nez, le bord inférieur de l'os malaire, la tubérosité maxillaire, parfois la région temporo-auriculaire, et plus rarement le nerf frontal. Tantôt fixes et gravitatives, tantôt mobiles et lancinantes, elles existent superficielles, surtout dans les points indiqués, mais le plus souvent au niveau du mentonnier droit, que le malade considère comme le point d'origine ; de là les élancemens sillonnant la face en s'irradiant de bas en haut, par conséquent en sens inverse de la direction du nerf facial. La pression n'augmente pas les douleurs, et si elle les diminue sur un point, elle semble les provoquer sur d'autres ; la percussion sur les dents ne les éveille qu'à un faible degré ; il n'y a jamais eu d'odontalgie ; le froid, le chaud, une température modérée sont sans influence ; d'ailleurs presque continuelles, le jour, la nuit, jamais intermittentes, elles ne permettent que de courts intervalles de repos, le malade étant couché sur le dos et dans une absolue immobilité, position gardée des mois entiers. La contraction des muscles qui s'attachent aux maxillaires, celle des muscles qui meuvent les parties voisines, la toux, l'éternuement, l'action de moucher, de cracher, la parole, mais surtout la mastication et la déglutition réveillent et exaltent les souffrances.

On ne pouvait assister aux repas de Dauphin, sans éprouver un vif sentiment de peine. Depuis longtemps il ne mangeait que de la soupe de vermicelle, il en formait une boule dans sa cuillère, l'approchait en tremblant de ses lèvres, l'avalait brusquement, poussait un cri, laissait tomber la cuillère, portait la main autour de sa tête qu'il balançait, la face étant agitée de mouvemens convulsifs et le corps pris d'un tremblement général. Cette scène se reproduisait plus ou moins intense à chaque cuillerée.

Le point de départ de la névralgie étant évidemment, d'après le rapport du malade, dans le nerf mentonnier droit, je résolus de réséquer le nerf dentaire inférieur dans son canal, au niveau de la dernière dent molaire qui manquait seule de ce côté, opération que je pratiquai par mon procédé, le 15 juin 1851.

Immédiatement après, la névralgie cessa, et le malade put mâcher et avaler avec facilité. Cependant, après huit jours d'un calme complet, les douleurs reparurent dans le nerf sous-orbitaire droit seulement, et un mois plus tard, elles étaient aussi intenses qu'avant l'opération. Elles n'avaient pas tardé non plus à revenir dans le côté gauche de la face. La résection du nerf dentaire inférieur droit n'avait donc été profitable qu'à la névralgie du nerf mentonnier du même côté. Du 15 juillet au 10 août, j'eus recours à la cautérisation transcurrente des deux côtés de la face, elle resta sans succès, et le 13 du même mois, je pratiquai par mon procédé la résection du nerf sous-orbitaire droit.

Cette résection fut, comme la première, accompagnée de vives souffrances, parce que n'ayant point encore l'habitude de ces opérations, et n'étant pas fixé sur les principes qui m'ont conduit plus tard à chercher les trous ou les canaux sans m'occuper des nerfs, je n'avais pas voulu les pratiquer dans l'insensibilité chloroformique, afin que la douleur servît à diriger mes manœuvres. On verra, par les observations qui suivent, toutes pratiquées dans l'insensibilité, que je n'ai plus eu besoin de recourir à un semblable guide.

Il est important d'observer que derrière le point sous-orbitaire réséqué, restaient intacts les nerfs dentaires postérieur et supérieur, d'où partaient souvent les douleurs névralgiques, bien que les grosses dents molaires correspondantes eussent depuis longtemps été arrachées.

L'inflammation qui se développa autour de la plaie, céda le quatrième jour à l'application de cataplasmes émolliens ; la plaie fut cicatrisée en vingt jours, et le malade partit complètement guéri de la névralgie du côté droit, celle du côté gauche étant restée la même, mais assez légère pour que Dauphin ne désirât pas de nouvelles opérations.

Pendant six mois, la guérison ne se démentit pas ; mais alors quelques douleurs se montraient à l'extrémité radiculaire du nerf dentaire inférieur au point correspondant à la cicatrice osseuse. Ces douleurs me semblent comparables à celles qu'on observe quelquefois après les amputations.

Au moment où je trace cette observation, plus d'un an après la première opération, il n'existe plus que les légères douleurs dont je viens de parler, celles du côté gauche de la face sont restées les mêmes.

J'avais fini de tracer cette observation, lorsque Dauphin est revenu me voir à Toulon, éprouvant encore de vives douleurs qu'il rapportait au bout radiculaire du nerf dentaire inférieur, en arrière de la trépanation. La sensibilité était en partie revenue aux points où se distribuent les rameaux du mentonnier et du sous-orbitaire, mais ces parties n'étaient nullement douloureuses.

Le 5 juillet 1852, j'ai pratiqué une nouvelle résection du nerf dentaire inférieur droit, en arrière et au-dessus de la première ; elle a nécessité la division de la ligature de l'artère faciale. Cette fois, après la résection du nerf, des cautères ont été introduits dans les deux bouts du canal.

Le 4 août suivant, j'ai revu le malade, et j'ai reconnu que les douleurs, qui avaient cessé pendant huit jours, avaient commencé à reparaître toujours sur l'extrémité radiculaire du nerf, en arrière de la seconde trépanation. Continueront-elles ? C'est ce que l'avenir montrera. En attendant, Dauphin nous offre le singulier exemple de résections pratiquées sur deux nerfs du même côté, avec un résultat différent, puisque la guérison n'a été radicale que sur le sous-orbitaire, et qu'au bout de six mois, le mal a reparu sur le nerf dentaire inférieur en arrière des résections.

(La suite au prochain numéro.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 25 Août 1852. — Présidence de M. Bouvier.

Sommaire. — Lecture d'un rapport de M. Hérard sur le travail de M. Moutard-Martin. — Observations de MM. Delasiauve et Bouvier. — Communication de M. Barthez sur une invagination. — MM. Legendre, Hardy, Marrotte, Vigla, Bouchut.

M. Moutard-Martin, candidat à la place de membre titulaire dans la Société, a lu, à cette occasion, un mémoire relatif aux *paraplégies causées par les hémorrhagies utérines ou rectales.* Il rapprocha ce fait de ceux à peu près semblables que M. Rayer a observés dans les maladies des voies urinaires. Voici les observations sur lesquelles repose ce travail :

Observation I. — *Paraplégie à la suite d'hémorrhagie utérine.*

Le 21 décembre 1848, entra, dans la salle Saint-Bernard, une femme âgée de 38 ans, couturière, mère de trois enfans, dont le plus jeune a 7 ans, ayant une habitation saine, n'ayant jamais eu d'atteintes de rhumatismes, ni d'accidens nerveux d'aucun genre. Cette femme a toujours été réglée régulièrement, et sans accidens, jusqu'au mois de novembre.

Le 2 novembre, sans cause qu'elle puisse apprécier, cette femme, à l'époque de ses règles, fut prise d'une perte fort abondante accompagnée de caillots très volumineux ; elle fut obligée de se mettre au lit. Cette perte fut de courte durée, car, au bout de trois jours, elle était réduite à des proportions très minimes, et la malade se leva, mais elle fut très étonnée de ne pouvoir pas se tenir seule sur ses jambes ; elle avait besoin d'appui pour rester debout. Elle ne fut cependant pas d'abord effrayée de son état, et crut qu'elle avait simplement de la faiblesse ; mais, pendant tout le mois de novembre, le même état persista sans aggravation, mais aussi sans amélioration. Le médecin qu'elle consulta se borna à lui faire prendre des bains et à faire des frictions sur les membres inférieurs. Dans le courant du mois de novembre, survinrent quelques fourmillemens dans les pieds, qui se refroidissaient avec une extrême rapidité. Du reste, sa santé générale n'avait subi aucune modification : ses digestions, sa respiration, ses fonctions d'excrétion étaient normales.

Le 4 décembre, elle eut une perte en tout semblable à la première, débutant avec une très grande intensité, mais se modérant promptement, à tel point que tout écoulement de sang avait complètement cessé au bout de trente-six heures, et la malade nous assura n'avoir pas perdu beaucoup plus de sang dans cet espace qu'elle n'en perdait pendant les sept à huit jours que duraient ordinairement ses règles.

Cette hémorrhagie terminée, la malade ne put plus soulever les jambes dans son lit ; elle avait dans les pieds des fourmillemens incessans qui allaient jusqu'à empêcher le sommeil, et qui remontaient jusqu'au genou. Enfin, son état restant le même, elle se décida à entrer à l'hôpital le 21 décembre ; elle fut placée dans le bout de la salle Saint-Bernard, qui m'était confié par M. le professeur Chomel.

Voici l'état dans lequel nous l'avons trouvée :

Embonpoint notable ; peau très blanche et comme demi-transparente ; la malade prétend cependant n'être pas plus pâle que d'habitude ; souffle très prononcé dans les vaisseaux du cou ; appétit ; digestions très bonnes, mais garderobes difficiles, presque impossibles sans lavemens ; excrétion toujours volontaire des urines, mais un peu plus fréquentes et plus abondante chaque fois que quelques mois avant.

La malade, étant couchée sur le dos, ne peut faire exécuter aucun mouvement un peu étendu à ses jambes sans s'aider avec les mains. Les jambes, étant soulevées, retombent comme une masse inerte. Ainsi donc, paralysie très prononcée de la motilité.

La sensibilité est diminuée sur les pieds et à la partie inférieure des jambes, mais à un degré assez faible. Elle est diminuée plutôt par comparaison qu'absolument parlant, car la piqûre légère de la pointe d'une épingle est entrée sur les deux pieds, mais à un degré moindre qu'à la cuisse. Nous avons cherché si cette différence ne s'expliquerait pas naturellement par la différence de sensibilité de deux portions du même membre ; mais, chez un autre sujet, nous avons trouvé une semblable distinction à faire entre la sensibilité de la jambe et celle de la cuisse. Il existait donc chez notre malade un peu de diminution de la sensibilité.

Les fourmillemens sont très prononcés, mais moins depuis trois jours. Pas de douleur sur aucun point de la colonne vertébrale, quel que soit le mode d'exploration.

Nous commençons le traitement par administrer des préparations martiales, et deux fois par semaine un bain sulfureux.

Le 6 janvier, les règles viennent, mais peu abondantes.

Le 13, deux cautères sont appliqués sur la région lombaire.

A la fin de janvier, la pâleur a diminué, le bruit de souffle des vaisseaux a complètement disparu ; mais l'état des membres inférieurs est absolument le même.

10 février. Selles peu abondantes.

17. La malade nous dit que les fourmillemens sont moindres. Nous examinons les jambes, mais nous n'y trouvons aucune modification ni dans la force, ni dans la sensibilité.

22 mars. La malade, qui a continué à nous signaler la diminution des fourmillemens, ajoute qu'elle peut soulever ses jambes dans son lit ; et nous le constatons en effet,

30 mars. Elle peut se tenir debout, étant soutenue de chaque côté. Les jours suivans, l'amélioration fait des progrès tellement rapides, que le 15 avril elle peut faire seule, et sans appui, toute la longueur de la salle ; et qu'à la fin du même mois, elle aidait les filles de service, et sortit de l'hôpital le 7 mai.

Observation II. — *Paraplégie à la suite d'hémorrhagie utérine.*

Le 16 juin 1849, entra au n° 27 de la salle St-Bernard, une fille âgée de 25 ans, forte, bien constituée, constamment bien réglée, ayant toujours été très bien portante, et n'ayant jamais eu ni attaques de rhumatismes, ni attaques d'hystérie.

Le 16 juin, sans qu'il y ait eu aucun retard dans ses règles, *à ce qu'elle prétend,* elle fut prise tout à coup d'une perte très abondante, accompagnée de coliques très vives. Depuis ce moment, la perte a continué avec la même force ; le ventre est un peu sensible à la pression ; il y a des douleurs assez vives, surtout dans la région hypogastrique. Apyrexie complète, absence d'appétit ; mais, du reste, nous ne trouvons aucune lésion dans d'autres organes que l'utérus, qui nous présente l'état suivant :

Augmentation de volume reconnue par le toucher vaginal et le toucher rectal ; sensibilité au toucher qui nous empêche de soulever l'utérus suffisamment pour le rendre perceptible à la main, déprimant l'hypogastre. Le col est mou, et l'on peut y introduire facilement l'extrémité du doigt.

Cet ensemble de phénomènes nous fait penser que cette femme vient de faire une fausse couche au début de la grossesse, et que l'hémorrhagie en est la conséquence.

Ce diagnostic fut confirmé le lendemain par M. le professeur Chomel, qui ordonna le traitement suivant : Décubitus horizontal ; cataplasmes peu chauds sur le ventre ; boissons froides acidulées ; bouillon froid.

18. L'hémorrhagie a diminué ; la sensibilité du ventre restant à peu près la même. Les jours suivans l'hémorrhagie persiste encore, mais très modérée. On continue le même traitement, mais en alimentant davantage la malade.

26. 84 pulsations ; inappétence ; diarrhée. Céphalalgie ; abattement. (Diète.)

27. Quatre selles ; inappétence complète ; 84 pulsations ; cessation de l'hémorrhagie utérine. (Lavemens émolliens, boissons acidules. Diète.)

28 et 29. Mêmes symptômes, seulement l'abattement se prononce davantage et le pouls monte à 96 pulsations.

Même état jusqu'au 4 juillet.

Alors délire pendant la nuit ; langue sèche ; ventre ballonné, sensible dans la fosse iliaque droite ; gargouillement ; quelques taches rosées ; 104 pulsations. (Eau de Sedlitz.)

Pendant les deux jours suivans, le délire se reproduit chaque nuit. Tous les autres symptômes restent les mêmes.

7. Pas de délire ; 96 pulsations ; ventre moins ballonné ; deux selles ; langue moins sèche. (Bain.)

8. Même état, mais la langue est plus humide. La malade demande à manger. (Deux bouillons coupés.)

9. 82 pulsations ; ventre aplati ; absence de taches rosées ; faim ; peu de soif. (Deux bouillons.)

Le soir, 96 pulsations ; peau chaude ; face un peu rouge ; trois selles.

10. L'état redevient ce qu'il était le 9 au matin.

Les jours suivans, la convalescence de la fièvre typhoïde se prononce de plus en plus franchement, et petit à petit on augmente la quantité des alimens.

15. On veut lever la malade, mais ses jambes fléchissent, et elle ne peut se soutenir. Les infirmières nous déclarent alors seulement que dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital, avant sa fièvre typhoïde, cette femme ne pouvait leur donner aucun aide dans les soins qu'elle réclamait. La malade, interrogée avec le plus grand soin, nous assure toujours qu'avant sa perte elle n'éprouvait rien d'anormal dans les membres inférieurs. Sa sœur, questionnée par nous, nous fait constamment les mêmes réponses.

Voici, du reste, ce qu'un examen attentif nous apprend : impossibilité de se tenir debout ; les jambes fléchissent de suite. La malade étant couchée sur le dos, ne peut soulever seule ses jambes ; elle ne peut, sans aide, fléchir la jambe sur la cuisse. Elle sent à peine sur les jambes la piqûre d'une épingle. Elle ressent aux deux pieds des fourmillemens presque continuels. La colonne vertébrale ne présente ni déformation, ni sensibilité dans un point quelconque de son étendue. Les urines et les matières fécales sont parfaitement retenues.

20. L'appétit est très bon ; la santé générale parfaitement rétablie ; mais il n'y a aucun progrès du côté des membres inférieurs. On ne dirige aucun traitement contre cette paralysie, se réservant d'agir quand les forces et l'appétit seront complètement revenus.

2 août. La malade nous dit que ses fourmillemens ont diminué, qu'elle remue les jambes plus facilement ; nous constatons, en effet, qu'elle peut un peu soulever ses jambes. La sensibilité est à peu près complète.

Dans les jours suivans, et sans aucun traitement, les mouvemens prennent plus de force et d'extension, et le 10, la malade se tient debout presque seule.

20. Elle fait quelques pas en se tenant à son lit.

30 août. Elle marche seule et parcourt toute la longueur de la salle.

13 septembre. Elle demande à sortir de l'hôpital, se trouvant assez forte pour rentrer chez elle, et étant déjà descendue dans le jardin plusieurs fois.

Observation III. — *Paraplégie, suite de dyssenterie.*

Le 7 janvier 1849, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n° 21, un homme âgé de 43 ans, menuisier, autrefois d'une bonne santé, n'ayant jamais eu de rhumatisme, et malade depuis trois mois environ. Il est d'une extrême maigreur et paraît d'une faible constitution, mais il faut l'attribuer à la durée déjà longue de sa maladie.

Dans les premiers jours du mois d'octobre 1848, il quitta momentanément Paris pour aller faire les vendanges chez un de ses parens. Il se livra à de fréquentes et copieuses libations, et but surtout du vin doux ; il fut pris alors de diarrhée qui ne le quitta pas pendant tout le temps de son absence. A son retour à Paris, se sentant faible, ayant perdu l'appétit, il resta chez lui et voulut se mettre au régime, mais entraîné par un camarade, il alla faire une orgie à la barrière, et son dévoiement en fut considérablement augmenté. En rentrant chez lui, il fut obligé de prendre le lit, et le lendemain il s'aperçut qu'il y avait une notable quantité de sang dans les matières ; il alla à la selle au moins dix fois dans les vingt-quatre heures, avec coliques très vives, ténesme et épreintes très violentes. Cet état continua pendant environ quinze jours, c'est-à-dire jusque vers le 15 novembre sans changement notable ; à cette époque, il commença à ressentir des douleurs très aiguës dans les pieds, des fourmillemens insupportables, dans les momens où ces douleurs se calmaient un peu, et en même temps, une faiblesse excessive des jambes, qui, dit le malade, n'était pas en rapport avec la force de ses bras. Il s'était levé un peu chaque jour, malgré sa dyssenterie, mais à partir de ce moment, il ne pouvait plus se tenir sur ses jambes, tant à cause des douleurs qu'il ressentait dans les pieds qu'à cause de la faiblesse extrême de ses membres inférieurs. Il entra alors à l'hôpital Beaujon, où il resta pendant cinq semaines ; sa dyssenterie disparut en sept à huit jours, mais l'affaiblissement des jambes persista, peut-être seulement avec un peu moins de douleurs dans les pieds. Ce malade fut rappelé chez lui par une affaire importante, mais ne pouvant y rester, il entra à l'Hôtel-Dieu le 7 janvier. Voici dans quel état nous l'avons trouvé.

Amaigrissement extrême ; je n'en ai jamais vu de porté plus loin. Sa face exprime la souffrance. Il accuse des fourmillemens insupportables dans les pieds et les jambes ; par moment, ces fourmillemens sont remplacés par des douleurs aiguës qui se font ressentir surtout sous la plante des pieds. Quand on touche ses pieds, les douleurs augmentent beaucoup. Il peut à peine ployer les genoux sans s'aider avec les mains ; il lui est impossible de soulever son talon. La jambe gauche paraît plus douloureuse et plus faible que la droite. Si l'on cherche à constater l'état de la sensibilité des membres, voici les résultats auxquels on arrive. Quoique les pieds soient très douloureux et que la douleur augmente par la pression, si on vient à piquer la peau avec une épingle, sur les pieds, les jambes et les cuisses, le malade ne sent pas la piqûre, à moins qu'elle ne soit trop profonde ; mais le membre gauche est moins sensible que le droit.

En examinant la colonne vertébrale, nous n'y reconnaissons ni déformation, ni sensibilité dans aucun point. Ajoutons que ce malade n'a pas eu d'érection depuis le commencement de ces douleurs dans les pieds, qu'il retient difficilement ses urines qu'il est obligé de rendre fréquemment ; il va difficilement à la garderobe. Du reste, il ne ressent rien dans les membres supérieurs, l'appétit est médiocre, la respiration est pure partout, mais le malade nous dit avoir la fièvre toutes les nuits.

Quatre jours après son entrée à l'hôpital, M. le professeur Chomel lui fit appliquer quatre cautères aux lombes.

Pendant deux mois environ, nous ne reconnûmes aucun changement appréciable dans l'état du malade ; les douleurs et la faiblesse des membres inférieurs étaient toujours les mêmes, mais dans les derniers jours du mois de mars, les douleurs commencèrent à se reproduire moins fréquemment ; celles déterminées par la pression étaient moins vives, mais les mouvemens restaient aussi nuls. Ce n'est que vers le milieu d'avril que le malade commença à faire exécuter à ses jambes quelques mouvemens dans son lit. Au 1er mai, il soulevait ses deux jambes de dessus ses matelas ; enfin, dans les derniers jours du mois de mai, marchant un peu avec des béquilles, il demanda à sortir de l'hôpital le 27. Il était dans l'état suivant :

Amaigrissement toujours très grand, appétit assez bon, digestions faciles, excrétions des urines moins fréquentes et besoins d'uriner moins impérieux, garderobes régulières, pas d'érections ; mouvemens des jambes assez étendus le malade étant couché, mais incertains et mal dirigés. Absence des douleurs spontanées de la plante des pieds, et de fourmillemens ; diminution très grande des douleurs causées par la pression, puisque le malade peut marcher avec des béquilles. Sensibilité à la piqûre d'une épingle à peine revenue.

Evidemment le malade n'est pas complètement guéri, mais il y a une amélioration assez marquée dans son état, et survenue assez rapidement pour que l'on puisse penser que promptement il serait arrivé à une guérison complète.

(La suite à un prochain n°.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 123. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 14 Octobre 1852.**

L'UNION MÉDICALE

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois.............. 17

3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 OCTOBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE LA CONTAGION DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

Nous avons vu hier le terme de cette longue discussion. Après un dernier discours de M. Velpeau, auquel M. Ricord a fait une dernière réponse, la clôture a été prononcée, clôture pure et simple, sans conclusion, sans ordre du jour motivé; de telle façon, qu'académiquement du moins, il n'y a ni vainqueur ni vaincu; M. Velpeau ayant terminé son allocution en disant : oui, les accidens secondaires de la syphilis sont transmissibles; M. Ricord ayant clos sa réponse par ces mots : non, les accidens secondaires de la syphilis ne sont pas contagieux; et l'Académie ne disant ni oui, ni non.

A vrai dire, l'Académie n'a fait que ce qu'elle pouvait faire. Placée entre deux opinions extrêmes qui invoquent toutes les deux les résultats de l'observation clinique et de l'expérimentation, résultats que ces deux opinions contestent l'une à l'égard de l'autre, l'Académie ne pouvait même être mise en demeure de se prononcer. Il ne peut donc résulter de cette longue discussion qu'un effet purement moral, et cet effet, nous n'avons la prétention ni de l'interpréter, ni de l'imposer. Nous voulons dire simplement et librement nos propres impressions, et ces impressions, nous les formulons de la manière suivante, qui nous paraît rendre avec exactitude la situation présente des choses sur cette question :

Dans l'état actuel de la science syphilographique, rien ne démontre que les accidens secondaires de la syphilis sont transmissibles.

Nous nous arrêterons à cela, parce qu'il nous semble prudent et sage de ne pas préjuger l'avenir. Si nous ne sommes scientifiquement satisfait d'aucune des preuves invoquées aujourd'hui en faveur de la contagion des accidens secondaires de la syphilis; si nous acceptons comme légitime et fondée la critique que M. Ricord en a faite; si nous ne pouvons nous défendre des doutes sérieux et graves qu'il a jetés sur les élémens essentiels des faits qu'on lui oppose; cependant nous n'oserions pas ériger en *loi* la non-transmissibilité de ces accidens secondaires, et nous nous bornons à penser et à écrire que cette transmissibilité n'est pas encore prouvée.

Est-ce à dire que nous voulions jeter un blâme sur M. Ricord pour s'être montré plus net, plus explicite et plus formel que nous? Non, assurément; ses longues études, sa vaste expérience, son immense observation à nulle autre pareille, lui donnent le droit incontestable de parler avec plus d'assurance et plus d'autorité que nous ne pouvons le faire. Ce qui n'est pour nous qu'un résultat d'appréciation critique, est pour M. Ricord un fait expérimental et clinique mille fois et incessamment vérifié; son esprit, sa raison, ses sens, ne peuvent se soustraire aux impressions que la nature lui offre tous les jours sur un des plus grands théâtres possibles d'observation; comment, avec des élémens semblables de conviction, son enseignement et ses discours n'auraient-ils pas la fermeté et même l'intolérance que donne la foi scientifique?

Mais au journaliste qui a l'honneur de s'adresser à des lecteurs nécessairement moins engagés que les parties belligérantes et qui ne demandent qu'à se faire une opinion impartiale et éclairée, il est permis, il est commandé de tenir compte, dans une légitime mesure, des convictions opposées, de les respecter, surtout quand elles n'ont d'autre mobile qu'un intérêt scientifique, et de ne contester les résultats qu'elles invoquent que provisoirement, en quelque sorte, et eu égard aux exigences actuelles de la science. Or, à ce point de vue, la persévérance de M. Velpeau à soutenir la transmissibilité des accidens secondaires n'est pas un fait que nous puissions traiter avec légèreté. Si le savant professeur n'a pas réussi à nous convaincre, il ne nous appartient pas néanmoins de lui fermer l'avenir et de dire présomptueusement qu'il n'aura jamais raison. Aujourd'hui et d'après les élémens de la science actuelle, selon nous, l'observation clinique et l'expérimentation plaident en faveur des doctrines de M. Ricord; mais rien ne pourrait nous faire affirmer qu'elles ne plaideront pas plus tard en faveur des opinions de M. Velpeau.

Ainsi, nous terminons ce débat comme nous l'avons commencé; dès le principe nous n'avons pas voulu accepter, pour notre compte, l'expression ambitieuse et décevante de *loi*, et cela par des motifs sur lesquels nous ne voulons pas revenir; nous persistons dans ce refus; mais, en terminant, nous repoussons aussi de toutes nos forces les *décrets* de M. Velpeau, expression autocratique et plus malheureuse encore, scientifiquement parlant, parce qu'elle entraîne avec elle l'idée d'une autorité despotique, d'une éclipse du droit de libre examen, et que ces choses ne seront jamais acceptées dans la république des sciences et des lettress.

Bannissons donc ces expressions du langage médical. L'observateur éminent qui a introduit le mot *loi* dans la pathologie, M. Louis, ne lui a donné ni l'extension, ni la rigueur qu'on lui prête. Pour M. Louis, loi est synonyme de fait général, et avec cette acception raisonnable et légitime, tous les droits de l'observation ultérieure et de la critique sont sauvés. M. Ricord la comprend ainsi lui-même, et s'en est exprimé sans ambiguité. Il a fait bien plus, et en cela il recevra l'approbation de tout homme impartial, il a provoqué, sollicité et obtenu la nomination d'une commission académique, devant laquelle il se fait fort, ce sont ses propres expressions, de démontrer cliniquement et expérimentalement la réalité des principes qu'il professe. C'est par cette proposition que M. Ricord a clos la discussion.

La clôture de la discussion était prononcée, et personne ne relevait le gant jeté par M. Ricord à ses adversaires. Heureusement, M. le professeur Bouillaud était là, M. Bouillaud dont la science et l'Académie regrettent le silence. Par quelques paroles bien inspirées, le savant professeur a repris formellement la proposition de M. Ricord, de la nomination d'une commission académique, proposition qui a été votée à l'unanimité moins une voix.

Voilà donc les doctrines nouvelles sur la syphilis sorties des stériles débats et de la polémique oiseuse. Grâce à la libérale proposition de M. Ricord, les voilà soumises à l'examen, au contrôle de l'observation clinique. Ce résultat était-il celui qu'ambitionnaient les adversaires de M. Ricord?

Nous ne pouvons nous défendre de quelques doutes à cet égard. Amédée LATOUR.

Quelques communications intéressantes ont été faites dans cette séance, sur lesquelles le défaut d'espace nous empêche d'insister.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

LIGATURE D'UN POLYPE UTÉRIN, D'UN VOLUME CONSIDÉRABLE, A L'AIDE D'UN INSTRUMENT TRÈS SIMPLE ET D'UN EMPLOI TRÈS FACILE; par M. le docteur LEROY, médecin en chef de l'hôpital de Béthune (Pas-de-Calais).

La dame Valembois, de Drouvin, âgée de 34 à 35 ans, de petite taille, mais d'une constitution très robuste, a toujours joui d'une excellente santé; elle est mère de plusieurs enfans, dont le dernier est âgé de 4 ans.

Il y a environ deux ans, vers le milieu de l'année 1849, elle ressentit des douleurs de reins, et bientôt elle fut prise de métrorrhagies qui se succédèrent à des intervalles assez rapprochés. Un médecin qu'elle appela, après l'avoir soumise à un examen complet par le spéculum et le toucher, lui affirma qu'il n'y avait rien d'anormal dans l'utérus, et lui conseilla quelques moyens qui ne changèrent rien à son état. Cependant, les hémorrhagies revenaient de temps en temps, et la malade n'en continuait pas moins à vaquer à ses occupations autant que ses forces le lui permettaient, lorsque vers la fin de l'été de 1850, elle remarqua une gêne toujours croissante dans l'accomplissement de certaines fonctions. Bientôt la défécation devint impossible et la miction très difficile. Il fallut recourir de nouveau à la médecine. M. Biancourt, officier de santé à Nœux, fut appelé et constata l'existence d'une tumeur volumineuse qu'on sentait au fond du vagin. Il m'adressa aussitôt la malade que je trouvai dans l'état suivant :

Forces assez bien conservées; peu d'amaigrissement; fièvre ardente; peau sèche et brûlante; teint anémique; pommettes rouges; malaise continuel; presque plus de sommeil; soif; anorexie; pas de selles depuis dix jours.

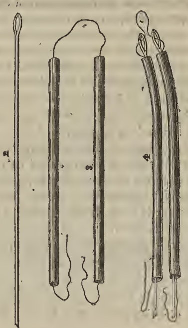
M. Biancourt a pratiqué le cathétérisme avec beaucoup de peine, le canal de l'urètre étant dévié par la tumeur, ce qui rend impossible de vider complètement la vessie, même à l'aide de la sonde.

Au fond du vagin, on rencontrait une masse charnue, dure, lisse, paraissant affecter la forme d'une sphère dont on ne pouvait atteindre qu'un segment circonscrit par un rebord membraneux qui devait être le col de l'utérus. Le doigt, introduit entre ce rebord et la tumeur, sentait que son volume allait toujours croissant, et ne parvenait qu'avec peine à contourner son plus grand diamètre; à plus forte raison, était-il impossible d'atteindre son pédicule.

La nature de ce corps ne pouvait être un instant douteuse : c'était un polype fibreux dont il fallait au plus tôt débarrasser la malade. On parla d'abord de l'attirer au-dehors, et de faire la section de son pédicule, mais cet avis ne pouvait obtenir mon assentiment; j'étais encore sous l'influence assez récente de la mort presque instantanée d'une malheureuse femme opérée de cette manière, bien qu'on eût pris la précaution d'appliquer une ligature solidement serrée au-dessus de l'incision, ce qui n'empêcha pas l'hémorrhagie (1).

N'avant pas sous la main les instrumens de Desault ou de Levret, qui, d'ailleurs, ne s'appliquent que très difficilement à des polypes aussi volumineux, je résolus de faire la ligature au moyen d'un instrument que j'avais proposé lors de l'opération dont je viens de dire la malheureuse issue, et à l'emploi duquel on préféra la section.

J'indiquerai tout à la fois sa description et la manière de le construire, car il est d'une telle simplicité, que tout médecin peut le confectionner lui-même et sans aucun frais : on prend deux fils de fer de 0m,40 de longueur et de 0m,002 au moins de diamètre; avec une petite scie, on pratique à l'une des extrémités de chaque fil une fente longitudinale de 0m,02 de long.



Les deux petites branches, convenablement rapprochées, forment un chas pareil à celui qui termine les aiguilles ordinaires, avec cette différence, cependant, que, formé par le rapprochement de deux pointes, il peut s'ouvrir au moindre effort pour laisser échapper le fil qui s'y trouve passé (fig. 2).

C'est en cela que consiste le mécanisme particulier de l'instrument. Chaque tige de fer est ensuite introduite dans un tube de cuir flexible, qui n'est autre chose qu'un bout de sonde ordinaire long de 0m,20, et assez large pour que le fil de fer y glisse aisément. Une ficelle fine et solide, ayant au moins 70 à 80 centimètres de longueur, a dû être, au préalable, passée dans les deux sondes (fig. 3). Il ne reste plus, pour terminer

(1) La ligature est, dans ce cas, tout à fait inutile, parce qu'au moment ou après la section du pédicule, l'utérus remonte, sa face interne devenant concave, la partie du pédicule restante s'efface complètement, de manière que la ligature glisse et tombe d'elle-même.

l'instrument, qu'à introduire la ficelle dans les chas par l'écartement des deux lèvres, et à lui donner aussi la courbure qu'on croit convenable pour bien s'adapter au volume du polype (fig. 4).

Au moment de s'en servir, il est bon de fixer les deux branches ensemble au moyen d'un lien facile à enlever, et de cacher entièrement les chas dans les sondes.

Voici la manière dont j'en fis l'application :

La femme étant placée sur le bord d'un lit comme pour l'application du forceps, j'introduisis entre les lèvres du col de l'utérus et la tumeur, les deux premiers doigts de la main gauche, pour servir de guide à l'instrument que je tenais de la main droite, la convexité en l'air. Je le glissai à leur suite avec la plus grande facilité sous la symphise pubienne, à 16 ou 18 centimètres de profondeur.

Ce fut le premier temps de l'opération.

Détachant alors le lien qui unissait les deux branches, je fis marcher vers l'aine gauche de la femme celle que je tenais de la main droite; mais, après un trajet très court, elle se trouva complètement arrêtée. Je jugeai qu'elle avait rencontré le pédicule de la tumeur. Je n'insistai donc pas davantage, et confiai cette branche à un aide pour la maintenir, pendant qu'avec la main gauche je dirigeais l'autre vers l'aine droite, en la guidant en même temps avec les deux premiers doigts de la main droite, introduite aussi avant que possible. Je fis parcourir à cette seconde branche, aisément et sans aucun temps d'arrêt, le reste de la circonférence de la tumeur, jusqu'à ce qu'elle eût rejoint la première, et fût revenue se placer parallèlement à elle.

Ce second temps de l'opération s'était effectué sans plus de difficulté que le premier, et la ligature, se trouvant ainsi conduite autour du pédicule, il ne restait plus qu'à la fixer au moyen des serre-nœuds.

Pour cela, je retirai les sondes en les faisant glisser le long des deux tiges de fer soigneusement maintenues en place à la profondeur à laquelle elles avaient été introduites. Les deux bouts de la ficelle, se trouvant alors dégagés et tout à fait libres, furent introduits ensemble dans l'œillet d'un serre-nœuds long de 18 centimètres (fig. 5), que je poussai de la main droite de bas en haut, tandis que de la gauche je tirais les deux ficelles en sens inverse. Un petit bruit, le sentiment d'une résistance vaincue, l'enfoncement subit de serre-nœuds et la chute de l'aiguille la moins enfoncée annoncèrent que la ligature était sortie de l'un des chas.

La même manœuvre fut répétée sur l'aiguille restante, qui lâcha de la même manière le fil qu'elle portait, et au même instant on sentit, à n'en pouvoir douter, que la ligature était solidement placée. Les deux chefs furent fixés sur la fourche du serre-nœuds, et la femme elle-même indiqua le degré de constriction qu'elle jugea convenable pour être supporté sans trop de douleur.

Le tout fut laissé en place jusqu'au lendemain; chaque jour la ligature fut resserrée une ou deux fois, et on put, en mesurant la longueur de la ficelle, à partir de l'extrémité inférieure du serre-nœuds, apprécier la diminution toujours croissante du pédicule.

Cependant les accidens généraux, dont la tumeur était la cause mécanique, étaient loin de diminuer; aussi la femme suppliait-elle, avec les plus vives instances, qu'on mît enfin un terme à ses souffrances. Au cinquième jour, les vaisseaux du pédicule devant-être suffisamment oblitérés, il fut décidé qu'on ne tarderait pas plus longtemps à faire l'extraction du polype, et nous y procédâmes de la manière suivante en présence de M. Bailleux, chirurgien-major au 5me de ligne, qui avait aussi assisté à l'application de la ligature.

La femme étant placée comme la première fois, l'index de la main gauche fut introduit jusqu'au fond du vagin pour servir de guide à de fortes pinces de Museux, qui furent implantées dans le segment inférieur de la tumeur. En tirant à la fois sur les pinces et sur le serre-nœuds, je le devint bientôt visible et put être solidement accrochée par une érigne double.

Par des tractions graduées et ménagées, elle fut, sans trop de difficultés, amenée entièrement au dehors, et on constata que le pédicule était plus d'aux trois quarts coupé par la ligature. On en acheva la section avec des ciseaux. Cette opération se faisait le 22 septembre et la ligature avait été placée le 18.

Ni pendant, ni après la section du pédicule, la femme ne perdit de sang; presque aussitôt après sa délivrance, elle urina abondamment, et le soir elle eut une garderobe copieuse qui produisit un grand soulagement.

Dès ce jour les accidens généraux, le malaise, la fièvre, l'anéantissement des forces et l'insomnie disparurent, ainsi que les douleurs locales; l'appétit revint, et au bout de huit jours la femme Valembois était tout à fait rétablie.

Le polype pesait plus d'un kilogramme; sa circonférence était de 32 centimètres, et celle de son pédicule de 12 ou 13.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA MALADIE SCROFULEUSE; par Vincent DUVAL, docteur en médecine, etc. — Paris, 1852. Un volume in-8° de x—514 pages.

La scrofule a été le sujet de travaux innombrables; chaque révolution médicale a fait éclore une nouvelle théorie de cette maladie; cependant c'est une de celles que nous connaissons le moins. Et cela est si vrai, que certains médecins sont arrivés, en désespoir de cause, à la négation absolue de cette entité morbide.

Il y a donc lieu d'examiner attentivement tout travail sérieux pouvant conduire à la solution de ce grand problème. Ainsi avons-nous fait à l'égard de l'ouvrage récent de M. le docteur V. Duval.

Riche d'une expérience de vingt années passées dans un cataclysme scrofuleux, et n'ayant rien trouvé dans les prétendus enseignemens de ses devanciers qui ne fût supposition ou fatras, l'auteur, prenant pour devise le vrai, pour champ la nature, pour chemin la logique (ce sont ses propres expressions. V. la préface; *passim*,), a lentement édifié ce livre.

Il est divisé en deux parties : la première est consacrée à une description générale de la maladie scrofuleuse; la deuxième comprend une série de monographies, de descriptions particulières des espèces du genre. Disons-le par avance : dans cette analyse, nous avons cru ne pas devoir nous appesantir sur cette seconde partie. Toutes les questions de doctrine (on sait quelle est leur importance), sont traitées dans la première partie; d'un autre côté, les manifestations locales de la diathèse morbide qui nous occupe étant en général décrites amplement dans les ouvrages consacrés à la pathologie spéciale, l'auteur n'a pas insisté sur cette partie de son sujet, et nous ne saurions l'en blâmer.

Quelques chapitres préliminaires (chap. I, II, III) sont consacrés à la synonymie, à des considérations anatomiques et physiologiques sur le système lymphatique. Nous signalerons, dans le chapitre III, quelques aperçus ingénieux sur la phlogose des vaisseaux et ganglions lymphatiques. Mais le chapitre IV est d'une tout autre importance. Il est intitulé : théorie et nature des scrofules. L'auteur expose et rejette successivement la plupart des théories qui se sont succédé dans la science ; la pituite épaisse, surabondante, d'Hippocrate; l'acidité des fluides, de Bordeu ; la théorie de M. Lugol, celles de Baumes, d'Hufeland, de Lepelletier, de Baudelocque, etc., la théorie fort ignorée de M. Marchiandi, qui fait jouer à un fluide électrique négatif un rôle important dans la pratique de la scrofule (1), etc. Peut-être y a-t-il un peu de confusion dans cette exposition des théories? Quant à l'auteur, élève de Broussais, il adopte complètement sa doctrine. Dès la préface, il se range sous la bannière de l'illustre professeur du Val-de-Grâce; ce livre, dit-il, est un livre de médecine physiologique. Donc, pour M. V. Duval, comme pour Broussais, la scrofule est due à une irritabilité anormale des tissus blancs, et par suite à une pléthore lymphatique, résultat d'une augmentation de la vitalité du système absorbant. Aussi l'auteur adopte-t-il (V. *la synonimie*, chap. I, page 5) la dénomination de *subinflammation scrofuleuse*, comme indiquant exactement la nature de la maladie dont il s'occupe.

Avouons-le, nous ne saurions partager cette manière de voir. D'ailleurs, l'auteur nous fournit-il des élémens de conviction en faveur de sa théorie? Y a-t-il dans son ouvrage un chapitre spécialement consacré à l'anatomie et à la physiologie pathologiques de la scrofule, seule base sur laquelle on puisse édifier une théorie durable? Non, et c'est une lacune regrettable que nous signalons.

Le chapitre qui suit traite des caractères auxquels on reconnaît la prédisposition aux scrofules. Qu'on nous permette, au lieu de faire l'énumération fastidieuse de ces caractères, d'examiner seulement quelques propositions contenues dans ce chapitre, et d'abord celle-ci : « La couleur claire des yeux et des cheveux n'est point inhérente à la constitution scrofuleuse. » Cette opinion, bien qu'elle soit en opposition avec les anciennes doctrines, et maintenant celle de la plupart des observateurs, M. Lebert la professe aussi dans son ouvrage sur les maladies scrofuleuses. M. le docteur Beaugrand a fait, dans le service de M. Lugol, un relevé (196 cas) d'après lequel il a une moyenne de 5/8 en faveur des malades aux cheveux noirs ou châtain foncé, à la peau brune, aux lèvres minces, à la constitution sèche. De tels faits autorisent donc à se rallier à l'avis de M. V. Duval.

Dans ce même chapitre V se trouve un paragraphe sur le *moral des scrofuleux*. Je demande la permission d'y faire halte un instant. L'auteur avance les propositions que voici : « Chez les scrofuleux, le cerveau se développe outre mesure par la stagnation du sang qui s'y porte (stagnation déterminée par l'aplatissement latéral de la poitrine (2); de telle sorte que les scrofuleux sont intelligens, sensibles et spirituels. Bien plus, si la stagnation sanguine a porté sur la partie antérieure et supérieure du cerveau, le sujet sera méditatif, laborieux, etc. » Enfin l'auteur aboutit à cette conclusion : *Les vastes intelligences sont dans les vastes cerveaux, et on n'a guère le cerveau dans ces dimensions, qu'à la condition d'avoir été maladif et un peu scrofuleux dans son enfance* (page 65); mais on pourrait rappeler à M. Duval, que, si on a trouvé chez Dupuytren et Cuvier de vastes cerveaux, on en a trouvé de plus vastes encore chez des idiots (V. *les rech. sur l'encéphale*, de M. Parchappe); la plupart des têtes écossaises n'auraient pu entrer dans le chapeau de Napoléon (Malgaigne, *Anat.*, ch. I, p. 285), qu'il cite cependant comme preuve à l'appui de sa théorie. Quant à la différence qui, d'après lui, existerait entre la tête d'un élève de l'École polytechnique et celle d'un élève de l'École Saint-Cyr, ceci rentre dans le domaine des hypothèses, et n'est plus de la science. En effet, on citerait beaucoup d'hommes de talent qui n'ont pas eu le bonheur d'être scrofuleux, et on peut affirmer que, dans beaucoup de cas, la dégradation physique entraîne la dégradation morale et intellectuelle.

Le chapitre VI comprend un résumé fort bien fait des symptômes, de la marche, de la durée et de la terminaison de la maladie. Il conduit au chapitre VII : diagnostic de la maladie scrofuleuse.

« Le diagnostic de la maladie scrofuleuse, dit M. V. Duval, se tire de » la constitution du sujet, du lieu d'élection de l'affection, enfin de la » présence de la matière scrofuleuse ou tuberculeuse. Cependant la ma- » tière tuberculeuse, ajoute-t-il, peut manquer chez des sujets très » manifestement atteints de scrofules. » En effet, car selon certains observateurs, là où il y a matière tuberculeuse, il y a affection tuberculeuse. Quant à la matière scrofuleuse, c'est un mythe pour la plupart des micographes modernes, et en particulier pour M. Lebert. Aussi, ce médecin sépare-t-il des scrofules la maladie qu'on a longtemps considérée comme leur type le mieux caractérisé, savoir : la tuberculisation des glandes lymphatiques superficielles. M. le docteur Duval croit qu'il y a proche parenté évidente entre la scrofule et le rachitis; il est d'accord en cela avec Baudelocque. MM. J. Guérin et Lebert ne sont pas de cet avis; et M. le docteur Beylard, dans son excellente thèse inaugurale (1852), affirme qu'il y a antagonisme entre les rachitis d'une part, les scrofules et la tuberculisation d'autre part. *Adhuc sub judice lis est.* — Énonçons encore une proposition de ce chapitre : « L'état scrofuleux n'est pas indispensable au développement de la phthisie tuberculeuse. » C'est une opinion que nous partageons complètement, et qui a été soutenue avec beaucoup de talent par M. P. Jolly dans l'article scrofules du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

(1) M. de Humboldt prétend que la diminution de l'action électrique peut favoriser le développement des scrofules.

(2) Ce serait plutôt le fait des rachitiques; et, pour le dire en passant, tous les auteurs n'acceptent pas la coïncidence de la scrofule et du rachitis.

On voit que ces questions délicates de diagnostic qui touchent de si près à la grande question de la nature de la scrofule sont encore loin d'être complètement résolues.

Du pronostic (chap. VIII).

« Le pronostic de la maladie scrofuleuse n'est pas aussi grave qu'on l'a dit. L'affection se montre beaucoup plus tenace chez les individus à profession sédentaire et renfermée. » L'étiologie nous fournira la démonstration de cette proposition.

Chap. IX et X. — *Étiologie.*

L'auteur a divisé cette vaste question en deux chapitres : le premier traite des causes prédisposantes, le second des causes déterminantes.

L'étiologie est peut-être la partie la plus obscure de la pathologie, surtout quand il s'agit de scrofule. Aussi a-t-elle été pour tous les auteurs qui s'en sont occupés le sujet de controverses sans fin, surtout depuis que Lugol dans un livre fameux, n'a voulu voir qu'une cause de la maladie scrofuleuse, *l'hérédité*. D'après lui, c'est une cause si générale de la scrofule, qu'on peut aller jusqu'à dire qu'elle existe alors même qu'elle ne peut être formellement reconnue. Tout le monde a fait justice de cette exagération. Cependant on s'accorde assez généralement à faire à cette cause une large part. Pour M. V. Duval, l'hérédité existe en ce sens qu'on reçoit de parens scrofuleux une constitution propre au développement de cette affection. Mais je ne sais pourquoi l'auteur ajoute : « La transmission héréditaire, est donc un abus de mots, pas davantage. » Lorsqu'on admet qu'une maladie est héréditaire, cela ne veut pas dire que les enfans reçoivent de leurs parens la maladie toute formée. La goutte, la folie sont héréditaires; les enfans ne naissent cependant ni goutteux, ni fous; mais ils apportent en venant au monde une prédisposition fatale à la goutte, à l'aliénation.

Le *jeune âge* est aussi une cause prédisposante de la scrofule. « En effet, dit l'auteur, à cette époque de la vie, le système lymphatique prédomine. Ne serait-ce pas le tempérament vraiment primitif chez l'homme? » — On a cité quelques cas très rares, à la vérité, d'apparitions de la scrofule chez les vieillards (à Bicêtre et à la Salpêtrière). M. Duval ne fait pas mention de cas semblables.

Sexe. — Les résultats obtenus par l'auteur confirment ceux de Lepelletier, qui a établi que la scrofule est plus fréquente chez les filles.

Causes déterminantes. — Ce sont : 1° la viciation de l'air respirable (Baudelocque la croit la plus puissante de toutes). C'est à cette cause, selon lui, qu'on doit tous les scrofuleux des grandes villes. 2° L'alimentation mauvaise ou insuffisante est souvent une cause qui s'ajoute à d'autres, mais sa part dans l'étiologie de la scrofule n'est pas aussi grande qu'on a bien voulu le dire. L'auteur entre, à ce sujet, dans quelques détails intéressans sur le lait d'un nourrice malsaine, sur l'allaitement artificiel, sur les boissons de mauvaise qualité. Enfin, sans croire avec Astruc, de Haen, Portal, etc., etc., que la scrofule soit ou la variole, ou la vérole transformée, l'auteur admet, à juste titre, que certaines maladies peuvent agir sur l'économie de façon à précipiter le développement de la scrofule. Il croit aussi qu'il convient de faire, dans cette étiologie si complexe, la part des affections morales, et en partie des *jalousies* des enfans. Cette dernière cause est-elle bien admissible?

Nous n'avons pu faire une analyse plus rapide de cette partie si importante de l'ouvrage de M. V. Duval. Il a su éviter l'écueil dans lequel sont tombés presque tous ceux qui se sont occupés de ce sujet, et qui ont voulu donner à la scrofule une origine unique. On peut dire, je crois, avec M. Lebert, que ce n'est jamais à une seule de ces conditions isolée qu'on doit cette triste maladie.

Arrivons au chap. XI.

Avec la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette matière, l'auteur divise le traitement de la maladie scrofuleuse en deux sections :

1° *Traitement prophylactique.* — Nous n'insisterons pas sur cette partie, qui est un recueil de principes hygiéniques sur l'allaitement, le sevrage, la nécessité d'associer au régime végétal le régime animal, l'air pur, l'insolation, les vêtemens, l'exercice, etc.

2° *Traitement curatif.* — Nous nous arrêterons plus longtemps à cette seconde section, non pas que le traitement curatif soit plus important que le traitement hygiénique; mais parce qu'on est, en général, moins sûr de la valeur des médicamens, que de celle des moyens hygiéniques, et qu'il y a là encore matière à un examen sérieux.

Une question préliminaire se présente : est-il indifférent de commencer le traitement de la scrofule à une époque de l'année plutôt qu'à une autre? M. V. Duval ne le pense pas : « Le printemps et l'été sont les saisons les plus favorables pour commencer le traitement. » On comprend bien que nous ne parlons que des cas où il n'y a pas urgence.

Avant de passer en revue avec l'auteur les médicamens antiscrofuleux, nous devons dire que, pour lui (et il est en cela conséquent avec sa doctrine), il y a indication d'employer les débilitans plutôt que les excitans. Du reste, avec l'école italienne, il regarde la plupart des médicamens antiscrofuleux comme des hyposthénisans. Si la maladie, quand on l'attaque, est déjà intense, il conseille de débuter par les antiphlogistiques ordinaires, *quand il n'y aurait ni fièvre, ni douleur marquée, et même si le sujet paraissait disposé à devenir cachectique!*

A l'iodure de potassium, l'auteur préfère le *bromure de potassium*, qui a souvent plus d'action et ne produit pas, comme le premier, des conjonctivites, des eczémas, de la salivation. M. V. Duval a vu plusieurs fois l'iodure de potassium déterminer ce dernier accident. — Quoiqu'on ait accusé les préparations mercurielles de produire la scrofule, il les a employées souvent et avec succès, surtout quand il y a co-existence

réelle ou soupçonnée de la syphilis. — M. Duval conseille aussi l'emploi du fer, qui, suivant lui, n'est pas un tonique. Ce qui l'a fait croire, ajoute-t-il, c'est qu'il convient dans la chlorose; mais dans la première période de cette maladie, le sang est en excès et chargé de matière colorante; le caillot de la saignée est gros, fibrineux et souvent couenneux. La chlorose est une *artérite lente, générale*. Nous avons cru devoir rapporter cette opinion, dont nous laissons la responsabilité à l'auteur. Quoi qu'il en soit, les préparations ferrugineuses auxquelles il donne la préférence sont le sulfate de fer et la limaille de fer porphyrisé.

Une partie fort intéressante de ce chapitre est celle qui est consacrée aux eaux minérales. Leur action, dit M. V. Duval, est due à leurs principes minéralisateurs, et le professeur Cantu a établi que la plupart des eaux sulfureuses contiennent de l'iode et du brome. L'auteur passe en revue successivement les eaux sulfureuses thermales (Pyrénées), les eaux sulfureuses froides (Enghien); toutes ces eaux sont hyposthénisantes; il insiste avec une sorte de prédilection sur les eaux de Plombières: l'arsenic est, suivant lui, le principal agent minéralisateur de ces eaux, et l'arsenic est antiphlogistique; c'est pour cela qu'il est si efficace dans le traitement des fièvres intermittentes, *qui dépendent toujours d'un état phlogistique* des gros vaisseaux sanguins, ou du cœur, de la rate, du foie et des autres viscères. — Viennent ensuite les eaux minérales ferrugineuses (Passy, Condillac). Enfin, l'eau de mer, à l'intérieur, comme antiphlogistique, et en bains. Ceux-ci n'agissent, d'après M. V. Duval, que par l'absorption des principes minéralisateurs que contient cette eau, et leur action dépend du temps que les baigneurs restent dans l'eau et de l'élévation de la température. Enfin, quelques considérations sur les bains chauds, tempérés, froids, par immersion; sur les bains médicinaux, terminent ce paragraphe. — Quant aux autres médicamens, l'auteur a eu beaucoup à se louer de l'emploi de la ciguë dans les phlogoses chroniques et les sous-phlogoses de l'appareil lymphatico-glandulaire, qui ont de la tendance à passer à l'état d'induration squirrheuse ou cancéreuse. — Il conseille l'emploi de la digitale contre les phénomènes morbides, désignés sous le nom de phthisie, et qui dépendent d'une artérite aiguë ou chronique du poumon ou des bronches, primitive ou consécutive. — Les préparations de quinquina sont très efficaces dans les sub-inflammations scrofuleuses de l'appareil respiratoire. — Enfin, pour terminer cette énumération, M. V. Duval considère l'huile de foie de morue comme un médicament très utile dans les affections scrofuleuses des os, gibbosités vertébrales, affections catarrhales scrofuleuses. Ses principaux effets généraux sont de régulariser la marche du système lymphatique, ainsi que les sécrétions et les excrétions, de corriger et de soutenir la vitalité dans les fonctions digestives, surtout chez les scrofuleux et les rachitiques.

Peut-être pourrait-on reprocher à M. V. Duval de n'avoir pas été complet dans cette énumération des médicamens scrofuleux; mais ce n'est pas nous qui le blâmerons d'avoir passé sous silence les moyens thérapeutiques qu'il n'a pas expérimentés lui-même.

Telle est la première partie de cet ouvrage. On n'attend pas de nous que nous analysions aussi longuement la seconde partie.

Le chapitre XII comprend l'étude des maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané chez les scrofuleux : eczéma, impétigo, lupus, etc. M. V. Duval adopte la classification et la doctrine de Biett. Nous devons signaler dans ce chapitre un paragraphe intéressant sur les affections cutanées scrofulo-syphilitiques. — Ce chapitre contient encore la description des endurcissemens circonscrits de la peau, et des abcès cutanés et sous-cutanés.

Le chapitre XIII traite des adénites scrofuleuses et des ulcères scrofuleux.

Le chapitre XIV est consacré à l'histoire des tumeurs blanches : *sub-inflammations des articulations*. Après avoir donné une théorie générale des tumeurs blanches, l'auteur décrit successivement celles du genou, de la hanche, du pied, puis il fait l'histoire très complète des arthrites chroniques de la colonne vertébrale et des gibbosités. Cette histoire est fondée sur le chiffre imposant de 303 observations propres à l'auteur. A-t-il cependant complètement dissipé la confusion qui existe sur ce point scientifique? Nous ne le pensons pas.

Enfin l'ouvrage est terminé par une description rapide de l'ophthalmie scrofuleuse, de la phthisie scrofuleuse, et du carreau. L'auteur n'a pas cru devoir comprendre dans le plan de son ouvrage quelques autres manifestations locales de la diathèse scrofuleuse, les coryzas, les otites, etc. Pour nous, nous pensons que l'auteur aurait pu s'abstenir de consacrer un chapitre à la phthisie scrofuleuse, laquelle, au bout du compte, ne diffère de la phthisie pulmonaire de tout le monde, que parce qu'elle se développe chez des scrofuleux. Nous devons cependant mentionner dans ce chapitre quelques faits intéressans de guérison.

Dans le cours de cette analyse, nous avons, à plusieurs reprises, jugé l'œuvre de M. Duval. Il faut laisser à l'auteur la responsabilité de ses théories, mais insister sur le côté pratique de son livre. M. Duval est un des médecins qui, par sa position spéciale, a vu le plus de malades atteints de scrofules. Il nous donne les résultats de sa pratique, et, sous ce rapport, tout médecin y puisera d'utiles enseignemens.

Pour nous résumer, nous croyons que ce livre, bien qu'il soit conçu dans l'esprit d'une doctrine médicale qui n'est pas la nôtre, sera consulté avec fruit par le praticien désireux de connaître et de guérir les maladies scrofuleuses; et que M. le docteur V. Duval aura sa part de gloire dans la croisade entreprise contre ce grand fléau de l'humanité.

Max. VERNOIS.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 Octobre.— Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur THIRIAT, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Dogneville (Vosges).

2° Une note de M. VALAT, d'Autun, sur les corrélations du choléra de 1849 avec les épidémies de dyssenterie qui l'ont suivi. Ce travail est destiné à la commission mixte du choléra.

3° Quelques observations de M. PAMARD, d'Avignon, relatives à des questions d'obstétrique. (Comm. MM. Depaul et Danyau.)

4° Un mémoire de M. DEFER, de Metz, sur la cure radicale de l'hydrocèle par une méthode nouvelle de cautérisation de la tunique vaginale. (Comm. MM. Gimelle, Malgaigne et Velpeau.)

5° Une lettre de M. Jules MASSÉ, qui déclare avoir l'intention de concourir pour le prix fondé par M. Nadaud, pour un cours d'hygiène publique.

— Sur l'invitation de M. le Président, M. H. GAULTIER DE CLAUBRY donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Richard.

La parole est à M. le professeur Bouisson, de Montpellier, pour une communication.

Luxation traumatique de l'articulation occipito-atloïdienne, sans fracture.

M. BOUISSON communique la relation d'un cas de luxation traumatique de l'articulation occipito-atloïdienne, sans fracture. En rapprochant ce fait de quelques autres analogues, M. Bouisson présente le résumé descriptif suivant de la luxation occipito-atloïdienne :

Bien que la nature ait entouré l'articulation de la tête avec la colonne vertébrale de toutes les précautions qui assurent à la fois la solidité et la mobilité, bien que le mode d'articulation de l'occipital avec l'atlas renforcé par le secours que prête à la résistance l'union de l'axis avec l'occipital, rende extrêmement difficiles les déplacemens traumatiques entre ce dernier os et la première vertèbre, ces déplacemens sont possibles et peuvent présenter plusieurs degrés.

Il peut s'opérer entre les condyles de l'occipital et les facettes articulaires de l'atlas, un écartement ou diastasis qui s'accompagne d'une rupture plus ou moins considérable des ligamens.

Les surfaces de l'occipital et de l'atlas peuvent s'abandonner d'une manière incomplète en constituant des sub-luxations. Les exemples de ces sub-luxations sont fréquens lorsque les surfaces articulaires ont été déformées par des lésions organiques et que les ligamens ont été ramollis. Elles peuvent s'opérer aussi pendant la vie intra-utérine de la même manière que d'autres difformités arthralgiques.

Les os peuvent s'abandonner d'une manière plus complète encore en constituant une véritable luxation, laquelle peut être uni-latérale ou bi-latérale.

Le sens dans lequel se déplacent les surfaces osseuses est antéro-postérieur. On n'a point vu de luxation d'un côté à l'autre, et l'on comprend qu'elles doivent s'effectuer encore plus difficilement que les premières. Dans les luxations antéro-postérieures, le déplacement le plus fréquent est celui qui consiste dans le transport des condyles de l'occipital en arrière des facettes articulaires de l'atlas. Suivant le mode d'action de la cause, on peut considérer ces déplacemens ou comme une luxation des condyles de l'occipital en arrière, ou comme une luxation de l'atlas en avant. On n'a point vu de luxation traumatique qui plaçât les condyles de l'occipital sur un plan antérieur à l'atlas. Ce mode de déplacement n'a été observé que pour des sub-luxations congénitales, dans lesquelles la tête est très fortement inclinée en arrière sur le rachis.

Les causes des luxations traumatiques de l'articulation occipito-atloïdienne consistent en des chutes de corps sur la partie postérieure de la tête. Si celle-ci est fortement fléchie sur la colonne vertébrale, il en résulte une déchirure des ligamens avec hiatus postérieur des articulations et glissement en arrière des condyles de l'occipital sur les facettes de l'atlas. Le même résultat peut avoir lieu à la suite de chutes sur la tête, lorsque cette partie est déjà fléchie, et qu'on tombe d'un lieu assez élevé. Si, par des circonstances particulières, la tête est rendue immobile par un point d'appui, tel que le sol pendant le décubitus abdominal, et qu'un coup violent soit porté sur la nuque, ce coup peut porter l'atlas en avant et produire un résultat analogue au précédent. Si l'articulation occipito-atloïdienne est déjà le siége d'une lésion organique qui ait ramolli ses ligamens et déformé ses surfaces, cette lésion constitue une cause prédisposante locale qui peut favoriser l'action d'une cause accidentelle traumatique.

Dans les luxations traumatiques de l'occipital en arrière, ou de l'atlas en avant, la tête est fortement fléchie dans ce dernier sens. Tous les signes de la compression ou d'une commotion instantanée et profonde du bulbe rachidien s'établissent. Il en résulte une paralysie générale immédiate et une mort prompte. Ce dernier résultat pourrait rigoureusement n'avoir pas lieu s'il n'existait qu'un diastasis ou une subluxation; mais il n'existe pas d'observation qui ait encore éclairé la pratique sur ce point. Il serait très difficile, au point de vue du diagnostic, de distinguer une luxation occipito-atloïdienne d'une luxation atloïdo-axoïdienne ou d'une fracture de cette région, tant à cause de la prompte léthalité attachée à cet accident, qu'à cause de l'identité des symptômes.

Les complications connues de cette luxation, sont la fracture des vertèbres et la rupture des artères vertébrales; mais ces complications ne sont pas inévitablement annexées à la luxation, qui peut, à elle seule, constituer la lésion physique.

L'histoire de cette luxation se réduit à peu près à ses parties étiologique, pathologique et anatomique. Le traitement n'en est pas plus avancé aujourd'hui que du temps de Celse. La presque instantanéité des effets mortels annule les secours de l'art.

M. Bouisson met sous les yeux de l'Académie la pièce anatomo-pathologique.

— L'Académie passe à la suite de la discussion des accidens secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Velpeau.

M. VELPEAU : Je comprends l'impatience où est l'Académie d'en finir avec cette question; cependant je me trouve dans la nécessité de prendre encore une fois la parole pour qu'il ne reste aucune équivoque sur la portée de ce que j'ai dit dans les précédentes séances. Soit que je n'aie pas été assez clair, soit qu'on m'ait mal compris ou mal interprété, on m'a fait dire ce que je n'avais point dit, et on a quelque peu changé le sens de ce que j'ai dit.

Ainsi, par exemple, M. Ricord a publié une foule d'observations destinées à étayer les divers points de sa doctrine. Je n'ai pas trouvé que ces observations fussent concluantes et qu'elles prouvassent ce que M. Ricord a voulu leur faire prouver. Il me fait dire que je nie ces faits. Du tout, je n'ai prétendu nullement les nier, j'ai seulement voulu prouver qu'ils étaient loin d'être concluans, et qu'ils n'avaient ni la valeur, ni la signification qu'il leur attribue.

De ce que j'ai critiqué l'observation relative au cas d'ulcère du rectum et que j'ai contesté que M. Ricord ait pu, dans cette circonstance, diagnostiquer un chancre dans cette région, il me fait dire que je n'admets pas la transmissibilité de la syphilis par cette voie. Rien n'est moins exact, je n'ai jamais contesté qu'on pût contracter la syphilis par le rectum ; j'ai dit seulement, et je maintiens que M. Ricord, dans le fait qu'il a rapporté, n'a pu acquérir la certitude qu'il ait eu affaire à une ulcération syphilitique.

M. Ricord conclut aussi, des quelques objections que j'ai faites au sujet du chancre de la paupière, dont il est question dans ses *Lettres*, que je nie l'inoculation de la vérole par l'intermédiaire des mains ou des doigts souillés de pus syphilitique. Je suis certainement loin de nier ce mode de contamination, mais j'ai dit de ce fait ce que j'avais dit des précédens, que c'était là un fait vague, sans preuves évidentes, et dont on ne peut tirer aucune conclusion manifeste. J'en dirai autant du fait des deux époux et de l'ami commun qui n'a déjà que trop souvent provoqué les rires de l'assemblée, et au sujet duquel M. Ricord me fait nier la transmission médiate. La transmission médiate, je ne la nie pas, j'en connais au contraire des exemples; mais je dis que ce fait n'est pas propre à le démontrer, parce que ce mari, que M. Ricord trouve si candide d'avoir cru qu'il avait donné la vérole à sa femme, pouvait bien la lui avoir donnée en effet. Il y a d'ailleurs un autre fait semblable dans les *Lettres* de M. Ricord, pourquoi dès lors nier le fait de Babington, quand lui-même en cite d'analogues?

Mais voici un autre fait qui prouve un peu plus que je n'avais l'intention de prouver; c'est celui de M. Richet (il s'agit de cet enfant atteint d'une maladie syphilitique dont on ne pouvait découvrir l'origine, le père, la mère et la nourrice n'ayant aucun symptôme de vérole) M. Ricord imagine de faire remonter l'origine de la maladie à un commis de la maison qui l'aurait communiquée par le contact des mains; il ajoute, voilà l'explication que je donne du fait: si M. Velpeau n'en est pas content qu'il en cherche une autre. Je ne suis point obligé de chercher une explication, mais ce que je puis dire, c'est que la supposition de M. Ricord n'est nullement fondée, M. Richet qui a été témoin de ce fait nie complètement l'origine que lui attribue M. Ricord.

M. Ricord me reproche de ne pas croire à la contagion secondaire, c'est-à-dire à la contagion par des objets souillés de pus syphilitique. Mais M. Ricord, qui nous accusait dans le principe de croire si aisément à tous les contes du quinzième siècle, se montre bien facile et bien crédule à son tour; et je ne vois pas trop la différence qu'il y a entre le fait de contagion produite par un bouquet passé sous le nez et les faits de contagion par la lunette des lieux d'aisance, par les draps de lit ou par un rasoir, dont il nous a entretenus. Cela nous conduirait bien loin. Je ne m'étonne que d'une chose, c'est que tout le monde n'ait pas la vérole. Je crains tout depuis que M. Ricord nous a révélé ces faits. Cela me rappelle l'histoire que nous racontait jadis Boyer, de cet abbé qui vint le consulter pour un ulcère au gland, dont il ne pouvait s'expliquer l'origine. Il l'attribuait au frottement de sa soutane. En ce cas, lui répliqua Boyer, votre soutane a la vérole.

M. Ricord me reproche, à mon tour, de lui avoir fait dire ce qu'il n'a point dit. Ici, il n'y a pas d'équivoque possible; j'ai cité textuellement, il s'agit de la loi d'après laquelle une écorchure est de rigueur pour que la contagion ait lieu (M. Ricord fait un signe de dénégation). J'ai dit que je n'admettais pas cette loi. Je n'ai pas besoin de revenir sur ce point.

J'arrive à l'hérédité; je ne m'arrêterai pas longtemps là-dessus. M. Ricord dit que le fœtus, devenu syphilitique par le fait du père, peut donner la syphilis à la mère. Je ne conteste pas la possibilité du fait; mais si M. Ricord l'admet, je ne comprendrais plus comment il refuserait d'admettre la transmission des nourrissons aux nourrices, car ce n'est pas là de l'hérédité, mais bien de la contagion.

M. Velpeau, venant ensuite aux faits qu'il a opposés à M. Ricord, en particulier ceux de M. Bardinet, fait remarquer avec quelle légèreté il les a réfutés, et il cite des faits nouveaux empruntés à M. Saint-Arnaud et à un médecin d'Alais, qui ne sont pas moins concluans à ses yeux.

M. Ricord, ajoute-t-il, s'est récrié contre la critique que j'ai faite de ses lois. Si j'ai prouvé, et je crois que c'est là un fait bien établi maintenant, que les accidens secondaires sont contagieux, tout le reste de l'édifice croule. Mais M. Ricord lui-même n'est pas bien convaincu de la vérité de sa proposition; la preuve, c'est qu'il conseille de ne pas s'exposer à ces sortes d'accidens. S'il était bien convaincu, il n'aurait pas fait ces réserves. Voyez les partisans de la non-contagionabilité de la peste, ils sont si convaincus, qu'ils n'hésitent pas à se soumettre eux-mêmes à toutes sortes d'expériences de contamination.

Je n'ai pas eu le temps d'examiner toutes les lois de M. Ricord, j'ai dû me borner à en signaler quelques-unes et à montrer en quoi elles sont défectueuses. Là-dessus, M. Ricord me fait dire que je ne veux pas de lois. Personne, au contraire, n'est plus soumis aux lois que moi; je puis ne pas toujours les approuver, je puis désirer qu'on les réforme, mais tant qu'elles existent j'y obéis; mais il faut pour cela que ce soient des lois admises et reconnues par tout le monde.

M. Ricord dit qu'à ses lois j'oppose mes décrets. Décrets soit. On a vu quelquefois des décrets renverser des lois. Mais laissons cela de côté. M. Ricord a-t-il prouvé que mes critiques sur les lois n'étaient pas fondées? J'ai critiqué la loi sur le chancre induré, signe et source unique de la vérole. Pour lui, les choses se passent *toujours* comme il le dit. C'est contre ces *toujours* et ces *jamais* que je me suis élevé et que je m'élève en ce moment.

Sur la blennorrhagie et le chancre de l'urètre, c'est encore la même chose, toujours les mêmes propositions absolues, tandis que les faits démontrent d'une manière certaine que la blennorrhagie, sans chancre urétral, peut donner lieu à la vérole constitutionnelle, ainsi que MM. Lafont-Gouzy et Baumès en ont rapporté d'incontestables exemples.

Sur le terme de l'apparition de la syphilis, j'ai dit et je soutiens qu'un individu qui a eu des chancres ou une blennorrhagie et qui n'a pas éprouvé d'accidens secondaires au bout de six mois, pourra très bien en voir survenir encore au bout de 1, 2, 5, 10, 20 et 30 ans et plus. Je ne connais ni les limites, ni les proportions du développement des

accidens constitutionnels. Cette objection contrarie M. Ricord. Il s'indigne et se récrie de ce que l'on veut détruire ses vingt ans de travaux. Mais c'est lui qui, par ses lois nouvelles, attaque ce que nous possédons depuis plus longtemps encore.

L'inoculation, je le lui prédis, portera malheur à M. Ricord ; elle lui a déjà joué plus d'un tour. La syphilisation, contre laquelle il s'est élevé avec tant d'indignation, mais c'est la fille de M. Ricord (M. Ricord : Fille bâtarde). Il a voulu étouffer le monstre après lui avoir donné le jour. Vous avez vu l'inoculation produire entre les mains de M. Vidal et d'autres des accidens constitutionnels : nous ne sommes pas au bout probablement encore.

Je le répète, et c'est par là que je termine, toutes ces lois sont fausses, elles sont sujettes à réforme, c'est ce que je crois avoir démontré.

M. Ricord. (Nous publierons, dans notre prochain numéro, le discours prononcé par M. Ricord.)

La discussion est close.

M. Bouillaud demande la parole pour une motion. La question, dit-il, n'est pas résolue, elle reste pendante entre l'opinion de M. Ricord et celle de M. Velpeau. Il serait cependant de la plus grande importance qu'elle reçût une solution. Je propose de prendre en considération la nomination d'une commission demandée par M. Ricord, qui serait chargée d'étudier cette question.

La proposition de M. Bouillaud étant appuyée est mise aux voix et adoptée.

Une commission sera nommée dans l'une des prochaines séances.

Destruction complète du nez par la syphilis; — rhinoplastie; — guérison.

M. Maisonneuve présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué, le 26 juin 1852, une opération de rhinoplastie au moyen d'un lambeau de peau pris sur la région frontale.

Ce malade, nommé Meunier Léger, âgé de 45 ans, était, depuis plusieurs années, affecté d'accidens syphilitiques contre lesquels on n'avait jamais employé que des traitemens incomplets. Au mois d'août 1851, cet homme fut atteint d'un ozène, à la suite duquel survint une destruction complète des os propres du nez, des parties molles de cet organe, ainsi que de la cloison et de la sous-cloison. Un traitement par l'iodure de potassium enraya la maladie ; mais après, la cicatrisation ne put réparer la perte de substance énorme résultant du travail ulcératif.

L'ouverture antérieure des fosses nasales était complètement à découvert ; il restait seulement sur les parties latérales deux petits lambeaux irréguliers qui suffisaient à peine à en recouvrir la partie supérieure. C'est dans cet état qu'il se présenta à l'hôpital Cochin, le 24 juin 1852, où il fut reçu dans le service de M. Maisonneuve.

Il désirait ardemment une opération qui dissimulât sa difformité.

M. Maisonneuve y procéda de la manière suivante : le 26 juin, le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien taille sur la région frontale un large lambeau cutané, ayant à peu près la forme d'un as de pique, dont la pointe est laissée adhérente au niveau de la rainure fronto-nasale.

Ce lambeau présente :

1° A sa partie supérieure et moyenne un prolongement quadrilatère, destiné à former la sous-cloison ;

2° Sur les parties latérales et supérieures, deux saillies arrondies destinées à reconstituer les ailes du nez ;

3° La pointe inférieure est taillée obliquement, de manière qu'une des incisions qui la circonscrit descend beaucoup plus bas que l'autre, afin d'en permettre la torsion facile.

Le lambeau est ensuite disséqué avec précaution, de manière à lui conserver une épaisseur convenable, sans que, néanmoins, l'os frontal ait été dénudé de son périoste. Les parties destinées à former la sous-cloison et les ailes du nez sont ensuite repliées sur elles-mêmes, de manière à se doubler, et sont maintenues dans cette position au moyen d'un fil passé dans leur épaisseur.

M. Maisonneuve pratique sur les deux côtés de l'ouverture des fosses nasales et sur la portion de la lèvre correspondante à la sous-cloison, des incisions profondes destinées à recevoir l'insertion des parties latérales et supérieures du lambeau.

Les petites portions de peau qui représentaient le reste de l'ancien nez sont ensuite dépouillées de leur épiderme, afin de leur permettre d'adhérer à la face profonde du lambeau qu'elles sont ainsi destinées à soutenir en augmentant son épaisseur par leur fusion avec sa partie moyenne. Tout étant ainsi préparé, le lambeau tordu sur son pédicule est appliqué sur l'ouverture antérieure des fosses nasales, ses parties latérales et son extrémité supérieures sont fixées dans les incisions préparées pour les recevoir, et maintenues par de nombreux points de suture entrecoupés : de petits tampons de charpie sont ensuite introduits dans les fosses nasales pour soutenir le lambeau et lui donner la forme et la saillie convenables.

M. Maisonneuve s'occupe ensuite de rétrécir, autant que possible, la plaie du front au moyen de quelques points de suture. Tout étant terminé, deux sangsues sont immédiatement appliquées à l'extrémité inférieure du nez et sur la nouvelle sous-cloison, avec recommandation de les remplacer aussitôt qu'elles viendraient à tomber. Cette précaution a pour but d'entretenir une circulation continue dans le lambeau, afin d'empêcher son sphacèle. Aucun accident grave n'est venu entraver la marche de la cicatrisation.

L'adhérence du lambeau s'est opérée d'une manière rapide dans presque toute l'étendue de la circonférence, quelques points seulement ont exigé de petites opérations secondaires consistant en un nouvel avivement et l'application de quelques nouveaux points de suture. Aujourd'hui, 2 octobre, la cicatrisation est parfaite dans tous les points. La plaie du front est presque entièrement cicatrisée, et le nez présente une forme régulière et une solidité complète.

Le malade, que nous avons examiné avec soin à la séance de l'Académie, présente en effet un des plus beaux résultats de rhinoplastie que nous ayons eu occasion d'observer.

Le nez de nouvelle formation est en harmonie parfaite, tant pour la forme que pour la couleur avec le reste du visage, et bien certainement, à moins que d'être prévenu, on ne se douterait pas qu'il a été constitué de toute pièce.

La séance est levée à plus de cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Numéros des 15 et 30 Août.

De la cure radicale de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, par les injections iodées; par le docteur Boinet, membre de la Société de chirurgie.

Lorsqu'un kyste est uniloculaire, qu'il est rempli d'un liquide limpide, citrin, s'écoulant avec facilité, quels que soient d'ailleurs son volume et la quantité du liquide qu'il contient, on doit, dit M. Boinet, si les femmes ont bonne constitution, pratiquer d'abord une ponction ; puis immédiatement une injection iodée avec le liquide suivant :

Eau distillée	100 grammes.
Teinture alcoolique d'iode. . .	100 grammes.
Iodure de potassium	4 grammes.

Si cette injection ne produit aucun résultat satisfaisant, et si l'hydropisie reparaît, on revient alors à une seconde ponction, et l'on procède alors comme pour les kystes plus volumineux et plus compliqués ; c'est-à-dire qu'on laisse une sonde à demeure et qu'on revient aux injections, en se conduisant de la manière suivante :

Lorsque le liquide, contenu dans la poche ovarique est écoulé, avant même que l'écoulement soit complet, on glisse dans la canule, qui doit être celle d'un gros trois-quarts, une sonde ordinaire, en gomme élastique, à ouvertures latérales très larges, et assez grosse pour remplir exactement la canule. Une fois la sonde introduite, si le liquide s'est écoulé difficilement par la canule, ce qui arrive quelquefois quand les kystes sont anciens, et qu'ils contiennent une matière épaisse, filante comme de l'huile ou du blanc d'œuf, il faut, avec de l'eau tiède ou une solution légère d'iodure de potassium, faire plusieurs lavages coup sur coup, pour délayer ou dissoudre la matière renfermée dans le kyste, et la rendre d'un écoulement plus facile ; puis l'injection iodée est pratiquée et laissée dans le kyste cinq à six minutes. Pendant les premiers lavages et l'injection iodée, on malaxe le kyste et on fait placer la malade dans différentes positions, dans le but de déplacer et de rendre plus liquide le contenu de la tumeur, et de mettre toute l'étendue de ces parois en contact avec l'injection iodée. On bouche ensuite la sonde avec un fausset, et on la fixe au bandage du corps ou sur le ventre avec un morceau de diachylon, en recommandant à la malade ou à ceux qui l'entourent, de la déboucher de temps en temps, deux ou trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, plus souvent même si cela est nécessaire, afin que le liquide sécrété par la face interne du kyste s'écoule au dehors au fur et à mesure de sa formation, et jusqu'à ce que les ressources de l'art et les efforts de la nature en aient tari la source, en permettant aux parois de revenir sur elles-mêmes, de se rapprocher et de se réunir.

Quand le liquide s'écoule avec facilité, ce qui permet au kyste de se vider complètement, on se contente de faire des lavages tous les deux ou trois jours ; seulement ces lavages doivent être plus fréquens, si la matière qui s'écoule prend une mauvaise odeur. Dans cette dernière circonstance, on a recours à des injections iodées plus rapprochées, afin de modifier la nature de l'écoulement ; on augmente également la quantité de teinture d'iode, et on arrive à 2 parties de teinture sur une partie d'eau. Pendant les premières semaines, les lavages et les injections iodées n'ont pas d'autre but que de nettoyer la cavité du kyste, de la débarrasser de toutes les matières qu'elle peut contenir, d'empêcher la décomposition de la matière sécrétée. En prévenant toutes ces précautions, on permet aux parois de la poche ovarique de revenir sur elle-même, et au bout d'un temps assez court, elle éprouve une diminution de capacité très sensible, diminution qu'il est très facile de constater par les injections (on peut faire usage de teinture d'iode pure, lorsque le kyste est arrivé à ne plus contenir qu'un verre ou un demi-verre environ de liquide).

M. Boinet insiste sur les recommandations suivantes : si l'écoulement s'arrête parce que la sonde s'est bouchée, faire des injections dans le kyste avec de l'eau tiède ; — renouveler de temps en temps la sonde mise à demeure, en ayant soin d'en augmenter peu à peu le volume, et de faire suivre à la nouvelle sonde le même trajet qu'à la première, de peur de déchirer les adhérences ; — ne pas trop enfoncer la sonde, et ne pas laisser son extrémité interne ou abdominale toujours à la même place, dans la crainte que cette extrémité, toujours en contact avec le même point, ne vienne à l'irriter, l'enflammer, l'ulcérer et le perforer ensuite ; — remplacer les sondes en gomme élastique par une canule en ivoire, garnie d'un robinet en argent ou en platine, quand l'ouverture fistuleuse est bien établie, bien directe, que tout épanchement dans le péritoine est devenu impossible, par suite de l'union intime des parois abdominales avec la tumeur ovarique (cette canule, une fois appliquée, est peu gênante pour les malades qui la maintiennent facilement, soit à l'aide d'un bandage de corps, auquel on la fixe, en faisant une ouverture au point correspondant au robinet, soit en la fixant autour du corps à l'aide de rubans de fil, et qui peuvent vaquer à leurs occupations, sans être incommodés ni par la présence de cet instrument, ni par un écoulement continu).

Les effets immédiats produits par ces injections dans les kystes de l'ovaire varient suivant l'état particulier des malades, état qu'il est impossible de déterminer à l'avance. Au moment de l'injection, bien des malades n'éprouvent aucune sensation, ni désagréable, ni autre ; et si on ne les prévenait, elles ne se douteraient pas de l'opération qu'elles viennent de subir. D'autres ressentent une chaleur légère quelquefois, mais rarement accompagnée de douleurs et de coliques. Dans quelques cas, cette chaleur est plus vive, et va jusqu'à une sensation de cuisson. Les malades éprouvent une fièvre plus ou moins forte. Quelquefois il survient des envies de vomir, des nausées, quelques symptômes de péritonite légère : il y a de l'agitation, de l'insomnie ; peau chaude, ventre plus ou moins sensible, surtout dans les points en rapport avec le kyste. Mais tous ces phénomènes, habituellement très légers, cèdent promptement au repos, aux cataplasmes émolliens laudanisés, aux onctions mercurielles, etc., et disparaissent complètement dans les premières vingt-quatre heures ; rarement ils durent deux ou trois jours. Ces symptômes de réaction peuvent se produire après chaque injection iodée, surtout dans les cas où l'on fait usage de teinture d'iode pure. En résumé, les phénomènes dus aux injections iodiques sont à peu près les mêmes chez tous les malades ; seulement, ils sont plus ou moins sensibles, suivant les individus, et sans qu'il soit possible de donner la raison de leur effet plus marqué dans un cas que dans un autre. Chez les sujets nerveux, très impressionnables, la réaction est, en général, plus prononcée et plus forte que chez les autres malades ; mais elle disparaît aussi facilement, sous l'influence de la médication calmante et antiphlogistique.

Il est impossible, dit en terminant M. Boinet, d'indiquer *à priori* le nombre des lavages et des injections qu'il faut pratiquer pour arriver à une guérison radicale. Ces lavages et ces injections sont nécessaires tant que le kyste n'est pas entièrement revenu sur lui-même, tant qu'il conserve une certaine capacité, en un mot, tant qu'il y a fistule ; car il y aurait danger à laisser celle-ci se boucher, si le kyste n'était pas entièrement oblitéré, et si sa cavité contenait seulement une cuillerée ou une demi-cuillerée de liquide, il n'en faudrait pas davantage pour que la maladie se reproduisît. Quant à la fréquence des injections iodées, elle est basée sur la nature du liquide ; s'il devient fétide ou s'il prend une mauvaise odeur, il faut répéter les lavages et rapprocher les injections iodées. Dans le cas où le liquide ne s'altère pas, des injections iodées faites tous les huit ou dix jours, suffisent ; seulement, on doit les modifier suivant l'état du kyste et son étendue, suivant qu'on juge à propos d'activer ses propriétés vitales, et d'y produire une inflammation plus ou moins vive.

Du traitement curatif de l'épilepsie, en particulier de l'oxide de zinc et du selin des marais, dans le traitement de cette affection.

Résumé du traitement dirigé par M. Herpin, contre l'épilepsie, et du mode de procéder suivi par ce médecin, et consigné par lui dans le traité de l'épilepsie qu'il a publié tout récemment, et dont le compte-rendu a paru dans ce journal. Nous reproduisons ce qui est relatif à l'emploi de l'oxide de zinc et du selin des marais.

Relativement à l'oxide de zinc, M. Herpin prescrit, chez l'adulte, oxide de zinc, 3 grammes ; sucre, 4 grammes, à partager en vingt doses, trois par jour, une heure après chaque repas, ou 45 centigrammes par jour approximativement. Pour peu que le remède soit bien supporté, surtout si les malaises ont cessé dans les derniers jours de la semaine, à la seconde prescription, la dose hebdomadaire d'oxide est augmentée d'un gramme ; même quantité de sucre, même division, même administration. M. Herpin continue chaque semaine à augmenter ainsi d'un gramme jusqu'à ce qu'il ait atteint la dose hebdomadaire de 15 grammes (2,15 par jour), ce qui arrive, si la progression a été régulière, à la treizième semaine, c'est-à-dire au bout de trois mois. En suivant cette marche, le malade emploie 52 grammes en huit semaines, et 132 grammes en quatorze semaines. En persévérant à la même dose de 15 gr. pendant trois mois encore, M. Herpin a administré en six mois et une semaine 325 grammes du médicament.

Chez les enfans, comme on le comprend, la dose est réduite suivant les âges ; ainsi, de la naissance à un an, la première dose hebdomadaire est de 25 centigrammes (3 1/2 centigrammes par jour). Il augmente de 25 centigrammes par semaine, et arrive ainsi, en s'arrêtant à 3,50 comme dose hebdomadaire maximum, à avoir employé 5,25 grammes en six semaines, 23 en trois mois et 68 en six mois. De là à dix ans, il commence par 50 centigrammes (7 centigrammes par jour), et il n'augmente que de 1/2 gramme la première semaine, puis d'un gramme comme dans les périodes précédentes. De dix à quinze ans, début par la dose hebdomadaire de 1 gramme (15 centigrammes par jour), et l'on peut, sans inconvénient, augmenter de 1 gramme chaque semaine.

L'apparition de quelques malaises, au début, ne doit pas empêcher de persévérer, s'ils ne sont pas trop incommodes. Dans le cas contraire, on supprime la dose du matin. Si les malaises persistent encore à la fin de la semaine, on continue sans augmentation la semaine suivante. Mais il est bien rare, soit à cette époque, soit plus tard, qu'il soit nécessaire de donner la même dose plus de deux semaines de suite. Dans les cas rares où l'on a quelque peine, en raison des effets physiologiques du remède, à vaincre la répugnance du malade, il faut administrer le zinc en pilules. Sous cette forme, à dose égale, il produit moins facilement de nausées. On peut encore, pour faciliter la tolérance, employer comme excipient l'extrait de valériane. Enfin, dans les cas de grande répugnance ou de profond dégoût, on peut ajouter à la masse pulvérulente quelques centigrammes de canelle ou de toute autre substance aromatique.

Relativement au selin des marais, *selinum palustre*, *peucedanum sylvestre* (Ombellifères), c'est la poudre de la racine qui est donnée dans les cas de ce genre, en débutant par 2 ou 4 grammes, en 2, 3 ou 4 prises, et en arrivant à 15, même 30 grammes, si la tolérance s'obtient facilement, ce qui a lieu le plus habituellement. Il faut, comme pour l'oxide de zinc, continuer le traitement assez longtemps après la suspension des accidens ; d'après M. Herpin, il faudrait aller au-delà de 500 grammes avant de cesser le traitement.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

AVIS.

MM. les médecins et pharmaciens du département de la Seine dont les noms ne figurent pas dans L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, fondé par M. Domange-Hubert, et continué par l'administration de l'Union Médicale, sont invités à adresser les indications nécessaires au bureau du journal, *avant le 1er novembre prochain.*

MM. les médecins et pharmaciens qui auraient des rectifications à faire apporter dans cet Almanach, sont invités aussi à les faire connaître à la même adresse et avant la même époque.

L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE POUR 1853 devant être mis en vente avant le 1er janvier prochain, il est urgent que les communications soient promptement adressées à l'administration.

On souscrit au bureau de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

PRIX : 3 FR. 50 C.

— M. le docteur Maisonneuve reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin, le mardi 19 octobre.

Les leçons auront lieu, comme précédemment, les mardis, jeudis et samedis, de 8 heures à 10 heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 124. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 16 Octobre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CHIRURGIE.

DE LA LIGATURE DES TRONCS ARTÉRIELS NÉCESSITÉE PAR DIVERSES LÉSIONS DU SYSTÈME VASCULAIRE SANGUIN, ET PLUS PARTICULIÈREMENT PAR LES ANÉVRYSMES.

Dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. le professeur Roux a lu un travail important où se trouvent consignés les résultats qu'il a obtenus de la ligature des troncs artériels dans le traitement des anévrysmes et de diverses autres lésions du système vasculaire sanguin. Ce mémoire, qui est, ainsi que l'auteur a eu soin de le dire, le résumé d'une œuvre considérable à laquelle il consacre les loisirs que lui laissent l'enseignement et la pratique, nous apprend que depuis l'année 1808, époque à laquelle, à l'hôpital Beaujon, il opérait pour la première fois par la méthode ancienne, en présence de Boyer, Deschamps et Dupuytren, un malade atteint d'anévrysme poplité, il a eu occasion de pratiquer 82 ligatures de grosses artères, parmi lesquelles il compte 33 cas d'anévrysmes vrais ou spontanés.

« Ce nombre de 33 anévrysmes spontanés, et de 33 opérations » qui leur ont été appliquées, appartenant à un même observateur, est, dit l'auteur, considérable, sans doute; je ne » sais même pas, ajoute-t-il, si quelque chirurgien a pu recueillir par lui-même autant de faits de ce genre. Toutefois, à » côté de tous ceux qui ont déjà été consignés dans les annales » de la science, sous quelque point de vue que je considère » les faits qui me sont propres, oserais-je en déduire des » règles générales. »

A cette question, qu'il se pose avec un esprit de sage réserve qu'on ne saurait trop imiter, et qui prouve combien il se préoccupe, par-dessus tout, de l'intérêt scientifique, M. Roux répond par la négative. Non, quelqu'autorité qu'il soit disposé à accorder aux faits qu'il a observés, quelque supériorité qu'il reconnaisse à la méthode opératoire qu'il a constamment suivie dans presque tous les cas d'anévrysme, l'habile et consciencieux chirurgien n'entend pas aujourd'hui tracer une règle de pratique invariable, mais bien ajouter à l'histoire des anévrysmes un chapitre qui sera consulté avec intérêt, et produire de nouveaux élémens à la statistique pour le parallèle des divers modes de traitement appliqués à cette maladie.

Nous avons dit que 82 ligatures d'artères principales avaient été pratiquées par M. Roux, en voici le tableau indiquant la nature des lésions qui ont exigé cette opération, leur siége, le degré de fréquence de chacune d'elles, enfin, le procédé qui a été mis en usage. Ce tableau, dont nous avons vérifié la parfaite exactitude sur le mémoire même de l'auteur, nous est fourni par le compte-rendu officiel de notre honorable collègue M. Marjolin, secrétaire de la Société de chirurgie :

Artère poplitée. . . .		1	pour un anévrysme spontané, méthode ancienne.
Artère crurale. .	46 —	3	pour plaies récentes.
		2	pour hémorrhagies consécutives à des plaies pour armes à feu.
		2	pour ouverture imprévue de l'artère crurale dans une opération.
		7	pour hémorrhagies consécutives à l'amputation de la cuisse ou de la jambe.
		1	pour un anévrysme crural opéré par la méthode de Hunter.
		2	pour un anévrysme crural opéré par la méthode ancienne.
		2	pour tumeurs fongueuses du tibia.
		27	pour anévrysmes poplités opérés par la méthode de Hunter.
Artère brachiale	20 —	10	pour anévrysmes faux-consécutifs du pli du bras.
		6	pour anévrysmes artérioso-veineux.
		2	pour hémorrhagie consécutive à l'amputation du bras ou de l'avant-bras.
		1	pour un anévrysme spontané de l'artère cubitale.
		1	pour une tumeur fongueuse sanguine de l'extrémité inférieure du radius.
Carotide primitive	6 —	1	pour tumeur fongueuse sanguine de l'orbite.
		2	pour plaie de la face ou du cou.
		3	comme ressource préventive dans des opérations.
Axillaire	4 —	1	pour un anévrysme spontané.
		1	pour une plaie récente, compliquée d'un anévrysme faux-primitif.
		2	pour des hémorrhagies à la suite de l'extirpation du bras.

Ces quatre ligatures ont toutes été faites immédiatement au-dessous de la clavicule.

Sous-clavière.	3	fois pour des hémorrhagies secondaires.
Iliaque externe.	2	fois pour hémorrhagies consécutives à la ligature de l'artère crurale.

Méthodes opératoires mises en usage. — Sur 82 opérations, la méthode opératoire dite de Brasdor ou *hypo-cystique* n'a pas été pratiquée une seule fois.

La méthode ancienne l'a été 16 fois, et celle de Hunter ou méthode épicystique l'a été 66 fois.

Si on recherche sur le nombre total 82, dans quelle proportion sont les cas d'anévrysmes, on trouve pour ceux-ci le chiffre de 49.

Nature de l'anévrysme. — Maintenant, sur ces 49 cas d'anévrysmes, il existe :

33 anévrysmes spontanés;
10 anévrysmes faux-consécutifs;
6 anévrysmes artérioso-veineux.

Quant au rapport à établir entre l'emploi de la méthode de Hunter et la nature de la lésion artérielle, on trouve que sur les 66 ligatures par cette méthode, 31 ont eu lieu pour des anévrysmes spontanés, 10 pour des anévrysmes consécutifs, et 6 pour des anévrysmes artérioso-veineux. C'est-à-dire que sur 49 anévrysmes, 2 seulement ont été traités par la méthode ancienne; dans ces deux cas, il y a eu succès.

Si maintenant nous quittons ces résultats généraux pour analyser plus au fond les observations renfermées dans ce travail, et nous enquérir des conditions d'âge, de sexe, des malades atteints d'anévrysmes spontanés, nous trouvons le nombre de ceux-ci beaucoup plus grand chez les hommes; il est, en effet, de 31 pour ceux-ci, tandis qu'il est de 2 pour les femmes.

Quant à l'âge des individus, 28 avaient de 27 à 40 ans; le plus âgé avait 59 ans; d'où il résulte que dans la vieillesse et la première jeunesse, l'homme paraît être moins exposé à cette maladie.

Cette donnée est conforme à l'observation générale des auteurs qui ont traité de l'anévrysme; M. Roux est d'accord aussi avec eux pour reconnaître qu'il est bien plus souvent produit par une violence intérieure, qu'il n'est le résultat d'une altération morbide spontanée des vaisseaux. Aussi est-il tenté de regarder les anévrysmes poplités comme étant à demi-traumatiques.

La méthode constamment adoptée par M. Roux, pour le traitement de l'anévrysme, est celle de Hunter; et le procédé auquel il est resté fidèle, malgré les travaux modernes sur le mode de cicatrisation des artères, est celui de Scarpa.

A la suite de ces opérations, divers accidens consécutifs ont été observés. L'auteur signale quatre cas de gangrène; dans deux, elle se borne à des plaques disséminées; dans les deux autres, il y eut sphacèle du membre.

L'hémorrhagie consécutive est survenue quatre fois : au 4me jour, au 22me, au 34me et au 50me, c'est-à-dire, dans ce dernier cas, longtemps après la chute de celle-ci, qui eut lieu généralement du 18me au 20me jour. Une seule fois, elle s'effectua au 15me jour, et dans un cas, elle fut retardée jusqu'au 30me.

Du reste, tous les accidens, soit primitifs, soit consécutifs, étant mis en ligne de compte, comme résultat général des 33 opérations pratiquées pour des anévrysmes spontanés, il y eut 10 revers et 23 guérisons.

Le traitement des anévrysmes faux-consécutifs par le même procédé de ligature, fut suivi d'un résultat beaucoup plus avantageux : sur dix cas qu'il a opérés, M. Roux a obtenu dix succès. Ces anévrysmes ont tous été observés au pli du bras; ils étaient dus à des saignées malheureuses.

La même cause avait produit les six anévrysmes artérioso-veineux, pour lesquels le chirurgien lia six fois l'artère humérale; quatre fois il réussit; dans deux cas, la gangrène et des hémorrhagies consécutives nécessitèrent l'amputation du membre.

En terminant le paragraphe de son mémoire où il est question de l'hémorrhagie consécutive, accident qui est le plus à redouter à la suite de la ligature des troncs artériels, comme étant celui qui a généralement les conséquences les plus graves, M. Roux se demande s'il y aurait, à ce point de vue, plus d'avantages à appliquer la méthode de Hunter autrement que par le procédé dont il a fait choix et qu'on lui a reproché, dit-il, plus d'une fois, de suivre d'une manière trop exclusive.

Pour répondre à cette question, il faudrait interroger les faits que la science possède; peut-être sans attendre, comme le veut l'auteur, que chaque chirurgien, à son exemple, apporte son contingent d'observations nouvelles; peut-être serait-il possible de puiser dans les statistiques qui ont été publiées des élémens de solution au problème posé par l'honorable chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Peut-être aussi se demandera-t-on pourquoi M. Roux, malgré les nombreuses occasions qui se sont offertes à lui dans le cours de sa longue pratique, n'a pas voulu essayer les autres procédés, et se mettre ainsi en mesure d'en apprécier par lui-même la valeur relative.

A cela il répond que s'il eût scindé les faits de sa pratique en plusieurs séries, ils eussent perdu le caractère d'unité qui en fait la valeur, et le résumé qu'il en donne aujourd'hui n'eût plus offert qu'un médiocre intérêt. D'ailleurs, la prédilection exclusive qu'il accorde au procédé de Scarpa n'est pas le résultat d'une prévention systématique à l'égard des travaux modernes. Il n'est point, dit-il, ennemi des innovations et des perfectionnemens dans tout art, mais il a peine à abandonner ce qu'il croit être bon. En toute chose et surtout dans la pratique de la chirurgie, à laquelle est attachée une si grande responsabilité, changer, modifier pour le seul plaisir de n'être plus semblable à soi-même ou de ne pas ressembler aux autres, c'est manie, ajoute-t-il, c'est fausse inspiration.

La dernière partie du mémoire de M. Roux est consacrée en grande partie à des observations que nous regrettons de ne pouvoir reproduire; nous dirons seulement que l'une de ces observations a trait à un anévrysme inguinal qui a donné lieu à une erreur de diagnostic; cet anévrysme fut pris pour un abcès et ouvert comme tel.

Qu'une autre observation est relative à un cas de diathèse anévrysmale pour laquelle Boyer dut recourir à l'amputation. Ce fait fournit à l'auteur l'occasion de formuler son opinion sur la conduite que doit suivre le chirurgien lors de l'existence simultanée de plusieurs anévrysmes; pour lui, il n'y voit pas une contre-indication absolue à l'opération que chacun d'eux peut réclamer.

Enfin, chacun des faits qu'il expose est pour l'auteur un sujet de remarques cliniques d'un haut intérêt, sur les diverses méthodes dont, en dehors de celle de Hunter, la chirurgie peut disposer pour le traitement des anévrysmes.

Au moment de clore cette analyse, nous rappellerons à l'honorable M. Roux la déclaration qu'il a faite au commencement de son mémoire. En parlant d'une œuvre considérable dont il fait partie, sans doute il a voulu annoncer la publication prochaine de sa *clinique chirurgicale.* Nous aimons à prendre acte de cet aveu et à le considérer comme un engagement qui bientôt sera rempli. Pour l'illustration de la chirurgie contemporaine, pour l'enseignement de la génération qui nous suit, espérons que M. Roux aura à cœur de ne pas laisser son œuvre inachevée.

A. F.

ENSEIGNEMENT.

LEÇONS FAITES AU COLLÈGE DE FRANCE, PAR M. MAGENDIE, PENDANT LE SEMESTRE D'HIVER ;

Recueillies et analysées par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE [1].

§ V. Du contact des alcalis sur le sang.

Les acides et les alcalis, en présence des matières organiques, ne se

comportent pas comme dans l'eau. L'expérience qui suit va en fournir un exemple : Dans un verre qui contenait de l'acide chlorhydrique étendu d'eau, M. Magendie plaça un petit morceau de craie (carbonate de chaux) ; à l'instant l'acide agit sur le corps et il se développa du gaz acide carbonique. Dans un autre verre qui contenait une infusion de matières organiques, acidulée par la même quantité d'acide chlorhydrique, il mit un semblable morceau de craie et aucun phénomène ne se manifesta. Ce corps n'était donc pas décomposé comme dans le cas précédent. Le résultat est le même avec du suc gastrique, bien que celui-ci soit acide. Que se passe-t-il alors? Y a-t-il saturation de l'acide par la matière organique? Mais la liqueur rougit le tournesol.

M. Magendie a voulu ensuite montrer ce que produit l'injection d'une liqueur alcaline sur un animal privé de vie : immédiatement après la mort d'un lapin, il a poussé une certaine quantité de carbonate de soude dans ses veines. On l'a ouvert ensuite : le sang était encore chaud et l'on voyait celui des poumons former, dans ces organes, la même altération que l'on va constater dans les injections faites sur le vivant.

Après ce premier essai, le professeur a introduit dans le sang d'un animal bien portant, une solution qui contenait 1 pour 100 de carbonate de soude. Le sang alors ayant perdu la faculté de se coaguler, l'animal est mort; à son autopsie, le sang qu'on a retiré du corps était tout à fait liquide. Il n'est plus possible d'en extraire sa fibrine par les procédés dont nous avons parlé plusieurs fois; on suppose qu'elle est passée à l'état de sel, en se combinant avec le carbonate de soude. Le carbonate de potasse produit le même effet. Au sang ainsi altéré du chien qui a servi à l'expérience, M. Magendie compare un autre sang qui a été mélangé avec de l'eau, ce qui ne l'a pas empêché de se coaguler. Ce fait suffit pour démontrer que, dans les maladies, il y a une très grande différence entre le sang trop aqueux et le sang véritablement altéré. On a vu, dans le cours de ces leçons, comment un tel état du sang change le mode de circulation, dans le tissu capillaire des poumons surtout, et comment il en résulte le râle, l'engouement, le défaut d'oxygénation et la mort.

Cette même expérience a été plusieurs fois recommencée par le professeur, en variant les doses. Ayant injecté une dissolution de 20 grammes de sous-carbonate de soude dans les veines d'un gros chien, cet animal n'en fut pas notablement affecté, tandis que 11 grammes de bicarbonate de soude également dissous suffirent pour déterminer la mort. L'autopsie montra de larges plaques noirâtres sur les poumons et divers épanchemens séro-sanguinolens, surtout dans les plèvres. M. Magendie fait remarquer, à ce sujet, que, dans le sous-carbonate de soude, il y a 60 parties pour 100 d'eau de cristallisation, ce qui fait qu'il ne faut compter que sur 40 parties. Il n'en est pas de même dans le bicarbonate de soude, qui est presque entièrement composé de soude et d'acide carbonique. Il veut voir si ce dernier sel, qu'on administre dans beaucoup de maladies, se retrouverait dans le sang du chien qui a servi à la dernière expérience; pour cela, il y verse un peu d'acide nitrique, mais on ne remarque aucun dégagement d'acide carbonique. Il se propose de rechercher plus tard si les sels alcalins sont décomposés par les liqueurs animales.

L'étude de l'action de ces sels sur les liqueurs animales doit être de la plus grande importance, en raison de leur application fréquente en médecine. Certaines eaux minérales, celles de Vichy spécialement, en contiennent beaucoup. Ce serait à tort qu'on prétendrait que le sel de soude, qui se trouve dans ces eaux, étant le bicarbonate, son activité empêche l'effet funeste que produirait le carbonate, car l'excès d'acide carbonique, qui se trouve dans ce sel, tend, sous la moindre influence, à l'abandonner, et il est très probable que le bicarbonate arrive dans le sang à l'état de carbonate; ce qui, du reste, porterait à le croire, c'est qu'on le retrouve dans les urines sous cet état. On alléguerait encore en vain que l'acide carbonique, venant à se dégager dans l'économie, y produirait un trop grand trouble et que, partant, il est impossible que cela ait lieu, car on peut insuffler une très grande quantité de ce gaz dans l'estomac des animaux sans qu'il en résulte le moindre accident; on peut même impunément les gonfler et distendre outre mesure, en insufflant ce gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'acide carbonique introduit par la voie de l'estomac n'a aucun des effets toxiques qu'il produit lorsqu'il arrive par les poumons.

Ces considérations confirment dans l'idée que toutes les eaux carbonatées n'agissent que comme de véritables alcalis. M. Magendie raconte avoir été témoin des déplorables résultats qu'ont été produits chez certaines personnes par l'emploi de ces substances. Il a vu, entre autres, un de nos plus illustres chimistes, voulant détruire des graviers d'acide urique qu'il avait dans la vessie, faire un usage prolongé et exclusif des boissons alcalines et en éprouver les accidens les plus graves. Il en était résulté une pneumonie chronique très fatigante et des taches à la peau, qui indiquaient assez que le sang avait été altéré. M. Magendie avait eu beau le prévenir contre les effets funestes de l'alcalisation de ce liquide, il n'en continua pas moins son traitement jusqu'à ce que des phénomènes inquiétans fussent venus enfin ébranler ses convictions. Bien que sa santé se soit aujourd'hui rétablie, elle n'est point encore ce qu'elle eût certainement été s'il ne s'était pas soumis à un tel traitement. M. Magendie ajoute qu'il pourrait citer bon nombre de personnes chez lesquelles il a observé des purpuras et des engouemens pulmonaires survenus à la suite d'un usage immodéré des alcalis. Que les personnes qui font usage des boissons alcalines, et entre autres des eaux de Vichy, s'écrie-t-il, soient donc bien prévenues de ces effets fâcheux, afin qu'elles ne soient point tentées d'en abuser. Nous pouvons rappeler ici ce qui a été dit des animaux dont on a alcalisé le sang par l'injection d'un sel de soude dans leurs veines, et chez lesquels la moindre blessure ne peut se cicatriser faute d'un caillot qui puisse se former, si bien qu'ils meurent d'hémorrhagie.

Il serait à désirer que l'on recherchât avec soin quelle quantité de ces eaux peut parcourir le corps, en un jour, sans le fatiguer. Il y a des malades qui, à Vichy, en ont bu jusqu'à quarante verres; cette abondance est probablement plus nuisible qu'avantageuse. Il y aurait à étudier combien de carbonate est rendu par les urines par tant de litres d'eau ingérée, à examiner aussi le sang et à voir comment diminue sa puissance de coagulation à mesure que l'on force la dose. M. Magendie a tenté à ce sujet une expérience : il a injecté dans les veines d'un chien assez robuste 10 grammes de carbonate de soude, sans qu'il en soit rien résulté. Il a renouvelé l'injection avec 20 grammes, et l'animal n'a semblé encore rien éprouver; le sang se coagulait encore très bien. Cette expérience sera poursuivie. D'un autre côté, ainsi que cela a été dit, le professeur sait, par des expériences précédentes, qu'il faut à peu près une quantité de carbonate égale à la centième partie de la masse totale du sang des animaux pour causer leur mort; il pourra donc, d'après la dose qui fera périr le chien, juger de la quantité de sang qu'il pouvait contenir. Ce résultat sera accessoire, sans doute, mais au moins assez curieux.

M. Magendie se propose encore de réintégrer le sang altéré par le carbonate de soude dans le même animal ou dans un autre bien portant, pour observer l'effet qui en résultera sur l'organisme. Il ajoute qu'on peut modifier sur le vivant les qualités du sang, suivant qu'on y injecte un alcali ou un acide. Il se forme alors des composés nouveaux d'où résultent des altérations diverses.

APPENDICE.

En terminant son cours, M. Magendie s'excuse de n'avoir pas traité d'une manière complète, ainsi qu'il l'avait annoncé, des maladies dites contagieuses et des mesures quarantenaires. Son projet avait été d'examiner les résolutions prises par la conférence sanitaire internationale; mais la réflexion et les circonstances lui ont fait modifier le plan qu'il s'était d'abord tracé. Le programme des travaux de cette conférence ayant été arrêté par le comité consultatif d'hygiène publique, dont il est le président, il se trouvait en quelque sorte lié aux mesures qui devaient être adoptées; et, en second lieu, les délibérations de cette conférence n'ayant pas été rendues publiques, il eût été peu convenable, dans sa position, de les divulguer en les discutant. Au moment, d'ailleurs, où il finissait ses leçons, les résolutions de la conférence se trouvaient transmises à l'acceptation des diverses nations qui y avaient pris part par leurs délégués; le protocole était ouvert, suivant l'expression reçue en diplomatie, et il eût été hors de propos de formuler des critiques.

Toutefois, le professeur ne peut s'empêcher d'exprimer la pensée que tout réglement, relatif à des mesures sanitaires, devant reposer nécessairement sur la contagion ou la non-contagion des maladies au sujet desquelles ces mesures sont établies, il était indispensable de se livrer à des expériences préalables. Ce qu'il n'a pas cru pouvoir faire dans ce semestre, il le fera dans un autre. Il se propose de prouver que les quarantaines ne peuvent modifier en rien les fléaux contre lesquels on les emploie, car on voit ceux-ci se transporter rapidement d'un pays à un autre, et même d'une partie du globe à l'autre, sans qu'aucune barrière puisse arrêter leur marche.

Bien qu'il ne veuille pas discuter ici la question de la contagion de la fièvre jaune, de la peste ou du choléra, il croit pouvoir, dès à présent, établir que ces maladies ne sont pas contagieuses, du moins dans le sens de la communication par simple contact. Il a de la peine à comprendre comment cette pensée peut déterminer les nations à s'imposer des entraves ruineuses pour leur commerce; il voudrait qu'on les éclairât sur leurs propres intérêts. Et pour cela, il lui semble que la conférence, au lieu de partir de la nécessité des quarantaines, aurait dû s'étudier à faire connaître les raisons qui prouvent leur complète inutilité. Sans doute, résoudre la question de la contagion de la peste, n'est pas chose facile; cependant, quelques essais ne pourraient-ils pas être tentés? Puisqu'on prétend que certaines marchandises sont de nature à la transmettre, ne serait-il pas possible de les faire manier, quand elles seraient dites contaminées, par des hommes qu'on établirait, par exemple, aux îles d'Hyères, après avoir bien constaté que cette maladie n'y existe pas? On verrait ainsi si la transmission a lieu.

Du reste, sur les lieux mêmes, la peste, pour les hommes compétens, n'est pas considérée comme contagieuse. Clot-Bey, qui a été longtemps à la tête du service médical d'Égypte, ne croyait pas à cette contagion. Quand il revenait de l'hôpital des pestiférés, il se mettait à déjeûner avec la plus grande sécurité; il embrassait son enfant sans craindre de lui communiquer la maladie. Sa femme, marseillaise de naissance, imbue cependant des préjugés de sa ville sur la peste de 1720, était arrivée, par le fait de l'exemple, à dissiper ses frayeurs.

Ces réflexions n'empêchent pas M. Magendie de rendre aux hommes éminens des nations méditerranéennes qui composaient la conférence, le tribut d'estime et de considération qu'ils méritent. Il n'ignore pas qu'en évitant de traiter la question de la contagion, ils ont pour but de faciliter leur entente, de ménager des préjugés enracinés, moins dans l'esprit des médecins et des consuls qui étaient réunis, que dans celui des nations qu'ils représentaient. Il sait aussi que des institutions séculaires ne se renversent pas en un instant, qu'il faut des transitions pour ménager tous les intérêts, et que c'était un grand point déjà d'arriver à des mesures uniformes dont le résultat peut procurer quelques avantages pour les transactions commerciales et les communications internationales. Mais, il n'en persiste pas moins à soutenir que la base sur laquelle on a prétendu s'appuyer est mauvaise, qu'elle a même fait défaut, car la question scientifique n'a pu être évitée et a prolongé la session de la conférence; il reste enfin convaincu, que les résolutions de celle-ci ne peuvent être appliquées d'une manière durable, et que l'on sentira constamment le besoin de vider ces questions fondamentales par l'expérimentation.

FIN.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 12 Octobre. — Présidence de M. Mélier.

RÉPONSE DE M. RICORD AU DERNIER DISCOURS DE M. VELPEAU.

Messieurs,

Autant que M. Velpeau, je comprends la lassitude que doit éprouver l'Académie, autant que lui je voudrais mettre un terme à cette discussion. Mais l'Académie me rendra cette justice, c'est que je ne l'ai ni provoquée ni entretenue, et que je n'ai fait qu'user de mon droit de défense. M. Velpeau vient de persister dans des objections que je croyais avoir détruites, il faut bien que l'Académie tolère de me les entendre réfuter une fois encore. Au demeurant, je serai bref, car je suis plus fatigué que personne d'être obligé de répéter constamment les mêmes choses.

M. Velpeau s'est livré une fois encore à une critique ingénieuse, mais facile, de faits et d'observations produits par moi, et auxquels il persiste à donner un caractère, une valeur, une importance que je ne leur ai jamais attribuée. Mon contradicteur se trompe étrangement, s'il croit que ce sont là les étais et les fondemens de ma doctrine. Non, Messieurs, ce ne sont pas là des faits basiques, si je puis m'exprimer ainsi, et puisqu'on s'y méprend encore, il faut bien que je leur restitue moi-même encore leur signification véritable.

Qu'ai-je voulu prouver par ces faits? Uniquement ceci : c'est que la porte d'entrée de la syphilis constitutionnelle n'est pas toujours facile à trouver; c'est qu'il faut beaucoup de soins, beaucoup de recherches, une investigation minutieuse, pour remonter à l'origine des accidens constitutionnels qu'on a actuellement sous les yeux, et que lorsque ce sévère et rigoureux examen n'a pas été fait, on n'est pas en droit de conclure à l'inexactitude des doctrines que je défends. Et remarquez, Messieurs, qu'avec toutes les précautions que j'indique, on n'arrive pas toujours à la détermination rigoureuse et physique de l'origine de la syphilis; mais alors que faire, si ce n'est d'avoir recours, comme je le fais, au diagnostic rationnel?

Eh bien! c'est ce que M. Velpeau me reproche de faire. Mais, en vérité, je ne comprends pas cette objection. Ainsi, une dame se présente à moi avec une syphilide. J'interroge, et j'apprends que son mari, affecté d'un chancre de la verge, et imbu de ce préjugé populaire que les organes génitaux seuls peuvent s'infecter, a des rapports avec sa femme *a prepostera venere*. Cette dame se plaint bientôt d'accidens douloureux du côté du rectum, que l'on traite de fissure à l'anus. Quelque temps après, une syphilide se montre. Cette dame m'arrive, j'apprends les circonstances qui précèdent, je touche le rectum, j'y trouve une induration, et M. Velpeau ne veut pas que, logiquement, que rationnellement, je voie dans cette induration la preuve d'un chancre qui a préexisté, lequel chancre a été l'origine et la porte d'entrée des accidens secondaires que j'ai maintenant sous les yeux? Mais alors que faut-il admettre, que faut-il rejeter dans les sciences? Certainement, j'étais en droit de penser que M. Velpeau ne croyait pas à la possibilité de contracter la vérole par l'anus. Il se défend aujourd'hui de cela, et il assure qu'il n'est pas assez naïf pour ne pas savoir que le rectum est une des portes ouvertes à la syphilis. Pourquoi donc rejette-t-il mon fait? Serait-ce qu'il le rangerait dans la catégorie de ceux que notre savant collègue *reconnaît*, mais qu'il n'*admet* pas?

Pour prouver toujours la difficulté fréquente de remonter à l'origine de la vérole, j'ai cité des faits de contagion primitive par les doigts souillés de pus chancreux, par des draps de lit, par des instrumens contaminés, par la lunette des lieux d'aisance, etc. Après la critique si spirituelle et si vive qu'en a présentée M. Velpeau, que pouvais-je penser et conclure, si ce n'est que mon contradicteur n'admettait pas ce genre de transmission? Mais M. Velpeau se ravise aujourd'hui, ce sont encore des faits qu'il reconnaît, mais qu'il n'admet pas. Et pourquoi cela? Parce qu'ils sont vagues et peu rigoureux. Mais je ne dis pas autre chose, je ne les donne pas comme des vérités démontrées et mathématiques; je dis seulement : voilà mon explication, trouvez-en une meilleure, si non vous êtes forcé d'admettre la spontanéité de la syphilis, opinion qui vous répugne. Je ne dis pas comme Cullerier l'ancien : il faut admettre les faits de Fallope, de l'un des Fabrice, ne serait-ce que pour expliquer des faits inexplicables; non, mais quand j'ai épuisé toutes les hypothèses, toutes les conjectures, et que je vois une circonstance qui, rationnellement, satisfait mon esprit, je l'adopte plutôt que de recourir à une exception que l'expérimentation et la clinique me défendent d'admettre.

M. Velpeau s'était beaucoup égayé à l'occasion du fait si souvent reproduit dans cette discussion, de l'amant qui infecte son ami par l'intermédiaire de sa femme qui, elle, reste indemne. N'étais-je pas autorisé à penser ou que M. Velpeau niait le fait ou qu'il n'admettait pas ce genre d'infection par dépôt du pus virulent sur une muqueuse qui reste saine. Mais non, M. Velpeau ne conteste ni le fait, ni la possibilité du fait; seulement il lui manque la démonstration. Assurément, je n'ai pas vu la molécule virulente déposée dans le vagin de cette femme et puis reprise par l'infortuné mari. Mais, ce que j'ai vu, le voici, et je le répète et je l'affirme : Un jeune couple vient me consulter; le mari porte un chancre à la verge et proteste, sur son honneur, qu'il n'a vu que sa femme; j'examine celle-ci, rien. Le lendemain, cette femme revient avec un autre homme et me dit : voilà le coupable. Je l'examine, il porte un énorme chancre du gland à l'état de progrès. J'apprends que cet homme a eu des rapports avec cette femme quelques instans avant le mari, et vous ne voulez pas que je conclue, que j'admette comme un fait rationnel, irrésistible, que l'amant a déposé le pus dans le canal de cette femme et que le mari est venu s'infecter à cette source? Où donc trouver les élémens de la certitude rationnelle si ce n'est là?

Et remarquez, Messieurs, que mon savant contradicteur si incrédule, si sceptique à l'endroit de mes faits, me reproche vivement les doutes que j'ai élevés à l'occasion du fait cité par M. Babington, vous vous rappelez bien ce fait dans lequel un mari en voyage ayant eu des rapports avec une femme suspecte plusieurs jours avant sa rentrée sous le toit conjugal....

M. Velpeau : Trois jours avant.

M. Ricord : Soit, trois jours avant sa rentrée, et ne présentant alors aucun accident syphilitique, a des rapports avec sa femme, à laquelle il donne la blennorrhagie — car il ne s'agit que de blennorrhagie — laquelle blennorrhagie ne paraît chez lui que quelques jours après celle de sa femme. Babington en conclut, et M. Velpeau admet que c'est le mari qui a infecté la femme. M. Velpeau trouve des rapports entre cette observation, que je rejette, et celle du jeune couple de tout à l'heure, que j'admets. Pour moi, je ne peux établir aucun espèce de rapprochement entre mon fait, où je trouve une cause visible et tangible de l'infection, et le fait de Babington, où je ne trouve rien. Si ce mari n'avait rien, il n'a pu rien donner, car c'est un fait incontestable, une loi fatale, celle-ci, que la transmission du chancre ou de la blennorrhagie exige une surface sécrétante et un produit de sécrétion. Rien de semblable dans l'observation qu'on m'objecte, et dès lors je suis autorisé à donner à ce fait une autre explication que celle qu'il a reçue et de l'observateur et du mari, et cela sans porter atteinte à la vertu des dames anglaises, que personne n'honore plus que moi.

M. Velpeau s'est livré à une sorte d'enquête, relativement au fait de

ce jeune enfant que j'ai vu en consultation avec M. Richet; cet enfant qui était atteint de syphilis, et dont le père, la mère et la nourrice étaient indemnes de tout accident syphilitique. Si M. Velpeau a voulu jeter des doutes sur ma véracité et ma bonne-foi....

M. Velpeau : J'ai déclaré très expressément, au contraire, et je déclare encore que M. Ricord me prête une intention que je n'ai pas. J'ai parlé d'erreur, je crois à une erreur, et je ne dis pas autre chose.

M. Ricord : Je remercie M. Velpeau de sa déclaration; eh bien! l'erreur, si erreur il y a, de quel côté se trouve-t-elle? J'ai écrit ce passage de mes *lettres* de souvenir, avec les élémens que l'on peut recueillir dans une consultation, j'ai parlé d'un commis de la maison qui avait la vérole, ce commis portait souvent cet enfant sur ses bras; j'ai cru trouver là l'origine de la syphilis de l'enfant, tels sont les faits que ma mémoire m'a reproduits; M. Richet les conteste aujourd'hui, sa mémoire à lui ne les lui rappelle pas, voilà tout; il ne s'agit que de savoir qui, de M. Richet ou de moi, a la mémoire meilleure. Notez bien, d'ailleurs, que je n'avais pas besoin de ce fait, et qu'en éloignant l'explication que j'ai donnée, mes adversaires n'en sont pas moins en présence de ce problème que je les défie de résoudre : voici un enfant syphilitique, le père n'a rien, la mère n'a rien, la nourrice n'a rien; d'où lui est venue cette syphilis? Et que prouve-t-il, ce fait, en dernière analyse, si ce n'est que j'ai voulu qu'il prouvât, à savoir que l'origine de la syphilis est souvent très difficile à trouver? Vous ne voulez pas de mon explication, soit, donnez m'en une meilleure et je l'accepterai.

Mais M. Velpeau ajoute : je ne suis pas tenu à vous donner une explication, je ne la cherche pas. Prenez garde, lui répondrais-je, si vous ne cherchez pas une explication, vous cherchez au moins une interprétation, et celle-ci vous la tournez contre mes doctrines. Eh bien, je dis que vous n'y êtes pas autorisé; parce que, dans un cas donné, vous ne trouvez pas la porte d'entrée de la syphilis, vous n'avez pas le droit de dire que mes principes sur l'origine fatale de la vérole ne sont pas l'expression de la vérité, tandis que moi j'ai toujours le droit de vous dire : vous n'avez pas cherché partout, vous avez mal cherché, cherchez encore, parce qu'il en est ici comme dans l'Évangile : cherchez et vous trouverez.

L'hérédité! oh ici, M. Velpeau s'écrie avec un petit air de victoire : Quoi! vous admettez que le fœtus dans le sein de sa mère peut infecter la mère, et vous rejetez la contagion des accidens secondaires par les nourrices? Mais n'est-ce pas le même moyen de transmission dans l'un et l'autre cas?

Non, mille fois non, Monsieur Velpeau, vous êtes trop savant physiologiste pour vous satisfaire de cette assimilation décevante. Le fœtus, qu'est-ce autre chose, si ce n'est une sorte d'organe de la mère, liée à elle par les liens de la plus intime vascularité, vivant de sa vie et de son sang; mère, fœtus, n'est-ce pas tout un, n'est-ce pas la même solidarité vitale qu'il est impossible de rompre? Et comment penser, sans bouleverser toutes les notions acquises sur la transmission des maladies, à assimiler celle qui se fait du fœtus à la mère, avec celle que l'on voudrait établir entre la nourrice et la nourrisson? Cet argument, dont je voudrais pouvoir développer le réfutation, n'a donc pour moi aucune valeur, et je m'étonne de le trouver dans la bouche de mon savant contradicteur.

M. Velpeau me reproche de n'avoir opposé qu'une plaisanterie aux faits de M. le docteur Bardinet, de Limoges. Je ne connais pas les faits de cet honorable observateur. M. Velpeau n'a cité qu'un fragment de l'une de ses observations, et dans ce fragment se trouve la circonstance que j'ai rappelée, à savoir que cette femme était Allemande et n'entendait pas le français, circonstance que l'on donnait comme une garantie de sa vertu. A cela, j'ai répondu que l'amour parlait toutes les langues, et qu'il me fallait d'autres preuves d'innocence pour me convaincre. Si les observations de M. Bardinet sont publiées, je les examinerai avec tout le soin qu'elles méritent.

Le temps et votre impatience me pressent, Messieurs; cependant, je voudrais répondre quelques mots aux *décrets* de M. Velpeau qu'il oppose à mes *lois*.

M. Moreau : Je demande la parole pour une motion d'ordre. Il s'agit de la question de la transmissibilité des accidens secondaires, et pas d'autre chose. Je voudrais que l'orateur fût invité à rentrer dans la question.

M. le Président : Je fais remarquer à M. Moreau que M. Ricord n'est pas un instant sorti de la question, et que dans ce qui lui reste à dire, il ne fera que répondre aux objections qui lui ont été faites par le précédent orateur.

M. Ricord : La motion de M. Moreau me paraît un peu tardive; il fallait la produire lorsque les précédens orateurs ont mis en cause et en discussion toute ma doctrine; maintenant qu'à cette heure avancée, et que je n'ai que quelques minutes pour répondre spontanément à un discours médité et réfléchi, on veut encore étrangler ma réponse, je m'arrête...

Plusieurs voix : Non! non! Parlez!

M. Ricord : Je m'arrête, dis-je, et je termine en disant à l'Académie qu'elle a autre chose et mieux à faire que d'écouter des discours, c'est de nommer une commission qui soit chargée de vérifier cliniquement la vérité des doctrines que je professe. Je me fais fort de lui démontrer la réalité de tous ces principes qu'elle a entendu contester. On a parlé de concession, je n'en ai fait aucune. Si je ne conseille pas les rapports d'une personne saine avec une personne affectée d'accidens secondaires, c'est parce que je connais la difficulté de préciser le diagnostic dans certains cas, et qu'il faut tenir compte dans la pratique de cette circonstance importante. Ce n'est pas là une concession scientifique, c'est une réserve de pratique, et voilà tout.

M. Moreau : Concluez-vous que les accidens secondaires ne sont pas contagieux?

M. Ricord : Je conclus que tout ce que j'ai vu, observé et expérimenté me prouve que les accidens secondaires de la syphilis ne sont pas transmissibles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 6 Octobre 1852. — Présidence de M. Guersant.

M. Larrey présente un malade qu'il a déjà opéré deux fois d'une tumeur fibro-plastique siégeant dans la région iliaque gauche, et chez lequel une nouvelle récidive est survenue. Les conditions dans lesquelles cette tumeur s'est développée pour la première fois, et du caractère qu'elle a offert, tant sous le rapport clinique que sous le rapport anatomo-pathologique et microscopique, tendent à confirmer les idées de M. Lebert sur la nature différente de ces tumeurs.

M. Larrey fait cependant observer que, dans la récidive actuelle, bien qu'elle ait eu lieu sur place, à l'exclusion de toute autre complication, des douleurs lancinantes sont accusées par le malade en même temps que certains autres points de la tumeur présentent un ramollissement ou une fausse fluctuation qui n'existait pas au même degré lors de son premier développement et de sa première récidive.

— La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Mayor, de Genève, qui remercie la Société de l'avoir admis parmi ses membres correspondans.

2° Une observation de M. Gensoul, relative à un cas de fracture des deux omoplates, communiquée à l'occasion du fait de M. Demeaux, qui a été récemment l'objet d'un rapport.

3° Une nouvelle brochure de M. Duchenne de Boulogne, sur la galvanisation localisée appliquée à la détermination des fonctions des muscles de l'épaule. (Comm. M. Debout.)

M. Gosselin a la parole pour la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Richet, intitulé :

De la possibilité de réduire les luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur, compliquées de fracture de ces os.

M. Gosselin : Dans l'une des dernières séances, M. Richet est venu lire, à l'appui de sa candidature, comme membre titulaire de la Société, un travail intitulé : De la possibilité de réduire les luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur, compliquées de fracture de ces os.

Ce travail est important par la nature même du sujet et par la position honorable de l'auteur. La commission l'a donc examiné avec attention, et elle a pensé qu'elle devait à la juste considération dont s'est entouré M. Richet de ne pas tarder trop longtemps à vous présenter le résultat de ses études et de ses impressions sur cette candidature.

Il s'agit, vous vous le rappelez, d'un point de pratique chirurgicale qui se présente rarement, mais qui, quand il se présente, met le chirurgien dans un grand embarras, nous voulons parler de l'existence simultanée d'une luxation et d'une fracture au voisinage des articulations orbiculaires, c'est-à-dire à l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur. Quelle doit être, en pareil cas, la règle à suivre? Essaiera-t-on de réduire immédiatement la luxation, et par quel procédé? Vaut-il mieux attendre la consolidation de la fracture, et quand elle est obtenue, s'occuper de la luxation? Telles sont les questions qu'on s'adresse et que s'est adressées M. Richet, en présence d'un malade chez lequel il avait reconnu l'existence de ces deux lésions, le lendemain même de l'accident?

L'opinion la plus générale sur ce sujet, à notre époque, est à peu près celle-ci : il vaudrait mieux réduire de suite la luxation, comme on le fait pour les articulations ginglymoïdales; mais le fragment supérieur étant trop court pour fournir un point d'appui aux moyens d'extension, on doit s'attendre à ne pas réussir; il faut donc traiter d'abord la fracture, et quand elle est guérie, c'est-à-dire, au bout de 40 ou 45 jours, essayer de réduire la luxation, qui, le plus souvent, reste irréductible. Cette double lésion laisse donc à peu près nécessairement à sa suite une infirmité, une fausse articulation. Telle est la doctrine qui, transmise par Boyer et Dupuytren, est partagée par la plupart des auteurs classiques contemporains. M. Richet reconnaît, en effet, que si nous n'avions pas à notre disposition d'autre méthode que celle de l'extension et de la contre-extension, ce raisonnement serait juste, et il faudrait, à cause de la profondeur de l'extrémité luxée et de la brièveté du bras de levier, renoncer, à peu près dans tous les cas, à obtenir d'abord la réduction. Mais, depuis quelques années, la thérapeutique des luxations traumatiques s'est enrichie de deux grandes innovations, savoir l'emploi des anesthésiques et l'emploi de procédés divers, autres que l'extension; à savoir : la flexion, la rotation, l'impulsion directe. Guidé par ces innovations, M. Richet a pensé que d'une part, en soumettant son malade à l'action du chloroforme pour paralyser toute résistance musculaire; que d'autre part, en renonçant à l'extension, il réussirait à réduire la luxation avant la fracture, et mettrait ainsi le malade dans de meilleures conditions.

Le blessé étant donc complètement endormi, et un aide appuyant sur l'épaule pour la fixer pendant qu'un autre soutenait légèrement le bras, M. Richet plaça ses deux mains, l'une en avant, l'autre en arrière de l'épaule; les deux pouces se rencontrant au-dessus de l'acromion, les autres doigts vinrent appuyer dans l'aisselle sur la tête humérale, la refoulèrent de dedans en dehors et de bas en haut. L'auteur eut la satisfaction de sentir que cette tête était aisément refoulée vers la cavité glénoïde et bientôt il reconnut que la réduction était obtenue. Il n'eut plus alors qu'à s'occuper de la fracture du col chirurgical. Un appareil fut appliqué, la consolidation fut obtenue, et la guérison eut lieu sans ankylose. Des mouvemens étendus se passent même actuellement dans l'articulation scapulo-humérale.

M. Richet ne s'est pas contenté de cette observation pour démontrer la possibilité de réduire des luxations compliquées de fractures au voisinage des articulations orbiculaires. Il a répété sur le cadavre des expériences qu'il avait déjà faites en 1846; ces expériences, qu'il a renouvelées d'ailleurs devant la commission, consistent à produire des luxations de l'humérus ou du fémur, et à montrer qu'alors le membre étant simplement soutenu par un aide, la tête pouvait être facilement refoulée vers la cavité. Il n'y a plus de résistance musculaire comme chez les sujets soumis aux anesthésiques. Il n'y a pas, dans ces régions, d'accrochement possible des surfaces articulaires, et les résistances apportées par les tissus fibreux n'est, suivant M. Richet, jamais assez grande quand on a mis les parties dans le relâchement, pour empêcher ce procédé de réussir.

L'auteur a pensé, en outre, que ce mode de réduction serait également applicable aux luxations non compliquées de fracture. Il rapporte en détail un cas de luxation sous-scapulaire dans lequel, en effet, il lui a suffi d'exercer une pression avec les deux mains, sur la tête humérale, pour la faire revenir à sa place, et ajoute qu'il a réussi trois autres fois de la même manière.

En conséquence, à la doctrine qui enseigne qu'on ne peut pas obtenir la réduction des luxations compliquées de fractures, M. Richet substitue celle-ci : on peut obtenir cette réduction et on doit la tenter, non plus par l'extension et la contre-extension, mais par le simple refoulement, après avoir anéanti la contraction musculaire par le chloroforme.

Tel est, en substance, Messieurs, le travail de M. Richet.

La commission commence par déclarer qu'elle accepte pleinement la démonstration et les conclusions de l'auteur. Elle désire même que la Société leur donne sa sanction, afin que désormais les praticiens ne soient plus dans l'embarras où l'on se trouvait autrefois et où s'est trouvé encore récemment M. Charry dans le fait qu'il a communiqué à l'Union Médicale; afin que, d'autre part, les malades puissent échapper à l'infirmité à laquelle ils étaient habituellement condamnés. La réduction immédiate de la luxation, lorsqu'il y a en même temps fracture, est une chose trop importante pour que nous ne devions pas féliciter M. Richet de son heureuse inspiration et de l'autre bonne pensée qu'il a eue de nous communiquer ses résultats.

Cette déclaration faite, la commission pense qu'il ne sera pas inutile d'examiner certains points de cette question que M. Richet, préoccupé surtout de la démonstration pratique, n'a pu aborder qu'incomplètement.

Le premier et le plus délicat est le point relatif à la priorité de cette innovation. Lorsque l'auteur a lu son travail, plusieurs d'entre vous ont exprimé la pensée que le procédé par refoulement n'était pas tout à fait nouveau. Vous avez pu vous rappeler, en effet, que parmi les changemens apportés depuis quelques années à la thérapeutique de luxations traumatiques non compliquées de fractures, se trouvait celui qui consiste à exercer une pression sur la tête de l'os. Il est vrai que cette pression n'était qu'adjuvante dans la plupart des cas, soit qu'elle s'ajoutât à l'extension, comme dans les faits si nombreux de Dupuytren et A. Cooper pour l'épaule, soit qu'elle s'ajoutât à la demi-flexion et à la rotation, comme l'a fait M. Laugier dans une luxation iliaque (*Gazette médicale*, 1831, page 418), et comme nous l'avons fait nous-même dans un cas de luxation sus-pubienne (*Gazette des hôpitaux*, 1848, page 42). Quelquefois même on l'a employée, non plus comme adjuvante, mais comme méthode principale, ainsi que le témoigne la phrase suivante de M. Nélaton : « A cette classe de procédés (*par coaptation*) on peut en » rattacher une qui ne paraît pas avoir été décrite jusqu'à ce jour. Son » emploi n'exige d'autre appareil que les mains du chirurgien, qui seront » appliquées l'une en avant, l'autre en arrière du moignon de l'épaule. » Les quatre derniers doigts de chacune d'elles, reposant sur la tête de » l'humérus et les pouces sur l'acromion, ceux-ci trouvent un point » d'appui sur l'épine de l'omoplate, les doigts opposés repoussent en » haut l'os luxé. J'ai réussi plusieurs fois, par ce procédé, à réduire des » luxations sous-coracoïdiennes (*Élémens de pathologie*, tome 2, page » 372). »

Enfin cette méthode, que M. Richet, appelle *par refoulement*, que d'autres ont appelé *par éruptation* ou *par pressions latérales*, avait été, de la part de M. Gerdy, qui, il est vrai, ne l'appliquait pas spécialement aux articulations orbiculaires, l'objet de remarques cliniques sous la dénomination de *méthode répulsive directe.*

Il n'est pas impossible que M. Richet, sans s'en rendre parfaitement compte, ait été conduit à son procédé par des souvenirs analogues à ceux que nous venons de rappeler; mais ce n'est pas seulement pour des luxations simples, c'est aussi pour des luxations compliquées de fractures que ce même procédé a quelquefois été mis en usage. Lorsque, par exemple, M. Hongton dont l'observation est rapportée par la *Gazette Médicale* de 1845, page 275, a placé le plein d'une serviette dans le creux de l'aisselle et a fait tirer par les deux bouts, il a eu pour but de repousser directement en dehors la tête humérale sans exercer de traction douloureuse sur le bras qui était en même temps fracturé, et il a réussi. Lorsque M. Perani (*Gazette Médicale*, page 270) a essayé d'établir dans un cas du même genre une pseudarthrose entre les fragmens, il avait préalablement tenté, mais en vain, quoique l'accident datât d'une demi-heure seulement, de repousser la tête de l'humérus avec la main. Dans un cas de luxation sus-pubienne rapporté par les traducteurs d'A. Cooper et par la *Gazette Médicale* de 1833, M. Bl..., après avoir fait élever, autant que possible, le membre enfermé dans des attelles et des coussins, a exercé des pressions avec ses mains sur la tête du fémur et l'a ainsi fait rentrer dans la cavité cotyloïde. M. Élève (de Lussac) s'est comporté exactement de la même manière dans un cas de luxation iliaque avec fracture du corps du fémur à sa partie supérieure. Est-ce parce qu'il avait connaissance de ses faits? ou bien s'est-il inspiré de ses propres études? Quoi qu'il en soit M. Chassaignac dans sa thèse de concours, de 1850, (*sur les fractures compliquées*) a formellement donné le précepte de refouler par des pressions latérales la tête de l'humérus ou du fémur, dans les cas de luxation avec fracture, et a exprimé l'opinion qu'avec le chloroforme cette manœuvre devrait réussir. N'oublions pas, enfin, que M. Morel Lavallée, dans sa thèse de 1851 (*sur les luxations compliquées*), a parlé aussi de ce procédé comme d'une chose généralement connue.

Il était du devoir de la commission de remettre sous vos yeux ces détails historiques qu'elle aurait voulu trouver dans le travail de M. Richet, quoiqu'ils montrent que l'idée de réduire par refoulement la luxation, dans le cas où il y a en même temps fracture, n'est pas nouvelle dans la science, il ne faudrait cependant pas en conclure que ce travail manque d'originalité et d'actualité, ni méconnaître les services qu'il est appelé à rendre. Car si cette pensée s'est présentée déjà à quelques bons esprits, elle s'est trouvée jusqu'à ce jour perdue dans des journaux et des thèses, recueils qui ne sont pas à la disposition de tous les chirurgiens, ou bien elle n'a pas été développée avec tous les détails qui pouvaient la faire accepter, et surtout avec cet ensemble de considérations anatomiques et de faits cliniques frappans, que nous trouvons dans le mémoire de M. Richet; ou bien, si les auteurs classiques en ont dit quelques mots, ils n'ont pas insisté et ont immédiatement donné à entendre que les tentatives de refoulement échoueraient à peu près nécessairement comme les autres procédés, et que la luxation d'un humérus ou d'un fémur fracturé, était à peu près irremédiable. N'est-il pas évident que de pareilles assertions n'établissent pas solidement une doctrine, et qu'elles doivent laisser le praticien dans l'embarras; par exemple MM. Riberi et Perani sont tellement convaincus de la difficulté qu'il y a

à réduire par les pressions latérales qu'ils n'essaient pas ou esssaient à peine, et se hâtent d'imprimer des mouvemens au membre, afin d'empêcher la consolidation de la fracture et d'y créer une fausse articulation. M. Morel-Lavallée de son côté ne croit pas beaucoup à la possibilité de réussir par le refoulement, puisque, renchérissant encore sur les travaux italiens, il propose de chercher à établir la pseudarthrose, non pas entre les deux fragmens, mais entre l'inférieur et la cavité cotyloïde, ou glénoïde. Certes, s'il avait été aussi bien démontré qu'il va l'être désormais, qu'on peut obtenir la réduction, MM. Riperi et Peyrani, M. Morel-Lavallée n'auraient pas tant insisté sur ce mode de traitement, car il sera clair pour tout le monde qu'une réduction de la luxation et la consolidation de la fracture sont de beaucoup préférables à la non-réduction suivie d'une non-consolidation.

Ne trouvez-vous pas une autre preuve de l'insuffisance des notions générales et classiques sur ce sujet dans la discussion à laquelle a donné lieu à l'observation envoyée par M. Charly à l'UNION MÉDICALE.

Si notre collègue, M. Forget, avait trouvé quelque part une démonstration aussi précise que l'est celle de M. Richet, il n'aurait pas donné le conseil de suivre les préceptes de Boyer, c'est-à-dire de ne tenter la réduction qu'après consolidation de la fracture. Il aurait, au contraire, donné celui d'agir, comme l'a fait l'auteur du travail que nous examinons. En avançant que la réduction immédiate était impossible dans ces cas, à moins que le fragment supérieur n'eût une certaine longueur, M. Forget ne songeait qu'à la méthode de l'extension; il ne pensait pas au refoulement, parce qu'il n'avait pas été frappé de ce qu'on en avait dit ou écrit. Presque tous, nous aurions répondu comme lui, parce que la méthode nouvelle avait été trop légèrement décrite et trop superficiellement annoncée, pour qu'elle s'offrît à nous comme une ressource précieuse.

M. Richet a donc eu le mérite, grand à nos yeux, de vulgariser par une savante discussion et une agglomération judicieuse de preuves théoriques et pratiques, une opinion qu'il ne se rappelait pas avoir été avancée par d'autres, et qui, jusqu'à ce jour, était restée peu connue.

La seconde remarque que nous avons à faire, est relative à l'emploi du chloroforme. M. Richet paraît regarder cet emploi comme indispensable. Nous ne partageons pas son avis. Nous pensons que le refoulement bien fait pourrait encore réussir, et qu'on devrait y recourir dans les cas où il y aurait contre-indication aux anesthésiques. En effet, outre les contre-indications générales qui peuvent être fournies par l'état de la santé antérieure et par l'ivresse, l'usage du chloroforme peut être empêché par le trouble du système nerveux, et de l'économie tout entière que l'on observe souvent durant les premières heures consécutives aux grandes lésions traumatiques. Pendant ce trouble, le cœur est ralenti, il y a de la prédisposition à la syncope. L'anesthésie exposerait donc à des dangers. Si l'on est appelé à ce moment, qui est le plus favorable pour la réduction, il faut, sans chloroforme, recourir immédiatement, et avec persévérance, au procédé de M. Richet. Qu'on le remarque d'ailleurs, dans l'état de stupeur dont nous parlons, les muscles sont à demi-paralysés, et apportent peu de résistance. Le chloroforme serait donc inutile en même temps que dangereux.

M. Richet n'a pas cru devoir se demander si le procédé qu'il préconise réussirait à coup sûr dans tous les cas. Assurément, il n'a pas cette prétention; il a prévu, comme nous, certaines difficultés qui pourraient en empêcher le succès, et dont les expériences cadavériques ne sauraient donner idée. La première peut venir de l'obscurité du diagnostic pendant les premiers jours. A la suite d'une violence qui a été assez grande pour luxer et fracturer en même temps le fémur ou l'humérus, le gonflement, qui survient pendant les quarante-huit premières heures, apporte nécessairement un obstacle aux explorations, la crépitation permet encore de reconnaître la fracture. Mais comment reconnaître la luxation, surtout si le malade est en même temps pourvu d'un grand embonpoint? Dans un bon nombre de cas de ce genre, la luxation n'a été reconnue qu'au bout de dix, quinze ou vingt jours. Faudrait-il, à une pareille époque, essayer encore le refoulement? La réponse ne fait aucun doute; on devrait l'essayer, parce que si l'on réussissait, ce serait encore un avantage pour le malade. Nous croyons seulement qu'on ne réussirait pas aussi sûrement que pendant les premiers jours. Il est vrai qu'on se rendrait encore maître des résistances musculaires au moyen du chloroforme; mais il n'en serait pas de même des résistances fibreuses, qui, faibles ou nulles au début, peuvent avoir augmenté consécutivement par la rétraction inflammatoire des débris de la capsule, par des adhérences anormales établies entre ces débris et les tissus voisins.

D'un autre côté, il n'est pas impossible que certaines dispositions anatomiques s'opposent à la réduction, même pendant les premiers jours. Si, par exemple, à l'épaule, la tête de l'humérus était très élevée ou si les muscles, considérablement développés, ne permettaient pas aux doigts de l'embrasser exactement, il serait difficile de lui imprimer une impulsion assez forte pour la réduire (1), ou bien s'il y avait fracture comminutive de la tête luxée, si la grosse tubérosité avait été séparée du reste de l'os, comme M. Smith en a rapporté des exemples; si encore la tête était renversée sens dessus dessous, de manière à présenter sa surface articulaire en dehors et sa surface fracturante en dedans, comme sur la pièce que nous présentait dernièrement M. Lenoir, ces complications pourraient mettre obstacle au succès du refoulement.

Il est donc permis de prévoir certains cas dans lesquels l'ancienneté de la luxation, ou des conditions particulières rendraient la réduction impossible; et alors, après que le refoulement aurait été bien essayé, et qu'il serait reconnu infructueux, que resterait-il à faire? On aurait à choisir entre trois partis : exercer des tractions sur le membre préalablement entouré d'un appareil inamovible, favoriser l'établissement d'une pseudarthrose entre les fragmens, ou bien s'occuper d'abord de la fracture, et essayer plus tard de réduire la luxation. Ce serait nous écarter un peu du cadre qui nous est tracé par le travail de M. Richet, que de discuter longuement ces trois procédés. Nous nous permettrons cependant, sur chacun d'eux, quelques remarques. Le premier ne nous paraît pas utilement applicable dans le cas où la fracture serait placée très haut; car, ainsi que l'a très bien fait observer M. Forget dans l'UNION MÉDICALE du 16 décembre 1851, les tractions faites sur l'appareil lui-même seraient insuffisantes, ou bien il faudrait les faire avec tant de force, que l'on s'exposerait à amener des délabremens dans la fracture. Nous croyons, avec notre collègue, que l'appareil inamovible conviendrait seulement dans le cas où le fragment supérieur serait assez long pour se prêter à l'extension, et alors cet appareil serait destiné non pas à supporter et transmettre lui-même l'extension, mais à permettre que le membre fût élevé et placé dans la position la plus favorable pour les tractions, sans danger pour la fracture. Quant au second procédé (établissement d'une pseudarthrose), il ne nous paraît applicable dans aucun cas; car, pour y arriver, il faut nécessairement sacrifier toutes les chances d'une réduction tardive, que l'on pourrait peut-être obtenir, et si le malade doit avoir une fausse articulation, celle qui s'établirait plus tard entre la tête et les nouvelles surfaces avec lesquelles elle serait en contact, aurait autant d'avantages que celle qui aurait lieu entre les fragmens. Au membre inférieur, elle serait même plus avantageuse. Reste le dernier procédé, celui de Boyer, auquel on devait s'en tenir encore dans le plus grand nombre des cas. Il est vrai que la réduction sera très difficile à obtenir après la consolidation de la fracture. Il est vrai même que nous ne connaissons pas actuellement d'exemple de succès. Cependant, la réussite ne nous paraît pas impossible, et si on ne l'obtient pas, on a toujours la ressource de favoriser l'établissement de la fausse articulation entre la tête osseuse et les nouvelles surfaces contiguës.

En résumé, voici la marche qui devrait être suivie dans le traitement d'une luxation avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ou du fémur. Du moment où la double lésion est reconnue et quelle que soit l'époque, essayer toujours la réduction par le procédé du refoulement, en s'aidant du chloroforme, si rien ne les contr'indique; répéter même la manœuvre plusieurs fois, lorsqu'une première tentative n'a pas réussi. Si la réduction n'est pas obtenue et que le fragment supérieur ait assez de largeur, essayer l'extension en la combinant avec le refoulement; l'emploi de l'appareil inamovible est alors avantageux. Si l'on ne réussit pas encore, traiter d'abord la fracture et à l'époque où elle est consolidée, essayer la réduction en se servant au besoin des moufles et du dynamomètre. Enfin, si l'on n'arrive pas, favoriser par des mouvemens passifs l'établissement d'une pseudarthrose.

Messieurs, M. Richet est trop connu de vous tous pour qu'il soit nécessaire de rappeler tous les titres qui le recommandent depuis longtemps. Sa présence est désirée et marquée parmi nous. La commission vous propose donc, en toute confiance, les deux conclusions suivantes :

1° Envoyer le travail au comité de publication;

2° Nommer M. Richet membre titulaire.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

(1) Cette réflexion nous est inspirée par un cas que nous avons observé dernièrement de concert avec M. Demarquay. Il s'agissait d'une luxation sous-coracoïdienne, sans fracture, il est vrai; la tête de l'humérus était placée très haut et très profondément. Le muscle grand pectoral était fort développé. C'était avec beaucoup de peine que l'on pouvait embrasser la tête humérale. Le malade étant bien endormi, M. Demarquay essaya à deux reprises d'appuyer avec les deux mains appliquées comme l'indique M. Richet, sur la tête, et de la refouler. J'essayai moi-même deux fois, et je ne réussis pas davantage, nos doigts ne pouvaient atteindre la partie supérieure de la tête, ils ne trouvaient pas assez de place entr'elle et le thorax. Enfin, une dernière fois, je parvins à conduire une seule main assez haut et à embrasser suffisamment la tête, et la réduction fut bientôt obtenue, je m'aperçus seulement que sans le vouloir et pour prendre point d'appui, j'avais placé ma main gauche et probablement exercé une légère traction sur le coude.

MÉLANGES.

DÉPOT DE MATIÈRE TERREUSE AU-DESSOUS DE L'ÉPITHÉLIUM DE LA CORNÉE.

C'est aux ophthalmologistes à dire s'ils ont déjà rencontré dans leur pratique cette singulière affection, ou s'ils l'ont vue relatée dans les auteurs spéciaux. Pour nous, nous n'en avons jamais entendu parler, et nous ne nous en fussions pas douté, si M. Bowman n'avait eu la bonne pensée de venir en rapporter un cas dans *Medical Times* (numéro du 11 septembre 1852). Le fait a été observé au *Royal London ophthalmic hospital.*

Un homme âgé de 78 ans, ancien graveur sur pierres fines, s'aperçevait, depuis cinq ans, qu'il perdait graduellement la vue; d'abord, les objets lui paraissaient entourés d'un nuage, puis il ne pouvait voir devant lui, et il était obligé de tourner l'œil en haut ou en bas pour distinguer. Ces accidens ne firent qu'augmenter, et le malade finit par avoir même de la peine à reconnaître le jour de la nuit. En examinant ses deux yeux, on trouvait sur les deux cornées une bande opaque elliptique, placée transversalement, de manière à ce que sa partie la plus large se trouvât précisément dans l'axe de la pupille, et qu'elle formait comme un écran devant les rayons lumineux. L'opacité avait une couleur brunâtre, finement granuleuse; elle n'intéressait que la couche la plus superficielle de la cornée, et l'iris paraissait complètement saine.

Muni d'un petit bistouri courbe, M. Bowman commença par râcler la surface de la cornée et par enlever ainsi l'épithélium, puis il détacha avec beaucoup de précaution une petite couche de matière calcaire. Celle-ci ne fut pas plutôt détachée que la cornée apparut alors claire, transparente. Mais la vision ne put se renouveler d'une manière à peu près complète que quatre jours après.

Ce cas n'est pas le seul que l'auteur ait observé; et, d'après les recherches qu'il a faites, il s'est convaincu que la maladie dont il est ici question, consiste tout simplement dans un dépôt de matière inorganique, terreuse entre la couche antérieure (lamelle élastique antérieure) de la cornée, et la membrane épithélienne, sans que la cornée soit plus profondément envahie, et qu'elle ait perdu en résumé de ses caractères normaux. Deux fois M. Bowman a analysé cette matière terreuse, et il l'a trouvée composée de phosphate de chaux, avec quelques traces de carbonate de la même base.

Les causes de la maladie sont inconnues; elle est particulière à la vieillesse, et n'a pas encore été observée au-dessous de la cinquantième année; généralement, sa marche est lente. Pourtant, on l'a vue produire en trois mois une cécité complète.

La communication du médecin anglais n'est pas seulement curieuse comme point de pathologie; elle nous a paru importante à être connue de la presse française, parce qu'elle conduira peut-être à compter sur une guérison facile, prompte, radicale, dans des cas d'opacités de la cornée, abandonnées comme incurables, parce qu'on n'en comprend pas bien la nature.

Dr Achille CHÉREAU.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — On écrit de Berlin, le 8 octobre : Le choléra paraît avoir atteint son terme; les nouvelles de la Silésie, de Posen et de la province de Prusse sont très satisfaisantes. Le choléra n'a pas fait de progrès ici; il n'y a eu que 114 malades, dont 46 sont morts. Le fléau n'a pas sévi avec autant d'intensité qu'ailleurs.

On écrit de Stettin, le 28 septembre : L'apparition de quelques cas de choléra avait fait craindre que le fléau n'y exerçât bientôt de plus grands ravages; mais un violent orage qui a éclaté dans la soirée du 21, et qui s'est promené sur toute la province, a dégagé une telle quantité d'électricité que son influence purifiante n'a pas tardé à se faire sentir. Depuis ce jour, le choléra a décliné d'une manière très sensible; il ne paraît pas constaté qu'il ait frappé ici de nouvelles victimes, et l'on peut même espérer aujourd'hui que la contrée sera délivrée bientôt de sa présence, du moins jusqu'au printemps prochain.

— La commission d'hygiène hippique instituée près du ministre de la guerre vient d'être reconstituée. Elle est composée ainsi qu'il suit :

MM. le général Bougenel, président;
Magendie, membre de l'Institut, président honoraire.
Membres :
MM. Legrand, colonel du 7e de lanciers;
Demont de Lavalette, lieutenant-colonel du 12e de dragons;
Rayer, membre de l'Institut;
Bouley, vétérinaire civil, membre de l'Académie de médecine de Paris;
Renault, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort;
Raynal, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, membre de la Société centrale vétérinaire;
Riquet, vétérinaire principal en retraite;
Laborde, vétérinaire principal;
Lacoste, vétérinaire principal.

— M. Calmeil vient d'être nommé médecin en chef de Charenton, par suite de la démission de M. Archambault.

M. Deguise fils, déjà chirurgien en chef-adjoint, est nommé médecin-adjoint.

M. Deguise père reste chirurgien en chef de l'établissement.

— M. le docteur Porret est nommé médecin de l'établissement d'aliénés de Pontorson (Manche), en remplacement de M. Fornasari.

— M. le docteur Dagron est nommé directeur de l'asile de Napoléon-Vendée, qui vient d'être récemment réorganisé.

SUICIDE D'UN MÉDECIN ANGLAIS. — Les journaux anglais nous rapportent la mort volontaire du docteur Nathaniel English, chirurgien de la marine, à bord du *Wellington*. Un accès d'aliénation mentale paraît avoir été la cause de ce déplorable événement. Le docteur English arrivait de l'Australie; il était âgé de 31 ans, et c'est dans un hôtel de Londres, où il était descendu, que notre malheureux confrère s'est donné la mort.

— M. le docteur Maisonneuve reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin, le mardi 19 octobre.

Les leçons auront lieu, comme précédemment, les mardis, jeudis et samedis, de 8 heures à 10 heures du matin.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 125. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 19 Octobre 1852.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 OCTOBRE 1852.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

ÉTIOLOGIE.

Miasmes en général. — Miasme du Choléra.

(Deux fautes typographiques graves se sont glissées dans mon dernier article. A la première ligne du second paragraphe, on a imprimé, *moignons*, pour miasmes, et à la vingt-huitième ligne de la troisième colonne, l'*état* anesthésique, au lieu de l'*effet* anesthésique. L'intelligence des lecteurs de l'UNION MÉDICALE aura facilement rectifié ces erreurs. Je ne les signale que pour m'excuser de les avoir laissé échapper en corrigeant les épreuves.)

Le choléra bleu, le choléra épidémique, naît dans l'Inde et se développe sur les bords du Gange. Il règne là tous les ans ; il y est endémique. On ne l'a jamais observé en Europe à l'état épidémique, sans que l'épidémie n'ait commencé par ces lointains climats, et qu'on n'en ait pu suivre la marche et le progrès, d'étape en étape, pour ainsi dire. Jamais, au contraire, une épidémie de choléra ne s'est développée dans les contrées européennes, et jamais non plus on ne l'a vue rétrograder vers l'Inde. C'est là, et là seulement, qu'est son berceau, son origine, sa cause.

L'épidémie qui a éclaté en Pologne, en 1852, semble démentir tout ce qui précède. Je n'en persiste pas moins à le croire fondé. Cette épidémie vient de l'Inde comme les précédentes, parce que la cause du choléra ne se développe que dans l'Inde. J'en donnerai bientôt de nouvelles preuves. Comment est-elle venue en Europe, sans laisser de traces de son passage en Perse et en Russie? Je l'ignore. Ne pourrait-on pas cependant se rendre compte du fait en disant qu'un *nuage cholérique* chargé de miasmes, égaré dans l'atmosphère, est venu s'abattre sur la Pologne? Dans cette supposition, il n'y aurait pas à craindre que l'épidémie actuelle s'étendît sur le reste de l'Europe, et, le dirai-je, je ne crois pas qu'elle le fasse. Le choléra n'est pas et ne peut pas devenir endémique dans nos contrées, parce qu'il n'y a pas sa cause.

Le Gange est à l'Indoustan ce que le Nil est à l'Égypte. Comme ce dernier fleuve, il est soumis à une crue périodique, annuelle. Tous les ans, vers la fin d'avril, il commence à s'élever. D'abord, il n'augmente que de trois centimètres à peu près par jour, mais bientôt, au bout de deux ou trois semaines, son accroissement devient plus rapide, il monte journellement de quinze centimètres, et vers la fin du mois de juillet, il inonde la campagne sur l'espace énorme de cent-vingt kilomètres, après s'être élevé de douze à treize mètres au-dessus de son niveau pendant l'hiver, c'est-à-dire au double de sa hauteur dans les plus basses eaux, pendant lesquelles il a quatre à six kilomètres de largeur à six cents kilomètres de son embouchure. La retraite des eaux commence ensuite vers le milieu du mois d'août, mais elle va toujours en se ralentissant. Nous prions de bien remarquer ce fait. Le fleuve décroît d'abord de douze centimètres en vingt-quatre heures, puis de six à huit centimètres, et vers la fin, il ne diminue plus que d'un centimètre et demi environ par jour. Enfin, il rentre dans son lit en octobre, après avoir déposé, sur les champs qu'il a couverts, un limon des plus fertiles. Qui dit, limon fertile, dit nécessairement matières animales et végétales en décomposition, ou qui vont se convertir en un véritable fumier sous l'influence de la chaleur, et dégager des miasmes dans l'atmosphère. Immédiatement après, les fièvres intermittentes apparaissent dans le pays.

Ces grandes analogies de causes et d'effets, le Nil et le Gange, deux fleuves qui débordent, qui inondent au loin la campagne, qui laissent en se retirant le sol couvert d'un limon fertilisant, des fièvres intermittentes survenant immédiatement, puis après, là une endémie de peste, ici une endémie de choléra, enfin, et de loin en loin, de grandes épidémies de ces maladies éclatant dans les mêmes circonstances, ces analogies, dis-je, suffiraient déjà à prouver l'existence d'un produit analogue, le développement d'un miasme.

Poursuivons cependant.

Après la retraite des eaux du fleuve indien, le sol, profondément humecté, reste couvert d'une couche épaisse de limon, formé de débris de matières animales et végétales, que la chaleur fait bientôt entrer en fermentation. A ce moment, avons-nous dit, commencent les fièvres intermittentes. Mais de nouvelles causes d'insalubrité ne tardent pas à venir s'y ajouter. L'inondation avait fait périr une foule de plantes et d'animaux qui ne peuvent vivre dans l'eau. En s'éloignant elle laisse le sol tout jonché de leurs cadavres.

Ce n'est pas tout encore. Dans sa retraite qui, comme nous l'avons vu, va progressivement en se ralentissant, le Gange doit nécessairement former de nombreuses flaques d'eau dans les vallées, les bas fonds et les excavations du terrain. Une foule innombrable d'animaux appartenant au fleuve, attardés et surpris, s'y réfugient. La plaine se trouve tout entière convertie en un vaste marais peuplé, dans lequel de nouveaux êtres vont se développer encore. Bientôt pourtant, ce marais se dessèche, et les animaux laissés par le fleuve, ces êtres nouveaux, végétaux éphémères et animaux d'un jour, ne tardent pas à périr, et épaississent çà et là de leurs débris, la couche de limon putride.

Mais pour se faire approximativement une idée de la masse énorme des débris de toute espèce qui doivent couvrir le sol, il faut réfléchir surtout à l'exubérante fécondité du climat. Située sous la zone torride, l'Inde réunit à une chaleur dévorante une température toujours humide, et une atmosphère constamment surchargée d'électricité. Dans la majeure partie du pays, on ne connaît ni la neige ni la glace. L'humidité y est si considérable en toute saison, que tous les objets de fer et d'acier sont d'une conservation presque impossible, à moins d'être d'un usage continuel, et que la terre à l'ombre, les pierres, les murs se couvrent de byssus en un jour (Jacquemont). Des nuées de sauterelles, d'abeilles sauvages, de fourmis noires et blanches, de scorpions, d'écrevisses, de chenilles, des papillons de toutes les couleurs et de toutes les espèces, des légions innombrables d'insectes, dévorés chaque jour par des générations nouvelles que d'autres générations éphémères dévoreront à leur tour, couvrent incessamment la terre de leurs cadavres. Si j'ajoute à cela que, nulle part, au dire de Malte-Brun, les orages ne se déchaînent avec plus de fureur, les éclairs et le tonnerre ne font naître des spectacles plus épouvantables, on comprendra que, dans ces contrées, où se trouvent réunies à leur plus haut degré de puissance et d'énergie, les trois grandes conditions principales de toute existence et de toute fermentation, savoir : l'eau, la chaleur, et l'électricité, dans ces contrées où la vie et la mort s'élaborent et bouillonnent continuellement dans le même creuset, où la vie enfin semble puiser à chaque instant de nouvelles forces au sein même de son apparente destruction, pour s'élancer sous des formes nouvelles du milieu des débris de la mort, on comprendra, dis-je, que les matières animales et végétales en décomposition s'accumulent sans relâche, fermentent, se putréfient, et donnent par conséquent naissance à des produits qui ne peuvent être que d'une épouvantable activité. C'est, sans doute, au spectacle de ces transformations continuelles, que sont nées les idées d'éternité de la matière, de métempsycose, de transmigration des âmes, et de métamorphoses de leurs dieux, qui font la base de la religion des Indiens.

L'insalubrité générale de l'Inde est d'ailleurs universellement connue. Pendant la saison des pluies et l'automne, dit Jacquemont, l'air de beaucoup de vallons est presque mortel. La terre, dit-il, qui exhale en Europe un parfum si agréable lorsqu'elle est rafraîchie par un orage après une longue sécheresse, ne dégage ici que des miasmes infects. L'urine des animaux qui depuis six mois ont passé dessus, y a laissé des sels ammoniacaux toujours chargés d'une substance très soluble et fétide qui se répand dans l'air, emportée par les vapeurs aqueuses qui s'en échappent ; les cadavres d'une multitude d'insectes que n'ont pas encore dévorés leurs générations postérieures, ajoute encore à cette cause d'infection qui prévaut dans toute la zone intertropicale. Enfin, dans plusieurs localités, c'est toujours Jacquemont qui parle, le choléra-morbus reparaît tous les ans ; il s'y montre habituellement sous sa forme la plus terrible, il n'y a pas de cas de guérison naturelle. Les villages que ce fléau dévaste, perdent tous leurs habitans.

Quelle serait donc la cause d'une maladie aussi redoutable qui reparaît chaque année sous la même forme, si ce n'était un miasme? Ne voyons-nous pas là, rassemblées, toutes les conditions qui président au développement des miasmes dans tous les pays du monde?

L'agent morbide qui produit le choléra se forme de toutes les causes d'insalubrité que nous venons d'énumérer, mais surtout de celles qui résultent de l'inondation, puisque le développement de la maladie la suit. Il se forme comme les miasmes de la peste, de la fièvre jaune, des fièvres pernicieuses du Sénégal, et des fièvres intermittentes des marais de nos climats, il se développe sous l'influence marécageuse, empruntant aux circonstances particulières qui président à sa formation les caractères spéciaux qui le distinguent.

De ce premier fait, démontré, incontestable, découlent nécessairement les conséquences suivantes : le miasme du choléra s'élève dans l'atmosphère à des hauteurs dont on ne connaît pas la limite, mais qui doivent être considérables si on en juge par la chaleur brûlante du climat. Comme sa production est incessante et rapide, l'atmosphère en est bientôt saturée ; toutefois, il doit être plus condensé dans les couches inférieures, plus rare dans les couches les plus élevées qu'il atteint. Il obéit nécessairement à tous les mouvemens que la masse d'air éprouve et lui communique, il en suit les courans, et de même que nous avons vu le miasme des fièvres intermittentes porter son action, tantôt sur l'une, tantôt sur l'autre des localités qui entourent le marais où ils se sont formés, de même il va répandre sa funeste influence, au nord, au midi, à l'est ou à l'ouest de l'Inde, au gré du caprice des vents. C'est ainsi qu'on le voit, tour à tour, s'avancer à l'orient du Bengale, dans la province d'Aracan, à Pondichéry, en Chine, et jusqu'aux îles Philippines, marcher au sud-est sur la presqu'île de Malacca et l'île de Java, envahir au sud-ouest les îles de France et de Bourbon, être entraîné à l'ouest sur la Perse, la Syrie, et la Turquie, enfin se porter au nord-ouest dans la direction de la mer Caspienne, du Volga et de la Russie.

Il ne parcourt presque jamais son trajet en ligne droite. Il s'infléchit dans sa route, se dévie, ou se brise, avec les courans d'air qui le transportent, devant des obstacles matériels, tels que les hautes futaies et les montagnes élevées, absolument de la même manière que le miasme des fièvres intermittentes et tous les autres miasmes. S'il paraît suivre de préférence le cours des fleuves, c'est tout simplement parce que les cours d'eau sont toujours situés au fond des vallées, et que les vents les plus rapprochés de la terre s'y engouffrent et en suivent nécessairement les détours.

Il s'abaisse ou s'élève avec la température comme tous les miasmes connus ; il passe par conséquent par-dessus certaines localités sans les atteindre et redescend sur d'autres pour les ravager, à la manière de tous les phénomènes qui se passent dans l'air, à la manière de tous les météores, la grêle, la pluie, et les orages.

Il pénètre en nous par la voie de la respiration, puisque l'air en est le véhicule. Il fait naître une maladie spéciale, toujours la même, c'est donc un agent spécial. Il n'est pas inoculable, donc il ne peut agir qu'à dose élevée. Il va porter son action sur tous les organes du corps humain, comme l'attestent la généralisation des symptômes qu'il provoque et la multiplicité des désordres anatomiques qu'il entraîne, il circule donc avec le sang. En un mot, l'agent producteur du choléra se développe dans les mêmes circonstances que les miasmes, il obéit dans l'atmosphère aux lois physiques qui régissent les miasmes, il se comporte dans son action sur l'économie de la même manière que le font les miasmes, ce sont autant de preuves de plus que la cause du choléra est un miasme.

On fait à cette étiologie quelques objections qui me paraissent plus spécieuses que solides. On dit : Si le choléra naît dans l'Inde, s'il règne tous les ans sur les bords du Gange, et s'il y a existé de tout temps, comment se fait-il qu'il soit venu visiter l'Europe en 1831 et en 1832 pour la première fois?

A cela je pourrais répondre, que l'on peut faire la même objection à toutes les théories étiologiques du choléra qui ont été proposées dans ces derniers temps. En effet, soit qu'on attribue la production de cette maladie, aux émanations des fosses d'aisance, à l'humidité, à l'insalubrité des lieux, à la

(1) Voir les numéros des 21, 25 Septembre, 2, 5, 9 et 12 Octobre.

peur, à la misère, à l'intempérance, à un état électrique de l'air, ce qui est beaucoup plus savant mais peu clair, à une influence tellurique, *obscurum per obscurius*, on pourra toujours demander, pourquoi le choléra est si nouveau en Europe, quand ces causes ont existé de tout temps, quelques-unes même avec plus d'intensité que de nos jours. Les théories devraient avoir au moins la pudeur, de ne se pas faire, les unes contre les autres, un argument d'une ignorance qui leur serait commune à toutes.

Mais, j'ai une meilleure réponse à faire, ce me semble, et la voici :

On ne connaît pas, dans l'Inde, d'exemple d'épidémie de choléra avant celle qui éclata en 1781. Jusqu'à cette époque, il n'est question de cette maladie, dans les annales de l'Indoustan, que comme d'une affection endémique et sporadique. Depuis lors, quatre épidémies seulement ont eu lieu : la première en 1783, la seconde en 1790, la troisième en 1817, 1818 et 1819, c'est celle qui est venue en Europe en 1831 et 1832, et la quatrième en 1831, c'est celle dont nous avons eu la visite en 1849. La plus forte est celle de 1817. Les premières avaient été si peu remarquées, que le bureau médical de Calcutta disait, dans un rapport, que, jusqu'à cette dernière date, le choléra n'avait jamais pris la forme épidémique. Il a reconnu plus tard son erreur. Or, une épidémie de peste, de fièvre jaune, ou de choléra, suppose nécessairement la production d'une masse de miasmes beaucoup plus considérable que quand ces maladies n'apparaissent qu'à l'état sporadique. C'est alors seulement que l'excédant de la cause morbifique peut être porté loin de son foyer, sans se disséminer et s'atténuer dans l'air au point de perdre toute puissance d'action. A la rigueur, le choléra aurait donc pu envahir l'Europe cinq fois depuis 1781, mais cinq fois seulement. Il n'y est cependant parvenu que deux fois. Pourquoi cela? D'abord, parce que les deux dernières épidémies ayant été infiniment plus violentes que les trois premières qui n'avaient pas même été notées, la quantité des miasmes développés devait être assez grande pour saturer l'atmosphère et irradier à de grandes distances. Aussi voit-on, dans l'épidémie de 1817, le choléra faire irruption tout autour de son foyer, au nord, à l'est, au sud et à l'ouest. Ensuite, parce que les agens d'impulsion qui chassent les miasmes dans la direction de l'Europe, se sont montrés plus constans. Il résulte, en effet, des observations météorologiques du Bureau médical de Calcutta, que, pendant l'épidémie de 1817 à 1819, les vents d'est ont prolongé *considérablement* leur durée. Je ne sais pas s'il en a été de même pendant la dernière épidemie, mais j'oserais presque l'affirmer.

On dit encore : si la cause du choléra est un miasme dont l'air est le véhicule, ce miasme pourrait-il parvenir à des distances aussi énormes de son point de départ? Ne serait-il pas vingt fois dispersé dans toutes les directions, disséminé dans l'espace, et réduit à un tel degré d'atténuation ou de rareté, qu'il cesserait alors de pouvoir produire ses effets morbides? Si les vents en étaient les moyens de transport, respecterait il certaines localités, intermédiaires à celles qu'il frappe, les unes et les autres se trouvant nécessairement placées dans le même courant? Enfin, comment concilier, dans cette hypothèse, la lenteur de sa marche, lenteur telle, qu'il met quinze à seize ans à traverser notre hémisphère, comment la concilier avec la rapidité si connue de ces agens d'impulsion?

Discuterai je une à une toutes ces objections? Non. Cela serait fastidieux, et je ne pourrais y répondre que par des hypothèses dont les développemens m'entraîneraient beaucoup trop loin, et qui ne convaincraient peut-être personne. Je préfère les réfuter en bloc par le simple raisonnement suivant :

Le choléra bleu se développe dans l'Inde, sur les bords du Gange. Il règne tous les ans dans ces contrées. Il y est endémique. Dans aucune autre partie du monde, il ne se développe spontanément.

Tous ces faits sont incontestablement démontrés, la généralité des médecins les accepte.

Or, que nous sachions ou que nous ne sachions pas, que nous comprenions ou que nous ne comprenions pas, comment le miasme peut être transporté à d'aussi grandes distances de son foyer, pourquoi il ne se disperse pas dans l'atmosphère, au point de ne pouvoir plus nuire, pourquoi il respecte certains lieux intermédiaires à d'autres qu'il atteint, pourquoi sa progression est si lente, quand les vents, ses moteurs, sont si rapides, qu'est-ce que cela importe dans la question? Ces difficultés d'explication peuvent-elles prévaloir contre les faits? Le choléra naît dans l'Inde, il ne naît que là. Donc, puisqu'il nous en arrive, sa cause en vient, lentement, irrégulièrement, incompréhensiblement si l'on veut, mais enfin elle en vient. Ne vaudrait-il pas mieux chercher la solution de ces difficultés, que de les opposer comme des fins de non-recevoir..... A quoi? A un fait démontré. Autant vaudrait nier la vie, parce qu'on n'en comprend pas tous les mystères. Détruire ce que nous savons au moyen de ce que nous ne savons pas, ne serait-ce pas, à l'imitation de cette reine de l'antiquité grecque, défaire, dans nos nuits d'ignorance, le tissu scientifique que l'humanité ourdit chaque jour à la clarté de son intelligence.

La nature miasmatique de la cause du choléra, la présence de cette cause dans l'atmosphère, et son transport à de grandes distances étant désormais hors de toute contestation, existe-t-il des moyens de mettre les populations à l'abri de ses atteintes, et quels sont ces moyens?

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(*La fin prochainement.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION DE PNEUMATOCÈLE TRAUMATIQUE DU CRANE CONSÉCUTIVE A UNE FRACTURE DU ROCHER, AU NIVEAU DE LA CAISSE DU TYMPAN.

Nous ne connaissons pas dans la science une observation analogue à celle qui suit :

Trifaut (Charles), âgé de 33 ans, marié, habite Wassy, où il exerce l'état de mineur. Il est d'une taille moyenne, d'un tempérament mixte, il a toujours joui d'une bonne santé. Dans le courant du mois de décembre 1850, il coupait du bois dans la forêt. Debout sur un chêne, à une hauteur d'environ 5 mètres, chaque pied appuyé sur une branche à droite et à gauche du tronc, il voulait gagner la cîme de l'arbre, lorsque le rameau qu'il tenait de sa main droite et qui devait aider sa marche ascendante se détacha de l'arbre et lui fit perdre l'équilibre. Sur le point de tomber à la renverse, Trifaut eut la présence d'esprit de jeter son corps en avant, afin d'embrasser le tronc du chêne avec ses deux bras et de prévenir le danger; mais vain effort, il tomba perpendiculairement sur ses pieds sans pouvoir arrêter ou au moins ralentir sa chute en se raccrochant à une des branches de l'arbre. Au moment de son accident, il n'était chargé d'aucun fardeau, et sa tête, couverte d'une casquette, ne reçut aucun coup ni pendant, ni après. Le terrain sur lequel il tomba était uni et dur, car il gelait depuis plusieurs jours; mais il était couvert d'une couche uniforme de sciure de bois de 0,15 à 0,18 d'épaisseur. Cette sciure, gelée seulement à sa surface, et douée d'une certaine élasticité, réagit contre la pression qu'elle venait de supporter et fit rebondir le corps à une hauteur de 0,20 environ. Cependant Trifaut ne perdit pas encore l'équilibre, il ne fut pas renversé, ses pieds seuls touchèrent encore le sol, seulement les diverses articulations de ses membres inférieurs furent fortement fléchies les unes sur les autres. Ni le tronc ni la tête ne reçurent de chocs directs.

Les symptômes immédiats furent une douleur fixe, très violente à la partie postérieure gauche de la tête, située à 0,05 du conduit auditif externe et du sommet de l'apophyse mastoïde, à peu près au niveau de la fontanelle latérale, ou des sutures qui joignent le temporal à l'angle postéro-inférieur du pariétal et à la partie correspondante de l'occipital; de l'éblouissement, de légers vertiges; des tintemens d'oreille, de l'étourdissement qui dura plus d'une demi-heure et pendant lequel le blessé marcha éperdu et au hasard au milieu de la forêt, tenant sa tête, qui était très douloureuse entre ses mains. Il n'eut pas de perte totale de connaissance, il conserva le souvenir de son accident et il assure avoir entendu un bruit de craquement à la tête, à l'endroit même où était le point sensible. Au bout d'une heure, la douleur s'étant calmée, Trifaut revint à lui, quoique sans force et sans courage, fit un fagot pesant environ 25 kilogrammes, le plaça sur une hotte et gagna, avec ce fardeau, son logis dont il était distant de 3 kilomètres. Il n'eut pas d'écoulement ni de sang, ni de sérosité sanguinolente, ni de liquide céphalorachidien par le nez, la bouche ou les oreilles.

Les phénomènes consécutifs furent sans gravité. Le blessé se plaignit seulement d'une violente céphalalgie, ou plutôt d'une douleur fixe derrière la tête, de faiblesse et de fatigue dans les membres, ainsi que de gêne en tournant le cou. Il n'eut pas de somnolence, ne suspendit pas un seul instant son genre de vie et de travail; les secours de l'art ne lui furent donnés ni le jour de son accident, ni les jours suivans. Son crâne ne fut pas exploré.

Le siége de la douleur a toujours été invariable. Il n'y eut jamais de surdité proprement dite; seulement, six semaines après sa chute, Trifaut éprouva dans l'oreille gauche de la faiblesse et des bourdonnemens continuels et fatigans qui augmentaient quand il était en plein air, et variaient avec la force du vent. Aussi, pour en diminuer l'intensité, ce jeune homme obstruait-il le passage de l'air en bouchant le conduit auditif externe avec une boulette de coton.

A la même époque, c'est-à-dire six semaines après l'accident, Trifaut sentit à la partie postérieure de l'oreille gauche, au niveau même du siége de la douleur, une petite bosse dure, égale, insensible, oblongue, à grand diamètre vertical, ayant de 0,03 à 0,04 de long sur 0,01 à 0,02 de large. Il ne peut nous dire si, préalablement, cette région était le siége d'un certain empâtement ou d'une tuméfaction. Pendant huit mois, son accroissement fut très lent, à peine perceptible, sans gêne aucune pour le blessé. Mais du mois d'octobre 1851 au commencement de février dernier, elle envahit la moitié postérieure gauche de la tête. Bientôt même elle franchit la ligne médiane postérieure, et en quelques semaines elle occupa toute la région occipitale. C'est alors seulement que, pour la première fois, Trifaut consulta un de nos confrères. Ce médecin pensant avoir affaire à un kyste dermoïde, fit à la tumeur une ponction avec un trois-quarts à hydrocèle; et, au lieu de matière athéromateuse qu'il espérait voir s'écouler par la canule de l'instrument, il n'en entendit sortir que du vent. Une seconde ponction, faite de la même manière quelques jours plus tard, lui donna le même résultat. Alors le blessé vint à l'hôpital réclamer nos secours. C'était dans le courant de mai. Nous l'examinâmes avec M. Pissot, médecin en chef de l'établissement. La tumeur avait à peu près le développement qu'elle présente aujourd'hui. Elle commence à gauche, à 0,04 du pavillon de l'oreille, et s'étend transversalement dans une largeur de 0,15 jusque près de l'oreille droite. Elle s'élève, en hauteur, de la nuque au sinciput, en formant une courbe de 0,20 dans sa partie la plus élevée qui est à gauche, et de 0,18 dans la moitié postérieure droite. Ses caractères sont d'être élastique, résistante et indolente à la pression, de ne pas être fluctuante, de produire un son clair, tympanique à la percussion, et de ne laisser percevoir aucun bruit à l'auscultation. Ces divers signes nous ont démontré que nous avions affaire à tout autre chose qu'à une tumeur athéromateuse. Afin de savoir quelle était la nature du fluide contenu dans cette poche, nous y avons fait une ponction avec un trois-quarts explorateur, et nous avons recueilli, sous l'eau, trois grandes éprouvettes de gaz que l'analyse chimique nous a prouvé être de l'air atmosphérique. En effet, ce gaz est inodore, incolore, ne brûle pas à l'approche d'une bougie enflammée et n'éteint pas les corps en combustion. Il existe sur la surface du crâne, envahi par la tumeur, plusieurs bosselures faciles à sentir, surtout après l'expulsion de l'air. Deux d'entre elles méritent d'être notées. Elles sont situées, l'une à 0,04, l'autre à 0,06 du conduit auditif de l'oreille gauche, en suivant une ligne oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Elles sont dures, insensibles au toucher, immobiles, faisant saillie de 0,02 à 0,03 dans l'intérieur de la tumeur, à pointes mousses, à larges bases. On dirait des esquilles osseuses ou des exostoses. Entre ces deux saillies est une dépresssion où Trifaut accuse de la sensibilité toutes les fois qu'on y appuie le doigt; c'est là précisément le point où la douleur s'est toujours manifestée. Nous n'y avons perçu ni battement ni pulsation. Le patient ne veut pas permettre qu'on y exerce une pression un peu longue à cause de la souffrance que cette exploration lui fait éprouver. Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur l'état de cette région immédiatement après la chute. Trifaut dit seulement qu'elle lui faisait mal.

La dureté de l'oreille dura environ huit mois. Elle s'affaiblit, ainsi que la douleur fixée derrière la tête, à mesure que la tumeur prit du développement; et, à l'époque où nous vîmes le malade pour la première fois, en mai dernier, ni l'une ni l'autre n'existait plus. Toutefois, elles reparaissent toutes deux, mais peu intenses, quand on vide la poche de l'air qu'elle contient, et elles durent jusqu'à ce qu'elles en soient de nouveau remplies.

La membrane du tympan n'est pas intègre. Elle est fendue transversalement, ainsi que nous l'avons constaté *de visu*. En faisant faire de fortes expirations au patient, son nez et sa bouche préalablement fermés, il se passe deux phénomènes que vous avez parfaitement prévus. Le premier, c'est que l'air sort en sifflant par l'oreille et avec assez de force pour faire vaciller la flamme d'une bougie placée le plus près possible de l'orifice externe du conduit auditif; le second, c'est que la tumeur se gonfle, se distend d'une manière évidente, de même qu'une vessie vide qu'on insuffle. Circonscrite avec les deux mains, puis comprimée lentement et avec une certaine force, elle s'affaisse petit à petit, et le blessé assure sentir l'air sortir par le conduit auditif, en même temps qu'il perçoit dans cet organe un bruit de claquement, et dans toute la tête une pesanteur insolite qui ne cesse qu'avec la pression. Il dit n'éprouver aucune sensation spéciale à la partie supérieure du pharynx, près de l'ouverture de la trompe d'Eustache. Cependant, l'air pénètre également dans la tumeur par ce conduit; car si, comme nous l'avons fait, on bouche aussi hermétiquement que possible le conduit auditif externe après avoir désempli cette poche, elle se forme de nouveau, seulement avec un peu plus de lenteur. L'insufflation auriculaire ne nous a donné aucun résultat.

La tumeur est uniloculaire. La canule du trois-quarts explorateur peut y être promenée dans tous les sens librement, en pénétrant à une profondeur de 0,04 à 0,06. La plus petite ponction suffit pour que, au moyen d'une légère pression, la totalité de l'air s'échappe, quel que soit le point de la poche où la ponction soit faite. Nous avons pratiqué trois fois cette petite opération dans l'espace de quatre mois, et toujours les mêmes phénomènes se sont manifestés. Ainsi, Trifaut se plaint d'éprouver de l'abattement, de l'énervation, d'être inapte au travail; il lui semble qu'un poids énorme pèse sur sa tête, son oreille devient dure et bourdonne. Mais ce malaise est passager. Au bout de deux ou trois heures, tout trouble fonctionnel a disparu; la tumeur commence à se remplir, et en moins de cinq ou six jours elle est aussi distendue qu'avant la ponction. Tant qu'elle ne l'est pas entièrement, cet homme ne peut garder le décubitus dorsal, à cause de la douleur qu'il éprouve au cuir chevelu, qui se trouve pressé contre les aspérités osseuses du crâne.

L'oreille externe et la région mastoïdienne gauches n'offrent rien de remarquable. Il n'y a ni vice de conformation ni désorganisation. Jamais de paralysie, même passagère de la face; jamais non plus d'amaurose ni de perte de l'odorat ou du goût. *Toutes* les fonctions se font régulièrement. Trifaut ne ressent pas de troubles de l'intelligence, de la sensibilité ou du mouvement; seulement, sa tête est lourde et pesante quand la tumeur est vide.

Tels sont tous les symptômes qui existent chez le sujet de cette observation. Ils serviront, je pense, de signes suffisans pour prouver : 1° que la tumeur soumise à notre examen est exclusivement gazeuse; 2° que le gaz qu'elle contient est de l'air atmosphérique; 3° qu'il y a communication indirecte entre cette poche et l'air ambiant; 4° que cette communication a lieu par l'oreille externe et par la trompe d'Eustache; 5° qu'elle doit être le résultat d'une fracture transversale du rocher, au niveau de la caisse du tympan, et d'une félure du crâne, ou d'une séparation des sutures au niveau des points douloureux dont nous avons précisé le siége, avec déchirure du péricrâne.

Dr Chevance, de Wassy.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 13 Octobre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Opération de chéiloplastie.

M. Michon présente un malade auquel il a pratiqué une chéiloplastie.

Il s'agit d'un homme de 68 ans, qui a vu se développer, il y a trois ans, un petit bouton sur le milieu de la lèvre inférieure, bouton saignant, qui, après être resté stationnaire pendant les deux premières années, s'est ulcéré dans le cours de la troisième, et a pris en peu de temps des dimensions considérables.

L'ulcération, entourée de chaque côté d'indurations bosselées, offrait une surface malade représentant assez bien la forme d'un triangle dont la base aurait correspondu à la lèvre, et le sommet au menton. Cette base avait 3 centimètres 1/2. La hauteur était de 4 centimètres. Par l'ouverture de la plaie, on apercevait les dents et les gencives, il en résultait de la difficulté dans la prononciation, dans la mastication, et enfin une déperdition continuelle de salive. Cependant, la santé générale était assez bien conservée, et le malade qui, jusque-là, avait toujours pu vaquer à ses travaux, se présentait, sous ce rapport, dans des conditions avantageuses pour l'opération. Cette opération eut lieu le 21 sep-

tembre. Après avoir chloroformisé le malade, on fit de chaque côté de la tumeur deux incisions qui, partant de la lèvre inférieure, vinrent aboutir en se joignant sur le milieu du menton, et qui permirent d'enlever aussitôt la tumeur dans sa totalité. Puis, pour réparer la perte de substance, on fit une autre incision qui, partant du point d'intersection des deux premières, fut prolongée jusqu'à l'os hyoïde. On eut ainsi deux lambeaux qu'il fallut disséquer et détacher du maxillaire inférieur dans une assez grande étendue, afin de faciliter le glissement. Puis, comme il ne restait que 3 centimètres de la lèvre inférieure, 1 centimètre 1/2 à droite et à gauche, on fit partir des deux commissures des incisives transversales, et par conséquent perpendiculaires aux deux premières incisions en V, qui furent prolongées dans l'étendue de 3 centimètres. Ces incisions furent faites avec soin, surtout en approchant de la muqueuse buccale qu'il fallut disséquer et détacher un peu plus haut, afin d'en couvrir la surface saignante de l'incision destinée à former le bord muqueux de la lèvre nouvelle. Elle y fut maintenue au moyen de quelques points de suture. Il ne restait dès lors plus pour terminer l'opération qu'à faire glisser sur le maxillaire inférieur les deux lambeaux qu'on avait déjà disséqués et qu'à les réunir au moyen de six points de suture entortillée.

Pour tout pansement, on mit des compresses d'eau fraîche, qui furent renouvelées de temps en temps. Pendant la journée, on put faire boire le malade à l'aide d'un biberon.

Le troisième jour, la réunion était parfaite ; les jours suivans le malade allait de mieux en mieux; le 11 octobre il était complètement guéri.

En examinant l'intérieur de la bouche, on peut voir, à la paroi interne des joues, les cicatrices qui se continuent dans le sens du grand diamètre de la bouche, et il est possible de constater que toutes les parties qui ont été décollées du maxillaire inférieur y sont maintenant parfaitement adhérentes et qu'il s'est même formé un nouveau frein.

En examinant extérieurement, on voit que le menton est un peu allongé, que le sillon naso-labial est exagéré, qu'enfin au-dessous du menton il existe un pli formé par suite d'une adhérence vicieuse.

Quant à la lèvre inférieure, longue de 9 centimètres, elle se compose de deux parties : 1° une partie centrale formée par la commissure de l'ancienne lèvre et longue de 3 centimètres 1/2; 2° une partie externe droite et gauche, longue, la première, de 3 centimètres, la deuxième de 2 centimètres 1/2.

Tumeur pulsatile du bras droit.

M. Demarquay présente un malade de quarante et quelques années, qui éprouva, il y a un an, des douleurs rhumatoïdes dans les deux bras, Au mois de mai dernier, ces douleurs se localisèrent dans le bras droit. Bientôt une tumeur, du volume d'un œuf de poule, se manifesta un peu au-dessus de la partie moyenne de ce membre, au niveau de l'insertion deltoïdienne ; d'abord grosse comme un œuf de poule, elle finit par acquérir un volume considérable, à ce point d'entourer complètement l'humérus; des douleurs vives, lancinantes, ont toujours existé au centre de cette production morbide. De plus, des pulsations artérielles se sont fait sentir dans toute cette masse, ainsi qu'un bruit de souffle manifeste correspondant à la fistule artérielle. En effet, si on embrasse cette tumeur avec les deux mains, on sent des pulsations dans toute cette tumeur. L'oreille, appliquée sur la partie malade, perçoit un bruit de souffle bien manifeste, surtout à la partie antérieure et interne. La compression de l'artère axillaire fait cesser les battemens artériels et le bruit de souffle. Il existe une mobilité anormale de l'humérus au milieu de la tumeur. M. Demarquay, en présentant ce malade, désire avoir l'opinion de la Société, non seulement sur la nature de cette tumeur, mais encore sur la thérapeutique qui doit lui être appliquée.

M. Maisonneuve demande la parole à l'occasion de la communication que vient de faire M. Demarquay. Déjà plusieurs fois, dit-il, on est venu demander à la Société des consultations. Je ne crois pas que ce soit là une bonne voie. On présente des malades, ces malades deviennent l'objet d'une discussion. Mais pour donner un avis motivé sur des points de diagnostic et de thérapeutique, il faudrait examiner les malades à loisir et à tête reposée, ce que l'on ne peut pas faire ici. Ce genre de consultation ne me paraît pas convenable. Quant au malade présenté par M. Demarquay, il me paraît porter une tumeur cancéreuse et érectile de l'humérus; je crois qu'il y aurait lieu de pratiquer la résection, plutôt que de désarticuler ou d'amputer le bras. L'idée de réséquer en conservant la tête de l'humérus et les insertions des muscles grand pectoral et grand dorsal, me paraît mériter un sérieux examen.

— M. le Secrétaire a la parole pour la lecture du procès-verbal.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport lu dans la dernière séance par M. Gosselin.

M. Gosselin est invité à donner lecture des conclusions. Ces conclusions sont :

1° De renvoyer le mémoire de M. Richet au comité de publication;
2° De nommer M. Richet membre titulaire de la Société.

M. Lenoir n'aurait que des éloges à faire au travail de la commission s'il y avait trouvé une distinction suffisante au point de vue du diagnostic et du traitement. Il adopte tout ce qu'a dit M. Gosselin concernant la facilité de reconnaître et de réduire les fractures dont il s'agit, quand elles siégent au col chirurgical, mais ce qu'il conteste, c'est qu'il soit facile de réduire les fractures du col anatomique, c'est qu'il soit utile de le faire. M. Lenoir rapporte trois faits de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation, dans lesquels on a méconnu tantôt l'une, tantôt l'autre de ces deux lésions. Le fait de M. Richet serait le quatrième à sa connaissance. Si l'on étudie avec quelque attention les faits de ce genre, on se convaincra bientôt de l'extrême difficulté qu'offre leur diagnostic. Ces lésions étant presque toujours le résultat d'une très grande violence extérieure, s'accompagnant le plus ordinairement d'épanchement et de gonflement qui ne permettent que très difficilement de se rendre compte de l'état des parties, il est d'autant plus difficile, dans ce cas, de reconnaître la luxation, que ses signes sont très peu apparens. Il n'y a qu'un peu plus de saillie à l'acromion et un peu d'aplatissement de l'épaule. Or, comment distinguer ces signes au milieu d'une tuméfaction générale?

J'arrive au deuxième point, convient-il de réduire? Pour moi, je ne le crois pas. Plusieurs chirurgiens sont aussi de cet avis. Je citerai, entre autres, Delpech. Il se fondait en cela, d'une part sur les difficultés dont je viens de parler, d'autre part sur ce que la tête de l'os était vouée d'avance au sphacèle. Je ne peux pas adopter l'opinion de Delpech sur ce dernier point; il n'est pas vrai que la tête de l'os doive nécessairement se nécroser, mais j'adopte tout ce qu'il a dit des difficultés de la réduction.

En résumé, j'aimerais mieux, pour ma part, laisser les choses telles quelles, quitte à voir la tête s'ankiloser.

M. Maisonneuve trouve que l'argumentation de M. Lenoir pèche par sa base. M. Lenoir raisonne d'après l'état de la science d'il y a quatre ans, avant l'usage du chloroforme. Il semble oublier que l'introduction des agens anesthésiques dans la pratique chirurgicale a apporté sur ce point de grandes modifications. Lorsqu'il n'était possible d'agir qu'au milieu de douleurs vives, de muscles rigides et contracturés, sans doute il était extrêmement difficile de diagnostiquer les lésions dont il s'agit. Mais il n'en est pas ainsi maintenant. Avec le secours du chloroforme il n'est pas de petites particularités qu'on ne puisse reconnaître. J'ai pu maintes fois, dit M. Maisonneuve, reconnaître ainsi des fractures que j'eusse certainement méconnues autrefois. Que M. Lenoir l'essaie, s'il ne l'a pas fait encore, et je lui garantis qu'il sera étonné lui-même de la facilité que l'anesthésie donne au diagnostic.

S'il devient possible, avec le chloroforme, de diagnostiquer des fractures et des luxations qu'on ne pouvait pas diagnostiquer autrefois, à plus forte raison il devient plus facile aussi de les réduire. C'est sous ce rapport en particulier que l'usage du chloroforme a opéré une véritable révolution en chirurgie. Depuis que nous manions cet agent, j'ai, pour mon compte, rencontré une vingtaine de cas de luxation au moins, et il ne m'est pas arrivé une seule fois de rencontrer la moindre difficulté à la réduire. Quand on compare ces résultats avec les difficultés que l'on rencontrait autrefois, la réduction des luxations est un vrai jeu d'enfant. Je crois donc que M. Lenoir aurait tort de s'appuyer sur l'état où était la science à cet égard il y a quatre ans, comme une objection à ce que M. Richet a dit dans son mémoire.

M. Roux demande la parole pour soumettre une question à la Société. Il y a deux choses à considérer ici, le mécanisme suivant lequel se produisent les lésions dont il s'agit, et la conduite à tenir. Pour ce qui regarde le mécanisme, M. Roux se demande si dans les cas que vient de rapporter M. Lenoir il y avait bien simultanéité de la fracture et de la luxation, ou bien si l'une d'elles plutôt n'avait pas préexisté à l'autre, la luxation à la fracture, par exemple. Dans quelques-uns des faits analogues qu'il lui a été donné de voir, la luxation avait eu lieu antérieurement, et à une époque tellement éloignée de la fracture, que les rapports et les caractères s'en trouvaient complètement changés. Il semblerait que les choses ont dû se passer de même dans l'un des cas de M. Lenoir. Il y aurait donc à se demander si dans les divers cas où l'on n'est appelé à constater les désordres qu'après la mort, la luxation n'avait pas préexisté à la fracture, et si la dernière cause vulnérante n'avait pas agi sur un os déjà déplacé. Cela lui paraît d'autant plus probable qu'il est très difficile de s'expliquer la simultanéité de ces deux lésions.

M. Larrey croit que si, d'une part, M. Lenoir n'a peut-être pas assez tenu compte de l'emploi des anesthésiques dans le cas dont il s'agit, M. Maisonneuve, d'un autre côté, en a un peu exagéré l'importance. Il y a ordinairement dans ces cas une telle attrition des muscles et de toutes les parties molles, qu'il est inutile de recourir aux anesthésiques pour déterminer le genre de lésion à laquelle on a affaire. M. Larrey cite un cas où la réduction s'est opérée sous la simple pression des doigts, sans résistance aucune de la part des muscles.

M. Huguier rappelle qu'il a vu, pendant la dernière année de son prosectorat, un fait de fracture du col anatomique de l'humérus avec luxation, entièrement semblable à ceux que vient de citer M. Lenoir. La tête de l'humérus était séparée du reste de l'os juste au col anatomique; elle était placée à nu dans l'intérieur du creux de l'aisselle, entièrement dépouillée de sa capsule; il n'y avait point d'ankilose. Il est probable que dans ce cas les mouvemens avaient dû être en partie conservés.

M. Gerdy s'élève contre l'abus que l'on fait des anesthésiques, et rappelle les malheurs qu'a produits le chloroforme. C'est au point, dit-il, que sur de grands théâtres on est passé de la témérité à une timidité excessive. Et pourquoi s'expose-t-on à ces dangers? pour réduire un os devenu inutile, et qui est désormais une sorte de corps étranger. Il se range tout à fait à l'avis de M. Lenoir, et croit qu'en pareil cas il ne faut rien faire.

M. Gerdy s'élève, à cette occasion, contre les expressions de col anatomique et col chirurgical qui donnent souvent lieu à des équivoques et à une confusion. Il croit qu'il y aurait de l'avantage à remplacer ces dénominations par celles de collet et de col dont il se sert habituellement pour distinguer ces deux points anatomiques.

M. Maisonneuve : La question du chloroforme est une question jugée. Tous les chirurgiens l'emploient tous les jours, sans aucun inconvénient. Il lui est arrivé d'endormir un malade pendant douze heures de suite, sans qu'il en soit résulté le moindre accident.

Quant à l'opportunité de la réduction contre laquelle M. Gerdy vient de s'élever, il ne peut partager cette opinion. Il pense, au contraire, qu'il n'y a aucun inconvénient à réduire. Si la tête humérale a cessé de vivre, elle s'usera à la longue dans la cavité articulaire, sans que cela puisse entraîner aucun danger; si elle est vivante, elle pourra se réunir et reprendre ses fonctions. Il y a donc tout avantage à courir cette dernière chance.

M. Lenoir : On n'a pas tout dit sur les difficultés de la réduction. Pour tenter la réduction avec quelque chance de succès, il faudra savoir de quel côté est l'ouverture de la capsule qui a donné passage à la tête luxée, ce qui est loin d'être aisé à connaître. De plus, en supposant qu'on puisse assez bien se rendre compte de la direction de cette fente, le replacement de la tête serait encore très difficile à cause de la tension inflammatoire des muscles et des ligamens. Il faudrait, enfin, savoir dans quels rapports se trouvent les deux fragmens entre eux et le fragment supérieur avec l'articulation. On peut voir, par ces seules indications, combien il sera difficile de réduire, tandis que, au contraire, en laissant les choses telles qu'elles, en laissant se former une fausse articulation, on aura encore rendu quelques services, et l'on n'aura fait courir aucun danger aux malades.

M. Gosselin : La plupart des objections qui viennent de se produire, se trouvent indiquées dans le rapport, particulièrement celles qui sont relatives aux difficultés du diagnostic. M. Richet, il est vrai, ne les avait point signalées dans son mémoire, mais la commission a cru devoir réparer cette omission. Je dois convenir, cependant, que nous n'avons pas autant insisté que M. Lenoir sur les difficultés de réduire les fractures du col anatomique de l'humérus; c'est là une lésion extrêmement rare, tandis que les fractures du col chirurgical sont au contraire très communes; or, comme nous avions à nous occuper principalement de la question générale, nous avons cru pouvoir négliger les cas exceptionnels. J'accepte donc les observations de M. Lenoir.

Pour ce qui concerne le chloroforme, je reconnais que c'est là une très importante modification dans le traitement des luxations. Toutefois, je crois devoir faire à cet égard une réserve que M. Maisonneuve n'a point faite. Il est des cas où l'emploi du chloroforme serait non seulement inutile, mais même dangereux; tels sont ceux où la lésion s'accompagne d'une commotion, avec état syncopal, stupeur, peau froide, etc. Dans ce cas, on le concevra aisément, le chloroforme serait inutile et dangereux.

Enfin, la discussion a roulé sur la question de savoir s'il faut réduire. Je n'admets pas sur ce point l'opinion de M. Lenoir. On n'est jamais sûr d'avance de ne pouvoir point réduire. Toutes les fois que le diagnostic est bien posé, on peut et on doit, sans hésiter, tenter la réduction.

M. le Président met aux voix la première conclusion du rapport.

Un membre demande l'insertion du rapport.

M. Denonvilliers aurait désiré que la commission fît mention de ce fait, que M. Richet a trop considéré la réduction comme facile. C'est là une exagération qui l'a frappé, et qu'il aurait désiré voir signalée par la commission.

M. Forget rappelle que M. Richet a fondé l'efficacité de la méthode de réduction qu'il propose sur trois ordres de preuves déduites : 1° du raisonnement; 2° de l'expérimentation cadavérique; 3° de la pratique.

Le rapporteur, avec cet esprit judicieux et éminemment pratique qui le distingue, s'est surtout appesanti sur des faits cliniques; ce sont eux, en effet, qui constituent la preuve la plus importante. Toutefois, comme la commission a fait répéter devant elle, par M. Richet, des expériences sur le cadavre, j'aurais désiré qu'elle en fît connaître le résultat, et surtout qu'elle nous dît si, avec l'auteur du mémoire, elle concluait sous le double rapport et de la lésion anatomique, et de la facilité à y remédier sur le cadavre, qu'il en devait être de même sur le vivant.

Pour ma part, je me demande si la luxation de la cuisse avec fracture du fémur au-dessous de la tête de cet os, quoiqu'on la produise sur le cadavre, a été bien constatée sur le vivant. En effet, il est aisé de croire à l'existence de cette double lésion, dans le cas où une fracture seule existe à ras de la tête du fémur; cet os étant ensuite luxé sous l'influence de la cause traumatique et de la contraction musculaire qui l'entraînent et le maintiennent dans une situation vicieuse. J'ai vu un fait de ce genre qui simulait, à s'y méprendre, une luxation ilio-pubienne.

Du reste, si la luxation compliquée de fracture peut avoir lieu, cela ne doit être qu'exceptionnellement, car si je consulte la statistique de M. Malgaigne, faite sur le relevé des hôpitaux de Paris, je trouve que sur 2,358 fractures, il n'y a pas un seul exemple de cette double lésion.

Quant à la luxation de l'humérus compliquée de fracture, elle serait elle-même fort rare, puisque dans ce même nombre elle n'y figure que deux fois.

Quant à la question de thérapeutique soulevée par M. Richet, elle a un grand intérêt si on songe surtout que dans les ouvrages de pathologie les plus récens, les auteurs regardent la réduction comme impossible, ou conseillent, pour l'obtenir, des moyens tout à fait inefficaces et même inapplicables. En rendant à M. Richet le juste tribut d'éloges qu'il mérite pour avoir fixé l'attention sur ce point; il ne faut pas cependant, ainsi que l'a déjà dit M. Gosselin, perdre de vue ce qui, avant lui, avait été tenté dans la même voie.

Contrairement, en effet, à l'assertion de M. Richet, l'intervention des anesthésiques, pour la réduction de cette luxation, n'avait pas été négligée; pour ma part, j'ai très formellement reconnu la possibilité de réduire, et j'ai admis, dans un article inséré dans l'Union Médicale, en 1851, que la complication de fracture dans la continuité du corps de l'humérus, l'anesthésie aidant, ne ferait pas obstacle à la réduction de la luxation.

M. Giraldès : M. Forget se sert du relevé de M. Malgaigne pour mettre en question si les faits qui font l'objet du rapport sont bien réellement des cas de coïncidence de fracture et de luxation. Il s'appuie sur ce qu'il n'existe, dans ce relevé, qu'un très petit nombre de ces coïncidences. Cela ne prouve qu'une chose, c'est que ce relevé a été mal fait. M. Giraldès cite plusieurs cas de fractures compliquées de luxation, notamment trois ou quatre cas empruntés à Astl.Cooper, qui prouvent, suivant lui, que cette complication n'est pas aussi rare que tendrait à le faire croire le relevé de M. Malgaigne.

On a reproché au travail de M. Richet quelques exagérations; cela est vrai. Mais quelques-unes des objections qu'on lui a adressées ne sont pas fondées. Ainsi M. Lenoir suppose que la tête luxée doit passer à travers une fente de la capsule, ce qui en rendrait, en effet, la réduction très difficile. Dans tous les cas de luxation qui ont été examinés quelques jours après la mort, on a toujours trouvé une déchirure complète de la capsule. M. Giraldès cite encore sur ce point le témoignage de Astl. Cooper dont on aurait dû, suivant lui, tenir compte.

La première conclusion du rapport est mise aux voix et adoptée.

La Société votera sur la seconde conclusion dans la séance prochaine.

M. Larrey demande que M. le professeur Bouisson, qui est présent à la séance et qui a une lecture à faire à la Société, soit entendu dans cette séance.

M. Bouisson s'excuse, en raison de l'heure avancée, et renonce à la parole.

M. le Secrétaire procède au dépouillement de la correspondance, qui comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Prestat, médecin de l'hôpital militaire de Pontoise, sur l'emploi des injections iodées dans divers cas d'ascite. (Comm. MM. Monnod, Maisonneuve et Michon.)

2° Un travail de M. le professeur Bouisson sur les hémorrhagies périodiques.

3° Un exemplaire du *Traité des maladies vénériennes* de M. Maisonneuve.

Luxation de l'humérus en arrière.

M. Maisonneuve présente une pièce anatomique sur laquelle on remarque une luxation récente de la tête de l'humérus en arrière.

Le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie, est un carrier qui, en tombant d'une hauteur de trente pieds environ, s'était, entr'autres lésions, luxé l'épaule en arrière. La luxation avait été reconnue sur le vivant, et réduite sans difficulté notable. D'autres lésions graves du côté du cerveau et de la poitrine ayant, au bout de quelques heures, amené la mort du malade, il a été possible d'observer la luxation libre encore de tout travail réparateur.

La tête de l'humérus, sortie de la cavité glénoïde, repose, par sa partie interne, sur la face postérieure du col de l'omoplate, immédiatement au-dessous de l'apophyse acromion. La capsule fibreuse de l'articulation est déchirée dans sa partie externe et postérieure. La grosse tubérosité de l'humérus, entièrement arrachée, est restée adhérente aux tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux, et est entraînée par eux au-dessous de la voûte acromio-claviculaire ; les muscles petit rond et proscapulaire ont conservé leur insertion humérale. Le tendon de la longue portion du biceps a déchiré la gaîne fibreuse qui le retient dans sa coulisse ; le nerf circonflexe est intact, ainsi que le deltoïde.

Un fait curieux, dit M. Maisonneuve, ressort d'une manière patente de l'examen de cette pièce. C'est que si l'on réduit la luxation, et que l'on laisse le bras appliqué contre le tronc, la grosse tubérosité de l'humérus, entraînée par les muscles qui s'y insèrent, reste éloignée de plus de 3 centimètres de son point d'arrachement, tandis que le contact parfait des fragmens est obtenu si l'on place le membre dans l'élévation.

En réfléchissant à ce fait, dit M. Maisonneuve, il me paraît possible d'en tirer des conséquences pratiques de la plus haute importance pour l'histoire et le traitement de certaines luxations de l'épaule.

Il n'est aucun de nous, en effet, qui, dans le cours de sa pratique n'ait eu l'occasion d'observer des luxations scapulo-humérales qui, réduites et traitées suivant les règles de l'art, n'en ont pas moins entraîné une perte plus ou moins complète des mouvemens du membre. On a cherché l'explication de cet accident dans la paralysie du deltoïde, dans le développement d'une arthrite consécutive, etc.

Or, en rapprochant le fait que nous avons sous les yeux de plusieurs autres que nous avons déjà eu l'occasion de voir dans cette enceinte, et d'un grand nombre que chacun de nous a certainement eus dans sa pratique, je crois qu'il est bien plus exact d'attribuer l'impotence du membre après certaines luxations de l'humérus à l'arrachement de la grosse tubérosité. En effet, outre que cet arrachement prive l'articulation de l'action si importante des muscles sus-épineux et sous-épineux, il doit donner lieu à la formation de stalactites osseuses irrégulières, qui opposent un obstacle mécanique au mouvement d'élévation du membre. Cette explication n'est point une hypothèse. Il m'a été donné de constater ce fait plusieurs fois, entre autres, chez un homme qui s'était luxé les deux bras, et qui, la suite de cette double luxation, eut une fausse ankilose des deux articulations scapulo-humérales, bien que la réduction eût été opérée, et que le traitement consécutif eût été dirigé suivant toutes les règles.

Jusqu'à présent, je ne sache pas que personne ait donné de préceptes efficaces pour prévenir un tel malheur. Or, en examinant avec attention la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen, je crois que l'on peut en déduire des règles de thérapeutique nouvelles.

Vous pouvez voir que si cette luxation étant réduite, on laisse le bras appliqué contre le tronc, les fragmens se trouvent dans le plus grand écartement possible, et que, par conséquent, toutes les conséquences désastreuses dont je viens de parler, devront survenir inévitablement, tandis que si le bras est maintenu dans l'élévation, les surfaces de la fonction se trouvent dans un contact parfait, qu'elles se consolideront d'une manière correcte, et que plus tard il deviendra possible d'abaisser graduellement le bras et de rendre à l'articulation tous ses mouvemens.

Je crois donc qu'il conviendrait de poser ce précepte que, dans les luxations scapulo-humérales où l'on soupçonnerait l'existence de l'arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus, le bras devrait être, après la réduction, maintenu non plus appliqué contre le tronc comme on le fait toujours, mais bien dans un état d'élévation forcé ou tout au moins dans une position telle, qu'il fasse avec le tronc un angle droit.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 25 Août 1852. — Présidence de M. Bouvier.

(Suite. — Voir le numéro du 12 octobre.)

La commission chargée de l'analyse et de l'appréciation des observations, et des inductions de M. Moutard-Martin, s'est exprimée en ces termes par l'organe de M. Hérard :

Messieurs,

Vous vous rappelez que, dans une des dernières séances de la Société, M. Moutard-Martin vous a présenté, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé : *Note sur la paraplégie causée par une hémorrhagie soit utérine, soit rectale.* Je viens aujourd'hui, au nom de votre commission, vous rendre compte de ce travail. Ce n'est, comme le dit l'auteur, qu'une note basée sur trois observations, mais il espère que l'attention étant éveillée sur ce point, des observations surgiront en plus grand nombre, qui permettront de construire un édifice complet.

Examinons d'abord les faits.

L'observation Ire a trait à une femme de 38 ans, jusque là bien portante, qui, à la suite d'une perte utérine fort abondante survenue pendant les règles, fut prise graduellement de tous les symptômes de la paraplégie, symptômes nettement exposés dans l'observation, mais qu'il est inutile de rappeler ici. La malade, entrée à l'hôpital le 21 décembre 1848, sortait guérie le 7 mai 1849, après l'application de deux cautères dans la région lombaire, l'usage de bains sulfureux, et un traitement ferrugineux exigé par un état chloro-anémique. Cette observation, très intéressante et sinon unique dans la science, du moins fort rare, nous a paru démontrer ce que M. Moutard-Martin cherche à établir dans son mémoire, à savoir, qu'il y a des paraplégies qui reconnaissent pour cause une hémorrhagie utérine.

Maintenant, comment a agi cette hémorrhagie pour la production de la paraplégie. Est-ce comme affection utérine, ainsi que semblerait disposé à le croire l'auteur, s'appuyant sur l'analogie de certaines paraplégies liées à l'accouchement ? est-ce en tant qu'hémorrhagie abondante ayant déterminé l'anémie du sujet et consécutivement des troubles du côté du système nerveux central médullaire ? C'est là, Messieurs, un point difficile à résoudre, et vous nous permettrez de rester dans le doute.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une jeune fille âgée de 15 ans, également bien portante, chez laquelle se déclara une hémorrhagie utérine très abondante, que MM. Chomel et Moutard-Martin considérent comme le résultat d'une fausse-couche. Les accidens utérins allèrent diminuant de jour en jour, et avaient complètement cessé lorsque cette jeune fille fut atteinte d'une fièvre typhoïde peu grave, quoique accompagnée durant quelques jours de délire. Pendant la convalescence, on remarqua chez la malade une grande faiblesse des membres, avec lésions de la sensibilité et impossibilité absolue de la marche. Cette paraplégie disparut sans traitement au bout de deux mois.

Dans cette observation, il est un point que vous regretterez, comme votre rapporteur, de ne pas voir suffisamment éclairci, c'est l'époque précise du développement de la paraplégie. M. Moutard-Martin pense que la paralysie a précédé l'invasion de la fièvre typhoïde ; et il se fonde sur ce que les infirmières auraient déclaré postérieurement que, dès les premiers jours de l'entrée à l'hôpital, avant la fièvre typhoïde, cette femme ne pouvait leur donner aucun aide dans les soins qu'elle réclamait. Nous sommes obligés d'avouer que, sans négliger entièrement un pareil renseignement, il ne nous paraît ni assez positif, ni assez scientifique pour autoriser à conclure aussi affirmativement que l'auteur. Ce qui contribue encore à augmenter notre réserve, plus que jamais commandée quand il s'agit de faits nouveaux, c'est que la fièvre typhoïde est, par elle-même, susceptible d'entraîner des accidens passagers de paraplégie. Les auteurs en ont cité des exemples, et, pour notre part, il nous a été donné d'en observer un très remarquable dans le service de M. Cruveilhier, à l'hôpital de la Charité.

L'observation troisième sera aussi pour nous l'occasion de quelques remarques critiques. Cette observation se rapporte à un homme de 45 ans, qui étant allé faire les vendanges chez un de ses parens, se livra à de fréquentes et copieuses libations. Une diarrhée abondante et rebelle en avait été la conséquence. A son retour à Paris, se sentant déjà faible et ayant perdu l'appétit, cet homme fait une orgie à la barrière, et son dévoiement s'en trouve considérablement augmenté. Rentré chez lui, il se met au lit et s'aperçoit alors que ses garderobes contiennent une notable quantité de sang ; en même temps existent des coliques, du ténesme, des épreintes violentes, en un mot les symptômes d'une dyssenterie. Au bout de quinze jours, les accidens dyssentériques continuant, et le malade étant dans un état de maigreur porté au dernier degré, une paraplégie se déclare ; elle dure six mois et n'est qu'incomplètement guérie quand il quitte l'hôpital.

Au milieu des accidens nombreux et variés que je viens de vous exposer sommairement, quelle est la véritable cause de la paraplégie ? M. Moutard-Martin n'hésite pas à mettre la paralysie sur le compte du sang excrété par l'anus, ou tout au moins de la lésion locale de l'extrémité du tube digestif. N'y a-t-il pas, Messieurs, quelques objections à élever contre cette manière de voir. D'abord, ce sang rendu était-il assez abondant pour mériter le nom d'hémorrhagie. Personne n'ignore qu'en général il est en petite quantité dans les selles dyssentériques, beaucoup plutôt sanguinolentes que sanglantes. Le malade dit bien qu'il avait remarqué une notable quantité de sang dans les matières fécales ; mais ces expressions, émanant directement du malade, toujours porté à l'exagération, ne représentent pas à l'esprit quelque chose de net et de précis. D'ailleurs, cette hémorrhagie, eût-elle été plus considérable que probablement elle n'a été, nous nous demanderions encore si la paraplégie ne trouverait pas une explication plus plausible dans cette excitation du système nerveux ; puis plus tard dans cette profonde débilitation générale survenue à la suite de fréquentes libations et de la diarrhée qui en a été la conséquence. Nous nous demanderions s'il ne faudrait pas également accuser la dyssenterie dont cet homme a été atteint ; non pas la dyssenterie considérée dans sa lésion intestinale, ou un seul de ses symptômes, les selles sanguinolentes, mais la dyssenterie envisagée dans son expression symptomatique générale, ainsi que P. Franck, Zimmermann et d'autres observateurs l'ont signalé.

Messieurs, la dissidence que vous remarquez entre l'auteur du mémoire et le rapporteur chargé de vous en rendre compte, ne porte véritablement que sur l'interprétation des faits et le rapprochement, à notre avis un peu forcé, que M. Moutard-Martin a cherché à établir. Mais ces faits n'en conservent pas moins individuellement un vif et réel intérêt. C'est qu'en effet tout ce qui touche à l'histoire encore si obscure des affections de la moelle épinière est digne d'une sérieuse attention, et louables sont les efforts tentés pour soulever un coin du voile qui couvre les importantes questions qui s'y rattachent. M. Moutard-Martin a raison de le dire dans les considérations dont il fait suivre ses observations. Toutes les paraplégies ne sont pas semblables ; il y a une différence considérable, au point de vue de la gravité du pronostic, et le praticien ne doit pas l'oublier, entre ces paraplégies symptomatiques de lésions de la moelle et les paraplégies essentielles, ou mieux sans altération organique saisissable. Ces dernières ont une marche plus rapide, elles sont curables par les efforts de la thérapeutique, souvent même spontanément curables, et ces remarques s'appliquent, non pas seulement aux faits observés par M. Moutard-Martin, mais encore à un assez grand nombre de paraplégies, soit nerveuses, soit rhumatismales, et soit liées par sympathie à des lésions d'autres organes de l'économie.

Ici, Messieurs, se termine la tâche que vous avez confiée à votre commission. Si son rapporteur, tout en conservant son droit de libre examen critique, a pu vous donner une idée de l'intérêt qui s'attache à la communication d'un confrère dont vous appréciez tous le mérite, il aura rempli son but.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer d'admettre M. Moutard-Martin au nombre des membres de la Société médicale des hôpitaux.

M. Delasiauve pense qu'on pourrait rapporter la paraplégie du sujet de l'observation III, à l'effet des boissons alcooliques avec autant de raison qu'à l'hémorrhagie rectale, qui a été très peu abondante.

M. Bouvier a vu, à l'hôpital Beaujon, une malade dans des conditions analogues à celle de l'observation II. Cette jeune fille avait une paraplégie compliquée de rétraction des gastrocnémiens de chaque côté, pour laquelle il a eu recours à la section des tendons d'Achille. Il a ainsi guéri cette rétraction, et la jeune fille, restée incomplètement paraplégique, peut marcher et faire un peu d'exercice.

— M. Barthez communique un fait d'*invagination intestinale* dont la marche a été fort curieuse. Il s'exprime ainsi :

Dans le mois de juillet dernier, je fus appelé pour voir un homme de 48 ans environ, qui était souffrant plutôt que malade depuis plusieurs jours.

J'appris que cet homme, grand et maigre, mais bien constitué, et jouissant d'une assez bonne santé habituelle, avait ressenti quelques maux de cœur, avec anorexie, soif, constipation, malaise, céphalalgie.

Je crus à un embarras gastrique, et j'ordonnai un vomitif et un lavement laxaatif.

Deux jours après, c'est-à-dire environ le sixième jour du début, on m'appela en toute hâte pour une douleur très vive qui s'était subitement fait sentir dans la fosse iliaque gauche.

Je trouvai, en effet, cette partie du ventre tellement douloureuse, que le contact seul de la main et même le poids des draps était insupportable : le ventre était tendu, le pouls petit, fréquent, la face grippée ; il n'y avait pas eu d'évacuations.

Sans me rendre tout à fait compte de la cause de cette péritonite locale, j'appliquai des sangsues ; et à la suite de l'écoulement sanguin, la douleur se calma.

Le lendemain, le malade se trouvait fort bien, sans fièvre, sans douleur ; mais je remarquai que le ventre était beaucoup plus ballonné que la veille, et qu'il n'y avait pas encore eu d'évacuations.

Dès lors, soupçonnant un étranglement intestinal, je donnai un gramme de calomel et un lavement purgatif. Celui-ci amena une garde-robe abondante de matières solides normales. Mais le ventre se ballonnait davantage ; la figure était amaigrie et grippée ; le pouls petit. Il était évident que l'intestin ne s'était pas vidé.

Nous étions au huitième jour. Je donnai deux pilules d'huile de croton, un bain prolongé. Des coliques violentes suivirent, des vomissemens survinrent, qui furent bientôt accompagnés de quelques matières fécales rendues par la bouche. Le malade s'affaiblissait ; lorsque, vers le soir, il survint une évacuation alvine liquide très abondante, suivie de plusieurs autres. Le ventre s'affaissa, les vomissemens cessèrent, la figure prit une expression plus naturelle ; et tout eût présagé une guérison prochaine, s'il n'était pas survenu un peu de délire qui augmenta insensiblement, si bien que, dans la nuit, le malade se leva, voulut sortir, se mit à injurier ceux qui l'approchaient, en même temps que les mains étaient agitées d'un tremblement assez peu prononcé.

Je ne pus méconnaître un délire alcoolique, dont l'existence fut confirmée par ce que j'appris alors. Cet homme, en effet, avait depuis peu fait des pertes de fortune assez considérables, et il s'était laissé entraîner à quelques excès de boisson qui, bien que peu grands en eux-mêmes, eurent une influence réelle, vu leurs répétitions, et le peu d'habitude qu'avait le malade de s'y livrer.

L'abdomen étant alors dans son état normal, j'attaquai cette nouvelle maladie par les préparations d'opium. Après bien des peines, on parvint à donner un lavement contenant 20 gouttes de laudanum, et il en résulta un peu de calme qui permit de donner, presque de force, une potion contenant 0,30 centig. d'extrait thébaïque, qui fut répétee le lendemain.

Deux jours après le début du délire, il était calmé, ou à peu près (nous étions alors au douzième jour de la première maladie), lorsqu'il survint quelques vomissemens ; mais en même temps il y eut des évacuations alvines, et le ventre n'était pas ballonné.

Mais le lendemain les vomissemens augmentèrent, les matières fécales, bien qu'elles fussent demi-solides, diminuèrent d'abondance, le ventre commença de nouveau à se ballonner, et la figure à se gripper. Depuis ce moment, j'ordonnai en vain des purgatifs, des bains, des applications de glace continues sur le ventre. Rien n'arrêta la marche du mal ; le 30, les vomissemens étaient à peu près exclusivement composés de matières fécales, et se répétaient à chaque instant, accompagnés d'éructations très fétides. Le malade s'affaiblissait ; le pouls était très petit ; la peau froide.

Par acquit de conscience, le seizième jour, j'ordonnai encore deux grammes de calomel.

Quelques heures après, il survint une débandade ; les selles prirent leurs cours d'abord liquide, puis les gaz s'échappèrent par l'anus. Le ventre s'affaissa ; le pouls se releva ; la figure prit une expression naturelle. Les selles continuèrent à couler fréquentes, mêlées de quelques matières solides, tout présageait une fin heureuse.

Environ trente-six heures après cette amélioration, les selles changèrent d'èspect, devinrent sanguinolentes ; le malade rendit une portion d'intestin ; le ventre devint ballonné, douloureux ; les éructations reparurent, et la mort eut lieu quelques heures après l'évacuation de la portion intestinale.

Cette portion d'intestin, mise aussitôt dans l'alcool, s'est considérablement rétrécie, et n'a guère plus d'un centimètre et demi de diamètre. Elle a quatre ou cinq centimètres de long ; et on voit, en la regardant, la partie invaginée, encore incluse dans le bout invaginateur, d'où elle s'échappe, aplatie et presque oblitérée.

MM. Legendre et Vigla, étonnés du petit volume de cette portion d'intestin, voudraient qu'on ne se contentât point de l'inspection extérieure pour déterminer sa véritable nature. Ils pensent qu'il faudrait constater, par la dissection, l'existence des trois membranes de l'intestin, ce que, d'ailleurs, M. Barthez se propose de faire.

M. Bouchut ne pense pas que le petit volume de la portion membraneuse rejetée par le malade de M. Barthez soit une raison de contredire son diagnostic, car tous les fragmens d'intestins rejetés dans les invaginations sont toujours petits, flétris et souvent méconnaissables. En effet, il y a quelque temps, M. Cruveilhier présentait à l'Académie de médecine un morceau d'intestin long de deux mètres, et provenant d'une invagination guérie ; cette portion rejetée n'avait qu'un centimètre de diamètre au plus, était noire, aplatie, rubanée, plus semblable à un ver qu'à un fragment d'intestin. L'étude seule a permis d'en reconnaître la véritable nature.

M. Hardy remarque que le *delirium tremens*, survenu chez ce malade, n'est arrivé que vers le milieu des accidens de l'invagination. Ce fait prouve que, chez les ivrognes, le *delirium tremens* vient aussi bien après la diète et à l'occasion d'une affection viscérale, que sous l'influence des copieuses libations dont parlent tous les auteurs.

M. Marrotte rappelle que ce fait a déjà été établi au sein de la Société, dans une discussion récente, soulevée par un travail de M. Delasiauve.

M. Barthez, à qui le fait n'a pu échapper, dit qu'il l'avait attribué, non à l'influence de la diète, mais à l'action des purgatifs qu'il a fait prendre au malade, et cela, en raison de plusieurs faits de même nature qu'il a observés à l'hôpital.

Le secrétaire : E. Bouchut.

MÉDECINS MEMBRES DU PARLEMENT. — Le parlement anglais ne compte, depuis les élections dernières, que trois députés médecins : M. Hume, M. Michel, de Bodmin, et M. J. Brady, de Leitrim. Le rédacteur de la *Lancette anglaise*, M. Wakley, s'est désisté de sa candidature à cause du mauvais état de sa santé.

LES MÉDECINS EN IRLANDE. — Il n'est peut-être pas au monde de corps médical qui paie une plus large dette à la mort que celui de l'Irlande. Dans la dernière épidémie de 1846-50, sur 472 médecins, 36 ont succombé ; dans cet intervalle, le nombre des personnes soignées par eux a été de 332,462, sur lesquels 34,622 ont succombé, ou 10 2/5 pour cent.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 126. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 21 Octobre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.

6 Mois.............. 17

3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYDROLOGIE.

Lettre sur cette question :

LES BOISSONS ALCALINES PEUVENT-ELLES DEVENIR CAUSE D'HÉMORRHAGIES ?

Paris, le 18 Octobre 1852.

Mon cher confrère,

Dans l'analyse des leçons faites au Collège de France, par M. Magendie, que M. le docteur Fauconneau-Dufresne a eu l'heureuse pensée de publier dans l'UNION MÉDICALE, leçons que j'ai suivies moi-même avec un très grand intérêt, se trouve reproduite l'opinion que le savant professeur avait déjà émise, à une époque antérieure, et qui a été partagée depuis par M. le professeur Trousseau (*Journal de Médecine*, 1846), que les boissons alcalines, à certaines doses et longtemps continuées, peuvent donner lieu à des hémorrhagies passives.

Cette opinion ne m'a jamais paru justifiée par l'expérience pratique ; je l'ai déjà combattue ailleurs (*Du mode d'action des eaux minérales de Vichy*, etc., 1850), et je viens, mon cher confrère, vous demander la permission de lui opposer encore de nouvelles expériences, de nouveaux faits observés par des juges irrécusables, qui me semblent ne devoir plus laisser à cette opinion le moindre fondement.

Pourtant, et je m'empresse de le dire, je ne conteste nullement que l'abus des boissons alcalines ne puisse avoir des inconvéniens, qu'il ne puisse même en entraîner de très sérieux ; ce que je conteste seulement, c'est que, même à doses excessives, ces boissons puissent donner lieu à des hémorrhagies. Les exemples que j'ai eus sous les yeux, d'abus que certains malades ont pu faire des eaux de Vichy, d'alcalisations portées, au moins fort inutilement, à un degré excessif, non pas seulement pendant des jours, mais pendant des semaines et même des mois, sans que jamais aucune hémorrhagie se soit produite, m'ont toujours complètement rassuré à cet égard.

Je pourrais rapporter ici un grand nombre d'observations qui prouveraient l'innocuité, sous ce rapport, des boissons alcalines, mais cela m'entraînerait trop loin ; je me bornerai donc à dire que l'alcalisation produite par l'usage des eaux de Vichy, ne m'a jamais paru avoir une influence marquée sur la menstruation, que, sous l'influence de ces eaux, les règles ne se montrent pas ordinairement plutôt, ne sont pas plus abondantes et ne se prolongent pas davantage que lorsque les malades ne font aucun usage de boissons alcalines. J'ai fait les mêmes observations sur les hémorrhoïdaires, et je dirai aussi que j'ai vu des femmes, à l'âge de la ménopause, épuisées par des pertes utérines fréquentes et très prolongées, et présentant tous les caractères de l'anémie la plus prononcée, chez lesquelles ces pertes, loin d'augmenter, sous l'influence des eaux de Vichy, ont diminué graduellement, en même temps que la santé générale se rétablissait, se sont éloignées, et ont fini par cesser tout à fait.

Je n'ajouterai ici qu'un seul fait. C'est un cas d'hémorrhagie nasale que j'ai eu l'occasion d'observer, cette année, chez un malade qui m'a paru avoir une certaine disposition naturelle aux hémorrhagies, et qui est venu trop à propos ajouter à ma conviction, pour que je ne vous le communique pas :

Un cultivateur du département de l'Eure, âgé de 68 ans, ayant une hypertrophie du foie, avec une teinte ictérique très prononcée de la peau, depuis dix-huit mois, m'est arrivé à Vichy, le 22 mai dernier, adressé par le docteur Neuville, de Bernay. Ce malade avait, indépendamment de l'affection du foie qui l'amenait à Vichy, une épistaxis qui durait depuis huit jours. Le sang, sans être très abondant, coulait d'une manière si continue, que, pendant deux jours, il a hésité à partir, et que tout le long de la route, il a été obligé de tenir constamment un mouchoir sous son nez pour le recevoir et l'étancher. En le questionnant, à son arrivée, j'ai appris que, trois semaines auparavant, il avait eu déjà un flux de sang par l'anus, qui avait duré une huitaine de jours, ce qui l'avait beaucoup affaibli ; et il a ajouté que, d'ailleurs, il avait toujours saigné facilement, à l'occasion de la moindre plaie, de la moindre écorchure. Il portait même sur la main plusieurs petites ampoules remplies d'un sang très noir, qu'il n'avait pas à son départ, et qui étaient vraisemblablement le résultat de quelques contusions reçues pendant la route.

Arrivé dans la matinée, je voulus juger de suite de l'effet que produirait, dans ce cas, une prompte alcalisation ; je lui fis prendre, dans le courant du reste de la journée, cinq verres d'eau minérale, et je lui prescrivis en même temps un bain d'eau minérale pure. En se mouchant avec force, étant au bain, il a expulsé des narines deux gros caillots de sang. L'écoulement a augmenté un peu alors, et il a continué, sans interruption, jusqu'à neuf heures du soir. Il a cessé alors ; seulement, le lendemain, pendant le bain, qui était peut-être un peu trop chaud, il a reparu quelques gouttes de sang ; mais ce petit écoulement n'a pas duré, il a cessé à la sortie du bain, et il ne s'est plus reproduit depuis, pendant près d'un mois qu'il a été soumis à l'action des eaux de Vichy.

Voilà ce que l'expérience pratique m'a appris. Voyons maintenant sur quoi sont fondées les craintes que l'on a manifestées.

Ces craintes reposent sur des expériences qui ont été faites par M. Magendie, et qui ont consisté à injecter dans les veines de certains animaux une dissolution de sous-carbonate de soude. Ces animaux ayant succombé, et du sang ayant été trouvé infiltré dans les tissus, ou épanché dans quelques cavités, l'on a pu penser que ces épanchemens de sang et la mort des animaux étaient la conséquence de l'action liquéfiante de la sonde sur le sang ; qu'il avait dû en résulter une trop grande fluidité de ce liquide, d'où l'infiltration et les épanchemens que l'on a rencontrés après la mort.

Tels sont les faits qui ont été observés par M. Magendie, et qu'il nous a signalés, comme il le fait pour tous ceux qui se présentent à son observation, sans idées préconçues, sans système arrêté à l'avance, sans réserve aucune, afin qu'ils puissent, soit actuellement, soit plus tard, servir à éclairer quelques points de la science. Mais était-on fondé à conclure, de ces seules expériences, que les mêmes accidens pouvaient se présenter à la suite de l'emploi des eaux alcalines, administrées seulement en boissons et en bains ? C'est là précisément ce qui m'a toujours paru contestable.

Quelle analogie peut-il y avoir, en effet, entre une injection faite dans les veines avec une dissolution de sous-carbonate de soude et de l'eau de Vichy, par exemple, prise en boisson ; entre du sous-carbonate de soude et une eau minérale qui, d'abord, ne renferme pas de soude à cet état, mais bien à celui de bi-carbonate, et qui contient en outre divers autres sels en dissolution, ainsi que quelques autres principes, même un peu de fer, tous élémens combinés sous l'influence d'une force toute puissante, et présentant ainsi une association parfaite, un tout de première formation que nous chercherions en vain à imiter par nos moyens artificiels ? Ne sait-on pas d'ailleurs que la soude conserve encore, à l'état de sous-carbonate, une certaine action caustique ; qu'elle ne peut même pas alors être supportée par nos organes, ou que du moins on ne pourrait pas, sans danger, l'administrer à cet état intérieurement.

Mais M. Magendie cite aussi, à l'appui de ses craintes, quelques faits pratiques, et, entre autres, l'exemple d'un de nos plus illustres chimistes, qui, dans le but de combattre la gravelle d'acide urique dont il était affecté, avait abusé du bi-carbonate de soude, en avait fait un usage excessif et prolongé, et chez lequel il a constaté une grande altération de la santé, notamment une sorte de pneumonie chronique et des taches à la peau, qui lui ont paru une indication d'une altération du sang ; et il ajoute que ces accidens n'ont cessé que lorsque, cédant enfin à ses conseils, le malade a renoncé à l'abus qu'il faisait du bi-carbonate de soude.

On ne peut douter que les accidens observés dans ce cas, comme aussi sans doute dans les autres, ne fussent causés par l'abus du bi-carbonate de soude, puisqu'ils ont cessé dès qu'on a mis un terme à cet abus ; mais, dans tous les accidens qui ont caractérisé l'altération de la santé des malades en question, je ne vois pas de dispositions bien prononcées aux hémorrhagies. La pneumonie chronique que M. Magendie a constatée chez le célèbre chimiste dont il nous a plus particulièrement entretenu, n'était pas accompagnée de crachemens de sang ; il ne s'est produit chez lui d'hémorrhagie par aucun point des muqueuses ; les seuls indices d'extravasation de sang ont été des taches à la peau, avec l'apparence d'ecchimoses. Mais des taches semblables ne peuvent-elles pas se produire chez des individus affaiblis, comme a dû l'être le malade en question, par suite du régime beaucoup trop rigoureux qu'il s'était imposé, et sans qu'on puisse les attribuer à une trop grande alcalinité du sang, à sa trop grande fluidité.

Pour moi, ce qui m'a paru plus particulièrement résulter, dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, de l'abus des boissons alcalines, de leur emploi à trop hautes doses et trop longtemps prolongé, c'est un trouble dans les fonctions digestives, se manifestant surtout par des selles liquides et fréquentes, d'où nécessairement une mauvaise nutrition, et, par suite, un affaiblissement général, et, après un certain temps, de la pâleur, de la bouffissure, et enfin tous les caractères d'une sorte de cachexie ; mais quant à des hémorrhagies, dans ce degré même d'altération de la santé, je n'en ai pas observé.

Ce qui, d'ailleurs, aurait achevé de dissiper tous mes doutes si j'en avais conservé encore, c'est un fait qui s'est produit sous les yeux de M. Magendie lui-même, et qui l'a beaucoup frappé, dans les expériences très intéressantes qu'il a faites dans le but d'étudier les altérations que le sang subit lorsque les animaux sont complètement privés d'alimens.

Une jument a été soumise à cette privation complète d'alimens, n'ayant absolument à mettre dans son estomac que six litres d'eau par jour. On saignait cette jument au moins une fois tous les huit jours, afin de pouvoir examiner son sang, et elle est morte le vingt-troisième jour. Pendant presque tout le cours de cette expérience, M. Magendie n'a pas constaté de différence sensible entre le sang de cet animal et celui d'autres chevaux parfaitement nourris ; ce n'est que dans les derniers momens que son sang s'est altéré et qu'il s'est produit des infiltrations et des épanchemens qui ont amené la mort. En examinant ce sang épanché, qui avait alors perdu la propriété de se coaguler, dont tous les élémens restaient mélangés, M. Magendie a constaté qu'il était devenu acide. Ainsi, tant que le sang de cet animal a conservé tous les caractères du sang normal, tant que, par conséquent, il est resté alcalin, il n'y a pas eu d'extravasation ; ce n'est que lorsqu'il est devenu acide qu'il s'est altéré et que se sont produits les infiltrations et les épanchemens qui ont déterminé la mort.

Mais je puis encore invoquer, à l'appui de mon opinion, une autorité qui sera d'un grand poids dans une question de cette nature, c'est celle de Liebig (*Nouvelles lettres sur la chimie*, etc., 1852).

Après avoir montré que les alcalis libres communiquent au sang une foule de propriétés remarquables ; que leur intervention, par exemple, est nécessaire dans la formation et les fonctions du sang ; tandis qu'au contraire une réaction acide est entièrement incompatible avec les fonctions qu'il est appelé à remplir dans la nutrition et la respiration, ce chimiste éminent rappelle que c'est l'alcali libre qui maintient à l'état liquide ses parties essentielles, et il ajoute que l'extrême facilité avec laquelle il se meut dans les vaisseaux les plus ténus, *il la doit à ce que les parois de ces vaisseaux sont fort peu perméables au liquide alcalin.*

Ainsi, dans la pensée de Liebig, l'alcalinité du sang, cette qualité à laquelle il doit sa fluidité, et qui lui donne la facilité de pénétrer dans les vaisseaux les plus ténus, et, par conséquent, d'aller exercer son action jusque dans la profondeur de nos tissus, loin de disposer aux hémorrhagies, serait au contraire un obstacle à la production des accidens de cette nature.

Cette opinion du célèbre chimiste de Giessen est, comme on voit, entièrement conforme à celle que j'avais déjà émise, et qui résultait pour moi de l'expérience pratique, c'est-à-dire qu'en augmentant l'alcalinité du sang, l'on ne s'expose nullement à produire des hémorrhagies.

Ce même chimiste me semble surtout avoir mis cette opinion hors de doute par des expériences qui lui ont montré un phénomène fort curieux. Il a constaté que le sel marin et les

alcalis libres, indépendamment de leurs propriétés chimiques, donnent au sang un caractère physique d'une importance toute particulière pour les fonctions vitales.

« Ce caractère, dit-il, peut se mettre en évidence à l'aide d'un appareil fort simple :

» Lorsqu'on lie sur l'orifice d'un tube de verre de quatre à six pouces de long et d'un quart de pouce de diamètre, une membrane ramollie dans l'eau, par exemple, un morceau de boyau ou de vessie, qu'on emplit le tube à moitié d'eau de puits, et qu'on le place dans un verre contenant la même eau, de manière que les deux niveaux se trouvent dans le même plan, on ne remarque pas le moindre changement dans la hauteur des deux liquides, après bien des heures et des jours; mais qu'on ajoute quelques grains de sel marin à l'eau contenue dans le tube fermé par la membrane, et, au bout de quelques minutes, on y verra le niveau du liquide s'élever au-dessus du niveau extérieure de l'eau contenue dans le verre. Si l'on ajoute également du sel marin à cette dernière, en proportion égale à celle de l'eau du tube, aucune différence ne se manifestera entre les deux niveaux ; mais si la quantité de sel ajouté à l'eau du verre est supérieure à la quantité ajoutée à l'eau du tube, il se produira une différence inverse de la précédente : l'eau du tube baissera, tandis que l'eau du verre s'élèvera.

» Ainsi, l'eau de puits passe vers l'eau salée, l'eau pauvre en sel passe vers l'eau riche en sel, comme si la pression extérieure la poussait à travers la membrane, en sens contraire de la pesanteur.

» Une simple addition de sel à l'eau communique donc les propriétés d'une pompe au tube muni de la membrane. »

Liebig fait ensuite remarquer que si l'on ajoute à la solution du sel marin, un alcali libre, du carbonate ou du phosphate alcalin, ce qui existe naturellement dans le sang, sa faculté d'absorption en est considérablement augmentée, et que si surtout le liquide extérieur est légèrement acide, et l'eau salée, contenue dans le tube, alcaline, l'écoulement se fait plus rapidement encore du liquide acide vers le liquide alcalin.

Ce chimiste s'est d'ailleurs assuré que le même phénomène se produit, lorsque l'on met dans le tube de verre, au lieu d'eau salée, du sang défibriné ou bien le sérum séparé par expression du sang coagulé à chaud, contenant naturellement le sel marin et tous les autres sels du sang, et qu'on les dispose, comme précédemment, dans un verre contenant de l'eau chauffée à 37 ou 38°, l'on voit alors, au bout de quelques instans, le liquide sanguin s'élever, comme l'eau salée, l'eau passant vers le sang.

« Ces expériences curieuses donneront, ajoute-t-il, à quiconque voudra les répéter, une idée fort nette de l'absorption dans l'économie animale. »

En résumé, d'après tout ce qui précède, n'est-il pas démontré que la crainte de donner lieu à des hémorrhagies, par l'emploi des boissons alcalines, même à doses élevées, n'est nullement fondée? Ne semble-t-il pas, au contraire, que le meilleur moyen de combattre les dispositions aux hémorrhagies, serait de chercher à augmenter l'alcalinité du sang?

Quant aux inconvéniens qui peuvent résulter de l'abus que l'on peut faire des boissons alcalines, pour n'être pas de nature à disposer aux hémorrhagies, ils n'en sont pas moins réels; aussi la médication alcaline, comme toutes celles qui peuvent exercer une action puissante sur l'économie, demande-t-elle à être dirigée et surveillée.

Il est d'ailleurs facile de se faire une idée du trouble que les boissons alcalines doivent apporter dans nos fonctions, quand on en fait abus, ou qu'elles sont mal appliquées.

L'on sait, par exemple, que l'estomac, pendant la digestion, et pour le besoin de la transformation des alimens qui s'opère dans cet organe, produit une sécrétion particulière qui est plus ou moins acide. Si l'acidité y prédomine, il est évident que l'usage des boissons alcalines, pendant les repas, pourra être fort utile, que ce moyen devra rendre les digestions plus faciles; mais si, au contraire, l'estomac sécrète à peine la quantité d'acide nécessaire à l'accomplissement de la fonction dont il est chargé, et que l'on administre néanmoins des boissons alcalines aux repas ou pendant le travail de la digestion, que l'on vienne enfin neutraliser ainsi l'acidité dont la présence dans l'estomac était alors indispensable, nul doute que la digestion n'en soit troublée, et que, si l'on insiste pendant longtemps, la santé ne puisse s'en trouver altérée.

Il est démontré aussi, par tous les chimistes, comme le dit Liebig, que l'alcalinité du sang est une des premières et des plus importantes conditions de la combustion, de la production de la chaleur, et de la transformation des tissus organiques; mais si les sels alcalins sont nécessaires à l'accomplissement des fonctions les plus importantes à l'entretien de la vie, s'ils sont, comme le pensent les chimistes, un intermédiaire indispensable dans l'assimilation, ne peuvent-ils pas, comme dans la digestion stomacale, devenir nuisibles et apporter du trouble dans ces fonctions elles-mêmes, lorsqu'ils sont administrés avec excès, que le sang en est surchargé pendant très longtemps, et la santé ne peut-elle pas alors finir par en être altérée?

Cela ne peut faire de doute pour personne, mais on ne persuadera jamais qu'administrés à propos, et à doses convenables, ces sels, qui existent naturellement dans le sang de tous les animaux, comme une de ses parties les plus essentielles, où ils sont, ainsi que je viens de le rappeler, un intermédiaire indispensable dans l'accomplissement des fonctions de la vie, puissent avoir le moindre inconvénient; et il n'en reste pas moins démontré pour moi que les sels alcalins, surtout tels qu'ils se trouvent combinés dans les eaux minérales alcalines, ne soient, dans un grand nombre de cas, un modificateur des plus puissans, et peut-être le remède le plus précieux que nous ayons à opposer à la plupart des affections chroniques, et à certaines diathèses.

Agréez, etc.

Ch. Petit,
Médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

CHIRURGIE PRATIQUE.

EXTRACTION D'UN CALCUL PESANT VINGT-SEPT GRAMMES ET SITUÉ DANS LA RÉGION BULBO-MEMBRANO-PROSTATIQUE DE L'URÈTRE; par M. Bonnafont, chirurgien principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, etc.

Le nommé Chapplais, soldat remplaçant au 9e léger, entra à l'hôpital d'Arras, le 25 juin 1850, pour une tumeur située dans la région périnéale, et occasionnée par la présence d'un calcul dans la portion correspondante de l'urètre. Voici, du reste, l'histoire succincte de ce cas intéressant, tel que nous l'a racontée le malade :

Dès l'âge de 8 ans, il fut affecté de dysurie, compliquée de douleurs vives dans la vessie et dans toute la région lombaire. Le cathétérisme ayant fait reconnaître l'existence d'un calcul dans cet organe, on pratiqua la lithotritie, qui fut suivie d'un heureux succès. Mais, soit que quelque fragment fût resté dans la vessie, soit qu'un nouveau calcul eût obéi aux mêmes causes qui avaient présidé à la formation du premier, le malade dut être soumis, à l'âge de 14 ans, c'est-à-dire six ans après avoir été lithotritié, à une nouvelle opération. Cette fois, le chirurgien préféra la taille périnéale, qui fut pratiquée à Rennes par un de nos savans et habiles praticiens, M. Duval.

Mais le calcul s'étant brisé sous la pression de la tenette, l'extraction des fragmens devint difficile et très laborieuse. Ce fut un an environ après cette dernière opération, que le malade éprouva de vives douleurs au col de la vessie, suivies d'une grande difficulté d'uriner. Ces accidens dataient déjà de plusieurs mois, lorsqu'à la suite d'une pression violente que fit le malade dans la région anale pendant un renouvellement de souffrance, il sentit le calcul changer de place pour s'engager, en franchissant le col de la vessie, dans la portion membrano-prostatique de l'urètre; quelques jours après, ce corps étranger, qui provoquait peu de douleurs et qui gênait faiblement l'émission des urines pendant qu'il était engagé dans l'urètre, repassa dans la vessie, où il ne tarda pas à provoquer les mêmes accidens que ceux précédemment énoncés.

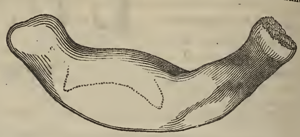
De là, nouveaux efforts et même succès de la part du malade pour ramener le calcul dans l'urètre. Ce va-et-vient urétro-vésical a duré neuf ans, avec cette circonstance remarquable que la présence du calcul dans l'urètre était quasi-insensible; tandis que dans la vessie, il y provoquait toujours les mêmes accidens. Cette particularité engagea le malade à faire tous ses efforts pour retenir le calcul dans l'urètre. Comme il avait remarqué que le passage du calcul dans la vessie se faisait de préférence la nuit, il avait pris la précaution de tenir sa main fortement appliquée sur l'anus, en pressant la région périnéale de bas en haut, afin de s'opposer à ce changement. Cette manœuvre finit par être couronnée d'un succès complet, car, depuis huit ans, le calcul était resté engagé dans l'urètre, où il a pris insensiblement un volume considérable.

Bien que ce corps étranger dans la portion la plus reculée du canal urétral n'ait donné lieu à aucun accident sérieux, sa présence, en raison du voisinage de certains organes, a provoqué quelques phénomènes physiologiques qui m'ont paru dignes d'être mentionnés. Ainsi, pendant les dix premières années, le calcul, qui n'avait encore qu'un faible développement, excitait les parois de l'urètre et provoquait des érections fréquentes qui se terminaient fréquemment par l'éjaculation. Mais le calcul ayant pris peu à peu de l'accroissement, les érections, quoique plus fréquentes peut-être, devinrent pénibles, ainsi que l'émission spermatique. Aussi, le malade commençait-il à redouter l'accomplissement de cet acte. Enfin, un jour ayant eu des relations avec une femme, le coït fut excessivement douloureux, et au lieu d'une éjaculation ordinaire, il éprouva une abondante hémorrhagie par le canal de l'urètre, accompagnée d'une douleur violente dans toute la région occupée par le calcul. Cet accident l'effraya tellement, que, depuis, il faisait tout son possible pour se soustraire et combattre la plus légère surexcitation des organes de la génération. Il est resté ainsi cinq ou six ans sans avoir de relations avec aucune femme; et plusieurs fois, malgré sa vigilance, il a pu s'assurer que l'acte de l'éjaculation était devenu non seulement impossible, mais, de plus, accompagné de douleurs violentes qui duraient toute la journée.

Quant à l'émission des urines, malgré qu'elle se fît lentement, elle n'était suivie d'aucune douleur. Depuis un mois seulement, les urines, au lieu de s'échapper en jet de l'urètre, ne sortaient plus qu'en nappe. Cet accident fit comprendre au malade la gravité de sa position, et l'obligea d'entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

Le diagnostic fut facile à établir, car la tumeur dure qu'on sentait en appliquant deux doigts sur la région du périnée près de l'anus, et mieux encore par le rectum, ne permettait aucun doute sur la cause qui la produisait. Ce diagnostic fut rendu encore plus certain par l'introduction d'une algalie dans l'urètre, dont l'extrémité, rencontrant le calcul, aurait dissipé toute incertitude, si elle eût été possible.

L'opération, que le malade réclamait avec instance, fut aussitôt arrêtée. Cependant, avant de la pratiquer, je fus curieux de m'assurer par quel moyen les urines se conduisaient dans l'urètre en traversant un corps étranger qui distendait tellement ses forces, qu'il ne me semblait pas possible qu'elles pussent se faire jour entre elles et le calcul. Je pensai que l'écoulement ne pouvait s'effectuer qu'au moyen de petites rigoles que l'urine aurait creusées à la longue sur la surface du calcul. Mais malgré les recherches les plus minutieuses, faites avec de petites bougies et de petits stylets en argent, il me fut impossible de rencontrer aucune espèce de lacune par où l'instrument pût s'engager, et pourtant les urines sortaient de l'urètre en formant alors un jet assez continu.



Le 1er juillet, je procédai à l'opération de la manière suivante. Le malade fut placé sur une table comme pour l'opération de la taille périnéale; pendant qu'un aide relevait fortement les bourses, je pratiquai sur la tumeur, en me rapprochant autant que possible de l'anus, une incision longue d'environ 4 centimètres; et, afin de ne pas hacher les tissus et surtout le canal de l'urètre, ce que devait faire craindre la surface rugueuse du calcul, j'eus soin de n'inciser d'abord que la peau et de me servir ensuite de la sonde cannelée pour couper insensiblement tous les tissus. Arrivé sur le canal de l'urètre, ses parois étaient si adhérentes au calcul, que j'eus quelques difficultés à y faire pénétrer la sonde. Cette portion urétrale incisée avec beaucoup de soin dans toute l'étendue de la plaie, j'espérai que l'extraction du calcul n'offrirait aucune difficulté; mais les tentatives infructueuses que je fis avec une pince en saisissant son extrémité externe, qui faisait une légère saillie à travers la plaie, me démontra qu'il y avait des adhérences entre certaines parties du calcul et la paroi postérieure de l'urètre, jusqu'au niveau de l'angle anal de l'incision; je la ramenai en glissant à droite et à gauche sur le calcul jusqu'à la plaie, détruisant ainsi, quelquefois avec peine, tous les points adhérens qui pouvaient exister entre le calcul et la muqueuse urétrale. Ce temps de l'opération terminé, j'introduisis le doigt indicateur dans le rectum, et, pressant légèrement l'extrémité vésicale du calcul de bas en haut et d'arrière en avant, son extrémité urétrale obéissant à ce mouvement de bascule, se dégagea complètement de la plaie au point de me permettre de le saisir avec le pouce et l'index de la main gauche et d'en opérer ainsi l'extraction. Celle-ci opérée sans trop de douleur, j'introduisis une sonde de femme dans la vessie, afin de m'assurer si elle était libre de tout corps étranger; cela étant, je lavai la plaie sur laquelle j'appliquai des fomentations froides, et je fis transporter le malade dans son lit. Quatre heures après, je renouvelai le pansement, et réfléchissant à l'application heureuse que je pouvais faire des serres-fines de M. Vidal, j'en appliquai quatre réunissant ainsi les trois quarts supérieurs de la plaie, laissant le quart inférieur pour l'écoulement des liquides.

Pendant les cinq premiers jours de l'opération, je sondai le malade chaque fois qu'il avait besoin d'uriner, quatre fois dans les vingt-quatre heures à peu près. Mais le passage du bec de la sonde, au col de la vessie, étant difficile et souvent très douloureux à cause du renflement (cul-de-sac) que l'extrémité du calcul y avait probablement déterminé, je fus obligé de laisser la sonde à demeure. Le malade la supporta bien pendant quinze jours environ. La plaie était alors au moins à moitié cicatrisée; l'autre moitié, béante à sa partie anale, laissait un libre cours aux urines qui s'engageaient entre la sonde et le canal de l'urètre; mais la présence de l'instrument ayant déterminé des accidens généraux assez graves, tels que la fièvre, des céphalalgies intenses et de l'insomnie; je suivis les préceptes que donne M. Velpeau en pareil cas, de la retirer. Comme le malade, pendant les accès de fièvre, se livrait à des ébats qui pouvaient compromettre le succès de l'opération en s'opposant à la cicatrisation de la plaie, je crus devoir parer à l'écartement des jambes en les liant au-dessus du genou au moyen de quelques tours de bandes. La fièvre ayant cédé tant à la suppression de la sonde qu'à l'administration de 10 décigrammes de sulfate de quinine en deux jours. Nous voulûmes supprimer la ligature des jambes, mais le malade, qui était pressé de guérir, les reliait tous les soirs, pensant ainsi hâter la guérison.

Dès ce moment, je ne remis plus la sonde, quoique la plaie ne fût pas encore cicatrisée. Je soumis le malade à un régime alimentaire un peu substantiel, et j'attendis les effets de la nature sous l'influence de cette médication. Les résultats en furent rapides, car douze ou quinze jours après, la plaie était cicatrisée; les urines sortaient facilement et sans douleur aucune par l'urètre; et l'état général, qui avait commencé à me donner des inquiétudes sérieuses, était revenu très satisfaisant. Ce malade est sorti de l'hôpital le quarantième jour de l'opération, complètement guéri.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 Octobre 1852. — Présidence de M. Piobert.

Épilepsie traitée par la trachéotomie.

M. Marshall-Hall communique un nouveau cas de succès du traitement de l'épilepsie par la trachéotomie.

Le malade dont il s'agit avait éprouvé des accès affreux et presque journaliers depuis vingt ans; il était devenu blême et maigre, avait perdu l'intelligence.

L'opération a été faite il y a sept semaines.

Cette épilepsie avait la forme de l'*epilepsia laryngea*, forme à laquelle la trachéotomie est appropriée et limitée.

Voici la description d'un de ces accès donnée par M. Mackarsie, de Clay Cross (Chesterfield), à qui la médecine est redevable de ce fait :

« L'accès est subit, jette le malade avec violence sur la terre; alors, pendant quelques minutes, il y a des efforts infructueux pour respirer, la respiration s'effectue enfin par des inspirations striduleuses d'abord; puis librement, et l'accès fini, restent le coma, l'oubli. Pendant l'accès, la figure est fortement congestionnée, le cou tuméfié, les veines gonflées. »

Depuis l'opération, il n'y a eu que des nuances avortées, mais point

d'accès. Le teint est devenu moins blafard, l'intelligence est moins affaiblie.

Le malade qu'a traité M. Cone continue à n'avoir plus d'attaques, portant toujours la canule depuis vingt mois.

Le malade de M. Mackarsie porte la canule depuis sept semaines.

Influence de la température sur les fibres nerveuses coupées.

M. Waller, de Bonn, adresse un huitième mémoire sur le système nerveux. Ce mémoire a pour objet l'exposition de quelques nouvelles observations sur l'influence de la température sur les altérations des fibres nerveuses coupées. L'auteur a constaté qu'une température élevée accélère l'altération qui survient dans la portion inférieure des nerfs divisés, tandis qu'une température basse, au contraire, arrête leur altération.

Influence de la lumière sur les mouvemens de l'iris.

M. J. Budge, de Bonn, adresse une note démontrant que la lumière a une influence directe sur les mouvemens de l'iris.

D'après les expériences ingénieuses de Lambert, Fontana et M. E.-H. Weber, on croyait, comme fait incontestable, que la lumière n'a pas d'influence directe sur l'iris, mais seulement par l'intermédiaire de la rétine et des centres nerveux. Par conséquent, on a regardé, jusqu'à présent, le rétrécissement de la pupille, produit par la lumière, comme un mouvement reflexe. M. Cudge a trouvé que la pupille se rétrécit aussi si l'on éclaire l'œil, après avoir coupé les deux nerfs optiques ou seulement un; mais il faut aussi avoir coupé le nerf qui produit la dilatation de la pupille.

Si l'on coupe à une grenouille auparavant le tronc du nerf grand sympathique, d'un côté, au-dessous du ganglion du nerf pneumo-gastrique, et en même temps les deux nerfs optiques, la pupille se rétrécit dans une heure ou un peu plus tard, du côté où l'on a coupé le nerf grand sympathique. Si alors on met cette grenouille dans une place obscure, la pupille, qui venait d'être contractée, se dilate, et quand on expose l'œil à la lumière, elle se rétrécit de nouveau. Mais la lumière n'agit point ou peu sur la pupille de l'autre côté où l'on a coupé seulement le nerf optique, mais pas le nerf grand sympathique.

Les résultats restent les mêmes si l'on coupe la tête à une grenouille et si l'on enlève les yeux de l'orbite. En ce cas, la pupille se rétrécit aussi par la lumière et elle se dilate quand on met l'œil à l'obscurité. On peut voir ce phénomène à peu près pendant une heure.

Cause des morts subites produites par le chloroforme.

M. Stanski, à l'occasion d'un nouveau cas de mort subite causée par la chloroforme, observé en Allemagne et rapporté la par *Gazette médicale* du 2 courant, rappelle qu'il y a plusieurs années déjà, il a développé, dans l'Union Médicale, son opinion relativement à la cause principale des morts subites survenues sous l'influence de cet agent anesthésique, et il a fait voir que toutes les personnes qui ont succombé subitement pendant l'emploi du chloroforme étaient dans la position assise.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Octobre.— Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique qui invite l'Académie à vouloir bien s'occuper de la rédaction d'une classification scientifique de la médecine pour faciliter la confection de la partie médicale du catalogue de la bibliothèque nationale que l'administration de cet établissement prépare en ce moment. (Comm. MM. Bérard, Malgaigne, Delafond, Guibourt, M. le Secrétaire perpétuel et MM. les deux bibliothécaires.)

2° Une lettre du ministre du commerce transmettant un procès-verbal d'expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Rennes, en présence des membres du conseil départemental d'hygiène publique et de salubrité, sur le traitement des fièvres intermittentes par la décoction de la racine de plantain. (Comm. des succédanés du quinquina.)

3° Une note de M. le docteur Bouchaillat-Perroux, de Cousance (Jura), qui soumet à l'examen de l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour rémédier aux fractures du col du fémur. (Comm. MM. Larrey et Malgaigne.)

4° Deux brochures en anglais de M. Robert Dundas, relatives au traitement des divers états fébriles continus par le sulfate de quinine.

5° Une lettre de M. Nadau, de Tonneins, qui soumet à l'Académie le programme suivant d'un cours d'hygiène populaire, pour lequel il a fondé un prix de 3,000 fr.

Programme d'un cours populaire d'hygiène publique et privée.

1° Faire connaître succinctement la constitution physique et morale de l'homme, les véritables conditions de sa santé, montrer l'heureuse influence d'une éducation forte et religieuse sur le caractère et le bien-être des hommes.

2° Exposer d'une manière générale les influences des climats, des vicissitudes atmosphériques, des habitations et des vêtemens.

3° Traiter du régime en général, du choix et de l'emploi des alimens et des boissons, et des habitudes qui s'y rapportent.

4° Insister sur les avantages de la sobriété, et plus particulièrement sur les dangers qui résultent de l'abus des boissons alcooliques, sur l'abrutissement qui en est la conséquence inévitable, les désordres, les crimes, etc.

5° Préconiser les avantages de la sobriété et de la tempérance parmi les hommes; dire quels ont été les heureux résultats obtenus par les Sociétés de tempérance en Angleterre et aux États-Unis.

3° Traiter de l'exercice et du travail, en montrant les bons effets sur la santé, dans les diverses professions, mais surtout dans la marine et l'agriculture.

7° Indiquer les principales causes des maladies, et montrer quels moyens de les prévenir peut fournir une sage application des lois de l'hygiène.

Nota. Après la distribution du prix, M. Nadau se chargera, concurremment avec le lauréat, de publier, *à ses frais*, les meilleures leçons du cours, afin de les répandre comme une sorte de catéchisme de la santé.

Météorologie médicale; — climat de Genève.

M. Lombard, de Genève, lit un mémoire ayant pour titre : De la météorologie médicale et de l'étude des climats, considérées au point de vue médical.

Dans la première partie de son travail, l'auteur expose quelques principes généraux de météorologie médicale, qu'il applique ensuite à l'étude particulière de la climatologie de Genève. Nous extrayons de son travail la dernière partie, celle qui a trait à l'application de la méthode à l'étude du climat de Genève :

En prenant pour exemple de l'application de cette méthode l'étude du climat de Genève, nous signalerons, dit M. Lombard, quelques-uns des résultats auxquels nous sommes arrivé dans les diverses parties dont se compose notre mémoire.

1° Après avoir établi les règles d'après lesquelles on arrive à établir l'échelle croissante et décroissante, nous avons reconnu que pour le climat de Genève les mois sont rangés dans l'ordre suivant, en commençant par le mois qui est le plus morbide et en finissant par le mois qui est le plus sain : *1° février, 2° avril, 3° mars, 4° janvier, 5° mai, 6° juin, 7° décembre, 8° août, 9° juillet, 10° novembre, 11° septembre, 12° octobre.*

Puis, en comparant cette échelle pathologique avec les échelles météorologiques, nous sommes arrivé à reconnaître les influences pathologiques suivantes : à une température froide et durable, sèche et variable, à l'abaissement et à de fortes oscillations du baromètre, à la prédominence du vent du nord et à la rareté des brouillards, correspond *une forte morbidité.*

Et inversement, à une température chaude et prolongée, humide et peu variable, à la rareté des vents du nord, à la hauteur comparative et à de faibles oscillations des baromètres, ainsi qu'à la fréquence des brouillards, correspond *une faible morbidité.*

2° En décomposant la population dans ses divers élémens, nous sommes arrivé à déduire les conséquences suivantes :

1° *Quant au sexe et à l'âge*, plus il y a de force de résistance, soit en raison du sexe, soit en raison de l'âge, plus la chaleur est fâcheuse, tandis que l'influence morbide du froid s'exerce plus spécialement sur le sexe le plus faible et sur les personnes qui, par leur âge, sont privées d'une certaine force de résistance vitale.

2° *Quant à la condition sociale*, les classes pauvres et ouvrières possèdent une plus grande force de résistance aux influences morbides des saisons.

3° Quant aux maladies annuelles, nous ne pouvons citer qu'un seul exemple, celui des maladies *du tube digestif* considérées dans leur ensemble. Voici les résultats de nos recherches sur ce point : 1° les mois d'août et de septembre sont l'époque du plus grand nombre de malades et de décès; 2° l'hiver est la saison qui compte le plus petit nombre de malades et de décès; 3° l'été est la saison la plus chargée en malades, et l'automne celle qui compte le plus grand nombre de décès; 4° entre les deux extrêmes, juillet, époque du maximum, et décembre, époque du maximum, la croissance et la décroissance des malades suivent une marche parfaitement régulière, très lente de décembre en juillet, et très rapide de juillet à décembre; 5° l'influence des vicissitudes atmosphériques est plus prononcée sur les décès que sur les malades.

4° Quant à la nature pathologique des maladies, voici quelques résultats généraux : 1° les maladies *inflammatoires* sont fréquentes en hiver et au printemps; le maximum des malades tombe sur janvier et février, tandis que le maximum des décès correspond à février et à mars. Le minimum des malades tombe sur l'automne, mais à cette époque leur gravité est plus grande, de telle manière qu'à un petit nombre de malades correspond un assez grand nombre de décès; 2° les *maladies bilicuses* augmentent lentement en décembre, époque du maximum jusqu'à mai, font un saut rapide en mai et juin, époque du maximum, et dès lors diminuent lentement jusqu'à décembre; 3° *les maladies rhumatismales* sont surtout fréquentes au printemps et en hiver, et deviennent fort rares en automne et surtout en été; 4° *les maladies névralgiques* sont très fréquentes au printemps et très rares en été et en automne; 5° *les maladies hémorrhagiques* sont fréquentes et graves au printemps et en automne, rares et bénignes en hiver et en été; 6° *les maladies catarrales aiguës* sont fréquentes en hiver et au printemps, et rares en automne et en été; 7° *les maladies éruptives sporadiques* sont fréquentes au printemps et en été, et rares en hiver et en automne; les maladies éruptives épidémiques nous présentent une très forte prédominance du printemps sur toutes les autres saisons; 8° *les maladies miasmatiques* paludéennes sont fréquentes en été et au printemps, et rares en automne et en hiver; 9° *les fièvres typhoïdes* ont leur maximum en octobre, et leur minimum en mars, et la disproportion entre les deux mois extrêmes est très considérable, car on compte sept fièvres typhoïdes en octobre pour une en mars. La mortalité occasionnée par les fièvres typhoïdes est à son maximum en octobre et à son minimum en juillet.

Si maintenant nous recherchons quelle est l'intensité des influences atmosphériques sur le développement de ces divers ordres de maladies, nous pourrons établir l'ordre suivant, en commençant par celui qui est le plus facilement influencé par les vicissitudes atmosphériques : 1° les fièvres typhoïdes; 2° les fièvres intermittentes; 3° les maladies catarrhales; 4° les maladies éruptives; 5° les maladies inflammatoires; 6° les maladies névralgiques; 7° les maladies hémorrhagiques; 8° les maladies rhumatismales; 9° les maladies *bilieuses*. (Commiss. MM. Rostan, Soubeiran, Villermé.)

Rapport sur une observation de renversement complet de la matrice réduit avec succès au bout de quinze mois.

M. Danyau lit un rapport sur une observation de renversement complet de la matrice, dont la réduction fut tentée avec succès au bout de quinze mois; par M. le docteur Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. le rapporteur, après avoir rappelé les détails de l'observation, se proposant de rechercher comment M. Barrier est parvenu à un si heureux résultat, s'exprime en ces termes :

Quelle est la part du chloroforme? Quelle est celle du procédé mis en usage? Quelle est celle de l'opérateur lui-même? Enfin, ne peut-on pas se demander si un ensemble de circonstances fortuites, le hasard en un mot, n'a pas aussi contribué à cette prompte et facile réduction?

Que le chloroforme ait joué un rôle dans cette heureuse tentative, qu'il ait prévenu ou fait cesser l'antagonisme des muscles abdominaux, et de tout l'appareil musculaire soumis à l'empire de la volonté, et qu'il ait, par conséquent, annulé l'un des obstacles à la réduction, c'est ce qu'on ne saurait mettre en doute. L'exemple de ce qui se passe dans les hernies étranglées, quelquefois si merveilleusement réduites à l'aide du chloroforme, était trop frappant pour qu'on n'ait pas déjà songé à tirer parti de ce précieux adjuvant dans la réduction du renversement de l'utérus. Kilian donne positivement le conseil d'y recourir; mais personne, avant M. Barrier, ne l'avait (à ma connaissance du moins) mis, en pareil cas, en usage.

Si dans un étranglement herniaire, où le chloroforme n'a d'autre effet que de paralyser les efforts que provoque un taxis plus ou moins douloureux, l'anesthésie a quelquefois si puissamment concouru à la réduction, que ne doit-on pas attendre de son action quand l'obstacle à vaincre, au lieu de résider dans une ouverture aponévrotique, qui ne peut être que faiblement modifiée par la tension ou le relâchement des muscles, tient à la contraction spasmodique d'un anneau véritablement musculaire? C'est bien cet obstacle que Kilian avait en vue, plus encore que la résistance opposée par le malade sous l'influence de la douleur; c'est à défaut de l'opium et de la belladone, et pour suppléer à leur insuffisance, qu'il recommande le chloroforme. Or, sur quoi se fondait l'espoir de Kilian? Quels faits, ou du moins quelles analogies pouvait-il invoquer? Il ne s'explique pas à cet égard, et plus complet encore est le silence de M. Barrier, qui ne paraît frappé que de l'avantage évident et très réel qui résulte de l'insensibilité et de l'inamovibilité de la malade. Si cet effet visible n'est pas le seul, si le chloroforme peut agir sur l'utérus lui-même, cet heureux résultat manque encore de démonstration et d'explication. L'influence des anesthésiques, et en particulier du chloroforme sur l'utérus pendant la parturition, n'est pas encore bien exactement déterminée. Tour à tour on leur attribue la vertu d'accroître les douleurs trop faibles, de calmer les douleurs trop violentes, de régulariser celles qui sont irrégulières, spasmodiques; incapables, suivant les uns, de troubler en rien la marche du travail, ils auraient, suivant les autres, le grave inconvénient de le ralentir assez souvent, de l'arrêter même quelquefois. Cette variété d'effets observés par des hommes compétens tient très certainement à des conditions dont les différences n'ont point encore été nettement démêlées. Pour notre objet, nous nous contenterons de reconnaître que le spasme de l'utérus cède quelquefois aux inhalations du chloroforme, et que, dans l'état d'anesthésie, il peut y avoir pour la main et les instrumens une facilité d'introduction, et une liberté de mouvement qui permettent de terminer un accouchement jusqu'alors impossible.

Le développement si remarquable de la couche musculaire de l'utérus pendant la grossesse, et l'action si énergique de cet organe au moment de la parturition, semblent être des conditions essentielles de ce spasme. S'il est encore à craindre lorsque l'expulsion du fœtus vient d'avoir lieu, et s'il s'observe, en effet, quelquefois, malgré un premier et considérable retrait, les fibres extérieures conservent une grande énergie contractile, si, par exemple, on le voit survenir avant la délivrance, et donner lieu à l'enkystement du placenta; si on peut très raisonnablement l'admettre encore dans un renversement récent de l'utérus, en est-il de même dans une inversion qui date de plusieurs semaines, de plusieurs mois, et à plus forte raison de plusieurs années?

Quand, au lieu d'une rétraction brusque, soudaine, portée dans une partie de l'organe au-delà des limites naturelles, on n'a plus affaire qu'à ce retrait progressif et lent des fibres utérines qui les ramène à ce qu'on peut appeler leur état de repos, et qu'un état spasmodique évident ne peut plus être invoqué; quand, en un mot, les conditions ne sont plus comparables, les mêmes effets peuvent-ils être espérés? En d'autres termes, le chloroforme est-il capable de produire sur un utérus dans l'état de vacuité un tel relâchement de ses fibres, que le resserrement naturel de ses orifices, par exemple, cède au moindre effort fait pour les franchir?

Les observations nous font défaut; mais alors même que sans crainte de nous tromper, nous pourrions répondre par la négative, s'en suivrait-il que ce qui semble impossible dans un utérus vide et à l'état normal, le fût également dans un utérus vide aussi, mais à l'état de renversement chronique? D'un côté, un organe dont toutes les fibres se font équilibre et sont véritablement en repos, dont les congestions périodiques sont modérées et dont la vie redevenue silencieuse et presque passive ne subit aucun trouble; de l'autre, un organe augmenté de volume, habituellement hypérémié, souvent saignant, dont les fibres, renversées et entretenues par ce déplacement et la compression qui en résulte dans une sorte d'excitation, conservent la faculté de se relâcher et de se contracter brusquement sous l'influence d'une cause extérieure, comme l'a bien prouvé le fait si connu de Mme Boucharlatte. Ne sont-ce pas là des conditions bien différentes et qui peuvent faire admettre pour le second cas ce qui semble tout à fait inadmissible pour le premier, à savoir, la possibilité d'une action favorable du chloroforme sur l'utérus lui-même à l'état de renversement chronique?

En ce qui concerne le premier point, nous pensons donc que le chloroforme a eu une part importante dans le succès de M. Barrier, non seulement en paralysant toute espèce de résistance de la part des muscles abdominaux, mais probablement aussi en assouplissant, en relâchant les fibres utérines, dont le resserrement faisait obstacle à la réduction.

Des deux méthodes conseillées pour la réduction du renversement de l'utérus, l'une qui consiste à faire rentrer d'abord les parties qui se sont renversées les dernières, et à réduire en dernier lieu les premières déplacées, nous a toujours paru ne pouvoir convenir qu'aux cas d'inversion médiocre et très récente. Encore sommes-nous convaincu que, dans des circonstances aussi favorables, on réussirait au moins aussi bien par l'autre méthode. On sait qu'elle consiste à agir d'abord sur le fond de l'utérus qu'on déprime, qu'on refoule et qu'on fait rentrer à travers le pédicule graduellement élargi de la tumeur, et enfin à travers l'orifice.

Les observations de réduction tentée avec succès à une époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement sont toutes ou presque toutes, relatives à des cas dans lesquels la seconde méthode a été suivie, et tandis que celle-ci peut invoquer en sa faveur d'assez nombreuses réussites, l'autre n'a que des descriptions assez vagues sans faits, et des partisans médiocrement convaincus. C'est ce dont on peut s'assurer en lisant les ouvrages de Puzos, de Leroux, de Johnson, de Blundell, etc.

La seconde méthode a pour elle non seulement les résultats décisifs de l'expérience clinique, mais encore, nous le croyons du moins, l'avan-

tage d'une explication rationnelle fondée sur une plus exacte connaissance des faits pathologiques. Qu'on obtienne une certaine dépression du fond de l'utérus renversé, et on aura fait un grand pas, un pas immense vers la réduction. Les faits parlent encore ici, et démontrent qu'après ce premier résultat, tout change de face, et que si la main seule, ou armée d'un instrument convenable, persiste dans ses efforts bien dirigés, la réduction s'opère graduellement, se complète même quelquefois avec bruit, comme par une sorte de mouvement élastique. C'est qu'alors et seulement alors un commencement de dilatation, une dilatation progressive et bientôt suffisante pour la réduction, s'opère dans dans la longueur du pédicule, à mesure que les doigts réunis en cône poussant devant eux la partie déprimée, s'insinuent par pression dans les anneaux superposés qui les composent, et les élargissent par un effort excentrique.

Si tout ce que nous venons de dire à propos du renversement récent est exact, ne l'est-il pas plus encore à propos du renversement chronique et depuis longtemps pédiculé? Nulle autre méthode ne peut alors offrir de chances de succès que celle dont nous venons d'expliquer le mode d'action et les avantages; encore faut-il que des préparations convenables aient assoupli les fibres utérines, au point que, même après une dépression obtenue, les doigts ne viennent pas heurter contre un obstacle infranchissable. C'est ce moyen d'assouplissement qu'on avait vainement cherché jusqu'à ce jour, dont l'absence explique si bien le résultat infructueux de tant de tentatives, et qu'on peut espérer d'avoir enfin trouvé dans les inhalations de chloroforme.

Cette méthode de réduction était évidemment la seule à laquelle pût songer l'habile chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le procédé qu'il a suivi, et que nous avons fait connaître en détail, montre à quel point il s'était pénétré des difficultés qu'il avait à vaincre. S'il est vrai, comme nous l'avons dit, qu'une dépression de la partie déclive de la tumeur importe tant au succès de l'opération, si, comme ne manqueront pas de le reconnaître les chirurgiens qui ont tenté de réduire un renversement chronique de l'utérus, rien n'est plus difficile à obtenir, faute de point d'appui, nous devons reconnaître que M. le docteur Barrier a résolu le problème de la manière la plus simple et la plus heureuse. Quand l'utérus est revenu à un petit volume et que le renversement l'a amené dans le fond de l'excavation pelvienne, peut-on compter, pour le fixer, sur une main placée à l'hypogastre? Quelle que soit la compressibilité des parties abdominales, n'échappera-t-il pas à cette pression régularisatrice? Emploiera-t-on, pour rendre l'utérus immobile, le singulier procédé de Kilian, qui conseille d'introduire le doigt dans le rectum, de le recourber, et de s'en servir pour l'accrocher par le haut de la cavité nouvelle qu'il forme, par sa face péritonéale? Combien plus simple, plus rationnel n'est pas le procédé de M. Barrier! A l'aide des quatre derniers doigts placés deux à deux sur les parties latérales de la tumeur, il appuie fortement l'organe contre le sacrum, et avec son pouce resté libre, il déprime peu à peu la partie la plus déclive; après quoi substituant l'index et le médium au pouce, il termine la réduction en continuant avec ces deux doigts la pression de bas en haut et d'arrière en avant, suivant l'arc du détroit supérieur.

Vous avez vu, Messieurs, par le récit détaillé que nous avons extrait du mémoire de M. Barrier, avec quelle merveilleuse promptitude et quelle facilite inespérée cet heureux résultat a été obtenu. Nous pensons, et c'est le second point que nous nous étions proposé d'élucider, que le procédé de M. Barrier y a grandement contribué.

M. le rapporteur termine en proposant à l'Académie d'adopter les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Barrier pour son intéressante communication, et le féliciter du remarquable succès qu'il a obtenu;

2° Renvoyer son travail au comité de publication.

Après quelques observations de M. Velpeau, sur l'emploi du chloroforme, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Des eaux potables.

M. Boullay lit en son nom et celui de MM. Boutron et O. Henry, un rapport sur un ouvrage manuscrit, ayant pour titre : Des eaux potables en général, considérées dans leur constitution physique et chimique, et dans leurs rapports avec la physique, la géologie, la physiologie générale et l'hygiène publique, ainsi que dans leurs applications à l'industrie et à l'agriculture, en particulier, des eaux utilisées dans les deux arrondissemens du Havre et d'Yvetot; par M. Eugène Marchand, pharmacien à Fécamp.

M. le rapporteur, après un résumé analytique des principaux résultats constatés par M. Marchand, conclut en ces termes :

La commission propose :

1° Qu'il soit écrit à M. Eugène Marchand pour le remercier et le féliciter de sa communication;

2° Que son ouvrage n'étant pas, par son étendue, susceptible de faire partie des publications de l'Académie, l'extrait qu'en a fait l'auteur soit renvoyé au comité de publication;

3° Que le volume manuscrit, contenant l'œuvre entière, soit placé dans les archives;

4° Enfin, que le nom de M. E. Marchand soit placé sur la liste des candidats aux places vacantes, parmi les membres associés de la compagnie. (Adopté.)

Recherches sur les résultats définitifs des traitemens employés pour la cure radicale de l'hydrocèle vaginale.

M. Hutin, médecin en chef de l'hôtel des Invalides, dépose sur le bureau un mémoire sous ce titre, qu'il résume en ces termes :

A la fin de l'année 1845, et en janvier 1846, un savant rapport de M. le professeur Velpeau a amené l'Académie à s'occuper du traitement de l'hydrocèle vaginale par les injections iodées.

Plusieurs de ses membres ont pris part à la discussion, et se sont prononcés les uns pour, les autres contre cette méthode.

Des pièces de ce procès, il semble résulter que l'on admette en principe que la cure de cette affection ne peut se faire sans la disparition de la cavité vaginale et son entière oblitération. C'est là l'idée à peu près dominante aujourd'hui. Cependant Pott, d'illustre mémoire, avait déjà indiqué que cette oblitération n'était point indispensable, et MM. Ward, Green et Ramsden ont professé la même croyance, à l'appui de laquelle M. Velpeau cite, dans sa *Médecine opératoire*, un fait recueilli à la Pitié en 1831.

J'ai cru qu'il y aurait de l'intérêt à savoir ce qui se passe réellement en cette occasion. Placé dans d'heureuses circonstances pour cela, j'ai tenu note, depuis 1845, des opérations d'hydrocèle pratiquées à l'hôtel des Invalides, où nos malades ne sont pas, comme dans les hôpitaux, perdus pour nous à partir de leur sortie des salles.

J'ai recherché également les hommes traités pour la même affection avant cette époque, et ces deux notes m'ont fourni la statistique suivante :

Trente-quatre militaires opérés avant mon arrivée à l'hôtel existaient encore, savoir :

3 soumis à l'emploi du séton, par Sabatier.

2 à l'excision par Percy, pendant leur jeunesse.

3 à l'incision, par Yvan.

8 à l'emploi de la potasse caustique, par le même.

8 à l'usage d'une sonde flexible laissée à demeure, par Larrey.

2 à des injections vineuses, par Pasquier père.

3 à des injections de même nature, par Pasquier fils.

4 à des injections iodées, par le même.

1 Enfin avait subi, en 1838, une simple ponction sans injection, faite par M. Desruelles, au Val-de-Grâce. Une violente inflammation s'était déclarée; on l'avait combattue à l'aide de sangsues. La guérison de l'hydrocèle s'en était également suivie.

30 hommes ont été opérés dans mon service depuis 1845.

Parmi eux, 2 ont subi de simples ponctions évacuatrices, les 28 autres ont été soumis à des injections iodées. Dans ce dernier nombre se trouve un invalide à qui déjà M. Aronson avait fait inutilement, à Strasbourg, une injection vineuse cinq ans auparavant.

28 des 34 premiers sont morts, et 2 ont quitté l'hôtel.

15 de ces 30 opérés sont morts aussi.

Les uns et les autres ont succombé à des affections diverses tout à fait étrangères à l'opération, et tous fort longtemps après la guérison de leurs hydrocèles.

Chez les 28 anciens opérés, dont un avait subi l'injection iodée, il y avait oblitération complète de la cavité vaginale.

Parmi les 15 hommes décédés sur les 30 que j'ai soumis à l'injection iodée, 7 offraient des adhérences complètes oblitérant la cavité séreuse; 4 présentaient des adhérences partielles seulement; et 4 n'en fournissaient pas de trace.

Tels sont, en résumé, les faits développés dans le mémoire que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, et qui m'ont porté à conclure :

1° Que Pott avait dit vrai, en avançant que la disparition de la cavité vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle.

2° Que cette disparition semble être la conséquence la plus ordinaire des traitemens employés jadis, et même des injections vineuses.

3° Qu'elle arrive moins fréquemment à la suite des injections iodées, s'il devient constant, par des recherches nouvelles, que les choses se passent habituellement comme elles se sont passées ici.

La séance est levée à quatre heures et demie.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le docteur Fauconneau-Dufresne.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans la dernière des analyses intéressantes et précises que vous faites des savantes et utiles leçons de M. Magendie, au Collége de France, analyses que vous publiez dans l'Union Médicale, vous terminez, page 487, du n° 121, tome vi, par ce paragraphe :

« Il serait aussi utile qu'intéressant de rechercher l'action des différentes liqueurs de l'économie sur toutes les substances qui sont employées en médecine. Ce travail considérable, qui n'est pour ainsi dire qu'effleuré par M. Magendie, serait digne d'occuper toute l'attention d'un savant qui voudrait entrer dans cette voie de recherches. »

Certes, je n'ai pas la prétention de me croire le savant que vous désirez et que vous cherchez, mais je viens vous dire que depuis 1834, époque à laquelle l'Académie des sciences mit au concours la question suivante : *Quelles sont les altérations physiques et chimiques du solide et du liquide dans les maladies désignées sous le nom de* fièvres continues?

Je me suis mis à l'œuvre avec M. le docteur Montault. Ce confrère, mort il y a quelques années, reçut, dans son temps, à titre d'encouragement, une médaille de 1,500 fr., pour la partie médicale dont il s'était spécialement chargé.

Quant à moi, moins avancé dans mes expériences, je continuai l'examen de la partie chimique, et bientôt je reconnus que le travail demandé était des plus difficiles, impossible même, chimiquement parlant. En effet, où trouver des liquides et des solides normaux pour les étudier et les comparer avec des liquides et des solides pathologiques?

J'abandonnai donc des expériences qui ne pouvaient résoudre la question posée, et j'en fis d'autres qui se trouvent, en sens inverse, il est vrai, dans l'esprit et le but que vous exprimez aujourd'hui, à savoir : quel rôle peuvent jouer les médicamens dans l'inaltération des différentes humeurs de l'économie?

Je mis en contact le sang, la bile, les urines provenant de sujets atteints de fièvres typhoïdes, de scrofules, de syphilides avec les acides végétaux et minéraux, l'iode, les iodures, les chlorures de mercure, les teintures alcooliques de gayac, de raifort, les tisanes de patience, de bardane, de salsepareille, etc., etc. J'agis de même avec les sérosités des cholériques, les humeurs des goutteux, des rhumatisans, et je vis que l'action des agens chimiques et pharmaceutiques, employée contre toutes ces affections, était manifeste, importante à connaître; qu'elle démontrait, une fois de plus, l'*essentialité* de la médecine humorale, et la nécessité d'expulser promptement de l'économie les humeurs viciées; qu'il fallait tenir compte de cette viciation dans le traitement des fièvres typhoïdes, viciation admise, d'ailleurs, dans les observations et les écrits d'un médecin distingué de l'hôpital Necker, de M. le docteur Delaroque.

Bientôt, je l'espère, je publierai mon travail, travail pris et repris à plusieurs fois, dont il a été question déjà dans une thèse soutenue en 1843, à la Faculté de médecine de Paris, par M. le docteur Rouillon, et à l'occasion duquel j'ai déposé un paquet cacheté à l'Institut.

Agréez, etc.

Dr F. Foy.

AVIS.

MM. les médecins et pharmaciens du département de la Seine dont les noms ne figurent pas dans **L'Almanach général de médecine**, fondé par M. Domange-Hubert, et continué par l'administration de l'Union Médicale, sont invités à adresser les indications nécessaires au bureau du journal, *avant le 1er novembre prochain.*

MM. les médecins et pharmaciens qui auraient des rectifications à faire apporter dans cet Almanach, sont invités aussi à les faire connaître à la même adresse et avant la même époque.

L'Almanach général de médecine pour 1853 devant être mis en vente avant le 1er janvier prochain, il est urgent que les communications soient promptement adressées à l'administration.

On souscrit au bureau de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

PRIX : 3 FR. 50 C.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Avis aux botanistes. — Le riche herbier, la collection unique rassemblée par Nees Van Esenbeck est en vente en ce moment à Breslau. Cette collection se compose de 340 volumes arrangés suivant le système de Linnée. Chaque volume renferme de 100 à 120 espèces, et la collection est surtout riche en plantes des Indes-Orientales, du Cap, de l'Australie et des tropiques. Il y a aussi un volume de plantes du Brésil qui ne sont pas encore classées, 5 volumes de *plantæ Whightianæ* et 3 volumes de plantes du Japon. Chaque volume est offert à un prix fixe qui varie suivant sa valeur particulière et relative. Toute la collection est estimée 70,000 fr., ce qui met le prix de chaque volume à 200 fr. environ.

Progrès de la vaccination. — *La Société nationale de médecine*, fondée à Londres depuis plusieurs années, a présenté, par l'ordre de la reine, son rapport annuel au Parlement. Nous y puisons les curieux documens qui suivent : dans l'année 1851, la Société a reçu 218,632 demandes de vaccin, c'est-à-dire un excédant de 39,262 sur les années précédentes. A la connaissance de la compagnie, il y a eu 133,579 individus vaccinés. D'après un rapport publié par les soins d'Ibrabim-Bey, il y a eu en 1850, dans les villes et les provinces de la Basse-Egypte, 45,642 personnes vaccinées, et le nombre s'élève déjà, pour les cinq premiers mois de l'année 1852, à 29,302. Les documens fournis par la Société de vaccine de Londres signalent ce fait déplorable, que toute la lymphe vaccinique expédiée à Angola, ainsi qu'aux divers comptoirs de la côte d'Afrique, n'avait produit aucun effet sur les nombreux sujets qui en avaient été inoculés. Aussi, a-t-il été décidé qu'au lieu d'expédier, comme on l'avait fait jusqu'ici, le vaccin par la poste, on préparerait dorénavant la lymphe à l'état sec, qu'on l'assurerait bien contre l'accès de l'air et contre l'humidité, et qu'on la confierait à un agent responsable.

Associations médicales. — L'association médicale des États sardes tiendra sa séance annuelle le 11 octobre, dans la ville de Gênes. Nous avons sous les yeux le programme des questions qui doivent être traitées. La première qui sera discutée en séance générale sera relative à un projet de code sanitaire préparé par le conseil de santé. Voici les autres questions :

Section de médecine. — 1° Quels sont les effets de la culture du riz et les moyens de remédier aux dangers de cette culture?

2° Quelle est la meilleure organisation des institutions sanitaires de bienfaisance?

Section chimico-pharmaceutique. — 1° L'exercice de la pharmacie doit-il être déclaré libre pour quiconque possède un diplome? 2° Doit-on maintenir la diversité des épreuves probatoires, suivant que le pharmacien doit exercer à Turin ou dans les provinces? 3° Quelle doit être l'organisation des études pharmaceutiques?

L'association sera présidée par le professeur Bo, président; Arrighetti et Torze, vice-présidens; secrétaires, MM. Muslom et Avuta.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, ou Répertoire de toutes les questions relatives à la santé publique, considérées dans leurs rapports avec les subsistances, les épidémies, les professions, les établissemens et institutions d'hygiène et de salubrité, complété par le texte des lois, décrets, arrêtés, ordonnances et instructions qui s'y rattachent, par le docteur Amb. Tardieu, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — 2 forts vol. grand in-8. En vente. Tome Ier, grand in-8 de 600 pages. Prix : 8 fr.

Iconographie ophthalmologique, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. Sichel, professeur d'ophthalmologie, médecin oculiste des maisons d'éducation de la Légion-d'Honneur, etc.

Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons, composées chacune de 28 pages de texte grand in-4°, et de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau avec le plus grand soin.

Les livraisons 1 et 2 sont en vente.

Une livraison paraîtra toutes les six semaines.—Prix de chaque : 7 fr. 50 c.

Traité de la vieillesse, hygiénique, médical et philosophique, ou Recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés, de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence, par le docteur J.-H. Réveillé-Parise, membre de l'Académie nationale de médecine, etc.

Un volume in-8 de 500 pages. — Prix : 7 fr.

« Peu de gens savent être vieux. » (La Rochefoucault.)

Traité des hydropisies et des kystes, ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités closes naturelles et accidentelles, par le docteur J. Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, ancien médecin de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et en Algérie.

Un volume in-8 de 640 pages. — Prix : 7 fr. 50 c.

Traité de chimie anatomique et physiologique, normale et pathologique, ou des principes immédiats normaux et morbides qui constituent le corps de l'homme et des mammifères, par Charles Robin, docteur en médecine et docteur ès-sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur d'anatomie générale, ancien interne des hôpitaux de Paris, élève lauréat à l'école pratique de médecine, membre des Sociétés de biologie, philomatique, entomologique et anatomique de Paris, correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Stockholm; et F. Verdeil, docteur en médecine, chef des travaux chimiques à l'Institut national agronomique, professeur de chimie, membre de la Société de biologie de Paris et de la Société helvétique d'histoire naturelle.

3 forts volumes in-8°, accompagnés d'un atlas de 45 planches dessinées d'après nature, gravées, en partie coloriées. — Prix : 36 fr.

Tous ces ouvrages se trouvent à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie nationale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 127. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 23 Octobre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.

6 Mois........... 17

3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

ÉTUDE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LE PEMPHIGUS CONGÉNITAL.

On se rappelle les longues et savantes discussions dont les accidens secondaires de la syphilis et le pemphigus, en particulier, ont fourni le sujet à l'Académie de médecine dans ces derniers temps; on se souvient des doutes qui se sont élevés dans l'illustre assemblée, relativement à l'origine syphilitique de cette maladie chez les nouveau-nés ; je n'ai ni la prétention ni le pouvoir de résoudre une question qui ne peut être tranchée que par un chiffre suffisant d'observations lentement recueillies. Mon rôle, ici, sera plus modeste. J'ai recherché tous les faits de pemphigus congénital épars dans la science ; je viens, après avoir rassemblé les plus importans, les mettre purement et simplement sous les yeux des lecteurs. Aux hommes compétens le soin de conclure.

Les auteurs ont compris, sous le nom de pemphigus congénital, toutes les affections vésiculeuses et bulleuses, de la peau que l'enfant peut présenter au moment de la naissance. La bulle n'étant, à proprement parler, que la vésicule arrivée à un plus grand degré de développement, une distinction entre l'une et l'autre devient inutile, car elle ne reposerait pas sur une différence dans la nature de la lésion élémentaire.

La connaissance du pemphigus congénital remonte à la fin du XVIIme siècle. On trouve dans les *Miscell. Acad. nat. cur.* (dec. 2, an. 1683, p. 63), une observation de P. Ledel, qui vit couvert de bulles nombreuses le corps d'un fœtus dont la mère s'était adonnée à l'ivrognerie tout le temps de sa grossesse. Il n'est pas question, dans cette observation, des antécédens syphilitiques de cette femme. Mais la passion brutale à laquelle elle elle se livrait rend sa moralité très suspecte, et il est permis de supposer qu'elle n'était pas exempte de passions d'une autre espèce et des maladies qu'elles entraînent.

En 1818, Osiander, professeur de Gœttingue, rapporte, dans son *Recueil d'observations pour la médecine*, quatre faits constatant l'existence du pemphigus sur des enfans qui venaient de naître et qui portaient des vésicules non seulement sur les membres supérieurs et inférieurs, mais aussi à la tête et à la face. Dans l'un de ces cas, l'éruption se fit même une seconde fois quinze jours après la naissance, les premières vésicules s'étant en partie affaissées et vidées.

L'auteur que je viens de citer cherche à prouver l'identité de la maladie qu'il a observée sur ces enfans avec le pemphigus qui se déclare après la naissance, en s'appuyant sur le diagnostic de cette affection, tel qu'il a été établi par Wichmann, en 1791, dans son travail sur le pemphigus. Selon Osiander, la forme circonscrite de ces petites bulles, l'humeur gélatineuse qu'elles renferment, l'aréole rouge dont la plupart sont entourées à leur base, la manière dont elles s'affaissent et se vident les font rentrer dans la classe des exanthèmes bulleux, et s'opposent à l'idée de phlyctènes gangréneuses, avec lesquelles on pourrait les confondre en se livrant à un examen superficiel. Un seul des enfans dont parle Osiander a guéri de cette maladie; les autres sont morts peu de temps après la naissance. Ceux-ci portaient des maladies organiques plus ou moins graves dans quelques-uns de leurs viscères, notamment au foie; tous étaient venus au monde dans un état d'apoplexie ou d'asphyxie qui donnait lieu à un fâcheux pronostic sur la continuation de leur vie.

Le professeur de Gœttingue est disposé à considérer, comme cause de la maladie qu'il a observée, le *poisson salé* dont deux de ces femmes s'étaient nourries pendant un mois ou deux de leur grossesse.

En 1820, Lobstein publia, dans le *Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales* (t. VI, p. 3), une observation de pemphigus congénital qui mérite de fixer un instant notre attention.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, qui avait été atteinte, vers le quatrième mois de sa grossesse, d'une *affection psorique*. Néanmoins, l'accouchement se fit à terme. L'enfant, venu au monde dans un état apoplectique, mourut une heure après sa naissance. Le cadavre fut examiné le lendemain.

Les joues offraient un nombre infini de petits points pourprés, semblables aux pétéchies. Le dos du nez et le menton étaient parsemés de glandes sébacées. La main droite portait sur sa face palmaire douze vésicules de différente grandeur, dont la plus considérable avait quatre lignes de diamètre, et la plus petite une ligne. Elles paraissaient toutes résulter d'une séparation de l'épiderme avec le chorion, et renfermaient un fluide gélatiniforme un peu trouble. Quelques-unes de ces vésicules étaient entourées à leur base d'un cercle rouge; d'autres étaient teintes elles-mêmes d'une couleur rose. Le dos de la main offrait quatre vésicules aplaties et affaissées. La couleur de la main avait été rouge au moment de la naissance de l'enfant; mais elle était devenue bleue après la mort, et présentait, quant à la teinte, la couleur livide des mains frappées par le froid rigoureux de l'hiver. La main gauche offrait dix vésicules, dont la plus grande avait quatre lignes, et la plus petite une demi-ligne de diamètre.

Les deux pieds, rouges au moment de la naissance, présentaient aussi aussi une couleur livide après la mort. On y observait à la plante des vésicules moins nombreuses, mais plus grosses qu'aux mains, et renfermant une humeur plus trouble. Celui du côté droit était parsemé de vingt bulles, dont la plus grande avait sept lignes, et la plus petite une demi-ligne de diamètre.

Le pied gauche n'avait que sept ampoules, dont la plus grande avait un diamètre de six lignes, et la plus petite celui d'une demi-ligne.

L'examen des autres organes démontra l'exagération de volume d'un certain nombre d'organes, tels que le cœur, la rate, le foie. Ce dernier remplissait les deux hypochondres et descendait jusque vers la fosse iliaque droite. Mais l'auteur appelle surtout l'attention sur la capsule sus-rénale gauche, dont le volume dépassait de beaucoup celui qu'on lui connaît dans le fœtus à terme.

A l'époque où cette observation fut publiée, l'attention n'avait pas encore été appelée d'une manière spéciale sur l'origine syphilitique du pemphigus congénital, en sorte qu'il se pourrait que les traces d'une syphilis actuelle eussent échappé à l'attention de Lobstein, ou qu'il n'eût pas reçu de la mère tous les renseignemens relatifs à son état antérieur. Il ne note, en fait d'antécédens douteux, qu'une affection psorique.

Les mêmes réflexions sont applicables à l'observation suivante, rapportée par M. Dugès, et dans laquelle on voit que la mère avait été également effectée de la gale :

« Une femme jeune, et actuellement très bien portante, avait eu, cinq ans auparavant, une gale bien traitée et bien guérie. Dans l'été de 1819, elle accoucha d'un enfant mâle, gros et fort; il était couvert de petits boutons rouges, serrés, mais non confluens ; leur grosseur était celle de la tête d'une épingle ordinaire. A leur sommet, était une petite vésicule transparente. Cet enfant, gardé sous nos yeux, s'est très bien porté; une desquammation complète a emporté l'éruption en cinq ou six jours. Ces vésicules ne sont, à mon avis, qu'un véritable pemphigus. » (Dugès, *Des maladies les plus importantes et les moins communes des nouveau-nés*, thèse. Paris, 1821, p. 11.)

Voici cependant un fait de pemphigus congénital observé par le même auteur chez un nouveau-né, dont la mère était parfaitement saine :

« Le 16 janvier 1821, une femme faible et délicate, mais parfaitement saine, donna le jour à un garçon du poids de six livres, après un travail de quatre heures. Enduit sébacé très abondant sur toute la peau ; la face est couverte de follicules sébacés blanchâtres et saillans; en outre, sont disséminées sur la surface du corps une centaine de vésicules miliaires et arrondies, contenant un pus jaunâtre, et presque sans rougeur à leur base; peau généralement rouge. Les vésicules étaient desséchées complètement le 18 janvier au soir. » (Dugès, loc. cit., p. 10.)

(*La suite à un prochain n°.*) Dr E. HERVIEUX.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Cette observation est curieuse principalement au point de vue du diagnostic qu'il était impossible de porter sans avoir examiné l'utérus, surtout en l'absence de renseignemens précis de la part de la malade. Aussi, en pareille circonstance, devrez-vous insister vivement pour pratiquer cette exploration.

Quant aux symptômes, vous voyez que nous avons eu affaire à des accidens très curieux et très persistans de gastro-entéralgie, qui, ne cédant que d'une manière tout à fait passagère à un traitement convenable, ont dû nous faire supposer qu'ils étaient symptomatiques d'une autre affection. L'événement a justifié cette prévision puisqu'il a suffi de redresser l'utérus pour les faire cesser immédiatement. Et je crois que malgré la menace de rechute que nous avons eue, la guérison est désormais assurée.

Vous avez vu que dans ce cas le redresseur a été supporté sans accidens pendant un temps très long (49 jours). Nous en trouvons la raison dans cette circonstance que pendant tout ce temps les règles ont été supprimées. Les faits que je possède m'ont, en effet, démontré que la vitalité de l'utérus, du moins quant à l'influence des corps étrangers placés dans sa cavité, n'est réellement apparente qu'aux approches de l'époque menstruelle. Aussi avez-vous dû remarquer qu'aussitôt que les règles ont voulu se montrer, elles ont été précédées de symptômes qui nous ont forcé à enlever le redresseur.

J'ajoute que si j'ai laissé si longtemps le redresseur en place, c'est que, comme vous le savez, j'attendais toujours l'apparition de ces symptômes pour avoir l'assurance que le séjour de l'instrument avait eu une action efficace.

Si maintenant nous continuons l'étude des symptômes, nous trouvons que l'*embonpoint*, conservé chez une seule, a été diminué chez toutes les autres malades; chez quelques-unes même l'amaigrissement était considérable.

Toutes avaient perdu leurs *forces*, leur teint était pâle, décoloré; leurs chairs flasques. Trois ont présenté des signes d'*anémie* qui paraissent avoir été provoqués, chez une d'entre elles, par d'abondantes saignées.

Quatre ont eu de la *dysménorrhée* qui, chez une (obs. XVII), déterminait des douleurs excessives. Deux étant nourrices, l'état de la menstruation n'a pu être étudié chez elles.

Trois étaient plus ou moins *hystériques*.

§ IV. *Diagnostic*. — Relativement au diagnostic, je vous renverrai à ce que j'en ai dit à propos de la rétroversion, pour le renversement en arrière; quant aux flexuosités, vous les reconnaîtrez ainsi que je vous l'ai déjà dit en vous parlant de l'antéversion avec flexion.

Je me borne à vous rappeler ici qu'il est de la dernière importance d'examiner l'utérus par le toucher avant d'introduire la sonde, et que pendant le cathétérisme le doigt, placé dans le vagin, doit suivre le bec de l'instrument, si l'on veut apprécier au juste quelle est la nature des obstacles qui s'opposent a son introduction. Avec cette précaution, on reconnaît les flexions à mesure qu'elles se présentent et l'on dirige la sonde convenablement pour la faire pénétrer sans crainte de blesser les parois de l'utérus dans les points où elles sont fléchies.

§ V. *Traitement*. — L'emploi de la sonde seule n'a jamais procuré de guérison complète.

Le redresseur a été appliqué dans tous les cas : une seule fois chez 10 malades, et un nombre indéterminé chez la 11e (obs. XVII), puisqu'on y a encore recours de temps à autre. L'introduction de la tige, aussi bien que celle de la sonde, a été plus difficile que dans le renversement simple, à cause de la présence des flexions, et aussi dans plusieurs cas à cause d'une certaine mollesse du tissu de l'utérus lui-même.

Le redresseur a séjourné dans le plus grand nombre des cas de 4 à 8 et 10 fois, mais il a pu rester jusqu'à 49 jours (obs. XVIII), parce que les règles étaient supprimées, et pour la même raison il est resté 48 jours chez la nourrice qui fait le sujet de l'observation suivante :

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2, 4, 21, 23, 28, 30 Septembre et 7 Octobre.

Observation XIX. — Mme D..., 32 ans, constitution bonne, tempérament sanguin, menstruée à 16 ans, bien dès le début, mariée à 20 ans, a eu cinq enfans. Les quatre premières grossesses n'ont rien présenté de particulier. Au commencement de la cinquième, c'est-à-dire à une époque qui remontait à vingt mois, lorsque je vis cette malade, elle ressentit des douleurs vives dans les lombes, dans les aines et dans les cuisses, plus fortes du côté droit; en même temps les digestions étaient pénibles, difficiles, accompagnées de douleurs épigastriques avec sueurs, puis froid intense, frissons, parfois vomissemens et menace de syncope. La malade ne prenait chaque jour qu'une petite quantité d'alimens et ne pouvait faire qu'un seul repas après lequel ces accidens redoublaient d'intensité. Les mêmes symptômes se manifestaient alors même que la malade ne prenait qu'un simple verre d'eau sucrée.

Dans la pensée que ces symptômes fébriles pouvaient être caractéristiques d'une fièvre intermittente, on donna du sulfate de quinine sans en obtenir d'effet.

Plus tard, les douleurs augmentèrent, toujours plus vives dans la fosse iliaque droite, vers laquelle l'utérus, en se développant, s'inclinait de préférence, ce qui occasionna des varices au membre abdominal de ce côté. Les forces étaient complètement perdues; la maigreur devint considérable, et quelques symptômes, qui survinrent à cette époque, firent craindre le développement de tubercules. On prescrivit du *carbonate de fer* et de l'*huile de foie de morue* sans amener aucun changement.

Enfin, l'accouchement eut lieu naturellement et à terme; le travail fut long, puisque les douleurs durèrent quatre jours. Pendant les onze mois qui suivirent, bien que les alimens fussent un peu mieux supportés, les accidens persistèrent, les forces s'épuisaient journellement, et cette femme, qui nourrissait elle-même son enfant, ne pouvait plus le porter ni le soulever de terre. S'il lui arrivait de se baisser, elle était obligée d'appeler quelqu'un à son aide pour se relever.

Elle était dans cet état lorsque je la vis le 24 décembre 1851, à la consultation de l'hôpital Beaujon; je trouvai son utérus à peu près dans la même situation que celui de la malade qui fait le sujet de l'observation précédente, renversé en arrière et formant une courbe à concavité inférieure.

La sonde pénétrait à 7 centimètres, et l'organe se laissait facilement remettre en place.

Comme elle ne pouvait rester à l'hôpital, dès le 27 décembre, j'introduisis un redresseur à tige articulée qui pénétra avec facilité et sans douleur; la malade put immédiatement retourner chez elle à pied. Pendant trois jours elle eut un peu de courbature avec quelques coliques utérines; mais le quatrième tout avait cessé; et elle éprouvait un sentiment de bien-être inaccoutumé. Les douleurs avaient disparu, l'appétit était revenu, les digestions étaient faciles; elle pouvait aller, venir, se livrer aux soins de son ménage, porter son enfant, se baisser, se relever et faire même d'assez longues courses avec l'instrument.

Comme elle était nourrice, les règles ne se montraient pas; il n'y avait pas d'écoulement de sang par la vulve. La tige utérine resta quarante-huit jours en place, et ne fut enlevée qu'après le sevrage de l'enfant. Les règles reparurent alors. L'utérus avait une bonne direction.

Le 3 mars, quelques symptômes ayant reparu, je trouvai un peu d'inclinaison en arrière; le redresseur, replacé, resta jusqu'au 14, époque où il fut enlevé à cause de l'arrivée des règles, qui furent un peu douloureuses. Le 25 mars, la santé générale était excellente et la direction de l'utérus parfaitement normale.

Dans ce cas nous voyons encore, comme dans beaucoup des précédens, les symptômes occasionnés par la déviation faire croire à des maladies diverses, fièvre intermittente, tubercules, chlorose, etc., qui résistent à tous les traitemens et ne se guérissent qu'après le redressement de l'utérus; ce qui montre combien est intime la liaison qui les unit à la déviation.

Ce qu'il y a de plus remarquable ici, c'est le long séjour de l'instrument dans la cavité utérine; la femme étant nourrice et les règles ne se montrant pas, il a pu rester ainsi sans développer d'accidens. Mais immédiatement après le sevrage, les règles on voulu reparaître, et c'est alors, ainsi que je vous l'ai dit plus haut, que sont survenus les symptômes qui m'indiquent le moment où il faut enlever l'instrument. Tant que ces symptômes ne paraissent pas, il n'a pas produit tout l'effet qu'on doit en attendre, et cet effet est le même quelle que soit l'époque à laquelle ils se montrent, car ils sont le résultat d'une certaine irritation mécanique, indispensable pour changer la vitalité du tissu utérin d'une manière efficace, afin de s'opposer à la reproduction de la déviation.

La guérison date actuellement de plusieurs mois, et peut, en conséquence, être regardée comme radicale.

Dans aucun cas, il n'y a eu de véritable *métrorrhagie* pendant ou après le séjour de l'instrument. Les règles ont dans cinq cas augmenté d'abondance. Il y a eu une fois des symptômes inflammatoires, avec tendance de l'inflammation à se propager au péritoine; mais la tige de l'instrument était trop longue (8 cent. 1/4), et lorsqu'on l'eut remplacée par une plus courte, les accidens disparurent.

Sept femmes ont ressenti des douleurs d'une intensité médiocre pendant la durée du traitement, qui a été pour une de 4 mois, pour une de 3 mois, pour une troisième de 2 mois 1/2, et pour toutes les autres, de 20 à 50 jours. Dans ces cas, il n'y a pas eu de rechute.

La guérison a été complète dans six cas. Dans un, il y a eu seulement une amélioration notable, qui s'est maintenue. Dans deux cas, il y a tendance à la récidive, et l'on est obligé de replacer l'instrument pour prévenir une rechute.

Dans un cas, les envies fréquentes d'uriner ont persisté, malgré le redressement de l'utérus. Enfin, une dernière malade est encore en traitement, et je n'ai obtenu, jusqu'à présent, que peu d'amélioration chez elle. Dernièrement il est survenu, pendant les règles, une de ces inflammations des tissus péri-utérins dont je vous ai parlé en faisant le diagnostic de la rétroflexion, et nous avons été obligé de suspendre le traitement en attendant que cette inflammation ait disparu.

Ces résultats, comme vous voyez, sont moins avantageux que ceux que nous avons obtenus dans les cas de rétroversion simple, puisque dans six cas seulement la guérison peut être considérée comme complète et définitive. Elle date pour deux, de 1 an et 5 mois; pour une, de 1 an et 3 mois; une, de 4 mois; une de 3 mois, et une de 2 mois.

Déviations latérales.

Disons un mot seulement sur les déviations latérales désignées sous les noms de *latéro-versions* et *latéro-flexions*, droite ou gauche, suivant le côté vers lequel s'incline le corps de la matrice. Je ne les ai jamais trouvées seules; toujours unies à d'autres formes de déviations, elles ont paru, dans plusieurs cas, pouvoir rendre compte de la prédominance de certains symptômes, de tel ou tel côté: par exemple, la douleur existant dans une seule aine. Généralement la douleur était plus forte du côté vers lequel s'inclinait l'utérus; mais pourtant j'ai vu des exemples du contraire. Cela pourrait-il s'expliquer dans le premier cas par la pression du corps de l'utérus sur le plexus sacré et les nerfs qui en émanent; et dans le second par le tiraillement des ligamens?

J'ai vu aussi la constipation plus fréquente dans les latéroversions gauches que dans les droites, ce dont rend parfaitement compte la disposition anatomique des parties.

M. le docteur Dezanneau dit avoir trouvé les déviations latérales plus fréquentes à droite qu'à gauche; je n'ai pas de relevé à cet égard, mais on conçoit que cela soit ainsi, puisque le rectum étant situé à gauche doit, lorsque les matières fécales le distendent, repousser l'utérus vers la droite.

(*La suite prochainement.*)

T. Gallard,
Interne.

BIBLIOTHÈQUE.

Leçons orales sur les phrénopathies, ou traité théorique et pratique des maladies mentales, cours donné à la clinique des établissemens d'aliénés de Gand, par le professeur J. Guislain, avec 54 figures intercalées dans le texte et le plan général. — 3 vol. in-8°; Gand et Paris; 1852.

J'ai toujours eu peu de goût pour les traités dogmatiques écrits par de jeunes médecins; les résumés, les relations et les mémoires, voilà ce qu'on est en droit d'attendre d'eux. Aux praticiens qui ont blanchi sous l'expérience, la mission de donner des avis, des conseils, de signaler les écueils, de formuler des préceptes, j'allais dire des lois, si l'avalanche qu'elles nous ont value ne nous rendait plus circonspect à leur égard. En recevant l'ouvrage de M. Guislain, nous nous sommes senti à l'aise, car nous n'avions plus devant nous un de ces livres qui peuvent briller par certaines qualités, mais qui manquent, aux yeux des médecins, de la première de toutes, celle d'une observation longue et réfléchie. Qui ne connaît le nom du professeur de Gand? En 1826 paraissait son *Traité des aliénations mentales*, où l'examen des causes morales, l'analyse des facultés, des passions, montrent la part importante que l'auteur fait à l'homme intellectuel et moral. Son *Traité des phrénopathies*, publié en 1833, renferme les germes d'une bonne classification et des descriptions de variétés de folies qui avaient passé inaperçues. Ses *Lettres médicales sur l'Italie* peuvent être considérées comme une de ces sapes intelligentes qui finissent tôt ou tard par détruire les abus qu'elles attaquent.

Les leçons orales sur les phrénopathies se recommandent tout d'abord par un air de simplicité, de franchise et de netteté qui révèlent le caractère de la race honnête et énergique à laquelle appartient l'auteur. On se sent attiré, dès les premières lignes, par un lien sympathique, tant on est persuadé que ce qu'il dit est vrai, utile et sans esprit de système. Nous avons lu les trois volumes de M. Guislain sans les feuilleter du doigt, et après les avoir coupés en entier, particularité plus importante à connaître qu'on ne le croit, car dernièrement je trouvais sur la table d'un critique un livre de 700 pages environ, dont il venait de rendre compte, et qui était, pour ainsi dire, vierge du couteau. La meilleure preuve que nous les avons examinés avec tout le soin qu'ils méritaient, c'est que nous avons sous les yeux 23 pages de notes qui, mises en ordre, feraient plus de trois feuilles d'impression. Il est évident qu'une pareille analyse, déjà impossible dans un recueil mensuel ou trimestriel, l'est encore plus dans un journal semi-quotidien. Nous nous bornerons donc, malgré nous, à rendre compte de quelques-uns des sujets sur lesquels M. Guislain a plus particulièrement insisté.

La prédominence du moral dans la génération de la folie, telle est la doctrine capitale de l'auteur; aussi déclare-t-il qu'il faut aller chercher les conceptions morbides dans le domaine des idées. Pour arriver à la connaissance exacte des causes ainsi considérées, il recommande avec raison de retrancher du tableau les idiots, les imbéciles, les crétins, les délires qui simulent l'aliénation, la plupart des délires qui se manifestent dans la convalescence des maladies aiguës, dans les affections hystériques, l'épilepsie qui, la plupart du temps, est plutôt morale que physique. A cette série, nous pourrions joindre la folie, l'ivrognerie, qui est fort souvent aussi la conséquence des chagrins.

Ces distinctions établies, M. Guislain pose nettement le problème des causes, si débattu dans ces derniers temps; sur 100 admissions dans les établissemens, il a constaté 66 fois les influences phréniques, morales, psychiques, et sur 100 causes morales, il a trouvé 85 fois des revers et surtout des revers de fortune, et 35 fois des chagrins domestiques. Or, l'analyse de ces influences révèle une source commune à laquelle elles se rattachent par mille nuances variées; cette source, c'est la douleur. Cette doctrine est également celle que nous professions en 1840, dans le compte-rendu du traitement moral de Leuret:

« Quel catalogue que celui de la folie! Rois, législateurs, sages, philosophes, tous viennent s'y enregistrer. Pauvres poètes, je ne vous ai point nommés, mais quelle place vous occupez dans cette fatale liste! Il y a dix ans, j'entrais dans une ville d'Italie, passant rapidement devant les églises, les monumens, les palais, mon attention était absorbée par le lieu où l'on me conduisait; j'arrive enfin et je me trouve devant une petite porte cintrée près d'une grille de fer. Rien de plus triste et de plus noir que l'aspect de ce misérable réduit, et cependant les noms de Byron, de Châteaubriand, de Lamartine, de Delphine Gay, attestaient qu'une grande infortune avait passé par là. C'était, en effet, le cachot où le Tasse avait vécu sept ans, son grabat et l'anneau en fer étaient encore en place. Il nous sembla entendre l'illustre poète sonner le glas des Chatterton, des Gilbert, et de tant d'autres perdus par la folie du logis.

La politique, au cœur de glace, apporte aussi son contingent. C... gouverne l'empire le plus puissant qu'il y ait au monde; à sa voix les armées volent au combat, les flottes sillonnent la vaste étendue des mers; le chagrin, le remords plutôt se posent à ses côtés, en vain il veut les chasser, le mal est irréparable, la raison s'égare et une mort tragique achève cette vie de souffrances. — Lord C..., dévoré par la plus insatiable cupidité, commet dans l'Inde les excès les plus révoltans; enfin les cris des milliers de malheureux qu'il a dépouillés se font entendre des bords du Gange aux rives de la Tamise; une enquête s'ouvre, la mélancolie s'empare de lui et il termine de ses propres mains sa glorieuse carrière. — P... prend les rênes de l'Etat dans un moment où l'on entend encore gronder les rugissemens de l'émeute; son énergie parvient à ramener le calme, mais l'ingratitude de ses contemporains, peut-être l'oubli prochain de ses services l'irritent, l'indignent; ses idées se troublent, le délire fond sur lui, et il meurt terrassé par l'ennemie cruelle de la raison humaine.

B... remplit avec la plus haute distinction les missions diplomatiques dont il est chargé. Il attache son nom dans l'histoire à une négociation que l'esprit de parti a pu seul dénigrer; mais des chagrins venant de haut lieu le harcellent de toutes parts; il prend en dégoût l'existence et brise lui-même cette vie devenue pour lui si misérable. La mort de B..., écrivait un jeune prince qui a laissé de grands souvenirs, m'a funesté et je pense qu'elle t'a fait la même impression. Je laisse de côté ce triste effet produit à N..., où les lois sur le suicide sont si sévères; ce qui me touche, c'est la recherche des causes qui ont pu amener ces malheurs. — B... n'était pas malade; il a exécuté son plan avec le sangfroid d'un homme résolu. — J'ai reçu des lettres de M... et d'autres qui ne me laissent guère de doute. Il était ulcéré contre le père. Il avait tenu à F... d'étranges propos sur lui. L'action que le père exerce sur tous est si inflexible, que lorsqu'un homme d'État, compromis avec nous, ne peut le vaincre, il n'a plus d'autre ressource que le suicide. »

La souffrance morale, telle est donc, en dernière analyse, dans la plupart des cas, le point de départ de la folie. Dans cette immense mêlée de la vie, tous souffrent, mais ceux-là surtout que la nature a donés d'une organisation nerveuse, impressionnable, susceptible à l'excès. Lorsque la douleur est arrivée à son dernier période, qu'elle n'a plus de relâche, qu'elle a brisé les forces, les consolations humaines sont des mots vides de sens, car l'esprit ne les entend plus et le désespoir n'a plus d'autres issues que le suicide ou la folie.

M. Delasiauve, dans l'intéressante discussion soulevée tout récemment à la Société médico-psychologique sur l'influence de la civilisation dans la production de la folie, est venu également appuyer cette opinion; sur 100 cas d'aliénation mentale, disait-il, je ne crains pas d'affirmer qu'il y en a au moins 80 déterminées par les passions oppressives.

M. Guislain est trop bon observateur pour ne pas faire la part du physique; aussi énumère-t-il avec soin les causes d'aliénation qui sont dues à cette influence; mais il fait la remarque importante que la connaissance des causes morales échappe souvent parce qu'on ne vit pas assez longtemps avec les malades ou qu'on s'en rapporte trop facilement aux déclarations intéressées des parties. Voulez-vous des preuves, ouvrez le livre, vous n'aurez que l'embarras du choix. C'est un mari aliéné dont la femme déclare qu'elle ne connaît aucune circonstance qui ait pu donner lieu à sa maladie. Revenu à la raison, il confie au médecin que l'inconduite de sa femme est la seule cause de son malheur. Un jeune homme religieux, timide, réservé, est conduit dans l'établissement pour aliénation mentale, due, dit-on, à des excès d'étude; Guislain soupçonne des attouchemens solitaires; des remords de conscience, une impossibilité de vaincre d'anciennes habitudes. Lors de sa convalescence, le jeune homme fait les aveux les plus complets. Un vieillard se présente dans un état de démence, ses nièces accusent l'âge avancé. Des informations, prises auprès de personnes désintéressées, révèlent un de ces drames domestiques malheureusement si communs; on a voulu contraindre le vieillard à signer un testament, on a usé de violence, et ces scènes répétées ont amené le désordre mental.

Ces idées, que nous partageons en tous points, nous faisaient écrire récemment dans les *Annales médico-psychologiques*: « Savez-vous pourquoi les causes morales nous échappent si souvent? C'est qu'on nous les cache. Comment voulez-vous, en effet, qu'on vous dise: voici un fils dont la conduite me désespère et me blesse dans tout ce qui m'est cher; une fille qui ne fait que des sottises, que mes efforts incessans tendent à atténuer autant qu'il est en mon pouvoir; un gendre dont les actions me font craindre à chaque instant une catastrophe; un père qui nous ruine; une femme dont je dévore les outrages par respect pour mes enfans et pour moi-même; et mille autres plaintes pareilles... Eh bien, ajoute M. Guislain, ce que nous avons entendu depuis trente ans nous donne la conviction inébranlable que *la souffrance morale est le lot de l'humanité. Quand la statistique que nous apprécions à sa juste valeur, nous accablerait de ses chiffres, nous ne pourrions nous empêcher de dire: ils souffrent; s'ils le nient, ils trompent sciemment. Le bonheur n'a pas d'enseigne.*

Cette influence toute puissante de la douleur n'a point échappé aux moralistes modernes. Partout on la retrouve dans leurs écrits plus ou moins éloquemment exprimée. Nous avons beau nous débattre contre la tristesse, s'écriait dernièrement M. Paul de Molènes, notre siècle est celui de Werther, de Manfred et de René. On ne fera jamais de nous des gens qui souriront sans arrière-pensée. Qui dira le contraire men-

-ira. Pas de cœur qui, depuis tantôt soixante ans, ne naisse avec cette mystérieuse maladie qu'on appelle l'*ennui*, l'inquiétude, le *spleen*. C'est cette conviction qui nous fait esquisser quelques-uns de ses principaux traits dans une étude favorablement accueillie. Mais l'ennui n'est pas la seule maladie de ce siècle, d'autres infirmités morales viennent encore l'assaillir. Ici, c'est l'idée fixe de se faire un sort, les riches par les places, les pauvres par une retraite quelconque, mais certaine, tous, sans efforts personnels, par le sacrifice de leur individualité, au profit de ce mythe qu'on appelle l'État, et Dieu sait ce que cette déplorable manie a causé de douleurs et de bouleversemens. Là, c'est le mal de l'avenir qui tourmente une foule d'esprits. Tantôt c'est le mal des regrets qu'éprouvent des milliers d'hommes qui ne peuvent se consoler de ne plus faire partie du pouvoir. Tantôt ce sont des gémissemens poussés par des jeunes gens désespérés, des femmes sans religion, des héros byroniens, des enfans déguenillés, des filles séduites, des malheureux purs ou impurs, honnêtes ou criminels, histoires lamentables de la littérature moderne qui ne raconte qu'une seule chose : la double atteinte portée à l'humanité dans son corps et dans son âme, dans sa santé physique et morale. Partout, enfin, on entend le cri de la douleur, et c'est ce qu'une femme d'esprit a parfaitement exprimé en disant : l'âme humaine est un clavier où résonnent toutes les émotions ; mais la joie n'y rend qu'un son rapide, sans écho et bien vite oublié, tandis que la douleur y laisse une vibration profonde et éternelle.

Après s'être ainsi placé au point de vue de la grandeur du mal moral, fort de son expérience, plein de ce sentiment particulier aux écrivains modernes qui les pousse à être les interprètes de toutes les souffrances, et qui ne peut plus s'arrêter, car il est né du christianisme, le véritable *go a head* des sociétés actuelles, M. Guislain est tout naturellement conduit à traiter la question si controversée de l'influence de la civilisation sur le développement de la folie. Sa conclusion, facile à prévoir, est pour l'affirmative.

A l'appui de son opinion, il cite la proportion des aliénés des villes et des campagnes, comparée à celle des habitans. A Gand, par exemple, sur 106,000 habitans, il compte 1 aliéné sur 302 individus ; tandis que sur une population rurale de 569,000 habitans, le nombre d'aliénés est de 1 par 1,468. Les relevés faits par MM. Parchappe à l'asile de Saint-Yon, et Renaudin à Maréville, donnent également une prépondérance très marquée aux villes. D'après le second, le rapport des aliénés à la population du département de la Meuse, est de 1 à 1,468 habitans, et celui de la ville de Nancy est de 1 aliéné sur 500 individus. MM. Parchappe et de Boutteville, qui sont entrés dans des détails encore plus précis, classent les admissions, pendant une période de dix-huit ans, suivant le nombre des habitans des grandes divisions du département de la manière suivante :

Arrondissement	Population en 1841.	Nombre des aliénés admis à St-Yon.	Aliénés sur 1,000 hab.
De Rouen.	248,115	1,371	5.5
Du Havre	149,427	279	1.8
D'Yvetot.	142,349	201	1.4
De Dieppe.	112,374	187	1.6
De Neufchâtel. . .	85,246	108	1.2
	737,511	2,146	2.9

De ces relevés, ces auteurs concluent que les circonstances au milieu desquelles vivent aujourd'hui, dans la Seine-Inférieure, les habitans des grands centres de population, constituent pour eux, une prédisposition à l'aliénation mentale. (*Notice statistique sur l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure*, 1845.)

Quand bien même les statistiques, ajoute M. Guislain, ne fourniraient que des renseignemens incomplets, il n'en serait pas moins certain que partout où l'éducation, les arts, les sciences, les idés religieuses de l'Europe se perdent, on voit l'aliénation mentale devenir moins fréquente et finir même par disparaître totalement.

M. Guislain passe en revue les mœurs des habitans des déserts asiatiques et africains, des sauvages de l'Amérique, des Indiens, et il établit, d'après l'immobilité de leurs usages et les récits des savans qui ont habité ces diverses contrées, que l'aliénation est une maladie rare parmi les Orientaux, et presque inconnue parmi les nations vivant à l'état primitif. Parmi les autorités qu'il invoque, nous devons mentionner MM. Moreau de Tours, Aubert, Pruner, les missionnaires de la Terre-Sainte, le père de Smet, le docteur Williams.

L'auteur fait observer que ce n'est pas toujours dans les passions violentes qu'il faut chercher le germe de la prédisposition aux maladies mentales. Ainsi les peuples sauvages ont des passions beaucoup plus fortes que les peuples civilisés, et cependant, ils sont beaucoup moins prédisposés au trouble intellectuel. Leurs vengeances sont atroces, leurs cruautés horribles, mais leur tendresse a moins d'expression, ils ne pleurent pas, ils ne rient guère. Un caractère propre à ces nations, c'est une somme d'affection moins grande, l'uniformité des mœurs et des habitudes, l'invariabilité des institutions sociales, des besoins beaucoup plus restreints, l'habitude des privations, une vie selon l'instinct, une aptitude à supporter les peines, à se raidir contre la douleur, à affronter les périls, à souffrir les tourmens, à contempler la mort avec courage et dans le calme de l'âme.

Chez ces hommes, il y a beaucoup plus de résignation, moins d'inquiétude, moins de crainte, moins de frayeur. La manifestation extérieure est beaucoup moins prononcée. Ils ont le pouvoir de dissimuler leur douleur ; ils peuvent cacher leurs projets de vengeance qu'ils nourrissent pendant de longues années. Enfin, ils considèrent l'expansion morale, la gesticulation oratoire, la gaîté si vive chez les peuples de la civilisation européenne, comme des indices de folie.

Les peuples civilisés ont, au contraire, une grande exaltation des sentimens moraux, des affections qui partent du cœur. Sentir, voilà le plus ardent de leurs désirs, et c'est ce qu'une grande sainte a très bien peint en disant : ou souffrir, ou mourir. Cette sensibilité, qui crée chez l'homme le bonheur et le malheur, est prononcée au plus haut degré parmi les peuples dont le cerveau est sans cesse surexcité. Les Allemands la désignent sous le nom de *gemuth*, les Flamands de *gemoed*, les Français, et M. Cerise en particulier, lui ont donné le nom d'*émotivité*. Heinroth, dans ses *Scelenstorungen*, a écrit des pages admirables sur ce sens moral.

Il ne faut pas croire, continue M. Guislain, que les affections de famille soient moins vives chez les nations primitives que chez nous, mais elles sont réduites à leur plus grande simplicité, dégagées d'une foule de soucis et d'inquiétudes ; tandis que chez les nations civilisées, elles sont souvent factices, et ne peuvent être satisfaites que par les plus grands sacrifices, et en se créant une foule de besoins. La liberté, l'éducation, sont encore pour ces peuples une source immense de douleurs. Ajoutons aussi que les passions des premiers sont naturelles, tandis que les seconds ont de plus une foule de passions et de maux artificiels.

Dans l'examen de ces deux points de doctrine, nous avons été entraînés par l'intérêt d'actualité qui s'attache à ces questions, et par la manière philosophique dont l'auteur les a envisagées. Nous aurions voulu réunir en un faisceau les nombreux argumens qu'il a rassemblés, donner une idée de leur enchaînement, de leur force, et faire passer dans l'esprit des lecteurs la conviction qu'ils ont portée dans le nôtre ; mais, quelque décolorée que soit cette analyse, il est impossible de ne pas être frappé de l'élévation des vues du professeur de Gand. Nous regrettons de ne pouvoir faire suivre la partie théorique des développemens nécessaires, pour faire connaître la partie pratique, si laborieusement et si savamment élucidée par M. Guislain ; mais nous sommes persuadé que tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'aliénation mentale, voudront lire et posséder les *Leçons orales sur les phrénopathies*.

Un dernier mot, et c'est le résumé de cette analyse : si la douleur morale est, dans la plupart des cas, primitivement ou secondairement la cause de la folie, le traitement moral doit avoir une immense influence sur la guérison de cette maladie ; et c'est surtout de lui qu'on peut dire avec vérité qu'il est le remède par excellence.

A. Brierre de Boismont.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 20 Octobre 1852. — Présidence de M. Guersant.

La réunion de mercredi dernier a été, pour la Société de chirurgie, une sorte de fête de famille. La séance a été consacrée à l'inauguration du nouveau local qu'occupera désormais la Société, rue de l'Abbaye, dans l'ancien palais abbatial de St-Germain.

Le président, M. Guersant, a ouvert la séance par un petit discours de circonstance ; puis la parole a été donnée à M. Debout, qui a lu, pour M. Danyau, le rapport de la commission chargée de présider à tous les détails d'emménagement et d'ameublement. Sur la proposition de la commission, des remercîmens ont été votés par acclamation à MM. les secrétaires, et en particulier à M. Marjolin, sur qui ont plus spécialement reposé les soins de cette translation.

Pendant la lecture de ce rapport, la Société a procédé au scrutin pour l'élection de M. Richet.

Sur 22 votans, M. Richet a obtenu l'unanimité des voix et a été proclamé membre.

— M. Denonvilliers a prononcé ensuite l'éloge d'Auguste Bérard, l'un des fondateurs et le premier président de la Société.

Nous sommes heureux de pouvoir reproduire quelques fragmens de ce discours, qui a constamment captivé, pendant près d'une heure, l'attention de l'assemblée.

. . . . . Auguste Bérard était né le 2 août 1802, à Varrins, petit village situé près de Saumur, dans ce département de Maine-et-Loire, qui, par un triste et singulier privilége, a vu naître aussi depuis le commencement de ce siècle Béclard, Billard, Ollivier, Hourmann, célèbres, ainsi que notre infortuné collègue, par leurs talens, leurs travaux, leurs succès dans les sciences médicales, et, comme lui, victimes d'une mort prématurée.

Sa famille était sans fortune. Son père occupait, dans l'administration des douanes, un petit emploi qui prenait tous ses instans et suffisait à peine aux besoins de chaque jour.

Abandonné aux soins d'une mère tendre, mais indulgente et faible, dans ces premières années où se fait sentir la nécessité d'une direction intelligente, A. Bérard ne trouva pour appui que son frère, à peine plus âgé que lui, et qui eût eu besoin lui-même de soutien et de guide.

La première enfance des deux frères s'écoula donc, comme celle des enfans du peuple, au milieu de jeux et d'amusemens champêtres, dans une entière indépendance et dans cette oisiveté vagabonde, funeste aux natures faibles ou incomplètes, mais où se trempent plus fortement peut-être les intelligences d'élite.

Admis comme externes au collége d'Angers, ils s'y distinguent aussitôt par leur aptitude au travail et par une extrême facilité, qui leur permet de suivre les exercices des classes, sans interrompre le cours de leurs jeux. Hélas ! il devait venir trop tôt le moment de dire adieu à cette heureuse et insouciante existence, que notre pauvre collègue a toujours regrettée, et dont il ne parlait qu'avec une touchante émotion dans les jours les plus glorieux de son âge mûr.

Les études classiques terminées, il fallait prendre un parti et aborder, sans protection et presque sans préparation, les difficultés de la vie réelle. Déjà l'aîné des Bérard se livrait, depuis quelques années, à l'étude de la médecine, et s'était fait remarquer à l'hôpital d'Angers, où il remplissait les fonctions d'interne ; mais les ressources de la famille n'auraient pas permis d'entretenir à la fois deux jeunes gens dans une carrière d'un accès si difficile. Il fut donc décidé qu'A. Bérard entrerait dans le commerce, pendant que son frère irait à Paris tenter la fortune et solliciter une place dans quelque administration publique. Heureusement pour la science, à laquelle il ne devait pas échapper, les démarches de M. Bérard furent sans succès. Le concours de l'internat s'étant ouvert sur ces entrefaites, au moment où il ne savait de quel côté tourner ses efforts, il l'apprit, eut l'idée de concourir et le bonheur de réussir. Pour les deux frères, ce fut une révolution et la conquête d'un monde nouveau. Le tablier de l'apprenti fut mis de côté, et bientôt arriva à Paris, avec A. Bérard, le reste de la famille, qui venait, sur la foi de l'avenir, stimuler de sa présence les efforts des courageux débutans.

Depuis ce moment, les deux Bérard nous appartiennent, et je n'ai plus qu'à rappeler à votre souvenir les détails que vous savez aussi bien que moi. Reçu dans la petite chambre d'interne de son frère et partageant avec lui l'abri et les alimens accordés par l'hôpital, A. Bérard entame résolûment cette lutte désespérée, dont il osait à peine envisager l'issue et dont il devait pourtant sortir bientôt vainqueur. Qu'ils sont déjà loin les jours inoccupés de l'enfance et les joyeux travaux de la jeunesse ! Plus de loisir, plus de repos. Les journées se passent à disséquer l'un près de l'autre, les nuits à analyser les auteurs, à étudier, à méditer ensemble. Jamais la main cruelle de la nécessité ne s'était si rudement appesantie sur la pauvre famille : tel était alors le dénûment des deux frères, qu'Auguste, à peine vêtu, n'osait quitter l'hôpital, ni même la chambre.

Le concours de l'internat s'ouvrit enfin. A. Bérard, qui s'y présentait après quelques mois d'études, eut la seconde place. Si petite que fût cette position, si infime que fût ce succès, il porta la joie et la confiance dans la retraite des deux frères : l'avenir d'A. Bérard était décidé ; il avait à la fois la mesure et la conscience de sa force. On était en 1822. L'année d'après, il obtint la première place d'interne provisoire, et au concours suivant, il figurait encore au premier rang sur la liste des internes définitifs.

Depuis lors on le vit, toujours guidé par la main fraternelle, s'avancer dans la carrière avec une incroyable rapidité et marquer tous ses pas par des succès. Partout où s'ouvrait un concours qui lui fût accessible, il se présentait, et partout il triomphait. Trois années de suite, il remporta les prix de l'École pratique et sut ainsi conquérir sa réception gratuite. En même temps il gagnait, aussi au concours, la place d'aide d'anatomie de la Faculté de médecine, puis celle de prosecteur.

Connu alors pour l'un des élèves les plus solides et les plus brillans de l'École de Paris, chargé de couronnes et de distinctions, il ne lui restait qu'à soutenir sa thèse inaugurale, et il présenta pour cette circonstance un travail remarquable, qui pouvait faire augurer que l'élève ne tarderait pas à se placer parmi les maîtres.

Désormais en possession du titre de docteur, A. Bérard voyait s'ouvrir devant lui un champ plus vaste ; il lui était permis de prendre part aux concours de l'agrégation et du bureau central, qui devaient lui ouvrir les portes de la Faculté et des hôpitaux. Mais c'est dans le cours de cette même année, quelques mois seulement après sa réception, que commençaient les épreuves de l'agrégation en chirurgie. Parmi les concurrens inscrits, on comptait des hommes d'un âge mûr, déjà connus dans la pratique, dans les Académies, dans les hôpitaux : c'étaient Sanson, Maingault, Maréchal, etc. Aug. Bérard dut se demander, il se demanda en effet si l'époque du concours n'était pas bien rapprochée de celle où il venait de quitter les bancs, et s'il n'y avait pas quelque témérité à venir, lui si jeune encore, disputer une place importante à des hommes vieillis dans le métier et recommandables par leur expérience et leur position acquise. Longtemps il balança, et il ne fallait rien moins que les instances de son frère et de ses amis pour vaincre les scrupules de sa modestie. Une fois décidé, il entra dans l'arène hardiment, comme il le faisait toujours, et ceux qui ont assisté à ce brillant concours en ont certainement conservé, comme moi, un ineffaçable souvenir.

Le succès obtenu par A. Bérard dépassa les espérances de ses amis, car il fut nommé à la première place.

L'année suivante (1831), il devenait, après deux brillans concours, chirurgien du bureau central, presque au même instant où son frère, déjà chirurgien des hôpitaux, obtenait à la Faculté de médecine la chaire de physiologie qu'il n'a cessé depuis d'y occuper avec tant de distinction. Quel succès et quel chemin parcouru dans le court espace de neuf années.

A. Bérard ne devait pourtant pas s'arrêter là. Il était de ces hommes infatigables et tenaces qui estiment n'avoir rien fait tant qu'il reste quelque chose à faire ; et toutes ces positions, si rapidement conquises, n'étaient, à ses yeux, que des degrés pour s'élever jusqu'au faîte.

Le premier concours de professeur, auquel il prit part, avait pour objet la chaire de pathologie externe. C'était en 1833. Il n'avait pas encore accompli les cinq années de doctorat exigées par les réglemens universitaires, et il fallut une décision du conseil de l'instruction publique pour qu'il lui fût permis d'entrer en lice. En 1834, il s'engagea dans un second concours pour la chaire de clinique externe, devenue vacante par la mort du célèbre Boyer. L'année 1836 le vit successivement disputer l'héritage chirurgical de Dupuytren, puis la chaire d'anatomie que venait de quitter le professeur Cruveilhier, appelé à l'enseignement de l'anatomie pathologique par le vœu de l'homme illustre qui fonda si généreusement cet enseignement dans notre école.

Enfin, la carrière se rouvrit de nouveau pour lui, en 1841 et en 1842, par la mort inattendue des professeurs Richerand et Sanson. Ce ne fut qu'à la suite de ces dernières épreuves que A. Bérard remplaça Sanson à la clinique chirurgicale, et conquit, après six années d'une lutte opiniâtre, marquée par six brillans concours, cette position de professeur si longtemps et si ardemment poursuivie ; dernier triomphe qu'il devait bientôt, comme son infortuné prédécesseur, expier par un triste et fatal retour de la fortune.....

A. Bérard était doué au plus haut degré des qualités nécessaires à l'homme qui se voue à l'enseignement, et il possédait également tout ce qu'il faut pour briller dans les exercices dont se composait un concours de professeur.

Ses leçons étaient aussi remarquables par le fond que par la forme. Il possédait une connaissance approfondie des matières chirurgicales, et tenait à honneur de faire passer dans l'esprit de ses auditeurs tout ce qui était dans le sien ; aussi excellait-il à analyser un sujet, à en établir les divisions naturelles, afin de ne rien omettre et de loger chaque détail en sa vraie place. De cette bonne distribution des matériaux résultaient une abondance et une clarté que complétaient encore la netteté et la précision de son langage.

Si embarrassante et si complexe que fût une question, il était rare qu'elle ne parût pas simple après que Bérard l'avait traitée ; aussi avons-nous plus d'une fois entendu faire cette réflexion, au moins naïve, qu'il avait le bonheur de mettre toujours la main sur les questions les plus faciles ; et c'est ainsi que l'extrême lucidité de cet esprit logique a pu lui nuire auprès de personnes, bien intentionnées d'ailleurs, mais assurément moins pénétrantes que lui.

Parmi ceux qui avaient la prétention de le connaître et de le juger, quelques-uns croyaient de bonne foi, ou affectaient de croire et de

répéter que sa facilité était factice et résidait surtout dans une admirable mémoire qui lui permettait d'apprendre et de réciter des leçons préparées à loisir : il n'en est rien. Que, dans sa jeunesse et à l'occasion de ses premiers concours, il ait employé cet artifice ou se soit exercé à faire entrer dans un cadre préparé d'avance les sujets prévus des épreuves, la chose est possible, et c'est sans doute ce que chacun de nous a pu faire à la même époque de sa vie. Mais, lorsqu'il arriva aux grandes luttes du professorat, il était bien au-dessus de ces petits moyens ; il n'avait pas besoin de méthode artificielle, son esprit était méthodique. La mémoire avait, en effet, chez lui un développement extraordinaire ; mais le jugement était dans des proportions égales, et il ne brillait jamais d'un éclat plus vif et plus réel que lorsqu'il soumettait à la critique de sa raison les faits et les documens nombreux que lui fournissaient ses souvenirs et son expérience. Il avait horreur du bavardage et des lieux communs, évitait les hors-d'œuvre et fuyait les remplissages, trop riche de son propre fond pour recourir à des accessoires dont l'emploi accuse toujours une certaine indigence.

C'est dans l'argumentation qu'A. Bérard développait le mieux les qualités solides de son esprit ; c'est là qu'il se recommandait par la justesse de sa pensée et de ses appréciations, la sûreté de son jugement, l'étendue et en même temps l'étonnante précision de ses connaissances. Il était plus fort, il faut en convenir, dans l'attaque que dans la défense. Scrupuleux comme il l'était dans ses citations et ses assertions, il lui convenait mieux de marcher sur un terrain exploré d'avance. Que de fois la crainte de hasarder quelque chose ou d'affirmer un fait dont il n'était pas parfaitement certain, a retenu sur ses lèvres un excellent argument ! Que de fois aussi il lui est arrivé de dédaigner et de laisser sans réponse des attaques dont il avait, dans sa puissante raison, jugé la faiblesse, et qu'il croyait devoir abandonner avec confiance au jugement du jury !

Les six thèses qu'il soutint à l'occasion de ses concours, fourniraient, ainsi que nous le disait naguère un de nos collègues les plus chers, un recueil précieux et plein d'intérêt. Il n'est aucune d'elles qui ne constitue une monographie utile, et ne mérite de prendre place dans la bibliothèque du praticien jaloux de se tenir au courant de la science.....

La confection d'une de ces thèses improvisées est tout un art, art dont les difficultés et les finesses ne sont bien connues et bien senties que de ceux qui ont passé par l'étamine des concours, qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder, et dans lequel A. Bérard était passé maître.

A peine le sujet de la thèse était-il sorti de l'urne, que déjà le plan s'en arrangeait dans sa tête. Il ne quittait pas l'École sans avoir visité la bibliothèque, choisi les ouvrages qui lui étaient immédiatement nécessaires, et dressé la liste de ceux qu'il aurait à consulter plus tard. Rentré chez lui, il y trouvait la petite armée de ses collaborateurs, et distribuait immédiatement entr'eux le travail. C'est chose merveilleuse que l'aisance avec laquelle il savait mettre l'œuvre en chantier, employer ses aides et les faire concourir au but commun, chacun suivant ses forces et ses aptitudes, sans qu'il y eût jamais ni double emploi, ni confusion. Il avait pour cela un talent particulier et un goût inné ; faire travailler les autres en leur donnant l'exemple, était dans sa vocation scientifique. Que de fois ne l'avons-nous pas entendu, dans ces jours d'entrain, envier le sort du grand Haller, qui pouvait, disait-il, rassembler autour de lui les travailleurs par dizaines, et utiliser jusqu'aux membres de sa famille pour l'exécution de ses grandes conceptions.

Semblable pourtant à un général vigilant et expérimenté, qui compte un peu sur les autres mais n'est sûr que de lui-même, il se réservait, outre l'ordonnance du sujet, la rédaction de tous les points importans ou difficiles, et n'abandonnait aux aides que des parties tout à fait accessoires. La réflexion était chez lui si prompte et les connaissances si précises, qu'il pouvait immédiatement prendre la plume et ne la poser qu'après avoir rempli, dans la soirée même, quinze à vingt feuillets. Il composait ainsi très rapidement et de suite de longs passages, prenant indifféremment telle ou telle partie, à la fin, au milieu, au commencement, sans autres interruptions que celles qui lui étaient nécessaires pour recevoir les communications de ses collaborateurs, relire les morceaux écrits la veille, consulter de loin en loin quelque document, ou même faire quelque visite indispensable, l'esprit toujours libre et calme, et sans donner aucun signe de fatigue, jusqu'au moment où le corps de l'ouvrage était achevé et où il ne restait qu'à relier entr'eux les principaux fragmens et à formuler l'introduction et les conclusions. C'est ce qui avait ordinairement lieu vers le sixième jour.

Un aréopage de choix était alors assemblé, devant lequel le manuscrit, lu lentement, était critiqué, discuté, amendé, modifié, avec autant de calme que s'il s'agissait d'un livre médité depuis longtemps et dont l'auteur aurait pu retarder à son gré la publication. C'est dans cette séance que s'éclaircissaient les pensées obscures, que se rectifiaient les jugemens faux ou hasardés, que disparaissaient les opinions risquées ou compromettantes ; et le manuscrit n'était livré à l'imprimerie qu'après avoir subi cette dernière épreuve. Quant au style, à la correction du texte, c'était un peu l'œuvre de tout le monde. Bérard y attachait peu d'importance ; il ne tenait pas à l'élégance, et, pourvu que sa pensée fût rendue clairement et sans amphibologie, il était satisfait.

La plupart des esprits, même ceux du premier ordre, n'agissent que par saccades ; ils sont capables d'efforts puissans, mais intermittens, et le repos leur est nécessaire pendant les intervalles. L'esprit d'Auguste Bérard n'était pas soumis à ces nécessités. Ces concours, d'une si longue durée, et qui se renouvelèrent tant de fois, n'étaient dans sa vie que de courts épisodes. Pareille à un fleuve qui a ses débordemens, mais qui coule d'un cours non interrompu, son infatigable activité s'exerçait sans cesse et ne s'épuisait jamais. A côté de la collection de ses thèses, ses mémoires originaux formeraient un autre recueil, non moins riche et plus intéressant encore, car ces travaux, fruits de sa libre inspiration, portent l'empreinte de son génie propre.....

Assurément, les travaux si nombreux et si importans que je viens de passer en revue, eussent été plus que suffisans pour illustrer celui qui les a accomplis ; et, si quelque chose étonne, c'est qu'ils aient pu être achevés pendant la durée d'une existence si courte. Mais A. Bérard ne fut pas seulement un écrivain fécond et une célébrité des concours, il fut surtout un chirurgien voué à la pratique et à l'enseignement de son art ; et il conquit, à ce double égard, une renommée fondée sur des titres, qui, pour laisser des traces moins visibles et moins durables, n'en sont pas moins réels et moins sérieux.

Nommé au bureau central des hôpitaux à l'âge de 30 ans, il remplit successivement les fonctions de chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, de la Salpêtrière, de l'hôpital Necker et de la Pitié. Sur ce grand théâtre et au milieu de ces vastes ressources, les progrès d'A. Bérard furent rapides. Soumises au contrôle des faits qu'il observait lui-même, les idées qu'il avait puisées dans l'étude des auteurs, s'affermirent sur quelques points, se modifièrent dans d'autres, et gagnèrent tout à la fois en rectitude, en assurance et en étendue. C'est là que son esprit put enfin prendre tout son essor ; c'est là qu'il quitta la robe prétexte, pour revêtir enfin la robe virile, et s'asseoir parmi les maîtres.

A l'hôpital et près du lit des malades, A. Bérard était sur son véritable terrain. Les graves problèmes qui s'y trouvaient sans cesse posés convenaient à son intelligence calme et sereine. Dans les cas ordinaires, son coup d'œil était rapide, et son jugement sûr. Les cas obscurs, complexes, ou insolites le mettaient rarement en défaut. Grâce à ses vastes connaissances et à sa merveilleuse mémoire, il trouvait dans ses souvenirs des faits analogues, des objets de comparaison, qui devenaient pour son esprit juste et pénétrant, les élémens d'une opinion motivée. Cette puissance de diagnostic lui avait été très utile dans les concours, et lui donnait dans la pratique civile une grande autorité.

Ses manières simples et en même temps affectueuses, sa physionomie ouverte, calme et douce, lui gagnaient bien vite la confiance des malades, et il la justifiait pleinement, par le dévouement avec lequel il les soignait : soulager ou guérir ceux qui avaient recours à lui, tel était le but de ses constans efforts. Aussi ses recherches originales ont-elles presque toujours eu pour objet la thérapeutique, qu'il regardait, avec raison, comme la fin et la partie principale de la médecine. Aussi tout moyen nouveau destiné à augmenter les ressources de la chirurgie était-il bien accueilli par lui ; et, pour peu que ce moyen offrît quelque chance raisonnable de succès, il n'hésitait pas à le soumettre, avec toute la réserve nécessaire, au critérium de l'expérience.....

(La suite au prochain numéro.)

PRESSE MÉDICALE.

Annales médico-psychologiques. — Juillet 1852.

Mémoire sur le sommeil, les songes et le somnambulisme ; par M. Lélut (de l'Institut).

Il est peu de phénomènes de la nature dont l'étude offre autant d'intérêt que l'état de sommeil ; aucun, pour nous servir des expressions du savant académicien, n'est plus gros de questions, plus extraordinaire, plus mystérieux.

Après avoir décrit sommairement ses caractères extérieurs, et pour ainsi dire corporels, M. Lélut envisage le fait du sommeil dans la nature en général. « Ce relâchement, dit-il, dont Dieu a voulu faire suivre l'effort (de la création du monde), ce repos qu'il a cru nécessaire après la fatigue, ce sommeil, en un mot, qui, dans les plans de la Providence, succède à l'état de veille, ce n'est pas seulement le sommeil de l'homme, le sommeil même des animaux, c'est le sommeil de toute la nature ; et tous ces repos, tous ces sommeils sont solidaires l'un de l'autre, coexistans, simultanés l'un à l'autre. »

Vient ensuite l'importante question de la condition physique ou organique du sommeil, de l'état nouveau des organes, qui est la cause prochaine de l'état nouveau dans lequel l'esprit se trouve plongé par le fait du sommeil.

De l'examen des différentes solutions tentées jusqu'ici, à ce sujet, M. Lélut conclut qu'on ne sait absolument rien de l'état cérébral corrélatif à l'état de l'esprit dans le sommeil.

Passant à l'étude des phénomènes propres et intimes du sommeil, c'est-à-dire de ses phénomènes spirituels, M. Lélut se demande si la distinction d'un sommeil *complet*, qu'on dit privé de rêves, et d'un sommeil incomplet, c'est-à-dire mêlé de rêves, est fondée. Il n'hésite pas à répondre par la négative. L'homme est, avant tout, une intelligence, une pensée ; le sommeil, c'est le repos de la pensée ; mais ce repos ne saurait être absolu, car, alors, la pensée ne serait plus la pensée ; de nécessité spéciale, d'essence, la pensée passe toujours.

De plus, qui dit matière, dit activité, mouvement nécessaire et sans relâche. En vertu de son étroite union avec l'organe qui sert à ses manifestations, la pensée participe nécessairement de cette activité, de ce mouvement. Il n'y a donc pas de sommeil sans rêves. Descartes, Leibnitz, Maine de Biron, Jouffroy, auxquels on pourrait encore joindre Formey, Cabanis, Carus, etc., sont d'accord sur ce point.

Que sont ces rêves, dont la permanence ne saurait être contestée ? La meilleure définition qu'on puisse en donner, c'est qu'ils constituent l'état de la pensée dans le sommeil. M. Lélut est encore disposé à adopter la définition de Buffon ; pour lui, le rêve était le retour de l'esprit à sa manière d'être originelle, à l'état où, dans le sein maternel, il a passé les temps obscurs de sa vie.

Après avoir tracé rapidement l'histoire des rêves, l'auteur passe à celle du somnambulisme. C'est encore le rêve, mais un rêve dans lequel la mémoire, l'imagination, les sens extérieurs eux-mêmes, le sens du toucher, en particulier, jouent un rôle considérable ; ce qui explique, en partie du moins, une foule d'actes presque merveilleux qu'exécutent les somnambules.

Le mot de somnambulisme rappelle un autre état de l'âme qui, ainsi que M. Lélut en fait la remarque, n'est point parveuu, jusqu'ici, à entrer dans les voies régulières de la science, et à se faire accepter par elle ; il s'agit de ce sommeil provoqué désigné sous les noms divers de somnambulisme artificiel, magnétique, de lucidité, etc.

Après avoir passé en revue les principaux phénomènes admis par les magnétiseurs, écartant d'abord ceux qui ont leurs analogues dans le somnambulisme naturel, ceux plus nombreux encore qui ne reposent que sur l'erreur et l'imposture, et insistant sur ce que le somnambulisme magnétique a de plus merveilleux, sur ce qui, dans ses conditions ou ses résultats, soit des lois de la physique animale et des lois de la psychologie,..... il allait dire : et des lois du sens commun, M. Lélut conclut qu'en somme et en réalité, « les phénomènes qui composent le domaine du magnétisme animal n'ont absolument rien qui soit réductible aux lois de la physiologie et de la psychologie, rien qui puisse se rallier à la puissance ordinaire, concevable des organes, et aux attributions même les plus étendues des facultés. Ils ont une nature absolument particulière qui, jusqu'à présent, ne peut se conclure de rien de connu, et ne saurait ainsi avoir pour preuve que le fait.

» C'est donc cette prenve qu'il faut attendre. »

Des intervalles dits lucides chez les aliénés ; par le docteur Billod.

Les conclusions du mémoire dont nous venons de rappeler les titres, sont les suivantes :

1° La croyance aux momens lucides chez les fous est erronée. C'est là un des derniers vestiges des brouillards qui ont, si longtemps, enveloppé l'étude de la folie.

2° Les fous n'ont pas de momens lucides, à moins de prendre pour tels les intervalles qui séparent les accès dans les folies intermittentes, ou ces états de lucidité intellectuelle compatible, chez les monomanes, avec un délire plus ou moins partiel.

De quelques nouvelles observations sur la folie des ivrognes ; par M. A. Brierre de Boismont.

L'auteur de ce mémoire a pour but « de rappeler des recherches publiées, il y a cinq ans, sur la matière, dans la *Bibliothèque du médecin praticien*, et qui paraissent avoir passé inaperçues aux médecins qui s'en sont occupés *après lui*.

Ces recherches concernent particulièrement :

La définition de la maladie ;

Les hallucinations ébrieuses ;

Les monomanies suicide et homicide ;

La *forme maligne* ou *grave* du *delirium tremens* ;

L'emploi des saignées ;

L'hydropisie produite par l'abstention des liqueurs alcooliques chez les buveurs ;

Les observations faites aux Indes par le docteur Geddes.

Les hallucinations de nature pénible jouent un très grand rôle dans la folie chez les ivrognes ; tous les auteurs les ont signalées.

Le délire de l'ivresse prend souvent un caractère érotique, obscène ; il pousse non moins souvent au suicide ou à l'homicide, quelquefois à la monomanie du vol.

L'ivresse, cause de folie, peut encore être une conséquence des perversions de l'esprit. Le penchant à l'abus des boissons se manifeste quelquefois à la suite de certaines maladies aiguës.

La folie des ivrognes peut se montrer sous la forme de délire aigu, de monomanie, de manie, de démence, sans qu'il y ait aucune lésion du mouvement.

Contre l'opinion générale des auteurs, M. Brierre pense que le *delirium tremens* a, assez fréquemment, une terminaison funeste.

Si l'opium a une efficacité réelle contre la folie ébrieuse, il est également vrai que l'isolement, la privation des liqueurs fortes, suffit le plus souvent pour amener la guérison.

La saignée peut être utile aux individus pléthoriques, sanguins, etc. ; elle est nuisible lorsque l'individu est nerveux, lorsque le délire a éclaté avec force et tout à coup, avec des apparences ataxiques, lorsque le tremblement est très prononcé, convulsif, le pouls petit, etc.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — La *Société médicale des hôpitaux de Paris* vient d'instituer *un prix, de mille francs*, à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « De l'albuminurie, sous les rapports de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la séméiologie et de la thérapeutique. »

Les mémoires, écrits en langue française, devront être adessés *franco*, avant le 31 décembre 1853, à M. le docteur Roger (Henri), secrétaire général de la Société, 51 *bis*, rue Ste-Anne. Chaque manuscrit devra porter une épigraphe, laquelle sera répétée dans un billet cacheté, avec le nom de l'auteur. — Le prix sera décerné au mois de mai 1854.

— Nous lisons dans les journaux de Londres du 20.

« Ce matin avant que les curieux fussent admis à visiter la ménagerie de la *Zoological Society's Gardens*, dans Regent's Park, John Gosling, un des gardiens des reptiles, a été tué par suite d'un acte de folie de sa part. Vers huit heures, au moment où il devait se livrer à ses occupations ordinaires, il a fait la bravade d'enlever de sa cage un des serpens les plus venimeux, la *Cabra di Capello*, et pour amuser un de ses camarades, il laissa le reptile s'enrouler autour de lui ; au bout de quelques secondes, le serpent le mordit à la figure et lui fit au nez une petite blessure qui saigna beaucoup.

« Cet homme, qui depuis plus d'un an et demi fait le service auprès de ces dangereux animaux, eut la présence d'esprit (quoique se sentant mortellement blessé) de replacer le serpent dans sa cage. Il manda le gardien en chef et l'administrateur qui le firent transporter sur-le-champ à l'hôpital de l'Université, dans Gower-Street. Là, tous les soins lui furent prodigués ; mais il expira au bout d'une heure. Le malheureux ne paraissait pas souffrir beaucoup, et le venin agissant comme narcotique, il est mort en syncope. Le reptile, qu'il avait eu l'imprudence de toucher, est magnifique ; il a quatre à cinq pieds de longueur. »

AVIS. — MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours à l'École pratique pendant le semestre d'hiver, sont prévenus que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu à la Faculté de médecine, lundi prochain 25 octobre, à une heure et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Abrégé de pathologie médico-chirurgicale, ou Résumé analytique de médecine et de chirurgie ; par le docteur Eug. Triquet, ancien interne à l'hôpital de Tours, lauréat et prosecteur de l'École de médecine de la même ville, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, et lauréat, médaille d'argent (1848), médaille d'or (1849).

Le tome 2e vient de paraître. L'ouvrage est complet en 2 vol. — Prix : 12 fr.

Cet ouvrage sera d'un grand secours aux jeunes gens qui aspirent au doctorat, à ceux qui se préparent aux concours des hôpitaux, en leur présentant un résumé analytique de médecine et de chirurgie, pouvant leur servir de guide dans leurs études.

Les praticiens, trop occupés journellement pour consulter les traités classiques, pourront aussi y retremper leurs souvenirs et s'assurer en un instant de ce qui peut faire l'objet d'un doute dans leur esprit.

Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 128. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 26 Octobre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.................. 32 Fr.

6 Mois................. 17

3 Mois................. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.

DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 OCTOBRE 1852.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

ÉTIOLOGIE.

Miasmes en général. — Miasme du Choléra.

Il ne faut pas songer à chercher ces moyens dans les quarantaines et les cordons sanitaires. Que pourraient de semblables mesures contre la marche et la propagation d'un fléau répandu dans l'atmosphère? On n'arrête pas le cours des vents, on n'empêche pas la circulation de l'air. La raison dit que ces digues sont illusoires, ces barrières impuissantes; l'expérience s'est chargée de le démontrer. Quand la première épidémie de choléra menaçait l'Europe, toutes les puissances du Nord établirent des cordons sanitaires, dans l'espérance d'en arrêter la marche envahissante, et le miasme se joua de ces précautions aussi dispendieuses qu'inutiles; ses progrès n'en furent pas même ralentis. Les quarantaines, pour les voyageurs et les provenances maritimes, n'eussent pas été plus efficaces sur nos côtes. N'avons-nous pas vu le choléra sauter, en 1832, de Londres à Paris, et comme par-dessus les lazarets, sans atteindre les populations intermédiaires, et choisir, en outre, ses premières victimes parmi des hommes qui n'avaient pas fait le voyage d'Angleterre, et n'en avaient pas rapporté par conséquent le germe de la maladie. Il serait donc ridicule de compter davantage sur ces prétendues mesures de précaution.

Les anciens, à défaut de science, consultaient beaucoup le bon sens. Ils s'étaient dit : la cause des grandes épidémies, la cause des grandes *contagions*, comme ils les appelaient, sans attacher peut-être à ce mot le sens que nous y attachons aujourd'hui, cette cause est dans l'air; tout concourt à le démontrer. On ne peut donc chercher à l'atteindre, espérer de la détruire, qu'en l'attaquant dans son véhicule. Allumons donc de grands feux autour des villes, brûlons des aromates dans nos habitations, portons des sachets odorans sur nos personnes, et nous parviendrons peut-être à l'écarter ou à la combattre avec succès. Ce n'était peut-être pas très savant, mais c'était logique.

Sans se demander si les grands feux ne pourraient pas brûler les miasmes dans l'atmosphère, ou les élever par la dilatation de l'air au-dessus des habitations humaines, ou bien encore les entraîner au loin par les courans d'air qu'ils établissent, rejetant sans examen l'hypothèse de l'action possible, possible, entendez-le bien, de certaines substances odorantes et de la combustion des aromates sur ces agens morbides, et, d'un autre côté, exagérant jusqu'au ridicule les minces inconvéniens qui peuvent accompagner ces mesures de précaution, la science moderne les a présomptueusement déclarées inutiles, dangereuses, superflues. Elle les dit inutiles, parce qu'elle est inhabile à en expliquer la manière d'agir, que, paresseusement, elle ne s'est pas même donné la peine de chercher à connaître. Elle les proclame dangereuses, parce que, prétend-elle, les grandes combustions ne font qu'ajouter des gaz nuisibles, l'acide carbonique, l'hygène carboné et l'oxyde de carbone, aux miasmes déjà contenus dans l'air. Et, par une contradiction singulière, elle enseigne en même temps que l'incendie des grandes forêts modifie, d'une manière à peine appréciable, la composition chimique de l'atmosphère. Enfin, elle les regarde comme superflues, parce que, affirme-t-elle sans le savoir, les odeurs masquent seulement les miasmes et ne les altèrent pas. Que dirai-je encore? La science moderne a découvert des moyens puissans de désinfection : fumigations de chlore, vaporisation spontanée des chlorures, dégagement d'acide nitreux, etc.; et pour des inconvéniens futiles, si on les compare aux avantages probables de leur emploi, elle défend d'en faire usage. En vérité, je crains que nous ne soyons devenus trop savans.

Tôt ou tard, j'en ai la conviction, on essaiera de nouveau ces moyens de prophylaxie publique et privée. Condamnés sans jugement, leur procès est à reviser. On y procédera avec la rigueur de nos méthodes perfectionnées d'observation, avec les lumières et les instrumens de la science nouvelle, et surtout en les essayant sur chaque miasme en particulier, car il se pourrait que tel moyen de préservation réussît contre celui-ci et échouât contre celui-là. On arrivera peut-être ainsi à en mieux apprécier la valeur. S'ils sont une seconde fois condamnés en cet appel scientifique, il n'en restera pas moins certain que c'est seulement dans cette voie, parmi les agens susceptibles de s'épandre dans l'air puisque les miasmes y sont contenus, qu'il faudra uniquement chercher désormais les moyens de préservation du choléra et de toutes les épidémies miasmatiques.

Mais le choléra, comme la plupart des maladies miasmatiques, ne frappe pas les populations, par la raison seulement que sa cause, émanée du foyer de production et répandue dans l'air, peut atteindre en même temps un grand nombre d'individus à la fois. Il se communique encore d'une personne malade à une personne saine; il se transmet par contagion. Je ne reviendrai pas sur les preuves que j'en ai donné dans mes lettres précédentes. On ne les a pas détruites. On s'est contenté de les nier, ou de déclarer que l'opinion de la contagion fût-elle vraie, il faudrait la taire par prudence. J'ai l'amour-propre de regarder ce genre d'argumentation comme un aveu d'impuissance de la part de mes adversaires. La vérité de la contagion cholérique subsiste, à mes yeux, aussi éclatante que le premier jour. C'est bien toujours la même cause et les mêmes effets. Dans le premier cas, le miasme, tel qu'il est sorti de son foyer, rend malade l'homme qui le respire; dans le second cas, ce miasme, chassé, repoussé du corps du premier malade, peut développer le choléra chez la personne qui l'absorbera de nouveau, de la même manière que les gaz des fosses d'aisance et des vieux puisards, après avoir empoisonné un premier individu, en empoisonnent un second, tout le monde le sait, si celui-ci respire l'air dangereux qui s'échappe de la poitrine de celui-là. Les moyens de préservation, tels que les quarantaines, les cordons sanitaires, et l'isolement des malades, dont nous venons de reconnaître l'impuissance et l'inutilité contre la transmission épidémique, ne reprendraient-ils pas tous leurs avantages contre la transmission contagieuse?

Sans contredit, si tout cholérique, tout malade atteint d'une maladie miasmatique, communiquait inévitablement sa maladie aux personnes qui l'approchent, on devrait dans tous les cas, sans exception, recourir à l'emploi de ces moyens.

Mais il n'en est pas ainsi.

Les effets des virus eux-mêmes ne sont pas constans. Et cependant, je le répèterai jusqu'à la nausée, ces agens morbides inoculés à la pointe d'une lancette, à dose infiniment petite et presque imperceptible, reproduisent avec tous ses symptômes et toute son intensité, sur la plupart des individus indistinctement, la maladie dont ils proviennent. On parle de personnes réfractaires à la syphilis; il en est qui ne contractent jamais la variole, même par inoculation; j'en connais qui

(1) Voir les numéros des 21, 25 Septembre, 2, 5, 9, 12 et 19 Octobre.

Feuilleton.

LOUISE BOURGEOIS, DITE BOURSIER,

SAGE-FEMME DE LA REINE MARIE DE MÉDICIS.

ESQUISSE HISTORIQUE (1).

Le roi et la reine allaient ordinairement une ou deux fois par semaine, « manger au logis » de M. de Gondy, « où ils se retiroient de l'importunité du peuple et des courtisans, et menoient personnes familières. » Or, par aventure, M. de Heilly, parrain d'une des filles de Louise Boursier, avait épousé la jeune fille de M. de Gondy. C'était une bienheureuse entremise « pour estre veue de la royne. » Donc, dans le mois d'août 1601, un vendredi, le roi et la reine se rendaient à souper chez M. de Gondy, au *clos Bruneau*, ou *séjour de Corbie*, nom sous lequel on désignait alors un vaste emplacement du faubourg Saint-Germain, à l'endroit où se voient aujourd'hui le théâtre de l'Odéon, la rue de Condé, etc. « La table était dressée en potence, au bout d'en haut le roy et la reyne y estaient, puis les princes et princesses, chacun selon leur rang, et surtout ceux de la maison de Guise, les seigneurs et dames après. » Louise Bourgeois attendait dans une chambre voisine une occasion favorable pour être présentée à L. L. Majestés. Mais, malheureusement pour elle, Marie de Médicis se sentant fatiguée, se fit conduire dans le parc pour se reposer.....

Le coup était manqué, et tout ce que notre sage-femme put obtenir, ce fut de lui faire « une grande révérence, pendant que la reine la regardait environ la longueur d'un pater. »

Quinze jours se passèrent sans qu'il fût question de rien. Mais le roi devant partir pour Calais, où l'appelait un commencement de rupture avec l'Espagne, s'entretint avec la reine, touchant ses couches. Cet entretien nous a été conservé, et on nous saura gré de le transcrire ici, en lui laissant sa couleur locale :

LE ROI. — Eh bien! ma mie, vous savez où je vais demain; je retournerai, Dien aydant, assez à temps pour vos couches. Vous partirez pour aller à Fontainebleau; vous ne manquerez de rien qui vous soit nécessaire. Vous aurez Madame ma sœur, qui est de la meilleure compagnie du monde, qui recherchera tous les moyens pour vous faire passer le temps. Vous aurez Mme la duchesse de Nemours, grande princesse sur-intendante de votre maison; Mme la marquise de Guercheville, votre dame d'honneur; Mme Conchine, votre dame d'atours; Mme de Monglas; vos femmes de chambre ordinaires. Je ne veux point qu'il y ait ni princesse, ni dame autres que celles-là à votre accouchement, de peur de faire naître des jalousies; aussi que ce sont tant d'avis que cela trouble ceux qui servent. Vous avez M. Du Laurens, votre premier médecin; le seigneur Guide, votre médecin ordinaire; Mme *Dupuis*, votre sage-femme.

LA REINE, en branlant la tête : La *Dupuis*, je ne veux me servir d'elle.

LE ROI. — Comment, ma mie, avez-vous attendu mon département pour me dire que vous ne vouliez pas Mme *Dupuis?* Et qui voulez-vous donc?

LA REINE. — Je veux une femme encore assez jeune, grande et allègre, qui a accouché Mme d'Elbeuf, laquelle j'ai vue à l'hôtel de Gondy.

LE ROI. — Comment, ma mie, qui vous l'a fait voir? Est-ce madame d'Elbeuf?

LA REINE. — Non, elle est venue de soi.

LE ROI. — Je vous assure que mon voyage, ni affaire que j'aie, ne me mettent tant en peine que cela. Que l'on aille chercher M. Du Laurens.

Ce dernier étant arrivé, le roi lui raconte ce que la reine lui avait dit et la peine où il en était.

— Sire, répondit Du Laurens, je connais bien dame Boursier; elle sait quelque chose; elle est femme d'un chirurgien. Il y a longtemps que chacun sait que la reine n'a pas agréable de se servir de Mme Dupuis, et même je m'étais informé des bons médecins de cette ville, s'il arrivait que la reine continuât à ne vouloir Mme Dupuis, quelle femme nous lui pourrions bailler avec elle, afin que venant au point, la seconde servît de première, n'osant dire à Votre Majesté ce que nous savions de la volonté de la reine, vu que vous désiriez que Mme Dupuis la servît. Ils m'ont nommé dame Boursier.

LE ROI. — Qui sont les médecins qui l'ont nommée?

DU LAURENS. — Ça été M. Malescot, qui est le plus ancien de cette ville; M. Hautin, qui a l'honneur d'être à Votre Majesté; M. de La Violette, et M. Ponçon.

Ces renseignemens suffirent sans doute au bon Henri, puisque le lendemain, la reine fit venir Louise Bourgeois à son lever. De ce moment notre sage-femme ne quitta plus le Louvre que pour se rendre avec la cour à Fontainebleau, où la reine devait faire ses couches.

Les détails piquans que nous avons là sous les yeux, montrent que ce trajet de quinze lieues n'était pas chose facile à cette époque, puisqu'il fallut deux jours pour aller de Paris à Fontainebleau, et qu'on dut coucher à Corbeil, dans une « hostellerie où il n'y avait qu'une meschante petite chambre basse de plancher, bien estouffée pour la reine, » puis « dîner à Melun, chez M. de La Grange, où il n'y avait aucuns meubles, et surtout que de grosses pierres au lieu de chenets.»

C'est à Fontainebleau que Marie de Médicis accoucha, le jeudi 27 septembre 1601, le jour de Saint-Cosme, à dix heures et demie du soir, d'un fils, à la grande joie de Henri IV et de toute la cour. Le travail fut long, très douloureux; il ne dura pas moins de vingt-trois heures. La position de Louise Boursier était difficile et délicate; jeune encore, à peu près inconnue au château, antipathique au roi et à plusieurs courtisans, il lui fallut un grand déploiement de tact, d'esprit et de fermeté pour faire vivifier la confiance autour d'elle, étouffer les chuchottemens qui bourdonnaient à ses oreilles, et ne pas se troubler devant les remarques défavorables de ceux qui avaient intérêt à la perdre.

Elle était, du reste, bien avertie; on lui avait recommandé « de ne s'étonner d'aucune chose qu'elle pût voir. Qu'il se pourrait que certai-

(1) Voir les numéros des 5 et 12 Octobre.

ont été vaccinées inutilement cinq, six, et jusqu'à sept fois dans leur vie; enfin, M. Renault, directeur de l'école d'Alfort, vient de nous apprendre, dans un savant rapport fait à l'Académie de médecine, que l'épouvantable virus rabique, inoculé par la lancette ou par la dent de l'animal enragé, ne communiquait la rage que trois fois sur quatre à peu près. On n'a pas fait, que je sache, d'expériences ni d'observations analogues sur le virus morveux. On n'a pas non plus, je crois, cherché à savoir jusqu'à quel degré de dilution on devrait porter les virus pour qu'ils cessassent d'agir.

Or, si les virus ne communiquent pas toujours la maladie à laquelle ils appartiennent, que doit-ce donc être des miasmes?

Ceux-ci ne sont pas inoculables. Comme les poisons minéraux ou végétaux, qui, mortels à certaines doses, deviennent entre les mains des médecins de précieux médicamens à doses moins élevées, les miasmes, en cela semblables encore aux matières putrides dont ils se rapprochent par leur nature, produisent des effets proportionnels aux quantités absorbées par chaque individu. Depuis le simple malaise qu'éprouvent la plupart des personnes pendant le règne des grandes épidémies miasmatiques, depuis la légère indisposition, empreinte toutefois du cachet reconnaissable de l'épidémie régnante, et qui ne consiste qu'en quelques troubles fonctionnels, jusqu'aux cas les plus graves et aux morts foudroyantes qu'on observe quelquefois, on voit la maladie dans toutes ses nuances et à tous les degrés d'intensité possibles. La cause de ces différences ne tient pas au tempérament et aux habitudes hygiéniques des malades. Faibles ou forts, intempérans ou sobres, pauvres ou riches, mal ou bien nourris et vêtus, habitans des chaumières ou des palais, effrayés ou non, colères ou placides, tous sont à peu près indifféremment et également courbés sous le fatal niveau de l'épidémie. Chaque malade est affecté, d'abord en proportion de la dose qu'il reçoit du poison morbide; ensuite, il succombe ou guérit, suivant la puissance de réaction et d'élimination dont il est doué, tout comme les individus empoisonnés par l'arsenic ou les champignons sont plus ou moins malades, suivant la quantité de substance toxique qu'ils absorbent, et guérissent ou meurent, selon qu'ils réagissent avec plus ou moins d'énergie contre l'agent de destruction, et selon qu'ils l'éliminent en plus ou moins grande abondance et avec plus ou moins de facilité et de promptitude. S'il suffisait d'une dose quelconque de miasmes pour développer la maladie, si les miasmes, en un mot, agissaient à la manière des virus, personne n'échapperait à leur action, puisqu'ils sont répandus dans l'air et que tous les respirent. Je n'insisterai pas davantage sur ce point, qui me paraît hors de toute contestation possible.

Or, admettons par hypothèse, qu'il faille, en moyenne, une dose de miasmes cholériques égale à 20 pour donner naissance au choléra. Supposons ensuite qu'un homme en ait absorbé dans l'air une quantité équivalente à 60. N'est-il pas évident que s'il l'expulse tout entière dans une chambre fermée et dont l'air ne se renouvelle pas, il pourra se faire que la maladie se développe chez trois autres personnes de force égale qui l'auront respirée en égale proportion. C'est absolument la même chose que si, après avoir empoisonné un animal avec 60 centigrammes de deutoxide d'arsenic, on les recueillait dans ses excrétions et dans ses sécrétions, et qu'on les fît avaler de nouveau, par portions égales, à deux ou trois autres. Un malade, dans cette supposition, pourrait donc, à la rigueur, communiquer sa maladie à trois des personnes qui l'approcheraient.

Mais combien de conditions devront se trouver réunies pour que la transmission s'opère de la sorte. Il faudra d'abord que tout le miasme soit rejeté au dehors. En supposant que cela puisse avoir lieu, il faudra qu'il ne s'en perde aucune partie, et que par conséquent l'air de la chambre du malade ne soit pas renouvelé. Il faudra que les personnes qui lui donnent des soins passent assez de temps auprès de lui pour respirer une quantité suffisante, au moins égale à 20, des miasmes qu'il élimine. Il faudra, en outre, que cette dose soit absorbée dans un espace de temps assez court pour ne pas être repoussée par les émonctoires au fur et à mesure de son absorption. On sent combien la réunion de toutes ces circonstances doit être rare, mais on comprend aussi que le hasard puisse les rassembler, et qu'un malade qui exhale 60 de miasmes cholériques puisse, à la rigueur, communiquer son mal à trois individus, plus facilement à deux, à plus forte raison à un seul. Il suit évidemment encore de ce qui précède qu'en temps ordinaire, un pestiféré, un cholérique, ne peuvent pas faire naître une épidémie de peste ou de choléra. Vous transporteriez en vain un de ces malades au milieu d'une grande population, vous ne développerez jamais l'épidémie si le miasme n'existe pas préalablement dans l'air. La maladie pourra bien se communiquer à une, deux ou trois personnes, mais jamais au-delà, parce que les miasmes ne se multipliant pas en nous comme les virus, et leur quantité diminuant sans cesse au contraire, par le fait d'abord de la transmission, par les pertes qu'ils éprouvent au sein des organes qu'ils contaminent, et par leur dissémination dans l'air, ils se trouveraient bientôt réduits à un tel degré de rareté, qu'ils ne pourraient plus produire d'effets morbides.

J'ai raisonné jusqu'ici dans l'hypothèse de la sporadicité du choléra, et j'ai cherché à poser les limites, assez restreintes, on le voit, dans lesquelles il peut, à cet état, se communiquer par contagion. On conçoit qu'il doive se propager bien plus facilement par cette voie, en temps d'épidémie. Quand une épidémie cholérique existe dans une contrée, la plupart des habitans en éprouvent l'influence à des degrés divers. A certains jours particulièrement, probablement dans ceux où l'air est à la surface du sol plus saturé de miasmes, on ressent un malaise inaccoutumé, indéfinissable; on éprouve même quelques troubles fonctionnels, et personne ne se méprend sur la cause. C'est que chacun a absorbé une certaine quantité du poison morbide, pas assez forte pour provoquer le développement de la maladie, mais qui peut se compléter d'un moment à l'autre. Qu'un homme dans cette situation s'approche d'un cholérique ou d'un pestiféré, car ce que je dis du choléra s'applique à la peste et à toutes les maladies miasmatiques, cet homme avait, je suppose, absorbé dans l'air contaminé une dose de miasmes égale à 10, insuffisante pour faire naître en lui la maladie, s'il en reçoit du malade une quantité égale à la première, n'est-il pas évident que la maladie va se développer chez lui avec tout son cortège de symptômes.

Plus facile donc en temps d'épidémie, la contagion du choléra et de toutes les maladies miasmatiques contagieuses, est loin pourtant de s'exercer d'une manière absolue, inévitable, nécessaire. Quelques circonstances la favorisent sans doute, mais une foule d'autres la combattent et la détruisent. Renfermez un cholérique, ou, ce qui revient au même, rassemblez plusieurs malades du choléra dans un petit espace, l'air de cette chambre, relativement trop étroite, sera bientôt saturé de miasmes si vous n'avez pas le soin de le renouveler, et les assistans pourront respirer une assez grande quantité de poison pour contracter la maladie. On me dira ce qu'on m'a déjà dit cent fois, savoir : que je prends ici des foyers d'infection pour des foyers de contagion. A cela, ma réponse sera toujours la même. La distinction entre l'infection et la contagion n'existe que dans les mots; c'est de la logomachie. Un foyer de maladie, formé par les malades eux-mêmes, qui ne donne et ne peut donner que la maladie spéciale par laquelle il est engendré, est un véritable foyer de contagion. Il n'y a pas de subtilités de langage qui puisse prévaloir contre cette vérité. Logez au contraire vos malades dans de vastes pièces, ne les emprisonnez pas dans des alcôves ou dans des rideaux, renouvelez fréquemment l'air autour d'eux, purifiez cet air par les moyens de désinfection que la science possède, écartez promptement toutes les matières excrémentitielles, celles surtout qui paraissent recéler le poison, puisqu'elles ont une odeur particulière et spéciale, évitez et faites éviter un trop long séjour auprès de ces malades, et vous diminuerez indubitablement les chances de contagion. Les Américains ont compris instinctivement une partie de ces choses. Quand une épidémie de fièvre jaune éclate dans une des villes du littoral, ils disséminent aussitôt les malades dans la campagne, et l'épidémie ne tarde pas à s'éteindre. Ce résultat tient sans doute en majeure partie à ce que les individus sont immédiatement soustraits à l'influence du foyer où la maladie a pris naissance; mais une part est due très probablement à ce que l'un des moyens de propagation du mal, la contagion, se trouve détruit ou tout au moins singulièrement atténué par la dispersion des malades.

Eh bien! que se passe-t-il en toute épidémie? Les malades sont-ils tous renfermés dans de petits réduits? L'air ne se renouvelle-t-il jamais autour d'eux? Exhalent-ils tous une quantité suffisante de miasmes pour provoquer l'éclosion du mal chez une autre personne? Celle-ci respire-t-elle toute cette dose? Séjourne-t-elle constamment auprès d'eux? A toutes ces questions, on est bien forcé de répondre par la négative pour la généralité des cas. Les exemples de contagion ne doivent donc se produire que dans les cas exceptionnels.

(*La fin prochainement.*)

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

PATHOLOGIE.

ÉTUDE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LE PEMPHIGUS CONGÉNITAL.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

En 1837, M. Cazeaux présente à la Société anatomique le cadavre d'un nouveau-né couvert d'une éruption cutanée. Aux bras, aux cuisses et autour de l'anus, existent des bulles soulevées par un liquide purulent; autour de ces bulles, la peau est violacée; quelques bulles sont déchirées; à l'endroit où l'épiderme est enlevé, la peau offre une surface rouge uniforme. M. Cazeaux s'est assuré que la mère de cet enfant d'ailleurs bien conformé, n'offre aucun signe de syphilis; elle affirme n'avoir jamais été atteinte de cette maladie. Néanmoins, M. Cazeaux regarde comme syphilitique l'affection cutanée de l'enfant, et se demande si la syphilis n'aurait pas pu être communiquée au germe par le père sans attaquer la mère.

Dans la même séance, M. Nivet rappelle le fait d'une éruption semblable, observée à l'Hôtel-Dieu sur un nouveau-né dont la mère ne présentait pas de symptômes syphilitiques actuels, mais avait eu des chancres pendant la grossesse.

---

nes personnes, fâchées de ce qu'on n'avait pris la dame Dupuis, pourraient dire ou faire de leur pis pour la fâcher ou l'intimider. Que cela arrivant, elle ne s'en souciât, n'ayant affaire qu'à Mlle de la Renouillère, qui ne douterait jamais de sa capacité. Qu'en un mot elle fît de la reine comme de la plus pauvre femme de son royaume, et de son enfant comme de celui du plus pauvre homme. »

Il est curieux de trouver ici un épisode analogue à celui qui marqua, deux cents ans plus tard, la délivrance de Marie-Louise. On sait les douleurs, les souffrances de l'impératrice pour donner le jour au roi de Rome. On sait encore que l'empereur croyant apercevoir une légère hésitation dans la conduite de Dubois, lui dit pour le rassurer : « Docteur, faites comme s'il s'agissait d'une marchande de la rue Saint-Denis. » A peu près la même chose arriva à Louise Boursier : l'enfant, retenu longtemps au passage, avait beaucoup souffert; il était gonflé, la face bouffie, bleuâtre, la circulation presque nulle. Le roi s'en effrayait. « Sire, lui dit la sage-femme, si c'était un autre enfant, je lui mettrais du vin dans la bouche et lui en donnerais de peur que la faiblesse ne dure trop. » — *Faites comme à un autre*, répondit Henri.

Et l'enfant fut sauvé.

A partir de ce moment, Louise Boursier se vit définitivement installée à la cour, et assista Marie de Médicis dans toutes ses couches. Le vendredi 22 novembre 1602, elle l'accoucha d'une fille nommée Elisabeth; le 10 février 1606, d'une seconde fille, qui reçut le nom de Christine; le 16 avril 1607, naquit Gaston d'Orléans, qui mourut à l'âge de quatre ans. Puis vint le tour du duc d'Anjou (depuis duc d'Orléans), né le vendredi 25 avril 1608; et enfin une dernière fille, Henriette-Marie, née le jeudi 26 novembre 1609, et qui a épousé l'infortuné Charles Ier, roi d'Angleterre.

Rien de saillant ne marqua la naissance de tous ces rejetons de la race royale, si ce n'est la grande joie qui éclatait à l'arrivée des garçons; les feux de joie, les tambours et trompettes, les tonneaux de vin défoncés, etc., tandis que la naissance des filles était reçue avec une froideur glaciale. Cette joie était assez grande pour faire disparaître toute espèce d'étiquette; et Mme Boursier raconte avec une charmante naïveté comme quoi tous ceux qui se rencontraient « s'entr'embrassaient sans avoir égard à ce qui estait du plus ou du moins; » comment des « dames qui rencontraient de leurs gens, les embrassaient, et estaient si transportées, qu'elles ne savaient ce qu'elles faisaient; » comment enfin Mlle de la Renouillère, première femme de chambre de la reine, « *rencontra un des valets de chambre du roy, qui la baisa de si bon courage qu'elle n'avait plus qu'une dent povr la décoration de sa bouche, qu'il lui mit dedans.* »

C'est à la naissance de Christine de France, en 1606, que Louise Boursier reçut pour la première fois les insignes honorifiques de la sage-femme d'une reine de France. Ces insigues avaient été, du temps de Catherine de Médicis, un collet de velours et une grosse chaîne d'or pendue au cou. Marie de Médicis, voulant sans doute déroger à de vieilles habitudes, rejeta ces ornemens et préféra le *chaperon en velours noir*, qu'elle fit immédiatement confectionner par son tailleur Zocoly. C'est avec cette coiffure que Louise Boursier s'est fait représenter sur la gravure qui accompagne ses ouvrages.

Le temps donne aux moindres détails une importance toute particulière. Il est dans la nature de l'homme de trouver un bonheur singulier à faire courir son imagination dans les ombres du passé, à comparer des époques éloignées au présent, surtout lorsque les acteurs appartiennent aux puissans de ce monde. C'est ce qui nous engage à laisser parler ici notre héroïne, et à ne rien changer à son langage, si ce n'est la ponctuation, que nous rétablissons.

Il s'agit du premier accouchement de Marie de Médicis, de la naissance du Dauphin, depuis Louis XIII. La scène se passe à Fontainebleau, dans la nuit du jeudi 27 septembre 1601 :

« Les douleurs pressaient la reine, à chacune desquelles le roy la tenait, et me demandoit s'il estait temps qu'il fît venir les princes, que j'eusse à l'en advertir, d'autant que cet affaire là estait de grande importance qu'ils y fussent. Je lui dis que je n'y manquerois pas lorsqu'il en seroit temps. Environ une heure après minuit, le roy vaincu d'impatience de voir souffrir la roine, et croiant qu'elle accoucheroit et que les princes n'auroient pas le temps d'y venir, il les envoia quérir, qui furent Messeigneurs les princes de Conti, de Soissons et de Montpensier. Le roy disoit les attendant : « Si jamais l'on a veu trois princes » en grand'peine, l'on en verra tantost; ce sont trois princes grandement pitoyables et de bon naturel, qui voiant souffrir ma femme, » voudroient pour beaucoup de leur bien estre bien loin d'icy. Mon » cousin, le prince de Conty, ne pouvant aisément entendre ce qui se » sé dira, voiant tourmenter ma femme, croira que c'est la sage-femme » qui lui fait du mal. Mon cousin, le comte de Soissons, voiant souffrir » ma femme, aura de merveilleuses inquiétudes, se voyant réduit à » demeurer là. Pour mon cousin de Montpensier, je crains qu'il ne » tombe en faiblesse, car il n'est pas propre à voir souffrir de mal. » — Ils arrivèrent tous trois avant les deux heures, et furent environ demi-heure là. Le roy ayant sçeu de moi que l'accouchement n'estoit pas si proche, les envoia chez eux, et leur dit qu'ils se tinssent prests quand il les enverroit appeler. M. de la Rivière, premier médecin du roy; M. Du Laurens, premier médecin de la reyne; M. Herouard, aussi médecin du roy; le seigneur Guide, second médecin de la reyne; avec M. Guillemeau, chirurgien du roy, furent appelés pour voir la royne, et aussitôt se retirèrent en un lieu proche. Cependant, le grand chambre ou ovalle de Fontainebleau, qui est proche de la chambre du roy, qui estait préparée pour les couches de la royne, où estoit un grand lict de velours de cramoisy rouge accommodé d'or, estoit près le lict de travail, aussi les pavillons, le grand et le petit, qui estoient attachés au plancher, et troussés, furent détroussés. Le grand pavillon fust tendu ainsi qu'une tente par les quatre coins avec grands cordons; il estait d'une belle toile de Hollande, et avoit bien vingt aulnes de tour, au milieu duquel il y en avoit un petit de pareille toille, sous lequel fut mis le lict de travail, où la roine fut couchée au sortir de sa chambre.

(*La suite à un prochain n°.*)

Dr Achille Chereau.

L'année suivante, 1838, le docteur Gustave Krauss, médecin à Dusseldorf, communiqua à la *Gazette médicale* (nº du 28 avril) une observation de pemphigus congénital, dont l'origine syphilitique est incontestable :

« Dans le mois de juillet 1834, une femme de 19 ans, primipare, d'une stature moyenne et d'une forte constitution, fut reçue à la Clinique obstétricale de Bonn. La mère était morte phthisique à l'âge de 42 ans. Mais son père, déjà âgé de 72 ans, et ses deux frères se portaient bien ; elle-même n'avait jamais été malade. Menstruée à 13 ans, elle l'avait toujours été régulièrement. Quinze mois après son entrée, elle avait, à la suite d'un coït, été attaquée aux grandes lèvres d'ulcères grisâtres, à bords élevés, qui montèrent jusque dans le vagin, et qui, traités, furent guéris en six mois. Trois semaines après la cure, elle devint enceinte. Sauf les nausées, la santé fut bonne pendant la grossesse.

» Les douleurs de la parturition commencèrent le 2 août; depuis trois jours, elle ne sentait plus son enfant remuer; le 3, elle accoucha naturellement.

» L'enfant était à terme; il respirait et criait faiblement. On le lava dans un bain tiède; sa couleur livide passa au rouge. Vers la racine du nez, à l'angle de l'œil gauche, on voyait quatre taches violettes d'un diamètre de 2 — 3'''. Sur le dos du nez existait une bulle de même grandeur, roussâtre et commençant à se dessécher. Le ventre, légèrement dur et tendu, offrait quelques taches irrégulières, jaunâtres, peu saillantes et plus petites: c'étaient des bulles desséchées; là, l'épiderme était facile à enlever. La face antérieure de l'avant-bras, des mains et des doigts était de couleur violacée et couverte d'une foule de bulles irrégulières, saillantes, tantôt confluentes, tantôt isolées, qui s'étendaient jusqu'au bout des doigts ; la face dorsale, d'un rouge tirant sur le brun, en offrait moins. Deux croûtes roussâtres, obrondes, se remarquaient dans les mains. Quelques bulles miliaires, blanchâtres, étaient accumulées à la face plantaire du pied, entremêlées de bulles jaunes et plus grandes, qui, çà et là, montaient en arrière jusqu'aux fesses.

» Ces bulles parurent croître après la naissance; quelques-unes se rompirent et laissèrent échapper un liquide jaunâtre. L'enfant ne manifestait aucun signe de douleur; il mourut le 4 août.

» A l'autopsie, on trouva dans les bulles un liquide assez limpide, plus dense que l'eau, contenant quelques flocons d'un blanc jaunâtre ; un nouvel épiderme se formait au-dessous.

» Le cerveau était mou, les vaisseaux gorgés d'un sang noir et coagulé. Le péricarde contenait un demi-drachme de liquide gélatineux, jaunâtre, analogue à celui des bulles; trois drachmes environ de liquide de même nature s'écoulèrent de l'abdomen.

» Les poumons n'offraient rien à noter. Le cœur était plein d'un sang noir et coagulé. Le foie, la capsule surrénale gauche, la rate et les glandes mésentériques avaient un volume plus grand que d'habitude.

» Aux pieds et aux mains, le fond violet sur lequel étaient placées les bulles, faisait ressortir davantage leur couleur jaune.

» La mère alla bien d'abord; mais, le quatrième jour, elle présenta de rechef un ulcère arrondi, à fond blanchâtre et à bords rouges et relevés. Le douzième jour, elle sortit de la clinique obstétricale et fut ainsi soustraite à mon observation. »

Je terminerai l'énumération de ces faits par une observation empruntée au travail inséré par M. le professeur Dubois dans la *Gazette médicale*, sur *le diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes possibles de la mort du fœtus* (1850, p. 893.)

« M... est accouchée à terme d'un garçon qui présente, au moment même de sa naissance, sur différentes parties du corps, mais surtout à la face palmaire des mains et à la plante des pieds, des pustules d'un blanc éclatant formées par un soulèvement de l'épiderme et contenant du pus. Ces pustules se détachent sur le fond violet foncé de la peau des mains et des pieds. Cet enfant maigrit rapidement et succomba le sixième jour après sa naissance.

» L'examen cadavérique a lieu le lendemain. Quand on incise les pustules, on en fait sortir un liquide purulent, épais, et l'on remarque que le derme dénudé est rouge, mais n'est pas sensiblement ulcéré. Le thymus présente la couleur et le volume de l'état normal; mais lorsqu'on l'incise et qu'on le presse, on en exprime facilement un liquide blanc jaunâtre d'une consistance semi-liquide et présentant tous les caractères physiques du pus.

» La mère de cet enfant assure n'avoir jamais été atteinte d'une affection vénérienne, et elle n'en porte aucune trace apparente. Mais elle ajoute que le père de son enfant, employé en qualité d'infirmier dans un hôpital militaire, a été atteint, il y a plus d'un an, d'une maladie vénérienne pour laquelle il est encore soumis à un traitement. »

Les observations que je viens de rapporter ne sont pas les seules qui existent dans la science; mais j'ai dû choisir celles qui nous offraient la plus grande somme de garanties, soit par leurs détails, soit par le crédit des hommes qui les ont publiées. Quoi qu'il en soit, on peut, de ce simple historique, extraire les propositions suivantes :

1º Le pemphigus congénital reconnaît généralement pour cause le vice syphilitique. Il est bien vrai que le professeur Osiander dans un cas, que les docteurs Lobstein et Dugès dans deux autres, ont attribué cette affection, le premier, à l'abus par la mère du poisson salé, les seconds à l'existence préalable d'une gale maternelle; mais, d'une part, l'attention n'était pas éveillée d'une manière spéciale, à cette époque, sur l'origine syphilitique du pemphigus; et il se peut qu'on n'ait pas suffisamment interrogé l'état actuel et antérieur de la mère; d'une autre part, la transmission au germe aurait pu avoir lieu au moment de la conception, par la semence paternelle, sans l'intermédiaire obligé de la mère.

2º La manifestation du pemphigus congénital consiste dans une éruption de taches miliaires, rouges ou violettes, roussâtres ou jaunâtres, au sommet desquelles se forme une vésicule, d'abord imperceptible, mais qui grossit rapidement, et dont le diamètre varie entre six lignes et un quart de ligne. Le fond sur lequel repose la base, est généralement rouge ou violet. Plus généralement encore, la base de la bulle est entourée d'une aréole rouge, qui, suivant quelques auteurs, manquerait quelquefois. Un liquide trouble, et habituellement jaunâtre, est contenu dans l'épiderme soulevé, qui est plus ou moins transparent, mais se nuance parfois d'une teinte rose. Lorsqu'on enlève l'épiderme, on met à nu le derme rouge, excorié ou même ulcéré. La forme des bulles est circonscrite, assez communément irrégulière. Leur siége est très variable. On les trouve indifféremment sur toutes les parties du corps, à la face, sur le tronc, aux environs de l'anus, sur les membres, fréquemment à la plante des pieds et à la paume des mains. L'éruption peut être discrète ou confluente. Le nombre des bulles s'élève rarement au-delà d'une centaine.

3º Si le fœtus naît vivant, ces bulles croissent après la naissance, puis se dessèchent et laissent après elles une légère macule, ou bien elles dégénèrent en ulcères de mauvaise nature.

Le temps de leur évolution paraît varier entre huit et quinze jours.

4º Le pronostic est toujours grave : Ou les enfans meurent avant de venir au monde, ou ils succombent peu de temps après la naissance. On peut regarder comme exceptionnels les cas où ils ont survécu.

5º Le pemphigus congénital ne saurait être confondu avec ces énormes soulèvemens de l'épiderme qu'on rencontre chez les enfans mort-nés. Mais y a-t-il lieu de distinguer un pemphigus congénital pur et simple d'un pemphigus congénital syphilitique? C'est une question que je n'entreprendrai pas de résoudre. De nouveaux documens sont nécessaires, et le temps seul peut nous les fournir.

Dans un prochain article, qui aura pour objet l'étude du pemphigus développé après la naissance, je mettrai en parallèle les faits relatifs au pemphigus dont l'origine syphilitique est incontestable, et ceux dans lesquels cette cause ne saurait être invoquée, et je rechercherai si, à l'aide de cet examen comparatif, on ne pourrait pas éclairer la question si obscure du diagnostic.

Au milieu des ténèbres, on se contente de la plus faible somme de lumières.

Dr E. Hervieux.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE PRATIQUE;

Par M. le dr Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, etc.

NÉVRALGIES FACIALES ; — RÉSECTION DES NERFS ; — PROCÉDÉS NOUVEAUX.

(Suite. — Voir les numéros des 5 et 12 Octobre.)

Observation II. — *Névralgie faciale simple atteignant depuis quinze ans les trois branches du trijumeau droit. Résection sous-orbitaire. — Guérison.*

Mme Camous, jardinière, douée d'un tempérament nerveux, est âgée de 58 ans. A ma consultation, cette malade m'apprend que depuis quinze ans, en dépit de traitemens variés, elle est atteinte d'une névralgie faciale qui lui rend l'existence insupportable. Des douleurs ayant surtout pour siége le nerf sous-orbitaire droit, et s'étendant parfois à tous les nerfs de ce côté de la face, existent d'une manière continue, et s'accompagnent fréquemment d'accès durant lesquels la malade ferme la bouche, tandis que les muscles des lèvres sont pris de mouvemens convulsifs. Alors la parole n'a lieu qu'à voix basse, et toute entière à ses souffrances, Mme Camous ne répond aux questions qu'on lui adresse que par des gémissemens et des mots entrecoupés. Dans l'espace d'une demi-heure, j'ai pu compter jusqu'à huit de ces accès.

Pendant les courts intervalles de calme, la mastication, la déglutition, la phonation n'augmentent pas sensiblement les douleurs; la narine droite semble moins perméable à l'air. Depuis quelque temps, la vue s'affaiblit dans l'œil droit, qui n'offre pas de lésion appréciable; le côté gauche de la face est sain.

Le 16 décembre 1851, la malade étant plongée dans l'éthérisme (chloroforme), j'ai pratiqué la résection du nerf sous-orbitaire droit par mon procédé.

Le gonflement modéré de la joue fut combattu par l'application de cataplasmes; les douleurs, qui avaient cessé après l'opération, reparurent le lendemain dans les nerfs mentonnier et frontal. Ces douleurs, qui semblaient partir de la dent canine, réveillaient les contractions musculaires qui existaient avant l'opération et troublaient le calme dont jouissait l'opérée; mais peu à peu elles ont complètement disparu, et le succès ne s'est point démenti huit mois après l'opération, malgré le retour manifeste de la sensibilité dans les parties où elle avait été abolie après la résection du nerf.

Observation III. — *Névralgie faciale simple atteignant depuis trente-quatre ans les branches du trijumeau droit. — Résection des nerfs sous-orbitaire et mentonnier. — Guérison.*

Doué d'une forte constitution, quoique sans embonpoint, M. Julien, âgé de 69 ans, est d'une haute taille, sans antécédens syphilitiques, n'ayant jamais eu d'autre maladie que la gale. Il y a environ trente-quatre ans que M. Julien, s'étant couché sur le côté droit, près d'un ruisseau, fut pris, le soir, d'une violente névralgie faciale de ce côté. Le nerf sous-orbitaire fut, pendant plusieurs années, le seul affecté; mais peu à peu le mentonnier, l'auriculo-temporal, le frontal devinrent à leur tour névralgiques, de sorte que depuis plus de vingt ans tous ces nerfs étaient douloureux.

Les douleurs qui, dès leur apparition, n'avaient laissé au malade que peu de repos, s'exaspéraient à l'occasion des variations de température, causaient des élancemens qui, partant le plus souvent du nerf sous-orbitaire, s'irradiaient dans toutes les directions, et, par leur excessive acuité, donnaient lieu à des accès terribles. Les mouvemens de la bouche, du pharynx ou du larynx les exaspéraient, et la déglutition, très difficile, ne pouvait jamais être précédée de la mastication. Le côté gauche de la lèvre inférieure est creusé d'une gouttière formée par le tuyau de ferblanc à l'aide duquel le malade boit depuis plus de vingt ans. Les distractions des voyages, le jeu, faisaient quelquefois une diversion favorable quand la force de l'accès n'imposait pas le repos au lit; dans ces circonstances mêmes, M. Julien n'obtenait un peu d'amélioration qu'en se coiffant la tête d'un oreiller en plumes. Il y avait un peu de larmoiement, mais les organes des sens étaient intacts et les fonctions s'accomplissaient d'ailleurs assez bien.

Des médecins consultés avaient, par une impardonnable erreur de diagnostic, successivement fait arracher les trente-deux dents quoique saines. Ce moyen était resté stérile, aussi bien que de nombreux médicamens (éther, pilules de Méglin, belladone, sulfate de quinine, opium, hydrochlorate de morphine *intus et extrà*, séton, vésicatoire, bains divers, etc., etc.).

M. le professeur Rostan conseilla au malade de changer de localité, ce qu'il s'empressa de faire; pendant quatre mois la névralgie cessa, mais fut remplacée par un tremblement général qui disparut à son tour quand la névralgie revint.

Le 25 décembre 1851, l'anesthésie étant obtenue par l'inhalation du chloroforme jeté dans *mon sac à éthérisation*, je pratiquai successivement, dans la même séance, la résection des nerfs sous-orbitaire et mentonnier, d'après mon procédé, toujours en réséquant le nerfs hors des trous avec le bistouri, et dans l'intérieur de leurs canaux à l'aide d'un cautère rougi à blanc.

Cette opération, bien supportée, a été suivie de la cessation de la névralgie, d'un léger gonflement de la face qui s'est dissipé vers le cinquième jour par des applications émollientes.

La guérison des plaies était achevée le trentième jour; cependant, un point fistuleux restait encore à la plaie supérieure.

Depuis l'opération, quelques élancemens passagers se sont produits sur les nerfs frontal et auriculo-temporal; aujourd'hui, huit mois après, la guérison est complète.

Notons encore ici que la sensibilité est revenue dans les parties que la double résection avaient rendues complètement insensibles.

Observation IV. — *Névralgie faciale gauche bornée aux nerfs ophthalmique et maxillaire supérieur; — résection du sous-orbitaire; — insuccès.*

Toulon, 29 juillet 1852.

M. de Vars, capitaine en retraite, d'un tempérament sanguin, jouit d'une constitution vigoureuse. Sa mère, morte à un âge très avancé, avait été tourmentée, pendant les trente dernières années de sa vie, par une affection névralgique du trijumeau, portant plus spécialement sur la branche maxillaire inférieure, et dont aucun moyen thérapeutique n'avait pu la débarrasser.

Cet officier, à l'âge de 55 ans, fut atteint, pour la première fois à Paris, en 1844, d'une névralgie sus-orbitaire gauche, que des applications de vésicatoires morphinés firent disparaître assez promptement.

Bientôt une sciatique rhumatismale se développa sous l'influence d'un courant d'air froid, et cette maladie força M. de Vars à quitter le service actif. Cette sciatique, traitée par les évacuations sanguines et les bains de vapeur, plus tard par le vin de colchique, ne céda que pour être remplacée par une double conjonctivite qu'on crut aussi de nature rhumatismale, et contre laquelle on dirigea les moyens appropriés.

Mais l'ophthalmie ne tarda pas à se fixer sur l'œil gauche et à s'accompagner de douleurs très vives, intermittentes, se montrant plus particulièrement au point d'émergence du nerf sous-orbitaire. Les signes de conjonctivite s'exaspéraient en même temps que la douleur elle-même, et disparaissaient avec elle. Dès lors, le doute ne fut plus permis, on avait évidemment à combattre une véritable névralgie.

L'affection revêtit nettement cette dernière forme en mai 1847. Depuis, toutes les ressources que la science possède contre ce genre de maladie, furent successivement mises en œuvre : évacuations sanguines générales et locales, vésicatoires morphinés, sulfate de quinine, pilules de Méglin, belladone, valérianate de zinc, etc. Le malade, en désespoir de cause, essaya du remède Leroy, se soumit à un traitement mercuriel complet, en vue de très anciennes affections vénériennes, qui n'avaient jamais consisté, du reste, qu'en de simples écoulemens urétraux datant de plus de vingt années, et n'ayant laissé d'ailleurs aucune trace.

Malgré l'emploi de ces moyens si nombreux et plus ou moins rationnels, l'affection névralgique n'avait fait que s'exaspérer ; elle avait gagné successivement de nouveaux rameaux du trifacial. De telle sorte que, vers le commencement de 1851, les points névralgiques occupaient à peu près toutes les ramifications cutanées de l'ophthalmique et du maxillaire supérieur, et s'étaient même étendus jusqu'au nerf occipital interne. La douleur se localisait plus spécialement dans les points sous-orbitaire, palpébraux supérieur et inférieur, nasal, frotal, temporal, pariétal, occipital du côté gauche.

Les accès revenaient chaque semaine environ, et duraient de trois à

quatre jours avec des exacerbations déchirantes. Pendant le cours de ces accès, l'œil malade était vivement injecté; on y observait un larmoiement abondant, une photophobie extrême; la douleur se portait successivement, et en augmentant toujours d'énergie, sur tous les points précédemment indiqués.

C'est au milieu d'un état aussi fâcheux, que M. Beau, chirurgien-major de la marine, conseilla à M. de Vars, son parent, l'application de la cautérisation transcurrente, d'après la méthode de M. Jobert (de Lamballe), si heureusement généralisée par M. Valleix. Ce traitement, dirigé à distance par M. Valleix lui-même, et employé pendant dix mois environ avec énergie et persévérance, amena une amélioration considérable. Le fer incandescent chassa successivement la douleur de la plupart des branches nerveuses qu'elle occupait. Les élancemens névralgiques ne persistaient plus que dans le point sous-obitaire et dans les points palpébraux d'où plusieurs cautérisations n'avaient pu les déloger encore, lorsque M. Beau et quelques autres chirurgiens de la marine, témoins des succès jusqu'alors constans, obtenus par la résection combinée avec la cautérisation directe des branches nerveuses, d'après mon procédé, proposèrent à M. de Vars l'emploi de ce moyen comme plus prompt et plus sûr que la cautérisation transcurrente. En face de résultats aussi heureux, M. de Vars n'hésita pas, et s'adressa directement à moi dans les premiers jours de janvier 1852.

L'examen attentif du malade me permit de constater la persistance de deux points névralgiques, l'un siégeant à la paupière supérieure, l'autre à la région sous-orbitaire. L'affection ne pouvait être atteinte, il est vrai, que dans cette dernière branche nerveuse; mais quelques faits de ma pratique antérieure me permettaient d'espérer que la destruction du nerf sous-orbitaire ne serait peut-être pas sans influence sur le point névralgique de la paupière supérieure.

Dans le cours de mes explorations, je fus frappé cependant par une circonstance particulière, l'absence absolue des élancemens douloureux à l'aile du nez et à la lèvre supérieure, points, on le sait, à peu près constans dans la névralgie sous-orbitaire. La douleur ne s'étendait, en effet, jamais au-delà du trou d'émergence du nerf. Ceci me fit craindre que, la partie affectée de la branche nerveuse étant peut-être située profondément, n'échappât par là aux moyens chirurgicaux. Aussi, tout en me décidant à l'opération que le malade désirait vivement d'ailleurs, je dus faire des réserves relativement au résultat, et je classai tout d'abord ce fait parmi les cas exceptionnels.

Je pratiquai l'opération le 10 janvier, d'après mon procédé. Elle fut accomplie avec une scrupuleuse exactitude dans tous ses détails; l'os fut ruginé de manière à le dépouiller de son périoste autour du trou sous-orbitaire, pour être bien certain de ne laisser échapper aucun filet nerveux. D'ailleurs, l'insensibilité absolue des parties auxquelles se distribuent les ramifications du nerf réséqué, ne pouvait nous laisser aucun doute sur le succès obtenu. Les incisives du côté malade, qui étaient cariées et très douloureuses avant l'opération, purent, aussitôt après, être touchées et même ébranlées tout à fait impunément; ce qui nous prouva davantage encore que le but était bien complètement atteint, et que le cautère avait pénétré à une profondeur suffisante pour détruire le nerf au-delà du point où la branche dentaire antérieure s'engage dans son canal particulier. D'autre part, la commissure des lèvres et l'aile du nez du côté opéré s'abaissèrent sensiblement immédiatement après la résection, et cette légère déviation a persisté depuis. Enfin, le résultat prochain était très certainement obtenu dans son entier.

La plaie fut donc abandonnée à la nature, et la cicatrisation s'opéra après une période de suppuration d'un mois.

Dès le lendemain de l'opération, des douleurs névralgiques violentes reparurent; elles étaient rapportées par le malade au point sous-orbitaire, à la lèvre et à l'aile du nez du côté malade, dans les parties précisément où la sensibilité normale était complètement éteinte.

Au bout de douze heures, le calme se rétablit, imparfaitement, il est vrai, et malheureusement pour bien peu de temps. Le troisième jour, en effet, alors que la plaie était béante et commençait à suppurer, les mêmes douleurs se reproduisirent assez vives; elles augmentèrent graduellement le lendemain, de manière à constituer un violent accès.

Le jour suivant, l'accès arriva à son paroxysme; il fut, au dire du malade, aussi douloureux que les plus forts qu'il eût jamais éprouvés. Les douleurs étaient assez aiguës pour arracher des cris et déterminer une grande agitation.

Amendement notable pendant les trois jours suivans. Nouvel accès en tout semblable au précédent, le quatrième jour.

Les accès devinrent plus intenses et plus prolongés qu'ils ne l'avaient jamais été. C'est à peine si M. de Vars pouvait compter sur un jour ou deux de calme relatif par semaine; temps de repos acheté par des accès de quatre à six jours de durée, et dont la violence était telle, qu'il assurait n'avoir jamais souffert autant à aucune autre époque de sa maladie.

Ajoutons enfin que la douleur, d'abord bornée à la joue et à la paupière inférieure, ne tarda pas à se montrer dans la paupière supérieure où elle existait avant l'opération.

(La fin à un prochain numéro).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 20 Octobre 1852. — Présidence de M. Guersant.

ÉLOGE D'AUGUSTE BÉRARD.

M. Denonvilliers continue ainsi :

Celui qui était déjà un bon praticien et un habile opérateur, et qui s'était distingué par ses publications et ses concours, celui-là ne pouvait être un professeur médiocre. La chaire de clinique chirurgicale est, comme on l'a dit avec raison, plus propre qu'aucune autre à fonder les grandes réputations, parce qu'elle donne l'occasion de joindre l'exemple au précepte; mais c'est aussi, par la même raison, une des plus difficiles à remplir, puisqu'elle exige un ensemble de qualités et de talens qui ne se trouvent pas souvent réunis dans le même homme. Ces qualités et ces talens, Bérard les possédait. Ses leçons de clinique se distinguaient par l'intérêt qu'il savait donner au récit des faits pratiques, la sagacité et la profondeur dont il faisait preuve dans la discussion des questions problématiques, la justesse de ses appréciations, la sûreté de ses jugemens, la sagesse de ses résolutions et l'habileté qu'il déployait dans l'exécution des opérations. Joignez à cela un extérieur digne, une voix harmonieuse, une parole facile, beaucoup de bonté pour les malades, une grande affabilité avec les élèves, et vous comprendrez le succès de son enseignement, succès qui se fût encore augmenté si A. Bérard eût assez vécu pour arriver aux hôpitaux du centre et qui l'eût infailliblement placé, à côté de son frère, parmi les professeurs les plus justement célèbres de la Faculté de Paris; exemple peut-être unique de deux frères, doués des qualités personnelles les plus brillantes et les plus aimables à la fois, unis par la plus douce intimité, poursuivant en même temps, avec un égal bonheur et par des moyens semblables, une même carrière scientifique, dans laquelle ils arrivent tous deux à conquérir, par le seul ascendant du mérite et du travail, la plus haute renommée et les positions les plus élevées.

L'homme distingué dont je viens de retracer devant vous les mérites, les travaux, les luttes et les triomphes, aurait pu, comme tant d'autres, faire suivre son nom du titre de membre d'une foule de Sociétés savantes, françaises ou étrangères; il n'avait pour cela qu'à vouloir; il ne voulut pas et se montra toujours peu curieux d'un genre de distinction si vain et si facile à acquérir. Ce n'était pas dédain chez lui; il faisait cas de ces réunions où les hommes s'instruisent sans peine et rapidement par l'échange de leurs idées, et où ils apprennent, au contact de tous les jours et dans la liberté de discussions familières, à se connaître et à s'estimer. Mais, dans la simplicité de son esprit sincère, il ne comprenait pas le titre sans l'emploi. Aussi, Bérard n'appartenait-il qu'à un petit nombre de Sociétés qu'il avait choisies et dont il était, non pas un membre nominal, mais un des collaborateurs les plus actifs et les plus assidus.

Il était de la Société anatomique, de la Société de médecine, de l'Académie et de la Société de chirurgie de Paris.....

C'est la Société de chirurgie qui le possédait le plus complètement. C'était bien la Société de son choix et de ses affections, parce que celle qui avait pour objet exclusif les progrès de cette partie de la science qu'il professait avec tant d'éclat, et dans chacun des membres de laquelle il retrouvait un camarade d'hôpital, un compagnon d'étude, un rival de concours, un ancien élève, et toujours un ami.

Le nom d'A. Bérard est inscrit le premier sur la liste des fondateurs de la Société de chirurgie, et ce n'est pas sans raison. Outre qu'il était parmi nous le plus ancien chirurgien d'hôpital, et le plus considérable par sa double position d'académicien et de professeur à la Faculté de médecine, nul n'avait plus vivement que lui désiré la formation de la Société, et ne s'était employé d'une manière plus efficace à atteindre ce but.

Les services qu'il rendit dans les fonctions de président sont inappréciables. Il en est d'une Société naissante comme d'un enfant qui entre dans la vie : son avenir dépend plus qu'on ne pense de la direction imprimée à ses premiers efforts. Or, Bérard excellait à guider les débats, à les animer ou à les modérer suivant le besoin, à les élargir ou à les élever quelquefois, à les maintenir toujours dans les bornes de la modération et des convenances et dans la voie de la pratique. C'est un de nos collègues qui nous l'a dit, et je m'étaie d'autant plus volontiers de son autorité, qu'il fut lui-même un de nos meilleurs présidens : « A. Bérard » avait su dès le début imprimer aux séances de la Société une marche » si régulière, qu'il n'a, pour ainsi dire, laissé à ses successeurs qu'une » ligne toute tracée à suivre. » Cette aptitude à conduire une discussion qui se liait à la rectitude de son jugement et à la netteté de son esprit, était en lui un talent naturel qui perçait continuellement et qui avait été apprécié dans toutes les Sociétés auxquelles il avait appartenu. C'est une histoire bien connue à la Société de médecine de Paris, qu'au temps où Bérard en suivait régulièrement les travaux, quand il arrivait que la discussion s'égarât, M. Prus, alors président, avait l'habitude de donner la parole à Bérard sans qu'il l'eût demandée; et telles étaient ses connaissances approfondies de tous les sujets médicaux, son attention constante à suivre les discussions, sa facilité à les analyser, à les résumer et à les juger que, quel que fût le sujet en litige, il répondait à l'invitation du président, jetait en quelques mots la lumière sur les questions les plus obscurcies, et ramenait la discussion à ses véritables *termes*.

Que pourrais-je maintenant ajouter, que vous ne soyez tous prêts à dire comme moi, sur l'agrément de ses manières, la modération de son esprit, la sûreté et l'honnêteté de son caractère, et cette constante bienveillance qui le faisaient universellement aimer. Après avoir traversé tant de concours et parcouru une carrière si agitée au milieu des froissemens, des mécomptes et des brigues qu'engendrent les luttes et les rivalités de ce genre, il n'avait conservé de ressentiment contre personne, et je ne crois pas non plus qu'il eût excité autour de lui aucun sentiment motivé d'hostilité. C'est qu'il était vraiment « bon, sincère et fin, sage et » gai, complaisant et réservé, modeste pour lui-même, et disposé à louer » les autres, dévoué pour ses amis et bienveillant au moins pour ceux » qui ne l'étaient pas, heureux de bien faire et de ce qu'on faisait de » bien, il répandait et vivifiait autour de lui tous les bons sentimens » dont il était animé. » Tel en effet nous l'avons tous vu dans ses relations avec ses confrères et ses élèves, et je suis heureux d'emprunter à l'un des membres de la Société de médecine ce jugement si juste et formulé dans un si bon langage.

On rencontrait rarement A. Bérard dans le monde : il n'en avait ni le temps, ni le goût. Sa vie extérieure était si complètement consacrée aux autres que, dans ses rares momens de repos, il aimait à se replier sur lui-même et sur les siens. C'est là que, dans le cercle d'une étroite intimité, il se livrait sans contrainte à toutes les inspirations de son heureux naturel et découvrait dans son caractère des côtés que n'auraient point soupçonnés les indifférens. Il faut avoir assisté à ces scènes d'épanchement et d'abandon pour connaître entièrement Bérard et pour comprendre tout ce qu'il y avait d'imagination dans ce savant à formes si positives, de simplicité, de candeur, et d'aimable naïveté dans cette intelligence si supérieure; c'était, avec l'esprit d'un homme, le cœur d'un enfant. Ses souvenirs le reportaient sans cesse aux premières années de sa vie, dans les beaux champs de l'Anjou, sur les coteaux de la Loire, et ses conversations favorites avaient pour objet les amusemens et les petites aventures de sa jeunesse. Il n'imaginait pas de plus grand plaisir que de laisser là les affaires pour aller, tout seul avec sa famille, passer une journée entière à la campagne, dans le fond d'un bois ou sur le bord d'une rivière; et c'est ainsi que, dans les temps les plus occupés de sa vie, pendant ses concours même, il employait la journée du dimanche. Aller un jour chercher un long repos, suivi d'une mort tranquille, dans ces lieux, si charmans pour lui, où il avait goûté les premières joies de la vie, tel était le dernier terme de son ambition.

Ce vœu si modeste ne put pas être exaucé. C'est au moment où tout semblait lui sourire, quand, parvenu aux plus hautes dignités et aux honneurs de notre profession, dans la force de l'âge et dans la toute-puissance de ses facultés, entouré de vieux amis et d'une jeune et charmante famille, il semblait avoir fixé la fortune si longtemps rigoureuse, c'est alors qu'une mort inopinée vint le surprendre et le renverser.

L'émotion profonde excitée dans tout le corps médical par ce funeste événement, ne fut nulle part plus vivement ressentie que dans le sein de la Société de chirurgie, et celui de nos collègues qui porta la parole en notre nom sur la tombe de l'infortuné Bérard, a pu dire, avec raison, que le vide produit par cette perte se ferait longtemps et cruellement sentir. Aujourd'hui, Messieurs, que six années ont passé sur cette tombe, que la Société de chirurgie a pris une extension considérable, qu'elle s'est fortifiée par l'adjonction de jeunes titulaires aussi actifs que distingués, qu'elle voit sur la liste de ses honoraires et de ses associés les chirurgiens les plus célèbres de toutes les contrées de l'univers, qu'elle a eu l'honneur d'y inscrire le frère aîné de celui que nous avons tant regretté, je dis cependant que le vide n'est pas encore rempli, et qu'A. Bérard nous manque. Oui, il nous manque, car si la Société n'a plus désormais le même besoin d'aide et d'appui, elle serait heureuse de se montrer dans sa splendeur nouvelle à celui qui la vit au berceau, qui guida ses premiers pas encore chancelans, et qui jouirait si bien de ses progrès et de sa prospérité.

Le sentiment que j'exprime ici, Messieurs, est celui de la Société. Pourquoi, en effet, avoir voulu que cet éloge fût prononcé, sinon pour que, par ce qu'il a laissé de meilleur sur la terre, c'est-à-dire par la mémoire de ses œuvres, A. Bérard fût encore aujourd'hui présent dans cette enceinte?

La Société de chirurgie, Messieurs, a fait deux grandes pertes, celle de Marjolin et celle de Bérard : l'un qui fut le premier et longtemps le seul de ses membres honoraires; l'autre qui fut le premier de ses fondateurs et de ses présidens. Que la Société de chirurgie montre qu'elle sait honorer après leur mort ceux qui l'honoraient elle-même pendant leur vie. Déjà le buste du professeur Marjolin, de notre véritable maître à tous, a été placé au-dessus du bureau, comme si son inspiration devait planer sur notre réunion : qu'un portrait du professeur A. Bérard décore également les parois de cette salle; afin que l'image de ces deux membres illustres soit présente à nos séances comme leur souvenir est vivant dans nos cœurs; afin que par ces signes visibles, leur mémoire se perpétue chez nos successeurs, et qu'en contemplant ces nobles images, l'étranger qui pénètre pour la première fois dans cette enceinte, sache quel esprit nous anime, et ce qu'on doit attendre d'une Société qui a pris pour exemples Marjolin et Bérard, ces deux hommes dont la vie a été la réalisation de notre belle devise :

Vérité dans la science, moralité dans l'art.

La fin de cette lecture a été accueillie par de chaleureux applaudissemens.

La parole a été donnée ensuite à M. le professeur Bouisson pour une lecture.

M. Bouisson a lu un mémoire ayant pour titre :

Des hémorrhagies périodiques qui compliquent les suites des opérations chirurgicales et de l'utilité de leur traitement médical.

L'auteur termine et résume son mémoire en concluant :

Qu'il existe à la suite des opérations une variété d'hémorrhagies consécutives, qui mérite le nom d'hémorrhagie intermittente ou périodique;

Que cette hémorrhagie est sous la dépendance d'une cause interne, ou de l'affection qui produit la fièvre intermittente ordinaire;

Que l'hémorrhagie peut être considérée comme la crise de l'accès fébrile et comme se substituant à la période de sueur;

Qu'elle peut exister avec les caractères de l'intermittence, mais sans phénomènes fébriles apparens, comme dans les fièvres dites *larvées*;

Que le traitement de cette variété d'hémorrhagie doit être principalement médical, et que les préparations de quinquina jouissent d'une incontestable efficacité pour en prévenir le retour.

Le mémoire de M. Bouisson est renvoyé à une commission composée de MM. Michon, Nélaton et Debout.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur le vote adopté par l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 21 août, contre la pratique de la Syphilisation comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis, par C. Sperino. In-8. — Prix : 1 fr.

A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

LEÇONS CLINIQUES
SUR LES AFFECTIONS CANCÉREUSES.

Professées à l'hôpital Cochin, par M. le docteur **Maisonneuve**, chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de la Société de chirurgie, de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris, de la Société académique de Nantes, etc.;

Recueillies et publiées par M. le docteur Alexis **Favrot**, membre de la Société anatomique, de la Société médico-pratique de Paris et de la Société médicale de Bordeaux. — Ouvrage orné de *planches.* — Première partie, comprenant les affections cancéreuses en général.

1852, chez Labé, libraire de la Faculté, rue de l'École-de-Médecine. Prix: 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 129. SIXIÈME ANNÉE. Jeudi 28 Octobre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An.............. 32 Fr.:
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES ÉVACUATIONS SANGUINES AU DÉBUT ET PAR L'EAU FROIDE, *intùs et extrà*, PENDANT TOUTE LA DURÉE DE LA MALADIE ; par M. le docteur LEROY, médecin en chef de l'hôpital de Béthune (Pas-de-Calais).

Avant 1845, la fièvre typhoïde était fort rare à Béthune ; mais vers le milieu de cette année, elle commença à s'y montrer de plus en plus fréquente, de telle sorte, qu'en 1848, elle dégénéra en véritable épidémie : les cas de typhus furent même assez nombreux.

Les moyens thérapeutiques ordinaires auxquels j'eus recours dès le début s'y montrèrent si peu efficaces, que, rebuté de leur insuffisance, je résolus de me livrer à mes propres inspirations et de tenter un traitement en rapport avec les idées qu'à force d'observer et de méditer, je m'étais formées sur la nature de la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde, au moment où elle éclate, revêt ordinairement les caractères inflammatoires les plus tranchés. La température du corps surtout s'élève à un degré qu'elle n'atteint presque jamais dans aucune maladie : or, on conçoit combien cette chaleur doit favoriser et activer la fermentation du sang ; de plus, des congestions se forment dans les principaux organes, les poumons, la rate, le cerveau. Ces congestions peuvent acquérir assez de gravité pour devenir elles-mêmes des causes de mort (1). Combattre ces congestions et abaisser la température du corps, sont évidemment les deux indications les plus pressantes. La saignée peut les remplir toutes les deux. C'est donc par elle qu'il faut débuter dans toute fièvre typhoïde.

Je dis dans *toute*, car, pour moi, la saignée n'est pas moins indispensable ici, que le quinquina dans les fièvres intermittentes. Je ne suis cependant pas partisan des saignées coups sur coups; je me borne aux saignées modérées, proportionnées à l'âge, à la force et à la constitution du sujet; je tire en général, chez l'adulte, de huit cents à quinze cents grammes de sang; avant l'âge de six ans et chez les sujets très débiles, je m'en tiens aux sangsues. Je ne me laisse pas arrêter par la faiblesse du pouls, j'y mets seulement plus de réserve, et je vois souvent, après la première saignée, le pouls se relever et en réclamer une ou plusieurs autres. Dans ces cas, la faiblesse n'est donc qu'apparente, et il y aurait danger à lui accorder une trop grande attention.

Après la saignée, viennent les évacuations sanguines locales, qui sont indiquées toutes les fois qu'il y a des douleurs de ventre ou une sensibilité un peu vive, à la pression, dans les flancs. Une application de douze à vingt sangsues sur le ventre ou quelques ventouses scarifiées, sont alors d'une incontestable utilité.

Mais, jusqu'à quelle époque les déplétions sanguines sont-elles admissibles? Jusqu'au septième ou huitième jour à partir du début; plus tard, il peut être dangereux d'y avoir recours, car il ne faut pas oublier que, passé cette époque, des ulcérations existent dans l'intestin; or, ces ulcérations sont autant de portes ouvertes à l'introduction, dans le sang, des liquides putréfiés qui les baignent, et l'on sait combien la saignée est favorable à l'absorption ; il faut donc, aussitôt que le diagnostic est bien établi, ne pas perdre de temps, et pratiquer, le premier jour du traitement, une ou deux saignées, une troisième le lendemain, s'il y a lieu, et dans la journée, appliquer les sangsues ou les ventouses.

Une rémission de presque tous les principaux symptômes ne tarde pas ordinairement à se manifester, mais elle est de courte durée; et la maladie, un instant suspendue, reprend bientôt son cours, si l'on ne se hâte de recourir à une médication qui la combat d'une manière plus radicale et plus directe, c'est-à-dire à la *réfrigération continue.*

On l'exécute de la manière suivante :

Un linge plié en plusieurs doubles (une serviette, par exemple) est trempé dans l'eau *la plus froide possible*, faiblement tordu et appliqué ensuite sur le ventre qu'il recouvre entièrement, et où il est maintenu par une deuxième serviette formant ceinture, et qui doit être fréquemment renouvelée pour éviter que le malade ne soit trop mouillé aux avant-bras, aux mains et aux autres parties du corps, où l'application du froid n'est pas nécessaire.

Le linge mouillé doit être plongé dans l'eau et remis en place aussitôt qu'il s'échauffe, ce qui, quelquefois, dans les premières heures qui suivent son application, arrive au bout de quatre ou cinq minutes.

Après un certain temps, la chaleur diminue, de manière que, commençant le matin, on n'est plus obligé le soir de renouveler la fomentation que de vingt à trente minutes d'intervalle. Bientôt les intervalles deviennent encore plus longs, mais il n'y a en cela aucune règle, la réaction variant non seulement suivant les individus, mais encore la même personne offrant, dans le cours de la même maladie, des variations de température en rapport avec les momens d'exacerbation, ce qui fait qu'après avoir pu cesser pendant des heures entières de mouiller de nouveau le ventre, on est quelquefois obligé de renouveler, en certains momens, avec autant de fréquence qu'au début.

Dès qu'une fois on a commencé la réfrigération, il ne faut plus, *sous aucun prétexte*, quelle que soit la nature des accidens qui peuvent surgir, la cesser jusqu'à guérison. On peut, sans danger, la continuer un mois, et plus s'il était nécessaire, excepté dans les momens où le malade se refroidit complètement, malgré l'application aux extrémités inférieures de bouteilles remplies d'eau chaude, ou d'autres moyens analogues; car, en même temps que le ventre est ainsi refroidi, les pieds doivent toujours être tenus suffisamment chauds.

Je n'ignore pas que bien des personnes, rien qu'à la seule idée d'une réfrigération continuée durant si longtemps, vont se récrier sur le danger des métastases, des répercussions; mais ma réponse sera sans réplique : c'est que ces moyens ont été mis en usage plus de mille fois par d'autres aussi bien que par moi, et que, dans aucun cas, cette crainte ne s'est réalisée.

L'eau froide et la décoction légère de chiendent, sont les meilleures boissons; on peut cependant concéder aux malades à qui elles inspirent du dégoût, de les édulcorer avec le sirop de groseilles.

Trois demi-lavemens avec de l'eau simple à dix ou douze degrés, complètent le traitement qui remplit, en effet, toutes les indications les plus importantes. Comme nous l'avons dit déjà, la plus pressante est d'enlever d'abord le calorique morbide; or, comme c'est le corps qui fournit tout le calorique nécessaire pour échauffer et vaporiser l'eau dont les linges sont imprégnés, sa température ne tarde pas à s'abaisser, et cet abaissement de température ne peut manquer de ralentir ou même d'arrêter l'effervescence et la fermentation des humeurs.

Le froid est, en outre, le sédatif le plus puissant de l'innervation et de la circulation, et son action se manifeste bientôt par le calme général qu'il produit et par le ralentissement de la circulation; il est encore antiseptique, et sous son influence, la fétidité de l'haleine et des déjections disparaît promptement, et on n'observe plus, que dans des cas très rares, les escarres gangreneuses de la peau. Localement, les avantages du froid ne sont pas moindres; de plus, comme antiphlogistique, il combat avantageusement l'inflammation intestinale, diminue le météorisme, la tension des intestins qui reprennent leur ressort et reviennent sur eux-mêmes, ce qui restreint d'autant l'étendue des ulcérations.

Les saignées générales et locales, l'usage intérieur et extérieur de l'eau froide, pourvoient donc à toutes les indications qui se présentent ordinairement dans la fièvre typhoïde; aussi, je puis affirmer que dix-neuf fois sur vingt, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens pour en obtenir la guérison.

Il faut, toutes les fois qu'on le peut, commencer la réfrigération immédiatement après les émissions sanguines. Mais si l'on est appelé trop tard, on a encore beaucoup à espérer de ce moyen tant que les deux premiers septenaires ne sont pas écoulés, surtout si le malade a été saigné dès le début (observation n° 7).

Quiconque d'ailleurs essaiera de ce traitement sera bientôt convaincu de ses avantages. Car à peine est-il employé qu'une amélioration réelle se manifeste; la peau se rafraîchit graduellement et ne conserve plus qu'une douce chaleur, le pouls se régularise et perd de sa fréquence; la céphalalgie, la stupeur, le délire, se dissipent en peu de jours; la soif s'apaise, la langue devient plus nette et plus humide, les nausées ou les vomissemens, les douleurs de ventre et la sensibilité à la pression dans les flancs disparaissent; le météorisme et la diarrhée diminuent, la fièvre cesse, le sommeil revient et il reste enfin si peu de traces de la maladie, que souvent, du huitième au quinzième jour, le malade se croit guéri, et que le médecin lui-même se demande jusqu'à quel point il peut partager cette opinion.

Cependant, à l'aide d'un examen minutieux, on acquiert la certitude que la maladie est latente, mais non entièrement dissipée. En effet, il reste un peu de somnolence ou d'excitation cérébrale; le sommeil, quoiqu'assez prolongé, n'est point réparateur; la respiration est faible, il y a encore de l'engouement, un peu de soif et de sécheresse dans la bouche; quelques aphtes et des gerçures aux lèvres; la langue est d'une netteté trop complète ou plus souvent chargée ou rouge sur ses bords et à sa pointe; la percussion du ventre produit un son trop clair et quelque peu tympanique; les évacuations alvines sont encore liquides ou il existe une grande constipation, les urines sont fétides, le malade exhale encore une odeur particulière, et enfin les fonctions, en général, ne s'exécutent pas avec toute la régularité désirable.

Quelle que soit la bénignité apparente de ces symptômes, il faut bien se garder, jusqu'à leur entière disparition, de considérer le malade comme en convalescence; car il ne faut pas perdre de vue que si le traitement enlève, en quelques jours, la fièvre, la douleur et les accidens généraux, il ne triomphe pas aussi rapidement des accidens locaux, c'est-à-dire de la lésion intestinale. Il faut donc bien se mettre en garde contre tout ce qui pourrait contrarier la cicatrisation des ulcérations, ou ce qui serait pis encore, déchirer les cicatrices lorsqu'elles n'ont point eu le temps de se consolider.

J'en ai vu deux exemples terribles, l'un sur un homme de 35 ans, véritable hercule, qui, au dix-huitième jour, pouvait se lever et circuler par toute la maison. Il prenait du bouillon depuis deux jours, lorsqu'il eut la fantaisie d'y ajouter un énorme morceau de pain ; une indigestion s'en suivit et immédiatement se déclarèrent des accidens nerveux de la plus grande violence, qui l'enlevèrent en trois jours.

A quelque temps de là, un cuirassier, qui se trouvait à peu près dans les mêmes conditions, parvint à se procurer la moitié d'un petit pain et deux pommes qu'il mangea avidement. Il mourut en deux jours, au milieu des mêmes accidens nerveux. J'en fis l'autopsie et je trouvai quelques follicules cicatrisées, d'autres en voie de cicatrisation, et plusieurs autres dont la cicatrice avait été déchirée, ce que témoignaient quelques gouttelettes de sang qu'on distinguait parfaitement sur les bords.

Il y a donc, entre les plaques de Peyer et les centres nerveux une sympathie mystérieuse, mais si étroite qu'aussitôt que les follicules deviennent malades, le cerveau ne manque pour ainsi dire jamais de partager leur état de souffrance.

Veut-on maintenant se rendre compte du mode d'action de chacun des deux moyens qui composent ce traitement si peu compliqué? Rien n'est assurément plus facile :

Les émissions sanguines sont nécessaires pour combattre les complications (*congestions* et *inflammations*); elles peuvent même suffire pour la guérison de la maladie, lorsqu'il n'y a point infection primitive. C'est là l'explication des succès de M. Bouillaud par les saignées coup sur coup. Sans employer

(1) Une femme, détenue à la prison, fut envoyée à l'hôpital. Au début de l'épidémie, elle se plaignait de symptômes si vagues et si disparates, que je crus à une maladie simulée. Après quelques jours, elle tomba, presque tout d'un coup, sans connaissance; un météorisme considérable se déclara, le pouls devint misérable, et elle succomba au bout de quelques heures. L'autopsie démontra un commencement d'inflammation des plaques de Peyer, et surtout une congestion cérébrale effroyable, qui fut évidemment la cause de la mort.

des moyens aussi énergiques et en me bornant aux saignées modérées et à la réfrigération, j'ai bien des fois guéri en cinq ou six jours des maladies qui s'annonçaient avec tous les symptômes d'une affection typhoïde; j'en conserve un bon nombre d'observations.

Mais quand il y a infection primitive, on voit bien vite passer l'amélioration produite par les émissions, et ce qui arrête définitivement ou au moins atténue singulièrement le mal, c'est la réfrigération; la marche de la maladie, dans tous les cas où on emploie ce traitement, le prouve suffisamment; mais si on en veut une preuve plus directe, je la déduirai de deux observations où les sujets succombèrent à des maladies incidentes, et où je pus constater *de visu* que malgré la disparition, sous l'influence du traitement, de tous les symptômes typhoïdes, les lésions intestinales n'étaient pas guéries, c'est-à-dire que la maladie existait toujours, mais à l'état latent; je ne puis, malgré mon désir d'être court, ne pas les rapporter avec quelques détails.

(La suite à un prochain numéro.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE PRATIQUE;

Par M. le d^r Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, etc.

NÉVRALGIES FACIALES; — RÉSECTION DES NERFS; — PROCÉDÉS NOUVEAUX.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 5, 12 et 26 Octobre.)

Voilà donc, on ne peut se le dissimuler, un échec complet et dont il nous paraît intéressant de rechercher la cause.

On ne peut invoquer ici le rétablissement de la continuité entre les deux extrémités réséquées. Cette supposition doit être écartée, d'abord parce qu'elle n'aurait pu être aussi rapide, ensuite parce que, si les parties auxquelles le malade rapporte les douleurs en étaient réellement le siége, le retour de la sensibilité normale aurait accompagné celui de la sensibilité morbide.

Si maintenant nous remarquons la persistance des douleurs névralgiques chez M. de Vars immédiatement après la résection, sans que cette opération ait été suivie du plus léger amendement, nous serons naturellement amené à conclure que la cause de la maladie existe dans un point plus profond que celui atteint par les moyens chirurgicaux.

Quant à cette circonstance, que la douleur est ressentie aux extrémités périphériques du nerf, bien qu'elles ne soient plus en communication avec le centre percevant, il suffit, pour l'expliquer, de se souvenir de cette loi physiologique : quel que soit le point du trajet d'un nerf où siége la cause morbide, les douleurs sont le plus souvent rapportées à l'extrémité périphérique des branches nerveuses. Il se passe chez notre malade ce qui a lieu chez ces amputés qui, par un temps d'orage, croient ressentir des douleurs aux orteils du pied qui leur manque.

Quoi qu'il en soit de ces déductions théoriques, les circonstances devenaient pressantes; M. de Vars souffrait plus cruellement que jamais, sa santé générale s'altérait même visiblement; il fallait enfin à tout prix obtenir une amélioration dans un état intolérable.

On eut de nouveau recours à la belladone; mais l'emploi prolongé de son extrait, porté jusqu'à la dose de 0,10 par jour échoua comme par le passé,

Dans cette occurrence, et deux mois s'étant écoulés depuis la résection, j'étais décidé à tenter un moyen extrême. Je voulais détruire plus profondément encore le nerf malade, en emportant avec une couronne de trépan toute la paroi antérieure du sinus maxillaire, opération dont le résultat me paraissait, il est vrai, fort incertain, mais que je ne proposais que comme une dernière ressource contre une position devenue à peu près incompatible avec l'existence.

M. de Vars, avant de se soumettre à cette tentative, voulut consulter de nouveau M. Valleix. Ce praticien distingué conseilla, avant toute autre chose, d'essayer encore sur les points malades la cautérisation transcurrente, employée cette fois à courts intervalles et pendant deux mois au moins; après quoi, si ce moyen échouait, recourir définitivement à l'opération.

Depuis deux mois de nombreuses cautérisations ont été pratiquées; chaque fois, plusieurs raies de feu ont été faites tant sur la joue que sur la paupière supérieure. Dès les premières cautérisations, un amendement notable a été obtenu; les douleurs sont devenues tolérables, elles n'empêchent ni le sommeil, ni la mastication; les accès sont, relativement, assez légers et durent un ou deux jours seulement par semaine. En un mot, le mieux est considérable, et il est permis d'espérer peut-être une guérison complète par l'emploi du puissant moyen popularisé par le célèbre auteur du *Traité des névralgies*.

Je tiens tous les détails de l'observation que l'on vient de lire de M. le docteur Beau, qui a plus particulièrement suivi le malade dans toutes les phases du mal cruel dont il est atteint.

OBSERVATION V. — *Névralgie faciale simple, affectant depuis cinq ans les nerfs sous-orbitaire et mentonnier droits. — Résection de ces nerfs. — Guérison.*

Le 22 janvier 1852, vint à ma consultation Mlle Adeline Guizolle, de Varrages (Var), âgée de 25 ans, d'un tempérament lymphatique, atteinte depuis cinq années d'une névralgie faciale survenue subitement, sans cause connue, et qui, localisée d'abord dans une grosse molaire du côté droit, s'est propagée bientôt à tous les nerfs sensitifs de cette partie de la face. Elle se présentait avec les symptômes suivans : douleurs vives, par élancemens, s'irradiant du trou sous-orbitaire droit au nez, à la lèvre, au bord malaire, passant de là à l'épanouissement nerveux du mentonnier, s'étendant quelquefois dans la branche auriculo-temporale jusqu'au sommet de la tête, au nerf sous-orbitaire, et d'autre part aux gencives, en avant de la voûte palatine, derrière les incisives supérieures, autour du trou naso-palatin.

Durant les deux premières années, ces douleurs n'apparaissaient que par accès séparés par d'assez longs intervalles. Depuis trois ans, elles étaient devenues presque continues et présentaient des paroxysmes très fréquens, presque un par minute. Dans cet état, l'action musculaire devenait très faible. L'acuité des douleurs est la même dans les rameaux du mentonnier et dans ceux du sous-orbitaire; elle s'exaspère sous l'influence du travail, des émotions, du vent d'est, et des mouvemens qui s'observent à l'origine des voies digestives et respiratoires. La vue est momentanément affaiblie dans l'œil droit; d'ailleurs, les autres organes des sens sont intacts; la menstruation est régulière et l'état général satisfaisant.

La résection du nerf sous-orbitaire fut pratiquée le 13 janvier, dans l'insensibilité chloroformique. Les douleurs dans les parties auxquelles ce nerf se distribue furent abolies, la déglutition put s'opérer sans peine et il y eut du sommeil; mais dans la journée du 14 et la nuit qui la suivit, le mentonnier devint le siége de souffrances si vives, si fréquentes, que le 15 au matin je dus procéder à sa résection. Elle amena la cessation des souffrances et un sommeil réparateur.

On remarquera avec soin que dans ces deux opérations la résection ne porta que sur les nerfs à leur sortie des trous sous-orbitaire et mentonnier, car l'étroitesse des trous n'ayant pas permis l'introduction du cautère actuel, la résection qu'il opère n'eut donc pas lieu dans l'intérieur des canaux, et partant le nerf dentaire supéro-antérieur et le rameau incisif du dentaire inférieur restèrent intacts. Un moment j'eus l'idée de les atteindre à l'aide d'une couronne de trépan.

Cependant, le 16 à sept heures du matin, une douleur se fit sentir, qui, partant de la gencive au niveau de la première petite molaire droite, arrachée depuis longtemps, retentissait dans la branche auriculo-temporale jusqu'au sommet de la tête, et se montrait aussi à la voûte palatine, autour du trou incisif. Les dents incisives et canines des deux mâchoires du côté droit sont le siége de sensations insolites; elles paraissent plus longues, moins solides que dans l'état normal.

Ayant reconnu que la compression exercée avec les doigts sur la gencive, au niveau de la petite molaire absente, empêchait le retour des accès et calmait la douleur, le 19 j'appliquai sur ce point un cautère rougi à blanc pour y détruire la muqueuse gingivale. Cette troisième opération fut, comme les deux précédentes, suivie pendant quelque temps de la cessation des souffrances, qui reparurent cependant sur les branches naso-palatines, auriculo-temporale et sur quelques rameaux du buccinateur, pour cesser complètement le 25 janvier, époque à laquelle la malade retourna chez elle.

Depuis, Mlle Guizolle m'a écrit que les douleurs étaient parfois revenues avec intensité. Hier, 18 août 1852, par conséquent sept mois après l'opération, j'ai appris de M. Arlaud, son médecin, à Varrages, que depuis plus d'un mois l'état de l'opérée ne laissait rien à désirer.

OBSERVATION VI. — *Névralgie faciale simple affectant depuis vingt-deux ans les trois branches du trijumeau droit. — Résection des nerfs mentonnier et dentaire inférieur. — Guérison.*

M. Sigalas, voiturier, âgé de 70 ans, maigre et d'un tempérament nerveux, a depuis 22 ans, une névralgie faciale droite, survenue à la suite d'un refroidissement éprouvé en conduisant sa charrette. Si ce n'est quelques interruptions dont la plus longue a été de trois mois, les douleurs continues ont, dès le début, été très vives, et, après avoir siégé exclusivement dans le mentonnier, ont peu à peu envahi le sous-orbitaire, le frontal et l'auriculo-temporal. Les accès ou paroxysmes névralgiques s'exaspèrent par la déglutition; la mastication, très difficile, ne permettait que l'usage des potages; les boissons étaient aspirées à l'aide d'un chalumeau; il y avait de l'insomnie; cependant l'ensemble des fonctions s'accomplissait régulièrement.

Les insuccès des nombreux médicamens qu'il avait employés, conduisirent encore chez moi ce malade qui, pénétré de l'insuffisance de tout remède, était résolu à ne plus subir qu'une opération chirurgicale. Le 29 mars 1852, il fut plongé dans l'éthérisme (chloroforme), il subit, par mon procédé, la résection du nerf mentonnier; mais comme le cautère rougi à blanc ne put qu'incomplètement pénétrer dans le canal, et qu'il me resta des doutes sur la résection de la branche incisive, je me décidai à trépaner le maxillaire inférieur, en arrière des trous mentonniers, et à réséquer le nerf dentaire inférieur lui-même.

Aucun accident n'entrava la guérison, le gonflement fut modéré, la suppuration de bonne nature, le sommeil revint dès la première nuit. Cependant, quelques douleurs se montrèrent passagèrement sur les divisions du nerf sous-orbitaire, au nez, à la lèvre supérieure, au rebord malaire, ainsi que sur le nerf auriculo-temporal.

Un mois après l'opération, le malade partit heureux et guéri; cinq mois se sont écoulés depuis, et, malgré une grippe violente et d'assez longue durée, les douleurs n'ont plus reparu.

Dans l'enseignement de la pathologie externe et de la médecine opératoire qui m'est confié à l'Ecole de médecine navale de Toulon, j'ai entretenu deux fois mes élèves des névralgies faciales, des résections des nerfs et des procédés nouveaux qui me sont propres. J'ai eu l'honneur de traiter ce sujet important, dont tous les faits sont pris en dehors de nos hôpitaux, en juin 1851, en présence de M. Quoy, inspecteur-général du service de santé de la marine, et en août 1852, devant M. le docteur Gensoul, de Lyon.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE, avec figures intercalées dans le texte; par Ph.-C. SAPPEY. — Paris, 1850, Victor Masson.

Le *Traité d'anatomie descriptive* de M. Sappey est divisé en quatre parties, dont les deux premières feront seules l'objet de cette analyse bibliographique. Lorsque la quatrième partie aura paru, nous l'examinerons en même temps que la troisième, dont la publication est postérieure aux deux premières.

Il ne manque pas, aujourd'hui, de traités d'anatomie descriptive; l'excellent traité du professeur Cruveilhier, l'ouvrage de Blandin, celui de H. Cloquet, sont entre les mains de tous les élèves. Le livre de M. Cruveilhier surtout a obtenu et devait obtenir un immense succès, à cause de la clarté et de la méthode qui s'y rencontrent et qui facilitent de beaucoup aux commençans l'étude si difficile des détails d'anatomie descriptive. Ces immenses avantages, consacrés d'ailleurs par l'apparition, dans un temps très court, de plusieurs éditions rapidement épuisées, étaient certes de nature à ne pas encourager quelqu'un qui aurait voulu entreprendre d'écrire un nouveau traité d'anatomie descriptive. Eh bien! malgré des circonstances aussi défavorables au succès d'une pareille entreprise, celle de M. Sappey a réussi au-delà de toute prévision. Il nous suffira, pour justifier ce succès, aux yeux du lecteur, de jeter un coup-d'œil rapide sur le plan général de l'ouvrage, et de déterminer l'esprit qui a présidé à sa rédaction.

L'auteur, dans un court préambule, examine l'ordre à suivre dans un traité d'anatomie descriptive, et démontre avec la plus grande justesse que cette étude doit débuter par celle des os et des articulations, pour être suivie de celle des muscles, des vaisseaux, des nerfs et des organes viscéraux.

Après avoir donné une idée générale du squelette, M. Sappey discute les diverses opinions émises sur le nombre de pièces dont il se compose. Il rend compte, par les lois de l'ostéogénie, du dissentiment qui existe à ce sujet entre des anatomistes éminens. Tel os se compose, à un âge déterminé, d'une série de pièces qui se soudant à une période plus avancée, diminuent d'autant l'effectif total des os du squelette. En tenant compte de cette circonstance et en examinant le système osseux au moment où l'ossification est achevée, c'est-à-dire de vingt-cinq à trente ans, on reconnaît qu'il existe en tout 198 pièces, dans lesquelles ne sont pas compris les os sésamoïdes.

L'examen de la conformation intérieure des os a fourni à M. Sappey l'occasion d'appeler l'attention sur la couleur du tissu spongieux. Ce tissu est brun rougeâtre chez les enfans, jaune chez les adultes, ce qui tient à la prédominance du tissu adipeux chez ces derniers. Tous les os courts du tronc conservent, pendant toute la vie, la nuance rougeâtre, les extrémités des os longs et les os courts des membres prennent seuls la couleur jaune. Cette distinction, due aux belles recherches de M. le professeur Nélaton sur les maladies des os, a, comme on le pressent, la plus grande importance au point de vue pathologique.

La composition chimique des os est-elle la même à toutes les périodes de la vie? Une opinion presque généralement admise, est que la quantité de phosphate calcaire est d'autant plus considérable, que l'individu est arrivé à un âge plus avancé. Les expériences de M. Nélaton, répétées par M. Sappey, ont au contraire démontré manifestement que la composition chimique des os reste invariable à quelque âge qu'on la considère. Comment dès lors s'expliquer la densité croissante du tissu osseux, sa vitalité décroissante et sa fragilité chez les vieillards. La densité croissante s'explique par l'augmentation du nombre de molécules osseuses sous un volume déterminé, et l'atrophie correspondante de l'élément vasculaire; le même fait rend compte de la vitalité décroissante du tissu osseux. Reste maintenant à déterminer pourquoi ce même tissu, tout en devenant plus dense, les os eux-mêmes acquièrent cependant une fragilité plus grande. Cela tient uniquement à ce que les couches osseuses diminuent d'épaisseur, en sorte que la densité croissante du tissu osseux ne contrebalance nullement l'effet produit par la raréfaction des couches osseuses.

M. Sappey discute longuement les différentes lois de l'ossification; après les avoir examinées successivement les unes après les autres, il adopte celle de ces lois qui considère l'ordre d'apparition des points osseux comme étant lié à la précocité des fonctions auxquelles les diverses parties du squelette doivent concourir.

En étudiant la marche de l'ossification, M. Sappey insiste spécialement sur la soudure des épiphyses; il rappelle cette loi d'ostéogénie posée par A. Bérard, relativement au rapport qui existe entre l'ordre d'ossification des épiphyses et la direction du conduit nourricier.

Je ne dirai rien de la description des os en particulier; cette description est courte, mais claire et précise, accompagnée d'un grand nombre de figures qui faciliteront de beaucoup aux commençans l'étude de l'ostéologie.

L'étude des articulations n'est pas faite avec un soin moins grand que celle des os; parmi les figures qui accompagnent les descriptions, je ferai remarquer spécialement la figure 61, qui représente très bien la synoviale radio-cubitale inférieure, la synoviale radio-carpienne et carpo-métacarpienne, enfin la synoviale de l'articulation du trapèze avec le premier métacarpien.

Je ne m'arrêterai pas à l'examen de la partie du livre de M. Sappey qui traite des muscles et des aponévroses; l'auteur a conçu l'heureuse idée de placer la description des dernières immédiatement après la description des premiers, avec lesquels elles sont en rapport. Il a mis surtout à contribution les belles recherches de M. le professeur Denonvilliers sur les aponévroses en général, et sur celles du bassin en particulier. Il n'a pas oublié de discuter avec tout le soin que de pareilles questions comportent, les fonctions de certains muscles. La description du cœur, celle des artères et des veines ne laisse rien à désirer.

Mais c'est spécialement à l'examen des lymphatiques, objet d'étude favori de M. Sappey, depuis plusieurs années, que l'auteur a consacré un soin tout particulier; et cette partie de son travail, qui a un cachet vraiment original, mérite d'être analysée avec quelques développemens.

Quelle est l'origine du système lymphatique? Tout lymphatique a pour point de départ un réseau, lequel a lui-même pour élémens des capillaires d'une extrême ténuité, anastomosés et entrecroisés de mille manières. Ici, M. Sappey discute la question de savoir s'il existe une com-

munication entre le système artériel et les lymphatiques. Conformément à l'opinion de Panizza, il rejette cette hypothèse. Il en est de même pour cette prétendue communication qui existerait entre l'origine des lymphatiques et le commencement des veines. Dans tous les cas où les injections ont fait voir une pareille communication, il y a eu une rupture.

Comment les capillaires lymphatiques se comportent-ils à leurs extrémités? C'était ici le lieu d'examiner la fameuse théorie des bouches absorbantes, théorie qui, pendant longtemps, a fait la base de celle de l'absorption. M. Sappey a fait bonne justice d'une pareille hypothèse qui mérite d'être reléguée dans l'histoire de l'anatomie ou de la physiologie.

L'étude des lymphatiques peut être faite d'une manière générale à propos de chaque tissu de l'économie. Aussi, M. Sappey a-t-il examiné avec détails les lymphatiques de la peau d'abord, puis ceux des muqueuses. Il a injecté avec un rare bonheur les réseaux de la membrane muqueuse du vagin, ceux du col de l'utérus, du cartilage dentaire chez le fœtus, de la muqueuse palatine et linguale. Plusieurs préparations, déposées aujourd'hui dans le musée de la Faculté, pourraient attester au besoin le talent et l'habileté qu'apporte M. Sappey dans ce genre de recherches. Ce point de la science est cependant encore loin d'être complètement élucidé; c'est ainsi que les réseaux lymphatiques de la muqueuse pulmonaire n'ont pu être injectés; c'est ainsi que la pituitaire serait également dépourvue de vaisseaux lymphatiques; et qu'enfin tout ce qui a été écrit sur les lymphatiques des muqueuses palpébrale et oculaire, semble erroné.

On connaît la richesse du système lymphatique des séreuses; mais ce que l'on ne sait pas aussi bien, et c'est là un point d'anatomie que les recherches de M. Sappey ont parfaitement élucidé, c'est que c'est surtout sur le feuillet viscéral qu'on en rencontre un grand nombre; que le feuillet pariétal est très difficile à injecter; l'auteur a bien réussi à l'injecter dans certains points; mais il pense que, dans ce cas, les lymphatiques proviennent du feuillet fibreux sub-jacent plutôt que de la séreuse elle-même. Aussi, est-il porté à admettre que les lymphatiques si nombreux du feuillet viscéral proviennent plutôt des organes que de la séreuse enveloppante.

Cette partie du travail de M. Sappey peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Les membranes séreuses ne donnent naissance à aucun vaisseau lymphatique;

2° Les vaisseaux que ces membranes semblent fournir, naissent des organes auxquels elles adhèrent;

3° Ces membranes, recouvertes par un épithélium pavimenteux, sont de nature celluleuse et non vasculaire.

Breschet a avancé que la membrane interne de tout le système vasculaire est formée de vaisseaux lymphatiques; et cette opinion a été admise par la plupart des anatomistes de notre époque. Les recherches de M. Sappey l'ont conduit à un résultat négatif; il n'a jamais vu naître un seul vaisseau lymphatique dans les grosses et des petites artères, des veines de divers calibres, des parois du canal thoracique. Il n'a pas été plus heureux dans les recherches qu'il a entreprises sur la séreuse qui revêt les cavités du cœur, et, selon lui, les lymphatiques qui ont été représentés par Lauth, sont des infiltrations mercurielles dans les mailles du tissu musculaire. Ce qui prouve, dit-il, cette dernière assertion, c'est que Lauth n'a jamais pu conduire ces *pseudo-vaisseaux* jusqu'aux ganglions bronchiques. Quant aux réseaux et aux troncs lymphatiques qu'on injecte en piquant un point quelconque de la surface interne des veines hépatiques, ils appartiennent aux lobules du foie.

Selon Mascagni, le tissu cellulaire et tous les tissus blancs sont constitués par des vaisseaux lymphatiques. Cette opinion a été partagée par Fohman. Arnold a aussi avancé que le tissu cellulaire des environs du globe oculaire est composé de réseaux lymphatiques superposés. Mais ici encore M. Sappey croit qu'Arnold a pris pour un plexus lymphatique, une simple infiltration celluleuse. Encore bien que des anatomistes du plus grand mérite, Breschet, Cruveilhier, etc., se soient ralliés à l'opinion de Mascagni, M. Sappey conclut à la non-existence des vaisseaux lymphatiques dans le tissu cellulaire.

F. Ruysch, après des recherches nombreuses, avait conclu qu'il n'existe pas de véritables lymphatiques sur le cerveau; Fohmann avait cru trouver un réseau lymphatique entre la pie-mère et l'arachnoïde; Arnold a aussi représenté des réseaux et des troncs lymphatiques appartenant à la face supérieure ou convexe du cerveau. Selon M. Sappey, les parties injectées par Fohmann et Arnold, ne sont que les espaces purement cellulaires du tissu sous-arachnoïdien. Il les a également injectés, mais il a parfaitement constaté que ce ne sont pas des vaisseaux lymphatiques.

Mascagni a observé des vaisseaux lymphatiques réels sur la face externe de la dure-mère et à la surface de l'encéphale; ces derniers rampent dans l'épaisseur de la pie-mère, parallèlement aux artères et aux veines. M. Sappey s'est appliqué en vain à les injecter; tout en admettant leur existence, il croit que c'est un nouveau sujet de recherches.

En examinant les lymphatiques du système musculaire, et notamment ceux du diaphragme, M. Sappey recherche si les vaisseaux lymphatiques naissent de la plèvre diaphragmatique ou du diaphragme lui-même. Contre l'opinion de Mascagni qui les fait provenir de l'une et de l'autre, il les considère comme prenant leur origine dans le tissu musculaire.

Les lymphatiques des muscles viscéraux naissent également dans l'épaisseur des muscles, et nullement de la séreuse qui les recouvre; cette simple notion explique comment les lymphatiques augmentent de grosseur, lorsque les muscles s'hypertrophient. Quant aux lymphatiques des muscles extérieurs, ils sont très difficiles à observer; M. Sappey a cependant été assez heureux pour injecter ceux qui naissent de la face profonde du grand pectoral et de plusieurs autres muscles.

Les lymphatiques du système fibreux, ceux du système osseux, ceux enfin du système glanduleux sont étudiés ensuite.

L'examen du mode de terminaison des vaisseaux lymphatiques a fourni à M. Sappey l'occasion de soulever et de discuter deux points en litige, 1° *Les vaisseaux lymphatiques communiquent-ils avec les principales dépendances du système veineux, autres que les veines sous-clavières?* Ces communications, admises par Sténon, Wepfef, Boerhaave, etc., n'ont pas été sanctionnées par Haller, Cruiksanck et Mascagni. On se rappelle les efforts tentés par M. Lippi pour réhabiliter une cause perdue, et l'on se souvient également des insuccès qu'eurent les tentatives de M. Lippi, lorsqu'il voulut démontrer ces prétendues communications aux membres de l'Académie des sciences. Cette question est donc véritablement résolue aujourd'hui par la négative.

2° *Le système absorbant et le système veineux communiquent-ils entr'eux dans les ganglions?* Cette communication, admise par Fohmann, Lauth et Tiedemann est discutée et réfutée par M. Sappey, avec tous les développements que la question comporte.

Il me paraît tout à fait inutile d'entrer dans les détails relatifs aux vaisseaux lymphatiques des diverses parties du corps; sur un pareil sujet, on ne peut que renvoyer au livre lui-même; je signalerai toutefois quelques heureuses applications neuves et intéressantes faites par l'auteur, à la pathologie des vaisseaux lymphatiques superficiels du membre abdominal, des organes génitaux de l'homme, et notamment du testicule.

Telle est l'analyse rapide, succincte du premier volume ou des deux premières parties de l'ouvrage de M. Sappey.

Il nous reste à présent à donner une idée générale du travail de l'auteur. Dans toute cette œuvre, on remarque une méthode parfaite, une clarté irréprochable; on découvre surtout un excellent esprit de discussion dans toutes les questions litigieuses. En un mot, on reconnaît partout que M. Sappey n'a pas voulu passer sur le plus petit détail d'anatomie descriptive ou générale, sans le soumettre à une observation attentive et scrupuleuse. C'est là ce qui explique le retard apporté à la publication de la quatrième partie de l'ouvrage, partie impatiemment attendue, et à laquelle M. Sappey consacre le travail de tous les instans.

Une heureuse innovation apportée par M. Sappey dans son livre, est l'intercalation d'un nombre considérable de figures disposées de telle façon que les parties décrites par l'auteur se trouvent représentées à côté de leur description même. Tout le monde comprendra l'immense utilité d'une pareille disposition qui est de nature à faciliter beaucoup l'étude de l'anatomie descriptive.

Dr Fano,
Prosecteur de la Faculté.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 Octobre.— Présidence de M. Mélier.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet trois lettres relatives à des remèdes secrets.

Cure radicale de l'hydropisie enkystée de l'ovaire par les injections iodées.

M. Boinet adresse un mémoire sur la cure radicale de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, par les injections iodées. Des faits et des idées contenues dans ce mémoire, M. Boinet énonce comme conclusions :

1° Que, jusqu'à présent, l'hydropisie enkystée des ovaires a toujours passé pour être au-dessus des ressources de l'art;

2° Que la ponction qu'on fait ordinairement dans ces cas, n'est qu'un moyen palliatif qui n'apporte qu'un soulagement temporaire, et qu'elle n'est pas toujours exempte de dangers;

3° Que de tous les moyens mis en usage jusqu'à ce jour, l'extirpation des ovaires n'est pas une opération qu'il faille rejeter d'une manière absolue, puisque des faits déjà nombreux ont été suivis de succès, mais que cette opération devrait être réservée pour certaines variétés de kystes;

4° Que les injections iodées, pratiquées convenablement et en temps opportun, n'ont jamais offert de dangers; qu'elles peuvent guérir comme dans l'hydrocèle, ou dans les cas les plus compliqués, aidées d'une sonde à demeure;

5° Qu'elles procurent toujours des améliorations, et souvent retardent le retour de l'hydropisie, même dans les cas où la guérison n'est pas possible;

6° Que cette méthode des injections iodées demande à être modifiée suivant la nature des kystes, leur volume, leur ancienneté, leurs complications, la nature des liquides qu'ils contiennent;

7° Que le nombre des injections iodées, leur composition, la durée du traitement varient suivant la nature du kyste, son étendue, son ancienneté, ses complications et son état particulier;

8° Que ces injections doivent être continuées jusqu'à l'oblitération du kyste;

9° Que les kystes hydropiques simples, peu volumineux et non compliqués de lésions organiques, guérissent bien plus facilement et bien plus promptement que les kystes anciens, multiloculaires...., etc.;

10° Qu'il est important d'opérer de bonne heure et dès qu'on a reconnu manifestement la présence du liquide;

11° Que la ponction à la partie inférieure du ventre est la meilleure, et qu'elle doit être préférée même à la ponction vaginale.

12° Que cette ponction doit toujours être pratiquée du côté où le kyste a pris naissance.

(Comm. MM. Velpeau et Cazeaux.)

Réduction d'un renversement complet de l'utérus, au bout de seize mois et demi.

M. le docteur Valentin, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français, rappelle, à l'occasion du rapport que M. Danyau a lu dans la dernière séance, sur le cas de réduction d'un renversement de l'utérus de M. Barrier, qu'il a lui-même publié dans le numéro du 6 novembre 1847, du journal l'Union Médicale, un cas de renversement complet de la matrice, réduit au bout de seize mois et demi, chez une primipare de 20 ans, fille de campagne habituellement très robuste, et qui a complètement recouvré depuis toute sa force et toute sa santé. C'est à l'aide de vapeurs d'éther que la réduction fut obtenue. (La communication de M. Valentin sera insérée au *Bulletin*.)

Morve aiguë chez l'homme.

— M. H. Larrey transmet une observation de morve aiguë transmise du cheval à l'homme, recueillie au Val-de-Grâce, par M. le docteur Lallemand, médecin aide-major de l'hôpital. (Commission nommée pour des communications analogues, M. Rayer, rapporteur.)

Maladies des pays chauds.

M. Gaultier de Claubry lit en son nom et au nom de M. Gérardin un rapport sur un mémoire de M. Mouchez, médecin français établi à Bone (Algérie), relatif aux maladies des pays chauds.

Selon M. Mouchez, toutes les maladies dont le siége lui semble être dans l'abdomen, fièvres intermittentes et rémittentes, continues typhoïdes, dyssenterie, hépatite, reconnaissent pour cause unique l'action délétère des miasmes paludéens, et toutes ces affections doivent être rapprochées dans un groupe unique aussi, sous le nom commun de fièvres paludéennes.

Tout en admettant que plusieurs des affections que M. Mouchez rassemble ainsi dans un même faisceau nosologique, reçoivent dans leur production même, ou dans leur expression symptomatique, une influence plus ou moins incontestable des miasmes qui émanent des marais, ainsi que cela est incontestable pour les fièvres intermittentes et rémittentes simples et pernicieuses, ainsi que cela a lieu aussi pour certaines fièvres typhoïdes se développant dans des contrées marécageuses ou au voisinage d'eaux stagnantes, M. le rapporteur conteste l'exactitude de la proposition de M. Mouchez. Il se fonde, pour combattre ce système, entre autres considérations, sur celles-ci, savoir, qu'en ce qui concerne la fièvre typhoïde, cette affection se développe si souvent dans des conditions de localité où les miasmes paludéens n'existent nullement, qu'il est absolument impossible d'adopter l'opinion de M. Mouchez. Quant à la dyssenterie, les miasmes paludéens ne sauraient davantage en être la cause, cette affection ne se déclarant, en général, qu'à la suite des étés chauds, dans la saison d'automne, quand la température éprouve de fréquentes variations et alors que les pluies tendent à empêcher la production ultérieure des miasmes paludéens en couvrant d'eau les surfaces marécageuses que les chaleurs de l'été avaient en partie desséchées.

En résumé, bien qu'il ait cru devoir combattre ce qu'a d'exclusif le système pathogénique de M. Mouchez, relativement aux affections nombreuses qu'il a rapprochées dans une communauté de causalité, l'action des miasmes paludéens, M. le rapporteur propose de faire adresser à cet estimable confrère une lettre de remercîmens et de déposer honorablement son mémoire dans les archives. (Adopté.)

Bec-de-lièvre double très compliqué, opéré avec succès par un nouveau mode opératoire.

M. Bonnafont, chirurgien principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, communique une observation d'un bec-de-lièvre double très compliqué, opéré avec succès par un nouveau mode opératoire.

Nous reproduisons les principales particularités de ce fait :

M. Bonnafont fut appelé, au mois de juin dernier, par M. Vaillant, inspecteur du conseil de santé des armées, pour aller visiter son enfant qui venait de naître avec un bec-de-lièvre double ou bi-latéral. Les deux fentes étaient séparées entre elles par un tubercule osseux formé par l'os incisif, et se continuant en arrière jusqu'au pharynx, confondant ainsi la cavité buccale avec les fosses nasales, entre lesquelles se trouvait pourtant le vomer. Le tubercule antérieur, repoussé et déjeté en avant par le bord inférieur de la cloison nasale de forme triangulaire, s'implantait par son pédicule au bout du nez, et avait une direction telle, que si les quatre dents incisives avaient poussé dans ces conditions, leur direction eût été d'arrière en avant et de bas en haut. Le nez, fortement aplati, était presque effacé; le tubercule médian était recouvert par un petit lobule charnu, long d'environ 5 millimètres, et large de 3 à 4, de forme légèrement triangulaire, dont la base se confondait avec le haut du nez. La fente palatine entre le bord alvéolaire des deux maxillaires, avait 12 millimètres de large, et la distance du bord alvéolaire du tubercule, au même point de l'angle maxillaire, était de 10 millimètres. A la région de la luette, la fente avait au moins 15 millimètres.

Sur l'avis de M. Vaillant et celui de M. P. Guersant, appelé en consultation, l'opération immédiate fut résolue. M. Bonnafont se trouvant pour la première fois en présence d'un fait chirurgical de ce genre, ne pensa pas qu'on pût songer à enlever le tubercule osseux et médian avant d'avoir tenté par tous les moyens possibles sa réduction dans la bouche, afin de combler ainsi le vide énorme que doit laisser son excision et dont les mouvemens peuvent se traduire par l'absence de tout soutien de la lèvre, les raccourcissemens plus grands de la mâchoire, et enfin une plus grande déformation du visage.

C'est afin d'éviter ces inconvéniens qu'il proposa, comme seul moyen d'obtenir la réduction du tubercule dans la fente palatine, 1° d'exciser un fragment triangulaire du vomer au moyen de deux incisions obliques; 2° de réduire ensuite le tubercule et de le maintenir dans cette position à l'aide d'un appareil compresseur à deux pelottes pressant sur les joues et présentant deux crochets destinés à fixer une petite lanière de caoutchouc vulcanisé, dont le plat appuyant sur le tubercule, aurait le double avantage de le maintenir réduit, et par ses attaches sur les pelottes, d'aider leur action sur les maxillaires, en les rapprochant, et tendant ainsi à diminuer la fente palatine.

Voici en quels termes M. Bonnafont décrit l'opération qu'il a pratiquée :

L'enfant dont le corps fut enveloppé d'une large serviette, tenu entre les cuisses d'un aide, la tête fortement renversée en arrière, nous fîmes, à l'aide d'une pince incisive, à tranchant court et oblique de bas en haut et d'arrière en avant, une section à la cloison naso-buccale, de 15 millimètres de long, en commençant du niveau des angles alvéolaires du maxillaire supérieur, puis avec une autre pince à lame droite nous coupâmes la même cloison immédiatement derrière le tubercule, et directement de bas en haut, jusqu'à la rencontre de l'angle supérieur de la première section; saisissant aussitôt le fragment compris entre ces deux sections, nous l'enlevâmes en incisant, avec de petits ciseaux, une portion de la muqueuse qui le retenait encore à l'angle supérieur. Cette portion osseuse enlevée, le sang coulait en abondance; mais sans hésiter, et suivant en cela l'exemple de M. Guersant, nous portâmes tout de suite un bouton de fer rougi à blanc sur toute l'étendue de la petite plaie, et nous nous rendîmes aussitôt maître de l'hémorrhagie. Mais malgré la promptitude de tout ce temps de l'opération, le sang était sorti en assez grande abondance pour engouer la gorge et produire des caillots dans la bouche, qu'il fallut extraire avec des pinces ou avec les

doigts; la bouche fut ensuite bien détergée avec des injections d'eau froide, et lorsque nous fûmes bien certains que l'hémorrhagie avait cessé et ne pouvait donner aucune inquiétude, nous procédâmes à la réduction du tubercule osseux; mais auparavant, et dans l'espoir de bien faire contracter des adhérences avec les maxillaires, nous rafraîchîmes, avec des pinces incisives, chacun des côtés du tubercule osseux, ainsi que l'angle correspondant des maxillaires. Cette précaution prise, il devint facile, au moyen d'une pression légère, d'abaisser le tubercule, de le ramener dans l'intervalle des maxillaires, et de les placer en contact immédiat les uns des autres. L'appareil compresseur à double pelottes, que nous avions fait faire exprès, fut appliqué, et pendant que les deux pelottes exerçaient une pression favorable sur chaque joue, le petit ruban de caoutchouc fixé à chacune d'elles, passant sur le tubercule médian dans une direction verticale, servait à le maintenir dans cette position. Cet appareil est resté ainsi pendant vingt jours; ce temps a été nécessaire pour obtenir la réduction complète du tubercule et pour vaincre surtout ses tendances à reprendre sa position anormale.

Pendant cette compression de vingt jours, le lobule labial s'était allongé, et le nez, dont la proéminence se dessinait à peine, avait acquis plusieurs millimètres de saillie (avantage incontestable), résultant de cette compression. Après nous être assuré que le tubercule osseux n'avait plus de tendance à se porter en dehors et à reprendre plus ou moins son ancienne position, nous procédâmes, en présence et avec l'aide de nos confrères, à l'opération définitive. Pendant que la tête de l'enfant était maintenue solidement, je disséquai, comme MM. Velpeau et Philipps le conseillent, les lèvres et les ailes du nez; cela étant fait, en deux coups de ciseaux j'avivai les bords des lèvres, et immédiatement j'appliquai à la base du nez une grande serre-fine, que M. Paul Guersant a substituée avec avantage à l'épingle proposée par M. Philipps; cet instrument mis en place, et les ailes du nez fortement rapprochées, le tubercule labial fut avivé au moyen de deux incisions obliques, qui le faisaient terminer en pointe destinée à être mise en rapport avec les bords de la lèvre.

Nous procédâmes ensuite à la réunion des lèvres; pour cela, une première épingle fut placée près du bord inférieur, afin de les mettre bien en rapport; une deuxième épingle fut placée à la partie supérieure, saisissant dans son passage l'extrémité inférieure du lobule médian, comme nous venons de le dire. Le tout fut maintenu au moyen de petites lanières de caoutchouc, selon la méthode de M. Rigal de Gaillac, afin de neutraliser surtout le tiraillement des joues sur la plaie, qui est une cause puissante d'insuccès. L'appareil à double pelotte fut réappliqué, ainsi que la bandelette de caoutchouc qui recouvrait toute la plaie. Le pansement ainsi appliqué, il devenait impossible que les cris de l'enfant, si à redouter dans ce cas, ni aucun autre mouvement pussent se faire ressentir sur la plaie. La serre-fine fut retirée au bout de trois jours, l'épingle supérieure le quatrième, et l'épingle inférieure le sixième. Les bords de la plaie paraissaient bien réunis; mais, dans la crainte d'un décollement, nous avons laissé, comme Dupuytren, le fil en place encore trois jours, et maintenu avec la même sévérité l'appareil pendant quinze jours, et cela afin d'éviter les accidens signalés par tous les chirurgiens, et notamment par M. le professeur Malgaigne, qui a vu le décollement s'opérer plusieurs jours après l'opération.

Bien que ce résultat de notre opération soit très satisfaisant, il ne répond pas entièrement à notre attente; ainsi, le mouvement de rotation du tubercule osseux à droite a entraîné le lobule charnu et l'a dégagé de l'épingle, de sorte qu'il n'a pu contracter d'adhérence avec le bord supérieur de la lèvre; mais il sera facile, plus tard, d'obvier à ce léger inconvénient. Le nez a repris sa forme et ses dimensions normales; seulement, le tubercule médian, par le mouvement de bascule en haut et en dedans, a diminué les ouvertures nasales. Quant au tubercule lui-même, fortement serré entre les maxillaires, il a pris une position tout à fait immobile, mais deux dents seulement, au lieu de quatre, rempliront cet espace; c'est là, du reste, un avantage incontestable de ce procédé sur ceux qui proposent l'excision du tubercule.

Après avoir expliqué pourquoi il a opéré en deux temps et pourquoi aussi il a mis un si long intervalle entre les deux temps de l'opération, M. Bonnafont termine sa communication par les conclusions suivantes :

Des considérations qui précèdent, nous pouvons conclure : 1° que le bec-de-lièvre double et très compliqué peut et doit même être opéré à une époque rapprochée de la naissance, avec autant de chances de succès que le bec-de-lièvre simple.

2° Que pour atteindre ce résultat nous pensons qu'il est indispensable de faire l'opération en deux temps et en suivant le mode opératoire que nous avons mis en usage.

3° Que la conservation du tubercule médian, et réduit d'après notre procédé, présente des avantages incontestables dont les principaux sont de rendre le raccourcissement de la mâchoire inférieure moins difforme, puisqu'il placera au moins deux dents canines dans la fente maxillaire; de présenter un point d'appui à la lèvre et de faciliter sa réunion, et de protéger sa consolidation; d'aider puissamment au redressement du nez et enfin de rétablir ou tout au moins de faciliter le mouvement de succion de l'enfant.

La nourriture de l'enfant nous embarrassa beaucoup le premier jour, toute succion étant impossible. Après avoir vainement essayé le sein de quelques nourrices, que l'enfant ne pouvait saisir, nous composâmes un biberon avec le petit sabot en porcelaine, imaginé par notre ingénieux confrère, M. Blatin, pour faire boire les personnes très malades, et nous y ajustâmes une tétine de vache, dont la longueur, traversant toute la bouche, versait par sa petite ouverture le lait dans l'arrière-gorge. Le liquide, tombant ainsi directement dans le pharynx, était avalé instantanément, et une bien faible quantité revenait dans les fosses nasales. Nous ajouterons que pour faciliter la déglutition, sans gêner la respiration, on avait soin de ne faire couler le liquide que par intervalles. Ce mode d'allaitement a si bien réussi, que l'enfant, au lieu de dépérir pendant tout le temps qu'il a été sous l'influence d'un traitement aussi long et aussi pénible, a toujours pu boire, et sa petite constitution, qui a été sans cesse en s'améliorant, témoignait des bénéfices qu'elle retirait de cette alimentation artificielle.

Imperfection du système nerveux, considéré comme cause de quelques maladies de l'enfance.

M. Hervieux lit un travail ayant pour titre : De l'imperfection du système nerveux, considéré comme cause de quelques maladies de l'enfance.

Il existe, dit M. Hervieux, quelques maladies particulières aux premiers jours qui suivent la naissance, parmi lesquelles je mentionnerai le sclérème, l'ictère des nouveau-nés et la faiblesse de naissance. J'ai longtemps recherché les causes qui produisent ces états morbides à une époque de la vie invariablement la même, maladies qu'on ne rencontre jamais plus tard, ou du moins qu'on ne revoit que sous des formes et avec des aspects tout différens. J'ai donc été conduit à me demander s'il n'existait pas, dans l'organisation des enfans nouvellement nés, quelques circonstances anatomiques ou physiologiques qui nous éclaireraient sur la cause prochaine, génératrice de ces étranges affections. Je crois être arrivé aujourd'hui à la solution du problème.

L'appareil cérébro-spinal est loin d'offrir, à l'époque de la naissance, un développement parfait. Tout le monde sait que le cerveau des nouveau-nés ne ressemble que par sa forme générale au cerveau des adultes ou des enfans plus âgés, qu'il en diffère totalement par sa consistance et son aspect, qu'il n'existe pas de ligne de démarcation bien tranchée entre les deux substances, qu'il en est à peu près de même du cervelet, de la protubérance et de la moelle épinière. Eh bien! il peut arriver que cette imperfection du système nerveux soit plus grande et plus sensible encore chez les enfans qui viennent de naître. Il peut arriver qu'on n'aperçoive plus du tout la distinction entre les deux substances, que leur consistance, qui était celle de la colle à l'état normal, ne soit plus que celle d'une bouillie plus ou moins claire, plus ou moins diffluente; que la trame vasculaire soit à peine perceptible; que les circonvolutions ne soient qu'indiquées; que la coloration grise et blanche ne soit remplacée par une teinte lilas ou rose tendre, uniformément répandue dans l'organe; que toutes les parties dont se compose l'encéphale, en un mot, se présentent sous l'aspect d'une masse indigeste, au milieu de laquelle le scalpel le plus habile, l'œil le plus exercé ne sauraient distinguer autre chose qu'une ébauche de l'organisation future. Or, cet état de l'appareil cérébro-spinal se rencontre précisément, suivant M. Hervieux, dans les maladies dont il cherche à déterminer la cause. Il en déduit la conséquence que c'est cet état physiologique spécial du système nerveux, antérieur aux maladies en question, qui peut en être considéré comme la cause productrice. (Comm. MM. Gérardin, Danyau, Bouvier.)

Sur les causes prédisposantes, héréditaires de l'idiotie et de l'imbécillité.

M. Moreau (de Tours) lit, sous ce titre, un mémoire qu'il résume en ces termes :

Il est peu de maladies qui aient été moins étudiées que cet état spécial de l'organisme auquel on a donné le nom d'*idiotie*. En fait d'étiologie, surtout, la science est d'une pénurie extrême. Les auteurs, ou bien ont gardé le silence, ou bien n'ont porté leurs investigations que sur des points d'un intérêt secondaire.

Les conditions d'hérédité recèlent en elles la véritable origine de l'idiotie; elles sont la cause primordiale des vices ou imperfections d'organisations incompatibles avec l'exercice régulier des fonctions intellectuelles. Il importait de rechercher et d'établir d'une manière précise, en s'appuyant sur des faits nombreux et rigoureusement observés, quelles sont ces conditions.

La source de l'influence héréditaire doit être recherchée dans les divers états pathologiques, quels qu'ils soient, qui intéressent les centres nerveux.

Les faits consignés dans le travail de Moreau, sont au nombre de 56.

Les parens des 56 idiots auxquels les faits se rapportent, ont présenté le chiffre énorme de 132 cas pathologiques auxquels on peut faire remonter l'influence héréditaire. C'est, en moyenne, plus de deux causes d'hérédité pour chaque individu.

La folie, celle principalement à forme hypémanique, est la source héréditaire la plus féconde de l'idiotie.

Viennent, ensuite, l'ivrognerie, l'épilepsie, l'hystérie, etc.

Dans les lignes collatérales, on trouve, par ordre de fréquence les convulsions, l'idiotie, les scrofules, les apoplexies, etc.

L'influence héréditaire est égale des deux côtés paternel et maternel. Elle est plus forte du côté des grands'pères que de celui des grand'mères.

Le sexe masculin fournit un contingent d'affections héréditaires bien plus élevé que le sexe opposé, dans la proportion de 53 à 37.

Il résulte encore des recherches statistiques faites par M. Moreau :

1° Que les conditions d'hérédité pour l'idiotie sont absolument les mêmes que pour l'aliénation mentale, l'épilepsie, l'hystérie et autres névroses;

2° Que tous les efforts de la thérapeutique doivent tendre à modifier le système nerveux dans sa vitalité, dans son énergie fonctionnelle, à placer l'organisme dans des conditions de développement aussi opposées que possible à celles d'où il tire son origine.

Sans méconnaître les avantages de l'*éducation*, qu'il regarde comme une sorte de gymnastique intellectuelle, M. Moreau pense qu'avant tout, on doit s'efforcer de refaire (*reficere*) le moral, en modifiant ses conditions organiques, en changeant, par une sorte de rénovation, les tendances vicieuses que l'organisation a puisées dans l'hérédité. (Comm. MM. Guéneau de Mussy, Jolly, Collineau.)

— M. Collineau lit en son nom et celui de M. Danyau, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Dechaux, médecin à Mont-Luçon (Allier), ayant pour titre : *Des convulsions ou de l'éclampsie*.

Conclusions: Dépôt dans les archives et des remercîmens à l'auteur. (Adopté.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Troyes, le 22 octobre, anniversaire du combat naval de Trafalgar.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous avez instruit vos lecteurs (Union Médicale du 12 courant) de la mort d'un chirurgien de la marine anglaise, ayant assisté à notre immense désastre de Trafalgar, et qui fut plus tard chirurgien de Napoléon à Sainte-Hélène.

Je n'y trouve certes pas à redire.

Une mort encore récente, pourtant, et dont je suis attristé de ne lire, jusqu'à présent, aucune annonce dans nos recueils médicaux, c'est celle de l'un de mes plus doctes anciens chefs et plus parfaits collègues, à la même bataille navale (dans les rangs, bien entendu, de l'escadre française), sur le vaisseau le *Pluton*, que commandait le brave Cosma-Ker-Julien, et où notre jeune confrère Carot fut tué près de nous.

L'excellent et bien regrettable confrère pour lequel je réclame ici l'insertion de ces quelques mots de souvenir, est M. François-Charles Aubert, premier médecin en chef de la marine, en retraite, ancien président du conseil de santé maritime, au port de Toulon, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, officier de la Légion-d'Honneur, etc., mort à l'âge de 71 ans.

Cette perte, qui vient de s'ajouter à toutes celles des notabilités médicales, que la tombe ne cesse de recevoir, mérite bien d'être enregistrée honorablement dans vos colonnes.

Si donc, comme je crois pouvoir le penser, il vous convient de donner place à ces quelques lignes, dans l'un de vos prochains numéros, je vous en aurai, Monsieur et très honoré collègue, une véritable obligation.

Agréez, etc.

Bédor, D.-M. P.

AVIS.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Concours de l'internat et de l'externat. — Le concours de l'internat a été ouvert aujourd'hui, 27 octobre. Les juges de ce concours sont : MM. Bernutz, Frémy, Hardy, Nélaton, Maisonneuve, titulaires; Becquerel et Richet, suppléans. Les candidats sont au nombre de 252 pour 20 places.

Le concours de l'externat s'ouvrira le 3 novembre. Les juges désignés sont : MM. Guillot (Natalis), Voisin, Chapotin de Saint-Laurent, Thévenot de St-Blaise, Vidal (de Cassis), titulaires; Vernois et Demarquay, suppléans. Les candidats sont au nombre de 312.

Instruction. — On a compté pendant le dernier semestre de l'année scolaire dans les 28 universités d'Allemagne et de la Suisse, 18,810 étudians, dont 1,800 théologiens catholiques et 1,765 théologiens protestans, 6,761 juristes et économistes, 4,183 médecins, 2,644 philosophes.

Voici le rang des universités, suivant le nombre des étudians : Vienne 6,630, Berlin 2,171, Munich 1,961, Prague 1,346, Bonn 1,012, Breslau 864, Leipsick 812, Wurtzbourg 776, Tubingue 774, Heidelbergue 732, Guœttingue 677, Halle 670, Iéna 433, Giessan 411, Estangen 400, Graetz 399, Kœnigsberg 239, Fribourg 331, Marbourg 315, Munster 302, Ollmütz 286, Inspruck 257, Greifswald 204, Zurich 200, Bern 189, Kiel 141, Rostock 106, Bâle 65. Le nombre des professeurs s'élève à 1,660, dont 851 professeurs ordinaires, 348 professeurs extraordinaires, 40 professeurs honoraires, et 427 professeurs particuliers.

Asiles mortuaires. — On sait qu'en Allemagne on a ouvert il y a quelques mois des salles de dépôt provisoire pour les morts, salles d'où ils sont emportés après quelques jours, pour être inhumés définitivement. Cette institution, qui serait extrêmement utile dans les grandes villes, et surtout dans les villes manufacturières, où toute une famille, n'ayant souvent qu'une seule pièce, est forcée de rester 24 ou 36 heures à côté d'un cadavre. Cette institution, disons-nous, vient d'être appliquée à la ville de Florence, et nous lisons dans le *Moniteur toscan* que la place de directeur de l'asile mortuaire de Sainte-Catherine, place nouvellement créée, est vacante, et que les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudraient s'en charger, peuvent se faire inscrire. Nous voyons par cette annonce que le médecin doit habiter dans l'établissement, assister tous les soirs à l'arrivée des cadavres et à l'exécution des mesures réglementaires qui font la base de cette institution, ainsi qu'au transport des cadavres sur les chars funèbres qui doivent les conduire à leur dernière demeure; enfin il doit satisfaire à toutes les conditions renfermées dans un règlement *ad hoc*. Comme traitement, le médecin reçoit 140 fr. par mois; il a de plus du bois pour l'hiver, un logement meublé pour lui et pour une personne de service. Le choix doit porter principalement sur un célibataire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 130. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 30 Octobre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............. 32 Fr.

6 Mois............ 17

3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Les Ateliers étant fermés lundi prochain, jour de la TOUSSAINT, l'UNION MÉDICALE ne paraîtra pas mardi, 2 Novembre.

PARIS, LE 27 OCTOBRE 1852.

8me LETTRE SUR LE CHOLÉRA.

ÉTIOLOGIE.

Miasmes en général. — Miasme du Choléra.

(Fin.)

En aucun temps, en aucune circonstance, la contagion n'est donc absolue. Tous les malades ne peuvent donc pas communiquer leur mal. Tous les individus bien portans qui les approchent ne peuvent pas le contracter d'eux. Dans tous les cas, il faut un tel concours de circonstances pour que la transmission s'opère, que leur réunion doit être rare.

A quoi se réduit, dès lors, l'utilité des quarantaines et des cordons sanitaires, contre la propagation par voie de contagion, du choléra et de toutes les maladies miasmatiques contagieuses?

A ceci seulement

En temps ordinaire de salubrité, elle se réduit à prémunir les populations en faveur desquelles on prend ces mesures contre le développement possible, mais non certain, de quelque cas de maladie. Supposez, par exemple, que vingt cholériques ou vingt pestiférés se présentent pour débarquer dans nos ports tous les ans, j'exagère exprès la supposition, et qu'on les laisse descendre dans les villes et s'y loger, on s'exposera peut-être à voir la peste ou le choléra se communiquer à une soixantaine de personnes, mais jamais à voir éclater une épidémie, puisque les miasmes s'usent et ne se multiplient pas. Et notez encore que si vous disséminez ces vingt malades séparément dans des lieux vastes et bien aérés, et si vous les entourez de précautions hygiéniques bien entendues, vous éviterez probablement toute transmission de la maladie.

En temps d'épidémie, les quarantaines et les cordons sanitaires, mesures insignifiantes, comme nous l'avons vu, pour en arrêter la marche, peuvent avoir pour effet, sans doute, de diminuer les chances de transmission du mal d'homme à homme, chances beaucoup plus nombreuses alors qu'en temps ordinaire, par les raisons que nous en avons déjà données. Un même nombre de cholériques ou de pestiférés que vous auriez pu admettre sans grand inconvénient au milieu d'une population saine, ne pourraient pas être introduits au sein d'une population frappée d'épidémie sans accroître d'une manière notable les chances de la transmission par contagion. Toutefois, il n'est pas douteux qu'on ne diminuât beaucoup ce danger, et qu'on ne le fît même disparaître complètement, en disséminant et aérant suffisamment les malades qui apporteraient ainsi un élément contagieux de plus à l'épidémie. Dans tous les cas, ils ne feraient pas naître l'épidémie, puisqu'elle existerait déjà.

Mais, quoi qu'il en soit de la rareté de ce mode de transmission, et de la facilité de le rendre plus rare encore, il suffit de la possibilité de quelques cas malheureux de contagion, pour qu'on doive se poser la question suivante : Faut-il conserver les lazarets et les quarantaines, ainsi que les cordons sanitaires?

Il me paraît tellement impossible d'établir entre deux pays, un cordon sanitaire capable d'empêcher toutes les communications, je suis, au contraire, si convaincu que ce n'est qu'un moyen de multiplier les rapports et les points de contact entre deux populations voisines, le but d'utilité qu'on espère atteindre est si contestable et justifie si peu les dépenses énormes qu'il nécessite, enfin, il est si cruellement absurde de tuer, au nom de la loi, un pauvre diable qui, par peur souvent et pour fuir le fléau qui l'épouvante, a franchi votre barrière, et de le tuer, malade ou non, apportant la contagion ou ne l'apportant pas, ne la communiquant à personne comme s'il la transmet, et cela par la seule raison que vous avez peur à votre tour et par une odieuse conséquence de principes contestables et contestés, que je n'hésite pas à proscrire d'une manière absolue la mesure des cordons sanitaires contre la contagion, comme on l'a déjà fait à l'égard des épidémies miasmatiques.

Je serais tenté d'appeler la même proscription sur les lazarets et les quarantaines. Ils sont sans puissance contre l'invasion des épidémies, personne n'en doute ; mais ils peuvent, en empêchant quelques malades de peste ou de choléra de venir mourir au milieu des populations, prévenir le développement par contagion de la maladie chez quelques personnes. Le nombre en sera toujours très restreint, il ne faut pas l'oublier, et il est possible de le restreindre davantage encore. Il ne faut pas oublier non plus que jamais ces malades ne pourront faire naître une épidémie. Il s'agit donc de mettre en balance, dans sa conscience, ce danger possible, mais éventuel et évitable dans la plupart des cas, avec la gêne que les institutions quarantenaires apportent à la liberté des communications internationales, les pertes de temps et d'argent, et les entraves qu'elles imposent au commerce. Quelques personnes disent que tous les intérêts commerciaux du monde doivent s'effacer devant la considération de la vie d'un seul homme. Ce sentiment est très louable, mais je le crois exagéré. Je serais curieux de savoir si, parmi ces ardens amis de l'humanité, il ne se trouve pas des négocians qui exposent tous les jours la vie d'un équipage de matelots dans l'intérêt de leur commerce, des militaires qui ne trouvent rien de beau comme une grande bataille, des magistrats qui.... Mais je m'arrête. Je crois aimer mes semblables autant que qui que ce soit, et j'avoue que je penche pourtant vers la suppression des lazarets.

Si l'on croyait devoir les conserver cependant, comme une concession à la terreur qu'inspirent aux peuples les maladies contagieuses de nature miasmatique, que fallait-il faire pour en diminuer les inconvéniens? Il fallait en réformer de fond en comble toute la législation. Il fallait étudier d'abord, comme M. Aubert-Roche l'a fait pour la peste, la durée d'incubation de chacune des maladies miasmatiques susceptibles d'être importées et de se communiquer par contagion, établir le temps de la quarantaine d'après cette durée, en tenant compte du temps de la traversée, admettre immédiatement à libre pratique, tout équipage qui, n'ayant pas eu de malades à bord pendant le voyage, a mis pour le faire plus de temps que ne dure l'incubation de la maladie dont on veut se préserver, placer dans les lazarets les malades dans les conditions les plus favorables d'aération, de propreté et de désinfection, empêcher que les assistans ne séjournent trop longtemps auprès d'eux, enfin, les approcher, les toucher, les soigner comme des malades ordinaires. C'est ce que l'Académie de médecine a proposé et fait adopter à notre gouvernement. C'est un de ses plus beaux titres de gloire. C'est, il faut l'espérer, un premier pas, un acheminement vers la suppression complète des lazarets.

Dans l'intérêt de l'humanité, il y aurait d'ailleurs quelque chose de mieux à faire que d'établir d'inutiles lazarets, d'ins-

---

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — Tranquillité générale. — Solennité académique prochaine. — Rien de nouveau à la Faculté. — Petite fête à la Société de chirurgie. — Résultats de la bifurcation des études. — Un procès en diffamation à Edimbourg. — La Syphilisation n'est pas morte. — Brochure de M. Sperino. — Leçon de M. Auzias-Turenne.

Que voulez-vous? le feuilleton est comme la plus belle fille du monde qui ne peut donner que ce qu'elle a. Si le monde médical se paralyse et s'atrophie, le feuilleton ne peut lui rendre ni la force, ni le mouvement. Le feuilleton n'invente pas, il raconte, il n'est pas le générateur des faits, il n'en est que le miroir qui les reflète; et si rien ne vient se présenter devant la glace, la glace ne réfléchit rien. C'est ce qui est arrivé depuis plusieurs semaines, pendant lesquelles notre microcosme semble s'être engourdi sous les premiers froids de l'hiver. Ce n'était pas là d'ordinaire le résultat de ce commencement de saison. Tout semblait renaître, au contraire, autour de nous. On parlait longtemps à l'avance des solennités académiques et scolaires qui se préparaient ; les amateurs de plaisirs et de fêtes s'informaient avec empressement des salons qui devaient s'ouvrir ; les gastronomes s'enquéraient avec sollicitude de la récolte, du prix et de la qualité des truffes ; chacun se disposait enfin à passer le moins tristement possible cette triste et odieuse saison d'hiver dont tous les ans je maudis la venue. Il n'est question de rien de tout cela à cette heure, et à vrai dire, est-il question de quelque chose?

Aux débats animés du mois dernier, ont succédé, à l'Académie de médecine, les placides séances du régime ordinaire, régime fort sobre, très sain, peu émouvant, et, par cela même, très réparateur, ainsi qu'on a pu en juger par la séance de mardi dernier, dans laquelle les membres de l'Académie ont gracieusement laissé la parole à des savans qui lui sont étrangers, ce qui nous a valu trois bonnes communications de MM. Moreau (de Tours), Bonnafont et Hervieux. L'Académie se repose, et nul n'y peut trouver à redire, après les grandes émotions des deux dernières discussions. Seul, l'honorable secrétaire perpétuel prépare les plus beaux atours de son style, pour la séance annuelle qui aura lieu prochainement, et dans laquelle il doit prononcer l'éloge de Boyer, ce même sujet qui inspira si bien l'an passé M. le professeur Roux dans la séance de rentrée de la Faculté. Nous désirons le même succès à M. Dubois (d'Amiens), car ce serait prophétiser à coup sûr que de le lui prédire.

Rien de nouveau du côté de la Faculté, car je ne veux pas reproduire les mille bruits qui circulent sur ceci et sur cela, et qui, tous, au même degré, sont improbables. Ce qui me paraît le plus sûr, c'est que la Faculté ne sait pas encore le premier mot des intentions du Pouvoir, relativement aux chaires vacantes, et qu'elle ne sait pas encore ce qu'elle fera au moment décisif. Que l'esprit saint éclaire tout le monde ! *Veni creator* !

La Société de chirurgie, qui a inauguré sa nouvelle installation par le très remarquable, très littéraire et très pieux éloge de A. Bérard, fait par M. Denonvilliers, a donné un bon exemple et a prouvé tout ce qu'on peut obtenir de l'application intelligente et dévouée de l'association. On dit merveille de son nouveau local et de son aménagement nouveau. Il est vrai, m'a-t-on assuré, qu'un membre de la Société, qui porte avec honneur un nom célèbre et qui a le bonheur d'être riche, a fait un don considérable en argent et en objets d'art, tels par exemple, qu'une collection précieuse de portraits de chirurgiens célèbres réunie par son illustre père. Mais il paraît que chaque membre a aussi généreusement contribué aux frais de cette installation, que l'on dit faite avec beaucoup de goût. Je me sers des formules *on dit, on assure, il paraît*, car la Société de chirurgie a oublié de convoquer à cette petite fête les représentans de la presse médicale, même les représentans des journaux qui, par la publicité qu'ils donnent aux travaux de la Société, n'ont pas été tout à fait sans influence sur la position qu'elle occupe parmi les corps savans. Il y a plus, les ordonnateurs de l'aménagement nouveau n'ont pris aucune disposition pour que les journalistes, qui assistent aux séances, puissent convenablement et commodément prendre leurs notes. A la première séance, ils étaient littéralement à la porte. Deux membres de la Société, auxquels on faisait remarquer ce fait, ont répondu avec autant d'esprit que de convenance, « que la presse était là à sa place. » Hélas! si la presse était méchante!.... Mais elle ne l'est pas, et l'un de ces aimables confrères peut voir, dans cet article même, comment le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE se venge des injures faites au journaliste.

Voici un fait que je donne sans commentaire et dont je prie M. l'inspecteur et professeur Bérard de tirer la conséquence : dans un lycée de Paris, le système de la bifurcation des études a eu ce résultat immédiat d'élever au chiffre de 80 le nombre des élèves de la section des sciences, et de faire baisser au chiffre de 20 celui des élèves de la section des lettres.

Mon Dieu ! ce n'est pas seulement parmi les médecins de Paris que règne quelquefois la discorde; ils n'ont pas non plus le monopole des conflits judiciaires, et ces choses-là se voient un peu partout, parce que partout existent les mêmes passions et les mêmes intérêts professionnels. En voici un exemple que nous apportent les journaux de médecine anglais. C'est le récit d'un triste procès qui vient de se dérouler devant le jury de la Grande-Bretagne. Deux professeurs distingués de l'Université d'Édimbourg, deux hommes connus dans la science par d'importans et utiles travaux, n'ont pas craint de venir mettre à nu, devant un public injuste et malveillant, les plaies de notre profession. Voici les faits en quelques mots :

Le professeur James Syme, chargé de la clinique chirurgicale à l'Université d'Édimbourg, a inventé, comme on le sait, une nouvelle méthode de guérir les rétrécissemens du canal de l'urètre, méthode qu'il nomme *périnéale*, et qui consiste, en effet, à inciser le canal par le périnée, et à couper ainsi les brides morbides. Opposé à cette méthode, et je trouve que ce n'est pas trop sans raison, M. Lizars, également professeur à la même Université, publia dans les journaux plusieurs articles sur ce sujet. Le fit-il avec aigreur, peu de courtoisie, ou d'une manière à blesser le caractère de son collègue? C'est ce que nous ne savons pas. Toujours

tituer et réglementer des quarantaines qui ne sont le plus ordinairement que des moyens de fiscalité, de prendre, en un mot, une foule de précautions menteusement sanitaires, impuissantes à arrêter la propagation du choléra, qui n'ont jamais préservé et ne préserveront jamais les populations de ses atteintes. Ce serait d'attaquer le mal dans sa source, et de faire en sorte qu'il ne pût jamais se reproduire. Deux moyens efficaces d'atteindre ce but se présentent tout naturellement à l'esprit, quand on est bien convaincu toutefois que les causes de cette maladie sont bien celles que j'ai signalées.

Le premier de ces moyens est l'endiguement du Gange. Par l'endiguement, on empêcherait les inondations annuelles. Plus d'inondations, plus de marais; plus de marais, plus de miasmes; plus de miasmes, plus de choléra. Malheureusement, il n'est pas praticable. L'imagination recule effrayée à la seule pensée d'entreprendre des travaux aussi gigantesques. Il faudrait, en effet, encaisser un fleuve énorme, d'une profondeur moyenne de douze à quinze mètres quand il est renfermé dans son lit, sur un parcours de plusieurs centaines de kilomètres, il faudrait l'encaisser, dis-je, entre deux digues élevées à la hauteur de quinze à vingt mètres au-dessus du niveau des basses eaux, assez puissantes pour résister à la pression d'une masse d'eau de treize mètres de hauteur dont le fleuve se grossit pendant la crue, masse d'eau qui, resserrée, s'élèverait davantage encore, et d'une surface moyenne de quatre kilomètres. Que de difficultés d'exécution! Quelles dépenses énormes! Et quels frais prodigieux n'entraînerait pas, en outre, chaque année, l'entretien et la conservation d'un pareil travail. Il n'y faut donc pas songer.

Le second moyen, tout aussi efficace, mais d'une exécution plus facile et moins dispendieuse, consisterait à ouvrir, sur la rive droite du fleuve, quinze à vingt canaux perpendiculaires à son cours et se rendant à la mer. Ces canaux seraient espacés à des distances que la configuration du terrain et l'utilité du commerce et de la culture détermineraient. Alimentés par le fleuve, même au temps des plus basses eaux, ils devraient être assez larges et assez profonds pour en recevoir le trop plein aux époques de la crue, et servir ainsi tout à la fois de voies de transport pour les hommes et les marchandises, et de déversoirs pour l'écoulement des eaux de débordement. On les relierait ensuite sur le bord du fleuve, au moyen d'une simple chaussée, et l'on en construirait une semblable sur l'autre rive. Ces deux chaussées n'auraient plus besoin d'être aussi fortes ni aussi élevées que dans le cas d'endiguement simple, puisque le poids qu'elles auraient à supporter se trouverait diminué de toute la quantité d'eau que les larges saignées faites au fleuve lui enlèveraient. Une crue de treize mètres, répartie sur une vingtaine de canaux, en élèverait le niveau d'une hauteur insignifiante. La dépense d'une pareille entreprise ne me semblerait pas excéder les ressources de la riche et puissante dominatrice de l'Inde, et l'habileté de ses ingénieurs saurait la conduire à bonne fin. Cette dépense ne serait-elle pas en partie compensée, d'ailleurs, par les profits que l'on pourrait retirer de l'exploitation des canaux, comme voies de communication et de transport, et par les prises d'eau pour des établissemens industriels, et même pour des irrigations, si l'absence de l'inondation les rendait nécessaires à la culture des terres. Enfin, ne le serait-elle pas surtout, et au-delà, par l'immensité du bienfait qui en résulterait pour l'humanité, en faisant disparaître de la surface de la terre un de ces fléaux dont les ravages causent tant d'effroi et font couler tant de larmes.

Je caresse peut-être une chimère. Mais qu'on me laisse mon illusion, si c'en est une; je m'y complais, parce que ce rêve me semble très réalisable. J'ai foi dans l'efficacité des moyens que je propose pour extirper le choléra de ce monde, comme je crois que l'ancienne salubrité de l'Égypte, si vantée par Hérodote, était due au système de canaux dont les Pharaons avaient sillonné le pays, devenu depuis le foyer de la peste.

A bientôt, mon cher confrère, une neuvième lettre. Elle traitera de la nature des maladies en général et de celle du choléra en particulier. J'espère ne pas vous la faire attendre bien longtemps.

Adieu. Je vous serre la main.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

CORRESPONDANCE ÉTRANGÈRE.

DE LA NON-TRANSMISSIBILITÉ DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

(Par erreur de direction, la lettre suivante ne nous est parvenue qu'hier.)

Londres, le 24 Septembre 1852.

Monsieur le rédacteur,

« La France, par un bonheur des plus rares dans les sciences médicales, est en possession d'une doctrine pathologique, que vingt ans d'études, de recherches, d'observation et d'expérimentation ont solidement édifiée, qui a été généralement acceptée, après contrôle et examen, par toutes les autres nations, et par le plus grand nombre des médecins qui se vouent spécialement à cette partie de la science. Dès l'apparition de cette doctrine, l'opposition et les objections ne lui ont pas manqué, soit en France, soit à l'étranger; mais, devant le nombre et la valeur des preuves qu'elle opposait à ses adversaires, cette doctrine est constamment sortie avec éclat de toutes les luttes où on l'avait imprudemment appelée (Union Médicale, n° 110, 1852; article de M. Latour). »Voici des paroles qui expriment avec tant de noblesse et d'énergie la haute valeur des doctrines de M. Ricord, que je prends la liberté de les citer à l'occasion de quelques mots que je viens vous adresser, touchant la non-transmission des accidens secondaires de la syphilis. Cette question, qui s'agite en ce moment devant l'Académie de médecine, est d'une telle importance, et elle affecte si profondément le bel édifice élevé par M. Ricord, que les médecins de tous les pays célèbrent avec enthousiasme le nouveau triomphe du chirurgien de l'hôpital du Midi. La question est jugée, et M. Ricord est si fort de son éloquence, de ses faits et de son argumentation, que les faibles paroles de ses élèves à l'étranger lui sont inutiles. Cependant, il s'est présenté tout récemment dans ma pratique un fait de non-transmission des accidens secondaires bien caractérisés, entouré de tant de garanties, que je vous prie de vouloir bien l'enregistrer.

M. Velpeau a dit dans son discours : « Veut-on des faits cliniques, il n'en manque point. M. Vidal a vu une jeune fille qui a contracté directement un condylôme d'un jeune homme qui n'avait pas eu lui-même d'autre symptôme. Il n'y a pas de praticiens qui n'aient vu se transmettre des eczémas syphilitiques. Pour moi, j'ai vu un eczéma du scrotum se mouler et se reproduire exactement sur la face interne de la cuisse, qui se trouvait en contact avec les bourses. » Eh bien! c'est exactement d'un eczéma des bourses, de la verge et du prépuce qu'il s'agit dans mon observation, comme on le verra plus bas, et la transmission ne se fit pas, quoique les relations sexuelles fussent presque journalières. Qu'un eczéma des bourses se reproduise sur la cuisse du *même individu* déjà sous l'influence d'une syphilis secondaire, ce n'est certainement pas surprenant, comme l'a fait fort bien observer M. Ricord.

M. Lagneau s'est exprimé ainsi : « Je conclus en déclarant hautement que les accidens de la syphilis, secondaires ou autres, sont transmissibles par l'inoculation artificielle comme ils ont toujours été reconnus l'être par le *rapprochement des sexes.* » A cela M. Ricord répond : « Si les accidens secondaires étaient vraiment contagieux, au lieu de former l'exception, ils devraient être la source la plus commune de la propagation de la syphilis. En effet, si les accidens secondaires ne sont pas aussi fréquens que les accidens primitifs, ils ont un cours plus libre dans le monde, et permettent des contacts plus fréquens, avec bien moins de prévoyance, bien moins de garanties que pour les accidens primitifs. Quel est le médecin, quel est le spécialiste surtout, qui ne voit tous les jours des personnes affectées des accidens les plus variés de la syphilis constitutionnelle, ayant souvent pour siége la cavité buccale, vivre dans la plus grande insouciance, et ne se gêner en quoi que ce soit, et ne jamais rien communiquer! » Les praticiens de tous les pays se rappelleront sans doute, en lisant ce passage, les faits nombreux qui vérifient l'assertion de M. Ricord, et l'observation suivante ne sera pas sans intérêt touchant la question en litige :

M. X..., âgé de 30 ans environ, est un homme d'une constitution faible et nerveuse avec quelques caractères scrofuleux; il se présente à mon observation au commencement de ce mois, tourmenté de plusieurs accidens secondaires. Au front, on remarque une éruption de papules à la période squammeuse, qui s'étend le long de la joue vers la lèvre supérieure; cette dernière, ainsi que l'inférieure, est tuméfiée et couverte de squammes épithéliales qui se détachent sur divers points. Sur le dos et aux jambes, on remarque plusieurs autres pustules du même caractère que celles du front, et le cuir chevelu est affecté d'un léger pytiriasis. La langue présente à son pourtour des cicatrices récentes d'ulcérations traitées par le nitrate d'argent, et le voile du palais est congestionné. A la paume des mains et à la plante des pieds, on remarque de larges plaques de psoriasis syphilitique d'un rouge foncé et cuivré, d'où se détachent des squammes épidermiques; ces plaques présentent le caractère légèrement concave de l'affection syphilitique. Les bourses, le gland et le prépuce sont couverts d'un eczéma syphilitique à la période squammeuse; sur le gland, on voit de légères éraillures, et l'affection s'étend jusqu'à la racine de la verge. Le malade a de l'anxiété dans la physionomie; il s'exprime avec lenteur et incertitude, et donne les détails suivans sur ses antécédens :

En 1846, chancre phagédénique au gland; phimosis opéré par incision; destruction du gland arrêtée par l'acide nitrique fumant. Après la cicatrisation, deux années se passèrent sans la moindre manifestation secondaire. (M. Ricord a toujours enseigné que la spécificité est souvent détruite par le phagédénisme). Au bout de ce temps, blennorrhagie qui résiste à toutes les médications ordinaires. Feu Liston fut appelé, il diagnostiqua un chancre larvé un peu en arrière du frein; on essaya les frictions mercurielles, auxquelles le malade se montra rebelle; on prescrivit alors le proto-iodure de mercure, et sous l'influence de cet agent thérapeutique, l'écoulement cessa, et tout rentra dans l'ordre.

Ce qui arriva six mois après, prouva clair comme le jour que le diagnostic de Liston, fondé sur les recherches de M. Ricord, était fort juste, car il se développa sur notre malade une syphilide papuleuse des mieux caractérisées; on lui fit prendre de l'iodure de potassium, et sous son influence, les manifestations tégumentaires disparurent. Quelque temps après, il y eut récidive, avec développement eczémateux aux bourses et à la verge. On eut de nouveau recours à l'iodure de potassium, et les accidens cessèrent; mais M. X... commençait à s'affaiblir d'une manière alarmante, et on lui conseilla un voyage sur le continent. Au moment de partir, il se déclara un iritis syphilitique qui fut arrêté par le proto-iodure de mercure; enfin le malade quitta l'Angleterre. Les papules reparurent de temps en temps, mais l'iodure de potassium en faisait toujours justice. A cette époque, la paume des mains et la plante des pieds commencèrent à se prendre, et l'eczéma des bourses et de la verge restait à peu près stationnaire.

Le fait qui trouve sa place à la période où nous sommes arrivés et qui donne de la valeur à cette observation relativement à la question dont je parlais plus haut, c'est que, pendant une année entière, et avec les symptômes que je viens de décrire, il s'établit des relations extrêmement intimes avec une dame à qui j'ai eu occasion de parler, que j'ai traitée

---

est-il que le *Medical Gazette* ayant inséré dans ses colonnes une appréciation de la méthode de M. Syme, ce dernier adressa à ce journal, le 26 juin 1851, une lettre ainsi conçue :

« Monsieur,

» Ce n'est qu'aujourd'hui seulement que le numéro du 16 mai de votre journal m'est tombé sous la main. J'y vois certaines allégations qui, certainement, ne fussent pas restées sans réponse si je les eusse connues plus tôt. Vous dites : « Une guerre violente s'est élevée entre les deux professeurs d'Édimbourg, —Syme et Lizars; » mais vous devez, ou vous auriez dû au moins savoir que, en ce qui concerne le sujet en question, je n'ai pas adressé une seule parole au prétendu « professeur (*so-called professor*), » *que je considère comme placé depuis longtemps en dehors de la courtoisie et du respect professionnels*, etc., etc.

» Signé : James Syme. »

Le rédacteur en chef du *Medical gazette* ne crut pas devoir insérer, comme « passible d'accusation de diffamation, » le passage de cette lettre que nous avons souligné; M. Syme la fit imprimer en entier dans le *Monthly journal* (numéro d'août 1851), dont il est un des rédacteurs.

De là le procès. M. Lizars a fait traduire son collègue, le professeur Syme, devant les tribunaux, sous l'accusation de diffamation. Les débats se sont ouverts le lundi 26 juillet 1852; ils n'occupent pas moins de quarante-cinq pages d'impression.

Les hommes les plus considérables de la Grande-Bretagne, MM. A. Swayne, professeur de médecine légale à Guy's hospital; W. Kesteven, membre du Collége des chirurgiens de Londres; Renton, du Collége des chirurgiens d'Édimbourg; le professeur Miller; Christison, professeur de toxicologie; Simpson, professeur d'accouchemens; Carpenter, de l'Université de Londres, etc., ont été entendus comme témoins dans cette déplorable affaire, qui s'est, en résumé, terminée par l'acquittement de M. James Syme, « *qui n'a eu*, dit le verdict, *en publiant sa lettre, aucun motif d'attaquer l'honneur de M. Lizars.* »

Vous auriez tort de vous abuser sur ce point, bien-aimé lecteur; la Syphilisation n'est pas morte; elle prépare au contraire avec soin le jour de sa résurrection, elle l'annonce et le prédit, et pour prouver, en en effet, que la vie ne l'a pas tout à fait abandonnée, elle vient de se livrer à quelques petits mouvemens que vous êtes libre de prendre comme les dernières convulsions de l'agonie ou comme un signe de convalescence.

C'est de Turin que nous est venue la première secousse, et c'est M. le docteur Spérino qui a eu la bonté de m'envoyer deux exemplaires d'une brochure bleu de ciel, intitulée : *Mémoire sur le vote adopté par l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 21 août, contre la pratique de la Syphilisation comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis*; par C. Spérino.

Je ne crois ni utile, ni convenable de relever les assertions et les insinuations que renferme cet écrit d'un style si confus, qu'il ne m'a pas été toujours possible de bien saisir la pensée de l'auteur. C'est une assez pauvre diatribe contre M. Ricord et contre les journalistes qui ont pris couleur contre la Syphilisation. Voici, par exemple, un des nombreux passages à mon adresse :

« La Syphilisation, condamnée d'abord par vous, comme organe de M. Ricord, ensuite solennellement par l'aréopage de médecine de Paris, n'ayant pas une Cour de cassation pour en appeler en révision, vous lui suggérez de recourir *en grâce*. Merci du conseil charitable. Les syphilisateurs n'ont commis aucun crime; ils se sont donné bien des peines, ils en donnent encore dans l'espoir d'être utiles à l'humanité; ils n'ont donc point besoin de grâce. Le grand, le tout-puissant tribunal de l'opinion publique et le temps, voilà les juges, pas plus ambitieux que passionnés et corruptibles, devant lesquels ils aiment porter leur cause. En attendant son jugement définitif, ne venez pas lier les pieds et les mains aux syphilisateurs; ne leur bâillonnez pas la bouche; laissez-les agir et parler librement en dépit du vote de l'Académie; remplissez vos colonnes de longs articles contre les immoraux, barbares, absurdes partisans de la Syphilisation, et vous verrez s'ils étaient dignes des *indécens sarcasmes* et des *atroces calomnies*, dont, à la honte de la médecine et sans être jamais provoqué, il a plu à vous..... de les abreuver. »

Monsieur Spérino, vous auriez mieux fait de ne pas écrire ce passage, dans lequel, en ce qui me concerne, vous outragez indignement la vérité. Je vous porte un défi solennel devant le monde savant, de citer un de ces *indécens sarcasmes*, une de ces *atroces calomnies*, qui soient sortis de ma plume. Je m'engage à prouver qu'au contraire, j'ai toujours fait, en faveur des syphilisateurs, les plus complètes et les plus honorables réserves sur l'intention qui dirigeait les expérimentateurs, et sur le caractère des hommes qui ont entrepris les expériences. Vous vous êtes trompé, Monsieur, vous avez fait une confusion que je vous signale, et j'attends de votre loyauté scientifique que vous répariez votre erreur.

La seconde secousse nous vient de Toulouse, et par la voie de la *Gazette médicale* de cette ville, journal dans lequel M. Auzias-Turenne continue à publier son *cours de Syphilisation*. Cette quatrième leçon est fort curieuse, elle mérite certainement un examen attentif qui sera fait en temps et lieu. Je me permets seulement de la signaler à M. Malgaigne, qui, au nom des syphilisateurs, avait pris comme une sorte d'engagement de renonciation à la Syphilisation préventive. M. Auzias, au lieu de courber la tête sous le poids des formidables objections produites par M. Malgaigne lui-même contre cette Syphilisation, s'écrie, au contraire, que sa « cause est bien près d'être *théoriquement* gagnée auprès de ceux qui acceptent la *Syphilisation curative*, » et par ma foi, M. Auzias a raison, et c'est ce que, pour mon compte, je n'ai cessé de dire. Les doctrines de la Syphilisation sont unes et indivisibles, elles peuvent prendre la même devise que celles d'une Société fameuse : *Sint ut sunt aut non sint*. Et voyez, en effet, avec quelle superbe M. Auzias les traite, ces objections : « Le mot *théoriquement* doit faire sous-entendre que cette Syphilisation-là ne rencontre que des difficultés d'application. *Ces difficultés sont des espèces de* TOILES D'ARAIGNÉES *qui doivent arrêter un praticien sage, sans gêner, dans son essor, la pensée du savant.* »

Ah! c'est bien fait pour vous, Monsieur Malgaigne, qui avez dédaigné les conseils affectueux de la raison. Vos objections, toiles d'araignées !

In foribus taxos suspendit aranea casses.

Amédée Latour.

même, et qui n'a jamais ressenti la moindre atteinte de rapports presque journaliers. Voici, j'espère, un contact qui n'est point *passager* (discours de M. Velpeau, 21 septembre) ; j'ai les deux personnes sous les yeux en ce moment ; et ce fait de non-transmission d'accidens secondaires, qu'un des adversaires de M. Ricord appellera probablement un fait négatif, est tellement frappant, que j'ai cru devoir vous le communiquer.

Je ferai aussi remarquer que si Liston n'avait point saisi la véritable nature de la maladie, s'il n'avait point reconnu le chancre larvé, il aurait pu se faire que ce dernier se fût cicatrisé, l'écoulement eût cessé, et l'on aurait attribué tous les accidens qui se sont manifestés chez ce malade depuis quatre ans, à une *blennorrhagie*.

Il est fort probable que si on pouvait faire un relevé de l'expérience journalière dont parle M. Velpeau, elle serait en faveur des doctrines de M. Ricord. Pour ce qui est de « l'assentiment universel, » dont parle aussi le savant professeur de la Charité, je dois dire que dans la Grande-Bretagne, où le nom de Hunter est si vénéré (j'écris en vue de l'hôpital où il fit ses premières inoculations), on se range avec ardeur, sauf quelques exceptions, du parti de l'expérimentateur le plus illustre qu'ait produit l'école de Hunter. A l'époque où je publiai dans la *Lancette anglaise* les leçons que j'avais recueillies de la bouche de l'éloquent professeur dans les jardins de l'hôpital du Midi, où se pressent toujours la foule d'élèves et de médecins étrangers, je crus remarquer ici un « consensus » général d'admiration, et un vif désir de saisir dans leur ensemble les doctrines si lucides et si logiques dont M. Ricord a doté la science. J'ai pu me convaincre, il y a quelques semaines, à l'hôpital du Midi, que M. Ricord poursuit ses expériences avec la même vigueur et le même zèle qu'il y mettait il y a vingt ans ; sa carrière est toute militante, et, plus heureux que maint grand capitaine, notre habile syphilographe n'a point éprouvé de défaite.

Recevez, etc.

D^r DE MÉRIC.

PATHOLOGIE.

REMARQUES SUR UNE OBSERVATION DE PNEUMATOCÈLE TRAUMATIQUE DU CRANE CONSÉCUTIVE A UNE FRACTURE DU ROCHER, AU NIVEAU DE LA CAISSE DU TYMPAN.

Paris, le 23 Octobre 1852.

Monsieur et cher confrère,

Vous avez publié, dans l'UNION MÉDICALE du 19 octobre, une observation fort intéressante et unique, je crois, dans la science, d'une tumeur gazeuse développée à la partie postérieure de la tête, à la suite d'une chute d'une grande hauteur sur la plante des pieds. Cet accident aura, sans aucun doute, comme l'a très bien indiqué M. le docteur Chevance, déterminé une fracture du Rocher, au niveau de la caisse du tympan, et une fêlure du crâne ou une séparation des sutures avec déchirure du péricrâne dans un des points correspondans, au niveau de la tumeur. Ces accidens se compliquent en outre d'une déchirure considérable de la membrane du tympan. Le phénomène saillant et vraiment curieux de ce fait pathologique, c'est la facilité avec laquelle cette tumeur se reproduit, dans l'espace de quelques jours, après avoir été vidée par une ponction avec un trois-quarts.

Notre confrère, M. le docteur Chevance, afin de rendre compte de la reproduction de la tumeur, nous dit bien que le passage de l'air ne peut avoir lieu que par l'oreille externe et la trompe d'Eustache, communiquant avec la tumeur au moyen de la fracture du rocher. Mais par quel mécanisme ce passage s'opère-t-il? C'est ce que l'auteur n'explique pas et c'est afin de compléter cette si intéressante relation que je vous demande la faveur d'y joindre quelques détails sur le phénomène physiologique qui s'accomplit dans l'oreille moyenne, et qui préside au passage de l'air de cette cavité dans la tumeur occipitale.

Dans le mouvement fonctionnel qui préside à l'acte de déglutition, soit du bol alimentaire, soit de la salive, on ferme la bouche et il se produit ainsi un vide dans toute la cavité buccale qui absorbe à lui tout l'air contenu dans l'oreille moyenne et la trompe d'Eustache ; d'où il résulte un refoulement et une compression de la membrane du tympan par l'air, du côté du conduit auditif externe. Mais aussitôt que la matière avalée a franchi le pharynx, la bouche s'ouvre et l'air se précipite avec force dans cette cavité ainsi que dans la cavité du tympan. De là refoulement inverse de cette membrane par la colonne d'air intérieure. Supposez maintenant que cette membrane soit déchirée ; dans le premier cas, l'air se précipitera dans la caisse pour remplir le vide qui s'y est opéré au moment de la déglutition ; tandis que dans le second cette colonne d'air, pressée et chassée par celle qui arrive de la bouche, cherchera à s'échapper par la déchirure du tympan. Mais si cette déchirure ne permet pas à la colonne d'air de s'échapper aussi vite, celui-ci se trouvant pressé entre deux obstacles, s'introduira qui dans les cellules mastoïdiennes, qui dans toutes les fissures normales ou accidentelles qui peuvent se rencontrer dans cette région. La forme de la membrane du tympan se prête d'ailleurs très bien à ce mécanisme. Concave à sa surface externe et convexe du côté de la caisse, une simple fissure doit nécessairement être plus favorable au passage de l'air de dehors en dedans que de dedans en dehors.

M. Chevance ne nous dit rien sur le pronostic de cette lésion. Bien que le passage continuel de l'air par des parties si délicates, et que la reproduction de la tumeur n'aient donné lieu, jusqu'à ce jour, à aucun accident, il peut cependant arriver que l'air finisse par se créer quelque nouvelle voie et que le volume de la tumeur augmentant par le décollement des téguments épicraniens, donnent lieu à des accidens qu'il importerait peut-être de prévenir. Le moyen d'atteindre ce but consisterait à empêcher l'air de passer dans les parties fracturées. Pour cela, il faudrait pratiquer tout simplement une ouverture au tympan avec notre perforateur emporte-pièce ou tout autre. De cette manière, l'air ne rencontrant plus d'obstacle et pouvant entrer et sortir de la caisse du tympan avec la même facilité, n'aurait plus aucune tendance à s'épancher dans des fissures d'un accès plus difficile.

Telles sont, mon cher confrère, les explications physiologiques que j'ai cru devoir ajouter à ce fait si remarquable, et que vous insérerez dans l'UNION si vous les jugez dignes de vos nombreux lecteurs. J'espère aussi que M. Chevance les accueillera avec bienveillance et qu'il me saura gré d'avoir cherché à rendre son observation plus complète et plus intéressante.

Agréez, etc.

BONNAFONT.
Médecin principal de l'hôpital du Gros-Caillou.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 27 Octobre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Le procès-verbal est lu et adopté.

M. Richet, présent à la séance, est invité à signer la feuille de présence et à prendre place parmi ses collègues.

MM. le professeur Sédillot et Clément, de Strasbourg, sont présens à la séance.

La parole est donnée à M. Désormeaux.

Recherches sur la luxation incomplète du tibia en avant.

M. DÉSORMEAUX lit un travail intitulé : Recherches sur la luxation incomplète du tibia en avant. L'auteur, en communiquant l'observation suivante, s'est proposé de compléter l'histoire des luxations incomplètes du genou :

J... C..., maçon, âgé de 18 ans, grand, fortement musclé, était occupé à faire un scellement dans un plafond, lorsque sa blouse fut accrochée par un manchon placé sur un arbre de couche qui tournait à côté de lui. Entraîné par le mouvement de rotation, et appliqué la face antérieure du corps contre l'arbre, il fit quatre ou cinq tours dans un espace étroit. Enfin, avant que l'on eût arrêté la machine, la partie inférieure de la jambe droite s'engageait dans l'échelle dont il se servait, et il ressentit alors une vive douleur dans le genou.

Aussitôt après l'accident, il fut porté à l'hôpital Bon-Secours.

Lorsque M. Désormeaux le vit le lendemain, le membre paraissait raccourci, et la jambe était portée fortement dans la rotation en dedans. Le gros orteil répondait au milieu du bord interne du pied sain et au niveau de la malléole, bien que le pied droit fût un peu dans l'extension.

Il y avait donc un raccourcissement apparent de 6 à 7 centimètres, mais le bassin était fortement relevé du côté malade, et en le rendant perpendiculaire à l'axe du corps, le raccourcissement disparaissait en entier. La mensuration donnait alors la même longueur des deux côtés, en prenant pour point de repère soit l'épine iliaque, soit le grand trochanter en haut et la malléole externe en bas.

Les mouvemens de rotation de la jambe étaient très faciles. La pointe du pied, qui se portait d'elle-même en dedans, pouvait, sans augmentation appréciable de la douleur, être portée assez fortement en dehors. Dans les mouvemens de rotation en dedans, la jambe tournait évidemment autour de son axe, le fémur restant immobile, tandis que les mouvemens de rotation en dehors se passaient au moins en grande partie dans l'articulation coxo-fémorale ; le fémur commençait à participer au mouvement dès que la pointe du pied avait un peu dépassé la position moyenne.

Le membre était dans une légère flexion due à sa position dans le lit, mais on en obtenait facilement l'extension complète, que l'on pouvait même dépasser. La flexion était facile aussi et ne provoquait pas des douleurs, pourvu qu'elle fût bornée à des limites assez restreintes ; mais elle devenait douloureuse si l'on faisait faire à la jambe un angle de 25 à 30° avec l'axe prolongé de la cuisse. Les mouvemens angulaires latéraux, impossibles à l'état normal, étaient aussi très faciles.

A première vue, le genou présentait un gonflement considérable qui portait sur son diamètre antéro-postérieur. Par le toucher, sur les côtés de la rotule et du ligament rotulien, on reconnaissait facilement le rebord des cavités glinoïdes du tibia. Au-dessus d'elles il y avait un vide qui était comblé par du liquide épanché au-devant du fémur et au fond duquel on sentait la face antérieure de cet os. Les tubérosités du tibia paraissaient faire, au devant des condyles du fémur une saillie de 3 centimètres environ.

En faisant exécuter à la jambe des mouvemens de flexion, il était facile de s'assurer, par le toucher, que le mouvement avait complètement changé de nature et que le bord antérieur des condyles du tibia, au lieu de glisser d'avant en arrière sur la surface des condyles du fémur, s'en écartait par un mouvement angulaire. Il était donc évident qu'au lieu de tourner autour d'un axe idéal situé dans l'épaisseur de ces condyles, le tibia se mouvait autour de la ligne par laquelle le bord postérieur de la surface articulaire reposait sur celle du fémur. La rotule était soulevée, éloignée du fémur sur lequel on pouvait la faire frapper par une pression brusque ; sa face antérieure, au lieu de regarder un peu en bas, était dirigée directement en avant, mais pas en haut ; elle se trouvait sur le même plan que la tubérosité antérieure du tibia. Il était facile de sentir de la fluctuation dans les points où on la trouve d'ordinaire dans l'hydarthrose.

Du côté du jarret, il y avait un vide au niveau de l'extrémité du tibia, mais bien que l'on reconnût la saillie des condyles du fémur, il était impossible, à travers les masses musculaires, d'en déterminer la forme.

D'après tous ces signes, il était facile de reconnaître une luxation incomplète du tibia en avant ; M. Désormeaux ne s'arrêta même pas à l'idée qu'il pût y avoir une luxation complète en voyant l'absence de raccourcissement, la mobilité du tibia en tous sens et le peu de saillie de cet os au-devant de l'extrémité du fémur.

J'essayai d'abord, dit-il, d'obtenir la réduction au moyen de tractions directes ; pour cela, le malade étant amené au bord de son lit, de façon que le membre affecté fût en dehors, un lac fut passé dans l'aine du côté malade et retenu par deux infirmiers placés à la tête du lit, et un autre lac, fixé au-dessus des malléoles, fut confié à trois aides chargés de l'extension. Pendant que les aides exerçaient des tractions énergiques, j'essayai de repousser le tibia en arrière en pressant sur lui avec les deux pouces, pendant qu'avec les doigts je prenais un point d'appui sur les condyles du fémur ; mais, malgré nos efforts, le tibia ne changea pas de place. Alors je fis augmenter les tractions, et pour pouvoir donner moi-même plus de force, je plaçai mon genou gauche sous la saillie des condyles du fémur, en appuyant mon pied sur la barre du lit, tandis que je me servais de mes deux mains pour repousser le tibia. Je n'obtins pas plus de résultat.

Ce ne fut qu'après ces essais infructueux que je songeai à employer la flexion en même temps qu'une extension modérée ; il en résulta que je pus mieux apprécier les avantages de cette méthode. Je laissai le membre dans la même position, appuyé sur mon genou pour empêcher la cuisse de suivre le mouvement d'abaissement, et de la main droite je saisis la jambe pour diriger le mouvement pendant que de la gauche je pressais sur le tibia pour le repousser en arrière. Des tractions très modérées furent commencées dans l'axe du membre et continuées pendant que l'on abaissait le pied pour plier le genou. Lorsque la jambe arriva à former avec la direction prolongée de la cuisse un angle de 45°, la luxation se réduisit brusquement en produisant un choc qui fut senti et entendu par les aides, par le malade et par moi.

Immédiatement la douleur cessa et la déformation du genou disparut. Il ne resta qu'un peu de gonflement ; la rotule était appuyée sur le fémur. Les mouvemens de flexion latérale de la jambe étaient encore possibles, mais moins qu'avant la réduction.

Ce malade ayant succombé vingt jours après à des complications graves, dont il serait inutile de reproduire ici les détails, voici ce que l'on put constater : l'état du genou était resté satisfaisant, la tuméfaction était très légère pendant les derniers jours.

Autopsie du genou. — Le tissu cellulaire et les muscles présentent une infiltration sanguine qui s'étend à la partie inférieure de la cuisse et aux deux tiers supérieurs de la jambe. La capsule articulaire est intacte ; elle contient un peu de sérosité mêlée de sang ; les ligamens rotulien, latéraux, postérieur et semi-lunaires sont sains. Les ligamens croisés sont infiltrés de sang ; le ligament croisé antérieur présente des éraillures sur les parties latérales.

M. Désormeaux, après s'être livré à une dissertation minutieuse sur ce fait, résume son travail en ces termes :

La luxation du tibia en avant est le résultat de l'extension exagérée, ou, pour mieux dire, du renversement en avant de la jambe sur la cuisse. Dans cette position, la surface articulaire du tibia, présente une surface inclinée en arrière, sur laquelle le fémur glisse vers le creux du jarret.

Dans la luxation incomplète, le déplacement est limité par la tension de la portion du tendon du demi-membraneux qui va s'insérer au-dessus du condyle externe du fémur.

Le désordre des parties ligamenteuses est moins considérable qu'on ne le croit généralement, et peut se borner à quelques déchirures partielles du ligament croisé antérieur.

Les principaux symptômes de la luxation incomplète du tibia en avant, sont :

L'absence de raccourcissement réel ;

La saillie du tibia en avant, permettant de distinguer au toucher la partie antérieure des cavités glénoïdes de cet os ;

La saillie des condyles du fémur dans le jarret, et par suite, l'augmentation du diamètre antéro-postérieur de l'articulation ;

La rotation du pied en dedans et la facilité des mouvemens de rotation autour de la jambe, tant que le pied ne dépasse pas sa direction moyenne ; ces mouvemens ayant lieu dans l'articulation fémorale, lorsque la pointe du pied se porte en dehors ;

La mobilité très grande, et dans tous les sens, de la jambe sur la cuisse, mobilité qui est due aux nouveaux rapports des surfaces osseuses.

L'écartement angulaire qui se forme entre les surfaces articulaires du tibia et du fémur dans les mouvemens de flexion.

La position de la rotule, dont la face antérieure regarde en avant et en haut, et les dépressions qui se remarquent sur ses côtés. Ces deux symptômes disparaissent lorsqu'il se forme un épanchement dans l'articulation.

Parmi ces symptômes, ceux qui peuvent le mieux servir de signes distinctifs pour les luxations incomplètes, sont l'absence de raccourcissement, l'étendue de la saillie du tibia, moitié moindre que dans la luxation complète ; enfin la direction de la rotule, et les dépressions qui se trouvent sur ses côtés, lorsqu'il ne s'est pas encore produit d'épanchement.

La meilleure méthode de réduction consiste dans la flexion du membre, combinée avec une légère extension.

(Le travail de M. Désormeaux est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Demarquay, Larrey et Richet.)

M. Guersant prend la parole pour lire un rapport sur un mémoire de M. Chapel, candidat au titre de correspondant.

Trachéotomie pratiquée pour un cas d'angine striduleuse.

M. GUERSANT : M. le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital de St-Malo, a adressé un travail pour obtenir le titre de membre correspondant. Ce travail consiste dans une seule observation fort intéreressante de trachéotomie, pratiquée avec succès dans un cas de laryngite striduleuse.

Voici le résumé du fait :

Une petite fille de 3 ans 1/2, habituellement bien portante, fut prise tout à coup de spasmes le 24 septembre 1850, en mangeant une pomme cuite. La respiration devint sifflante ; la toux rauque, enrouée, sèche et fréquente ; le pouls donnait 120 à 130 pulsations ; l'enfant ne souffrait pas de la gorge, n'y portait pas la main ; et, dans les accès de dyspnée, la figure ne rougissait pas sensiblement ; les lèvres ne bleuissaient pas ; la peau était couverte de sueur ; après l'accès, la respiration redevenait libre, mais sifflante, et la fréquence augmentait quand l'enfant s'endormait. Il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires engorgés. Le traitement a consisté en application de sangsues au cou, cataplasmes sinapisés aux jambes, frictions mercurielles au cou, lavemens purgatifs, vomitifs, vésicatoire sur le sternum. Malgré ce moyen, persistance des symptômes avec calme dans la matinée, après une nuit très orageuse.

Le 28 septembre, la respiration est fréquente, sifflante ; il n'y a pas d'aphonie ; il n'y a pas de fausses membranes. M. le docteur Chapel prescrit le traitement de Miquel par l'alun et le calomel : l'état ne change pas, l'asphyxie devient imminente ; d'autres confrères, réunis à M. Chapel, furent d'avis de pratiquer la trachéotomie. Elle fut faite : on n'obtint ni fausses membranes, ni corps étrangers. L'enfant guérit ; on retira la canule le huitième jour. Vingt-quatre jours après, ayant eu froid dans une chambre humide, cette enfant fut prise de toux grasse, et tout à coup, le soir, d'une suffocation extrême qui céda à un vomitif, qui fut répété jusqu'à trois fois à trois jours d'intervalle.

Enfin l'enfant se rétablit complètement, et depuis n'a rien éprouvé de particulier. M. Chapel s'étonne d'abord que les médecins contemporains n'aient pas fixé assez l'attention sur le diagnostic différentiel de deux maladies qu'il est très facile de confondre, c'est-à-dire l'angine laryngée pseudo-membraneuse et l'angine laryngée striduleuse sans fausses membranes. M. le rapporteur fait remarquer que M. Chapel fait erreur dans cette circonstance, et qu'au contraire, dans la première et dans la seconde édition du *Dictionnaire de médecine*, M. Guersant (son père) a cherché minutieusement à faire connaître les signes différentiels de ces deux affections, dans son article CROUP. Il a même fait remarquer que la laryngite striduleuse était ce qui avait été décrit sous le nom d'asthme de Miller ; et si on fait attention aux signes observés chez la petite malade qui fait le sujet de l'observation de M. Chapel, on trouve tous les symptômes qui caractérisent l'angine striduleuse spasmodique, indiquée déjà par M. Guersant père, en 1823, et plus détaillée encore en 1835, dans la deuxième édition du *Dictionnaire de médecine*.

M. Chapel cherche ensuite à prouver, par voie d'élimination des symptômes, que la petite malade n'avait pas un corps étranger dans le larynx, et il le prouve suffisamment ; mais si le corps étranger n'est pas resté longtemps dans le larynx, on pourrait bien penser qu'il y a déterminé une irritation, et par suite une angine striduleuse spasmodique.

M. le rapporteur cite deux observations dans lesquelles des corps étrangers introduits momentanément dans le larynx, ont produit des angines striduleuses spasmodiques. Ainsi, M. Guersant père dit avoir vu survenir cette maladie chez un enfant qui, en mangeant, avait avalé une arête qui avait simplement éraillé la glotte à son passage. M. le rapporteur a vu lui-même, avec M. Gubler, une petite fille de 5 ans qui avait avalé un morceau de bois ; elle fut prise tout à coup de suffocation. Un médecin fut appelé, la fit vomir, et les accidens persistèrent ; il y avait des accès de suffocation ; dans les intervalles, la respiration était sifflante. Au moment où M. Guersant vit cette enfant, deux jours après l'accident, il la trouva dans l'état suivant : voix rauque, mais non éteinte ; râles bruyans dans la poitrine ; respiration fréquente, bruyante ; lèvres pâles ; pas d'asphyxie imminente ; pouls fréquent ; point de mouvement de grelot dans la trachée. On plaça la malade la tête en bas, les pieds en l'air, et, dans cette position, on lui comprima le larynx pour la faire tousser ; l'enfant ne rendit rien ; et après l'avoir tenue à peu près deux minutes dans cette position, tous les accidens avaient cessé, et la nuit et les jours suivans, elle n'avait pas autre chose qu'un peu de toux sans fièvre....

Il pourrait donc bien se faire, ajoute M. le rapporteur que, dans le cas rapporté par M. Chapel, une petite portion de l'endocarpe de la pomme, introduit plus ou moins longtemps dans le larynx, ait déterminé chez cette petite fille l'angine striduleuse, comme cette maladie a été produite chez les enfans dont il vient d'être question. Ces trois observations pourront peut-être faire admettre une variété d'angine striduleuse traumatique, sur laquelle on n'a pas fixé encore l'attention.

Enfin M. Chapel termine ses remarques en disant que la malade était affectée d'une de ces angines striduleuses spasmodiques pour lesquelles on a rarement occasion d'être forcé de pratiquer la trachéotomie. Cette opération a certainement été pratiquée dans des circonstances semblables par plusieurs opérateurs, qui devaient en agir ainsi à cause de la suffocation extrême où se trouvaient les malades. Aussi les commissaires approuvent-ils l'opération qu'a pratiquée M. Chapel. Il y avait urgence, la malade allait expirer. Mais si on a fait à la fin ce qu'on devait faire, a-t-on fait ce qu'on devait faire au début de la maladie ? M. le rapporteur ne le pense pas ; il croit qu'avec une médecine plus rationnelle, on aurait guéri la malade sans l'opérer. En effet, si on avait bien reconnu dès le début de la maladie que l'enfant n'était point atteinte d'une laryngite pseudo-membraneuse, mais bien d'une laryngite striduleuse spasmodique bien caractérisée : 1° par le début brusque des accidens, 2° par l'absence de fausses membranes, 3° par l'absence d'aphonie, 4° par la périodicité des accès, on aurait évité un traitement très nuisible contre lequel M. Guersant père et d'autres se sont élevés lorsqu'il s'agit de laryngite striduleuse. On aurait évité les sangsues, les vomitifs, les mercuriaux, les vésicatoires, qui ont tous contribué à exaspérer les symptômes nerveux, on aurait suivi avec avantage les préceptes donnés par Millar qui vantait, dans ce cas, l'assa-fœtida, ou bien tous les autres antispasmodiques qui ont été conseillés dans ce genre de laryngite.

M. le rapporteur termine, en disant que la commission adopte les conclusions du travail de M. le docteur Chapel, savoir :

1° Que la laryngite spasmodique ou striduleuse n'est pas toujours une affection légère ;

2° Que l'opération de la trachéotomie devient une dernière ressource qui offre d'autant plus de chance de succès, que l'on n'a pas ici, comme dans le croup, une sécrétion pseudo-membraneuse à modifier.

La commission reconnaît que l'observation de M. le docteur Chapel est fort intéressante sous tous les rapports, qu'elle est suivie de réflexions très justes et qui dénotent un excellent esprit.

En conséquence, elle propose à la Société :

1° Que le travail de M. Chapel soit inséré dans les bulletins ;

2° Qu'il soit nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

La première conclusion est mise aux voix et adoptée.

La Société procède ensuite au scrutin pour la nomination de M. Chapel au titre de membre correspondant.

M. Chapel est élu à l'unanimité.

Relation d'une opération destinée à remédier à un anus contre nature situé dans la région inguino-cœcale, et compliqué de hernie et de renversement de la muqueuse.

M. SÉDILLOT rapporte l'histoire d'un malade qui lui fut envoyé de Dijon, porteur d'un anus contre nature, situé dans la région inguino-cœcale et compliqué de hernie et de renversement de la muqueuse.

Le récit d'un des internes de l'hôpital de Dijon, qui avait vu opérer le malade et qui conservait le souvenir des difficultés qu'avait été rencontrées par l'opérateur, permet de supposer que la hernie était gangrénée au moment de la kélotomie, pratiquée le 4 janvier 1851, et que le sac herniaire, pris pour l'intestin, avait été une cause d'incertitude et d'hésitation.

Quoi qu'il en ait été, les matières intestinales sortirent en totalité par la plaie, et au bout de près d'une année, le malade, tourmenté de cette infirmité, nous fut adressé.

A son arrivée à Strasbourg, le 30 octobre 1851, on observait, dans la région indiquée, une large surface rougeâtre du diamètre de la main, surmontée de plusieurs colonnes également rougeâtres et tomenteuses, qui étaient formées par la membrane muqueuse intestinale, renversée et fortement engorgée.

Toutes les matières alimentaires, en grande partie digérées, sortaient par l'angle supérieur de la plaie, et les selles manquaient depuis plusieurs mois.

Nous pensâmes, au premier abord, dit M. Sédillot, que le cœcum avait été gangrené et que nous avions sous les yeux une des parois conservées de cet intestin. Le renversement muqueux que nous observions pouvait être produit par l'appendice cœcal retombé sur lui-même. Nous nous mîmes à la recherche de la seconde ouverture que devait présenter l'extrémité inférieure du canal digestif, et nous finîmes par la découvrir au milieu d'une des saillies ou colonnes intestinales dont était surmontée la plaie.

De nouvelles investigations nous permirent de constater une troisième ouverture, puis une quatrième, toutes distinctes les unes des autres et laissant pénétrer à d'assez grandes profondeurs une sonde de gomme élastique.

Le cas était curieux et unique, au moins n'avions-nous rien rencontré de semblable dans toutes les observations recueillies par Dupuytren et ses élèves, et par les chirurgiens qui ont suivi les mêmes procédés de traitement ou les ont plus ou moins heureusement modifiés.

Il était évident que deux anses intestinales s'étaient trouvées en même temps étranglées dans la plaie et que la portion intermédiaire était complètement isolée dans l'abdomen, et sans communication avec le reste du tube digestif.

Il n'y avait pas de doutes sur la situation du bout supérieur que caractérisait l'écoulement des matières intestinales, mais il était moins facile de s'assurer des dispositions et des rapports des autres ouvertures. Voici comment nous parvînmes à les distinguer, par un procédé très simple qui pourrait trouver son application dans des circonstances analogues. Une injection fut faite dans le rectum avec de l'eau tiède, et l'on vit le liquide ressortir, presque incolore, par une des ouvertures de la plaie, mêlé à quelques mucosités épaisses, blanchâtres et glaireuses. Nous avions donc le bout inférieur.

Le même procédé, appliqué aux deux autres ouvertures, démontra leur communication et le peu d'étendue de l'anse intestinale avec laquelle elles communiquaient.

Une injection d'eau tiède, pratiquée par l'un ou par l'autre, indifféremment, s'écoulait presque immédiatement par le bout opposé.

Ces diverses dispositions ayant été bien constatées, nous nous demandâmes quelle conduite nous devions tenir, dans l'intérêt de la guérison du malade.

Nous pouvions tenter deux entérorraphies pour rétablir la continuité complète du tube digestif, ou nous borner à une seule de ces opérations en réunissant le bout stomacal au bout rectal, et abandonner à l'atrophie l'anse intestinale intermédiaire. Nous adoptâmes cette manière d'agir pour ne pas multiplier les chances de danger, tant sous le rapport immédiat de l'opération, que sous celui plus éloigné du rétablissement libre et facile du cours des matières alimentaires.

On réussissait aisément en faisant pénétrer un doigt dans les ouvertures stomacale et rectale de la plaie, à adosser les deux parois intestinales l'une contre l'autre, dans une grande étendue, sans obstacles et sans rencontrer d'organes intermédiaires.

Nous fîmes construire un entérotome assez semblable à celui de M. Lostz de New-Berlin (Pensylvanie). V. la *Revue médicale* de 1837. Les mors de la pince, longs de 55 millimètres sur 10 millimètres de largeur, étaient ondulés et pleins comme ceux de l'entérotome de Dupuytren, mais j'avais fait laisser au-dessus d'eux un espace libre de 35 millimètres de diamètre pour ménager les adhérences pariétales de la plaie, qui formaient un assez large intervalle entre les deux ouvertures intestinales.

On pouvait en outre retirer séparément les deux branches de mon entérotome, pour ne pas ébranler la réunion des surfaces adossées et ouvertes longitudinalement par compression et gangrène. (V. la thèse de M. le docteur Barincon. Strasbourg, 2me série, n° 329, année 1851.)

L'opération, faite le 22 novembre, réussit bien. Le 28, le malade avait trois selles spontanées et l'instrument fut enlevé.

Depuis ce moment, le cours des matières alimentaires s'est rétabli normalement, l'embonpoint et les forces ont reparu, et l'on n'a plus eu à s'occuper que de la cicatrisation de la vaste plaie abdominale qui répondait au siége primitif de la hernie et avait 145 millimètres de longueur, sur 105 de largeur.

Quant à la compression, la cautérisation, l'excision des surfaces muqueuses, l'avivement et la suture des bords tégumentaires de la plaie, M. Sédillot demande à ses savans et habiles collègues, s'ils peuvent l'éclairer de leur expérience personnelle, et lui indiquer quelque procédé autoplastique applicable à l'occasion de cette plaie.

M. Sédillot pense que l'anse intestinale intermédiaire s'atrophiera spontanément, comme on l'a observé à la suite d'anus contre nature anciens, car on a trouvé le colon et le rectum réduits au volume d'une plume à écrire.

Après cette communication, M. DEBOUT rappelle, en quelques mots, un procédé qu'il a vu mettre en pratique avec succès par M. Nélaton, dans un cas analogue.

M. DENONVILLIERS expose, à cette occasion, une opération qu'il a pratiquée dans une circonstance à peu près semblable. Les développemens dans lesquels M. Denonvilliers est entré à cet égard n'étant pas de nature à être reproduits de mémoire, nous y reviendrons.

(La suite à un prochain numéro.)

RÉSUMÉ
DE LA STATISTIQUE GÉNÉRALE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE FRANCE.

XLII.

HAUTE-LOIRE (307,161 habitans).

Le département de la Haute-Loire renferme 93 médecins (64 docteurs, 29 officiers de santé), et 18 pharmaciens ; ce qui donne :

1 médecin. . . . . pour 3,302 habitans.
1 pharmacien. . . . pour 17,064 —

ARRONDISSEMENT DE BRIOUDE (84,329 habitans).

26 méd. (19 doct. et 7 off. de santé) . . 1 méd. p. 3,243 h.
3 pharmaciens . . . . 1 phar. p. 28,109 h.

Cantons de l'arrondissement de Brioude.

Auzon.	11,069 h.	5 m. (3 doct. et 2 off. de s.)	1 m.p. 2,213 h.
Blesle.	6,478	2 m. (1 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 3,239
Brioude	15,473	7 m. (6 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 2,210
La Chaise-Dieu.	11,493	2 m. (1 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 5,746
Langeac. . . .	12,807	4 docteurs.	1 m.p. 3,201
La Voûte-Chillac	8,896	3 m. (1 doct. et 2 off. de s.)	1 m.p. 2,965
Paulhaguet. . .	13,211	3 docteurs.	1 m.p. 4,403
Pinols.	4,902	pas de médecins.	. . . . .

ARRONDISSEMENT DU PUY (135,753 habitans).

Dans cet arrondissement on compte :

50 méd. (32 doct. et 18 off. de santé). . 1 méd. p. 2,715 h.
12 pharmaciens . . . . 1 phar. p. 11,312 h.

Cantons de l'arrondissement du Puy.

Allègre.	8,526 h.	3 m. (2 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 2,842 h.
Cayres.	4,821	1 officier de santé	1 m.p. 4,821
Craponne . . .	10,206	11 m. (6 doct. et 5 off. de s.)	1 m.p. 927
Fay-le-Froid. .	7,879	1 officier de santé	1 m.p. 7,879
Le Puy.	29,403	17 m. (14 doct. et 3 off. de s.)	1 m.p. 1,729
Loudes.	7,508	2 m. (1 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 3,754
Monastier . . .	12,415	2 docteurs.	1 m.p. 6,207
Pradelles. . . .	8,609	3 m. (2 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 2,869
St-Julien-Chapteuil.	10,863	pas de médecins.	. . . . .
St-Paulien . . .	7,755	2 m. (1 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 3,877
Saugues	11,685	6 m. (4 doct. et 2 off. de s.)	1 m.p. 1,947
Solignac. . . .	4,954	1 officier de santé	1 m.p. 4,954
Vorey	11,129	1 officier de santé	1 m.p. 11,129

ARRONDISSEMENT D'YSSINGEAUX (87,079 habitans).

Dans cet arrondissement on compte :

17 méd. (13 doct. et 4 off. de santé) . . 1 méd. p. 5,122 h.
3 pharmaciens . . . . 1 phar. p. 29,026 h.

Cantons de l'arrondissement d'Yssingeaux.

Bas	13,442 h.	1 docteur	1 m.p. 13,442 h.
Monistrol-sur-Loire	13,085	3 docteurs.	1 m.p. 4,361
Montfaucon. . .	11,312	2 docteurs.	1 m.p. 5,656
Saint-Didier-la-Séauve. . . .	14,795	4 m. (1 doct. et 3 off. de s.)	1 m.p. 3,698
Tence.	14,071	4 docteurs.	1 m.p. 3,517
Yssingeaux. . .	20,374	3 m. (2 doct. et 1 off. de s.)	1 m.p. 6,791

RÉPARTITION DES DOCTEURS ET DES OFFICIERS DE SANTÉ.

Chefs-lieux de préfecture et d'arrondissement (grandes villes).	22 doct.	3 off. de s.
Chefs-lieux de canton, communes, etc. .	42 doct.	26 off. de s.

D'après ce premier tableau, dans le département de la Haute-Loire, les grandes villes renferment le tiers des docteurs, et le neuvième des officiers de santé.

Villes, bourgs, etc., de plus de 1,000 hab.	63 doct.	25 off. de s.
Villes, bourgs, villages, etc., de 1,000 hab. et au-dessous (petites localités).	1 doct.	4 off. de s.

D'après ce second tableau, le soixante-quatrième seulement des docteurs habitent les petites localités, et les six septièmes des officiers de santé séjournent dans des villes ou bourgs plus ou moins importans.

PHARMACIENS.

Chefs-lieux de préfecture et d'arrondissement. .	12
Chefs-lieux de canton.	6
Communes.	0

Le département de la Haute-Loire n'est que le 69me pour la richesse. On voit par le nombre peu considérable de médecins et surtout de pharmaciens qu'on y trouve, qu'il offre peu de ressources aux praticiens.

NOTA. — Dans la statistique de M. Lucas-Championnière, ce département est porté pour 79 médecins (54 docteurs et 25 officiers de santé).

G. RICHELOT.

AVIS.

MM. les médecins et pharmaciens du département de la Seine dont les noms ne figurent pas dans L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, fondé par M. Domange-Hubert, et continué par l'administration de l'UNION MÉDICALE, sont invités à adresser les indications nécessaires au bureau du journal, *avant le 1er novembre prochain*.

MM. les médecins et pharmaciens qui auraient des rectifications à faire apporter dans cet Almanach, sont invités aussi à les faire connaître à la même adresse et avant la même époque.

L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE POUR 1853 devant être mis en vente avant le 1er janvier prochain, il est urgent que les communications soient promptement adressées à l'administration.

On souscrit au bureau de l'UNION MÉDICALE, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

PRIX : 3 FR. 50 C.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

RARETÉ DES MÉDECINS EN PORTUGAL. — D'après un journal portugais, il n'y aurait pas, à l'École de médecine d'Oporto, plus de neuf élèves, en moyenne, qui terminent leurs études chaque année, et ce nombre serait insuffisant pour combler les vides que la mort fait chaque année dans le corps médical. Que les Portugais se consolent, dit un journal espagnol, ils n'ont qu'à frapper à notre porte, nous leur en donnerons plus qu'ils n'en voudront.

PRIX. — C'est M. le docteur Minervini, de Naples, secrétaire-adjoint de la compagnie Pontonienne, qui a remporté le prix ouvert par l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, au sujet de la chlorose.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 131-132. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 4 Novembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 OCTOBRE 1852.

LE CHOLÉRA EN POLOGNE.

M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, a transmis, hier, à l'Académie de médecine, un document important sur le choléra qui règne en ce moment en Pologne. Ce document peut être considéré comme officiel, car il émane de M. Tschekgrlien, conseiller privé, inspecteur en chef du service de santé et président du conseil médical du royaume de Pologne. Ce travail est intitulé : *Notice sur le choléra épidémique du royaume de Pologne, en* 1852. Nous croyons que nos lecteurs accueilleront avec intérêt une analyse de ce travail étendu, divisé en trois chapitres, dont le premier est consacré à des notions statistiques, le second à l'indication des mesures entreprises par ordre du prince-lieutenant, le troisième aux observations médicales :

Notions statistiques. — D'après l'auteur, le choléra de Pologne ne peut pas être envisagé comme nouvellement arrivé d'une autre contrée, mais plutôt comme ressuscité. Venu, dit-il, de Silésie, avec un caractère épidémique, dans les derniers mois de l'année 1851, il resta confiné dans les districts limitrophes de Sieradz et de Kalisch, pour y couver jusqu'au mois de mars de l'année courante. Le premier endroit où il a éclaté, fut un bourg du gouvernement de Varsovie, nommé Zsoczew, où il apparut le 24 mai. L'épidémie se propagea bientôt dans de nombreuses localités, dont l'auteur donne le tableau avec la date de l'apparition du fléau dans chacune d'elles. C'est le 8 juillet qu'il éclata à Varsovie. Ce qui frappe dans ce tableau, et ce qui a frappé l'auteur qui en fait la remarque, ce sont les sauts qu'a faits l'épidémie qui apparaît dans quelques localités éloignées, sans toucher aux localités plus rapprochées. Lorsque le choléra apparaissait à Varsovie, on ne signalait pas sa présence dans un rayon de plusieurs milles. On voit aussi, par ce tableau, que l'épidémie ne s'avançait pas dans une seule direction, mais qu'elle en prenait plusieurs, tout à fait opposées, circonstance qui ne s'est pas présentée dans les épidémies antérieures qui n'ont suivi qu'une seule direction.

Quant au mode de propagation de l'épidémie, nous citons le texte même de l'auteur : « Il fut remarqué, au commencement de l'épidémie, que les premiers malades étaient ou des individus arrivés d'un endroit infecté, ou bien des personnes qui logeaient avec eux dans une même maison. Toutefois, ce fait n'a pas été remarqué dans beaucoup d'autres localités. On peut citer, sous ce rapport, la ville de Varsovie, dont les premiers malades appartenaient à la population effective du lieu, ne s'éloignaient nulle part, n'avaient aucune relation avec les individus arrivés des endroits infectés, et habitaient les quartiers qui ne sont pas même situés du côté des points envahis par l'épidémie. »

Relativement au nombre des localités affligées par le choléra, on en compte 473, savoir : 155 villes et 318 communes. Le choléra n'a cessé entièrement que dans 86 localités, c'est-à-dire dans 12 villes et 74 communes.

A la date du 5 septembre, le chiffre total des individus atteints s'élève à 46,328, celui des guéris à 20,159, celui des morts à 20,906; 4,710 restaient en traitement.

Dans la ville de Varsovie, depuis le 8 juillet jusqu'au 5 septembre, il y avait 10,673 cas, 5,908 guérisons, 4,362 décès; 303 malades en traitement.

Considérée relativement au chiffre de la population, l'épidémie actuelle peut être rangée parmi les plus meurtrières. D'après les documens de ce travail, on voit que l'épidémie a présenté les proportions suivantes : il y a des localités où 1 habitant sur 3 tombait malade, et où il en mourait 1 sur 7. Il y a même un village, Brudno sur Varsovie, où la moitié de la population a été atteinte, et où il est mort 1 habitant sur 4. Mais ces effrayantes proportions n'ont pas été généralement observées. A Varsovie, par exemple; l'épidémie a attaqué 1 malade sur 16 habitans, et la mortalité a été de 1 sur 37 habitans. En moyenne, l'épidémie a atteint 1 malade sur 18 habitans dans la population urbaine et rurale, mais la moyenne de la mortalité a été différente; tandis que dans les villes il est mort 1 habitant sur 38, dans la campagne il n'en est mort qu'un sur 43.

L'auteur assure que la violence et la ténacité de l'épidémie ne peuvent être attribuées avec quelque fondement aux conditions hygiéniques des localités. Elle a sévi avec la même fureur dans des localités réputées très saines que dans celles qui présentaient des conditions désavantageuses.

Relativement aux proportions sous le rapport du sexe, de l'âge et de l'état des malades, l'auteur assure que l'on compte 8 femmes de plus par 100 malades adultes; les femmes enceintes furent attaquées, et pour la plupart elles avortèrent.

Le choléra actuel n'épargne pas les enfans; ils figurent pour un cinquième dans le nombre des malades; fait qui le distingue des épidémies antérieures, où l'enfance a été généralement épargnée.

Le choléra a sévi principalement sur les classes pauvres et peu éclairées, mais il a fait des victimes dans toutes les classes de la société.

D'après ce que l'auteur a pu observer dans des localités où le choléra s'est complètement éteint, il a vu que l'épidémie a eu une durée variable et qui a oscillé entre cinq et quatorze semaines. Elle offrait cela de particulier qu'après avoir cessé entièrement dans une localité, elle s'y montrait de nouveau après un temps prolongé, après deux mois, par exemple.

L'auteur donne le tableau de la marche du choléra à Varsovie, depuis le 8 juillet jusqu'au 4 septembre. On voit que c'est le 10 août qu'il a atteint la plus grande intensité. Ce jour-là, il y eut 570 malades nouveaux et 185 décès. Mais le chiffre des décès s'est élevé le 14 à 270.

Le choléra s'est montré aussi dans l'armée, qui a compté, jusqu'au 5 septembre, 2,066 cas, dont 843 décès. L'auteur fait remarquer que ces chiffres sont minimes, relativement au nombre des troupes cantonnées dans le royaume. Il attribue ce résultat aux bonnes dispositions prises pour vêtir et nourrir convenablement le soldat.

2° *Mesures prises.* — 1° Mesures générales appliquées à tout le pays : service médical et pharmaceutique gratuit, organisation immédiate d'hôpitaux provisoires, distribution gratuite d'alimens sains tout préparés, personnel médical suffisamment indemnisé, commissions sanitaires nombreuses, chargés de veiller aux mesures hygiéniques, clergé chargé de lire et de commenter en chaire les instructions émanées des conseils médicaux, telles furent les principales dispositions générales ordonnées par le lieutenant du royaume.

2° Mesures appliquées à la ville de Varsovie. Tous les hôpitaux civils ont des sections spéciales pour les cholériques. Six hôpitaux provisoires contenant 800 lits. Bureau de secours dans chaque cercle de la ville, où de 6 à 12 personnes, désignées sous le nom de tuteurs, sont chargées de parcourir les maisons pauvres de leur quartier et d'y faire parvenir tous les secours nécessaires en cas d'attaque. Même distribution de dîners gratuits (5,000 par jour), et 6,000 déjeuners composés de thé et de pain. Au plus fort de l'épidémie, il y a eu défense complète de vendre des fruits et de la salade. Les propriétaires de fabriques et de manufactures ont été obligés, par l'entremise de la police, de donner à leurs ouvriers des avertissemens quant au genre de nourriture, et de leur rappeler chaque jour ce qu'ils doivent éviter. La surveillance a redoublé sous le rapport de la propreté des places et des rues; plusieurs fois dans la journée on versait de l'eau fraîche dans les ruisseaux et les égouts. On a purifié les habits et les effets ayant appartenu aux habitans pauvres morts du choléra, la paille et le foin des paillasses et des oreillers ont été brûlés.

Telle est la série des principales mesures prises dans le royaume de Pologne et dans la ville de Varsovie, en particulier.

3° *Notions médicales.* — L'auteur n'élève aucun doute sur l'identité de ce choléra avec le choléra asiatique épidémique. L'apparition de l'épidémie actuelle s'annonce par des cas plus fréquens de diarrhées et de fièvres intermittentes qui durent quelquefois deux ou plusieurs semaines. Mais il n'est pas rare de voir la maladie se développer dans toute sa force sans symptômes précurseurs. Les symptômes sont absolument les mêmes que dans les épidémies antérieures. L'énumération qu'en fait l'auteur, ne laisse absolument aucun doute à cet égard. Toutefois, il dit que les crampes se sont montrées moins universelles et moins violentes, et que la suppression des urines n'a pas été observée chez tous les malades. Les vomissemens ne constituaient pas un mauvais signe; au contraire, plus longtemps le malade évacuait par le haut, plus on avait l'espoir de le sauver.

D'un autre côté, on a remarqué plus souvent qu'autrefois, une respiration laborieuse, ainsi qu'une tension douloureuse dans les hypocondres, surtout dans l'hypocondre droit. La respiration laborieuse était d'un mauvais pronostic. Quelquefois, pendant la cyanose, eurent lieu des évacuations alvines sanguinolentes ou des vomissemens mêlés de sang; dans les cas de ce genre, presque tous les malades succombaient.

Ce qui frappe singulièrement dans l'épidémie actuelle, c'est la violence et la rapidité de la maladie; il lui suffisait souvent de quelques heures pour enlever le malade. Dans les premières semaines de l'épidémie, dans quelques localités, la maladie était pour la plupart si aiguë, que le même jour ou le jour suivant, elle finissait par un retour visible à la santé ou par la mort. Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas donné la proportion de ces cas aigus et soudains.

Quant aux modes de terminaison de la maladie, ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux observés dans les invasions antérieures. Cependant, l'auteur note, comme particularités caractéristiques de l'épidémie actuelle :

Une fréquence extraordinaire de récidives, terminées le plus souvent par la mort;

L'apparition d'exanthèmes (rougeole, scarlatine, urticaire), de parotides et de charbons qui présageaient une terminaison heureuse;

Les vers intestinaux;

La simultanéité avec le choléra des dyssenteries, des typhus, des exanthèmes, et particulièrement de la scarlatine;

Enfin, des cas nombreux de choléra parmi les enfans et même parmi les nourrissons, dont un grand nombre a succombé.

Le paragraphe relatif à l'autopsie n'apprend rien de nouveau.

Le paragraphe qui concerne l'étiologie, n'est qu'une énumération des causes partout indiquées, mauvaise alimentation, fruits crus et acides, légumes, ivrognerie, influences morales, refroidissemens, etc. Impossible de reconnaître, dans cette notice, la part qu'il faut faire à chacune de ces causes dans la production de la maladie.

Quant au paragraphe relatif au traitement, le plus étendu de tous, il ne fait que rappeler la longue série des moyens divers, bien connus d'ailleurs, qui ont été partout employés, mais dont il est impossible d'apprécier la valeur relative, faute d'observations ou de résultats numériques qui les résument. On voit que quelques essais ont été faits avec la strychnine, avec le refroidissement du corps par des linges mouillés, par la teinture de cantharides, suivant la méthode de Rademacher; mais quoique l'auteur attribue une certaine efficacité à l'emploi de ces moyens, il ne peut s'empêcher d'en revenir à cet aveu pénible, on ne possède pas encore un remède certain contre le choléra.

Tel est le résumé succinct de ce travail, que l'auteur termine modestement de la manière suivante. « Le présent exposé sommaire n'est qu'un coup d'œil jeté sur le caractère de l'épidémie; un compte-rendu systématique et scientifique est impossible pour le moment, tous les médecins du pays n'étant voués qu'aux occupations pratiques considérablement accrues de leur état. »

Nous aurions à faire suivre cette analyse de quelques réflexions relatives aux conséquences que l'on peut tirer de la présence actuelle du choléra en Pologne sur le plus ou moins de probalité de son extension en Europe. Mais l'espace nous manque aujourd'hui, nous renvoyons ces réflexions à mardi prochain.

Nous ne terminerons pas cependant sans féliciter et sans remercier l'administration de la communication de ces documens à l'Académie, communication qui permet à la presse médicale d'en faire connaître la substance et d'éclairer ainsi le public médical sur le véritable caractère de l'épidémie actuelle. Nous essaierons de dire, mardi prochain, les conséquences probables et selon nous favorables, que l'on peut tirer du document dont nous venons de présenter l'analyse.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES ÉVACUATIONS SANGUINES AU DÉBUT ET PAR L'EAU FROIDE, *intùs et extrà*, PENDANT TOUTE LA DURÉE DE LA MALADIE ; par M. le docteur LEROY, médecin en chef de l'hôpital de Béthune (Pas-de-Calais).

(Suite. — Voir le numéro du 28 octobre.)

OBSERVATION. — Deboos, caporal d'infanterie au 28me de ligne, tout récemment de retour d'un congé de quelques jours, qu'il a passé à Sedan, dans sa famille, en menant joyeuse vie, est, le 29 mars 1852, pris d'un frisson, accompagné de céphalalgie, avec malaise général et accablement. La nuit, il sue abondamment, ne dort guère et il est très altéré.

Le 30, il perd l'appétit, il a la langue chargée, la bouche grasse; il ne peut se réchauffer et se sent très fatigué. Le chirurgien du corps lui fait prendre 32 grammes de sulfate de soude, qui produisent assez d'effet.

Cependant le 2 avril, se trouvant toujours à peu près de même, n'ayant pas eu de garderobe depuis le jour où il a été purgé, il croit devoir, sans réclamer de nouveau les conseils de son chef, avaler une seconde dose de sulfate de soude. Il a huit selles dans la journée, mais elles sont accompagnées de coliques violentes; puis le ventre devient très sensible au toucher, la céphalalgie est insupportable, la fièvre se déclare; il ne peut plus se tenir debout, et il est obligé de s'aliter. Il a des vertiges, des visions, et un peu de délire. La nuit se passe à peu près de la même manière, et le 3 au matin, on l'apporte à l'hôpital.

Je lui trouve, à son entrée, une fièvre ardente; le pouls plein, dur et fréquent, la face vultueuse, de la stupeur, un accablement extrême; il ne peut se soutenir et on est obligé de le mettre au lit. Il accuse une violente céphalalgie, des étourdissemens, des bourdonnemens d'oreilles,

une soif très vive, des douleurs dans les flancs, augmentant à la pression; il y a des gargouillemens, la langue est sèche et noircit déjà. La diarrhée continue depuis que le purgatif a cessé son action.

Prescription : On pratiquera immédiatement une saignée de 400 grammes, qu'on réitérera dans le milieu de la journée; eau froide et chiendent pour boisson; trois demi-lavemens avec de l'eau à 15 degrés.

Le soir, les douleurs abdominales n'étant que peu diminuées, je fais appliquer 20 sangsues sur le ventre et les fomentations froides.

Le lendemain matin 4, à la visite, je trouve le malade tout à fait rassuré, gai, parlant déjà de manger, et affirmant qu'il n'éprouve plus aucune douleur. Le pouls est à 75, la peau est fraîche, le ventre est souple et seulement un peu sensible à la pression; la langue est un peu blanche, sans sécheresse, et la soif apaisée; il n'y a pas eu de selle dans la nuit, et le sommeil, vers le matin surtout, a été excellent.

A midi, la fièvre revient, s'accompagnant de vives douleurs dans le bas-ventre et vers la région épigastrique; 40 sangsues sont encore appliquées sur les points douloureux; le mal s'apaise peu à peu, et vers dix heures du soir, Deboos s'endort complètement soulagé.

Le 5 au matin, pouls à 80; ventre seulement un peu sensible à la pression dans le flanc droit; léger météorisme; pas de selle depuis vingt-quatre heures.

Chiendent et eau froide *ut suprà*, cinq selles dans la journée, et le soir pouls petit, serré et très fréquent. Ventre très sensible partout.

Le 6, pouls à 90. Ventre très sensible à la pression, surtout dans le flanc droit. Météorisme, hoquet, quelques nausées. Constriction terrible à la base de la poitrine; soif, pouls petit et misérable. Plus de céphalalgie, ni de stupeur; pas de taches.

30 sangsues; onguent mercuriel, 90 grammes en deux frictions; deux lavemens huileux. Les fomentations froides sont enlevées et remplacées plus tard par des flanelles trempées dans une décoction émolliente.

Le 7, les accidens vont toujours croissant. Le hoquet et les vomissemens bilieux sont incessans.

Deux frictions d'onguent mercuriel, de 64 grammes chaque. Calomel à doses réfractées.

Il meurt à six heures du soir.

Autopsie vingt heures après la mort.

Amaigrissement déjà prononcé. Ventre peu météorisé; épanchement assez abondant d'un liquide séro-purulent; fausses membranes autour des intestins; péritonite presque générale, très intense, surtout dans la partie du péritoine qui tapisse le diaphragme, au-dessus du foie.

Estomac sain, ainsi que la grande partie de l'intestin grêle; seulement on observe, à l'extérieur même, une teinte rouge d'autant plus prononcée, qu'on se rapproche davantage de la valvule iléo-cœcale. En ouvrant l'intestin, qui est rempli d'une sorte de purée liquide d'un jaune clair, on voit, disséminées çà et là, des plaques du diamètre d'une pièce d'un à deux francs, rouge et un peu tuméfiées; une seule, très rapprochée de la valvule, forme une élévation tout à fait saillante; cependant la muqueuse qui la recouvre n'est nullement ramollie, il y a seulement induration manifeste du tissu sous-muqueux. Les glandes mésentériques correspondantes sont gonflées, rouges, et quelques-unes ont le volume d'un gros pois aplati. La rate est ramollie et tuméfiée.

La maladie de Deboos se partage évidemment en deux phases très distinctes; dans la première, on n'y remarque que les symptômes d'une fièvre typhoïde franche; dans la seconde, qui commence trois jours avant la mort, les symptômes sont remplacés par ceux de la péritonite, d'une manière si complète, que l'aide-major du régiment, qui a perdu de vue ce malade depuis son entrée, et qui le revoit pour la première fois le 5 au soir, conteste le diagnostic inscrit sur le cahier de visite, et n'en reconnaît l'exactitude qu'à l'autopsie, en présence de l'inflammation évidente des plaques de Peyer et des glandes mésentériques.

Deboos aurait-il succombé à la fièvre typhoïde, si la péritonite n'était venue s'y joindre? Je ne puis le croire, car l'affaissement évident de quelques-unes des plaques enflammées, l'intégrité et la fermeté de la muqueuse des autres n'annonçaient pas une tendance à l'ulcération, mais bien plutôt à la résolution.

Cette observation tend donc à établir un double fait, à savoir :

Que le traitement que j'indique a non seulement assez d'influence sur la maladie pour en faire disparaître les symptômes, au point de la rendre en quelque sorte latente, mais encore qu'il peut en procurer la guérison, même dans la première période.

Je dois convenir, cependant, que cela s'observe beaucoup plus souvent dans la seconde période de la maladie, quelle que soit d'ailleurs l'importance de la lésion intestinale.

On pourra en juger par l'observation suivante :

Observation II. — Diemer, fusilier au 69me de ligne, entre à l'hôpital le 13 février 1851, avec tous les symptômes d'une violente congestion pulmonaire. Gêne extrême de la respiration, absence du murmure respiratoire, sans douleur ni point de côté; le pouls est faible et sans fréquence.

Prescription : Saignée de 500 grammes; limonade gommeuse.

Le soir, la suffocation devenant imminente, on réitère la saignée, à laquelle on est encore obligé de recourir le lendemain matin, la dyspnée continuant toujours. En même temps je prescris un lavement purgatif et des sinapismes sur les extrémités inférieures.

Le malade fait comprendre, par signes, qu'il ne souffre que de la gêne de la respiration; il n'a d'ailleurs ni fièvre, ni altération; seulement un peu de toux sans expectoration et une constipation opiniâtre. Le pouls est à 104, sans caractère particulier.

Le 14, la respiration est un peu plus libre, mais le facies est plus altéré, la chaleur de la peau assez forte, le pouls à 90, très déprimé, avec stupeur, météorisme, diarrhée, mais sans aucune sensibilité du ventre. Le malade, qui commence à prononcer quelques paroles, dit que, pendant plusieurs jours, il a beaucoup souffert de la tête, mais qu'il n'y éprouve plus aucun mal depuis son entrée à l'hôpital.

Prescription : Chiendent; deux demi-lavemens froids; fomentation froide sur le ventre.

16. Apparition de nombreuses taches rosées sur le ventre. Le murmure respiratoire est plus facilement perçu, quoiqu'accompagné de ronchus, sans crépitation.

17. Pouls très dépressible à 90-95; stupeur profonde, dents fuligineuses, langue sèche, couverte d'une plaque épaisse et rugueuse, météorisme, diarrhée, odeur caractéristique très prononcée.

Prescription : On mettra de la glace dans l'eau destinée à la réfrigération. On changera fréquemment le malade de lit, et on l'y tiendra assis autant que possible; on appliquera deux vésicatoires aux jambes.

18. Bien que les symptômes typhoïdes soient notablement affaiblis, la surface des vésicatoires noircit encore; mais au bout de quelques jours, ils ont repris une couleur rosée, et il ne reste plus de trace des fuliginosités de la bouche, ni le moindre météorisme. La langue est lisse et humide, et le pouls est à 75; il y a eu une selle bien liée. Cependant la respiration est toujours très gênée, et le 22 on entend en arrière, dans presque tout le côté droit de la poitrine, une crépitation manifeste; les crachats, qui depuis quelques jours deviennent de plus en plus rouillés, sont fluides et noirs comme du jus de pruneaux.

On ajoutera à la prescription : un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, et une potion contenant 3 décigrammes de tartre stibié.

A partir de ce moment, les symptômes typhoïdes sont tellement effacés, que l'aide-major du corps, appelé en consultation, n'admet pas même cette complication de la pneumonie, qui a pris les proportions les plus effrayantes, et a envahi en même temps le côté gauche.

On insiste sur l'emploi des révulsifs et des préparations d'antimoine, mais sans aucun résultat, et le 4 mai, Diemer meurt asphyxié, ayant repris depuis plusieurs jours pleine et entière connaissance.

Autopsie dix-huit heures après la mort.

Poumon droit presqu'entièrement hépatisé; il n'est un peu perméable à l'air que vers son sommet. Le poumon gauche est également malade dans toute sa face postérieure; mais en avant il est moins noir et encore un peu crépitant.

Dans une longueur de 45 centimètres, à partir de la valvule iléo-cœcale, je compte sur la muqueuse intestinale sept ulcérations à bords taillés à pic et variant en étendue depuis la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes. Il n'y a presque aucune trace d'inflammation de la muqueuse environnante.

Les glandes mésentériques sont rouges et tuméfiées; quelques-unes ont acquis le volume d'un haricot. La rate est réduite en une espèce de bouillie noirâtre.

On ne peut donc s'étonner que chez les malades soumis à un traitement qui pallie à ce point la manifestation extérieure des lésions anatomiques, il soit quelquefois très difficile de saisir la transition de l'état de maladie à la convalescence franche et réelle. Cette difficulté résulte surtout de ce qu'il n'existe aucun signe certain de la cicatrisation des ulcères intestinaux; cela est si vrai, qu'il n'est malheureusement que trop fréquent de voir des personnes qui se croyaient guéries et avaient même repris leur régime et leurs occupations ordinaires, mourir subitement d'une perforation intestinale.

Jamais ce terrible accident n'est arrivé à aucun de mes malades; le soin tout particulier avec lequel je surveille leur régime pendant la convalescence, en est sans aucun doute le préservatif le plus certain.

En effet, il ne me suffit pas que tous les symptômes de maladie soient dissipés, que le malade sente ses forces renaître, pour croire à la guérison, il faut surtout, et je ne saurais trop insister sur ce point, que la diarrhée ait cessé si complètement, que les liquides injectés dans l'intestin soient rendus clairs et incolores, ou, ce qui est mieux encore, qu'ils n'amènent que des fèces solides et peu délayés par l'eau.

Ce n'est qu'après avoir obtenu cet indice, le plus certain peut-être de la cicatrisation des ulcères intestinaux, que je commence l'alimentation, qui est d'abord le bouillon de volaille, pour les enfans surtout, froid à la dose de deux à trois cuillerées toutes les trois heures; plus tard, j'y fais ajouter du tapioka; enfin, j'arrive par gradation au bouillon de bœuf, et au bout de quelques jours à la cotelette grillée, que je fais manger avec très peu de pain, voulant éviter aux ulcérations récemment cicatrisées le contact de tout ce qui pourrait les irriter, et préférant, pour cette raison, aux fécules qui se digèrent dans l'intestin, les bouillons et les viandes qui se dissolvent dans l'estomac, et ne laissent que peu de résidu. Les vins généreux, les préparations de quinquina sont alors d'excellens auxiliaires pour hâter le retour des forces.

Durant la maladie, comme pendant la convalescence, tous mes soins tendent à éviter la diarrhée, et tant qu'elle persiste, en l'absence même de tout autre symptôme, je ne permets pas une cuillerée de bouillon. Enfin, j'attache la plus grande importance à placer mes malades dans les meilleures conditions hygiéniques, qui sont :

Appartement vaste et aéré, soins de propreté, air et linge fréquemment renouvelés; tous ont deux lits et sont transportés plusieurs fois le jour de l'un à l'autre; on les y tient assis autant que possible.

J'accorde un looch blanc à ceux qui toussent; une infusion légère de quinquina est administrée en boisson quand le pouls se déprime d'une manière très prononcée; le sulfate de quinine, à la dose de 4 à 8 décigrammes, est réservé pour les cas où se manifestent des accès intermittens ou une grande variabilité du pouls. La somnolence est combattue par les vésicatoires aux jambes et le musc; le délire très agité, par l'opium ou l'eau froide sur la tête; la diarrhée trop prolongée, par les pilules d'alun à la dose de 20 à 30 centigrammes; et l'engouement pulmonaire, par la position assise et même la station debout.

Je ne connais aucun état ni aucune complication qui contre-indique l'emploi de ce traitement. La menstruation même ne saurait être un obstacle, d'autant plus que chez un grand nombre de femmes, malgré la saignée ou même peu de temps après l'application des fomentations froides, on voit survenir un écoulement qu'on aurait souvent tort de confondre avec les règles, puisque, le plus ordinairement, la période cataméniale n'est pas révolue. Cette légère métrorrhagie m'a paru, dans ces cas, remplacer l'épistaxis que je n'ai jamais observée concurremment. Je sais d'ailleurs que plusieurs malades qui ne furent pas saignées à temps pour ce motif, ont succombé; tandis que j'ai sauvé toutes celles chez qui, malgré cette apparente contre-indication, j'ai employé la saignée et l'eau froide. La menstruation autorise donc à peine à retarder d'un jour ou deux au plus l'emploi des moyens héroïques, pourvu, toutefois, que leur indication ne soit pas trop pressante.

Lorsqu'une affection de l'appareil respiratoire, telle qu'une bronchite grave, une pleurésie, une pneumonie, ou une pleuro-pneumonie, même avec épanchement, complique la fièvre typhoïde, je fais marcher concurremment le traitement des deux maladies, et j'emploie les révulsifs et les préparations d'antimoine, sans cesser la réfrigération. Le succès n'est guère moins assuré que sans la complication, pourvu toutefois qu'il ne s'agisse pas d'une congestion pulmonaire ayant acquis déjà une très grande gravité, quand apparaissent les symptômes typhoïdes. J'en ai cité plus haut un cas mortel, et j'ai eu occasion d'en observer un second aussi fâcheux sur un malade auprès duquel je fus appelé en consultation au neuvième ou dixième jour de la maladie.

L'hémoptysie, la tuberculisation pulmonaire arrivée à la période de suppuration, ne sont pas des contre-indications du traitement par l'eau froide. Un homme de 34 ans, atteint de fièvre typhoïde lorsqu'il était à peine remis d'une bronchite, durant le cours de laquelle il avait eu plusieurs hémoptysies, accident auquel il est assez sujet, guérit assez rapidement par ce même traitement, et se porte bien depuis (il y a de cela environ un an). Un militaire réformé comme phthisique au 3me degré, fut pris d'une fièvre grave typhoïde dont le diagnostic fut soumis au contrôle de plusieurs médecins civils et militaires. Non seulement il résista à cette nouvelle maladie, mais il y eut même un moment où la toux et l'expectoration diminuèrent; il y eut une sorte de convalescence avec retour de l'appétit. Tout cela, bien entendu, fut de courte durée, et il succomba deux mois et demi après l'invasion de la fièvre typhoïde.

A l'autopsie, qui fut pratiquée avec le concours de mon honorable collègue, le chirurgien en chef de l'hôpital, il fut facile de retrouver la trace des ulcères intestinaux parfaitement cicatrisés.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE.

Hopital de la Pitié. — Service de M. Valleix.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS EN GÉNÉRAL.

Messieurs,

Maintenant, qu'après les nombreux détails dans lesquels je suis entré, vous connaissez les caractères propres à chaque espèce de déviation, il nous sera facile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur toutes ces affections, et de les réunir pour en former un groupe nosologique distinct.

Les descriptions précédentes ont pleinement justifié la *définition générale* de la déviation que je vous avais donnée en commençant ces leçons. Cherchons donc maintenant à distinguer ce qui est commun à toutes les déviations de ce qui est spécial à chaque forme.

§ Ier. *Étiologie.* — Relativement aux causes et à l'*âge*, en particulier, nous voyons que la maladie s'est en général produite chez des femmes jeunes encore, et que jamais l'âge critique n'a pu être rangé parmi les causes, dans les cas que nous avons observés. Je n'ai même vu que très rarement des déviations persister chez des femmes âgées, et je me demande s'il ne pourrait pas arriver que les symptômes d'une déviation disparaissent spontanément après la ménopause, soit parce que l'utérus atrophié et devenu plus léger, reprendrait plus facilement sa direction normale, soit parce que les organes voisins étant moins fortement comprimés, la déviation, tout en persistant, ne déterminerait plus aucune douleur. Je ne propose cette explication que sous réserves, puisqu'il existe des cas où la déviation a persisté avec tous ses symptômes, même longtemps après la cessation des règles. Pour moi, j'en ai vu un petit nombre d'exemples, et c'est sans doute d'après des faits semblables que l'on a été conduit à compter l'âge critique parmi les causes, en admettant théoriquement que l'utérus, devenu le siége d'un afflux congestionnel inaccoutumé au moment de la ménopause, doit être plus prédisposé à se laisser dévier.

Les partisans de cette manière de voir ont été induits en erreur parce qu'ils n'ont pas suffisamment précisé le début de la

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2, 4, 21, 23, 28, 30 Septembre, 7 et 23 Octobre.

maladie, dont les premiers symptômes, même dans leurs propres observations, remontaient à une époque plus ou moins éloignée, et généralement très antérieure à celle de la disparition des règles. Ainsi, les malades qui nous ont servi à cette étude souffraient depuis un temps qui a varié entre quelques mois et 20 années (entre 3 et 9, ou 10 ans pour le plus grand nombre), au moment où elles ont réclamé nos soins. Chez elles, le début avait eu lieu dans la période comprise entre 20 et 30 ans, ou vers 25 ans, c'est-à-dire à l'âge auquel les femmes sont le plus aptes à devenir mères. Il était important de faire ressortir cette particularité qui nous conduit naturellement à examiner l'influence de l'accouchement : question capitale de l'étiologie des déviations utérines. Or, voici le résumé général de ce que nous avons observé dans les faits que j'ai recueillis.

Sur nos 68 malades, 58 ont eu une ou plusieurs grossesses. Des 10 autres, 3 étaient vierges, 7 seulement peuvent donc être considérées comme complètement stériles.

En envisageant ces chiffres d'une manière générale, on serait, de prime-abord, tenté de croire que l'existence d'une déviation n'est pas une cause de stérilité; mais si l'on entre dans les détails, on arrive à une conclusion toute différente.

Quelque faible, en effet, que paraisse ce nombre de 7 femmes stériles sur 65, on doit avouer qu'il a partout une certaine valeur, quand on songe que ces femmes, bien conformées du reste, n'avaient rien fait pour ne pas avoir d'enfans; et que même plusieurs d'entre elles désiraient beaucoup être mères. Mais ce qui est bien plus concluant, c'est que, tout en restant dans les mêmes conditions, 26 n'ont eu qu'une seule grossesse terminée soit par un accouchement à terme, soit par un avortement (une d'elles a rendu une môle), et que les symptômes de la déviation s'étant manifestés postérieurement, la conception a dès lors été impossible. Ajoutez à cela que 10 ont eu des fausses-couches; dans ce nombre, 3 en ont eu 2, et 5, quelques précautions qu'elles aient prises, tout en étant parfaitement aptes à la conception, n'ont jamais pu arriver jusqu'au terme de leur grossesse; elles n'ont eu que des avortemens.

Ces faits, vous le voyez, Messieurs, ont une tout autre signification que celle que vous auriez pu être tenté de leur attribuer après un examen superficiel. Ils prouvent que la déviation peut, dans un bon nombre de cas, être une cause de stérilité, et cela chez des femmes ayant eu déjà des enfans; et que même si la conception est encore possible, la maladie peut s'opposer à ce que la gestation se termine régulièrement.

L'influence de cette cause peut encore se faire sentir au moment de l'accouchement dans les cas où la grossesse a été heureusement menée à terme. M. Dezanneau (*De l'obliquité antérieure de la matrice*, Paris, 1835) a cité des faits qui prouvent qu'en pareil cas, le corps de l'utérus, à cause de la flaccidité et du peu de résistance de la paroi abdominale antérieure, surtout chez les multipares, peut, en s'inclinant en avant, dévier et retomber derrière le pubis. Dans cette position, ses contractions tendraient à pousser le fœtus, non vers le détroit inférieur du bassin, mais vers la concavité du sacrum, d'où de graves difficultés pour l'accouchement. Afin d'obvier à ces accidens dont il a été plusieurs fois témoin, M. Dezanneau avait imaginé de soutenir les parois de l'abdomen à l'aide d'une ceinture qui maintiendrait l'utérus relevé jusqu'au moment de l'accouchement. Moi-même, sans avoir eu connaissance de ce qu'il avait écrit à ce sujet, j'ai conseillé ce moyen à une dame dont je vous ai déjà parlé (page 62).

Ayant eu une antéversion après son 5e accouchement, elle était restée 5 ou 6 ans sans devenir enceinte. Une 6e grossesse suivit de près le redressement de l'utérus. C'est alors que je fis employer la ceinture, qui empêcha l'utérus de tomber en avant.

La facilité ou la difficulté de l'accouchement, la durée du travail, etc., n'ont eu aucune influence sur la production de la déviation, non plus que la marche trop tôt après l'accouchement; 2 ou 3 seulement de nos malades s'étant exposées à l'action de cette cause dont on avait exagéré l'importance.

Pour ce qui concerne les *adhérences* anormales et l'*engorgement* de l'utérus, considérés comme cause de déviation, vous vous rappelez : 1° que nous n'avons jamais rencontré d'*adhérences* réelles, puisque l'utérus a toujours pu, à l'aide de la sonde, être ramené dans sa direction normale, après avoir offert plus ou moins de résistance; 2° que dans les cas où nous avons trouvé de l'*engorgement*, il nous a été impossible de savoir d'une manière précise s'il était antérieur ou postérieur à la déviation. C'est donc seulement à propos des symptômes que nous devrons traiter cette question.

Toutefois, nous devons dire dès à présent que si nous avons constaté l'impossibilité de déterminer l'existence d'un engorgement antérieur, nous n'avons pas voulu nier l'existence de cet engorgement et la part qu'il a pu prendre à la production de la maladie en facilitant la déviation; car il est bien évident que dans les cas où l'accouchement était récent, l'utérus n'ayant pas encore eu le temps de reprendre son volume normal, il devait se trouver dans de semblables conditions.

En résumé, nous sommes conduit à admettre que l'utérus n'étant pas encore revenu sur lui-même après un accouchement ou un avortement, il a plus de tendance à se laisser dévier sous l'influence de la marche ou d'un autre mouvement un peu violent. Dans certains cas même, et sans qu'il y ait eu d'accouchement, les chutes, coups, efforts violens, etc.: toutes causes mécaniques agissant d'une façon identique, ont pu suffire pour déterminer la production de la maladie.

Chez 9 de nos malades, l'action de ces causes a été suivie de l'apparition immédiate des premiers symptômes de la maladie (obs. III, XV, etc.).

Quant aux autres causes, elles n'ont eu qu'une importance véritablement secondaire, pour ne pas dire tout à fait nulle. Nous avons rencontré, il est vrai, dans environ la moitié des cas, les élémens du tempérament lymphatique, ou seuls, ou unis à ceux du tempérament sanguin ou du tempérament nerveux. Mais quelle conséquence peut-on tirer de ce fait, quand on sait combien il est difficile de s'entendre sur ce qui doit caractériser d'une façon précise tel ou tel tempérament? Il est, du reste, à remarquer que chez les femmes les élémens du tempérament lymphatique dominent en général; il n'est donc pas étonnant que nous les ayons retrouvés chez un grand nombre de nos malades.

J'en dirai autant pour ce qui regarde la menstruation, la facilité ou la difficulté avec laquelle elle s'est établie, l'augmentation ou la diminution de l'écoulement sanguin, les avances ou les retards survenus dans son apparition, la présence ou l'absence de la leucorrhée, etc. : toutes choses pour lesquelles il existe la plus grande variabilité, chez les femmes les mieux portantes, aussi bien que chez celles qui sont atteintes de déviations.

§ II. *Symptômes.* — Le plus fréquent de tous les symptômes est la *douleur spontanée* qui s'est développée dans tous les cas, moins un (Obs. I.). Cette douleur, qui se répandait dans tout le bassin, dans l'hypogastre, dans les reins, dans les aines, ou dans le sacrum, affectait souvent des points en rapport avec la direction de la déviation. Ainsi, tandis qu'elle existait 29 fois dans les aines ou dans les cuisses, c'est-à-dire en avant, sur les 35 cas de déviation antérieure (antéversion ou antéflexion), on ne la retrouvait que 16 fois, dans les mêmes points, sur 33 cas de déviation postérieure (rétroversion ou rétroflexion). Mais en revanche, dans tous les 33 cas de déviation postérieure, elle a siégé dans les reins ou vers le sacrum, quelquefois très bas, tandis qu'on ne la rencontrait, dans ce point, que 13 fois sur les 35 cas de déviation antérieure; d'où je conclus que cette douleur est due, en général, à la pression du corps de l'utérus lui-même sur les organes voisins, puisqu'elle se manifeste principalement du côté vers lequel il s'incline, et que dans les cas où elle existe du côté opposé, c'est le col qui, devenu plus volumineux, exerce cette compression douloureuse.

C'est d'après le même mécanisme que j'explique les *troubles de la miction*, devenue fréquente 22 fois sur 35 cas de déviation antérieure, et 3 fois seulement sur 33 de déviation postérieure; et ceux de la *défécation difficile*, dans 29 cas sur 33 de déviation postérieure, et dans 18 seulement sur 35 de déviation antérieure. Je ne reviens pas sur ce qui a été dit à ce sujet dans le cours des leçons précédentes (p. 53 et 54), mais je dois vous faire remarquer que je n'ai jamais rencontré l'incontinence d'urine, notée par M. Simpson, dans l'antéversion; j'ai vu seulement des envies plus fréquentes d'uriner, et quelquefois une douleur plus ou moins vive pendant la miction.

Les symptômes que je viens de vous énumérer comme caractérisant les déviations utérines, ont été mis sur le compte de l'*engorgement*, et c'est le point qui a été le plus spécialement discuté, en 1849, à l'Académie de médecine. Aussi mérite-t-il de fixer particulièrement notre attention.

Si l'on a reproché à M. Velpeau d'avoir, dans le cours de cette discussion, d'avoir nié l'existence de l'engorgement, c'est, je crois, que l'on a mal compris sa pensée. En effet, il a dit seulement que, dans l'immense majorité des cas, ce que l'on prend pour un engorgement simple, n'est autre chose qu'une déviation compliquée ou non d'engorgement. Et, suivant lui, c'est à la déviation que sont dus les principaux symptômes attribués à tort à l'engorgement. Cette opinion ainsi formulée est parfaitement d'accord avec ce que démontre l'observation, car les cas où l'engorgement seul suffit pour produire des symptômes sont de rares exceptions, et nous avons vu, au contraire, ordinairement les symptômes disparaître après le redressement. Or, il est bien évident que l'engorgement, souvent très considérable, que présentaient nos malades n'avait pas pu disparaître ainsi en quelques jours. C'est d'ailleurs ce dont nous avons pu nous assurer par l'examen direct, qui nous a montré que cet engorgement ne se dissipait que très lentement, puisque chez la plupart des malades guéries l'utérus n'est revenu à ses dimensions normales que 4, 6, 8 mois et plus après la guérison. Cependant, je dois le répéter, ces femmes n'éprouvaient plus aucun symptôme et jouissaient d'une santé parfaite, avec des utérus encore très volumineux, mais replacés dans leur axe normal.

La réalité du fait nous a, d'ailleurs, été démontrée d'une autre manière. Chez plusieurs malades nous avons vu l'utérus déplacé se dévier de nouveau; eh bien! pendant que l'utérus était en place, il n'y avait pas de symptômes, et dès qu'il se déviait, les symptômes se reproduisaient. C'est ce qui avait lieu chez la malade dont je vous ai parlé dans la première leçon (p. 6 et 7).

Enfin, pour dernière preuve, je vous rappellerai ce qui s'observe encore quelquefois chez une malade qui fait le sujet de la XVIIe observation. Vous n'avez pas oublié qu'elle se sent immédiatement soulagée par l'application du redresseur, bien qu'elle ait un engorgement énorme, et que dès que l'utérus cesse d'être maintenu et reprend en partie sa position vicieuse, elle sent reparaître toutes ses souffrances. Peut-on, après cela, ne pas reconnaître que, si l'engorgement ajoute à l'intensité des symptômes, en augmentant le poids de l'organe qui comprime les organes voisins, il ne suffit pas à lui seul pour les produire?

Les autres symptômes, communs à toutes les déviations, et retrouvés en proportion à peu près égale dans les diverses formes, sont : la *leucorrhée*, qui a été notée chez toutes les malades, tandis qu'avant le début de la maladie, elle n'existait que chez un petit nombre; puis l'*inappétence*, et, en conséquence : la *faiblesse*, le *dépérissement*, la *décoloration des chairs*.

Il est à remarquer que les *troubles intestinaux* ont été plus fréquents dans les déviations en arrière, et cela à cause de la compression exercée par le corps de l'utérus sur le rectum. La *marche*, plus ou moins gênée chez toutes, a été extrêmement pénible chez quelques-unes, et, en général, elle était plus difficile (toutes choses égales, d'ailleurs) dans les cas de déviation postérieure (Obs. XIV, XV, XVIII, XIX).

T. GALLARD,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Novembre.— Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur TSCHEKGRLIEN, inspecteur en chef du service de santé et président du conseil médical du royaume de Pologne, sur le choléra qui a régné en Pologne en 1852. (V. plus haut.)

2° Un deuxième mémoire de M. le docteur CHEVREUSE, de Charmes (Vosges), sur l'emploi du suc de plantain dans le traitement des fièvres intermittentes. (Comm. des succédanés du quinquina.)

3° Une note relative à un nouveau procédé chimique de fabrication du pain, qui, d'après son auteur, offrirait des avantages sur les procédés en usage, au double point de vue de l'hygiène et de la nutrition. (Comm. MM. Chevalier et Bouchardat.)

4° Un recueil d'observations de M. le docteur PAMARD, d'Avignon, ayant pour objet d'infirmer l'opinion généralement admise sur la nature cancéreuse des mélanoses. (Comm. MM. Louis, Cruveilhier et Bérard.)

5° Un pli de M. le docteur SUBSOL, de Ste-Eulalie (Landes), contenant un échantillon d'opium brut indigène, récolté par lui-même sur la capsule de pavôts de différentes couleurs. (Commission précédemment nommée.)

6° Un mémoire de M. BURQ, sur un traitement préservatif et curatif du choléra. (Comm. du choléra.)

— M. le Président annonce la présence de M. le docteur HAIME, membre correspondant à Tours.

Traitement de l'aliénation mentale aiguë par les bains prolongés et les arrosemens continus d'eau fraîche sur la tête.

M. le docteur PINEL neveu lit l'analyse d'un travail sur le traitement de l'aliénation mentale aiguë par les bains prolongés et les arrosemens continus d'eau fraîche sur la tête.

Dans ce travail, basé sur 157 observations, l'auteur, afin de mieux faire ressortir les avantages de sa méthode, passe en revue les principales médications en usage pour traiter l'aliénation mentale aiguë.

Parmi elles, la saignée tient le premier rang, à cause de l'importance qu'on lui a accordée et qu'on lui accorde encore. M. Pinel résume son opinion à cet égard en disant : les émissions sanguines, surtout celles produites par la lancette, sont nécessaires quelquefois, inutiles ou nuisibles dans la plupart des cas.

Il exprime ensuite la pensée que les purgatifs, les vomitifs, l'opium, la belladone, la jusquiame, la digitale, le camphre, le datura, les préparations de quinquina, sont ordinairement des moyens auxiliaires qui, réunis à une autre médication, peuvent être très avantageux.

Les bains généraux ou partiels, simples ou composés d'eau douce, minérale ou de mer; les bains froids, tempérés ou chauds; ceux de vapeurs diverses, de surprise, d'immersion, d'affusions générales, d'arrosemens continus ou intermittens, de pluie, etc., etc., ont été successivement examinés dans leurs applications au traitement de la folie.

L'auteur fait ressortir l'utilité de quelques-uns de ces bains, le danger ou l'inutilité de quelques autres, l'avantage qu'on tirait de l'emploi de plusieurs d'entre eux, quand ils étaient bien administrés.

Il cherche à démontrer que les bains tempérés de longue durée avec affusion, surtout avec arrosemens continus d'eau fraîche sur la tête, sont la meilleure médication dont on puisse se servir, et qu'ils doivent former la base du traitement dirigé contre les diverses formes de l'aliénation mentale aiguë.

Ces bains modifient profondément l'état nerveux; ils calment l'agitation, l'exaltation, l'excitation; ils procurent une sédation plus ou moins grande, le repos et le sommeil.

Dans les névropathies, les névroses, dans presque toutes les maladies du système nerveux, principalement dans les cas de folie récente, ils rendent des services incontestables et sont les agens thérapeutiques qui méritent le plus de confiance. Dans les délires simples, dans les délires maniaques, dans les divers délires partiels, ils produisent ordinairement en peu de temps la guérison; dans le *delirium tremens*, il est très rare qu'ils ne guérissent pas en quelques jours; dans les affections nerveuses protéiformes qui se montrent parfois avant l'apparition de l'aliénation mentale, ils empêchent ou retardent le développement de cette dernière; dans le délire général ou partiel qui précède, accompagne ou suit la paralysie générale, ils exercent une heureuse influence.

Dans les folies chroniques présentant à des époques plus ou moins éloignées des phénomènes d'excitation cérébrale, ils sont encore le meilleur remède qu'on puisse mettre en usage pour combattre ces derniers.

Il ne faut pas craindre, dans les maladies mentales aiguës, de pro-

longer les bains et les irrigations, pourvu que l'on tienne toujours l'eau de la baignoire à la même température, et que l'on ait le soin de visiter soi-même les malades.

Dans les manies très intenses, lorsque l'exaltation et l'agitation sont extrêmes ou portées jusqu'à la fureur, M. Pinel laisse les malades de dix à vingt heures dans le bain, sans discontinuer un seul instant les irrigations sur la tête; il les fait sortir seulement quand on a obtenu du calme, la cessation ou la diminution des accidens cérébraux.

Si la sédation n'a pas lieu dans les premières heures, elle se manifeste d'ordinaire après dix, quinze ou vingt heures.

D'ailleurs, en répétant les bains journellement, on arrive presque avec certitude, et d'une manière prompte, au but qu'on se propose.

Le délire disparaît quelquefois comme par enchantement, à la suite d'un ou plusieurs bains prolongés; le plus souvent, les aliénés n'éprouvent qu'une certaine amélioration, mais on leur procure du moins de la tranquillité et quelques instans de sommeil; si, au réveil, le délire recommence avec la même intensité, on doit se hâter alors, dès les premiers signes d'excitation de l'encéphale, de les replacer dans le bain, en ayant le soin de les y tenir plus longtemps. En agissant ainsi, on ne tarde pas à remarquer une rémission plus ou moins grande, d'abord pendant des heures, des demi-journées, une partie de la nuit, puis, pendant des jours entiers, des semaines, jusqu'à ce qu'enfin la guérison soit confirmée.

M. Pinel résume en ces termes les résultats obtenus par sa médication :

Nous avons traité par les bains prolongés 157 malades, que nous avons classés ainsi : délire maniaque, 57; lypémanie, 38; délire sans mélancolie, 20; délire suicide, 21; *delirium tremens*, 16; érotomanie, 5; total 157, dont 91 du sexe masculin et 66 du sexe féminin.

Les causes morales l'ont emporté de beaucoup sur les causes physiques; les premières ont été notées 122 fois, les secondes 39.

L'hérédité a été remarquée dans 37 cas, un peu moins du quart.

79 étaient célibataires (50 hommes et 29 femmes); 66 étaient mariés; 12 étaient veufs.

Le terme moyen de l'âge a été d'environ 32 ans.

Pour les 125 malades guéris, la moyenne de la maladie a été de trois mois et demi; pour 101 d'entre eux, les 4/5es, elle a été d'un mois seulement.

Les résultats suivans ont été notés : nuls, y compris 4 morts, 7; amélioration, 21; en traitement, 4; guérisons, 125.

Les 4/5es, 125 sur 157 ont donc été guéris.

Le nombre des guérisons a été en raison de l'âge peu avancé des malades; les 2/5es n'avaient pas 30 ans; les 2/3 étaient au-dessous de 40 ans, et les 4/5es n'avaient pas 50 ans.

Avant 30 ans, et après 40, les femmes ont présenté moins de chances favorables que les hommes.

La moitié des aliénés guéris était dans le célibat.

Un peu plus du cinquième était sous l'influence de l'hérédité.

25, le cinquième, ont fait des rechutes; la moitié a été traitée de nouveau avec succès.

Sur 32, chez lesquels le traitement a échoué, 16 avaient dépassé la quarantaine et étaient arrivés à l'âge où les guérisons deviennent plus rares.

21 sur 32 ont éprouvé une certaine amélioration. (Com. MM. Rostan, Ferrus et Jolly.)

M. Vecchi expose aux yeux de l'Académie un squelette disposé de manière à servir pour les démonstrations physiologiques du mouvement, etc.

Une commission sera chargée de cet examen.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire sur la candidature ouverte dans cette section.

PRESSE MÉDICALE.

Archives générales de médecine. — Mai, Juin et Juillet 1852.

Mémoire sur l'exploration sous-cutanée des tumeurs; proposition d'un nouvel instrument pour le diagnostic des tumeurs solides; par le docteur F. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les cas dans lesquels l'exploration sous-cutanée des tumeurs peut convenir sont ceux dans lesquels la maladie est constituée par des produits liquides ou solides de nouvelle formation. Cette exploration peut s'exécuter de diverses manières : avec l'acupuncture, l'incision, la ponction à l'aide du trois-quarts dit explorateur et l'excision sous-cutanée.

L'*acupuncture exploratrice* peut se pratiquer avec une aiguille à acupuncture ordinaire, une aiguille en fer de lance spéciale, ou simplement avec une aiguille à cataracte. On peut explorer ainsi des tumeurs qu'il serait dangereux de traverser avec le bistouri ou le trois-quarts, mais aussi, par le fait même de l'exiguïté de la perforation, le diagnostic des tumeurs n'est pas sûrement éclairé par l'acupuncture simple. Il suffit d'un peu d'élasticité dans les tissus pour fermer l'ouverture et empêcher l'issue du liquide contenu. Un grumeau albumineux, un petit caillot sanguin, un flocon de tissu adipeux sur le siége de la perforation, s'opposent également au résultat de l'exploration.

L'acupuncture exploratrice rend cependant des services réels au diagnostic : alors même qu'il n'y a point issue du liquide, elle renseigne le chirurgien sur la disposition de la tumeur, en lui faisant apprécier l'existence ou l'absence d'une cavité au centre de celle-ci. Des mouvemens, imprimés à l'extrémité supérieure de l'aiguille, indiquent si la partie plongée dans la tumeur se meut librement ou se trouve arrêtée par la résistance des tissus; dans le premier cas, la tumeur est liquide; dans le second, elle est solide. Il importe, toutefois, de procéder avec mesure dans l'inclinaison de l'aiguille en sens divers; car des tissus pathologiques très mous, comme l'encéphaloïde, peuvent céder à la pression et laisser croire à l'existence d'un liquide au centre de la tumeur.

Il est un genre de services que peut rendre l'acupuncture exploratrice et auxquels on n'a guère songé jusqu'à ce jour, c'est celui qui consiste à apprécier les corps tenus en suspension dans le liquide d'une tumeur du genou. Dans des cas de ce genre, l'acupunture pourrait servir à fixer dans un point donné les corps étrangers qu'on voudrait extraire. Le même moyen pourrait éclairer le diagnostic des kystes acéphalocystiques, révéler des grumeaux épais mêlés à un liquide, faire connaître les corps flottans des kystes synoviaux et fournir des indications sur la présence de brides ou cloisons dans l'intérieur des cavités que l'on examine. En un mot, il est possible de transformer l'aiguille en instrument explorateur, de lui faire jouer, jusqu'à un certain point, le rôle d'une sonde ou d'un stylet, et d'opérer à son aise une sorte de cathétérisme qui ne diffère du cathétérisme ordinaire que par le mode d'introduction de l'instrument.

M. Bouisson a appliqué aussi l'acupuncture exploratrice à la vérification de la densité des tumeurs solides et de leurs rapports avec les os sur lesquels elles sont placées, ou qui en sont eux-mêmes le point d'origine. Ainsi, dans les tumeurs du sinus maxillaire, on peut déterminer, par la ponction avec une aiguille en acier solide, si le développement du sinus, dont on perfore aisément la paroi antérieure, est dû à la présence d'un liquide, d'un polype mou et fibreux ou d'une exostose. Si un cancer siége sur le rebord alvéolaire supérieur, on peut, en perforant celui-ci, atteindre le sinus et reconnaître si le produit morbide a son origine dans la cavité ou s'il est limité à son siége intérieur apparent; mais c'est surtout dans les cancers qui se développent au voisinage de la mâchoire inférieure et qui adhèrent à cet os que l'acupuncture exploratrice donne des renseignemens précis sur la profondeur du mal et peut influer sur les déterminations thérapeutiques. En enfonçant une aiguille en acier dans la tumeur jusqu'à son point d'adhérence, on reconnaît si l'os participe à la dégénérescence, s'il est ramolli ou s'il résiste. Dans le premier cas, l'aiguille le traverse et on peut en induire que le sacrifice complet de la partie osseuse est nécessaire; dans le second, il y a lieu de présumer qu'une partie de l'os est intacte et qu'après l'ablation de la tumeur, la rugination ou l'excision partielle du tissu osseux pourra suffire.

2° *Incision exploratrice.* — On peut la pratiquer avec un bistouri étroit qu'on engage sous les tégumens, à une certaine distance de la tumeur, en divisant la couche celluleuse pour arriver jusqu'à elle. On l'exécute aussi en profitant de la laxité du tissu cellulaire pour faire glisser la peau voisine de la tumeur et la mettre momentanément en rapport avec celle-ci pour faire une ponction étroite et directe, dont la rectitude se détruit par le retour élastique de la peau à sa position naturelle. On peut encore se servir, comme M. Guérin, d'une aiguille en fer de lance à tige cannelée, ou si l'on veut d'une sonde cannelée, terminée par une extrémité pointue et tranchante sur les bords. A l'aide de cet instrument convenablement dirigé, on peut explorer des tumeurs très profondément situées, arriver jusqu'à elles par le chemin sous-cutané, et, grâce à la cannelure de l'instrument, obtenir l'écoulement du liquide, sans craindre que la pression élastique des tissus traversés ne fasse obstacle à son évacuation. Quel que soit le procédé mis en usage, si la ponction n'est qu'exploratrice, l'ouverture doit être fermée avec du sparadrap ou mieux avec du collodion.

La ponction exploratrice, faite avec l'instrument tranchant, ne saurait être employée sans examen préalable. Elle constitue par elle-même une opération qui pourrait avoir ses dangers; elle exige déjà un commencement de diagnostic et ne convient qu'à titre de complément de la certitude chirurgicale. Dans bon nombre de cas, elle marque la transition entre l'opération diagnostique et l'opération thérapeutique. Au moment de pratiquer l'opération, elle devient le contrôle suprême du diagnostic.

3° *Ponction avec le trois-quarts dit explorateur.* — Opération diagnostique le plus employée aujourd'hui pour explorer les tumeurs liquides. On se sert d'un trois-quarts aplati, ou mieux du trois-quarts aiguillé de M. Récamier. L'auteur rapporte, à propos de son emploi en chirurgie, le fait d'une tumeur volumineuse et dure de la région sous-maxillaire droite, que l'exploration par le trois-quarts a montré être un abcès froid, et qui a été guérie par l'injection iodée.

4° *Excision sous-cutanée exploratrice.* — Opération diagnostique qui a pour but de détacher des parcelles des tissus malades à la surface des tumeurs de ce genre, pour les examiner à l'œil nu ou au microscope et en déterminer la nature. Ce genre d'exploration ne convient, comme on le comprend, que pour distinguer certaines espèces de tumeurs, le cancer et ses variétés, les tumeurs fibreuses, les lipômes, les tumeurs lymphatiques, etc. C'est pour ce mode d'exploration que M. Bouisson propose ce qu'il appelle son *trois-quarts kélectome*. Ce trois-quarts se compose d'une canule et d'une tige intérieure supportée par un manche. La canule, en argent ou en maillechort, est terminée par un cylindre en acier adapté au métal de l'instrument, et dont le rebord, rendu tranchant par un affinement fait avec soin, lui permet d'agir comme un emporte-pièce; l'autre extrémité de la canule, au lieu de présenter un bec d'aiguière, supporte un bouton dont la partie évasée dépasse le cylindre de la canule de quelques millimètres, et dont l'intérieur présente une rainure spiroïde destinée à se visser avec la partie correspondante de la tige. Celle-ci doit avoir la même longueur que la canule; elle est en acier et présente à son extrémité libre une lame double, disposée en spirale dans la hauteur de 6 millimètres. Cette lame rappelle celle de certains tire-bouchons, avec cette différence qu'à l'origine, au lieu d'une pointe, on trouve deux saillies tranchantes qui opèrent une section complète des tissus précités par l'instrument. L'autre extrémité de la tige présente une saillie spiroïde pour s'adapter à la rainure de la canule. On comprend que la canule emporte-pièce est destinée à détacher un cylindre de la substance de la tumeur. On l'enfonce à la profondeur que l'on veut, à travers une petite ouverture pratiquée à la peau et par un mouvement de giration. Quand elle est arrivée à la profondeur désirée, un fragment cylindrique de la tumeur remplit sa cavité; on le détache avec la tige à double spire tranchante que l'on pousse dans la gaîne, que l'on fait tourner jusqu'à ce qu'elle remplisse entièrement la gaîne. Cette opération exploratrice s'accomplit promptement et sans douleur notable.

M. Bouisson termine en réfutant quelques objections relatives à l'emploi de l'exploration diagnostique des tumeurs, et en particulier celle qui tend à la repousser à cause des dangers dont elle peut être suivie, au point de vue de la transformation et du ramollissement des tumeurs principalement.

Sur une forme d'atrophie partielle (trophonévrose de Romberg); par le docteur Ch. Lasègue.

Cette forme d'atrophie, dont Romberg a fait l'objet d'une description spéciale en 1846, sous le nom de *nouvelle forme d'atrophie de la face*, et qui a été désignée, par le docteur Schott, sous le nom de *trophonévrose*, pourrait être rapprochée de l'atrophie musculaire progressive dont M. Aran a fait l'histoire dans ces derniers temps. Il s'agit, en effet, d'une atrophie sans paralysie concomitante et sans lésion d'aucun genre qui puisse en donner l'explication. Seulement, sauf dans un cas rapporté par Stilling, dans lequel il existait une atrophie d'une portion assez étendue des parois thoraciques, porté au-dessous de la mamelle droite, cette forme d'atrophie partielle ne paraît avoir été observée qu'à la face. Voici la description que donne Romberg d'un de ses malades : côté droit de la face droit et vermeil; côté gauche ridé, desséché comme chez une vieille femme; ligne médiane formant une démarcation exacte entre la partie saine et la partie malade. Du côté gauche, front moins convexe; cheveux rares, arc soucillier plus saillant, sourcils très clair-semés, absence de cils, paupière amaigrie, caroncule pâle et rétrécie; côté gauche du nez, de la bouche et du menton présentant une remarquable atrophie; relation des deux moitiés de la face comme 4 à 10; l'atrophie atteignant l'amygdale gauche et la partie gauche de la luette, pas d'altération de mouvement, de la sensibilité, de la sécrétion des larmes ou de la salive, ni de la perspiration cutanée.

Nouvelles recherches d'anatomie et de pathologie sur la région parotidienne; par M. le docteur E. Triquet, ex-interne des hôpitaux de Paris et de Tours.

Dans ce travail, l'auteur s'est attaché à étudier les rapports variables de la glande parotide avec l'artère carotide externe, et le tronc du nerf facial, et la disparition des ganglions lymphatiques de la région. L'auteur a fait suivre ces détails anatomiques de quelques observations destinées principalement à montrer que la glande parotide peut être enlevée en totalité sans léser la carotide externe, et dans quelques cas, assez rares du reste, sans léser le nerf facial.

Etudes anatomiques sur un fœtus acéphalien; par le docteur Adolphe Richard, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Nos lecteurs prendront une idée du but que s'est proposé l'auteur par la citation suivante : « On est vraiment surpris, dit M. Richard, de voir la plupart des anatomistes éminens qui se sont occupés de l'acéphalie, s'épuiser à former parmi ces monstres des groupes naturels, à dresser en un mot les degrés de l'échelle acéphalique, comme on le fait avec tant de succès et de vérité, pour la plupart des espèces en tératologie; et parcourant les essais faits en ce genre, on se convainct que cela est purement artificiel. Pour ma part, une chose me préoccupe avant tout dans l'acéphalie, c'est la constance du désordre, c'est cette coïncidence étrange et inexplicable de l'absence de leur tête avec celle du cœur, des poumons, du foie, du petit intestin. Tout partisan que je suis de la théorie de l'arrêt de développement, je ne saurais reconnaître ici une évolution non terminée, malgré l'éclatante autorité des Meckel et des Geoffroy St-Hilaire. En voyant constamment les acéphales naître d'une grossesse triple, je ne puis me refuser à admettre qu'une action mécanique joue le rôle principal, ou au moins primordial, dans la monstruosité. »

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

La Faculté de médecine a fait sa rentrée aujourd'hui devant une assistance nombreuse et distinguée.

M. le professeur Piorry a prononcé l'éloge de M. Fouquier.

A demain les détails de cette solennité.

— En même temps qu'arrivait à Paris la brochure nouvelle de M. Sperino, de Turin, sur la Siphylisation, brochure dirigée contre M. Ricord, M. Ricord recevait aussi de Turin, avec une lettre très gracieuse, les insignes de l'ordre de Saint-Maurice et de Saint-Lazare, que S. M. le roi du Piémont vient de lui conférer en témoignage de haute estime pour les services rendus à l'art de guérir par notre savant compatriote.

Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône. — Par décret du président de la République, en date du 22 octobre 1852, M. le baron de Polinière, docteur en médecine, membre du conseil d'administration des hôpitaux de Lyon, a été nommé président de l'Association de secours mutuels des médecins du Rhône.

Dès qu'elle a eu connaissance du décret présidentiel, la Commission provisoire s'est réunie sous la présidence de M. de Polinière pour s'occuper de la convocation de la première assemblée générale.

— M. le professeur Piorry commencera sa clinique, à la Charité, le mardi 9 novembre, à neuf heures, et la continuera tous les mardis et samedis, pendant le semestre d'hiver. La visite des malades a lieu tous les jours, à huit heures.

Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfans. — M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfans, commencera ce cours le jeudi 4 novembre, et le continuera tous les jeudis.

Visites tous les jours à 8 heures.

Visites, leçons et opérations les jeudis, de 8 heures à 10 heures.

— Un médecin étranger, que nous recommandons à la bienveillance de nos confrères et qui traduit l'anglais, l'allemand et l'italien, désire trouver des travaux scientifiques, philosophiques ou littéraires à traduire de ces langues en français, ou du français en ces langues.

S'adresser, par lettre affranchie, à M. Reich, rue de l'Est, 17.

— A huit lieues de Paris, dans un charmant pays, position à prendre pour un docteur en médecine.

Il aurait un traitement fixe de 1,500 fr., une jolie petite maison d'habitation, à la charge de visiter et soigner les pauvres de la commune (5 en moyenne par jour) et la maison des sœurs. Il pourrait aisément se faire une clientèle bien payante d'au moins 1,500 fr.

S'adresser au bureau de l'Union Médicale.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Maltestre et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 133. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 6 Novembre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

OBSTÉTRIQUE.

CONDUITE DE L'ACCOUCHEUR DANS LA PRÉSENTATION DE LA FACE;

Par M. CHAILLY-HONORÉ, membre de l'Académie de médecine.

S'il faut rejeter, dans les positions mento-antérieures primitives de la présentation de la face, le procédé de Baudelocque, à l'aide duquel on tâche de changer la présentation de la face en présentation du sommet, ne convient-ils pas de le rejeter aussi dans les positions mento-postérieures primitives?

Les accoucheurs du siècle dernier, madame Lachapelle elle-même dans le début de sa pratique, conseillaient de convertir la présentation de la face au détroit supérieur en présentation du sommet. Pour cela, avant l'engagement de la face, la main dont la paume regarde l'occiput devait être introduite entre le rebord du détroit supérieur et la tête, en soulevant cette tête; puis les quatre doigts, fixés en forme de crochet sur l'occiput, devaient entraîner cette partie au détroit supérieur.

Ces auteurs se fondaient, pour donner un semblable conseil, sur ce que l'accouchement par le sommet est aussi favorable que possible au produit, tandis que l'accouchement par la face ne se termine spontanément que dans les cas où le menton répond en avant du bassin, et sur ce que souvent même, dans ce cas, la vie de l'enfant est compromise.

Ils alléguaient aussi en faveur de leur opinion un fait inexact, à savoir, que les mento-iliaques droite et gauche postérieures donnant toujours lieu aux mento-postérieures directes, il fallait se hâter de prévenir cette rotation du menton en arrière, en ramenant le sommet au détroit supérieur au lieu de la face, la situation mento-postérieure nécessitant toujours une intervention plus ou moins fatale au produit et à la mère.

Il me sera facile de démontrer que ces craintes sont chimériques pour la plupart, et que si l'art était si souvent obligé d'intervenir autrefois, si la vie des enfans et des femmes a été si souvent compromise dans cette présentation, cela tenait bien plutôt à ce qu'on se hâtait de troubler la marche de la nature, au lieu de la laisser agir, ce qui aurait éclairé sur le véritable pronostic de cet accouchement.

Je démontrerai aussi que, si l'on a si longtemps persévéré dans de semblables erreurs, cela tient à ce qu'on attribuait à la présentation de la face les accidens qui résultaient des manœuvres qui étaient tentées pour convertir cette présentation.

Chacun le sait aujourd'hui, tous les auteurs contemporains s'accordent pour regarder la présentation de la face comme permettant l'accouchement spontané dans la grande majorité des cas, et tous ont fait justice du procédé de Baudelocque (1), qui consiste à tenter, dès le début du travail, de convertir au détroit supérieur la présentation de la face en présentation du sommet. Un seul du moins, si mes recherches ne m'ont pas trompé, s'obstine à conseiller encore de revenir à ce procédé, mais seulement dans les positions mento-postérieures.

Voici comment cette manière de voir, tout à fait opposée aux doctrines du professeur de la Clinique, est reproduite dans cet ouvrage que M. Dubois a mis dans les mains des sages-femmes de la Maternité, probablement par respect pour la mémoire de Baudelocque :

« Les suppositions que nous venons de faire et qu'il nous » aurait été facile de justifier par des faits puisés dans les » auteurs, en nous faisant connaître les difficultés qui peuvent » se rencontrer dans ces cas, ne porteraient-elles pas à ad- » mettre, pour les positions mento-postérieures, les préceptes » posés par *Baudelocque*, Gardien, etc., pour toutes les posi- » tions de la face. Et si dans l'état actuel de la science les posi- » tions mento-antérieures doivent être abandonnées à la na- » ture, en est-il entièrement de même des positions mento- » postérieures? En un mot, cette dernière position bien » constatée au début du travail, ne devrait-on pas, avant son » engagement, chercher à la convertir en *position* (lisez pré- » sentation) du sommet, de prévenir ainsi les difficultés qui » pourront naître plus tard? J'avoue que si j'avais à me pro- » noncer en pareille matière, je résoudrais la question par » l'affirmative (1). »

Il est de la dernière importance, comme j'espère le démontrer, de s'élever contre un semblable précepte; car il peut avoir les plus fâcheuses conséquences pour les mères, les enfans, et aussi pour les jeunes accoucheurs.

Commençons d'abord par établir, en nous appuyant sur des autorités irrécusables, que les positions mento-postérieures primitives, c'est-à-dire celles qui sont placées au-dessus du détroit supérieur, doivent être assimilées aux antérieures, tant qu'aucune complication, tant qu'aucune anomalie ne se rencontre dans le cours du travail, tant qu'aucune tentative de réduction n'a été faite.

Voici ce que dit à ce sujet M. Nægelé (2) :

« Dans la présentation de la face, que le front soit primiti- » vement un peu plus en avant, ou un peu plus en arrière, la » marche du travail est la même : *toujours* le menton se tourne » en avant, et c'est par lui que la face se rencontre aux par- » ties molles, à moins toutefois qu'il ne se présente quelque » obstacle organique, ou qu'une circonstance extérieure, *telle » qu'une tentative pour opérer un accouchement artificiel*, n'ait » forcé la tête à changer de position. »

Les opinions de MM. Stoltz, P. Dubois, sont aussi catégoriques à cet égard, et l'expérience de chaque jour a mis hors de doute que, dans la présentation de la face, le menton, quel que soit le point du détroit supérieur avec lequel il ait été en rapport, revient, dans l'immense majorité des cas, se rendre en avant sous le pubis, où il se dégage.

En un mot, toutes les positions de la face, même les positions postérieures, se réduisent aux antérieures directes.

Pourquoi donc alors faire une exception en faveur des seules positions mento-postérieures primitives.

Ne serait-il pas bien plus raisonnable de confier encore l'accouchement aux efforts spontanés dans les positions posté-

(1) Si cet illustre accoucheur a été conduit à commettre cette erreur, c'est qu'avant lui et de son temps on ne permettait jamais à l'accouchement de se terminer spontanément dans la présentation de la face, et attribuant à la présentation elle-même les accidens nombreux qui suivaient cette intervention intempestive, on ne s'en croyait que bien plus dans l'obligation d'agir à l'avenir dans la vue de prévenir ces accidens. Une autre circonstance qui s'opposait encore à ce qu'on sortît de ce cercle vicieux, est celle-ci : dans les cas où un accident obligeait à extraire la face au moyen du forceps, les accidens qui suivaient cette extraction pratiquée selon les procédés mis en usage à cette époque étaient encore bien propres à faire redouter la présentation de la face qu'on ne manquait pas de regarder comme la cause première de ces accidens : mais là encore on attribuait à la présentation ce qui ne résultait que d'un mode d'intervention meurtrier pour la mère et pour l'enfant.

(1) 687-602. L'auteur, dont ces passages sont extraits, repousse avec énergie, et toujours avec sa politesse accoutumée, le reproche que je lui adresse de ramener les élèves à l'école de Baudelocque; il nie avec fermeté; pour donner le change, il en appelle au texte de son livre qui justement le condamne, et cela dans une note placée presque à côté du passage cité ici, dans lequel il conseille, d'après *Baudelocque*, la substitution de la présentation de la face en présentation du sommet.

(2) *Manuel d'accouchemens*, trad. par Pigné. Paris, 1842, p. 122.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — La séance de rentrée à la Faculté de médecine et à l'École de pharmacie.

Je suis fort embarrassé pour vous rendre compte de la séance de rentrée de la Faculté de médecine. La cause de mon embarras, je voudrais vous la donner tout bas, et avec prière de n'en rien dire à mes confrères, c'est que je n'y assistais pas. Et la cause de mon absence à cette solennité, je voudrais vous la dire plus bas encore, et sous recommandation expresse de ne la pas divulguer, c'est que ni l'honoré doyen de la Faculté, ni l'honoré M. le professeur Piorry, qui était le célébrant de la fête, n'ont pensé à m'adresser une invitation. N'ayant vu rien venir ni d'un côté, ni de l'autre, je me suis fourré dans l'esprit, et cela vous paraîtra raisonnable et logique, je l'espère, que la Faculté, pas plus que son orateur, ne se souciaient de mon compte-rendu. Or, et je vous le confierai tout bas encore, rien ne pouvait m'être plus agréable que de n'avoir pas à parler de cette séance de rentrée. Si l'honorable professeur M. Piorry avait oublié de m'inscrire sur son carnet d'invitation, il avait eu plus de mémoire pour m'envoyer une copie de son discours. Aussi à l'heure même où, tout resplendissant de soie et d'hermine, le savant professeur jetait ses pages éloquentes à l'enthousiasme de son jeune auditoire, paisiblement assis auprès du feu, le journaliste oublié effeuillait à son aise les fleurs de ce bouquet académique, il en savourait à lui tout seul le parfum pénérant, et, dans son égoïsme, se promettait de garder aussi pour lui tout seul les impressions qu'il venait d'en recevoir. Comme s'il eût été présent, il voyait la joie de l'assistance, il entendait ses applaudissemens, et il se disait : Que serait mon humble approbation à côté de ce délirant triomphe? ou bien : Quelle figure ferait ma craintive critique auprès de cette ovation populaire? Abstiens-toi, c'est le plus sage, on t'y convie, fais preuve de bon esprit et de bon caractère en accordant ce que l'on paraît te demander.

Je m'abstiens donc, et vous voyez pourquoi. Mais je n'ai aucun motif pour ne pas saisir cette occasion, dont je profite tous les ans, de répéter une fois encore combien ces séances de rentrée, que l'on pourrait rendre si intéressantes et si utiles, on les prive, comme de parti pris, de toute espèce d'utilité et d'intérêt. Payer un juste tribut d'hommages et de regrets aux professeurs qu'elle a perdus, est un devoir pieux et sacré pour la Faculté, et Dieu me garde d'y trouver rien à redire. Mais cette dette payée, ne reste-t-il plus rien à faire? Quoi, la Faculté n'a que cette occasion, la seule, de se mettre en communication avec ses élèves, avec les familles, avec le public, et elle n'en profite pas pour donner aux uns les conseils qu'ils attendent vainement, pour éclairer les autres sur la direction à imprimer à leurs enfans, pour donner à tous les renseignemens qu'on ne trouve nulle part! Le nombre des élèves augmente-t-il, diminue-t-il? Les examens annoncent-ils une élévation ou un affaiblissement des études? Le choix des thèses indique-t-il quelque tendance, quelqu'influence particulière? Les divers et nombreux concours qui se passent annuellement à la Faculté sont-ils ou plus forts ou plus faibles que les années précédentes? Le chiffre des nouveaux docteurs compense-t-il les pertes que la mort fait subir au corps médical? Se présente-t-il plus de candidats au grade d'officier de santé que cela n'est nécessaire? Le niveau des études s'élève-t-il parmi les asplrans à ce titre? Faut-il pousser les jeunes gens vers la carrière médicale, ou faut-il au contraire les en éloigner?

Franchement, ne serait-ce pas là un beau thême à développer annuellement par le doyen de la Faculté? Et croit-on que cette exhibition, que cette sorte de bilan intellectuel et moral de la Faculté ne fût pas une chose pleine d'intérêt et d'utilité? Mais il paraît qu'il y a là dessous quelque gros empêchement, puisque j'en suis tous les ans pour mes frais de *desiderata*. On s'attendait, par exemple, cette année, à ce que M. P. Dubois, qui inaugurait pour ainsi dire solennellement son décanat, ferait une allocution; l'attente générale a été trompée. Tout s'est passé selon le rituel consacré par une longue habitude; discours de M. Piorry, proclamation des prix, et puis allez-vous-en.

Allez-vous-en, pauvres jeunes gens, sans guide, sans conseil, sans direction, dans ce vaste et incommensurable océan des études médicales, si rempli d'écueils, si fertile en naufrages! Vous écoutez d'où va venir une voix amie qui vous dise ce qu'il faut faire, ce qu'il faut éviter; vainement vous l'attendrez. Avec vos maîtres, plus d'autre communication; vous ne les verrez plus que dans leur chaire ou sévèrement assis autour de la table d'examen. Que si votre jeune intelligence s'égare et perd un temps précieux en tâtonnemens et en essais, si votre ardeur vous entraîne vers des études sans ordre et sans méthode, si vous arrivez au découragement par la confusion, et au dégoût par la pléthore, c'est aux épreuves probatoires que vous recevrez le châtiment d'une faute qui n'est pas la vôtre...... Que voulez-vous! C'est chez moi une vieille marotte de croire à une indispensable nécessité d'une méthodologie médicale, et de penser que cette sorte d'enseignement préliminaire et concomitant doit être donné par la Faculté, sous une forme ou sous une autre. Je crois que sous forme d'allocution paternelle, au commencement de chaque année scolaire et au moment de la solennité de la rentrée, cet enseignement produirait d'excellens fruits.

L'École de pharmacie a eu aussi sa solennité : sa séance de rentrée a eu lieu hier, jeudi; j'avais eu l'honneur d'y être invité; j'ai fait le long voyage de la rue de l'Arbalète, et je m'en suis félicité. S'il n'y a pas le même apparat, la même foule qu'à la Faculté de médecine, on y rencontre en revanche plus de calme, et, le dirai-je, plus de tenue et de décence de la part du jeune auditoire qui assiste à cette fête de famille. La Société de pharmacie prête son concours à cette solennité, et de cette simultanéité d'action résulte un ensemble très satisfaisant.

La séance a été ouverte par la lecture d'une notice de M. Chevallier, sur l'opium indigène. C'est un historique complet de toutes les tentatives, de tous les efforts qui ont eu pour but la culture du pavot indigène, dans le but d'en extraire l'opium. Chose singulière, cette idée, fort ancienne, car elle a plus de deux cents ans de date, a été toujours suivie de résultats satisfaisans à l'application, et cependant on la dirait toujours à l'état d'essai, si peu cette idée a reçu d'encouragemens.

rieures au-dessus du détroit supérieur, comme on l'aurait fait sans hésiter pour les positions antérieures, puisque, par le fait de cette rotation du menton, elles deviennent antérieures? Certainement.

Qu'on consulte les relevés de la salle d'accouchement de la Clinique de Paris, et cela, chacun peut le faire quand il lui plaira, et l'on se convaincra de l'exactitude de ce que j'avance.

Ainsi, en parcourant les bulletins où les circonstances qui ont accompagné l'accouchement de chaque femme accouchée dans cet établissement sont consignées, on lira presque toujours, dans les cas de présentation de la face : accouchement spontané, et très souvent : enfant vivant.

Bien plus, et ce qu'il nous importe d'établir d'une manière irrécusable, on lira presque toujours : position mento-postérieure droite réduite en intérieure.

C'est qu'en effet, les positions mento-postérieures, surtout celles dans lesquelles le menton est à droite, sont incomparablement plus fréquentes que toutes les autres.

Il résulterait alors de cette fréquence des mento-postérieures droites, si l'on agissait seulement pour les positions postérieures au début du travail, que l'intervention serait presque la règle dans la présentation de la face.

Ce n'est certainement pas à cette conclusion que doivent nous conduire les observations faites dans ces derniers temps.

Cette fréquence des positions mento-postérieures, que l'expérience force à admettre, est aussi mise hors de doute par le simple raisonnement.

Qu'on examine un peu ce qui se passe dans la présentation du sommet, qui n'est que la première variété de la présentation de la tête, dont la face est la seconde, et l'on verra que le sommet choisit de préférence les situations diagonales pour s'engager au détroit supérieur. C'est un fait non contesté. Pourquoi cela a-t-il lieu? Parce que les diamètres obliques sont les plus grands.

Quand la face se présente, les premiers diamètres de cette partie avant le mouvement d'extension, excèdent de beaucoup ceux du sommet; la face sera donc sollicitée, bien plus que ne devrait l'être le sommet, à affecter cette situation diagonale pour trouver plus de facilité à s'engager, puisque la résistance qu'elle éprouve est plus grande. Comment admettre après cela que les positions transversales sont plus fréquentes?

Mais ce n'est pas tout : la présentation de la face n'étant pour chacun qu'une présentation du sommet qui s'est étendue à une époque indéterminée de la grossesse ou du travail, la fréquence des positions de la présentation du sommet devra, comme je l'ai déjà dit, entraîner la fréquence des positions de la présentation de la face. Ainsi, la position occipito-iliaque gauche antérieure, la plus fréquente pour le sommet, devra fournir pour la face la position mento-iliaque droite postérieure, qui sera la plus fréquente, l'occipito-iliaque droite postérieure, la seconde, fournira la mento-iliaque gauche antérieure, et ainsi de suite.

D'après cela j'y reviens : si l'on réservait le procédé de Baudelocque pour les seules positions postérieures primitives, on agirait presque toujours; ce n'est pas ce qui a lieu, et cette conduite n'est pas certainement suivie, du moins j'aime à le croire, par ceux qui conseillent encore, depuis 1844, le procédé que je m'efforce de combattre. Je sais très bien, comme on l'avance pour justifier une semblable pratique, qu'on peut citer bon nombre d'accidens dans la présentation de la face, et que ces accidens acquièrent encore plus de gravité dans les positions postérieures, lorsque, par une anomalie fort rare, elles restent postérieures. Ainsi, dans les circonstances les plus favorables de la présentation de la face, c'est-à-dire dans les positions mento-antérieures secondaires, que le menton ait été primitivement en avant ou en arrière, la vie de l'enfant peut être compromise par la compression des jugulaires, une fois sur dix à douze accouchemens. Et dans les positions postérieures qui restent telles, l'enfant périt fort souvent, que l'accouchement se termine spontanément, ce qui est fort rare, ou que l'art intervienne, ce qui est presque la règle, et sa vie sera encore bien plus souvent compromise si l'on met en usage le procédé d'extraction directe avec les forceps, au lieu de ramener le menton en avant.

Quant à la mère, dans les positions postérieures restées telles, le séjour prolongé des parties fœtales dans l'excavation, l'intervention elle-même, surtout si l'on extrait l'enfant au moyen de tractions directes, peuvent compromettre l'intégrité des parties et déterminer des fistules vésico ou recto-vaginales, des ruptures du périnée.

Bien entendu qu'il faut défalquer les accidens qu'on est toujours fort disposé à mettre sur le compte de la présentation, et qui peuvent résulter d'un excès de volume du produit, d'un rétrécissement du bassin, d'une trop grande résistance des parties maternelles et fœtales, et surtout d'une intervention intempestive mise en usage dès le début du travail (celle même que je m'efforce de combattre); enfin, d'une intervention mal dirigée (tractions directes), intervention qui serait nécessaire pour soustraire la mère ou l'enfant au danger d'un accident étranger à la présentation.

(*La suite à un prochain numéro*).

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES ÉVACUATIONS SANGUINES AU DÉBUT ET PAR L'EAU FROIDE, *intùs et extrà*, PENDANT TOUTE LA DURÉE DE LA MALADIE; par M. le docteur LEROY, médecin en chef de l'hôpital de Béthune (Pas-de-Calais).

(Suite. — Voir les numéros des 28 Octobre et 4 Novembre.)

Je n'ai guère eu l'occasion d'observer quels seraient, dans les fièvres typhoïdes compliquées d'éruption, les avantages de ce traitement; je ne possède qu'un seul fait qui me paraît concluant en sa faveur.

Ce traitement est donc applicable à tous les cas; il est aussi facile à comprendre qu'à exécuter, car ses indications sont claires et précises. Il est en outre si peu dispendieux, qu'il peut être employé presque aussi bien dans les campagnes les plus pauvres, que dans les localités qui offrent le plus de ressources. A égalité d'avantages, il mériterait donc la préférence; or, si j'en juge d'après les succès qu'on en obtient depuis plusieurs années, partout où il est exactement suivi, je dois le croire supérieur à tous ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour.

Comme ce n'est d'ailleurs que par les résultats qu'on peut juger de la supériorité d'un traitement, je me bornerai à exposer, dans un tableau synoptique, ceux que j'ai obtenus à l'hôpital, et à dire en quelques mots ceux que j'ai observés dans ma clientèle.

STATISTIQUE

DES MALADES TRAITÉS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PENDANT LES ANNÉES

1845.

Malades.	Genre de maladie. typhus.	Genre de maladie. fièvre typhoïde.	Total du nombre des malades.	Sorties par guérison.	Sorties par décès.
Militaires. . . .	»	8	8	6	2
Civils.	»	2	2	2	»
Femmes . . . :	»	6	6	6	»
Résultats. . .	»	»	16	14	2

Remarques. — Ces 8 militaires ont été traités par les purgatifs en même temps que par la saignée et la réfrigération; les malades civils, les femmes exceptées, ont été soumis au même traitement.

1846

Militaires. . . .	»	5	5	4	1
Civils.	»	8	8	6	2
Femmes	»	6	6	6	»
Résultats. . .	»	»	19	16	3

Remarques. — Même traitement qu'en 1845.

1847

Militaires. . . .	»	2	2	2	»
Civils.	»	5	5	4	1
Femmes	»	2	2	2	»
Résultats. . .	»	»	9	8	1

Remarques. — A partir de cette année, j'abandonnai totalement les purgatifs, et j'arrêtai d'une manière invariable le traitement que j'ai toujours fidèlement suivi depuis. C'est le 2 janvier que succomba le seul malade mort cette année de la fièvre typhoïde; ce fut surtout ce dernier insuccès qui me décida à adopter définitivement le traitement qui avait réussi constamment chez les femmes.

1848

Militaires. . . .	1	22	23	23	»
Civils.	11	9	20	20	»
Femmes	8	12	20	18	2
Résultats. . .	»	»	63	61	2

Remarques. — Le traitement est employé sur 61 malades, qui guérissent tous; 2 seulement n'y sont pas soumis et succombent. En effet, l'un des deux décès est celui de la femme amenée de la prison et qui mourut avant qu'aucun traitement eût été employé. L'autopsie a été rapportée plus haut avec détails.

Le second décès est celui d'une jeune fille de 19 ans, traitée à domicile par les purgatifs pendant 13 ou 14 jours.

1849

Militaires. . . .	»	6	6	6	»
Civils.	1	8	9	9	»
Femmes	»	7	7	7	»
Résultats. . .	»	»	22	22	»

Remarques. — 22 malades soumis au traitement, 22 guérisons.

1850

Militaires. . . .	»	5	5	5	»
Civils.	2	9	11	8	3
Femmes	»	3	3	3	»
Résultats. . .	»	»	19	16	3

Remarques. — Trois morts en 1850. L'un, apporté *in extremis*, après six semaines de maladie, ne survécut que deux jours; un autre, envoyé vers la fin du second septénaire, atteint du typhus le plus grave, mourut cinq jours après son admission. Le troisième enfin, tomba malade à l'hôpital même, où il était déjà depuis longtemps, souffrant de douleurs

---

L'intéressant travail de M. Chevallier conduit à cette conséquence nécessaire, que la France paie un tribut à l'étranger pour une substance qu'elle pourrait parfaitement recueillir chez elle.

Après cette lecture, qui a été écoutée avec plaisir, M. Soubeiran, au nom de la Société de pharmacie, dont il est l'éloquent secrétaire général, a lu un discours étendu sur un sujet délicat et grave, l'histoire des remèdes secrets autorisés par le gouvernement. Personne, assurément, ne pouvait traiter cette question avec plus d'autorité, plus de liberté et plus de désintéressement que le savant directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux. Plusieurs fois interrompu par les marques de satisfaction de l'assistance, l'orateur a eu sa péroraison couronnée d'une triple salve d'applaudissemens, auxquels je joins très volontiers les miens. C'est, en effet, avec une satisfaction que je ne puis taire que j'ai vu la plupart des humbles idées que j'ai eu l'honneur d'émettre sur ce sujet, accueillies, acceptées et chaudement produites par M. Soubeiran. Comme lui, avec lui, mais moins éloquemment que lui, j'ai demandé :

1° Le retour sérieux et sincère au décret impérial du 18 août 1810, qui a fixé avec une grande sagesse les principes en cette matière;

2° La nomination d'une commission fixe et permanente spécialement chargée de répondre aux demandes relatives aux inventions de remèdes, nomination qui aurait l'avantage de soustraire l'Académie de médecine à l'examen de ces questions;

3° L'interdiction absolue dans les annonces de médicamens et de remèdes de toute indication de propriétés thérapeutiques.

Dès que M. Soubeiran accepte, reconnaît et proclame le principe de la propriété et de l'invention pharmaceutique, j'ai d'autant moins de peine à me rallier à ses propositions de réglementation, que les principales de ses propositions sont aussi les miennes; à peine sommes-nous séparés maintenant par quelques nuances de détail.

Maintenant, que M. Soubeiran me permette une très affectueuse observation. Son discours sera imprimé, il le mérite, et la Société de pharmacie en a exprimé formellement le vœu. Eh bien! que l'auteur relise avec calme deux ou trois passages de ce discours, que je ne veux pas autrement lui signaler, et dans lesquels j'ai cru voir des allusions et des intentions qui pourraient blesser et même offenser certaines personnes. J'en appelle de M. Soubeiran un peu irrité, au secrétaire général d'une Société respectable, qui doit éviter jusqu'à l'apparence d'une personnalité injurieuse. Il y a là des vivacités oratoires qui doivent disparaître. J'ose assurer que ce discours y gagnera. La mesure et la modération sont si éloquentes!

Amédée LATOUR.

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Voici la proclamation des prix de la Faculté de médecine :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Grand prix (médaille d'or) : M. Duménil (Louis-Stanislas).
Deuxième prix : MM. Faivre (Jean-Joseph-Augustin-Ernest).
Mandon (Jacques-Ambroise).
Titon (Auguste-Hubert).
Mention honorable : Fremineau.

PRIX MONTYON.

Partagé entre :
MM. Charcot.
Foucher.
Accessit : Le Roy-d'Etiolles (Raoul).

PRIX CORVISART.

M. Chateau (Ernest-Jean-Didier).

— L'École de pharmacie a fait hier sa séance de rentrée.

M. le professeur Chevallier a lu une notice historique sur l'*opium indigène*.

M. Soubeiran, secrétaire général de la Société de pharmacie, a lu un discours sur les *remèdes secrets autorisés par le gouvernement*.

A la suite de ces lectures, qui ont été très applaudies, M. le professeur Guibourt a lu une note sur les résultats des concours pour les prix, et les a proclamés dans l'ordre suivant :

1er prix : M. François-Zacharie Roussin, né à Vieuxvy (Ille-et-Vilaine).

1er second prix : M. Félix-François Bouhair, né à Romorantin (Loir-et-Cher).

2me second prix : M. François-Alphonse Gury, né à Metz (Moselle).

Mentions honorables : M. François Grimault, né à Angers (Maine-et-Loire);

M. Pierre-Maxime Tarride, né à Cazaubon (Gers).

— M. le docteur Kapeler, ancien médecin des hôpitaux de Paris, vient de mourir à un âge avancé.

— Par décret du président de la République, M. le docteur Cornuel, médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, a été promu au grade de commandeur de la Légion-d'Honneur, et admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Gonnet, second médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, est admis aussi à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le docteur Dutrouleau est nommé premier médecin en chef à la Guadeloupe.

M. Arnoux est nommé au grade de second médecin en chef à la même résidence.

M. Saint-Pair est nommé chirurgien en chef de 1re classe à la Martinique.

— Par décret du président de la République,
MM. les docteurs Boudant, de Gannat,
Deviry, de Roanne,
Grasset, de Montélimart,
Bosc, de Carcassonne,
ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

— Un médecin étranger, que nous recommandons à la bienveillance de nos confrères, et qui traduit l'anglais, l'allemand et l'italien, désire trouver des travaux scientifiques, philosophiques ou littéraires à traduire de ces langues en français, ou du français en ces langues.

S'adresser, par lettre affranchie, à M. Reich, rue de l'Est, 17.

gastralgiques, de névralgies faciale et sus-orbitaire, qui furent confondues avec la céphalalgie qui signale l'invasion de la fièvre typhoïde. Un délire apyrétique vint aussi embrouiller le diagnostic; on crut à une affection mentale, et quand la maladie fut reconnue, il était déjà trop tard pour agir efficacement.

1851

Militaires. . . .	»	8	8	7	1
Civils.	»	6	6	6	»
Femmes	»	14	14	14	»
Résultats. . .	»	»	28	27	1

Remarques. — Diemer, le militaire dont l'observation a été relatée plus haut, est le seul malade mort cette année.

Ce tableau se décompose naturellement en deux périodes : dans la première, qui comprend environ deux années, le traitement n'est encore qu'à l'étude. Chez les hommes, il n'est employé qu'avec réserve, et associé le plus souvent à d'autres moyens, notamment aux purgatifs. Il en meurt 6 sur 23, c'est-à-dire plus d'un quart.

Les femmes, au contraire, au nombre de 14, sont traitées avec plus de hardisse, et toutes guérissent assez rapidement. Aussi, dans le commencement de 1847, jugeant l'expérience suffisante, je marche franchement dans la nouvelle voie, et dès ce moment, le succès comble mes espérances, c'est-à-dire que dans cette seconde période, qui est de cinq années, l'expérience confirme pleinement ce qui avait pu déjà être entrevu dans la première, à savoir : 1° que la mort n'atteint plus qu'un très petit nombre de malades; 2° qu'elle frappe exclusivement ceux qui sont traités par d'autres méthodes, ou qui ne sont pas pris à temps. C'est en réalité ce qui ressort incontestablement du tableau ci-dessus et des annotations qui y sont annexées. En effet, on n'y trouve que 6 morts sur 141, ou 1 sur 23 1/2, résultat d'autant plus frappant, que tous les malades qui ont succombé, se trouvaient dans des conditions exceptionnelles; les uns reçus au douzième ou au quatorzième jour; un autre au quarantième, et chez plusieurs, enfin, la maladie n'ayant été reconnue que trop tard.

En ville et à la campagne, j'ai traité un nombre bien plus considérable de typhoïques, et avec encore plus de succès, car je n'ai perdu que quatre malades qui sont morts de phthisie plusieurs mois après la terminaison de la fièvre typhoïde.

En présence de pareils résultats, la supériorité du traitement que ce travail a pour but de faire connaître, me paraît incontestablement établie. Qu'on ne suppose même pas qu'ils sont dus à une constitution médicale particulière et toute locale, ou à une sorte de dégénérescence de la maladie. Ces deux hypothèses seraient en contradiction avec les faits observés : d'abord, dans la période initiale, les maladies paraissent devoir être aussi graves que par le passé; la face des choses ne change que quand le traitement intervient à temps et convenablement : s'il est commencé trop tard, si le mal est combattu par d'autres moyens, ou s'il est abandonné à lui-même, on voit survenir les symptômes plus graves, et très souvent la mort. C'est ce que j'observe chez les malades qui sont envoyés tardivement à l'hôpital ou chez ceux que je vois en consultation à une époque avancée de la maladie. Dans la ville même, la fièvre typhoïde a fait encore, dans ces dernières années, quelques victimes; et il est bien remarquable que ce soit toujours parmi le très petit nombre de malades qui ont été autrement traités.

Combien de fois aussi, appelé dans des localités ou même dans des familles où déjà plusieurs malades avaient succombé, n'ai-je pas vu la mortalité cesser complètement, aussitôt que mon traitement y était mis en usage. Mon honorable collègue et ami, le docteur Danvin, qui partage complètement mes idées sur le traitement de la fièvre typhoïde, a obtenu plus souvent que moi encore cet heureux résultat, lorsqu'en sa qualité de médecin des épidémies, il fut envoyé par l'autorité dans les différentes localités où cette maladie régna dans ces dernières années. Enfin, comme preuve que la maladie en elle-même n'est rien moins que bénigne, il me suffira de citer un fait bien probant : A la Couture, commune rurale distante de Béthune de 10 kilomètres au plus, du 17 février au 10 mars 1851, quatre personnes, deux femmes de 20 à 25 ans, une petite fille de 10 ans et un homme de 47 ans, moururent en quelques jours de la fièvre typhoïde. Ils furent visités une ou deux fois par le médecin, mais aucun traitement ne fut employé. Cependant, un officier de santé d'une localité voisine, qui traite d'après mes indications, m'affirmait qu'à la même époque, il ne perdait pas plus de malades qu'en tout autre temps.

C'en est assez, je crois, pour démontrer, jusqu'à la dernière évidence, que c'est au traitement et à nulle autre cause qu'il faut rendre grâce des succès que nous obtenons dans presque tous les cas. Je dirai, enfin, qu'il ne me paraît pas mieux fondé de les attribuer à une dégénérescence de la maladie. Et, en effet, jamais les cas ne furent plus graves que pendant l'épidémie de 1848 et 1849, j'eus alors fréquemment l'occasion d'observer les symptômes les plus effrayans, tels que le délire très agité, les soubresauts des tendons, la somnolence profonde et prolongée, la raideur de tout le corps, l'engouement pulmonaire à un très haut degré, les évacuations alvines noires et sanguinolentes, les ulcères de la bouche et du pharynx, les larges plaques gangréneuses, etc., etc. Quelques malades même n'ont été entièrement rétablis qu'au bout de 7 ou 8 mois, et notamment deux de nos bonnes religieuses qui sont comprises parmi les vingt-et-un cas de typhus. C'est cependant à cette époque que j'obtins les plus beaux résultats, car sur les quatre-vingt-cinq malades traités dans ces deux années, il n'en est mort que deux : l'un arrivé trop tard à l'hôpital, et l'autre sans avoir été soumis à aucun traitement.

L'expérience confirme de tous points ce principe, car jamais je n'ai eu à regretter d'avoir agi trop énergiquement dès le début, tandis que la temporisation, et surtout l'inaction, ont été souvent cause des plus grands dangers, et même des plus fâcheux résultats. Je pourrais en citer de nombreux exemples bien frappans.

Je sais bien qu'on m'objectera que ce ne sont pas des fièvres typhoïdes, et que la rapidité de la guérison suffirait seule pour le prouver.

Cette assertion est, je crois, trop exclusive, mais fût-elle pleinement fondée, ce ne serait pas une raison de s'en préoccuper beaucoup en pratique. En effet, jusqu'à ce qu'on ait indiqué les caractères qui peuvent, avec une entière certitude, faire distinguer les affections réellement typhoïdes de celles qui n'en ont que l'apparence, il sera toujours prudent d'appliquer à toutes le même traitement; car si la maladie est de nature typhoïde, on ne saurait trop promptement agir; si elle ne l'est pas, on ne courra d'autres risques que d'obtenir une guérison qui pourra paraître d'une étonnante rapidité.

Je terminerai par l'exposé de quelques observations.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance des 25 Octobre et 2 Novembre 1852. — Présidence de M. Piobert.

Urétrotomie périnéale appliquée au traitement des rétrécissemens de l'urètre.

M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, lit un travail sur l'urétrotomie périnéale, appliquée au traitement des rétrécissemens de l'urètre. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de remettre en honneur une opération presque entièrement abandonnée en France, et qui est en grand honneur en Angleterre, où M. le professeur Syme, d'Edimbourg, en a presque généralisé l'usage.

L'urétrotomie périnéale, injustement oubliée, dit M. Sédillot, fend le rétrécissement de dehors en dedans par une plaie nette et régulière, étendue des tégumens à la partie supérieure de l'urètre, et comprenant le bulbe, s'il y a lieu, sans crainte d'hémorrhagie. On n'observe de rétention de sang ni de pus, nulle trace d'étranglement, pas d'inflammations diffuses ni de pyoémies; la plaie se forme sur une grosse sonde de gomme élastique laissée à demeure dans la vessie, et donne une cicatrice souple et mince, sans tendance marquée à la récidive de la coarctation.

L'opération de la boutonnière était employée contre les rétentions d'urine, et ne s'appliquait au traitement des rétrécissemens que d'une manière accessoire et secondaire. Les procédés en étaient confus, et le mot d'*urétrotomie périnéale* nous paraît mieux caractériser la nature et le but de l'opération que nous décrivons.

L'urétrotomie se pratique sur toute la longueur de l'urètre, et l'épithète de périnéale s'explique par la grande fréquence des rétrécissemens de la portion membraneuse ou périnéale du canal.

Quoiqu'il y ait dix ans que nous ayons fait nos premières opérations d'urétrotomie, et que nous en ayons cité un succès en 1846, dans notre *Traité de médecine opératoire*, nous ne rapporterons ici que nos dernières opérations recueillies depuis l'année 1851.

Les malades que nous avons soumis à cette opération, étaient dans des conditions presque désespérées, et tous, néanmoins, guérirent vite et d'une manière complète.

Le premier de ces opérés, capitaine dans un régiment de ligne, souffrait depuis vingt ans d'un rétrécissement. Depuis six mois, il n'urinait plus que par des pressions manuelles répétées sur le périnée, d'arrière en avant, pour chasser l'urine goutte à goutte au travers de la coarctation du canal. La vessie et les reins étaient enflammés, les urines fétides et purulentes; toutes les tentatives de cathétérisme et de cautérisation avaient échoué. L'urétrotomie, pratiquée le 11 juillet 1851, permit au malade de quitter Strasbourg au mois de septembre suivant, et le capitaine B... a repris son service au régiment, où il jouit aujourd'hui d'une magnifique santé.

Notre second malade, venu de Suisse, portait son rétrécissement depuis quinze ans. Des fistules périnéales s'étaient établies, et les tentatives de cathétérisme étaient restées infructueuses. Une fine bougie, introduite par hasard par le malade, n'avait pu être remplacée, et M. X..., étant parvenu, quinze jours plus tard, à la remettre, l'urétrotomie fut pratiquée le 22 juillet 1851. Les suites en furent heureuses : une incision semi-lunaire, faite autour de l'orifice de la fistule périnéale, en facilita la cicatrisation, et le malade quittait Strasbourg, et retournait le 9 septembre dans son pays, d'où il nous a écrit dernièrement qu'il continuait à jouir d'une parfaite guérison.

Le troisième opéré était tombé sur le périnée, et s'était rompu l'urètre : rétention d'urine, ponction périnéale; séjour à demeure de la canule du trois-quarts pendant dix-sept semaines; formation d'un calcul dans la vessie. On envoya cet homme en cet état à la clinique de Strasbourg. L'urétrotomie est pratiquée le 7 janvier 1852; le calcul est extrait par la taille latéralisée le 3 février, et le malade, complètement guéri, retourne à Mulhouse le 13 mars, où il continue à se bien porter. Le col de la vessie a conservé sa contractilité, les urines sont bien retenues et largement chassées par l'urètre. Les fonctions génitales sont restées intactes, et l'on n'observe aucune trace des anciennes infirmités dont peu de personnes avaient espéré la guérison.

Notre quatrième malade était atteint depuis quinze mois d'un rétrécissement de l'urètre, avec cystite, néphrite, urines purulentes et fétides, émaciation, danger imminent. Les tentatives de dilatation et de cautérisation furent infructueuses. Cystite aiguë, angioleucite de la verge; les ganglions de l'aine droite s'enflamment et suppurent. Rétentions d'urines qui nécessitent deux ponctions hypogastriques.

Urétrotomie le 9 août 1852. Guérison le 8 septembre, époque où le malade quitte Strasbourg pour retourner dans sa famille, où sa santé s'est complètement rétablie.....

Une précaution essentielle, dans le cas de rétrécissemens infranchissables, est d'ouvrir l'urètre au-devant de la coarctation sur une grosse sonde métallique, et de fixer immédiatement les parois du canal par un fil, une épingle, une mince érigne, etc., pour être certain de les retrouver dans tous les momens de l'opération. Une irrigation d'eau froide facilite l'examen des parties, et permet de découvrir, à l'aide d'un stylet d'argent cannelé, l'orifice du rétrécissement. Si l'on ne parvient pas à traverser l'obstacle, on pourrait le franchir avec un stylet conique, ou aller ouvrir l'urètre au-devant de la prostate, et découvrir le rétrécissement d'arrière en avant, au moyen d'un stylet d'argent recourbé, et introduit dans cette portion du canal. Ces manœuvres et les décisions à prendre sont on ne peut plus difficiles et délicates, et il ne faudrait pas légèrement en prendre la responsabilité. Un chirurgien sûr de son sang-froid, de son esprit de ressources et de sa main, est seul capable de surmonter heureusement de pareils obstacles, qu'aucune opération chirurgicale ne présente peut-être au même degré.

Si l'on est parvenu à placer à l'avance une bougie dans le canal, on glisse sur elle le stylet cannelé qui sert à fendre la coarctation. Un autre stylet, introduit à côté du premier, donne la facilité de dilater l'urètre, et d'y porter, sans crainte de fausse route, une sonde de gomme élastique que l'on fait parvenir dans la vessie. M. le professeur Syme donne le conseil de franchir le rétrécissement avec un petit cathéter cannelé en argent. L'urétrotomie est alors rendue facile; mais cette manœuvre suppose un rétrécissement assez dilatable pour recevoir un cathéter, et telles n'étaient pas les conditions dans lesquelles nous avons opéré. Le défaut d'écoulement de l'urine par la sonde dépend souvent des caillots de sang qui en bouchent les yeux. Une injection d'eau tiède remédie à cette difficulté.

La sonde de gomme élastique est alors retirée sans déranger la position des stylets conducteurs, et on la réintroduit par le gland jusqu'à la plaie périnéale, et ensuite dans la vessie, avec les précautions déjà signalées.

M. le professeur Syme ne place pas toujours de sonde dans l'urètre, on retire l'instrument au bout de peu de jours. Nous avons préféré laisser les sondes à demeure jusqu'à la cicatrisation presque complète de la plaie, et nous croyons cette conduite plus avantageuse, lorsque les rétrécissemens sont extrêmement étroits, et que le canal de l'urètre est depuis longtemps coarcté.

Luxation du maxillaire réduite au bout de deux mois, à l'aide du dilatateur de Stromeyer.

M. le professeur Bouisson, de Montpellier, communique une observation de luxation du maxillaire réduite à l'aide du dilatateur de Stromeyer. Voici en quels termes M. Bouisson décrit cette application :

La malade fut conduite à la salle des opérations; on la fit placer dans la position horizontale et je la soumis à l'action du chloroforme. Le sommeil anesthésique fut poussé assez loin, de manière à déterminer à la fois l'insensibilité et un relâchement musculaire complet. Au bout de trois minutes, ce résultat était obtenu. J'introduisis alors dans la bouche l'instrument de Stromeyer, et après avoir poussé entre les dents molaires les plaques rapprochées, j'en opérai l'écartement a l'aide de la vis de pression. La mâchoire inférieure céda et s'abaissa peu à peu; lorsque cet abaissement fut suffisant, je confiai l'instrument à un aide, et agissant à la fois sur le corps de l'os et sur ses branches pour le repousser en arrière, je parvins à lui rendre en quelques instans sa position normale. Aussitôt que l'instrument fut retiré, la mâchoire inférieure reprit ses rapports réguliers avec la supérieure, et il fut facile de voir, par la correspondance et le rapprochement des arcades dentaires, que la réduction était à la fois régulière et complète. La bouche était fermée, les lèvres se touchaient naturellement. Ce résultat fut obtenu sans la moindre douleur et à l'insu de la malade, qui se réveilla heureuse et étonnée de se voir ainsi instantanément guérie.

Le pansement a consisté dans l'emploi d'une fronde, et dans des applications de compresses imbibées d'eau blanche sur les régions temporo-maxillaires. Une sensation médiocrement douloureuse et contusive a été éprouvée dans ces régions le jour et le lendemain de la réduction; mais il n'est survenu ni gonflement, ni inflammation. La malade a été mise à la diète liquide, et on lui a recommandé de ne pas ouvrir largement la bouche. Dès le troisième jour, les douleurs étaient presque nulles. Les mouvemens de la mâchoire s'exécutaient librement. Des alimens furent permis.

Huit jours après, toutes les douleurs avaient disparu, et rien ne gênait les mouvemens de la mâchoire inférieure. La malade sortit de l'hôpital.

M. Burq adresse une note sur le traitement préservatif et curatif du choléra, au moyen des plaques métalliques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 8 Septembre 1852. — Présidence de M. Bouvier.

Sommaire. — Observations : 1° compression de la moelle épinière par une tumeur osseuse, M. Delasiauve; — 2° abcès du foie, M. Bricheteau; — 3° tumeur abdominale; empoisonnement par l'acide chlorhydrique concentré, M. Guérard; — 4° empoisonnement par l'acide chlorhydrique étendu, M. Requin, — 5° empoisonnement par l'acide sulfurique, M. Legroux.— Discussion : MM. Barth, Legroux, Requin.

On vote sur l'admission de M. Moutard-Martin, médecin du bureau central des hôpitaux.

M. Moutard-Martin est nommé membre de la Société à l'unanimité des suffrages.

M. Aran fait part à la Société de la guérison du malade qu'il lui a présenté il y a quelque temps, et qui avait été affecté de paraplégie à la suite d'un empoisonnement par l'arsenic. Ce malade s'est rendu à Bagnères-de-Luchon, où il a pris quarante-six bains et un nombre égal de douches. Après le trente sixième bain, l'amélioration était on ne peut plus évidente. Aujourd'hui, il est de retour à Paris. Sa guérison s'est confirmée, et il a pu reprendre ses occupations.

M. Guérard a maintenant dans son service un malade affecté de paralysie saturnine, qui a été guéri par l'emploi des bains sulfureux.

Bien que ce fait ne soit pas de même nature que celui qui vient d'être rapporté par M. Aran, il a cru devoir le citer pour confirmer la valeur des bains sulfureux.

M. Delasiauve rapporte l'observation d'un malade atteint de démence, qui mourut après avoir présenté des symptômes successifs de congestion, et finalement d'hémorrhagie cérébrale. Cet homme avait eu, il y a dix ans, des accès d'asthme, puis un affaiblissement des membres inférieurs. Sept ou huit mois après l'invasion des accidens, la marche était devenue impossible, et les membres supérieurs eux-mêmes étaient notablement affaiblis. Le malade entra alors dans le service de M. Briquet, qui lui fit appliquer des vésicatoires volans sur le trajet de la colonne vertébrale. Après trois mois de traitement environ, il sortit guéri de l'hôpital, et put reprendre ses occupations. Il était employé dans l'administration des contributions indirectes. Sa guérison s'était maintenue pendant plusieurs années, lorsqu'il y a cinq mois, il fit une chute de cheval, et la paralysie reparut. Bientôt ses facultés intellectuelles s'affaiblirent, et il présenta quelques signes de démence. Entré de nouveau dans le service de M. Briquet, il y resta un mois, et fut enfin transféré à Bicêtre, où il succomba peu de temps après, par le fait d'une hémorrhagie cérébrale. A l'autopsie, on trouva un foyer apoplectique dans un des lobes du cerveau, et, en outre, une excroissance osseuse à la partie supérieure de la colonne vertébrale, au niveau de la première ou de la deuxième vertèbre cervicale. Cette tumeur faisait saillie dans le canal rachidien, et comprimait la moelle épinière. C'est sans doute à cette compression de la moelle que l'on doit rapporter les accidens de paralysie qui avaient existé il y a dix ans, et qui s'étaient reproduits quelques mois avant la mort de ce malade.

M. Bricheteau : Je demande à citer un fait qui me paraît offrir un certain intérêt. J'ai depuis un mois dans mon service un malade chez lequel on a constaté l'existence d'une caverne dans le côté gauche de la poitrine, et qui présentait en même temps une tumeur dans la région du lobe gauche du foie. Cette tumeur était le siége de battemens qui devaient lui être communiqués par les pulsations du tronc cœliaque, avec lequel elle était en rapport par sa face postérieure. Plusieurs fois, en auscultant cette tumeur, on crut entendre un râle sous-crépitant à bulles peu nombreuses. Présumant que c'était un abcès, je dus songer à la possibilité d'une communication entre le foyer purulent et le poumon. Je fis appliquer successivement deux cautères sur cette tumeur. En cherchant à détacher les bords de la deuxième escarre avec un stylet, l'extrémité de cet instrument pénétra dans le foyer, et il s'écoula une petite quantité de pus; l'ouverture fut alors agrandie avec le bistouri. Le pus était très fétide, et pendant qu'il s'écoulait, on crut voir s'échapper des bulles d'air, circonstance qui venait confirmer la présomption d'une communication avec le poumon; je fis pratiquer des injections chlorurées dans la cavité de l'abcès, dont les parois se rapprochèrent peu à peu, et aujourd'hui le malade est en voie de guérison. L'état de la poitrine paraît même s'être amélioré. La rapidité avec laquelle cet abcès a marché vers la cicatrisation, et l'absence de tout accident depuis son ouverture, ne permettent pas de croire à l'existence actuelle d'une communication avec le poumon. Cette communication a-t-elle existé avant l'ouverture de l'abcès? S'est-elle oblitérée immédiatement après cette ouverture? Je crois qu'il est fort difficile de résoudre ces questions.

M. Barth : La communication d'une caverne pulmonaire avec un abcès du foie est un fait excessivement rare, et je n'en connais aucun exemple. Il serait également fort extraordinaire que cette communication se fût oblitérée immédiatement après l'ouverture de l'abcès. Si elle a existé, n'est-elle pas survenue plutôt à la suite d'un abcès de la base du poumon ou d'une pleurésie diaphragmatique purulente, comme cela a été observé un certain nombre de fois. Il y a huit ans, je me rappelle avoir vu à l'Hôtel-Dieu un malade chez lequel on entendait du gargouillement à la base du poumon et dans la région du foie. Ce malade avait, à plusieurs reprises, expectoré de la bile; à l'autopsie, on trouva un abcès du foie communiquant avec les bronches. On sait que des kystes hydatiques du foie peuvent également s'ouvrir dans le poumon. Je crois donc que l'interprétation du fait cité par M. Bricheteau doit être réservée, et qu'il serait fort intéressant d'avoir ultérieurement, si cela se peut, le complément de cette observation.

M. Guérard : J'ai eu dernièrement, dans mon service, une femme qui était affectée d'une tumeur abdominale. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, cette femme avait été prise de symptômes analogues à ceux qui accompagnent une indigestion. Elle avait d'abord vomi des alimens, puis de la bile, et avait eu en même temps des selles bilieuses. Lorsque je l'examinai pour la première fois, le ventre était tendu et météorisé. Entre l'ombilic et le cœcum, on rencontrait une tumeur du volume du poing, peu douloureuse au toucher et donnant un son mat à la percussion; on y percevait une fluctuation obscure. Il n'y avait pas de fièvre. Incertain que j'étais sur la nature et le siége de cette tumeur, je priai M. Gosselin de l'examiner; il hésita entre un abcès ou une tumeur biliaire; pour ma part, je croyais plutôt à un abcès. L'état de la malade paraissait d'ailleurs peu inquiétant, lorsqu'un jour elle eut des selles bilieuses et sanguinolentes; la tumeur devint alors le siége de douleurs violentes qui s'étendirent à toute la cavité abdominale, et on dut croire à l'invasion d'une péritonite. Bientôt il survint une parotide, et les symptômes abdominaux se calmèrent, enfin la parotide disparut et la malade succomba. A l'autopsie, on trouva un abcès qui remontait sur la face convexe du foie, et des fausses membranes épaisses qui attestaient l'existence d'une péritonite aiguë. Le pus de l'abcès était mélangé d'une matière jaune, et on y trouva un calcul biliaire peu volumineux. En examinant avec soin l'intérieur de la cavité, on put se convaincre que la tumeur avait été formée d'abord par la vésicule biliaire qui s'était ulcérée, et dont la rupture, s'effectuant sans doute par un très petit pertuis, avait déterminé une péritonite locale. En effet, on trouva encore de petits lambeaux de la vésicule biliaire flottant dans la cavité de l'abcès, et le col de cette vésicule qui s'ouvrait directement dans le foyer purulent était très dilaté. Je ferai remarquer que la bile avait toujours continué à couler dans l'intestin puisque la malade avait eu à plusieurs reprises des déjections bilieuses.

M. Barth cite un fait semblable. Il a rencontré chez un malade qu'il n'avait vu que dans les derniers jours de sa vie et dont il fit l'autopsie, un abcès occupant la région moyenne de l'abdomen du côté droit, et dans la cavité duquel flottaient des lambeaux de la vésicule biliaire.

M. Guérard : J'ai observé dernièrement un cas d'empoisonnement par l'acide chlorhydrique concentré. Ce genre d'empoisonnement étant très rare, et ayant pu suivre la malade depuis le début des accidens jusqu'à la mort, je crois que cette communication peut offrir quelqu'intérêt. Le sujet de cette observation est une femme d'une vingtaine d'années, qui avala volontairement de l'acide chlorhydrique très concentré, dont elle évalua elle-même la quantité à une cuillerée à café; elle fut amenée immédiatement à l'Hôtel-Dieu, où on lui fit prendre de l'eau albumineuse. Le lendemain matin, toutes les parois de la cavité buccale étaient couvertes d'une couche de fausses membranes blanchâtres et opalines; elle éprouvait des douleurs épigastriques intolérables, le pouls était fréquent et petit. Les déjections alvines étaient neutres et même légèrement alcalines, ce qui tenait sans doute à l'eau albumineuse qu'elles contenaient. J'employai le traitement antiphlogistique. Les exsudations pseudo-membraneuses se détachèrent au bout d'une huitaine de jours; les parties qu'elles recouvraient étaient rouges et d'une sensibilité exquise. Cependant, vers le douzième jour, les accidens avaient en partie disparu; le dixième jour, elle avait vomi une membrane grisâtre qui fut considérée comme provenant d'une escarre de la membrane muqueuse de l'œsophage. Cette femme ayant fait plusieurs écarts de régime, de nouveaux accidens se manifestèrent; elle fut prise de vomissemens répétés de mucosités abondantes et de tous les symptômes d'une gastrite aiguë. Ces nouveaux accidens ayant résisté au traitement qu'on pouvait leur opposer, bientôt l'amaigrissement fit des progrès rapides; la fièvre hectique se déclara et la mort survint environ deux mois après l'empoisonnement; elle avait été précédée de quelques symptômes cérébraux. A l'autopsie, on trouva la membrane muqueuse de l'estomac détruite dans presque toute son étendue; au niveau du pylore, elle était au contraire épaissie, indurée, et cet orifice était notablement rétréci. Dans l'œsophage existait une cicatrice longitudinale qui devait correspondre au point d'où s'était détaché l'escarre que la malade avait rendue pendant la vie.

M. Requin : Je ne pense pas que les empoisonnemens par l'acide chlorhydrique soient aussi rares que M. Guérard paraît le croire; il y a d'ailleurs beaucoup d'individus qui ont guéri après avoir été empoisonnés par cet acide. J'ai vu un corroyeur qui avait avalé, par mégarde, une quantité considérable d'acide chlorhydrique (étendu à la vérité), et qui fut guéri au bout de dix ou douze jours. Les accidens primitifs suivirent les mêmes phases que chez la malade de M. Guérard; mais ce malade fut exempt de tout accident ultérieur. Immédiatement après l'ingestion du poison, un pharmacien lui avait administré de la magnésie, et lorsque je le vis, je crus n'avoir rien de mieux à faire que de recourir au traitement antiphlogistique.

M. Guérard fait remarquer qu'en signalant la rareté des empoisonnemens par l'acide chorhydrique, il n'a fait allusion qu'aux empoisonnemens par l'acide concentré.

M. Legroux : J'ai eu, dans mon service, une servante qui avait volé des bijoux et qui prit une dose assez forte d'acide sulfurique. Il y eut une inflammation très vive de la bouche, du pharynx et même du larynx, car l'aphonie était complète pendant les premiers jours. La malade accusait également des douleurs très vives dans le trajet de l'œsophage et à la région épigastrique. Vers le dixième jour, elle expectora un lambeau de membrane qui paraissait provenir du pharynx; elle rendait continuellement une quantité énorme de mucosités. Cette femme mourut au bout d'un mois, épuisée par des accidens de fièvre hectique.

L'autopsie fit reconnaître que les lésions les plus profondes siégeaient dans le pharynx. Les cordes vocales, qui avaient été cautérisées par l'acide sulfurique, étaient presque entièrement cicatrisées; il n'y avait dans l'estomac que deux ou trois ulcérations, assez larges, et en voie de cicatrisation.

M. Guérard croit que la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac doit être attribuée, chez sa malade, aux derniers accidens qu'elle a éprouvés à la suite des écarts de régime qu'elle avait faits, et non à l'action directe de l'acide chlorhydrique.

M. Requin est d'avis que la destruction de la membrane muqueuse était un résultat de l'inflammation. La gastrite qui survient dans ces circonstances est bien une conséquence de l'empoisonnement, mais n'en est pas l'effet direct. Ce serait plutôt, si l'on veut, l'effet vital du poison. On observe, d'ailleurs, la destruction ou le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac à la suite d'autres maladies, la fièvre typhoïde par exemple, et dans ces cas c'est encore à l'inflammation qu'il faut rapporter ces lésions.

M. Legroux n'est pas convaincu que l'inflammation ait été la cause de la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac; ce qui lui inspire des doutes, c'est surtout la généralité de la lésion; il croirait plus volontiers que c'est un effet cadavérique. Il ne croit pas non plus que les ramollissemens de l'estomac qui succèdent à la fièvre typhoïde soient toujours de nature inflammatoire.

M. Requin : La question de la nature des lésions ne peut pas être tranchée par l'aspect que présentent les tissus malades; car les ramollissemens inflammatoire et cadavérique peuvent offrir les mêmes caractères. Dans les cas de fièvre typhoïde, de variole, etc., il est plus naturel de rattacher ces lésions à l'inflammation qu'à toute autre cause, car il y a des symptômes, tels que des vomissemens, par exemple, qui décèlent une inflammation de l'estomac.

M. Legroux ne nie pas l'existence du ramollissement inflammatoire. Mais chez la malade de M. Guérard, les symptômes ne lui paraissent pas suffisans pour admettre cette cause. Dans la fièvre typhoïde, on rencontre souvent aussi des ramollissemens très étendus, alors que, pendant la vie, on n'a observé aucun symptôme de gastrite; il est donc plus rationnel de considérer ces ramollissemens comme simplement cadavériques. D'ailleurs, lorsqu'un ramollissement dépend de l'inflammation, il existe pendant la vie des symptômes inflammatoires.

M. Guérard : Chacun sait que le ramollissement cadavérique de l'estomac peut déterminer la perforation de cet organe; et on se rappelle à ce sujet les expériences de Carswell. Mais, chez ma malade, la lésion ne peut pas être considérée comme cadavérique, car il a existé au début une inflammation intense; puis, après s'être calmée, cette inflammation s'est ravivée sous l'influence de plusieurs écarts de régime.

Le secrétaire : Ch. Léger.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Addition à la séance du 27 Octobre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Opération de taille périnéale, pratiquée dans des circonstances insolites.

M. Deguise fils fait sur ce sujet la communication suivante :

Il y a trois semaines, je fus consulté par un cultivateur habitant la commune de Bonneuil (Seine), pour une tumeur qu'il portait au périnée. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf, occupait le côté gauche de cette région, s'étendait en bas jusqu'à près de 2 centimètres de l'anus, en haut jusqu'à la racine des bourses, était bornée en dehors par le pli crural, en dedans dépassait un peu le raphé. Elle était dure et bosselée; la peau, d'un rouge érythémateux, présentait une foule de petits enfoncemens ou culs-de-sac, ou bien de véritables trajets fistuleux laissant suinter de l'urine.

Cet homme, âgé de 74 ans, avait été taillé par mon grand'père, il y a cinquante ans. A la suite de cette opération, il était resté une fistule au périnée, laquelle, depuis cette époque, donnait passage à une certaine quantité d'urine, ou bien se fermait de temps à autre, mais jamais pour longtemps. Comme, en somme, la plus grande partie des urines s'écoulait par la verge, mon vieux client de famille s'était habitué à cet état de choses, et ne serait probablement pas venu réclamer mes soins, si, depuis un mois, il n'avait ressenti des douleurs assez vives au périnée, ainsi que dans le canal, surtout pendant l'émission des urines dont il ne se débarrassait plus qu'avec une certaine difficulté.

J'ai dit que la tumeur était d'une dureté extrême; lorsqu'on cherchait à lui imprimer quelques mouvemens, on percevait très manifestement un bruit particulier, une sorte de crépitation analogue à celle qui serait sentie en pressant une bourse dans laquelle on aurait placé de petits cailloux. Un stylet, poussé par l'un des orifices fistuleux, tombait directement sur un corps dur, et produisait un choc caractéristique. J'avais affaire à un calcul périnéal.

J'introduisis une sonde ordinaire par l'urètre, puis successivement trois autres plus petites, sans pouvoir franchir la portion membraneuse. Néanmoins, par cette voie, je ne sentis aucun calcul, et je crus être autorisé à m'expliquer la difficulté du cathétérisme, par la seule pression du calcul périnéal.

Comme j'avais déjà eu l'occasion de rencontrer de ces calculs, et qu'il m'avait suffi de faire une simple incision au périnée pour les extraire avec la plus grande facilité, je ne me munis d'aucun instrument particulier le jour où je me rendis auprès de mon malade pour le débarrasser de ce que je ne croyais être qu'un calcul dans l'épaisseur du périnée.

L'expérience m'ayant démontré que ces sortes de calculs sont ordinairement multiples et d'une friabilité extrême, témoins les échantillons de ceux que je mets aujourd'hui sous les yeux de la Société, je pris seulement une pince à polypes nasaux, pour me faciliter l'extraction des fragmens que je m'attendais à rencontrer, surtout si l'un d'eux proéminait dans l'urètre.

Je me proposais donc 1° de fendre le périnée jusqu'à la poche renfermant le calcul; 2° de l'extraire; 3° de circonscrire par des incisions rendues elliptiques la plus grande partie des tégumens du côté gauche du périnée, et d'enlever avec le kyste tout le tissu inodulaire qui était traversé par les fistules dont j'ai déjà parlé.

En conséquence, assisté par mon honorable confrère M. Monfroy, je pratiquai sur le côté gauche du périnée, à 3 centimètres de l'anus, une incision horizontale débordant le raphé et le pli génito-crural. Les tissus rencontrés par mon bistouri étaient tellement durs, qu'il me fallut inciser à plusieurs reprises avant d'arriver à la poche. De plus, ces tissus prêtèrent assez peu pour que, malgré l'étendue de mon incision, je ne pusse suffisamment dégager le calcul. Je fus donc dans l'obligation de faire une seconde incision coupant verticalement la première de bas en haut. C'est alors seulement que je vins à bout de détruire les adhérences du calcul avec le kyste qui le renfermait.

Voici ce calcul : vous voyez que son volume et sa forme sont ceux d'un marron de moyenne grosseur; il est pesant et très dur; les rugosités qu'il présente à sa surface expliquent les adhérences qui l'attachaient au kyste. Ce qu'il offre de plus remarquable est une petite facette lisse et polie qui m'apprit de suite qu'il n'était pas unique, et que par cette facette il devait s'articuler avec un second calcul. En effet, en introduisant profondément un stylet, je perçus un nouveau choc. La poche périnéale était vide, mais il existait un calcul dans l'urètre.

J'eus recours, pour l'extraction de ce second calcul, à mes pinces à polypes; mais l'ouverture de communication avec la poche n'était pas suffisante pour permettre l'écartement des mors de l'instrument. Je fendis donc l'urètre de bas en haut et cette fois je pus pénétrer. Malheureusement, en cherchant à saisir la pierre, je la sentis fuir, puis disparaître; elle était tombée dans la vessie.

Que faire? Me repentir de n'avoir point prévu la nécessité d'un appareil instrumental? Cela n'avançait à rien. Laisser cet homme et courir chez moi chercher ce qui me manquait? Mais c'était faire quatre lieues. Je pris immédiatement mon parti.

L'indicateur de la main gauche, introduit dans la plaie jusque dans l'urètre, j'incisai de nouveau, mais en dehors, à l'aide d'un bistouri boutonné, de manière à intéresser la prostate dans l'étendue d'un centimètre environ, et je plongeai aussitôt dans la vessie mes pauvres pinces à polypes. Mais j'eus beau les entrer jusqu'aux anneaux et les tourner dans tous les sens, il me fut impossible de saisir la pierre. C'est alors que j'eus l'idée d'introduire deux doigts de la main gauche dans le rectum, après avoir fait un peu relever le malade, puis en arc-boutant le coude contre un de mes genoux et en pressant de toutes mes forces, je parvins à ramener la pierre assez près du col pour la saisir avec mes pinces et en faire l'extraction.

Ce deuxième calcul, que je vous présente, est aussi dur, aussi pesant, aussi inégal que le premier; sa forme est allongée; il a 5 centimètres de longueur; la circonférence de son axe mesure 6 centimètres; il se termine en pointe en avant, se recourbe en arrière et simule assez bien, pour la figure, un pénis avec le scrotum. La portion allongée occupait la région prostatique, la portion recourbée et renflée baignait dans la vessie. Il offre deux petites facettes pour s'articuler, l'une avec le premier calcul déjà décrit, la deuxième avec un troisième calcul de la grosseur d'un pois, et qui, à part son volume et sa forme, est exactement de la même nature que les autres.

La fin de mon opération n'a plus rien offert de remarquable, elle s'est terminée par l'ablation des trajets fistuleux ainsi que de tous les tissus indurés.

Depuis quinze jours que cette taille a été pratiquée, il n'est survenu aucun accident; la cicatrisation de la plaie marche avec rapidité; tout, en un mot, me fait espérer une guérison prochaine. Au surplus, je me ferai un devoir d'instruire la société de ce qui pourra survenir ultérieurement.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 134 SIXIÈME ANNÉE. Mardi 9 Novembre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :

1 An. .... 32 Fr. :
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 NOVEMBRE 1852.

L'EUROPE EST-ELLE MENACÉE D'UNE NOUVELLE ET PROCHAINE INVASION DU CHOLÉRA ASIATIQUE?

La réapparition récente du choléra asiatique en Pologne, ses ravages dans ce malheureux pays, sa présence signalée à Dantzig et jusqu'à Berlin, ont fait naître des appréhensions fort vives et à peu près générales sur sa prochaine et progressive invasion dans les régions centrales et méridionales de l'Europe. Tristement averties par les deux épidémies de 1832 et 1849, les populations voyant encore le choléra envahir de proche en proche les provinces de la Pologne et de la Prusse, s'inquiètent et s'effraient de son retour probable, et les gouvernemens de l'Allemagne, de la Belgique, de l'Angleterre et de la France, en prévision d'une nouvelle apparition du fléau asiatique, prennent des mesures d'hygiène publique commandées par une sage et prudente prévoyance.

Dieu veuille que ces craintes soient chimériques, que ces précautions soient inutiles!

Elle serait bien aventureuse et téméraire la science qui, en présence d'une maladie si capricieuse et si bizarre, oserait prévoir son itinéraire et sa marche. Cependant, avec toute la réserve qu'il faut apporter dans des inductions purement analogiques, nous serions porté à répondre plutôt négativement qu'affirmativement à la question qui fait le titre de cette courte note. Le choléra actuel de Pologne paraît être plutôt un accident que se rattacher à une de ces grandes constitutions épidémiques dont nous avons vu de si tristes exemples. Le choléra actuel est né dans une petite ville d'une province de la Pologne. Il n'y avait trace de la maladie nulle part en Europe. Contrairement à ce qui a été observé dans les deux précédentes invasions, il n'a pas pénétré en Russie par les rivages de la mer Caspienne et par le Caucase. Le choléra, qui, depuis deux ans, désole une partie de l'Asie et surtout la Perse, est encore très loin des frontières orientales de la Russie. L'épidémie actuelle de la Pologne semble se concentrer et s'éteindre dans les provinces où elle a éclaté. La ville de Dantzig n'en a éprouvé que quelques atteintes. Il n'est pas bien sûr que le choléra asiatique se soit montré à Berlin, et dans tous les cas, il n'y aurait fait que de très rares victimes. Les dernières nouvelles de Varsovie annoncent la presque disparition du fléau dans cette ville où il a fait de cruels ravages, et n'indiquent aucun point nouveau qu'il ait envhi. Voilà des faits qui, chacun pris isolément, n'ont peut-être pas de l'importance, mais qui, dans leur ensemble, peuvent faire croire et espérer que le choléra actuel de la Pologne n'est pas destiné à s'étendre.

Il est certain que le choléra asiatique qui, deux fois en dix-sept ans, a exactement suivi le même itinéraire, soit en Asie, soit en Europe, ainsi qu'on peut s'en convaincre en consultant les cartes, de ces deux invasions tracées par M. le docteur Verollot, ne présente aujourd'hui dans sa marche rien d'analogue aux faits précédemment connus. Ou plutôt l'épidémie actuelle de Pologne semble pouvoir être comparée aux épidémies de 1670 et 1676, décrites par Willis et Sydenham, qui les observèrent à Londres, où elles se concentrèrent et s'éteignirent.

Pour ceux que l'analogie conduit à des inductions moins réservées, l'épidémie de choléra asiatique qui, depuis plus de deux ans, ravage le golfe Persique, la Perse, et s'approche de plus en plus des bords de la mer Caspienne et du Caucase, cette épidémie paraît plus menaçante que celle qui règne actuellement en Pologne. Mais de grandes distances nous en séparent encore. Le fléau peut, comme en 1823, après s'être montré jusqu'aux pieds du Caucase, rebrousser chemin pour ne reparaître que sept à huit ans après. Mais là, à notre avis, plus qu'actuellement en Pologne, se trouve le point noir sur lequel l'Europe doit rester attentive.

Amédée LATOUR.

RAPPORT

Fait au Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE sur ses travaux depuis le 1er Octobre 1851 jusqu'au 1er Octobre 1852,

Par M. le docteur Amédée LATOUR,

Rédacteur en chef du Journal, et secrétaire général du Comité.

(Par délibération du Comité, à laquelle ont pris part MM. ARAN, BRIERRE DE BOISMONT, CHEREST, A. CHEREAU, CERISE, COMPÉRAT, DESPAULX-ADER, FAUCONNEAU-DUFRESNE, FOISSAC, A. FORGET, HÉRARD, HOMOLLE, MOREAU (de Tours), RICHELOT et SANDRAS, il a été décidé que ce Rapport serait publié dans le journal et adressé aux médecins de France et de l'étranger.)

I.

Messieurs,

L'article 25 des statuts de la Société l'UNION MÉDICALE est ainsi conçu :

« Art. 25. Il y aura un Comité de rédaction, dont les membres seront nommés par le gérant. »

Vous le voyez, le Comité de rédaction existe en vertu des dispositions formelles de l'acte constitutif de notre Société; son institution a été obligatoire; son fonctionnement régulier est une condition de nos statuts; seuls le choix et le nombre de ses membres ont été laissés à l'initiative intelligente de notre honoré gérant.

Avant d'entrer dans les détails du compte-rendu de vos travaux pendant l'année qui vient de s'écouler, veuillez me permettre de vous rappeler, aussi brièvement que possible, par quelles intentions furent guidés les fondateurs de notre Société, et quel but ils cherchèrent à atteindre, en consacrant par un article spécial de la charte qui nous gouverne, l'institution d'un Conseil de rédaction.

L'UNION MÉDICALE a été fondée sur le principe de l'association; elle a grandi et prospéré par ce principe, dont nous n'avons cessé d'être les propagateurs convaincus, et dont nous avons voulu être aussi les applicateurs zélés. Mais si nous avions reconnu à ce principe de puissans et d'incontestables avantages, nous avons dû ne pas oublier que les meilleures institutions humaines présentent leur côté défectueux, et qu'il fallait se prémunir d'avance contre les inconvéniens, petits ou considérables, qui pourraient surgir de l'application d'un bon principe.

Envisagée au point de vue de la publication d'un journal, l'association fait saillir, plus peut-être que dans toute autre application du principe, le côté dangereux de cette institution, surtout quand ce journal doit nécessairement rechercher ses associés parmi des hommes engagés dans les mêmes voies scientifiques et professionnelles, et qui, par le fait même de leur association, pourraient se croire investis de droits particuliers sur la rédaction du journal, ou celui de lui imprimer telle ou telle direction favorable à leurs intérêts scientifiques ou professionnels.

Les fondateurs de l'UNION MÉDICALE furent préoccupés de cette pensée plus que je ne pourrais le dire ici; ils virent l'écueil, ils voulurent l'éviter.

Deux moyens leur parurent propres à éloigner les dangers que je n'ai voulu qu'indiquer.

II.

Le premier consistait à associer à notre œuvre le plus grand nombre possible de personnes. Par là, ils devaient éviter l'inconvénient des petites influences, ils pouvaient pondérer l'un par l'autre les élémens divers dont se compose le corps médical d'une grande ville comme Paris, et neutraliser l'un par l'autre les intérêts croisés et souvent divergens de chacun de leurs membres.

Cette mesure a eu tous les résultats que nous en attendions. Notre association très nombreuse, en effet, composée de tous les élémens du corps médical de Paris, science, enseignement, pratique, intérêts professionnels, ne représente, et ne peut représenter que les intérêts généraux de ce corps, réunis et confondus dans un seul intérêt, celui du bien commun, celui de la justice et de la vérité pour tous.

Ainsi en science, l'UNION MÉDICALE n'a voulu arborer le drapeau d'aucune doctrine, et cela par les motifs qui furent longuement exposés dans le N° spécimen de décembre 1846. La constitution de notre Société lui a permis de rester fidèle à cette promesse qui n'était pas de sa part une tactique de prospectus, mais le résultat nettement arrêté d'une conviction sérieuse. Six années se sont écoulées depuis que nous avons annoncé cette résolution, et aucun pas assez considérable n'a été fait vers la systématisation scientifique de la médecine pour que nous éprouvions le besoin ou que le devoir nous soit imposé de fermer nos colonnes libéralement ouvertes jusqu'ici aux doctrines diverses qui se partagent les esprits.

A ce point de vue, notre Société n'est, après tout, Messieurs, que l'image réduite, mais fidèle, de la grande Société médicale. Comme dans celle-ci, nous voyons parmi nous des anatomistes et des vitalistes; le Cartésianisme y a ses représentans comme le Baconisme; le positiviste s'y rencontre avec le rationaliste, et le sectateur du Fait y trouve sa place comme le partisan du principe de l'Autorité.

L'UNION MÉDICALE peut avoir une tendance à pencher d'un côté plus que de l'autre; dans les articles qui émanent de son rédacteur en chef, il est souvent très facile de voir sous quelle bannière il voudrait combattre, s'il avait à combattre. Mais cette tendance et ces sympathies plus ou moins transparentes laissent à notre journal toute sa libéralité, même en faveur des opinions qui s'éloignent le plus de ses opinions propres. Nous ne demandons, Messieurs, vous et moi, aux doctrines diverses qui veulent recourir à la publicité de nos colonnes. d'autre passe-port que celui qui porte ces mots: conscience et conviction scientifique.

J'insisterais beaucoup sur cette idée, Messieurs, si je me préoccupais plus que cela n'est nécessaire de quelques rumeurs que cherchent à répandre des amours-propres froissés, dont, très sensément, vous avez repoussé les élucubrations, et qui ont voulu donner à votre juste sévérité la couleur d'une opposition systématique et d'un ostracisme général contre tout ce qui n'émane pas directement ou indirectement des membres de notre Société. Mais cette assertion ridicule est si péremptoirement, et j'ajoute si malheureusement démentie par les faits, que je crois bien inutile de m'y arrêter plus longtemps. Je dis malheureusement, et en effet, Messieurs, ce serait un grand bonheur pour l'UNION MÉDICALE, et sa plus sûre chance d'un succès plus grand encore que celui qu'elle a obtenu, si tous les membres de notre Société, qui représente l'élite de la science et de la profession parisienne, voulaient contribuer à alimenter ses colonnes. Laissons donc retomber de son propre poids cette accusation fort imméritée, et laissez-moi, dans l'intérêt de notre œuvre commune, faire des vœux pour qu'elle soit un jour justifiée.

Au point de vue des questions d'enseignement, l'UNION MÉDICALE est encore très heureusement placée pour que son rédacteur en chef ne succombe pas à la tentation de prendre couleur plus que ne le permettent les exigences pratiques du journal dans les débats que ces questions ont fait naître. Notre Société possède d'illustres représentans de l'enseignement officiel qui deviendraient à coup sûr les défenseurs naturels de cet enseignement, si les attaques contre lui trouvaient ici une hospitalité partiale. Elle réunit aussi parmi ses membres des partisans convaincus et sincères de la liberté d'enseignement, qui ne manqueraient pas de voler à la défense de celle-ci, si l'enseignement officiel tentait de la détruire.

Ce qu'il y avait de mieux à faire, nous l'avons fait en laissant un peu dans l'ombre ces questions brûlantes qui pouvaient allumer la discorde parmi nos sociétaires; si l'occasion s'est quelquefois présentée d'y toucher en passant, on a pu voir que l'UNION MÉDICALE avait sur ce point une doctrine fort conciliante, qui s'éloigne avec prudence aussi bien des prétentions exorbitantes de certains défenseurs de l'enseignement officiel, que des exagérations insoutenables de quelques partisans de l'enseignement libre.

En ce qui concerne la pratique, but essentiel de notre publication, l'UNION MÉDICALE, qui n'a pas voulu être exclusive au point de vue doctrinal, pouvait bien moins encore le devenir au point de vue des applications de l'art. Si notre Société possède d'éminens thérapeutistes dans toutes les parties du domaine de l'art, il n'est que trop vrai qu'elle représente encore sur ce point l'image exacte de l'hétérogénéité dans laquelle vit à cette heure la thérapeutique. Nous avons des sociétaires qui placent dans les applications de la chimie à la médecine pratique toutes les espérances de l'art; nous en avons d'autres qui repoussent ces applications. Ceux-ci sont des thérapeutistes *naturistes*, ceux-là ne mettent leur confiance que dans l'intervention de l'art. En voici qui prônent l'expectation, en voilà qui vantent la perturbation. Et je ne parle ici que des méthodes générales, car pour les détails du traitement des maladies, nous verrions régner parmi nous les mêmes divergences que l'on constate avec regret dans les cliniques officielles ou libres, comme dans la pratique de nos confrères des hôpitaux et de la ville.

Voilà, Messieurs, le tableau fidèle de notre Société. Je n'ai eu aucune appréhension de vous le retracer, parce que, d'une part, notre Société n'a jamais élevé la prétention d'être doctrinalement et pratiquement plus homogène que la famille médicale tout entière; et, d'autre part, parce que ce tableau détruit jusqu'à l'apparence de ces accusations colportées avec une légèreté incroyable, et qui se formulent par le terme banal de *coterie*. Ils vivent bien en dehors du monde réel ceux qui croient à l'existence des coteries médicales. Où donc voient-ils, où donc rencontrent-ils dans les Académies, dans les écoles, et partout où s'agitent des questions de dogme ou de pratique, deux médecins vivant en communion d'idées? La singulière coterie que la nôtre, Messieurs, qui se compose de quatre-vingts médecins, dont pas deux peut-être ne professent les mêmes doctrines et ne se conduisent de la même façon dans l'exercice de leur art. Hélas! encore ici il serait bien désirable que nos adversaires ne pussent se donner le tort d'outrager la vérité d'une manière si flagrante. Je souhaite bien de tout mon cœur, et non pas seulement pour l'avantage de notre œuvre, mais surtout pour le grand honneur de la science et de l'art, que notre Société soit un jour en possession d'une doctrine générale, et de préceptes de conduite tellement sûrs et sanctionnés par l'expérience, que nous puissions, avec raison, être intolérans, ou du moins plus sévères que nous ne le sommes envers le doctrines et les pratiques infinies que nous sommes forcés d'accueillir aujourd'hui.

Cependant, Messieurs, oui, sur un point nous sommes tous d'accord; oui, sur ce point nous acceptons sans réserve et avec empressement le reproche qu'on nous adresse de nous entendre tous, de vouloir tous la même chose, et d'unir nos efforts pour la réalisation de ce que nous désirons. Ce point, c'est notre aspiration vers un meilleur avenir moral et matériel pour notre profession et pour ceux qui l'exercent. C'est à ce principe, j'ose dire à ce sentiment, que l'UNION MÉDICALE doit sa raison d'être. Vous nous avez encouragés à marcher résolument dans cette voie, et ce n'est pas à moi qu'il appartient de dire si la rédaction du journal a répondu sur ce point aux espérances du corps médical et aux vôtres.

III.

Le second moyen qui se présenta aux fondateurs de notre journal d'éviter les écueils qui pouvaient naître de l'association, fut l'institution d'un *Comité de rédaction*.

Je comprends l'absolutisme du rédacteur en chef d'un journal, quand ce journal est sa propriété particulière; quand ce rédacteur n'est que le représentant d'un intérêt purement industriel; quand enfin il a accepté et qu'on lui a abandonné sans réserve la direction intellectuelle et morale de l'œuvre. Dans ces conditions, en effet, il faut un maître absolu, parce que la responsabilité morale ne peut pas se diviser et qu'elle repose tout entière sur le rédacteur en chef.

Il n'en pouvait être ainsi dans une association comme la nôtre.

Le pouvoir absolu n'avait ni but, ni motifs dans notre Société, précisément parce que nous sommes une Société, une Société scientifique et professionnelle plus qu'une Société industrielle, et qu'à chacun de vous revient sa part de la responsabilité morale des actes de la Société. Cette division de la responsabilité, il fallait la rendre évidente et réelle, et c'est ce qui fut fait par l'institution d'un Comité de rédaction. Dans la pensée de ses fondateurs, ce Comité a eu pour but d'entourer le rédacteur en chef

des lumières et des conseils des membres de notre Société, de lui permettre de résister aux obsessions qui pourraient être opposées aux intérêts de l'association, et qui pourraient lui être adressées par des sociétaires plus désireux de leur intérêt propre que des avantages de l'œuvre commune ; de lui donner au besoin un appui moral par l'approbation publique de ses actes ; d'émettre une opinion et un avis motivé sur les travaux scientifiques et pratiques dont on réclame l'insertion dans le journal ; de discuter en commun les grandes questions qui viennent à surgir dans le monde médical ; d'indiquer et d'arrêter la marche du journal dans la discussion de ces questions ; et surtout, pour tout dire en un mot, de suppléer, dans des occasions trop fréquentes à l'insuffisance du rédacteur en chef, qui, plus que tous ses collégues de la presse médicale, doit se garer de la folle prétention de tout savoir, de tout connaître, et d'être toujours prêt à guider l'opinion publique sur les innombrables sujets qui forment le domaine des sciences médicales.

Telle fut la pensée qui dirigea les fondateurs de l'Union Médicale, tel fut le but qu'ils voulurent atteindre. La pensée fut bonne, et le but a été atteint.

Il a été atteint, grâce au concours que m'ont prêté les membres de notre Société, qui depuis six ans se sont succédé dans ce Comité de rédaction. C'est grâce à eux, grâce à vous, Messieurs, grâce aux excellens et bienveillans conseils donnés à votre rédacteur en chef, grâce aussi quelquefois à vos encouragemens, qu'il a dû de pouvoir marcher avec résolution dans les voies tracées par notre première publication de 1846, et rester indifférent aux attaques dirigées à la fois contre notre œuvre commune et contre sa personne. Vous lui avez permis, Messieurs, vous l'avez félicité de bannir de nos colonnes la polémique purement personnelle, et de ne se préoccuper que des soins à donner à une publication dont le succès, en irritant nos adversaires, nous dédommage de leurs injustices.

IV.

Après ces considérations préliminaires, qu'il m'a semblé utile et opportun de vous présenter, j'aborde, Messieurs, le sujet essentiel de ce travail, qui est le compte-rendu de vos séances dans l'année qui vient de s'écouler, c'est-à-dire d'octobre 1851 à octobre 1852.

J'en prendrai les élémens dans les procès-verbaux de vos séances, rédigés avec tant de soin, d'exactitude et de zèle par notre honorable confrère, M. Fauconneau-Dufresne, qui a tenu la plume de secrétaire. En relisant ces procès-verbaux, j'ai acquis cette conviction que je ne puis vous taire, c'est qu'ils deviendront des documens précieux pour ceux qui voudront connaître dans ses détails, presque toujours négligés, l'histoire médicale contemporaine. Dans nos séances, en effet, qui se passent comme en famille, où chacun apporte librement le concours de ses lumières, et expose familièrement ses idées, si nous manquons du lustre et de la solennité académiques, nous possédons en revanche plus de liberté et nos impressions et nos idées se traduisent avec moins de cette réserve qui cache si souvent la vérité. Chacun de vous le sait aujourd'hui par expérience, le bureau d'un journal accrédité et répandu est le foyer où convergent les rayons du monde médical. Et si nos publications blessent quelquefois des susceptibilités trop délicates, que d'actions de grâce ne devrait-on pas nous rendre pour tout ce que nous ne publions pas ! Mais nos procès-verbaux portent la trace et conserveront le souvenir d'une infinité de choses que les bienséances, et plus souvent la charité nous obligent à cacher au public.

Nos séances ont été très suivies. Je constate par nos procès-verbaux que sur les quinze membres que notre honoré gérant a invités à participer aux travaux du Comité de rédaction, jamais plus de trois ou quatre n'ont manqué à l'appel, et que très souvent, comme aujourd'hui, nous avons été au complet. Un modèle d'exactitude nous a été fourni par notre savant président, M. le docteur Sandras, qui, en faveur de nos modestes, mais utiles réunions, sait généreusement se dérober aux exigences d'une pratique étendue.

Malgré les circonstances générales, notre année a été fertile en communications de tout genre. Vous les rappeler toutes, serait s'exposer à dépasser de beaucoup les limites que je dois m'imposer. Je me bornerai à vous signaler les principales, celles surtout qui ont été l'occasion ou d'une discussion dans le sein du Comité, ou de quelques remarques dont vous avez cru utile d'en accompagner la publication.

V.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES ; — CLINIQUE DES HOPITAUX ET CLINIQUE DE LA VILLE ET DES DÉPARTEMENS ; — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

Je dois commencer ce chapitre par vous rappeler un genre de communications auquel vous avez ajouté, avec raison, une grande importance, qui n'est d'ailleurs que la conséquence directe de l'existence du Comité de rédaction, je veux parler des *consultations* qui vous ont été demandées par plusieurs souscripteurs de l'Union Médicale et auxquelles vous avez répondu avec empressement, presque toujours par la voie du journal, quand aucun empêchement ne se présentait, ou par communication particulière, si quelque raison de convenance l'exigeait.

C'est ainsi, pour ne rappeler que les consultations qui ont été rendues publiques, que vous avez approuvé celle qu'a rédigée notre honoré collègue M. Forget, sur un *cas de fracture du bras et de luxation de l'épaule*, communiqué par M. le docteur Charry, de Carcassonne. Les opinions émises sur ce sujet par M. Forget viennent d'être l'objet d'une discussion très importante à la *Société de chirurgie*.

M. Macario, de Sancergues (Cher), a demandé votre opinion sur un cas de *pulsations abdominales idiopathiques*, et vous avez approuvé la consultation donnée sur cette observation par notre honoré président, M. Sandras.

Ce même médecin vous a consultés pour une affection nerveuse fort singulière de la vision, à laquelle notre honoré collègue, M. Compérat, a fait une réponse qui a obtenu votre approbation.

Un honorable confrère, que les exigences professionnelles ne nous ont pas permis de désigner, vous a également consulté sur un cas grave et complexe de maladie des poumons et du foie, et c'est notre honoré collègue, M. Cherest, qui a répondu à cette demande de consultation.

La *clinique médico-chirurgicale*, c'est-à-dire l'exposition des faits intéressans et pratiques observés dans les cliniques des hôpitaux de Paris, et accompagnés de l'enseignement que leur donne le chef du service et des réflexions de nos collaborateurs ; cette partie importante de notre publication a trouvé sa large part dans nos colonnes. Je ne puis que vous rappeler très succinctement, Messieurs, les diverses communications de ce genre qui ont passé sous vos yeux, et dont vous avez voté l'impression.

Hôtel-Dieu, service de M. Gosselin : Pertes séminales nocturnes à la suite de l'opération du phimosis par circoncision. — Kyste orbito-palpébra à parois osseuses. — Tubercules du testicule, de la prostate et des vésicules séminales.

Hôtel-Dieu, service de M. Jobert de Lamballe : Cancer de la paupière supérieure. — Ectropion. — Abcès froid de la cuisse, injections d'iode. — Nécrose du tibia à la suite d'un coup de feu. — Extraction d'un séquestre invaginé à l'aide du trépan. — Observations de rétrécissemens de l'urètre.

Hôpital militaire du Val-de-Grace, service de M. Maillot : Des indications de la thoracentése dans la plenrésie aiguë ; quatre observations de thoracentèse pratiquée dans cette forme de la pleurésie, dont trois avec un succès complet.

Hôpital Necker, service de M. Natalis Guillot : Considérations générales sur l'état puerpéral. — Des indices de la phthisie pulmonaire chez l'enfant en bas-âge. — De la nourrice et du nourrisson.

Hôpital des Enfans malades, service de M. Guersant : Du croup et de la trachéotomie. — De l'hypertrophie des amygdales et de son traitement. — Des chutes du rectum chez les enfans, et de leur traitement.

Hôpital de la Pitié, service de M. Valleix : Péritonite par extension au péritoine d'une inflammation de l'utérus et du tissu péri-utérin. — De l'atrophie musculaire progressive. — Tubercules pulmonaires. — Erysipèle gangreneux. — Leçons sur les déviations de l'utérus.

Hôpital de la Pitié, service de M. Clément : Fièvre grave, avec formation de pus dans plusieurs articulations. — Foyer apoplectique dans le plancher inférieur du ventricule latéral du cerveau. — Phthisie pulmonaire et néphrite albumineuse.

Hôpital Saint-Louis, service de M. Denonvilliers : Leçons de clinique chirurgicale.

Clinique des maladies des enfans, service de M. Trousseau : De l'incontinence nocturne d'urine et des moyens d'y remédier. — De la scarlatine.

Hôpital de la Charité, service de M. Gerdy : Sur la cataracte.

Hôpital Saint-Lazare, service de M. Boys de Loury : Kyste hydatique de l'ovaire, ponction, injection iodée, guérison.

Notre honoré président, M. le docteur Sandras, nous a donné le e texte du cours clinique *sur les maladies chroniques et nerveuses* qu'il fait à l'hôpital Beaujon.

M. Sandras a successivement traité de la *paralysie générale*, d'une forme singulière de *convulsions*, de la *chorée*, de l'*amaurose*, de ses causes et de son traitement.

M. le professeur Trousseau a appelé l'attention des praticiens sur un phénomène assez fréquent chez les enfans, le *nasonnement*, que cet habile observateur a pu rattacher à une cause ignorée jusqu'à lui, savoir, la paralysie du voile du palais, conséquence des angines phlegmoneuses graves, infirmité presque toujours passagère d'ailleurs et très accessible aux moyens de l'art indiqués par notre célèbre confrère.

M. le docteur Morisseau, médecin de l'hôpital de La Flèche, nous a communiqué de nouveaux faits relatifs à cette infirmité, qu'il a eu occasion d'observer non plus sur des enfans, mais sur des adultes.

M. le docteur Beyrau, médecin de l'hôpital impérial de Fershané, à Constantinople, nous a communiqué quelques faits dignes d'intérêt sur l'emploi de la *poudre d'éponge calcinée* dans le traitement de la *phthisie pulmonaire*. A l'occasion de cette redoutable maladie, la presse médicale est excusable d'accueillir tous les faits qui peuvent donner quelque espoir et quelques encouragemens à la pratique. La communication de notre confrère de Constantinople n'offre d'ailleurs rien d'étrange et qui puisse répugner au thérapeutiste. L'analyse chimique a donné la raison de l'emploi empirique qui est fait, de temps immémorial, de la poudre d'éponge calcinée dans le traitement des maladies strumeuses. Cette poudre contient de l'iode. En rapprochant les faits de M. Beyran de ceux de l'emploi de l'huile de foie de morue, qui paraît devoir ses propriétés actives à la petite quantité d'iode qu'elle renferme, et d'autres faits encore où l'iode, administré sous des formes variées, a présenté des avantages, on trouve des motifs raisonnables d'insister sur la médication iodée, surtout dans les cas où la phthisie pulmonaire paraît être liée à une diathèse strumeuse évidente.

Nous devons à ce même correspondant trois observations de *thoracentèse dans les épanchemens pleurétiques*, dont deux suivies de succès.

Nous devons à M. le docteur Alaboissette, de St-Sulpice-les-Feuilles (Haute-Vienne), une intéressante observation de *pellagre*, qui prouve que l'existence de cette singulière et terrible maladie n'est pas bornée en France dans les quelques départemens méridionaux où elle a été observée, mais qu'elle se montre aussi dans les départemens du centre, où certaines conditions d'étiologie, signalées par quelques observateurs, n'existent pas.

Sous le titre de *Clinique rurale*, M. le docteur Macario nous a adressé une monographie de la *fièvre thyphoïde*, basée sur un nombre considérable de faits observés à la campagne. Il était curieux de savoir si cette affection, dont le caractère contagieux est nié à Paris, tandis qu'il est généralement reconnu par nos confrères ruraux, se présentait avec les mêmes phénomènes pathologiques dans la pratique rurale que dans les hôpitaux de Paris. Or, il résulte du travail de notre confrère qu'aucune différence appréciable n'existe dans son expression symptomatique, de sorte que si la propriété contagieuse est là réelle et ici absente, il est impossible d'en trouver la cause dans une différence quelconque de la maladie.

Malgré les vives lumières que les travaux des observateurs modernes ont répandues sur la symptomatologie de la fièvre typhoïde, le diagnostic de cette affection ne laisse pas que de présenter encore certaincs obscurités à éclaircir, et même plus d'une lacune à combler. C'est ce qu'a voulu prouver M. le docteur Thirial, de Paris, dans un travail remarquable qu'il nous a communiqué sous ce titre : *Mémoire sur quelques difficultés de diagnostic, dans certaines fièvres typhoïdes, et notamment dans la forme dite pectorale.* C'est surtout en vue de prémunir contre des erreurs de diagnostic dont il a été témoin, et qui ont consisté à prendre la phthisie aiguë pour une fièvre typhoïde, que l'auteur a publié ce mémoire parfaitement accueilli des praticiens.

A l'occasion de ce travail, M. le professeur Forget, de Strasbourg, nous a adressé une lettre sur le *diagnostic de la fièvre typhoïde*, dont la conclusion mérite de vous être rappelée : « Lorsqu'un organe n'a pas d'expression propre, on arrive avec plus ou moins de certitude à constater la lésion en groupant un certain nombre de phénomènes ; ainsi, nous déduisons l'entérite folliculeuse de la fièvre, de la prostration, du sub-délire, des épistaxis, des taches rosées (lesquelles ont un peu perdu de leur valeur), coïncidant avec certains symptômes digestifs : bouche fuligineuse, douleurs, gargouillement dans la région iléo-cœcale, diarrhée, etc. ; que si cet appareil est démembré, le diagnostic s'obscurcit en raison directe du déficit. Que si des complications, des phénomènes insolites viennent à se produire, l'obscurité peut devenir impénétrable. »

Grâce à son extension dans les climats les plus divers, l'Union Médicale a de fréquentes occasions de faire comparer à ses lecteurs les maladies telles que nous les observons en France avec ces mêmes maladies observées sous des latitudes différentes. Une des plus importantes communications que nous ayons reçues à cet égard, est celle de M. le docteur Lautour, médecin sanitaire du gouvernement turc, à Damas, sur la *fièvre typhoïde* observée dans ce pays, et sur son traitement par l'emploi du calomel. Il est vrai que les résultats si singulièrement heureux de cette méthode, non moins que quelques différences dans l'expression symptomatique des phénomènes de la maladie, ont fait élever quelques doutes dans vos esprits sur la parfaite identité de ces deux maladies, et ces doutes, vous avez chargé notre honoré collègue, M. Hérard, de les exposer à nos lecteurs ; mais je dois rappeler aussi que M. le docteur Willemin, médecin sanitaire du gouvernement français à la même résidence, a appuyé de son autorité et de son observation les opinions et les faits de M. Lautour, et qu'il persiste à considérer la maladie décrité par ce médecin comme la véritable fièvre typhoïde de Paris, et que c'est bien dans le traitement de cette maladie que l'emploi du calomel a rendu des services signalés.

Il existe dans la science des observations de *déviation des règles* par une épistaxis, par une hémopthisie, par une hémorrhagie du sein ou par d'autres surfaces, mais nous n'en connaissions pas dans laquelle toutes les membranes muqueuses présentassent une vaste et longue sécrétion de produits membraniformes, une sorte de diathèse diphtérithique, accompagnée d'accidens les plus singuliers sur une jeune demoiselle dont M. le docteur O. Leconte, d'Eu, nous a raconté l'intéressante histoire.

Une nouvelle préparation de quinquina a été introduite dans la thérapeutique par M. Barreswil, sous les auspices de l'Académie de médecine, qui a fait expérimenter sur une grande échelle et dans des localités marémateuse, le *tannate de quinine*. Nous avons reproduit le rapport de l'Académie de médecine sur ce nouveau fébrifuge, qui paraît posséder encore, plus que les préparations de quinquina usitées dans la pratique, les propriétés toniques si recherchées dans l'écorce péruvienne. Les honorables et sérieuses garanties sous lesquelles s'est produite cette nouvelle préparation, vous ont engagés à faire connaître aux praticiens les résultats des expériences faites, qui ont confirmé toutes les prévisions de M. Barreswil. Moins cher que le sulfate de quinine, dont il possède l'efficacité, plus accessible par conséquent aux malades peu aisés, le tannate de quinine paraît appelé à rendre de grands services, surtout à nos confrères ruraux.

La propriété de l'extrait de belladone de dilater le col de la matrice pendant le travail de la parturition, admise par presque tous les praticiens, mais très contestable, ne doit ses insuccès, dit M. le docteur Dalmas, de Romans, qu'au procédé défectueux que l'on emploie. Au lieu d'introduire le doigt chargé de belladone, il injecte une solution d'extrait dans le fond du vagin, et il assure, dans une note qu'il nous a adressée à ce sujet, s'être bien trouvé de cette simple modification au procédé généralement employé.

M. le docteur Tournié, de Paris, nous a adressé un excellent mémoire, accompagné de plusieurs observations sur le traitement des *névralgies* de la cinquième paire, par l'association du valérianate de zinc aux extraits de jusquiame et d'opium. Voici la formule qu'emploie notre confrère :

Valérianate de zinc. . . .	30 centigrammes.
Extrait de jusquiame. . .	15 centigrammes.
Extrait d'opium.	8 centigrammes.
Conserve de roses. . . .	q. s.

M. Faites 6 pilules. A prendre deux ou trois par jour à trois heures d'intervalle.

Notre honoré collègue, M. Moreau de Tours, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences, a voulu chercher s'il y avait des signes qui permissent de reconnaître sur les enfans le sceau funeste de la *folie*. Selon lui, il y en a qui permettent de tirer des conclusions probables, sinon certaines. Et l'on comprend le parti que peut tirer la médecine de cette vue nouvelle, et même les avantages qui doivent en résulter pour les familles.

Les *effluves miasmatiques sont-elles la cause unique des fièvres marémateuses?* Non, a cherché à nous prouver M. le docteur Charasson, de Cluis (Indre). Cet honorable confrère attribue une action plus énergique encore aux détritus organiques animaux résultant des cadavres des insectes, des excrémens des bestiaux et autres immondices animales qui souillent le sol du pays qu'il habite, où ne se trouvent pas de marais, et où règne cependant la fièvre intermittente.

Nous devons à notre honoré collègue, M. Fauconneau-Dufresne, le compte-rendu analytique du *cours de médecine expérimentale*, professé par M. Magendie au Collége de France. Ces savantes leçons, remplies de faits nouveaux qui conduisent à des applications pratiques importantes, ont été accueillies en France et à l'étranger avec un vif intérêt.

La *rage* a beaucoup préoccupé l'attention publique dans l'été qui vient de s'écouler. L'Union Médicale, dont les renseignemens à cet égard ont été confirmés par les déclarations émanées de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, s'était empressée de dissiper les appréhensions exagérées du public, en annonçant que les cas de rage n'étaient pas plus fréquens cette année que les années précédentes. Cependant l'émotion générale, à cet égard, nous a valu quelques communications importantes, au premier rang desquelles il convient de placer l'excellent rapport de M. Renault, directeur de l'Ecole d'Alfort, sur l'emploi des frictions mercurielles dans le traitement préservatif de cette affreuse maladie. M. le docteur Guyon, de Valence (Tarn-et-Garonne), nous a communiqué aussi une observation de cette maladie sur l'homme. M. le docteur Clot-Bey nous a adressé de Marseille un résumé intéressant des connaissances acquises sur ce sujet. Nous avons reçu encore plusieurs autres communications de nos correspondans des départemens qui pourront servir de renseignemens et de matériaux pour l'histoire générale de cette terrible affection, dans le traitement de laquelle notre honoré collègue, M. Moreau, de Tours, a proposé l'emploi du *haschisch*.

Dans une note intéressante sur le *retour de la sécrétion laiteuse après un sevrage prolongé*, M. Gubler nous a communiqué des faits d'une grande valeur pratique, et qui prouvent que les glandes mammaires, après plusieurs mois de repos, peuvent recommencer à sécréter du lait, et que leur activité fonctionnelle peut alors égaler et même surpasser celle dont elles étaient douées dans les premiers temps qui ont suivi la parturition. Cette communication, qui en a suscité plusieurs autres dans la presse médicale, offre un intérêt véritable, car tous les praticiens savent combien l'allaitement artificiel est une cause puissante de mortalité chez les enfans en bas-âge.

Dans un travail excessivement pratique, M. le docteur A. Marchant (de Charenton) a appelé l'attention des praticiens sur la nécessité de recourir à l'insufflation pulmonaire méthodique et prolongée, dans les cas d'*asphyxie par faiblesse native des nouveau-nés*, alors que l'homme de l'art n'est appelé qu'après un laps de temps qui peut faire supposer la mort réelle. Notre honorable confrère a cité des cas de succès et de retour à la vie après trente, quarante, soixante minutes et plus d'asphyxie.

M. le docteur Cazenave, médecin de l'asile des aliénés de Pau, a observé des faits dignes de l'attention des médecins aliénistes, et relatifs à la *terminaison heureuse de cas de manie aiguë survenue à la suite d'accès de fièvre intermittente*. Dans une note concise, notre honoré collègue, M. Brierre de Boismont, a présenté l'état de la science sur la question des *crises* dans la folie.

Le mot *hypocondrie* a fourni à notre excellent confrère, M. le docteur Dumont (de Monteux), aujourd'hui médecin de la maison du Mont-St-Michel, quelques pages animées et touchantes sur ces malheureux et si intéressans malades, que la pauvreté de notre thérapeutique morale réduit souvent à une condition d'autant plus pénible, qu'elle est généralement très mal appréciée.

Les bons effets de l'emploi de la *strychnine* dans le traitement de la *chorée* ont été confirmés par cinq observations importantes de guérison, qui nous ont été communiquées par M. le docteur Chevandier, de Die, qui assure que ce médicament est devenu, pour lui, une sorte de spécifique de la chorée.

M. le docteur Rochard, de Paris, nous a donné une note intéressante sur l'*état de la rate dans les fièvres intermittentes de Madagascar*. Les nombreuses autopsies que cet honorable confrère a eu occasion de pratiquer dans ce pays, où l'intoxication paludéenne produit si souvent la mort, ne lui permettent pas d'accepter la théorie de M. le professeur Piorry sur le rôle important qu'il fait jouer à la rate dans les fièvres d'accès.

Notre collègue, M. Hérard, a eu l'occasion de rencontrer deux fois la *diphthérite du gland* chez des paralytiques, qu'il a attribuée à cette cause, savoir que l'organe était constamment plongé dans l'atmosphère infecte qui s'exale du vase métallique contenant une urine décomposée.

M. le docteur Michéa, à l'occasion de l'assassin Jobard (de Lyon), nous a communiqué deux remarquables lettres adressées à M. Lélut, sur les *caractères qui permettent de distinguer la perversion maladive de la perversité morale*. Ce point important de la médecine légale des aliénés, a été traité avec tout le talent que l'on reconnaît à ce savant confrère.

Nous avons publié un nouveau cas de *croup chez l'adulte*, observé par M. le professeur Bouillaud, sur une femme enceinte chez laquelle la maladie détermina l'avortement qui fut suivi de la mort de la malade.

M. le professeur Bonnet, de Poitiers, nous a également communiqué deux nouveaux faits de ce genre, aussi chez l'adulte, et, chose remarquable, sur deux femmes enceintes, dont l'une avorta pendant la maladie et succomba, dont l'autre n'avorta pas et guérit.

Nous ne croyons pas que depuis le travail de Mondière, il ait été publié d'observation d'*œsophagisme*. C'est un cas de cette nature dont M. le dr B. Palais, de Montmirail, nous a transmis le récit intéressant.

Un cas de *mort subite pendant les suites de couches*, qui nous a été communiqué par M. le docteur Villeneuve, de Dijon, a été l'occasion pour M. A. Forget de rappeler une série de faits analogues, et d'exposer l'état de la science sur les causes de ce grave accident.

M. le docteur Lemaistre, de Limoges, nous a transmis le compte-rendu de *recherches expérimentales sur la digitaline*, faites par M. le professeur Andral à l'hôpital de la Charité, en 1850. Ces expériences confirment la plupart des résultats annoncés déjà par les inventeurs de cette substance, MM. Homolle et Quévenne.

M. le docteur Isarié a appelé l'attention des praticiens sur l'emploi de l'*iodure de potassium dans le traitement de la sciatique*. Dans trois cas rebelles qu'il indique, l'emploi de cet agent paraît avoir eu de bons résultats.

M. le docteur Gérard (de Lyon), a voulu, en quelque sorte, rationaliser ces faits empiriques, en rattachant le succès de l'iodure de potassium à l'existence d'une syphilis ancienne et méconnue. Cet honorable praticien a cité plusieurs cas où, en effet, l'emploi de ce médicament indiqué par quelque présomption d'affection syphilitique, a guéri parfaitement des sciatiques jusque-là rebelles à tous les moyens de l'art.

Sous ce titre : *Utilité de l'enlèvement des mucosités laryngiennes dans la bronchite aiguë des jeunes enfans*, M. Valleix nous a signalé la cause de la gravité extrême de la bronchite capillaire chez les enfans, et qui consiste dans l'accumulation de mucosités dans la partie supérieure des voies aériennes; d'où une indication précieuse, et que notre savant confrère a saisie avec bonheur dans un cas très remarquable, d'enlever ces mucosités, et de s'opposer ainsi à une asphyxie imminente.

M. le docteur Herpin, de Genève, nous a communiqué un mémoire de médecine pratique sur le *traitement abortif des amygdalites aiguës* par la cautérisation immédiate, au moyen du nitrate d'argent. Ce mémoire, basé sur un très grand nombre de faits, a vivement appelé l'attention des praticiens.

M. le docteur Lafont-Gouzy, de Toulouse, nous a adressé la relation d'un nouveau cas de transmission de *morve aiguë* du cheval à l'homme.

M. le docteur Chereau a traduit de l'anglais une observation qui serait bien consolante, si quelques doutes ne restaient dans l'esprit, de *guérison de morve aiguë* chez l'homme.

M. le docteur Tessier, de Lyon, a communiqué une observation bien plus émouvante encore, si des faits semblables se reproduisaient, car ils prouveraient que la morve peut se développer *spontanément* chez l'homme.

La thérapeutique des affections cancéreuses est encore si obscure et arme le praticien de moyens si peu efficaces, que les tentatives vers de meilleurs résultats doivent être accueillies et encouragées. C'est à ce titre que vous n'avez pas hésité à publier un travail de M. le docteur Leriche, de Lyon, ayant pour titre, de l'*emploi du smilax officinalis dans les affections cancéreuses en général*. Les observations rapportées par cet honorable confrère ne prouvent pas sans doute la guérison de la diathèse cancéreuse, mais elles indiquent une influence très favorable de ce médicament sur l'état général des malades.

Notre honoré collègue, M. Mialhe, a publié dans l'UNION son savant mémoire de chimie physiologique sur l'*albumine et ses divers états dans l'économie animale*.

Un très bon article sur l'étiologie, la symptomatologie, et sur la thérapeutique des *vers intestinaux* nous a été adressé par M. le docteur Robin, de la Côte-St-André.

M. le docteur Leroux, de Corbeny, nous a adressé une observation d'*empoisonnement par les granules de digitaline*, premier cas de ce genre qui ait été publié.

L'*hydrologie*, cette partie de la thérapeutique à laquelle, par un heureux retour, les praticiens reviennent tous les jours davantage, n'a pas été négligée dans nos colonnes.

M. le docteur Durand-Fardel, médedin-inspecteur des eaux d'Hauterive, nous a adressé d'excellentes réflexions sur l'action thérapeutique des eaux de Vichy.

Sur le même sujet, M. le docteur Petit, médecin-inspecteur-adjoint de Vichy, a publié une note d'un grand intérêt pratique.

M. le docteur Baud, médecin-inspecteur des eaux de Contrexéville, nous a adressé une notice intéressante sur les sources et l'établissement de ce nom.

A l'occasion d'une brochure intéressante publiée par M. le docteur Alibert, médecin-inspecteur des eaux d'Ax, M. Ed. Carrière a traité la question des *eaux minérales considérées comme moyen de revenu public*.

Votre attention a été plusieurs fois attirée sur des questions d'*épidémiologie* par les communications qui nous ont été adressées sur ce sujet. Une des plus intéressantes a été celle que vous a faite M. le professeur Bonnet, de Bordeaux, sur le *mode de propagation de la suette*. Notre honorable et savant confrère a soutenu avec talent la thèse de l'infection. Mais sur ce sujet encore si obscur et si controversé, nous avons dû lui laisser toute la responsabilité de cette opinion. Nous possédons, dans nos cartons, un travail étendu, du même auteur, sur le traitement de cette maladie, que nous réservons pour le cas malheureux où une nouvelle épidémie de suette se montrerait dans une partie de la France.

L'*hygiène publique* a eu son contingent dans nos colonnes. Notre honoré collègue, M. le docteur Achille Chereau, nous a donné une intéressante notice sur les *cités ouvrières de Londres*.

M. Fauconneau-Dufresne a écrit une note sur l'*empoisonnement saturnin par le cidre*, observé à Paris.

Le même collègne a publié une note sur le concours général de Versailles, pour les animaux de boucherie et les produits alimentaires.

M. Richelot a publié un mémoire étendu sur la substitution du *blanc de zinc* au blanc de plomb dans l'industrie et dans les arts.

Les singulières altérations que quelques végétaux ont présentées dans ces dernières années devaient attirer l'attention des médecins au double point de vue de l'hygiène et de la pathologie végétale. Nous avons reçu, à cet égard, quelques communications intéressantes. MM. les docteurs Blatin et Roohoam ont étudié la *maladie de la vigne*, et M. le docteur Éd. Carrière nous a décrit la maladie qui sévit sur les *orangers d'Hyère*.

M. Cottereau, chimiste distingué de Paris, nous a donné un très bon travail sur l'*empoisonnement par le phosphore*, dont plusieurs exemples ont été publiés dans le cours de l'année. Il a étudié avec soin les diverses matières phosphorées qui peuvent servir à l'empoisonnement, leur manière d'agir sur l'économie animale, les symptômes qu'elles déterminent et les moyens thérapeutiques à employer pour les combattre.

Les recherches si curieuses de M. Chatin sur la présence de l'*iode dans l'air, les eaux et le sol*, ont été non seulement exposées, mais encore appréciées et signalées au monde savant comme un des plus intéressans résultats de l'application de la chimie aux études d'hygiène et de pathogénie.

Un de nos plus célèbres ophthalmologistes, M. le docteur Sichel, a écrit pour l'UNION MÉDICALE une monographie précieuse sur une singulière infirmité congéniale désignée sous le nom d'*épicanthus*, dont la description, depuis le mémoire de d'Ammon, figurait bien dans les traités d'ophthalmologie, mais qui n'avait jamais été étudiée avec autant de développemens et toute la richesse d'observation dont M. Sichel fait preuve dans tous ses écrits.

Notre honoré collègue, M. le docteur Compérat, a enrichi l'ophthalmologie d'un fait nouveau de *luxation du cristallin*; fait qui lui a servi de texte à une dissertation étendue sur cet accident encore peu connu dans ses causes et dans son mécanisme.

M. le docteur Deval, de Paris, nous a donné une note pratique sur l'*efficacité du sublimé corrosif dans le traitement de quelques amauroses non syphilitiques*.

Nous avons reçu de M. le docteur Verneuil, de Paris, une note intéressante sur *la luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière, remontant à une époque éloignée*.

Une dissertation médico-légale, essentiellement pratique, nous a été adressée par M. le docteur Laforgue, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, sur un cas de *coups et blessures sur la tête, ayant déterminé la paralysie incomplète du côté droit, avec contracture permanente des doigts de la main droite*.

L'*anesthésie*, cette précieuse pratique que l'UNION MÉDICALE a tant contribué à vulgariser, a trouvé des contradicteurs injustes et des enthousiastes imprudens. Elle a rencontré aussi de plus dangereux adversaires dans ceux qui, au moyen de certaines précautions que l'on voudrait croire moins décevantes, assurent se garantir de tout danger, de tout malheur, et se délivrent complaisamment un brevet d'innocuité. Ramener les uns de leurs préventions mal fondées, contenir les autres dans de justes limites de la reconnaissance, montrer à ces derniers le peu de fondement de leur prétentions, tel a été le but de notre honoré collègue M. Amédée Forget, dans un court mais substantiel travail sur ce sujet.

M. le docteur Cucuel, de Wisserling, nous a fait part de ses recherches sur l'*éther chlorhydrique chloré*, nouvel agent anesthésique introduit dans la pratique par notre honoré collègue M. Aran.

M. Cottereau nous a communiqué des réflexions judicieuses sur les *accidens* qui surviennent quelquefois à *la suite des inhalations du chloroforme*.

M. Hervez de Chégoin nous a adressé des remarques pratiques sur l'action du chloroforme.

Un modeste praticien rural, M. Marage, médecin à Broglie (Eure), nous a communiqué une observation intéressante et éminemment pratique de *hoquet* qui durait depuis plus de trois mois, chez une jeune fille de 12 ans, et qui cessa, pour ne plus revenir, après l'administration d'une potion contenant vingt gouttes de chloroforme. Votre rédacteur en chef avait publié, dans l'UNION de 1847, un fait de hoquet très intense et qui durait depuis plusieurs heures, que l'inhalation du chloroforme fit presque à l'instant disparaître.

Les observations de réduction de *hernie étranglée* par l'emploi du chloroforme, soit en topique, soit par inhalation, soit par potion à l'intérieur, se multiplient. Nous en devons un exemple remarquable à M. le docteur Adolphe Lizé, de Baugé, qui a employé ce dernier mode avec succès dans un cas d'étranglement qui datait de plus de 24 heures.

Quels services l'emploi du *microscope rend-il au diagnostic des tumeurs?* Notre honoré collègue, M. Amédée Forget, s'est posé cette question tout à fait à l'ordre du jour, et l'a résolue de la manière suivante : si le microscope a permis de pénétrer plus avant dans la structure des tissus anormaux, et d'en mieux apprécier la composition anatomique, il n'en est pas moins vrai qu'en clinique, son utilité est très secondaire. Prétendre qu'en dehors des recherches microscopiques, il n'y a point pour les tumeurs de diagnostic certain, c'est faire bien gratuitement table rase de toutes les notions dues à l'observation de nos devanciers; et c'est sans motif enlever au chirurgien sa plus belle prérogative, qui est de saisir la vérité pathologique à l'aide de cette puissance d'intuition philosophique et raisonnée que confère le jugement, que l'habitude perfectionne, et qui, en définitive, n'est autre que ce qu'on appelle le tact en chirurgie.

L'*éclampsie puerpérale* a fait le sujet de plusieurs communications importantes.

M. Chailly-Honoré, M. de Pietra-Santa et M. Saurel, de Montpellier, nous ont adressé chacun d'eux, une observation de cette terrible maladie, accompagnée de réflexions et de commentaires. Vous vous rappelez, Messieurs, que ces deux dernières observations ont fourni l'occasion à notre honoré gérant, M. Richelot, d'un de ces articles dont les occupations d'une nombreuse clientèle le rendent trop avare.

Les cicatrices vicieuses que laissent après elles certaines brûlures dont la cicatrisation n'a pas été convenablement dirigée par le chirurgien; la difformité qui en est le résultat, et qui peut aller jusqu'à entraver les fonctions des parties brûlées, ont de tout temps fixé l'attention des praticiens, qui, dans le but de remédier aux inconvéniens que nous venons de signaler, ont proposé divers procédés opératoires. Peu satisfait des résultats obtenus par ces procédés, M. le docteur Leriche, de Lyon, nous a adressé un travail intitulé : *Nouvelle méthode de traitement des cicatrices vicieuses*. M. Leriche appelle cette méthode *méthode par glissement*, et les observations qu'il a rapportées à l'appui de son opinion, nous ont paru mériter l'attention des chirurgiens.

Le *bichromate de potasse*, proposé par M. Ed. Robin, comme un antisyphilitique nouveau, a été expérimenté par M. le docteur Vicente, de Paris, qui nous a communiqué une observation de syphilis constitutionnelle grave, très bien guérie par l'emploi de ce moyen.

M. le docteur Hervez de Chégoin, membre de l'Académie de médecine, nous a communiqué les résultats de sa vaste expérience sur le *traitement de la fissure à l'anus*, par un nouveau procédé, et qui consiste dans la section du sphincter, dans le point le plus mince de sa circonférence, d'un seul coup de ciseaux.

M. le professeur Fleury, de Clermont, nous a adressé une observation de tentative de *cystotomie sus-pubienne*, dans laquelle des difficultés insurmontables forcèrent l'habile opérateur de suspendre l'opération commencée pour recourir plusieurs mois après à la taille.

Ce n'est pas seulement dans les cliniques et la pratique des chirurgiens de Paris et autres grands centres que se pratiquent aujourd'hui les grandes opérations chirurgicales. Vous voyez, par les communications qui vous sont adressées que, grâce à l'élévation progressive du niveau des études, on rencontre d'habiles et hardis opérateurs sur des théâtres plus restreints. C'est ce que vous a prouvé notamment l'observation d'une des graves et des difficultueuses opérations de la chirurgie, celle de la *résection du maxillaire supérieur*, observation qui nous a été communiquée par M. le docteur Bourgeois, médecin de l'Hôtel-Dieu de Beauvais, qui a pratiqué cette opération avec succès.

Un de nos plus zélés, un de nos plus distingués correspondans, M. le professeur Jules Roux, de Toulon, nous a adressé plusieurs communications importantes, 1° sur la *trépanation de la carie des os*, ressource chirurgicale que notre savant confrère regrette de voir trop négligée et qui a produit dans ses habiles mains des succès dignes de l'attention des chirurgiens; 2° sur la *résection des nerfs dans le traitement des néeralgies rebelles*.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

L'UNION MÉDICALE a fait assister très régulièrement ses lecteurs aux travaux et aux discussions des Académies et Sociétés savantes. Elle publie, en effet, les comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Société des médecins des hôpitaux, de la Société de chirurgie, des Sociétés médicales d'émulation, médico-pratique, médico-chirurgicale, ainsi que des principales Sociétés d'arrondissemens de Paris. Tous les comptes-rendus des Sociétés et associations des départemens sont soigneusement analysés dans ses colonnes, de sorte que nos lecteurs sont très exactement tenus au courant de tout ce qui surgit d'important dans ces centres scientifiques.

Vous comprenez que je ne puisse, Messieurs, vous indiquer tout ce que l'UNION MÉDICALE a publié à cet égard. Je me bornerai à vous rappeler quelques travaux et discussions de l'Académie de médecine, qui, par leur éclat et leur retentissement, ont le plus préoccupé l'attention publique.

Un médecin des hôpitaux de Paris, connu par l'exactitude et la rigueur de son observation, M. le dr Grisolle, a eu l'occasion de reproduire, dans un rapport remarquable, une opinion qu'il avait déjà produite devant l'Académie, sur l'influence fâcheuse de la grossesse sur la marche de la phthisie pulmonaire, opinion basée sur un nombre de faits déjà considérables, observés par M. Grisolle, et que M. le docteur Dubreuilh, de Bordeaux, a corroborés par son observation propre. Nous avons dû faire quelques réserves sur cette doctrine nouvelle en opposition avec la doctrine des anciens, et surtout de Bordeu, de Pinel et de Bayle, qui attribuaient au contraire à la grossesse une influence favorable sur la marche de la phthisie. Nous croyons, en effet, que l'observation n'a pas dit son dernier mot sur cette question grave, au point de vue de l'hygiène sociale.

M. le professeur Piorry a eu l'honneur de soulever et de soutenir une des plus intéressantes discussions académiques de l'année, par son rapport sur l'emploi du *chlorure de sodium dans le traitement des fièvres intermittentes*. Vivement combattu, vivement défendu, ce rapport, s'il n'a pas provoqué une solution définitive sur la valeur du chlorure de sodium comme fébrifuge, a eu du moins l'avantage de susciter une critique d'une telle valeur, surtout de la part de MM. Michel Lévy et Grisolle, qu'il nous semble bien difficile de soutenir aujourd'hui cette opinion que le chlorure de sodium possède une efficacité égale à celle des préparations de quinine. A propos de cette discussion, un de nos honorables correspondans des départemens, M. le docteur Ancelon, de Dieuze, nous a communiqué les résultats de son expérience sur ce sujet, expérience négative, et dont on doit d'autant plus tenir compte, que M. Ancelon pratique dans un pays de salines où la fièvre intermittente est commune, et n'a reçu aucune influence salutaire de l'emploi du sel.

Je ne puis que vous rappeler, Messieurs, les discussions émouvantes sur l'*avortement provoqué*, sur la *Syphilisation* et sur la *transmissibilité des accidens secondaires de la syphilis*. La part active que votre rédacteur en chef a prise dans ces mémorables discussions, m'interdisent toute réflexion à cet égard; à peine puis-je vous signaler l'étendue et le soin que mes honorables collaborateurs et moi nous avons apporté pour reproduire, aussi exactement que possible, les opinions diverses qui se sont manifestées. Mais ce que je tiens surtout à vous rappeler, c'est que la position prise dans ces questions par l'UNION MÉDICALE, a constamment reçu votre approbation et vos encouragemens, et qu'à cette heure, votre rédacteur en chef n'éprouve le besoin de rien changer, de rien modifier de tout ce qu'il a écrit sous l'impression de ces débats animés.

BIBLIOTHÈQUE.

Sous le titre de *Bibliothèque*, nous publions l'analyse et l'appréciation des ouvrages nouveaux reçus par le journal. Ces travaux, presque toujours lus en Comité de rédaction, y ont donné lieu à des discussions pleine d'intérêt, dont les auteurs des articles de ce genre font leur profit dans la rédaction définitive de leurs comptes-rendus. Vous considérez, avec raison, comme très importante cette partie de nos travaux; la critique scientifique est très regrettablement négligée. On peut dire même qu'avec les susceptibilités de plus en plus vives qui se traduisent, la critique scientifique ne sera guère plus possible que lorsqu'elle émanera d'une association comme la nôtre, qui lui donne un caractère de collectivité très favorable à son libre, mais décent développement.

Nous avons analysé et apprécié, dans le courant de cette année, un très grand nombre d'ouvrages, dont je rappellerai les principaux :

Le magnifique ouvrage du professeur A. Auvert, de Moscou, choix d'observations pratiques médico-chirurgicales, accompagnées de planches splendidement gravées et coloriées, et dont M. le docteur Tardieu a surveillé l'impression, faite à Paris;

Considérations sur la scarlatine, l'anasarque scarlatineuse et leur traitement, par M. le docteur Piogey;

Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires dans les deux sexes, par le docteur W. Acton, de Londres;

Exposition et histoire des principales découvertes scientifiques modernes, par M. Louis Figuier;

Etudes analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépathique, par le docteur Beau.

Guide pratique, scientifique et administratif de l'étudiant en médecine, par M. Ed. Langlebert;

Recherches pour servir à l'histoire médicale de l'eau minérale sulfureuse de Labassère, par le docteur Louis Cazalas;

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Ce.

Traité de l'art de formuler, suivi d'un formulaire magistral, par MM. Trousseau et Reveil;

Elémens d'anatomie générale, par A. Béclard, 3me édition, par Jules Béclard;

Dictionnaire des altérations et des falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, etc., par M. Chevallier;

Du rachitis, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie, par M. Beylard, de Philadelphie;

Traité sur les maladies chroniques qui ont leur siége dans les organes de l'appareil respiratoire, par M. Bricheteau;

Lettres sur la chimie, par M. Liebig;

Précis théorique et pratique des maladies du cœur, par M. Forget, professeur à Strasbourg;

Des hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme, par M. Brierre de Boismont;

Etudes sur la fièvre intermittente dans le département de l'Indre, par M. E. Lambron;

Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, utéro-vaginales et recto-vaginales, par M. Jobert (de Lamballe);

Manuel de l'art des accouchemens, etc., par MM. A. Manoury et A. Salmon;

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, par M. Fleury;

Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, etc., par M. Morel; etc., etc.

PRESSE MÉDICALE.

Quelles que soient la richesse et la variété de sa collaboration, il n'est ni possible, ni permis à un journal de se concentrer dans sa rédaction propre et de vivre isolé au milieu des productions innombrables qui surgissent dans le monde médical. C'est ce que vous avez bien senti, Messieurs, en appelant fréquemment l'attention du rédacteur en chef sur le compte-rendu et l'analyse des journaux de médecine français et étrangers. C'est votre pensée qui a été réalisée, en partie du moins, dans les articles intitulés : *Presse médicale*, dans lesquels nos collaborateurs et moi faisons tous nos efforts pour que rien d'important, publié dans les journaux français et étrangers, ne soit ignoré de nos lecteurs. Dans le dépouillement que le travail que j'ai l'honneur de vous présenter m'a forcé à faire, j'ai vu avec satisfaction que cette partie de notre publication avait été beaucoup plus soignée cette année que les précédentes. Vous remarquerez aussi que loin de nous livrer à une reproduction pure et simple des travaux publiés dans les autres journaux, sorte de piraterie dont on ne se fait pas faute envers l'UNION MÉDICALE, les articles que nous empruntons à la presse sont presque toujours des analyses accompagnées souvent de réflexions et d'appréciations.

PHILOSOPHIE ET LITTÉRATURE MÉDICALES.

La philosophie et la littérature médicales n'ont pas été plus négligées cette année que les années précédentes. Sous ce titre, nous avons publié les articles suivans :

Des pressentimens, par notre honoré collègue M. Brierre de Boismont;

La médecine des Birmans, par M. Aran;

Le corps et l'âme, à propos d'un ouvrage portant ce titre, de M. le dr Clavel, par M. Amédée Latour;

Lettres sur le choléra (7me et 8me), par M. Roche, de l'Académie de médecine;

Anatomisme et vitalisme, par M. L. Saurel, de Montpellier;

Un progrès nouveau dans la météorologie, par M. Ed. Carrière;

Sur les crises et les jours critiques, par M. le docteur Traube, de Berlin;

De l'étoile des grands hommes, par M. Brierre de Boismont;

L'Allemagne médicale contemporaine, à propos d'une thèse sur ce sujet, de M. le docteur Otterbourg, par M. Amédée Latour;

L'école impériale de médecine de Constantinople, par M. Amédée Latour;

Denis Papin, par M. Amédée Latour;

De l'enseignement médical en Toscane et en France, à l'occasion d'une brochure sur ce sujet, de M. le docteur Pietra-Santa, par M. A. Latour;

Récit de la grande opération faite au roi Louis XIV, en 1686, par M. Le Roy, de Versailles;

Recherches historiques sur la doctrine des maladies vénériennes, par M. E. Langlebert;

Feuilletons : Causeries hebdomadaires; aphorismes professionnels, par M. Amédée Latour.

Notre honoré collègue, M. Ricord, a terminé cette année la publication, dans l'UNION MÉDICALE, de ses *lettres sur la syphilis*, dont le succès éclatant me dispense de vous en dire davantage. Votre rédacteur en chef a eu l'honneur de vous communiquer, avant l'impression, l'*introduction* qu'il a écrite pour ses lettres, réunies en volume, et vous avez désiré que cette introduction fût publiée dans le journal.

Nous avons dû à la bienveillance particulière dont M. le professeur Roux honore l'UNION MÉDICALE, de pouvoir communiquer à nos lecteurs le discours mémorable sur *Boyer et Bichat*, que notre célèbre confrère a prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de médecine. Cet excellent travail de biographie, de critique scientifique et littéraire, survivra à l'occasion qui le fit naître et restera comme une des belles pages de la littérature médicale.

Notre honoré collègue, M. Dorvault, nous a fait connaître, dans un récit piquant, l'*état de la pharmacie et des pharmaciens en Angleterre*. Nous devons à ce même collaborateur une série d'intéressans articles sur l'*exposition de Londres*, au point de vue *des substances médicales et d'histoire naturelle pharmacologique*.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

L'examen d'une brochure sur l'organisation médicale, due à un honorable praticien de la Nièvre, a fourni à votre rédacteur en chef l'occasion de rappeler ses opinions sur ce sujet si intéressant et si grave, qui a été l'objet de si longues et de si nombreuses discussions, et qui a été si souvent exposé dans ce journal, qu'il serait inutile de m'y arrêter davantage. Je ne signale ces articles que pour montrer que l'UNION MÉDICALE, fidèle à ses engagemens, ne laisse perdre aucune occasion de manifester tout son intérêt en faveur des intérêts professionnels du corps médical, sujet que les grandes perturbations politiques ont complètement éloigné des préoccupations du pouvoir.

Nous avons reproduit les principaux incidens d'un procès de *responsabilité médicale*, intenté à un officier de santé de Strasbourg, qui a eu le malheur de voir mourir un malade auquel il pratiquait des inhalations de chloroforme. L'acquittement du prévenu a eu lieu après un jugement motivé dont il importe que les praticiens gardent le souvenir.

Nous avons publié aussi un arrêt important de la Cour d'appel d'Angers, qui a condamné pour délit d'*exercice illégal de la pharmacie*, un médecin homœopathe qui distribuait lui-même les médicamens à ses malades.

M. le docteur Munaret, l'aimable et spirituel auteur du *Médecin de campagne*, nous a communiqué la supplique qu'il a adressée au président de la république, en faveur de la création d'une *maison et d'une caisse de retraite pour les médecins vieux et infirmes*.

De la médecine des pauvres à la campagne et en ville, par le docteur Verger, de Châteaubriant.

Des remèdes nouveaux, série d'articles sur les projets de réorganisation de l'exercice de la pharmacie, par M. Amédée Latour.

Plusieurs questions intéressantes, au point de vue professionnel, ont été traitées cette année dans le journal. Ainsi, nous devons à M. le docteur Marrotte, médecin des hôpitaux de Paris, un excellent rapport fait à la Société médicale du deuxième arrondissement, sur *les devoirs et les obligations que la loi impose aux médecins relativement à la déclaration des naissances*, et dans lequel se trouve résolue une des plus graves questions de déontologie médicale.

Consulté sur cette question : Un médecin peut-il se refuser d'obéir aux réquisitions de la justice? — Dans quelles circonstances le peut-il? Quelle est la pénalité attachée à ce refus? Votre rédacteur en chef vous a soumis une réponse que vous avez approuvée et qui a été publiée.

CONCOURS.

L'UNION MÉDICALE, seule entre tous les journaux, a rendu un compte détaillé du concours pour la chaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris; concours qui devait être le dernier. Nous avons voulu ainsi manifester jusqu'au bout nos sérieuses sympathies pour une institution en faveur de laquelle nous réclamions nous-même des modifications urgentes, mais dont nous aurions pu vouloir sauver le principe. Le compte-rendu de ce dernier concours ayant été fait par votre rédacteur en chef, il ne m'est permis que de le rappeler, tout en disant que quoique le résultat ait trompé nos espérances, nous n'avons rien à changer, à modifier ou à atténuer dans les appréciations que nous avons émises, et nous souhaitons que le jury, la Faculté et les élèves n'aient qu'à s'applaudir du choix qui a prévalu.

VI.

Messieurs,

Je viens de faire passer sous vos yeux, en vous les rappelant, les principaux travaux qui nous ont été adressés, que vous avez accueillis, et qui ont été le texte et l'occasion de nos paisibles discussions. Il me serait bien agréable, et c'est un devoir que j'aurais peut-être à remplir, de résumer quelques-unes de ces discussions, et de rendre à chacun de vous le juste tribut d'éloges que méritent son zèle et son désintéressement, car dans ces confraternelles conférences, où vous donnez généreusement le fruit de votre expérience et de votre observation, vous ne trouvez pas même la légère compensation d'amour-propre que procurent le retentissement et la publicité. Une impérieuse obligation de convenances m'enlève le plaisir que j'éprouverais à n'être que juste envers vous. Je ne puis que vous offrir, au nom de notre Société tout entière, des remercîmens sincères pour votre coopération si active à notre œuvre commune.

Je suis heureux de vous annoncer, d'ailleurs, que vos efforts et les nôtres sont couronnés de succès. Le nombre de nos lecteurs s'est accru cette année, dans une proportion plus considérable encore que les années précédentes. L'UNION MÉDICALE a surtout fait de grands progrès dans les pays étrangers. A Paris et dans les départemens, je ne crois pas qu'il y ait de journal aussi répandu que le nôtre dans des conditions analogues de périodicité et de prix de souscription.

Et cependant, Messieurs, vous le savez, nous avons à lutter contre des attaques et une opposition sans exemples dans l'histoire du journalisme médical. Il faut que l'apparition et le succès de l'UNION MÉDICALE aient froissé ou déplacé des intérêts considérables, pour que notre journal soit en butte à des haines aussi acharnées. Haines stériles, qui ne parviennent même pas à nous émouvoir, et que nous laissons dédaigneusement se débattre dans les plus ridicules et les plus sottes inventions.

La plus ridicule de toutes assurément, est celle qui consiste à dire et à répéter sur tous les tons que l'UNION MÉDICALE n'est pas un journal *de pratique*. L'exhibition que je viens de faire des travaux de l'année répond suffisamment à cette accusation perfide, et nous n'aurions qu'un souhait à former sous ce rapport, c'est que tous nos confrères pussent être mis en position de juger et de comparer.

Tout le secret de ces attaques, le voici, Messieurs; c'est que notre association riche, puissante, honorée du corps médical, a rendu au corps médical en respect et en déférence ce qu'il a accordé à notre journal de bienveillance et de faveur. Nous avons assez respecté le corps médical pour croire qu'à côté de l'enseignement pratique que nous lui devions, et qu'il ne trouve nulle part ni plus ample ni de meilleur aloi, nous pouvions lui donner aussi un enseignement élevé, scientifique, digne de lui, digne de nous. Si nos confrères ont eu assez de confiance en nous pour ne pas nous confondre avec ces marchands de feuilles de papier imprimé, qui le vendent bon marché afin d'en vendre beaucoup (c'est leur style), nous avons eu aussi une trop haute opinion de nos confrères pour les réduire au maigre régime intellectuel que voudraient leur imposer ces spéculateurs de la presse médicale; nous les avons assez estimés pour les croire susceptibles de trouver quelque attrait dans l'histoire, dans la littérature, et même dans la philosophie de notre science, sujets que ne nous craignons pas de placer à côté des questions de pratique pure; nous les avons suffisamment honorés pour croire qu'ils portaient quelque intérêt aux sujets de dignité professionnelle et d'amélioration dans notre organisation intérieure.

Nous ne nous sommes pas trompés, Messieurs, et aucune de nos espérances n'a été déçue; voilà notre grand crime. Ajoutez que le cadre de notre journal étant assez étendu pour varier ainsi notre rédaction, que les ressources financières de notre Société ayant été suffisantes pour lui permettre de réaliser ce vaste plan de publication périodique, l'UNION MÉDICALE a dérangé des habitudes et contrarié des coutumes qui se croyaient à l'abri de tout changement.

Enfin, Messieurs, et ceci est un grand grief tout récent qui est venu s'ajouter à tous les autres; nous avons pris l'initiative des sollicitations qui ont abouti à l'exonération du timbre pour les journaux scientifiques. Or, cette exonération nous a permis, et c'était notre espoir, de pouvoir presque entièrement supprimer la page des *annonces*, à la grande satisfaction de nos lecteurs, et nous avons par là lésé des intérêts très vifs qui seront longtemps à se remettre de ce coup imprévu.

Messieurs, l'année que nous allons commencer va nous donner des collaborateurs précieux. Parmi tous les travaux dont il serait trop long de vous énumérer les titres, je suis autorisé à vous annoncer une publication dont vous comprendrez toute l'importance et la valeur. M. le docteur Cl. Bernard, qui a enrichi la physiologie de si précieuses découvertes, veut bien écrire pour l'UNION MÉDICALE une série de *Lettres sur la physiologie*. Cette publication commencera dans le mois de janvier prochain.

LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE.

Au moment où le gouvernement français négocie des traités avec les puissances étrangères, pour garantir les droits de la propriété littéraire et scientifique, et pour détruire la contrefaçon, des entreprises, uniquement fondées sur la contrefaçon, viennent de s'organiser en France contre la presse médicale en particulier.

Des *courtiers d'annonces*, qui n'appartiennent au corps médical par aucun titre, et qui ne lui offrent par conséquent ni garanties ni responsabilité, viennent de publier des *spécimens* de prétendus journaux de médecine, dans lesquels, non contens de se livrer à des allégations mensongères et à des appréciations fausses sur les publications existantes, ils s'emparent encore de leurs travaux.

L'UNION MÉDICALE est décidée à ne pas tolérer plus longtemps cette piraterie scientifique, cette contrefaçon belge à l'intérieur.

Elle déclare que les articles de fond, les travaux originaux, les revues et comptes-rendus cliniques, les feuilletons, et tout article émané soit de ses collaborateurs habituels, soit de ses collaborateurs accidentels, sont sa propriété exclusive, dont elle interdit la reproduction totale ou partielle, sans l'autorisation expresse de son gérant.

Elle déclare, en outre, qu'elle poursuivra devant les tribunaux les journaux qui se livreront à cette reproduction.

Le Gérant de L'UNION MÉDICALE,

Dr G. RICHELOT.

AVIS.

MM. les médecins et pharmaciens du département de la Seine dont les noms ne figurent pas dans L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, fondé par M. Domange-Hubert, et continué par l'administration de l'UNION MÉDICALE, sont invités à adresser les indications nécessaires au bureau du journal, dans le plus bref délai possible.

MM. les médecins et pharmaciens qui auraient des rectifications à faire apporter dans cet Almanach, sont invités aussi à les faire connaître à la même adresse.

L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE POUR 1853 devant être mis en vente avant le 1er janvier prochain, il est urgent que les communications soient promptement adressées à l'administration.

On souscrit au bureau de l'UNION MÉDICALE, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

PRIX : 3 FR. 50 c.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, etc., avec une introduction par M. Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*. — Un vol. in-8. Prix : 5 fr.

Paris, 1852, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

BOYER et BICHAT, discours prononcé à la séance de distribution des prix de la Faculté de médecine de Paris, le 5 novembre 1851, par M.-J.-P. ROUX, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie nationale de médecine, officier de la Légion-d'Honneur, etc.

Brochure in-8. — Prix : 1 fr.; par la poste, 1 fr. 25 c.

A Paris, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

Traité de l'Affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. FAUCONNEAU-DUFRESNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

Traité pratique des Maladies des yeux, par W. MACKENSIE, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par G. RICHELOT et S. LAUGIER, docteurs en médecine de la Faculté de Paris. Un fort volume in-8. Prix : 6 fr.

Chez Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur ANDRAL; recueilli et publié par M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 volumes in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Monsieur

Le Gérant de L'UNION MÉDICALE,

Rue du Faubourg-Montmartre, 56.

PARIS.

Tome VI. — N° 135. SIXIÈME ANNÉE. **Jeudi 11 Novembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS: Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 OCTOBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance de l'Académie a été presque entièrement occupée par l'élection d'un membre dans la section de médecine vétérinaire. La section avait proposé la liste suivante de candidats :

MM. H. Bouley et Leblanc *ex æquo;*
Raynal;
Lacauchie.

Le nombre des votans était de 86; majorité, 44.

M. Leblanc a obtenu. . .	45 voix.
M. H. Bouley.	33
M. Lacauchie.	6
Billets blancs.	2

M. Leblanc ayant obtenu la majorité des suffrages, a été proclamé membre de l'Académie.

On voit que le succès a été assez vivement disputé entre MM. Leblanc et H. Bouley. Il est probable que l'Académie n'a voulu faire qu'un acte de préséance pour M. Leblanc, dont l'âge et les nombreux travaux méritaient cette faveur. Comme il reste une place vacante dans la même section, l'Académie a voulu consacrer le droit d'aînesse, bien assurée qu'elle est de faire entrer prochainement M. H. Bouley, qui sera pour elle une acquisition précieuse.

Il est bon, assurément, que l'Académie s'incorpore de temps à autre quelques jeunes savans, mais il serait injuste qu'elle oubliât les services rendus par ceux qui les ont précédés dans la carrière. La banquette académique est surtout une récompense, et l'Académie a sagement fait de récompenser M. Leblanc. Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

(Hôpital Beaujon.)

SUR LES MALADIES CHRONIQUES ET NERVEUSES,

Par M. S. SANDRAS.

Sommaire. — Applications de l'électricité au traitement des maladies, et particulièrement des affections nerveuses.

Messieurs,

Depuis que nous nous occupons de la clinique des maladies nerveuses, vous m'avez entendu bien souvent invoquer l'emploi de l'électricité. Tous les jours, pour ainsi dire, vous en avez vu faire usage auprès de nos malades; j'ai pensé qu'il y aurait utilité notable à vous rappeler les cas dans lesquels l'emploi de ce moyen a été tenté avec avantage, et en même temps à vous donner les renseignemens pratiques qui m'ont paru capables de décider la préférence que méritent les appareils divers à l'aide desquels l'électricité peut être administrée.

Commençons par le point fondamental de l'histoire thérapeutique de cet agent, c'est-à-dire par l'appréciation des cas et des circonstances de chaque fait dans lesquels l'électricité est utile; nous nous expliquerons après, sur la manière de s'en servir et sur les instrumens qui la rendent plus commodément applicable.

Mais avant de porter votre attention sur la partie pour ainsi dire matérielle de la question, posons bien nettement ce *principe* que je regarde comme capital pour le traitement méthodique des affections qui nous occupent. *Avant tout* et *par dessus tout*, il faut rechercher et combattre la cause essentielle du mal auquel on a affaire. Sans cela, point de salut pour les malades. J'insiste constamment sur ce point, parce qu'il est de la plus grande importance.

A cet égard, l'électricité n'est pas plus privilégiée que les autres agens thérapeutiques que nous invoquons chaque jour. Elle perdrait la plus grande partie de son incontestable valeur, si on s'avisait de l'appliquer en aveugle, sans tenir compte ni de la nature du mal, ni du moment opportun pour l'emploi de l'électricité, et surtout sans avoir pris un soin suffisant de neutraliser les influences exercées sur le trouble fonctionnel local par les divers états généraux qui produisent le plus souvent les affections nerveuses. Je peux vous rappeler comme exemples les paralysies par épuisement ou les paralysies saturnines et chlorotiques. Tout homme attentif comprend facilement que le meilleur traitement par l'électricité ne rencontrera de chances de succès que quand l'épuisement, la chlorose, le poison saturnin auront été victorieusement combattus. A cette seule condition la guérison deviendra probable, j'oserais presque dire assurée.

En raison de ce principe, trop souvent méconnu en médecine pratique, on doit s'attendre à échouer, même en se servant de l'électricité, contre les maladies nerveuses seulement en apparence, aussi bien que contre les paralysies symptomatiques de quelque altération matérielle incurable des centres nerveux. Dans le premier cas, on échoue, parce qu'on manque à la plus impérieuse loi de la méthode; dans le second, si on n'échoue pas d'une manière absolue, on doit s'attendre à n'obtenir, même de ce moyen, que des succès partiels et bornés à quelqu'indication locale révélée accidentellement pendant le cours de la maladie. Ce serait s'exposer à de grands désappointemens que d'attendre plus et autre chose.

Ce principe bien posé, j'entre en matière et je ne crains plus de vous égarer, en exposant les faits dans lesquels l'application de l'électricité m'a paru utile.

1° *Certaines atrophies musculaires* soit locales, soit générales, soit progressives, m'ont semblé heureusement modifiées par ce moyen. Quand elles ne dépendent pas d'une lésion irrémédiable soit des centres, soit des troncs ou des filets nerveux, elles peuvent, en usant bien de l'électricité, se suspendre ou même se guérir. J'en ai vu des exemples non douteux. Nous avons même encore dans ce moment, salle St-François, n° 13, un malade qui en présente un échantillon curieux. L'atrophie générale des muscles des avant-bras et des mains, dont il est affecté, s'est développée sous l'influence d'une infection syphilitique ancienne. Après avoir préalablement traité le vice constitutionnel, nous avons itérativement électrisé ce malade, et nous avons vu manifestement les muscles se refaire, surtout pour ce qui concerne les avant-bras et les bras.

J'ai rencontré des exemples à peu près pareils qui avaient débuté sous l'influence de la chloro-anémie portée fort loin; d'autres étaient dus à l'empoisonnement saturnin.

Il est juste de dire, cependant, qu'à côté de quelques observations heureuses se placent un plus grand nombre de faits dans lesquels je n'ai pas obtenu de succès, soit parce que la cause du mal m'a échappé, soit parce qu'il existait dans le système nerveux quelque lésion matérielle irrémédiable. Je n'oserais pas même affirmer que, dans un cas, la stimulation électrique n'ait pas accéléré la marche du mal. Je connais du moins deux faits, dont l'un se trouve encore au n° 64 de la salle Sainte-Claire, dans lesquels j'ai été forcé de suspendre l'électricité, parce que les malades se trouvaient plus paralysées après l'opération, et l'atrophie musculaire de l'une d'elles a semblé augmenter plus vite tant que nous n'avons pas suspendu cette partie du traitement.

2° *Certains engourdissemens semi-paralytiques des extrémités* sont souvent des symptômes précurseurs de paralysie progressive. Ils se montrent souvent bien longtemps avant l'invasion des phénomènes paralytiques proprement dits; dans le plus grand nombre des cas, ils les annoncent de loin, et les préparent, si on ne met pas obstacle à leur développement.

Dans ces cas-là surtout, l'électricité m'a paru avoir des effets très heureux. Toutes les fois que ces engourdissemens ne tiennent pas à une lésion matérielle ou à une cause impossible à détruire, ils cèdent assez promptement. Et il ne faut pas croire que ces faits soient rares; au contraire, ils sont assez fréquens pour que nous en ayons presque toujours des exemples. Tantôt l'engourdissement existe seulement aux extrémités supérieures ou inférieures; tantôt ils se montrent par plaques disséminées à la surface du corps; d'autres fois, ils affectent une forme tout à fait hémiplégique. Dans tous ces faits, le pronostic serait des plus graves, si on prenait à la lettre tout ce qui en a été dit. On aurait à craindre toujours, ou presque toujours, des paralysies générales, des aliénations, etc. Il y a quelque chose de vrai dans quelques-uns de ces pronostics tirés de l'histoire de beaucoup d'aliénés. L'expérience de nos malades et de nos faits m'autorise à affirmer que, dans un très grand nombre de cas, il faut beaucoup rabattre de la gravité de ce pronostic. Le traitement général approprié en premier lieu, et l'usage bien entendu de l'électricité, nous en donnent souvent raison.

3° *Les paralysies du mouvement et du sentiment, ou de l'un et de l'autre.* Sous cette dénomination, je veux désigner ici principalement les paralysies des fonctions sensitives et motrices de la périphérie, qui se produisent sous l'influence de divers états généraux, de certaines cachexies, et non pas en raison de lésions matérielles dans les centres nerveux.

Les plus communes de toutes sont celles qui frappent le sentiment, et particulièrement le sentiment de la douleur. Celles-ci, bien traitées d'ailleurs, cèdent facilement à quelques applications d'électricité.

Les paralysies du mouvement de même sorte résistent en général plus longtemps. Cependant, vous avez pu voir au n° 55 de la salle Sainte-Claire, une jeune fille presque entièrement guérie en peu de jours, par l'électricité, d'une paralysie rhumatismale du deltoïde. Quelques séances de cinq minutes ont suffi pour rendre à ce muscle sa puissance motrice entièrement perdue.

Quand le sentiment et le mouvement à la fois sont paralysés d'une manière chronique, la guérison se fait plus longtemps attendre. Je vous ai montré de nombreux exemples de guérisons ainsi obtenues. Mais, tout en tenant compte des heureux effets de cet agent, il ne faut pas oublier que, quelquefois, les résultats sont contraires. Nous en avons un exemple au n° 40 de la salle Sainte-Claire. Toutes les fois que nous avons essayé de l'électriser, nous n'avons pas obtenu autre chose qu'un plus grand affaiblissement musculaire; depuis que ce moyen a été mis de côté, il s'est manifesté des modifications plus heureuses dans les membres inférieurs paralysés. La sensibilité a repris des caractères plus rapprochés de l'état normal, et les muscles paralysés et atrophiés ont repris un peu de volume et une certaine apparence de contractilité volontaire (1).

J'insiste sur tous ces faits, parce qu'ils établissent une ligne de démarcation bien tranchée entre les paralysies nerveuses et celles qui sont liées à des lésions des centres nerveux. On attribue en général trop souvent les paralysies à des désordres de ce dernier ordre; et bien que l'observation clinique montre que ces faits sont incontestablement et incomparablement les plus nombreux, l'observation clinique nous prouve aussi que les paralysies, purement nerveuses, ne manquent pas, quand on se donne la peine de les chercher. Nous vous en avons montré souvent des exemples incontestables.

C'est dans ces cas que l'électricité réussit; dans les faits opposés, au contraire, elle échoue presque toujours. Prenons pour exemples les hémiplégies, suites d'hémorrhagies cérébrales. Dans ces cas, ce que j'ai remarqué de plus favorable, c'est la guérison de l'espèce d'engourdissement cutané qui persiste, même après la disparition des phénomènes aigus de la maladie. Quant au mouvement, j'avoue que je n'y ai jamais rien gagné, avec quelque discernement des indications que j'aie tenté ce moyen.

Il faut noter d'aillleurs que, dans les faits les plus favorables à l'usage de l'électricité, dans les paralysies nerveuses, il y a des circonstances où cet agent m'a paru plus particulièrement applicable et utile; telles sont les paralysies dont les symptômes présentent une certaine mobilité relative; les paralysies d'apparence fixe et d'origine hystérique; les paralysies périphériques de forme progressive.

Dans tous ces cas, on a de grandes présomptions que l'électricité, bien employée et appliquée avec persévérance, améliorera l'état local ou même le guérira. J'ai remarqué même que quand elle n'a pas une efficacité bien sensible contre les symptômes locaux eux-mêmes, elle peut encore être utile au point de vue de la santé générale. Ainsi, j'ai été dernièrement conduit à la conseiller et à l'employer pour un magistrat atteint d'un de ces affaiblissemens des extrémités à forme progressive

(1) Depuis cette leçon, la malade a presque complètement guéri par le séjour à la campagne et l'usage continué des préparations ferreuses.

avec engourdissement. J'ai seulement fait usage dix fois de l'électricité sur les membres affectés ; et, chose remarquable, sans que les extrémités soient devenues beaucoup plus libres, la santé générale s'est notablement améliorée.

4° Les *contractions chroniques* dues à des affections nerveuses m'ont semblé se modifier heureusement par l'emploi méthodique de l'électricité.

Nous en avons un exemple remarquable au n° 67 de la salle Ste-Claire.

Cette femme porte encore une contracture du poignet et des doigts de la main gauches, de telle façon qu'elle ne peut ni relever le poignet, ni étendre les doigts à volonté. Quand on cherche à vaincre cette contracture, on détermine de vives douleurs dans tout le membre supérieur. Mais il y a déjà plus de deux ans qu'elle est en traitement dans mon service, et les améliorations obtenues me laissent encore espérer sa guérison définitive et complète. Quand elle est venue dans mes mains, la même contracture siégeait aussi dans le coude, l'épaule et jusque dans les muscles du côté gauche du dos et rendait impossibles tous les mouvemens du bras, de l'avant-bras et de la main. Le traitement général et l'application réitérée de l'électricité ont rendu le mouvement et la flexibilité naturels à l'épaule, au coude et à l'avant-bras. J'espère que le temps et des soins analogues complèteront le succès.

5° A côté de ces contractures, il faut mentionner certaines *contractions toniques irrégulières*, dans lesquelles les membres prennent, par une sorte de convulsion chronique, des positions singulières auxquelles ils reviennent dès qu'on les rend à eux-mêmes après les avoir un instant maintenus en rectitude. Ce sont des maladies auquelles on ne peut guère donner le nom que de *chorées toniques*.

L'électricité m'a paru très utile dans les cas de cette sorte que j'ai rencontrés.

Je n'oublierai jamais, par exemple, le cas d'un jeune homme pris, dans tout le côté droit, d'une chorée tonique qui lui déformait la face, lui rendait impossibles les mouvemens volontaires du bras et de la main droite de telle sorte qu'il avait été forcé d'apprendre à écrire de la main gauche, et qui lui avait donné un pied-bot équin, avec luxation presque complète de l'astragale du côté droit.

Cette dernière infirmité nous a présenté ceci de particulier que la luxation ne se réduisait bien qu'au moyen de l'électricité contractant tous les muscles releveurs du pied. Quand on tentait la réduction autrement, les muscles fléchisseurs se contractaient spasmodiquement, de telle sorte qu'il aurait fallu les briser pour remettre les os en place.

Ce malade a complètement guéri de la plupart de ses chorées toniques, et notamment de son pied-bot, au moyen de l'électricité, aidée vers la fin de moyens contentifs et extenseurs continus, destinés à maintenir en place les parties remises d'abord par l'électrisation.

6° Il est une paralysie particulière dont la fréquence et la gravité méritent ici une mention spéciale : je veux parler de la paralysie de la vue, de l'*amaurose*, surtout de celle que les oculistes ont appelée *torpide*. Je ne crains pas de la ranger parmi les affections contre lesquelles l'électrisation obtient les plus beaux succès.

Je n'ai pas besoin de dire que cet agent du traitement y doit être employé avec méthode, dans des conditions bien choisies, quand la nature essentielle du mal a été étudiée, reconnue, combattue suffisamment, quand enfin on n'aura plus besoin que d'un moyen adjuvant efficace pour réveiller localement l'action nerveuse.

On a établi en règle et on tient en général pour certain que l'amaurose ne guérira pas, quand l'électrisation ne détermine pas chez le malade les sensations lumineuses auxquelles on a donné le nom de phosphènes. Cette loi du pronostic m'a paru vraie pour quelques cas, et j'ai pensé que l'absence absolue de sensations lumineuses tenait alors ou à quelques lésions matérielles des nerfs optiques le long de leur trajet ou à leur origine, ou à une modification profonde de la rétine. Mais l'expérience m'a enseigné aussi qu'il ne faut pas toujours désespérer de la guérison des amaurotiques qui n'auront rien perçu dans les premières séances d'électrisation. Vous avez pu voir au n° 25 de la salle St-François, un amaurotique en voie de guérison (1) chez qui les deux premières électrisations n'ont point développé de phosphènes. Aux expériences suivantes, le phénomène s'est développé, et la vue a repris progressivement sa puissance et sa netteté.

Dans d'autres cas, au contraire, la production de ces phosphènes est portée très loin. C'est ce que nous venons d'observer chez une femme amaurotique qui, pendant la durée de l'électrisation, voyait des flammes tout autour d'elle. Son lit lui paraissait immédiatement tout en feu. Elle est sortie dans un état d'amélioration assez satisfaisant, puisqu'elle pouvait distinguer très nettement les objets qu'elle tenait à la main.

Le nombre d'applications de l'électricité pour le traitement de l'amaurose peut être très variable, même quand la guérison marche bien. Dans quelques cas, il faut un temps très long ; dans d'autres, au contraire, il suffit de peu de séances électriques. J'ai eu dans mon service un maître d'école, amaurotique, qui était venu du midi de la France chercher sa guérison à Paris ; le hasard me l'adressa, et trois applications d'électricité suffirent pour lui rendre complètement la vue.

(1) Depuis cette leçon, il est sorti parfaitement guéri.

Je n'ai jamais rencontré de cas aussi satisfaisant.

7° La *cophose*, ou *surdité sans matière*, me paraît tout à fait l'analogue de l'affection précédente. Plusieurs faits que j'ai observés me donnent droit de dire que les applications d'électricité y peuvent porter un remède efficace.

Dans ces cas, il arrive le plus souvent que les malades entendent aussitôt que l'appareil électrique leur a été appliqué, et ils continuent à jouir de l'ouïe plusieurs jours ou même plusieurs heures après l'opération. Il y faut revenir aussitôt que la surdité recommence.

Enfin, on a conseillé l'électricité contre des maladies autres que celles dont j'ai parlé jusqu'ici. Telles sont : les douleurs rhumatismales et les névralgies. Je n'ai employé ce moyen ni contre les unes, ni contre les autres, parce que j'y applique ordinairement des remèdes qui me semblent expérimentalement et rationnellement meilleurs. Je dois ajouter, d'ailleurs, que je n'y vois pas grand inconvénient, même pour les névralgies.

Sans doute, quand on applique un courant électrique sur le trajet d'un nerf du sentiment, on détermine des sensations qui ont de l'analogie avec les névralgies ; on a même dit qu'on peut aussi déterminer des névralgies durables. Je me garderai bien de nier les faits observés par d'autres ; mais je ne crains pas d'affirmer que depuis bien des années que j'applique l'électricité à la curation des maladies indiquées plus haut, j'ai promené nombre de fois, dans tous les sens et sur le trajet de tous les nerfs accessibles, des courans électriques ; et jamais je n'ai observé de névralgie permanente qui ait été la suite de ces applications.

Enfin, il m'est arrivé un fait jusqu'à présent unique, sur lequel je désire appeler l'attention et au besoin l'expérimentation des médecins.

Une dame, que je traite pour un cas de cophose très grave, était sujette à des migraines violentes qui lui revenaient depuis nombre d'années, une ou deux fois par semaine. La surdité et la migraine lui faisaient à l'envi une vie très misérable. Depuis deux ou trois mois qu'elle est soumise à peu près tous les trois jours à l'électrisation pour la guérir de la cophose, la migraine ne s'est pas montrée une seule fois. L'ouïe est devenue moins dure, surtout dans les deux jours qui suivent l'opération ; mais le bénéfice dont la malade se réjouit le plus, est la disparition complète de ses affreux maux de tête et des désordres de digestion, de forces, de sommeil, de mémoire qui en étaient la conséquence.

Je me garderais bien de conclure de ce cas à tous les autres ou à la plupart des autres ; mais je me propose, dans l'occasion bien dessinée, de tenter un remède si innocent contre un mal au moins si ennuyeux.

Dans les prochaines leçons, je me propose de dire ce que je sais sur les divers appareils à électriser et sur la manière de s'en servir.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

§ III. *Diagnostic.* — Je n'insisterai pas sur le diagnostic qui a été traité avec soin à propos de chaque espèce prise en particulier. Il me suffira de vous rappeler combien sont diverses et variables les maladies auxquelles on a cru devoir rapporter les symptômes de la déviation, chaque fois que cette déviation a été méconnue. C'était l'*hystérie*, ou des *névralgies diverses*, ou des *dyspepsies*, ou la *phthisie pulmonaire*, ou une *maladie du foie*, ou une *affection des reins*, quelquefois même une *lésion organique du cœur*. Cette dernière méprise a été faite dans un cas où l'anémie survenue dans le cours de la maladie donnait lieu à un bruit de souffle, en même temps qu'il y avait des palpitations et des douleurs de côté.

Mais c'est surtout avec l'*abaissement de l'utérus* que, jusqu'à ces dernières années, on a le plus souvent confondu les déviations de cet organe. Il est vrai que, dans presque tous les cas, et principalement dans la rétroversion, l'utérus est engorgé et abaissé. Ce qui explique comment des praticiens très distingués, dont j'ai vu les consultations, ont pu, après avoir constaté cet abaissement, ne pas pousser plus loin l'examen et méconnaître l'existence de la déviation, c'est que, dans l'antéversion, ils avaient rencontré le corps très bas en avant ; et dans la rétroversion le col très près de la vulve. Ils attribuaient aux tiraillemens des ligamens les symptômes qui se manifestaient alors. Mais l'expérience démontre que s'il n'y a pas déviation, les ligamens ne sont généralement pas tiraillés d'une manière douloureuse, tant que le museau de tanche n'apparaît pas hors de la vulve. Et l'on conçoit très bien, théoriquement, que l'utérus, situé entre la vessie et le rectum, puisse glisser entre ces deux organes sans que ce déplacement occasionne d'accidens tant que sa direction restant la même, il ne comprimera ni l'un, ni l'autre.

C'est donc à la compression que l'utérus exerce sur les organes voisins, après avoir été dévié, que sont dus principalement les accidens. La preuve, c'est que les douleurs cessent, si on le ramène dans une bonne direction, bien que l'abaissement soit toujours le même.

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15. 31 Juillet, 31 Août, 2, 4, 21, 23, 28, 30 Septembre, 7, 23 Octobre et 4 Novembre,

Vous vous garderez donc bien d'attribuer à l'abaissement des symptômes qui disparaissent avant lui, et surtout de mettre en doute la réalité d'une guérison, par cela seul que l'abaissement persistera quand la déviation aura été réduite, et bien qu'il n'existe plus aucun symptôme de maladie. C'est, du reste, un point sur lequel je reviendrai plus tard.

§ IV. *Pronostic.* — Je vous ai dit (page 69) en quels termes M. Velpeau a porté le pronostic des déviations utérines. L'insuffisance des moyens qu'il avait en vue, justifiait complètement la gravité de ce pronostic. Mais, aujourd'hui, il faut nécessairement y apporter de grandes modifications, car nous avons trouvé, dans le plus grand nombre des cas, la maladie parfaitement curable à l'aide d'un nouveau traitement méthodiquement employé.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que l'ancienneté de la maladie n'a apporté aucun obstacle absolu à la guérison. Elle a été obtenue tout aussi bien, que la maladie durât depuis neuf années ou depuis un petit nombre de mois seulement. Ces faits sont contraires à la manière de voir de M. Davis (cité par M. Beattie : *Cases of retrofl. in the Dublin quat. journ.* ; août et novembre 1847). Pour lui, les cas anciens et chroniques présenteraient plus de gravité, et ne pourraient être guéris qu'après une nouvelle grossesse. Vous avez pu vous assurer, par les exemples nombreux qui ont passé sous vos yeux, dans cet hôpital, que toutes les déviations, même les plus anciennes, guérissent très bien sans qu'une nouvelle grossesse soit nécessaire, ce qui est fort heureux, puisque, dans un très grand nombre de cas, la déviation est un obstacle à la conception.

§ V. *Traitement.* — Nous voici parvenus au point le plus important de ces études. Jusqu'à présent, nous n'avons pu guère exposer que les résultats partiels du traitement ; nous allons maintenant pouvoir le considérer d'une manière générale, et en établir les principes.

Le traitement que nous employons étant presque exclusivement mécanique, et consistant dans l'introduction de corps étrangers dans l'intérieur même de la cavité de l'utérus, vous devez, Messieurs, avant d'y avoir recours, vous assurer avec le plus grand soin que cet organe n'est pas actuellement chargé du produit de la conception. Car vous comprenez aisément quels inconvéniens pourraient, dans le cas contraire, résulter même d'un simple cathétérisme. Avant donc d'introduire la sonde, soit comme moyen de traitement, soit simplement pour éclairer votre diagnostic, vous devez vous assurer attentivement de l'état de l'utérus ; savoir quand a eu lieu la dernière menstruation ; bien en préciser l'époque ; rechercher, par un interrogatoire convenable, s'il n'y a pas eu quelques-uns des signes rationnels de la grossesse ; bien constater, par le toucher, l'état du col de l'utérus, et n'agir que si vous êtes parfaitement certain que l'organe est dans l'état de vacuité.

Que si, après vous être livré à l'examen le plus scrupuleux, il restait quelques doutes dans votre esprit, vous devriez attendre, et ne pratiquer le cathétérisme ou l'application du redresseur qu'après la plus prochaine époque menstruelle. Vous recommanderiez même, sous un prétexte quelconque, à la malade de venir vous voir quand elle aurait ses règles, afin que vous puissiez bien vous en assurer par vous-même. Ceci est indispensable, car il vous arrivera parfois de rencontrer des femmes ayant intérêt à vous tromper ; et c'est seulement en prenant toutes les précautions que je vous indique, que vous parviendrez sûrement à éviter des accidens qui, dans la pratique, pourraient vous faire repentir de la légèreté avec laquelle vous auriez agi.

Redressement de l'utérus par la sonde. — Le traitement doit toujours commencer par des *applications répétées de la sonde*. On introduit l'instrument en suivant les règles que je vous ai tracées pour chaque espèce de déviation ; seulement, au lieu de le retirer en maintenant le doigt sur la tige, comme on le fait lorsqu'on veut connaître la profondeur de la cavité utérine, on laisse le doigt dans le vagin, et on s'en sert pour repousser le col dans un sens opposé à celui qu'il affectait avant le cathétérisme. Ce mouvement a pour but de *permettre* à l'utérus de rester plus longtemps dans la situation où on l'a placé, et d'exagérer même le redressement obtenu à l'aide de la sonde.

Dans le même but, on doit aussi, pendant que la sonde est encore dans la cavité utérine, retourner sa concavité du côté opposé à celui de la déviation. Si l'utérus est dévié en avant, il ne faut pas trop insister sur ce mouvement rendu difficile par le voisinage du pubis, contre lequel le manche de l'instrument vient arc-bouter ; tandis que dans les cas de déviation en arrière, on a toute liberté pour agir, les parties molles du périnée, contre lesquelles se porte le manche, se laissant facilement déprimer. C'est peut-être pour cela que, dans ces derniers temps, j'ai pu, à l'aide de la sonde seule, guérir plusieurs déviations en arrière, et en particulier des rétroflexions ; il est vrai que cette dernière forme présente une plus grande facilité de réduction à cause de la mollesse du tissu de l'utérus, au niveau même de la flexion. Cette mollesse permet à l'utérus de retomber complètement en avant, et de s'y maintenir si bien, que souvent on le retrouve encore après une ou plusieurs heures dans la situation qui lui a été donnée.

Malgré les excellens effets produits par la sonde, même dans les cas où elle n'amène pas une guérison complète, puisqu'elle prépare l'utérus à recevoir et à supporter le redresseur (voyez p. 72 et suiv.), il est des auteurs qui critiquent son emploi et le proscrivent complètement. De ce nombre est M. Ashwell (*Practic. treat. of the diseases peculiar to women*, Lond. 1848), qui le regarde comme un moyen mauvais et insuffisant. Je ne doute pas que beaucoup de ces médecins ne reviennent de cette prévention fâcheuse quand après avoir employé la sonde ils auront vu survenir un soulagement rapide, une disparition souvent complète des douleurs, et dans tous les cas une plus grande facilité pour l'introduction du redresseur. Si maintenant ils le repoussent sans le connaître suffisamment, c'est qu'ils jugent plutôt d'après des impressions dues à des idées préconçues que d'après des faits qu'ils auraient observés.

Emploi du redresseur utérin. — Dans tous les cas où l'emploi répété de la sonde ne suffit pas pour amener une guérison complète, il faut avoir recours au redresseur utérin. Le moment est donc venu de vous faire connaître cet instrument, Je vous donnerai d'abord une description complète de celui que nous employons, et qui représente le dernier degré de perfectionnement et de simplicité auquel nous soyons arrivés jusqu'à présent. Quant à ceux dont j'avais fait usage précédemment, j'y ai presque complètement renoncé; je me contenterai, en conséquence, de vous indiquer brièvement en quoi ils diffèrent de celui-ci et quelles sont les principales raisons qui me les ont fait abandonner.

Description du redresseur utérin. — Le *redresseur utérin, à tige articulée*, est constitué par une tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine; cette tige en métal ou en ivoire, d'une longueur variable, suivant les cas, a le volume d'une plume d'oie; elle surmonte un disque en métal de 2 centimètres de diamètre; elle est fixée à la face supérieure de ce disque sur laquelle doit reposer le museau de tanche quand la tige sera dans l'utérus. Cette première partie de l'appareil est unie par une articulation à ressort, avec une autre tige en métal qui, devant rester dans le vagin, a reçu le nom de *tige vaginale*.

Le ressort, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, est disposé de telle sorte, qu'il sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une sur l'autre. En ouvrant le ressort, on peut abaisser le disque et la tige utérine qui le surmonte jusqu'à ce qu'ils se continuent en ligne droite, avec la tige vaginale. Le mécanisme du ressort ne s'oppose pas à ce qu'après avoir été unies dans cette position, les deux tiges puissent être fléchies de nouveau l'une sur l'autre; mais lorsqu'on arrive à l'angle droit, le ressort entre en jeu (à la façon de ceux adaptés à certains couteaux dits poignards) et les maintient fixés dans cette situation.

La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. La direction du plastron est donc à peu près parallèle à celle de la tige utérine, et les mouvemens imprimés à l'une de ces deux portions de l'instrument doivent se communiquer à l'autre, quand l'appareil est en place, la tige du plastron étant introduite dans la cavité de la tige vaginale.

Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réunies à l'aide d'un fil passé dans un trou pratiqué à la tige vaginale, près de l'articulation; ce fil est noué sur le plastron.

Le plastron est fixé le long de l'abdomen, à l'aide de deux liens situés à sa partie supérieure et formant *ceinture*; deux autres liens devant servir de *sous-cuisses* sont attachés à sa partie inférieure, près du point sur lequel doit être noué le fil qui unit les deux portions de l'instrument.

Cet instrument, ainsi constitué, diffère de celui de M. Simpson d'abord par le volume du disque. Le sien est ovale, et son plus grand diamètre a plus de 4 centimètres 1/2, ce qui rend son application difficile, car il faut le faire pénétrer dans le vagin en même temps que le doigt, qui guide son introduction (1). Aussi est-ce la première chose que j'ai songé à modifier dans l'instrument de M. Simpson. Actuellement même, ayant à traiter une fille vierge, j'ai fait sur l'instrument que je voulais lui appliquer, supprimer complètement le disque. Car bien que dans plusieurs cas j'aie pu introduire un instrument ordinaire sans léser la membrane hymen, il n'en est pas moins vrai qu'il a toujours fallu redoubler de précautions, et que les manœuvres ont été plus difficiles. Par suite de cette modification, la lèvre antérieure seule du museau de tanche aurait soutenu l'utérus en reposant directement sur la tige vaginale, et je pense qu'il n'y aurait eu aucun inconvénient à cela. Malheureusement cette malade nous a quitté avant que nous ayons pu commencer le traitement; nous devrons donc attendre une nouvelle occasion pour nous édifier à cet égard.

Une autre différence, et celle-là est capitale, c'est que dans l'instrument de M. Simpson le disque supportant la tige utérine est coudé sur la tige vaginale. La flexion est donc permanente, et pour introduire l'instrument il faut adapter à la tige vaginale un manche fortement recourbé en sens contraire. J'ai fait longtemps usage de ce redresseur à flexion fixe, mais à disque plus petit, soit constitué comme je viens de vous le dire, soit légèrement modifié en ce que la tige vaginale, au lieu d'être creusée pour recevoir le plastron, étant au contraire pleine et allongée, pénétrait dans un trou du plastron, que l'on fixait ensuite à l'aide d'un écrou à vis. Avec ce dernier instrument, on n'avait pas besoin de manche pour introduire la tige utérine, la tige vaginale étant assez longue pour y suppléer. Après l'introduction, les deux parties de l'appareil restaient solidement réunies, ce qui était important, puisque c'est surtout pour les empêcher de se séparer ainsi que cela avait eu lieu dans plusieurs cas (obs. XIV), que j'ai eu l'idée d'apporter cette modification. Depuis, j'y ai renoncé, parce que je me suis assuré que le simple fil ciré dont je me sers de préférence suffit parfaitement.

T. Gallard,
Interne.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Novembre. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1° Deux rapports de M. le docteur Balme-Dugaray, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy, sur une épidémie charbonneuse qui a régné dans les communes de Beaulieu et de la Vérité-sur-Loire (Haute-Loire).

2° Deux rapports de M. le docteur Deché, médecin des épidémies de l'arrondissement de St-Pol, sur des épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné en 1851 et 1852, dans la commune d'Avesnes-le-Comte.

3° Une note de M. Leroy-d'Étiolles, sur un cas de rétrécissement de l'urètre, pour lequel a été pratiquée une urétrotomie intra-urétrale profonde, suivie d'épanchement urineux et de mort.

4° Un mémoire de M. le docteur Duplan, médecin en chef de l'hôpital militaire de Barèges, contenant un état nominatif des militaires traités à l'établissement thermal de Barèges, pendant la saison de 1851.

5° Un mémoire de M. Lambassy, de Nyon près Genève, sur de nouvelles préparations ferrugineuses.

6° Un mémoire de M. Jules Mascarel, chirurgien en chef de l'hôpital de Châtellerault, sur les convulsions des femmes enceintes avant, pendant et après l'accouchement.

7° Une observation de Mme Messager, sur une observation d'hydrorachis, envisagée dans ses rapports avec l'art des accouchemens.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de médecine vétérinaire.

Pendant qu'on procède au scrutin, M. Londe a la parole pour lire une observation de M. Lesauvage (de Caen), sur un cas de luxation.....

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votans, 86, — majorité, 44.

M. Leblanc obtient.	45 voix.
M. H. Bouley.	33
M. Lacauchie.	6
Bulletins blancs.	2

M. Leblanc ayant réuni la majorité est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation du chef de l'État.

M. Guilbert lit un mémoire sur l'intoxication électrique. (Comm. MM. Cloquet, Bouvier et Collineau.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 3 Novembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Luxation spontanée du cristallin. (Addition à l'une des séances précédentes.)

M. Larrey présente un jeune garçon qu'il a déjà soumis à l'examen de la Société (séance du 16 juillet 1851), pour un cas rare de luxation spontanée du cristallin sans cataracte. Cette affection avait été précédée dans l'enfance, et par suite de convulsions, d'une amblyopie double, considérée comme myopie. Des phénomènes de synchisis furent observés, quelques années plus tard, dans l'œil gauche, avec affaiblissement plus marqué de la vue de ce côté.

Le malade, admis comme enfant de troupe au Val-de-Grâce, a été observé avec soin depuis. Voici ce que M. Larrey a constaté depuis trois mois :

Le cristallin de l'œil gauche, paraissant enveloppé de sa capsule, avait franchi l'ouverture pupillaire, et occupait visiblement la chambre antérieure en refoulant l'iris en arrière, et sans offrir la moindre trace d'opacité. Le corps lenticulaire, demeuré ainsi parfaitement translucide, était mobile derrière la cornée, à tel point que sous l'influence de certains mouvemens, ou par la dilatation soit spontanée, soit artificielle de la pupille, il reprenait aisément sa place normale pour la quitter de nouveau. C'était, en définitive, une luxation réductible du cristallin sans opacité, sans altération non plus de la cornée ou de l'iris, qui offrait cependant un certain degré d'oscillation (*tremulus iridis*), de même que l'humeur vitrée paraissait diffluente, ou constituant le synchisis.

La complication antérieure d'amblyopie, autant que l'absence de tout accident, de toute inflammation dans l'œil, accoutumé pour ainsi dire à ce déplacemet de l'une de ses parties constituantes, permettaient de temporiser jusqu'à ce qu'une indication précise exigeât une opération chirurgicale.

Le jeune malade est resté dans le même état pendant plusieurs mois, et ne s'est aperçu que vers le mois de février de cette année d'un changement de coloration dans son œil : le cristallin, toujours luxé, mais encore réductible, est devenu opaque, et la cataracte, bien appréciable aujourd'hui, permet de constater la mobilité de la lentille, et la diffluence du corps vitré bien mieux qu'à l'époque où la transparence était parfaite. Il est possible que la résorption ait lieu à la suite de l'opération par abaissement, sinon il sera peut-être utile de pratiquer l'extraction avec tout le soin nécessaire pour éviter l'évacuation simultanée des humeurs de l'œil.

La Société sera tenue au courant de ce qui aura été fait.

Des kystes de l'organe de Wolff dans les deux sexes.

M. Verneuil lit sous ce titre un mémoire dont nous regrettons de ne pouvoir donner l'analyse.

(Comm. MM. Huguier, Gosselin et Robert.)

Des ectopies congéniales des testicules et des maladies de ces organes engagés dans l'aine.

M. Debout, chargé de rendre compte à la Société d'une thèse de M. J. Lecomte, sur les ectopies congéniales des testicules et les maladies de ces organes engagés dans l'aine, a cru devoir, avant d'examiner avec l'auteur les affections qui peuvent atteindre les glandes séminales anormalement situées, soumettre à la discussion de ses collègues l'existence et la nature de l'altération subie par les testicules inclus. « Nous n'apportons pas en général dans nos travaux, dit le rapporteur, une rigueur d'expression assez sévère. Les mots, disait récemment un critique distingué, ont seulement la valeur que l'on veut bien leur donner. C'est une grande erreur contre laquelle nous ne saurions trop nous élever, car la science en souffre. N'entendez-vous pas tous les jours des praticiens prétendre guérir des états morbides réfractaires aux médications classiques? En médecine, comme en philosophie, il faut, comme le recommande Pascal, n'employer aucun terme dont on n'aura auparavant déterminé nettement le sens. Le mémoire de M. Follin nous fournit une preuve de cette nécessité d'apprécier la valeur des mots. Ainsi, notre collègue comprend, sous la dénomination d'*atrophie*, « et les cas où le testicule, après s'être complètement développé, subit un retrait plus ou moins considérable, et ceux où cet organe arrêté au début de son développement reste avec un volume qui ne correspond plus à l'âge du sujet. » Or, ces faits appartiennent à deux catégories distinctes, et doivent être séparés au point de vue de l'intervention de l'art. Je vous en ai donné le motif, en vous rappelant le cas d'un homme, rapporté par Wilson, chez lequel l'arrêt de développement disparut à un âge avancé. Cet homme, sur le conseil de M. Wilson, se maria à l'âge de 26 ans, et sous l'influence des excitations vénériennes, l'évolution, comme assoupie, se réveilla, et après deux années, ses organes génitaux avaient acquis le volume de ceux d'un adulte. Aux altérations organiques qui reposent sur un simple arrêt de développement, pourront donc être opposées les médications physiologiques, c'est-a-dire celles dans lesquelles on fait appel aux fonctionnemens de l'appareil organique lésé; médications puissantes dont j'ai eu plusieurs fois l'occasion de vous rappeler les effets thérapeutiques. Dans les cas d'atrophie, il y a une influence morbide qu'il importe de combattre avant de vouloir remédier aux effets produits, aux phénomènes localisés qui se traduisent par l'atrophie du tissu de la glande. »

Partant de cette vue éminemment pratique, M. Debout examine les affections diverses présentées par la glande séminale anormalement située. Ainsi, dans l'inclusion abdominale, l'art n'a pas à intervenir, et le seul point important à considérer, est l'état organique des testicules restés confinés dans la cavité abdominale. Or, l'examen des faits consignés dans la science, prouve : 1° que l'altération pathologique n'a pas lieu aussi fatalement que le prétendait Hunter; 2° que cette altération organique, lorsqu'elle existe, appartient plutôt aux arrêts de développement qu'aux atrophies. Ce point d'anatomie pathologique serait important à établir, car alors on serait conduit à repousser, avec Richard Owen et Ast. Cooper, l'opinion de l'illustre anatomiste anglais, qui considérait les cryptorchides comme voués à la stérilité.

Dans l'inclusion inguinale, la glande séminale, lorsque son évolution n'a pas été enrayée par l'application intempestive d'un bandage, se développe souvent, et c'est à ce développement organique qu'elle doit de présenter toutes les altérations offertes par ces organes lorsqu'ils sont descendus dans les bourses; inflammation, dégénérescence. A ces affections habituelles, la présence du testicule, dans une région qui lui est étrangère, ajoute des accidens plus ou moins graves. Ce sont ces circonstances nouvelles que M. Debout est conduit à étudier avec M. Lecomte. La situation de la glande, dans l'intérieur du canal inguinal, gêne le plus souvent son évolution, et le volume des testicules situés dans l'aine est perçu toujours plus petit; cependant, cet arrêt dans le développement n'est pas assez considérable pour empêcher l'influence des causes traumatiques, métastasiques. Les modifications anatomiques que la présence du testicule détermine dans une région insolite deviennent ensuite la cause fréquente d'infirmités secondaires : hernies congéniales. Ajoutez à ces circonstances les erreurs nombreuses que le siége nouveau de cet organe vient fournir, ainsi que les difficultés créées pour le diagnostic chirurgical, lorsqu'une altération pathologique vient à atteindre le testicule arrêté dans l'aine, et nous aurons les motifs nombreux de l'intérêt qu'excitent à bon droit les travaux qui traitent des questions abordées par M. Lecomte.

Pour éviter les erreurs de diagnostic, M. Lecomte signale deux données : le nombre des testicules contenus dans les bourses et la douleur caractéristique qu'éveille la pression. M. Debout rappelle un troisième signe plus important, c'est la forme du scrotum. Si les chirurgiens se fussent toujours assurés de la sortie des deux glandes séminales, jamais ils n'eussent commis d'erreur à cet égard; ce qu'il importe de rappeler, c'est la forme globuleuse que les bourses affectent lorsqu'elles contien-

(1) Jai, cependant, reconnu depuis, que l'étendue donnée au disque par M. Simpson a, dans plusieurs cas, un grand avantage. Tant qu'on n'a affaire qu'à des femmes qui n'ont pas eu d'enfans ou dont l'utérus est complètement revenu sur lui-même, le petit disque est suffisant ; mais, dans le cas contraire, il arrive que ce petit disque dilate le col de l'utérus et s'enfonce dans sa cavité. Cette pénétration du disque n'a pas d'inconvénient réel par elle-même ; mais il en résulte que la tige intra-utérine, à laquelle on n'avait voulu donner qu'une certaine longueur, a acquis par ce fait un centimètre et demi de plus, et de là la possibilité de toucher le fond de l'utérus et de produire les accidens qui en sont la conséquence. Aussi ai-je imaginé, d'après une idée de M. Gallard, un redresseur, dont le disque, semblable à celui de M. Simpson, s'adapte à l'appareil après l'introduction de la tige intra-utérine et se trouve maintenu après la flexion de l'instrument. Ce redresseur m'a été très utile dans un cas où le col de l'utérus étant dilaté au point d'admettre les deux doigts indicateur et médius, le petit disque pénétrait avec la plus grande facilité.

Mais je ne m'en suis pas tenu là, j'ai fait faire aussi un redresseur qui conserve son petit disque ordinaire, autour duquel on fixe un bourrelet creux en caoutchouc, qui peut être insufflé après l'introduction, comme on le fait pour les irrigateurs vaginaux dont M. Maisonneuve a donné récemment la description.

Je ferai connaître, plus tard, avec plus de détails ces nouveaux redresseurs, et j'indiquerai les cas dans lesquels ils m'auront été plus particulièrement utiles.

Note de M. Valleix.

nent un seul testicule. La vue vient tout d'abord avertir de la probabilité de l'existence de l'anomalie, et le toucher n'a plus qu'à confirmer le fait. Quant à la douleur caractéristique qu'éveille la pression de l'aine, M. Debout s'étonne que M. Lecomte, qui a adopté l'opinion de Hunter, c'est-à-dire l'atrophie, signale ce signe. Est-ce qu'un organe atrophié conserve encore les phénomènes de sensibilité, qui caractérisent un développement complet? Le fait de douleur à la pression, lorsqu'il existera, sera le meilleur témoignage que la glande n'est pas atrophiée. M. Debout a toujours trouvé la sensibilité au degré de développement de la glande séminale.

Quelle est la conduite à tenir dans les cas de maladies du testicule engagé dans le canal? M. Lecomte pense que ce traitement ne saurait différer de celui réclamé par les mêmes affections lorsqu'elles atteignent les glandes situées dans les bourses. Leur voisinage, et surtout la continuité de la tunique vaginale avec le péritoine, porte M. Debout à penser que toutes les fois que les phénomènes se développeront d'une manière énergique, le traitement doit être conduit avec plus de vigueur, mais ces cas sont l'exception, puisqu'en général l'évolution du testicule a été entravée. Mais il peut en être autrement. Ce sont ces faits exceptionnels qu'il importe de mettre en relief. Au fait cité par Curling, d'un jeune enfant qui mourut d'une péritonite produite par un coup de pied reçu sur la région inguinale où siégeait le testicule, M. Lecomte ajoute le cas d'un jeune chirurgien militaire chez lequel une course à cheval avait déterminé un engorgement inflammatoire du testicule retenu dans l'aine. Des symptômes d'étranglement se manifestèrent d'une façon si intense, qu'on craignit d'être obligé de pratiquer le débridement. Cependant, un traitement antiphlogistique actif fit justice des accidens.

De toutes les modifications organiques que peut subir le testicule retenu dans la région inguinale, la plus fréquente est la dégénérescence cancéreuse. Le résultat arrivant toujours sous l'influence d'une irritation chronique produite par l'application intempestive d'un bandage prescrit en vue d'une hernie, en présence de ce résultat, M. Debout repousse le conseil donné par quelques auteurs qui ont signalé cette action du bandage comme propre à prévenir la dégénérescence de la glande incluse. La compression détermine plus souvent la dégénérescence que l'atrophie de l'organe.

Le rapporteur jette ensuite un coup d'œil sur les difficultés du diagnostic, les modifications du manuel opératoire de la castration, créée par les dévastations du testicule, et termine son rapport en proposant à la Société de voter des remercîmens à M. Lecomte pour l'envoi de sa thèse, et de déposer son travail dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Cure radicale de la hernie; — nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre.

M. Follin lit, en son nom et celui de MM. Gosselin et Maisonneuve, un rapport sur deux notes lues par M. Coste, de Marseille, et relatives : 1° à la cure radicale de la hernie; 2° à un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre simple.

La commission propose :

1° De remercier M. Coste des deux notes intéressantes qu'il a lues devant la Société;

2° De les déposer honorablement dans les archives;

3° De faire connaître à ce chirurgien l'article de nos réglemens, qui impose à ceux qui sollicitent nos suffrages, l'envoi d'un travail inédit.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées sans opposition.

M. Gerdy présente, à cette occasion, quelques considérations sur es motifs qui lui ont fait abandonner son premier procédé de la cure radicale de la hernie. S'il y a renoncé, ce n'est pas parce qu'il était difficile, mais parce que l'oblitération était insuffisante. M. Gerdy rapporte un certain nombre de cas dans lesquels cette opération avait été suivie de succès. Malheureusement, il ne peut en déterminer la proportion, la plupart de ses opérés ayant été perdus de vue sans qu'il ait pu constater les résultats définitifs. Il convient, toutefois, que le nombre des insuccès a dépassé celui des succès.

Tumeur pulsatile de l'humérus droit.

M. Demarquay présente l'humérus droit d'un homme couché dans son service à l'Hôtel-Dieu, et auquel il a fait, il y a vingt jours, la désarticulation de l'épaule. On se rappelle que, dans une précédente séance, M. Demarquay a appelé l'attention sur un malade chez lequel on observait une tumeur pulsatile de l'humérus droit. Après s'être convaincu par les signes cliniques que présentait le malade, qu'il avait affaire à une tumeur pulsatile de l'humérus ou du périoste, et non point à un anévrisme des os, M. Demarquay pratiqua la désarticulation de l'épaule. La pièce fut injectée, et disséquée avec soin : il résulte de cette observation que l'humérus, dans une partie de son étendue (7 à 8 centimètres), est occupé par une tumeur fibro-plastique; à peine trouve-t-on quelques molécules osseux dans l'enveloppe de la tumeur. Cette circonstance nous explique comment M. Demarquay pouvait traverser l'os de part en part avec une aiguille à acupuncture, et imprimer des mouvemens insolites au bras. L'enveloppe de la tumeur est très vasculaire, des artères volumineuses se voient à la partie interne et externe de la tumeur. Cette circonstance rend compte des pulsations et du souffle dont cette tumeur était le siége.

Taille latéralisée; — extraction de trois calculs volumineux.

M. Demarquay met ensuite sous les yeux de la Société trois calculs volumineux extraits tout récemment de la vessie d'un vieillard de 64 ans, à l'aide de la taille latéralisée, pratiquée dans ces circonstences vraiment insolites. Le sujet de cette opération souffrait en urinant depuis plusieurs années. Il était arrivé même à éprouver des douleurs intolérables dans la vessie; il avait en quelque sorte perdu la faculté de retenir ses urines; celles-ci coulaient continuellement; aussi le malheureux malade vint-il à Paris dans ces tristes circonstances, pour se faire traiter. L'examen du malade, fait pendant le sommeil chloroformique, permit de reconnaître : 1° une légère hypertrophie de la prostate; 2° un ou plusieurs calculs vésicaux assez volumineux; 3° une vessie raccornie, saignante au moindre contact. Après avoir pris l'avis de MM. Roux, Velpeau, Lenoir, et du docteur Pichon, il fut décidé que la taille serait pratiquée aussitôt que les circonstances le permettraient. Et le lendemain de la consultation, il survient de l'œdème à la verge et aux bourses, et le surlendemain, des plaques gangreneuses s'étaient manifestées dans la peau de la verge et des bourses; il était évident que l'urine, venant sans cesse baigner ces parties, allait amener de graves désordres et la mort. C'est pour prévenir le contact continuel de l'urine sur des tissus gangrenés que M. Demarquay se décida à opérer. Cette opération, en effet, avait un double avantage, c'était : 1° de faire cesser les douleurs intolérables qu'éprouvait le malheureux malade; 2° de détourner les urines pendant un certain temps, et de mettre les plaies de la verge et du scrotum, résultant du sphacèle de ces organes, dans de meilleures conditions. La taille latéralisée a donc été pratiquée il y a sept jours, avec l'aide de M. Lenoir. Pendant le sommeil chloroformique, malgré les difficultés de l'opération et les circonstances particulières dans lesquelles se trouvait le malade, aucun accident n'est survenu, et tout fait espérer une prompte guérison.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS.

ALIMENTATION DES PRISONNIERS.

Sous ce titre, M. le professeur Christison vient de publier un rapport très intéressant, adressé au conseil général des directeurs des prisons d'Écosse, sur le régime alimentaire qu'il convient de faire suivre aux prisonniers.

L'objet des recherches du célèbre professeur était de déterminer, le plus exactement possible, si le régime réglementaire était suffisant et plus que cela, pour conserver la santé et la vie des prisonniers. Dans ce but, on commença des recherches sur les prisonniers à court terme, de 10 à 60 jours, afin de juger par les résultats si le même régime pourrait fournir l'objet de recherches pour les prisonniers à terme beaucoup plus long. Les observations furent faites sur 896 individus du sexe masculin et 724 du sexe féminin, dans les prisons d'Edimbourg, Glasgow, Dundee, Stirling, Paisley, Ayr et Perth. Chaque prisonnier était pesé à son entrée, et son état de santé, de force et d'aspect était noté avec soin. Des observations semblables étaient faites tous les quinze jours, ainsi de suite jusqu'à la libération des prisonniers. A ces données, étaient ajoutés tous les renseignemens relatifs à l'âge et aux circonstances fortuites qui pouvaient troubler les résultats. Les directeurs des prisons furent en outre autorisés à suspendre l'expérimentation chez les sujets dont la santé paraîtrait décliner.

Nous ne pouvons reproduire ici les nombreuses recherches qui ont été faites, mais nous croyons que les conclusions en seront bien accueillies par nos lecteurs :

1° Pour la moyenne des individus dont les occupations ne comportent qu'un exercice peu considérable et des efforts musculaires modérés, une alimentation simple, bien choisie, fournissant 17 onces par jour de matériaux nutritifs réels, dont 4 onces de principes azotés, est suffisante pour la conservation de la santé, des forces, du poids et des conditions générales; mais au-dessous, il y a insuffisance.

2° La proportion des matériaux azotés ne peut être réduite, dans une pareille alimentation, au-dessous de 4 onces par jour, sans risque d'altérer la santé.

3° Cette alimentation, en général insuffisante, dans les conditions précitées, ne l'est cependant pas toujours.

4° Elle est probablement insuffisante pour ceux qui ont été habitués à des travaux rudes en plein air et à un régime très large, même lorsque leurs occupations ne nécessitent ni exercice, ni efforts musculaires violens.

5° Elle est insuffisante pour une bonne proportion de personnes au-dessus de la moyenne, pour leur taille et leur volume.

6° Elle est insuffisante pour la plupart des jeunes sujets entre 16 et 20 ans.

7° Elle est beaucoup plus appropriée au sexe féminin qu'au sexe masculin.

8° D'autres circonstances encore, qui ne sont pas très exactement appréciées, mais qui ne tiennent certainement pas à un accroissement d'exercice habituel, peuvent encore la rendre insuffisante.

9° Il suit de là que la réglementation du régime d'individus vivant ensemble et soumis à une règle fixe, est une chose toujours difficile, et qui, s'il n'était pas permis de la faire fléchir dans certaines conditions, pourrait entraîner des suites graves, une diminution du poids dans les conditions ordinaires, et des choses plus graves en temps d'épidémie.

10° Il ne serait pas convenable d'étendre le régime précité à des prisonniers enfermés pour un terme de plus de deux mois.

OBSÈQUES DU DOCTEUR BLANCHE.

Dimanche matin, 7 novembre, ont eu lieu à Passy les obsèques du docteur Blanche, mort à l'âge de cinquante-sept ans à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

A cette triste cérémonie était accourue une foule extraordinaire : on remarquait parmi les assistans tous les genres de célébrités dans les sciences, dans les arts, dans la littérature, etc., etc. L'église de Passy ne pouvait contenir tous les amis de Blanche : ce doit être pour sa famille une bien douce consolation.

Deux discours ont été prononcés sur sa tombe, le premier par M. Béclard et le second par M. Antony Deschamps.

DISCOURS DE M. BÉCLARD.

« Messieurs,

» Cette tombe autour de laquelle nous sommes en ce moment rassemblés est celle d'un savant et d'un homme de bien. Le docteur Blanche avait acquis dans le traitement des maladies mentales une grande réputation. Le nom qu'il lègue à ses enfans ne périra pas. Si quelque chose peut adoucir, en ce moment suprême, l'amertume de leur douleur, j'ajouterai que sa mémoire sera toujours vivante dans le cœur de ses amis.

» Fils d'un médecin distingué de Rouen, M. Blanche commença sous les auspices de son père l'étude de la médecine. Mais on était en 1813, et le jeune étudiant de dix-sept ans dut se faire soldat, comme tant d'autres. A son retour à Paris en 1815, il reprit ses travaux avec une nouvelle ardeur, et dirigea dès ce moment ses recherches vers l'aliénation mentale, au traitement de laquelle il devait dévouer sa vie.

» A peine reçu docteur, et avide de donner à ses études la sanction de l'expérience, il fonda à Montmartre une maison de santé, devenue bientôt célèbre. Il avait alors vingt-quatre ans. Depuis cette époque jusqu'à ses derniers jours, et pendant une période de trente-trois ans, il n'a cessé de prodiguer à ses nombreux malades les soins éclairés d'une longue expérience.

» M. Blanche a puissamment contribué, par ses efforts, à opérer dans le traitement des maladies mentales une révolution aujourd'hui à peu près accomplie. Au régime de l'intimidation, régime commode pour le médecin, mais désastreux pour le malade, il a fait succéder celui de la persuasion, de la patience et de la bonté. Doué d'une remarquable énergie que tempérait d'ailleurs un cœur sensible et tendre, M. Blanche savait se faire aimer et se faire obéir. Dévoué à l'œuvre qu'il avait entreprise, vivant lui et les siens au milieu de ses malades, partageant leurs repas, leurs promenades, leurs distractions, M. Blanche a donné à l'établissement qu'il dirigeait un caractère qui lui est propre, et qui restera comme un de ses bienfaits. Lorsque, rendus à la santé, les malades se séparaient de cette nouvelle famille devenue la leur, ils revenaient la visiter souvent. Jamais, peut-être, médecin n'inspira une reconnaissance plus vive et plus sincère.

» La maison de Montmartre devint bientôt trop petite pour la foule toujours croissante des malades. Il y a cinq ans, M. Blanche transporta à Passy, sur le bord de la Seine, l'établissement qu'il avait créé, et en partagea dès lors avec son fils aîné, dont il était justement fier, la direction médicale.

» M. Blanche était encore plein de vie et de santé; mais sa robuste constitution ne devait pas tarder à fléchir sous les atteintes d'une maladie sans remède. Dès le moment où le mal se révéla, il en sentit lui-même toute la gravité, et il en supporta jusqu'à la fin les douleurs avec un calme inaltérable. Ce fut pour lui une grande consolation, au milieu de ses souffrances, de savoir qu'il laissait derrière lui un fils digne de le remplacer et de perpétuer son œuvre. C'est entouré de sa femme et de ses enfans, qui lui prodiguèrent pendant sa longue agonie les soins les plus tonchans, qu'il a rendu son âme à Dieu; il était à peine âgé de 57 ans.

» Adieu, vous qui fûtes mon ami et mon maître! Le souvenir du médecin habile et de l'excellent homme restera toujours gravé dans nos cœurs. Adieu!! »

NOUVELLES. — FAITS DIVERS.

Nous recevons la note suivante de la Société médicale du 1er arrondissement de Paris :

« Dans sa dernière séance, la Société médicale du 1er arrondissement a été péniblement émue au récit que lui a fait un de ses membres, d'une consultation qui aurait eu lieu entre un des médecins les plus respectables et les plus éclairés de la Faculté de Paris et deux homœopathes.

» Dans la conviction que ce professeur n'a agi ainsi que par excès de bonté et peut-être même dans un intérêt d'humanité, la Société n'a pas cru devoir formuler un blâme contre un confrère dont personne ne conteste la parfaite honorabilité; elle a décidé, toutefois, qu'elle ferait inscrire dans les journaux de médecine les conclusions d'un rapport de M. Despaulx-Ader, dont la Société avait déjà voté l'impression.

» Voici ces conclusions :

» Ne point admettre dans notre sein : 1° les homœopathes et autres charlatans; 2° ceux qui pratiquent l'homœopathie concurremment avec d'autres systèmes de traitement; 3° ceux qui consentent à avoir des rapports professionnels ou qui se trouvent en consultation avec eux; 4° ceux qui servent de manteau à celui que la loi n'autorise pas à exercer la médecine; 5° ceux qui exercent sous l'inspiration de somnambules. »

— La liste des candidats du concours pour l'agrégation (section de médecine) est close; elle contient quatorze noms pour six places à donner.

Les quatorze candidats inscrits sont :

MM. Abeille, Aran, Blin des Cormiers, Bouchut, Delpech, Empis, Frédault, Gubler, Hérard, Lasègue, Léger, Leudet, Milcent et Tholosan.

Nominations. — Par application de l'article 1er du décret organique du 9 mars dernier, relatif à l'institution des fonctionnaires de l'enseignement supérieur, le prince président a rendu, à la date du 5 novembre, deux décrets individuels qui nomment : M. Pasteur, docteur ès-sciences physiques, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg, et M. Loir, docteur ès-sciences physiques, professeur de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de la même ville.

Tribunaux. — Une perquisition opérée chez le sieur Giou, droguiste marchand de couleurs, rue Bourtibourg, n° 16, on y saisit des denrées médicamenteuses falsifiées. Ces drogues étaient au nombre de quinze; il trompait en outre sur la nature de la marchandise. Cité pour ces faits en police correctionnelle, le tribunal l'a condamné à trois mois de prison, 50 fr. d'amende. — 8e chambre, audience du 9 novembre.

— Le sieur Gaffard, pharmacien, rue de Rambuteau, n° 20, était prévenu de tromperie sur la quantité de la chose livrée : trois mois de prison, 50 fr. d'amende. — 8e chambre, audience du 9 novembre.

— Un arrêté de 1837 enjoint aux sage-femmes de ne déposer des enfans au tour qu'après déclaration à la mairie et au commissaire de police. La femme Bounas, demeurant rue Bailleul, n° 24, n'ayant pas tenu compte de ces prescriptions, était traduite devant la 6e chambre : six jours de prison, 16 fr. d'amende. — Audience du 9 novembre.

Avis — Les lettres adressées au rédacteur en chef ou au gérant de l'Union Médicale, relatives à la position médicale indiquée dans le numéro du 4 novembre dernier, ont été transmises à la personne chargée de s'occuper de cette affaire, sur laquelle la rédaction et la gérance ne peuvent donner aucun renseignement.

— M. Bouchut, médecin de l'hôpital Bon-Secours, commencera son cours de pathologie médicale le mardi 16 novembre, à 7 heures du soir, à l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

On s'inscrit chez M. Gaucherand, à l'École pratique.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 136. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 13 Novembre 1852.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

OBSTÉTRIQUE.

CONDUITE DE L'ACCOUCHEUR DANS LA PRÉSENTATION DE LA FACE;

Par M. CHAILLY-HONORÉ, membre de l'Académie de médecine.

(Suite. — Voir le numéro du 6 Novembre.)

Mais, m'objectera-t-on, pourquoi, puisque vous convenez que certains accidens sont dépendans de la présentation, quelle que soit sa position, que d'autres bien plus graves peuvent se présenter accidentellement quand une anomalie dans la marche du travail vient à se rencontrer, pourquoi ne pas user du procédé de Baudelocque dès le début du travail, au moins dans les positions qui peuvent donner lieu aux accidens les plus graves, et par conséquent dans les positions mento-postérieures primitives? Par ce procédé vous placerez la mère et l'enfant dans les conditions les plus favorables, dans celles, en un mot, où ils seraient si le sommet s'était présenté de lui-même au lieu de la face. Pourquoi donc ne pas chercher, dès le début du travail, aussitôt que la dilatation de l'orifice le permet, à ramener au détroit supérieur le sommet au lieu de la face, en introduisant la main dans l'utérus et en accrochant, à l'aide de cette main, l'occiput pour l'entraîner au centre du détroit supérieur?

Certainement, si ce procédé était facile, inoffensif, s'il mettait le fœtus et la mère après cette réduction, *en supposant qu'on ait pu la produire*, dans les conditions où ils seraient tous deux dans une présentation du sommet spontanée; si, en un mot, il y avait la moindre comparaison à établir entre l'accouchement, dans la présentation spontanée du sommet et l'accouchement dans le cas où le sommet aurait été ramené de force au détroit supérieur, certainement il faudrait toujours recourir au procédé de Baudelocque, même dans les positions mento-antérieures pour épargner à l'enfant la mort sur dix ou douze accouchemens, cette mort n'arrivant qu'une fois sur cinquante dans la présentation du sommet.

Mais chacun comprendra, pour peu qu'il ait pratiqué l'art des accouchemens, pour peu qu'à défaut de pratique il réfléchisse mûrement sur ces faits, qu'il ne peut y avoir parité entre l'accouchement qui suit une semblable réduction, et celui qui s'effectuerait dans une présentation du sommet spontanée. Ce n'est pas tout encore. Chacun comprendra aussi quelles difficultés sont attachées à l'exécution de ces tentatives, dans lesquelles on échoue le plus ordinairement. Certes, si l'on en croyait sur parole ceux qui préconisent ce procédé, c'est l'affaire d'un tour de main.

« Il faut pour cela, disent-ils, introduire la main dont la » face palmaire, etc., etc.; puis après avoir empoigné la face » à pleine main, la *refouler* autant que possible au-dessus du » détroit supérieur, contourner le vertex avec la face palmaire » de quatre doigts, et fléchir la tête sur la poitrine. La *position* » de la face (lisez: présentation) ainsi convertie en *position* » du sommet (lisez encore: présentation), les contractions » utérines feront le reste (1). »

Aucune crainte ne peut arrêter l'opérateur; on ne fait envisager à l'élève aucune des difficultés qu'il devra rencontrer; on ne lui indique pas celles qu'il ne devra jamais s'efforcer de vaincre, en pareille circonstance, sous peine de voir se produire les accidens les plus graves. Oui, je le répète, l'élève n'a qu'à y mettre la main, et qu'on me passe cette expression d'un célèbre prestidigitateur, et *le tour est fait*.

Mais qu'on consulte les auteurs qui ont quelque poids dans la pratique, et l'on trouvera que tous s'accordent à regarder ces réductions de présentation comme très difficiles, très souvent même comme impossibles; et tous ceux même qui préconisent ce procédé avouent que ces tentatives sont très douloureuses et souvent très graves pour la mère. Sans compter qu'on doit ajouter qu'il s'en faut qu'elles soient inoffensives pour le produit; non pas immédiatement, mais par le trouble qu'elles apportent dans les phénomènes d'expulsion qui suivront ces tentatives; enfin par la nécessité où l'opérateur pourra être souvent de procéder, après ces tentatives inutiles, à l'extraction du produit, soit à l'aide de la version pelvienne, soit à l'aide du forceps.

Ainsi, en supposant d'abord qu'à l'aide de ce procédé on ait ramené le sommet au lieu de la face au détroit supérieur, l'introduction entière de la main, dès le début du travail, alors que les organes génitaux externes ne seront pas encore suffisamment assouplis, sera extrêmement douloureuse pour la mère; les efforts d'introduction de cette main dans l'utérus, en outre qu'ils seront aussi fort douloureux, pourront, dans certains cas, déterminer des accidens graves : M. Moreau les a vus causer, en pareille circonstance, une rupture de l'utérus, qui fut suivie de la mort immédiate, et ce fait a d'autant plus de valeur, que l'opérateur, au dire de M. Moreau, avait une certaine habitude des opérations obstétricales. Pendant ces tentatives, le cordon ombilical pourra être entraîné par le liquide amniotique, auquel on offre une très facile issue en débouchant le détroit supérieur. Cette circonstance met certainement le produit dans une situation tellement grave, qu'il succomberait le plus ordinairement si l'on n'intervenait pas; de là, malgré le succès de ces tentatives, la nécessité de recourir à la version pelvienne ou au forceps, manœuvres qui ne sont pas toujours exemptes de danger pour l'enfant. Un bras ou les deux bras peuvent être entraînés aussi; enfin, en supposant encore qu'aucun de ces accidens ne se soit produit, il en est un, inséparable de ces tentatives, qui se reproduira toujours, et qui ne met certainement pas le fœtus dans les conditions où il serait si le sommet s'était présenté de lui-même, je veux parler de l'entier écoulement du liquide amniotique.

L'enfant, privé de cette couche de liquide protecteur, pendant toute la durée de l'accouchement qui va suivre, sera bien plus exposé, si le travail se prolonge, qu'il ne le serait dans un cas de présentation du sommet spontanée. En effet, dans ce dernier cas, la tête, au moment de la rupture des membranes, bouche si hermétiquement le col utérin, qu'il ne s'échappe le plus ordinairement que la quantité de liquide contenue dans la poche placée au-dessous de la tête, et que le reste de ce liquide ne s'écoule que graduellement, à mesure que l'engagement du produit s'effectue, et que même, phénomène que chacun peut constater chaque jour, il reste jusqu'à la fin de l'accouchement une quantité de liquide assez considérable, et qui ne s'échappe qu'avec les dernières parties fœtales,

L'enfant est protégé alors contre la compression trop immédiate des parois utérines, et surtout le cordon est moins exposé à la compression qu'il peut subir entre les parties fœtales et les parties maternelles.

Eh bien, l'enfant est privé de toutes ces circonstances favorables dans l'accouchement qui suit les tentatives de réduction, en supposant toujours qu'on ait pu réussir.

Mais quand bien même toutes ces raisons ne devraient pas faire rejeter le procédé de Baudelocque, les difficultés extrêmes qu'on rencontre le plus ordinairement dans son accomplissement, l'impossibilité absolue où l'on se trouve souvent de l'accomplir après avoir fait beaucoup souffrir la mère, et l'avoir mise, ainsi que son produit, dans de mauvaises conditions,

(1) 586 ou 599.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Encore la Syphilisation. — Une lettre de M. Sperino, de Turin.

J'ai reçu de M. le docteur Sperino, de Turin, une lettre que, selon sa prière, je vais mettre sous les yeux de nos lecteurs; seulement, cette lettre étant très étendue, et désirant ne pas la laisser tout à fait sans réponse, j'ai pris la liberté, afin d'être plus bref, d'intercaler mes réflexions dans le texte même de M. Sperino. Il m'a semblé que, sous cette forme de dialogue, notre petite discussion gagnerait en mouvement et en intérêt.

« *Monsieur Amédée* LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

» Dans le n° 130 de votre journal, vous avez annoncé à vos nombreux lecteurs une brochure que le libraire de Paris, auquel j'ai expédié quelques exemplaires, a cru devoir vous envoyer, comme aux autres journalistes, intitulée : *Mémoire sur le vote adopté par l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 21 août, contre la pratique de la Syphilisation, comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis*, »

Il est très vrai, Monsieur, que j'ai reçu cette brochure, dont je me suis empressé de faire l'annonce bibliographique; vous trouvez l'occasion de répéter cette annonce, ce n'est pas maladroit, mais dès le début, rendez hommage à notre condescendance.

« Dans laquelle j'ai prouvé : 1° que la Syphilisation n'a pas été étudiée par l'Académie; »

Cette première preuve n'a pas dû vous coûter de grands efforts, car ce que l'Académie a voulu prouver, c'est précisément que la Syphilisation ne devait pas être étudiée.

« 2° Que le fait de M. le docteur L... est incomplet et imparfait, qu'il n'a pas été soigneusement examiné par la commission, et qu'il n'a pas été exactement rapporté par M. Bégin; »

Incomplet! hélas! tous ceux qui ont vu cet infortuné confrère ne l'ont trouvé que trop complet. Imparfait! je ne dis pas le contraire, et c'est aussi ce qui a été reproché à la Syphilisation d'avoir été, dans ce cas, si imparfaite, qu'une grosse vérole en avait été la conséquence. La commission ne l'a pas soigneusement examiné! Pure allégation; la commission l'eût examiné pendant un an, qu'elle n'aurait pu y voir autre chose que ce qui y était en effet, syphilisation, vérole, deux termes qu'elle a parfaitement mis en lumière et que vous rejetez parce qu'ils vous gênent. M. Bégin ne l'a pas exactement rapporté! Pour un homme si chatouilleux à l'endroit de la calomnie, comment nommerez-vous une assertion semblable et contre un confrère tel que M. Bégin?

« 3° Que les faits de Syphilisation publiés jusqu'à présent étaient insuffisans pour que l'Académie, appuyée sur eux, pût donner un jugement définitif. »

Il n'y a rien de définitif dans les sciences, Monsieur; les Académies portent un jugement actuel avec les élémens actuels que la science possède; or, notre Académie était en possession de faits actuels suffisans pour apprécier et pour condamner la Syphilisation. Elle a désiré que son jugement arrêtât l'accomplissement et l'exhibition de faits semblables, si affligeans pour la science et pour l'humanité. L'Académie a fait strictement ce qu'elle devait faire avec les élémens qu'elle possédait. Toute autre conduite eût été de la pusillanimité.

« Vous n'avez pas cru devoir examiner mon écrit. »

Publiquement, non, cela ne m'a pas paru nécessaire.

« Vous l'avez jugé sans examen, »

Erreur, Monsieur, je l'ai lu, bien lu, et je vous assure que vous me devez des remercîmens pour ne pas porter au dehors mes impressions intérieures.

« Comme vous l'avez fait de la Syphilisation, »

Qu'est-ce à dire! Que je n'ai pas pratiqué la Syphilisation, ah! certes oui, je l'affirme, et j'en prends Dieu et les hommes à témoin. J'ai fait comme l'Académie et comme le public médical, j'ai jugé la Syphilisation sur ses œuvres, sur ses actes, sur ses écrits, sur son enseignement, sur ses discours; n'est-ce donc pas assez, et fallait-il, pour vous plaire, tremper mes innocentes mains dans le..... Allons, Monsieur, cet argument n'est pas sérieux.

« Et après avoir inséré le passage qui se trouve à la fin de mon mémoire, dans lequel je me suis adressé aux Journalistes »

Aux journalistes! Non, Monsieur, c'est à moi personnellement et nominativement que vous vous adressez en ces mots (page 71) : « Il me reste à dire un mot à M. Amédée Latour. » Et tout votre alinéa est sous forme d'apostrophe. C'est ce qui m'a fait prendre la liberté de vous répondre, puisque c'était ma propre personne que vous mettiez en cause.

« Qui ont maltraité la Syphilisation et les Syphilisateurs, vous dites : « Je vous porte un défi solonnel, devant le monde savant, de citer un » de ces *indécens sarcasmes*, une de ces *atroces calomnies*, qui » soient sortis de ma plume. Je m'engage à prouver qu'au contraire, j'ai » toujours fait en faveur des Syphilisateurs, les plus complètes et les » plus honorables réserves sur l'intention qui dirigeait les expérimentateurs et sur le caractère des hommes qui ont entrepris les expériences. » Vous vous êtes trompé, Monsieur, vous avez fait une confusion que je » vous signale, et j'attends de votre loyauté scientifique, que vous répariez votre erreur. »

« Pour répondre à votre défi, je me bornerai à vous rappeler quelques-uns des passages que l'on peut lire dans votre journal, et vos lecteurs jugeront, si il n'y a pas d'*indécens sarcasmes* et d'*atroces calomnies.* »

Vous tenez à ces expressions, Monsieur; en avez-vous compris toute la portée, toute la gravité? Je me plais à croire le contraire, et c'est ce qui détermine le ton que je veux prendre avec vous. Vous êtes certainement sous l'influence d'une de ces exagérations méridionales de langage et de mimique familières aux habitans de vos heureuses contrées. Permettez-moi de vous rappeler que nos lexicographes français appellent calomnie, *une fausse imputation injurieuse qui blesse l'honneur*, et que le sarcasme, ils le définissent *une raillerie amère et insultante.*

devrait y faire renoncer. Ce que, au reste, on sera presque toujours obligé de faire, malgré l'insistance qu'on aura mise; et, dans ce dernier cas, toutes les douleurs seront perdues, et l'on aura compromis la sûreté de l'enfant, et risqué de compromettre la vie de la mère, pour être souvent, en définitive, parce qu'on a troublé la marche de la nature, obligé de recourir soit à la version, soit au forceps.

« Mais le plus souvent il n'est pas possible d'y réussir, s'écrie Smellie (t. 1er, p. 293, depuis la ligne 20 jusqu'à la ligne » 29), lorsque les eaux sont évacuées, que la matrice est for» tement contractée sur l'enfant, et que la partie supérieure » de la tête est si glissante qu'on ne peut la retenir, de manière » qu'on n'en vient rarement à bout, *quand même* la compres» sion ne serait pas grande, à moins que la tête ne soit petite, » et alors le seul moyen de sauver l'enfant est de le re» tourner. »

Comme on le voit, Smellie préfère la version pelvienne, même dans les circonstances qui semblent favoriser le plus la réduction de présentation. Il s'exprime clairement sur les difficultés insurmontables qu'on rencontre dans ces tentatives quand l'utérus est rétracté; il n'est pas le seul, et dans un instant je vais faire connaître à cet égard l'opinion des auteurs les plus recommandables. Mais avant, qu'il me soit permis d'apprécier dans quelles circonstances l'auteur, qui conseille encore de nos jours le procédé de Baudelocque, et cela dans trois éditions successives, engage les jeunes accoucheurs à le pratiquer.

« *Une femme est depuis longtemps en travail, les membranes » sont rompues, les eaux écoulées depuis cinq ou six heures et » plus, les contractions utérines ont été très énergiques depuis » l'écoulement des eaux, le toucher fait reconnaître une bonne » conformation du bassin, une dilatation complète et aucune » résistance du col de l'utérus, et cependant la partie qui se » présente reste élevée et ne s'engage pas dans l'excavation; » mais en cherchant quelles peuvent être, au milieu des circons» tances aussi favorables, les causes qui retiennent la partie qui » se présente engagée au détroit supérieur, on s'aperçoit que » c'est la face qui se présente en position mento-postérieure. On » est, je crois, en droit de conclure que la lenteur du travail est » due à la non-réduction de la position mento-postérieure et anté» rieure. Dans ce cas, je crois qu'il faut tenter de convertir la » position de la face*, etc. (1) »

Certes, le véritable praticien trouvera, dans ces circonstances ou jamais, des impossibilités à l'accomplissement de cette opération.

(La fin à un prochain numéro.

(1) 586 ou 599.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES ÉVACUATIONS SANGUINES AU DÉBUT ET PAR L'EAU FROIDE, *intùs et extrà*, PENDANT TOUTE LA DURÉE DE LA MALADIE; par M. le docteur LEROY, médecin en chef de l'hôpital de Béthune (Pas-de-Calais).

(Suite. — Voir les numéros des 28 Octobre, 4 et 6 Novembre.)

OBSERVATION III. — *Fièvre typhoïde durant plus de quarante jours, quoiqu'avec des symptômes très bénins.*

Une fille de 27 ans, d'un tempérament lymphatique, assez robuste, et habituellement bien portante, est tout à coup saisie d'un point de côté violent, avec fièvre et céphalalgie. Une saignée, pratiquée le lendemain, enlève le point de côté et apaise la réaction inflammatoire; puis il survient des sueurs abondantes et continuelles, mais la céphalalgie persiste, quoique assez légère.

Le quatrième jour après la saignée, la céphalalgie est remplacée par de la stupeur et un sentiment de faiblesse, avec vacillation dans la démarche; en même temps, le pouls acquiert de la fréquence et devient mou et dépressible, la physionomie est plus altérée, la langue est large, plate et couverte d'un enduit blanchâtre; la soif n'est pas vive; il n'y a ni nausées, ni vomissemens, mais il existe, depuis la veille, un peu de diarrhée. Le ventre, légèrement météorisé, est sensible à la pression, dans les flancs et à droite il y a du gargouillement. Quelques taches roses se distinguent déjà vers la base de la poitrine et sur le ventre.

Seize sangsues sur le ventre; on les fera saigner abondamment; chiendent pour boisson; trois demi-lavemens froids; fomentations froides sur le ventre.

Les sangsues tirent beaucoup de sang, et le lendemain de leur application, il n'y a plus ni météorisme, ni sensibilité du ventre. Le pouls, à 72, est souple et régulier, la chaleur du corps est à peu près naturelle, le sommeil a été très bon et très prolongé; il y a peut-être un peu de somnolence. Dans les vingt-quatre heures, deux garderobes seulement, mais liquides.

Les taches caractéristiques sont plus nombreuses et très apparentes; on continue l'eau froide *intùs et extrà.*

A partir de ce jour, l'état de la malade reste stationnaire; elle dort parfaitement, n'a ni fièvre, ni météorisme, ni douleurs dans le ventre. Il ne reste qu'un sentiment de faiblesse profonde, très peu de toux, un état saburral de la langue, et des selles encore liquides, quoique peu fréquentes; symptômes si légers, qu'on a peine à se persuader que la maladie n'est pas terminée.

Aussi, au vingtième jour, cédant aux instances de la malade et de son entourage, je cesse l'emploi extérieur de l'eau froide et j'accorde quelques cuillerées de bouillon.

La fièvre revient avec assez de violence pour nous y faire renoncer pour quelque temps encore.

Au trentième jour, l'état de la malade étant toujours le même, et la fièvre ayant cessé de nouveau depuis plusieurs jours, on réitère l'essai du bouillon, le résultat est le même; force est encore de le cesser. Il n'y a d'ailleurs pas réellement d'appétit.

Enfin, au trente-cinquième jour, la langue commence à se nettoyer, la diarrhée diminue, le corps n'exhale plus aucune odeur, les forces semblent revenir, l'appétit se fait sentir, et au quarantième jour, le bouillon étant parfaitement supporté, on augmente graduellement l'alimentation.

La convalescence marche désormais sans interruption.

OBSERVATION IV. — *Fièvre typhoïde, avec intoxication générale, chez une enfant de 22 mois, guérie en seize jours.*

Une petite fille de 22 mois, d'une bonne santé habituelle, née de parens sains et robustes, a été tourmentée, depuis quelques semaines, d'éruptions eczémateuses et impétigineuses, sans que sa santé en ait été notablement altérée.

Depuis quelques jours elle est chagrine, accablée, et chaque nuit elle est prise d'un accès de fièvre dont l'intensité va toujours croissant. Inquiets de cet état, ses parens me font demander le 28 avril 1851, vers le soir. Je trouve de la fièvre, la peau sèche et brûlante, et une somnolence si profonde, que l'enfant ouvre à peine les yeux pendant que je la retourne pour l'examiner. La langue, chargée d'un enduit blanchâtre et muqueux, est rouge sur ses bords; il y a de la constipation, pas de toux et une respiration facile.

Infusion de tilleul; cataplasmes chauds sur les extrémités inférieures.

29. L'enfant est fort assoupie et ne donne plus aucune attention à ce qui se passe autour d'elle; on ne peut que difficilement et pour peu de temps la tirer de cette espèce de sommeil. Le pouls est serré, tendu et fréquent, la chaleur de la peau notablement augmentée, le ventre un peu météorisé, sans être sensible, mais une légère pression à l'épigastre fait pousser une plainte ou excite des mouvemens qui indiquent que cette partie est douloureuse; il y a aussi, depuis le milieu de la nuit, un peu de diarrhée.

Quatre sangsues à l'épigastre; orge légèrement lactée; deux lavemens émolliens dans la journée.

30. La nuit a été fort calme; la somnolence est continuelle et très profonde.

1er mai. Nuit plus agitée : l'enfant a eu plusieurs coliques, suivies de l'expulsion de selles liquides, jaunâtres et très fétides; la fièvre et la chaleur un peu diminuées la veille, ont repris plus d'intensité. Météorisme, gargouillemens dans le flanc droit; chaque fois qu'on y applique la main, la contraction des traits indique la douleur. Langue sèche, dents encroûtées d'un enduit brunâtre, lèvres fendillées, couvertes de pellicules noires et sanguinolentes; somnolence très profonde; un peu de toux; respiration moins nette, mêlée de quelques râles.

Chiendent et eau froide pour unique boisson; trois quarts de lavemens froids; on appliquera trois sangsues sur la région douloureuse.

2 mai. Cette seconde émission sanguine a produit un soulagement qui s'est continué pendant la nuit et jusque dans la matinée; mais dans le courant de la journée surviennent des nausées fréquentes et quelques vomissemens de mucosités blanchâtres; le météorisme et la diarrhée sont aussi augmentés. La main appliquée sur le ventre y trouve plus de chaleur que sur les autres parties du corps, et les femmes qui tiennent l'enfant sur leurs genoux, au moment où elle rend les lavemens qu'elle a gardés un certain temps, sentent, malgré les linges dont elles sont garnies, une chaleur qu'elles n'avaient pas remarquées les jours précédens : la bouche noircit davantage, et les taches caractéristiques sont disséminées sur le ventre.

Application, sur le ventre, de linges imprégnés d'eau froide et renouvelés toutes les fois qu'ils s'échaufferont. Le reste comme la veille.

Le soir, plus de vomissemens, de nausées, ni de coliques; moins de fièvre et de diarrhée.

Le 3 et le 4, la chaleur, la fièvre et la somnolence diminuent graduellement; la diarrhée est aussi très modérée; un long ascaride lombricoïde est expulsé; la toux persiste.

Même traitement, plus quelques cuillerées de looch blanc.

Le 5, la chaleur paraissant au-dessous de l'état normal, les fuliginosités et la sécheresse de la bouche ayant presque disparu, on cesse les applications réfrigérantes, qu'on est obligé de reprendre dans la nuit du 5 au 6, à cause d'un très violent accès de fièvre, qui se termine le matin. Dès ce moment, l'amélioration fait des progrès rapides; la fièvre ne revient plus; l'enfant semble renaître à une nouvelle vie; elle reconnaît ses parens et toutes les personnes qu'elle affectionne; désigne celles qu'elle veut avoir auprès d'elle, et s'occupe enfin de tout ce qui l'entoure. Les selles prennent de la consistance; la petite malade paraît moins faible, et le pouls est de plus en plus satisfaisant. La respiration est nette et la toux a presque entièrement cessé.

J'eus cependant une dernière inquiétude, mais de courte durée : les nausées et même quelques vomissemens reparaissent, l'enfant porte constamment la main à la gorge, comme pour en arracher quelque chose. J'examine l'arrière-bouche, et je suis parfaitement rassuré en reconnaissant que la cause de ce symptôme alarmant n'est autre que l'allongement de la luette.

On cesse tout à fait les fomentations froides.

Le 8, apparaissent sur le tronc et principalement au col, des taches rouges que je reconnais, le lendemain, pour des plaques d'urticaire, qui produisent des démangeaisons telles, que l'enfant n'a plus un instant de repos. En même temps la glande parotide, du côté droit, s'enfle, rougit et devient très douloureuse.

Le 13, la tumeur parotidienne présentant une fluctuation évidente, j'y fais une ponction qui donne issue à une assez grande quantité de pus. Dès ce jour, la fièvre ne reparaît plus à aucune heure du jour, ni de la nuit; non seulement la diarrhée a cessé complètement depuis quelques jours, mais les selles ont une consistance normale.

Je commence donc l'alimentation, en n'accordant d'abord que deux petites cuillerées à bouche de bouillon de poulet toutes les quatre heures.

La glande parotide se fond entièrement, et il se forme un décollement

---

Sans doute que dans les trop nombreuses citations que vous allez faire de mes articles, vous avez choisi les passages les plus vifs, les plus accentués, ceux qui vous ont paru le mieux prouver votre assertion injurieuse, d'*indécens sarcasmes* et d'*atroces calomnies*. Voyons donc, Monsieur, j'écoute et je courbe la tête.

« N° 87 » — c'est vous qui citez — « ..... La Syphilisation s'est dit : » Je troublerai dans *sa conscience* et dans *sa religion* » — c'est vous qui soulignez — « l'administration même de la police, et, en effet, de» vant ses *obsessions* et devant la *fantasmagorie* de ses *prétendues* » preuves, l'administration qui avait sous sa main un conseil de salu» brité, dont personne ne conteste la compétence..... Il faut que le bon » sens, la raison, la morale publique, l'observation et l'expérience » apportent leur concours, et demandent sévèrement compte à cette » méthode du *trouble* et de l'émotion qu'elle suscite jusque dans les » régions élevées du Pouvoir..... On accordait trop d'attention à cette » immense *hérésie*..... Le silence du *dédain* n'est plus de saison..... »

Eh bien! Monsieur, où voyez-vous là une fausse imputation injurieuse qui blesse l'honneur, une raillerie amère et insultante? Contestez-vous qu'un Syphilisateur de Paris ait demandé un service pour lui à Saint-Lazare? Contestez-vous qu'au lieu de répondre nettement, non, à ce Syphilisateur, M. le préfet de police ait été troublé à ce point dans sa conscience et dans sa religion, qu'il ait cru devoir instituer une commission pour lui donner un avis sur la demande de ce Syphilisateur? Contestez-vous qu'il y ait eu des obsessions? Tous ces faits sont patens, déclarés, avoués, même par vous; où donc est la calomnie; la calomnie *atroce?* Et l'indécent sarcasme, où le rencontrez-vous dans ce passage? Est-ce dans l'expression *fantasmagorie?* Je n'y peux renoncer en souvenir de l'évanouissement subit des faits de syphilisation devant la lanterne de M. Ricord. Est-ce le mot *hérésie?* J'y tiens plus que jamais après la discussion académique. Est-ce le *dédain?* Mais le silence du dédain n'a jamais passé pour du sarcasme. Voyons vite si vous êtes plus heureux dans la seconde citation.

« N° 90..... Doctrine décidément bouleversante..... »

Je ne croyais pas si bien dire; et voyez, Monsieur, qu'elle vous a tellement bouleversé cette doctrine, que vous prenez cette expression bien anodine pour une *atroce* calomnie ou un *indécent* sarcasme.

« *Id*..... Nous ne dissimulerons pas la peine infinie que nous avons éprouvée, en entendant M. Malgaigne user, en faveur de la Syphilisation, de tous les argumens mille fois invoqués en faveur du magnétisme animal, de l'homœopathie et autres *inconstestables mystifications* qui ont aussi frappé à la porte des Sociétés savantes. »

Que trouvez-vous à redire à cela? Où donc voyez-vous là calomnie et sarcasme? Est-ce que la Syphilisation n'a pas frappé à la porte des Sociétés savantes, de la plus illustre de toutes, de l'Académie des sciences? L'homœopathie et le magnétisme n'en ont-ils pas fait autant? Niez-vous que l'homœopathie et le magnétisme soient des mystifications? C'est mon opinion; de quel droit voulez-vous m'empêcher de le dire? Eh bien! oui, M. Malgaigne a défendu la Syphilisation à l'aide des mêmes argumens dont se servent les homœopathes et les magnétiseurs, ça été pour moi une vive peine de voir cet esprit charmant et distingué, cet écrivain qui manie si bien la critique littéraire et philosophique, s'emparer des mêmes armes qu'il a si souvent brisées en d'autres mains. Où est donc le crime d'avoir exprimé sur ce point une douloureuse et affectueuse surprise?

« *Id*..... Des faits! Est-ce que ces *rêveries* n'en produisent pas des montagnes? N'est-ce pas là ce qui fait leur succès et leur danger de pouvoir exhiber des masses de *prétendus* faits qui *éblouissent le vulgaire*, mais où le savant véritable ne trouve à l'examen qu'illusion ou *mensonge?* »

Je n'ai rien à rabattre de ce passage.

« *Id*...., Nous croyons qu'il est des doctrines et même des faits que l'on *peut* et que l'on *doit* hardiment rejeter *à priori, sans examen et sans vérification.* »

C'est mon opinion; mais où voyez-vous là calomnie?

« *Id*..... La doctrine et la pratique de la Syphilisation sont dans ce cas...., »

Je suis toujours dans les mêmes idées, mais encore une fois tout cela ne ressemble en rien à la calomnie.

« *Id*..... Mais si la Syphilisation est une erreur. Et dans ce doute — qui n'en est pas un pour nous — nous croyons que tout esprit sérieux et *honnête* doit se conformer à l'antique précepte de la sagesse des nations : dans le doute, abstiens-toi. »

Je me garderais bien de changer un iota à ce passage.

« *Id*..... Ce quelque chose qu'il peut y avoir là-dessous est trop *obscur*, trop *dangereux*, trop *compromettant* pour l'humanité, pour qu'on puisse s'adresser ici aux sentimens généreux et à l'amour du progrès..... »

J'ai la faiblesse de ne pas trouver cela trop mal.

« *Id*..... Le mémoire de M. Sperino de Turin, cet amas informe de *petits faits*, de *petites historiettes*..... »

C'est le seul mot qui vous soit personnel dans tout ce que j'ai écrit sur la Syphilisation. L'opinion que j'ai exprimée sur votre mémoire, n'est pas seulement la mienne, mais encore celle de tous les orateurs académiques; c'est même un peu la vôtre, Monsieur, car à la page 41 de votre nouvelle brochure je lis ceci : « Avant tout, il faut que je fasse » observer que dans le *petit* mémoire que j'ai lu à notre Académie de » Turin, le 23 mai 1851, etc. » Or, je n'ai fait qu'une petite variante à ce texte, et tout cela, je suis obligé de le répéter sans cesse, ne ressemble ni à la calomnie, ni au sarcasme.

« N° 93. Doctrine incohérente et malsaine..... Pratique dangereuse et absurde. »

Je ne m'en dédis pas.

« N° 98..... Nous le répétons, parce qu'on paraît ne pas nous comprendre : que ceux qui croient qu'il y a quelque chose là-dessous, le cherchent, ce n'est pas à ceux qui croient qu'il n'y a que *déception* et danger à le chercher, ni même à aider à le chercher..... C'est un traitement *enveloppé de mystère* et dont les *résultats sont inconnus*, que l'on cherche à introduire dans la thérapeutique. »

Je vois, dans cette phrase mal construite, beaucoup de *qui* et de *que*,

considérable, qui descend jusque sous le menton. Quelques injections avec une solution d'iode dissous au moyen de l'iodure de potassium, aidées d'une compression méthodique, amenèrent une prompte cicatrisation.

Une bonne alimentation, aidée de l'emploi du sirop de quinquina au vin de Malaga, réparent peu à peu les forces; mais ce n'est qu'au bout de trois ou quatre mois que l'enfant a repris son embonpoint. Elle conserve seulement une légère excavation au-dessous de l'oreille, et un peu de diminution dans la mobilité de la moitié droite de la face.

Observation V. — *Cas désespéré; — traitement commencé le treizième jour; — guérison.*

M. le curé de l'arrondissement de Saint-Pol fut atteint de la fièvre typhoïde au mois de mai 1848. Vers le dixième jour, des accidens très graves se déclarent; on en donne avis à son frère, curé du canton de Carvin, qui partit immédiatement pour D.... En passant à Béthune, il s'arrêta chez des personnes de sa connaissance qui lui parlèrent des succès constans obtenus à l'hôpital dans le traitement de la maladie dont son frère était atteint. Il résolut dès lors de ne pas partir sans m'emmener avec lui, et il vint aussitôt m'en faire la demande. Nous eûmes le hasard d'arriver au moment où les médecins, qui donnaient des soins au curé, se trouvaient auprès de lui. L'un d'eux était le docteur Danvin, de Saint-Pol, un des médecins les plus distingués du département. Ces messieurs nous déclarèrent qu'ils considéraient la position du malade comme tout à fait désespérée, et l'état dans lequel il était ne justifiait que trop ce fâcheux pronostic.

En effet, le pauvre curé, pâle, livide, l'œil atone et à demi fermé, les lèvres tremblotantes, la bouche entrouverte, portait au plus haut degré, sur la physionomie et dans l'attitude de tout son corps, le cachet de prostration et d'anéantissement qu'on n'observe que dans les affections adynamiques au plus haut degré.

Depuis plusieurs jours, il était dans un état de somnolence profonde et sans connaissance; la sensibilité était si complètement anéantie, qu'il conservait, sans les avaler, les liquides avec lesquels on humectait la bouche, et qu'on pouvait le piquer avec une épingle, sur toutes les parties du corps, sans qu'il témoignât la moindre douleur. Les urines ne coulaient plus que par dégorgement ou à l'aide de la sonde, et plusieurs fois par heure il évacuait des matières liquides, noirâtres et très fétides.

Cependant la peau était brûlante et le pouls irrégulier, ondulant; les dents fuligineuses; la langue, sèche, raccornie et rugueuse, était attachée au palais par une multitude de filamens muqueux; le ventre énormément météorisé avec matité à la région hypogastrique, la vessie n'ayant pas été ce jour là vidée par la sonde; la respiration bruyante et stertoreuse, et tout le corps exhalait une odeur fétide; des soubresauts des tendons et un commencement de gangrène sur les éminences osseuses, complétaient ce triste tableau.

Il fallait plus d'abnégation encore que de courage pour s'exposer à compromettre, dans un cas aussi désespéré, une médication qu'on devait considérer comme une innovation.

Cependant le malade avait été saigné, dès le début, assez abondamment. Des boissons délayantes et des fomentations émollientes tièdes sur le ventre, étaient la seule médication employée. Aucun médicament évacuant, aucun traitement perturbateur n'avait été tenté; il y avait donc peut-être encore quelques chances de succès et je me décidai à me charger de la direction du traitement.

On convint de ne plus donner d'autre boisson que de l'eau très fraîche ou une légère décoction de chiendent froide, de faire prendre, dans les vingt-quatre heures, une potion de 125 grammes de liquide, tenant en suspension 1 gramme de musc; d'administrer chaque jour trois ou quatre demi-lavemens d'eau froide, d'appliquer à chaque jambe un vésicatoire, de tenir incessamment le ventre couvert d'un linge imprégné d'eau à une température aussi basse que possible. Comme il faisait très chaud en ce moment, on fut obligé d'y joindre de la glace qu'on se procurait au château voisin, et enfin qu'on aurait soin de vider la poche urinaire trois à quatre fois en vingt-quatre heures. Ceci se passait le samedi, et le lundi on m'écrivit que non seulement le malade était encore en vie, mais que les médecins trouvaient dans son état une amélioration réelle. On m'engageait instamment à aller m'en assurer moi-même. N'en ayant pas le loisir ce jour-là, je ne m'y rendis que le lendemain, et je ne saurais dire combien je fus heureux du changement déjà obtenu.

Facies beaucoup moins altéré, teint plus naturel, peau moins chaude, un peu moite; pouls régulier à 104, plus de soubresauts des tendons, moins de fuliginosité de la bouche, langue humide, déglutition facile et rapide, peu de météorisme, diminution du nombre et surtout de la fétidité des garderobes.

Le malade est toujours sans connaissance, mais la sensibilité commence à se rétablir; il témoigne de la douleur quand on le pince un peu fort. L'amélioration dans l'état général va toujours croissant; d'abord les évacuations alvines perdent leur fétidité, et le cours naturel des urines se rétablit, mais l'état intellectuel reste le même. Bientôt la diarrhée cesse complètement, la fièvre tombe et autorise quelques cuillerées de bouillon en même temps que je prescris l'infusion de quinquina pour boisson.

Il y a dix-neuf ou vingt jours que le malade est étranger à ce qui se passe autour de lui, lorsqu'un soir il semble tout à coup sortir d'un long sommeil, prononce d'abord des phrases sans suite ou incohérentes, et peu à peu, en quelques heures, recouvre le plein exercice de la raison.

Dès ce moment, la convalescence s'établit et se continue franche et sans interruption jusqu'à parfaite guérison.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Présidence de M. Denonvilliers.

Sommaire. — Chute pendant l'état de grossesse; abcès consécutif; écoulement du pus le long du cordon, après la sortie de l'enfant. Discussion sur le siége probable de cet abcès — Hémorrhagies à la suite de couches; compression de l'aorte; transfusion.

M. Duhamel demande la parole pour communiquer à la Société deux faits d'accouchement qui lui ont offert des particularités dignes de remarque :

Le premier de ces faits a trait à une jeune femme de 25 ans, primipare, qui, à sept mois de sa grossesse, fit une chute violente sur les tubérosités ischiatiques; il n'y eut cependant aucun accident consécutif appréciable, et la malade en fut quitte pour une douleur qui se fit sentir de chaque côté du bassin, et se prolongea jusqu'au terme de la grossesse. A la fin des neuf mois, le travail se déclare, mais les douleurs sont faibles, éloignées et peu persistantes; cependant, au bout de 60 heures, la poche s'ouvre, et donne issue à un liquide trouble et d'odeur infecte. Bientôt l'accouchement s'opère, et l'enfant naît vivant, mais faible, mais recouvert partout d'un enduit verdâtre, épais, visqueux et fétide. Peu après la sortie de l'enfant, M. Duhamel voit un pus blanc, lié et de bonne nature, s'écouler avec abondance le long du cordon. Enfin, la délivrance a lieu, mais non sans quelque difficulté, en raison des adhérences du placenta. Les suites furent heureuses; toutefois, la malade continua d'éprouver, pendant six semaines encore, les mêmes douleurs signalées plus haut; et depuis ce moment, sa santé devint parfaite. L'enfant, moins heureux, succomba à la fin du premier mois, à la suite d'ulcères syphilitiques. M. Duhamel demande, en terminant, si la chute opérée six semaines avant l'accouchement, a été la cause de l'abcès dont le produit s'est écoulé le long du cordon, et quel a été le siége réel de cet abcès.

M. Chailly-Honoré ne doute pas que la chute n'ait été la cause de la formation du pus, et il est très disposé à admettre, avec M. Duhamel, que le foyer existait entre le placenta et la surface interne de l'utérus. Quant à l'enduit verdâtre qui recouvrait le corps de l'enfant, il pense qu'il a été produit par le méconium, sorti à l'occasion de l'ébranlement éprouvé par la mère au moment de sa chute, et déposé par couches successives. Il ajoute qu'il a eu l'occasion d'observer des enduits de ce genre, dans des circonstances toutes pareilles, et que, du reste, des expériences directes ont confirmé l'explication qu'il vient d'émettre au sujet de leur formation.

M. Arnal s'étonne qu'un abcès ait pu se former entre l'utérus et le placenta, sans déterminer l'avortement; il s'en étonne surtout, en pensant que la cause la plus minime, un simple caillot suffit le plus souvent pour amener ce résultat, et il ne comprend pas qu'il puisse en être autrement quand il y a eu violence extérieure, quand l'accumulation du pus a décollé le placenta, et surtout quand il y a eu, comme dans le cas rapporté par M. Duhamel, une inflammation aiguë avec le cortége ordinaire de ses symptômes. M. Arnal pense donc qu'il est plus probable que l'abcès s'est formé dans le tissu cellulaire lâche et inflammable du bassin, et que les efforts d'expulsion de l'enfant en ont déterminé l'ouverture dans le vagin. Cette opinion lui paraît d'autant plus probable, que le pus était blanc et lié comme dans les inflammations du tissu cellulaire; que, selon l'aveu de M. Duhamel, la malade a éprouvé pendant six semaines des douleurs vives dans le bassin, au niveau des articulations coxo-fémorales, et non à la partie supérieure du ventre, ainsi que cela aurait dû avoir lieu, si l'abcès s'était réellement formé sur un des points de l'insertion du placenta. Enfin, M. Duhamel en aurait trouvé des traces irrécusables à la surface de cet organe; or, il a répondu à une interpellation de M. Lesèble à ce sujet, qu'il n'avait pu constater autre chose que des débris d'anciennes adhérences.

M. Chailly, tout en admettant le fond des réflexions de M. Arnal, et la légitimité de son explication, est loin cependant de nier la possibilité des abcès intra-utérins, sans avortement consécutif. Il cite, à cette occasion, plusieurs cas dans lesquels la grossesse n'a été nullement troublée dans sa marche régulière, bien qu'il se soit écoulé à plusieurs reprises des quantités considérables du liquide amniotique. M. Duhamel, de son côté, cite le fait suivant : une femme présente, au troisième mois de sa grossesse, tous les signes d'un avortement prochain (douleurs utérines vives, intermittentes et rapprochées, écoulement abondant d'un liquide limpide et séreux, etc.); cependant, peu à peu, tous ces symptômes se calment, la grossesse reprend son cours régulier, et se termine au bout de neuf mois, par un accouchement parfaitement naturel; seulement, le placenta était fortement adhérent. Enfin, après avoir rapporté un second fait en tout semblable au précédent, M. Duhamel demande si, pour expliquer l'écoulement prématuré de l'eau de l'amnios, on ne pourrait pas admettre que, dans ces deux cas et leurs analogues, il y a eu grossesse gémellaire, et que l'un des produits de la conception est mort et a été résorbé, l'autre ayant parcouru seul les phases normales de l'évolution.

M. Arnal réplique qu'il a vu, lui aussi, de ces écoulemens prématurés, sans avortement, mais qu'en bonne conscience, il n'y a aucune parité à établir entre un abcès phlegmoneux et ces fuites périodiques du liquide amniotique, soit qu'il provienne des fausses eaux, soit qu'il soit la suite de la rupture spontanée de la véritable poche, en un point élevé de son contact avec la surface interne de l'utérus.

M. Legroux, néanmoins, ne trouve, dans l'explication de M. Duhamel, rien qui ne soit possible et même probable. Selon lui, les adhérences du placenta suffisent, en effet, pour légitimer sa manière de voir, car il s'explique très bien que ces adhérences, produit congénère de l'inflammation, aient pu circonscrire et emprisonner la collection purulente.

La discussion étant épuisée, M. Duhamel reprend la parole pour communiquer le fait suivant d'hémorrhagie utérine :

Une dame anglaise, parvenue sans accident au terme de sa grossesse, accouche naturellement; délivrance prompte et facile. L'accoucheur, selon son habitude, reste encore une heure près de la malade, et il ne la quitte qu'après s'être assuré que l'utérus est bien revenu sur lui-même. Cependant, deux heures plus tard, il est mandé en toute hâte près de l'accouchée, et il la trouve d'une pâleur extrême et en proie à des lypothymies incessantes. M. Duhamel, après avoir constaté que la matrice est remplie de caillots, les extrait avec la main, et cherche, mais sans résultat, à faire revenir l'organe sur lui-même. Il comprime alors l'aorte abdominale, et tout aussitôt l'hémorrhagie s'arrête, l'état syncopal cesse, et la malade se rétablit promptement.

M. Duhamel termine en faisant ressortir tous les avantages de cette

---

mais j'y cherche en vain le sarcasme indécent et la calomnie atroce.

« N° 99. Pas un fait, pas un seul fait de ceux que la Syphilisation a voulu produire, ne *subsiste plus à cette heure*..... Quatre faits nouvellement produits par M. Sperino, de *prétendue* syphilisation..... »

Cette appréciation, je la ferais encore.

« N° 101. Vous, Monsieur Malgaigne et Monsieur Depaul, vous êtes tous les deux condamnés à subir jusqu'au bout la *peine* qui vous attend. Quelle est cette peine? de voir vos deux noms honorables et scientifiquement si dignes de considération, *indéfiniment accolés* à la Syphilisation..... C'est en s'appuyant sur vos téméraires encouragemens que les Syphilisateurs légitimeront leurs hardiesses les *plus coupables*..... *fallacieux* résultats de la Syphilisation. »

J'ai été excellent prophète, Monsieur, et les Syphilisateurs de Paris et de Turin ont déjà indiqué tout le parti qu'ils se proposent de tirer des noms que vous rappelez. Mais, que ces calomnies atroces et ces indécens sarcasmes sont donc longs à venir!

« N° 103. L'Académie de médecine a rempli un *grand devoir d'humanité, de dignité scientifique et d'honorabilité professionnelle.* »

Je suis fier d'avoir écrit cela.

« *Id.*...La Syphilisation frappait timidement à la porte de deux honorables académiciens, dont elle parvenait à *troubler la religion et la conscience* par une exhibition de faits sur lesquels tout contrôle était actuellement impossible... »

C'est parfaitement vrai, cela, et je ne saurais y rien modifier, si ce n'est une répétition excusable dans une improvisation quotidienne.

« *Id.*... La Syphilisation n'a rencontré que quelques rares adhérens parmi quelques hommes du monde, facile et inévitable proie de toutes les erreurs et de toutes les *folies médicales*..... »

Comme c'est tristement vrai! Je ne supprimerais qu'un *quelques*, deux fois répété dans cette phrase.

« *Id.*... Cette discussion, si complète, ne laisse aucune ressource aux *subterfuges* et aux *manœuvres de l'intrigue*.... »

Je vous abandonne *manœuvres de l'intrigue*, c'est de mauvais goût, et l'expression a été plus loin que la pensée. Mais je tiens aux *subterfuges*, subterfuges de dialectique et de polémique, bien entendu, et tout cela ne ressemble en rien à la calomnie et au sarcasme.

« *Id.*.... Le recours en cassation est impossible, et si la Syphilisation était sage ou bien inspirée, elle n'aurait à adresser à la science *affligée* qu'un *recours en grâce* par un acte de repentir et de componction... »

Amour-propre d'auteur, mais cette figure — car ce n'est qu'une figure — ne me paraît pas trop mal. Grâce au ciel, vos citations sont finies, et vous ajoutez :

« Ces passages suffiront, j'espère, pour mettre à même vos lecteurs de juger si j'ai, comme vous dites, *outragé indignement la vérité* dans l'article de mon mémoire que vous avez rapporté.

Ah! certes, je l'espère bien aussi. Ne voyez-vous pas, Monsieur, qu'il est de toute évidence que vous ne comprenez pas la signification française de ces mots : *calomnies atroces, indécens sarcasmes*? N'est-il pas clair comme le jour que vous les avez écrits avec une légèreté incroyable pour un homme sérieux? Et n'est-il pas à craindre que l'on ne tire de cette grave erreur d'interprétation de langage, des conséquences fâcheuses pour votre manière de voir, d'observer et d'interpréter les faits scientifiques? Mais vous continuez :

« J'ajouterai que l'esprit de modération et de réserve avec lequel vous avez parlé dans le n° 96 de votre journal, ne détruit pas les sarcasmes et les calomnies que vous avez lancées contre la Syphilisation et les Syphilisateurs. »

Je voudrais conserver avec vous le ton de politesse que je me suis imposé, mais vraiment vous êtes agaçant de revenir sur une accusation dont je viens de prouver toute l'inanité. Je vous répète, pour la vingtième fois, que vous ignorez radicalement la valeur des mots que vous employez. Quant à ce n° 96 dont vous parlez, il eût été d'une polémique loyale d'en reproduire les passages auxquels vous faites allusion, et qui sont une déclaration de principes en faveur de la moralité et de l'honorabilité des Syphilisateurs. Mais vous avez si étrangement abusé de la patience de nos lecteurs en reproduisant tant de passages qui vous condamnent, que je ne peux commettre l'énorme indiscrétion d'en reproduire moi-même de nouveaux. Je me borne à y renvoyer le lecteur.

« Maintenant, puisque vous dites que vous avez fait, en faveur des Syphilisateurs, les plus complètes et les plus honorables réserves sur l'intention qui dirigeait les expérimentateurs, et sur le caractère des hommes qui ont entrepris les expériences, j'accepte cette déclaration, et je dois vous dire que dans mon mémoire, qui fait partie de l'ouvrage intitulé : *Syphilisation étudiée comme moyen prophylactique et comme méthode curative des maladies vénériennes*, qui paraîtra aussitôt que la commission chargée de cette étude aura présenté son rapport à l'Académie de Turin, j'avais déjà effacé le passage qui vous regarde, parce que je ne veux plus dorénavant parler que le langage des faits. »

Vous avez sagement fait, Monsieur, pour vous, d'agir ainsi. Vous auriez dû avoir plus tôt ce beau mouvement, et ne pas publier cette brochure dont je me plains avec tant de raison. Retirez-la de la circulation; elle ne peut vous faire honneur, et certainement elle vous attirera des désagrémens.

« Quant aux dernières convulsions de l'agonie dont vous annoncez atteinte la Syphilisation, permettez-moi que je vous fasse savoir que le 22 septembre, j'ai eu le bonheur de présenter à l'honorable M. Mélier, président de l'Académie de médecine de Paris, un certain nombre d'individus syphilisés, et quatre filles publiques atteintes d'une syphilis constitutionnelle bien développée, sur lesquelles je commençais alors le traitement syphilisant, et qui, maintenant, sont en voie de guérison très avancée, et de vous annoncer en même temps que l'honorable M. Sigmund, professeur de la clinique des maladies vénériennes à Vienne, est venu examiner les faits de syphilisation, et que les expériences répétées par lui dans un grand hôpital et ailleurs, par d'autres confrères, éclaireront bientôt la question de la Syphilisation, et feront connaître au public que je n'avais pas tort quand je disais que la Syphilisation est digne d'être étudiée avant d'être jugée. »

C'est ce que nous verrons bien. Quant au nom honorable que vous

compression toujours facile, toujours efficace, et blâme avec énergie l'emploi des autres moyens hémostatiques, dont le moindre inconvénient est de faire perdre un temps précieux, et de rendre ultérieurement nécessaire la transfusion. Or, selon lui, cette opération est une des plus infidèles de la chirurgie, et généralement nuit plus qu'elle ne sert.

M. Chailly approuve sans réserve l'emploi de la compression de l'aorte dans les hémorrhagies utérines, et, comme M. Duhamel, il lui donne la préférence sur tous les autres moyens. Il passe ensuite en revue les principales objections qu'on lui a adressées, et en fait ressortir tout le peu de fondement. Il insiste particulièrement sur le reproche injuste que lui a adressé Négrier, de n'avoir qu'une utilité relative, attendu que si elle arrête en effet l'hémorrhagie, elle ne peut rien sur le retrait de l'utérus, qui peut seul garantir contre tout retour de l'accident. Mais n'est-ce donc rien, dit M. Chailly, que d'empêcher la vie de s'écouler avec le sang, et de donner à l'accoucheur le temps d'employer les moyens qui agissent spécialement sur la contraction de l'utérus, tels le froid, le seigle ergoté, etc.? Il cite, ensuite à l'appui de son opinion, un fait qu'il a eu récemment l'occasion d'observer avec M. Richelot : une dame qui venait d'être délivrée, s'épuisait rapidement par une perte de sang qui s'écoulait par arcade ; déjà les lypothimies commençaient et menaçaient sérieusement son existence, mais la compression aortique suspendit instantanément l'hémorrhagie. Un peu plus tard, une quinte de toux violente, en dérangeant la compression, reproduisit de plus belle l'accident hémorrhagique ; mais une compression plus méthodique en eut raison de nouveau, et cette fois d'une manière définitive, malgré une tumeur fibreuse volumineuse développée dans l'épaisseur de l'utérus.

Dans un cas récent qui lui est commun avec M. Cazalis, M. Chailly fut forcé, par suite d'un décollement prématuré du placenta, de faire la version et d'amener l'enfant ; deux heures et demie après la délivrance, et lorsque toute chance d'accident paraissait passée, une hémorrhagie formidable survint ; ici, comme dans le cas précédent, la compression de l'aorte fut suivie d'un succès immédiat et complet. Toutefois, M. Chailly n'est pas de l'avis de M. Duhamel au point de vue de la transfusion ; tout en convenant avec lui, en effet, que la compression la rend le plus souvent inutile, il pense néanmoins que lorsqu'on arrive trop tard et que trop de sang s'est déjà écoulé, la transfusion peut être d'une utilité réelle en comblant une partie du vide et en servant de stimulant aux organes essentiels à la vie, et spécialement au cerveau et au cœur.

M. Denonvilliers ayant demandé à M. Chailly quelle est la proportion exacte entre les succès et les insuccès de la compression, ce dernier répond que, sur vingt cas, il a vu ce moyen n'échouer qu'une seule fois, et qu'encore l'insuccès n'a été que très relatif, parce que dans le fait en question tout avait été exceptionnel. La femme, en effet, qui en fait l'objet avait une insertion du placenta sur le col, et depuis le troisième mois avait été épuisée par des pertes sanguines abondantes et fréquemment renouvelées ; au huitième mois, l'accident ayant redoublé et la rupture de la poche ayant eu lieu, il fallut amener promptement l'enfant et se hâter de délivrer la mère ; la compression de l'aorte fut par précaution appliquée, et prévint toute hémorrhagie ; mais, malgré cela, la malade succomba, moins, il est vrai, par l'inefficacité du moyen que par l'épuisement extrême produit par les pertes antérieures. Elle succomba dans un état d'angoisse inexprimable que Négrier, selon M. Chailly, attribue à tort à la compression, attendu qu'elle n'est réellement que la dernière expression de l'anémie et de la syncope finale qu amène la mort.

M. Arnal, tout en reconnaissant les avantages de la compression de l'aorte, cite cependant quelques cas dans lesquels elle a échoué ; il se demande en même temps s'il ne serait pas possible de se rendre compte de ces insuccès, et il en trouve l'explication dans quelques considérations anatomico-physiologiques qu'un praticien distingué, de province, a déjà fait ressortir dans une lettre adressée à l'Union Médicale. En comprimant l'aorte, en effet, on ne comprime pas l'artère ovarique qui naît le plus souvent au niveau des rénales, qui acquiert un volume considérable pendant la grossesse, qui s'anastomose largement avec l'artère utérine, et qui doit apporter, vers l'organe de la gestation, d'autant plus de sang, que la compression en fait refluer une plus grande quantité vers les parties supérieures. D'un autre côté, ajoute M. Arnal, parfois la veine cave inférieure ou une des branches principales qui la constituent, croise l'aorte et peut être comprimée en même temps que cette artère, il peut en être de même au point où cette veine recouvre inférieurement l'artère, ou bien lorsque par une anomalie, rare il est vrai, elle cotoie le côté gauche de celle-ci. Dans tous ces cas, on comprend que la compression, en empêchant le retour du sang veineux de la matrice, augmente l'hémorrhagie au lieu de la diminuer, et cela d'autant mieux que les sinus utérins versent du sang veineux et non du sang artériel ; par ces considérations, M. Arnal voudrait qu'on comprimât l'aorte le plus haut possible.

M. Chailly répond que les considérations anatomico-physiologiques ont leur importance, sans doute, mais qu'elles ne peuvent rien contre le fait, et il regrette de les voir reproduire parce qu'elles peuvent tout au moins jeter du doute dans l'esprit du praticien et le faire hésiter dans l'emploi d'un moyen excellent ; or, dans beaucoup de cas, l'hésitation c'est la mort.

M. Renouard partage sans restriction l'opinion de MM. Chailly et Duhamel sur l'utilité de la compression, et cite plusieurs exemples dans lesquels elle a évidemment sauvé la vie des malades ; il ajoute, en terminant, que dans les cas de transfusion rapportés récemment dans les journaux, il regrette qu'on n'ait pas relaté les moyens employés pour arrêter l'hémorrhagie, et qu'on n'ait pas constaté si la compression de l'aorte avait ou non été employée.

M. Requin fait ressortir avec force le peu de rapport qui existe entre la compression aortique et la transfusion. L'une, dit-il, a pour but de prévenir et de suspendre l'hémorrhagie, l'autre de remédier à ses suites en réparant instantanément les forces épuisées. Parfois, en effet, il ne suffit pas, pour vivre, que l'hémorrhagie soit arrêtée, il faut encore que le sang qui reste soit suffisant pour continuer les fonctions de l'économie, car dans le cas contraire les malades succombent par anémie si on ne se hâte, par la transfusion, d'obvier aux lenteurs de la réparation et de l'hématose normales ; c'est ce que M. Requin appelle la mort *post-hémorrhagique*. Quelquefois même cette terminaison survient longtemps après la cessation de toute perte de sang, et il cite à ce sujet l'exemple d'une femme qui, ayant éprouvé une perte considérable à l'occasion de l'extraction du placenta, resta dans un état de faiblesse extrême. L'accoucheur ayant, par contre, négligé de réparer suffisamment ses forces, la faiblesse persista, et le huitième jour, lorsqu'on la croyait à l'abri de tout accident possible, elle fut prise tout à coup d'une syncope, et lorsque M. Requin, appelé en toute hâte, arriva, il ne trouva plus qu'un cadavre ! aussi pense-t-il qu'à la suite des hémorrhagies excessives il est de la plus haute importance de soutenir sans retard les forces des malades par un régime fortifiant et réparateur, voire même tout d'abord par la transfusion, si la lypothimie est menaçante.

M. Chailly déclare partager l'opinion de M. Requin relativement à la nécessité de réparer le plus promptement possible le sang perdu en trop grande abondance par les femmes en couches, et cela d'autant mieux, ajoute-t-il, que, dans l'espèce, on n'a pas à craindre les inflammations aiguës du péritoine ou de la matrice, si communes dans les circonstances contraires.

M. Duhamel termine la discussion en soutenant que la compression de l'aorte est encore le meilleur moyen d'éviter la mort post-hémorrhagique, parce qu'en suspendant toute circulation dans les membres inférieurs, elle remédie par cela même au vide général et qu'elle fait refluer le peu de sang qui reste vers les organes les plus essentiels à la vie.

M. Piogey présente à la Société une jeune fille qui, depuis deux mois environ, a vu son menton envahi par onze petits tubercules saillans, non douloureux, plus pâles que la peau voisine et ayant à leur centre une petite perforation. Leur volume général varie entre une petite tête d'épingle et un grain de chenevis ; deux ont cependant la grosseur d'un pois et sont pédiculés : l'un présente une perforation unique ; l'autre, rugueux, crevassé et ressemblant à une verrue, est produit par une réunion de plusieurs follicules, ayant chacun une perforation séparée. Sur tous, la perforation est occupée par une substance grisâtre, qui, examinée au microscope, offre des cellules épithéliales pourvues de leurs noyaux et de granulations graisseuses ; bref, c'est la composition de la substance sébacée.

M. Piogey pense que ce que les anciens dermatologues ont appelé le *molluscum contagiosum*, le *molluscum pendulum*, M. Rayer tumeurs folliculaires, M. Huguier ecdermoptosis, M. Basin acné varioliforme, M. Caillaut acné molluscoïde, n'est qu'une même affection, ne variant que dans la forme, et de même nature que celle de la jeune fille dont il vient d'être question.

M. Piogey passe ensuite en revue les diverses dénominations qui précèdent et en fait ressortir les inconvéniens ; il n'en excepte pas même celle de M. Bazin, parce que, selon lui, elle implique un état pustuleux qui n'est qu'un accident rare dans le tubercule sébacé proprement dit.

Bien que le mot d'acné lui paraisse peu propre, M. Piogey pense qu'il faut diviser cette affection en deux ordres, l'un, dans lequel le follicule sébacé est compliqué de pustule, l'autre, dans lequel il y a seulement hypertrophie sans pustule. Au premier ordre, il rattache l'acné *simplex*, l'acné *indurata*, l'acné *rosacea* et quelques variétés du sycosis ; au second, l'acné *sebacea* ou *punctata* et l'acné *tuberculeuse ombiliquée*, qui est la variété présentée par sa jeune malade. M. Piogey s'attache ensuite à légitimer cette dernière dénomination au double point de vue de l'aspect et de la lésion anatomique. Selon lui, cette affection se termine de deux manières, ou par l'évacuation spontanée de la matière sébacée, ou par la mortification du tubercule, qui s'étrangle par la base, tombe sans suppuration consécutive et laisse après lui une cicatrice irrégulière qui, généralement, disparaît en un mois. C'est assez dire que, selon lui, il n'y a nulle nécessité à un traitement bien actif ; il avoue cependant qu'au début, il s'est bien trouvé des lotions alcalines, et il termine en conseillant d'inciser un peu plus tard le tubercule, pour en extraire la matière sébacée, ou de l'exciser s'il est pédiculé.

Le secrétaire général, Arnal.

COURRIER.

— On assure que le prix Itard, qui est donné tous les trois ans au meilleur ouvrage de médecine pratique, a été partagé de la manière suivante :

Traité des maladies nerveuses, de M. le d[r] Sandras, 1,500 fr.

Compendium de médecine, de MM. Monneret et Fleury, 1,500 fr.

Une somnambule. — Il y a quelques jours, s'est passée au jardin botanique de Madrid, une scène des plus curieuses. Une somnambule, en puissance de magnétiseur, avait annoncé l'existence, dans ce jardin, d'une plante qui devait guérir une maladie déterminée. Dans le but de réaliser cette promesse, somnambule et magnétiseur se rendirent dans le jardin en compagnie de deux eclésiastiques et même d'un médecin, à ce que dit l'histoire. Le difficile n'était pas de choisir des plantes, ce que fit la somnambule en prenant deux *chinopodées*, mais bien de guérir le malade. Or, ce dernier point a manqué. On ne dit pas ce qu'est devenue la somnambule....

Épidémies. — La petite-vérole et la fièvre maligne font en ce moment les plus grands ravages à Corfou. Le gouverneur des Iles Ioniennes, sir G.-H. Ward, a quitté l'île pour se rendre à Constantinople.

Aux Barbades, la fièvre jaune fait de tels ravages, que les troupes ont été barraquées dans les campagnes.

— M. Hardy, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera son cours de pathologie interne, à l'École pratique, le mardi 16 novembre, à trois heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltesteet C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

faites intervenir dans ce débat, celui de M. Mêlier, je vous répondrai que les relations que j'ai l'honneur d'entretenir avec le président de notre Académie, me permettaient peut-être et me rendaient facile de lui communiquer le passage de votre lettre qui le concerne. Un sentiment de discrétion que vous devez comprendre me l'a défendu. Président de la commission instituée par M. le préfet de police, M. Mêlier est tenu à une réserve dont j'ai dû me souvenir. M. Mêlier ne connaîtra votre lettre que par la publicité que je lui donne. Je ne vois pas trop bien, d'ailleurs, ce que le récit de sa visite au syphilocôme de Turin, tel que vous le rapportez, peut faire à la question de la Syphilisation.

« Monsieur, vous m'avez attaqué à plusieurs reprises ; »

Jamais, Monsieur ; j'ai attaqué la Syphilisation, c'était mon droit, mon devoir ; mais je l'ai attaquée courtoisement et non avec les armes dont vous parlez sans cesse et qui ne sont pas à mon usage.

« Je me suis défendu. »

Mal, très mal ; votre défense ne fait qu'aggraver vos torts envers moi, car je viens de vous prouver, aux yeux de tout homme de sens et qui comprend la signification des mots, que votre accusation ne signifie rien.

« Votre langage a été trop amer pour que, dans ma défense, je pusse ne pas montrer le plus vif ressentiment. »

Il n'y a eu rien d'amer dans mon langage, et le ressentiment, qui n'est que le désir de se venger d'une injure, n'a rien à faire ici.

« Mais qu'a gagné la science à nos débats ? »

Peu de chose, j'en conviens, mais à qui la faute?

« La Syphilisation ne peut être jugée que sur des faits bien constatés. »

A merveille, mais pourquoi donc s'est-elle hâtée de se faire juger en publiant des faits incomplets et mal constatés?

« A quoi donc peut servir la polémique ? »

Précisément à obtenir des faits bien constatés.

« A quoi bon les invectives réciproques ? »

Réciproques, effacez ce mot, et veuillez le garder pour celui qui, contre un journaliste modéré et de bonne compagnie, a lancé cette grosse invective : *Calomnies atroces, indécens sarcasmes.*

« S'aigrir, se battre, la plume à la main, pour quoi ? »

Je vous le demande.

« N'est-ce pas du temps perdu? »

D'accord.

« Du scandale même. »

Peut-être.

« Donnons un terme à nos malheureux différends. »

Soit, mais en réservant les droits de la critique.

« Absolvons-nous réciproquement. »

La réciprocité est de trop ; moi seul ai besoin d'absoudre, et j'absous: *Absolvo te.*

« Le voulez-vous, Monsieur ? »

Parfaitement.

« Les amis de l'humanité doivent se tendre la main. »

Voici la mienne.

« Votre délicatesse vous engagera, j'en suis sûr, à publier cette lettre dans le prochain numéro de votre journal.

» Turin, 3 novembre 1852.

» C. Sperino. »

Ma délicatesse n'a pas été mise à une trop rude épreuve, et je me serais bien gardé de ne pas publier votre lettre, Monsieur, qui me donne si parfaitement raison de vos attaques illégitimes.

J'ai l'honneur d'être bien confraternellement,

Votre dévoué serviteur,

Amédée Latour.

COURRIER.

Nos prévisions se réalisent. On écrit de Dantzick, à la date du 3 novembre : On n'entend plus ici parler du choléra depuis assez longtemps déjà. La maladie ne fait plus que de rares victimes dans la province, sur deux ou trois points différens, et entre autres Kœnisberg. Depuis l'invasion de la maladie dans cette dernière ville jusqu'au 25 octobre, 627 personnes en ont été atteintes. De ce nombre, 359 ont succombé, 216 ont été guéries, et 52 restaient encore en traitement.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 8 novembre, M. Bérard, inspecteur-général de l'enseignement supérieur et professeur de la Faculté de médecine de Paris, est nommé président du concours qui doit s'ouvrir devant l'École supérieure de pharmacie de Paris. M. Orfila, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine, et M. Boudet, agrégé de l'École de pharmacie, sont nommés juges-adjoints dudit concours. — Concours de quoi? Il serait curieux que le concours supprimé à la Faculté de médecine eût été conservé à l'École de pharmacie.

La suppresssion de l'hôpital temporaire de Bon-Secours a donné plus d'activité aux travaux de l'hôpital du Nord, dont on annonce l'ouverture définitive pour le 1[er] juillet prochain. L'aménagement de ce grand hôpital est dit-on retardé par les travaux de l'appareil de chauffage et de ventilation sur lequel diverses commissions scientifiques, instituées *ad hoc*, auraient émis des avis contradictoires.

— M. Valleix reprendra ses leçons cliniques, à l'hôpital de la Pitié, le mercredi 17 novembre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Les leçons cliniques auront lieu à neuf heures, dans l'amphithéâtre de M. Laugier.

La visite des malades se fera tous les jours à 7 heures 1/2 (salles St-Raphaël et Sainte-Geneviève).

Les mardis et samedis sont consacrés aux affections utérines, de 9 heures 1/2 à 10 heures 1/2.

Tome VI. — N° 137. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 16 Novembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

MÉDECINE LÉGALE.

DU TATOUAGE ; — NOUVELLE QUESTION MÉDICO-LÉGALE.

Les marques du tatouage peuvent-elles s'effacer pendant la vie?

Telle est la question qu'a fait naître un procès criminel célèbre, et qui a été soumise à l'appréciation de plusieurs médecins légistes. Les livres de médecine légale restent muets sur cette question, qui a joué un rôle immense devant les tribunaux de Berlin. L'intérêt considérable qui se rattache à cette cause célèbre, les incidens émouvans qui l'ont marquée, la nouveauté du sujet, le nom du savant médecin, aux lumières duquel les magistrats ont eu recours pour faire pénétrer la conviction dans leurs consciences, les recherches que ce médecin a été ainsi conduit à faire; tout cela justifiera l'étendue que nous consacrons à l'analyse du travail de M. Casper, de Berlin, si connu par ses travaux statistiques. Cette analyse, telle incomplète qu'elle soit, donnera une idée des principaux élémens de cette curieuse affaire, unique, sans doute, dans les annales criminelles. Ceux de nos lecteurs qui voudraient la connaître tout au long, en trouveront les détails dans le *Vierteljahrsschrift für gerichtliche und offentliche medicin. 1 band, s.* 274, et dans une traduction anglaise qu'en a donnée le *Monthly journal of medical sciences*, dans son numéro de septembre 1852.

Le 10 septembre 1849, des paysans trouvèrent non loin de Berlin, sur les bords d'un ruisseau qui va se jeter dans la rivière la Sprée, et parmi les joncs, le corps d'un homme dont la tête avait été complètement détachée au moyen d'une incision très nettement faite entre la première et la seconde vertèbres dorsales. La tête gisait à une distance de quinze pas, et portait les traces d'un double coup de feu au-dessous de l'oreille droite, ainsi qu'une infinité de plaies faites par un instrument tranchant, et qui labouraient la face dans toutes les directions. Les os du crâne étaient tellement brisés, que toute la masse s'aplatissait sous la moindre pression. Il était évident que l'assassin ou les assassins avaient ainsi défiguré la face pour empêcher de reconnaître l'identité du malheureux ainsi sacrifié, et qu'ils avaient même tenté de lancer la tête dans la rivière; ce à quoi ils n'étaient pas parvenus, à cause des marécages qui bordaient le fleuve en cet endroit. Près du corps, on trouva, encore fichée en terre, une petite canne à tête en forme de crochet, ainsi qu'un chapeau gris et une boîte à allumettes, encore ouverte.

Le corps était revêtu d'une chemise, marquée aux initiales G. E. 4, de deux chemisettes, d'un caleçon, de chaussettes, de bas de laine, de bottes, d'une veste et de bretelles brodées qui étaient détachées de la culotte. A l'annulaire droit, on trouva un anneau de mariage marqué H. H. 1843.

Le lendemain, deux médecins rédigèrent leur rapport sur ce cadavre. Ce rapport, mal fait, incomplet, laissait bien des choses à désirer. Pourtant, il était un point capital que les signataires n'eussent pas certainement omis, s'ils eussent pu l'observer. Nous voulons parler des cicatrices résultant de l'application de ventouses, et d'un *tatouage* que l'individu trouvé ainsi mutilé aurait porté sur lui. Plus tard, ces mêmes médecins, appelés devant la Cour, déclarèrent positivement que le susdit cadavre ne portait aucune trace ni de scarifications, ni de tatouage. Les magistrats eux-mêmes, qui étaient présens à la levée du corps, et qui assistèrent, pendant plus d'une heure, à l'examen qu'en firent les hommes de l'art, n'observèrent non plus aucune de ces marques sur la surface du corps.

Quel était ce malheureux si abominablement mutilé?

Dans les premiers temps que la justice poursuivait ses investigations, une fille, que l'on sut plus tard être une femme de mauvaise vie, se présenta spontanément devant les magistrats, et assura que les détails publiés par les journaux, l'avaient convaincue que l'homme assassiné était son mari. On lui présenta les vêtemens trouvés sur le cadavre et elle les reconnut! Le corps fut exhumé, neuf jours après sa découverte sur les rives du Sprée, et cette femme reconnut positivement..... par les parties génitales, son malheureux époux! Et pourtant, il fut prouvé dans la suite que cette fille n'avait jamais été mariée et qu'elle avait trompé la justice.

D'autres recherches firent supposer que l'assassin de l'individu inconnu était un marchand de bestiaux, nommé Gottlieb Ebermann, homme dangereux, et qui avait eu déjà plusieurs comptes à rendre à la justice. Ces soupçons ne durèrent pas longtemps, et on finit par croire, au contraire, que cet Ebermann était l'homme assassiné! On apprit, enfin, que le nommé Ebermann avait, de son vivant, des traces sur les poignets de ventouses scarifiées qui lui avaient été appliquées, et *un cœur avec les lettres* G. E. (ses initiales), *tatoués sur son avant-bras gauche.* Ce fait important fut déclaré par un témoin qui avait vu au bain le tatouage d'Ebermann, et par deux chirurgiens qui avaient, l'un ventousé huit ou neuf ans auparavant Eberman, l'autre saigné cet individu à une époque moins éloignée, et qui *tous deux avaient aperçu le tatouage.* D'un autre côté, trois sœurs d'Ebermann, et sa femme, soutinrent n'avoir jamais vu ces marques sur son bras. Mais cette dernière n'était mariée que depuis peu de temps et avait été presque toujours séparée de son mari. Alors, seconde exhumation, le 13 février 1850, cinq mois après la mort, en présence de plusieurs médecins. Ceux-ci déclarent que la décomposition est trop avancée pour permettre de voir les marques du tatouage et des ventouses, en supposant qu'elles aient existé.

L'affaire s'embrouillait de plus en plus, et deux jours ne s'étaient pas écoulés, qu'un individu vint déclarer avoir vu Ebermann il n'y avait pas vingt-quatre heures, et qu'il lui avait parlé! Ce témoin fut bientôt prouvé être un *visionnaire*, et avoir déjà asssuré qu'il avait *vu* un bourgmestre, mort depuis plusieurs années!

Enfin, une maîtresse d'Ebermann, la nommée N..., vint déclarer, cette fois d'une manière positive, que la petite canne trouvée auprès du cadavre, appartenait à un nommé Schall, exerçant l'état de postillon, mais connu depuis longtemps pour s'adonner à la contrebande et au brigandage; que la petitesse de cette canne s'accordait très bien avec la stature peu élevée (cinq pieds quatre pouces) de Schall, et qu'une autre canne, qui avait été saisie au domicile de ce dernier, avait appartenu à son amant décédé, à Ebermann, qui était d'une haute taille. Cette fille reconnut tous les vêtemens trouvés sur le cadavre mutilé, entr'autres, les bretelles qu'elle avait brodées elle-même; et elle ajoute que Ebermann avait les dents tellement larges et longues, qu'elle les reconnaîtrait si on les lui présentait. En conséquence, *troisième* exhumation le 11 décembre 1851 (plus de vingt-six mois après la mort). La fille N... reconnût non seulement ces dents, mais encore quelques débris d'une barbe rouge qui étaient encore attenans à la mâchoire inférieure.

Le 11 août 1851, la même fille fut victime d'une tentative d'assassinat faite par une main inconnue, sans doute par un des complices de Schall, alors sous les verroux. Troisième épisode!

Ces détails, bien que n'appartenant pas directement à la question médico-légale que nous avons surtout pour but d'analyser ici, étaient néanmoins nécessaires parce que les élémens de conviction qu'ils présentent viennent corroborer les déductions de M. Casper.

L'instruction de ce procès, si plein de curieux incidens, était terminée, et l'accusé fut traduit devant la Cour en octobre 1851. Un point capital restait à éclaircir : c'était de savoir comment il se faisait que des marques de ventouses et un tatouage que plusieurs témoins recommandables avaient vus sur le corps d'Ebermann, lorsqu'il vivait, n'avaient pas été aperçus par d'autres non moins dignes de foi, et n'existaient pas à l'époque de la découverte du cadavre. Deux médecins distingués furent consultés à ce sujet : l'un déclara que les cicatrices des ventouses pâlissaient avec le temps, mais qu'elles laissaient pendant toute la vie de l'individu des traces appréciables, et que *le tatouage bien pratiqué ne s'effaçait jamais.* Le second assura que ces scarifications pouvaient disparaître lorsqu'elles avaient été superficielles, en quelques années, deux ou trois. Il n'osa pas se prononcer relativement au *tatouage.*

M. Casper, de Berlin, fut annexé à ses confrères pour éclairer la justice. Il nous est impossible de donner ici une analyse de toutes les questions, secondaires du reste, qui lui furent soumises. Nous nous arrêterons sur une seule, celle qui a rapport au *tatouage*, parce que cette question est toute nouvelle dans la médecine légale, et qu'elle a fourni au savant médecin de Berlin l'occasion de faire de nouvelles et intéressantes recherches.

La question posée était donc celle-ci : *Des témoins dignes de foi assurent que Ebermann portait au bras gauche un tatouage représentant un cœur et des lettres rouges. D'un autre côté, la femme d'Ebermann et ses parens disent qu'ils n'ont jamais vu sur lui ces marques de tatouage, et dans le signalement que la Cour de Spandau a fait faire d'Ebermann* (*alors accusé de vol devant cette Cour*), *on ne voit pas qu'il soit parlé de ce tatouage. Comme de la procédure il résulte la conviction que le cadavre mutilé était celui d'Ebermann, les rapports et les déclarations des deux médecins entendus paraissent erronés. Le tatouage a-t-il donc échappé à leur observation?*

Laissons parler ici M. Casper :

« Jamais, dans le cours d'une longue suite d'années riches en pratique médico-légale, je n'ai senti, plus que dans ce procès, l'immense responsabilité attachée à l'opinion que j'allais émettre. Je savais trop bien que mes déclarations seraient décisives quant aux agens actifs et passifs du crime, et à l'identité, encore douteuse, de l'individu assassiné, identité avec laquelle l'innocence ou la culpabilité de l'accusé (le nommé Schall) étaient intimement liées. J'avais là, devant moi, une question nouvelle sur laquelle toutes les autorités en médecine légale, toutes les compilations restent muettes, et pour la solution de laquelle je ne trouvais qu'une notice très courte dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, où il est parlé, à l'article *tatouage*, des caractères ineffaçables de l'opération. Aujourd'hui, bien en repos avec ma conscience relativement à l'exactitude des faits que j'ai établis devant le jury, je les soumets au jugement des hommes compétens en cette matière. L'opinion vulgaire veut que le *tatouage* ne disparaisse jamais pendant la vie ni après la mort, et pour cela on se fonde sur ce que de vieilles, de très vieilles gens portent encore des traces de tatouage exécuté dans leur jeunesse. *Ergo!* mais un *ergo* de cette nature ne pouvait me satisfaire dans le cas présent. Il était nécessaire de rechercher un grand nombre d'hommes, de vieux soldats, par exemple, qui auraient été tatoués étant jeunes, et de voir s'ils conservaient tous encore les traces de cette opération. Que j'en trouvasse seulement un seul chez lequel le tatouage s'était effacé, et il devenait non seulement possible, mais probable, avec d'autres indices qui étaient sous la main de la justice, que tel avait été le fait relativement au marchand de bestiaux Ebermann. L'hôtel royal des Invalides offrait un vaste champ à mes investigations, et je résolus de les diriger de ce côté. »

Mais avant d'aller plus loin, quelques mots seulement sur l'opération du tatouage. Sans parler d'un grand nombre de peuplades sauvages chez lesquelles le tatouage entre comme une coutume du sol et sert de marques de distinction selon le nombre plus ou moins grand et la complication des dessins, cet usage de se marquer la peau d'emblèmes de toute nature, est, comme on le sait, très commun parmi les hommes surtout, et dans les basses classes de la société. Les bras, les cuisses, les mamelles, sont principalement les parties qui reçoivent ces emblèmes plus ou moins artistiques. Ce sont des cœurs, des initiales, la date d'un événement remarquable, des emblèmes de guerre, des épées croisées, des faisceaux d'armes. Quelquefois des figures en pied, de prétendus portraits, des images obscènes. Dans toutes les villes un peu importantes, il y a des individus qui font métier de tatouer; c'est leur industrie. Ils commencent d'abord par tracer sur la peau, avec de l'encre de Chine ou tout autre moyen, les traits qu'ils veulent rendre indélébiles; puis au moyen d'une aiguille à coudre ordinaire, emmanchée dans un petit morceau de bois, ils font sur ces traits des piqûres très rapprochées les unes des autres, et assez profondes pour qu'elles laissent suinter une gouttelette de sang. Cela fait, avec un tampon saupoudré de cinabre, ils frottent vigoureusement les piqûres, de manière à faire pénétrer les particules colorées dans l'épaisseur du derme; ou bien encore, mais c'est le cas le moins commun, ils se contentent d'étendre une légère couche de poudre à canon sur les piqûres; ils y mettent le feu et les dessins restent peints en noir.

M. Casper visita donc l'hôtel des Invalides de Berlin. Il trouva dans cet établissement trente-six soldats qui avaient été tatoués. En voici le tableau que nous abrégeons beaucoup en supprimant tous les détails qui ne sont pas d'une utilité immédiate :

N° d'ordre.	Année du tatouage.	Procédé employé.	État actuel des marques.
1	1798	Noir de fumée. . .	encore très visibles.
2	1807	Poudre et cinabre.	très distinctes; plusieurs effacées.
3	1808	Cinabre.	très bien conservées.
4	1808	Poudre et cinabre.	le tatouage noir conservé, le rouge disparu.
5	1809	Cinabre.	très bien conservées.
6	1809	Cinabre.	très pâlies.
7	1811	Poudre et cinabre.	très bien conservées.
8	1811	Pondre et cinabre.	très bien conservées.
9	1813	Cinabre.	bien conservées.
10	1813	Poudre et cinabre.	très bien conservées.
11	1813	Cinabre.	bien conservées.
12	1814	Cinabre.	plus de traces aucunes.
13	1814	Cinabre.	très visibles.
14	1814	Cinabre.	bien conservées.
15	1814	Cinabre.	bien conservées.
16	1814	Poudre et cinabre.	bien conservées.
17	1814	Cinabre.	très distinctes.
18	1814	Poudre et cinabre.	bien conservées.
19	1815	Cinabre.	très visibles.
20	1815	Poudre.	bien conservées.
21	1815	Cinabre.	très pâlies.
22	1816	Cinabre.	complètement effacées.
23	1817	Cinabre.	bien conservées.
24	1817	Poudre et cinabre.	distinctes.
25	1817	Cinabre.	bien conservées.
26	1818	Cinabre.	complètement effacées.
27	1820	Cinabre.	bien conservées.
28	1822	Cinabre.	un peu éteintes.
29	1823	Poudre et cinabre.	bien conservées.
30	1825	Cinabre.	bien conservées.
31	1825	Cinabre.	bien conservées.
32	1831	Cinabre.	bien conservées.
33	1837	Cinabre.	bien conservées.
34	1841	Cinabre.	bien conservées.
35	1845	Cinabre.	bien conservées.
36		Encre rouge (?). .	Le tatouage a été détruit au bout de six semaines par la suppuration. Il n'y en a plus aucune trace.

De ce tableau, il résulte que chez le n° 1, après cinquante-quatre ans, il y a encore des traces très visibles du tatouage; elles se sont complètement effacées chez les n°s 12, 22 et 26, après un laps de temps de trente-six à trente-huit ans; chez plusieurs autres, le tatouage est encore très distinct au bout de plus de quarante ans. D'un autre côté,

chez le n° 4, il y avait au bras gauche un cœur en noir, et d'autres marques qui avaient été faites avec le cinabre, qui avaient disparu.

En résumé, sur les trente-six exemples que M. Casper a pu réunir, on trouve :

1° *Trois* (n°s 6, 21, 28) chez lesquels le tatouage avait pâli, plus ou moins, avec le temps.

2° *Deux* (n°s 1 et 2) où les marques s'étaient plus ou moins effacées.

3° *Quatre* (n°s 4, en partie, 12, 22 et 26), où elles avaient complètement disparu.

Donc, dit M. Casper, puisque sur neuf cas on en trouve au moins un chez lequel le tatouage a disparu avec le temps, il peut très bien aussi s'être effacé sur Ebermann pendant la vie, et n'avoir pu, par conséquent, être vu après la mort. Donc, encore, *les marques du tatouage peuvent disparaître, et ainsi s'évanouissent les doutes relatifs à l'identité de l'individu assassiné.*

Pendant les débats du procès, un des témoins vint corroborer, par sa propre expérience, les déductions de M. Casper. Ce témoin, qui ne manquait pas d'une certaine instruction, déclara aux magistrats qu'à l'âge de 15 ans, il s'était fait tatouer le bras avec du cinabre, et qu'avec le temps, les marques s'étaient peu à peu effacées, et avaient fini par disparaître. Il n'en portait, en effet, aucune trace.

L'affaire s'est terminée par la condamnation à la peine de mort du nommé Franz Schall.

Que l'on nous permette ici quelques réflexions :

Pour la première fois, sans doute, depuis que la médecine légale existe comme science, cette question du tatouage a été soumise à l'appréciation des médecins; non pas qu'il ne soit possible de trouver des rapports médico-légaux qui aient eu l'occasion d'indiquer des marques de tatouage imprimées sur la peau, soit d'individus vivans, soit de cadavres. Mais jamais encore le tatouage n'avait joué le rôle immense qu'on lui a vu jouer dans le précédent procès. C'est donc une question toute nouvelle, mais qui peut se présenter encore, et qui aurait besoin d'être élucidée avec tout le soin désirable, quand il s'agit de faire prononcer sur l'acquittement ou la condamnation d'un accusé. Un homme est trouvé assassiné dans un chemin, et tellement défiguré, qu'il n'est plus possible de le reconnaître, et de remonter, par conséquent, à la source du crime. De faux témoins, qui ont intérêt à égarer la justice, viennent faire de mensongeuses déclarations; puis une fille fournit des indices importans en déclarant reconnaître les vêtemens trouvés sur le cadavre, et qu'elle assure positivement être ceux de son amant. Les renseignemens de ce témoin sont tellement précis, que les magistrats ne peuvent plus conserver de doute sur la question de l'identité. Mais des témoins honorables, pris à une autre source, disent à leur tour, et avec une conviction non moins solide, que si l'homme assassiné est bien cet amant que la femme revendique, on doit trouver sur son bras un tatouage qui a été vu par deux chirurgiens et par une autre personne. On fait des recherches, on remonte aux rapports médico-légaux qui ont été rédigés lors de la levée du cadavre, on interroge la *femme* même de celui qu'on croit être l'individu assassiné, et tous ces témoignages déclarent qu'ils n'ont jamais vu le tatouage. Alors du tribunal surgit tout à coup cette pensée : le tatouage pourrait-il donc s'effacer pendant la vie, et ne plus laisser aucune trace? M. Casper est appelé pour répondre à cette question. Il fait des recherches, et de ces recherches il tire la conclusion que « *les marques de tatouage peuvent disparaître, et qu'ainsi s'évanouissent les doutes relatifs à l'identité de l'individu assassiné.....* » D'où une condamnation à mort.

Loin de nous la triste pensée de venir troubler la conscience de notre confrère par des observations peut-être intempestives, devant une question qui n'a pas encore été approfondie autant qu'elle le mérite. Pourtant, en lisant les détails lugubres de ce procès criminel, on est, malgré soi, saisi d'un certain malaise, et on se demande si les conclusions de M. Casper sont bien rigoureusement déduites de faits suffisamment observés, et d'une question scientifique amplement élaborée. Du tableau dressé par lui et qui comprend trente-six cas de tatouage que portaient de vieux soldats, il résulte que trois ont *tout à fait* disparu, trois ont pâli plus ou moins, et deux se sont *en partie* effacés. Mais a-t-on été bien renseigné par ces hommes, dont l'intelligence, la réflexion peuvent être mis en doute, et qui ont pu, à la rigueur, égarer la conviction de l'observateur? Et puis, le tatouage est pratiqué avec diverses substances : ici avec la poudre à canon, là avec le cinabre, chez un autre avec de l'encre de chine, de l'encre rouge, etc., différences qui doivent apporter des modifications dans le plus ou moins de résistance du tatouage aux ravages du temps, et qui méritent d'être prises en considération. D'un autre côté, supposé que les marques du tatouage s'effacent *quelquefois* spontanément, cette circonstance est-elle rigoureusement applicable à Ebermann, l'homme trouvé assassiné? Il est plusieurs faits dont le mémoire de M. Casper ne parle pas, et qu'il eût été pourtant nécessaire de faire connaître. Nous voulons parler de l'âge de ce malheureux, du temps qui s'est écoulé entre la constatation par des témoins dignes de foi, du tatouage, et l'époque de la mort d'Ebermann. On comprend sans peine l'importance de telles indications pour asseoir plus solidement son jugement. Enfin, et pour nous résumer, nous demandons si, privé des élémens de conviction qui vinrent, en dehors de la question purement médico-légale, asseoir le jugement touchant l'identité de l'homme assassiné, M. Casper se fût trouvé assez éclairé par ses recherches faites à l'hôtel des Invalides, pour se prononcer d'une manière aussi résolue dans ses conclusions?

Il est urgent de reprendre ce sujet, de l'élaborer, et de l'étudier à fond dans le double intérêt de la science et de l'humanité.

Dr Achille Chereau.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES ÉVACUATIONS SANGUINES AU DÉBUT ET PAR L'EAU FROIDE, *intùs et extrà*, PENDANT TOUTE LA DURÉE DE LA MALADIE; par M. le docteur Leroy, médecin en chef de l'hôpital de Béthune (Pas-de-Calais).

(Suite et fin. — Voir les numéros des 28 Octobre, 4, 6 et 13 Novembre.)

Observation VI. — *Fièvre typhoïde, avec complication de bronchite très grave; — guérison.*

Rose Legrand, âgée de 23 ans, domestique, entre à l'hôpital le 3 mars 1851. Elle a le pouls plein et d'une grande fréquence, la peau brûlante, les yeux injectés; elle se plaint d'une violente céphalalgie, avec étourdissemens et tintemens d'oreille, sans stupeur, ni somnolence. La langue est recouverte, au centre seulement, d'un enduit blanchâtre; la soif est vive; il y a de la sensibilité dans les flancs, particulièrement à droite; un peu de diarrhée, de la toux et une gêne assez notable de la respiration, qui est haute et précipitée.

Chiendent; saignée de 400 grammes.

4. Même état à peu près, plus de la stupeur et du météorisme, pouls à 136, toux sèche et fréquente, un peu d'engouement pulmonaire.

Encore une saignée de 350 grammes; six ventouses scarifiées sur le ventre; fomentations froides.

Dans les quatre ou cinq jours qui suivent, les accidens abdominaux vont toujours décroissant, mais la stupeur persiste; il s'y joint même de la surdité, et la poitrine se prend de plus en plus; cependant l'expectoration commence à s'établir.

On continue le chiendent, les injections et les fomentations froides, et le 9, on applique un vésicatoire à la jambe, et on tient la malade presque toujours assise.

La langue se déterge; les selles sont peu fréquentes, quoique très liquides, et il s'établit une expectoration abondante de crachats presque aussi épais que ceux de la pneumonie; l'engouement des poumons augmente et le murmure respiratoire est masqué par des râles très variés de timbre et d'intensité; le pouls va jusqu'à 144.

Je fais appliquer, le 13, un vésicatoire de chaque côté de la poitrine.

Le lendemain, la langue est plus nette, la diarrhée est diminuée, la respiration est plus libre, le pouls ne dépasse pas 128-130; mais les jours suivans, il revient encore à 140, et l'appareil respiratoire ne paraît pas se dégager. Des plaies, des escarres se forment sur toutes les saillies osseuses, au sacrum, aux hanches, aux coudes.

Néanmoins, l'état de la langue et du ventre, la cessation complète de la diarrhée indiquent une grande amélioration du côté du tube digestif. J'en profite bientôt pour faire prendre, au commencement du cinquième septenaire, du bouillon et de l'infusion de quinquina, que réclament la faiblesse extrême du pouls et la dépression des forces.

Pendant quelques jours encore, il y a du délire la nuit, mais le bouillon est bien supporté; la gêne de la respiration diminue et le pouls perd de sa fréquence. Dans les derniers jours du mois, il ne dépasse plus 100, et l'expectoration est celle de la bronchite ordinaire.

Au commencement d'avril, l'appétit revient, les fonctions digestives s'exécutent bien, et la toux s'apaise graduellement.

Le 2 juin, la malade sort tout à fait rétablie.

Observation VII. — *Fièvre typhoïde compliquée de pneumonie, avec épanchement dans la cavité pleurale du côte gauche; — guérison.*

Vers le milieu du mois de mars 1852, une jeune fille de 17 ans, n'ayant jamais été réglée, d'une complexion délicate, et souvent souffrante, après quelques jours d'un malaise inaccoutumé, est prise de fièvre avec céphalalgie violente et continue, épistaxis, vomissemens, diarrhée, affaiblissement considérable, vertiges et tintemens d'oreilles.

En mon absence, elle est visitée par un médecin qui la déclare atteinte de fièvre typhoïde et prescrit dix sangsues à l'anus et des boissons délayantes.

De retour le lendemain, je trouve la jeune malade plus souffrante encore que la veille; pouls fréquent, chaleur sèche à la peau, céphalalgie intense, stupeur, affaiblissement extrême, soif, langue rouge et sèche, douleurs de ventre, sensibilité très vive à la pression, dans les flancs, surtout à droite, gargouillement du même côté, diarrhée et météorisme, peu ou point de toux, un peu de stupeur.

Quinze sangsues, huit à droite et sept à gauche; chiendent pour boisson; fomentations froides sur le ventre, trois quarts de lavemens froids dans la journée.

Les accidens abdominaux, à part un peu de diarrhée, disparaissent promptement, et la même amélioration a lieu dans l'état général; lorsqu'au sixième jour elle est prise tout à coup d'une toux sèche et fréquente, avec grande gêne de la respiration causée par un violent point de côté se faisant sentir sous le sein gauche; la fièvre, qui était presque entièrement disparue, a repris une nouvelle intensité. Je constate l'absence du murmure respiratoire dans tout le poumon gauche, mais rien de notable à la percussion.

Quinze sangsues de chaque côté, looch blanc de 125 grammes, continuation des autres moyens.

Le point pleurétique diminue, mais il y a de la matité jusqu'à la hauteur de la quatrième côte, l'égophonie et la disparition presque complète de la respiration de ce côté indiquent évidemment un épanchement dans la cavité pleurale en même temps que des crachats rouillés assez abondans témoignent que le parenchyme pulmonaire est également envahi par l'inflammation.

On continue l'eau froide à l'intérieur et en fomentations sur le ventre, et on applique un large vésicatoire sur le côté malade.

La toux et la gêne de la respiration diminuent notablement, la fièvre et les accidens généraux s'apaisent de nouveau, et l'épanchement étant en grande partie résorbé, on distingue de la crépitation dans la fosse sous-épineuse. Bientôt cette crépitation est remplacée par un bruit de souffle très prononcé, bien que les crachats rouillés aient presque disparu.

J'ajoute au traitement une potion de 125 gr. de liquide, tenant en dissolution 2 décig. de tartre stibié, qu'on administrera en vingt-quatre heures par petites cuillerées à café.

La tolérance s'établit assez facilement, et au bout de trois jours la résorption est presque complète, et un râle crépitant très accentué annonce que la pneumonie est revenue du deuxième degré au premier. Le pouls est tout à fait normal, la langue assez nette, la chaleur de la peau douce et naturelle; il y a seulement de la toux avec expectoration facile et abondante, entremêlée de temps en temps de quelques crachats rouillés; les taches roses lenticulaires qui s'étaient montrées en assez grand nombre depuis quelque temps, s'effacent graduellement.

La même médication est encore continuée pendant quelques jours, puis on cesse graduellement la potion émétisée à mesure que le râle crépitant diminue.

Bientôt la toux et l'expectoration deviennent filante et assez abondante, sont les seuls symptômes persistans, en même temps qu'un craquement qui s'entend presque également en arrière, à la surface des poumons. Il y a aussi un peu de diarrhée et un léger enduit de la langue, mais la température de la peau, la liberté de la respiration et de la circulation, le sommeil prolongé, indiquent que la convalescence ne se fera pas longtemps attendre.

Cependant, ce n'est qu'au 30 ou 31me jour que les garderobes ont repris une consistance normale. Dès ce moment, la santé commence à se rétablir, bien que la toux avec expectoration de crachats nummulaires, nageant au milieu d'une grande quantité de mucosités filantes, persiste toujours avec un craquement très remarquable qui masque le bruit respiratoire dans toute la partie postérieure de la poitrine.

Ces accidens n'empêchent pas la malade de reprendre des alimens qu'elle digère très bien, et peu à peu les forces et l'embonpoint reviennent; peu à peu aussi l'état de la poitrine s'améliore, et enfin quatre à cinq mois après, elle est plus grasse, plus fraîche et mieux portante qu'avant sa maladie, bien que la toux ne soit pas entièrement passée.

Vers la fin de 1847, une épidémie qui avait beaucoup d'analogie avec le typhus fever d'Irlande, se déclara en Belgique. Dans les localités où elle sévit avec le plus de violence, elle inspira une telle frayeur aux habitans, que beaucoup prirent la fuite et vinrent en France, où ils étaient arrêtés et incarcérés comme vagabonds. C'est ainsi que le typhus fut importé dans presque toutes les villes de la frontière du nord, où fort heureusement il resta concentré dans les hôpitaux et les prisons, où il fit d'assez nombreuses victimes. Peu de jours après l'arrivée à la prison de l'individu qui fait l'objet de l'observation qui suit, cinq ou six détenus furent presqu'en même temps atteints du typhus et le suivirent de près à l'hôpital.

Observation VIII. — *Typhus; — cas très grave; — guérison au trente-cinquième jour.*

Un Belge, âgé de 19 à 20 ans, amené depuis peu de jours à la maison d'arrêt de Béthune, est apporté à l'hôpital dans l'état suivant :

Stupeur si profonde, qu'on peut à peine, à force d'instances, fixer un instant son attention; réponses lentes et indiquant la plus complète indifférence; de temps en temps, un peu d'agitation; facies altéré; traits tirés et amaigris; teinte terreuse de la face; décubitus dorsal; résolution complète des membres. Les seuls renseignemens qu'on peut en obtenir, se bornent à ceci : que, depuis deux jours, il éprouve de la céphalalgie, un grand accablement, des bourdonnemens d'oreilles et des vertiges; que tout cela a été précédé de perte d'appétit, de malaise, de frissons alternant avec un excès de chaleur et d'un affaiblissement toujours croissant. Au moment de notre examen, il ne souffre que de la tête, nullement du ventre, qui est cependant sensible à la pression dans les flancs, il n'y a point de météorisme ni de gargouillement, ni de diarrhée, pas de nausées, ni de soif bien vive. La langue est sèche et brûlante; le pouls à 105-106, dur et concentré.

Prescription : Diète, chiendent pour boisson; deux demi-lavemens froids; saignée de 400 grammes.

Le sang contient beaucoup de sérosité; mais le caillot est recouvert d'une couenne d'un vert clair, comme gélatineuse, indiquant plutôt la diminution des globules que l'augmentation de la fibrine.

Malgré l'appauvrissement du sang, prenant surtout conseil de la gravité de la maladie, je fais réitérer la saignée le soir. Les qualités du sang sont encore à peu près les mêmes. Le lendemain, l'état général du sujet s'est encore aggravé, il a déliré toute la nuit, et le délire, quoique plus calme, continue encore dans la journée.

Six ventouses scarifiées sur le ventre; chiendent et trois demi-lavemens froids; fomentations froides sur le ventre.

L'état du malade reste à peu près le même pendant quelques jours; pas de diarrhée ni de météorisme; seulement, le délire est si continuel et si agité, que je suis obligé d'ajouter aux moyens ordinaires l'application de la glace sur la tête.

Au sixième jour, éruption sur toute la surface du corps d'une roséole pétéchiale, formée de taches confluentes plus larges qu'une lentille, ne faisant aucune saillie et ne disparaissant pas à la pression du doigt.

Le délire continue toujours aussi agité; il s'y joint une telle contracture des membres et du tronc, que le corps du malade est littéralement raide, est inflexible comme une planche. La langue devient sèche, rugueuse; les lèvres et les dents fuligineuses; en même temps, la diarrhée se déclare, et il survient une toux sèche, mais peu fréquente, sans gêne notable de la respiration qui est seulement assez accélérée; le pouls offre une sorte d'ondulation, et une escarre énorme se forme sur le sacrum.

Les pétéchies persistent quatre à cinq jours, puis pâlissent et s'effacent peu à peu; mais, pendant deux septenaires au moins, la marche de la maladie varie peu.

Toujours du délire plus ou moins agité, avec évacuations involontaires dans le lit; fuliginosités de la bouche; sécheresse ou raccornissement de la langue; peau toujours chaude; fréquence du pouls devenant de plus en plus dépressible et misérable. Il y aussi des redoublemens de fièvre plus ou moins violens et prolongés.

Le traitement est resté le même : l'eau froide sous toutes les formes. Vers le vingtième jour, on y ajoute un demi-litre d'infusion de quinquina. Le malade est fréquemment changé de lit, et on établit autour de lui une ventilation aussi souvent renouvelée qu'on le peut.

Cependant, au milieu du 5me septenaire, une légère amélioration se fait pressentir; le délire est plus calme; bientôt percent quelques éclairs de raison; peu à peu aussi, il cesse d'évacuer dans le lit; les exacerbations fébriles perdent graduellement de leur fréquence et de leur intensité. Au trente-cinquième jour, il a recouvré toute sa connaissance, la diarrhée a cessé entièrement; la faiblesse est moindre, mais la maigreur est excessive; le sacrum est dénudé dans une étendue considérable; il en résulte une vaste plaie avec décollement de la peau à tout son pourtour. Cette plaie est soigneusement pansée avec la poudre de quinquina, et on y pratique deux fois par jour des injections chlorurées; elle fournit une abondante suppuration qui épuiserait le malade, si, fort heureusement, un appétit très vif et de bonnes digestions ne permettaient de le soutenir par une alimentation tonique et réparatrice, aidée du sirop de

quinquina et d'une portion de vin.

La convalescence fut très longue; mais enfin la bonne constitution et la jeunesse du sujet triomphèrent de la maladie; ce qui est d'autant plus remarquable, que ce jeune homme racontait que pendant plusieurs mois avant que le typhus se déclarât dans son village, il s'était trouvé dans le plus grand dénûment, obligé parfois de se nourrir d'herbages, de collets de betteraves et de racines. L'état d'appauvrissement du sang témoignait assez que ce malheureux ne disait que la vérité.

Sur 21 malades, tous gravement atteints, quoiqu'à des degrés différens, cette même roséole pétéchiale fut constatée. L'épidémie débuta par des détenus, parmi lesquels deux frères belges, l'un âgé de 13 ans et l'autre de 15 ans, venant aussi du foyer primitif, puis elle attaqua les religieuses, plusieurs jeunes filles faisant le service des salles, sous la direction des sœurs, et les femmes employées à la buanderie; mais aucun infirmier, aucun homme, même habitant l'hôpital, ne contracta cette maladie, et elle ne se répandit pas non plus dans la ville, où régnait cependant alors la fièvre typhoïde.

BIBLIOTHÈQUE.

ÉTIOLOGIE DES FIÈVRES INTERMITTENTES;

Par M. T. GLEIZES. — Thèse de doctorat; 1852.

Le but de la thèse de M. le docteur Raphaël Gleizes, est de rechercher, dans les conditions topographiques et météorologiques de Rome, les élémens du génie endémio-épidémique de ses fièvres.

Dans un premier chapitre (*Esquisse rapide de la topographie médicale de Rome*), l'auteur recherche les causes morbigènes qui pervertissent son climat; et, à cet effet, il décrit minutieusement le pays que traverse le Tibre : le fait le plus saillant, c'est que cette contrée, jadis si florissante, est aujourd'hui couverte d'eaux stagnantes; la désolation et la mort ont remplacé la richesse de la nature, l'opulence des hommes!

Le deuxième chapitre est consacré à la météorologie. M. Gleizes constate, avec M. le docteur Carrière, que le climat de Rome est chaud, humide et électrique, et il donne des moyennes annuelles.

Température.	15° 5' centigrades.
Moyenne hygrométrique.	25° 45' eudiomètre Saussure.
Vents dominans.	Nord 199 fois. Sud 112.

La discussion des diverses théories sur l'étiologie des fièvres, forme un troisième chapitre.

M. Gleizes pense, avec la majorité des médecins, que les miasmes palustres sont nécessaires au développement des fièvres endémiques, n'accordant aux autres causes que le pouvoir d'engendrer des fièvres sporadiques accidentelles.

D'après lui, Lancisi, Torti, Pringle, Bailly, Lind, Santarelli, font jouer un rôle exagéré aux alternatives de température et d'hygrométrie; les fièvres endémo-épidémiques se développent sous l'influence unique des principes morbifiques contenus dans les effluves marécageux; le miasme palustre est produit par l'action combinée de la chaleur et de l'humidité sur les matières végéto-animales fermentescibles, et l'absence d'un de ces élémens paralyse l'action des deux autres.

M. Gleizes cite les tentatives de Moscati, Brocchi et Renzi, pour matérialiser le principe miasme, principe méphitique dont la nature intime ne nous est pas, il est vrai, très bien connue, mais qui peut expliquer à fièvre miasmatique. Il ajoute que la chimie ne possède pas encore d'instrumens capables de rendre coërcible l'élément véritable qui forme l'essence de l'air palustre.

Le professeur Pucinotti a observé le phénomène de l'abaissement régulier de la température, et une oscillation nycténiale de 12°; mais il ne les regarde pas comme des causes spéciales de la pyrexie.

Le docteur Santarelli, qui leur attribue au contraire une grande valeur, a constaté une oscillation nycténiale de 17°, qui fait passer dans quelques heures l'organisme par les froids de l'hiver et les chaleurs de l'été. D'après M. Santarelli, ce refroidissement est plus considérable à l'époque où les fièvres pernicieuses sont les plus meurtrières, et en deuxième lieu, l'intensité des fièvres est toujours en harmonie avec l'amplitude des variations de température.

M. Gleizes combat la thèse du médecin de Terni.

1° Les oscillations nycténiales ne dépassent jamais 12° (docteur Pergani).

2° Il n'est pas exact que l'intensité des fièvres coïncide avec les amplitudes des oscillations.

Il y a des oscillations de 28° dans les zones glaciales, sans qu'il y ait de fièvres; des oscillations de 40° en Nubie sans fièvre importante. Pucinotti a observé au couvent de San Bruno des oscillations de 40° sans fièvre.

M. Jacquot a vu en Afrique des grandes vicissitudes atmosphériques depuis — 4° avec neige jusqu'à + 51° avec scirocco sans fièvre.

Donc, impuissance de variations atmosphériques à engendrer seules les fièvres paludéennes.

M. Gleizes dit en passant qu'entraîné par l'exagération, M. Faure a voulu attribuer à la chaleur seule le pouvoir d'engendrer les fièvres.

Il combat cette manière de voir. Il faut un second élément. Il rappelle l'opinion de Doni.

Æstas callida et sicca Romæ perpetue salutaris.

L'humidité profonde admise par Folchi est insuffisante, raison pour laquelle il a dû invoquer un fluide thermo-électrique qui se forme dans l'organisme humain, par la combinaison du calorique et de l'électricité.

Dans le chapitre 4, M. Gleizes passe en revue la multiplicité de formes des sources effluviales, dit un mot du transport des miasmes jusqu'à Rome par les vents.

Il constate que les marais sont les seules sources des dégagemens miasmatiques; qu'ils sont les causes productives des miasmes générateurs des fièvres endémiques de Rome.

Les alternatives de température et d'hygrométrie sont les causes occasionnelles. Elles fournissent à ces sources les élémens nécessaires pour qu'elles entrent en action.

M. Gleizes, pour conclure, dit :

1° Que les substances végéto-animales fermentescibles se trouvent abondamment répandues sur tout le territoire romain.

2° Que le climat de Rome, outre ses variations atmosphériques, possède au plus haut degré les conditions de chaleur et d'humidité si favorables à la putréfaction miasmatique.

Il nous semble que, dans sa thèse, M. le docteur Gleizes s'est trop étendu sur les deux premiers chapitres, et qu'il n'a pas assez discuté le troisième, qui est le plus important.

Les argumens pour lesquels il combat le thème Santarelli, ne sont ni nombreux, ni concluans.

Il regarde comme exagérée l'oscillation de 17° de Santarelli; puis ensuite il cite celle observée par Pucinolli, 13°; celles observées en Nubie, en Afrique, qui s'élèvent de 24 à 40°. En Nubie, dans les régions glaciales, il manquait un élément indispensable pour la production de la fièvre : l'humidité.

L'observation de Santarelli, sur le rapport de l'intensité des fièvres et de l'amptitude des variations de température, conserve toute sa valeur.

Les théories de MM. Faure et Folchi sont à peine énoncées.

M. Gleizes se dit tout d'abord partisan du miasme; mais comme les faits sont plus puissans que les théories, nous le voyons obligé de reconnaître, pour la production de la fièvre, d'autres élémens.

D'une part, il dit que la chaleur et l'humidité sont indispensables, nécessaires au développement de la fièvre; d'autre part, que les variations atmosphériques rendent l'économie débilitée plus impressionnable; qu'elles troublent les fonctions de l'organisme et réveillent le miasme resté comme endormi.

M. Gleizes appelle le miasme cause productive, les alternatives thermométriques et hygrométriques comme causes occasionnelles. Et après avoir commencé par dire que les fièvres endémo-épidémiques se développent sous l'influence unique des principes morbifiques contenus dans les effluves marécageux, il termine son travail en admettant, à côté de la cause productive, des causes occasionnelles (alternative de température et d'hygrométrie) qui sont les élémens nécessaires pour que le miasme entre en action.

En médecine, il faut étudier les faits dans leur ensemble et dans leurs relations réciproques. Il n'y a des théories diverses sur l'étiologie des fièvres, que parce que chacun des élémens admis comme cause productrice chez un auteur est en réalité une des conditions nécessaires, indispensables à la production du phénomène fièvre.

Quoique les expériences de chimie les plus délicates aient démontré que l'air pris à la surface d'un étang dans ces pays marécageux, contient les mêmes principes que celui recueilli au sommet d'une montagne, admettons le miasme, mais n'oublions pas pour le moment qu'il n'entre en action que lorsqu'il y a des conditions particulières.

Variations brusques de la température, défaut d'équilibre qui s'établit dans l'atmosphère au coucher du soleil et au lever de l'aurore.

Chaleur du jour.

Humidité dans l'atmosphère, due à la vapeur d'eau.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 10 Novembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal et au sujet de la dernière communication de M. Demarquay, relative à une tumeur fibro-plastique de l'humérus, s'élève contre cette dénomination de *tumeurs fibro-plastiques* à laquelle on tend, suivant lui, à donner un sens abusif. Ces tumeurs qui récidivent, qui se transmettent héréditairement, qui causent de vives douleurs, et qui, en définitive, entraînent souvent la mort des malades, ne diffèrent point, à ses yeux, du cancer. Il est loin de sa pensée de vouloir déprécier les travaux des micrographes, mais il croit que, dans cette circonstance, la distinction établie sur les caractères micrographiques n'est pas fondée en pratique, et qu'elle a ouvert une mauvaise voie dans laquelle il verrait avec peine la Société de chirurgie s'engager.

L'ordre du jour étant trop chargé pour engager immédiatement une discussion sur ce sujet, M. Marjolin se borne à énoncer cette observation, qu'il se propose de développer plus tard.

M. LEBERT proteste contre cette proposition et en prend acte pour déclarer qu'il la relèvera à l'occasion d'un travail qu'il se propose de lire incessamment sur ce sujet.

La correspondance comprend :

Un travail de M. Dupont, sur un cas de luxation du radius. (Comm. M. Houël.)

Une observation de M. Legay, sur une hémorrhagie périodique à la suite d'une plaie par arme à feu. (Comm. nommée pour le mémoire de M. Bouisson.)

Un travail de M. Houselot, de Meaux, sur un cas d'anévrisme artério-veineux. (Comm. MM. Debout, Lenoir et Laborie.)

Une lettre de M. Verneuil, qui sollicite le titre de membre titulaire de la Société.

— M. le docteur FOUCAULT, de Nanterre, présente un appareil à irrigations utérines de son invention, et lit une note explicative. (La note et l'appareil sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Danyau et Maisonneuve.)

M. le docteur BROCA lit la première partie (partie historique) d'un mémoire sur les luxations de l'astragale.

Nous résumerons ce travail quand la lecture en sera terminée.

De la dilatation des conduits excréteurs des glandes parotides, sous-maxillaires et lacrymales.

M. FORGET lit, en son nom et celui de MM. Marjolin et Demarquay, un rapport sur un mémoire de M. Jarjavay, ayant pour titre : *De la dilation des conduits excréteurs des glandes parotides, sous-maxillaires et lacrymales.* Ces conduits peuvent-ils se dilater et former des tumeurs d'un volume et d'une durée variables? Tel est le problème que l'auteur se pose à lui-même et qu'il croit pouvoir résoudre par l'affirmative, à l'aide des observations qui lui sont propres.

Avant d'examiner ces observations et afin d'en mieux déterminer la valeur et le sens rigoureux, et dans le but de remonter à la source où l'auteur a puisé l'idée de son travail et de remettre en même temps sous les yeux de la Société les opinions diverses et opposées qui se sont déjà produites sur ce sujet dans son sein, M. le rapporteur rappelle en quelques mots l'objet de deux travaux analogues, l'un de M. Bertherand sur les tumeurs sublinguales, et l'autre de lui-même, sur l'origine, la nature et le siége de la grenouillette, et les discussions auxquelles ils donnèrent lieu. Partisan de l'opinion qui veut que le conduit de Warthon puisse être le point de départ de cette maladie, je cherchai, dit M. Forget, à justifier cette étiologie par des argumens puisés tour à tour dans les notions de l'anatomie normale, dans les données de l'observation clinique et dans les résultats de la méthode d'induction appliquée à des cas analogues. Enfin, pour lever tous les doutes, je fis intervenir la preuve anatomo-pathologique que le rapporteur du travail de M. Bertherand regrettait de n'y avoir pas trouvée, preuve fondée sur l'existence d'une tumeur au voisinage de la glande sublinguale, formée par un des conduits de cette glande oblitérée à son orifice. Dans la discussion qui eut lieu à cette occasion, de nombreuses objections ayant été adressées à l'auteur dans le but d'infirmer sa conclusion principale, celle qui admettait la dilatation des conduits et la formation de tumeurs salivaires à leur intérieur, M. Forget, reprenant une à une ces objections, les discute en ces termes :

1° Prétendre, disait M. Robert, que des tumeurs peuvent avoir pour point de départ les conduits salivaires dilatés, c'est émettre une opinion contraire à la physiologie des conduits, dont la dilatation est quelquefois très étendue, sans se prononcer davantage ou exclusivement dans un point limité.

Pour réfuter cette objection, il suffirait de faire remarquer à son auteur qu'en admettant que la dilatation n'est pas constamment uniforme et égale dans toute l'étendue des conduits, qu'elle n'a lieu que quelquefois seulement, il ouvre ainsi la voie à des exceptions, et qu'en bonne logique rien ne nous empêche de rattacher à ces exceptions les cas dans lesquels la tumeur salivaire serait réellement formée par la dilatation partielle ou inégale de ces mêmes conduits.

Mais il y a mieux à opposer à l'opinion de notre savant collègue, ce sont les faits eux-mêmes qui militent en faveur de notre manière de voir et que révèle l'étude des lésions de canalisation dans les divers appareils de sécrétion.

Ainsi, comme M. Jarjavay a soin de le faire remarquer dans son travail, on voit fréquemment deux renflemens, des espèces de poches se former en arrière d'un rétrécissement dans les divers canaux excréteurs, tels que l'urètère, l'urètre et les canaux biliaires.

Dans son *Traité d'anatomie pathologique*, M. Cruveilhier affirme que la dilatation de l'uretère, par exemple, n'est pas en général uniforme, que souvent on trouve le long de ces conduits les ampoules séparées par ses étranglemens. (*Anatomie pathologique générale*, tome II, page 845.)

En traitant de la dilatation des voies biliaires et pancréatiques, le même observateur cite son cas d'atrophie du pancréas, dont le canal excréteur très distendu, se présentait sous l'aspect d'un kyste volumineux qui contenait un liquide transparent, dans lequel nageaient quelques flocons muqueux. (Même volume, page 834.)

S'il fallait, pour éclairer la question en litige, chercher un terme de comparaison dans un appareil de sécrétion plus voisin par sa simplicité et sa structure, de celui qui nous occupe, je citerais l'appareil glanduleux vulvo-vaginal, dont les lésions ont été si bien étudiées et si fidèlement reproduites par notre collègue M. Huguier, dans le bel atlas qu'il a publié.

On pourrait encore rattacher à cet ordre de faits pathologiques la dilatation partielle des canaux excréteurs de la glande mammaire, que M. Giraldès rappelait avec raison dans cette même séance du 29 novembre 1849; l'opposant à l'assertion de M. Robert, qu'il regardait aussi comme étant beaucoup trop absolue. Cette dilatation, en effet, est évidente, dans un mémoire que j'ai publié en 1844, sur le galactocèle mammaire (*Bulletin thérapeutique*), j'ai pu la constater par la dissection, et montrer cinq ou six conduits venant s'ouvrir dans un renflement du volume d'une grosse noix; ces conduits eux-mêmes étaient dilatés en ampoule, mais à un moindre degré que celui auquel ils étaient afférens.

Ces faits suffiront, je pense, à prouver qu'en plaçant le point de départ des tumeurs salivaires dans les canaux excréteurs des glandes sous-maxillaire et sub-linguale, ce n'est point se mettre en opposition avec ce que M. Robert a appelé la physiologie des conduits, et qu'ainsi son reproche n'était pas fondé.

Mais d'autres objections nous ont encore été faites : on a dit, par exemple, que l'inflammation était un obstacle apporté au libre cours de la salive, et que, dans la grenouillette, cela n'a pas lieu.

On a encore objecté que le liquide extrait et recueilli après l'ouverture de la tumeur, n'avait pas présenté les caractères de la salive.

Enfin que l'injection d'un liquide iodé avait réussi à guérir sans accident une semblable tumeur, et qu'il n'en eût pas été ainsi si l'injection avait été faite à l'intérieur des voies salivaires réellement dilatées.

D'abord, prétendre que l'inflammation soit nécessairement la conséquence de la rétention d'un produit liquide de sécrétion, c'est méconnaître ce que l'observation de chaque jour nous apprend. Ne voit-on pas, en effet, la bile retenue dans ces conduits, sans qu'aucun symptôme de phlegmasie hépatique se manifeste? La rétention de l'urine par un obstacle existant dans l'urètère, n'a-t-elle pas lieu sans qu'il y ait inflammation du rein correspondant?

La rétention du sperme, consécutive à l'oblitération des voies spermatiques du canal déférent, entraîne-t-elle nécessairement la phlegmasie du testicule? Dans son excellent mémoire sur ce point, M. Gosselin a prouvé le contraire, et il admet que la résorption du sperme suffit pour débarrasser les canaux engorgés.

Il en a été de même pour la glande vulvo-vaginale, dans plusieurs cas de rétention du liquide dans son conduit excréteur.

Au surplus, c'est lorsque la rétention s'opère d'une manière subite, instantanée pour ainsi dire, et lorsque l'oblitération est complète dès le début, que l'on voit l'appareil excréteur s'enflammer; or, il est rare que les rétrécissemens et les atrésies se produisent sous cette forme; c'est généralement par degrés successifs qu'ils se forment et qu'ils arrivent à produire l'imperméabilité absolue des conduits.

Il y a plus, c'est que l'anatomie pathologique a démontré qu'au lieu

de se développer et d'acquérir un volume anormal, l'organe sécréteur, lorsque la rétention du produit de sécrétion est complète et lorsqu'elle existe depuis quelque temps, finit par s'atrophier. Pour M. Cruveilhier, c'est là une loi qui ne souffre pas d'exception et qui servirait à expliquer un fait non moins constant d'après le même observateur, et qu'il formule ainsi : *Toute rétention complète d'un liquide sécrété a pour conséquence nécessaire d'abord une diminution notable, puis une suppression de sécrétion.*

Or, ce second fait répond de lui-même à l'objection tirée de la nature du liquide qui, à l'analyse, n'aurait pas présenté les caractères de la salive, caractères que l'on eût dû retrouver si le liquide provenait réellement de l'intérieur des conduits salivaires. C'est bien plutôt, en effet, du mucus qui est versé à la surface de ces conduits dilatés, et il est probable, dit M. Cruveilhier, que sans cette sécrétion de mucus, la tumeur dans la grenouillette, qu'il prend pour exemple, n'acquerrait pas un volume aussi considérable.

La même observation peut être faite pour le rein, le foie, le pancréas, etc.

Quant à l'objection qui se fonde sur la nature du liquide injecté dans ces kystes, et sur la guérison sans aucun accident inflammatoire, elle n'est pas sérieuse, car rien ne prouve qu'il s'agissait réellement, dans ce cas cité par M. Maisonneuve, d'un kyste salivaire, et qu'il n'avait pas poussé son injection iodée dans une de ces cavités closes accidentelles, comme il peut s'en développer dans toutes les parties du corps ; et dont la région glosso-sus-hyoïdienne n'a pas, que je sache, le privilége d'être exempte.

Il est une dernière objection basée sur l'impossibilité de pénétrer dans la cavité des kystes par l'orifice normal du conduit de Warthon, et de faire refluer par cette voie le liquide inclus dans la tumeur. A cela je réponds qu'il est très difficile de cathétériser le conduit dont il s'agit, même dans l'état physiologique ; chacun peut répéter l'expérience, et s'assurer qu'avec le stylet le plus délié on y parvient difficilement.

Après cet examen rétrospectif des travaux et des opinions qui ont déjà appelé l'attention de la Société sur ce sujet, M. le rapporteur, arrivant à l'analyse du mémoire de M. Jarjavay, s'exprime en ces termes :

M. Jarjavay ne rapporte que deux observations qui lui soient propres de tumeurs salivaires formées, l'une par la dilatation du conduit de Sténon, et l'autre par celle du conduit de Warthon. Voici le résumé de la première :

Au mois de mars 1850, une petite tumeur est extirpée dans la région massétérine, sur le nommé D...; dans cette opération le canal de Sténon est lésé, de là fistule salivaire constatée le 7 avril par M. Jarjavay, qui le 20 du même mois parvint à la cicatriser complètement. Du 21 au 26, il survint un empâtement œdémateux de la région parotidienne et de la partie voisine du cou. Le 27, une tumeur se montre sur le trajet du conduit de Sténon; elle est fluctueuse et offre le volume d'une amende. La compression, quoique la diminuant un peu, ne provoque pas l'écoulement du liquide à l'intérieur de la bouche. Une ponction est faite à la tumeur, on en retire un liquide auquel l'analyse chimique reconnaît les propriétés de la salive, en outre le pouvoir saccharifiant. Le lendemain du jour où la ponction fut faite, la tumeur, qui avait complètement disparu, s'est reproduite. Quatre fois elle est de nouveau ponctionnée à quatre jours d'intervalle chaque fois. Le 29 mai, elle a repris le volume d'une petite noix ; la cicatrice de la peau, en regard de l'ancienne fistule, est tendue, luisante, un point noir s'y fait remarquer; enfin, dans la nuit, la poche se crève, une nouvelle fistule s'établit, il s'en écoule un liquide séro-purulent. Malgré la cautérisation renouvelée plusieurs fois à l'aide du crayon de nitrate d'argent, la fistule persista pendant six semaines, et ce ne fut que le 8 juillet, après avoir mis en usage la compression autrefois conseillée par Desault, que M. Jarjavay parvint à en obtenir la cicatrisation définitive.

Cette observation a-t-elle bien la signification que l'auteur lui prête ? Pour ma part, dit M. le rapporteur, tout disposé que je sois à accepter les faits qui militent en faveur de l'origine des kystes salivaires à l'intérieur des conduits dilatés, je ne crois pas que cette observation soit à l'abri de toute contestation.

Ainsi, en recherchant si la tumeur était réellement due à une ampliation du canal de Sténon, M. Jarjavay a négligé de l'explorer, ce qui lui eût été facile de faire, sinon par l'orifice buccal de ce conduit qui pouvait bien être ou oblitéré, ou rétréci, la salive, depuis plusieurs mois déjà, ayant pris son cours par l'ouverture accidentelle qui existait à la joue; du moins, et à coup sûr, en faisant pénétrer un stylet par cette même ouverture.

Le cathétérisme du conduit salivaire, dirigé soit du côté de la glande parotide, soit du côté de la bouche, et, ce qui eût été mieux encore, dans les deux sens alternativement, eût permis au chirurgien de s'assurer de la conformation du canal, de voir si réellement il était renflé en arrière et en avant du point occupé par le kyste, ou si simplement il s'ouvrait au fond de ce dernier par un hiatus plus ou moins étroit.

Cette exploration était d'autant plus nécessaire pour rendre le fait probant, que le canal avait été lésé dans une opération antérieure, qu'une fistule en avait été la conséquence et que quelques jours seulement après sa guérison apparente, une tumeur fluctuante se manifestait de nouveau sur le lieu même qu'elle occupait. Or, je me demande si la cicatrisation de la peau n'a pas masqué, dans ce cas, la division du conduit de Sténon, qui n'était qu'incomplètement fermée, et si le suintement du liquide salivaire n'a pas pu continuer ou s'effectuer lentement dans le tissu cellulaire et y former de la sorte un kyste situé en dehors du canal, mais en communication avec lui par la solution de continuité faite à ses parois.

Sans doute cette interprétation ne peut pas plus se justifier aujourd'hui par la preuve anatomique que celle que M. Jarjavay en a donnée lui-même, mais elle a pour elle des exemples nombreux de faits analogues que fournirait au besoin l'étude pathologique et thérapeutique des fistules en général. Rien n'est plus commun, en effet, que de voir des semblans de guérison couvrir le retour prochain d'un écoulement muqueux, séro-muqueux, purulent, dont on croyait bien avoir tari la source. N'est-ce pas ce qui arrive souvent pour les fistules de l'urètre et pour celles de l'intestin, consécutives à l'établissement d'un anus contre nature ; le cours des matières semble être rétabli dans la continuité des conduits normaux ; pendant plusieurs jours, il semble s'effectuer régulièrement, l'orifice cutané est, en apparence, solidement cicatrisé, et c'est au moment où le succès paraît assuré que les matières d'excrétion s'infiltrent lentement sous la cicatrice, la distendent, l'enflamment, la perforent et ne tardent pas à faire de nouveau éruption au dehors.

Je n'affirme pas que les choses se soient passées de même sur le malade de M. Jarjavay; mais s'il est rationnel de le croire, s'il n'a pas donné la preuve évidente du contraire, je suis fondé à regretter qu'il ait laissé dans son observation une lacune aussi importante au point de vue du diagnostic, et il ne peut me savoir mauvais gré de faire intervenir ici cet esprit de critique qui, comme il le dit lui-même en commençant son mémoire, s'est introduit de nos jours dans l'étude de la pathologie, pour tout soumettre à l'autorité et au contrôle des faits.

La seconde observation a trait à une tumeur salivaire formée par la dilatation du conduit de Warthon.

Il s'agit d'une jeune femme qui, pendant dix-sept ans, et cela n'est pas le détail le moins intéressant de cette observation, présenta, à des alternatives de temps indéterminées, des accès de douleur et de gonflement dans la partie latérale gauche de la région glosso-sus-hyoïdienne; ces accès, qui se produisaient constamment pendant le repas, disparaissaient immédiatement après. M. Jarjavay l'examina au mois de juin 1850, et constata alors la présence sous la membrane muqueuse du frein d'un petit corps dur, sur lequel une compression même légère déterminait la sensation d'une piqûre; il n'existait en ce moment aucune tuméfaction.

M. Jarjavay observa cette femme pendant son repas, et vit, quelques minutes après qu'elle eut commencé à manger, une notable tuméfaction sur le trajet du conduit de Warthon, avec sensation douloureuse se propageant jusqu'à la glande. Cette tuméfaction était due à l'accumulation de la salive à l'intérieur de ce conduit, comme le prouve l'expérience répétée plusieurs fois par notre confrère, et qui consista à comprimer la tumeur entre le pouce et l'index, et à faire jaillir sous cette pression la salive par l'orifice de son conduit excréteur. Pour faire cesser le retour de cet accident, M. Jarjavay pratiqua l'extraction du petit corps dur dont il a été question, et qui n'était autre qu'un calcul salivaire. Ce calcul, d'un blanc jaunâtre, avait le volume d'un petit haricot, il était comprimé à sa surface, un peu aplati et creusé sur une de ses faces d'une petite rigole.

Pour l'auteur, cette observation, qu'il rapproche de plusieurs faits semblables, notamment de celui signalé par M. Robert, dans lequel le conduit de Warthon, oblitéré par un calcul, était énormément dilaté ; cette observation, dis-je, prouve que si prétendre avec Louis que la grenouillette consiste toujours dans une dilatation du conduit de la glande sous maxillaire, est une exagération évidente, c'est tomber dans une exagération contraire que de supposer que ce conduit ne puisse se dilater sous l'influence de la pression excentrique de la salive retenue dans son intérieur.

Quand à l'intermittence que la tumeur a présentée à son apparition au moment du repas pour disparaître ensuite, cette sorte de va et vient s'explique aisément par la nature et la configuration du calcul développé à l'intérieur des voies salivaires.

Nous avons dit qu'un de ses côtés était creusé d'une petite rigole ; c'est par là que la salive, hors le temps du repas, pouvait arriver jusque dans la cavité buccale, en filtrant, pour ainsi dire, entre le calcul et les parois du calcul. Si ce passage se trouvait intercepté pendant le repas, si la salive refluait alors dans son conduit, qu'elle distendait, c'est que l'activité sécrétoire de la glande sous-maxillaire se trouvant augmentée, la quantité de salive devenait trop considérable, si bien qu'à un moment donné, il y avait disproportion entre les dimensions de la voie d'écoulement et la masse du liquide à évacuer.

On trouve dans l'ouvrage de M. Cruveilhier plusieurs exemples de ces calculs canaliculés, soit dans l'appareil urinaire, soit dans les voies biliaires. Les malades sur lesquels l'autopsie les a fait découvrir, ont pu les porter très longtemps sans qu'ils aient eu d'ictère; ce qui prouve bien que ces calculs ne s'opposeraient que médiocrement au cours régulier de la bile.

M. le rapporteur, à l'appui des considérations et des faits qui précèdent, et pour éclairer plus complètement encore l'étiologie des tumeurs salivaires, rapporte une observation inédite qui lui a été communiquée par M. Richet, et qui lui paraît résoudre par l'affirmative la question que M. Jarjavay a soulevée dans son mémoire.

Pour compléter l'examen du mémoire de M. Jarjavay, continue M. le rapporteur, il me resterait encore à vous entretenir d'un dernier chapitre qui a trait aux dilatations des conduits lacrymaux.

Je me bornerai à dire que si M. Jarjavay est conduit, par la réduction analogique, à admettre que ces tumeurs sont produites par des conduits de la glande lacrymale dilatée, et non par l'abouchement anormal d'un ou de plusieurs de ces conduits excréteurs dans le tissu cellulaire ; cependant, il se montre ici moins affirmatif que lorsqu'il s'est agi de décider du siége de l'existence des tumeurs salivaires. Il conçoit qu'à la rigueur des doutes puissent s'élever au sujet du point de départ de ces tumeurs; et il reconnaît qu'il n'y a qu'une fine injection anatomique qui puisse, à cet égard, donner une certitude absolue.

M. Jarjavay sollicitant l'honneur de faire partie de la Société, M. le rapporteur, après avoir énuméré les titres qui le recommandent aux suffrages de ses collègues, termine en proposant les conclusions suivantes :

1° Adresser à l'auteur des remercîmens pour son intéressante communication ;

2° Renvoyer son mémoire au comité de publication ;

3° Répondre par un vote favorable à sa demande d'admission qu'il a adressée à la Société.

Après une courte discussion, qui ne tend à modifier en rien les conclusions du rapport, la première et la deuxième conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Pour répondre à la troisième, la Société procédera dans la prochaine séance au scrutin d'élection.

La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER.

La vacance de trois chaires dans la Faculté de médecine de Paris excite une grande animation parmi les nombreux aspirans à ces importantes successions.

Rien ne paraît encore décidé relativement à la chaire de clinique médicale. Une demande de permutation a été faite, si elle est accordée, il est question de plusieurs combinaisons, sur lesquelles nous aurons probablement à nous expliquer. La commission nommée par la Faculté s'est réunie samedi soir ; on dit qu'elle est unanime en faveur de la permutation.

La chaire de chimie organique et de pharmacologie paraît surtout disputée par MM. Lecanu et Wurtz.

Quant à la chaire d'histoire naturelle médicale, que la mort récente et si regrettable de M. Richard vient de laisser vacante, les candidats sont nombreux. On parle de M. Martins, que le concours a fait nommer à la chaire du même nom à la Faculté de Montpellier. M. Moquin-Tandon, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse, est candidat déclaré; il vient de faire imprimer et distribuer une notice sur ses titres. Il en est de même de M. Ch. Robin, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Il a été question aussi de M. Payer, mais il paraît que ce jeune savant renonce à la candidature. On a également beaucoup parlé de la candidature de M. Lestiboudois, maître des requêtes au conseil d'État et professeur de botanique à l'École préparatoire de Lille, nouvellement instituée.

Si la presse jouissait du droit d'intervention et d'appréciation alors qu'un concours public mettait en évidence les mérites comparatifs des candidats, il nous semble qu'à ce droit a succédé, pour elle, un devoir plus impératif encore, alors que l'opinion publique est privée des épreuves solennelles du concours. L'abstention, dans ce cas, serait une abdication. Il nous semble possible de faire connaître nos opinions tout en parlant des personnes avec la réserve, la modération et les convenances auxquelles elles ont droit; mais avec toute la liberté que réclament les intérêts de la science et de l'enseignement.

Un bruit, auquel nous ne saurions ajouter foi, est très répandu dans Paris. On dit que, quoique la commission instituée par M. le préfet de police, pour lui donner un avis sur la demande d'introduire la syphilisation dans l'hôpital St-Lazare, n'ait pas encore envoyé son rapport, néanmoins un syphilisateur très connu aurait obtenu l'autorisation de traiter dans cet hôpital, par sa méthode, une malade envoyée par la police, qui en aurait fait la demande.

Dans la courte analyse que nous avons donnée (voir l'UNION MÉDICALE du 11 novembre) du travail de M. le professeur Christison, sur le régime alimentaire dans les prisons de l'Ecosse, nous avons omis de dire que les *onces* dont il y est fait mention, appartiennent aux poids anglais dits « *avoir du poids*, » l'once représentant 28 de nos grammes français, plus une fraction. De telle sorte que les *dix-sept onces de matériaux nutritifs réels* fournis quotidiennement à chaque prisonnier, équivalent, en comptes ronds, à 476 grammes.

On annonce la mort de M. le docteur Naigeon, professeur et directeur de l'École préparatoire de Dijon.

Au moment où l'on s'occupe beaucoup d'assainir les logemens insalubres des classes ouvrières, il n'est pas inutile, dit le *Journal de Villefranche*, de rappeler une découverte précieuse, celle du *lichen d'Islande*, avec lequel on peut entretenir, dans les tissus fabriqués, une onctuosité qui permet à nos tisserands de se dispenser de travailler dans les caves, pour que les fils soient empreints d'une humidité qui paraît nécessaire.

Un généreux citoyen de cette ville, que la reconnaissance publique rencontre dans toutes les œuvres de philanthropie, M. Peyré, avait publié il y a quelques années, dans notre journal, des documens sur l'usage qu'on pourrait faire du lichen d'Islande pour améliorer le sort des ouvriers tisseurs, en leur permettant de déserter leurs caves malsaines pour habiter les parties élevées des maisons. Mais la routine a empêché de suivre les indications précieuses contenues dans cette publication, et il a fallu que le Morgon vînt, à plusieurs reprises, submerger les tisserands dans leurs caves, pour fournir une occasion triste et solennelle de mettre de nouveau en évidence les dangers des vieilles routines, qui compromettent leur santé sans avantage pour leur travail.

Les juges du concours pour l'agrégation, section de médecine, nommés par la Faculté, sont :

MM. Bouillaud, Piorry, Andral, Duméril, Requin, Grisolle, Tardieu.

Suppléans : MM. Cruveilhier, Adelon, Beau.

Par un arrêté, en date du 9 novembre, M. Dassier, docteur en médecine, professeur titulaire de matière médicale et thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé directeur de ladite École.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Exposition de la Doctrine des Impondérables, ou Nouveaux principes de médecine transcendante et analytique. Cet ouvrage a pour but : 1° de fonder l'*impondéralisme*; et 2° de démontrer sa prééminence sur le *vitalisme*, sur l'*humorisme* et sur le *solidisme*, pour expliquer la théorie et la pratique de la médecine ; par le docteur CHRISTOPHE (de Toul). Un vol. in-8. 3 fr. 50
Chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Essai sur l'Idiotie, propositions sur l'éducation des idiots, mise en rapport avec leur degré d'intelligence ; par le docteur BELHOMME, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.
En vente, chez Germer-Baillière. — Prix : 4 fr.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par le docteur G. RICHELOT, avec des notes et des additions per le docteur Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.
Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Traité pratique de l'Inflammation de l'Utérus, de son col, et de ses annexes ; par le docteur J. Henry BENNET ; traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le docteur F.-A. ARAN, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8, avec planches intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.
Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles ; par M. le docteur A. DELABARRE, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris, — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 138. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 18 Novembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 OCTOBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance de quelques minutes, interrompue par un comité secret. M. Gérardin a lu l'analyse de la notice sur le choléra épidémique du royaume de Pologne en 1852, par M. Tscheckgrlien, analyse que nous avons faite nous-même et publiée dans notre numéro du 4 novembre dernier.

Après cette lecture, M. O. Henry a fait une communication sur la quinine, la quinide et les quinquinas, dont la discussion a été renvoyée à la prochaine séance.

ACTES OFFICIELS.

ÉCOLE SPÉCIALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

Sur le rapport de M. le ministre de la guerre, S. A. I. le prince-président a rendu, à la date du 13 novembre, le décret dont la teneur suit :

Art. 1er. Les élèves des facultés de médecine et des écoles supérieures de pharmacie qui se présentent pour être admis dans le corps de santé de l'armée de terre, sont soumis à un stage préalable d'une année à l'école spéciale de médecine et de pharmacie militaires, qui est et demeure maintenue à Paris près l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Art. 2. Nul n'est admis au stage ci-dessus spécifié, s'il ne remplit les conditions suivantes : être Français, être docteur en médecine ou maître en pharmacie de l'une des facultés ou écoles de France, être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire, avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre, n'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans au 1er janvier qui suivra l'ouverture desdites épreuves.

Art. 3. L'année de séjour à l'école spéciale de médecine et de pharmacie militaires étant destinée à familiariser les docteurs ou maîtres admis comme stagiaires avec les principaux aspects de la médecine militaire, avec ses conditions particulières d'hygiène, d'action et de réglementation, les conférences auront, dans l'école spéciale, un caractère essentiellement pratique, que préciseront des programmes soumis à l'approbation du ministre de la guerre par le conseil de santé des armées.

Art. 4. Ces conférences auront pour objet : 1° la clinique médicale ; 2° la clinique chirurgicale ; 3° l'anatomie des régions avec applications à la médecine et à la chirurgie pratiques ; 4° la médecine opératoire, les appareils de bandages ; 5° la pharmacie militaire, d'après la formule de l'armée et de la comptabilité pharmaceutique ; 6° l'hygiène et la médecine légale militaires ; 7° la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Art. 5. Le personnel de santé chargé de l'enseignement à l'école spéciale, comprend : 1 professeur de clinique médicale ; 1 de clinique chirurgicale ; 1 d'hygiène et de médecine légale ; 1 d'anatomie des régions ; 1 de médecine opératoire et d'appareils de bandages ; 1 de chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée. Le personnel de l'école comprend, en outre, trois agrégés. L'un, spécialement voué à l'étude des maladies internes est, en cas d'empêchement, le suppléant des professeurs de clinique médicale, d'hygiène et de médecine légale ; il répète ces cours. L'autre, plus spécialement chirurgien, remplit les mêmes fonctions à l'égard des professeurs de clinique chirurgicale, d'anatomie descriptive et de médecine opératoire.

Le troisième pharmacien supplée, en cas de nécessité, le professeur de chimie, et reste chargé personnellement des conférences de pharmacie militaire. Les trois agrégés sont chargés aussi de la surveillance disciplinaire des stagiaires, sous l'autorité du directeur, en tout ce qui concerne le service de l'instruction, et sans préjudice du nombre d'aides-majors de 1re classe reconnus annuellement nécessaires. Ce personnel est complété enfin par un bibliothécaire conservateur des musées et collections.

Art. 6. Les professeurs doivent être au moins en possession du grade de major de 2e classe ; ils ne dépassent le grade de principal de 2e classe, qu'à la condition de sortir de l'enseignement, à moins qu'ils ne cumulent avec leur fonction de professeur celle de médecin ou de pharmacien en chef à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Les agrégés et le bibliothécaire conservateur des collections doivent être au moins du grade d'aide-major de 1re classe, et ne dépassent pas, dans l'école, le grade de major de 1re classe.

Art. 7. L'école spéciale de médecine et de pharmacie militaires est placée sous l'autorité d'un directeur, auquel sont particulièrement dévolus la surveillance supérieure et disciplinaire du personnel employé dans l'école et le contrôle de toutes les parties de l'enseignement. Le médecin en chef du Val-de-Grâce peut remplir, dans l'école, les fonctions de sous-directeur, lorsqu'il y occupe un emploi de professeur.

Art. 8. Le directeur est nommé par le chef de l'État, sur la proposition du ministre de la guerre. Les professeurs et le conservateur-bibliothécaire sont nommés par le ministre de la guerre, sur une liste de présentation établie par le conseil de santé.

Art. 9. Le ministre dispose, suivant les besoins du service, du personnel employé dans l'école, et pourvoit à son remplacement, s'il y a lieu, conformément à la teneur de l'art. 8.

Art. 10. Les officiers de santé attachés à l'école spéciale de médecine et de pharmacie militaires reçoivent la solde de leur grade, augmentée du supplément proportionnel alloué aux officiers de diverses armes employés dans les autres écoles militaires. Il est attribué au directeur de l'école une indemnité annuelle de frais de bureau de 1,500 fr.

Art. 11. Les professeurs et le bibliothécaire-conservateur aujourd'hui en fonctions, qui remplissent les conditions voulues par le présent décret, sont maintenus dans leurs positions respectives.

Art. 12. Toutes les dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

OBSTÉTRIQUE.

CONDUITE DE L'ACCOUCHEUR DANS LA PRÉSENTATION DE LA FACE ;

Par M. CHAILLY-HONORÉ, membre de l'Académie de médecine.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 6 et 13 Novembre.)

Mais ce n'est pas tout, cette phrase est curieuse à étudier à plus d'un autre titre. Ainsi, nous ne pouvons comprendre comment, au milieu des circonstances les plus favorables, la face ne peut s'engager dans le détroit supérieur, parce que le menton est en arrière, à droite ou à gauche. La situation mento-postérieure primitive augmenterait-elle les diamètres de la face ? Nous avions toujours pensé que la face devait présenter toujours les mêmes dimensions au détroit supérieur, que le menton soit en avant, ou qu'il soit en arrière. Cette difficulté n'est donc, à mon sens, qu'une pure fiction ; ce ne sera jamais au détroit supérieur bien conformé, et surtout dans les circonstances énoncées dans la citation, que la face ne pourra pas s'engager. En vérité, ce n'était pas la peine de bâtir un pareil échafaudage, tout juste pour se donner l'occasion de dire de semblables choses ; et je le répète, si cette situation mento-postérieure reste telle, ce n'est que dans l'excavation que se rencontreront les obstacles, et non au détroit supérieur.

A moins que, contrairement à ce que l'expérience démontre chaque jour, on ne regarde, comme le passage cité semblerait le faire entendre, le défaut d'engagement déterminé par le défaut de rotation, manière de voir qui forcerait d'admettre que, puisque ce défaut de rotation peut empêcher l'engagement à son début, cette rotation du menton en avant s'accomplit au détroit supérieur ; qu'en un mot, dans le mécanisme de l'accouchement spontané, le temps de rotation précède l'engagement au lieu de le suivre. Je sais bien, il est vrai, que dans quelques cas très rares, dans les positions mento-postérieures, la rotation du menton en avant peut quelquefois commencer un peu avant que l'engagement soit complet, et cela pour favoriser cet engagement ; mais c'est une exception qui, d'ailleurs, ne se rencontre qu'à une époque avancée de l'engagement, et jamais au détroit supérieur. Aussi, il ressort bien pour moi de la lecture du passage cité, que c'est au défaut de rotation du menton en avant que sont attribuées les difficultés de l'engagement au détroit supérieur.

Mais supposons pour un moment que cette difficulté puisse se rencontrer, comment conseiller la version céphalique cinq ou six heures, ou plus, après l'écoulement des eaux, et lorsque les contractions utérines s'exercent avec énergie depuis longtemps ? Cette opération serait-elle pratiquable sans danger pour la mère, surtout si, suivant le conseil donné par l'auteur dans une opération où tous les mouvemens doivent être ménagés, on *refoule* la tête ?

Si ce cas pouvait être supposé, la version pelvienne ne serait-elle pas moins impraticable ? Je n'en doute pas, et je crois l'avoir démontré.

Voici ce qu'en dit madame Lachapelle, t. Ier, p. 80 : elle cite à l'appui de son opinion un grand nombre d'auteurs : « Les conseils que Mauriceau donne à ce sujet sont très sages, dit-elle, et ses paroles méritent d'être transcrites.

» Les auteurs qui ont écrit sur les accouchemens sans les avoir jamais pratiqués, comme ont fait plusieurs médecins, recommandent tous, par un même précepte, souvent réitéré, de réduire à la figure naturelle chacune des situations contre-nature dans lesquelles l'enfant peut se présenter, c'est-à-dire de le faire venir la tête la première ; mais s'ils avaient eux-mêmes mis la main à l'œuvre, ils connaîtraient bien que cela est le plus souvent impossible, à moins qu'on ne risquât, par l'exès de la violence qu'il faudrait faire, de crever la mère et l'enfant. »

Puis elle continue en ces termes (1) :

« Il s'agit du redressement de la tête ou d'un mouvement de flexion opposé à celui qui change une position du vertex en frontale ou faciale. Deux manières d'y parvenir se présentent d'abord à l'esprit, et ce sont les mêmes dont nous avons parlé tout à l'heure : repousser le menton et attirer l'occiput. De quelque manière qu'on s'y prenne, les auteurs conseillent d'abord de repousser la totalité du fœtus, pour se ménager de l'espace et de la liberté. C'est sur l'épaule, ou la poitrine, ou le dos, que Guillemeau avait conseillé de porter l'effort destiné à repousser le fœtus, avant d'agir sur l'occiput. »

Et, après avoir cité l'opinion de quelques auteurs à ce sujet, elle s'écrie : « Voilà bien des autorités ; mais ce refoulement est-il une chose bien facile ? Oui sans doute il l'est avant la rupture des membranes ; mais alors il est inutile, car si la tête est basse, il vaut mieux laisser aller les choses ; si elle est haute, on peut la redresser sans refoulement. Mais quand les eaux sont écoulées, et l'utérus rétracté, c'est en vain qu'on cherche à l'opérer ; quelle que soit la partie sur laquelle on appuie, on romprait plutôt la matrice. Voilà pour le refoulement préliminaire, passons au redressement même.

» Ce n'est pas une petite affaire pour un accoucheur que de redresser une tête, a dit Dionis ; les observations de Delamotte, Mauriceau, P. Portal, nous font voir qu'ils allaient, en pareil cas, chercher les pieds, etc. Pour moi, j'ai quelquefois réussi à changer les présentations de la face ou du pariétal, souvent aussi j'ai échoué dans mes efforts. »

Plus loin, elle ajoute encore : « Si l'on n'agit pas au milieu des eaux de l'amnios, et dans la plus grande liberté, je suis persuadée qu'on échouera constamment. »

Page 408. « Que de fois, s'écrie-t-elle, n'ai-je pas perdu ma peine à de semblables tentatives, quand la tête était grosse, quand elle était engagée dans le détroit supérieur, etc. ; et, même dans les circonstances les plus souhaitables, je n'ai pas toujours réussi.

» Je ne suis pas la seule, au reste, à qui cela soit arrivé, Delamotte n'en put venir à bout dans deux accouchemens *qui se terminèrent seuls*.

» Lorsque j'employai ce procédé, j'étais encore imbue du préjugé général ; j'avais contre la terminaison spontanée des accouchemens de cette sorte une prévention que je n'ai plus aujourd'hui ; je croyais ne pouvoir assez tôt apporter remède à ces dispositions redoutables. »

La pratique de M. P. Dubois lui a donné les mêmes résultats lorsque, par nécessité, dans des cas de rétrécissement du bassin, par exemple, il s'est trouvé dans l'obligatiou de tenter cette manœuvre.

L'occasion vient de m'être offerte, tout dernièrement encore, de constater ces difficultés.

M. le docteur Cahen père, souffrant, exténué de fatigues, me fit appeler pour le seconder auprès d'une dame israélite, chez laquelle il était depuis quinze à vingt heures. Les membranes étaient rompues depuis fort longtemps, et les parties fœtales qui se présentaient au détroit supérieur y restaient fixées sans s'engager ; la présentation était constituée par la face en variété frontale, à laquelle s'était réuni un bras, et la position était une mento-iliaque droite postérieure ; les contractions étaient faibles, languissantes.

Trois circonstances pouvaient, dans ce cas, s'opposer à

(1) *Pratique des accouchemens*, tome I, page 405.

l'engagement de la face, sans qu'on puisse accuser la position mento-postérieure d'être la cause de ce retard : la variété frontale, dans laquelle la tête, n'étant pas étendue complètement, présentait au détroit supérieur un diamètre très voisin de l'occipito-mentonnier, qui a près de 13 centimètres (4 pouces 10 lignes); la présence du bras qui venait augmenter les diamètres de la présentation; enfin l'insuffisance des contractions utérines. Nul doute que sans ces circonstances la face ne se fût engagée; après cet engagement le menton serait allé se rendre en avant, et le dégagement aurait eu lieu :

1° La variété frontale de la présentation de la face pouvait exister par elle-même, ou bien elle pouvait être déterminée par la présence du bras, qui aurait gêné le mouvement d'extension complet que la face doit exécuter pour s'engager. Enfin elle pouvait résulter de ce que les contractions utérines étaient insuffisantes à déterminer le mouvement d'extension de la face, qui seul peut lui permettre de s'engager.

2° La présence du bras avec la face au détroit supérieur pouvait à elle seule expliquer les difficultés de l'engagement, par suite de l'augmentation qu'elle apporte dans les diamètres qui se présentent.

Cependant la présence du bras constitue rarement un obstacle dont la nature ne puisse triompher quand les contractions sont énergiques et qu'il n'existe aucun autre obstacle. Mais, dans le cas présent, les contractions étaient faibles, et la variété frontale pouvait à elle seule déterminer l'arrêt du travail.

3° L'inertie utérine était peut-être enfin la seule cause réelle du défaut d'engagement de la présentation. En effet, sans contractions, pas d'extensions de la face, pas d'engagement simultané de la tête et du bras.

Cette dame, déjà mère de plusieurs enfans, était épuisée; depuis plusieurs heures, le travail n'avait fait aucun progrès, et l'on avait tenté en vain de ranimer les contractions.

Que restait-il à faire?

Réduire le bras. M. le docteur Cahen fut de cet avis, et cette réduction put être opérée presque sans douleur pour la mère. Mais après, les choses restèrent dans le même état : le front répondait toujours au centre du détroit supérieur; la fontanelle antérieure placée à gauche et en avant; les orbites, dirigés en arrière et à droite, vinrent s'appuyer sur le contour de ce détroit, et l'extension de la face ne s'effectua pas. Après avoir de nouveau attendu pour constater encore l'insuffisance de la nature, nous nous décidâmes à agir.

Il n'y avait d'autre indication à remplir qu'à tenter de fléchir la tête pour ramener le sommet au détroit supérieur, ou d'abaisser la face au centre de ce même détroit, ou enfin il fallait extraire le produit par la version ou le forceps, suivant le cas.

Le fœtus était encore très mobile; l'utérus était à peine rétracté; je crus donc pouvoir tenter de convertir la présentation de la face en présentation du sommet, et pour cela, suivant le procédé conseillé par Baudelocque, l'occiput étant à gauche, j'introduisis la main droite; mais il me fut impossible, sans violences qui auraient été préjudiciables à la mère, de contourner l'occiput, et cependant, je ne crois pas avoir la main ni plus volumineuse, ni moins exercée que certains de ceux qui conseillent ce procédé. Les parties fœtales, par leur forme et par les mucosités dont elles sont couvertes, étaient tellement glissantes, qu'il m'eût été impossible de prendre une prise solide sur l'occiput, quand bien même j'aurais pu saisir convenablement cette partie. Connaissant tout le danger que peuvent avoir ces tentatives réitérées, je n'insistai donc pas davantage dans ce sens, et je tentai un procédé fort inoffensif, mais qui est tout aussi rarement couronné de succès; je soulevai le front à droite et en haut, mais inutilement. La face en variété frontale voulait bien décidément rester face en variété frontale, rien ne pouvait fléchir la tête; il fallait donc accepter cette présentation et tâcher de la régulariser, si cela était possible, c'est-à dire qu'il fallait tenter de ramener la face en plein détroit supérieur. Deux fois ma main gauche, introduite à droite et en arrière, put accrocher la mâchoire supérieure, et put ramener la face en plein au centre du bassin, mais deux fois la face, abandonnée à elle-même apres cette réduction, remonta instantanément à droite et en arrière, et le front vint de nouveau occuper la place qu'il avait quittée momentanément.

Tant il est vrai, comme je l'ai éprouvé si souvent, et comme je l'ai si souvent entendu répéter à M. P. Dubois, qu'il est bien plus facile de changer en totalité la présentation du produit par la version pelvienne, ou de l'extraire avec le forceps, que de corriger les présentations irrégulières. En effet, par cela seul qu'elles se sont manifestées, ces présentations ont une tendance opiniâtre à rester telles ou à se reproduire, en supposant qu'on ait pu par hasard les corriger momentanément.

Cette connaissance me traça la véritable voie que je devais suivre. L'épuisement de la mère augmentait, l'auscultation ne me laissait pas parfaitement tranquille pour l'enfant. La tête ne pouvait être ni fléchie, ni défléchie complètement; il fallait donc extraire le produit, ce que je fis à l'aide de la version pelvienne.

La main gauche, introduite à droite et en arrière, saisit un genou, après avoir laissé de côté le bras qui avait été réduit, et qui était resté très voisin du détroit supérieur.

Cette main tira sur le genou, et amena ainsi, sans difficulté aucune, un enfant qui se ranima quelques secondes après sa naissance.

Quinze jours après l'opération, l'enfant se portait parfaitement, et la mère, qui avait peu souffert, se rétablit aussi rapidement que si elle fût accouchée seule.

Ainsi, dans un cas où la réduction de présentation ne put être opérée, la main, sans *refouler* la tête, trouva un facile passage pour aller jusqu'aux membres inférieurs; cette main, pour le dire en passant, put très bien, chemin faisant, discerner le bras voisin de l'orifice, du genou qu'elle voulait saisir, sans être obligée, dans la crainte de se tromper, de passer sur le dos ou le côté du fœtus, et de redescendre sur les extrémités inférieures en contournant les fesses. Elle laissa le bras de côté, glissa directement jusqu'aux membres inférieurs, accrocha un genou, sans savoir lequel, tira sur ce genou, et amena un enfant vivant, sans qu'il ait été besoin d'aller à la recherche de l'autre membre pour extraire l'enfant. Cette version, qui ressemble à presque toutes celles qu'on pratique journellement, montre, pour le dire en passant, combien sont futiles la plupart des règles données dans ce cas.

Ces faits, ainsi que la nature de la présentation, ont été constatés par un homme auquel sa nombreuse clientèle et son âge ont donné une très grande expérience, et il n'y aura là rien qui puisse surprendre celui qui a vu et qui a fait par lui-même.

Depuis cette époque, quelques cas de cette nature ont été soumis à mon observation, et je regarde comme certain que, si les résultats n'ont pas toujours été aussi heureux, c'est qu'on s'était efforcé dès le début de chercher à opérer la conversion de la présentation.

En résumé, je me crois en droit de conclure de tout ceci, que le procédé de Baudelocque, qui consiste à convertir la présentation de la face en présentation du sommet, ne doit pas être mis en pratique, pas plus dans les positions postérieures primitives de la face que dans les antérieures, parce qu'il est démontré que ces positions différentes, à leur début, se convertissent toutes, en définitive, en sous-mento-pubiennes secondaires; autrement dit, que quel que soit le point du détroit supérieur que regarde le menton, ce menton revient en avant, et que l'accouchement spontané se termine, dans ce cas, de la même manière que dans les mento-antérieures primitives.

Qu'enfin, si l'on agissait dans les positions mento-postérieures primitives seulement, le menton étant bien plus souvent à droite et en arrière que dans toute autre position, l'intervention, dans la présentation de la face serait presque la règle, et ce n'est pas ce que l'expérience autorise à admettre.

Il me semble aussi résulter de ces faits que, bien que les positions mento-postérieures puissent, dans certaines circonstances fort rares, donner lieu à des accidens graves (qu'on ait été ou non obligé d'intervenir), on ne peut pas s'autoriser de ces accidens si exceptionnels pour conseiller d'intervenir, toutes les fois que le menton sera situé en arrière, au détroit supérieur; car, pour parer à une éventualité qui ne se réalisera très probablement pas, on se trouverait dans l'obligation d'agir presque toujours, *la position mento-iliaque droite postérieure étant celle qu'on rencontre presque toujours au détroit supérieur*, et de compromettre à coup sûr la sûreté de la mère et celle de l'enfant, en troublant intempestivement la marche de la nature.

Tandis que, si au lieu de chercher à convertir la présentation, on la respecte, l'accouchement se terminera spontanément, dans l'immense majorité des cas, et aussi favorablement pour la mère et l'enfant que cela peut avoir lieu dans les positions mento-antérieures.

Mais ce n'est pas tout; je crois avoir démontré aussi que ces tentatives, dans la plupart des cas, seront infructueuses, la présentation pouvant se reproduire dès qu'elle est abandonnée à elle-même, ou bien parce qu'on aura rencontré des obstacles insurmontables dans l'exécution de ce procédé, ce qui arrivera le plus ordinairement.

Dans la plupart des cas, les fonctions de l'accoucheur se borneront donc à soutenir le périnée; mais il faudra se rappeler que le devant du cou, au moment du dégagement, appuie sur le bord de l'arcade pubienne, et qu'il ne faut pas soutenir avec trop de force, dans la crainte d'augmenter la compression des jugulaires.

Si, maintenant, par suite d'anomalies dans la marche du travail, après que la face a franchi le détroit supérieur, le menton restait en arrière et à droite, ou allait se rendre tout à fait en arrière, on se trouverait dans la nécessité d'y pourvoir le mieux possible : c'est ce dont je vais m'occuper dans les chapitres suivans.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Le redresseur à flexion fixe a été utilement employé dans un bon nombre de cas, et surtout dans ceux d'antéversion avec ou sans flexion, pour lesquels son introduction n'offrait pas d'aussi grandes difficultés. Mais il n'en a pas été de même quand il s'est agi de rétroversions, et surtout de rétroflexions; la courbure que formait l'instrument avec le manche *porte-tige*, venant arc-bouter contre le pubis, rendait l'opération laborieuse, difficile et quelquefois impossible.

C'est le désir d'obvier à de tels inconvéniens, qui m'a porté à rechercher un moyen de supprimer la flexion de la tige utérine sur la tige vaginale pendant l'introduction de l'instrument, pour le rétablir quand il serait placé.

J'étais d'abord parfaitement arrivé au but que je me proposais, avec un instrument malheureusement trop compliqué. C'est le *redresseur à flexion mobile*, dont voici la description abrégée : un bouton, situé à l'extérieur, fait jouer une vis à l'aide de laquelle la tige utérine et le disque qui la supporte s'élèvent ou s'abaissent à volonté. Une échelle graduée, placée près de ce bouton, permet de se rendre compte du degré d'inclinaison de la tige utérine. Le plastron se fixe au moyen d'une vis de pression sur la portion de la tige vaginale qui dépasse notablement la vulve.

On voit que cet instrument n'a pas toute la simplicité désirable; mais outre ses complications, on peut lui reprocher son poids considérable qui fatigue beaucoup les malades, et cette saillie de la tige vaginale hors de la vulve, qui lui permet de recevoir des chocs inattendus et de les transmettre à l'utérus, en developpant une grande douleur.

Son plus grand avantage est de permettre de relever graduellement l'utérus, et de le maintenir aussi longtemps qu'on le jugera convenable dans les positions intermédiaires; tandis qu'avec l'instrument articulé, il faut arriver de suite au redressement complet, et alors c'est seulement avec la sonde que l'on passe par ces positions intermédiaires.

Après vous avoir exposé les modifications essentielles successivement apportées à l'instrument, et les motifs qui m'ont porté à les lui faire subir; vous dirai-je que pendant un temps j'ai fait garnir les plastrons d'une peau souple et rembourrée, afin d'éviter le frottement d'un corps dur sur le pubis, mais que j'y ai renoncé, parce qu'il en résultait une sensation de chaleur insupportable, et qu'une fois imprégné de sueur et de mucosités, il répandait une odeur désagréable; tandis qu'un peu d'ouate placée entre le plastron en laiton et la paroi abdominale, remplit le même usage, et offre, en outre, l'avantage de pouvoir être plus facilement renouvelée dans un but de propreté?

Ajouterai-je que M. Simpson diffère encore de nous en ce qu'il n'emploie pas de liens, se contentant de recourber fortement au-dessus du pubis le plastron qu'il fait faire très petit? Pour moi, je trouve aux liens l'avantage de fixer plus solidement l'instrument et de pouvoir, suivant la manière dont on les attache, faire varier dans tel ou tel sens l'inclinaison de la tige utérine.

Introduction du redresseur utérin. — Le redresseur articulé que je viens de vous décrire sera introduit dans l'utérus comme le serait une sonde droite. Pour cela, il doit être préalablement ouvert de telle sorte, que la tige utérine et le disque qui le supporte fassent, avec la tige vaginale une ligne droite. Comme cette partie de l'appareil n'offre pas assez de longueur pour pouvoir être facilement manœuvrée, on se sert d'un manche porte-tige presque droit qui pénètre dans la cavité de la tige vaginale, et que l'on retire ensuite pour placer le plastron. Comme la tige vaginale forme une légère courbe à concavité supérieure dont je n'ai pas cru devoir tenir compte dans la description, le manche porte-tige présente une courbure analogue en sens opposé, qui corrige la première et donne au tout, non pas la forme d'une ligne droite, mais celle d'un S allongé et dont les deux courbures seraient considérablement aplaties.

L'instrument ainsi disposé, on l'applique, je le répète, comme s'il s'agissait d'une sonde droite. On rencontre les mêmes difficultés que pour l'introduction de la sonde; on les surmonte en usant des mêmes précautions (voy. p. 35 et suiv.). Lorsque la tige a pénétré en entier dans la cavité utérine, le doigt qui était resté dans le vagin pour servir de conducteur à l'instrument, sent le col venir toucher le disque sur lequel il s'applique directement. C'est alors qu'il faut rétablir la flexion entre les deux tiges, et pour cela il suffit de porter en haut, en le poussant en arrière, le manche qui entraîne la tige vaginale. Mais comme au moment où le ressort entre en jeu la muqueuse du cul de sac postérieur du vagin pourrait être blessée ou tout au moins douloureusement pincée, il faut avoir soin de l'éloigner en la déprimant avec le doigt..

Cela fait, on voit la tige vaginale qui apparaît à la vulve être entraînée vers la fourchette dans les cas de déviation en avant, vers le clitoris dans ceux de déviation en arrière par suite du mouvement en sens opposé que le corps de la matrice imprime à la tige utérine; car il tend, en vertu de son poids, à reprendre sa position vicieuse. Dans quelques cas même, surtout dans ceux de rétroversion, l'utérus, considérablement engorgé, est assez volumineux et assez lourd pour qu'il y ait lieu de craindre que la paroi supérieure du vagin ne soit blessée par la pression de l'extrémité libre de la tige vaginale, ou que cette tige ne vienne arc-bouter sous le pubis, de telle sorte qu'il soit difficile de l'atteindre pour placer le plastron. Il sera facile

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2, 4, 21, 23, 28, 30 Septembre, 7, 23 Octobre, 4 et 11 Novembre.

d'obvier à ces inconvéniens en n'abandonnant pas la tige à elle-même lorsqu'on retirera le manche pour placer le plastron, et il suffira d'un seul doigt pour la maintenir.

Une fois le plastron placé, on unit ensemble les deux pièces de l'appareil en nouant sur la partie inférieure du plastron les deux chefs du fil que l'on avait au préalable passé dans le trou de la tige vaginale. Il suffit de serrer assez fortement pour que les deux pièces ne puissent se séparer; mais on doit laisser assez de jeu pour qu'aucune partie ne soit lésée. Le tout est ensuite maintenu autour du corps à l'aide des cordons supérieurs servant de ceinture. On serre fortement dans un cas de déviation antérieure, modérément dans un cas de déviation en arrière; vous comprenez dans quel but. Grâce à la solidarité établie entre les deux parties de l'appareil, la tige utérine se meut en même temps que le plastron, et comme elle lui est parallèle, ses mouvemens ont lieu dans le même sens; si donc vous appliquez fortement le plastron contre la paroi abdominale, vous rejetez d'autant plus en arrière la tige qui emporte avec elle la matrice, et l'on a tout intérêt à exagérer ce mouvement de translation en arrière pour combattre un déplacement en avant. C'est pourquoi l'on serre fortement la ceinture à laquelle on attache même les sous-cuisses.

Dans le déplacement en arrière, au contraire, on a tout avantage à ramener le corps de l'utérus le plus en avant possible, en refoulant le col en arrière; il faut donc éloigner le plastron de la paroi abdominale. On y parvient en serrant très modérément la ceinture et en tirant au contraire assez fortement sur les sous-cuisses que l'on attache au plastron lui-même, afin de le faire descendre un peu et de le rameuer en avant.

Le redresseur ne devra être appliqué que lorsqu'on aura employé la sonde seule pendant un temps suffisamment long pour être assuré qu'elle ne peut suffire au traitement, ou dans les cas dans lesquels l'utérus a une si grande tendance à reprendre sa situation vicieuse, qu'il y retombe aussitôt après avoir été relevé par le cathétérisme. Vous n'avez pas oublié que nous avons eu une antéversion (obs. V) et plusieurs rétroflexions guéries ou près de l'être par le cathétérisme seul; ce qui suffit pour nous engager à persister plus longtemps dans l'emploi de ce moyen.

Dans tous les cas, l'instrument ne doit être placé qu'à une époque notablement éloignée de la période menstruelle, 4 ou 5 jours au moins après la disparition, et 7 à 8 jours au moins avant l'apparition probable des règles, car il aurait l'inconvénient ou de ramener une hémorrhagie inquiétante et peut-être de provoquer une inflammation de l'utérus si les règles avaient cessé depuis trop peu de temps, ou de les faire avancer si elles devaient bientôt paraître. Dans tous les cas, s'il survenait quelqu'un de ces légers accidens, il faudrait enlever l'instrument. J'ai vu des cas, rares il est vrai, où il n'a pu rester que 24 ou 36 heures parce qu'il faisait avancer les règles de 10 ou 12 jours, et c'est surtout lors d'une première application qu'il en était ainsi, car aux suivantes son action était moins évidente.

Cette avance des régles, et les légères métrorrhagies provoquées par le redresseur, sont un des principaux obstacles apportés au traitement, et vous avez vu (obs. IV) quelle persistance il faut pour le surmonter. Chez les femmes qui, pour une cause ou pour une autre, ne sont pas actuellement menstruées, la tige est bien plus longtemps supportée (obs. XVIII, XIX).

Son application produit les mêmes effets immédiats que l'application de la sonde, c'est-à-dire que, pendant trois, quatre ou cinq heures, les femmes éprouvent des coliques utérines se dissipant par momens, pour revenir bientôt après; puis reparaissant moins fortes le lendemain ou les jours suivans, pour cesser ensuite complètement, jusqu'à ce que, revenant de nouveau plus intenses, plus rapprochées, après avoir été parfois précédées de malaise général, avec douleurs vagues dans les membres, elles indiquent l'approche des règles et le moment où le redresseur doit être enlevé.

Longueur qu'il convient de donner à la tige intra-uterine. — Une précaution capitale pour le succès du traitement, c'est d'introduire dans l'utérus une tige assez courte, pour que son extrémité n'aille pas heurter le fond de l'organe. C'est pourquoi je vous ai recommandé de prendre avec la sonde la mesure de la cavité utérine, afin que vous puissiez donner à votre instrument une longueur moindre.

D'après ce qui se passe quand le bec de la sonde vient heurter même accidentellement la paroi utérine, vous pouvez juger quels troubles provoquerait le contact continuel d'une tige trop longue appuyant sur cette même paroi. Indépendamment de douleurs insupportables et continuelles, il y aurait des métrorrhagies et même de l'inflammation. Dans un cas, de semblables accidens me forcèrent à enlever un redresseur dont la tige avait 6 centimètres. Je le fis réduire à 5 centimètres, et non seulement elle fut très bien supportée, mais même procura une prompte et solide guérison.

Maintenant, je ne me contente plus, comme je le faisais dans le principe, de donner à la tige une longueur moindre de 5 ou 10 millimètres seulement, que la profondeur de la cavité utérine; je pose en règle générale que *cette tige doit avoir le moins de longueur possible*. Dans les cas de version simple sans flexion, si le tissu de l'utérus est résistant, non ramolli, il suffira que la tige pénètre un peu au-delà de l'orifice interne pour pouvoir le faire basculer complètement : le corps devant suivre en sens opposé le mouvement imprimé au col, attendu qu'un organe solide et résistant, quand bien même il serait creux, doit se déplacer en totalité lorsqu'un mouvement se passe à l'une de ses extrémités. Donc, avec une tige de 4 à 5 centimètres au plus, on réussira toujours à relever la matrice, en ayant la certitude de ne jamais arriver au contact de sa paroi supérieure. Dans les cas de flexion, ce n'est plus comme pour les versions simples; cependant, pour maintenir l'organe redressé, il suffit que la tige dépasse d'un centimètre le point de flexion qui se trouve presque toujours au niveau de la réunion du col avec le corps, ou au-dessous. Par conséquent, la tige n'a pas besoin d'être plus longue que pour les versions simples.

J'insiste beaucoup sur cette nécessité de raccourcir les tiges utérines, parce que si vous ne le faites pas, vous aurez au moins le désagrément de causer à vos malades une douleur plus considérable qu'il vous eût été facile de leur épargner. Et beaucoup d'entre elles, de celles surtout qui ne se sont soumises au traitement qu'avec beaucoup de peine, et après de nombreuses sollicitations de leur famille, s'empresseraient de prendre prétexte de ces coliques violentes éprouvées au début, pour l'abandonner complètement avant d'en avoir retiré aucun avantage. Tandis que si, au contraire, la tige est juste assez longue pour maintenir l'utérus sans atteindre son fond, elles se trouveront immédiatement soulagées, et se montreront ensuite très dociles à exécuter toutes nos prescriptions.

Séjour du redresseur; époque à laquelle il convient de l'enlever. — La femme qui porte le redresseur, doit être surveillée très attentivement et revue tous les jours, au moins dans les premiers temps.

Il est important de s'assurer si l'instrument ne s'est pas déplacé. Quelques-unes, très indociles, dénouent les cordons, et quand elles les renouent, la tige qui, pendant un mouvement, est sortie de l'utérus, reste dans le vagin dont elle peut blesser les parois; d'autres, sous prétexte de remplacer les sous-cuisses souillés par du sang ou des mucosités, coupent en même temps le fil qui maintient les deux pièces de l'appareil; elles peuvent alors se séparer et venir chacune de son côté contusionner le vagin. Quand il en est ainsi, il faut immédiatement réappliquer le redresseur, et le maintenir plus solidement fixé d'une façon convenable.

D'un autre côté, il faut toujours, à la première apparition d'un symptôme fébrile quelconque, être prêt à l'enlever, même en dépit des malades, qui, en ayant déjà éprouvé du soulagement, désirent le conserver plus longtemps. Mais il ne faut jamais leur céder sur ce point, car il est important, dans le cours d'une affection intercurrente, même légère, de débarrasser l'utérus de ce corps étranger qui, y entretenant une certaine irritation, peut attirer de son côté des accidens inflammatoires.

T. Gallard,
Interne.

(La suite prochainement.)

BIBLIOTHÈQUE.

De la valeur séméiologique des affections ganglionnaires; thèse inaugurale par M. G.-E. Salneuve, ex-interne des hôpitaux, membre de la Société médicale d'observation.

On pourrait presque juger de la valeur scientifique des professeurs et des maîtres, de l'intérêt et de la bienveillance qu'ils portent aux élèves, par le sujet que ces derniers traitent dans leurs thèses inaugurales. Ces travaux sont le plus souvent le reflet des découvertes dont la science est redevable à l'expérience du maître : mais l'élève, en les développant, leur imprime le cachet de son intelligence et de son jugement.

M. Salneuve, interne des hôpitaux, a employé avec fruit le temps de ses études; après une année d'observation et d'expérimentation à une école positive et vraiment scientifique, il est comme nous convaincu de la vérité des doctrines de M. Ricord.

La plupart des opinions du maître qui se rapportent à la marche, à la durée, à la terminaison, à tous les phénomènes en un mot qui accompagnent l'engorgement ganglionnaire susceptibles de fournir des élémens de diagnostic pour un grand nombre de maladies, et pour la syphilis principalement, sont réunies dans cette thèse sous forme de propositions.

Pour n'exclure aucun état organique, n'établir aucune confusion, M. Salneuve a employé l'expression d'adénopathie comme étant la plus générique. C'est sous cette dénomination qu'il décrit, analyse et compare les différens signes fournis par les ganglions.

Les adénopathies sont rangées en deux classes différentes. La première comprend l'altération qui se développe sous l'influence d'une phlegmasie cutanée, muqueuse simple ou spécifique et qui présente des caractères purement inflammatoires.

La seconde comprend les altérations qui sont sous la dépendance d'une diathèse syphilitique, scrofuleuse, tuberculeuse, cancéreuse, etc. Dans ce cas, les ganglions subissent une altération spécifique dont les caractères ont une valeur diagnostique importante parce que le produit de formation nouvelle développée dans le parenchyme des glandes est de la même nature que celui qu'on rencontre dans la lésion pathologique initiale : l'élément inflammatoire est accidentel. Cette division précise, claire et simple, comme toute vérité, met l'observateur sur la voie du diagnostic, du pronostic et du traitement; trépied de la nosologie pratique.

L'auteur démontre ensuite que le virus syphilitique affecte les ganglions d'une manière locale et d'une manière générale. Dans le premier cas, la disposition anatomique des lymphatiques afférens aux ganglions, indique le siége de l'ulcération.

« Ainsi, les ganglions sous-maxillaires correspondent aux ulcères labiaux; ceux de la partie moyenne de l'arcade crurale sont sous l'influence des ulcères du frein, du prépuce et du gland chez l'homme; sous l'influence des ulcères des grandes et petites lèvres, du méat urinaire, du clitoris et de la fourchette chez la femme; ceux de la partie externe de l'arcade crurale situés dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure correspondent aux ulcères ano-coccygiens; ceux de la partie inférieure et interne du pli génito-crural correspondent aux ulcères de la région ano-périnéale. Les ganglions cruraux situés au niveau de l'angle inférieur du triangle crural, qui ont une direction verticale au lieu d'être obliques, comme les précédens, sont plus particulièrement affectés par les ulcérations des tégumens des membres inférieurs.

» Dans le second cas, les ganglions de l'économie sont sous l'influence de la diathèse : alors ils ne sont plus infectés d'après un ordre méthodique, mais d'après un ordre non encore déterminé. Les statistiques prouvent que les ganglions cervicaux postérieurs sont les premiers et le plus constamment atteints. Si l'on se livre à une investigation attentive, on voit que le volume, la consistance du développement ganglionnaire des autres régions sont en raison directe du début récent et de l'intensité des phénomènes secondaires. Dans cette circonstance, il faut toujours tenir compte de l'influence de la diathèse scrofuleuse. »

En poursuivant sa dissertation, M. Salneuve, toujours en s'appuyant sur des faits, arrive à prouver que les accidens secondaires de la syphilis qui siégent à la bouche, si difficiles à distinguer des accidens mercuriels pour les personnes non expérimentées, offrent un élément de diagnostic en dehors de leur aspect, de leur siége, de leur forme et de la fétidité de l'haleine.

La différence consiste, en ce que l'adénopathie n'est pas sous l'influence des accidens gutturaux secondaires, quelle que soit leur intensité, etc.; tandis que le développement des ganglions est en raison de l'intensité de la stomatite mercurielle.

A la proposition précédente, j'ajouterai que, les ganglions sous-maxillaires et parotidiens peuvent être très développés chez une personne atteinte de syphilis constitutionnelle, sans stomatite mercurielle, avec ou sans accidens gutturaux.

Pendant près d'une année j'ai soigné deux jeunes gens atteints de syphilis constitutionnelle : l'un d'eux a eu des accidens secondaires pharyngiens, gutturaux et labiaux si confluens, que la mastication et la parole étaient difficiles : les ganglions étaient à peine perceptibles au toucher. Le second a présenté deux ou trois plaques muqueuses labiales, un érythème guttural, avec hypertrophie légère des amygdales, et les ganglions sous-maxillaires et parotidiens étaient si volumineux, que l'ovale de la figure était carré par la base, et cet accident a persisté longtemps après la disparition de tous les autres. Dans ces cas semblables, la cause de l'engorgement ganglionnaire réside dans la diathèse syphilitique, et il n'y a aucune relation de cause à effet entre les accidens secondaires gutturaux et les adénopathies voisines.

Tous les signes différentiels des adénopathies qui se développent sous l'influence du chancre induré, non induré, de la scrofule et du cancer, sont exposés avec soin et savamment commentés. J'en rapporterai les principaux caractères dans les paragraphes suivans :

Siéges et signes. Chancre non induré. L'adénopathie occupe le plus souvent l'une des deux régions symétriques, et bornée à un seul ganglion superficiel. Phlogose aiguë, suppuration fréquente, deux sortes de pus : l'un phlegmoneux, l'autre virulent et inoculable, donnant lieu à un chancre ganglionnaire.

Chancre induré. Adénopathie multiple des ganglions superficiels occupant généralement deux régions symétriques sans phlogose ni douleurs pulsatives; mobilité et isolement des glandes; jamais de suppuration, à moins de causes étrangères à la syphilis.

Scrofule. Adénopathie des ganglions superficiels et profonds, bornée généralement à une des deux régions symétriques : phlogose aiguë ou chronique, induration ou suppuration; pus phlegmoneux et pus ganglionnaire tuberculeux et séreux; soudure des glandes, tendance de la phlogose à envahir les glandes profondes pour former une tumeur volumineuse.

Cancroïde. L'adénopathie est plus rare que fréquente, tardive, les ganglions sont peu nombreux, isolés, d'un volume égal, avec peu de tendance à s'ulcérer; ils siégent toujours dans la région lymphatique de l'ulcère. Après l'opération, la récidive se fait dans les glandes par continuité de tissu, le mal n'ayant pas été enlevé dans ses racines les plus profondes.

Cancer : adénopathie fréquente se développant plus rapidement; tumeurs ganglionnaires multiples, réunies, soudées pour constituer des masses volumineuses susceptibles de s'ulcérer, elles débutent d'abord dans la région lymphatique de l'ulcère, et peuvent ensuite se développer dans des régions éloignées. La récidive est une reproduction diathésique qui peut se faire dans les glandes les plus éloignées ou dans celles du voisinage.

Les notions sur les caractères distinctifs des adénopathies pour le cancer et le cancroïde, sont une confirmation de la différence établie par M. Lebert entre le cancroïde et le cancer.

D'après le court exposé qui précède, on comprend de quelle utilité sont les signes fournis par les ganglions pour le diagnostic des affections qui s'accompagnent d'adénopathie. Une aussi grande précision, vérifiée par la pratique, parle plus haut en faveur des observateurs que ne pourraient le faire tous les argumens possibles.

Jusqu'alors j'ai partagé ou approuvé les opinions de M. Salneuve, il n'en sera pas de même pour ce qui va suivre. « La gale, l'impétigo, le prurigo et le lichen aigu, dit-il, sont les affections cutanées dans lesquelles on rencontre le plus souvent les adénites symptomatiques; tandis qu'on ne les rencontre jamais avec une syphilide, quelles que soient sa forme et son intensité. » D'abord le lichen aigu est à peu près inconnu; c'est une affection essentiellement chronique. Le prurigo, l'eczéma, le lichen agrius même sont si rarement accompagnés du développement des ganglions, qu'on pourrait admettre sans erreur que c'est une coïncidence indépendante de l'affection cutanée, lorsqu'on constate cette altération.

Avant d'admettre si la gale exerce une action sympathique sur les ganglions, il faut s'entendre sur la définition, la description de cette affection, savoir si elle est constituée par une vésicule ou par une pustule, etc. Sans entrer dans trop de détails sur cette affection que j'ai

approfondie par une année d'études, je dirai : la galc est essentiellement et uniquement constituée par nn sillon qui varie d'aspect avec la partie du corps sur laquelle on l'observe ; lorsqu'il existe aux mains et aux pieds, il est intra-épidermique, et il n'a par conséquent aucune influence sur les ganglions. Au pénis et au scrotum chez l'homme, aux aisselles et aux mamelons chez les deux sexes ; partout où l'épiderme est mince et ténu, le sillon sous-épidermique repose sur de grosses papules, intéresse le réseau muqueux, et peut déterminer l'engorgement des ganglions qui se trouvent dans la sphère d'activité de l'irritation. En dehors de ces circonstances, l'ecthyma, l'impétigo, les furoncles peuvent agir sur les ganglions, mais ce sont des complications et non les phénomènes propres à la gale.

Lors même que les éruptions pustuleuses, impétigo, ecthyma, rupia, auraient une action directe sur les ganglions ; ce signe ne pourrait servir d'élément de diagnostic avec les syphilides pustuleuses du même genre ; parce que les syphilides peuvent être accompagnées d'un engorgement ganglionnaire qui est sous la dépendance de la diathèse spécifique.

De toutes les éruptions, l'herpès presqu'aussi souvent que l'ulcération syphilitique s'accompagne de la tension ganglionnaire. En cherchant à établir le diagnostic de ces deux affections dans la marche, la durée et la terminaison de l'adénite : ce n'est pas résoudre la question. En effet, à quelle époque le diagnostic est-il difficile ? Au début, lorsque les vésicules viennent de s'ulcérer et que l'ulcération syphilitique est de date récente. Alors dans ces deux cas il y a seulement tension ganglionnaire. C'est donc dans l'aspect, dans la marche des vésicules et de l'ulcération qu'on doit chercher les caractères précis du diagnostic, et non dans la suppuration de l'adénite.

Enfin je terminerai en regrettant de rencontrer, à côté de faits précis et positifs, des expressions vagues comme les suivantes : inflammation dartreuse, ulcère dartreux, eczéma dartreux, dénominations qui s'appliquent à tout, et ont le tort de perpétuer les vieilles idées humorales qui ont servi de base aux premières classifications de la dermatologie.

A part les légères lacunes que j'ai signalées, la thèse de M. Salneuve a le mérite incontestable de faciliter, dans des cas nombreux, le diagnostic de la syphilis, de la scrofule, du cancer, du cancroïde, maladies sur lesquelles il existe tant de doute et de confusion, malgré les travaux de nos contemporains. La thèse de M. Salneuve est une œuvre consciencieusement traitée, que l'on consultera avec fruit pour les adénopathies en général, et principalement pour ce qui a rapport au diagnostic de la syphilis.

D[r] G. PIOGEY.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 Novembre 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Kystes dermoïdes ; — loi de l'hétérotopie plastique.

M. LEBERT lit un mémoire sur les kystes dermoïdes et sur l'hétérotopie plastique, qu'il résume en ces termes :

Les kystes dermoïdes constituent des tumeurs dont la paroi interne offre une organisation tégumentaire pouvant montrer de l'épiderme, du derme, des glandes sébacées, même sudoripares, des poils implantés, du tissu adipeux sous-cutané, de la graisse sébacée, des os et des dents.

Ces kystes, que l'on a souvent pris pour les produits d'une conception anormale, se forment en vertu d'une loi pathogénique particulière, que j'appelle hétérotopie plastique. D'après cette loi, *beaucoup de tissus simples ou composés des organes complexes même, peuvent se former de toutes pièces dans des parties du corps, où à l'état normal on ne les rencontre point.* Cette loi s'applique à l'épiderme, au pigment, aux tissus adipeux, fibreux, fibro-plastique, musculaire, organique et du mouvement volontaire, cartilagineux et osseux, et, parmi des organes plus complexes, aux poils, aux glandes et aux dents.

Le travail actuel est le fruit de l'analyse de 188 observations, dont 59 se rapportent à des kystes dermoïdes non ovariens, et 129 à des kystes placés dans l'ovaire. Les kystes de la première catégorie se rencontrent sous la peau, dans les méninges, dans les bourses et dans les parties profondes viscérales.

Outre l'organisation tégumentaire de la paroi, on ne trouve généralement dans les kystes de cette catégorie, lorsqu'ils sont superficiels, que des poils et de la graisse. Dans les kystes scrotaux, en outre, du cartilage et de l'os, et dans les kystes viscéraux des os et des dents.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont deux fois plus fréquens dans l'ovaire droit que dans le gauche ; on les rencontre quelquefois dans les deux ovaires ; on les voit souvent coexister avec d'autres altérations kysteuses de ces glandes.

Leur volume n'atteint de très grandes dimensions que lorsqu'au produit de leur sécrétion ordinaire vient se joindre une exsudation inflammatoire ou hydropique. Leur enveloppe subit souvent une calcification ossiforme, des projections cutanées munies de poils, de glandes et même de fragmens d'os se rencontrent fréquemment à la face interne et peuvent se détacher pour prendre ainsi l'aspect de corps libres. J'y ai vu distinctement des papilles ; les glandes sébacées y sont faciles à constater ; les glandes sudoripares y sont rares ; il en est de même de formations cornées, ressemblant à des ongles. Dans la moitié environ du nombre total des kystes dermoïdes, les os et les dents manquent. Les poils sont libres ou implantés, leur chute se fait par atrophie du bulbe ; on les voit quelquefois d'une finesse tout à fait microscopique ; ils peuvent atteindre jusqu'à un mètre de longueur ; leur couleur varie dans la même tumeur, quelquefois dans le même poil ; aussi est-elle souvent différente de celle des cheveux chez le même individu. La graisse offre tous les caractère du sébum ; les globes pili-graisseux sont quelquefois multiples.

Le nombre des kystes dermoïdes ovariens pili-osseux ou pili-dentaires, a été de 82, dont 19 ne renfermaient que des os, ordinairement incrustés dans les parois qui leur servaient pour ainsi dire de périoste formatif, ce qui fait rentrer leur production dans les lois d'ostéogénie si bien établies par M. Flourens. Les dents étaient tantôt implantées dans les os, tantôt dans des corpuscules situés simplement dans la membrane d'enveloppe des kytes ; tantôt, enfin, elles étaient libres ; il y en avait à tous les degrés de développement ; même plusieurs fois elles étaient cariées dans 46 cas ; le nombre des dents a été déterminé, et ne dépassait point, dans les trois quarts des cas, celui de 4, et dans les 8/9[es] en tout, il n'excédait pas le chiffre de 6 dents. Dans 3 autres cas, il dépassait au contraire de beaucoup le chiffre normal, étant une fois de 44, une fois de 100, et une fois de plus de 300. Il ne reste donc en tout que trois faits dans lesquels le nombre des dents se rapproche de l'état physiologique. Rien de fixe ni dans l'ordre, ni dans la qualité de ces dents.

Les caractères cliniques de ces tumeurs sont basés sur l'analyse de 43 observations. La maladie reste souvent latente. Les premières manifestations cliniques sont des douleurs et l'apparition d'une tumeur dans l'un des flancs, plus souvent dans le droit ; l'engorgement s'accroît, un écoulement puriforme survient, les fonctions menstruelles se troublent.

Les épanchemens séreux ou séro-purulens, dans l'intérieur de ces tumeurs, deviennent la source des principaux accidens, et à la ponction on voit quelquefois sortir des poils avec le liquide. Cette hydropisie a existé dans un 1/5[e] des cas. Les accidens du côté des voies urinaires ont existé dans 1/7[e] des faits : dysurie, rétention d'urine, accidens inflammatoires de la vessie, sortie de poils, de graisse et même de fragmens d'os avec les urines. La pili-miction chez la femme est ordinairement consécutive à la communication anormale d'un kyste dermoïde avec la vessie. Nous avons réuni cinq faits dans lesquels le kyste s'est vidé par les parois abdominales, et a entraîné une suppuration prolongée, suivie de dépérissement. Dans deux cas, une rupture subite dans le péritoine a entraîné une mort prompte ; plusieurs fois, enfin, ces kystes ont été expulsés par le rectum. Merriman et Baudelocque les ont signalés comme cause de dystocie. Ils rendent en général le pronostic des couches assez grave : 7 femmes sur 43 ont succombé à cette époque. La marche de ces affections est lente, et même dans les cas où des accidens sérieux sont survenus, la durée a varié entre 3 et 7 ans, et dans 4 cas, entre 17 et 25 ans. Le plus souvent, la maladie se développe à l'époque de la puberté ou chez les jeunes femmes ; mais il existe dans la science 6 cas bien avérés dans lesquels tous les signes physiques de la virginité coexistaient avec la présence de ces kystes.

Lorsqu'on tient compte de tous les faits anatomiques, physiologiques et cliniques constatés par l'étude et la comparaison de toutes ces observations, on arrive à la conviction que ni l'inclusion fœtale, ni une grossesse anormale ne sauraient rendre compte de leur mode de production, mais qu'il s'agit d'une formation spontanée qui rentre tout à fait dans le cadre des faits qui m'ont engagé à formuler la loi de l'hétérotopie plastique. (Comm. MM. Andral, Velpeau et Rayer.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Novembre. — Présidence de M. MÊLIER.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur MANOUVRIER, médecin des épidémies de l'arrondissement de Valenciennes, sur l'épidémie de fièvre typhoïde dont la commune d'Hérin a été atteinte dans le courant de l'année. (Comm. des épidémies.)

2° Une lettre de M. le docteur James SYMES, d'Edimbourg, contenant une réclamation relative à la manière dont la commission d'Argenteuil a apprécié son procédé d'urétrotomie. (Comm. MM. Larrey et Robert.)

3° Une lettre de M. LÉLUT, exposant à l'Académie les résultats négatifs qu'il a obtenus de l'emploi du *cédron* chez deux malades de la Salpêtrière, atteintes d'épilepsie compliquée d'accès de fièvre intermittente.

La lettre de M. Lélut est accompagnée d'une notice sur le même sujet de M. Rabot, interne des hôpitaux. (Comm. nommée.)

4° Un mémoire de M. BOULLAND, de Limoges, sur la stomatite mercurielle comme moyen prophylactique des accidens qui surviennent à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement. (Comm. MM. Roux et Laugier.)

5° Un mémoire de M. LEPETIT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, sur des pilules hydrargyro-ferrées pour guérir la syphilis et prévenir les accidens mercuriels. (Com. MM. Lagneau, Boullay et Ricord.)

6° Un deuxième mémoire de M. BERTHÉ, pharmacien sur les huiles de foies de morues, dans lequel l'auteur démontre que ces huiles ont une constitution chimique analogue à toutes les autres huiles, et que toutes les huiles de foies de morues qui sont dans le commerce, sont fraudées. (Commission déjà nommée.

Choléra en Pologne.

M. GÉRARDIN lit un rapport sur les documens communiqués à l'Académie sur le choléra épidémique qui sévit en Pologne, par M. le docteur Tschetgrlien, inspecteur en chef du service de santé, et président du conseil médical du royaume de Pologne. (Voir ce document dans l'UNION MÉDICALE du 4 novembre.)

M. le rapporteur propose pour conclusions :

1° Remercier M. Tschetgrlien de son importante communication, déposer honorablement son rapport dans les archives de la compagnie, inscrire son nom sur la liste des correspondans étrangers, inviter ce savant confrère à transmettre les nouveaux documens qu'il pourra recueillir sur l'épidémie actuelle, et le prier d'être l'interprète des sentimens sympathiques de l'Académie pour le corps médical de la Pologne.

2° Adresser une lettre de remercîmens à M. le ministre des affaires étrangères ; soumettre à son jugement éclairé la gravité de la question et des circonstances, afin d'obtenir par ses soins et son intermédiaire, des renseignemens précis sur la marche actuelle et le progrès du choléra en Europe.

M. DUBOIS (d'Amiens) propose, au lieu de déposer le rapport de M. Tschetgrlien aux archives, de le renvoyer à la commission du choléra.

Les conclusions du rapport de M. Gérardin sont adoptées avec la modification proposée par M. Dubois (d'Amiens).

M. O. HENRY lit en son nom et celui de M. Auguste Delonde, un travail intitulé : Quelques notes sur la quinine, la quinide et les quinquinas.

Plusieurs membres demandent la parole sur cette communication. La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures, pour entendre plusieurs rapports des commissions des prix.

Addition à la séance du 9 Novembre.

M. LEROY-D'ETIOLLES adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il demande que l'opinion de la dernière commission du prix d'Argenteuil, sur la permanence des guérisons des rétrécissemens obtenues au moyen des incisions intra-urétrales profondes, soit plus nettement exprimée qu'elle ne l'est dans le rapport adopté le 24 août 1852.

« Ce n'est pas, dit M. Leroy-d'Etiolles, le concurrent désappointé » qui s'adresse à l'Académie, c'est un praticien qui hésite entre les » impressions nées de ses propres observations, de son expérience, à » l'approbation donnée par un corps savant aussi éminent, à une » méthode qu'il avait jusque-là considérée comme dangereuse. »

Il résulte évidemment des termes du rapport que le procédé de M. Reybard fait courir aux malades plus de dangers que la dilatation, la scarification et la déchirure superficielle : « On ne saurait disconvenir, » y est-il dit, que l'urétrotomie ne soit une opération sérieuse et qu'elle » ne puisse provoquer de graves accidens. » Un autre partisan des incisions intra-urétrales profondes, M. Civiale, s'exprime de la manière suivante dans son mémoire sur l'*urétrotomie* : » Deux morts, sur un » petit nombre d'opérés dans un court espace de temps, ont produit » une impression profonde. »

Les dangers des grandes et profondes incisions intra-urétrales sont-ils compensés par des cures radicales ou du moins par une proportion satisfaisante de guérisons durables, c'est ce que le rapport n'exprime pas assez nettement.

» Les faits authentiques, est-il dit, établissent que les guérisons » obtenues par ce moyen *peuvent être durables.* Cependant, nous » ne pensons pas qu'il faille toujours compter sur un résultat si heu» reux. Nous regardons la récidive comme possible *ou même pro» bable* lorsqu'une vive inflammation s'empare de la plaie et rend iné» vitable le développement de bourgeons charnus. »

Le rapport mentionne trente-deux cas d'urétrotomie, et sur ce nombre il n'en cite que huit dans lesquels la guérison ait été constatée après un temps assez long pour la faire supposer durable. Dans le but de vérifier l'état actuel des autres malades opérés par le procédé Reybard, M. Leroy-d'Etiolles a demandé communication du manuscrit de ce médecin ; le conseil de l'Académie la lui a refusée. Privé de cette indication, il croit utile de provoquer une discussion publique sur laquelle les doutes sur une question aussi grave puissent être éclaircis.

M. Leroy-d'Etiolles fait observer en terminant que la mort de l'un des malades opérés devant la première commission, par M. Reybard, est attribuée à une attaque d'épilepsie dans le rapport de 1852, et il s'étonne de ce que M. Civiale n'a pas mentionné cette circonstance importante dans la relation qu'il a publiée du même fait.

M. Leroy-d'Etiolles joint à sa lettre une observation inédite d'urétrotomie intra-urétrale profonde, suivie d'infiltration urineuse et de mort, recueillie dans le service de M. Blandin.

COURRIER.

Une certaine émotion régnait ces jours derniers à la Faculté de médecine, à l'occasion de la publication faite par un journal de la première leçon du cours de pathologie interne, cours repris par un respectable professeur, après plusieurs années d'interruption. Ce journal avait envoyé un sténographe du *Moniteur* pour recueillir cette leçon qui a été reproduite avec une inexorable fidélité. Ce vénérable professeur, membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, professeur au Muséum d'histoire naturelle, collaborateur de Cuvier, dont il a publié le cours d'anatomie comparée ; auteur d'ouvrages et de mémoires d'histoire naturelle qui ont une grande autorité dans la science, professeur de la Faculté depuis la réorganisation de l'enseignement en 1801, et le seul survivant de plusieurs générations de professeurs, médecin des hôpitaux pendant quarante années ; confrère d'une honorabilité antique et universellement respecté, aujourd'hui vieillard octogénaire, restera pour nous l'objet d'une piété respectueuse, sentiment qui sera partagé, nous ne le mettons pas en doute, par les généreux élèves de notre École.

Au nombre des candidats à la chaire d'histoire naturelle, nous devons ajouter M. Chatin, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, chimiste bien connu par ses recherches sur l'iode dans l'air, les eaux et le sol. M. Chatin, par un scrupule que nous trouvons excessif, a donné, dit-on, sa démission de pharmacien des hôpitaux à l'occasion de sa candidature.

Nous devons rectifier aussi une indication erronée relativement à M. Payer qui reste candidat à cette chaire, ainsi qu'il a eu la bonté de nous en prévenir lui-même.

Nous annonçons sans répugnance que M. Sperino, l'auteur de la brochure citée dans les numéros 131-132 de l'UNION MÉDICALE, vient de recevoir, avec une lettre grâcieuse, les insignes de l'ordre des Saints Maurice et Lazare, que S. M. le roi de Sardaigne lui a conférées en témoignage de haute estime pour les services rendus à l'art de guérir.

Nous apprenons que dans le comité secret qui a eu lieu hier à l'Académie de médecine, l'Académie, sur le rapport de ses commissions, a décerné le prix Civrieux (sur l'épilepsie) à M. le docteur Moreau (de Tours). Le prix Itard, au sujet duquel plusieurs erreurs ont été commises, a été décerné à M. Sandras, pour son ouvrage sur *les maladies nerveuses.* Un encouragement de mille francs a été accordé à MM. Monneret et Fleury, auteurs du *Compendium de médecine*, et un encouragement de 500 fr. à M. Legendre, auteur des *Recherches sur les maladies des enfans.*

L'inauguration du Lycée et de l'Ecole préparatoire de médecine de Lille, a eu lieu lundi, au milieu d'un immense concours. M. le ministre de l'instruction publique, assisté de M. Dumas, sénateur, et de plusieurs fonctionnaires supérieurs du ministère, a présidé cette intéressante cérémonie. M. l'archevêque de Cambrai, M. le préfet du Nord, le général commandant le département, et tous les chefs d'administration étaient au nombre des spectateurs. Des discours ont été prononcés par le maire de Lille, par le directeur de l'École de médecine, par le recteur de l'Académie et le préfet. M. Fortoul a terminé la séance par quelques paroles chaleureuses et vivement applaudies. Dans la soirée un banquet a été offert par la municipalité de Lille à M. Fortoul.

ERRATA. — Article BIBLIOTHÈQUE, 3[me] page du dernier numéro, *lisez* nyctémérales *au lieu de* nycténénales ; *et* amplitudes *au lieu de* amptitudes.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 139. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 20 Novembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 OCTOBRE 1852.

DE L'ABUS DE LA POSITION HORIZONTALE A L'HOSPICE DES ENFANS-TROUVÉS ET DE SON INFLUENCE SUR LA MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS.

Dans un travail que j'ai eu l'honneur de présenter tout récemment à l'Académie de médecine, j'ai eu occasion de parler de l'abus de la position horizontale. Je viens aujourd'hui signaler son influence sur la mortalité des nouveau-nés.

Les lecteurs de ce journal me permettront de les introduire un instant dans la vaste salle qu'on appelle la Crèche à l'hospice des Enfans-Trouvés. Jetons les regards autour de nous. Quel ordre merveilleux! Quelle exquise propreté! Comme l'air circule aisément dans cette immense pièce qui ne compte pas moins de vingt à vingt-cinq pieds d'élévation, soixante en longueur et vingt environ en largeur! La lumière y pénètre par huit larges fenêtres, et aussi par le vitrage aux mille couleurs d'une rosace située au levant. Une douce température règne toujours en ce lieu, entretenue en hiver par un vaste foyer placé au milieu de la salle, et autour duquel dix personnes peuvent tenir à l'aise, et aussi par deux énormes poêles disposés de manière à chauffer également les points les plus éloignés. Un parquet en bois de chêne recouvert de tapis, des murailles que l'humidité n'a jamais pénétrées, sont un sûr garant de la salubrité de l'endroit. Admirez avec moi la symétrie avec laquelle sont rangés les quatre-vingt-quatre berceaux destinés à recevoir ces innocentes victimes de la débauche et de la misère. En les voyant reposer sous ces rideaux d'une blancheur éblouissante, le cœur se sent pris à la fois de compassion et d'attendrissement, et l'on se réjouit de voir réunies autour de ces pauvres petites créatures tant de conditions de bien-être et de salubrité.

Mais descendons, je vous prie, jusque dans les bureaux de l'hospice. Il y a là deux registres bien gros, hélas! celui des entrées et celui des décès. L'un constate chaque année l'abandon de quatre mille nouveau-nés environ et leur entrée à l'hôpital. L'autre, presque aussi volumineux, nous apprend que sur ce chiffre de quatre mille, trois mille environ succombent! En d'autres termes, on a aux Enfans-Trouvés une mortalité de 75 pour 100.

Si l'on se demande maintenant à quoi tient cette mortalité effrayante, pourquoi cet asile ouvert par la charité aux fils de l'indigence et du vice n'est, à proprement parler, qu'une vaste tombe, chacun répondra par l'énumération des causes suivantes : impureté du sang, encombrement, insuffisance du nombre des nourrices. Et chacun aura raison, en ce sens qu'il y a vraiment bien un peu de tout cela. Oui, chacune de ces causes a sa portée, son influence. Mais il ne faut pas l'exagérer.

Il y a encore autre chose, et ce quelque chose qui a échappé à l'observation des médecins et à la sollicitude éclairée de l'administration, c'est l'abus de la position horizontale. Avant de vous étonner, lecteurs, accordez-moi encore un peu, je vous prie, de votre attention bienveillante. Tout à l'heure vous me comprendrez, et peut-être quelqu'un de vous me viendra-t-il en aide dans la dénonciation d'un abus que j'ai longtemps hésité à porter devant le tribunal de l'opinion publique. Car il y a là plus qu'une question d'hygiène et de médecine, il y a une question de morale et d'humanité, une question que les plus grands orateurs ont toujours soulevée sans pouvoir la résoudre, une question qui a longtemps occupé notre presse politique, une question enfin sous le poids de laquelle je me sens fléchir, et je succomberai sans nul doute, si quelque plume vaillante et exercée ne s'en empare, si l'administration ne s'en occupe et ne réalise la pensée que je viens soumettre à vos méditations.

Tandis que nos jeunes abandonnés dorment paisiblement sous le lin si blanc de leurs berceaux, profitons de leur sommeil pour nous livrer à l'examen du personnel de la crèche et du mécanisme, suivant lequel le service de cette salle est effectué.

Neuf filles de service, rangées sous le manteau de la grande cheminée à l'antique dont j'ai déjà parlé, sont occupées toute la journée à changer les petits enfans et à leur donner à boire. L'allaitement à l'aide de la cuiller est le mode d'alimentation adopté dans toute la maison. J'en excepte la salle des nourrices, dont je n'ai pas à m'occuper ici. Or, on change et on allaite quatre fois par jour tous les enfans. Le premier pansement se fait à six heures du matin, le second à neuf heures, le troisième à midi, et le quatrième à trois ou quatre heures du soir. De plus, il y a chaque nuit deux filles de service qui veillent, et ont pour mission de lever les enfans qui crient, de les changer et de les allaiter.

En somme donc, chaque enfant est changé et allaité quatre fois, les plus criards six, sept et jusqu'à huit fois. Supposons, dans la crainte de rester au-dessous de la vérité, que chaque nouveau-né reçoive six fois les soins des filles de service en moyenne, voici ce qui en résulte : il faut à peine vingt minutes, vingt-cinq au plus aux novices, dix et quinze aux plus exercées, pour changer et allaiter un enfant. Mettons vingt minutes pour le temps de cette opération. Multiplions par six, puisque la même opération est renouvelée six fois, et nous aurons *vingt-deux heures* sur *vingt-quatre*, pendant lesquelles chaque enfant nouveau-né non seulement ne reçoit aucun soin, mais encore reste étendu dans la position horizontale. Et notez bien qu'aucune fille de service n'aura perdu son temps, car chacune d'elles a environ neuf enfans à soigner ; or, si chacun d'eux est pansé six fois, elle aura employé douze heures de sa journée à cette pénible tâche.

Ainsi, par le fait de son entrée à la crèche, chaque nouveau-né est condamné au supplice horrible, oui, horrible par les douleurs qu'il cause, horrible par les conséquences désastreuses qu'il entraîne, de demeurer pendant vingt-deux heures sur vingt-quatre étendu dans le décubitus dorsal, incapable de se livrer à aucun mouvement. Car dans les premiers jours de l'existence, les enfans n'ont que des mouvemens obscurs, indécis; ils ont des muscles et ne savent pas s'en servir; placés sur le dos, ils y restent, ainsi que la tortue, sans pouvoir se retourner. On a longtemps parlé des entraves du maillot, de la torture du maillot. Rousseau, ce rhéteur sans entrailles, qui parlait en sage et agissait en fou, n'a fait que reproduire à cet égard, sous une forme éloquente, les idées de son temps. Après lui, une foule de petits philosophes nous ont fait entendre la même gamme sur tous les tons. Cessons de grâce de plaider une cause depuis longtemps gagnée. Nous ne prêchons plus que des convertis.

Il y a une circonstance jusqu'ici inobservée, méconnue, je

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

APHORISMES PROFESSIONNELS.

Que de fois n'ai-je pas entendu de jeunes et même de vieux confrères, s'écrier avec une douloureuse amertume : L'honnêteté médicale est une duperie. Le public n'a pas conscience. Il laisse se flétrir dans l'abandon et la misère le médecin probe, savant et modeste, pour enrichir le charlatan audacieux. Il n'y a de succès possible que par l'intrigue. Il faut ou capituler sans cesse avec les principes ou se résigner à vivre obscur et ignoré. La foule ne va que là où on l'appelle. Modestie et pauvreté sont synonymes. La clientèle ou les places lucratives sont le but d'une sorte de course au clocher, dont la délicatesse et l'honnêteté représentent les haies, les fossés et les fondrières qu'il faut savoir franchir.

Et mille autres doléances dont je pourrais facilement allonger cet alinéa.

Il y a là de grandes exagérations ; on y aperçoit surtout une confusion malheureuse et bien générale entre ce que l'on doit considérer comme le charlatanisme proprement dit et une certaine tenue de conduite qui s'allie parfaitement avec la délicatesse la plus scrupuleuse et l'honneur professionnel le plus austère.

Le charlatanisme ! que d'efforts n'a-t-on pas faits pour le définir et pour en donner la caractéristique ! A mon sens, définir le charlatanisme est impossible, et le décrire bien difficile.

Je l'ai souvent dit, et j'éprouve le besoin de le redire encore : ce sera le grand honneur de la médecine française contemporaine qu'avec la tolérance de nos lois, l'absence complète de tout frein disciplinaire, la facilité du succès, la crédulité du public, l'exemple tentateur de fortunes scandaleusement rapides, il y ait si peu de charlatans dans le corps médical. Quand on réfléchit à l'immense et effrayant privilége que confère le titre de médecin, quand on pense à tout le mal que peut faire un médecin improbe, quand on sait, quand on voit qu'avec une avance de quelques mille francs on peut facilement, commodément réaliser des bénéfices considérables en exploitant l'ignorance publique, on est heureux, on est fier d'appartenir à une corporation où ces tristes exceptions sont si rares, et dont l'immense majorité de ses membres supporte avec courage et dignité la souffrance qui l'accable.

J'ai observé et étudié avec soin les médecins de mon temps ; je les ai comparés aux médecins des âges passés, et c'est chez moi une conviction profonde, que si jamais les médecins n'ont été aussi nombreux que de notre temps ; que si jamais ils n'ont joui d'une indépendance professionnelle aussi complète ; que si jamais ils n'ont souffert autant qu'aujourd'hui, jamais non plus ils n'ont été aussi fidèles qu'ils le sont aujourd'hui à leurs devoirs professionnels. Toutes proportions gardées, on trouvera qu'il y a peut-être moins de charlatans aujourd'hui qu'il n'y en avait sous les anciennes Facultés, avec leurs réglemens sévères et leurs priviléges restrictifs.

Prenons Paris pour exemple. Depuis soixante ans, le nombre des médecins a triplé dans cette capitale. Il ne s'élevait pas au chiffre de 500 au commencement du siècle ; il dépasse celui de 1,500 (docteurs et officiers de santé) en 1852. On comprend que ce serait blesser la première règle de la statistique, si l'on concluait à la démoralisation médicale parce que l'on compterait aujourd'hui un plus grand nombre de charlatans qu'en 1801. Si vous trouvez 10 au commencement du siècle et que vous ne trouviez que 20 au milieu, il faut tirer une conclusion tout opposée et se féliciter des progrès de la moralité professionnelle, car 10 est pour 500 une proportion beaucoup plus forte que 20 sur 1,500.

J'ai tout lieu de croire, sans que je puisse cependant l'affirmer et le démontrer encore, que la proportion que j'indique s'approche de très près de la vérité des choses. Toute la difficulté, dans des considérations de cette nature, consiste dans la définition et la détermination des actes de charlatanisme. Je ne citerai que quelques exemples de cette difficulté.

Je suis parfaitement convaincu que l'homéopathie n'est qu'une immense erreur, qu'une déception complète et qu'une pratique souvent très dangereuse. Il y a certainement des médecins, c'est fort triste à penser et à dire, qui font de l'homéopathie en ne croyant pas plus que vous et moi à son efficacité ; ceux-là, sans conteste, sont des charlatans, et de la pire espèce. Mais le médecin homéopathe qui croit, qui est convaincu, qui agit en vertu de sa foi, qu'il croit scientifique et sérieuse, alors même qu'elle n'est qu'un résultat d'infirmité d'esprit, puis-je et dois-je l'appeler un charlatan ? J'avoue que mes sentimens de justice répugnent à une assimilation semblable.

J'ai particulièrement connu, et beaucoup de mes confrères ont connu comme moi, un médecin homéopathe, mort l'an dernier, dont la sincérité des convictions ne pouvait être mise en doute. Avant d'être médecin, il était négociant. Malade, il se fait traiter par l'homéopathie et il guérit. Très lié avec son médecin, il lui demande et obtient de le suivre dans sa clinique de la ville, et les guérisons qu'il croit voir excitent son enthousiasme au point, qu'à l'âge de 45 ans passés, et possesseur d'une fortune de plus de quarante mille livres de rente, il entreprend l'étude de la médecine, prend régulièrement ses inscriptions, et obtient un titre, au moyen duquel il peut exercer la médecine. Etait-ce pour en faire métier et marchandise? Non certes, car il se retire aussitôt dans ses terres aux environs de Paris, où deux fois par semaine il reçoit les malades pauvres, les paysans, leur donne les médicamens homéopathiques, et y ajoute des bons de pain et de viande à prendre chez le boulanger et le boucher du village. Etait-il charlatan cet homme si convaincu et si bienfaisant?

Certainement le magnétisme animal a été, est encore le prétexte de jongleries indignes — et je ne parle que de jongleries médicales, — mais engloberai-je dans l'accusation de charlatanisme indistinctement

me trompe, elle n'avait pas échappé à la sagacité d'une ancienne sœur de la crèche qui, récemment encore, me disait des êtres en faveur desquels j'élève aujourd'hui la parole : *ils ne sont pas assez tenus* (dans les bras s'entend), il y a, dis-je, une circonstance qui fait à elle seule plus de victimes que l'encombrement, que le vice du sang, que l'allaitement artificiel tout ensemble : encore une fois, c'est l'abus de la position horizontale. Je m'explique.

Le mouvement et l'exercice sont un besoin aussi impérieux, beaucoup plus impérieux même, pour l'enfant au berceau que pour l'adulte. La place naturelle du nouveau-né qui ne dort pas, qui ne tète pas, c'est encore le sein de sa nourrice, ou, à son défaut, les bras d'une personne étrangère. Il trouve à ce contact une chaleur douce et bienfaisante qui active sa circulation et entretient les puissances calorifiques de son économie. Incapable de se mouvoir par lui même, il reçoit sans cesse des mouvemens communiqués, on le berce, on le dandine (passez-moi le mot), on l'agace ; il est l'objet d'une excitation continuelle. Je passe sous silence les mille moyens de distraction auxquels on a recours : les sourires, les paroles, les objets qu'on lui montre et à l'aide desquels on met en jeu, dès les premiers jours qui suivent sa naissance, toutes ses facultés physiques et morales. Tout cela fait défaut à l'enfant nouveau-né dans les berceaux de la crèche. Encore, s'il n'y perdait que du bien-être et des distractions. Mais il y perd la santé et presque infailliblement la vie.

Oui, tous les enfans nouveau-nés qui entrent à la crèche, un sur quatre excepté, sont destinés à mourir, et de quelle mort? On ne le soupçonne pas et je frémis de le dire, ils y meurent de froid et de faim. Qu'on me permette de développer ma pensée.

Par le fait de cette position horizontale que les enfans sont condamnés à garder vingt-deux heures sur vingt-quatre, ou, si l'on aime mieux, onze jours sur douze, qu'arrive-t-il? La température du corps s'abaisse, les extrémités se refroidissent, la circulation se ralentit, la respiration s'embarrasse, toutes les grandes fonctions languissent, le tissu cellulaire s'endurcit, des congestions viscérales se déclarent, et les uns succombent aux suites du sclérème, d'autres à ces prétendues pneumonies qui ne sont autre chose que des stases sanguines, d'autres à des épanchemens séreux de toute espèce, d'autres à des hémorrhagies profondes du cerveau, de la moëlle épinière, des poumons, des intestins, etc., etc. La cause de tous ces désordres, en définitive, c'est le froid, non pas le froid engendré par l'abaissement de la température du milieu où ils se trouvent, température toujours douce, toujours convenable, mais le froid qui résulte de leur immobilité, de leur défaut d'action, de l'abus de la position horizontale en un mot. Ce n'est pas tout.

(*La suite au prochain n°.*)

Dr E. Hervieux.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

PLAIES PAR DÉCHIRURE ET ARRACHEMENT, ACCOMPAGNÉES DE FRACTURE COMMINUTIVE; — GUÉRISON.

Observation recueillie par M. le docteur Haime (de Tours), médecin en chef des prisons.

Le 29 mai 1852, le nommé P..., de la commune de Dame-Marie (Indre-et-Loire), homme fort et vigoureux, était occupé à tourner une machine à engrenage, connue sous le nom de *tarare*, et destinée à opérer la ventilation dans le pénitencier de Tours, laquelle rotation s'accomplit à l'aide de la main gauche, lorsque, soit distraction, soit maladresse, il porta la main droite sur les roues où s'engagèrent les trois derniers doigts de cette main : le médius, l'annulaire et l'auriculaire. Ces doigts furent plus ou moins entamés, mâchés, dilacérés ; l'annulaire surtout fut, sinon littéralement broyé, du moins fracturé *comminutivement* et comme écrasé, dans les deux tiers de son étendue, jusqu'à l'extrémité unguéale ; l'ongle lui-même était presque entièrement déraciné.

Arrivé près du blessé, et en présence d'un aussi grave désordre, j'hésitai quelques instans sur le parti à prendre relativement au doigt le plus compromis, dont l'amputation immédiate semblait commandée à la fois par la gravité même de la lésion et par les préceptes de l'art.

Cependant, eu égard aux bonnes dispositions et à la forte constitution du sujet, je résolus de temporiser. Je retirai deux ou trois petites esquilles du milieu de la fracture, dont les principaux fragmens furent affrontés le plus exactement possible ; puis, après avoir rapproché, à l'aide de bandelettes agglutinatives, sans chercher à les réunir parfaitement, les chairs mâchées et pendantes des trois doigts, je les recouvris séparément de légers plumasseaux de charpie enduite d'un mélange de cérat et de baume du commandeur, enveloppant le tout de compresses et de petites bandes, que je prescrivis de tenir constamment arrosées d'eau froide. Je plaçai la main sur une palette de bois léger, entourée d'une longue bande, et cette partie, ainsi que l'avant-bras, reposèrent sur un coussin de balle d'avoine.

Cet appareil ne fut levé qu'au bout de trois jours, pendant lesquels aucun accident n'eut lieu ; le suintement sanguinolent et la douleur avaient été modérés. Le même pansement fut renouvelé, et les arrosions d'eau froide soigneusement continuées.

Le cinquième jour, je substituai le baume d'arcéus au mélange employé primitivement, et j'ajoutai des lotions froides d'eau végéto-minérale.

Les pansemens furent répétés une fois seulement chaque jour ; une suppuration louable s'étant bien établie et aucun accident quelconque n'étant survenu, les plaies, comme la fracture elle-même, marchaient rapidement vers la cicatrisation et la consolidation, lesquelles furent entières et complètes le 8 juillet, quarante-deuxième jour de l'accident, juste au moment de l'expiration de la peine et de la libération du blessé, qui sortit ce jour-là parfaitement guéri.

Une chose remarquable, c'est que l'ongle du doigt fracturé, presque entièrement détaché, est resté en place et a repris sa solidité habituelle, tandis que celui du petit doigt, bien moins ébranlé en apparence, est tombé et a été remplacé par un nouveau. Quant au doigt lui-même, il en sera quitte pour une légère difformité et un peu plus de volume vers son extrémité, qui se dissiperont en grande partie, j'en suis convaincu, avec le temps, par l'usage des bains alcalins et par le travail du cal définitif. D'ailleurs, un peu de gêne subsiste à peine dans le jeu des articulations.

Le fait que je viens de rapporter n'offre peut-être par lui-même rien de bien extraordinaire ; mais il en ressort, ce me semble, cet enseignement : qu'on est quelquefois bien inspiré de s'écarter des préceptes de l'art les plus accrédités, et qu'il ne doit y avoir rien d'absolu en chirurgie, pour quiconque conçoit les ressources infinies de la nature.

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOTE SUR UNE PINCE A CONE MOBILE DE M. E. BACHELAY, POUR LA LIGATURE DES VAISSEAUX SITUÉS DANS DES PLAIES PROFONDES.

Il arrive fréquemment qu'une ligature portée sur une artère rétractée, ou située dans une plaie profonde, embrasse seulement les mors de la pince ou bien une portion du vaisseau, trop courte pour être convenablement serrée.

Les chirurgiens, frappés de cet inconvénient, ont cherché à *porter plus sûrement la ligature sur le vaisseau*, si profondément qu'il se trouve placé, et à *en embrasser une longueur assez considérable*, pour qu'on n'ait pas à craindre l'hémorrhagie. Une pince, dont les mors forment un large cône fixe, avait été imaginée il y a quelques années par M. Lüer, pour faciliter le glissement du fil; mais cette disposition, quelqu'ingénieuse qu'elle soit, est insuffisante parce qu'elle ne porte pas la ligature au-delà de l'extrémité de la pince; or, si les mors n'ont saisi qu'un des côtés des parois de l'artère, l'occlusion du vaisseau n'est pas complète, ou bien l'artère n'est pas assez solidement liée pour qu'il y ait sécurité.

La pince de M. Cloquet pousse, il est vrai, la ligature au-delà de l'extrémité des mors, et donne le moyen d'embrasser une certaine longueur d'artère au-delà du point saisi. Mais pour qu'elle produise cet effet, il est indispensable que l'aide ait l'attention de placer les fils exactement au-devant des crochets mobiles qui doivent les pousser. Cette précaution est rendue inutile par le cône creux mobile ajouté par M. Bachelay. La pince à ligature sur laquelle il s'adapte par une vis, se glisse au moyen d'une rainure. Une échancrure, pratiquée sur l'un des côtés du cône, permet l'écartement et le rapprochement des branches. L'artère ayant été saisie par les mors, le chirurgien pousse le cône qui dépasse leur extrémité d'un centimètre environ, en refoulant d'autant les parties molles qui enveloppent le vaisseau.

On conçoit que la ligature venant à être serrée, glisse vers le sommet du cône et étrangle l'artère à un point, qu'il aurait été impossible ou du moins très difficile d'atteindre en la poussant avec les doigts. Il suffit de tirer le bouton et d'ouvrir la pince pour voir l'artère liée solidement, faisant un relief très prononcé, et donnant en conséquence la plus complète garantie contre les hémorrhagies consécutives, qui sont regardées comme une des complications les plus à craindre des opérations, tant à cause de la perte du sang que par l'impression fâcheuse qu'elles font sur l'esprit des malades.

Cette pince à cône mobile, exécutée par M. Mathieu, a été appliquée avantageusement, depuis un an, par son inventeur, M. Bachelay, par plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris, et par des praticiens étrangers.

M. Bachelay vient récemment d'adapter à l'autre extrémité de sa pince un *ténaculum* garni également d'un cône mobile. La jonction du ténaculum aux pinces à ligature nous paraît utile, en ce qu'elle diminuerait le nombre des instrumens contenus dans la trousse, mais nous ne voyons nul avantage à y joindre le cône mobile. Le ténaculum pénètre profondément, embrochant l'artère et les parties environnantes, que le chirurgien soulève assez pour que l'aide les embrasse ensuite en masse dans la ligature. Le cône mobile masquerait les parties soulevées et ne permettrait pas de voir si elles se déchirent, ce qui arrive perfois lorsque l'on fait usage de ténaculum. De plus, la nécessité de le recouvrir du cône oblige à le faire très court et à lui donner la forme peu favorable d'un crochet

---

tous les médecins qui ont pris parti dans la question du magnétisme ou qui l'ont pratiqué? Ce serait commettre une révoltante injustice.

Je ne parlerai pas du passé, je m'en tiens au présent. J'ai l'honneur d'avoir des relations avec un confrère, que je puis appeler la probité médicale incarnée, sans craindre que sa modestie se reconnaisse à cette désignation. Eh bien! cet honorable et savant médecin croit à l'efficacité thérapeutique du magnétisme animal. Il le pratique souvent ou le fait pratiquer sous ses yeux, non pas, je me hâte de le dire, comme moyen de divination, mais comme calmant, comme sédatif, comme anesthésique, qu'il met bien au-dessus de l'opium, de l'éther et du chloroforme. Mais quelle réserve, quelle prudence, quelle dignité dans l'emploi de ce moyen par notre confrère! Il ne prononce jamais le mot magnétisme ; les passes, il les appelle des frictions; il faut frictionner le malade, voilà ses expressions, et il pousse le scrupule jusqu'à prescrire en même temps quelque pilule inerte, afin que le malade rapporte à un médicament absent et non au magnétisme les bienfaits du soulagement. « C'est une arme thérapeutique et morale trop dangereuse, m'a-t-il dit souvent, pour la mettre entre les mains de tout le monde. » Voyons, de bonne foi, puis-je ranger parmi les actes de charlatanisme la pratique de ce digne confrère?

Je crois donc que ce serait blesser à la fois la vérité et la justice, que de mettre l'étiquette commune de charlatans à tous les médecins indistinctement qui pratiquent le magnétisme ou l'homœopathie. C'est l'intention qui donne aux actes leur valeur morale. Or, quel abîme que la question intentionnelle! Heureusement, il est un autre *criterium* plus sensible et plus frappant, c'est l'exploitation.

Dis-moi comment tu exploites tes opinions ou tes pratiques thérapeutiques, je te dirai qui tu es. Tout est là. La conviction, comment s'en assurer? L'intention, à quels indices la reconnaître? Mais l'exploitation, elle, tombe sous les sens, elle peut être jugée, appréciée, comparée; chacun de nous porte dans sa conscience le thermomètre moral sur l'échelle duquel est écrit le zéro *mal*, au-dessous et au-dessus duquel on s'abaisse jusqu'à l'indignité notoire, ou on s'élève à l'éclatante honorabilité.

Il y a bien des degrés dans cette échelle morale! Si vous êtes prudent, charitable et chrétien, imitez les météorologistes dans l'indication des températures moyennes des saisons ou des climats. Ce n'est pas sur la température extrême d'un jour qu'ils déduisent la température moyenne, c'est sur un ensemble d'observations nombreuses faites aux heures diverses du jour et de la nuit. Agissez de même pour l'appréciation morale de vos confrères. Un acte isolé a son importance, sans doute, mais pour la détermination de quelque chose d'aussi délicat que la moralité professionnelle, cet ensemble d'actes, ou du moins une longue série d'observations, vous est indispensable.

La vie a sa logique comme un livre. Prendre un fait isolé de la vie d'un homme pour en déduire sa valeur morale, c'est agir comme le critique inintelligent ou méchant qui détache au hasard une page d'un livre pour en conclure sa valeur scientifique ou littéraire. Cherchez, c'est de rigueur, la corrélation entre ce qui précède et ce qui suit, sans quoi vous vous exposez inévitablement à porter un jugement injuste et faux.

Partant de ces principes, pour juger de la moralité professionnelle d'un médecin, je ne lui demande pas : qu'avez-vous fait tel jour? Mais je lui demande : que faites-vous tous les jours? Ce n'est pas un acte isolé de charlatanisme qui constitue pour moi le charlatan, c'est la continuité, c'est la pérennité de ces actes. Et si l'on me demandait ce que c'est, pour moi, que le charlatanisme, je ne dirais pas : voici ce qu'il est, mais je répondrais : voici ce qu'il n'est pas.

Je tâcherai de le dire un autre jour.

Amédée Latour.

COURRIER.

Nous portons les renseignemens qui suivent à la connaissance de ceux de nos lecteurs qui seraient tentés d'aller chercher fortune à la Havane.. Pour pratiquer la médecine à Cuba, même avec un titre étranger, il faut payer d'abord 500 francs, et si l'on veut prendre ses degrés dans le pays, il n'en coûte pas moins de 5,000 francs. Dans tout état de choses, il faut subir une épreuve rigide, consistant en un examen des malades à l'hôpital et en l'exposition de la nature de la maladie et de son traitement. La distinction entre la médecine et la chirurgie est très rigoureuse dans ce pays. Un chirurgien ne pourrait pas soigner un malade, ni un médecin lui pratiquer une amputation sous peine de 500 fr. d'amende.

Le conseil municipal de Turin vient de prendre une mesure très sage. A l'avenir, les maisons nouvellement construites ne pourront être habitées qu'après que deux étés se seront écoulés depuis leur construction. Il a fixé également la hauteur des maisons à 21 mètres. Une pareille mesure serait bien nécessaire à Paris, où les maisons sont habitées presque au sortir de la main des maçons, et avant que la dessication des murs soit complète. Les médecins ne savent que trop à combien d'accidens et de maladies s'exposent les malheureux qui ne craignent pas, suivant l'expression populaire, d'*essuyer les plâtres*.

Il fut un temps où l'homœopathie trônait en Espagne; elle avait ses entrées dans les carosses de la cour, et peu s'en fallut que la reine ne prît pour médecin un homœopathe. Aujourd'hui, les affaires de l'homœopathie sont en grand désarroi; aussi s'est-elle réfugiée en Portugal et à l'île de Cuba. N'est-ce pas le cas de dire, avec un journal espagnol, que l'homœopathie ressemble à une épidémie qui n'est plus représentée que par des cas sporadiques, là où elle régnait jadis épidémiquement?...

ou d'un hameçon.

Il serait plus convenable d'adapter le ténaculum à la pince, en le faisant sortir et rentrer à la manière d'une lame de canif à coulisse, ou mieux encore, en l'articulant à l'extrémité de cette pince, dont les branches, dans leur partie plate et large, lui serviraient de gaîne. Nous indiquons ces modifications à M. Mathieu ; il n'est pas besoin de lui spécifier comment il doit s'y prendre pour les réaliser.



Explication de la figure.

A. Le cône poussé au-delà des mors de la pince qui est fermée, l'artère étant saisie.

B. Le bouton qui pousse le cône et fait mouvoir en même temps le verrou.

E. Le ténaculum renfermé dans le cône. *D.* Le vaisseau étant amené pour être lié.

TOXICOLOGIE.

EMPOISONNEMENT PAR L'ATROPINE.

Les cas d'empoisonnement par la belladone sont nombreux dans la science, et quelques-uns remontent déjà assez haut. Généralement, ils ont frappé des individus qui avaient mangé les baies de cette plante, ou qui s'étaient servis de ses feuilles ou de son extrait. Les effets de cet empoisonnement sont connus, et il suffit d'ouvrir un ouvrage de toxicologie pour être complètement édifié à ce sujet. Il n'en est pas de même de l'empoisonnement par l'alcaloïde, baptisé du nom d'*atropine*, lequel a été découvert par M. Mein dans le commencement de l'année 1834, et dont les effets toxiques n'ont pas, ce nous semble, été encore bien étudiés. Aussi M. James Andrew a-t-il eu une bonne pensée en publiant dans le *Mouthly Journal* nº de janvier 1852, p. 34), l'observation suivante :

Sarah Jackson, âgée de 21 ans, entra, le 1er août 1851, à l'infirmerie royale d'Edimbourg, pour une ulcération pharyngienne due, sans doute, à l'usage du mercure. Puis survint une iritis à l'œil droit, qui nécessita l'emploi d'un traitement antiphlogistique. Comme la malade se plaignait d'une cécité presque complète, on lui prescrivit une solution d'atropine à la dose d'une goutte par jour à être instillée entre les paupières. Un matin, c'était le 20 octobre, la malade, qui était couchée, pria une de ses voisines de lui passer une potion calmante qu'elle avait l'habitude de prendre depuis longtemps ; mais au lieu de cette potion anodine, on lui donna la fiole contenant le collyre d'atropine. Elle en avala une forte gorgée (*mouthful*), et aussitôt elle éprouva une forte sensation de brûlure à la gorge ; puis, peu de minutes après, sa vue s'affaiblit ; un penchant irrésistible la poussait à marcher, mais elle en était empêchée par une lourdeur extraordinaire qui la retenait étendue sur son lit. Elle appela l'infirmière, mais d'une voix si faible, qu'elle ne fut entendue que de sa voisine, puis enfin elle devint insensible à tout ce qui se passait autour d'elle. La première chose qu'on donna à la malade fut une grande quantité de lait qui provoqua des vomissemens. L'élève interne, qu'on envoya chercher, arriva auprès de la malade quinze minutes après l'ingurgitation du poison. A ce moment, les pupilles étaient largement dilatées, les paupières congestionnées et proéminentes, la vision paraissait nulle, la face très légèrement injectée ; les muscles, particulièrement ceux des commissures des lèvres et des paupières, convulsés ; le pouls faible, donnant 130 pulsations. La malade n'avait pas de repos, se levait sans cesse sur son lit et tournait la tête dans toutes les directions ; elle n'était pourtant pas encline à la loquacité, car à part les momens où on lui parlait d'une voix très sonore, elle restait silencieuse. Si elle cherchait à s'échapper de son lit, c'était en tremblotant, et elle fût tombée immanquablement si on ne l'eût retenue. Elle crachotait sans cesse. On lui demanda d'un ton élevé où elle souffrait, elle répondit que la gorge lui brûlait. Trente grains de sulfate de zinc, administrés immédiatement, procurèrent de nombreux et suivis vomissemens, lesquels ayant cessé, amenèrent un peu d'assoupissement. Deux gouttes d'huile de croton-tiglion furent administrées, on rasa la tête, on appliqua sur le crâne de l'eau froide, on mit aux pieds des bouteilles d'eau chaude. L'assoupissement paraissant augmenter, on administra quarante gouttes d'esprit ammoniacal aromatique, que l'on dut continuer à cette dose toutes les demi-heures. Un vésicatoire fut appliqué à la nuque. Il n'y eut guère de changement jusqu'au lendemain 22. Dans la matinée de ce jour, les instestins n'avaient pas encore fonctionné, et pour avoir une garderobe il fallut encore donner trois autres gouttes d'huile de croton. Pourtant la malade était plus tranquille. Vers midi survint une vive agitation, et la malade offrit l'aspect d'une personne soumise à une attaque de délirium trémens. La dilatation des pupilles n'avait pas diminué, les paupières étaient aussi congestionnées, la face plus colorée que la veille, le tremblement des muscles plus marqué. Ces phénomènes prirent en deux heures un tel accroissement, qu'on se vit obligé de mettre la malade dans la camisole de force. Pour avoir une idée de la violence furieuse qui existait alors, il suffit de dire que quoique petite de stature, avec des muscles grêles et délicats, la malade parvint à repousser une des infirmières, un infirmier vigoureux et deux élèves en médecine, et à se jeter à bas du lit en dépit des efforts réunis de ces cinq personnes. Le pouls était vif, les yeux gorgés de sang, les pupilles dilatées, la face turgescente. Le soir survint un peu de calme, suite de l'épuisement des forces. Le 23 octobre, il existait encore du tremblement dans les paupières et dans les mains, mais les pupilles étaient moins dilatées, les paupières moins gonflées, la langue humide, saburrale, la peau moite, les extrémités chaudes. Il y eut plusieurs garderobes.

24 octobre. Sommeil dans la nuit précédente. La pupille de l'œil droit est plus dilatée que celle du gauche, et la paupière droite est légèrement paralysée. La langue est nette et non tremblotante, la peau humide, le pouls à 100 battemens.

Dans la nuit et la matinée du 25, la malade délire beaucoup, et lorsqu'on lui parle elle est plus agitée que la veille. Elle accuse une sensation de brûlure, d'abord à ses pieds, puis à la tête, sensation qui fait place à un froid glacial. La pupille gauche continue à être bien plus dilatée que la droite ; ses paupières sont le siége de vifs mouvemens de tremblotement. La malade voit quelquefois les objets doubles ou triples, tantôt entourés d'une vive lumière, tantôt, au contraire, plongés dans un nuage épais. Quelquefois elle croit entendre autour d'elle les voix de ses amis ou de ses parens. Les intestins sont toujours paresseux. On prescrit des pilules fortement purgatives (gomme gutte, huile de croton) qui produisent le lendemain matin de nombreuses garderobes. Si la malade se met sur son séant, elle voit des fusées de lumière, des plaques noires ; si elle est couchée, elle aperçoit des serpens qui rampent sur son lit.

Enfin, le 31 octobre, dix jours après l'ingurgitation du poison, tous ces symptômes vraiment alarmans avaient disparu ; les spectres, les fantômes, les illusions d'optique, le délire, l'agitation n'existaient plus, et la malade n'eut plus besoin que de quatre ou cinq autres jours de repos pour obtenir une guérison solide et complète.

La solution d'atropine, dont la malade avait avalé une portion, contenait originairement 10 centigrammes d'atropine, 2 grammes d'acide acétique faible, et 45 grammes d'eau. En pesant la solution après l'accident, il n'en restait plus que 14 grammes ; et comme 50 centigrammes avaient été employés comme collyre, il s'en suit que Sarah Jackson avait avalé entre 10 et 12 grammes de la solution, ou environ 5 centigrammes d'atropine (1).

Dr Achille CHEREAU.

MORT PAR SUITE DE LA MORSURE DU COBRA DI CAPELLO.

Nous avons déjà parlé (UNION MÉDICALE du 23 octobre dernier), d'après les journaux de Londres, d'un malheureux gardien de la Zoological Society's gardens, qui avait été tué par un des serpens les plus venimeux, le *cobra di capello*. Le *Medical times* du 30 octobre, donne des détails très circonstanciés sur les phénomènes morbides observés dans ce cas. Nous lui empruntons les faits suivans, qui ne seront pas lus sans intérêt, et qui sont bons à enregistrer dans nos colonnes, à cause du peu d'occasions qui se présentent d'étudier sur l'homme l'action de ces sortes de poisons. C'est à M. Burder, chirurgien à University college hospital que nous les devons :

Edward Horatio Gurling, âgé de 31 ans, était l'un des gardiens du Jardin zoologique de Londres, dans Regent's Park, et c'étaient les reptiles qui étaient confiés à ses soins. Le 20 octobre 1852, à huit heures du matin, il se mit contre son habitude, et bien témérairement, à jouer avec les serpens venimeux. Il prend d'abord un *cobra* d'Afrique, le retire de sa cage, et l'entortille autour de sa tête sans recevoir aucune morsure ; puis il en fait autant avec un *cobra* des Indes. Mais celui-ci le mord à la partie supérieure du nez. Aucun symptôme alarmant ne se manifesta pendant les vingt premières minutes. Au bout de ce temps, le blessé se mit à chanceler en marchant, à cesser de parler d'une manière intelligible, et à présenter des mouvemens comme convulsifs dans les lèvres et les membres. Il fut immédiatement transporté dans un hôpital, où il arriva à huit heures quarante-cinq minutes, c'est-à-dire trente-cinq minutes après l'accident. A ce moment, on observa les phénomènes suivans : impossibilité absolue de parler, abolition complète de la conscience ; le malade gémit, se lamente, porte la main à sa gorge, qu'il serre vigoureusement ; il rejette la tête d'un côté et de l'autre, et meut ses bras et ses jambes d'une manière saccadée, convulsive. On lui demande d'une voix forte s'il souffre quelque part ; il ne répond pas, ne manifeste pas la moindre intelligence, et continue à porter ses mains à la gorge. La face était livide, les yeux fixes, les pupilles un peu dilatées, paresseuses à l'action de la lumière ; la peau d'une température ordinaire ; le pouls à 120, régulier dans son rhythme, mais inégal dans sa force.

On examine la partie supérieure du nez, et là on trouve plusieurs petites plaies, dont une ou deux avaient saigné. Les paupières étaient gonflées ou livides.

Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées, que les symptômes d'intoxication changèrent de physionomie. La respiration était alors embarrassée (vingt inspirations), mais non stertoreuse ; et l'auscultation ne fit découvrir aucun râle qui indiquât un obstacle soit dans le larynx, soit dans la trachée. Les membres qui exécutaient tout à l'heure des mouvemens convulsifs, avaient cessé d'agir ; la lividité de la face avait notablement augmenté.

(1) Voyez sur l'action physiologique et thérapeutique de l'atropine, un travail du docteur Lusanna, publié par l'UNION MÉDICALE, année 1851, p. 310.

Comme *il* devenait évident que ce malheureux se mourait par suite de la cessation graduelle des fonctions respiratoires, ont eut recours, sans délai, à une respiration artificielle, qui fut pratiquée à huit heures cinquante minutes. A cette époque, la dilatation naturelle de la poitrine avait cessé, et si ce n'était le pouls qui battait encore, on eût pu regarder cet homme comme mort. Ces pulsations se faisaient à raison de 32 par minute, très irrégulières, et parfois comme saccadées, bondissantes. Au bout de deux minutes de la respiration artificielle, le pouls donna 70 battemens, moins irréguliers, et il y eut un rapport très marqué entre la cessation de la respiration artificielle et l'abaissement du pouls, *et vice versâ*.

On eut recours en même temps à un courant galvanique, établi entre la nuque et l'abdomen, mais sans résultats favorables. Enfin, après plusieurs alternatives d'amélioration et d'aggravation des accidens, le pouls cessa de se faire sentir au poignet, le cœur ne battit plus, le blessé était mort. Il était neuf heures quarante minutes, une heure et demie après la morsure, et sans que le malade ait été laissé une minute, peut-être, sans avoir des secours de toute nature.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin, et, comme on pouvait s'y attendre, il ne fut rien trouvé dans les organes, aucune modification matérielle et sensible capable d'expliquer la mort. Aussi considérons-nous comme inutiles les détails que M. Burder donne à ce sujet. Nous dirons seulement que des sept ou huit petites plaies de la partie supérieure du nez, trois avaient pénétré jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, qu'on trouva là infiltré de sang. Il y avait autour de ces plaies une petite veine, mais on ne put s'assurer si elle avait été entamée par la dent du reptile.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 15 Novembre 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Nouvelle méthode curative externe pour les rhumatismes.

M. POGGIOLI, ex-chirurgien aide-major, lit un mémoire sur une nouvelle méthode curative externe, pour les rhumatismes.

L'auteur fait connaître, dans ce mémoire, un nouveau topique pour combattre la douleur ; en voici la composition :

Un sel de morphine (hydrochlorate) ;

Eau distillée ;

Extrait de belladone ou atropine ;

Onguent populeum, c'est-à-dire bourgeons de peupliers, feuilles de pavot noir, de belladone, de jusquiame et de morelle noire ;

Axonge macérée dans feuilles de datura-stramonium,

Le tout aromatisé avec essence de citron ou eau de laurier-cerise.

L'auteur rapporte dix-sept observations dans lesquelles ce nouveau moyen a produit des résultats aussi prompts qu'avantageux. (Comm. MM. Andral, Velpeau et Serres.)

Composition de la sueur chez l'homme.

M. FAVRE communique des recherches sur la composition chimique de la sueur chez l'homme.

Les analyses dont M. Favre expose les résultats, ont été faites sur des masses de sueur considérables, et recueillies avec des soins de nature à garantir l'absence de mélange ou d'altération des produits. La quantité totale de sueur, qui a fait l'objet d'une série d'expériences, n'a pas été moindre de 40 litres.

Lors de la transpiration du sujet, on avait soin de fractionner la sueur recueillie : on a pu ainsi constater que sur deux litres, par exemple, le premier tiers est toujours acide, le second neutre ou alcalin, le troisième constamment alcalin. L'odeur, très légère, n'a rien de désagréable, et ne rappelle nullement l'odeur repoussante de l'acide butyrique ou des acides volatils qui s'exhalent toujours de la sueur fermentée. On a remarqué que la partie acide de la sueur perdait dès les premières gouttes vaporisées sa réaction acide qui faisait place à une réaction fortement alcaline. Entre autres matières constatées dans la sueur, M. Favre y a reconnu l'existence de deux acides organiques combinés avec la soude, et un peu de potasse. Le premier est l'acide lactique ; le deuxième, qui n'a été analysé que sous forme de sel d'argent, et qui ne possède pas de propriétés susceptibles de le rapprocher d'aucun autre acide connu, M. Favre propose de le désigner sous le nom d'*acide hidrotique* (de ἱδρως sueur).

L'auteur résume en ces termes les résultats généraux de ses recherches : la sueur recueillie à des jours différens sur le même individu, présente sinon une idendité dans les proportions des matériaux qui y sont contenus, du moins peu de variations dans les élémens qui s'y retrouvent constamment.

Voici les résultats d'une analyse faite sur 14 litres :

	Sur 14 litres.	Pour 10,000 gr.
Chlorure de sodium.	gr 31,227	22,305
Id. de potassium	3,412	2,437
Sulfates alcalins.	0,161	0,115
Phosphates alcalins.	trace.	»
Id. alcalino-terreux	trace.	»
Sels calcaires.	trace.	»
Albuminates alcalins	0,070	0,050
Débris d'épithélium.	trace.	»
Lactates de soude et de potasse. . .	4,440	3,171
Hidrotate de soude et de potasse . .	21,873	15,623
Urée.	0,599	0,428
Matières grasses	0,191	0,136
Eau.	13,938,027	9,955,733

En comparant cette constitution à celle d'autres sécrétions, on voit que la matière minérale la plus prépondérante est le sel marin, comme cela a lieu pour l'urine : il n'en est plus de même pour les sulfates, beaucoup plus abondans dans l'urine que dans la sueur, où l'on n'en trouve que des traces. Cette circonstance ressortira clairement de la comparaison suivante faite sur des poids égaux de sueur et d'urine appartenant au même individu et recueillis à la même époque :

	Sueur sur 14 titres.	Urine sur 14 litres.
Chlorures.	gr 34,639	gr 57,018
Sulfates.	0,160	21,709
Phosphates	trace.	5,381

Remarquons aussi que la proportion de soude et de potasse éliminées par la sueur à l'état de combinaison avec des acides organiques, dépasse beaucoup la proportion que l'on pourrait rencontrer dans l'urine, ainsi que j'ai pu le constater par des essais alcalimétriques comparés sur les extraits calcinés.

Il semble résulter de ces faits que les sels minéraux ne sont pas indistinctement éliminés par les divers émonctoires de l'économie.

Quant aux matières organiques de la sueur, il en est qui existent dans l'urine; une autre paraît spéciale à la sueur; mais tous ces matériaux présentent le caractère de substances fortement oxygénées, et ayant subi déjà dans le torrent de la circulation une combustion assez avancée, et comparable, jusqu'à un certain point, à celle des élémens éliminés par le rein.

Polygénèses monovariennes.

M. Lesauvage (de Caen) communique des recherches sur les polygénèses monovariennes.

Des réflexions exposées dans ce travail, il résulterait :

1° Qu'il existe à l'ovaire des ovules monembryonnaires et des ovules polyembryonnaires.

2° Que la fécondation n'a aucune influence sur la détermination de la sexualité.

3° Qu'avant la fécondation, il existe dans l'ovaire des ovules mâles et des ovules femelles.

4° Enfin que, dans les ovules polyembrionnaires, et quel que soit le nombre des conjoints, l'unisexualité est constante.

Ablation de deux loupes très volumineuses pratiquée avec succès à l'aide de la cautérisation linéaire.

M. A. Legrand transmet à l'Académie une observation rédigée par deux médecins de Fribourg (Suisse), relative à un cas d'ablation de deux loupes très volumineuses pratiquée avec succès à l'aide de la méthode de la cautérisation linéaire, remplaçant l'action du bistouri.

Trépan-scie.

M. Gaëtan Giovanini, de Bologne, communique la description du trépan-scie, de la scie ostéotonique, de la cuiller ostéotonique de son invention.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 22 Septembre 1852.— Présidence de M. Bouvier.

Sommaire. — Rapport de M. Vigla sur un travail de M. Laboulbène, relatif au traitement de la pneumonie aiguë par la méthode expectante. — Lecture d'une notice biographique sur M. le professeur Fouquier, ancien président de la Société, par M. le professeur Requin.

M. Vigla, au nom d'une commission chargée de rendre compte à la Société d'un travail de M. Laboulbène, relatif au traitement de la pneumonie aiguë par l'expectation, rappelle les observations, au nombre de cinq, qui lui servent de base.

Dans la première observation, un homme de 48 ans, arrivé au huitième jour d'une pneumonie aiguë, avec 92 pulsations, est soumis au traitement émollient. Au dixième jour, il n'avait plus que 68 pulsations; au quatorzième jour, 44 pulsations; au dix-huitième jour, 36-40, et au vingt-deuxième jour il sortait guéri.

La seconde observation est relative à un homme de 62 ans, malade depuis huit jours, entré à l'hôpital avec une assez forte fièvre, marquant au pouls 104 pulsations. Ce malade est traité par les boissons émollientes et les juleps béchiques. Au dixième jour, 64-68 pulsations, jusqu'au treizième jour, où il survint une recrudescence des accidens et une accélération notable du pouls : 86 pulsations. Au quinzième jour, le pouls retomba à 56, s'éleva ensuite à 60-64, et continua ainsi jusqu'à la sortie du malade. La guérison était entière le vingtième jour, et la sortie de l'hôpital eut lieu au trentième après le début des accidens.

Une troisième observation se rapporte à un jeune homme de 22 ans, au deuxième jour de la pneumonie. Entré à l'hôpital avec tous les signes évidens de l'inflammation pulmonaire et une fièvre caractérisée par 120 pulsations artérielles. On lui donne de la tisane et des juleps béchiques. Au quatrième jour, 76 pulsations; au cinquième, 60-62; au au sixième, 62; au dixième jour, 44, et au treizième, il sort guéri de l'hôpital.

Dans la quatrième observation, un homme de 34 ans, au cinquième jour de la pneumonie, avec 100 pulsations, est soumis au même traitement. Le pouls tombe 56-58 dès le huitième jour, 48 au neuvième, et la guérison est complète au dix-septième jour, époque de la sortie du malade.

Enfin, la cinquième observation est relative à un homme de 17 ans, arrivé au troisième jour de la pneumonie avec 108 pulsations. Elle montre encore la réduction rapide du pouls en rapport avec la résolution de la phlegmasie pulmonaire. Dès le septième jour, 60 pulsations; au huitième 56; au dixième, 48; et le malade sort guéri au dix-septième jour, ayant le pouls à 60.

De ces observations, M. Laboulbène conclut : 1° que la pneumonie, comme les fièvres éruptives, a une marche déterminée dans chacune de ses formes, et que souvent elle peut guérir sans l'intervention d'une médication active; 2° que les doses infinitésimales n'ont pas d'autre efficacité que celle de la médecine expectante; 3° qu'il n'y a pas lieu de croire à un traitement invariable de la pneumonie qui serait toujours l'expectation, ou toujours une autre médication active exclusive, et que la constitution médicale, ou l'état des organes affectés doivent faire modifier le traitement pour l'approprier à chaque cas particulier.

Après avoir établi comme un axiome la nullité des doses infinitésimales, M. Vigla démontre, avec l'auteur du mémoire, que la pneumonie *peut guérir* sans l'intervention d'une médication active. C'est tout ce qu'il accepte de la première proposition de M. Laboulbène; et il repousse l'analogie établie par cet observateur entre la marche d'une pneumonie et celle des fièvres éruptives, dont l'évolution, en quelque sorte fatale, ne peut être abrégée par l'intervention de l'art.

Ayant ainsi réduit la question à ce simple énoncé, que la pneumonie peut guérir sans l'intervention d'une médication active, M. Vigla fait remarquer, avec M. Grisolle, que Biett, M. Magendie et beaucoup d'autres médecins ont déjà su apprécier cette influence des efforts de la nature sur la résorption des productions morbides de la pneumonie.

Il indique également les résultats d'un observateur autrichien, M. Dietl, qui, à Vienne, dans un grand hôpital, a rassemblé 280 observations de pneumonies traitées : 189 par l'expectation, 106 par le tartre stibié, et 85 par la saignée. Les proportions de mortalité se trouvent réparties de la manière suivante :

Pneumonies traitées par la saignée.	85 cas	68 guér.	17 morts.
Id. par le tartre stibié à haute dose.	106	84	22
Id. par les moyens diététiques	189	175	14

ou, en d'autres termes, la mortalité relative suivante :

Saignée.	20,4 pour 100.
Tartre stibié	20,7 —
Moyens diététiques . . .	7,4 —

M. Vigla, vivement impressionné de ces résultats, les voudrait voir corroborés par de nouvelles observations recueillies en France et dans nos hôpitaux, de manière à ce que la Société pût mettre à l'étude et résoudre la question des moyens diététiques dans la pneumonie. Son rapport se termine par les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Laboulbène de l'envoi de son mémoire;

2° Déposer ce mémoire dans les archives de la Société comme document important pour l'étude de l'expectation dans la pneumonie, ou de la médecine expectante envisagée d'une manière générale.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La Société nomme ensuite une commission composée de MM. Vigla, Grisolle et Marrotte, pour recueillir des matériaux et lui présenter un rapport d'ensemble sur le traitement de la pneumonie par l'expectation.

M. Requin donne communication d'une notice biographique sur M. le professeur Fouquier, ancien président de la Société des médecins des hôpitaux. Cette lecture, écoutée avec intérêt, est suivie de nombreuses marques d'approbation.

On se sépare à cinq heures et demie.

Le secrétaire : E. Bouchut.

PRESSE MÉDICALE.

Annales d'hygiène et de médecine légale. — Juillet 1852.

Maladies des ouvriers qui préparent le sulfate de quinine; par M. A. Chevallier.

Les ouvriers qui travaillent à la fabrication de ce sel sont exposés à une maladie cutanée de nature exanthémateuse, qui les oblige à suspendre leurs travaux. Ils sont en outre atteints d'une fièvre particulière, qu'on désigne sous le nom de fièvre de quinquina. Pour les préserver de l'éruption, M. Chevallier conseille d'établir la fabrication dans un local parfaitement ventilé, de placer sur les chaudières à décoction des hottes ayant un bon tirage et d'exiger que les ouvriers soient le moins possible en contact avec les décoctions aqueuses ou avec les solutions alcooliques. Il recommande, pour prévenir la fièvre de quinquina, de faire construire un moulin dont la force motrice sera due soit à l'eau, soit à la vapeur, en fermant exactement toutes les jointures du bâtis entourant ce moulin.

De la circulation de l'eau considérée comme moyen de chauffage et de ventilation des édifices publics; par M. Boudin.

Ce mémoire est la fin de celui dont nous avons parlé précédemment. Il met hors de doute que le système de chauffage de M. Léon Duvoir a réalisé constamment, à Paris, les plus heureux résultats sous le rapport de la régularité du service, de l'extrême rareté des interruptions, de la complète absence d'accidens, de l'économie et surtout de l'hygiène. Ce n'est pas un des moindres mérites de M. Duvoir d'avoir, par l'introduction d'un système de large ventilation, résolu le problème de loger hygiéniquement beaucoup de monde dans des espaces peu spacieux. Nul doute que le casernement des troupes ne soit appelé à retirer de grands bienfaits de ce système, et que la cavalerie ne voie diminuer considérablement ses pertes avec la régulière aération des locaux.

Statistique des décès dans la ville de Paris (1840 à 1850); par M. Trébuchet.

Ce travail, fait avec tout le soin que M. Trébuchet apporte dans ses travaux, se compose d'un très grand nombre de tableaux. Lorsque ces recherches embrasseront un certain nombre d'années, on pourra en tirer un grand parti pour l'hygiène des professions, et surtout comparer le chiffre des décès avec la population de chaque profession.

Considérations médico-légales sur les menaces, tentatives et récidives de suicides; par M. Brierre de Boismont.

Sur 4,595 cas, l'auteur a trouvé que le nombre des menaces avait été du quart environ et celui des tentatives du dixième. Un espace considérable de temps peut s'écouler entre la première et la dernière tentatives. La fréquence des tentatives est un signe d'aliénation. Le souvenir de la douleur est un préservatif contre l'emploi du même moyen. Sur 460 individus qui ont fait de nouvelles tentatives, M. de Boismont n'a trouvé que deux exemples de récidives par les armes à feu. Lorsque les suicides, après avoir manqué leur coup, reviennent au même moyen, c'est presque toujours l'asphyxie par le charbon qui est préféré à Paris. L'aliénation mentale a une part considérable sur la détermination de ceux qui font des menaces ou des tentatives de suicide; si l'on réunit aux aliénés les individus d'un caractère habituellement triste, la proportion devient énorme, car elle s'élève à un peu plus de la moitié.

Gazzetta medica sarda. — Juin à Septembre 1852.

Traitement de la blennorrhagie par le chlorure d'argent à l'intérieur; par le docteur Pellegrino Salvolini.

Peut-être nos lecteurs savent-ils qu'il y a une dixaine d'années, M. le professeur Serre, de Montpellier, remit en honneur le chlorure d'argent dans le traitement de la syphilis, et sur le même plan que le mercure et l'or. Répétées à l'hôpital du Midi par M. Ricord, ces expériences n'eurent pas grand résultat et le chlorure d'argent retomba dans l'oubli. Aujourd'hui, c'est dans le traitement de la blennorrhagie que M. Salvolini vient recommander de nouveau ce médicament, et il rapporte trois faits que nous allons mettre brièvement sous les yeux de nos lecteurs.

Observation I. — Un jeune homme de 29 ans, d'une constitution lymphatique, fut pris, quelques jours après des rapports avec une femme suspecte, d'une blennorrhagie pour laquelle un médecin consulté ne prescrivit aucun traitement actif. Aussi le malade continua-t-il à marcher et même à aller à cheval, ce qui ne tarda pas à faire se développer une inflammation du testicule droit, avec gonflement et douleur très vive. Lorsque l'auteur fut appelé, le malade était déjà au lit depuis près d'un mois, avec une fièvre qui ne le quittait pas depuis dix-sept jours, et présentait des redoublemens vers le soir, toux sèche, énorme tuméfaction et dureté du testicule droit et du cordon spermatique correspondant; écoulement blennorrhagique médiocrement abondant, excrétion des urines très douloureuse, ainsi que les érections; néanmoins, l'examen le plus minutieux ne put faire découvrir d'autre maladie que l'inflammation du testicule. Saignée générale, huile de ricin, boissons émollientes, cataplasmes de farine de lin sur le testicule. Le lendemain, fièvre moindre, mais le testicule restait aussi douloureux, aussi dur et aussi tuméfié, l'émission des urines était aussi douloureuse. Application de 20 sangsues au périnée. Cette fois, il y eut de l'amélioration : écoulement des urines plus facile et gonflement moindre du testicule, pas de fièvre. Les cataplasmes furent continués, et le chlorure d'argent prescrit en pilules de 1/6 de grain, trois fois par jour. Quatre jours après, la dose du chlorure fut portée à 3/4 de grain, et dix autres jours après à un grain. Dans l'intervalle, les cataplasmes et les boissons émollientes étaient continués; aussi, de jour en jour, l'évacuation des urines était de plus en plus facile, pas de douleur dans les érections; encore un peu d'écoulement. Après huit autres jours, un grain et demi de chlorure en trois pilules, qu'il continua ainsi pendant une semaine et sans aucun phénomène d'intolérance. A cette époque, l'écoulement blennorrhagique n'existait plus, le testicule et le cordon avaient repris leur volume, et le malade se trouvait parfaitement guéri. Quelques jours de repos ont complété la cure.

Observation II. — Un homme de 34 ans, affecté de blennorrhagie aiguë, vint consulter l'auteur, qui lui prescrivit un purgatif et l'usage des boissons émollientes; le lendemain, le chlorure d'argent fut commencé à la dose de 1/10 de grain en frictions sur la langue trois fois par jour. Pendant huit jours, la maladie se montra stationnaire. La dose de chlorure fut portée à 1/8 et jusqu'à 1/5 de grain pour chaque friction. A mesure que l'on augmentait la dose du médicament, les symptômes diminuaient, et après avoir pris 11 grains de chlorure, la guérison était complète.

Observation III. — Un jeune homme de 15 ans était affecté depuis quelque temps de blennorrhagie et portait en outre trois petites ulcérations sur le gland. Après un purgatif et des boissons émollientes, le malade fut mis au chlorure d'argent, à la dose de 1/6 de grain en pilules, trois par jour, les ulcérations pansées seulement avec de la charpie sèche, renouvelée trois fois par jour. Après qu'il eût pris un grain de chlorure, la dose fut portée à 1/5 de grain par pilule, puis à 1/3 de grain, toujours trois fois par jour. Au neuvième grain, la blennorrhagie était complètement guérie, et les ulcères parfaitement cicatrisés.

Observation d'ophthalmie scrofuleuse grave traitée avec succès par le tannin; par le docteur Pellegrino Salvolini.

Observation dans laquelle l'auteur insiste sur les bons résultats du traitement proposé par M. Hairion dans le mémoire qu'il a lu, il y a quelque temps, à la Société de chirurgie, sur l'emploi du tannin en ophthalmologie. Cette observation est relative à une jeune fille de 13 ans, d'aspect scrofuleux, au lit depuis deux jours pour les symptômes suivans : fièvre vive, céphalalgie, photophobie, douleurs lancinantes dans les deux yeux et aux tempes, injection conjonctivale, opacité commençante de la cornée transparente causée par un épanchement albumineux, insomnie. Saignée, un purgatif, décoction de laitue pour laver les yeux. Néanmoins, le mouvement fébrile persista avec les accidens aigus, et force fut d'en venir de nouveau aux émissions sanguines générales et locales, à la diète, aux purgatifs salins, aux pédiluves sinapisés, avec repos absolu dans l'obscurité. Ce traitement n'eut d'effet que sur la fièvre et les douleurs lancinantes des tempes; les autres persistèrent avec l'épanchement albumineux sur les deux cornées. Alors M. Salvolini en vint aux vésicatoires à la nuque et derrière les oreilles; collyre avec belladone et opium pour diminuer la photophobie et provoquer l'absorption de l'épanchement albumineux des cornées, lequel était tellement épais à l'œil gauche, que la jeune fille pouvait à peine distinguer le jour de la nuit. A l'intérieur les pilules de Florent avec calomel 0,60, camphre 0,20, extrait de belladone 0,15 pour 12 pilules. Depuis plusieurs jours, la malade était soumise sans succès à ce traitement, lorsque M. Salvolini songea au traitement de M. Hairion, lequel consiste, comme on sait, en l'emploi du tannin.

R. Tannin pur.	5 gr.
Eau distillée.	20
Broyez dans un mortier et ajoutez gomme arabique.	10

Ce mucilage tannique est appliqué avec un pinceau sur les parties malades que l'on touche plusieurs fois par jour. En même temps, M. Salvolini continua les pilules de Florent à l'intérieur et l'application des vésicatoires derrière les oreilles. Guérison complète en vingt-deux jours. A mesure, ajoute M. Salvolini, que l'on appliquait le mucilage tannique sur la surface de l'œil, les phénomènes inflammatoires, la photophobie et la douleur oculaire diminuaient; puis l'épanchement plastique de la cornée se résorba peu à peu; bref, en douze jours, le champ pupillaire était parfaitement libre et la vue avait repris toute sa netteté.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 140. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 23 Novembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..............	32 Fr.
6 Mois..............	17
3 Mois..............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 NOVEMBRE 1852.

DE L'ABUS DE LA POSITION HORIZONTALE A L'HOSPICE DES ENFANS-TROUVÉS ET DE SON INFLUENCE SUR LA MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

J'ai dit plus haut que les enfans de la crèche étaient allaités quatre, cinq, six, et dans les cas exceptionnels jusqu'à sept ou huit fois. C'est tout ce que peuvent faire les filles de service, chose facile à comprendre si l'on a bien suivi mes calculs. Or, il s'agit de savoir si le nombre de quatre, cinq, six et même huit repas est suffisant à l'alimentation. On trouve écrit dans une foule de livres qui ne sont qu'une copie plus ou moins déguisée les uns des autres, qu'un enfant nouveau-né doit prendre sa nourriture à des heures régulières, qu'il faut l'allaiter toutes les trois ou quatre heures; les plus audacieux disent toutes les deux heures.

Qui ne reconnaîtrait là le langage des hommes qui commettent des livres dans la solitude de leur cabinet? Eh quoi! vous avez chaque jour sous les yeux, je ne dis pas dans les hôpitaux, mais dans la société, dans votre clientèle, dans vos familles, dans les promenades publiques, des enfans sans cesse appendus au sein de leurs nourrices, qui tètent jusqu'à trente et quarante fois par jour, qui, suivant les calculs de M. Natalis-Guillot et de M. Lampérière, de Versailles, absorbent dans la période diurne de 1,500 à 2,000 grammes de lait, et qui viennent à merveille, et vous prétendez rationner un enfant de deux jours comme un adulte de vingt ans; vous fixez à six ou huit le nombre de ses repas, vous méconnaissez ce besoin d'accroissement qui vient de ce qu'un enfant gagne dans les deux ou trois premières années la moitié de la taille et du poids qu'il acquerra dans le reste de sa vie. Quelle étrange aberration! que sont devenues les lois de la physiologie? Qu'avez-vous fait de vos facultés d'observation?

Mais, dira-t-on, ce sont les excès d'alimentation qui tuent les nouveau-nés, en déterminant les gastro-entérites si fréquentes à cet âge. Nouvelle erreur et que j'ai à cœur de dissiper. Un mot suffira pour cela. Si les excès d'alimentation étaient la cause la plus fréquente de l'entérite, c'est en ville qu'on devrait l'observer, c'est chez le riche qui ne ménage rien, c'est chez le pauvre qui prodigue le lait au nouveau-né avec moins d'intelligence encore. Eh bien, c'est dans ces conditions qu'on rencontre le moins l'inflammation intestinale, c'est dans ces conditions que croissent et prospèrent ces enfans dont l'embonpoint exubérant, la belle carnation, le teint si frais, si rose, si velouté, sont un sujet d'orgueil pour les mères et les nourrices. L'hospice des Enfans-Trouvés, au contraire, qu'on n'accusera pas certes d'alimenter trop les nouveau-nés, n'envoie pas un seul enfant à l'amphithéâtre qu'il ne présente, à un degré plus ou moins intense, les traces de la gastro-entérite, soit aiguë, soit chronique. D'où vient cela? C'est que dans les premiers mois de la vie extra-utérine, le premier effet, l'expression la plus constante d'un trouble quelconque apporté à l'exercice des grandes fonctions, c'est le dérangement des voies digestives. La phlegmasie gastro-intestinale est connexe avec presque tous les états pathologiques graves de la première enfance. Quelquefois, il est vrai, le chiffre de cinq ou six rations étant insuffisant, le nouveau-né prend en un seul repas plus de nourriture que son estomac et ses intestins n'en peuvent digérer. Il se dédommage ainsi de la diète cruelle qu'on lui a imposée, mais aux dépens de son canal alimentaire qui s'enflamme et se détériore. La diarrhée s'établit et la mort survient. Le plus souvent, les désordres occasionnés par l'immobilité dans la position horizontale, ne permettent pas même au nouveau-né ces petits excès, et il meurt en réalité d'inanition.

J'avais donc raison de dire que les enfans mouraient de froid et de faim à la crèche; de faim au milieu de l'abondance, de froid au milieu de la chaleur.

Je viens de signaler le mal dans toute son étendue, sans l'amoindrir, sans l'exagérer. Qu'on le sache bien ici, je n'accuse personne, ni l'administration qui fait son devoir, ni les religieuses, ni les filles de service qui font plus que le leur. Avant de remédier au mal, il fallait le connaître et l'étudier dans ses causes. On savait déjà que la mortalité des nouveau-nés dépendait en grande partie des sources impures auxquelles un grand nombre de ces enfans puisent la vie, et à cela nous ne pouvons rien. On savait encore que l'hôpital lui-même était une cause de mortalité, en ce sens que l'encombrement engendre autant de maladies que la misère et la débauche. Or, à part la réunion des enfans dans un même lieu, l'administration ne pouvait faire plus pour la salubrité de la crèche que ce qu'elle a fait jusqu'à ce jour.

On savait enfin que le défaut de nourrices, c'est-à-dire la substitution de l'allaitement artificiel à l'allaitement par les femmes entraînait des dangers très graves pour l'existence des nouveau-nés. Or, on a beaucoup exagéré l'influence de cette cause. Pourquoi dans les campagnes et même dans les parties les plus insalubres de nos villes, tant d'enfans prospèrent-ils qui ne sont allaités qu'à l'aide de la cuiller ou du biberon? C'est que chez les malheureux, chez les plus indigens, il faut bien le reconnaître à leur gloire, le pain peut manquer pour l'adulte, que le lait ne manque jamais pour l'enfant. Et puis on immobilise rarement le petit être dans son berceau; il a des frères, des sœurs, des parens, des amis qui le portent dans leurs bras, qui le promènent, qui l'amusent, qui satisfont en un mot à ce besoin de mouvement, d'exercice, de récréation qu'apporte toute créature en venant au monde. S'il n'est pas choyé et caressé par sa mère, il l'est tour à tour par les divers membres de sa famille; son jeune corps et sa jeune âme sont satisfaits. Le péril n'est donc pas tant dans l'allaitement artificiel que dans le manque de bras, pour les innocentes créatures auxquelles l'hospice des Enfans-Trouvés ouvre ses portes.

Il est facile d'entrevoir par là le remède que j'ai à proposer. Ou il faut détruire la crèche et fermer le tour, ou il faut multiplier le nombre des filles de service. Telle est l'alternative que je viens offrir. Mais dans quelles limites devra-t-on augmenter le personnel de la crèche? Ici, j'éprouve un certain embarras à dire ma pensée, parce que je prévois des réclamations de la part de l'administration qui fait chaque année d'énormes sacrifices pour l'entretien de cet établissement. Cependant, je dois être conséquent avec moi-même. Qui veut la fin, veut les moyens. Les nouveau-nés meurent dans leurs berceaux, faute de bras pour les alimenter, les changer, les promener, les distraire. Eh bien! quadruplons le nombre des filles de service, et nous aurons une femme pour deux enfans environ. C'est beaucoup trop, dira-t-on. Je crois que ce n'est pas assez. Voyez plutôt combien les nourrices bourgeoises ont de temps de reste.

Les soins qu'exige un enfant sont de tous les instans. Ce n'est pas assez d'entretenir autour d'eux une propreté extrême, de les allaiter chaque fois qu'ils en témoignent le

---

Feuilleton.

LOUISE BOURGEOIS, DITE BOURSIER,

SAGE-FEMME DE LA REINE MARIE DE MÉDICIS.

ESQUISSE HISTORIQUE (1).

« Les dames que le roy avoit résolu qui seroient appelées à l'accouchement de la roine, furent mandées. Il fut apporté sous les pavillons une chaise, des siéges plains et des tabourets pour asseoir le roy, Madame sa sœur et Mme de Nemours. La chaise pour accoucher fut aussi apportée, qui estait couverte de velours cramoisi rouge. Sur les quatre heures du matin, une grande colique se mesla parmy le travail de la reyne, qui lui donna d'extrêmes douleurs sans avancement. De fois à autre le roy faisait venir les médecins voeir la royne et me parlait, auxquels je rendois compte de ce qui se passoit. La colique travailloit plus la reyne que le mal d'enfant, et mesmes l'empeschoit..... Les reliques de Mme Sainte-Marguerite estoient sur une table dans la chambre, et deux religieux de Sainct-Germain-des-Prez qui prioyoient Dieu sans cesser......... Le mal de la royne dura vingt-deux heures et un quart. Pendant un si long temps qu'elle demeura en travail, le roy ne l'abandonna nullement; que s'il sortoit pour manger il envoyoit sans cesse sçavoir de ses nouvelles. La royne craignoit que devant accoucher, M. de Vendôme (2) n'entrast en sa chambre pendant son mal, à cause de son bas âge. Mais elle sentant son mal n'y prit pas garde. Il me demandoit à toute heure si la royne accoucheroit bientost, et de quel enfant ce seroit. Pour le contenter je lui dis qu'oui. Il me demanda de rechef quel enfant ce seroit. Je lui dis que ce seroit ce que je voudrois. — Et quoi, dit-il, n'est-il pas fait? — Je lui dis qu'oui, qu'il estoit enfant, mais que j'en ferois un fils ou une fille ainsi qu'il me plairoit. Il me dit, sage-femme, puisque cela dépend de vous, mettez-y les pièces d'un fils. — Je lui dis : si je fais un fils, que me donnerez-vous? — Je vous donnerai tout ce que vous voudres, plus tost tout ce que j'ai. Il arriva bien pendant ceste longueur de temps, que ceux que la royne avoit jugé qui désiroient que de me troubler, dirent quelque chose et firent quelques mines dont je ne m'étonnois non plus que de rien; d'autant que voiois que veu le bon courage de la royne tout succéderoit à bien, et qu'elle se fioit du tout en moi. Lorsque la royne alloit accoucher, je voiois qu'elle se retenoit de crier; je la suppliai de ne s'en retenir afin que sa gorge ne s'enflât. Le roy lui dit : ma mie, faites ce que votre sage-femme vous dit, cries de peur que votre gorge s'enfle. Elle avoit désir d'accoucher dans sa chaise, où estant assise, les princes estoient sous le grand pavillon, vis-à-vis d'elle. J'estois sur un petit siége devant la royne, laquelle estant accouchée, je mis M. le dauphin dans des linges et langes, sans que personne sçut que moi quel enfant c'estoit....... Le roi alla embrasser les princes ne s'étant aperceu de la foiblesse de la reyne, et alla ouvrir la porte de la chambre, et fit entrer toutes les personnes qu'il trouva dans l'antichambre et grand cabinet. Je crois qu'il y avoit deux cents personnes, de sorte que l'on ne pouvoit se remuer dans la chambre pour porter la reyne dans son lict. J'estois infiniment fâchée de la voir ainsi. Je dis qu'il n'y avoit aucune apparence de faire entrer ce monde icy que la royne ne fût couchée. Le roy m'entendit qui me vint frapper sur l'espaule et me dit : « *Tais-toy, tais-toy,* » *sage-femme, ne te fasche point, cet enfant est à tout le monde.* » *il faut que chacun s'en resjouisse....* »

Louise Boursier avait su s'attirer la bienveillance et les sympathies du monarque; son air résolu, son jugement sain, la fermeté qu'elle apporta dans un moment si critique pour elle, le sang-froid qui ne l'abandonna jamais au milieu de l'inquiétude générale qu'un accouchement aussi long répandait parmi les courtisans, lui avaient attiré la confiance de l'intelligent roi. Aussi, s'approcha-t-il d'elle avec un sourire approbateur sur les lèvres, lui prit-il les mains en la gratifiant de galantes « *gausseries* » et voulut la nommer dorénavant « sa résolue. » Il aurait même désiré que Mme Boursier fût restée d'une manière permanente au service de la reine, et lui offrit la charge de « remueuse de M. le dauphin, » avec des gages pareils à ceux des nourrices attachées à la cour. Louise Bourgeois eut tout à la fois l'esprit et le bon goût de refuser une offre qui lui paraissait indigne d'une profession honorable qu'elle exerçait avec talent. Elle répondit avec beaucoup de dignité qu'elle trouvait tout son bonheur dans la pratique de son art, et qu'elle ferait ses efforts pour s'y perfectionner afin de mieux servir la reine (1).

Elle ne resta plus, en effet, que huit jours au château de Fontainebleau, et revint à Paris, dans sa famille.

Cependant, Louise Boursier ayant au dehors une immense clientèle

(1) Voir les numéros des 5, 12 et 26 Octobre.

(2) Fils aîné de Henri IV et de Gabrielle d'Estrée, né en 1594; il avait donc alors à peu près six ans.

(1) Pierre Matthieu, historiographe de Henri IV, en parlant de la naissance du Dauphin, depuis Louis XIII, rend pleine justice au tact, à l'intelligence que Louise Bourgeois déploya en cette circonstance : « La sage-mère, dit-il, qui savait qu'une grande joie pouvait apporter plus de mal et d'émotion qu'un contraire accident, *fit connoitre sa discrétion* après qu'elle eut reçu l'enfant, car elle l'enveloppa en telle sorte, que l'on ne reconnut point les marques du sexe, et y ajousta une mine si triste et farouche, que le roy et tous ceux qui estoient là ne la firent guère meilleure, croyant que c'estoit une fille. L'enfant avait été tellement travaillé qu'il estoit tout violet. On demanda une cuiller pour lui mettre du vin à la bouche, et la sage-mère voyant que l'on demeuroit trop à l'apporter, dit au roy : « *Sire, si cet enfant estoit à un autre, je prendrois du vin dans ma bouche et le verserois dans la sienne.* » A cette parole, le roy lui donna un flacon, et le lui mit à la bouche; elle en versa incontinent en celle de l'enfant, qui commença à reprendre ses esprits. Ce doute que c'étoit une fille ne dura pas longtemps, et tout aussitôt que le roy sceut que c'estoit un fils, les larmes lui vinrent aux yeux, et dit à la royne : « *Ma mie, esjouyssez-vous, Dieu nous a donné ce que nous désirions.* » (P. Matthieu. *Histoire de Henri IIII*, Paris, 1631. In-fol., p. 442.) Voyez encore : *Vie de Marie de Médicis*, par madame Tiroux d'Harconville; Paris, 1774. In-8, tome I, p. 55.

Nous avons eu la curiosité de visiter, à Fontainebleau, les appartemens où se sont passées les scènes curieuses si naïvement décrites par Louise Boursier. Toutes ces pièces sont, à peu de chose près, dans l'ordre où elles se trouvaient sous Henri IV. A la place même où Marie de Médicis a mis au jour, sous le Grand-Pavillon, Louis XIII, on voit le jeune roi représenté assis sur un dauphin qu'il dirige au milieu des eaux.

besoin; il faut encore, je le répète, les tenir dans les bras ou sur les genoux une grande partie du jour, les promener aux heures les plus convenables, les faire jouir de l'influence bienfaisante du grand air et du soleil. L'hygiène des nouveau-nés est là tout entière. Omettez l'un de ces préceptes, et vous n'aurez que des avortons, des enfans maladifs qui périront tôt ou tard des suites de cette négligence.

Le sacrifice que je demande est grand sans doute, mais il est proportionné à l'étendue du mal. Gardons-nous de demi-mesures. Outre qu'elles ne remédient à rien, elles servent à discréditer l'emploi des moyens les plus sages et les plus efficaces. Sans vouloir discuter ici la question pécuniaire, il est facile de voir qu'une allocation assez modeste suffirait amplement aux besoins réels de la crèche. A l'heure où des portions entières de notre cité disparaissent dans l'intérêt de la santé publique, à une époque où l'on a tant prêché l'amélioration des classes pauvres et souffrantes, oubliera-t-on la plus intéressante de toutes, celle des enfans abandonnés; leur marchandera-t-on les quelques milliers de francs nécessaires à la conservation de leur existence? Un nouveau-né a beau ne tenir à la vie que par quelques frêles liens, au point de vue chrétien et philosophique, c'est un homme, et, à ce titre, il a les mêmes droits que l'adulte à notre sollicitude. Dès l'instant qu'on ouvre à ces innocentes créatures un asile, cet asile doit être entouré de toutes les garanties de bien-être et de sécurité possibles. Derrière le tour il doit y avoir autre chose que l'amphithéâtre.

Je termine là les réflexions que m'inspire un sujet si plein d'intérêt. Aussi bien en ai-je assez dit si j'ai pu convaincre quelques personnes de la réalité du mal que j'ai signalé et de la nécessité du remède qu'il réclame. Mais non, je n'aurai pas fait un vain appel aux lumières et aux sentimens généreux des hommes compétens; ils ne dédaigneront pas d'étudier la question que j'ai traitée si imparfaitement dans ces colonnes, et, si mes efforts ne demeurent pas sans résultat, je m'estimerai bien heureux, car j'aurai fait, sinon un bon mémoire, du moins une bonne action.

D[r] E. Hervieux.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. NONAT.

Sommaire. — Pleurésie hémorrhagique; thoracentèse. — Paralysie des quatre extrémités; traitement par les bains sulfureux et la brucine.

La pleurésie hémorrhagique est une affection rare. Dans les quelques faits qui en ont été rapportés, la nature du liquide contenu dans la plèvre n'a été reconnue que par la nécropsie (1). Il n'existe, en effet, aucun signe constant à l'aide duquel on puisse reconnaître si la pleurésie est simplement séreuse ou hémorrhagique. On sait comment on arrive à diagnostiquer l'hématocèle vaginale de l'hydrocèle; or, si on a présens à la mémoire les différens caractères à l'aide desquels on distingue ces deux affections, on verra qu'aucun d'eux n'est applicable aux épanchemens pleurétiques. Que ceux-ci soient formés de sérosité pure ou de sérosité mêlée de sang, la marche, les signes sont en général les mêmes. Les phénomènes que Valentin a décrits, c'est-à-dire l'empâtement du tissu cellulaire sous-cutané du côté malade, et surtout la teinte ecchymotique au niveau et au-dessous des dernières fausses côtes, ne se présentent que très rarement et sont surtout applicables, le premier à l'épanchement purulent aigu, le second aux épanchemens de sang pur par cause traumatique.

(1) Dernièrement, M. Gosselin a pratiqué une thoracentèse pour un cas de pleurésie hémorrhagique.

Le fait que nous allons rapporter et que nous avons observé dans le service de M. Nonat, à l'hôpital de la Pitié, est une nouvelle preuve à l'appui de ce que nous venons de dire sur la difficulté du diagnostic. Il présente d'ailleurs quelques circonstances intéressantes que nous ferons ressortir.

La nommée Désirée Belat, âgée de 48 ans, couturière, entre à la salle Saint-Charles, n° 16, le 8 octobre 1852. Cette femme, jusqu'au mois d'août de cette année, a toujours joui d'une santé parfaite. Elle était assez grasse, d'une robuste constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin. An mois d'août dernier, à la suite de l'ingestion d'une boisson raffraîchissante, elle fut prise d'une diarrhée très abondante qui dura une quinzaine de jours et l'affaiblit beaucoup. Un ou deux jours après que la diarrhée eût cessé, elle ressentit un point de côté assez vif qui survint sans qu'elle se fût exposée au froid ou à l'humidité. Ce point de côté, qui la gênait surtout quand elle était couchée, ne l'empêchait pas de travailler; mais au bout de quelques jours, sa respiration devint difficile et l'oppression s'accrut rapidement, au point que la malade crut qu'elle allait étouffer. Elle envoya chercher un médecin qui pensa, d'après la gêne extrême de la respiration, avoir affaire à un emphysème. Il fit appliquer dans le dos un emplâtre de poix de Bourgogne et lui donna des pilules calmantes. Un second médecin, appelé au bout de huit jours, lui prescrivit des bains de pieds, des sangsues à l'anus. Elle ne fut point soulagée; au contraire, son oppression s'accrut encore. Elle n'avait plus un instant de sommeil et passait les nuits, assise sur son lit. M. le docteur Coffin, qui fut mandé en dernier lieu, il y a trois semaines, reconnut que tous les phénomènes présentés par cette malade tenaient à un épanchement siégeant dans le côté gauche de la poitrine, ayant une hauteur de six travers de doigt. A ce moment, il existait encore quelques accidens aigus, un point de côté assez douloureux et de la fièvre. Il pratiqua une saignée qui fut suivie d'un très notable soulagement, car la malade put dormir toute la nuit qui suivit cette saignée; le point de côté avait aussi disparu. Mais l'épanchement, qui avait d'abord diminué, augmenta de nouveau. Le médecin ordonna des drastiques qui n'eurent aucune influence sur la maladie; il fit poser un premier vésicatoire sur le côté malade; l'épanchement baissa rapidement de niveau, pour reprendre bientôt sa marche ascendante, que deux nouveaux vésicatoires furent impuissans à arrêter. Le 7 novembre, l'épanchement atteignait la deuxième côte.

Le 11 novembre, la malade est assise, les jambes pendantes hors de son lit. La face est bouffie et fortement cyanosée, les lèvres sont bleuâtres, les mains sont légèrement œdématiées, les jambes sont fortement œdématiées; elles présentent, surtout à leur partie inférieure, une légère cyanose. La respiration est haute, courte, précipitée, supplémentaire; la dyspnée est assez considérable pour que la malade ne puisse répondre que par des mots entrecoupés. Quelques plaintes de temps en temps. La malade est grasse; aussi, l'inspection de la poitrine ne fait-elle découvrir aucune déformation bien appréciable. Point d'infiltration des parois thoraciques. Les vibrations communiquées au thorax par la voix sont presque éteintes à gauche. La percussion dénote une matité considérable occupant tout le côté gauche en arrière, remontant jusque dans la fosse sus-épineuse; en avant la matité existe jusque sous la clavicule et atteint le bord droit du sternum. Le cœur, refoulé, se trouve en partie sous le sternum et en partie à droite, sa pointe bat à droite du sternum. Battemens un peu irréguliers. Le pouls est à 120. La respiration ne s'entend que le long de la colonne vertébrale, dans un espace très limité. Il n'y a pas de souffle bronchique ni d'égophonie. La malade ne tousse pas, elle n'expectore pas. Depuis déjà plusieurs semaines, elle urine très peu.

M. Nonat pratique la thoracentèse par le procédé Reybard, dans le septième espace intercostal. Il s'écoule aussitôt un liquide très homogène, fortement sanguinolent. La malade, dès que l'écoulement commence, éprouve du malaise et pousse des plaintes. Quelques instans après, elle est prise de toux, et chaque secousse de toux active la sortie du liquide, dont le jet porte alors à un pied de distance. Le liquide conserve le même aspect pendant toute l'opération; il ne sort aucune fausse membrane. On retire 4 litres et 125 grammes de ce liquide séro-sanguinolent. Aussitôt après la thoracentèse, on examine l'état des organes thoraciques. Le cœur a repris sa place; la matité est remplacée par une sonorité un peu plus obscure que celle du côté droit. On entend partout la respiration, mais mélangée de râles crépitans.

12 novembre. La malade a toussé dans la journée d'hier. Elle a rempli deux crachoirs et demi de crachats mélangés, liquides, spumeux et muqueux. Elle a uriné beaucoup plus abondamment que tous les jours précédens. La nuit a été bonne. La malade a un peu dormi. L'œdème des membres inférieurs a considérablement diminué. La figure est moins bouffie et moins cyanosée. Le pouls est à 96. La respiration s'effectue avec facilité. La sonorité est parfaitement rétablie. Le murmure respiratoire s'entend partout, mêlé de râles sous-crépitans et sonores. On avait gardé dans un verre du liquide retiré de la poitrine. La matière colorante du sang s'est précipitée au fond du verre et ne forme pas un dépôt de plus de 1 centimètre. Il ne s'est point formé de caillot.

On voit, par les détails que nous venons de donner sur cette malade, que la présence du sang dans l'épanchement de la plèvre ne s'était révélé par aucun phénomène propre. Plusieurs questions assez intéressantes pourraient être soulevées à ce sujet. A quel moment, dans les pleurésies hémorrhagiques, s'épanche le sang? Comment s'épanche-t-il? Est-ce le sang tout entier qui s'épanche? Si nous nous en tenons au fait que nous rapportons, nous ne sommes en mesure de répondre d'une façon absolue à aucune de ces questions. Nous avons dit qu'il ne s'était pas formé de caillot dans le liquide extrait de la plèvre, cela nous porte à penser qu'il n'y avait point de fibrine, mais elle peut bien avoir existé et avoir disparu. S'il nous avait été donné d'examiner les globules sanguins contenus dans le liquide, peut-être aurions-nous pu avoir quelques notions sur la date de l'épanchement de sang par les déformations plus ou moins profondes subies par ces globules.

Cette malade a offert un phénomène qui ne s'observe que rarement, lorsqu'il n'y a point de complication du coté du cœur et du péricarde; je veux parler de l'œdème des membres inférieurs. Cet œdème se rencontre surtout chez les malades qui, comme celle-ci, portent un épanchement très considérable, et situé à gauche. On s'explique l'importance de cette dernière circonstance par le refoulement du cœur et la gêne extrême apportée à la circulation.

Enfin, la rapidité avec laquelle cet œdème a diminué, est aussi une circonstance bien remarquable. Cette diminution a eu lieu vraisemblablement sous l'influence de la diurèse qui s'est rétablie, et de l'abondante bronchorrée qu'a présentée la malade dans les journées du 12 et du 13.

Nous ne perdrons point de vue cette intéressante malade, et nous ferons connaître à nos lecteurs le résultat définitif de la thoracenthèse qu'elle a subie.

— Dans la salle des hommes du service de M. Nonat (Saint-Paul), un des malades qui ont le plus frappé notre attention, est certainement celui qui est couché au n° 8. Voici, en abrégé, les détails qui nous sont fournis par M. Nonat :

Ce malade est jardinier; il a 32 ans; il n'a jamais été malade jusqu'au mois d'avril dernier. Son état le forçait, surtout à ce moment, à se plonger continuellement les mains dans l'eau pour y remplir ses arrosoirs, et les pieds étaient aussi toujours dans l'humidité. Vers le milieu du mois d'avril, il sentit quelques fourmillemens dans les pieds et dans les mains qui se refroidissaient facilement. Au bout de quelques jours, il ne marchait déjà plus avec assurance, et il ne pouvait plus porter ses

---

qui lui rapportait beaucoup, s'aperçut qu'au bout du compte elle perdait plus en restant à la cour qu'elle n'y gagnait. Aussi, fit-elle demander au roi, par l'entremise de la reine, une pension de six cents écus Henri ne voulut en donner que trois. Les raisons qu'il donna de cette parcimonie méritent la peine d'être conservées :

« Je vous donne, dit-il, trois cents écus de pension que vous aurez
» toujours, et tous les ans ma femme accouchera. Si c'est un fils, vous
» aurez cinq cents écus de mes coffres de récompense ; avec trois cents
» écus de pension, ce sont huit cents écus que vous aurez avec ce que
» vous gagnerez avec les princesses et autres dames. Si ma femme ne
» fait qu'une fille, vous aurez trois cents écus de pension ; il faut plus
» faire de récompense des fils que des filles. »

Malheureusement, ces dispositions de Henri IV ne commencèrent à recevoir leur exécution qu'en décembre 1609, et le couteau de Ravaillac frappa le Béarnais le 10 mai de l'année suivante.

Ici se place un long espace de temps où il n'est pas facile de suivre M[me] Boursier. La mort de Henri IV devait ruiner toutes ses espérances, puisque son intervention à la cour devenait inutile sous une régence et sous une reine, Anne d'Autriche, vouée pendant une vingtaine d'années à une désespérante stérilité. Pourtant, notre sage-femme avait su mettre à profit la brillante position dont la fortune l'avait gratifiée. Elle parvint à créer pour sa famille des alliances auxquelles elle n'aurait pas pu prétendre par son origine toute plébéienne. Les registres de l'état civil, conservés à l'Hôtel-de-Ville de Paris, renferment plusieurs documens relatifs à la famille Boursier, et qui montrent que de nobles maisons eurent à honneur de s'allier avec elle. Ainsi, le mardi 8 septembre 1615, une des filles de Louise Bourgeois, *Antoinette Boursier*, épouse André Robinet, conseiller du roi à Issoudun. De ses deux fils (dont l'un était pharmacien), *Pierre Boursier*, devint d'abord porte-manteau ordinaire du frère du roi, puis secrétaire de la chambre de la reine, et avait épousé la fille du seigneur de Kerguessen. La faveur que cette famille parvint à obtenir à la cour fut même assez grande pour qu'un petit--fils de l'accoucheuse du « crocheteur » fût tenu sur les fonds baptismaux par haut et puissant seigneur Savary de Brienne et damoiselle Marie de Bourbon, duchesse de Montpensier.

La fortune semblait donc déverser toutes ses faveurs sur Louise Bourgeois, lorsqu'un terrible événement vint assombrir l'existence jusqu'alors si brillante de la célèbre accoucheuse, et empoisonner les dernières années de sa vie active. La catastrophe à laquelle nous faisons allusion fut d'autant plus poignante, qu'elle alla frapper au cœur une cour nouvelle dans laquelle M[me] Boursier n'avait plus ce puissant appui qui l'avait lancée dans les bonnes grâces de Marie de Médicis, et comptait au contraire parmi ses ennemis des médecins haut placés dans l'opinion du monarque, et dont le jugement était sans appel. Au reste, c'est avec regret qu'on voit Louise Boursier, cette femme si pleine de tact et de convenances, faire preuve en cette occasion d'une âcreté de caractère et d'une injustice révoltante envers des hommes qui, sans être ses amis dévoués, avaient pour elle une haute considération et l'entouraient du respect qu'on doit à la vieillesse, à une longue expérience, et à un mérite incontestable. Il faut dire qu'à cette époque M[me] Boursier avait soixante quatre ans, âge des déboires, des désillusions et des susceptibilités outrées.

Donc, le 5 juin 1627, Marie de Bourbon Montpensier fut emportée en quelques heures par un affection ayant tous les caractèrcs d'une *péritonite puerpérale*. La perte de cette princesse, fille de Gaston d'Orléans, frère de Louis XIII, fut pour la cour et pour la France un sujet d'affliction immense. On ne sait si l'on accusa faussement la sage-femme de ce malheur, ou si véritablement cette dernière commit dans cette délivrance quelques graves imprudences. Toujours est-il que la reine-mère, Marie de Médicis, ayant ordonné l'autopsie de sa belle-fille, Louise Boursier se laissa entraîner contre le rapport qu'en firent les médecins attachés à la cour, à la publication d'un libelle qui dut lui attirer la réprobation générale.

Voici d'abord ce rapport nécroscopique qui fut alors colporté dans tout Paris :

Rapport de l'ouverture du corps de feue Madame.

« Nous soussignés, François *Vautier*, conseiller et premier médecin
» de la reine, mère du roi; Pierre *Seguin*, conseiller et premier mé-
» decin de la reine; Rodolphe *Lemaistre*, conseiller et premier méde-
» cin de Monsieur; François *Tornaire*, conseiller et premier médecin
» de Madame; Abel *Brunier*, conseiller et médecin ordinaire de Mon-
» sieur; Charles *Guillemeau*, docteur en médecine, conseiller et pre-
» mier chirurgien du roi; Jean *Menard*; Siméon *Pimpernelle*, chirur-
» giens ordinaires de la reine, mère du roi; Guillaume *Carillon*, chi-
» rurgien ordinaire de Monsieur; François *Néron*, chirurgien ordinaire
» de feue Madame. — Après avoir ouvert le corps de feue Madame,
» par le commandement de la reine, mère du roi, et diligemment con-
» sidéré toutes ses parties intérieures, avoir trouvé la capacité du ven-
» tre intérieur remplie d'une matière sanieuse; les intestins pleins de
» vent; le ventricule petit et enflé; le foie sec et petit; la rate fort
» grande aussi en toutes ses dimensions; les reins petits et bien cons-
» titués; la vessie de l'urine petite. La matrice nageait dans une matière
» sanieuse, enfermée dans l'hypogastre. Elle était gangrenée depuis la
» partie externe jusqu'au fond, spécialement du côté gauche, et la par-
» tie assise sur le *rectum*. Au côté droit du fond s'est trouvée une
» petite portion de l'arrière-faix tellement attachée à la matrice, qu'on
» n'a pu la séparer sans peine avec les doigts. Nous avons trouvé les
» poumons sains, sans être aucunement adhérens aux côtes. Le cœur
» fort petit. Le péricarde presque sans eau. Le cerveau sans aucun
» vice. Le tout certifions être vrai, témoins nos noms ci-mis.

» Fait à Paris, le cinquième juin mil six cent vingt-sept.

» Vautier, Lemaistre, Brunier, Menard, Carillon,
» Seguin, Tornaire, Guillemeau, Pimpernelle,
» Néron. »

(*La suite à un prochain n°.*) D[r] Achille Chereau.

arrosoirs qu'avec peine. Son état empira les jours suivans. Bientôt il fit des faux pas, ses pieds tournaient malgré lui, il manquait alors de tomber. En même temps, il lui fut impossible de porter des fardeaux sans laisser ses bras pendre le long de son corps, à cause de l'impossibilité où il était de maintenir ses poignets relevés. Au bout d'un mois, il était incapable de travailler; et obligé de garder la chambre, il fit venir un médecin qui lui prescrivit des frictions excitantes et des vésicatoires sur la région lombaire. Mais ce fut en vain, la maladie fit des progrès, et le médecin conseilla au malade de venir à Paris. Il y vint, et entra aussitôt dans le service de M. Nonat, le 21 août 1852.

Le 22 août, on le trouve dans l'état suivant: les mains sont dans la flexion avec pronation. Le malade peut à peine fléchir les doigts. Il lui est impossible de relever ses mains pendantes ou de les mettre en supination. L'attitude de ses mains est celle que l'on trouve dans les paralysies saturnines. La maigreur des avant-bras est extrême, les muscles sont atrophiés. La flexion des avant-bras sur les bras, et leur extension, se fait assez facilement.

Les pieds sont étendus sur les jambes, semblant obéir ainsi aux lois seules de la pesanteur; de plus, ils sont renversés de dehors en dedans. On les fait mouvoir avec une étonnante facilité dans l'articulation tibio-tarsienne, dont les ligamens, surtout les externes, semblent extrêmement relâchés. La jambe est amaigrie. Les muscles de la région antérieure sont atrophiés, de même que ceux de la région postérieure. Le malade ne peut faire exécuter aucun mouvement à ses orteils, ni à ses pieds. De plus, les muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse sont aussi atteints, car, lorsque le malade a fléchi la jambe sur la cuisse, il ne peut pas l'étendre; un aide est obligé de le faire. Les muscles soléaires et jumeaux, qui sont très diminués de volume, sont durs et très douloureux. Le tendon d'Achille est légèrement rétracté.

Les fonctions digestives s'exécutent facilement; il n'y a point de réaction fébrile. Le malade n'a jamais eu de douleurs, ni dans la région lombaire, ni dans la région épigastrique. Il urine bien; la défécation est normale. Il n'a jamais offert que quelques légers maux de tête.

Depuis le jour de son entrée, jusqu'au 10 septembre, il a pris des bains sulfureux, et à partir de ce moment, il a pris simultanément des bains sulfureux et des pilules de brucine. D'abord une de 0,01, puis deux, puis trois, puis quatre chaque jour. Il s'est produit une amélioration lente, mais progressive, qui se fait seulement sentir dans les bras et dans le triceps fémoral. Les pieds et les jambes restent encore aujourd'hui dans le même état.

Si j'ajoute à ce résumé, que l'on a essayé la sensibilité et la contractilité musculaire avec l'appareil de Clark, on aura l'histoire à peu près complète de ce malade. La sensibilité était intacte. Quant à la contractilité, elle était complètement abolie dans les muscles antérieurs et postérieurs de la jambe, dans les extenseurs de la main, très affaiblie dans les fléchisseurs de l'avant-bras et de la main, et dans le triceps fémoral.

Cette maladie emprunte son cachet particulier à la marche qu'elle a suivie. C'est un fait extrêmement rare: paralysie commençant à la fois dans les quatre extrémités, survenant sans autre cause appréciable et déterminante qu'une immersion plusieurs fois répétée des mains et des pieds dans l'eau froide. Beaucoup d'autres ouvriers exerçent la même profession que ce malade; un grand nombre d'entre eux s'exposent de même à l'humidité pendant une grande partie de la journée, et cependant ils ne sont pas atteints de la même maladie. On ne doit donc pas, ce me semble, accorder une grande confiance à l'influence de cette cause. Il y a là une prédisposition qui nous échappe. Quant au siége de la maladie, existe-t-il dans les nerfs ou dans les muscles? Pour nous, il n'y a pas de doute, c'est une maladie musculaire. Tous les traits de l'observation que nous venons de résumer se rapportent exactement à l'atrophie musculaire progressive décrite par M. Aran.

Le traitement prescrit à ce malade par M. Nonat a, jusqu'à présent, bien amélioré sa position, et il y a peut-être lieu d'espérer qu'il pourra guérir complètement. Mais, en tout cas, ce ne sera qu'après avoir continué encore longtemps ce traitement, car ces maladies sont des plus rebelles à toutes les médications. A. V.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION D'ENTÉRALGIE SATURNINE;

Observation recueillie par M. le docteur HAIME (de Tours), médecin en chef des prisons.

M. G....., ébéniste à Tours, actuellement âgé de 39 ans, d'une constitution molle et d'un tempéramment nerveux, avait éprouvé déjà deux fois, à quelques mois d'intervalle, la plupart des symptômes propres à l'intoxication saturnine, tels que douleurs abdominales plus ou moins vives, avec exacerbations le soir, nausées, vomissements bilieux, évacuations alvines rares et dures, constipation; anorexie très prononcée, rétraction des parois du ventre, liseré ardoisé des gencives, bouche mauvaise, fétidité de l'haleine, insomnie, face pâle et jaunâtre, pouls normal et même plus lent que de coutume.

Ces symptômes, chez un ouvrier étranger aux travaux où s'emploient les préparations de plomb, n'avaient point précisément appelé mon attention de ce côté, et avaient d'ailleurs cédé assez facilement en quelques jours aux adoucissemens et aux calmans, suivis de légers purgatifs. Mais, à quelque temps de là, au mois de juin 1849, s'étant renouvelés une troisième fois avec plus d'intensité et avec accompagnement de douleurs dans les membres, et d'une faiblesse insolite de l'action musculaire, je pressais le malade de questions pour savoir si, dans son hygiène ou ses habitudes, je ne trouverais pas de quoi expliquer cet état morbide, lorsque j'appris qu'il aidait sa femme dans son industrie, consistant à blanchir et apprêter les gants sales, à l'aide du carbonate de plomb (blanc de céruse) réduit en poudre très fine et très disséminable, ou plutôt qu'il s'acquittait seul de cette partie du travail. Cette découverte fut toute une révélation, et elle me parut suffisante pour établir le diagnostic et indiquer la marche à suivre dans ce singulier cas.

C'est pourquoi, après l'emploi combiné et alternatif des opiacés, des purgatifs et des sudorifiques, qui fut suivi d'un prompt soulagement et bientôt de guérison, j'engageai fortement le malade et sa femme à renoncer d'une manière absolue pour l'apprêt et le blanchiment de leurs gants, à l'usage du blanc de céruse, que je considérais comme la cause unique des accidens répétés dont le mari avait déjà tant souffert, et à essayer de lui substituer le blanc de zinc (fleur de zinc, oxyde de zinc), dont l'emploi dans les arts commençait à se répandre, et qui paraissait réunir les avantages de la première de ces substances, sans en avoir les inconvéniens (1).

Ce conseil ayant été adopté et suivi par mes cliens, ils ont été, depuis ce moment, l'un et l'autre entièrement à l'abri des accidens ci-dessus relatés. J'ajoute que leur industrie n'a rien perdu pour cela de sa perfection, et qu'elle y a même trouvé une véritable économie.

Ce fait m'a rappelé que la mère de Mme G..., qui se livrait autrefois au même travail, avait eu recours aussi à mes soins pour des symptômes analogues à ceux éprouvés depuis par son gendre, et dont la cause ne fut pas bien appréciée alors. Cette dame ayant, à l'exemple de ses enfans, employé le blanc de zinc au lieu du blanc de plomb, n'a plus éprouvé aucune rechute de colique saturnine.

Les observations qu'on vient de lire me paraissent offrir un véritable intérêt d'actualité, par suite de l'extension que les efforts réunis des savans, des industriels et des gouvernans sont parvenus à donner à l'usage dans les arts de l'oxyde ou blanc de zinc, lequel paraît appelé, dans un avenir prochain, à remplacer, avec tous les avantages possibles, la céruse.

Disons enfin que la préparation et l'emploi de cette substance, expérimentés sur une grande échelle, semblent jouir d'une parfaite innocuité pour la santé des ouvriers, les sels de zinc seuls possédant des propriétés nuisibles. Il y a donc un progrès réel et très utile à l'humanité dans la nouvelle industrie du blanc de zinc, et sa substitution aux préparations si dangereuses du plomb sera un bienfait inappréciable pour de nombreuses classes d'ouvriers.

(1) J'ai dit plus haut que la tâche du mari, pour le blanchiment et l'apprêt des gants, consistait exclusivement dans l'emploi du blanc de céruse, sa femme s'abstenant tout à fait de cette partie du travail; aussi fut-elle exempte des atteintes du poison: nouvelle preuve que telle était bien l'unique cause du mal.

THÉRAPEUTIQUE.

PRÉPARATIONS D'IODE CONTRE LES SCROFULES, LES SYPHILIS ANCIENNES ET LES TUMEURS BLANCHES; par M. le docteur BURGGRAEVE, à Gand.

Avec les iodés il fait constamment usage de l'huile de foie de morue, et quelquefois même, quand la constitution est trop délabrée, il commence par l'huile, qu'il administre seule, jusqu'à ce que les malades puissent supporter les iodés.

Dans la *syphilis invétérée :*

Iodure potassique.	100 grammes.
Eau de fleur d'orange	1,000
Iode.	1
Iodhydrargyrate de potasse. . . .	1

D'abord un verre à liqueur le matin, puis un verre matin et soir, jusqu'à disparition des symptômes. Par l'action de ce remède, même dans la constitution la plus délabrée, le malade reprend ses forces et son embonpoint. Le régime doit consister principalement en viandes succulentes et boissons toniques.

Dans les *scrofules, goîtres, certains cas de phthisie au début, rachitis, tumeurs blanches, engorgemens glandulaires*, etc. :

Iodure de barium.	6 grammes.
Poudre de canelle,	
— de sucre, de chaque . . .	5

Pour huit paquets. — Deux ou trois paquets par jour.

En même temps, on fait usage de l'iodure de barium en friction ou en topique sur les ulcères :

Iodure de barium.	2 à 4 décig.
Axonge.	30 grammes.

Dans la *cachexie cancéreuse*, en vue d'obtenir la résolution des engorgemens :

Savon médicinal.	8 grammes.
Gomme ammoniaque.	4
Iodure de fer.	2
Poudre d'herbe de ciguë,	
— d'aconit, de chaque. . . .	2

Faites des pilules de 20 centigrammes. — Deux pilules matin et soir. En frictions, pour calmer les douleurs lancinantes :

Iodure de potassium.	3 grammes.
Iodhydrate de morphine	1
Axonge.	40

Une friction matin et soir pendant un quart d'heure.

Dans les *affections dartreuses :*

Iodure de soufre.	2 grammes.
Mucilage de gomme arabique de quoi faire 36 pilules.	

Chez les adultes, on commence par une pilule matin et soir, et on augmente jusqu'à six pilules, selon la tolérance du sujet. On seconde quelquefois l'action du remède interne par des frictions :

Iodure de soufre.	6 décig. à 4 gram.
Axonge.	30 grammes.

Une friction matin et soir.

(*Annales de la Société de méd. de Gand.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 17 Novembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

M. Lesauvage, de Caen, présent à la séance, est invité à prendre place parmi les membres.

La parole est à M. Broca, pour la lecture de la deuxième partie de son mémoire sur les luxations dites de l'astragale.

Luxations sous-astragaliennes.

M. BROCA continue et termine la lecture commencée dans la précédente séance, d'un travail qui forme la première partie d'une série de mémoires sur les luxations très diverses, que les auteurs désignent sous le nom de luxations de l'astragale.

Après avoir montré, dans une esquisse rapide que cette dénomination a été appliquée à plusieurs luxations dans lesquelles l'astragale ne subit en réalité aucun déplacement, l'auteur, appliquant à la région du coude-pied les règles universellement adoptées pour la classification des luxations dans les autres régions du corps, divise en quatre groupes principaux les déplacemens osseux dans lesquels les articulations astragaliennes sont intéressées :

1° Les *luxations tibio-tarsiennes*, ou luxations du pied proprement dites;

2° Les *luxations sous-astragaliennes*, dans lesquelles l'astragale conserve ses rapports avec les os de la jambe, tandis que le calcanéum et le scaphoïde se déplacent au-dessous de lui; c'est à tort que ces lésions ont été désignées sous le nom de luxation de l'astragale, puisque l'astragale est en réalité, de tous les os du tarse, le seul qui ne soit pas déplacé. Elles sont *partielles* ou *totales*; totales, lorsque le scaphoïde et le calcanéum conservent leurs rapports naturels et se luxent ensemble sur l'astragale; partielles, lorsque l'un d'eux se déplace seul, laissant l'autre dans ses rapports naturels avec l'astragale et avec le cuboïde;

3° Les *luxations médio-tarsiennes*, qui ont leur siége dans l'articulation de la première rangée du tarse avec la deuxième (articulation dite de Chopart). Ici, le calcanéum et l'astragale restent articulés normalement entre eux et avec la jambe. Le cuboïde et le scaphoïde, au contraire, se portent dans une direction variable. Les luxations médio-tarsiennes peuvent être encore *partielles* ou *totales*, suivant que le cuboïde et le scaphoïde se déplacent ensemble ou isolément.

4° Enfin les *luxations proprement dites de l'astragale*, dans lesquelles l'astragale, chassé de la loge qu'il occupe, perd à la fois ses rapports avec le tibia, le péroné, le calcanéum et le scaphoïde.

Le mémoire que M. Broca lit à la Société est consacré aux *luxations sous-astragaliennes.*

On a admis trois espèces de luxations sous-astragaliennes : 1° les *luxations du scaphoïde seul;* 2° les *luxations du calcaneum seul;* 3° les *luxations sous-astragaliennes totales.*

Les luxations du scaphoïde seul trouveront leur place dans le mémoire que l'auteur prépare sur les luxations médio-tarsiennes.

Les luxations du calcaneum seul, admises par un grand nombre d'auteurs, et décrites dans plusieurs traités modernes, doivent, suivant M. Broca, être rejetées, leur existence n'étant pas suffisamment démontrée.

Passant alors à la luxation sous-astragalienne totale, ou luxation sous-astragalienne proprement dite, l'auteur en fait la description suivante, basée sur 21 observations qui, suivant lui, s'y rattachent d'une manière incontestable.

La luxation sous-astragalienne peut se faire suivant trois directions différentes, en arrière, en dedans, ou en dehors. Ces espèces sont établies par la position nouvelle que prend le calcaneum.

Dans la luxation en arrière, le calcaneum, entraînant avec lui le reste du tarse, se porte en arrière de l'astragale, dont la tête repose sur la face dorsale du scaphoïde. La saillie du talon est accrue; les malléoles sont rapprochées de la pointe du pied. Ces phénomènes ressemblent beaucoup à ceux que l'on constate dans la luxation du pied en arrière, mais la présence, sur le dos du pied, d'une tumeur osseuse arrondie constituée par la tête de l'astragale, suffit pour établir le diagnostic.

La luxation en arrière n'est démontrée, jusqu'ici, que par une seule observation. Mais celle-ci est accompagnée de détails précis qui ne laissent aucun doute. Elle a été recueillie, du reste, dans les circonstances les plus favorables, Le malade n'était autre que le célèbre professeur Carmichael, de Dublin, et les plus habiles chirurgiens de l'Irlande furent appelés à lui donner des soins.

Les luxations sous-astragaliennes latérales sont beaucoup plus fréquentes. M. Broca, en laissant de côté tous les faits qui ne sont pas complètement démonstratifs, a réussi à en rassembler dix-huit cas accompagnés de détails très précis.

Ces luxations latérales sont quelquefois la conséquence d'une cause directe, comme la chute d'un corps lourd sur la région du coude-pied; mais plus souvent elles résultent d'une chute dans laquelle le pied porte à faux sur le sol.

Les expériences qu'il a faites sur le cadavre, l'analyse des détails contenus dans les observations, et l'état des symptômes, démontrent que les luxations latérales sous-astragaliennes en dehors se produisent dans une chute sur le bord interne du pied, ce qui porte le pied dans une abduction forcée. De même les luxations en dedans sont la conséquence de l'adduction forcée qui résulte d'une chute sur le bord externe du pied.

Le ligament sous-astragalien, c'est-à-dire le ligament interosseux qui s'insère dans le sinus du tarse, est toujours rompu en totalité ou en partie. Lorsque sa rupture n'est que partielle, ce sont les fibres externes qui résistent. Les fibres internes, plus courtes et moins nombreuses, se rompent toujours les premières.

Les ligamens qui unissent le calcaneum au tibia et au péroné, et qui font partie des ligamens latéraux de l'articulation tibio-tarsienne, se rompent également dans les luxations sous-astragaliennes latérales.

Dans la luxation en dedans, le pied est porté dans une adduction forcée ; la tête de l'astragale fait sur la partie externe du dos du pied une saillie considérable. Elle repose sur la face dorsale du cuboïde. Elle soulève fortement la peau, qui se déchire le plus souvent; enfin elle rejette en dedans les tendons des extenseurs, et les vaisseaux tibiaux qui sont tiraillés ou déchirés.

Le pied reste en adduction et son bord interne s'élève, ce qui reproduit jusqu'à un certain point la forme du pied-bot varus.

Dans la luxation en dehors, qui est plus fréquente que la précédente, le pied reste dans l'abduction forcée; il peut même prendre une direction tout à fait transversale. Son bord externe est en général élevé, et son bord interne repose sur le sol.

La tête de l'astragale vient faire saillie sur le bord interne du pied, au-dessous et en avant de la malléole interne; elle presse fortement sur le tendon du jambier postérieur, qui peut être déchiré, ainsi que l'artère tibiale postérieure; le plus souvent elle refoule le tendon en bas ou en haut. Dans ce dernier cas, elle est pour ainsi dire étranglée entre le bord inférieur du tendon et le bord interne du ligament calcaneo-scaphoïdien inférieur. Plusieurs fois il a fallu pratiquer la ténotomie pour obtenir la réduction ou pour parvenir à extraire l'astragale.

La peau se déchire aussi aisément que dans la luxation en dedans; la plaie qui en résulte est située au-dessous et en avant de la malléole interne.

Il y a deux degrés dans la luxation en dehors; tantôt le calcanéum et l'astragale continuent à se toucher partiellement par leurs surfaces articulaires. En pareil cas, le calcaneum retenu dans l'astragale ne peut pas remonter; il n'y a pas de raccourcissement. C'est là le premier degré.

Au deuxième degré, le déplacement est plus considérable; le calcaneum déborde complètement l'astragale en dehors; dès lors il remonte le long du bord externe du péroné, ce qui produit un raccourcissement du membre. En pareil cas, le tibia, le péroné et l'astragale, unis ensemble, font, à la partie interne du pied, à travers la peau déchirée, une saillie qui, dans les deux faits cités par Dufaurest et par M. Gerdy, était de 9 centimètres.

Les luxations latérales sous-astragaliennes ont été confondues avec la luxation du pied, et surtout avec les luxations proprement dites de l'astragale. Un fois même on a cru à la luxation du scaphoïde seul, mais l'autopsie a démontré qu'il s'agissait réellement du déplacement sous-astragalien. Les signes examinés plus haut permettent d'éviter ces erreurs. Il faut surtout prendre en considération la portion de l'astragale par rapport au tibia et au péroné. Il est toujours facile de trouver la tête de l'astragale, qui fait constamment une saillie considérable; lorsque cette tête a conservé ses rapports normaux avec les deux malléoles, on peut être certain qu'il s'agit du déplacement sous-astragalien.

Les luxations sous-astragaliennes sont parfois irréductibles, et comme presque toujours en pareil cas, elles sont compliquées de plaies, le chirurgien est souvent obligé d'avoir recours à l'extraction de l'astragale. Il y a donc, au point de vue du traitement, la plus grande analogie entre la luxation sous-astragalienne et la luxation proprement dite de l'astragale. C'est ce qui a déterminé M. Broca à renvoyer la discussion des règles thérapeutiques à la fin du chapitre qu'il consacre à ces dernières luxations.

(Ce mémoire est renvoyé à l'examen de la commission chargée d'examiner les précédentes communications de M. Broca.)

***Éléphantiasis** énorme du prépuce, du gland et du fourreau du pénis; — opération suivie de succès.*

M. Vidal lit, pour M. Goyrand (d'Aix), correspondant, une observation d'éléphantiasis du prépuce, du gland et du fourreau du pénis, qu'il a extirpé avec succès. Nous reproduisons les principales particularités de cette observation :

M. L..., âgé de 56 ans, après plusieurs inflammations érysipélateuses successives du pénis, qui, chaque fois, avait acquis une augmentation graduelle de volume, se présenta à M. Goyrand en octobre 1851, dans l'état suivant :

Tumeur énorme appendue aux régions périnéale, pubienne et inguinale, descendant jusqu'au-dessous des genoux, tenant les cuisses écartées et gênant beaucoup la progression, et d'un poids tel, que le malade ne pouvait marcher, si elle n'était suspendue à son cou. Malgré ses dimensions monstrueuses, on reconnaissait dans la tumeur la forme du pénis. Elle était formée de deux parties distinctes ; l'une supérieure, plus grosse, correspondant au corps du pénis ; la seconde sphérique, plus volumineuse qu'une tête d'adulte, correspondant au gland et au prépuce, et séparée de la première par une dépression profonde en avant, et se terminant insensiblement sur les côtés. La tumeur était ainsi bilobée en avant et sur les côtes. Au milieu du lobe terminal, existait une ouverture d'où partaient quelques plis rayonnés, et par où s'écoulait l'urine. A la racine périnéale de la tumeur, la peau et le tissu cellulaire qui la double conservaient de la souplesse, et ne présentaient pas d'altération. A travers l'épaisseur de la peau, on distinguait les testicules à leur sensibilité à la pression. Le lobe sphérique terminal était tout hérissé de bosselures tuberculeuses séparées par des sillons anfractueux. Ce même aspect tuberculeux existait sur toute la face postérieure de la tumeur. En arrière, et à quelques centimètres du périnée, la peau reprenait à peu près sa souplesse, son aspect normal. A la face antérieure du grand lobe, la peau hypertrophiée ne présentait presque pas de tubercules et de rugosités. La peau du pénis et des aines, et le tissu cellulaire qui la double, étaient aussi hypertrophiés, mais sans rugosités ni bosselures. Cette tumeur était dure, nullement douloureuse. Voici quelles étaient ses dimensions :

La circonférence du grand lobe (corps du pénis) mesurait 72 centim. La circonférence du petit lobe (gland et prépuce), 0m, 65 1/2.

Le diagnostic ne pouvait être douteux : c'était l'éléphantiasis des Arabes, et le pénis seul était le siége de cette altération.

Le malade ayant désiré être débarrassé de cette tumeur qui lui rendait toute occupation impossible, l'opération fut pratiquée le 6 novembre. Il s'agissait, suivant l'expresion de l'auteur, d'exhumer le pénis et les testicules de cette masse énorme, et de conserver de la peau pour reformer le scrotum et faire un fourreau au pénis. Les testicules paraissaient sains et libres dans un tissu cellulaire encore flexible à la partie postérieure de la tumeur; il devait être facile de les dégager et de leur faire une enveloppe de la peau encore saine qui recouvrait la tumeur vers sa racine périnéale. Mais, pour le pénis, on ignorait entièrement quels étaient ses rapports, son degré d'adhérence avec les tissus dans lesquels il était enseveli; et pour lui faire un fourreau nouveau, on n'avait pas d'autre peau que celle de la face dorsale du grand lobe de la tumeur. Cette peau était hypertrophiée et confondue avec le tissu cellulaire sous-jacent, également hypertrophié.

Bref, voici de quelle manière M. Goyrand, après en avoir bien arrêté le plan, exécuta cette opération :

Il commença par cerner la tumeur du côté du périnée par une incision partant du raphé, sur les limites de la peau altérée et allant, en s'élevant de chaque côté, jusqu'aux limites latérales de la racine pubienne de la tumeur, dans les régions inguinales. Puis, il tailla sur la face dorsale du grand lobe, au-dessous du pubis, un lambeau quadrilatère qui fut détaché de bas en haut du tissu cellulaire hypertrophié qui le doublait, lequel lambeau devait servir à faire un fourreau au pénis. Engageant ensuite son doigt indicateur dans le canal par lequel s'écoulaient les urines, et portant sur ce doigt un long bistouri, l'opérateur fendit en haut le lobe terminal jusqu'au sillon qui le séparait du grand lobe, afin d'aller à la recherche du gland. Mais pour le détacher de la masse morbide qui l'enveloppait et avec laquelle il était absolument confondu, il lui fallut le sculpter en quelque sorte. Le corps du pénis fut ensuite détaché aussi laborieusement d'avant en arrière jusque vers sa racine. En écartant les bords des branches latérales de la grande incision primitive, périnéo-inguinale, et pénétrant à travers une masse de tissu cellulaire épaissi et infiltré, il fut possible d'atteindre les cordons spermatiques et les testicules, de les mettre à découvert et de les retirer de la masse morbide. Le testicule droit était sain; le gauche était le siége d'une hydrocèle peu volumineuse ; la tunique vaginale fut excisée. La tumeur fut détachée, enfin, en divisant un tissu cellulaire infiltré qui la retenait encore en arrière.

L'opération fut longue et laborieuse. Le malade avait été tenu presque tout le temps dans l'anesthésie, par des inhalations qui étaient reprises chaque fois que la sensibilité revenait. Quelques accidens, tels que des hémorrhagies veineuses, qu'il fallut réprimer, une syncope avec mouvemens convulsifs, vinrent traverser et prolonger les manœuvres opératoires.

La masse extirpée pesait 5 kilogrammes 600 grammes.

Le pénis fut enveloppé du lambeau quadrilataire antérieur, dont les bords latéraux ont été réunis par la suture à la face inférieure de l'organe. La peau formant le lambeau scrotal a été réunie au-devant des testicules. Enfin, quelques points de suture ont été appliqués aux angles de la grande incision périnéo-inguinale, quelques autres points ont assuré les rapports de la partie postérieure du nouveau fourreau avec la partie supérieure du scrotum.

Le malade resta une partie de la journée froid et presque sans pouls. Des sinapismes le ranimèrent, et le soir la réaction s'était opérée.

L'urètre avait été intéressé pendant l'opération, ainsi que cela fut révélé dès le lendemain par le passage d'une certaine quantité d'urine entre les lambeaux. Nonobstant cet accident, et malgré une gangrène qui détruisit en grande partie le fourreau fait à la verge et une partie du scrotum, le malade était entièrement guéri six semaines après l'opération ; un travail de cicatrisation s'était établi dans les points frappés de gangrène, et le pénis qui, quelques jours après l'opération, était presque entièrement dénudé, se trouvait enveloppé dans toute son étendue par la peau qui avait été attirée des régions pubienne et scrotale par suite du retrait du tissu inodulaire. Il n'existait plus, sur la face inférieure de l'organe, qu'une cicatrice assez épaisse et bridée, située sur la ligne médiane, et se continuant avec la cicatrice médiane du scrotum. Les cicatrices existant sur les côtés de la base du pénis et vers les aines étaient tout à fait linéaires. Enfin, il n'existait plus aucune trace de l'altération éléphantique, et la santé générale de M. L... était parfaite.

M. Goyrand étant correspondant, son observation sera insérée dans les recueils de la Société.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

AVIS A MM. LES DOCTEURS EN MÉDECINE ET MAITRES EN PHARMACIE.

Nous croyons devoir publier l'avis suivant qui peut intéresser un certain nombre de nos lecteurs :

MM. les docteurs en médecine et maîtres en pharmacie sont informés que des épreuves vont avoir lieu au siége des trois facultés de médecine pour la nomination dans l'armée à :

40 emplois de médecin aide-major de 2e classe,
20 emplois de pharmacien aide-major de 2e classe.

Les candidats auront à satisfaire aux épreuves ci-après déterminées devant un jury d'admission composé de deux médecins et d'un pharmacien militaires présidés par un inspecteur, membre du conseil de santé des armées, savoir :

Pour l'emploi de médecin aide-major.

1° Composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicales ;

2° Épreuve orale d'anatomie des régions avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques ;

3° Épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Pour l'emploi de pharmacien aide-major :

1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Épreuve orale sur une question de chimie;

3° Épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

Les épreuves s'ouvriront à Montpellier le 1er décembre.
— Strasbourg le 10 décembre.
— Paris le 24 décembre.

Les candidats sont priés de se faire inscrire au secrétariat de chacune des Facultés de médecine, ou dans les bureaux de l'intendant militaire qui réside dans la même ville.

Ne seront admis à concourir que ceux qui seront Français, âgés de moins de 28 ans au 1er janvier 1853, pourvus du diplôme de docteur en médecine ou de maître en pharmacie, et exempts de toute infirmité qui rende impropre au service militaire. Ces conditions diverses seront constatées par le dépôt d'un extrait de naissance, par celui des diplômes de docteur ou de maître délivrés en France, et par la production d'un certificat d'aptitude au service militaire établi par un médecin militaire du grade de major au moins.

Les candidats classés en rang utile, sur la liste générale d'aptitude, seront immédiatement nommés, par le ministre de la guerre, à des emplois d'aide-major de 2e classe commissionné ; ils seront appelés à fonctionner, pendant un an, dans les divers services du Val-de-Grâce, et admis à l'École spéciale de médecine et de pharmacie militaires dont ils suivront les exercices pratiques ; ils recevront, à l'expiration de ce stage, après avoir satisfait aux examens de sortie, le brevet de médecin aide-major de 2e classe dans l'armée.

Les médecins aides-majors commissionnés toucheront, pendant leur séjour à l'École spéciale, la solde du grade d'aide-major de 2e classe, avec le supplément de Paris (2.800 fr. environ). Il leur sera compté pour la retraite cinq années de service, à titre d'études préliminaires, antérieurement à leur admission dans le grade effectif de médecin aide-major de 2e classe.

Le programme des épreuves annoncées et du régime intérieur de l'École spéciale de médecine et de pharmacie militaires sera remis aux candidats qui en adresseront la demande aux intendans militaires des 1re division à Paris, — 6e division à Strasbourg, et 10e division à Montpellier; aux secrétariats des Facultés de médecine et aux secrétariats des Académies de Marseille, — Caen, — Dijon, — Besançon, — Toulouse, — Bordeaux, — Rennes, — Tours, — Grenoble, — Nantes, — Angers, — Reims, — Fancy, — Lille, — Arras, — Clermont-Ferrand, Lyon, — Rouen, — Amiens, — Poitiers et Limoges.

COURRIER.

La Faculté de médecine de Paris, appelée à délibérer sur la demande de permutation adressée par M. le professeur Trousseau de la chaire de thérapeutique et de matière médicale pour la chaire de clinique médicale, laissée vacante par la démission de M. Chomel, a, dans sa séance de jeudi dernier, donné un avis favorable sur cette permutation, à une majorité de 16 voix sur 18 votans.

Les antécédens de la Faculté sur la question de permutation de chaires, qui a été souvent traitée dans ce journal, et sur laquelle nos lecteurs connaissent nos opinions, ne laissaient aucun doute sur le résultat du vote. Reste maintenant à connaître la décision de M. le ministre de l'instruction publique.

L'Union Médicale ne peut laisser passer, sans le faire remarquer, que deux de ses collaborateurs, deux membres de son comité de rédaction, viennent d'obtenir, l'un, M. Sandras, le prix Itard, l'autre, M. Moreau (de Tours), le prix Civrieux, à l'Académie de médecine. Le *Traité des maladies nerveuses* de M. Sandras, qu'un critique mal informé a qualifié « d'ouvrage à peine connu, qui ne sortira jamais du magasin » de l'éditeur » a obtenu, au contraire, un des plus beaux succès de librairie de notre époque. Plus de 2,000 exemplaires de cet ouvrage ont été vendus depuis son apparition.

Les trois agrégés de la Faculté, qui doivent siéger en qualité de juges ou de suppléans, au prochain concours de l'agrégation, sont choisis par le ministre de l'instruction publique, sur une double présentation faite par les professeurs de l'École. La Faculté, qui, dans une de ses dernières assemblées, n'avait désigné au choix du ministre que trois agrégés, MM. Tardieu, Grisolle et Beau, vient de compléter sa liste par la désignation de MM. Fleury, Vigla et Roger (Henri).

Les somnambules des deux sexes, condamnés par le tribunal de police, ont interjeté appel devant le tribunal correctionnel. L'affaire a été de nouveau plaidée, mais non encore jugée, le tribunal ayant remis à huitaine le prononcé du jugement.

Une femme, A. B..., âgée de 30 ans, est accouchée à Londres, le 21 octobre dernier, de trois enfans, dont deux garçons et une fille. Le premier, un garçon, vint par les fesses, les deux autres présentèrent la tête. Il y eut entre chacune de ces naissances un intervalle de trois quarts d'heure. Ces trois enfans ne sont guère moins gros que d'habitude ; ils sont tous vivans et paraissent jouir d'une bonne santé.

Au Danemark, la vaccination est de rigueur partout, même pour se marier. Aucun officier de l'état civil ne pourrait marier une personne qui n'apporterait pas un certificat de vaccine. Aussi, n'est-il pas rare de voir des hommes et des femmes se faire vacciner au moment de marcher à l'autel.

La mort vient de frapper un médecin et géologiste distingué, M. Mantell, qui, pendant plus de cinquante ans, n'a cessé de travailler à la propagation des saines doctrines géologiques. M. Mantell avait réuni, de 1812 à 1815, une magnifique collection de fossiles qui se trouve aujourd'hui au Musée britannique, et qui lui fut achetée par ce Musée la somme environ de 125,000 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles et réciproquement, par M. Hérard, médecin des hôpitaux. In-8. Paris, 1852.

Notice sur les titres et les travaux scientifiques de M. Alfred Moquin-Tandon. In-4°, Paris, 1852.

Notice sur les travaux d'histoire naturelle, d'anatomie et de pathologie, par M. Charles Robin, docteur en médecine et ès-sciences naturelles, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. In-4°. Paris, 1852.

Notice sur les travaux scientifiques de M. Ad. Chatin, professeur titulaire de botanique à l'École de pharmacie de Paris, docteur ès-sciences et en médecine. In-4°. Paris, 1852.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 141. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 25 Novembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............... 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi ;
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILISATION.

TENTATIVES DE SYPHILISATION ; — ACCIDENS GRAVES.

A M. le docteur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Pardonnez-moi, Monsieur, si je viens vous entretenir d'un sujet qui, depuis les décisions de l'Académie de médecine, semble avoir perdu son droit d'hospitalité dans les colonnes de votre journal. Il s'agit en effet, de la syphilisation ; mais que vos lecteurs se rassurent, je n'ai pas le dessein de traiter cette question théoriquement ; loin de moi cette pensée, car ce serait vouloir donner de la vie à une doctrine qui porte en elle le germe de la destruction. C'est une observation, ce sont les résultats d'une tentative de syphilisation faite sur moi-même qui viens vous raconter avec le plus de simplicité possible, libre à vous et à vos lecteurs d'en tirer les conclusions qui vous paraîtront les plus sages.

Ne pouvant prévoir quel serait le terme de la discussion engagée à l'Académie de médecine, à propos de la syphilisation, et en quelques sorte mis en demeure de me prononcer sur la valeur de cette doctrine, par quelques-uns de mes malades atteins de syphilis rebelle, qu'elle avait séduits, je dus mettre de côté toute répugnance et toute crainte, et braver le premier les dangers de son application, me rappelant d'ailleurs la phrase mémorable de M. Auzias-Turenne : « *Je n'expérimente pas sur mes semblables, je les soigne et je les guéris, ou bien je les vaccine et je les préserve.* »

En présence de l'opinion des syphilisateurs, qu'on peut éviter les accidens en maniant convenablement le virus, je résolus d'expérimenter sur moi-même, avec la conviction que si je n'atteignais pas le but de la pratique, je n'avais du moins à redouter aucun accident sérieux.

Le 16 août 1852, je pris sur deux chancres simples, au 10me jour et en pleine période virulente, une certaine quantité de pus que je transplantai à la face interne et moyenne de l'oreille droite d'un jeune chat de trois mois, en parfaite santé.

Le 17. Rien d'apparent encore, si ce n'est la piqûre.

Le 18. L'animal s'agite et baisse la tête du côté inoculé, comme pour se gratter ; je constate au niveau de la piqûre un durillon du volume d'un tête d'épingle.

Le 19. La piqûre est recouverte d'une croûte, au-dessous de laquelle existe une ulcération arrondie, d'une ligne de diamètre, qui secrète une humeur purulente laiteuse. Cette petite plaie repose sur un durillon dont on voit la saillie sur la face externe correspondante de l'oreille, et dont on peut apprécier le volume et la consistance au moyen du toucher.

Je prends du pus sur cette plaie et l'inocule à la face interne et inférieure de l'oreille gauche du même animal.

20 août. J'emprunte à la petite ulcération, résultat de l'inoculation du 16 août, une petite quantité du pus qu'elle sécrète, et l'inocule, au moyen d'une lancette propre, à la partie inférieure et externe de mon bras gauche. Je fais cette inoculation dans le but de m'assurer si la sécrétion est inoculable, et pour commencer la série des inoculations qui doivent me conduire à la syphilisation préventive.

21 août. L'inoculation, pratiquée sur l'oreille gauche de l'animal, présente le même aspect que la première ; elle repose sur un durillon arrondi, surmonté d'une croûte brune au-dessous de laquelle existe une ulcération. Je prends sur une lancette neuve la sécrétion qu'elle fournit, et je l'inocule à la partie supérieure et postérieure de mon avant-bras gauche, à 15 centimètres au-dessous de l'inoculation pratiquée la veille. Je recouvre ensuite le bras d'une bande.

L'inoculation, pratiquée sur le bras, est entourée d'une auréole rouge foncée, au centre de laquelle on voit la marque de la piqûre.

22 août. Des deux inoculations précédentes, la première est entourée d'un cercle rouge-vif d'un centimètre et demi de diamètre, au centre duquel apparaît un point purulent de la grosseur d'une tête d'épingle. Il existe très peu d'engorgement, et la douleur est très supportable. La deuxième inoculation présente une auréole rouge de deux centimètres au moins de diamètre, qui fait une légère saillie au-dessus du niveau de la peau, auréole dont le centre, d'une couleur vineuse, est acuminé et surmonté d'un point brunâtre qui indique le point d'implantation du virus. La base de l'inoculation est dure et engorgée comme un furoncle ; la face interne du coude est le siége d'une douleur sourde qui augmente par la pression et par le frottement ; au niveau de ces parties douloureuses, je constate une traînée rougeâtre qui, se détachant de l'auréole qui entoure l'inoculation, contourne le bras au-dessous du coude, et vient au-devant de l'épitrochlée, où elle prend la dimension d'une pièce de deux francs, se rétrécit ensuite pour remonter sous forme de bande étroite, le long de la face interne du bras, parallèlement aux vaisseaux et nerfs de cette région. L'aisselle, quoique un peu engourdie, n'offre pas d'engorgement appréciable. J'éprouve de la céphalalgie, de l'inappétence et une douleur sourde dans l'épaule du côté malade.

Je fais part de ces accidens à quelques confrères, qui m'engagent à arrêter la marche de cette inoculation. Effrayé moi-même de ses progrès, je la cautérise avec la pâte de Vienne. J'obtiens en un quart-d'heure une escarre d'un centimètre de diamètre, que je recouvre d'une plaque de diachylon.

Je laisse marcher la première inoculation, afin de pouvoir donner suite à mon projet, lorsque le caustique aura mis fin aux accidens de la seconde.

Vers la fin de la journée, le cercle inflammatoire augmente, la lymphite persiste ; je ressens des douleurs sourdes dans la région axillaire, toujours sans engorgement appréciable ; mon bras est fatigué et engourdi.

En présence de ces accidens, je n'ose m'inoculer de nouveaux chancres. Je continue néanmoins mes expériences sur les chats.

Mais je vous demande la permission de vous taire un instant les effets du virus transplanté sur ces animaux pour fixer votre attention sur les suites des inoculations faites à mon bras. Je vous promets, pour plus tard, des détails intéressans touchant le premier de ces sujets.

23 août. Les symptômes mentionnés la veille semblent vouloir s'amender un peu ; mais ce calme n'est que momentané, car vers la fin de la journée je constate, près de l'épitrochlée, un engorgement ganglionnaire très douloureux, une lymphite très intense sur la face interne du bras, et une adénite axillaire superficielle. Tout le membre est chaud et douloureux ; j'éprouve du malaise, de l'inappétence, des frissons erratiques et une chaleur sèche à la paume des mains.

Diète ; bains de bras et d'avant-bras ; cataplasmes de fécule. Pansement du chancre du bras avec la charpie sèche.

26. Érysipèle autour de l'escarre, gonflement phlegmoneux de l'avant-bras, insomnie, maux de tête à caractère névralgique, douleurs et frissons erratiques dans les membres, rai-

---

Feuilleton.

MÉTÉOROLOGIE :

DE LA FRÉQUENCE COMPARATIVE DES ORAGES DANS LES TEMPS ANCIENS ET DANS LES TEMPS MODERNES.

Le changement ou la permanence des climats est une question météorologique sur laquelle les savans sont encore profondément divisés. « On s'enquiert souvent, dit M. de Humboldt, si le cours des siècles a sensiblement modifié la température moyenne du globe, si le climat d'une région s'est détérioré ; si l'hiver n'y serait pas devenu plus doux et l'été moins chaud. Le thermomètre est l'unique moyen de résoudre de pareilles questions, et c'est à peine si sa découverte remonte à deux siècles et demi ; il n'a guère été employé d'une manière rationnelle que depuis cent vingt ans. Ainsi, la nature et la nouveauté du moyen restreignent considérablement le champ de nos recherches sur les températures atmosphériques. » (Cosmos, t. 1, p. 198).

L'opinion du célèbre naturaliste nous semblerait devoir rallier la plupart des esprits sages. Car, si le savant qui, depuis soixante ans, enrichit de ses découvertes la physique du globe, reste dans le doute sur l'hypothèse du changement des climats, qui oserait se déclarer, en connaissance de cause, plus éclairé et plus convaincu ? Il est des questions qui se refusent à toute solution définitive, et sur lesquelles la science ne pourra de longtemps émettre que des conjectures. Aussi, les travaux consciencieux présentés depuis quelques années à l'Académie des sciences par les hommes les plus compétens, n'ont fait cesser aucun doute, n'ont dissipé aucune incertitude. Les climats sont-ils stables et invariables comme les causes astronomiques et géologiques qui leur donnent naissance, ou bien subissent-ils des changemens en raison des événemens sociaux, de l'industrie humaine et de la culture du sol ? Les partisans de la première opinion sont de beaucoup les plus nombreux ; nous citerons en particulier MM. Schouw, de Gasparin, Dureau de la Malle, Ch. Martins et de Candolle. La seconde a été soutenue par Buffon et par M. le professeur Fuster, qui, dans un traité spécial, a réuni en sa faveur une masse imposante de documens historiques habilement groupés. Le savant sécrétaire de l'Académie des sciences, M. Arago, s'est montré également favorable à cette dernière hypothèse.

Dans sa notice sur le tonnerre, insérée dans l'*Annuaire du bureau des longitudes*, pour 1838, M. Arago examine la question suivante : *Tonne-t-il aujourd'hui aussi souvent que jadis?* Toutefois, il fait remarquer que les météorologistes, en voulant comparer l'état ancien à l'état moderne du globe sous le rapport de la température, de la pluie, de la pression atmosphérique, du magnétisme, etc., échouent dans leurs recherches, parce que le point de départ leur manque absolument, les anciens ne possédant ni thermomètre, ni udomètre, ni baromètre, ni boussole d'aucune espèce. Il regrette avec raison, qu'au lieu de disserter longuement et bien inutilement sur la cause physique du météore, Pline et Sénèque n'aient pas pris le soin de nous dire combien de jours, terme moyen, il tonnait à Rome, à Naples, etc. Ces chiffres, rapprochés de ceux que la science moderne consigne dans les registres météorologiques, auraient servi à résoudre une question intéressante de physique du globe. A défaut de ces documens, M. Arago a cherché dans le recensement des coups foudroyans cités par les historiens, non une solution réelle de la question, mais des aperçus capables de faire pencher la balance d'un côté plutôt que d'un autre.

M. Arago rapporte en ces termes le passage suivant d'Hérodote : « Xercès serrant de près l'Ida, situé à sa gauche, atteignit le territoire de Troie. La première nuit qu'il campa aux pieds de cette montagne, le tonnerre et les éclairs assaillirent son armée et lui tuèrent beaucoup d'hommes. » De son côté, Pausanias raconte qu'à l'époque où une armée lacédémonienne campait sous les murs d'Argos, un grand nombre de soldats furent foudroyés. D'après M. Arago, il ne tonne pas plus aujourd'hui dans l'Asie-Mineure qu'en Europe ; de nos jours enfin, le nombre et l'intensité des orages sont peu considérables dans l'Attique et le Péloponèse. Le récit d'Hérodote, comme celui de Pausanias, tendraient donc à faire croire que, depuis les temps anciens, il y a eu, sous le rapport des orages, une diminution notable en Grèce et dans l'Asie-Mineure. Toutefois, M. Arago signale une circonstance qui atténue considérablement l'importance du témoignage de Pausanias ; en effet, dans le passage de cet écrivain, il ne s'agit pas d'un phénomène atmosphérique annuel ; les tonnerres foudroyans dont l'armée lacédémonienne eut tant à souffrir, coïncidèrent avec un *épouvantable tremblement de terre.*

La citation d'Hérodote nous paraît aussi peu concluante que celle de Pausanias. Voici le récit du célèbre historien, d'après la traduction de Larcher, la plus fidèle de toutes : « Laissant à gauche le mont Ida, elle pénétra dans la Troade. L'armée campa la nuit au pied de cette montagne. Il survint un grand orage accompagné de tonnerre et d'éclairs si affreux, qu'il périt en cet endroit beaucoup de monde. » On le voit, ce n'est pas, à proprement parler, la foudre, mais bien la violence de l'orage qui causa un grand nombre d'accidens mortels. Il ne faut pas s'étonner de ce désastre en songeant à la confusion qui put facilement s'introduire dans une armée, la plus nombreuse dont il soit fait mention dans les annales du monde ; car elle se composait, suivant Hérodote, de cinq millions deux cent quatre-vingt trois mille deux cent vingt hommes, sans compter les femmes qui faisaient le pain, les concubines, les eunuques, etc. Le Scamandre fut mis à sec par cette multitude, et l'eau de ce fleuve ne put suffire aux hommes et aux bêtes de charge. Du reste, nous n'avons aucune raison de penser que les orages eussent un caractère de gravité exceptionnelle en Phrygie. Dans l'*Illiade*, en effet, Homère fait souvent intervenir le tonnerre, tantôt pour manifester la volonté des dieux, tantôt pour effrayer les plus braves des Grecs ; mais ce poëte, si exact dans ses descriptions, ne cite pas un seul coup foudroyant.

Nous pourrions mentionner cependant un certain nombre d'orages non moins funestes que ne le fut celui du mont Ida pour l'armée de Xercès ; nous nous contenterons de rapporter les exemples suivans : à l'époque de la prise de Clermont par Pépin-le-Bref, en 753, il s'éleva par toute la France une si horrible tempête, que le tonnerre gronda pendant vingt-deux heures ; elle fit mourir de frayeur, dit-on, 3,000 personnes et plus de 24,000 animaux. On rapporte qu'en 824, la foudre incendia un grand nombre d'édifices et tua beaucoup de monde. A la fin d'avril 1360, pendant que le roi Édouard campait aux environs de Rueil, il survint un orage épouvantable qui coûta la vie à plus de 4,000 archers et à 6,000 chevaux.

En Italie, suivant Pline l'ancien, on cessa, pendant la guerre, de construire des tours entre Terracine et le temple de Féronie, parce toutes étaient renversées par le tonnerre. Pour être acceptée sans contrôle, il serait nécessaire que l'assertion du célèbre naturaliste fût appuyée sur d'autres autorités que la sienne. Cependant les édifices élevés ont, en effet, le privilége d'attirer la foudre ; nous la voyons quelquefois frapper certains monumens publics à coups redoublés. Le tonnerre tombait si souvent sur une église de Carinthie placée sur une éminence, qu'on avait renoncé à y célébrer le service divin en été ; pendant certains orages, on vit la foudre en frapper le clocher jusqu'à dix fois en une seule journée. On y plaça enfin un paratonnerre, et depuis ce moment, on n'eut à déplorer aucun accident de cette nature. Il ne faudrait pas s'étonner que les Romains, croyant voir dans ce prodige la volonté des Dieux, eussent renoncé à construire des tours sur lesquelles le tonnerre serait tombé deux fois seulement en un jour.

Les poètes latins, dans quelques passages, ont décrit sans exagération les effets de la foudre en Italie ; on en voit un exemple dans les vers suivans d'Horace, que tout le monde sait par cœur :

deur du cou, augmentation des engorgemens épitrochléen et axillaire, gêne des mouvemens de l'épaule.

Le chancre du bras gagne toujours en surface; il suppure abondamment.

29. L'escarre résultant de la cautérisation de la pustule qui siégeait sur l'avant-bras, se détache; je découvre une large plaie d'un centimètre de profondeur, taillée à pic, anfractueuse et recouverte d'une matière jaune-grisâtre très adhérente. Cette plaie est décollée du côté du coude; l'aspect sinistre de sa surface me fait craindre que la cautérisation ait été pratiquée en pure perte. Douleurs et sensibilité excessives; œdème de tout l'avant-bras; élancemens très vifs du côté de l'aisselle; mouvemens du membre très pénibles.

Le 3 septembre, l'adénite épitrochléenne présente de la fluctuation; mon ami le docteur Serra en pratique l'incision. Le pus est bien lié et crémeux.

L'ulcération du bras présente quelques bourgeons de bonne nature.

Celle de l'avant-bras est toujours très douloureuse, à fond gangreneux et saignant, entourée à sa base de tissus œdémateux. C'est un chancre phagédénique gangreneux. Pansemens avec la liqueur de Labarraque. Je prends un gramme de tartrate de fer et de potasse matin et soir.

Jusqu'au 10 septembre, les accidens inflammatoires du bras sont très intenses; la douleur est au-dessus de toute expression, et je suis obligé, pour la rendre supportable, de mettre la plaie à l'abri du contact des pièces de pansemens, au moyen d'un verre de montre convenablement disposé.

Cependant, à partir de cette époque, grâce au repos, au régime doux, et aux émolliens, les symptômes aigus diminuent, et le 20 septembre, je puis constater une amélioration très marquée dans l'état des deux ulcérations.

Celle du bras présente des bourgeons charnus de bonne nature; celle de l'avant-bras se déterge, mais la plaie résultant de l'incision du bubon épitrochléen a pris l'aspect chancreux. Je n'ai cependant rien négligé pour la protéger contre le contact du pus virulent des autres ulcérations.

Me voilà donc en proie à trois chancres phagédéniques, constamment occupé à les panser, à absterger la grande quantité de pus qu'ils sécrètent, n'ayant pas d'occupation plus sérieuse que celle d'observer leur marche, et de désir plus vif que de les voir guérir au plus tôt.

Si je ne craignais pas d'abuser des instans de vos lecteurs, et d'occuper vos colonnes au détriment de travaux plus instructifs, je les ferais assister à la marche capricieuse de mes ulcérations, jusqu'à la complète guérison; mais que pourrai-je dire sur cette maladie, qu'ils n'aient eu occasion d'observer maintes fois? D'ailleurs, mon but, en vous communiquant ce fait, a été moins de donner la description détaillée des accidens que j'ai éprouvés, que de faire entrevoir les tristes résultats d'une pratique en opposition avec le bon sens et l'expérience. Aussi, permettez-moi de terminer cette lettre, en vous donnant la date de la guérison de mes trois ulcérations.

Le chancre du bras s'est cicatrisé le 15 octobre, après avoir présenté longtemps la forme de l'*ulcus elevatum*.

Le chancre ganglionnaire épitrochléen a guéri le 29 octobre.

Aujourd'hui, 5 septembre, la cicatrisation du chancre de l'avant-bras est presque complète; il ne reste qu'un point très circonscrit que je néglige de panser.

Si j'étais homme à faire cas des souffrances que j'ai endurées pendant la période d'activité de mes inoculations, je n'aurais d'épithète assez flétrissante pour qualifier la syphilisation; mais le sage, l'homme qui expérimente, surtout quand il met sa santé et sa vie au service de l'humanité, ne doit point faire parade des dangers auxquels il s'est exposé.

Toute expérience, quels que soient ses résultats, a un enseignement.

Celle que j'ai faite sur moi m'impose le devoir de déclarer la syphilisation une pratique contraire au bon sens médical et à l'expérience clinique; dangereuse par ses moyens, et que l'on doit proscrire de la saine médecine.

Je vous ai promis des détails touchant la transplantation du virus syphilitique sur les chats; permettez-moi, très honoré confrère, de vous faire cette communication dans une prochaine lettre.

En attendant le plaisir de reprendre ma correspondance avec vous, agréez, je vous prie, mes salutations empressées.

Melchior Robert,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Marseille, le 5 novembre 1852.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hopital de la Pitié. — Service de M. Valleix.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

J'enlève aussi, en général, le redresseur *lorsque surviennent les règles* qui, vous le savez, peuvent être avancées par sa présence. M. Simpson le laisse en place pendant la durée de la période menstruelle; il rapporte un fait dans lequel il l'a laissé pendant dix mois consécutifs, et dans une lettre que j'ai reçue de lui, il m'apprend qu'une de ses clientes le conserve *depuis plus de trois ans*, ne voulant pas le laisser enlever, tant elle craint que les symptômes qu'il a fait cesser ne se reproduisent quand l'utérus sera abandonné à lui-même. Mais d'une part, vous avez vu qu'en le laissant beaucoup moins longtemps, nous avons obtenu d'excellens résultats, et de l'autre, on a signalé des accidens survenus dans des cas où le redresseur était resté trop longtemps. Pour mon compte, j'ai vu parfois survenir des douleurs très vives et de l'anémie à la suite de règles plus abondantes et se prolongeant plus longtemps quand j'ai voulu laisser le redresseur en place. Aussi aujourd'hui, je juge, sauf dans quelques cas où il ne produit aucun trouble, plus prudent de l'enlever, pour le replacer plus tard s'il y a lieu.

Enfin, quand les malades ont porté le redresseur pendant un certain temps, un moment arrive ordinairement où, après avoir joui d'une santé parfaite, elles sont prises de coliques utérines plus ou moins fortes et rapprochées, de douleurs se prolongeant dans les lombes, quelquefois avec une courbature générale et un peu de tension du ventre. Il faut alors enlever le redresseur, car ou les règles vont apparaître, et il pourra être nécessaire de le replacer plus tard, ou elles ne se montreront pas encore, et ces symptômes indiquent que la présence de l'instrument a déterminé dans l'utérus un travail favorable à la guérison. Je pense, en effet, que l'utérus ne se maintient pas en place seulement parce qu'on l'y a remis, mais parce que la tige utérine, en séjournant dans sa cavité, a eu sur ses parois une action excitante, susceptible de modifier la vitalité des tissus. Cette action commence à se produire après un temps variable.

On sait que la susceptibilité de l'utérus est bien plus grande aux approches des règles que pendant les intervalles qui les séparent. Aussi les femmes qui, pour une cause ou pour une autre, ne sont pas réglées, supportent-elles l'instrument pendant un temps beaucoup plus long que les autres. Je l'ai vu, chez elles, rester 48 et 49 jours en place, tandis que le terme habituel est de 8 ou 10 jours, et que quelquefois il n'a pu être supporté que 24 ou 36 heures. Quoi qu'il en soit, je ne doute pas que, pour assurer la guérison, il ne faille attendre la manifestation de ces symptômes, qu'ils arrivent au bout de 24 heures ou de 50 jours, car je dois vous dire que la durée du séjour de l'instrument n'a pas eu une influence autre que celle-là, et les guérisons survenues après 24 ou 36 heures sont tout aussi solides et tout aussi exemptes de rechutes que celles qui ont été obtenues après un temps beaucoup plus long.

Action du traitement dans les divers cas. — En thèse générale, l'action du traitement est beaucoup plus marquée, comme je l'ai dit à propos du *pronostic*, dans les cas de flexion que dans ceux de version complète, et dans les déviations en arrière que dans les déviations en avant.

État de l'utérus après le redressement. — Il ne faut pas espérer, Messieurs, que chez toutes les femmes guéries d'une déviation, vous trouverez immédiatement l'utérus dans le même état d'intégrité que si elles n'avaient jamais été malades. Vous savez déjà que, le plus souvent, il reste un certain abaissement, ou un repli saillant au point où existait la flexion; je vous ai, en vous parlant de l'antéflexion, expliqué la formation de ce repli par suite de l'affaissement de la paroi moins épaisse dans le point correspondant. L'essentiel pour que la guérison soit complète, c'est que l'axe de largeur ne soit plus en tout ou en partie dévié de la direction de l'axe du détroit supérieur du bassin.

Cependant, la guérison pourra parfois être considérée comme complète, sans que ces deux axes se correspondent parfaitement. A la suite de l'antéversion surtout, il vous arrivera fréquemment de rencontrer encore une légère obliquité de l'utérus en avant et après la disparition de tous les accidens produits par la déviation. J'ai vu des médecins qui, dans des cas semblables, ne se montraient nullement satisfaits du résultat obtenu, quoique les malades fussent dans un état de santé parfaite, et pussent faire de longues courses sans se fatiguer; tandis qu'auparavant, elles étaient très souffrantes et pouvaient faire à peine quelques pas, le corps courbé en avant. Il est incontestable que même un certain degré d'inclinaison est parfaitement compatible avec la santé, et l'on doit s'estimer heureux quand on a mis l'utérus dans une position telle, qu'il n'existe plus d'accident.

Il pourrait rester une crainte, c'est que, dans cette position, l'utérus eût plus de tendance à se déplacer de nouveau dans le même sens; mais les faits ne justifient pas cette crainte.

J'ai vu plusieurs femmes chez lesquelles l'utérus s'est trouvé placé dans cette position oblique et s'y est parfaitement maintenu. Je crois que du moment où on l'a relevé assez pour qu'il n'existe plus d'accidens, il se fait dans les ligamens larges, précédemment tiraillés, un certain travail qui leur rend leur tonicité et leur permet ainsi de maintenir parfaitement l'utérus dans la situation qu'il occupe.

Mais ce n'est pas tout, le temps vient ensuite consolider la guérison, car peu à peu l'organe devient moins volumineux par suite de la disparition de l'engorgement dont il était le siége. Alors, l'utérus, devenant plus léger, remonte à la place qu'il

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2, 4, 21, 23, 28, 30 Septembre, 7, 23 Octobre, 4, 11 et 18 Novembre.

Jam satis terris
Nivis atque diræ
Grandinis misit pater,
Et rubente dextra
Sacras jaculatus arces
Terruit urbem.

Dans la distribution géographique des orages, l'Italie moderne tient encore l'un des premiers rangs. Suivant M. de Pouqueville, il tonne à Rome 42 fois par an. En 1851, il régna dans cette ville pendant tout le mois de novembre une tempête presque incessante. Des pluies torrentielles accompagnées de tonnerre, de grêle et de coups de vent s'y succédaient à des intervalles très rapprochés. La foudre tomba sur la porte Pia, bâtie en 1561, sous le pontificat de Pie IV, sur les dessins de Michel-Ange; elle endommagea gravement la façade extérieure et renversa plusieurs mètres de pierres.

On trouve, il est vrai, dans les anciens poètes, les noms d'un assez grand nombre d'hommes marquans frappés du tonnerre, tels que : Salmonée, Capanée, Sémélé, Encelade, Typhon, Adimante, Esculape, Lycaon, Ajax, fils d'Oïlée, Romulus, etc. Toutefois, la plupart de ces personnages appartiennent aux temps fabuleux, et les poètes paraissent d'ailleurs à M. Arago d'une garantie trop douteuse pour qu'on puisse invoquer leur témoignage dans un ouvrage de physique. D'après ce savant, il n'en saurait être de même de quelques autres exemples sur lesquels par conséquent il s'appuie avec plus de confiance, tels que la mort de Tullus Hostilius rapportée par Denys d'Halicarnasse et Tite-Live, celle de l'empereur Carus foudroyé dans sa tente vers l'an 283, s'il faut en croire Vopiscus, et enfin la mort de l'empereur Anastase Ier. Effectivement, Anastase, âgé de 88 ans, fut trouvé mort d'un coup de foudre, le 18 juillet 518. Cette époque n'appartient déjà plus à une antiquité très reculée. La mort de Carus, après seize mois de règne, nous paraît environnée de plus d'incertitude; les historiens soupçonnent le préfet du prétoire, Aper, d'avoir abrégé ses jours. Quant à Tullus Hostilius, nous sommes porté à croire, avec M. Becquerel, qu'il périt victime de quelque imprudence en cherchant à faire descendre la foudre; peut-être ce prince mourut-il simplement au milieu de l'incendie de son palais. En effet, Tite-Live rapporte que, frappé d'une maladie de langueur, Tullus Hostilius donna tout à coup dans les superstitions les plus frivoles, et remplit la ville de cérémonies religieuses, qu'il avait méprisées jusque-là : on dit, ajoute l'historien, qu'en fouillant les mémoires de Numa, il y trouva le détail de certains sacrifices solennels et secrets offerts à Jupiter-Elicius; qu'il s'enferma pour les renouveler; mais, qu'ayant omis quelque rite, au commencement ou dans le cours de la cérémonie, il ne vit apparaître aucun signe de la faveur des dieux; que, loin de là, Jupiter irrité de ses profanations, le frappa de la foudre, et le réduisit en cendres avec son palais (*Tite-Live*, l. Ier).

Le récit de Tite-Live, celui de Pline sur l'évocation maladroite de la foudre par Tullus Hostilius, *parum rite*, ne rappellent-ils pas, à certains égards, les dangers auxquels s'exposèrent Franklin, Romas, Charles, dans leurs célèbres expériences, et surtout la mort de Richmann? A l'exemple de Tullus Hostilius, le physicien de Pétersbourg avait disposé dans son cabinet un appareil capable de concentrer la matière fulminante. Le 6 août 1753, ce savant préparait ses moyens d'observation, lorsqu'une langue de feu bleuâtre se détacha de la chaîne servant de conducteur, mais brisée en un point de son étendue, *parum rite*, et le frappa au front. Il tomba raide mort; le graveur Sokolow, qui se trouvait à côté de lui, fut également renversé; mais il revint à la vie après un évanouissement de quelques instans.

Non, l'antiquité ne présente pas un plus grand nombre de coups foudroyans extraordinaires que les temps modernes. Fracastor était en bas-âge, lorsque sa mère, le portant dans ses bras, fut frappée de la foudre. Cet événement ne rappelle-t-il pas la fable de Sémélé et de Bacchus? En 1363, un moine de Calabre, Léontio Pilato, ami de Pétrarque et de Boccace, se rendant chargé de manuscrits précieux de Constantinople à Florence, où il avait déjà occupé une chaire de philosophie grecque, fut foudroyé en pleine mer... Vers le milieu du XVIIe siècle, le tonnerre tomba sur la maison du célèbre inventeur de la machine pneumatique, et consuma la plupart de ses instrumens de physique. Nous avons vu de nos jours le directeur de l'Observatoire de Belgique, M. Quetelet, renversé et entraîné par le feu du tonnerre, échapper presque miraculeusement à la mort.

Si nous parcourions la notice même du savant secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, combien n'y trouverions-nous pas d'exemples remarquables des ravages causés par la foudre, particulièrement dans les siècles rapprochés de nous? Chaque âge, du reste, nous fournirait un contingent de faits curieux à enregistrer. Des éclairs et des tonnerres violens éclatèrent dans les mois de janvier et de février 1170, le 5 décembre 1206; au mois de juin 1365, une tempête furieuse, accompagnée de grands coups de tonnerre, ravagea la France pendant plusieurs jours sans interruption; les torrens de pluie qui tombèrent alors, abattirent les remparts de Dijon, et submergèrent un village des environs avec ses habitans. En septembre 1386, il éclata un orage violent mêlé d'éclairs et de tonnerres effroyables, qui se fit sentir à la fois sur tous les points du territoire. La tempête du 25 décembre 1390 s'étendit, dit-on, au globe tout entier. Le XVIIIe siècle, toutefois, est l'un des plus célèbres par les tempêtes et les ouragans. Le 21 janvier 1778, un seul coup de foudre brisa 99 arbres, près de Pontorson, en Normandie. Le 24 juin, elle tomba en six endroits à la fois dans la Basse-Normandie, à travers une masse de grêlons qui se conservèrent plusieurs jours malgré la chaleur. Le 13 juillet 1788, un orage épouvantable fondit sur Paris, et l'on entendit le tonnerre gronder avec violence pendant douze heures sans interruption. L'été de 1793 fut signalé par un grand nombre d'orages désastreux. Enfin, durant l'année 1852, la foudre a causé d'assez grands ravages dans nos provinces, et fait neuf à dix victimes.

Depuis quatorze siècles, il est vrai, aucune tête couronnée n'a été frappée de la foudre; mais on a vu de nos jours le tonnerre produire des accidens dont l'antiquité n'offre aucun exemple. On chercherait en vain chez elle une tempête pareille à celle du Vendredi-Saint de l'année 1718; dans la seule nuit du 14 au 15 avril, le tonnerre frappa vingt-quatre clochers sur la côte de Bretagne, entre Landernau et Saint-Pol-de-Léon. Aucun historien n'a cité un désastre aussi cruel que celui de Châteauneuf-les-Moutiers, arrivé le 11 juillet 1819, dans l'église de ce village : 82 personnes furent gravement blessées, et 9 tuées.

De grandes cités, des empires puissans eurent autrefois des flottes nombreuses; c'est dans des batailles navales que se vidèrent les querelles des Perses et des Grecs, des Romains et des Carthaginois, d'Auguste et d'Antoine; eh bien! l'histoire ancienne ne mentionne pas un seul vaisseau de guerre foudroyé; tandis que cet accident redoutable est loin d'être rare dans les deux derniers siècles. M. Arago en a recueilli 72 exemples authentiques, et dans ce nombre, quelques navires ont été coulés bas et ont péri avec leurs équipages.

Toutefois, nous sommes loin de prétendre que les accidens causés par la foudre aient augmenté de gravité. Il nous semble plus rationnel d'attribuer la fréquence relative de ceux qui se sont produits dans les temps modernes, à la fidélité des observateurs à les enregistrer. Mais nous en avons assez dit pour faire comprendre, que nous ne pouvons admettre les conclusions, toutefois si prudentes et si réservées de M. Arago sur cette question, conclusions formulées ainsi : « Quant à moi, tout en » reconnaissant que chacun des faits historiques dont il vient d'être fait » mention serait sans une grande valeur, considéré isolément, j'estime » qu'ils se fortifient assez l'un l'autre, pour donner dans leur ensemble » quelque probabilité à l'idée que depuis les temps anciens les orages » ont diminué d'intensité. »

Dr Foissac.

doit occuper normalement, et il ne reste plus aucune trace de la lésion utérine. La diminution du volume de l'utérus sous l'influence de sa nouvelle position, se fait, en général, assez rapidement; mais dans les cas où l'engorgement était très considérable, il a fallu 4, 5 et 6 mois pour que ce résultat si désirable ait été obtenu.

La preuve, du reste, que dans ce cas la guérison est bien réelle, c'est la cessation des douleurs et de tous les autres symptômes généraux ou fonctionnels par lesquels se traduisait la maladie.

Je veux aussi vous faire remarquer une circonstance particulière qui s'est présentée deux fois à mon observation. Dans deux cas d'antéversion avec engorgement considérable, l'utérus étant lourd et volumineux, les accidens intestinaux dus à la compression du rectum par le col utérin, non seulement n'ont pas diminué, mais même ont augmenté après un commencement de redressement obtenu avec l'instrument. C'est que, dans ces cas, les premiers accidens avaient été produits par la simple pression du col volumineux sur la paroi antérieure du rectum; tandis que plus tard, l'utérus n'étant pas complètement redressé, mais occupant une direction oblique, à peu près moyenne entre sa direction normale et l'horizontale, le col, poussé par le poids de l'organe, venait presser, non plus transversalement, mais obliquement de tout ce poids sur la partie inférieure du rectum. Dans ces cas, il m'a suffi d'appliquer un redresseur à tige très courte en fixant fortement le plastron contre la paroi abdominale, afin de ramener le col en avant, pour obtenir un soulagement immédiat, marqué surtout pendant le séjour de l'instrument. Une de ces malades est guérie, l'autre est encore en traitement, et après chaque application de l'instrument on constate une amélioration plus grande, avec disparition de plus en plus marquée de la douleur et diminution du volume de l'utérus.

Traitement antérieur. — Les malades que nous avons soignées avaient déjà subi, sans résultat, des traitemens nombreux et variés que je vous ferai bientôt connaître. Plusieurs avaient été soumises au traitement par les saignées; on leur avait pratiqué de nombreuses émissions sanguines générales et locales sans modifier en rien l'état de l'utérus. Je ne sais quelle influence ces saignées ont pu avoir sur les tissus environnans, mais quant à la déviation en elle-même, elle n'en a éprouvé, dans ces cas, aucun changement.

Je vous ai fait connaître les nombreuses erreurs de diagnostic commises dans certains cas, avant que l'on ait définitivement reconnu la déviation. Dans ces cas, on a naturellement dirigé le traitement contre les maladies à l'existence desquelles on croyait, et cela sans en obtenir d'effet. Beaucoup ont pris des préparations ferrugineuses pour combattre les symptômes d'anémie.

Il est bon de remarquer surtout que presque toutes avaient été cautérisées plusieurs fois; soit qu'elles présentassent de légères granulations du col, soit qu'il y eût seulement de l'engorgement. Sous l'influence de ces cautérisations, il y avait eu soulagement momentané, surtout pendant la durée du traitement; mais aussitôt que les femmes reprenaient leurs occupations et surtout marchaient un peu, les douleurs reparaissaient aussi vives qu'auparavant, sinon plus vives, car il est de la nature même de la maladie de s'aggraver.

En outre, il est arrivé presque toujours que lorsque les cautérisations étaient dirigées contre des excoriations, des ulcérations, des granulations du col, elles triomphaient difficilement de ces maladies, et il fallait les employer pendant très longtemps; tandis qu'après le redressement de l'utérus, quelques cautérisations ont suffi pour faire disparaître des ulcérations très étendues qui s'étaient montrées très rebelles auparavant.

Enfin, comme dans beaucoup de cas on n'avait vu que l'abaissement de l'utérus, auquel on avait attribué tous les symptômes sans tenir compte de la déviation, on avait employé des pessaires de diverses formes, qui quelquefois avaient procuré du soulagement, souvent avaient exaspéré les douleurs, et jamais n'avaient procuré la guérison.

Moyens accessoires. — Mais je n'insiste pas sur ces moyens et je veux aussi glisser très rapidement sur ceux employés accessoirement par moi dans le cours du traitement ordinaire, qui a été seul mis en usage dans le plus grand nombre des cas. Dans les autres, nous n'avons eu le plus souvent recours à ces moyens accessoires que pour combattre des symptômes particuliers survenus ordinairement pendant le traitement et quand il commençait déjà à montrer son efficacité.

Le fer a été dirigé contre l'anémie, soit qu'elle précédât, soit qu'elle suivît l'emploi du redresseur. Dans les cas de faiblesse, d'atonie, j'ai conseillé les lotions froides. J'ai prescrit des calmans à l'intérieur ou à l'extérieur, des vésicatoires volans avec ou sans morphine, pour combattre certaines douleurs névralgiques. Des laxatifs, des purgatifs doux ont été donnés quand il y avait de la constipation. Ces traitemens, vous le voyez, ne pouvaient avoir d'action directe, efficace sur la déviation elle-même.

Je sais bien que dans ces derniers temps on a cité quelques cas de guérison par l'hydrothérapie, mais dans ces cas on ne s'était pas contenté de simples lotions froides, et on avait fait usage de douches, soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit sur divers points des parois de l'abdomen et du bassin. On conçoit que ces douches, agissant directement, aient une bien autre énergie que de simples lotions froides employées, du reste, le plus souvent, à la fin du traitement par le redresseur, et quand seul il avait déjà produit une amélioration considérable.

Résultats du traitement. — Voyons donc maintenant quel a été le résultat définitif de cette médication dont je vous ai exposé les principes avec les plus grands détails, et recherchons si elle mérite la confiance que nous lui accordons.

En tenant compte des malades qui sont encore en traitement, nous avons eu à soigner 68 cas de déviations utérines.

Nous avons obtenu 44 guérisons complètes, définitives (1), aujourd'hui bien confirmées; 4 ont éprouvé seulement de l'amélioration, et à ces 4 on pourrait en ajouter 2 qui sont sensiblement améliorées, mais auxquelles il faut, de temps à autre, replacer le redresseur, parce qu'elles éprouvent alors quelques-uns des symptômes qui indiquent une nouvelle tendance au renversement. Il est probable que ces deux malades guériront complètement dans un temps très court.

On pourrait également les classer parmi les rechutes, ce qui nous en donnerait 5 au lieu de 3 que nous avons, si, au contraire, nous laissons ces deux parmi les améliorées, où elles méritent d'être.

Dans nos 3 rechutes, nous comptons seulement celles qui ont été traitées de nouveau et ne sont pas encore guéries de la rechute; car 2 de celles qui sont rangées parmi les cas de guérison ont eu, après un temps assez long, une nouvelle rechute qui a nécessité un nouveau traitement, à la suite duquel elles ont parfaitement guéri.

Deux fois nous n'avons obtenu aucun changement. Dans un de ces 2 cas, il s'agissait d'une antéversion qui avait bien été un peu améliorée, mais dans une si faible proportion, que je n'ai pas cru devoir en tenir compte. Dans l'autre, le traitement a été incomplet, la malade n'ayant pas jugé convenable de le continuer. Il est vrai que nous n'avions encore rien obtenu, mais j'ai vu tant de fois la guérison survenir quand depuis un certain temps le traitement paraissait n'avoir aucun effet, que je crois qu'on ne doit jamais se hâter d'y renoncer trop tôt.

Dans 2 autres cas, la déviation a été réduite et l'utérus remis complètement en place; mais certains symptômes ont persisté après la guérison. Une fois ce sont des douleurs très vives, siégeant à la vulve, dans les flancs, sur les parois de l'abdomen, s'accompagnant de coliques, avec sensation de brûlure pendant la défécation, sans qu'il y ait fissure anale. Il y avait eu des douleurs semblables à la tête, mais elles ont enfin cédé. Cette malade a eu des accidens vénériens primitifs, et même depuis, elle avait perdu ses cheveux et suivi un traitement antisyphilitique. Au reste, les douleurs sont moins fortes que quand la déviation existait. Toutefois, nous ne savons si elles doivent lui être attribuées ou être considérées comme étant dues à la syphilis. Comme on n'avait pas donné de mercure et qu'on avait traité ces accidens exclusivement par l'iodure de potassium, je lui ai prescrit des pilules de protoiodure de mercure, dont j'attends l'effet.

L'autre a conservé des envies fréquentes d'uriner, qui avaient diminué un peu sous l'influence de la belladone, pour reparaître ensuite. Comme je ne l'ai pas revue depuis, je ne sais ce qu'il est advenu de ce symptôme.

Deux malades ont quitté brusquement Paris immédiatement après que le traitement a été terminé. Elles se trouvaient bien et la guérison était complète; mais s'est-elle maintenue depuis? Comme je n'ai pas eu de renseignemens à cet égard, je préfère considérer ces cas comme incertains plutôt que de m'exposer à commettre une erreur en les joignant aux 44 cas de guérison confirmée.

Enfin 9 malades sont encore en traitement; de ce nombre, beaucoup ont déjà éprouvé une amélioration notable et pourront être, je l'espère, rangées parmi les guérisons; mais il ne nous est pas permis de porter encore un jugement à ce sujet. En retranchant donc ces 9 cas de notre total, au lieu de 68 il ne nous en reste plus que 59, sur lesquelles 44 guérisons bien confirmées.

Ce nombre de guérisons est déjà considérable; et vous voyez, par les détails dans lesquels je viens d'entrer, que l'on pourrait encore, à la rigueur, l'augmenter en y joignant ceux où l'amélioration a été très sensible, ceux que j'ai appelés incertains, et ceux dont le redressement a été complet, mais avec persistance de douleurs ou de dysurie.

L'ancienneté de la maladie n'a apporté aucun obstacle à la rapidité de la guérison; les diverses espèces n'ont pas toutes été aussi faciles à guérir, et je considère l'antéversion comme offrant le plus de difficultés. Ceci s'explique, par cette considération, que l'antéversion n'étant que l'exagération de la situation normale, l'utérus ne peut, pendant le traitement, être assez éloigné de sa position vicieuse, et conserve, par conséquent, une plus grande tendance à y revenir. Les divers degrés de flexion sont plus faciles à réduire, parce que le tissu de l'utérus étant ramolli au point de la flexion (et je vous ai montré ce ramollissement du tissu persistant même après la mort), lorsqu'on le redresse, il s'affaisse sur lui-même en ce point, et finit par se maintenir dans cette direction.

T. GALLARD,
Interne.

(La fin prochainement.)

(1) Depuis que ces leçons ont été faites, la plupart des cas en cours de traitement sont guéris, et en outre d'autres guérisons radicales ont été obtenues. Nous pouvons même dire qu'à mesure que les instrumens sont perfectionnés et que nous acquérons plus d'habitude dans leur emploi, les guérisons deviennent plus nombreuses et plus promptes; mais nous n'avons rien voulu ajouter à cette première série de faits, et nous les exposons tels qu'ils se présentaient à cette époque.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Novembre. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Un rapport général sur l'état de la santé publique dans le département d'Ille-et-Vilaine pendant les années 1851 et 1852.

2° Divers rapports rédigés par les médecins des épidémies, sur des maladies épidémiques qui ont régné dans leurs arrondissemens respectifs.

3° Un mémoire de M. LALAGADE, médecin à Albi, qui propose d'appliquer la vaccine comme moyen préservatif et comme moyen curatif à un certain nombre de maladies autres que la petite vérole.

4° Une lettre de MM. SCHAEUFFELE et BOUQUET, pharmaciens, annonçant à l'Académie qu'ils ont en ce moment sous presse un mémoire sur la quinidine, qui comprend un historique complet sur cette substance, une discussion des faits publiés, tant en Allemagne qu'en France, sur ce sujet, et enfin des expériences nouvelles.

5° Un mémoire de M. DELOTZ, de St-Flour, sur l'état puerpéral considéré comme cause d'endocardite.



6° M. CHARRIÈRE fils a présenté à l'Académie de médecine un *scarificateur urétrotôme*, qui a pour but de réunir dans un seul instrument les avantages que présentent les urétrotômes agissant d'avant en arrière, et ceux agissant d'arrière en avant.

A l'extrémité de l'instrument se trouve une tige conductrice d'un petit volume *E*. Le volume de cette tige est tel, que celle-ci peut s'engager facilement dans le rétrécissement; de plus, cette extrémité sert de gaîne à la pointe de la lame conique de l'urétrotôme, qui incise le rétrécissement d'avant en arrière, si non complèment, du moins assez pour faire pénétrer l'olive. La figure *D* représente la lame que l'on a fait glisser hors de sa gaîne.

Lorsque l'incision est faite, on peut ramener la lame dans sa gaîne *E*; on fait franchir à l'olive le rétrécissement; il est alors possible de s'assurer, au moyen du point d'arrêt de l'olive, si l'on est sur le point rétréci; ceci constaté, si on veut inciser le rétrécissement d'arrière en avant, il est facile de faire basculer la lame en faisant descendre le point indicateur.

La lame est disposée d'après les principes posés par M. Civiale pour la confection de son urétrotôme.

(Commission déjà nommée.)

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Leblanc.

M. Leblanc, présent à la séance, est invité à prendre place parmi ses collègues.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la note lue dans la dernière séance par M. O. Henry, sur la quinine et quinidine.

Quinine et quinidine.

M. O. HENRY résume en ces termes le but et l'esprit de ce travail :

Lorsque MM. Pelletier et Caventou découvrirent la quinine dans les écorces de quinquina calyzaya, il fut aisé de prévoir toute l'importance que devait avoir cette belle découverte. Je fus assez heureux, quelques mois après, pour aider à son application, en donnant un procédé prompt et facile, à l'aide duquel on peut obtenir en grande quantité le principe fébrifuge du quinquina. Dès lors, en effet, son emploi devint général, et fut en quelque sorte popularisé. Bientôt tous les pharmaciens préparèrent la quinine et ses sels; bientôt aussi l'on vit s'élever des fabriques où l'on fit en grand l'extraction de cette base organique si intéressante. On peut, sans craindre d'être démenti, dire que cette industrie de création toute française, resta longtemps le monopole de notre pays, et rendit les étrangers nos tributaires pour ce produit du quinquina.

Depuis, il s'est créé en Italie, en Angleterre, en Allemagne, en Hollande, aux États-Unis, plusieurs nouvelles fabriques de quinine, et par suite de cette concurrence, ainsi que du monopole établi en Bolivie par une compagnie anglaise et bolivienne, sur le quinquina calyzaya, les écorces en sont devenues chez nous plus rares ou d'un prix plus élevé, on pouvait même craindre un jour, pour nos approvisionnemens, une sorte de disette de ce quinquina pour notre pays. Il devenait donc important non seulement pour l'industrie française de la quinine, mais surtout pour les besoins de l'art de guérir, de parer à de pareils dangers, et d'éviter que le quinquina, devenu d'un prix trop haut, cessât d'être à la portée de toutes les classes de la société. Persuadés, en conséquence, que la quinine extraite de telle ou telle espèce de quinquina, est identique quand elle est amenée à l'état de pureté, nous avons cherché à remplacer, pour son extraction, le véritable calyzaya par les écorces d'autres sortes de quinquina réputées plus médiocres, et dès lors d'une valeur commerciale moindre, ces quinquinas pouvant d'ailleurs nous être envoyés en tout temps sans difficultés et en telle quantité que ce fût. Ainsi, après avoir soumis à des épreuves répétées avec des soins divers et variés, les quinquinas du Pérou, de la Nouvelle-Grenade, de la Colombie, nous avons obtenu, après le départ de la cinchonine, proscrite à tort peut-être, des produits du sulfate de quinine parfaite-

ment beaux et parfaitement cristallisés. Ces produits furent employés avec succès dans la médecine, et en proportions considérables, soit dans le service des hôpitaux militaires, soit dans celui des hôpitaux civils.

Nous nous croyions donc le droit de nous applaudir d'avoir rendu un bon service à tous, en parant ainsi les éventualités de la disette du calyzaya, lorsqu'il y a quinze ou seize mois, on annonça en Angleterre et en Allemagne que les écorces des quinquinas des provenances citées tout à l'heure, c'est-à-dire de latitudes plus septentrionales que celles d'où vient le vrai calyzaya, ne fournissaient pas un sulfate de quinine pur; que ce sel renfermait un alcaloïde différent, auquel on donnait le nom de *quinidine*, qu'en conséquence il fallait proscrire à la fois ce sulfate et les écorces qui le fournissaient.

C'est cette proscription, Messieurs, que nous venons combattre, en défendant franchement la cause de l'*industrie française de la quinine*. Tel est le but de notre travail et l'esprit dans lequel il est dirigé.

Messieurs, ce n'est pas pour faire accepter notre produit qu'on pourrait croire mêlé de quinidine; non certes, car pour répondre aux exigences actuelles, nous en avons écarté d'abord toute la cinchonine, et même cette soi-disant substance nouvelle, quand elle s'y est accidentellement rencontrée. Le produit que nous livrons partout n'est entièrement composé que de sulfate de la *quinine primitive*.

Il pouvait donc nous être indifférent de voir les fabricans étrangers se déchaîner contre cette prétendue *base organique nouvelle*, puisque leurs attaques ne nous atteindraient pas; mais nous croyons, dans l'intérêt général, et dans celui de la vérité, devoir ne pas garder le silence et protester hautement en répétant que la *quinidine* n'est rien autre chose que de la *quinine hydratée* ou un état particulier de cristallisation de cet alcaloïde. Qu'est-ce en effet que la quinidine? La même substance que nous avons découverte il y a vingt ans dans les produits du calyzaya pur. En comparant ce que nous avons publié en 1833 et 1834 à ce sujet avec ce que les chimistes anglais et allemands ont écrit depuis peu, on verra qu'il n'y a presqu'aucune différence. Tout se résume à ceci : la quinidine est un hydrate de quinine à 2 atomes d'eau au lieu de 3,3, et la dissemblance ne porte que sur un peu moins de solubilité dans l'éther sulfhydrique.

D'ailleurs même poids atomique, même composition élémentaire, même état de saturation avec les acides; sels semblables aussi dans leurs proportions, etc. Or, cette quinidine abandonnée il y a vingt ans comme substance nouvelle, n'a pas cessé de faire partie du sulfate de quinine livré au commerce et à la médecine, puisque le quinquina colyzaya lui-même en fournit. Eh bien! a-t-on signalé quelques inconvéniens dans l'emploi de ce sulfate? Jamais certainement. Ajoutons encore que si les quinquinas dits de médiocre valeur paraissent, d'après les fabricans allemands, plus riches en cette modification cristalline, on ne peut réellement citer que l'espèce de quinquina rouge de la Nouvelle-Grenade qui la fournit d'une manière plus prononcée à côté de la cinchonine et de la quinine *primitive*. Les autres espèces n'en produisent qu'à peine. Mais c'est un point sur lequel nous ne nous arrêtons pas, et nous nous bornerons à présenter comme conclusions les propositions suivantes :

1° N'y a-t-il pas lieu d'examiner si la cinchonine mérite réellement la défaveur qu'on lui fait subir comparativement à la quinine.

2° On peut obtenir d'un grand nombre d'écorces de quinquina autres que celles du calyzaya de la quinine et du sulfate *très purs*.

3° L'emploi de ces écorces peut assurer la fabrication de ce précieux médicament et parer aux désavantages qu'offrirait sa rareté et dès lors son prix fort élevé.

4° La matière appelée *quinidine*, qui n'est qu'un état de cristallisation différent de celui de la quinine, paraît exister dans toutes les écorces du quinquina, mais plus particulièrement dans celles du quinquina rouge de la Nouvelle-Grenade. C'est de la quinine à l'état d'hydrate, et la même substance qui fut découverte il y a vingt ans avec cette dénomination.

5° Il n'y a aucun motif sérieux de la proscrire, ainsi que les quinquinas de nature réputée médiocre; et en agissant ainsi, c'est servir moins la vérité que les spéculations commerciales des fabricans étrangers, et conduire la France créatrice de l'industrie de la quinine, et à se voir un jour leur tributaire pour ce produit, l'un des plus grands bienfaits de la chimie organique.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Soubeiran, Guibourt, Bouchardat, H. Gaultier de Claubry et Henry, et de laquelle il résulte que, d'une part, la question d'identité ou de différence entre la quinine et la quinidine n'est pas encore résolue par les chimistes; que, d'autre part, l'expérience clinique ne s'est pas encore prononcée sur la valeur thérapeutique des quinquinas à quinidine, la question, sur la demande de M. O. Henry lui-même, est renvoyée à la commission des succédanés du quinquina.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures.

THÉRAPEUTIQUE.

INHALATION DE CHLOROFORME DANS UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE.

Il était naturel de penser que l'action si remarquable exercée par le chloroforme sur le système nerveux, et dont les effets de ce médicament sur l'éclampsie, le tétanos et les convulsions de l'enfance, nous offrent de si curieux exemples en ce qui regarde les maladies convulsives, serait peut-être de nature à avoir quelque influence sur les phénomènes convulsifs qui résultent de l'injection de la strychnine, et même sur les accidens d'empoisonnement causés par cette substance. Si nos souvenirs ne nous trompent pas, nous croyons même que quelques expériences, faites au début de l'éthérisation, ont montré une espèce d'antagonisme entre les effets du chloroforme et ceux de la strychnine. Quoi qu'il en soit, voici un fait qui est bien capable de donner des espérances relativement à la possibilité de combattre avec avantage l'un des empoisonnemens les plus terribles que la science connaisse :

Un homme de 40 ans, aux habitudes peu régulières, avala par erreur une gorgée d'une potion qu'il croyait contenir de la morphine, et qui contenait en réalité de la strychnine. La quantité ingérée fut environ d'un ou deux grains. Vingt minutes après, M. Maunson le trouva dans l'état suivant : raideur de tout le système musculaire; muscles du dos et des extrémités supérieures, et inférieures surtout, fortement contractés, la tête portée violemment en arrière; parole difficile; sensation de contraction autour de la poitrine; transpiration abondante de la face et de la poitrine. Une foule de moyens avaient été employés sans succès; le malade s'affaiblissait peu à peu sous l'influence de l'état spasmodique croissant du système musculaire. M. Maunson songea alors au chloroforme. Quatre grammes de ce liquide furent versés sur un mouchoir de soie, et on l'approcha de la bouche du malade. L'effet en fut véritablement décisif : le malade, qui était assis, et dans l'impossibilité de se déplacer, sous peine d'être pris des convulsions les plus effrayantes, demanda à être couché, ce qui fut fait sans exciter le moindre spasme. Le chloroforme fut continué pendant quelques heures, le malade tenant lui-même le mouchoir la plupart du temps, pour prévenir les spasmes affreux auxquels il avait été en proie. La guérison fut très rapide. Deux jours après, ce malade avait repris ses habitudes.

(*Boston. med. Journal.*)

RÉACTIF POUR ENLEVER LES PARCELLES DE FER ENCHASSÉES DANS LA CORNÉE.

Ce moyen, signalé par Jeanneret, consiste dans l'emploi d'un collyre de sulfate de cuivre (3 grains par once d'eau distillée) : le fer se substitue au cuivre qui se précipite. Jeanneret a expérimenté sur lui-même l'efficacité de ce moyen. (*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

ACONIT CONTRE LE FARCIN CHRONIQUE.

M. Decaisne rapporte, dans les *Archives de médecine belge*, deux faits qui établissent l'utilité de l'extrait d'aconit administré à dose successivement croissante de 5 à 75 centigrammes dans des cas de farcin chronique.

On pourrait répéter utilement ces expériences sur des chevaux farcinés en employant la racine fraîche d'aconit.

PRESSE MÉDICALE.

Gazzetta medica sarda. — Juin à Septembre 1852.

Observations pratiques sur l'emploi combiné de l'iodure de potassium à l'intérieur et de l'huile de foie de morue à l'extérieur dans le traitement de l'arthrite et de la carie articulaire; par le docteur Musizzano, médecin de l'hôpital de Caselle.

Ce travail intéressant est suivi des conclusions suivantes : 1° l'iodure de potassium jouit de la propriété de corriger la diathèse strumeuse; s'il ne produit pas l'effet désiré dans beaucoup de cas, cela tient à ce que le tube intestinal ne supporte pas toujours bien l'emploi un peu trop large et trop longtemps continué de ce médicament. Fort souvent aussi l'on ne trouve dans les malades ni la persévérance, ni la ténacité suffisantes pour obtenir de ce traitement tout ce qu'il peut donner, surtout dans les classes laborieuses qui n'ont que peu de confiance dans les moyens dont l'action est lente et peu sensible.

2° L'huile de foie de morue, en applications intérieures, ainsi que j'ai pu m'en convaincre dans ma longue pratique, jouit de la propriété, une fois l'état pathologique calmé, d'activer l'absorption de la lymphe plastique qui se dépose dans les tissus enflammés de l'articulation, et de résoudre l'état gélatineux et comme solide de la synovie dans les arthrites.

3° L'huile de foie de morue amène également la résolution des adhérences, si elles sont récentes et incomplètes; de là ses avantages précieux dans l'ankylose et la rigidité articulaires.

4° Administrée à l'intérieur, l'huile de foie de morue active la nutrition et facilite le travail derecomposition organique; elle est donc préférable sous ce rapport à l'iode et à ses diverses préparations; tandis que ceux-ci ont généralement une action irritante sur le tube digestif, sont fort souvent mal supportés et produisent de l'amaigrissement; l'huile de foie de morue est en général bien supportée, et se montre généralement utile dans les maladies à fond scrofuleux, et dans lesquelles le travail d'assimilation est ralenti.

M. Musizzano cite, à propos de cette dernière conclusion, des faits de phthisie, de carreau, de rhumatisme articulaire chronique; mais les deux plus intéressans sont ceux qu'il apporte à l'appui de l'emploi combiné de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue, l'un à l'intérieur, l'autre à l'extérieur.

Observation I. — Une femme de 40 ans, d'un tempérament lymphatique, qui n'avait jamais eu en sa vie que des fièvres synoques, mais qui, en revanche, avait eu dans son enfance des engorgemens ganglionnaires du cou qui avaient suppuré dans l'adolescence, fut prise, au mois de mai 1850, à la suite d'une cause rhumatismale, d'une arthrite très grave et très intense, avec périostite, de l'articulation radio-carpienne droite et des os voisins, qu'un traitement antiphlogistique prompt et énergique, tant général que local, ne parvint pas à arrêter. Entrée à l'hôpital, M. Musizzano, ayant reconnu de la fluctuation sur le dos de la main et au niveau de l'articulation radio-carpienne, pratiqua une incision au niveau du second espace interosseux, ce qui donna issue à une abondante quantité de pus. Malgré cette incision, malgré l'emploi des moyens antiphlogistiques, et bien que l'on eût pris les plus grandes précautions pour empêcher la stagnation du pus, deux autres ouvertures se firent naturellement, correspondant l'une à l'extrémité inférieure du radius, et l'autre à l'espace interosseux de l'avant-bras, à la partie la plus inférieure; par l'ouverture correspondant à l'extrémité articulaire du radius, le stylet arrivait sur l'os mis à nu et carié. Quoique ces trois ouvertures donnassent issue à une immense quantité de pus, elles étaient cependant insuffisantes pour livrer passage à tout celui que sécrétait le travail pyogénique. Aussi, une infiltration purulente ne tarda pas à se faire dans les mailles du tissu cellulaire de l'avant-bras et du bras jusqu'à la moitié de sa hauteur environ, avec de la fièvre le soir, de l'amaigrissement, de la toux et des crachats suspects. Immédiatement, bandage compressif de haut en bas du bras et de l'avant-bras pour modérer l'infiltration, et à l'intérieur, M. Musizzano, se fiant sur les antécédens de la malade et croyant à une diathèse scrofuleuse, prescrivit 0,10 d'iodure de potassium dans 45 grammes d'eau distillée de laitue et 15 grammes de sirop de gomme arabique, à prendre par moitié matin et soir. La dose d'iodure fut augmentée de 5 centigrammes chaque jour, jusqu'à 2,50 grammes. A l'extérieur, M. Musizzano fit faire des onctions sur l'avant-bras et le bras avec l'huile de foie de morue, et toucher avec un pinceau trempé dans cette huile l'ulcère correspondant à l'os carié. Les cataplasmes furent remplacés par des compresses trempées dans cette huile, et grâce à ce traitement, en deux mois la malade était guérie, sauf un peu de raideur dans les mouvemens, qui a disparu après l'emploi continué des mêmes moyens pendant un autre mois.

Observation II. — Une femme de 35 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution assez délicate, fut prise, vers la fin d'avril 1851, d'une arthrite rhumatismale très aiguë, occupant aux deux bras les articulations radio-carpienne et carpo-métacarpiennes, et qui avait résisté à un traitement antiphlogistique général et local, ainsi qu'à beaucoup d'autres moyens usités en pareil cas. Appelé au quatrième jour de la maladie, M. Musizzano constata les symptômes suivans : œdème des extrémités supérieures jusqu'à l'articulation huméro-cubitale, douleurs très aiguës et lancinantes augmentant par l'exploration et par le plus léger mouvement, périostite de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, réaction fébrile, douleurs intestinales, avec diarrhée et redoublement fébrile vers le soir. Cataplasmes de riz, décoction blanche de Sydenham, glace et boissons acides; puis, huit jours après, cataplasmes de ciguë, renouvelés deux fois par jour. Sous l'influence de ce traitement, continué pendant quinze jours, la diarrhée cessa, la phlogose articulaire se calma, et la malade pouvait, quoiqu'avec difficulté, lever les mains et souffrir l'exploration. Puis, M. Musizzano passa à l'iodure de potassium, à la dose de 10 centigrammes par jour, qu'il éleva peu à peu, mais sans pouvoir dépasser un gramme, à cause de la susceptibilité du tube digestif, en même temps que des onctions étaient faites sur les parties malades avec de l'huile de foie de morue. Continué pendant cinquante jours, ce traitement rendit à la malade l'usage de ses articulations et la possibilité de se livrer à ses travaux habituels.

COURRIER.

Que sont devenues ces belles séances de l'Académie de médecine, dans lesquelles, pour ne rappeler que les grandes discussions de l'année courante, M. Piorry disputait à M. Grisolle ou à M. Michel Lévy, la victoire du sulfate de quininine sur le chlorure de sodium dans le traitement de la fièvre intermittente; dans lesquelles M. Cazeaux, sur la question de l'avortement provoqué, luttait avec courage et talent contre l'autorité et la parole de M. P. Dubois ou de M. Bégin; dans lesquelles la syphilisation avait ouvert toutes les cataractes de l'éloquence académique; dans lesquelles M. Ricord, harcelé par d'innombrables ennemis, tenait haut et ferme le drapeau de ses doctrines sur la non transmissibilité de la syphilis secondaire? A ces émouvantes séances a succédé le calme le plus plat. Aussi, à la place du *premier-Paris* impossible, le *Courrier* enregistre-t-il humblement l'annonce d'une discussion avortée sur la quinidine, question que M. O. Henry a très prudemment fait d'enterrer dans la commission des succédanés du quinquina.

A propos de ces succédanés, on peut voir tous les matins, courant d'hôpital en hôpital, trois ou quatre fils de la perfide Albion, possesseurs, disent-ils, d'un fébrifuge plus puissant, plus sûr et incomparablement moins cher que l'alcaloïde extrait de l'écorce péruvienne. Quel est cet arcane? Nul ne le sait et le secret est bien gardé. On se demande pourquoi nos braves voisins, au lieu de venir à Paris, qui est le pays le moins fiévreux du monde, ne partent pas ou n'envoient pas leur remède dans les possessions anglaises de l'Inde, où l'expérimentation pourrait se faire sur la plus large échelle possible.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'inviter, aux termes du décret du 10 mars, la Faculté de médecine à lui faire ses présentations pour la chaire de chimie organique, actuellement vacante.

Le bruit courait hier, dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie de médecine, que MM. Monneret et Fleury refusaient l'encouragement accordé sur le prix Itard aux auteurs du *Compendium*.

Il existe en Belgique un certain Driesken-Nypers, qui a la réputation de guérir les rhumatismes en pinçant les rhumatisans; mais voici qu'il lui arrive une concurrence. On lit dans le *Courrier de l'Escaut* :

« Le Tournaisis possède aussi son Driesken-Nypers. On se rappelle qu'au mois d'août, le nommé Isidore Hautecœur, de Vezon, a été frappé par la foudre qui lui a communiqué le fluide électrique (*sic*). En octobre, quelques personnes du village, atteintes de rhumatisme, cédant aux sollicitations d'un médecin distingué (*sic*), se firent frotter par Hautecœur et furent guéries. Le bruit de ces cures merveilleuses se répandit bientôt au-dehors, et aujourd'hui, de tous les coins du Hainaut, arrivent des troupes de malades qui viennent demander la santé au thaumaturge vezonien. »

S. M. le roi de Sardaigne vient de décorer de l'ordre des Saints-Maurice et Lazare M. le docteur Caffe, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, etc. Le décret qui accorde à notre confrère cette nouvelle distinction, est motivé en des termes trop honorables, pour que nous n'éprouvions pas une vive satisfaction à les reproduire :

« Nous voulons récompenser M. Caffe de ses travaux scientifiques, » de sa pratique médicale aussi distinguée qu'honorable, soit encore » des services importans qu'il a rendus aux sujets de S. M. à Paris. »

— M. A. Devergie commencera sa clinique sur les maladies de la peau samedi prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, avec des notes et des additions par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.
Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Influences des événemens et des commotions politiques sur le développement de la folie; par le docteur Belhomme, médecin d'un établissement d'aliénés, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.
En vente, chez Germer-Baillière. — Prix : 3 fr.

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, et de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme*. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 142. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 27 Novembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'INFUSION DE FEUILLES DE FRÊNE (1) DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME.

Les plus utiles acquisitions de la matière médicale sont ordinairement dues au hasard, ou plutôt à une providence protectrice de la santé humaine. La découverte des propriétés antipériodiques du quinquina est de ce nombre ; il ne pourrait même en être autrement, surtout pour les médicamens tirés du règne végétal.

Comment peut-on connaître les effets physiologiques et curatifs des produits végétaux, avant de les avoir expérimentés? Comment avoir la pensée de les expérimenter, sans donnée préalable, sans indice qui guide l'expérimentation? Se basera-t-on sur l'analogie? Mais, on le sait, une conformité organique n'entraîne pas une similitude d'action dans les propriétés des plantes ; les exceptions et les anomalies sont on ne peut plus nombreuses à cet égard ; de Candolle, qui a traité cette question dans sa thèse inaugurale, a été obligé de le reconnaître.

Jusqu'à ce que la chimie, science si progressive, ait isolé tous les principes immédiats des divers végétaux, et que les médecins en aient constaté les vertus thérapeutiques, travail qui ne sera pas accompli de sitôt, l'empirisme sera la seule voie qui nous conduira, comme par le passé, à la découverte d'un grand nombre de médicamens efficaces, mais ignorés ; si l'on vient à rechercher quel est, pour chaque cas particulier, le point de départ de cette voie, l'on s'aperçoit bien vite qu'il se perd dans le fond commun des pratiques traditionnelles.

Telle est l'histoire de l'emploi thérapeutique de l'infusion des feuilles de frêne, dans les affections goutteuses et rhumatismales.

En 1842, M. le docteur Peyraud fut atteint d'une première attaque de goutte. Il employa le traitement le plus rationnel pour la combattre. Malgré tout ce qu'il put faire, aidé des conseils de son père et de plusieurs de ses confrères du canton de Montbron (Charente), cet accès dura vingt-cinq jours. Pendant trois années consécutives, les accès de goutte augmentèrent de fréquence et de violence. M. le docteur Peyraud avait donc usé de tous les moyens connus, sans éprouver de soulagement, lorsqu'il rencontra un de ses cliens du département de la Dordogne, qui lui parla de l'infusion de feuilles de frêne, et lui certifia qu'un de ses ancêtres avait été guéri par ce remède, et que beaucoup de gens de la campagne chassaient les douleurs (ce sont ses propres expressions) avec l'infusion de feuilles de frêne.

D'après ces renseignemens, mon confrère, sans avoir une grande confiance dans les résultats si vantés, se hâta néanmoins de recourir au remède, qu'il a continué jusqu'à ce jour. Il s'en est si bien trouvé, que depuis 1845 jusqu'en 1849, il n'a eu qu'un seul accès de goutte. Je fus alors appelé par M. Peyraud ; je fus témoin de la médication et de l'accès qui était complètement dissipé au bout de cinq jours.

Je me rappelai alors qu'étant médecin à l'école de Sorèze, en 1824, des paysans m'avaient vanté la vertu de l'infusion des feuilles de frêne contre les douleurs. Je n'y avais pas fait attention, mais le cas qui se présentait à mon observation, en la personne de mon confrère, me prouva, une fois de plus, qu'il est certains remèdes inconnus que les praticiens médecins ont grand tort de regarder avec indifférence ou mépris.

Encouragé par ce succès et par ceux que M. Peyraud me dit avoir obtenus sur plusieurs de ses cliens auxquels il avait conseillé l'infusion de frêne, je la prescrivis à un voyageur du commerce, goutteux depuis vingt ans. Ce négociant s'était saturé de sirop de Boubée et d'autres médicamens vantés comme spécifiques, et auxquels il avait été forcé de renoncer, tant il avait fini par les prendre en répugnance. Il était à la campagne, aux environs de Ste-Foix, retenu presque continuellement dans sa chambre par des attaques successives. Onze jours de l'usage de l'infusion lui permirent de faire deux kilomètres à pied, et au bout de quinze jours il put reprendre ses voyages et aller sans s'arrêter, sans souffrir, en diligence, de Bordeaux à Quimper.

En même temps, M. B..., négociant à Bordeaux, était pris pour la première fois d'un accès de goutte au pied droit. Je le mis à l'usage de l'infusion de feuilles de frêne. Dès le deuxième jour, il put descendre et sortir en ville. Depuis, chaque fois qu'il ressent les prodrômes d'une attaque, tels que céphalalgie, inappétence, etc., quelques tasses d'infusion dissipent ces symptômes.

J'obtins le même succès dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. M. le docteur Peyraud fut témoin du bon résultat de la médication ; comme moi, il avait diagnostiqué la coïncidence du rhumatisme avec l'endocardite.

Le sieur Combes, âgé de 28 ans, peintre en bâtimens, demeurant place Puy-Paulin, à Bordeaux, avait eu, à deux années d'intervalle, deux attaques de rhumatisme articulaire aigu, dont la deuxième accompagnée d'endocardite, ne lui avait permis de reprendre ses occupations qu'après quatre mois de maladie et de convalescence ; sur ces quatre mois, il en avait passé un sur les bords de la mer, au bassin d'Arcachon.

Après deux années de calme, il éprouva, le 25 décembre 1849, pour la troisième fois, des douleurs dans les articulations des pieds, des genoux et des poignets, avec gonflement, gêne dans la respiration, impossibilité de se coucher ; tous les phénomènes enfin de l'endocardite la plus intense.

Appelé auprès de ce malade le 30 décembre, je le trouvai si faible, qu'avant d'avoir recours à la saignée, je voulus essayer l'infusion de feuilles de frêne. Au bout de douze heures et après le troisième bol d'infusion, Combes éprouva un peu moins de gêne dans la respiration ; les douleurs précordiales sont moins vives et l'état général est plus satisfaisant.

Dès le 4me jour de ce traitement, les douleurs articulaires ont beaucoup diminué d'intensité ; la respiration est plus libre, puisque le malade a pu passer toute la nuit couché dans son lit. Il demande à manger.

Le 9 janvier, le malade entre en pleine convalescnce et peut sortir malgré un froid assez vif. Le 22 du même mois, Combes a repris ses travaux de peintre.

Après plus d'une année d'expérimentations, faites avec l'infusion de feuilles de frêne fraîches et sèches, expérimentations suivies le plus souvent de succès incontestables, M. le docteur Peyraud et moi nous modifiâmes le mode de préparation. Nous fîmes mettre en poudre fine les feuilles sèches, en y mélangeant une très petite quantité de poudre d'hyapana, pour aromatiser l'infusion.

De nouveaux renseignemens de la part du docteur M..., nous ont appris que les paysans angevins, sujets aux douleurs rhumatismales et goutteuses, attribuées aux vins blancs fortement soufrés qu'ils boivent, combattent ces douleurs par l'infusion de feuilles de frêne.

En juillet 1851, un de nos amis de Toulouse, étant venu à Royan, m'apprit que, depuis plusieurs années, il n'avait plus d'attaques de goutte, et qu'il attribuait cette guérison inatten-

(1) *Fraxinus polygamie* ; *diœcie. L.* Famille des Jasminées. J.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sommaire. — La permutation de M. Trousseau. — M. Chomel et M. Trousseau. — Conseils pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale.

S'il est déjà si difficile de parler des morts, jugez, bien-aimé lecteur, de la triste position du critique, obligé de parler des vivans ! Obligé, me direz-vous, qui donc vous contraint à cette délicate besogne ? Mon Dieu, vous répondrai-je, rien, presque rien, le sentiment du devoir, sentiment chevaleresque fort niais qui me fait m'imaginer qu'un journaliste n'a pas l'honneur de tenir une plume pour en tourner le bec vers les nuages, action que je compare à celle du soldat qui met la crosse en l'air. Il me semble, je m'abuse peut-être, — et dans ce cas, lecteur, vous seriez bien charitable de me tirer d'erreur — qu'il est des jours, des circonstances et des occasions où l'on attend du critique autre chose que des demi-mots ou que la sèche annonce d'un fait intéressant. Il me semble encore que les événemens importans qui s'accomplissent ou qui vont s'accomplir à la Faculté de médecine de Paris, sont du nombre et de la nature de ceux dont on désire que le feuilleton entretienne ses lecteurs. Donc, je me dévoue et j'entre en matière.

Trois chaires se sont trouvées presque simultanément vacantes à la Faculté de médecine de Paris, et cela au début de la nouvelle législation qui régit aujourd'hui la nomination aux chaires de professeurs. C'était déjà beaucoup qu'une expérience pour ce nouveau mode ; mais trois, coup sur coup, voilà, certes, une large occasion offerte d'en apprécier les mérites et les inconvéniens. Quand je dis nouveau mode, mes lecteurs savent aussi bien que moi que ce n'est qu'un retour au système pratiqué pendant les quinze années du gouvernement de la Restauration, système qui succomba, à la grande satisfaction de l'opinion publique, sous l'ordonnance de 1830, provoquée par M. de Broglie. On sait encore que ce premier ministre de l'instruction publique du gouvernement de Juillet ne fit que faire retour lui-même au système du concours rétabli par l'empereur Napoléon, et fondé par le roi Louis XIV. Car, il est peut-être curieux de le faire remarquer, ce sont deux souverains absolus qui ont, l'un institué et l'autre rétabli le concours. Mais, nous voilà donc en plein dans le système de la présentation ; il s'agit, pour la Faculté, de s'en tirer le mieux possible ; il s'agit aussi, pour la critique, de concourir loyalement à obtenir le résultat le plus satisfaisant.

Faisons donc taire nos regrets pour la chute du principe de l'institution du concours ; ces regrets seraient stériles aujourd'hui ; nous ne pouvons rien contre les faits accomplis, et s'il reste une mission à la presse, ce ne peut être que celle de faire ses efforts pour que les institutions nouvelles fonctionnent au plus grand avantage de l'enseignement.

C'est avec ces intentions que je vais dire aujourd'hui mes impressions sur l'une des questions qui occupent en ce moment la Faculté, celle de la chaire de clinique médicale laissée vacante par la retraite très regrettable de M. Chomel.

On sait que M. le professeur Trousseau a demandé la permutation de sa chaire de thérapeutique et de matière médicale avec la chaire de clinique vacante. La Faculté, consultée, a répondu, oui, et tout fait croire que M. le ministre de l'instruction publique ratifiera le vœu de M. Trousseau. Cet honorable et savant professeur a-t-il bien et sérieusement consulté les intérêts de l'enseignement et son intérêt propre en sollicitant cette permutation ? Il serait peu opportun de répondre à cette question au moment où l'affaire est à peu près faite. Un seul mot à cet égard : Je vois très nettement ce que l'enseignement et M. Trousseau lui-même vont perdre à ce changement ; l'enseignement, un professeur très suivi, très écouté, d'une aptitude complète à cette chaire ; M. Trousseau, l'influence que donne un enseignement populaire, un double enseignement, car à sa chaire officielle, M. Trousseau joignait une clinique libre des maladies des enfans, qui attirait la foule ; et je n'aperçois pas très distinctement ce que M. Trousseau et l'enseignement retireront d'avantages de cette permutation. Cela m'afflige beaucoup d'émettre cette réflexion, et M. Trousseau comprendra seul la violence que je suis obligé de faire à mes sentimens intimes.

Ce n'est pas assurément que je mette en question ou en doute l'aptitude clinique de M. Trousseau. Les élèves, les médecins qui se pressent à ses leçons de l'hôpital des Enfans témoignent hautement des services que M. Trousseau peut rendre dans cette partie de l'enseignement. Il ne faut pas oublier non plus que M. Trousseau ne sera pas un nouveau venu dans ces salles et cet amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, illustrés par de grands professeurs. Qui ne se rappelle que M. le professeur Récamier avait associé M. Trousseau à son enseignement clinique ? Qui ne se souvient des belles leçons faites par lui et recueillies avec empressement par les journaux du temps ? N'est-ce pas dans le grand amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu que M. Trousseau, jeune alors, et préludant à sa réputation, vint exposer avec ce charme et cette facilité de langage qui lui sont propres, la doctrine de son maître Bretonneau sur la dothinentérie ? N'est-ce pas dans ces leçons si attachantes qu'il faisait revivre les grandes doctrines oubliées de Sydenham sur la variole ? N'est-ce pas là encore qu'il popularisa ses opinions et sa pratique sur le traitement du croup, sur les indications et le manuel opératoire de la trachéotomie ? Comme titres véritablement cliniques, je ne sais vraiment qui et et quoi on peut opposer aux titres de M. Trousseau. Ce n'est donc pas à ce point de vue que je regrette son abandon de la chaire de thérapeutique. Je crois fortement que M. Trousseau possède quelques-unes des grandes qualités du clinicien, mais je crois que ces qualités, il pouvait plus utilement les mettre en œuvre dans un cours de thérapeutique que dans un cours de clinique. Le mieux est l'ennemi du bien, dit un vieux proverbe. M. Trousseau satisfaisait à toutes les exigences de l'enseignement dont il était chargé, et peut-être que les qualités mêmes que personne ne lui conteste, lui seront objectées pour un enseignement clinique.

Il y a un autre péril pour M. Trousseau ; il viendra de l'habitude et de la comparaison. Depuis vingt ans, M. Chomel régnait en maître sur l'enseignement clinique. Esprit prudent, calme, correct, possédant

due à un remède que lui avais indiqué une de ses paysannes; que ce remède était tout simplement l'infusion de feuilles de frêne qu'il prenait de temps en temps, et toutes les fois qu'il éprouvait les plus légers prodrômes de la goutte.

En juin 1852, en passant à Montauban, à mon retour de Toulouse, M. le docteur Pouget vit le docteur R... qui était atteint d'un rhumatisme goutteux au pied droit. Je lui parlai de la feuille de frêne, comme remède spécifique. Cette communication lui rappelle une particularité qui était échappée de sa mémoire depuis longtemps. Il la regardait alors comme insignifiante. Il se souvient que la servante de son père, qui mêlait de médecine dans les montagnes de l'Auvergne, faisait prendre cette infusion aux paysans qui se plaignaient de douleurs. Cela date de quarante ans; ni son frère, ni lui, n'avaient eu l'idée d'employer cette feuille.

A la même époque, M. le docteur Pouget pria son compatriote et ami, M. Moquin-Tandon, directeur du Jardin-des-Plantes de Toulouse, professeur de botanique à la Faculté des sciences de la même ville, de voir s'il était parlé quelque part des propriétés médicales du frêne. Il m'écrivait le 16 juillet dernier :

« J'ai fait des recherches dans une douzaine de traités de » matière médicale, d'histoire naturelle médicale. Je n'ai rien » trouvé sur la propriété antigoutteuse du frêne. Un méde» cin de la ville m'a dit, ces jours derniers, que votre poudre » lui avait parfaitement réussi. »

Nous pourrions ajouter une trentaine de cas observés avec soin dans notre pratique particulière à Bordeaux. Mais dans un espace si restreint, nous devons nous borner à ceux qui ressortent en partie des observations et communications de nos confrères.

M. Choylak, pharmacien à Royan, nous a assuré que depuis déjà longtemps, un de ses beaux-frères et plusieurs goutteux de Royan, avaient pris avec avantage l'infusion de frêne, et que par ce moyen, plusieurs étaient complètement délivrés de leurs douleurs; tous avaient éprouvé un grand soulagement.

Voici la seule chose que nous ayons trouvée sur les feuilles de frêne (*Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, 1823) : « Quant aux feuilles de frêne, elles ont passé d'un côté pour purgatives, de l'autre pour astringentes, et supérieures, comme telles, au thé de la Chine. De cette seule dissidence, on est en droit de conclure que son action sur l'économie animale n'a pas été étudiée avec assez de soin, et qu'il faut de nouvelles observations faites par un praticien attentif, pour nous mettre à même de prononcer en toute sûreté de conscience sur leur compte. Les bons effets que Gilibert dit en avoir obtenus dans les scrofules, sembleraient toutefois indiquer qu'elles sont sinon excitantes, du moins toniques. L'expérience seule peut décider la question. »

Or, lorsqu'à des observations si concluantes qui rendent évident le succès d'une substance, l'on peut joindre de nombreux et honorables témoignages de son efficacité, doit-on hésiter à la conseiller, à lui donner de la publicité, alors même que l'on n'aurait pas réussi dans quelques cas, presque toujours exceptionnels, surtout lorsqu'il s'agit de combattre ou modifier une maladie aussi grave que le rhumatisme et la goutte? Non, sans doute.

De plus, ne sommes-nous pas en droit de nous étonner qu'aucun médecin, dans l'intérêt de ses semblables, n'ait conseillé, n'ait vulgarisé une substance dont les premiers effets thérapeutiques datent, peut-être, de plusieurs siècles, et qui est destinée, sans aucun doute, à rendre à l'avenir des services signalés?

S'il existe des médecins praticiens qui aient ordonné ce remède, qui, certainement, a réussi entre leurs mains comme entre les nôtres, pourquoi ne l'ont-ils pas signalé à l'attention médicale? Pourquoi, en un mot, ce remède reconnu bon par eux, n'ont-ils pas cherché à le faire entrer dans le cadre pharmaceutique?

Quant à nous, ne voulant pas encourir l'espèce de reproche que nous faisons aux autres, nous avons cru le moment venu de publier ce que nous avons observé, et ce que nous avons appris sur ce sujet.

La poudre de feuilles de frêne peut être présentée, pour le traitement de la goutte et du rhumatisme, comme un véritable spécifique d'autant plus précieux, qu'il joint à une vertu curative aussi puissante, pour ne pas dire plus, que celle des préparations de colchique et autres, l'immense avantage de n'avoir, dans son administration, ni les inconvéniens, ni les dangers de ces dernières.

Nullement purgative, elle peut être prise quel que soit l'état du tube digestif. Elle ne produit ni dégoût, ni maux de cœur, ni malaise général, ni anéantissement, etc., etc.

Une expérience soutenue permet d'annoncer que généralement, au bout de quatre à cinq jours de l'emploi de cette poudre, quelquefois plus tôt, les douleurs, la rougeur et l'engorgement diminuent sensiblement d'intensité, si le plus souvent ils n'ont pas complètement disparu.

MODE D'ADMINISTRATION.

On fait infuser chaque prise de poudre, pendant trois heures, dans deux tasses d'eau bouillante.

Avant de prendre l'infusion, qu'on peut édulcorer à volonté, il faut avoir le soin de la passer à travers un linge.

Dans le cas de goutte aiguë, et au commencement surtout de l'attaque, avec ou sans fièvre, on doit faire infuser deux prises dans trois tasses d'eau, que l'on prendra : l'une le soir, au moment de se coucher, l'autre le matin, au lit, ou en se levant, et la troisième au milieu de la journée, entre les deux repas.

Il est nécessaire de continuer cette médication pendant une huitaine de jours, après la disparition des symptômes précités, à la dose seulement d'une seule prise de poudre pour deux tasses d'infusion.

Dans la goutte chronique, on peut se contenter de deux tasses d'infusion par jour, une le soir, et l'autre le matin; mais le traitement doit être continué pendant plus longtemps.

En ayant recours à ce même mode de médication, tous les mois, pendant huit à dix jours environ, les attaques peuvent être éloignées plus ou moins indéfiniment.

Dans le rhumatisme aigu, cette infusion aide beaucoup l'action des moyens thérapeutiques ordinairement mis en usage dans ces cas, et elle active surtout la résolution des engorgemens articulaires.

Mêmes résultats avantageux dans les rhumatismes chroniques, articulaires, musculaires et nerveux.

Pendant l'emploi de ce moyen, il est inutile de rien changer au mode de vivre, ni de s'assujettir à aucun régime particulier, en observant toutes les fois les lois d'une sage hygiène.

Les Drs Pouget et Peyraud.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION D'HYDATIDES RENDUES PAR LES VOIES URINAIRES; par M. Henri Gintrac, professeur-suppléant à l'École de médecine de Bordeaux.

Observation. — Étienne Génie, âgé de 39 ans, ancien militaire, teinturier depuis plusieurs années, est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin. Sa mère est morte d'une affection du cœur; son père a succombé à la suite d'une opération de taille, nécessitée par la présence d'un calcul volumineux.

Génie a été déjà souvent malade. Encore enfant, il fut atteint d'une méningite, qui entraîna la cécité de l'œil droit. Il dit avoir eu, vers l'âge de 30 ans, des accès de catalepsie, qu'il décrit et caractérise parfaitement. Enfin, dans ces dernières années, il avait ressenti des palpitations de cœur, pour lesquelles la saignée, des sangsues et la digitale, furent jugées nécessaires.

Au milieu de ces divers états morbides, il éprouvait dans la région lombaire une douleur constante dont il ne s'était jamais plaint. Dans le mois de décembre 1849, cette douleur acquit une certaine intensité; elle s'étendit vers l'hypogastre et les cuisses. D'abord sourde, obscure, elle devint plus tard exacerbante, et alors la marche était presque impossible. Vers cette même époque, le malade s'aperçut qu'il rendait avec les urines quelques pellicules blanchâtres, minces, d'apparence gélatineuse. L'émission de ces sortes de membranes s'accompagnait de grandes souffrances; elle avait lieu régulièrement une ou deux fois par semaine. Hors ces momens, la santé générale était parfaite, les organes digestifs ne présentaient aucun dérangement; il n'y avait pas de toux, point de fièvre.

Génie fut admis à l'hôpital, le 25 mai 1850; il arrivait de Toulouse. Les détails qui précèdent durent appeler notre attention d'une manière spéciale vers les voies urinaires. Une douleur obtuse et permanente se faisait sentir aux lombes; mais surtout du côté droit, la sensibilité était très vive, la moindre pression la faisait rapidement développer. On n'observait à l'extérieur, dans cette région, rien d'insolite. L'hypogastre était souple, indolent; les urines, toujours faciles, laissaient par le repos un faible dépôt sédimenteux. Les organes de l'abdomen, ceux de la poitrine, ne décélaient aucune altération. L'appétit était bon; les fonctions digestives s'exécutaient avec régularité; il n'y avait point de toux. La percussion et l'auscultation ne donnaient pas d'indice particulier; les battemens du cœur ne s'accompagnaient pas de bruit anormal.

Du 25 mai au 3 juin, il ne se produit aucun phénomène nouveau; néanmoins, il existe toujours des douleurs lombaires : elles sont calmées momentanément par des ventouses scarifiées et des bains.

Dans la nuit du 4 juin, le malade éprouve subitement, au niveau du rein droit, une douleur violente, pongitive, laquelle se propage à l'hypogastre, dans les testicules et les cuisses. Il ne peut plus rester au lit; il court dans la salle, comprime, sans résultat favorable, la partie douloureuse; en même temps ont lieu des nausées, des vomissemens d'un liquide verdâtre, bilieux. Bientôt un frisson général se manifeste, les souffrances redoublent. Dans ce moment d'exaspération, l'émission des urines a lieu : elle entraîne des pellicules blanchâtres, gélatiniformes. Aussitôt après, le calme reparaît, et avec lui le sommeil.

Le lendemain matin, à la visite, on observe de l'affaissement, de la chaleur à la peau, de la fièvre. Il est facile de constater dans les urines cinq hydatides. Ce sont cinq vésicules à peu près sphériques, libres, du volume d'une noix, transparentes, élastiques, tremblantes sous le doigt. Leurs parois offrent à l'extérieur une teinte opaline et une surface parfaitement lisse et unie. Chaque cavité est remplie par un liquide incolore, limpide, qui a beaucoup d'analogie avec l'eau albumineuse.

La présence de ces hydatides dans les urines provoque un examen plus sérieux encore de la région lombaire. On ne trouve ni développement, ni tuméfaction. Le son auquel donne lieu la percussion, pratiquée au moyen du plessimètre, ne présente point de caractère particulier; la main qui percute, l'oreille, ne perçoivent pas de sensation spéciale.

Pendant la journée, les douleurs lombaires se montrent à divers in-

---

à fond et maniant avec une grande habileté toutes les ressources du diagnostic moderne, marchant pas à pas dans les voies difficiles et si souvent obscures de l'investigation des maladies, thérapeutiste rationaliste, clinicien numériste, symptomatologiste exact, précis et rigoureux, organicien résolu, M. Chomel, dans ses leçons un peu froides mais lucides, a accoutumé plusieurs générations d'élèves à la méthode sévère de l'anatomisme moderne. On sait que cette école dogmatise peu, mais décrit et démontre. M. Trousseau a des facultés toutes divergentes. Le diagnostic local et anatomique ne l'absorbe pas. Il cherche plus loin et au-delà. Vitaliste en philosophie, il est empirique en pratique, et le mot empirique est employé ici dans le sens large et philosophique. Il s'attache moins au symptôme qu'au signe, il se laisse guider moins par l'indication, opération de l'esprit, que par l'expérience, résultat des faits antérieurs. Quand l'expérience lui manque, il la fait naître; de là l'esprit d'initiative et de spontanéité. M. Chomel observe, M. Trousseau cherche; l'un trouve, l'autre découvre; celui-ci expose, celui-là impose. Si j'osais faire une comparaison, je dirais que M. Chomel est, en médecine, une sorte de roi constitutionnel, à trinité de pouvoirs, l'observation, le nombre, l'analyse; tandis que M. Trousseau représente le pouvoir absolu reposant sur une base unique, l'autorité de l'expérience.

Quoi qu'il en soit, et puisque cela lui fait plaisir, je le lui souhaite, voilà M. Trousseau professeur de clinique. Il s'agit de le remplacer dans sa chaire de thérapeutique et de matière médicale. Ici, mille combinaisons surgissent, des candidats par douzaine se présentent, les fils s'embrouillent et l'intrigue se complique. Sans tenir compte de tout ce qui se dit de droite et de gauche et de tout ce qui peut se préparer plus ou moins ouvertement, je vais très nettement exposer ma façon de penser.

Vous avez autorisé la permutation de M. Trousseau, il faut en autoriser, en provoquer, en solliciter une autre plus opportune, plus utile, plus convenable que l'autre. A la chaire que M. Trousseau laisse vacante, placez au plus vite M. Bouchardat, que vous avez fourvoyé dans l'enseignement de l'hygiène, et que toutes ses études, ses habitudes et ses aptitudes appellent à la chaire de matière médicale. On conçoit que M. Bouchardat hésite, répugne peut-être à solliciter lui-même cette permutation; il peut craindre de désobliger les juges qui lui ont ouvert les portes de la Faculté, et de donner lui-même ainsi un démenti à la décision du jury. Ne le placez pas dans cette position délicate pour un homme de cœur qui sait ce qu'on doit aux sentimens de reconnaissance. Mais vous, Faculté, corps collectif, qui vous empêche, dans l'intérêt de votre gloire et de vos élèves, d'agir spontanément et de demander, comme corps, ce que M. Bouchardat ne peut demander comme individu? Ou je me trompe fort, ou M. Bouchardat se laissera faire. Son premier semestre de professorat doit lui avoir appris que ce n'est pas décidément dans la chaire d'hygiène qu'il peut rendre aux élèves les services qu'ils ont le droit d'attendre de lui. Sa vocation, sa réputation de professeur l'appellent à la chaire de matière médicale. Qu'il n'y mette ni opposition, ni résistance, et tout cela pourra s'arranger au grand avantage de l'intérêt public.

Certes, il nous eût fort étonné, celui qui nous eût dit, il y a un an ou deux : et vous aussi vous pousserez un jour à la permutation des chaires. Ce n'est pas notre faute, mais bien la faute de ceux qui ont poussé vers un enseignement un savant honorable et distingué, dont les facultés pouvaient être utilisées ailleurs. *Abyssus abyssum invocat.* Une occasion se présente de réparer les erreurs d'un scrutin malheureux; cette occasion saisie sera un acte de justice et d'utilité publique; la suppression du concours a d'ailleurs beaucoup amoindri les objections faites à la permutation des chaires, et, par ces considérations, nous n'hésitons pas de conseiller à M. Bouchardat, à la Faculté et au pouvoir, d'accomplir un acte de haute convenance et d'intérêt général.

Amédée Latour.

Les Antilles sont visitées, en ce moment, et cruellement ravagées par deux fléaux : la fièvre jaune et le choléra. Cette dernière maladie, après avoir fait de très nombreuses victimes à la Jamaïque, a éclaté parmi la population noire de la Havane avec une grande violence; au départ du dernier paquebot, qui avait touché ce port le 10 octobre et qui est arrivé à Southampton dans la nuit de mardi à mercredi de cette semaine, la maladie prenait des développemens tels, que la récolte des cannes paraissait compromise.

La fièvre jaune sévit dans la colonie anglaise de la Barbade; elle exerce également sa funeste influence dans les îles françaises de la Guadeloupe et de la Martinique. Parmi les victimes qui ont succombé dans la première de ces colonies, on cite le procureur-général. A la date du 13, le mal commençait à diminuer, et l'on avait l'espoir de le voir bientôt disparaître. Il était plus intense à la Martinique, où l'on a vu périr plusieurs officiers supérieurs de la garnison, un nombre assez grand de médecins et d'ecclésiastiques qui, par la nature de leurs occupations, s'étaient trouvés fixés dans les foyers de mortalité et mis en contact continuel avec les malades. L'administration de la marine a publié un avis par lequel les propriétaires de maisons situées dans des localités élevées et aérées, telles que les communes du Gros-Morne, Macouba, Grande-Rivière et Marin, sont invités à en proposer la location à l'ordonnateur de la colonie, pour y former des campemens temporaires.

Le nombre des sangsues employées à l'hôpital, durant trente jours, s'est élevé à 32,000. Heureusement, le zèle des médecins a été récompensé par une quantité considérable de guérisons.

Autrefois, la fièvre jaune épargnait les colons nés dans l'île et les individus de race africaine; elle n'attaquait guère que les Européens récemment arrivés dans la colonie. L'un des caractères de la maladie actuelle est qu'elle atteint indistinctement les créoles, les Européens et les noirs. Elle éclate simultanément dans plusieurs localités, sans cause spéciale apparente, et elle ne ménage pas plus les districts ruraux que les villes.

— Le docteur Anderson a été nommé à la chaire de chimie, vacante par suite du décès de M. Thomson, à l'Université de Glasgow.

tervalles, et chaque fois qu'elles deviennent plus aiguës, le malade rend avec les urines des lambeaux d'hydatides.

Des frictions, faites avec le chloroforme sur les lombes, calment les douleurs.

5. De nouvelles hydatides, au nombre de douze environ, intactes, ovoïdes, du volume des précédentes, ont été rendues pendant la nuit, et toujours leur émission est précédée de douleurs fort vives. Ce matin, le pouls est fréquent, à 112-116 pulsations par minute. Un nouvel examen de la région lombaire, de l'hypogastre, ne permet d'apprécier aucune lésion d'organe. (Un bain chaque jour.)

Le 9, en sortant du bain, le malade éprouve un frisson ; une douleur se manifeste au côté droit de la poitrine ; il y a une toux fréquente, pénible, accompagnée d'une expectoration visqueuse, de la dyspnée ; le pouls est à 96-100 pulsations par minute ; la percussion donne un peu de matité à la base du poumon droit. En ce même endroit, on trouve quelques râles crépitans ; à gauche, rien à noter. (Une saignée du bras est pratiquée : le sang présente un caillot petit, recouvert d'une couenne dense, épaisse, jaunâtre ; trois ventouses scarifiées sont placées sur le côté droit du thorax.)

11. Le pouls est moins plein, toujours fréquent ; la gêne de la respiration a diminué, la toux est moins pénible, mais la douleur du côté persiste ; on y distingue toujours du râle crépitant ; la matité est aussi prononcée. (Large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.)

12. Le pouls est tombé à 70, la respiration est calme, l'expectoration facile, jaunâtre ; la toux n'existe que par quintes. Au râle crépitant ont succédé des râles sibilans et muqueux.

Les jours suivans, ce ne sont plus que des phénomènes de bronchite, et une purgation avec l'huile de ricin en fait même bientôt disparaître les traces.

Les douleurs lombaires, qui avaient cessé depuis une vingtaine de jours, reparaissent avec une certaine intensité le 1er juillet : elles sont encore apaisées par des frictions avec le chloroforme.

Une alternative de calme et de souffrance dure ainsi jusqu'au 17. Le 18, il y a une nouvelle exacerbation ; il est facile de prévoir dès lors une prochaine émission d'hydatides : c'est, en effet, ce qui a lieu. Dans le milieu du jour, à la suite de douleurs violentes, dix hydatides analogues aux précédentes, sont rendues avec les urines ; après leur expulsion, le calme revient. (Térébenthine, 2 grammes en vingt pilules, deux pilules par jour ; bain.)

Du 19 au 27, la santé générale n'est nullement altérée, l'embonpoint se maintient, le pouls est calme ; rien n'indique le moindre dérangement ; les urines ont abondantes, claires et faciles ; les douleurs lombaires ont sensiblement diminué. (Continuation des pilules de térébenthine.)

Le 28, sans phénomène précurseur, une douleur très vive se manifeste dans la région lombaire, principalement dans le côté droit ; le chloroforme ne parvient pas à la calmer : elle ne cesse que lors de l'expulsion de sept hydatides. Un nouvel examen des régions lombaire et hypogastrique, la palpation, la percussion, restent encore sans résultat pour le diagnostic. Poudre de Vienne sur la région lombaire, deux cautères sur le côté droit et un sur le côté gauche.)

Au bout de quelques jours, les cautères produisent une abondante suppuration. Dès ce moment, s'établit une amélioration véritable. Cette douleur obtuse, permanente, qui avait son siége aux lombes, disparaît complètement. Pendant les mois d'août et de septembre, elle ne se montre pas une seule fois, et le malade peut quitter l'hôpital au commencement d'octobre, se croyant guéri (1).

(La suite à un prochain numéro).

BIBLIOTHÈQUE.

ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE MÉDICALE ; par A.-P. REQUIN, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., etc. Trois volumes in-8° de 812, 818 et 508 pages. — Paris, 1843-1846 et 1852 ; chez Germer-Baillière.

M. Requin est un de ces esprits, comme il y en a peu de notre temps, qui aiment et cultivent la science pour elle-même, pour les joies et les satisfactions qu'elle donne, qui recherchent l'enseignement vers lequel ils se sentent appelés irrésistiblement, non pas comme un moyen, mais comme un but, dont l'ambition tout entière est et a toujours été de devenir purement et simplement l'instituteur et le guide d'une jeunesse sérieuse. J'ai relu dans ces derniers temps la préface qu'il a placée, il y a neuf années, en tête du premier volume de ses *Élémens de pathologie médicale*, et ces sentimens nobles et généreux, je les ai trouvés exprimés par lui d'une manière vraiment chaleureuse, et en des termes bien meilleurs que je ne pourrais le faire moi-même. Or, à cette époque, quatre fois jouteur malheureux, quatre fois battu, renversé, meurtri dans l'arène des concours professoraux, comme il le dit lui-même, M. Requin eût pu, comme tant d'autres, je ne dis pas perdre courage, je ne dis pas abandonner le but de tous ses désirs et de toute son ambition, mais se retirer dans le repos et dans le silence, et attendre le moment de nouvelles luttes. Il ne l'a pas pensé, et l'événement est venu donner raison à ses prévisions et à sa persévérance. Philologiste distingué, possédant une instruction plus variée et plus étendue que la plupart de ses confrères, élevé à une des plus fortes écoles médicales de notre époque, brisé aux luttes de la dialectique et aux habitudes de l'enseignement, nul plus que lui ne pouvait espérer sortir triomphant des épreuves d'un concours ; mais quelle qu'ait pu être à ce moment sa confiance en lui-même et en l'avenir, je suis persuadé que M. Requin doit relire quelquefois avec plaisir cette préface, à laquelle je faisais allusion il n'y a qu'un instant, et que le professeur de la Faculté de médecine, de la position élevée où l'ont placé son travail et sa persévérance, ne doit pas contempler sans une satisfaction secrète le chemin rapide qu'il a parcouru.

Si l'ouvrage de M. Requin n'était que le livre d'un humble praticien sans crédit et sans pouvoir, comme il s'appelait lui-même en 1843, nous lui devrions certes une grande attention, parce qu'il faut toujours savoir gré à un médecin d'avoir consacré à l'utilité des autres son travail et ses veilles, et parce que nous sommes de ceux qui pensent que ce n'est pas seulement dans l'enseignement officiel que l'on peut voir éclore des œuvres sérieuses ; mais M. Requin représente aujourd'hui, à peu près seul, l'enseignement actif de la pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris ; il est chargé de dispenser à la jeunesse médicale les premières notions de la médecine, et tout le monde sait quelle influence profonde exercent sur les destinés futures des jeunes générations ces enseignemens de la première heure, ce premier fait de la science, que l'on nous passe le mot. Nous devons donc soumettre son œuvre à un examen plus sévère que nous aurions pu le faire en d'autres temps.

Il est d'abord une chose dont on peut savoir gré à M. Requin ou le blâmer beaucoup : c'est de n'avoir pas terminé en 1852 un ouvrage commencé en 1843. Il est évident que ces publications successives et par volumes isolés ont l'inconvénient de briser la continuité, sinon du sujet, au moins de la pensée qui préside à la rédaction de l'ouvrage. Nous ne croyons pas sans doute qu'en pathologie on puisse écrire beaucoup de premier jet : ceux qui seraient tentés d'en agir ainsi courraient le risque de s'égarer beaucoup, de négliger nombre de choses importantes ; mais enfin trois volumes en neuf années, ce n'est pas assez pour un homme d'une activité aussi éprouvée que M. Requin. Nous ne saurions nous défendre néanmoins de signaler à nos lecteurs quelques circonstances atténuantes. On ne reprochera certainement pas à M. Requin d'avoir travaillé, comme il le dit lui-même, *pro fame*, et il a pu, moins pressé par le temps et par son éditeur, apporter à l'édification de son œuvre, sous le rapport du fond et de la forme, plus de soin et d'attention qu'on n'en accorde généralement aux publications de ce genre. Faisons la part également de la perte de temps qu'entraîne toujours un concours, des préparations indispensables qu'il exige, des fatigues qu'il entraîne, et nous comprendrons comment M. Requin, après avoir annoncé pour cette année la publication de son dernier volume, n'a pu en terminer que la moitié, et remet à quelques mois encore la publication de cette seconde moitié, qui formera un quatrième et dernier volume. Aussi bien, si quelque chose pouvait nous consoler de la disparition d'une institution aussi éminemment utile et conservatrice que le concours, ce serait de voir les hommes scientifiques de notre époque rendus ainsi à leurs loisirs, à leurs études calmes et silencieuses, reprendre et mener à bonne fin des ouvrages commencés depuis longtemps.

Je ne sais pas si M. Requin partagera mon opinion, mais j'aurais mieux aimé voir son livre porter le titre de *Traité élémentaire* ou de *Traité pratique de médecine* que celui d'*Élémens de pathologie médicale*. J'ouvre le dictionnaire de l'Académie française, et je trouve au mot *Élémens*, principes d'un art ou d'une science. Or, dans notre science (si l'on excepte la pathologie générale, qui ne se compose que d'élémens), dans le sens précis du mot, dans une science de détails comme la nôtre, je ne crois pas qu'il soit possible de poser des principes. On peut présenter un résumé, aussi bien fait que possible, des choses les plus indispensables, de ce qu'on appelle les choses les plus pratiques ; mais on ne va pas au-delà. Je sais que le mot a été consacré par de grandes autorités, et M. Requin pourrait me citer un ouvrage que je considère comme un modèle, les *Élémens de médecine pratique* de Cullen ; mais qu'on aille au fond des choses, et on verra que ces *élémens* sont purement et simplement des *abrégés* destinés aux commençans ou aux médecins. Il y a plus, c'est que la manière large suivant laquelle M. Requin a envisagé son sujet, c'est que le but qu'il s'est proposé d'écrire un ouvrage « qui présentât l'exposition claire, judicieuse, substantielle de tout ce qu'il y a de plus positif et de plus utile à connaître en fait de pathologie, qui fût tout à fait au courant des progrès de la science et de l'art, et qui ne fût ni trop superficiel, ni trop chargé de détails », c'est que l'attention qu'il a prise d'indiquer les sources bibliographiques où les élèves pourraient puiser pour compléter leurs études, tout cela nous éloigne beaucoup du livre élémentaire pour nous mener au traité véritable, qui ne s'en distingue réellement que par l'étendue. Mais c'est trop m'arrêter sur le titre, alors que j'ai là trois volumes pleins et substantiels qu'il me reste à examiner.

L'ouvrage de M. Requin se compose de deux parties très distinctes : la pathologie générale et la pathologie spéciale. La première occupe plus de 300 pages du 1er volume ; le reste de ce volume, le 2e et le 3e, ainsi que le 4e, dont l'apparition est prochaine, sont consacrés à la pathologie spéciale. Je ne puis, on le comprend, m'engager dans l'analyse minutieuse et détaillée de chacune de ces parties ; mais pour donner une idée à la fois des principes de pathologie médicale qui ont guidé l'auteur et de la classification qu'il a adoptée, je dirai quelques mots du chapitre dans lequel il a examiné *ce qu'on doit entendre par maladie*.

« Dans un sens absolu, dit M. Requin, on peut dire qu'il y a maladie dès qu'il existe dans la structure du corps ou dans le jeu de ses fonctions une modification quelconque contraire à l'ordre normal. Dans un sens restreint et plus communément usité, nous définissons la maladie proprement dite un état dans lequel une ou plusieurs fonctions subissent une altération notable, relativement à la santé habituelle de cet individu. » A cette définition, on reconnaît un médecin nourri de la lecture de Galien, et on voit poindre indiquée d'abord, mais énoncée bientôt d'une manière plus précise, la distinction galénique entre l'*affection* et la *maladie*, l'*affectio* et le *morbus*, le πάθος et le νόσος. On pourrait supposer, que par cette définition, M. Requin s'éloigne de l'organicisme qui a servi jusqu'ici de drapeau à l'École de Paris ; qu'on se détrompe. M. Requin est profondément convaincu que l'altération morbide des fonctions suppose essentiellement une alteration quelconque dans les organes, par le jeu desquels ces fonctions s'accomplissent. Mais comme, dans un grand nombre de cas, l'altération matérielle échappe à la portée de nos sens et de tous nos moyens d'investigation, M. Requin n'a pas cru devoir faire figurer dans sa définition la notion de l'altération matérielle souvent obscure et contestable. Comme, d'un autre côté, suivant lui, une disposition insolite dans les conditions matérielles de la machine vivante, mais sans altération notable dans l'exercice des fonctions, n'a pas droit, rigoureusement parlant, à être qualifiée de maladie, M. Requin a cru devoir séparer les *affections pathologiques* des *maladies proprement dites*. C'est là ce qu'on peut appeler une distinction capitale, très fondée certainement au point de vue où se place l'auteur, et très acceptable quand on ne voit que les titres principaux des catégories qu'il y range, très difficilement admissible au contraire quand on pénètre dans les détails. Ainsi, M. Requin divise les affections pathologiques en cinq catégories : 1° anomalies ; 2° difformités ; 3° infirmités ; 4° vices matériels ; 5° affections superficielles. Mais il me suffira de faire remarquer que cette division raie du nombre des maladies, et la *cyanose* qui résulte d'une communication médiate ou immédiate des cavités artérielles et veineuses du cœur avec obstacle au cours du sang, et certains vices organiques, tels que les *tubercules*, le *cancer*, la *mélanose*, etc., et certains vices humoraux, certaines altérations du sang par exemple, et toutes les affections superficielles, la canitie, l'alopécie, les taches de rousseur, etc., pour faire comprendre que la distinction galénique, fondée peut-être au point de vue pratique proprement dit, ne saurait cependant servir de base à une classification nosographique, sans entraîner des séparations injustifiables entre les affections les plus voisines les unes des autres, entre les membres les plus naturels d'une seule et même famille.

En signalant le côté faible et attaquable de l'interprétation bien donnée par M. Requin au mot *maladie*, nous avons certainement bien moins l'intention de repousser la classification que notre savant confrère en a déduite, que de combattre les classifications nosographiques en général. Certes, personne ne pouvait, mieux que M. Requin, en faire saillir les avantages ; personne ne pouvait le faire avec plus de talent et de conviction ; et cependant, nous ne sommes pas encore persuadé qu'il puisse exister une distribution méthodique dans le vrai sens du mot, une classification dans laquelle les diverses affections puissent être groupées, suivant les lois de l'histoire naturelle, par classes, genres, espèces et variétés. Nous allons plus loin, nous ne voyons pas la moindre utilité à ces classifications méthodiques, et l'ordre anatomique nous paraît infiniment préférable pour toutes les maladies dont le siége peut être déterminé avec quelque certitude. Que l'on étudie à part les hémorrhagies, les flux, les gangrènes, nous le comprenons très bien, et la place de cette étude se trouve dans la pathologie générale ; mais que dans la pathologie spéciale, il y ait avantage à passer sans transition de la glossite à l'hépatite, de la pleurésie à la métrite, nous ne le comprenons pas plus que nous ne nous expliquons la métrorrhagie placée à côté de l'hémoptysie. Tout cela est purement artificiel, et quelque grandes que soient les autorités en faveur de ces classifications, nous persistons à penser, parce que nous l'avons éprouvé nous-même, que dans l'étude des maladies, suivant l'ordre anatomique, l'esprit se repose et ne perd jamais de vue la filiation des phénomènes ; tandis que dans les nosographies, la variété et la diversité des phénomènes crée inévitablement la confusion.

Nous ne voulons d'ailleurs d'autres preuves à l'appui de l'opinion que nous défendons ici, que les tempéramens que les partisans les plus déclarés des classifications nosographiques, et M. Requin lui-même, se sont crus obligés d'apporter à leur exécution. Ainsi, ce n'est ni une classification organique, ni une classification étiologique, ni une classification symptomatique que M. Requin a adoptée, c'est un mélange de toutes les trois. Il faut sans doute lui savoir gré de cette concession faite au véritable état des choses ; mais que penser de pareilles classifications, et les naturalistes accepteraient-ils des divisions reposant sur des bases aussi diverses et aussi contradictoires ?

M. Requin a donc distribué les maladies en quatre groupes principaux : 1° celui qui comprend les maladies dont les genres sont établis et dénommés au point de la nosographie organique, vices de proportion du sang, hypérémies, hémorrhagies, inflammations, hypertrophies, atrophies, gangrènes, tuberculisations, cancers, hydropisies, flux, pneumatoses, vices organiques divers ; 2° celui qui embrasse les genres des maladies médicales institués exclusivement ou du moins principalement d'après le point de vue de la cause, soit déterminante, soit spécifique, à laquelle les altérations matérielles et fonctionnelles de la maladie sont évidemment imputables ; tels sont les empoisonnemens, les maladies causées par les animaux parasites, les maladies virulentes, etc. ; 3° celui qui comprend les maladies que la nosographie est réduite à ne reconnaître et à ne définir que suivant la méthode symptomatique ; 4° enfin, le groupe des affections superficielles, qui ne constituent pas en elles-mêmes un dommage réel pour la santé, et qui ne sont essentiellement qu'une imperfection de la beauté physique.

M. Requin n'a encore terminé que l'histoire des deux premiers groupes ; mais ce sont certainement les groupes les plus importans de la pathologie, ceux qui soulèvent les questions les plus graves et les plus plus vitales de la médecine. Nous sommes donc en mesure de juger son livre, et de lui rendre pleine et entière justice pour le soin qu'il a apporté à l'édification d'une œuvre destinée à rendre de véritables services aux élèves et aux médecins. Son livre est l'ouvrage d'un médecin qui connaît les difficultés de la médecine et celles de l'enseignement, et qui a voulu les aplanir pour ceux qui entrent dans la carrière. Son livre se distingue encore par un grand amour de la vérité, par une grande bonne foi et une indépendance réelle, si rare de nos jours dans les ouvrages classiques, où l'auteur tend à effacer de plus en plus sa personnalité devant des autorités plus ou moins imposantes. Il y a aussi dans ce livre un souvenir de la médecine antique, une connaissance approfondie des anciens, qui font plaisir à une époque où l'on entend blasphémer encore trop souvent contre ceux qui sont venus avant nous.

Le livre de M. Requin n'aurait que ce résultat de ramener les élèves et les médecins vers les grands modèles de l'antiquité, que je lui aurais pour ma part une grande reconnaissance ; mais M. Requin a eu une plus grande ambition, il a voulu former des médecins, et nous pensons qu'il y aura réussi. Est-ce à dire cependant que l'ouvrage de notre savant confrère est une œuvre parfaite ? Est-ce à dire qu'il n'y a rien à y changer, rien à y ajouter, rien à y retrancher ? M. Requin nous en voudrait d'une pareille flatterie. Ce livre a des défauts, mais ces défauts portent surtout sur la forme : c'est une certaine recherche dans les mots, un peu trop de pompe, d'amplification, un peu de prolixité dans les détails. Dieu merci, nous ne sommes pas ici au palais, pour nous arrêter aux défauts de la forme : le fond est bon et suffisant en général ; nous ne demandons rien de plus. Nous nous trompons, nous demandons que M. Requin, par la publication de son quatrième volume, complète le plus tôt possible son *Traité de pathologie*, et nous ne doutons pas que dans la deuxième édition de son livre, il ne lui fasse subir quelques améliorations, dont nous n'avons pu indiquer ici que les principales, et

(1) J'ai appris que ce malade était entré depuis lors à l'hôpital de Nantes ; je n'ai pas pu avoir de nouveaux renseignemens à son égard.

qui placeront certainement cet ouvrage parmi les livres les plus estimés et les plus répandus de notre époque.

Dr Aran,
Médecin des hôpitaux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS
(ancienne Société médicale du Temple).

Séances du 3me trimestre de 1852.— Présidence de M. Moreau (de Tours).

Sommaire. — Électricité.— Traitement de la surdité. — Hernie crurale étranglée. — Amaurose congestive. — Bec-de-lièvre. — Asthme.

M. Duchenne de Boulogne. A propos des faits d'électricité appliquée a la physiologie et à la thérapeutique, récemment publiés dans nos comptes-rendus, plusieurs médecins qui se sont occupés d'électricité, principalement de galvanisme, ont émis l'opinion que les effets obtenus variaient suivant la direction imprimée au fluide électrique lorsqu'il traverse l'organe malade. Il y a certainement, en physique, une différence entre le courant venant du pôle positif et celui venant du pôle négatif. S'en suit-il qu'en thérapeutique la même différence existe dans les résultats? Non, dit M. Duchenne. Mais voici comment on a été porté à le croire par analogie. Quand sur des grenouilles on met des nerfs à nu, on observe qu'en plaçant le plus près du centre nerveux (cerveau ou moelle de l'épine) le pôle positif, auquel on attribue des propriétés centrifuges, on agit sur la *myotilité*; et qu'en y plaçant, au contraire, le pôle négatif auquel on accorde des propriétés centripètes, on agit sur la *sensibilité*. — M. Duchenne de Boulogne, avec ses appareils d'induction, localise la recomposition électrique. Il transmet cette électrisation à travers la peau, sans aucune lésion de tissu. Il a donc pu répéter l'équivalent des expériences faites sur les grenouilles, sur l'homme vivant, sans craindre aucun préjudice pour le sujet qui s'y soumettait. Or, sur l'homme, il n'a jamais produit les effets observés sur les animaux qui sont disséqués, mutilés pour faire les expériences. Chez l'homme, dans l'état physiologique, il a toujours mis en jeu à la fois la contraction musculaire et la sensation, sans pouvoir isoler l'une de l'autre. Les différentes manières d'expérimenter n'ont fourni d'autre dissemblance que celle du plus ou du moins d'intensité. Ainsi, l'influence physiologique des courans électriques, sur l'homme, est à démontrer. Pour son compte, M. Duchenne n'y croit pas. Lorsqu'il existe une paralysie ou une anesthésie, ce à quoi l'électricité peut servir, c'est d'aller exciter les organes malades, c'est-à-dire, pour employer un langage exact, d'aller y *faire la recomposition électrique*. Bien entendu que si ces maladies dépendent d'une lésion de l'organe nerveux central (cerveau, moelle de l'épine), il faut d'abord employer un traitement médical pour combattre cette lésion, et quand elle sera dissipée, on pourra produire avec succès l'excitation locale de l'électrisation.

M. Bonnafont a donné des soins à un jeune homme affecté de surdité. Avant qu'il ne vît le malade, il avait été électrisé avec l'appareil de Clark. Le seul effet produit avait été, à diverses reprises, une amélioration de douze ou vingt-quatre heures, au bout desquelles la surdité revenait au même point. M. Bonnafont voulut, à son tour, l'électriser. Il se servit de l'appareil des frères Breton, en procédant comme il suit : il perfora, comme s'il faisait l'acupuncture, la membrane du tympan à l'aide d'une aiguille dont il mit l'autre extrémité en contact avec l'un des rhéophores (conducteurs), tandis que l'autre était placé sur la tempe du même côté. Le malade éprouva des secousses et une vive douleur, mais peu d'effet sous le rapport thérapeutique. Introduisant alors dans la trompe d'Eustache une sonde armée d'un stylet, il fit communiquer celui-ci avec l'excitateur, qui avait d'abord été placé sur la tempe. La secousse et la douleur furent moindres, on obtint une amélioration qui augmenta progressivement; au bout d'un mois, le malade était guéri. Depuis six ans, la guérison s'est maintenue.

M. Duchenne voit dans cette observation le changement de place de l'un des excitateurs qui, posé d'abord sur la région temporale, est ensuite mis en rapport avec la trompe d'Eustache; mais il n'y reconnaît pas l'influence d'un changement de direction dans les courans électriques. Dans des cas analogues, il évite de perforer la membrane du tympan, crainte de blesser, faute de les voir, des parties dont il faut respecter l'intégrité. Il fait, dans le conduit auditif, une injection d'eau, met l'un des excitateurs en rapport avec cette petite colonne de liquide, et place l'autre sur un point quelconque de la peau, sans donner de préférence à un lieu plutôt qu'à un autre. Il a constamment observé qu'il se produit alors un petit bruit sec, une sorte de craquement qu'il attribue soit à un mouvement, soit à une véritable contraction de la membrane du tympan. En même temps, du côté correspondant de la langue, il se développe une excitation, un picotement qui s'étend jusqu'à sa pointe. Enfin, si l'électrisation continue, le malade perçoit une sensation gustative donnant une saveur métallique. Le résultat est identiquement le même, quel que soit le pôle appliqué du côté de l'oreille. M. Duchenne cite plusieurs cas de surdité par cause nerveuse, qu'il a guérie de cette manière, soit dans un hôpital, soit en ville.

Une commission était chargée d'examiner les travaux que nous avait adressés M. Lemaire, sur l'emploi du sel marin comme fébrifuge, et sur cette question, qu'il résout affirmativement, est-il utile d'associer les médicamens? Le rapport entendu, les conclusions favorables en sont adoptées. En conséquence, M. le docteur Jules Lemaire est nommé membre titulaire de notre Société.

M. Forget fait un rapport verbal sur une brochure que nous a envoyée la Société médicale du département de la Sarthe, et qui forme le bulletin des travaux de cette Société pendant l'année 1851. Il dit que la lecture de ce recueil lui a fourni une preuve nouvelle de la vérité de cette opinion, qu'en beaucoup d'endroits de la France, nos confrères des départemens ne restent en arrière du progrès sur aucun des points de la science médicale. Il lui suffit, en effet, pour le démontrer, d'énumérer les diverses observations de médecine et de chirurgie pratiques traitées dans ce bulletin. M. Forget entre plus particulièrement en détails sur les faits suivans dont nous allons reproduire l'analyse.

Hernie crurale étranglée; fait rapporté par M. Tanchot.

Il s'agit d'une femme de 40 ans chez laquelle les accidens dataient de six jours. Le taxis n'ayant eu aucun résultat, tout était disposé pour pratiquer l'opération, lorsqu'au dernier moment on eut l'idée de faire inspirer le chloroforme. Son action fut prompte sur la malade; on tenta de nouveau la réduction de la hernie qui, cette fois, réussit complètement. Les suites furent heureuses; la malade se rétablit. Ce succès est d'autant plus remarquable, dit M. Forget, que parmi les hernies, la crurale est certainement une des plus dangereuses sous le rapport de l'étranglement. Mais, quelque heureux que soit cet exemple, il ne saurait être suivi dans tous les cas indistinctement. Car, attendre aussi longtemps et compter sur l'effet du chloroforme pour opérer le taxis, serait souvent une imprudente témérité.

Chez la femme dont il est question ici, il n'y avait probablement pas occlusion complète du canal intestinal, puisqu'il n'est point survenu de vomissemens de matières stercorales; d'ailleurs, la hernie, déjà ancienne, n'offrait pas de signes évidens d'inflammation dans les parties étranglées, comme cela arrive lorsqu'une hernie se ferme tout à coup et amène avec l'étranglement une inflammation violente qui doit bientôt être suivie de gangrène. Dans de telles circonstances, la temporisation ne serait plus permise; il faut se hâter d'opérer le débridement avant que les parties ne soient désorganisées.

Amaurose congestive; fait rapporté par M. Longchamp.

Elle survint chez une femme d'une forte constitution; une première fois pendant sa grossesse. Cette femme accoucha heureusement. Elle eut une perte très abondante à la suite de laquelle elle recouvra la vue. Elle nourrit son enfant et, au sixième mois de la lactation, l'amaurose se reproduisit, précédée et accompagnée des signes évidens d'une pléthore sanguine. Une forte saignée guérit la malade. Cette observation, d'ailleurs curieuse, ne manque pas d'analogues dans la science, mais elle offre une particularité qui vaut la peine d'être mentionnée. Un préjugé contre la saignée opposa au médecin, la première fois, une résistance invincible. On disait, lors des troubles de la vision et l'affaiblissement définitif de la vue, que saigner la malade était un moyen assuré de la rendre aveugle pour toujours. Heureusement, une perte utérine rétablit la vue. La seconde fois, on objectait que saigner une nourrice c'était faire passer son lait et probablement la faire mourir. Néanmoins, l'exemple de ce qui avait eu lieu six mois auparavant finit, au bout d'une semaine, par l'emporter sur les craintes que de tous côtés on donnait à la malade.

Blessure profonde au-devant du col; fait rapporté par le même M. Longchamp.

Un taureau furieux s'élança sur un jeune homme de 14 ans, et lui fit à la partie supérieure gauche du col une plaie longue de 3 centimètres; elle commençait au cartilage thyroïde, se dirigeait en haut et en dedans jusqu'à la mâchoire inférieure, mettait à découvert l'artère carotide externe et la grande corne de l'os hyoïde; elle pénétrait jusque dans le pharynx. Après avoir nettoyé la plaie, on y pratiqua trois points de suture qui furent recouverts par des handelettes de sparadrap, de la charpie et des compresses, le tout fixé par un bandage en fronde. Six jours après, l'appareil fut levé, les fils de suture furent coupés et retirés. La plaie était bien fermée. On la recouvrit de nouvelles bandelettes, et six autres jours plus tard, ce qui faisait douze jours après la blessure, tout fut enlevé.

Bec-de-lièvre congénial double, compliqué de la division du palais dans toute son étendue; fait rapporté par M. Guiet.

Il y eut une double opération et, en définitive, la guérison fut obtenue. Néanmoins, l'opérateur, avec une entière bonne foi, indique que les circonstances qui ont contribué à empêcher le succès de la première opération sont le séjour trop prolongé des aiguilles au sein des tissus, et leur voisinage trop rapproché. La suppuration qui en a été la conséquence a dû nécessairement s'opposer à la formation d'une cicatrice solide. M. Forget partage l'opinion de l'auteur; il insiste sur les bons effets que procure, en pareil cas, l'emploi des serres-fines. Deux fois il y a eu recours avec succès, et il pense que l'on doit généralement réussir si on ne les laisse pas appliquées au-delà du temps nécessaire à l'épanchement de la lymphe plastique, à sa condensation et à l'agglutination des surfaces mises en contact.

M. Mailliot fait un rapport sur un mémoire imprimé, traitant de l'*asthme*, qui a été adressé à la Société par M. le docteur de Crozant, médecin inspecteur des eaux de Pougues. L'auteur, après avoir rappelé les notions confuses qu'on avait autrefois sur le siége et la nature de l'asthme, fait remarquer d'une part que Willis, Cullen et Pinel avaient de cette maladie une idée beaucoup plus juste, et que d'autre part, de nos jours, la confusion est plus complète que jamais, à tel point que le symptôme dyspnée a bien souvent été confondu avec la maladie asthme, M. de Crozant énumère ainsi qu'il suit les opinions modernes sur ce sujet. M. Rostan (note du cinquième volume de *thérapeutique*) écrit que l'asthme est toujours un état symptomatique d'une affection du cœur ou des gros vaisseaux. Ainsi énoncée, cette proposition lui paraît trop absolue. M. Louis voit dans l'emphysème la cause matérielle de l'asthme; à quoi M. de Crozant objecte que l'emphysème peut devenir un effet de l'asthme, mais qu'il n'en est pas la cause. Relatant, à propos de l'emphysème, ce qu'en dit Lœnnec dans son *Traité d'auscultation*, il y indique une erreur qui a été relevée depuis, notamment pour la première fois par M. Mérindec, Laennec, dans les notes qu'il a ajoutées à l'édition posthume de cet ouvrage. Il s'agit du *bruit de frottement* ascendant et descendant qu'on entend en appliquant l'oreille sur la poitrine. L'illustre inventeur de l'auscultation donnait ce bruit comme un signe caractéristique de l'emphysème interlobulaire. Ce symptôme n'a rien de significatif quant à l'emphysème; il annonce beaucoup mieux une pleurésie sèche que toute autre chose. D'autres auteurs contemporains ont affirmé que l'asthme pouvait tenir à une ossification des cartilages des côtes, à un état de grossesse, à une altération des nerfs qui se rendent aux bronches et aux poumons, etc. M. de Crozant en revient à la définition donnée par Cullen, qui lui paraît aussi claire que précise : « L'asthme est une difficulté de respirer qui revient par intervalles, qui » est accompagnée d'une respiration stertoreuse avec sifflement. Vers » la fin de l'accès, la toux est aisée, il y a expectoration de mucus » souvent abondante. » Il ajoute que, pendant l'accès, la poitrine rend un son clair à la percussion, et que l'on entend des râles bullaires quand l'accès se termine. Il fait ensuite l'histoire de l'asthme, et abordant la question du traitement, il précise de quelle manière et suivant quelles indications il convient d'employer les antispasmodiques, la saignée, les vomitifs à dose fractionnée, et les expectorans. Il insiste sur la possibilité d'obtenir une cure radicale de l'asthme si l'on parvient à modifier la sécrétion bronchique. Voici quelles sont les conclusions de ce travail : 1° l'asthme est une maladie bien définie, et non point un symptôme; 2° l'asthme est le résultat d'un catarrhe chronique siégeant dans les petites bronches, et dans lequel les crachats présentent une densité, une viscosité qu'on ne retrouve que dans cette maladie. Les altérations pathologiques qu'on a rencontrées après la mort, celles que l'on constate pendant la vie sont le résultat et non la cause de la maladie; leur présence ajoute beaucoup de gravité au pronostic; 3° en tenant compte de la nature catarrhale de l'asthme, des indications dont il est toujours accompagné et qui servent à en établir les différentes variétés, c'est une maladie *essentiellement curable*, soit qu'on veuille arrêter un accès, soit qu'on veuille en éviter le retour.

Le secrétaire-général, Dr Collomb.

COURRIER.

Dans le dernier comité secret, l'Académie de médecine a décidé que le *prix de l'Académie* serait décerné à M. Aug. Millet, de Tours. Des mentions honorables ont été accordées à MM. Dubreuil, de Bordeaux, Parola, de Coni (Piémont), et Perrin, de Paris.

L'Académie a, en outre, adopté les questions suivantes pour sujet des prix à décerner en 1854 :

Prix de l'Académie. — De l'huile de foie de morue considérée comme agent thérapeutique.

Prix Capuron. — De l'albuminurie dans l'état puerpéral, et de ses rapports avec l'éclampsie.

Le fait suivant n'offre rien de médical; mais quel est le médecin qui ne s'intéresse à la découverte dont il est ici question ? M. Niepce de St-Victor, à qui la photographie est déjà redevable de si grands perfectionnemens, vient de présenter à l'Académie des sciences un troisième mémoire sur la reproduction au daguerréotype des objets avec leurs couleurs naturelles. On sait quels merveilleux résultats il a obtenus, depuis trois ans qu'il cherche la solution de cet immense problème. Sa nouvelle communication révèle encore d'importans progrès. L'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie, a analysé ce mémoire avec la clarté et la précision qui lui sont habituelles. M. Arago a fait remarquer que ce n'est plus par contact, mais à la chambre obscure, que M. Niepce opère, et qu'il *obtient toutes les couleurs*. Il a appuyé aussi sur un fait très remarquable, que M. Niepce a observé dans ses expériences, et qu'il a signalé à l'étude des savans : c'est que la lumière du matin a une action photogénique bien plus grande que celle du soir. Ainsi, par exemple, si, de neuf heures à midi, on expose une plaque préparée à la chambre obscure, l'épreuve colorée sera obtenue dans un espace de temps beaucoup plus court que si la même expérience était faite de midi à trois heures. De même, si l'on regarde les épreuves à une vive lumière, M. Niepce n'ayant pas encore trouvé le moyen de les fixer entièrement, les couleurs s'affaiblissent; mais cet affaiblissement est très sensible si c'est le matin, tandis qu'il est presque nul dans l'après-midi.

Après ces remarques importantes, M. Arago a développé une à une les intéressantes et curieuses observations communiquées par M. Niepce, et il a terminé en disant : « *M. Niepce a résolu le problème*, il ne lui reste qu'à le compléter par la fixation permanente des couleurs. »

Deux épreuves déposées sur le bureau par M. Niepce, bien qu'elles aient été montrées déjà à un grand nombre de personnes, et que les couleurs en soient un peu affaiblies, ont vivement intéressé l'illustre aréopage. Plusieurs membres de l'Académie sont venus féliciter l'auteur de ses progrès et de sa studieuse persévérance.

Il paraît qu'à St-Pétersbourg, plusieurs fashionables ont imaginé de fumer du thé vert au lieu de tabac. Cet usage s'est généralisé assez rapidement et est devenu à la mode. On trouve maintenant chez tous les marchands de tabac de St-Pétersbourg des cigarettes de thé. Le thé a du moins le mérite de n'être pas narcotique comme le tabac.

Le conseil académique de la Seine a porté M. le docteur Payer en première ligne, comme candidat à la chaire d'organographie végétale, à la Faculté des sciences, laissée vacante par M. I. Geoffroy St-Hilaire.

La Faculté de médecine de Montpellier vient de perdre un de ses professeurs, M. Dubreuil, qui occupait la chaire d'anatomie, et qui avait été doyen de cette école.

La Société de pharmacie des États sardes a mis au concours la question suivante : *Indiquer les moyens qu'une application en grand aura montrés capables de préserver les raisins de la maladie régnante, ou d'en arrêter les progrès.* Prix : une somme de 500 francs, offerte par un généreux anonyme. Les mémoires devront être adressés suivant les formes académiques, au secrétaire de la Société, M. G. Gallo, à Turin, avant la fin du mois de janvier 1854.

De son côté, le ministre de l'intérieur du gouvernement sarde vient de fonder un prix de 600 fr. qui sera décerné par l'Académie médico-chirurgicale de Turin, au meilleur mémoire sur les questions suivantes :

1° Indiquer quelles sont les altérations les plus communes des vins, et les moyens les plus faciles et les plus efficaces pour les prévenir et les corriger;

2° Spécifier les principales sophistications ou adultérations, et faire connaître les moyens les plus convenables pour les découvrir;

3° Indiquer les falsifications de tous genres, et spécialement celles qui sont préjudiciables à la santé, avec les moyens de les reconnaître;

4° Faire connaître, en indiquant les principaux signes ou symptômes, les effets nuisibles sur l'économie animale des vins altérés, adultérés et falsifiés; et proposer les premiers et les plus faciles secours à l'aide desquels on peut y remédier.

Les mémoires devront être présentés à l'Académie suivant les formes ordinaires, avant le 31 décembre 1853.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 143. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 30 Novembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILOGRAPHIE.

DE LA TRANSMISSION DE LA SYPHILIS AUX ANIMAUX.

A M. le docteur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur et très honoré confrère,

Je vous ai promis, dans ma première lettre, quelques détails dignes d'intérêt, touchant l'effet du virus syphilitique transplanté sous l'épiderme des animaux; je viens aujourd'hui vous tenir ma parole. Et d'abord ne me demandez pas le motif qui m'a fait préférer le chat aux autres bêtes. J'aime tous les animaux, et j'éprouve une certaine répugnance à les martyriser. J'aurais pu expérimenter sur le singe, car, Dieu merci, on en trouve un assez grand nombre dans notre ville; mais cette race est devenue un peu suspecte aux yeux de la science, et d'ailleurs ses mœurs sont si légères, si *libres*, qu'en vérité j'ai craint que le hasard ne m'amenât un de ces vieux singes nomades, à antécédens douteux, contre lesquels des inoculateurs, qui ont acquis de la célébrité dans ces derniers temps, ont, malgré leur bonne envie de réussir, rompu plus d'une lancette sans atteindre leur but.

Au surplus, le chat est un animal que l'on rencontre partout, et sur lequel, par conséquent, on peut renouveler les expériences aussi souvent qu'on le juge nécessaire.

J'ai choisi pour lieu d'implantation du virus la face interne de l'oreille, comme étant la région la plus facile à observer et la moins accessible à la langue raboteuse de l'animal; c'est là seulement que j'ai recueilli mes observations.

Comme je vous l'ai déjà dit dans ma première lettre :

Lundi 16 août, je recueillis sur deux chancres simples et en pleine période virulente, une certaine quantité de pus que je transplantai à la face interne et moyenne de l'oreille droite d'un jeune chat de trois mois en parfaite santé.

17. Rien d'apparent, si l'on excepte la marque de la piqûre.

18. L'animal s'agite et baisse la tête du côté inoculé, comme pour se gratter; je constate au niveau de la piqûre un durillon du volume d'une tête d'épingle.

19. La piqûre est recouverte d'une croûte, sous laquelle je constate une ulcération superficielle, arrondie, d'une ligne de diamètre, qui suinte une humeur purulente laiteuse. Cette plaie repose sur un durillon dont on voit la saillie sur la face externe correspondante de l'oreille, et dont on sent le volume et la consistance au moyen du toucher. J'inocule le pus de cette plaie sur la face interne et inférieure de l'oreille gauche du même animal, qui, quoique toujours gai et joueur, ne mange qu'avec répugnance.

20. Je fais sauter la croûte qui recouvre la petite ulcération de l'oreille droite; j'emprunte du pus à sa surface, et l'inocule à la partie inférieure et externe de mon bras gauche.

La piqûre, faite le 19 à l'oreille gauche de l'animal, ne présente rien qui soit digne d'être mentionné.

21. Rien de nouveau sur l'inoculation du 16. Toujours un durillon arrondi, surmonté d'une croûte, sous laquelle est emprisonnée une petite quantité de pus laiteux sécrété par une ulcération très superficielle.

La piqûre faite à l'oreille gauche a déterminé un durillon circonscrit et arrondi, surmonté d'une croûte brunâtre qui recouvre une plaie superficielle. J'obtiens par la pression une petite quantité d'humeur purulente sanguine, que j'inocule à la partie supérieure et postérieure de mon avant-bras gauche. Je recouvre la piqûre d'une bande roulée.

L'inoculation pratiquée le 20 sur mon bras gauche est entourée d'une auréole rouge foncé, qui est le premier degré de la pustule.

22. La plaie de l'oreille gauche s'est un peu élargie; ses alentours présentent une couleur rosée qui annonce la congestion; sa surface a deux lignes de diamètre; elle est toujours dure à sa base.

J'inocule la sécrétion qui en découle sur la face interne de l'oreille gauche d'un autre chat de deux mois, très bien portant.

Les deux inoculations, pratiquées l'une sur mon bras et l'autre sur mon avant-bras, sont très enflammées; tout annonce, et on a déjà pu le constater sur ma première lettre, qu'elles sont positives.

23. J'ai été obligé de cautériser l'inoculation de l'avant-bras, dans le but d'arrêter les symptômes inflammatoires intenses qu'elle a développés.

Celle du bras est, on ne peut plus en douter, une ulcération spécifique, un véritable chancre. J'inocule son pus à la face interne de l'oreille droite de mon second chat. La piqûre faite à l'oreille gauche du même sujet ne présente rien de remarquable.

24. La piqûre faite le 16, à l'oreille droite du premier chat, est en voie de guérison; il ne reste à sa place qu'un grain dur surmonté d'une petite croûte. La piqûre faite le 19, à l'oreille gauche du même animal, avec du pus emprunté à son oreille droite, présente une ulcération à base dure, recouverte d'une croûte de la largeur d'une lentille, des bords de laquelle on peut exprimer du pus blanc-laiteux.

Je fais deux nouvelles inoculations avec un pus vierge emprunté à un chancre induré : l'une sur l'oreille droite et l'autre sur l'oreille gauche.

La piqûre faite le 22, à l'oreille gauche du second chat, a déterminé un bouton acuminé, blanc à son sommet et très dur à sa base; ce bouton est entouré d'un cercle rosé, diffus, et parcouru de veinules; la pression en fait sortir quelques gouttelettes d'un pus laiteux, assez consistant. L'animal paraît souffrir; il est triste et a vomi plusieurs fois dans la journée. La piqûre pratiquée le 23 sur son oreille droite, avec le pus du chancre de mon bras, n'offre rien de remarquable.

25 (1er *sujet*). L'inoculation du 16 (oreille droite) est guérie. Celle du 19 (oreille gauche) présente encore un peu d'induration; elle est recouverte d'une croûte. Les deux du 24 (oreille droite et oreille gauche) ne présentent aucun phénomène digne d'être noté.

(2me *sujet*). L'inoculation du 22 (oreille gauche), avec du pus provenant du premier sujet, est en pleine activité; elle a occasionné une pustule à base dure et à double sommet, contenant une petite quantité de pus. Celle du 23 (oreille droite), avec du pus emprunté au chancre de mon bras, présente les mêmes phénomènes. L'animal a néanmoins repris sa gaîté.

26 (1er *sujet*). L'inoculation du 16 est guérie. Celle du 19 est en voie de guérison; on ne constate plus qu'un petit point dur, recouvert d'une squamme croûteuse, mince et détachée sur les bords. Les deux inoculations du 24 présentent un peu de rougeur sans induration.

(2me *sujet*). Les deux inoculations, l'une du 22 et l'autre du 23, sont très dures à la base, et recouvertes de croûtes. Rien d'appréciable, du reste, dans l'état général de ces animaux; je cherche en vain des traces d'engorgement ganglionnaire autour du cou et derrière les oreilles.

Feuilleton.

LOUISE BOURGEOIS, DITE BOURSIER,

SAGE-FEMME DE LA REINE MARIE DE MÉDICIS.

ESQUISSE HISTORIQUE (1).

Dans ce rapport, on le voit, il n'y avait rien qui fût blessant pour Mme Boursier, que les signataires n'accusaient en *quoi que ce soit*. Et pourtant, deux jours après, le 8 juin 1627, elle fait paraître sous le titre de : *Apologie de Louise Bourgeois, dite Boursier, contre le rapport des médecins*, un pamphlet dans lequel, défigurant complètement l'intention qui a présidé à la rédaction du rapport des médecins, elle se livre contre ces derniers à des insinuations non méritées, et affiche une pédanterie de mauvais goût, faisant sans cesse appel à Hippocrate, à Galien, à Fabrice d'Aquapendente, à Paul d'Egine, qui n'avaient nullement affaire ici. Elle a même la maladresse, alors que les signataires du rapport ne concluent *rien* touchant la cause de la mort de la princesse, de s'évertuer à vouloir prouver que tous les accidens qui sont survenus devaient être attribués à la mauvaise constitution de la défunte, alors qu'il était avéré qu'elle avait toujours joui, au contraire, d'une bonne santé, et que le temps de sa grossesse s'était passé sous les auspices les plus favorables.

« Je ne suis point si meschante, écrit-elle, ny si ignorante en ma vacation, laquelle depuis trente-quatre ans j'exerce en cette ville et à la cour, avec honneur et fidélité, comme je l'ay tesmoigné par les effects heureux, et par les liures que i'en ay composé, qui ont esté par diuerses fois imprimez, et tournez en toute sorte de langues, avec remerciemens des plus grands médecins de l'Europe, qui ont profité à la lecture de mes liures..... Pour sçauoir les secrets des maladies des femmes, il faut auoir fréquenté les sages-femmes et auoir assisté à plusieurs accouchemens, comme auait fait vostre grand maistre et législateur Hippocrate, qui au fait des maladies des femmes, consultoit les sages-femmes, s'en rapportant à leur iugement...... Si vous eussiez eu un bon dessein de faire cognoistre la vérité, vous deuiez appeler auec vous d'autres médecins, nullement intéressez en cette affaire, ou de ceux de la maison du roy, ou bien quelques médecins de Paris, pour n'estre seuls iuges et parties en vu affaire de telle importance. Je m'asseure qu'il se fust rencontre des gens de bien, fort entendus en telles matières, qui n'eussent iamais enduré cette supposition de l'arrière faix arreste dans le corps, pour renuoyer sur moy toute la cause de la mort... etc., etc. »

(1) Voir les numéros des 5, 12, 26 Octobre et 23 Novembre.

Mais la réponse à cette rodomontade ne se fit pas longtemps attendre, et ce fut Charles Guillemeau, fils du célèbre Jacques Guillemeau, l'auteur de la *grossesse et de l'accouchement des femmes* (in-fol., 1598), qui se chargea de briser la plume de notre trop pétulante sage-femme. Dans une brochure intitulée : *Remontrance à Mme Boursier, touchant son apologie contre le rapport que les médecins ont fait de ce qui a causé la mort déplorable de* MADAME (brochure in-8° de 14 pages), le premier chirurgien du roi fait ressortir, peut-être avec trop d'aigreur, l'absurdité du libelle de Mme Boursier, et, ne ménageant plus alors aucune considération, il n'hésite pas à dire que l'*inflammation du ventre* doit être attribuée aux manœuvres imprudentes de la sage-femme pour enlever le placenta qui était adhérent, aux pressions qui furent exercées sur l'abdomen, et à l'introduction inutilement répétée de la main dans l'utérus pour arracher l'arrière-faix.

Cette chicane, si maladroitement provoquée ou au moins considérablement envenimée par Mme Boursier, lui fit sans doute un tort immense dans l'opinion des hauts personnages qui l'avaient jusqu'alors employée. Sa carrière fut par suite à peu près terminée, et elle ne s'occupa plus que de faire paraître une nouvelle édition de ses œuvres, qu'elle augmenta considérablement de faits nouveaux et d'observations.

Louise Boursier avait, depuis quatre ans, perdu son mari, mort le 23 novembre 1632, et inhumé dans la paroisse de Saint-Severin, lorsqu'elle-même succomba, dans la maison qu'elle habitait rue Saint-Victor, le samedi 20 décembre 1636. Elle était âgée de 73 ans. Son corps fut d'abord porté à l'église de Saint-Étienne-du-Mont, sa paroisse, où eut lieu la cérémonie religieuse. Mais comme elle possédait à l'église de Saint-André-des-Arcs un caveau où gisaient déjà plusieurs membres de sa famille, c'est là qu'elle fut le même jour inhumée à côté de la tombe d'Ambroise Paré, mort quarante-six ans auparavant, et qui avait été son premier maître (1). Par l'extrême obligeance de M. Guyard, à la garde duquel sont confiés les actes de l'état civil de Paris, il nous a été permis de fouiller dans ces précieux documens qui remontent jusqu'à l'année 1515; nous avons eu le bonheur de mettre la main sur ces deux actes de décès de Louise Boursier. Nous les donnons ici textuellement, tels que nous les avons relevés. Ils sont inédits, et comblent une des nombreuses lacunes de la biographie de notre accoucheuse.

PAROISSE DE SAINT-ÉTIENNE-DU-MONT.

« *Le même jour*, 20 *décembre* 1636, *fut inhumée et portée à Saint-André-des-Arcs, deffuncte Mme Boursier, décédée rue Saint-Victor.* »

—

PAROISSE DE SAINT-ANDRÉ-DES-ARCS.

« *Le samedi, vingtième jour de décembre* 1836, *fut apporté de Sainct-Estienne-du-Mont, environ cinq heures du soir, le corps de deffuncte Loyse Bovrgeois, veuve de Martin Bovrsier, lequel a esté inhumé dans l'églice de St-André-des-Arcs, en la sépulture de ses ancestres.* »

Louise Boursier laissait en mourant plusieurs enfans qui, presque tous, embrassèrent une branche quelconque de l'art de guérir. Aussi avait-elle pu dire avec un juste orgueil dans son *instruction à sa fille* : « Vous êtes enfant de famille; un docteur en médecine est marié à votre sœur; votre mari fait son cours pour l'être; l'un de vos frères est pharmacien; votre père est chirurgien et moi sage-femme. Le corps entier de la médecine est dans notre maison. »

(1) Paroisse de St-André-des-Arcs :
« En ce jour de samedi 22 décembre 1590, a été enterré dans l'église St-André-des-Arcs, à Paris, en bas de la nef, près la cloche, Mr Ambroise Paré, premier chirurgien du roy. » (Archives de l'Hôtel-de-Ville.)

28 (1er *sujet*). Cicatrisation de l'inoculation du 19; il ne reste qu'un petit durillon à sa place. Des deux inoculations pratiquées le 24, une seule, celle de l'oreille droite, est positive.

(2me *sujet*). Les piqûres sont en voie de guérison.

A partir de cette époque, j'ai pratiqué encore plusieurs inoculations sur nos deux premiers chats et sur un troisième, avec du pus recueilli sur les ulcérations que je porte au bras et à l'avant-bras; j'ai toujours remarqué les mêmes phénomènes. Aussi je me dispense de vous en donner les détails.

J'ajouterai, ce que j'ai dit précédemment, que ces inoculations ont généralement guéri du huitième au douzième jour, en laissant dans l'épaisseur des tissus un petit grain dur qui a disparu en peu de temps.

En résumé, le pus déposé sous l'épiderme auriculaire de ces animaux détermine les phénomènes suivans : 1er et 2me jour, rien d'apparent; 3me jour, léger engorgement circonscrit autour de la piqûre; 4me jour, plaie superficielle arrondie, sécrétant une matière purulente laiteuse qui se concrète en forme de croûte, et quelquefois un peu de congestion autour de la plaie. Le fait de la piqûre agite l'animal, et lui enlève pour un jour ou deux sa gaîté et son appétit; l'érosion superficielle déterminée par la présence du liquide irritant, sécrète du pus pendant une huitaine de jours en moyenne, puis se dessèche en laissant un petit grain dur qui s'éteint en peu de temps. Point d'engorgement ganglionnaire; aucun symptôme qui indique la présence du virus dans l'économie, aucune éruption, aucune ulcération secondaire.

J'oubliais même de vous mentionner un fait remarquable, c'est qu'à plusieurs reprises, j'ai mis sur la conjonctive de mon second sujet une grande quantité de pus phagédénique, sans que ce pus ait produit la plus légère irritation. Le même sujet a manqué rarement de venir lécher mes linges de pansement imbibés de la même sécrétion. Aujourd'hui, après bientôt trois mois, mes chats ont acquis un embonpoint remarquable, et font un singulier contraste avec celui de mes pauvres cliens, moins heureux, qui ont la syphilis constitutionnelle.

J'avoue qu'après la première inoculation, lorsque je constatai l'induration, ma foi fut ébranlée un instant; je crus avoir produit un chancre induré, mais les inoculations suivantes étant suivies du même phénomène, et cette induration s'éteignant d'elle-même en peu de temps, j'ai dû revenir de mon erreur.

J'ignore le procédé qu'ont employé d'autres expérimentateurs pour développer sur les animaux des ulcérations phagédéniques très étendues et de longue durée, et pour leur communiquer la syphilis constitutionnelle. Quant à moi, je n'ai pu obtenir par les inoculations répétées que des érosions éphémères si chétives, qu'en vérité je n'ose les qualifier de chancres.

Comment être d'un avis contraire, lorsqu'on a observé, comme effet du même virus, sur les animaux, une plaie d'une à deux lignes à peine de diamètre, guérissant en huit jours sans occasionner le moindre accident, et sur l'homme, des ulcérations très étendues, de deux à trois mois de durée, suivies d'accidens inflammatoires très intenses et d'une réaction des plus fortes.

Ne ressort-il pas de cette comparaison que le tissu des animaux est impropre à l'action du virus syphilitique?

Mais, me dira-t-on, ces ulcérations arrondies, suppurantes, cette sécrétion inoculable qui vous a communiqué deux chancres phagédéniques, ne sont-elles pas des preuves irrécusables de l'action spécifique du virus sur les points où vous l'avez implanté?

Je ne nie pas l'action du virus mis dans ces conditions, mais cette action a été de peu de durée et toute locale.

Une plante peut vivre et jeter de minces racines dans un terrain qui n'est pas le sien, mais elle s'étiole bientôt et meurt si on la laisse en place; si, par contre, on la reprend et qu'on la mette dans un terrain qui lui convient, elle reverdit et recouvre en peu de temps sa première vigueur.

C'est là l'histoire du chancre transplanté de l'homme sur l'animal; sur ce nouveau terrain, il peut à peine se substanter quelques jours, et ne revient à la vie que lorsqu'on le ramène dans sa terre natale.

Que de paroles, très honoré confrère, pour démontrer un fait déjà proclamé par notre maître en syphilographie! mais je suis si heureux de pouvoir mettre mes observations au service de la science et de la vérité, que j'oublie peut-être un peu trop que vos instans sont précieux; aussi, pour ne pas en abuser, permettez-moi de vous résumer sous forme de propositions ce que j'ai eu l'honneur de vous exposer dans ma lettre :

Le virus syphilitique inoculé sur l'oreille des chats y détermine une légère ulcération;

Cette ulcération sécrète pendant huit à dix jours de la matière purulente;

Inoculée au même animal, ou à d'autres animaux de la même espèce, ce pus occasionne une ulcération qui se comporte en tout comme celle sur laquelle on l'a puisée;

Inoculée à l'homme, elle est le point de départ des chancres comme si on l'eût directement empruntée à l'homme;

L'ulcération développée sur l'animal dure, en moyenne, de huit à dix jours;

Elle n'occasionne ni accidens successifs, ni accidens constitutionnels;

Son action est donc toute locale; c'est, comme l'a dit M. Ricord, du pus en transplantation.

Lorsqu'on pratique plusieurs inoculations sur le même animal, qu'elles soient faites avec du pus emprunté à lui-même ou avec du pus emprunté à l'homme, les dernières ne sont ni plus ni moins intenses que les premières : elles se comportent toutes de même.

Recevez, Monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentimens fraternels.

Melchior ROBERT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Marseille, le 10 novembre 1852.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION DE PEMPHIGUS CONGÉNITAL DÉVELOPPÉ SUCCESSIVEMEMT SUR DOUZE ENFANS DE LA MÊME MÈRE.

Monsieur le rédacteur,

A l'occasion du petit travail sur le pemphigus congénital, qui a été publié récemment dans l'UNION MÉDICALE, j'ai reçu d'un de vos abonnés, M. Dubreuilh fils, médecin distingué à Bordeaux, une observation sur cette maladie, qui me paraît devoir intéresser vivement vos lecteurs. Je m'empresse de vous l'adresser. C'est un document trop précieux, pour que vous ne lui accordiez pas dans vos colonnes la place qu'il me semble mériter. Voici le fait :

« Marie G..., âgée de 34 ans, habite Bordeaux, au rez-de-chaussée d'une maison aérée, dans un faubourg de notre ville, sain et voisin de la campagne. Elle appartient à la classe des artisans, n'exerce aucune profession. Elle est d'un tempérament sanguin, colorée, d'une constitution robuste.

» Mariée à 18 ans, G... eut, au bout de neuf mois, un premier enfant qui vit encore, et n'a jamais eu aucune tache sur la peau. Un second enfant mourut à deux ans et demi des suites du croup. Après avoir allaité ce dernier, Marie G... devint nourrice de l'enfant d'une famille polonaise. Ce nourrisson était né couvert de bulles semblables à celles qu'a apportées en naissant le dernier enfant, sujet de l'observation.

» Marie G... ne tarda pas à s'apercevoir de la présence d'une petite pustule au sein droit, qui suinta et s'ulcéra. Cette ulcération avait la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, et dura près de deux mois. Des pilules furent prescrites par un médecin qu'une voisine avait amené, et l'enfant donné à une autre nourrice qu'il m'a été impossible de retrouver. Un mois après, cet enfant succombait couvert de bulles et de croûtes, et sa nourrice était atteinte aux deux seins d'ulcérations, pour lesquelles elle fit un traitement très long.

» Quant à la femme G..., son mal au sein cicatrisé, elle ne s'inquiéta plus. Elle devint enceinte au bout de trois mois (mars 1837), et accoucha à sept mois d'un enfant mort que l'on n'examina pas.

» En 1838, elle mit au monde un enfant à terme, qui portait sur les extrémités inférieures et sur les parties génitales des bulles qui ne gagnèrent pas le tronc. Elle le nourrissait. Il s'amaigrit rapidement, et succomba à un mois.

» En 1839, accouchement à terme d'un enfant couvert de bulles, mort aussi à un mois.

» En 1840, accouchement à terme de deux enfans, l'un mort-né avec des bulles, l'autre vivant, présentant les mêmes symptômes, mais qui succomba à un mois.

» En 1842, accouchement de deux autres jumeaux, l'un, mort-né, ne fut pas examiné; l'autre, couvert de bulles, eut le même sort que les précédens.

» En 1843, accouchement d'un enfant à terme couvert de bulles, mort à cinq semaines.

» En 1844, nouvel accouchement, même résultat.

» En 1846, accouchement à sept mois d'un enfant mort-né couvert de bulles.

» En 1847, accouchement à terme d'un enfant couvert de bulles. La mère ne le nourrit pas. Il meurt à trois semaines.

» Enfin, en 1851, au mois d'avril, cette femme, enceinte pour la dixième fois depuis son ulcération au sein, mit au monde un enfant qui avait toutes les apparences d'une bonne santé, à part le développement sous la plante de pieds, sur les jambes, les cuisses, les mains et les bras de bulles de pemphigus.

» Ces bulles disparurent au bout de huit jours sur les pieds et les jambes, mais elles envahirent les parties génitales, le scrotum et le pourtour de l'anus, en respectant le tronc. La sage-femme fit prendre à l'accouchée du sirop de Portal par cuillerées à café. Voyant que le mal s'aggravait davantage sur les parties génitales, la mère vint me consulter.

» Nous fîmes, mon père et moi, l'examen le plus minutieux de l'enfant. Il paraît fort, crie souvent, comme s'il éprouvait des douleurs aiguës. Il prend le sein avec force. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. On aperçoit sur les jambes et une partie des cuisses des cicatrices cuivrées. Plus haut, sur le scrotum, la verge, le pubis, au périnée, autour de l'anus se trouvent agglomérées des bulles et des pustules rem-

---

Sa troisième fille, Marie Boursier, dont nous avons déjà parlé et qui était née en avril 1601, bérita de sa clientèle, mais avec assez peu de succès pour que son nom ne fût même pas parvenu jusqu'à nous, si nous ne l'eussions déterré dans les archives de l'Hôtel-de-Ville. Enfin, une dame *Bourgeois Ducaudray* (*Angélique-Marguerite*), descendante de la célèbre accoucheuse de Marie de Médicis, a joui, dans la première moitié du dix-huitième siècle, d'une assez grande renommée, et a surtout appelé l'attention sur elle par les voyages fréquens qu'elle faisait dans les diverses petites villes de France, où, munie d'un mannequin et d'un fœtus en carton, elle donnait aux femmes qui se destinaient à la profession de sage-femme les premiers élémens de l'art des accouchemens. Elle a publié un *abrégé de l'art des accouchemens* (Paris, 1759, in-12. — Paris, 1781, in-8 avec figures), d'une nullité complète.

Après avoir tracé avec toute la simplicité que comportait un pareil sujet, les diverses phases de l'existence si brillante de Louise Boursier, il nous reste maintenant à faire connaître très brièvement les livres qu'elle a composés. Son premier et principal ouvrage, dont nous avons donné le titre au commencement de cette notice, a joui pendant longtemps d'une grande réputation, et est devenu le *vade mecum* des sages-femmes de l'époque. Traduit en plusieurs langues, en latin (*Oppenheim*, 1619, in-4°), en allemand (Francfort, 1621, in-4°), *en hollandais* (1658, in-8), il a eu plusieurs éditions et est cité avec grand bonneur dans des œuvres contemporaines (1).

(1) Voy. Plater : *Observat. libritres*; Bâle, 1614. In-8, p. 72.— Théoph. Bonnet : *Polyalthes, seu thesaurus medico-practicus*. In-folio ; Genève, 1692, tome III, p. 487.

Dans le curieux *Registre-Journal* que nous a laissé Pierre de l'Etoile, et qui a été imprimé un grand nombre de fois, nous trouvons un passage relatif à notre accoucheuse, que nous nous gardons bien d'oublier ici. Il s'agit de la première édition des *Observations sur la stérilité, perte de fruict*, etc.

« J'ay acheté ce jour, dit-il (jeudi 8 janvier 1609), un livre nouveau, proprement » du temps, et digne de ce siècle, imprimé in-8, par Saugrain, et fait par la Bour- » sier, sage-femme de la roine, traictant les maladies et accouchemens des femmes ; » lequel j'ay estimé d'autant plus authentique et recueillable, que ceste femme » peult sçavoir beaucoup de petits secrets de nature qu'elle a appris dans un bassin » de barbier. J'en ay donné un quart d'escu, qu'il faudra que je retire de quelque » autre fadeze pareille à celle-ci. » (*Collection des mémoires pour servir à l'histoire de France*; par MM. Michaud et Poujoulat. — Paris, grand in-8°, année 1837; 2e partie, page 492.)

Pour juger de la valeur de ce livre, il faut se reporter au temps où il a été écrit (année 1609). *Vésale* était mort après avoir régénéré ou plutôt créé l'anatomie de l'homme chez les modernes; mais la circulation du sang ne devait être découverte que vingt ans plus tard, et l'étude du corps humain était loin d'être parvenue à la précision désirable pour comprendre les phénomènes physiologiques et morbides. La chirurgie avait trouvé dans *Ambroise Paré* un puissant génie qui l'arracha de l'ornière du passé. Enfin, *Jacques Guillemeau* domina ses contemporains et ses devanciers par les principes raisonnables qu'il émit sur les accouchemens et sur les moyens de faciliter la parturition.

Mais quelque brillans que soient pour la médecine la fin du seizième siècle et le commencement du dix-septième, cette science n'avait point encore acquis cette maturité et cette religion pour les faits et l'observation que devaient lui communiquer les Sydenham, les Baglivi et les Boerhaave. L'humorisme galéniste, depuis tant de siècles sur pieds, ne fut un peu ébranlé que pour donner le sceptre aux médecins chimistes, et cette dernière secte était en pleine vigueur lorsque Louise Boursier écrivit son livre. Aussi, ses *observations* sont-elles empreintes des doctrines qui dominaient alors les esprits. La première édition (que nous choisissons de préférence, parce qu'à notre avis elle est la plus intéressante), des « *observations sur la stérilité, perte de fruit, fécondité*, etc., etc., comprend cinquante chapitres dans lesquels l'auteur s'occupe des questions les plus importantes dans la pratique des accouchemens. Tout est pratique et observation dans ce qu'a écrit cette femme distinguée, et les conseils qu'elle donne sont presque tous marqués au coin de la plus mûre expérience. Seulement, les faits qu'elle observe, elle cherche souvent à les expliquer, et alors elle tombe dans de malheureuses théories entachées des erreurs humorales.

Elle n'a que trop souvent oublié l'esprit philosophique de ces quatre vers qui précèdent la dernière édition de ses œuvres :

> Ma pratique est un langage,
> Ce sont véritables effects,
> C'est à son port faire naufrage,
> De parler sans venir aux faits.

De tous les accoucheurs anciens, sans en excpter J. Guillemeau, Louise Bourgeois est peut-être celle qui a établi avec le plus d'exactitude les divers modes sous lesquels le fœtus peut se présenter dans le travail de la parturition. Elle ne compte pas moins de douze présentations, qu'elle range suivant leur degré de gravité, et en indiquant les moyens propres à opérer l'extraction du fœtus.

La *version* est décrite avec le plus grand soin.

L'on n'attend pas de nous que nous fassions une analyse de ce livre, très remarquable pour l'époque à laquelle il a été écrit; cette analyse est impossible, à cause du nombre considérable de faits qui y sont consignés, et qui, malheureusement, sont rangés épars et sans ordre. Comme nous le disions tout à l'heure, l'œuvre de Louise Boursier est essentiellement pratique; aussi fourmille-t-elle de ces nombreux petits détails, dont l'importance n'est véritablement bien appréciée qu'au lit des malades, et dont nos ouvrages modernes sont si avares. De nos jours encore les sages-femmes, et même les accoucheurs, y trouveraient une ample moisson à leur profit. On y voit seulement que l'art obstétrical n'est pas réduit à des principes rigoureusement posés ni à des règles bien établies, et qu'il vole dans un nuage d'erreurs et de préjugés.

(*La fin à un prochain n°.*)

Dr Achille CHEREAU.

Par arrêté de M. le préfet, en date du 18 novembre, M. le docteur Noirot est nommé membre du jury médical de la Côte-d'Or, en remplacement de M. Naigeon, décédé.

plies, les unes de sérosité, les autres d'un liquide purulent. Une auréole violacée les entoure. La muqueuse buccale est saine.

» Au dire de la mère et de la sage-femme, c'est absolument une éruption de même nature que celle qui s'est développée chez tous les autres enfans. Quelques-uns étaient, d'après les parens, parfaitement sains au moment de la naissance. Ce n'est que du second au troisième jour qu'on voyait apparaître les bulles. Mais à mesure qu'elles prenaient de l'accroissement, et que de la plante des pieds, et des jambes, elles s'étendaient sur les cuisses et les parties génitales et anales, les enfans perdaient l'appétit, refusaient le sein, dépérissaient rapidement et succombaient à trois semaines, un mois ou un mois et demi, dans un état de marasme effrayant.

» L'éruption n'était pas confluente au début; elle le devenait plus tard, quelques jours avant la mort. Elle n'a jamais occupé le tronc. Chez quelques sujets, elles se développaient à la paume des mains et sur les avant-bras. Le survivant est de ce nombre.

» Chez cet enfant, les bulles primitives de la plante des pieds, et des jambes, disparurent peu à peu pour faire place à une teinte plutôt cuivrée que violacée. A un an, il n'existait plus d'ulcérations qu'autour de l'anus; les bulles confluentes dans cette région se réunirent pour ne former qu'une seule surface. La première dentition se fit sans accident notable; tout faisait présager la guérison.

» L'enfant avait atteint l'âge de 19 mois, et sa mère le nourrissait encore. Pendant 10 mois elle avait fait le traitement antisyphilitique suivant: une cuillerée par jour de liqueur de Van Swieten.

» Les huit derniers mois, G... prenait trois fois par jour un verre de décoction de feuilles de saponaire, et dans chaque verre une cuillerée du sirop composé de :

Sirop de salsepareille. . . 500 grammes.
Iodure de potassium. . . 30

» Le 12 août dernier, cette femme sevra son enfant. Il fut pris, peu de jours après, d'une diarrhée assez intense, à laquelle on ne fit pas attention; puis ses traits s'altérèrent rapidement; on remarqua que l'ulcération de l'anus avait pris une teinte violacée, et, le 22 du même mois, il succombait. Sa mort fut presque foudroyante. L'autopsie ne put être faite. Il résulte des renseignemens récemment pris, que le père qui n'avait d'abord accusé qu'un écoulement contracté il y a vingt ans, aurait eu des chancres et des bubons deux ans avant son mariage. Il fut traité par un médecin du département du Cantal, son pays natal. Il ne porte aujourd'hui que les cicatrices de ses anciennes blessures. Il a un commencement d'hydrocèle à gauche. La mère, à part l'ulcération du sein, origine de cette série d'accouchemens malheureux, n'a eu aucune affection morbide particulière. »

Permettez-moi maintenant, Monsieur le rédacteur de résumer en quelques mots les faits contenus dans cette longue et intéressante observation.

Une jeune femme saine et robuste, entourée de toutes les conditions de salubrité possibles, met au monde un premier enfant qui vit encore et s'est toujours bien porté. Elle contracte la syphilis au contact d'un nourrisson étranger. A dater de cette époque, elle devient mère presque tous les ans, et chacun de ses enfans apporte en naissant, ou présente quelques jours plus tard, les traces non équivoques du mal qu'elle lui a communiqué dans son sein. Les uns arrivent mort-nés, les autres succombent au bout de quelques semaines, pas un n'échappe. Le dernier seul paraît puiser dans la vigueur originelle de sa constitution des forces pour lutter contre le mal dont sa mère lui a transmis le principe; fait digne de remarque et peut-être unique, cette lutte se prolonge pendant dix-huit mois. Mais un beau jour le dévoiement se déclare, les traits s'altèrent, les ulcérations prennent un mauvais caractère et la mort survient sous une forme foudroyante. La vérole reste maîtresse de la place.

J'aurai plus tard occasion d'appeler l'attention sur la forme de l'éruption, sur son siége de prédilection, sur son apparition primitive à la plante des pieds et à la paume des mains, pour de là s'étendre aux avant-bras, aux jambes et aux cuisses, et envahir l'anus et les parties génitales, où elle semble se fixer sans atteindre le tronc. Je ne veux, pour le moment, m'arrêter qu'aux points importans.

Un fait me paraît bien établi dans cette observation, c'est le point de départ de tous les accidens. Il n'est guère probable que le père ait été pour quelque chose dans la transmission de l'infection syphilitique. Son premier ne semblerait au moins le prouver. Mais une preuve plus palpable de la source d'où dérive tout le mal, c'est la transmission, par le nourrisson étranger, d'ulcérations à ses deux nourrices.

Dans tous les cas, l'origine syphilitique de ces pemphigus est incontestable.

On pourrait encore agiter à ce propos bien des questions intéressantes; celle de savoir, par exemple, s'il convient de donner aux enfans atteints de pemphigus un autre sein que celui de leur mère.

Mais je dois me borner, pour ne pas abuser de la place que vous avez bien voulu accorder tant à l'observation de M. Dubreuilh fils qu'aux réflexions de votre tout dévoué collaborateur.

Dr E. Hervieux.

Cette observation très intéressante, sans doute, présente cependant quelques points obscurs qu'il nous est impossible de ne pas signaler à notre honoré collaborateur, M. Hervieux, et à son zélé correspondant, M. Dubreuilh.

D'abord, aucun témoin *compétent* ne témoigne de cette série extraordinaire d'accidens sur un nombre si considérable d'enfans. MM. les docteurs Dubreuilh, père et fils, n'ont vu et observé que le dernier enfant. Pour tous les autres, il faut accepter le témoignage de la mère et d'une sage-femme. Le nourrisson de cette famille polonaise, qui aurait été la cause et l'origine de tout le mal, aucune autorité médicale n'a constaté son état. Il est dit qu'on n'*a pu retrouver* la seconde nourrice, et cependant on assure *qu'elle fut atteinte d'ulcérations au sein*, pour lesquelles elle fit un traitement très long. Quant à la femme G..., qui, en 1837, aurait contracté une ulcération syphilitique, accident primitif, qu'a-t-elle éprouvé pendant les quatorze années qui ont suivi, et pendant lesquelles elle a mis au monde douze enfans pemphigoïdes? L'observation n'en dit pas un mot. On dit bien qu'elle a été soumise, pendant six mois, à un traitement syphilitique, mais pour quels accidens? L'observation ne l'indique pas.

Ce fait, selon nous, ne prouve pas qu'il y ait eu transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice;

Si cette transmission a eu lieu, elle n'indique pas quelle a été la nature des accidens transmis;

Rien ne prouve que la femme G... ait eu une syphilis constitutionnelle pendant quatorze ans;

Rien ne prouve que les douze enfans aient été atteints de pemphigus syphilitique.

Du reste, c'est moins une critique que nous voulons faire, qu'une demande de renseignemens nouveaux pour une observation qui, malgré ses obscurités, n'en présente pas moins un haut degré d'intérêt.

Amédée Latour.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

Observation d'hydatides rendues par les voies urinaires; par M. Henri Gintrac, professeur-suppléant à l'École de médecine de Bordeaux.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

L'histoire des hydatides des voies urinaires est encore bien obscure. M. Rayer, dans son *Traité sur les maladies des reins*, consacre à ce sujet quelques pages intéressantes; il termine son chapitre, en réunissant douze observations empruntées à divers recueils. Il serait possible de rendre ce tableau bibliographique plus complet, en présentant d'autres faits épars çà et là. Si je voulais, en effet, rappeler les divers auteurs qui se sont occupés des hydatides des voies urinaires, je mentionnerais les exemples fournis par Bosc (*De rene per hydatidem penitus destructo*. Lips., 1780); Lettsom (*Of the cases of hydatides renales* 1788. — *Medical memoirs London*); Heer (*Diss. de renum morbis cum specimine renis in hydatides mutati*). Halæ 1790); Titius (*Renis hydatidibus obsessi descriptio*. Viteb., 1799); Portal (*Cours d'anatomie médicale*, V, P. 389); Baillie (*Anat. Path.*, traduit par Ferrali, p. 274, 1803). Je pourrais encore puiser dans les *Ephémérides des Curieux de la nature* (Déc. II, *Ann. VI*, Obs. 234, et Déc. III, *Ann. I*, Obs. 163); mais je préfère me renfermer dans un cercle de faits observés plus récemment.

Laennec, dans son mémoire sur les vers vésiculaires, publié en 1804, parle des hydatides des reins, il en donne un exemple, et constate que le seul symptôme susceptible de révéler cette affection, est la douleur lombaire.

Dans le journal la *Clinique des Hôpitaux*, année 1829, Parmentier rapporte le cas d'un jeune homme qui, dès l'âge de dix ans, rendit des hydatides par le canal de l'urètre. A vingt ans, la même affection reparut. L'usage des douches sur les lombes provoqua d'abondantes émissions de ces vers. L'année suivante, une nouvelle expulsion d'hydatides eut lieu; elle dura près d'un mois; la guérison fut obtenue par l'emploi de l'eau de Busang et du bi-carbonate de soude. Ce fait a été reproduit dans la *Nouvelle Bibliothèque médicale* (déc. 1829), et dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, de la même année.

Dans la *Revue médicale* (année 1831, t. IV, p. 105), M. Brachet, de Lyon, donne une observation d'hydatides rendues avec les urines. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, et qui fut tourmenté de douleurs hypogastriques et d'ischurie. Ces douleurs étant causées par une hydatide arrêtée dans le canal, M. Brachet perça la poche membraneuse avec une sonde à dard. L'émission de l'urine se fit librement, des hydatides furent expulsées, et le calme reparut.

On trouve dans la *Gazette des Hôpitaux* (1834, page 605) l'exemple d'un jeune homme de vingt-sept ans, qui rendit un certain nombre d'hydatides par le canal de l'urètre.

La *Gazette médicale* (1838, p. 379) emprunte à un journal allemand un fait observé par le docteur Weitenkapf. Une jeune fille, atteinte d'un commencement de phthisie laryngée, fut prise tout à coup de strangurie; elle rendit pendant plusieurs mois, tous les cinq à six jours, cinquante à soixante hydatides, qui examinées à la loupe, étaient vivantes. Après chaque sortie d'hydatides, la strangurie diminuait. Un traitement anthelmentique fut suivi d'une guérison complète.

Les bulletins de la Société anatomique de Paris contiennent quelques faits analogues. MM. Valleix, Hardy et Vigla en ont fourni des exemples (séance de janvier 1838). L'observation citée par M. Vigla me paraît digne d'être rapportée : une femme de trente-sept ans, d'une bonne constitution, raconte que, depuis son enfance, tous les ans, pendant l'hiver, et principalement au mois de janvier, elle éprouve dans la région lombaire gauche une douleur violente. Elle n'a pas de fièvre; l'appétit est seulement diminué. Au bout de deux ou trois jours de cet état, elle rend, au milieu d'urines un peu bourbeuses, une très grande quantité d'acéphalocystes. Cette émission a lieu deux ou trois fois par jour, puis la santé se rétablit. Si ces accidens reparaissent dans le courant de l'année, ce n'est qu'à des intervalles éloignés, et ils sont alors fort légers. Au mois de janvier 1838, époque à laquelle M. Vigla rapportait ce fait, cette femme présentait le phénomène pathologique annuel, Au bout de quatre jours du malaise ordinaire, l'émission des urines chargées d'acéphalocystes commençait et persistait pendant trois jours. La quantité d'hydatides rendues était énorme; la malade avait uriné, pendant ces trois jours, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, et chaque fois il y en avait près de soixante grosses, sans compter les petites; plusieurs surpassaient en volume un œuf de pigeon.

Les reins, chez le fœtus, peuvent devenir le siége d'une dégénérescence hydatique ou hydatiforme. M. Bouchacourt, de Lyon, a fait un mémoire sur ce sujet dans la *Gazette médicale de Paris* (1845, p. 65). Cette dégénérescence paraît être le résultat d'un vice de conformation de l'urètre ou de l'uretère. Sous cette influence, les reins acquièrent un volume considérable, et l'hypertrophie de ces organes est telle, qu'elle peut devenir une cause de dystocie. Le docteur Œsterlen, de Murrhard, l'a constaté dans sa pratique. (*Revue médicale*, 1841, t. I, p. 287.)

Revenant au malade sujet de cette observation, je ne puis m'empêcher de signaler quelques particularités. Et d'abord, on ne saurait mettre en doute l'existence de ces hydatides; elles ont été examinées et reconnues à diverses reprises. Il a été impossible de se tromper sur leur nature réelle. Mais quel était leur point de départ? Ici, les symptômes caractéristiques manquent. La région lombaire ne présentait ni gonflement, ni tumeur; la main ne sentait point cette crépitation, ce frémissement, cette espèce d'ondulation, que l'on retrouve quelquefois dans des circonstances semblables. La douleur, par son siége, a pu seule nous mettre sur la voie du diagnostic, nous indiquer le foyer de l'affection. Par elle, en effet, nous avons pensé que c'était dans le rein droit que se faisait cette génération d'acéphalocystes. Il arrive, effectivement, que lorsque celles-ci passent du bassinet dans l'uretère, elles obstruent momentanément ce conduit; alors surviennent ces douleurs rénales, ces nausées, ces vomissements, cette fièvre, ces coliques néphrétiques, cette ischurie, en un mot le cortége de tous les symptômes communs aux corps étrangers engagés dans les uretères. Dans le fait qui m'appartient, l'expulsion des hydatides a toujours été précédée de vives souffrances et a toujours été suivie d'un calme complet.

Je dois mentionner la diminution de la douleur lombaire sous l'influence du chloroforme, circonstance qui vient confirmer les résultats obtenus par M. Aran avec cet agent anesthésique. Enfin, je ferai remarquer les bons effets des caustiques avec la poudre de Vienne, puisque pour le moment du moins, fut arrêtée la production des hydatides (1).

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Addition à la séance du 17 Novembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Bec-de-lièvre double congénital opéré en deux temps; — guérison.

M. Robert présente un jeune enfant qu'il vient d'opérer d'un bec-de-lièvre double congénital compliqué d'écartement considérable des maxillaires supérieurs, par un procédé en deux temps, aidé de l'application d'un appareil mécanique destiné à rapprocher les os écartés.

Cet enfant présentait, indépendamment de la double scissure de la lèvre supérieure, un écartement considérable des os maxillaires, qui se manifestait par une fente antéro-postérieure existant tout le long de la voûte palatine entièrement divisée sur la ligne médiane. Entre les deux solutions de continuité, il y avait un tubercule médian, osseux, dirigé obliquement en bas et en avant, muni de deux dents incisives.

M. Robert fit confectionner, par M. Martin, un appareil destiné à presser sur les maxillaires supérieurs à l'aide de deux petites pelottes, prenant point d'appui sur les parties moyennes des joues, et auxquelles était adaptée une plaque refoulant le tubercule médian en arrière.

Après deux mois et demi environ d'application de cet appareil, les os maxillaires étant notablement rapprochés et le tubercule médian complètement refoulé en arrière, M. Robert pratiqua l'opération de la manière suivante :

Dans un premier temps, les bords de la solution de continuité du côté gauche furent avivés, avec la précaution de conserver un lambeau pour former la saillie médiane de la lèvre. Réunion à l'aide d'une suture entortillée formée par une seule épingle, soutenue au moyen de bandelettes

enduites de collodion. Au bout de six à sept jours la réunion était opérée par première intention.

Le deuxième temps de l'opération ne fut exécuté que trois mois après; durant tout cet intervalle, l'appareil avait été maintenu en place. Cette fois, les bords de la solution de continuité de la lèvre du côté droit furent avivés, en conservant encore un lambeau adhérent par sa base, à la partie inférieure du bord droit de la plaie. Suture entortillée avec une seule épingle et bandelettes de collodion. La cicatrice n'est achevée cette fois qu'au bout de huit à dix jours.

Quinze jours après cette deuxième opération, l'enfant était complètement guéri. Il ne reste aujourd'hui de la difformité qu'un léger défaut de rapport entre les lèvres, une petite saillie sur la partie latérale droite de la ligne médiane, et un léger écartement des maxillaires. Mais l'enfant, qui ne pouvait boire qu'avec une extrême difficulté, boit aujourd'hui très bien et commence à articuler quelques mots.

Quelques membres demandent la parole sur cette présentation. La discussion est ajournée à une autre séance.

Séance du 24 Novembre 1852.

M. Jarjavay, élu dans la dernière séance, prend place parmi les membres.

Amputation sous-astragalienne.

M. Triquet, présente, au nom de M. Nélaton, un malade âgé de 16 ans, qui a subi (en mars 1852) une amputation sous-astragalienne, pour une nécrose du calcanéum.

Le but de cette présentation est de démontrer :

1° Les avantages de cette amputation, dans ce cas particulier, sur l'amputation sus-malléolaire.

2° Que le procédé opératoire, mis en usage, et qui se rapproche de celui de M. J. Roux, de Toulon, permet d'appliquer à la face inférieure de l'astragale, la peau du talon, sorte de coussinet graisseux et élastique destiné à supporter le poids du corps dans la station, la marche.

3° L'astragale est resté en place, dans la mortaise tibio-tarsienne ; et le membre offre un raccourcissement de 2 centimètres seulement.

Une bottine à talon élevé pourra donc permettre au malade de marcher facilement sans claudication.

4° La réunion du lambeau a eu lieu, par première intention, dans toute son étendue; mais deux points fistuleux sont demeurés près de quatre mois à se cicatriser.

Du reste, le malade n'a présenté aucun accident sérieux ; et sa constitution, éminemment scrofuleuse, peut expliquer sans doute la persistance de ces fistules cutanées. Aujourd'hui, la guérison est complète. Il peut marcher, courir facilement et sans douleur; la cicatrice est solide, et ne présente aucune tendance à se déchirer.

Des productions fibro-plastiques accidentelles et des tumeurs fibro-plastiques.

M. Lebert lit sous ce titre la première partie d'un mémoire dont le but est de compléter et de rectifier sur quelques points ses précédentes recherches sur le même sujet.

Mon opinion fondamentale sur les tumeurs fibro-plastiques, dit M. Lebert, est aujourd'hui encore que c'est un tissu *non cancéreux*, mais une maladie qui, dans certaines circonstances, bien loin d'être bénigne, peut entraîner les conséquences les plus graves. L'un des objets de ce travail est précisément de démontrer quelles sont les limites et les conditions de cette malignité, et qu'en aucun cas celle-ci n'autorise à identifier ces productions avec le cancer.

L'auteur admet trois tissus fibro-plastiques, différant sous le rapport de la formation, du pronostic et de la thérapeutique. Ces trois groupes sont : 1° le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire ; 2° l'hypertrophie fibro-plastique; 3° la formation fibro-plastique autogène et essentielle.

Dans le groupe des tumeurs fibro-plastiques autogènes, il y a encore bien des sous-divisions à établir, dont les unes se rapportent au groupement des élémens anatomiques, à l'aspect des tissus, les autres à la marche clinique différentielle, etc.

M. Lebert définit les tumeurs fibro-plastiques essentielles de la manière suivante : tumeurs composées d'un tissu qui existe à l'état normal dans l'économie, et qui n'est autre chose que du tissu cellulaire ou fibreux incomplètement développé et en voie de formation. Ces tumeurs constituent une maladie locale qui, dans quelques-unes de ses formes, a une tendance à récidiver sur place, et qui, dans des cas exceptionnels, peut se généraliser dans l'économie tout entière, comme du reste beaucoup d'autres maladies qui, dans le principe, sont essentiellement locales.

Quant à la division anatomique, M. Lebert distingue trois groupes principaux : *a* des tumeurs molles, lobulées, d'un jaune rosé, passablement vasculaires ; *b* des tumeurs plutôt homogènes, d'un jaune pâle ou d'un jaune rougeâtre se rapprochant de la couleur de la chair ; *c* des tumeurs dans lesquelles la gangue intermédiaire entre les cellules, les fuseaux et les fibres est constituée par une masse abondante d'une substance demi-transparente gélatiniforme, constituant la variété fibro-gélatineuse de ce tissu.

En jetant un coup d'œil sur les différences selon le siége, on arrive avant tout, en commençant par la surface, à ce groupe si curieux de ces tumeurs fibro-plastiques de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané qu'Alibert a désignées sous le nom de kéloïdes. Ces tumeurs montrent une grande opiniâtreté dans leur reproduction locale, sans offrir de tendance à la généralisation.

Les tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées profondes se rencontrent de préférence sur les membres, plus rarement sur le tronc. Dans quelques régions, dans la cuisse surtout, elles ont une tendance très prononcée à atteindre un grand volume. Dans les organes plus profonds, leur marche est très variable. On rencontre parmi les tumeurs fibro-plastiques des organes internes, un groupe naturel des plus curieux, celui des tumeurs des méninges, qui, tout en comprimant et en déprimant le cerveau, ne font presque jamais corps avec lui, offrent une structure lobulée particulière, et présentent cela de particulier qu'arrivant ordinairement au terme naturel de leur développement, tant comme tumeur que comme maladie, on les trouve cependant uniques dans l'économie, par conséquent sans altération de la santé générale et sans action toxique ou infectante sur l'économie.

Les tumeurs fibro-plastiques du système osseux forment aussi un groupe à part. M. Lebert ne leur a vu jusqu'à présent qu'une seule fois une tendance à la généralisation ; mais dans un certain nombre de cas, elles n'ont pas moins une marche fort grave, leur diffusion locale s'irradiant souvent au loin dans les portions profondes et cachées du périoste et de l'endoste. Aussi, ne parvient-on, en pareil cas, à garantir la vie des malades qu'en faisant des opérations suffisamment étendues et en enlevant au-delà des parties même soupçonnées malades.

M. Lebert a observé enfin des tumeurs fibro-plastiques sur diverses espèces d'animaux domestiques. Elles offraient les mêmes caractères à peu près que chez l'homme, tant comme tissu que comme maladie essentiellement locale.

L'auteur passe ensuite rapidement en revue le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire, pour comparer ensuite l'hypertrophie fibro-plastique aux tumeurs autogènes de ce genre. Voici les principaux caractères qu'il assigne au premier de ces tissus.

Tumeurs fibro-plastiques d'origine inflammatoire.

Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire offre une espèce de passage intéressant, entre la formation d'un tissu nouveau, à laquelle la gêne circulatoire phlegmasique a donné l'impulsion, et celle d'un tissu en tout point normal que nous voyons si souvent naître sans trouble de la circulation capillaire, par suite d'une modification primitive et essentielle de la nutrition locale. Cependant une différence bien profonde existe entre ces deux modes d'origine différens d'un tissu en tout semblable. C'est le fait que le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire a une tendance prononcée à la transformation fibroïde définitive, à son atrophie propre, à sa disparition presque complète, tandis que le tissu fibro-plastique, lorsqu'il est d'origine autogène, tend au contraire à s'accroître continuellement. En un mot, le produit inflammatoire *tend à être cicatrice*, tandis que le même produit, d'origine spontanée, tend à prendre de plus en plus un développement indépendant *et à former tumeur.*

Ce tissu, d'origine phlegmasique, se rencontre de préférence lorsqu'un travail inflammatoire se prolonge ou lorsqu'il y a un travail réparateur à faire. On le retrouve dans cette substance jaune et lardacée qui double extérieurement la membrane synoviale dans les tumeurs blanches. On le rencontre dans ce tissu rouge, mou et fongueux qui entoure et revêt les fistules. Dans les plaies, on rencontre tantôt du véritable tissu fibro-plastique comme base et gangue des vaisseaux qui constituent les bourgeons charnus, tantôt un blastème simplement coagulé de pus englobant une grande quantité de cellules purulentes. Il a paru à l'auteur que la composition fibro-plastique des bourgeons charnus coïncidait plutôt avec les suppurations prolongées qui ne tendaient que lentement vers la cicatrisation. On a vu aussi apparaître le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire autour des tubercules qui infiltrent une partie de l'épididyme ou du testicule. Il y a enfin une dernière circonstance dans laquelle on rencontre ce tissu d'origine inflammatoire avec tous ses caractères, c'est à la base dermatique du chancre induré.

L'auteur passe ensuite à l'étude des tumeurs fibro-plastiques hypertrophiques et autogènes, qu'il commence par la description des caractères communs et des différences qu'il a constatées entre les tumeurs fibro-plastiques qui ne constituent que l'hypertrophie d'un organe normal et les tumeurs de formation spontanée.

Nous reviendrons sur cette deuxième partie du travail de M. Lebert, à l'occasion de la suite de sa lecture.

La Société s'est formée en comité secret à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE.

Gazzetta medica sarda. — Juin à Septembre 1852.

Sur la cure radicale du ganglion par les injections d'iode; par le professeur Borelli (de Turin).

L'auteur rapporte, à l'appui de cette pratique, qu'il considère comme aussi efficace que peu dangereuse, les cinq observations suivantes :

Observation I. — Femme de 23 ans, robuste, bien réglée, pléthorique et d'un tempérament sanguin, portant depuis un an et demi, à la région dorsale du carpe de la main droite, une tumeur d'abord petite, mais qui, en se développant, sembla se porter vers le dos de la main, sur le trajet des extenseurs des doigts. Sa forme était bilobée avec une dépression transversale au milieu, et son volume, celui d'une noisette allongée; pas de douleur, mais gêne dans les mouvemens de la main. Ponction le 11 avril pour la première fois. Cette ponction, faite obliquement avec une lancette très pointue, donna issue à un liquide gélatineux un peu jaunâtre. Réunion de la petite plaie avec le collodion. Le liquide s'étant reproduit, nouvelle ponction le 2 mai suivant, et à la suite injection avec la teinture d'iode pure. Douleur vive pendant une minute, qui se prolongea en diminuant jusqu'au soir. La teinture resta dans la tumeur, sauf une petite quantité qui se perdit dans le tissu cellulaire par suite de la perte de parallélisme des deux incisions. La malade, qui avait été opérée à la consultation de l'hôpital, retourna chez elle, à un mille de la capitale. Le même jour, symptômes de réaction locale, qui se calmèrent par l'application de linges trempés dans l'eau vinaigrée. Au troisième jour, l'inflammation avait presque disparu; il ne restait que de la tuméfaction. Pendant une semaine, on continua tous les jours alternativement les bains vinaigrés et les bains d'eau blanche. Le vingtième jour, la tumeur avait diminué des deux tiers, et un mois après elle avait entièrement disparu. Il ne restait qu'un épaississement de la gaîne des tendons, qui n'apportait aucune gêne ni aucune douleur aux mouvemens des doigts. Il faut ajouter que très peu de jours après l'opération, la malade avait commencé à se servir de sa main pour les usages domestiques sans qu'il en fût résulté aucun inconvénient.

Observation II. — Femme de 20 ans, tapissière, tempérament nerveux et constitution délicate, mal réglée, sujette à des palpitations, portant depuis cinq ou six mois une tumeur à la région dorsale de la main gauche, près du carpe. Cette tumeur, de la forme et du volume d'une noisette, un peu douloureuse à la pression, apportait de la gêne dans le bras et de la fatigue dans le travail. Le 10 avril, injection de teinture d'iode pure dans la tumeur, la moitié du liquide y resta. Douleur très aiguë pendant quelques minutes, qui diminua rapidement au point que deux heures après, la malade put faire sa cuisine. Le lendemain, symptômes de phlogose aiguë avec gonflement de la main. Bains de main avec l'eau blanche. En cinq ou six jours, la réaction fut calmée, la tumeur avait diminué de moitié. La malade reprit ses occupations. Vingt jours après, il restait une petite nodosité sur le trajet de la tumeur, qui alla peu à peu se dissipant, et vers le 46e jour, il ne restait plus trace de la maladie.

Observation III. — Fille de la campagne, âgée de 20 ans, tempérament sanguin, constitution débile, irrégulièrement menstruée, souffrant parfois de vertiges et d'irritation des paupières. Cette fille avait eu, cinq ans auparavant, un rhumatisme articulaire généralisé, qui lui avait laissé une tuméfaction considérable au niveau de l'articulation radio-carpienne droite. Cette tuméfaction, en diminuant, laissait voir une tumeur du volume d'une grosse noisette, au niveau de la région dorsale du carpe. Le 28 février, ponction de la tumeur, lorsqu'elle se remplit de nouveau en deux jours, et fut traitée par l'injection de teinture d'iode pure. La teinture resta presque entièrement dans la tumeur, et y détermina une douleur vive qui persista pendant cinq ou six heures. Application de compresses trempées dans l'eau blanche. Le lendemain, le dos de la main était un peu gonflé et douloureux, la tumeur rouge, mais mollasse et indolente. Peu de jours après, la phlogose était calmée, et dans l'espace de quinze jours, la tumeur n'avait plus que le quart de son volume. M. Borelli n'a plus revu cette malade.

Observation IV. — Une femme de 27 ans, mariée depuis huit ans, sans enfans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution médiocrement forte, mal réglée, s'était aperçue, à la suite de travaux fatigans, d'une petite tumeur située sur la face dorsale de la main droite, tumeur qui avait été ouverte l'année précédente par un chirurgien, et pansée à plat. La guérison semblait parfaite, lorsque la tumeur commença à reparaître ; et lorsqu'elle eut acquis le volume d'une grosse noisette, elle fut traitée, au mois d'avril dernier, par la ponction et par l'injection iodée, avec la teinture pure. Cette injection resta presque tout entière dans la tumeur, et la petite plaie fut fermée avec le collodion. Peu de douleurs; réaction consécutive médiocre, calmée rapidement par les applications d'eau vinaigrée. L'inflammation calmée, la tumeur semblait diminuée d'un tiers. Nouvelle ponction qui ne donna issue à aucun liquide, bien que la tumeur parût encore élastique et fluctuante. Quelques semaines après, nouvelles ponctions qui ne donnèrent non plus aucun liquide. Sous l'influence des compresses d'eau vinaigrée, la tumeur alla toujours en diminuant, et deux mois après, il y en avait à peine trace.

Observation V. — Ouvrière de 52 ans, forte et robuste, non réglée depuis six ans. Elle s'était aperçue, au mois de juin 1851, d'une petite tumeur au niveau de la malléole interne droite, indolente, mais gênant un peu la marche. Cette tumeur, grosse comme une noisette, était située sur le trajet du tendon du tibial postérieur, au-devant de l'artère du même nom, que l'on sentait battre en arrière, à quelques lignes de distance. Ponction oblique avec une lancette très aiguë, qui donna issue à un liquide glutineux, assez dense et très limpide. Le liquide s'étant reproduit, injection de teinture d'iode pure, qui resta tout entière dans la tumeur. L'incision fut fermée avec le collodion. L'opérée retourna chez elle après et vaqua à ses affaires pendant cinq ou six heures. Dans la nuit, symptômes inflammatoires, qui se calmèrent par le repos et l'application d'huile battue avec l'eau. Cinq ou six jours après, la malade avait repris ses travaux. Un mois après, il ne restait plus qu'une petite tumeur, du volume d'un grain de millet, indolente et n'apportant aucune gêne dans la marche.

COURRIER.

Voici en quels termes M. le professeur Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, vient de parler de l'institution du concours, dans la séance de rentrée de l'Académie de cette ville :

« Porté sur les ailes de l'opinion, adopté après 1830 avec une sorte d'enthousiasme, le concours vient de s'affaisser sous le poids de vingt années d'application. Laisserons-nous mourir cette institution sans lui donner un regret : pour moi, qui lui dois mon entrée dans la carrière professorale, et qui lui reste sympathique même après la récente infidélité que je pourrais lui reprocher, je regretterai longtemps ces nobles luttes de l'intelligence qui avaient pour prix l'honneur de diriger la jeunesse médicale dans le chemin de la science et de la pratique. Je m'incline devant les vues supérieures du Pouvoir, dont la justice tutélaire épargnera aux membres d'une École la tâche difficile et délicate de sa reconstitution ; mais je respecte même dans son naufrage un mode de nomination qui pouvait associer la gloire avec la justice. »

M. Payer, docteur ès-sciences naturelles, agrégé de la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur d'organographie végétale à cette Faculté.

On écrit de Francfort-sur-le-Mein (Allemagne), le 20 novembre :

« Le grand théâtre de notre ville vient de perdre le doyen de ses acteurs, M. Jean-Frédéric Leisseing, mort avant-hier d'une attaque d'apoplexie foudroyante, à l'âge de soixante-seize ans.

» M. Leisseing laisse de profonds regrets comme artiste et comme homme. Il a légué toute sa fortune, qui était considérable, aux établissemens de bienfaisance de Francfort. Dans son testament, il dit que l'idée qui le tourmentait le plus et empoisonnait sa vieillesse, c'était la crainte d'être enterré vif, et qu'afin d'éviter de courir ce terrible risque, il ordonnait que dès que sa mort serait constatée officiellement, on l'écorchât depuis le sommet de la tête jusqu'à la plante des pieds, et qu'ensuite sa peau fût déposée au Muséum d'histoire naturelle de Francfort. Il a désigné, pour exécuter cette opération, un médecin de Francfort, auquel il a alloué pour ce travail une somme assez ronde. »

Par arrêté de M. le préfet, en date du 18 de ce mois, M. le docteur Moyne, professeur adjoint au cours d'accouchement à la Maternité de Dijon, est nommé professeur titulaire, en remplacement de M. Naigeon, décédé.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 144. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 2 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er DÉCEMBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un rapport de la commission permanente des épidémies, dont M. Gaultier de Claubry a été l'organe, sur les épidémies observées en France en 1851, épidémies heureusement peu graves et qui ne pouvaient donner lieu à des considérations de quelque intérêt, n'a pu fournir non plus le sujet d'aucune discussion. On doit approuver néanmoins la proposition réitérée de la commission, relative à des médailles d'émulation, à décerner tous les ans, par l'Académie, aux médecins dont les rapports d'épidémies auront mérité cette distinction par le soin, le nombre et l'exactitude des détails. L'épidémiologie est assez négligée en France, qui possède cependant une organisation complète de médecins des épidémies, organisation, il faut le dire, plus administrative que scientifique et pratique, et qui pourrait être rattachée avec fruit à l'institution des conseils d'hygiène d'arrondissement, si peu encouragés.

Un travail très intéressant de M. le docteur Notta, de Lizieux, sur le mécanisme de l'oblitération des artères après leur ligature, et sur l'artérite ombilicale, a été le sujet d'un rapport dont nous aurons fait l'éloge en disant qu'il émanait de M. Malgaigne. Cependant, ce rapport a failli soulever une tempête. On devine à l'instant que M. Gerdy s'est mêlé à la discussion. M. Gerdy pouvait avoir raison, en principe, mais il a le malheur d'avoir toujours tort dans la forme. De quoi s'agissait-il? D'une chose fort simple en apparence, mais assez grave au fond.

Comment s'oblitèrent les artères ombilicales au moment de la naissance de l'enfant? M. Notta croit, et M. Malgaigne est de son avis, que c'est par le même mécanisme que s'oblitèrent toutes les autres artères après leur ligature. M. Gerdy a rejeté cette similitude ; il a rattaché le phénomène à la loi générale, en vertu de laquelle s'oblitèrent aussi le trou de Botal, les canaux artériel et veineux chez l'enfant qui vient de respirer. Comme preuve, il a rappelé ce fait incontestable que, quelle que soit la hauteur où l'on applique la ligature sur le cordon, l'oblitération des artères ombilicales se fait toujours au même endroit. Il aurait pu citer ces peuplades sauvages chez lesquelles, selon le récit des voyageurs, l'usage de lier le cordon n'est pas connu ; il aurait pu citer encore ce qui se passe dans toute la série des animaux mammifères.

M. Malgaigne s'est refusé à reconnaître là une loi de la nature ; il n'y a vu qu'un fait dont l'explication est possible, et qu'il faut rechercher, tandis que la promulgation d'une loi paralyse et détourne toute étude. Cette prétendue loi, d'ailleurs, n'explique rien, n'apprend rien ; il lui préfère de beaucoup l'observation et le scapel.

Ce réalisme scientifique a fâché tout rouge M. Gerdy. Son indignation s'est élevée jusqu'au lyrisme, quand, évoquant *l'harmonie préétablie* de Leibnitz, il a passé en revue la création tout entière, depuis son produit le plus parfait, l'homme, jusqu'au mollusque, au polype, au végétal, montrant partout l'œuvre et le but d'une intelligence supérieure, ayant tout prévu, tout ordonné, tout dirigé vers la même fin, la multiplication de l'espèce et la conservation de l'individu. Aveugle et bien malheureux celui qui ne voit pas cet admirable et sublime ensemble, s'est écrié M. Gerdy ! Les artères ombilicales s'oblitèrent parce qu'elle doivent s'oblitérer, en vertu de la grande loi de conservation qui régit la nature entière.

M. Malgaigne, qui a bravé bien d'autres orages, n'était pas homme à se laisser émouvoir par cette éloquence. Refusant tout net de suivre M. Gerdy à ces hauteurs philosophiques, il a repris, avec flegme, le prosaïque scapel de l'anatomiste, et s'est demandé, avec M. Notta: que se passe-t-il dans les artères ombilicales au moment de la naissance? Il a félicité M. Notta de l'avoir recherché, quoique, à son avis, les études de cet honorable confrère ne donnent pas la solution de la question.

Quelques réflexions fort judicieuses de M. Moreau ont contribué à abréger et à terminer ce débat, qui, véritablement, n'avait pas raison d'être. Cet habile accoucheur a fort à propos rappelé ce fait physiologique bien connu, à savoir, que la ligature du cordon n'est, après tout, qu'une mesure de précaution. Que l'enfant respire largement et à son aise, aucune hémorrhagie ne sera à craindre. Mais le plus petit obstacle à la respiration, et cette condition est si fréquente, fait affluer le sang vers les artères ombilicales, et cela par un mécanisme si connu, qu'il est superflu de le rappeler.

A quoi bon ce débat? Évidemment tout le monde est d'accord sur le principe, qui n'est autre chose que la grande question des causes finales. Mais ajouter : tel phénomène est parce qu'il doit être, et s'indigner contre la recherche des conditions physiques et anatomiques dans lesquelles ce phénomène s'accomplit, c'est méconnaître une autre grande loi naturelle, celle de l'activité, de la spontanéité de l'esprit humain, que l'on réduirait par ce système à une contemplation éternelle et stérile, ou à un fatalisme impie. De sorte que pour nous, si M. Gerdy a raison d'admirer, de célébrer, et de chanter les grandes lois providentielles qui gouvernent la création, M. Malgaigne n'a pas tort d'en vouloir rechercher le mécanisme et les conditions d'action. La chute des graves est un phénomène très saisissant, mais qui oserait dire que le pieux Newton a blasphémé la Providence en trouvant de ce phénomène une sublime explication?

Amédée LATOUR.

DE L'EMPLOI DES FEUILLES DE FRÊNE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Plusieurs praticiens de Paris nous ont fait remarquer que, dans le travail que nous avons publié dans notre numéro de samedi dernier, MM. Pouget et Peyraud n'ont pas indiqué la dose à laquelle on peut administrer la poudre de feuilles de frêne.

Dans une lettre particulière que nous a adressée M. Pouget, nous trouvons que ce praticien indique la dose de UN GRAMME de poudre pour 100 grammes de véhicule. Cette dose constitue *une prise.*

On nous a aussi demandé dans quelles pharmacies se trouve cette poudre. A cela nous ne voulons répondre que ceci, c'est qu'un très honorable confrère de Paris, actuellement très souffrant d'un rhumatisme goutteux, ayant voulu expérimenter sur lui-même les propriétés de ce médicament, a envoyé chercher des feuilles de frêne chez les herboristes de la halle et qu'il en a trouvé.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR L'OXYDE DE ZINC ;

Par M. MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

L'emploi de l'oxyde de zinc, dans le traitement de l'épilepsie, n'est pas nouveau. On a déjà fait à ce médicament l'honneur de quelques succès contre la plus redoutable des névroses. Mais, ainsi qu'il est arrivé de tant d'autres remèdes, parmi lesquels nous nous contenterons de citer la belladone,

Feuilleton.

LOUISE BOURGEOIS, DITE BOURSIER,

SAGE-FEMME DE LA REINE MARIE DE MÉDICIS.

ESQUISSE HISTORIQUE (1).

Louise Bourgeois n'a pas non plus oublié de parler des diverses affections qui ont un rapport plus ou moins direct avec l'art obstétrical, ni des maladies des enfans. Les déviations de l'utérus, qu'elle attribue à « des humeurs froides qui tombent sur l'orifice de la matrice, et qui découlent du cerveau le long de l'épine, » sont très bien marquées et divisées en plusieurs genres qu'on s'aperçoit être pris sur nature. La chlorose occupe à elle seule plusieurs pages et est décrite de main de maître. L'auteur recommande de guérir cet état morbide au moyen de l'administration du fer. Cette méthode n'est pas de L. Boursier ; elle l'avoue elle-même. Seulement, elle dit que, désolée de voir que « ses médecines » ne faisaient rien chez les pauvres filles chlorotiques, et que ces dernières étaient parfaitement guéries par des « tablettes » qu'on vendait secrètes, fort cher, en ville, elle a eu l'idée d'examiner ces tablettes, et s'est convaincue que l'agent actif qu'elles renfermaient n'était que de l'acier. Aussi, désirant être utile aux femmes indigentes atteintes de cette affection, elle leur donne le moyen de préparer à peu de frais ces *tablettes* ou *pilules,*

« Il faut prendre de la limure d'acier, telle quantité que l'on voudra, » et la mettre dans un creuset, puis la placer entre des charbons de » feu, et souffler tant que le creuset et l'acier soit rouge comme charbons ; étant rouge, le laisser cuire environ un quart d'heure, puis le » tirer ; il devient fort noir ; il le faut bien pulvériser dans un mortier, le » plus subtil que l'on pourra, en prendre quatre dragmes avec deux » dragmes de canelle fine, fort pulvérisée et passée, mêler cela ensemble » avec quatre onces de bon sucre de Madère, y mettre fort peu d'eau, et » comme le sucre est bien écumé, il faut mettre les poudres et mêler » continuellement, à cause de l'acier qui demeurerait au fond. Il faut » les cuire, puis les verser sur un papier où les faut paistrir des mains » ou les battre d'une spatule, d'autant que qui les laisserait refroidir » sans y toucher, elles se trouvaient toutes creuses. De la dose dont » j'ai escrit, il s'en peut faire vingt-huit tablettes, lesquelles se donnent » à prendre deux le jour, l'une en se levant, et l'autre trois heures » après dîner. »

On voit avec peine qu'au milieu de préceptes si sains, de conseils si utiles et d'observations si judicieuses, Louise Boursier ait englobé une foule de remèdes plus pitoyables les uns que les autres et qui étonnent par le nombre incalculable de drogues dont ils étaient composés, et par leur étrangeté. C'est ainsi que pour combattre les premiers accidens de l'avortement, elle préconise gravement l'administration par la bouche de « sept ou huit germes d'œufs frais, mêlés à de la soie cramoisy hachée menu, » ou bien une pierre d'aigle sous l'aisselle, ou bien encore une pierre d'aimant, des couleuvres, des vipères, des crapauds, etc., etc. Son *recueil de secrets*, publié en 1635, et que Mme De La Marche n'a pas craint d'accoler à son *Instruction aux sages-femmes*, imprimée en 1710, n'est qu'une rapsodie de deux cent vingt-six pages de remèdes empiriques plus excentriques les uns que les autres, arrachées à la main tremblotante d'une vieille femme, et à l'impression desquelles Louise Boursier ne semble avoir pris aucune part active.

Nous ne pouvons mieux terminer cette esquisse historique qu'en empruntant à Louise Boursier quelques passages des charmantes pages qu'elle a écrites sous le titre d'*instruction à ma fille*, et qui terminent la seconde édition de ses œuvres, publiée en l'année 1626. La plus pure morale règne dans ces pages, mêlée à une finesse de sentimens, à une délicatesse de pensées et à une délicieuse naïveté qui font de ce morceau un petit chef-d'œuvre.

« Il faut que vous regardiez que jamais personne ne vous a induite à être de cette vocation là (être sage-femme) ; au contraire, que vous y voyant résolue, je vous ai représenté toutes les peines que vous pourrez avoir. Ne vous hasardez en votre vie d'expérimenter aucun remède que l'on vous aie enseigné, sur pauvre ni riche, si vous n'êtes assurée de la qualité du remède, et qu'il ne puisse faire mal..... Ne cachez les bons remèdes que vous saurez, aux médecins et personnes sages ; autrement on les estimeroit aussi peu, comme des charlatans qui se servent d'un remède comme selle à tous chevaux, et néanmoins disent avoir des merveilles, et se cachent en tout ce qu'ils font. Il faut librement parler de ce qu'on sait et en donner raison. Il vous sera aisé en vous peinant un petit, tout ce que je sais vous est acquis sans peine : ne le négligez pas ; faites profiter le talent que je vous laisse, et faites que l'on dise de vous que vous êtes plus capable que n'a jamais été votre mère. Je vous dirai donc que ce que vous avez entrepris est de merveilleuse importance, et qu'en cet art, il y a deux choses aisées à tenir, l'un pour se sauver, et l'autre pour se damner. Et celui qui mène en paradis est plus aisé à tenir que l'autre ; c'est que pour tous les biens qui sont sur la terre, il ne faut que vous adhériez à aucune méchanceté : comme font ces damnées qui donnent les remèdes pour faire avorter..... Ne retenez jamais la membrane amnios (dite la coeffe de l'enfant), d'autant que les sorciers s'en servent. Il s'est trouvé quelques personnes qui m'en ont demandé, que j'avais cru gens de bien jusqu'alors. D'autres inconnus m'en ont demandé, aux offres d'argent que j'ai bien renvoyées.... Lorsque vous serez demandée par gens, fussent-ils les plus pauvres du monde, servez-les de la même affection que si vous en deviez recevoir grande récompense, et vous gardez bien si vous reconnaissez de la pauvreté d'en prendre un denier, car à une pauvre personne peu est beaucoup ; donnez-leur plutôt que de prendre. Dieu vous le rendra avec grand intérêt..... Ne recevez en votre vie, fille ni femme pour accoucher en votre maison. Je vous le recommande : c'est un maquerellage que l'on approprie à charité, ce qui n'est point.....

» Je vous dirai, ma fille, qu'il ne faut point vous étonner de voir mépriser l'état de sage-femme, ni que cela vous refroidisse d'en rechercher les perfections, lesquelles sont incompréhensibles à ceux qui les méprisent, ni ne vous étonner si vous voyez en cet état des personnes indi-

(1) Voir les numéros des 5, 12, 26 Octobre, 23 et 30 Novembre.

le nitrate d'argent, l'électricité, etc., l'oxyde de zinc a bientôt perdu de sa réputation ; de nos jours, les praticiens lui reconnaissaient volontiers la propriété de soulager les malades ; mais ils lui refusaient celle de les guérir.

Un médecin distingué de Genève, M. le docteur Herpin, dans un travail extrêmement remarquable, à plus d'un titre, et couronné par l'Institut en 1850, a tenté de réhabiliter l'oxyde de zinc, à l'usage duquel il déclare être redevable de très nombreuses guérisons.

Vers le commencement de la présente année, j'entrepris de répéter les expériences du médecin de Genève, et je soumis un certain nombre d'épileptiques au traitement indiqué par ce dernier.

Désireux de donner à mon expérimentation toute la précision exigée en pareil cas, je n'admis au traitement que des malades placés dans les conditions de curabilité sans lesquelles M. le docteur Herpin estime que toute médication, quelle qu'elle soit, doit rester inefficace.

Rien de plus facile, du reste, que de remplir ces conditions basés exclusivement, ou à peu près, sur le nombre des attaques éprouvées par le malade jusqu'à l'époque où la cure par le zinc a commencé.

« Il est pour l'épilepsie, dit M. Herpin, un critère au moyen duquel on semble pouvoir mesurer d'avance, avec une suffisante exactitude, les chances de guérison d'un malade quelconque ; ce critère se trouve dans le nombre total des attaques ou accès éprouvés jusqu'alors par le patient.

» Chez les malades qui n'ont eu que des vertiges, si ces malaises ne sont pas très fréquens, s'ils ne durent pas depuis plus de dix années, la guérison paraît être *presque constamment assurée*.

» Pour les attaques et accès, le pronostic est tout à fait favorable au-dessous du nombre 100.

» Il est peu favorable de 100 à 500, car alors les échecs et les succès se balancent à peu près.

» Le pronostic est défavorable au-dessus de 500 attaques ou accès, les guérisons ne devant être que des cas exceptionnels (1). »

Sans qu'il m'ait été possible de déterminer d'une manière absolue le chiffre précis des accès chez ces malades, je me suis assuré, toutefois, que ce chiffre ne s'élevait pas au-dessus de 100, excepté chez deux, qui font le sujet des observations 3e et 6e. Comme condition de succès, M. Herpin assigne encore l'absence de tout traitement antérieur; cette condition n'a pas non plus été négligée par moi; les malades ou bien n'avaient pas été traités du tout, ou n'avaient subi qu'un traitement insignifiant. M. le docteur Herpin dit vrai, malheureusement : « les hospices renferment en grande proportion le *caput mortuum* de la pratique particulière. » Mais il paraît ignorer que, dans les grandes réunions d'épileptiques, comme celles qui se rencontrent dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre; il se trouve toujours un assez bon nombre de malades que rien n'autorise à ranger dans ce *caput mortuum* qui fait le désespoir des médecins. Ce sont, pour la plupart, de jeunes ouvriers qui, dès les premières attaques du mal, devenus un objet de répulsion pour leurs camarades, d'embarras pour leurs patrons, dans l'impossibilité de se faire traiter dans leurs familles (quand ils en ont une), ont dû chercher un refuge dans l'hospice.

Le médecin d'hospice n'est pas aussi défavorablement placé que paraît le croire le savant médecin de Genève ; il peut encore arriver à temps ; et si Esquirol, M. Lélut et tant d'autres praticiens d'un mérite élevé, ont vu échouer leurs efforts, il n'est pas exact de dire qu'*ils sont arrivés trop tard ;* cela tient, évidemment, à une autre cause que le nombre des accès.

Nous bornerons là les réflexions dont nous avons cru devoir faire précéder l'exposition des faits que nous relatons, et qui ont été très exactement recueillis par M. Burel, élève du service; nous les avons jugées indispensables pour mettre chacun à même de bien apprécier la valeur et la portée de ces faits.

Observation Ire. — Gastellier (Jean-André), né à Boissy (Seine-et-Marne), âgé de 20 ans, garçon de magasin, est entré à l'hospice de Bicêtre, dans la deuxième salle, au n° 18, le 26 décembre 1851.

Ce malade est très bien conformé, d'un tempéramment sanguin; son teint est très coloré et couperosé. Il a les cheveux chatain-foncé, les yeux bleus et saillans. Doué d'un heureux caractère, sa stature est assez élevée et son intelligence ordinaire. Il a peu de mémoire. Rien de particulier dans la configuration cérébrale.

Une de ses sœurs est morte phthisique ; ce malade ne peut nous donner d'autres détails sur les antécédens de sa famille. Ayant quitté de bonne heure la maison paternelle, il ne sait rien sur les ascendans du premier et du deuxième degrés.

Sa santé a toujours été excellente, ses mœurs parfaitement régulières, et jamais il n'a manqué de rien.

Il sortait du 4me lancier, avec le grade de maréchal-des-logis, lorsqu'il vint à Paris dans les premiers jours de février 1848. Deux mois avant de recevoir son congé définitif, en franchissant un fossé avec son cheval, il est renversé et reste quelque temps sans connaissance ; mais il en est quitte pour quelques contusions et une plaie à l'occiput, dont la guérison est assez rapide.

En février 1848, il entre en qualité de garçon de magasin dans une place, où son occupation consiste a mélanger des vinaigres; quelques jours après son entrée, il s'accoutume à mettre dans sa bouche un peu de ce liquide, qu'il avale. Suivant son récit, il boit journellement de 15 à 20 centilitres de vinaigre.

Le 23 décembre 1850, ce malade éprouve de violentes migraines ; chaque jour et chaque nuit, il a de deux à trois étourdissemens pendant plus de quinze jours ; enfin il est atteint d'une fièvre typhoïde. Les étourdissemens continuent à se renouveler dans les mêmes proportions. Pendant le cours de cette maladie, il garde le lit près de deux mois et va passer sa convalescence à la campagne. Là, les étourdissemens sont plus rares ; mais il remarque un changement dans leur nature. Nous parlerons bientôt des vertiges de ce malade.

A la suite de cette fièvre typhoïde, il est affecté d'une paralysie du côté gauche, qui maintenant semble à peu près guérie ; cependant le côté gauche est un peu plus faible que l'autre, la main gauche serre moins fortement que la droite, et la bouche est légèrement déviée à gauche. La sensibilité ne semble nullement altérée.

Les vertiges ne durent pas plus de deux à trois minutes ; jamais le malade ne perd connaissance ; il entend ce qui se passe autour de lui et comprend tout parfaitement ; mais il ne peut parler. S'il marche, il est obligé de s'arrêter et de s'asseoir. A-t-il à sa disposition un verre d'eau fraîche ; s'il a le temps de le boire, il y a suspension instantanée du vertige.

Quand ce vertige a lieu, il débute par un engourdissement du gros orteil du pied gauche ; l'aura épileptique gagne le pied, la jambe, la cuisse ; parvenue au niveau de l'articulation coxo-fémorale, elle passe aux doigts de la main du même côté, parcourt le membre thoracique, atteint l'épaule, passe dans la région sous-hyoïdienne ; alors, il éprouve dans cet endroit un sentiment de constriction et comme la sensation d'une boule, qui le met dans l'impossibilité de parler et de respirer ; il ferme les yeux et sa bouche se remplit d'eau. Pendant la crise qui se borne aux phénomènes ci-dessus mentionnés, la face est très colorée. Quelquefois, à la suite de ces vertiges, le malade a des nausées et du frisson qui dure de cinq à dix minutes.

En avril 1851, éclate la première attaque d'épilepsie ; dès lors, suspension des vertiges, ou du moins, ils sont très rares et remplacés par des attaques qui se reproduisent tous les deux ou trois jours, jusqu'au mois d'août ; bientôt elles diminuent, et se présentent sous une forme périodique, une tous les huit ou dix jours ; mais les vertiges alternent avec les attaques et deviennent très fréquens, trois ou quatre tous les jours et toutes les nuits.

La vue du malade s'affaiblit de jour en jour. Gastellier porte à l'œil gauche une tache située vis-à-vis de la prunelle ; quand il fixe un objet il regarde en haut.

Il entre à Bicêtre vers le mois d'août ; il est très congestionné et souffre constamment de céphalalgie ; on lui pratique une saignée de trois palettes, et on lui applique les jours suivans, à trois reprises différentes, trois ventouses à la nuque. La vue continue à s'affaiblir de plus en plus.

Les attaques débutent absolument comme le vertige décrit précédemment ; quelquefois il ne croit avoir qu'un vertige, et une attaque se manifeste.

Dès qu'il éprouve la sensation de cette boule, dont nous avons parlé plus haut, il y'a chute subite sur le côté gauche, abolition complète du sentiment, couleur très violacée et couperosée, signes d'asphyxie, raideur des membres, secousses partielles, puis générales, bruit de râle, espèce de hurlement. Écume très abondante. Il y a du ronflement très fort au moment du retour à l'intelligence ; à la fin il est très rouge. La fatigue qu'il éprouve lui fait soupçonner qu'il vient d'avoir une attaque. Après la crise, il est prostré, et il y a assoupissement profond. L'accès dure dix minutes.

Du 26 décembre 1851 au 27 février 1852, Gastellier est mis à l'usage de la teinture de sumbul et de la strychnine. La maladie n'éprouve pas de modification sensible.

TRAITEMENT PAR L'OXYDE DE ZINC.

Ce malade estime avoir eu jusqu'à ce jour 70 à 80 attaques.

Le 27 février, M. Moreau prescrit : Oxyde de zinc, 3 grammes ; sucre, 4 grammes en 20 paquets, 3 poudres par jour.

Mois de mars. — 8. On augmente la dose d'un gramme. — 16. Le malade prend la troisième dose : le remède ne procure aucune incommodité. Le 24, la quatrième dose est administrée.

Dans le courant de ce mois, Gastellier a eu 4 attaques pendant le jour et 2 pendant la nuit ; deux vertiges de jour et un de nuit.

Les attaques sont redevenues anssi fréquentes qu'auparavant ; seulement, il y en a eu deux dans la nuit, et les attaques se sont toujours manifestées de jour.

Les vertiges continuent à diminuer.

Les poudres sont prises exactement. 27. A la quatrième dose, le malade se plaint d'irritation à la gorge ; il rejette très difficilement des mucosités visqueuses. État nauséeux presque continuel pendant la quatrième dose. Appétit médiocre ; selles journalières. L'irritation de la gorge est calmée le 30 ; mais l'expulsion des mucosités continue.

Mois d'avril. — 2. Aujourd'hui, oxyde de zinc, 7 grammes ; sucre, 8 grammes en 20 poudres.

10. Les mucosités sont moins fréquentes, mais elles sont toujours péniblement rejetées. L'appétit est meilleur. On augmente la dose d'un gramme.

11. Diarrhée subite qui dure deux jours.

19. Septième dose. Il mange considérablement. 26 (huitième dose). Il mange d'une manière immodérée.

Il n'y a pas eu d'attaque ; les vertiges sont devenus plus fréquens.

14 vertiges dans le jour ; les vertiges de nuit ne se sont pas renouvelés.

Mois de mai. — 5. Oxyde de zinc, 11 grammes ; sucre, 12 grammes ; 3 poudres par jour et 20 paquets.

13. Dixième dose. Pendant qu'il prend les poudres de cette dose, les

(1) Page 539.

---

gnes du nom ; cela n'amoindrit ni le savoir, ni l'honneur de celles qui le méritent. Cela vient que ceux qui les reçoivent pour de l'argent, font comme les hôteliers de village qui attachent des ânes et des rosses avec les bons chevaux. Les bons chevaux ne courent pas risque d'être blessés des ânes et des rosses, mais ils pourraient blesser les autres. Quand vous trouverez de ces retireuses de garces, ne vous en accostez nullement, elles sont trop oguettes, et en quelque compagnie que vous alliez, ne parlez jamais d'elles... Ne vous amusez qu'à bien faire, et à servir celles qui vous appelleront... Il se trouve bien peu de femmes qui affectionnent leurs sage-femmes, comme elles faisaient le temps passé, que quand les sage-femmes mouraient, elles en menaient grand deuil, et priaient Dieu de ne leur plus envoyer d'enfans. Maintenant, plusieurs s'en servent comme d'une femme de vendange, où tous les ans on change de vendangeurs, tant tenu, tant payé..... Du reste, quand vous aurez fait votre charge devant Dieu, moquez-vous de tout ce qu'on pourra dire ; votre conscience est un fort rempart. Il vous serait aussi aisé d'empêcher le cours des eaux, comme il serait de vous rendre agréable à tout le monde. Je vois de si galans médecins qui procèdent avec tant de prudence et d'affection ; les uns les louent et les autres les blâment en une même maison. L'on voudrait qu'ils rendissent les personnes immortelles..... Il faut faire toutes choses pour le mieux, et en bien faisant, ne rien craindre. Et surtout, tenez que la plus grande finesse qu'il y ait au monde, c'est de n'être point fine, craindre et aimer Dieu sur toutes choses, et y mettre votre entière confiance, quoi qu'il arrive. Depuis que le monde est, il y a toujours eu un grand discord entre la vérité et le mensonge ; mais, quelques subtilités que le mensonge aye pu apporter contre la vérité, elle est demeurée victorieuse, bien que les mensonges l'aient souvent terrassée pour un temps, la pensant étouffer. Mais, comme un corps céleste, elle s'est toujours relevée, et enfin a paru au-dessus de tous les terrestres mensonges ; et tout cela par la grâce de Dieu aux mains duquel vous aurez mis et remettez la conduite de toutes vos affaires. »

EIN. Dr Achille Chereau.

COURRIER.

M. Suleau, Préfet des Bouches-du-Rhône, à pris, à la date du 8 novembre, un arrêté qui établit un service de médecins cantonaux pour le traitement à domicile des indigens malades dans les communes qui ne possèdent pas de bureau de bienfaisance ou dont les établissemens ne sont pas suffisamment riches pour rétribuer des médecins. Le département prendra à sa charge ce traitement des médecins cantonnaux, lequel ne pourra excéder 400 fr. par an, mais les communes auront à pourvoir à la dépense des médicamens. Une commission composée du maire, du curé, et du ministre protestant quand il y aura lieu, du médecin et de membre du conseil municipal, dressera, dans chaque commune, une liste des indigens admis à jouir du traitement gratuit, les médecins cantonaux, indépendamment des soins qu'ils devront donner à domicile aux malades indigens, qui ne pourront se transporter chez eux, seront tenus de faire chaque mois une tournée dans toutes les communes comprises dans leurs circonscriptions respectives, afin de s'assurer de l'état sanitaire des lieux et des populations. Ils devront aussi donner à des heures déterminées des consultations gratuites, au moins une fois par semaine.

L'Académie des sciences vient de perdre encore un de ses membres, M. le d^r de Haldat, correspondant de la section de physique, décédé dans sa 83e année, à Nancy, où, après avoir été inspecteur de l'Académie universitaire, il était secrétaire de la Société des sciences, lettres et arts.

On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg :*

« M. le docteur Ruff nous communique la note suivante, qui lui a été remise par un cultivateur lors de son séjour dans le département de la Moselle, durant l'épidémie de choléra en 1832. Il nous a semblé qu'à l'époque actuelle, où tant d'efforts sont tentés par la voie des inoculations, elle pouvait présenter de l'intérêt en appelant l'attention des praticiens sur un point de pathologie expérimentale négligé jusqu'ici :

« Le désir de me rendre utile à l'humanité me force en quelque sorte » à mettre au jour une réflexion (qui n'est peut-être qu'une sottise) qui » m'a été suggérée à la vue des cholériques. J'abandonne aux personnes » de l'art le soin d'y réfléchir à leur tour, si ma pensée mérite quelque » attention.

» J'ai cru voir que la maladie dont il s'agit avait beaucoup de rapport » avec celle qui, sous le nom de maladie bleue, en ravageant les trou- » peaux, attaque une espèce d'animaux si immondes, qu'à peine j'ose » les nommer ; cependant il le faut : c'est le cochon, et contre laquelle » l'art du vétérinaire n'a jusqu'alors fait connaître aucun moyen curatif. » J'ai souvent remarqué que ceux de ces animaux qui se trouvaient » exempts de cette maladie, avaient eu, avant l'invasion du mal, une » tumeur (vulgairement appelée peste), qui se présente à la partie infé- » rieure du col ou sous la mâchoire inférieure, rarement aux membres, » laquelle, parvenue à sa plus haute période d'accroissement, jette du » pus en abondance ; ne pourrait-on pas, à l'exemple du docteur Jen- » ner, inoculer ce pus et l'employer comme moyen préservatif?

» Louvigny, le 26 juillet 1832. Chevreux. »

Il n'est peut-être pas au monde de corps médical qui paie une plus large dette à la mort que celui de l'Irlande. Dans la dernière épidémie de 1849-50, sur 472 médecins, 49 ont succombé ; dans cet intervalle, le nombre des personnes soignées par eux a été de 332,462, sur lesquelles 34,622 ont succombé, ou 10 2/5 pour 100.

L'ivrognerie est le vice le plus ordinaire des basses classes de l'Allemagne : on compte tous les ans 40,000 morts à la suite des excès de boisson. Dans le Zollverein seulement, on vend et consomme 360 millions de quarts d'eau-de-vie, et dans la Hesse on fait servir à la distillation la moitié des grains que produit le sol.

M. Le Prédour, premier médecin en chef de la marine au port de Rochefort, admis à faire valoir ses droits à la retraite, vient de remettre la présidence du conseil de santé entre les mains de M. Laurencin, premier chirurgien en chef.

digestions sont lentes, l'appétit est moins bon, expulsion d'un mucus de consistance puriforme.

21. Onzième dose. L'expulsion du mucus dont il a été question, est plus facile, moins fréquente et moins épaisse.

29. Douzième dose.

Dans le courant du mois, Gastellier n'a eu (le 22) qu'une seule attaque pendant le jour, plus forte que celles qu'il a habituellement. Point de vertiges. La mémoire baisse; son intelligence semble s'altérer.

Mois de juin. — Depuis le 3, il voit sans cesse des petits moucherons bleus, jaunes, qu'il cherche à saisir avec la main.

8. Oxyde de zinc, 15 grammes; sucre, 16 grammes. Il rejette toujours des mucosités épaisses. Un vertige aujourd'hui.

17. Inappétence. On suspend le traitement. Douleur de tête du côté gauche. Un vertige dans le jour, deux dans la nuit.

18. Figure congestionnée; deux ventouses à la nuque.

19. Une bouteille d'eau de Sedlitz. Le matin, à la visite, le malade ne se plaint que d'un peu de céphalalgie. Immédiatement après avoir bu la bouteille d'eau de Sedlitz et un litre de bouillon aux herbes, il se met à manger immodérément.

Le soir, à quatre heures, le malade est un peu congestionné; à sept heures, il est pris de vomissemens continuels; les matières vomies consistent en alimens. L'interne de garde est appelé, il prescrit une potion. A minuit, le malade succombe.

Autopsie. — Épaississement des parois osseuses du crâne.

Cerveau : ramollissement général de la base du crâne; substance grise moins considérable.

Ventricule latéral gauche; kyste pouvant recevoir les deux doigts, limité entre la cavité ancyroïde en arrière, et la scissure de Sylvius en avant. Il avait pour siége la partie postérieure du lobe postérieur; la cavité était plus considérable antérieurement que postérieurement.

La paroi supérieure de ce kyste est ramollie latéralement; les parois offrent des traces d'injection. Point de fausses membranes, point d'enveloppes kystales. La sérosité est opaline. A la base de la cavité que nous venons de décrire, se trouve un lobule cérébral ramolli, de la grosseur d'une bille d'agate, dans lequel on peut reconnaître la substance blanche et grise. Dure-mère très adhérente.

Cervelet : Substance grise, état normal, rien de particulier.

Poumons : La base est gorgée de sang.

Cœur : Peu volumineux. Ventricule gauche rempli de sang.

Estomac : Les troubles survenus pendant la vie, dans les fonctions digestives, nous portent à faire un examen scrupuleux de l'estomac. Nous avons constaté un épaississement considérable de la muqueuse gastrique qui, en même temps, était évidemment ramollie, pâle et décolorée.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS (1).

Rechutes. — D'après ce que je vous ai dit des rechutes survenant au bout de six mois, un an ou deux ans après la guérison, vous pourriez vous demander si alors cette guérison est bien réelle, et si le traitement n'est pas insuffisant. Mais d'abord il faut remarquer que, dans ces cas, la déviation s'est habituellement reproduite sous l'influence d'une nouvelle cause occasionnelle; ensuite, lorsque le traitement a été repris, il n'a pas été nécessaire de le prolonger aussi longtemps pour obtenir une nouvelle guérison. Ainsi, le bénéfice qu'il avait procuré la première fois n'était donc pas complètement perdu, et la déviation n'était pas aussi considérable qu'elle l'était avant. Mais en supposant même qu'il en fût constamment ainsi, que jamais la guérison ne fût définitive, et que la déviation dût se reproduire infailliblement : tous les ans, par exemple, ne serait-ce pas un bien grand avantage que d'avoir chez des personnes souffrant depuis neuf ou dix ans, sans repos, s'affaiblissant, s'étiolant, devenues stériles, d'avoir, dis-je, obtenu un répit de neuf, dix mois, un an, pendant lequel la santé s'est raffermie, les forces sont revenues, tous les exercices sont possibles, et il n'y a plus d'obstacle à la conception? Ne serait-il pas bien avantageux d'arriver à un tel résultat, et de savoir que s'il y a rechute il suffira de quinze jours d'un traitement fort simple et fort peu dangereux pour recouvrer encore les mêmes avantages pendant le même temps. Je dis que, quand bien même la guérison ne devrait jamais être définitive, un tel résultat dans des conditions semblables, serait déjà un succès immense.

Mais vous avez vu que les choses se sont passées bien autrement, et il me suffira, pour achever de vous convaincre, si cela est encore nécessaire, de vous rappeler les faits en peu de mots.

Dans 3 cas seulement, il est survenu, au bout de dix mois, sous l'influence de nouvelles causes, un nouveau renversement de l'utérus indiquant une tendance suffisamment grande à la reproduction de la déviation, pour pouvoir être considérée comme une rechute; et il a suffi de dix ou quinze jours pour remettre l'utérus en place. Depuis, il s'y est maintenu, et la santé générale des malades est redevenue parfaite.

Restent les deux malades auxquelles il faut réintroduire le redresseur tous les deux ou trois mois, et le laisser trois ou quatre jours chaque fois, non parce que la déviation s'est reproduite, mais parce qu'il se manifeste de la tendance à sa reproduction. Je n'ai pas actuellement sous les yeux ces personnes qui ont quitté Paris; aussi, ne saurais-je dire si cette application du redresseur est parfaitement indiquée chaque fois qu'on l'a faite; mais comme les malades elles-mêmes en espèrent du soulagement et le demandent, que, d'un autre côté, le médecin peut suivre avec soin son application, je n'y vois pas grand inconvénient.

(1) Voir les numéros des 4, 13, 22, 25, 27 Mai, 8, 10, 19, 29 Juin, 1er, 15, 31 Juillet, 31 Août, 2, 4, 21, 23, 28, 30 Septembre, 7, 23 Octobre, 4, 11, 18 et 25 Novembre.

Voici les seuls cas, où nous avons vu la récidive, ou la tendance à la récidive; vous voyez, Messieurs, qu'ils sont en bien petit nombre. Dans tous les autres, la guérison s'est solidement maintenue, et vous allez voir que, dans un bon nombre d'entre eux, elle dure déjà depuis assez longtemps, pour répondre aux craintes qu'on avait pu concevoir sur sa solidité.

Chez 30 de nos 44 malades, la guérison a plus de six mois de date; chez la plupart un an, et chez plusieurs deux ans ou même deux ans et demi. Si donc, nous ne regardions comme définitives que ces 30 guérisons datant de plus de six mois, nous aurions encore sur 59 cas plus de la moitié de guérisons dans une affection regardée comme incurable (1).

Mais il faut ajouter que la plupart de ces malades se sont soumises à de nouvelles causes de déviation, et qu'elles y ont résisté; et surtout il faut rappeler trois cas dans lesquels les femmes ayant fait des chutes graves, l'utérus est resté en place, ce qui prouve plus encore que sa durée, la solidité de la guérison.

Tels sont, en résumé, les résultats généraux obtenus à l'aide de ce traitement, dont les principales précautions consistent : 1° à employer dans tous les cas la sonde comme moyen de préparation, et à insister sur son moyen, puisqu'elle peut suffire à amener la guérison; 2° à donner à la tige le moins de longueur possible; il est rare, pour bien maintenir l'utérus, qu'il lui faille plus de 4 centimètres; 3° à enlever le redresseur si l'on voyait paraître quelque symptôme fébrile, ou, dans la plupart des cas, s'il se manifestait des signes évidens annonçant la prochaine arrivée des règles.

Quelques mots sur les autres traitemens employés contre les déviations utérines. — Je vous ai dit, Messieurs, pour quels motifs je m'abstiendrai de faire l'appréciation rigoureuse des divers autres moyens de traitement auxquels on a eu recours. Je me contenterai de vous indiquer en peu de mots les principaux d'entre eux.

M. le docteur Bond (*American journal of the medical sciences*, new series, volume 17; Philadelphie, 1849) nous a donné la description d'un nouvel instrument pour la réduction des *rétroversions* de l'utérus. Cet instrument se compose de deux tiges courbes concentriques, destinées à être introduites, une dans le rectum, l'autre dans le vagin. La tige *anale*, qui est la plus grande, est fixée au manche par un corps carré dans une rainure duquel la tige *vaginale*, plus courte, peut glisser ou être fortement fixée, à volonté, à l'aide d'une vis de pression. L'extrémité de chaque tige se termine par un bout en ivoire; celui de la tige anale est sphérique, il doit être aussi volumineux que le permettra l'orifice inférieur du rectum, dans lequel il doit pénétrer. Celui de la tige vaginale, dont l'introduction est plus facile à cause des dimensions plus grandes de la vulve, est ovale. Les deux tiges introduites séparément, l'une dans le rectum, l'autre dans le vagin, saisissent l'utérus et le maintiennent relevé quand on les a fixées l'une à l'autre à l'aide de la vis.

Dans les deux cas dont l'auteur cite les observations que j'ai lues avec soin, il n'a pas été fait un usage méthodique et suivi de cet instrument. Il me semble donc être encore presque complètement à l'état de projet. Aussi, en attendant pour le juger, qu'il ait été suffisamment expérimenté, je me contenterai de faire remarquer que tout en étant très ingénieux, il sera difficilement supporté à cause de la longueur de ce manche qui fait saillie au dehors, où il est exposé à tous les chocs. Ensuite, l'utérus restera-t-il bien maintenu entre ces deux tiges qui le saisissent par des surfaces convexes, tandis que ces deux faces sont elles-mêmes également convexes? Ne leur échappera-t-il pas en glissant, soit à droite, soit à gauche, au plus léger mouvement?

Anciennement, Evrat et Richter avaient conseillé de relever l'utérus en se servant d'une spatule introduite dans le rectum. Evidemment, il est plus difficile de le relever ainsi qu'en se servant de la sonde utérine, et vous avez vu combien peu de temps il se maintient en place après avoir été redressé même lorsqu'on a exagéré le redressement. Le moyen conseillé par ces médecins ne pourrait donc être employé que dans la déviation survenue pendant la grossesse, et vous savez que nous ne nous occupons pas de ces cas.

M. Lallemand et Dugès ont les premiers conseillé d'introduire une forte sonde dans la cavité même de l'utérus et de s'en servir comme d'un levier pour le remettre en place. Comme dans la très grande majorité des cas, il serait absolument impossible d'introduire une forte sonde, et cela à cause du rétrécissement des orifices dont je vous ai parlé, je crois que ces auteurs ont eu en vue seulement les déviations survenues peu de temps après l'accouchement. Alors, en effet, l'utérus n'étant pas complètement revenu sur lui-même, son canal reste assez dilaté pour permettre l'introduction d'une grosse sonde. Cette manœuvre ne diffère en rien de celle que nous pratiquons avec la sonde utérine avant de recourir à l'instrument, mais elle n'est pas toujours suffisante.

(1) Nous pouvons ajouter aujourd'hui, après trois mois et demi, que toutes les guérisons se sont maintenues.

On a laissé des sondes à demeure dans l'utérus pour le maintenir redressé. Les inconvéniens de ce procédé sont si évidens, qu'il a été complètement abandonné; je puis donc les signaler. D'abord ces sondes pénétraient aussi profondément que possible, et leur contact continuel avec le fond de la cavité utérine, provoquait une irritation douloureuse, suivie d'inflammations et parfois même de perforations. Ensuite la saillie qu'elles faisaient hors de la vulve, leur permettant de venir heurter contre les objets extérieurs rendait la production de ces accidens plus facile et plus fréquente.

La *position* indiquée par Schmitt et Schweigausen a été depuis préconisée par M. Gerdy, qui y avait eu recours pour traiter une des malades dont je vous ai parlé (obs. VI). Dans les renversemens en avant, la malade doit rester couchée sur le dos, le siége plus élevé que le reste du corps. Dans les renversemens en arrière, elle doit être sur le ventre et toujours avoir le bassin plus élevé : position fort gênante qu'une femme a dû garder 42 jours de suite, dans le seul cas que l'on ait cité de guérison bien authentique par cette méthode.

On a conseillé d'opérer le redressement de l'utérus avec les doigts introduits soit dans le rectum, soit dans le vagin, ou dans les deux en même temps. Mais ce procédé est peu utile dans l'état de vacuité de l'utérus, qui offre alors trop peu de prise pour être aisément saisi et présente trop de mobilité pour rester longtemps dans la situation qu'on lui a donnée. Nous devons donc les réserver pour les cas de grossesse, car alors il nous est interdit de porter des instrumens dans l'intérieur de la cavité utérine.

On a introduit dans le rectum des pessaires de diverses formes, depuis Vermondois et Desault, et je crois pouvoir dire depuis Aétius, dont le tampon (*glaudem*) n'était autre chose qu'un pessaire de ce genre. Dans ces derniers temps, M. Huguier a obtenu par ce moyen des succès mentionnés dans la thèse de M. Dufraigne.

Plus récemment encore, M. Favrot a conseillé d'introduire dans le rectum une vessie en caoutchouc vulcanisé, qu'il gonfle d'air. Je ne connais pas d'observations citées à l'appui de cette méthode, qui ne paraît être applicable qu'aux rétroversions. Encore, faudrait-il supposer que la vessie remplie d'air a assez de force pour relever l'utérus, et qu'au moment où elle le relève, son action se porte d'arrière en avant pour le ramener à sa direction normale. Le rectum étant situé à gauche, on est porté à admettre, *à priori*, qu'en se dilatant il repousse l'utérus, non pas directement en avant, mais bien plutôt à droite, en qu'ainsi on ajoutera une déviation latérale à la déviation en arrière déjà existante. Laissons à l'observation ultérieure le soin de nous apprendre ce qu'il faut réellement penser de ce moyen.

M. Beattie, dont l'exemple a été fort suivi, a eu l'idée d'agir exclusivement sur le col. Il se servait de pessaires qu'il introduisait dans le vagin, soit entre l'utérus et le rectum pour les déviations en avant, soit entre l'utérus et la vessie pour les déviations en arrière. On peut, de cette façon, obtenir des résultats assez satisfaisans s'il y a une version simple et si le tissu de l'utérus est assez ferme et résistant pour que le corps suive le mouvement imprimé au col par le pessaire. Mais s'il y a une flexion, on ne peut la guérir, et même dans les versions simples, si le tissu est mou, on peut produire une flexion, le col seul se mouvant et étant repoussé dans un sens par le pessaire, tandis que le corps ne change pas de place. C'est ce qui est arrivé dans un cas rapporté dans la thèse de M. Piachaud : il y avait une antéversion; un bourdonnet de charpie placé derrière le col le ramena en avant, mais le corps ne bougea pas, et il se produisit une antéflexion.

De ce moyen se rapprochent les pessaires de M. Hervez de Chégoin, qui embrassent le col en même temps que plus saillans, soit en avant, soit en arrière, ils tendent à repousser le corps dans une direction convenable. Comme les précédens, ils ne peuvent agir efficacement contre les flexions, et l'on peut en dire autant de ceux de Drejer, de Sander, etc., ainsi que des éponges et des tampons introduits dans le vagin.

M. Amussat a eu recours à un procédé particulier. Ce chirurgien provoque des adhérences du col avec la paroi du vagin correspondante au côté vers lequel le corps de l'utérus est dévié. Il agit ainsi pour que, le col étant maintenu par ces adhérences, le corps ne puisse plus retomber. Ceci nous rappelle l'observation de M. Ameline, dans laquelle une adhérence du col avec la paroi postérieure avait occasionné une antéversion; du reste, M. Amussat cite plusieurs faits de guérison par sa méthode, qui néanmoins, comme les précédentes, paraît impuissante contre les flexions.

Je vous ai parlé (observ. III) d'un instrument inventé par M. Meyer, de Berlin. Je l'ai employé souvent, et une seule fois, à l'hôpital Ste-Marguerite, il m'a suffi pour guérir une antéversion. Dans tous les autres cas, il n'a procuré qu'un peu de soulagement. Les autres moyens, tels que les pessaires, soulagent aussi fort souvent; mais il est rare qu'ils amènent une guérison complète.

Il en est de même de la *ceinture hypogastrique* employée seulement à titre de palliatif. Elle soulage les malades en maintenant soulevées les parois de l'abdomen et supportant le poids de la masse intestinale, qui, sans elle, presserait sur l'utérus dévié.

Enfin, repoussant tout moyen mécanique, quelques méde-

cins ont eu la prétention de guérir les déviations utérines par un traitement interne. Ainsi, M. Oldham (*Bi-chloride of mercury*, etc., *In Guy's hosp. rep.*, octobre 1848), a vanté l'efficacité du deuto-chlorure de mercure pris à l'intérieur. C'est à l'appui de semblables assertions qu'il serait important de citer des observations nombreuses et concluantes, car, à une époque où l'on traitait l'engorgement seul, sans s'inquiéter de la déviation, on administrait tous les fondans connus, et en première ligne les iodures et les mercuriaux, et cependant nous avons vu persister les déviations et même l'engorgement, malgré l'amaigrissement, et malgré l'atrophie notable des glandes naturelles.

Je termine ici, Messieurs, ce que j'avais à vous dire sur les déviations utérines. Je crois avoir fait de ces affections une histoire aussi complète que le permettait la nouveauté du sujet. Mais, bien que considérable, le nombre des faits sur lesquels je me suis appuyé, est encore trop limité, pour que je prétende vous avoir donné le dernier mot de la science sur cette question. Il est même probable que, par la suite, nous aurons à apporter de grandes modifications à ce que je viens de vous enseigner, surtout en ce qui concerne le traitement, la manière de l'employer, la forme des instrumens, leur application, etc. Néanmoins, les résultats obtenus jusqu'à présent ne peuvent que nous engager à persister dans l'emploi de cette méthode; et c'est ce que nous ferons en recherchant avec soin de quelles améliorations elle peut être susceptible pour atteindre un plus haut degré de perfectionnement.

T. GALLARD,
Interne.

FIN.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Novembre. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur NEUVILLE, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bernay, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné en mai, juin et juillet derniers, dans les communes de Romainville et de Fayolle-les-Mares. (Épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur PUAL, sur les eaux thermales d'Hammam-Mesroutin (Algérie). (Comm. des eaux minérales.)

3° Un mémoire de M. GIRAULT, médecin à Onzain (Loir-et-Cher), sur l'emploi de la résine de plantain comme succédané du sulfate de quinine dans les fièvres. (Com. des succédanés du quinquina.)

4° Un travail très étendu intitulé : Rapport clinique sur cinq années de pratique à Vichy (de 1848 à 1852), par M. DURAND-FARDEL. (Com. des eaux minérales.)

5° M. LEROY-D'ÉTIOLLES met sous les yeux de l'Académie un urétrotôme à renflement latéral, pouvant couper à volonté, d'avant en arrière et d'arrière en avant, tout semblable, quant à la forme et au mode d'action, à l'instrument présenté dans la dernière séance par M. Charrière fils. Cet urétrotôme, exécuté par M. Mathieu, en 1847, et mis par ce fabricant aux deux expositions de Paris et de Londres, a été présenté à l'Académie de Belgique le 25 janvier 1851, et mentionné dans le procès-verbal de la séance.

La parole est à M. Gaultier de Claubry, pour le rapport annuel sur les épidémies.

(Nous publierons ce rapport dans notre prochain numéro.)

Oblitération des artères ombilicales.

M. MALGAIGNE lit en son nom et celui de M. Huguier un rapport sur un mémoire de M. Notta, de Lisieux, sur l'oblitération des artères ombilicales.

Le travail de M. Notta traite de deux questions qui, connues à un certain degré, veulent toutefois être exposées séparément, et nous nous occuperons d'abord de la première, c'est-à-dire du mode d'oblitération des artères ombilicales. On n'en comprendrait pas suffisamment le but et la portée sans quelques considérations préliminaires. Lorsqu'une artère a été oblitérée dans un point par une ligature ou par toute autre cause, on admettait généralement, d'après les expériences de Jones et de Béclard, que le tube artériel entre le point oblitéré et la première collatérale se rétrécissait, s'obturait, et finalement se transformait en un cordon fibreux, avec disparition de la membrane interne. Le rétrécissement avait été vérifié sur des chiens. Jones avait même constaté qu'il était dû principalement à l'épaississement des parois artérielles; mais par quel mécanisme s'opérait l'adhérence et la fusion des surfaces internes de l'artère, et quel rôle y jouait le caillot? c'est là ce qui n'avait pas encore été bien déterminé. Malgré cette lacune d'ordre secondaire, la doctrine paraissait donc solidement établie, lorsqu'en 1850 M. Notta, interne alors dans les hôpitaux de Paris, vint l'attaquer de front dans sa thèse inaugurale. Sur des sujets morts 39 jours, 52 jours à la suite d'amputation, il avait trouvé le caillot persistant; c'était peu; sur un individu mort 18 mois après une amputation du bras, le caillot occupait encore l'intérieur de l'artère. A ces trois faits qui lui étaient propres, l'auteur en avait ajouté d'autres déjà publiés, dont le plus remarquable, assurément, était celui d'un sujet à qui M. Roux avait lié la fémorale pour un anévrisme, et qui, mort après huit années, conservait toujours le caillot, et dans le bout supérieur, et dans le bout inférieur de l'artère. A la vérité, d'autres faits semblaient avoir une signification différente, mais M. Notta faisait remarquer qu'ils n'étaient point complets, que précisément ils manquaient de détails sur le point en litige, savoir la présence ou l'absence du caillot. Seulement, M. Notta admettait un cas où l'artère pouvait se transformer en tissu fibreux; c'était lorsque le caillot déjà formé était pris d'une sorte de fonte inflammatoire ou putride, résultant de la suppuration, ou même de la gangrène de la portion du vaisseau qui le contient; alors le canal vide formé par les parois artérielles ramollies peut revenir sur lui-même par suite du développement de bourgeons charnus, et former un cordon étendu de la plaie à la première collatérale; et l'auteur en montrait un très bel exemple. De telle sorte que la transformation fibreuse de l'artère restait bien un fait réel, mais non plus un fait pathologique, en quelque sorte, arrivant naturellement et dans tous les cas; c'était un fait pathologique exceptionnel, et la théorie régnante ne se trouvait pas moins renversée. Ces idées nouvelles, appuyées du talent reconnu de l'auteur, du nombre et du choix des faits par lui recueillis, rendues d'ailleurs palpables, pour ainsi dire, à tous les yeux par le dépôt d'un grand nombre de pièces pathologiques au Musée Dupuytren, firent une sensation très marquée dans le monde chirurgical. Elles ne furent pas cependant acceptées sans contestation; ainsi, d'une part elles se trouvaient en désaccord avec des expériences très positives de Jones et de Béclard; et M. Notta éludait plutôt qu'il ne surmontait l'objection, en déclarant qu'il avait limité ses recherches aux artères de l'homme. D'une autre part, chez l'homme, les choses n'étaient pas comparables. Mais il a compris lui-même qu'il ne suffirait pas d'affirmer, qu'il fallait prouver; et telle est l'origine de ses recherches sur le mode d'oblitération des artères ombilicales.

On voit que si la question est étroite en apparence, elle se rattache à une question beaucoup plus générale, et acquiert ainsi une véritable importance. Ajoutons qu'elle est aussi toute nouvelle.

On a bien dit que ces artères se transforment en cordon fibreux, et M. Cazeaux ajoute que cette transformation est opérée au bout de trois semaines. Ce sera là, d'abord, une erreur à rectifier. Des autopsies faites six et sept semaines après la naissance, ont montré ces artères encore perméables; et sans pouvoir assigner l'époque de leur transformation, M. Notta estime qu'il faut au moins deux ou trois mois. Comment, toutefois, y arrivent-elles? Si on les examine vingt-quatre heures après la naissance, tantôt on les trouve dépourvues de caillot, tantôt elles renferment seulement un petit caillot adhérent, d'une longueur variable, et rapproché de l'ombilic. Au bout de trois jours, s'il y a un caillot, il est plus dense et adhère à la membrane intérieure; d'ailleurs le rétrécissement du calibre artériel est déjà sensible; on y fait pénétrer plus difficilement un petit stylet par l'artère hypogastrique. De plus, près de l'ombilic, dans une largeur qui varie de 5 à 10 millimètres, les artères présentent une transformation à peu près constante qui double ou triple leur volume, et qui a déjà été signalée par M. Cazeaux. Du 11e au 21e jour, les artères participent au développement général, et ont ainsi un peu plus de volume qu'à la naissance; mais elles n'offrent aucun épaississement, aucune hypertrophie dans leur trajet, sauf près de l'ombilic; le caillot est dense, adhérent; et M. Notta admet qu'il est résorbé plus tard. Ainsi, ce n'est pas par hypertrophie concentrique de leurs parois que les artères ombilicales s'oblitèrent; mais les faits ont manqué à l'auteur pour en établir nettement le mécanisme.

Au total, il y aurait donc une différence essentielle entre les artères ombilicales et les autres artères, au point de vue de l'oblitération; les premières s'oblitèrent par l'intermédiaire d'un caillot qui ne se résorbe jamais. Cette différence s'expliquerait, suivant M. Notta, par la nature de la tunique moyenne formée de tissu jaune dans les artères ordinaires, de tissu musculeux dons les artères ombilicales, et peut-être aussi de tissu vasculaire dans ces dernières; tandis que dans les autres elle ne l'est pas.

Tout cela est assurément fort ingénieux; cependant il y a une double lacune que nous devons signaler. D'abord, est-il permis de rejeter sans discussion des faits d'expériences qui ont montré sur des animaux un mécanisme différent de celui que M. Notta a observé sur l'homme? Nous savons avec quelle réserve il est permis de conclure des animaux à l'homme. Mais lorsqu'on opère sur des tissus si semblables, au moins faudrait-il dire pourquoi l'expérience et l'observation ne s'accordent pas. Une autre lacune à laquelle M. Notta n'a pas pensé, est celle-ci. Il n'a étudié sur l'homme que des artères d'un gros calibre, telles que la fémorale, l'humérale, et j'ajouterai même qu'il ne les a étudiées que sur des adultes et des vieillards, et que l'âge et le calibre établissent de grandes différences entre la nature des artères. Les artères ombilicales, chez le nouveau-né, sont fort petites, et le sujet est très jeune; par-là elles se rapprochent singulièrement des artères des animaux, sur lesquelles ont agi les expérimentateurs, et n'est-il pas bien remarquable que les observations sur les artères ombilicales, et les expériences sur les artères des animaux donnent des résultats si semblables? Il n'y a pas jusqu'à l'épaississement noté par Jones qui ne se retrouve dans la portion des artères ombilicales qui touche à l'ombilic. Nous serions donc tenté de supposer que le mode d'oblitération des artères ombilicales n'est point une exception, comme le croit l'auteur, mais suit tout simplement la règle commune aux petites artères chez des sujets jeunes. Nous n'oserions même limiter cette règle aux jeunes sujets. M. Notta, en examinant les grosses artères de ses vieux amputés, a négligé les petites collatérales, et nous le regrettons; car de deux choses l'une, ou il aurait démontré que le mécanisme y est le même, que le caillot y persiste indéfiniment, et la question d'âge eût été résolue; ou bien il aurait trouvé un mécanisme différent, peut-être; et dès lors c'eût été le petit calibre qu'il eût fallu accuser de la différence. Ce qu'il allègue d'après M. Robin, de la différence de nature de la tunique moyenne des ombilicales, ne nous satisfait point. M. Robin même n'a pas une opinion aussi tranchée que M. Notta paraît le croire. Il dit bien que la tunique moyenne de l'artère ombilicale est à peu près exclusivement formée de fibres musculaires de la vie organique; mais il convient également que ces fibres, très rares dans les grosses artères, deviennent brusquement très abondantes dans les artères intercostales et les artères plus petites. Avant l'intervention du microscope, il avait été parfaitement établi que cette tunique est plus rouge que dans les grosses artères, et à plus forte raison si on l'examine chez des sujets très jeunes. Les physiologistes disent également que les petites artères se montrent plus contractées; en un mot, tout en applaudissant aux recherches de M. Notta, nous avions cependant besoin de lui signaler quelques objections qui nous semblent réclamer une solution.

Nous arrivons à la seconde partie de son travail, c'est-à-dire à l'artère ombilicale. Ainsi qu'il le fait remarquer, la lésion (tuméfaction) que ces artères offrent, près de l'ombilic, atteste toujours un certain degré d'inflammation, et contre l'opinion contraire de Billard et de M. Cazeaux, il fait valoir ceci, que toujours la chute du cordon, cause de cette inflammation, détermine un peu de rougeur; et que quelquefois l'inflammation s'accroît jusqu'à produire de la suppuration. Cependant, en général, cette inflammation peut passer pour physiologique, puisqu'elle est entièrement liée à la chute du cordon. Mais il y a des cas où elle devient plus grave, prend un caractère vraiment pathologique, et mérite dès lors le nom d'artérite.

Cette artérite ne paraît même pas bien rare, puisque l'auteur a pu en observer cinq exemples. Il s'étonne donc de ne l'avoir vue mentionnée nulle part; il n'en a même rencontré dans les recueils périodiques que trois cas, publiés par hasard, comme un détail presque indifférent d'observations publiées dans un autre but. Aussi ces faits antérieurs étaient-ils incomplets; et ceux de M. Notta même, encourent le même reproche, il n'a pu observer ces petits sujets qu'à l'amphithéâtre; de là une lacune touchant le développement des symptômes.

Sur des sujets, âgés de six jours, les deux artères étaient tuméfiées dans les deux tiers de leur étendue, à partir de l'ombilic jusqu'à présenter le volume d'une plume d'oie, et elles contenaient dans leur intérieur du pus limité par un caillot adhérent à l'origine de la portion saine. Dans les autres cas, le gonflement s'étendait beaucoup moins loin, mais toujours il était limité par un caillot; et une fois enfin, M. Notta a trouvé derrière l'ombilic une cavité purulente de trois centimètres de longueur, dans laquelle s'abouchaient les artères ombilicales, détruites au moins dans l'étendue d'un centimètre. Dans tous les cas, d'ailleurs, les tuniques artérielles étaient tuméfiées et en parties détruites; une fois, du pus s'est rencontré entre la celluleuse et la tunique interne. La veine ombilicale restait saine dans tous les cas. D'autres observateurs ont vu cependant l'artérite coïncider avec la phlébite.

Quelle est la gravité de cette phlegmasie? Chez les sujets de M. Notta, elle constituait la principale lésion; d'où il conclut qu'elle peut à elle seule déterminer la mort. Il est probable qu'elle est au moins quelquefois la source de suppurations prolongées de l'ombilic; qu'elle peut aussi devenir le point de départ ou d'un érysipèle ou d'une péritonite. C'est là, comme le dit l'auteur, un sujet qui demande à être éclairé. Le diagnostic est difficile à établir avec les faits connus; la prolongation de la suppuration ombilicale doit cependant donner l'éveil; et l'exploration du trajet des deux artères donnerait assurément d'autres indices.

Quant au traitement, l'anatomie pathologique apporte au moins ici une indication du premier ordre; c'est la nécessité de débrider l'ouverture trop étroite de l'ombilic pour ouvrir au moins une libre issue à la suppuration.

En résumé, ce travail porte sur des points tout à fait nouveaux, dont le premier intéresse beaucoup la théorie, dont le second est plus important encore pour la pratique. Il est rédigé avec une grande sobriété de style; les faits en occupant la plus grande partie; les conséquences en sont déduites avec netteté, et par le fond et par la forme. Il révèle dans l'auteur un esprit des plus distingués. Nous avons dit quelle a été la portée des recherches antérieures de M. Notta sur l'oblitération des artères, et nous estimons que c'est un de ces hommes d'avenir qui ont droit à tous les encouragemens. Nous avons donc l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser à M. Notta l'invitation de continuer ses recherches;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication;

3° D'inscrire le nom de l'auteur parmi les candidats aux places de correspondances.

M. ROUX présente, à cette occasion, quelques considérations sur les divers procédés de ligature, et leur influence sur le mode d'oblitération du calibre des artères.

M. GERDY pense qu'il existe une grande différence entre ce qui se passe dans la ligature du cordon ombilical et ce qui a lieu à la suite de la ligature des autres artères. Dans l'artère ombilicale, l'art n'entre en quelque sorte pour rien, la ligature serait à la rigueur inutile; c'est par un travail naturel, et en vertu d'une loi préétablie par l'intelligence qui dirige le monde, qu'a lieu son oblitération.

M. MOREAU est de l'avis de M. Gerdy. Il n'y a aucune analogie à établir entre l'oblitération des vaisseaux ombilicaux et la ligature des artères. Il y a là une loi qui est subordonnée aux changemens organiques qui surviennent chez le fœtus dans les premiers instans de la vie. Quant à ce qu'a dit M. Malgaigne, que le sang continuait à passer par l'artère ombilicale après la naissance, cela n'est pas exact, cela n'a lieu que dans les cas où la respiration de l'enfant ne s'établit pas ou vient à se suspendre.

M. MALGAIGNE ne voit pas dans les faits en question de loi; il n'y voit qu'un fait, l'oblitération de l'artère ombilicale. Mais par quel mécanisme cette oblitération s'opère-t-elle? C'est ce qu'on ne sait pas. La différence que l'on veut établir entre l'oblitération de l'artère ombilicale et celle des autres artères, ne lui paraît pas fondée; les choses se passent de la même manière dans les petites artères divisées dans une opération chirurgicale qu'après la section de l'artère ombilicale. Ces vaisseaux s'oblitèrent spontanément, et si après que le sang a cessé de couler la respiration vient à s'embarrasser, l'écoulement reparaît.

M. GERDY maintient que ce fait est l'expression d'une loi générale. Il s'étonne que la sagacité de M. Malgaigne ne l'ait pas reconnu. C'est en vertu d'une loi préétablie, pour parler comme Leibnitz, que les artères ombilicales s'oblitèrent, comme s'oblitère le trou de Botal. M. Gerdy ne comprend pas qu'en présence des merveilles de l'organisation humaine, où tout semble avoir été prévu et coordonné en vue d'un but final, on puisse méconnaître les lois établies par l'intelligence créatrice. C'est ne rien comprendre au grand livre de la nature.

M. MALGAIGNE persiste à ne vouloir voir dans le sujet en discussion qu'un point de fait, qu'une question de procédé naturel qu'il s'agit de chercher à connaître. On ne savait rien du procédé d'oblitération des artères ombilicales avant le mémoire de M. Notta; on sait quelque chose de plus aujourd'hui, mais il reste encore beaucoup à savoir. Là est toute la question.

La discussion se termine là.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. MAISONNEUVE fait une communication dont nous rendrons compte dans le numéro prochain.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par le docteur G. RICHELOT, avec des notes et des additions par le docteur Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc., accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.— Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22

Tome VI. — N° 145. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 4 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur AMÉDÉE LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er DÉCEMBRE 1852.

VISITE DE S. M. L'EMPEREUR A L'HOTEL-DIEU.

Aujourd'hui, vers midi, S. M. l'Empereur, accompagné du maréchal de Saint-Arnaud, de M. de Persigny, ministre de l'intérieur, et de deux aides-de-camp, est arrivé, sans escorte, à l'Hôtel-Dieu. Reçue par Monseigneur l'archevêque de Paris, par M. le préfet de la Seine, par M. le préfet de police, par M. le directeur de l'assistance publique, entouré du personnel médical de l'établissement et des religieuses, S. M. s'est rendue d'abord à la chapelle, où un *Domine salvum fac* a été chanté. L'Empereur a visité ensuite plusieurs salles où il a laissé aux pauvres malades de nombreuses marques de sa munificence.

Lorsque les religieuses lui ont été présentées, la supérieure lui a rappelé avec émotion que l'Empereur Napoléon, dans une visite à l'Hôtel-Dieu, faite en 1807, avait fait don aux religieuses d'une médaille qu'elles conservaient comme un titre d'honneur et de gloire. S. M. a promis qu'un pareil don serait fait de sa part à la communauté de l'Hôtel-Dieu.

Arrivée dans les salles de M. le professeur Roux, S. M. a rencontré notre illustre chirurgien qui, revêtu de son tablier, s'excusait de la recevoir dans ce costume : « C'est le plus beau que vous puissiez porter, lui a dit l'Empereur, et celui qui me rappelle les grands services que vous et vos collègues rendez à nos pauvres malades. »

Arrivée dans la salle des infirmes, on a présenté à S. M. un vieillard, atteint d'une maladie grave de l'abdomen, ancien officier de la garde impériale, et qui a suivi Napoléon à l'île d'Elbe. L'Empereur lui avait accordé la croix de la Légion-d'Honneur en 1815, mais les désastres de l'époque ne lui permirent pas d'en faire expédier le brevet. Ce pauvre malade est Génois, et, comme étranger, n'a pas pu être admis à l'hôtel des Invalides. Le récit de ces faits a vivement ému Sa Majesté, qui a voulu attacher de ses mains l'étoile de l'honneur sur la poitrine de ce pauvre vieillard, dont la reconnaissance et la joie se traduisaient en paroles inarticulées.

A la présentation des médecins et des chirurgiens de la maison, S. M. a donné à M. le docteur Bouchut la croix de la Légion-d'Honneur, qui avait été demandée pour lui par l'administration de l'assistance publique.

Pas un garde, pas un soldat ne protégeait l'Empereur contre la foule de curieux qui s'est précipitée dans l'Hôtel-Dieu. Il y a eu un moment où S. M. ne pouvait plus faire un pas, tant l'affluence était compacte. Une foule énorme attendait l'Empereur à sa sortie de l'Hôtel-Dieu. S. M. a traversé cette foule à pied, au milieu des acclamations, donnant le bras à Monseigneur l'archevêque, qui l'a introduite dans Notre-Dame.

En sortant de la cathédrale, S. M. s'est rendue à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Amédée LATOUR.

MODIFICATIONS PROCHAINES DANS L'ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE POUR LA VILLE DE PARIS.

Le conseil général du département de la Seine est en ce moment saisi de l'examen d'un projet qui doit apporter des modifications très importantes dans l'administration des secours hospitaliers et des secours à domicile dans la ville de Paris. Ce projet, élaboré par les soins de l'honorable M. Davenne, directeur de l'assistance publique, et longuement étudié dans le sein du conseil de surveillance de cette administration, accepté par M. le préfet de la Seine, serait mis à exécution dès le 1er janvier prochain, s'il est approuvé, comme tout le fait supposer, par le conseil général du département.

Ce projet intéresse trop vivement le corps médical de Paris pour que nous n'en fassions pas connaître, dès aujourd'hui, les principales dispositions, d'après les renseignemens que nous avons pu nous procurer, quitte à les compléter plus tard par des développemens plus étendus.

Depuis plusieurs siècles, les hôpitaux de la ville de Paris sont ouverts à toutes les infirmités humaines de quelque pays, de quelque nation qu'elles viennent. Une seule formalité était demandée aux malades, celle de se présenter au bureau central des hôpitaux, situé au parvis Notre-Dame, où des médecins et des chirurgiens attachés à ce bureau, constataient leur état de maladie et leur délivraient un billet d'hôpital, au moyen duquel ils étaient dirigés sur l'établissement qui, d'après la feuille du jour, présentait des lits vacans.

Cette large libéralité faisait affluer vers Paris un très grand nombre de malades de tous les départemens et même de l'étranger. Mais les communications devenues aujourd'hui si rapides et si faciles au moyen des chemins de fer, qui convergent vers la capitale, amènent journellement à Paris un si grand nombre de malades étrangers à la ville, que les hôpitaux sont devenus insuffisans, et que la population parisienne proprement dite ne trouve plus qu'avec beaucoup de peine les secours hospitaliers, pour le service desquels la ville dépense annuellement une somme de 14 millions à peu près.

Le nouveau projet a pour but de modifier profondément cet état des choses.

La loi du 7 août 1851 a consacré ce principe, que l'indigence est une charge locale et qui incombe à chaque commune. Le projet ne sera que l'exécution de cette loi, relativement à la ville de Paris. Les malades étrangers au département ne seront plus reçus dans les hôpitaux de Paris que dans des proportions extrêmement restreintes. Les malades des communes du département de la Seine, autres que Paris, ne seront reçus que tout autant que la commune à laquelle ils appartiennent aura souscrit un abonnement qui sera fixé par journée de séjour, dont le prix sera ultérieurement déterminé. Cette partie du projet a été déjà adoptée par le conseil général du département.

Le système de salles et de lits payans va être étendu successivement à tous les hôpitaux de Paris. Les nouvelles constructions qui s'élèvent à l'hôpital de la Charité, sur la rue des Saints-Pères, doivent recevoir cette destination.

Une modification importante aura lieu en ce qui concerne le bureau central. Aujourd'hui, ainsi que nous le disions plus haut, le bureau central n'est qu'un bureau d'admission des malades; il va devenir en même temps un bureau de consultation. Les médecins et chirurgiens seront tenus de donner d'abord une consultation au malade qui se présentera, au moyen de laquelle il pourra se procurer les médicamens nécessaires au bureau de bienfaisance de son quartier. Un visiteur de l'administration sera chargé de s'enquérir de la situation du malade, et de voir s'il peut ou non être traité à domicile. Dans le cas de la négative, il le dirigera vers un établissement hospitalier. On comprend que cette mesure ne sera pratiquée que pour les cas autres que les cas graves et d'urgence.

L'administration des secours médicaux à domicile par les bureaux de bienfaisance va être réorganisée sur de nouvelles bases, ou plutôt on étendra à tous les arrondissemens de Paris le système suivi dans le cinquième arrondissement, et si admirablement institué par l'ancien maire de cet arrondissement, l'honorable M. Vée, aujourd'hui inspecteur de l'assistance publique.

L'administration de l'assistance publique a compris que le zèle, le dévoûment et la charité, dont les médecins du bureau de bienfaisance ont donné tant de preuves, devaient être récompensés; à l'avenir, ces médecins recevront une indemnité honorable. Nous savons que nos honorés confrères, MM. Ségalas et Thierry, dans le sein de la commission municipale, MM. Horteloup et Monod, dans le sein du conseil de surveillance, ont fait de généreux efforts pour obtenir cette disposition, pour laquelle M. Davenne, d'ailleurs, s'est montré très sympathique.

Des bureaux de bienfaisance et de secours à domicile seront organisés dans toutes les communes rurales du département de la Seine. De plus, l'hôpital civil de Saint-Denis va être agrandi; une somme de dix mille francs pour cet agrandissement a été votée par le conseil général. Un établissement hospitalier va s'élever à Belleville aux frais de la commune.

Telles sont les principales dispositions de l'organisation nouvelle qui se prépare, et qui fonctionnera probablement au 1er janvier prochain.

Amédée LATOUR.

ANESTHÉSIE.

PROCÉDÉ POUR REMÉDIER AUX ACCIDENS PRODUITS PAR L'INHALATION DU CHLOROFORME.

M. Ricord nous communique la lettre suivante qui lui a été adressée par un honorable confrère de Paris.

A Monsieur le docteur RICORD, *chirurgien de l'hôpital du Midi, etc.*

Permettez-moi, très honoré maître, de vous soumettre un cas fort embarrassant qui s'est présenté à moi, il y a quelques jours. Je suis parvenu à tirer une malade d'un péril extrême, grâce aux préceptes que vous m'avez enseignés ; aussi est-il de toute justice de reporter sur le maître un succès qui n'est dû qu'à lui. Voici le fait :

Mme Uranie X..., artiste dramatique, âgée de 23 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ordinairement bien portante, vit, au début d'une grossesse, en avril 1852, apparaître à la vulve des végétations nombreuses. Au commencement de mai, elle fit une fausse-couche de deux mois. Vers la fin de ce même mois, comme les végétations persistaient, un médecin dont je tairai le nom, lui fit subir un traitement mercuriel très énergique, malgré une absence absolue d'antécédens syphilitiques. Ce traitement fut promptement suivi d'une salivation intense.

Appelé à donner des soins à cette jeune femme, je commençai par faire disparaître la salivation au moyen d'un traitement convenable ; et le 16 juin, je me décidai à enlever, avec l'instrument tranchant, les végétations qui occupaient l'anus, le périnée, la face interne des cuisses, les faces externe et interne des grandes lèvres, l'entrée de l'urètre, celle du vagin et la face interne du prépuce clitoridien. Ces végétations variaient entr'elles depuis le volume d'une petite noix jusqu'à celui d'un grain de chenevis; elles provoquaient des douleurs et surtout des démangeaisons intolérables.

La malade étant couchée et convenablement disposée, je l'endormis au moyen d'un tampon de charpie imbibé de chloroforme, placé dans une compresse nouée à un de ses coins et approchée progressivement des narines. La malade était très indocile; aussi ce ne fut qu'après six ou sept minutes d'inhalation que je parvins à obtenir le sommeil, qui ne présenta rien de remarquable. J'avais à peine enlevé la moitié des végétations, quand la malade se réveilla et fut prise d'une attaque hystériforme qui dura plusieurs heures, et me força de remettre le reste de l'opération à un autre jour.

Le 7 juillet, je résolus de terminer ce que j'avais commencé, d'enlever les végétations pédiculées avec les ciseaux courbes, et de cautériser au fer rouge les végétations sessiles. Comme je me défiais de l'indocilité de la malade, je me fis assister de trois personnes; un interne des hôpitaux de Lyon était chargé de surveiller le pouls et la respiration de la malade; un élève des hôpitaux de Paris, très habitué à chloroformer les malades, était chargé de l'agent anesthésique; une troisième personne me servait d'aide.

La malade fut couchée horizontalement, et le simple appareil qui m'avait déjà servi fut encore employé. Le sommeil ne fut obtenu qu'en sept ou huit minutes, par suite de l'indocilité de la jeune femme; *on eut soin alors de retirer de temps en temps le chloroforme des orifices respirateurs*, pour laisser pénétrer de l'air complètement pur. Je procédai à l'excision des végétations, en commençant par celles de l'anus; après sept ou huit coups de ciseaux, la sensibilité reparut; nous versâmes sur la charpie une nouvelle quantité de chloroforme; l'insensibilité fut rapidement obtenue, et, en quatre minutes environ, toutes les végétations étaient enlevées. Je venais de passer le fer rouge sur les végétations, quand la personne chargée de surveiller la respiration s'écria qu'elle ne sentait plus le pouls.

La malade était dans un état de résolution absolue, la face et les extrémités complètement cyanosées, le pouls nul; je mis mon oreille sur la poitrine, et je n'entendis pas le moindre bruit respiratoire, le plus petit battement du cœur. Pour nous tous, la malade venait de succomber à l'asphyxie; un sentiment de terreur très compréhensible s'empare de moi dans ce moment suprême; mais un heureux souvenir de vos leçons, cher maître, me revint à l'instant à la mémoire : j'entrouvris les mâ-

choires de la malade, j'introduisis le doigt indicateur jusqu'à l'épiglotte, que je sentis parfaitement recouvrir l'orifice supérieur du larynx; je la soulevai facilement, et en fichant mon ongle à sa base, je parvins à tirer la langue en avant; j'exécutai à peu près cette manœuvre, car j'avoue que je ne sais pas exactement comment je procédai pour tirer la langue en avant; et cependant j'y parvins assez facilement. Cela fait, je fermai les narines de la malade avec ma main gauche, et, plaçant ma bouche sur sa bouche, je fis l'insufflation directe. Un aide pressait alternativement les parois thoraciques.

Après quatre ou cinq insufflations, je retirai ma main droite pour examiner la malade, et je la trouvai dans le même état; la langue remonta, l'épiglotte s'abaissa de nouveau, et j'eus plus de peine que la première fois à la relever, et à attirer la langue en bas; on aurait dit qu'il existait de la contractilité dans les muscles sus-hiodiens. A la dixième ou douzième insufflation, une légère inspiration eut lieu. Je maintins l'épiglotte relevée, un peu d'ammoniaque fut promené sous les narines; la respiration se rétablit peu à peu, et en cinq ou six minutes, la malade reprit connaissance, et il ne se produisit depuis aucun accident.

Voici ce que la personne chargée de surveiller la circulation avait observé : dès le début de l'opération, le pouls avait faibli, puis il s'était relevé, et il s'était maintenu régulier jusqu'au moment où il avait cessé tout à coup, sans s'être affaibli de nouveau, et sans avoir varié un instant. La respiration était régulière; seulement, les sept ou huit dernières inspirations furent stertoreuses; il était évident qu'un obstacle gênait l'inspiration, bien que le chloroforme fût enlevé depuis plus d'une demi-minute.

Permettez-moi, mon cher maître, de revenir sur quelques points qui méritent de fixer l'attention :

1° La malade fut chloroformisée dans la position horizontale.

2° Le sommeil fut obtenu très lentement, et une fois obtenu, le chloroforme fut éloigné de temps en temps, pour permettre l'inspiration d'air complètement pur.

3° Le chloroforme fut donné au moyen d'un appareil qui n'empêchait pas l'arrivée de l'air extérieur, et qui ne pouvait en aucune façon obturer les orifices respirateurs.

4° L'indocilité de la malade nous fit perdre une partie du chloroforme, et la quantité totale employée a été évaluée à 8 ou 10 grammes (1).

5° Le chloroforme était pur, de plus il avait servi à d'autres malades avant l'opération, et le reste du flacon fut encore employé sans accident.

6° Je plaçai mon oreille sur la poitrine et je n'entendis aucun bruit, ni du côté du cœur, ni du côté des poumons; mais les accidens étaient tellement pressans, que je n'explorai la cavité thoracique que durant quelques secondes, pendant lesquelles il ne me fut pas donné d'entendre le bruissement cardiaque, qui devait encore exister.

7° Je ne prétends, en aucune façon, induire de l'observation précédente que l'asphyxie par suite de l'occlusion de l'orifice supérieur du larynx, soit le seul accident par lequel le chloroforme puisse amener la mort.

C'est vous, très honoré maître, qui m'aviez enseigné la conduite que j'ai tenue dans ce cas extrême; sans vous, je ne crains pas de le dire, il me serait arrivé un affreux malheur. Aussi le succès que j'ai obtenu vous appartient-il entièrement; car je n'ai fait qu'appliquer une méthode qui, comme l'ont malheureusement prouvé des faits récens, est encore confinée dans le cercle de vos élèves.

Recevez donc, je vous prie, cher et honoré maître, les remercîmens sincères de votre élève reconnaissant.

Dr E. COFFIN.

Paris, le 20 juillet 1852.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR L'OXYDE DE ZINC;

Par M. MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

(Voir le dernier numéro.)

OBSERVATION II. — Le nommé Clenet, âgé de 22 ans, tailleur, d'un tempérament nerveux, d'une constitution faible, est entré le 14 mars 1852 à l'hospice de Bicêtre, dans la deuxième salle, n° 5.

Ce malade est pâle, blond aux yeux bleus et renfoncés, son caractère est violent et irritable, doué d'une assez bonne mémoire, il est d'une taille moyenne.

Son père a toujours joui d'une assez bonne santé; on ne nous signale aucune affection nerveuse chez la mère. Une tante maternelle a mis au monde, d'une seule couche, trois enfans qui vécurent tous les trois jusqu'à l'âge de trois ans. Nous n'avons pu nous procurer d'autres renseignemens sur le reste de sa famille, si ce n'est qu'au dire d'une de ses tantes, on n'y a pas observé de maladie analogue à celle dont il est atteint actuellement.

Fils naturel, accoutumé à faire ses volontés, il est très turbulent dans son enfance; aussi ses espiègleries sont-elles la cause des coups qu'il reçoit fréquemment sur la tête; dans le dernier qu'il reçoit, il est âgé de 9 ans alors, il reste deux ou trois heures sans connaissance. Quoique faible, il s'est toujours néanmoins bien porté, et n'a jamais fait aucune maladie. Habitude assez fréquente de l'onanisme.

A 18 ans il s'engage et se livre de temps en temps à des excès alcooliques. Vers la fin du mois d'août 1850, il a, sans cause connue et sans aucune espèce de prodrômes, une *absence* en passant une revue; Clenet n'exécute plus le commandement, on est forcé de le faire sortir des rangs, deux jours après, nouvelle absence. Il prend des pilules dont il ignore la composition, et après ce traitement, suspension des absences pendant six mois. En mars 1851, elles reparaissent, et se montrent tous les quinze jours ou trois semaines, suivant qu'il fait plus ou moins d'excès; elles ne sont précédées d'aucuns prodrômes, Clenet commence par se frotter le nez, c'est le seul seul signe qui fait soupçonner aux personnes qui vivent avec lui que son mal va le prendre, puis s'il est debout ou assis, il reste immobile sans être renversé, une sorte de voile semble être jeté sur ses sens et son intelligence, cet état dure quelques secondes; s'il est en train de parler, il reprend la phrase où il l'a laissée; de jouer aux cartes, il donne une carte pour une autre; on lui fait remarquer son erreur et à l'instant il remet la carte convenable. Il ne conserve aucun souvenir de cet état. Les assistans non prévenus de son mal ne s'en aperçoivent pas. Ces absences bornées aux symptômes précédens, s'aggravent avec le temps, et prennent la forme que nous allons décrire.

Les vertiges de ce malade ne sont en quelque sorte que des absences prolongées, nous avons été témoin deux fois de ces vertiges.

Au début, sentiment de pesanteur à la tête, seule impression confuse à la vérité qu'il lui reste de la crise, flexion et extension alternative des doigts de la main droite, sans mouvemens convulsifs. Il porte la main à la tête, se frotte le nez.

Ensuite il est immobile pendant quelques secondes, ses sens et son intelligence semblent fermés à toute impression, nous lui pinçons la main, le bras, la cuisse, il n'en témoigne aucune douleur; nous lui parlons, il ne répond pas.

Bientôt il se frotte de nouveau le nez, se met à siffler, dit quelques mots incohérens, et s'il est en train de travailler, il prend les objets qu'il trouve à sa portée, les laisse aussitôt pour en reprendre d'autres, et se met à chercher. Si dans cet instant on lui adresse la parole, il vous tutoie et vous répond par des paroles incohérentes.

A-t-il un vertige debout, il s'assied et n'est point renversé, pendant son travail, il conserve toujours la même position. Quand le vertige est passé, il n'a aucune idée de la crise, sauf cette douleur de tête. Souvent après il y a somnolence. Pendant la durée de ce vertige il est très pâle, sur la fin la figure se colore un peu.

Un des malades de la salle a fait cette remarque; quand il est sur le point d'avoir un vertige, il est plus gai que de coutume, raconte des histoires et tient des propos obscènes.

Le malade entre à Bicêtre, avons-nous dit, le 14. Depuis quinze jours il a un écoulement blénorrhagique; alors on lui donne : cubèbe, copahu, bains tous les jours; guéri le 30 mars. Il n'a eu ni vertiges, ni absences depuis six semaines.

TRAITEMENT.

Mars. — M. Moreau ordonne la dose initiale le 16 (3 grammes oxyde de zinc; sucre, 4 grammes. Trois poudres par jour).

24. Deuxième dose. — 25. Un vertige; une absence dans le jour. — 26. Deux vertiges de jour.

Avril. — 2. Oxyde de zinc, 5 grammes; sucre, 6 grammes. — 10. Le médicament est augmenté d'un gramme. — 18. Même prescription et augmentation d'un gramme.

On est arrivé à la cinquième dose. Le malade nous prie de regarder sa gorge.

Il se plaint de faire des *efforts continuels pour cracher*; nous examinons la gorge, et la muqueuse nous semble plus rouge qu'à l'état normal. Gargarisme émollient.

25. Sixième dose; mêmes plaintes pendant qu'il prend les poudres de cette dose. Il rejette des mucosités visqueuses, incolores d'abord, puis grisâtres.

Le malade a eu, le 17 et le 27 de ce mois, deux vertiges de jour.

Mai. — 3. Septième dose. — 12. La huitième dose est prescrite; en prenant ces dernières poudres, le malade accuse des nausées. — 20. Neuvième dose; les nausées deviennent plus rares, l'appétit se perd.

29. On augmente le médicament; aujourd'hui le malade, à la visite, porte au front une forte contusion; on l'a vu dans l'escalier, il venait de se relever, de sorte que nous ne pouvons avoir de données positives sur la nature de cette crise; c'est la première fois qu'il tombe, il a de la céphalalgie, Pendant cette dixième dose, il n'a plus d'appétit, et il a du dégoût. (Diète; une bouteille d'eau de sedlitz.) Le malade maigrit sensiblement.

Juin. — 8. Oxyde de zinc, 13 grammes; sucre, 14 grammes; douleurs d'estomac à partir du 1er juin, d'abord légères, puis plus intenses. Le 12, on ordonne 125 grammes de vin de quinquina, que le malade continue à prendre tous les jours suivans, jusqu'au 20 août. — 17. Vertige aujourd'hui dans le jour; la dose est augmentée d'un gramme.

Le 24, à la visite, on nous dit que Clenet aurait eu hier deux attaques d'épilepsie, une à onze heures du matin, une à trois heures du soir; de plus, un vertige à huit heures. Ce seraient les deux premières attaques que l'on observerait chez ce malade, ce qui nous ferait croire que lors de sa chute dans l'escalier il aurait eu une attaque. Nous ne pouvons obtenir de renseignemens exacts sur la nature de ces crises.

A partir du 26, le malade prend la dernière dose (oxyde de zinc, 15 grammes; sucre, 16 grammes).

Juillet. — Depuis le 26 juin l'appétit diminue (un du régime est plus que suffisant). Douleurs d'estomac; amaigrissement; inappétence.

6. Le traitement est suspendu; le 12, l'appétit commence à revenir. Le 20, on reprend l'oxyde de zinc à la dose de 12 grammes, et 13 grammes de sucre, en 20 poudres. Le traitement, avant cette interruption de quatorze jours, a été suivi régulièrement.

Point de vertige dans ce mois.

Août. — 2. Un vertige de jour. — 19. Un vertige de jour. Le malade continue à prendre les poudres tous les jours à la dose de 15 grammes oxyde de zinc, et 16 grammes sucre, depuis le 20 juillet jusqu'au 20 de ce mois.

Il y a toujours eu chez ce jeune homme, à partir du 20 juillet, une expectoration muqueuse jaunâtre.

21. Les données que nous n'avions pu nous procurer sur la nature des attaques précédentes, nous sont fournies par un malade accoutumé à voir des épileptiques. Aujourd'hui, à huit heures du soir, se déclare une attaque d'épilepsie.

Le malade est dans son lit; pas de cris au début; la face est extrêmement pâle, les dents sont serrées; absence de connaissance et de sentiment; les yeux sont fixes; raideur générale; les membres et la tête sont agités de vives secousses; écume à la bouche; bruit de râle, ronflement. Le malade n'a eu aucune connaissance de cette scène. Il y a eu émission involontaire des urines. Un quart d'heure après la crise, il s'endort.

24. Une attaque de jour. Le 20 survient une bronchite légère, qui se termine après le 1er septenaire.

Le malade demande sa sortie le 2 septembre.

OBSERVATION III. — Fontaine (Alphonse), cordonnier, demeurant rue de Bièvre, entre le 18 mai 1852 à l'hospice de Bicêtre (2me salle, n° 21).

Ce malade est âgé de 50 ans, taille élevée, teint jaune, physionomie sombre et pensive. Dans la famille maternelle, oncle mort de la poitrine; mère sujette à des attaques de nerfs. Il ne connaît pas les parens de la ligne paternelle. Le malade est sujet à des migraines; scorbut à 26 ans. Atteint d'aliénation mentale à deux reprises différentes, à 36 ans et à 50 ans. La première fois, séjour à Bicêtre de deux ans (mélancolie profonde). La seconde fois, hallucinations qui disparaissent au bout de quelques jours.

A 18 ans, vive frayeur à la suite du spectacle d'une attaque d'épilepsie chez un homme de 30 ans. A dater de cette époque, crainte de devenir également épileptique; frissons et tremblement pendant deux années consécutives, quand cette pensée se présente à son esprit. A 28 ans, apparition des vertiges, revenant d'abord tous les huit jours, bientôt tous les deux ou trois jours. Première attaque à 30 ans; suspension des vertiges. Intervalle de six ans entre la première attaque et la seconde. A 36 ans, deuxième attaque. Les accès se renouvellent tous les deux ou trois mois, jusqu'à l'époque de l'entrée de Fontaine à Bicêtre. La dernière attaque est des plus violentes.

Telle est la marche des accès complets, qui ne sont précédés d'aucune sorte d'aura. Mal de cœur, trouble dans la vision pendant un quart d'heure après la crise.

Les attaques ordinaires sont diurnes. Point de traitement antérieur.

TRAITEMENT.

Mai. — 18. Dose initiale (oxyde de zinc, 3 grammes; sucre, 4 grammes). Trois poudres par jour; chaque dose nouvelle est augmentée d'un gramme.

25. Deuxième dose.

Juin. — Le 3, le 9, le 17, le 27, les quatre doses suivantes sont prises régulièrement.

Juillet. — Les septième, huitième, neuvième prescriptions sont faites le 8, le 18 et le 27. Rien à noter dans les mois précédens; cependant, vers la fin de juillet, l'appétit diminue.

Août. — Le 9 (dixième dose). Expulsion de crachats jaunâtres.

Le 20, sans cause appréciable, vomissemens liquides, avec mélange d'alimens.

21. Suspension du traitement; coryza, toux sèche, fièvre peu intense. (Diète; orge; ipéca.) Le 30, expectoration plus facile.

Septembre. — Depuis le catharre, l'expectoration est visqueuse.

Octobre. — Pendant ce mois, le malade expectore des crachats visqueux et filans.

(Le 1er novembre.) Il y avait deux mois qu'il n'avait eu d'attaques lors de son entrée à Bicêtre. Jusqu'ici, elles ne sont pas revenues. Aujourd'hui, il vient d'avoir un vertige absolument analogue, dit-il, à ceux qu'il a éprouvés au début de son mal. Le 2, attaque très violente.

On cesse le traitement.

OBSERVATION IV. — Le nommé Reyne, âgé de 20 ans, est entré à l'hospice de Bicêtre, le 6 mai 1852, dans la deuxième salle, n° 15.

Tempérament vigoureux et sanguin, yeux bleus, cheveux blonds, teint coloré, taille au-dessous de la moyenne.

Aucune cause héréditaire connue dans la famille, suivant le récit du malade. Il aurait reçu sur la tête un coup, suivi d'une syncope de deux heures : telle serait, dit-il, l'origine de son mal. Trois mois après : vertige, revenant d'abord tous les mois, tous les quinze jours, enfin tous les huit jours, au nombre de trois ou quatre dans la même journée. A 18 ans, début des attaques; elles se reproduisaient tous les mois, puis tous les quinze jours.

Point d'aura avant l'attaque. Il ne conserve aucun souvenir de la crise et peut reprendre son travail immédiatement. Jamais il n'a suivi de traitement antiépileptique.

TRAITEMENT.

Mai. — Le traitement est commencé le 17 (oxyde de zinc, 3 grammes; sucre, 4 grammes, en 20 paquets, 3 poudres par jour). — 25. Poudres de la deuxième dose. Cinq attaques dans ce mois.

Juin. — 10. Le malade a eu un vertige à la visite.

Il restait debout, sans chercher à s'asseoir, inclinait la tête à droite et y portait la main du même côté. Les yeux étaient grandement ouverts et fixes; mais une sensation dont il n'a pu rendre compte le priva spontanément de la vue, qu'il recouvra aussitôt. Nous lui parlions, il nous entendait et nous comprenait parfaitement. La mémoire semblait, pour ainsi dire, être affaiblie; il commençait une phrase, s'arrêtait au milieu pour chercher une expression; sa difficulté à la trouver et son hésitation étaient aussitôt marquées par un mouvement d'impatience. La sensibilité néanmoins paraissait un peu altérée. Deux minutes s'étaient écoulées quand il revint à son état normal.

Les vertiges de ce malade durent ordinairement plus longtemps et ne se bornent plus seulement à ces symptômes; alors il perd connaissance, sans toutefois tomber, et n'a aucune idée de ce qui vient d'avoir lieu.

Le 9, quatrième dose; le 17, cinquième dose; le 27, sixième dose.

(1) Je donnai des soins, en 1850, à madame X..., concierge de l'École de droit; un cancer de l'utérus, très avancé, lui causait des douleurs intolérables, que le chloroforme seul parvenait à calmer; cette malade, pendant quarante jours, fut maintenue endormie matin et soir, une heure et demie environ. Pendant ce temps, elle consomma la quantité énorme de 425 grammes de chloroforme sans en éprouver d'accidens. De plus, je me servis de l'appareil Lüer, qui permet de ne perdre que des quantités insignifiantes de l'agent anesthésique.

M. Ricord a bien voulu me communiquer, qu'il y a 3 mois, il fut appelé à donner des soins dans sa maison de santé, à une dame, ayant depuis longtemps des coliques *hépatiques fréquentes*, et qui était en proie à une colique des plus violentes; il la maintint endormie par le chloroforme depuis *dix heures du soir jusqu'à six heures du matin*. Dès que la malade était endormie, il retirait le chloroforme, et dès qu'elle semblait sur le point de se réveiller, il lui rendait l'agent anesthésique. Non seulement la crise fut calmée, mais encore les coliques ne sont pas revenues depuis cette époque. Je dois toutefois ajouter que cette dame alla passer une saison à Vichy.

pendant ce mois, deux attaques et un vertige.

Juillet. — Il a pris les poudres de la septième, huitième, neuvième doses le 6, le 15 et le 24. Cinq attaques et pas de vertiges. L'appétit est moins bon que de coutume, mais le médicament n'a pas procuré de nausées.

Août. — Interruption de huit jours dans le traitement.

Dixième, onzième, douzième doses le 5, le 12 et le 23.

Les attaques sont plus fréquentes et plus fortes. Sept attaques et trois vertiges; les accès, de même que les vertiges, ont toujours été diurnes.

Septembre. — On a cessé le traitement le 1er. Le 3, vomissemens de matières liquides; une heure après, une crise.

Cinq attaques et quatre vertiges.

Octobre. — Trois attaques et deux vertiges.

Les accès complets sont maintenant très violens, suivis d'une obtusion prononcée de l'intelligence. Quant aux vertiges, nous dit le malade, ils sont améliorés et ne durent plus que quelques secondes à présent.

OBSERVATION V. — Georges, né à Paris, âgé de 45 ans, cordonnier, entré le 4 mars 1852, dans la deuxième salle, n° 13.

Bonne constitution, yeux noirs, cheveux bruns, taille moyenne, tempérament nervoso-sanguin.

Père aliéné, s'étant suicidé. Georges a, depuis son enfance, un léger embarras de la parole, suite, dit-il, d'une perforation de la joue et de la langue par un instrument piquant. A 12 ans, chorée très intense. Absence de mémoire qui date de sa maladie. En 1846, chagrins causés par des revers de fortune; quelque temps après, début des vertiges. Deux ans plus tard apparaissent les attaques : elles reviennent par paroxysmes ou séries composées de 4 ou 5. Médications variées; amendement dans le nombre des accès. Lors de son entrée à Bicêtre, attaques tous les sept ou huit jours, et deux ou trois vertiges dans l'intervalle. Les accès complets et les vertiges se manifestent le plus souvent pendant le jour.

On ne saurait porter le nombre total à moins de 4 ou 500.

TRAITEMENT.

Mars. — 5. Dose initiale. — Le 12, le 20, le 29, on administre les deuxième, troisième et quatrième prescriptions.

Dans le mois, trois vertiges et deux attaques.

Avril. — Le médicament est renouvelé et augmenté d'un gramme tous les sept jours.

A la huitième dose, bouche pâteuse, gorge sèche, expectoration difficile. L'appétit cependant est bon.

Trois attaques diurnes et un vertige nocturne.

Mai. — Les neuvième, dixième, onzième doses sont prescrites le 7, le 16 et le 24.

Trois attaques de jour, de plus une série de quatre attaques dans la même journée et deux la nuit suivante. Trois vertiges.

Dans le courant du mois, expulsion de crachats visqueux. L'appétit est médiocre. Nausées après l'ingestion de la poudre.

Juin. — Douzième dose le 2. L'appétit est meilleur; l'expulsion des crachats est moins abondante. Le 14, on donne la treizième et dernière dose (oxyde de zinc, 15 grammes; sucre, 16 grammes); elle est continuée jusqu'au 1er octobre.

Les vertiges sont plus nombreux, cinq de jour et quatre attaques de nuit.

Le 10, Georges a un vertige en notre présence.

Point de convulsions; il fait quelques pas la tête portée en avant, chancelle, s'affaisse sur lui-même et tombe. Les membres sont dans un relâchement complet, les yeux, à demi-ouverts, roulent dans l'orbite. Il reste quelques secondes dans une entière immobilité et semble plongé dans un profond sommeil.

Juillet. — 24. Perte d'appétit. — 25. Douleurs dans la tête. — 26. Céphalalgie frontale. — 27. Fièvre légère. On supprime le zinc (diète julep anodin). — 28. La face est congestionnée, la céphalalgie frontale continue (saignée, trois palettes). — 29. Le malade est mieux. — 30. État naturel.

Les attaques augmentent et prennent une autre marche. Deux paroxysmes, l'un de 3, et l'autre de 5 attaques pendant le mois; en outre, quatre isolées. Cinq vertiges.

Août. — Le 6, L'oxyde de zinc est repris à la même dose (oxyde de zinc, 15 grammes; sucre, 16 grammes). Il y a eu dans le traitement une interruption de douze jours.

Deux attaques, mais des plus violentes, et un vertige.

Septembre. — Le 2. Eruption cutanée, qui disparaît le 7. Depuis le 27, Georges remarque que pendant les deux jours qui suivent les attaques, ses crachats, opaques et consistans et de couleur blanchâtre, renferment quelques stries de sang (la langue ne porte jamais de trace de morsure.

Dix attaques et dix vertiges. Les accès complets sont plus fréquens et beaucoup plus forts que précédemment. Maintenant, dans les vertiges, il se lève et chante; l'état vertigineux dure quelquefois deux heures.

Octobre. — Le traitement est supprimé le 30 septembre. Ce malade a pris régulièrement les poudres de la dernière dose, depuis le 14 juin jusqu'au 1er octobre. Il n'y a eu dans le traitement qu'une interruption de douze jours.

Dans ce mois, trois attaques de jour et une de nuit.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. le professeur DENONVILLIERS.

Sommaire. — Grenouillette aiguë chez un enfant de treize ans. — Ponction et injection iodée de la tumeur. — Guérison rapide.

Le nommé Thiercen, âgé de 13 ans, est entré le 22 juin 1852 dans le service de M. le professeur Denonvilliers, salle Saint-Augustin, n° 25.

Un mois environ avant cette époque, l'enfant, qui assistait à la fête de la distribution des drapeaux, au Champ-de-Mars, est resté pendant quatre heures consécutives exposé à un soleil ardent, et tourmenté par une soif très vive. S'il faut s'en rapporter à ses propres renseignemens, il aurait éprouvé pendant ce temps une sensation insolite dans la bouche, et, lorsqu'après la fête il retourna chez lui, accompagné de ses parens, il aurait reconnu, pendant le trajet même de la route, l'existence d'une tumeur placée sous la langue, derrière les dents incisives inférieures.

Un médecin appelé auprès du jeune malade a parfaitement apprécié la nature de cette tumeur, et, après avoir pratiqué trois ponctions successives, qui ne furent suivies d'aucune amélioration, il aurait introduit dans la tumeur l'instrument imaginé par Dupuytren pour le traitement de la grenouillette. Cette dernière tentative n'eut pas un succès plus grand que les trois premières.

A l'examen du jeune malade, le 24 juin, voici ce qu'on constate :

Il existe une tumeur à la partie antérieure du plancher buccal, sous la pointe de la langue; cette tumeur a le volume d'une grosse noix; elle s'étend transversalement de l'une à l'autre des extrémités de l'arcade dentaire inférieure. Aplatie de haut en bas, elle présente un aspect opalin ou blanchâtre dans la plus grande partie; elle est surmontée de deux petits bourrelets rosés. A la partie postérieure s'insère le frein de la langue. La tumeur est molle, élastique, fluctuante. On voit quelques petits vaisseaux ramper à sa surface. Elle est tout à fait indolente; elle ne cause de gêne que pendant la déglutition; elle ne détermine aucun embarras dans la parole.

Le 23 juin, M. le professeur Denonvilliers pratique une ponction à la partie antérieure gauche de la tumeur, avec un trois-quarts à hydrocèle. Il s'écoule environ trois à quatre cuillerées à café d'un liquide analogue, pour la couleur et la consistance au blanc d'œuf. Pour faciliter la sortie du liquide, on exerce sur la tumeur quelques pressions, on pousse dans l'intérieur du kyste une injection d'eau tiède qui en ressort bientôt.

Le liquide renfermé dans la tumeur ayant été évacué autant qu'il a été possible, on fait une injection avec la teinture d'iode additionnée d'eau aux deux tiers. On distend la tumeur qui reprend son volume primitif. L'enfant se plaint vivement; il semble que l'injection soit très douloureuse. Pendant quatre minutes, le liquide séjourne dans la poche, et l'iode en ressort avec une petite quantité de liquide propre à la tumeur, mais non mélangés ensemble.

Deux jours après cette opération, la tumeur avait repris une augmentation de volume qui, toutefois, n'allait pas jusqu'au volume primitif. Le petit malade ne se plaint pas d'avoir souffert. La déglutition est plus facile.

Le 29 juin, on constate que la moitié droite de la tumeur est presque complètement affaissée du côté droit; à gauche, elle persiste avec à peu près le même volume.

Le 2 juillet, la tumeur a encore diminué; elle tend à s'effacer complètement.

Le 7 juillet, elle a presque complètement disparu; au côté gauche, il reste encore une petite saillie. Les différentes fonctions de la bouche s'accomplissent avec une grande régularité.

Le 13, l'enfant sort de l'hôpital parfaitement guéri.

L'affection qui fait l'objet de la précédente observation est désignée par tous les chirurgiens, sous le titre de grenouillette, dénomination tirée, soit de la ressemblance de la tumeur avec les goîtres aériens de la grenouille, soit de l'analogie fort grossière, qui existe entre la voix du malade et le coassement du reptile.

Nul doute que la grenouillette ne soit une véritable tumeur enkystée, mais quelle est la nature de cette tumeur? Les opinions les plus contradictoires ont été émises sur ce sujet; pour les uns, c'est une dilatation de la glande sublinguale et de ses conduits excréteurs; pour d'autres, c'est une dilatation du conduit de Warthon. Dupuytren et Breschet en ont fait un kyste séreux, Fabrice d'Aquapendente et Dionis, ont cru y voir un kyste muqueux formé par l'oblitération des follicules mucipares et l'accumulation dans leur intérieur des produits de sécrétion. Toutes ces opinions peuvent être divisées en deux catégories, suivant que l'on considère la grenouillette comme une tumeur salivaire ou comme une tumeur non salivaire.

A propos de la nature de la tumeur, M. le professeur Denonvilliers a émis quelques idées fort judicieuses qui méritent de trouver place ici. Il existe, comme on le sait, un grand nombre de variétés dans les tumeurs décrites sous le nom de grenouillette. Dès lors, n'est-on pas porté à se demander, si c'est bien la même affection dans tous les cas; si les auteurs n'ont pas décrit sous le nom de grenouillette, plusieurs maladies diverses, et si ce n'est pas à tort que de l'analogie de siége, on a conclu à l'identité de nature. Si cette dernière considération est vraie, il n'est pas moins juste d'admettre que les différentes théories sur la nature de la tumeur peuvent être aussi bonnes les unes que les autres, mais qu'elles ont toutes le tort d'être par trop exclusives.

Toutefois, M. le professeur Denonvilliers invoque quelques argumens imposants contre l'opinion la plus accréditée, à savoir, que la grenouillette est une tumeur salivaire. Ce qui se passe dans le traitement de cette tumeur, exclut une pareille idée. Lorsqu'en effet on évacue le liquide, celui-ci se reproduit bientôt et la tumeur reparait. Or, si on avait véritablement affaire à une tumeur de nature salivaire, l'ouverture serait sans cesse entretenue par l'écoulement de la salive, et dégénèrerait en une fistule. Ce qui se passe dans les tumeurs du sac lacrymal, qui sont formées par l'accumulation de l'humeur des larmes est précisément tout le contraire de ce qui a lieu dans la grenouillette. Dans cette dernière affection, les phénomènes que l'on observe n'ont-ils pas la plus grande analogie avec ceux que présentent les kystes séreux? N'arrive-t-il pas comme pour ces derniers, où après l'évacuation du liquide, celui-ci se reproduit et l'ouverture se ferme? D'ailleurs, comment concilier avec l'opinion d'une tumeur de nature salivaire, ces grenouillettes aigües, dont Louis Marjolin, Laugier, ont cité des observations et dont le petit malade, dont nous avons rapporté l'histoire, est un exemple frappant, puisque chez lui, la tumeur s'est développée dans l'espace de quelques heures?

Relativement au traitement de la grenouillette, on sait le nombre considérable de méthodes qui ont été proposées; la ponction et l'incision simples; la perforation par les caustiques ou par le cautère actuel; le séton; l'instrument en forme de bouton de chemise imaginé par Dupuytren; les injections irritantes; l'excision partielle ont eu tour-à-tour des partisans.

M. Jobert a imaginé un procédé qui a donné des résultats favorables dans un certain nombre de cas ou il a été appliqué; ce procédé consiste à faire l'ablation d'une portion elliptique de la muqueuse buccale qui recouvre la tumeur, sans intéresser cette dernière; à inciser le kyste pour évacuer le liquide qu'il renferme, puis à renverser à droite et à gauche les parois libres du kyste lui-même, pour les réunir aux lèvres de la muqueuse buccale au moyen de quelques points de suture. M. Forget a de son côté modifié fort heureusement le procédé opératoire imaginé par M. Jobert, en donnant une plus grande étendue à la portion de muqueuse qu'il dissèque.

Sans rejeter d'une manière absolue les divers procédés que nous venons de mentionner, M. le professeur Denonvilliers a mis en usage, dans le cas actuel, une méthode beaucoup plus simple, l'injection de la teinture d'iode dans la tumeur. Cette injection déjà proposée il y a plusieurs années, par M. Velpeau, a été employée pour la première fois, par M. Bouchacourt, et, pour le dire ici en en passant, dans le fait rapporté par ce dernier médecin, on voyait des deux côtés de la tumeur, l'orifice du conduit de Warthon qui ne paraissait pas oblitéré, circonstance qui vient à l'appui des idées émises par M. Denonvilliers, sur la nature de la grenouillette.

Nous avons signalé les résultats heureux obtenus sur le petit malade par ce mode de traitement, nous n'y reviendrons pas. Dr FANO.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 Novembre 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Physiologie de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique.

M. MARSHALL-HALL communique une note intitulée : la physiologie de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique.

L'auteur, appliquant à l'étude de ces deux maladies qu'il considère comme identiques et ne différant que par le centre nerveux principalement affecté, les idées qu'il professe en physiologie sur le système spinal diastaltique, établit d'abord une première distinction diagnostique entre les accès d'origine organique et d'origine inorganique. C'est de ces derniers seulement qu'il s'occupe dans ce travail.

L'épilepsie et l'apoplexie *simples* ou paroxysmales, c'est-à-dire d'origine inorganique, dit l'auteur, sont des actions directes ou réflexes diastaltiques des muscles du cou (trachélisme), du larynx (laryngisme), ou des deux suivies de leurs effets sur la circulation veineuse de cette région et des centres nerveux.

Les causes des accès de l'épilepsie ou de l'apoplexie d'origine inorganique se divisent principalement en deux catégories : 1° les émotions ou les causes morales (la colère, la frayeur, etc.); 2° les irritations physiques (la dentition, les alimens indigestibles, les rétentions intestinales, les excitations utérines).

Les premières agissent sur le système spinal diastaltique en ligne directe, c'est-à-dire depuis le siége des passions, à travers le centre spinal, sur les muscles. Ces actions pourraient être nommées *catastaltiques.*

Les causes de la seconde catégorie agissent en ligne réflexe *dia-staltique.*

Les causes de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique agissent par des arcs nerveux diastaltiques bien distincts. Les émotions ou causes morales agissent en ligne directe de l'encéphale, par la moelle allongée et par les nerfs exodiques (facial, glosso-pharyngien, pneumogastrique, accessoire, hypoglosse).

Les irritations, ou causes physiques, agissent par les nerfs exodiques (le trifacial, le pneumogastrique, les spinaux), la moelle allongée et les nerfs exodiques.

Selon les muscles ainsi excités à la contraction, c'est le *trachélisme,* le *laryngisme* ou ces deux phénomènes qui se produisent.

L'auteur, après avoir décrit le trachélisme et le laryngisme spasmodique et leurs effets, l'épilepsie et l'apoplexie trachélienne et laryngienne, décrit en ces termes les conséquences des attaques d'épilepsie et d'apoplexie,

Un accès épileptique est une surexcitation de la moelle allongée, entre des arcs diastaltiques nerveux; il s'en suit un état d'épuisement nerveux; ensuite de la réaction, réaction qui va à l'excès, d'où susceptibilité à de nouvelles attaques. Il arrive qu'une fois épileptique, le malade l'est pour longtemps et même quelquefois pour toujours. Ainsi, irritation, épuisement, réaction à l'excès, susceptibilité augmentée du centre spinal, accès, accès répétés, etc.

Le plus souvent, les attaques d'épilepsie et d'apoplexie simple laissent le côma; quelquefois il reste du délire ou de la folie. Souvent il y a paralysie ou pasmo-paralysie, enfin démence, paralysie générale, etc.

Qui ne voit, ajoute l'auteur, que ces cas sont plutôt différentes phases de la même maladie que des maladies distinctes?

L'auteur formule en ces termes le traitement de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique.

Les causes doivent être éloignées. Les états anormaux et morbifiques de l'estomac et des intestins doivent être corrigés. L'auteur dit avoir eu à se louer des bons effets d'apéritifs anti-acides.

L'excitabilité augmentée de la moelle allongée, laissée par les attaques, doit être diminuée. M. Marshall s'est aperçu des bons effets de la jusquiame pour arriver à ce but. Lorsque les attaques ont été nombreuses et qu'elles ont laissé le teint pâle et blême, épileptique enfin, avec maigreur, faiblesse, etc., M. Marshall-Hall a ordonné le cinquantième d'un grain d'acétate de strychnine, trois fois par jour pendant plusieurs

mois, avec un grand succès, comme tonique spinal.

L'auteur attache une grande importance au régime du malade, les exercices, les alimens, les excrétions, etc. Enfin, il conclut par cette observation : autant que les dangers de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique dépendent du laryngisme spasmodique ou paralytique, autant ils sont éloignés par la trachéotomie ; moyen qui a déjà sauvé la vie à deux malades, restauré l'intelligence à un certain degré à deux autres et empêché le retour des accès d'épilepsie à deux d'entre eux.

Emploi des séminoïdes de ciguë et de la conicine dans les affections cancéreuses.

M. Francis Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse une note sur l'emploi des séminoïdes de ciguë et de la conicine dans les affections cancéreuses et les engorgemens réfractaires. Cette note est le complément d'un mémoire sur le principe actif de la ciguë, que MM. Devay et Guillermond ont envoyé dans le temps à l'Académie. L'auteur y expose les faits nouveaux qu'il a observés depuis la publication de ce mémoire. M. Devay résume en ces termes le contenu de ce travail :

1° Appliqué à l'extérieur, dans les cas d'engorgemens chroniques des glandes lymphatiques (adénites scrofuleuses), la pommade préparée avec les séminoïdes a une action résolutive des plus puissantes. L'administration des préparations internes n'est point toujours nécessaire dans ces cas ; mais lorsqu'elle a lieu, elle ne peut que stimuler la tendance résolutive.

2° Ces préparations agissent de la même manière dans les engorgemens du col et du corps de la matrice. Nous ne connaissons pas de meilleur moyen pour résoudre cet état pathologique désigné sous le nom d'hypertrophie inflammatoire de l'utérus, et qui se complique très fréquemment de prolapsus et de déviation. Dans ce cas, les préparations internes et externes doivent être simultanément mises en usage. Les pansemens directs avec le baume de conicine, porté sur le col au moyen de bourdonnets de charpie, et répétés plusieurs fois par semaine, nous ont paru, d'après une expérience assez renouvelée, le procédé le plus avantageux.

3° Appliqué au traitement des affections cancéreuses, ce médicament a des effets calmans et des effets curatifs. Ces derniers, quoique plus incertains que les premiers, quoique réalisables dans des conditions limitées, sont néanmoins hors de doute, et appellent toute l'attention des médecins. C'est particulièrement dans la forme squirrheuse (atrophique) cancer ratatiné, que les séminoïnes de ciguë nous ont paru avoir le plus de puissance. Ce traitement est plus chanceux contre les tumeurs molles, à accroissement rapide. Dans plusieurs circonstances, il a échoué complètement; mais dans d'autres, il a eu pour résultat d'enrayer l'accroissement, de diminuer le volume de quelques tumeurs secondaires, et de déblayer ainsi le terrain pour des opérations qui ont été pratiquées plus tard. Comme topique dans les cancers externes, sous forme pilulaire dans les cancers internes, les préparations de semences de ciguë ont toujours été préférées par les malades aux calmans, aux narcotiques dont ils avaient fait un grand usage. M. Devay parle de malades en traitement depuis un an et plus, qui ne peuvent point se passer du seul médicament qui apporte de la sédation à leurs douleurs.

En somme, dit l'auteur en terminant, dans l'état actuel des choses, eu égard au découragement profond qui règne, touchant le traitement du cancer, cette méthode thérapeutique nous paraît la plus rationnelle et la plus fructueuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Novembre. — Présidence de M. Mélier.

Rapport sur les épidémies de 1851.

M. Gaultier de Claubry lit le rapport sur les épidémies de 1851. L'année 1851, dit M. le rapporteur, n'a vu se produire aucune de ces épidémies meurtrières, qui, par l'étendue des contrées où elles se propagent, le nombre des sujets qu'elles attaquent, celui des victimes, laissent un long et douloureux souvenir dans tout un pays, comme l'a fait le choléra de l'Inde en 1832 et 1849. Cette année 1851 n'a même pas vu paraître quelqu'une de ces épidémies qui, bornant leurs ravages à un petit nombre de départemens, d'arrondissemens même, restent cependant dans la mémoire des habitans de toute une province, comme il est arrivé pour la suette miliaire du département de la Dordogne, en 1841. Mais beaucoup d'épidémies de petites localités ont atteint de faibles populations dans une forte proportion, et ont fait beaucoup de victimes, ainsi que cela est arrivé notamment dans les communes d'Achey (Haute-Marne), de Bouzy (Marne), de Gouy (Pas-de-Calais).

Vingt départemens seulement, ou moins du quart du nombre total de ceux qui composent la France continentale, ont adressé 41 rapports sur les épidémies de diverses natures qui se sont produites pendant l'année 1851, à savoir : 20 pour la fièvre typhoïde, 5 pour la dyssenterie, autant pour la suette miliaire, 4 pour la variole, 2 pour la rougeole, 3 pour la scarlatine, et un pour l'angine gutturale.

Voici le résumé général des principales données contenues dans les rapports sur la fièvre typhoïde :

Sur 1,505 cas de fièvre typhoïde qui se sont signalés dans les vingt rapports, il est fait mention de 195 cas de mort, ce qui, en moyenne, donne une proportion d'environ 1/8ᵉ, qui est à peu près celle que fournissent les statistiques résultant des relevés annuels que fait la commission, et aussi celle de la pratique générale des médecins.

Pour les sexes, on trouve que les femmes, comme cela a lieu tous jours dans l'ensemble des cas, ont été affectées en plus grand nombre que les hommes. Sur 551 cas où les sexes ont été indiqués, il y a eu 274 femmes et 257 hommes.

Quant aux âges, on trouve que sur 605 sujets, 198 avaient moins de 15 ans, et 467 étaient adultes. Dans une seule épidémie, il est fait mention expresse et tout exceptionnelle qu'aucun sujet au-dessous de 15 ans n'a été atteint de fièvre typhoïde.

Dans le petit nombre d'ouvertures de cadavres qui ont été pratiquées, on a toujours pu constater l'existence des altérations anatomiques propres à l'affection typhoïde.

Les recherches sur les conditions météorologiques, la topographie, l'état des populations, etc., n'ont conduit à aucun résultat. Quant à la question de contagion soulevée par les auteurs de quelques rapports, la commission n'a pas cru devoir s'en occuper.

Quelques épidémies de dyssenterie, de fièvres intermittentes, de variole, de rougeole et de scarlatine de peu d'importance n'ont donné lieu, de la part de la commission, qu'à de très courtes considérations. Mais elle s'est un peu plus étendue sur des épidémies de suette miliaire qui ont sévi dans les départemens de la Lozère, de la Manche, de la Somme et de l'Hérault.

Dans la Lozère, l'épidémie a envahi 56 villages sur 112 qui composent l'arrondissement de Florac. Sur 2,900 individus, 400 ou près de 1/7ᵐᵉ ont été affectés, et il est mort 1/10ᵐᵉ des malades.

Dans l'épidémie de la Manche, un 10ᵐᵉ environ des habitans de la ville de Carantan a été atteint; les femmes dans une proportion presque double des hommes, ainsi qu'un certain nombre d'enfans.

L'épidémie de la Somme n'a pas été très considérable, quant au nombre des sujets qu'elle a affectés et à celui des morts; mais elle a offert cette particularité, observée d'ailleurs dans d'autres épidémies de cette nature, qu'elle s'est étendue davantage là où les conditions hygiéniques paraissaient être les meilleures.

L'épidémie de Pézenas, dans le département de l'Hérault, a été surtout remarquable par le caractère rémittent qu'elle a revêtu presque généralement, et qui a fait administrer, par MM. les professeurs Lordat et Alquié, de Montpellier, le sulfate de quinine à haute dose avec le plus heureux succès.

M. le rapporteur signale, enfin, un dernier mémoire dans lequel un médecin, s'appuyant sur de nombreux faits de sa pratique dans le cours d'une épidémie d'*angine tonsillaire*, propose de traiter cette affection par des incisions multiples et profondes pratiquées dans le tissu même des amygdales. Ce médecin assure avoir toujours procuré, par ce moyen, une terminaison favorable et prompte de la maladie.

M. le rapporteur termine son rapport en proposant à l'Académie de décerner des médailles d'encouragement aux auteurs des meilleurs travaux relatifs aux épidémies de 1851.

L'Académie adopte ces conclusions.

Amputation de la langue; — guérison.

M. Maisonneuve présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué l'amputation des deux tiers extérieurs de la langue, et qui, malgré cette mutilation, a conservé l'usage de la parole.

Cette homme, nommé Delapierre (Alexandre); âgé de 58 ans, s'aperçut, il y a deux ans, d'un embarras dans la parole, en même temps que de douleurs lancinantes dans l'épaisseur de la langue.

Le médecin qu'il consulta, reconnut l'existence d'une tumeur grosse comme une noisette, développée à la surface de l'organe, vers sa partie moyenne. Bien que le malade n'accusât aucun accident syphilitique, on crut devoir le soumettre à un traitement mercuriel qui, loin d'améliorer son état, ne fit que l'aggraver. Plus tard, il fut soumis à l'iodure de potassium à haute dose, et ne retira de ce nouveau traitement aucun bénéfice. On crut devoir aussi pratiquer l'extirpation de quelques dents cariées placées dans le voisinage.

Malgré toutes ces précautions, la tumeur fit des progrès rapides, elle envahit graduellement toute la largeur de la langue et prit en même temps un accroissement considérable dans le sens antéro-postérieur; des cautérisations avec le nitrate acide de mercure furent pratiquées à plusieurs reprises et semblèrent plutôt accélérer la marche de la maladie que l'enrayer. Désespéré de l'insuccès de ces divers traitemens, le malade se décida à venir trouver M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin, et fut reçu dans son service le 4 octobre 1852. Les deux tiers antérieurs de la langue étaient alors occupés par une vaste ulcération dont le fond, rempli d'une matière pultacée, présentait des excavations profondes, et dont les bords indurés formaient un relief considérable; la langue, pour ainsi dire clouée dans le fond de la bouche, n'exécutait plus aucun mouvement; la parole était inintelligible, la déglutition était très difficile et le malade exhalait une odeur repoussante. De vives douleurs lancinantes se répétaient à courts intervalles dans toute la région malade, et s'irradiaient même dans l'os maxillaire inférieur. Celui-ci, néanmoins, paraissait complètement intact. Ces accidens déterminèrent M. Maisonneuve à proposer l'amputation de la langue. Cette opération fut exécutée le 18 octobre 1852.

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, M. Maisonneuve pratiqua sur la ligne médiane une incision qui divisa d'abord la lèvre et les parties molles du menton jusqu'à la région sus-hyoïdienne; passant ensuite une scie à chaînette derrière l'os maxillaire inférieur, il en opéra la division au niveau de la symphise; puis écartant les deux branches latérales de cet os, il put mettre à découvert toute la partie malade. En quelques coups de ciseaux, il divisa les muscles génio-glosse et génio-hyoïdiens, de manière à isoler les deux tiers antérieurs de la langue, tant dans leur partie inférieure que sur les parties latérales. Ainsi détachée des parties molles voisines, la langue put être facilement attirée en avant, et deux fortes ligatures passées de bas en haut, à travers l'épaisseur de l'organe purent facilement circonscrire la maladie dans sa partie postérieure; après avoir fortement serré ces deux ligatures qui comprenaient chacune la moitié de la largeur de la langue, M. Maisonneuve acheva l'excision au moyen de ciseaux courbes.

Plusieurs ligatures furent portées sur les artères canine et sublinguale, et la plaie se trouvant parfaitement détergée, M. Maisonneuve rapprocha les parties molles de la lèvre et du menton, au moyen de douze points de suture entortillée, en réservant toutefois à la partie inférieure une ouverture d'écoulement pour les liquides.

Les suites de cette grave opération furent des plus simples, la réunion des parties molles s'opéra par première intention. L'ouverture ménagée à la partie inférieure suffit à prévenir l'infiltration des liquides dans le tissu cellulaire du col. Dès le quinzième jour, cette ouverture se ferma naturellement, et au bout d'un mois le malade était complètement guéri.

La déglutition s'exécute avec facilité, et, chose plus remarquable, la parole est revenue presque entièrement à l'état normal. Trois consonnes seulement sont émises avec quelque difficulté, le C, l'S et le T.

Amputation de la verge.

M. Maisonneuve présente un second malade auquel il a pratiqué l'amputation de la verge.

Le malade est âgé de 65 ans, il était atteint d'une affection cancroïde qui avait envahi le gland, toute la portion de l'urètre placée au-devant des bourses, ainsi que la partie correspondante des corps caverneux.

Saisissant de la main gauche la partie malade, pendant qu'un aide maintenait l'organe à la racine et protégeait les bourses, le chirurgien divisa d'un seul coup la verge, au moyen d'un petit couteau à amputation.

Quelques artérioles liées, la plaie fut abandonnée à elle-même, sans autre pansement que l'application de compresses imbibées d'eau froide. Persuadé que l'application d'une sonde dans l'urètre ne présentait aucun avantage et pouvait déterminer des inconvéniens, M. Maisonneuve crut pouvoir s'en dispenser.

VARIÉTÉS.

DÉCOUVERTE D'UN NOUVEL ALCALOÏDE DANS L'OPIUM.

Un pharmacien de Vienne s'étant mis à extraire la morphine d'un échantillon d'opium venu de l'Égypte, remarqua que la morphine qu'il obtenait était mêlée à un autre alcaloïde, qu'il supposa être de la narcotine. Mais le docteur Hinterberger en ayant fait l'examen, se convainquit que c'était une nouvelle base de l'opium, qu'il baptisa du nom d'*opianine*.

L'opianine cristallise en longues aiguilles transparentes, incolores, brillantes. Elle contient 66 atomes de carbone, 36 d'hydrogène, 2 d'azote, et 21 d'oxygène. Elle est insoluble dans l'eau, et seulement très légèrement soluble dans l'alcool bouillant, dans lequel elle cristallise par le refroidissement. Ses propriétés narcotiques sont à peu près celles de la morphine. Deux petits chats furent soumis à des expériences comparatives. A l'un on fit avaler 10 centigrammes de morphine pure, à l'autre une quantité égale d'opianine. Au bout de dix minutes, les deux chats offraient les symptômes suivans : Pupilles fortement dilatées, yeux fixes, les griffes tournées en dedans, écume à la bouche ; puis les animaux se mirent à marcher, mais d'une manière incertaine, tremblotante, vomissant incessamment, jetant des cris plaintifs, le train de derrière comme paralysé. Enfin, ils tombèrent et devinrent insensibles à l'action de l'ammoniaque. Ils se rétablirent en vingt-quatre heures. (Voy. *Provincial med. and surg, journal*, 24 novembre 1852.)

EFFETS DU COIT APRÈS UNE AMPUTATION. — M. le docteur Saurel a pu observer, chez un officier qui avait subi depuis quelques jours l'amputation de la cuisse, combien peut devenir dangereux, dans ces cas, l'ébranlement déterminé par l'acte générateur. Peu de temps après avoir rejoint sa jeune femme, dont il avait été séparé avant la complète cicatrisation du moignon, celui-ci s'enflamma, la plaie se rouvrit et il y eut une saillie de l'os de près de deux pouces, en même temps que le scrotum devint le siége d'une inflammation érysipélateuse, et tomba en gangrène.

Ce fait semble de nature à fixer très sérieusement l'attention des chirurgiens qui se trouvent quelquefois dans des positions extrêmement délicates. (*Rev. thér. du midi.*)

SINGULIER MOYEN DE PRÉVENIR LE MAL DE MER. — Ce moyen, qu'un savant anglais a proposé récemment à la *Société britannique pour l'avancement des sciences*, consiste tout simplement à tenir dans la main un verre rempli d'eau jusqu'au bord. La chose, ainsi qu'on le voit, est extrêmement facile ; mais ce qui ne l'est pas autant, c'est d'empêcher que l'eau ne se répande, et c'est ce qui importe avant tout; car si vous versez le contenu du verre, gare au contenu de votre estomac. Or, pour que vous conserviez l'eau et le liquide gastrique chacun dans son vase respectif, il faut que votre corps s'évertue à suivre les mouvemens du vaisseau, et cet exercice a, suivant le savant anglais, une vertu antivomitive supérieure à tous les moyens proposés jusqu'ici.

MAUVAIS EFFETS DE L'ADMINISTRATION DU SUC DE CITRON A HAUTE DOSE. — Dans ces derniers temps, le suc de citron a été préconisé à très haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu et quelques espèces d'hydropisies. Ce traitement n'est pas toujours exempt de danger, si l'on peut en juger par une communication du docteur Klusemann, faite dans le *Medicinische Zeitung, herausgegeben von den vereine fur Heilkunde in Preussen* (1852, 2). Ce médecin rapporte l'observation de deux malades chez lesquels un usage abondant et prolongé de suc de citron, a donné lieu à une hémoptisie qui s'est terminée fatalement. Chez un autre sujet qui, pour combattre une hydropisie suite de fièvre intermittente, avait eu tout pris 60 onces de ce suc, il survint des hémorrhagies intestinales qui se terminèrent également par la mort. — Le docteur Klusemann pense que c'est ici ou jamais le cas de dire : *Post hoc ergo propter hoc.*

COURRIER.

Nous ne savons sous quelle impression se trouvait l'auteur d'un article intitulé : les *deux Rivaux*, publié dans le dernier numéro d'un journal bi-mensuel, mais ce n'était pas évidemment sous l'impression de la réalité des choses. Nous ne demandons à nos confrères de la presse médicale ni bienveillance, ni sympathie ; mais est-ce donc trop que de leur demander un peu de vérité, additionné d'un grain de justice ? Hélas, il paraît que oui !

L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 14 décembre. M. le secrétaire perpétuel doit prononcer l'éloge de Boyer.

NOMINATION DANS LE CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE.

Par décret en date du 27 novembre, ont été nommés ou promus dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de médecin professeur : M. Barallier.

Au grade de chirurgien de 1ʳᵉ classe : MM. Leclerc, Thibaut, Gueit, Gallerand, Maisonneuve, Lallemand, Beaujean, Gaigneron, Prat.

Au grade de chirurgien de 2ᵉ classe : MM. Jousseaume, Savina, Savaria, Chenot, Le Boss, Lacroix, Roux, Gourrier, Deperche, Aiguier, Lantoin, Gasquet.

Au grade de chirurgien de 3ᵉ classe : MM. Castilon, Meunier, Déruas, de Rochas, Cédont, Normand, Fournier, Berg, Marec, Bienvenue, Champagne, Ricque, Mattei, Delmas, Chadesaux, Doué.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Maltesteet Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 146. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 7 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi : Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 DÉCEMBRE 1852.

HYGIÈNE PUBLIQUE ; — LES CRÈCHES.

Si nous sommes bien informé, et nous croyons l'être, l'Académie de médecine et le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, seraient prochainement mis en demeure de se prononcer sur la question des *crèches*.

Il paraîtrait que l'institution des crèches rencontre quelques adversaires au sein du Conseil municipal, et que les fonds alloués jusqu'ici ont été déjà diminués de moitié, ou que du moins la proposition en a été faite et appuyée, entre autres, par M. le préfet lui-même.

D'autre part, il paraîtrait encore que M. le ministre de l'intérieur, interprète, du reste, d'une pensée plus élevée, serait, au contraire, très sympathique à l'œuvre des crèches, qui a été généralement accueillie avec une si grande faveur.

Mais des doutes graves s'étant élevés sur l'utilité de cette institution, qui, au dire de savans respectables, serait loin d'être prouvée, et qui aurait pour résultat, au contraire, d'augmenter la mortalité et d'aggraver les maladies de la première enfance, l'administration supérieure, dans sa haute sagesse, aurait résolu d'en appeler à la science, qu'elle chargerait de faire une enquête sérieuse et approfondie.

Cette détermination du Pouvoir sur une question qui intéresse si profondément l'hygiène publique, ne pourrait être acceptée qu'avec une vive et générale satisfaction.

Amédée LATOUR.

Voilà une de ces questions graves, à l'élucidation desquelles la presse scientifique est nécessairement appelée à concourir. Aussi n'hésitons-nous pas à faire appel aux lumières et au dévoûment de ceux de nos lecteurs qui ont pu s'occuper de ce sujet d'une manière sérieuse; leurs communications seront reçues avec empressement, à la condition qu'elles resteront sur le terrain des faits scientifiques et de l'hygiène publique.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. le professeur ANDRAL. Suppléant, M. SÉE.

Sommaire.— Fièvre et pneumonie catarrhales.

Les variations continuelles de température qui ont eu lieu pendant la première quinzaine de novembre, ont exercé une influence manifeste sur la constitution médicale de ce mois. Les hôpitaux ont reçu un grand nombre de malades atteints de fièvre catarrhale. Cette sorte de grippe est caractérisée par les phénomènes suivans :

Les malades sont frappés le plus souvent à la suite d'un refroidissement brusque ou prolongé; l'affection débute par la muqueuse des voies respiratoires, qui peuvent être atteintes à la fois dans toute leur étendue, et alors on observe en même temps le coryza et la bronchite accompagnés même dans certains cas de conjonctivite et d'otite ; dans d'autres cas, ce n'est que successivement que l'on voit la maladie envahir la muqueuse nasale, l'isthme du gosier, le larynx et les bronches. Quoi qu'il en soit, il y a toujours une fièvre bien marquée avec redoublemens vers le soir. Les organes digestifs sont aussi plus ou moins souffrans, et traduisent leur souffrance par de l'embarras gastrique, de la constipation, quelquefois des vomissemens et de la diarrhée. Cette diarrhée peut être un phénomène critique de la maladie; elle survient alors quelques jours après le début; la bronchite s'apaise et se guérit bientôt, tandis que le flux intestinal persiste.

Il est de connaissance vulgaire qu'une des meilleures médications à opposer à la diarrhée de la fièvre catarrhale consiste dans l'administration d'un purgatif ou d'un vomitif; c'est la pratique que suit toujours M. Sée dans les cas de ce genre, et il en obtient d'heureux résultats, comme dans le fait suivant :

Au n° 16 de la salle Saint-Félix se trouve un homme de 22 ans, boulanger, d'une forte constitution; il n'a jamais fait de grave maladie. Il y a un mois environ, il a été pris d'une toux qui a duré une dixaine de jours. A cette toux a succédé une diarrhée abondante qui s'accompagnait de coliques et de développement assez marqué du ventre. Il allait jusqu'à sept à huit fois par vingt-quatre heures à la garde-robe. En même temps il perdit l'appétit, et à deux ou trois reprises différentes il eut des nausées et des vomissemens. Lorsqu'il entra à l'hôpital, il avait encore la diarrhée et des coliques au même degré que les jours précédens; sa langue était chargée d'un enduit jaunâtre, sa bouche était amère. M. Sée prescrit à ce malade 1 gramme de poudre d'ipécacuanha. Dans la journée et la nuit qui suivent l'administration de ce médicament, le malade vomit plusieurs fois; mais il ne va que deux fois à la garderobe. Le lendemain, il ne prend que de la tisane rafraîchissante. La diarrhée ne reparaît plus.

La fièvre catarrhale peut devenir plus grave si elle ne borne point son action aux bronches, et si elle envahit le parenchyme pulmonaire. On a alors affaire à des pneumonies catarrhales qui, comme on le sait, sont très insidieuses et peuvent très bien échapper pendant quelques jours au médecin dont l'attention est attirée ailleurs par des phénomènes étrangers à la pneumonie ordinaires. Ces pneumonies débutent le plus souvent après quelques jours de maladie. Elles sont précédées par tous les symptômes de la grippe simple. Leur début n'est point accusé par un violent frisson; le plus souvent il n'y a pas de point de côté.

Dans certains cas, les crachats sont purement muqueux ; la fièvre est modérée. Ce n'est qu'au bout de quelques jours, et lorsque la maladie résiste aux moyens employés contre la grippe, que l'on songe à une pneumonie possible et qu'on la découvre. C'est ce qui est arrivé dans le fait suivant :

Au n° 17 de la salle Saint-Félix est couché le nommé Lebeliquet (Adolphe), âgé de 23 ans, boulanger; ce jeune homme est d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique, de chétive apparence. Il n'est malade que depuis huit jours. Le premier jour il a eu des coliques et du dévoiement; le lendemain il a commencé à tousser. Il a eu dans cette journée un très léger frisson suivi d'un point de côté qui a cessé le soir après qu'il a eu pris une bouteille d'eau de Sedlitz que lui a ordonnée le médecin. Les jours suivans, il a continué à tousser. Il n'a point craché de sang et il est resté au lit jusqu'au jour de son entrée, qui a lieu le 16 novembre. Le lendemain, à la visite, M. Sée interroge ce malade, qui rend un compte très incomplet de ce qui a précédé son entrée à l'hôpital, car il ne mentionne ni le point de côté ni le frisson qu'il a éprouvés. Il dit qu'il tousse depuis quelques jours, qu'il a eu de la diarrhée. A l'auscultation, on ne trouve que des râles sibilans disséminés dans la poitrine. La sonorité est égale des deux côtés. Les crachats sont purulens, muqueux, peu adhérens au vase. La langue est blanche, un peu jaunâtre à son centre. La bouche est amère; le ventre n'est point sensible à la pression ; le dévoiement n'a pas reparu depuis le premier jour de sa maladie. Il y a peu de fièvre, mais le malade présente un certain degré d'abattement, peu en rapport avec la bénignité apparente des autres phénomènes. M. Sée croit à l'existence d'une fièvre catarrhale, il prescrit un purgatif, deux bouillons, deux potages. Le malade va plusieurs fois à la garderobe.

Feuilleton.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR L'ÉTAT MENTAL D'UN ALIÉNÉ HOMICIDE, AVEC DES CONSIDÉRATIONS SUR CE QUE L'ON DOIT ENTENDRE PAR LA MONOMANIE HOMICIDE; par M. le docteur MOREL, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe).

§

Le 3 mai 1852, le nommé Chanel, Joseph, cantonnier dans le département des Vosges, se rendait dans la petite ville de Rambervillers. Il rencontre le nommé Olivier, qui habitait un village voisin. Olivier salue Chanel, mais ce dernier passe d'un air sombre, sans répondre à son salut. A peine Olivier était-il passé, que son attention est fortement attirée par des cris perçans ; il se retourne, et reconnaît Chanel, poursuivant à travers champs, un malheureux enfant dont il distingue encore les paroles : ..... O mon Dieu ! pardon, Monsieur, quel mal vous ai-je fait? Chanel l'a bientôt atteint; d'une main, il le saisit au collet par derrière, et de l'autre, lui assène un coup de serpe sur la tête. L'enfant tombe, Chanel se courbe sur lui et continue à le frapper avec rage de sa serpe. Le témoin de cette scène veut courir au secours de la victime et pousse des cris contre le meurtrier, mais il n'ose approcher. Chanel, en grinçant des dents, pour me servir des termes de l'instruction, brandit vers lui sa serpe ensanglantée et menace de l'en frapper, s'il fait un pas de plus.

Toujours armé, il passe auprès de trois hommes qui n'osent l'arrêter. Plus loin, il se trouve en face d'un de ses camarades, cantonnier comme lui. Ce dernier, qui ignore le meurtre, s'arrête pour dire bonjour à Chanel; mais cet homme le regarde d'un air sombre, et lui dit brutalement : *passe ton chemin, pour que je ne t'arrange pas comme celui-là là-bas.*

Chanel entre en ville, va faire ses provisions chez le boucher, et revient tranquillement à son village. Il trouve, à son retour, tous les habitans qui l'attendaient et qui s'emparent de sa personne avec des signes non équivoques de l'horreur qu'elle leur inspirait. Mais lui : *Que me voulez-vous?* leur dit-il, *j'ai tué un enfant, et je ne m'en repens pas; il y a assez longtemps que l'on me fait souffrir, et il fallait bien en finir avec eux.*

La justice, immédiatement informée, se transporte sur les lieux. Le coupable, confronté avec sa victime, subit un premier interrogatoire, que je transcris littéralement :

C'est là votre ouvrage? — Oui.

C'est vous qui avez tué ce jeune homme? — Oui, et j'ai bien fait, et je ne m'en repens pas.

Le connaissiez-vous? — Non.

Pourquoi l'avoir tué? — Parce que je voulais tuer lui ou un autre.

Dans quel but? — C'est mon affaire.

Pourquoi vous étiez-vous acharné à lui porter de si nombreux coups? — Parce que je voulais seulement le tuer et non le faire souffrir.

C'est avec une serpe que vous l'avez tué? — Oui.

Quel usage vouliez-vous faire de cette serpe en quittant votre domicile? — Je m'étais dit que je tuerais quelqu'un aujourd'hui, et j'ai pris ma serpe pour réussir.

(Lui représentant le parapluie qui reposait sur le cadavre.) A qui ce parapluie? — C'est le mien. Celui que voyez plus haut ouvert, est celui de celui-là, en désignant la victime.

Chanel est ensuite transporté à la prison d'Épinal. Il n'y dément pas ses instincts de férocité. Il veut un jour frapper M. l'aumônier, qui lui adresse quelques paroles. Il se plaint de ce que l'on empoisonne ses alimens. Une première enquête est ouverte, un rapport médical est adressé à l'autorité. Ce rapport était loin d'être favorable à cet individu, qui, aux yeux du médecin de l'hôpital, ne paraissait pas aliéné. Envoyé à l'asile de Maréville, le 21 mai 1852, pour y être placé en observation, je suis chargé, conjointement avec M. le dr Blondlot, de faire un rapport sur l'état mental de cet assassin. L'exposé de ce rapport indiquera les motifs qui nous ont porté à considérer cet homme comme privé de l'exercice de sa raison.

§

Chanel (Joseph), âgé de 41 ans, est entré pour la seconde fois à l'asile de Maréville, le 21 mai 1852. Cet individu, accusé et convaincu d'avoir tué un malheureux enfant de 13 ans, a été examiné conjointement par M. le docteur Blondlot et par moi. Pénétrés de la gravité de notre mission, nous avons étudié, dans leurs plus petits détails, les circonstances dans lesquelles ce meurtre a été exécuté, ainsi que le caractère de l'individu, ses antécédens, et les motifs de cet acte épouvantable. C'est après un examen sérieux, répété un grand nombre de fois, que nous livrons aux juges naturels de Chanel les résultats de nos convictions.

Pour mettre plus d'ordre et de lucidité dans ce travail, nous l'avons divisé en trois parties. Dans la première partie, nous examinons l'état mental de Chanel, tel qu'il s'est présenté à notre observation à l'asile. Dans la deuxième partie, nous aurons à étudier les actes de Chanel à l'extérieur, et les relations de ces actes avec son état mental actuel, et dans la troisième partie, nous énoncerons nos conclusions motivées.

PREMIÈRE PARTIE.

Le jour de son entrée, Chanel injurie les gardiens et les préposés de l'asile; il cherche à frapper les personnes qui le mènent dans le quartier qu'il doit occuper. L'expression de sa figure est sombre, son œil menaçant; on croit, pour plus de précautions, devoir lui mettre la camisole de force. Après deux heures de séjour, voyant que la lutte est inutile, il reste calme, indifférent à sa situation. Sa figure exprime l'absence de tout sentiment bienveillant; plusieurs employés et d'anciens malades lui demandent s'il les reconnaît. Il répond d'un air dédaigneux et menaçant : *Pourquoi ne vous reconnaîtrais-je pas?... Je vous connais bien, allez.*

Le lendemain dimanche (24 mai), en présence de M. Blondlot et de quelques élèves de l'École de Nancy, qui assistent à notre clinique, nous faisons comparaître Chanel; nous lui faisons ôter la camisole, espérant que les moyens de douceur et la présence d'un nombreux auditoire,

Le 18, le 19, on le maintient au régime. Il n'éprouve aucun soulagement, et l'abattement qu'il présentait le 17 ne fait qu'augmenter. L'on percute et l'on ausculte de nouveau la poitrine. En avant, on trouve la sonorité normale des deux côtés, la respiration exagérée à droite avec ralentissement marqué de la voix. En arrière et à droite, la sonorité est diminuée dans les fosses sus et sous-épineuses. La respiration est soufflante dans la fosse sus-épineuse. Dans la fosse sous-épineuse, on entend un souffle tubaire un peu voilé, surtout dans la moitié supérieure de cette fosse : dans ce point, il y a une bronchophonie assez prononcée. Il n'y a point de râle crépitant.

A raison du peu de réaction qu'excite cette pneumonie, M. Sée s'abstient de saigner le malade ; il lui prescrit un vomitif. Les jours suivans, le souffle n'a point augmenté d'étendue, l'état général du malade s'est amélioré. L'appétit lui revient : il est en voie de guérison.

C'est là certainement un cas de pneumonie latente, surtout dans les premiers jours qui ont suivi l'entrée de ce malade à l'hôpital. Il est presque certain que la pneumonie existait déjà à ce moment, car, d'après toutes les probabilités, le frisson et le point de côté qu'a ressentis le malade quelques jours avant son entrée à l'hôpital, marquaient le début de l'inflammation du poumon. Mais elle était centrale, puisque l'auscultation et la percussion, pratiquées le premier jour, n'ont montré que des râles sibilans disséminés, sans diminution de sonorité des parois thoraciques. Les renseignemens inexacts du malade n'étaient pas faits d'ailleurs pour éclairer le diagnostic. Les crachats ne pouvaient pas non plus mettre sur la voie, puisqu'ils étaient muqueux. Cette pneumonie, qui va guérir presque d'elle-même, aurait donc très bien pu passer inaperçue, si M. Sée n'avait point été frappé de l'abattement du malade et de la résistance de la maladie au régime, au repos, à la purgation.

Ces cas de pneumonie, où le diagnostic est très difficile, ne sont pas rares : tous les médecins en ont vu quelques-uns. Nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs fois, et nous citerons, entre autres, un malade qui a passé sous nos yeux dernièrement. Cet homme est entré à l'hôpital au bout de quelques jours de maladie. Il n'avait eu ni frisson, ni point de côté. Il avait le dévoiement depuis plusieurs jours, avait la bouche amère, la langue sèche ; il se plaignait de maux de tête violens, avait une fièvre assez vive, de l'abattement, le pouls petit, la peau chaude. Il toussait peu, ses crachats étaient muqueux : il était facile de commettre une erreur de diagnostic et de croire à l'existence d'une fièvre typhoïde. Ce malade avait une pneumonie du sommet du poumon droit. On lui fit une saignée, le lendemain le pouls s'était relevé. La maladie a marché régulièrement ensuite, et la guérison s'est faite assez promptement.

C'est surtout pour les pneumonies du sommet que le diagnostic peut s'égarer. Un des phénomènes qui doivent le plus, dans les cas douteux, appeler l'attention du praticien sur le poumon et lui faire soupçonner une pneumonie, quand il s'agit d'un adulte atteint d'une maladie fébrile, c'est la fréquence de la respiration : c'est là ce qui, chez ce dernier malade dont nous venons de parler, a fait examiner avec soin l'état des poumons et découvrir la pneumonie. A. V.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES FEUILLES DE FRÊNE DANS LES AFFECTIONS GOUTTEUSES ET RHUMATISMALES.

MM. Pouget et Peyraud ont publié, dans votre numéro du 27 novembre, un article sur l'usage des feuilles de frêne dans la goutte. Avec toute la véracité possible, ces Messieurs indiquent les sources où ils ont puisé ce moyen, et ils en déduisent cet enseignement, que le hasard est pour tout dans cette découverte, et que M. le docteur Peyraud, qui n'a pas craint d'y avoir recours, a été assez heureux pour se procurer une guérison efficace. La bonne opinion sur les propriétés antigoutteuses des feuilles de frêne ne trouvera pas de contradicteurs ; mais annoncé comme nouveau à tout le monde médical, ce fait a dû étonner tous les médecins de notre localité ; car l'infusion de frêne y est d'un emploi journalier depuis soixante ans. Si les publications médicales ont fait défaut, c'est que dans ce pays, comme dans celui de ces Messieurs, les feuilles de frêne, au moins jusqu'ici, ont été plus du domaine de la médecine domestique que du domaine médical proprement dit, et qu'il serait difficile de les trouver chez les pharmaciens. Leur usage s'est passé des prescriptions habituelles des médecins, et l'expérience seule a pu nous rallier à ses bons effets.

Médecin de la maison où ces feuilles sont en honneur à Valenciennes, et où on en fait une récolte annuelle pour les distribuer aux goutteux, j'en avais prescrit avec succès l'emploi à plusieurs officiers supérieurs de l'armée, et alors médecin en chef de l'hôpital militaire, je crus devoir en faire l'objet d'un mémoire que j'envoyai au Conseil de santé des armées. J'ai dans les mains la lettre de réception du secrétaire, encore chargé de ces fonctions.

Soit que le conseil de santé ait jugé l'écrit sans valeur, soit qu'il ait trouvé la goutte une maladie exceptionnelle, ses bulletins ne firent pas mention du mémoire dont je livrai même la copie à M. Dubois, aide-major, qui en avait observé les excellens effets sur son colonel de lanciers, M. de B...

Sans revendiquer en rien la priorité dans l'application médicale de l'infusion de frêne tirée de son origine vulgaire, je peux au moins facilement me disculper du reproche d'indifférence pour la part active de ce végétal précieux dans les affections goutteuses. L'ayant conseillé depuis quinze ans, et après avoir fait preuve de bon vouloir pour le produire, il est à regretter au moins que son mode d'administration soit resté enseveli dans les archives du conseil de santé.

Depuis 1842, j'ai constamment continué à observer ces résultats heureux qui ont toujours amoindri les accès de goutte, et qui font de l'infusion des feuilles de frêne une boisson dont les familles, atteintes héréditairement de goutte, se servent comme du thé de Chine.

A Valenciennes, le frêne a élu domicile dans la maison de M. Péniau, maître de poste, qui, de père en fils, récolte les feuilles de frêne entre les deux Notre-Dame, c'est-à-dire du 15 août au 15 septembre ; ce sont les feuilles mâles seules qui sont employées. On les étend dans un grenier, on les fait sécher, puis on les donne pour être administrées ; on y procède par infusion, sur une pincée des cinq doigts des feuilles de frêne mâle, on jette un litre d'eau bouillante qu'on boit par verres dans la journée. L'infusion doit être faite avec soin ; trop concentrée, elle développe une amertume qui en empêche la continuation.

Ici, les médecins sont peu consultés pour la goutte, le thé de feuilles de frêne est de suite mis en usage sans conseil ; les uns le continuent toute l'année en commençant leur journée par une tasse de cette boisson, d'autres y reviennent de loin en loin, le plus grand nombre n'y a recours qu'au moment des accès. Sans règle particulière, chaque malade a sa manière de faire cette infusion pour son propre agrément : les uns ont d'abondantes sueurs en la prenant le soir, très chaude, en se couchant ; d'autres transpirent peu ; tous sont d'accord pour attribuer une certaine action spécifique à ce médicament de leur choix.

Le thé de feuilles de frêne est le commencement de toute médication contre la goutte à Valenciennes ; puis, si elle résiste dans les familles où cette affection est héréditaire et plus tenace, c'est au sirop de Boubée qu'on s'empresse de recourir ; ces deux moyens paraissent aller fort bien de pair et ne s'exclure en rien.

Ces feuilles furent conseillées à M. Péniau, en proie aux douleurs de goutte, par un propriétaire du Jura, empressé de se débarrasser de cet hôte incommode ; notre malade en usa largement, eut des sueurs abondantes qui dominèrent les souffrances de la goutte et leur durée ; de mensuels qu'ils étaient, ces accès finirent par n'être plus qu'annuels. M. P... en donna à toute sa famille, où la goutte s'est éteinte, et jusqu'à l'ouverture du chemin de fer du Nord, il n'était pas de voyageur qui ne reçût, à son départ, un sachet de frêne pour les accès existans ou pour ceux à venir.

Tant de persévérance dans ce moyen, qui compte dans les contrées du nord de si nombreux partisans, est certainement digne de l'attention médicale, et je crois comme ces MM. les docteurs Pouget et Peyraud, que la thérapeutique doit s'emparer de ce médicament et l'expérimenter ; elle le rangera, par ses résultats, dans une catégorie autre que celle assignée jusqu'ici par les auteurs, et elle trouvera en lui un remède utile, comme moyen préventif et curatif de la goutte sans complications graves.

Dr Marbotin.

Valenciennes, le 30 Novembre 1852.

OBSERVATION DE TÉTANOS TRAUMATIQUE GUÉRI PAR LES INHALATIONS DE CHLOROFORME PROLONGÉES.

Metelin (Lesbos), le 16 Novembre 1852.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous avez bien voulu agréer mon observation de fièvre typhoïde guérie par l'hydropathie, j'ose me flatter que vous accorderez la même faveur à celle que je vous présente aujourd'hui.

Le chloroforme a longuement agité, depuis sa découverte, le monde médical, et, dans mon humble croyance, cet agent merveilleux n'a pas dit son dernier mot ; car je suis intimement convaincu que son application se perfectionnant tous les jours dans les mains d'habiles et laborieux praticiens, fournira sans doute à la thérapeutique son instrument le plus précieux, pour lutter avec avantage, sinon avec certitude, sur ce vaste domaine de la pathologie qui embrasse les névroses, maladies aussi désolantes qu'incompréhensibles, et pour éviter, par conséquent, les tristes écueils où viennent échouer si souvent nos plus généreux, nos plus dévoués efforts !

Le 28 août dernier, à cinq heures du soir, un pauvre villageois était transféré à l'hôpital. Ce malheureux s'était porté, sur le pied droit, un coup de hache qui en avait presque séparé trois orteils, le gros et le petit exceptés, tout près de leur articulation métatarso-phalangienne. Un mauvais pansement et des topiques irritans appliqués par une matrone, y amenèrent la gangrène trois jours après l'accident.

Ma tâche n'était pas bien difficile : séparer les doigts sphacélés de la partie saine, voilà ce que je pratiquai à l'instant même.

Fanaki Catzanelli est âgé de 40 ans, son tempérament est

---

auront une influence favorable sur ce caractère indomptable ; mais à peine entré dans la salle où nous étions réunis, Chanel nous apostrophe vivement. *Qu'est-ce, dit-il, on prêche ici? et je n'aime pas les sermons moi.* On lui adresse des questions, il ne répond que par des injures. Il est mené dans une salle voisine pour voir s'il se calmera, mais il continue son tapage, se met à siffler et à chanter. Il faut le reconduire au quartier. Ramené encore devant nous, il répond plus directement à nos questions. L'expression féroce de sa figure, le cynisme de ses réponses, impressionnent vivement les assistans. *Ce que j'ai fait, je l'ai bien fait*, dit-il, *il fallait en finir. Si on vous avait fait souffrir ce que j'ai souffert, vous auriez bien vu...*

Tout ce que nous pouvons comprendre dans la nature des souffrances dont il se plaint, c'est qu'il les rapporte à ses alimens, que l'on aurait empoisonnés.

Mais, lui dit-on, ce n'est pas une raison pour tuer un enfant ; vous devez avoir des remords ? — *Des remords*, s'écrie-t-il avec une expression de figure indescriptible. *Des remords? Oh! non, je n'en ai point.*

D. Vous seriez donc prêt à recommencer ?

R. Eh ! certes, oui, répond-il, si on me faisait tout ce qu'on m'a fait. Il fallait me laisser tranquille ; d'ailleurs, je ne suis pas fou. Qu'on fasse de moi ce qu'on voudra.

D. Si vous n'êtes pas aliéné, vous serez condamné à mort.

R. Tant mieux ; c'est ce que je demande ; qu'on me mette entre les mains de la justice. Si on me guillotine.... Eh bien! on me guillotinera.

Pendant cet interrogatoire, on n'observe aucun phénomène anormal dans la circulation générale de cet individu ; son pouls nous offre 45 à 50 pulsations. Sa langue n'indique pas un état maladif des organes de la digestion. On nous dit, du reste, qu'il mange avec appétit. Examiné pendant la nuit, on n'a pas remarqué que son sommeil fût troublé.

Le lendemain, 25 mai, nous voyons Chanel à la visite du matin ; il est toujours sombre et inquiet. Pour la première fois, il nous dit que si la *magogie* et la *question* l'avaient laissé tranquille, il n'aurait pas fait ce qu'il a fait. Il ne veut pas nous en dire davantage.

Le 26 mai, Chanel est plus provoquant que jamais. Il se promène avec la camisole de force. Il ne veut répondre à aucune question. *Vous savez ce qu'il en est*, dit-il de sa voix la plus farouche, *laissez-moi tranquille; vous ne valez peut-être pas mieux que les autres.*

A la visite du 26 mai, il ne veut pas sortir de son mutisme. Nous le menons au bain, pour essayer l'influence de la douche. Il devient plus docile, et nous explique ce qu'il entend par *magogie* et *question*.

La magogie, dans son système, est une puissance occulte, une réunion d'individus qui trouvent le moyen de dénaturer ses alimens, de les empoisonner et de lui faire éprouver toutes les souffrances qu'il endure. *Qu'ils me laissent tranquille*, ajouta-t-il, *je les laisserai.*

La *question* est aussi une puissance occulte, une réunion d'individus qui ont le pouvoir de dénaturer votre pensée et de vous empêcher de faire certaines choses. C'est à la question qu'il attribue la rupture d'un mariage qu'il ambitionnait.

Le lendemain, 27, nous remarquons une transformation complète dans la personne de Chanel. Il cesse d'être provoquant et n'insulte plus. Il paraît même abattu, mais sa voix est toujours sombre, son regard est fixé vers le sol ; il ne vous regarde jamais en face. Interrogé de nouveau, il ne veut pas renouveler les explications qu'il a données ; il se contente de répondre : *vous savez bien ce qu'il en est.* La même réponse se reproduit quand on lui pose une question déjà faite : *vous savez bien ce que je vous ai dit.*

Le voyant plus calme et plus tranquille, nous lui proposons de lui faire ôter la camisole. *C'est comme vous voudrez*, dit-il. Rendu à la liberté de ses mouvemens, il se promène, les mains dans ses poches, ne nous adresse pas le moindre remerciment, et ne salue jamais personne dans la promenade habituelle qu'il parcourt. Il ne parle à aucun malade, ni à aucun infirmier. Quelques-uns de ses anciens camarades lui ayant demandé s'il les reconnaissait : « *Je le crois bien*, dit-il, *passez votre chemin, laissez-moi tranquille.*

Du 27 au 30 mai, rien d'extraordinaire. Ce jour-là, il demande une augmentation de pain, ce qu'on lui accorde. Il demande du vin, on fait droit à sa demande.

Le 1er juin, sa langue est blanche ; on lui administre une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le lendemain, son appétit est insatiable ; il demande une double ration de vin ; nous croyons devoir la lui refuser.

Interrogé le 3 juin, dans mon cabinet, en présence de M. le docteur Blondlot, il ne sort pas de ses réponses habituelles. Mais, lui fait observer M. Blondlot, j'admets qu'on ait empoisonné vos alimens, était-ce une raison de s'en prendre à un pauvre enfant innocent, que vous ne connaissez pas ?

R. C'est possible, mais il fallait que cela finisse ; autant que ce soit lui qu'un autre.

D. Vous ne craignez donc pas d'être condamné à mort?

R. Mais non, il faut bien que cela finisse ; qu'on me condamne si l'on veut.

D. Alors, si vous étiez si fatigué de la vie, pourquoi n'avez-vous pas attenté à vos jours?

R. Ah ! c'est différent, ce n'était pas moi qui me faisais du mal, c'était les autres qui m'en faisaient.

D. Mais qui?

R. Mais tous ceux qui m'en voulaient, qui me faisaient souffrir.

Du 3 juin au 13 du même mois, rien d'extraordinaire.

Chanel boit, mange, se promène toujours avec le même air sombre et n'adresse la parole à personne.

Le dimanche, 13 juin, je le fais aller à la messe avec les autres malades. Je me place à côté de lui et observe si quelque émotion se peindra sur sa figure. Il reste impassible, les mains dans les poches et le regard constamment fixé vers le sol.

Le 15 juin, au matin, l'infirmier vient nous prévenir que Chanel est *redevenu méchant*. Il a dit des injures à l'infirmier de service, et quand ce dernier est venu lui apporter son déjeûner, il a jeté sa soupe sous son lit. Il refuse de manger.

(*La suite à un prochain numéro*).

lymphatique, pusillanime et sans énergie; la vue seule des instrumens de chirurgie, nécessaires à l'opération, lui cause une agitation et une frayeur extrêmes. Il s'évanouit, et je profite de ce moment pour opérer la désarticulation des trois doigts nécrosés.

Le malade revient de son évanouissement à l'heure du pansement. Il exprime d'abord son contentement de n'avoir pas senti l'opération, et il demande un verre d'eau. Un petit bruit anormal, venant du gosier du malade, fixa aussitôt mon attention. L'acte de la déglutition s'opérait évidemment avec difficulté; j'en recherchai immédiatement la cause, d'autant plus que j'avais remarqué en lui une espèce de bredouillement que j'attribuai d'abord à un défaut organique; mais une fois mon attention éveillée, je constatai un commencement de trismus, dès lors, le bruit anormal mentionné recevait naturellement son explication. Au moment de franchir le pharynx, l'eau, violemment agitée par une contraction apparemment irrégulière et trop rapide de cet organe, avait donné lieu à ce bruit. En outre, le malade dit avoir éprouvé dans la journée des contractions douloureuses des muscles de la face, du cou et du dos. Je lui prescris une potion fortement laudanisée, et le quitte, emportant avec moi le triste pressentiment que ce léger trismus et les contractions musculaires n'étaient que le prélude du tétanos.

A ma visite du lendemain, mon soupçon est entièrement confirmé. La déglutition est très difficile, le trismus plus prononcé; il y a raideur de tous les muscles du corps, mais particulièrement au point de départ, c'est-à-dire à la face, au cou, au dos et à la poitrine. La parole est saccadée et gutturale; les traits de la physionomie expriment la souffrance et la crainte de mourir; le pouls est régulier, mais très lent. Je prescris 5 centigrammes de strychnine dans 64 grammes de sirop de pavots, à prendre par cuillerée toutes les deux heures.

Le soir, les symptômes tétaniques se sont aggravés, les souffrances sont intolérables. Je me décide à faire usage du chloroforme. Je verse d'abord 16 grammes de chloroforme de Pelletier sur mon mouchoir, et je soumets le malade aux inhalations presque continues de cet agent pendant une heure, en prenant toutes les précautions pour ne pas intercepter entièrement le passage de l'air dans les poumons. Je consommai de cette manière 100 grammes environ de chloroforme. L'anesthésie avait été maintenue constante et le relâchement des muscles parfait. Les effets anesthésiques du chloroforme s'étaient prolongés une demi-heure au-delà de la cessation de son emploi, et à ma grande satisfaction le trismus et la raideur tétanique de tous les autres muscles avaient cessé pour ne plus reparaître.

Deux mois après, Fanaki Catzanelli, parfaitement guéri, reprenait son métier de bûcheron.

Peut-on élever quelque doute que le chloroforme n'ait triomphé, dans cette circonstance, d'une affection contre laquelle échouent, la plupart des fois, les médications les plus éclairées, les plus énergiques? Pour ma part, je suis certain que c'est à l'inhalation du chloroforme pendant une heure, sans discontinuer un seul instant, que je dois attribuer la guérison de mon malade. Aussi, en vous communiquant cette observation, très honoré confrère, je crois accomplir un devoir.

Agréez, etc. Thre BARGIGLY.

DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR L'OXYDE DE ZINC;

Par M. MOREAU (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 2 et 4 décembre.)

OBSERVATION VI. — Le 6 mai 1852, Charlier, âgé 21 ans, est entré à l'hospice de Bicêtre (2e salle, 21).

Ce jeune homme, de moyenne taille, mais bien conformé, est d'une apathie extrême au moral et au physique.

Mère hystériqu.e Le père jouit d'une bonne santé et ne nous signale point d'autres causes héréditaires dans la famille : interrogé sur la maladie de son fils, il ne sait à quoi l'attribuer, si ce n'est à une habitude assez fréquente de l'onanisme.

Avant que son fils fût atteint d'épilepsie, il était, dit-il, assez intelligent; mais son esprit s'alourdit bientôt. Il est doué de caractère peu communicatif, et ne fait jamais entendre la moindre plainte. Le père l'ayant confié aux soins d'un prêtre, ne peut nous donner des détails bien précis sur le début de cette affection. Il ignore si les vertiges ont précédé les attaques, et ne nous indique, pour la première année, que d'une manière incertaine la marche de ces dernières. Il serait épileptique depuis six ans environ. D'après ses calculs, il a eu au moins 3 à 400 attaques ou vertiges simples. Depuis six mois environ les paroxysmes se rapprochent un peu. Rarement les attaques se manifestent la nuit.

TRAITEMENT.

Mai. — Le malade est soumis au traitement le 17. Chaque nouvelle prescription est renouvelée et augmentée d'un gramme tous les huit jours. 25 (deuxième dose).

Attaques pendant le mois : depuis le 6, trois paroxysmes, le premier de 3, le deuxième de 2, et le troisième de 2 également. Deux attaques isolées et un vertige.

Juin. — Le 8, le 18, le 27, il prend les poudres de la septième, huitième, neuvième prescriptions.

Attaques du mois : trois paroxysmes, l'un de 3, l'autre de 2, et le dernier de 3. Cinq attaques isolées et trois vertiges.

Juillet. — Le 8, le 18, le 27 on administre les septième, huitième, neuvième prescriptions.

Attaques : trois paroxysmes, l'un de 3, l'autre de 2, et le dernier de 3. Cinq attaques isolées et trois vertiges.

Août. — Le 5, le 13, le 22, dixième, onzième, douzième doses. Six attaques et trois vertiges. Point de paroxysme dans ce mois, les attaques sont isolées.

Septembre. — L'avant-dernière dose est prescrite le 1er. Le 8, le malade prend la dernière (oxyde de zinc, 15 grammes; sucre, 16 grammes). Elle est continuée jusqu'au 1er octobre. Le 4, il a un vertige; le 7, une attaque, jour où il commence à travailler; le 8, paroxysme de trois attaques très fortes. Du 8 à la fin du mois, cinq attaques très violentes.

30. Le traitement est suspendu.

OBSERVATION VII. — Noziers, âgé de 19 ans, né à Paris, entre dans la deuxième salle, N° 4, le 2 mars 1852.

Taille au-dessous de la moyenne, yeux roux, cheveux bruns; il est maigre et d'une constitution assez faible.

Mère morte phthisique. Père maigre et nerveux. Deux de ses oncles maternels ont succombé, l'un à 22 ans, aliéné, l'autre asphyxié par le charbon sans cause connue. Un de ses frères est mort à 4 mois dans les convulsions. Début de la première attaque à l'âge de 13 ans, dix jours après avoir reçu à l'épigastre un coup de pied de vache, la seconde attaque ne revient que trois mois plus tard; dès lors les autres se succèdent tous les deux mois, pendant l'espace de deux ans et demi. Au bout de ce temps, suspension de neuf mois sans cause connue. Après cette suspension, elles se reproduisent tous les quinze jours. Traitemens divers, dont on ne peut nous donner de renseignemens. Séjour à Bicêtre de deux ans, avant d'entrer dans le service. Là les attaques se renouvellent tous les huit jours ou dix jours, indifféremment de jour ou de nuit. Il y a chute subite sans cris, et hébétude après l'attaque. Aucun signe précurseur ne l'avertit de ses accès.

TRAITEMENT.

Mars. — On commence le 3 mars. Les doses sont réitérées tous les huit jours, avec augmentation d'un gramme chaque fois. Pendant le mois, le malade prend les quatre premières doses. — 10. Il éprouve pour la première fois, dans le bras droit et la main gauche, de la raideur, suivie de mouvemens convulsifs.

Attaques : sept isolées, un paroxysme de six le 28. Le 29, fatigue, hébétude, céphalalgie (saignée). — 30. Bouteille d'eau de sedlitz.

Avril. — Les trois doses suivantes sont administrées. — 2. Etat naturel. Six attaques isolées, un paroxysme de 3 pendant le jour, cinq attaques isolées de nuit.

Au commencement de la sixième dose, nausées; sur la fin, il dit qu'il rejette des glaires, et réitère cette plainte jusqu'à la neuvième dose.

Le 30, la huitième dose est prescrite.

Mai. — Le 7, le 16, le 24. Neuvième, dizième, onzième prescriptions.

Attaques : un paroxysme de 3, cinq isolées de jour, et deux de nuit.

Le 12. Mouvemens convulsifs du bras droit, analogues à ceux qu'il a éprouvés le 10 mars.

Juin. — Le 1er, l'oxyde de zinc est cessé.

Le 6, deux pilules sulfate de cuivre ammoniacal, 0,30; extrait de réglisse, 2,60 pour vingt-quatre pilules.

Le 7, deux pilules; nausées. Le 8, deux pilules; vomissemens bilieux. Le 9, une pilule; vomissemens. On supprime le sulfate de cuivre.

Le 27, M. Moreau prescrit une pilule de belladone de 0,10 centig.; cette prescription est continuée jusqu'au 1er octobre.

Dans ce mois, sept attaques de jour, un paroxysme de 3 dans la nuit.

Juillet. — Attaques : douze de jours, et pas de nuit.

Août. — Sept attaques de jour, et deux de nuit.

Septembre. — Six attaques isolées, un paroxysme de 6 pendant le jour, deux attaques de nuit.

Le 30. On cesse les pilules de belladone.

OBSERVATION VIII. — Desfarges, 21 ans, tempéramment lymphatique; vers la fin de l'année 1850, a eu une première *attaque de nerfs*, en sortant de souper. Deux mois auparavant il avait vu sa mère en proie à une violente attaque d'hystérie; ce qui l'avait vivement impressionné.

Nous avons eu plusieur fois occasion de voir ce jeune homme, dans ce qu'il appelait ses crises. C'est un type d'*hystéro-épilepsie*. Les symptômes propres à l'hystérie et à l'épilepsie, sont tellement mélangés qu'il est impossible de faire la part exacte des uns et des autres. Les accès sont toujours précédés d'un état lypémaniaque avec stupeur.

Les simples vertiges sont beaucoup plus fréquens que les accès complets dont la totalité ne s'élève certainement pas au-dessus de 70 à 80.

Desfarges n'avait encore fait aucun traitement régulier, lorsque, vers les premiers jours de mars 1852, il fut soumis au traitement par le zinc.

Après le troisième mois, l'état de ce malade n'avait encore subi aucune modification, soit en bien, soit en mal. A cette époque les accès qui n'étaient séparés que par des intervalles de deux et trois semaines, cessèrent de se montrer pendant deux mois et sept ou huit jours. Desfarges n'éprouva plus que des vertiges; se croyant guéri, il quitta l'hospice et se fit valet de chambre. Au commencement d'octobre dernier, il se présenta à la consultation. Deux jours auparavant, sans cause appréciable, alors que sa santé était meilleure que jamais, il avait été repris d'attaques violentes qui se renouvelèrent jusqu'à six fois, séparées seulement par quelques heures d'intervalle.

L'observation qui suit provient de la pratique privée de M. le docteur Moreau, qui a bien voulu nous la communiquer.

OBSERVATION IX. — M. X..., âgé de 32 ans, notaire, d'un tempérament lymphatique, sanguin, compte deux aliénés dans sa famille : son grand-père (paternel) et un grand-oncle du même côté. Sa santé générale a toujours été excellente. En 1849, sans cause connue, M. X... éprouva certains accidens sur la nature desquels M. Moreau n'a pu être suffisamment renseigné; quoi qu'il en soit, M. X... fut soigné comme pour une attaque d'apoplexie (saignée, synapismes, émétique en lavage, etc.). Depuis lors, santé parfaite.

En février 1852, le lendemain d'une nuit passée au bal, et après avoir éprouvé quelques contrariétés, M. X... est pris, soudainement, de vertige épileptique. Les mêmes accidens se renouvellent pendant deux mois, d'abord tous les sept ou huit jours, puis plusieurs fois la semaine, de jour et de nuit. Le 20 avril de la même année, le malade est confié aux soins de notre honoré maître. Jusque-là, M. X... n'avait pris que quelques bains et quelques centigrammes de belladone, prescrits par M. Cruveilhier.

Le traitement par le zinc est commencé le 21, même mois. Il a été suivi avec la plus scrupuleuse exactitude, jusqu'au 2 novembre courant.

Les vertiges ou absences sont devenus de plus en plus nombreux, plus graves, plus prolongés; le malade, en octobre dernier, en a eu jusqu'à trois et quatre, de jour, et autant pendant la nuit. Enfin, le 2 novembre, il a été frappé, durant la nuit, d'un accès complet et extrêmement intense; cri initial, convulsions de tous les membres, écume sanguinolente à la bouche; stupeur profonde, hébétude qui ne se dissipe qu'après cinq ou six heures.

Le surlendemain, toujours pendant la nuit, trois autres accès semblables. — Cessation du traitement.

Les conclusions du travail de M. Herpin, au point de vue thérapeutique, sont (1) :

« Que la médecine peut intervenir utilement chez les *trois quarts* des malades;

» Qu'elle peut en guérir *plus de la moitié*, et procurer une amélioration plus ou moins durable dans un cinquième des cas;

» Enfin, que le nombre des épilepsies rebelles aux traitemens dirigés avec persévérance est d'*un quart seulement*. »

Les observations que nous venons de rapporter sont loin de nous fournir des résultats aussi favorables.

Objectera-t-on que le traitement (interrompu par des circonstances indépendantes de ma volonté) n'a pas été suivi avec toute la persévérance nécessaire, par exemple, jusqu'à la fin du sixième mois, à l'égard de quelques-uns de nos malades?

Quoi qu'il en soit, si l'on considère le peu d'influence que paraît avoir exercé l'oxyde de zinc sur la marche de la maladie, dans la plupart des cas, l'aggravation des accidens survenus, dans quelques autres, on ne peut s'empêcher de douter que l'expérience ait dit son dernier mot dans la question de curabilité ou d'incurabilité de l'épilepsie.

(1) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, p. 510.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 Octobre 1852. — Présidence de M. BOUVIER.

Sommaire — Rapport de la commission nommée pour proposer un sujet de prix. — Communication de M. Fauvel, professeur à l'École de médecine de Constantinople, membre de la Société.

M. LEGENDRE, rapporteur de la commission nommée pour proposer à la Société un sujet de prix, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

La commission que vous avez nommée pour préparer une question pour le prix à décerner par notre société, s'est empressée de se réunir, et a fait tous ses efforts pour s'acquitter de la tâche difficile dont vous l'avez chargée. Chacun des membres de la commission a proposé une question, et c'est après avoir examiné sous toutes les faces ces différens sujets et les avoir discutés, que votre commission s'est arrêtée au suivant, qu'elle a l'honneur de vous proposer et qu'elle a ainsi formulé :

Étudier l'albuminurie sous le rapport de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la séméiologie et de la thérapeutique.

Bright, par la belle découverte qui est venue justement illustrer son nom, appela le premier, d'une manière spéciale, l'attention sur une espèce d'anasarque dépendant de lésions fonctionnelles et organiques des reins. D'abord, tout semble simple et clair; mais une fois que l'attention fut éveillée sur ce point, les faits surgirent de toutes parts, et avec eux de nouvelles interprétations; aussi ces nouveaux faits, au lieu de jeter une plus vive lumière sur ce sujet, ne tardèrent-ils pas, malgré les efforts les plus louables, à l'obscurcir et à en faire un véritable chaos. Ainsi, on tenta d'établir l'origine inflammatoire de la maladie, en rattachant à l'affection des reins, telle que Bright l'a décrite, un ensemble de symptômes qu'on a regardés comme la première période de la maladie; on chercha à établir plusieurs degrés de l'altération rénale et à lui assigner des caractères fixes, alors qu'ils sont si peu tranchés et si variables, qu'il n'est pas rare de voir deux observateurs éclairés émettre des opinions différentes sur le degré sous lequel on doit désigner la même lésion anatomique. En même temps, l'observation, continuant son œuvre laborieuse, faisait découvrir un grand nombre de maladies dans lesquelles les urines fournissaient un coagulum alors que les caractères des urines, la nature du précipité albumineux et la terminaison favorable de cette complication démontraient qu'il y avait à établir une différence nosologique là où les beaux travaux de M. Rayer n'avaient fait voir d'abord qu'une différence de degré de la même affection. Enfin, dans un travail tout récent, M. Mialhe, allant plus loin, et assimilant jusqu'à un certain point la maladie de Bright au diabète, se demande si on ne doit pas rapporter à une altération primitive du sang les urines albumineuses, l'hydropisie et les lésions rénales.

Si nous avons tenté d'exposer en quelques mots l'état de la science relativement à l'albuminurie, c'est pour vous montrer, Messieurs, combien on est loin de s'entendre sur cette question, et combien, par conséquent, il serait utile d'en faire l'objet d'une nouvelle étude.

Tout en pensant que des recherches anatomiques plus approfondies, plus minutieuses, seront peut-être nécessaires pour bien fixer la nature anatomique des différentes espèces d'albuminurie, nous croyons cependant que, pour arriver à élucider cette question ardue et compliquée, il y a moins besoin de nouveaux faits que de pénétration et d'élévation d'esprit, pour mettre en œuvre les nombreux matériaux que

la science possède déjà sur ce sujet si intéressant, mais en même temps si difficile.

La Société adopte la question proposée par la commission.

M. Fauvel a la parole pour une communication.

M. Fauvel : La Société ayant exprimé le désir que je lui rende compte des observations que j'ai pu faire pendant mon séjour à Constantinople, je vais exposer en peu de mots les faits qui me paraissent offrir le plus d'intérêt. Il est, je crois, nécessaire de vous donner tout d'abord un aperçu général, quoique très abrégé, de la topographie médicale de Constantinople. La plupart des médecins en Europe pensent que cette ville est dans toutes les conditions d'un climat chaud. C'est là une erreur qu'il est important de signaler. Le climat de Constantinople tient à la fois des climats chauds et des climats froids. Bien que la latitude soit la même que celle de Naples, l'hiver y est en général assez rigoureux ; il tombe plus de neige qu'à Paris; et j'ai vu le thermomètre descendre à 19° centigrades au-dessous de 0. Généralement, le froid est de 7, 8 à 10 degrés au-dessous de 0. Mais il ne faut pas oublier que pendant l'hiver, alors même qu'il est rigoureux, il y a des jours très chauds. Ces variations de température s'expliquent par la situation de la ville qui se trouve placée entre deux mers, et exposée aux vents du nord et du sud. Lorsque le vent du nord souffle, le froid est très intense; le vent du sud vient-il à lui succéder, la température devient immédiatement douce et même chaude. En été, les conditions sont les mêmes; avec le vent du sud, la température est très chaude; avec le vent du nord, au contraire, on observe un mélange de température assez difficile à caractériser; car en même temps que souffle un vent froid très vif, on est exposé à un soleil ardent. L'influence de la direction du vent sur la température est tellement constante, que chacun s'en préoccupe et sait où est le vent. L'hiver est long : il dure depuis la fin de décembre jusqu'aux mois d'avril ou de mai. On voit donc, comme je le disais plus haut, que le climat de Constantinople a des rapports avec le climat des pays chauds et avec celui des pays froids.

On sait que la ville est disposée sur des collines, et qu'il y a des parties basses et des parties élevées; aussi voit-on certaines affections régner à peu près exclusivement dans chacune de ces parties. La malpropreté des rues est extrême et résulte de l'accumulation des immondices; mais les chiens, dont le nombre est considérable, dévorent toutes les matières animales et végétales, et deviennent ainsi une sauvegarde de la ville, au point de vue de la salubrité. Dans le port, des masses de goëlands remplissent le même office. La population est on ne peut plus bigarrée: elle se compose d'une agglomération de races de toute espèce, qui ne se mélangent jamais entr'elles et se reconnaissent facilement au caractère distinctif de leur physionomie. Malgré cette diversité de races, il existe un fait général, qui tient sans doute aux habitudes hygiéniques et à l'influence du climat, c'est que les maladies ont principalement pour siége le système abdominal.

Les hémorrhoïdes et le flux hémorrhoïdal sont choses tellement communes chez les habitans, quelle que soit d'ailleurs la race à laquelle ils appartiennent, qu'ils sont devenus pour ainsi dire une fonction physiologique à laquelle on doit attacher une grande importance. Même en hiver, par un froid intense, les flux abdominaux sont encore les affections les plus nombreuses, et les localisations qui ont pour siége les voies respiratoires, revêtent surtout la forme catarrhale. Aussi la pneumonie franche est-elle rare; tandis que la pneumonie consécutive, celle en particulier qui survient dans le cours de la rougeole, est au contraire très fréquente. Nous voyons à Paris les maladies des voies respiratoires prédominer pendant l'hiver; à Constantinople, ce sont encore les affections abdominales.

Un mot sur certaines maladies en particulier. Parmi les maladies aiguës, la dyssenterie est, sans contredit, l'affection principale; elle règne tous les ans, surtout vers le mois de septembre, à l'époque où les pluies succèdent aux grandes chaleurs, et elle prend souvent le caractère épidémique. Sa gravité est très grande, principalement dans les quartiers les moins salubres. Les diarrhées, l'embarras gastrique, la gastrite, la gastro-entérite sont également des maladies très fréquentes. La première de ces affections se développe souvent sous l'influence de ce que l'on appelle vulgairement un *coup de froid*. D'après ce que j'ai dit plus haut, sur les variations brusques de la température, on comprend, en effet, que le refroidissement puisse être une des causes les plus actives de ces diverses maladies. Si l'on se rappelle que les affections que je viens de signaler à titre de maladies régnantes sont celles des pays chauds, on sera disposé à admettre que, malgré les caractères particuliers que présente son climat, Constantinople conserve, au point de vue pathologique, le bénéfice de sa latitude.

En opposition avec les affections que l'on attribue au *coup du froid*, il en est d'autres également assez communes qui se développent sous l'influence du *coup de soleil*. Cette influence se fait surtout sentir lorsque, en même temps qu'il règne un air froid, le soleil est très ardent. La suppression de la transpiration étant alors très facile, on voit se développer des accidens cérébraux caractérisés par des phénomènes de congestion, du délire et du coma. Ces accidens cèdent assez facilement au traitement antiphlogistique et aux moyens propres à favoriser le retour de la transpiration.

Les fièvres intermittentes sont très communes; elles sont endémiques dans certaines vallées du Bosphore, et prennent quelquefois le caractère pernicieux. L'infection paludéenne joue également un rôle important dans beaucoup de maladies, qu'elle complique. C'est là, comme on le voit, un élément d'une haute gravité et dont il faut tenir grand compte au point de vue du traitement.

La fièvre typhoïde est aussi fréquente à Constantinople qu'à Paris, et j'ai pu constater l'existence de la lésion intestinale et l'évolution des symptômes que nous connaissons si bien. Dire que cette maladie ne présente pas quelques nuances particulières dues à l'influence du climat et aux habitudes hygiéniques, je n'oserais pas l'affirmer; mais ce qu'il y a de bien avéré, c'est qu'on ne peut pas nier son existence. L'antagonisme que l'on a voulu établir entre la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente, s'il est réel dans certaines localités, n'existe donc pas à Constantinople.

Je n'ai pas eu l'occasion d'observer la peste; on peut donc affirmer qu'elle n'est pas endémique à Constantinople, mais simplement accidentelle. On ne sait pas comment elle se développe. Quand elle se déclare, elle dure un certain nombre d'années, puis elle disparaît complètement.

Le choléra ne m'a pas paru différer du choléra que nous avons observé à Paris. Mais un fait qui m'a frappé, c'est que les émissions sanguines employées dès le début étaient le moyen qui favorisait le mieux la réaction : de plus, les congestions qui suivent la réaction, m'ont semblé moins fréquentes et moins graves après l'emploi de ce moyen thérapeutique. En Orient, on saigne beaucoup plus qu'ici; aussi a-t-on appliqué la saignée au choléra comme on l'applique d'ailleurs à toutes les maladies.

Les fièvres éruptives, telles que la variole, la scarlatine, la rougeole, sont très fréquentes, et on observe beaucoup plus souvent qu'à Paris la complication d'anasarque et d'albuminurie, non seulement après la scarlatine, mais encore après la rougeole, ce qui est assez rare dans nos climats. La fréquence de cette complication peut être attribuée aux conditions si faciles de refroidissement auxquelles les malades se trouvent soumis. Les rhumatismes, les névralgies sont encore des maladies très communes.

Ne pouvant pas passer ici en revue toutes les affections aiguës, je me borne aux considérations précédentes, et je vais dire quelques mots des maladies chroniques.

La prédominance abdominale est aussi évidente pour ces dernières que pour les maladies aiguës. La dyssenterie et l'entérite chroniques, les engorgemens du foie sont les maladies prédominantes, et cependant, chose remarquable, le cancer du foie et celui de l'estomac sont, pour ainsi dire, inconnus. Pour ma part, je n'en ai encore rencontré aucun exemple. En général, le cancer est une affection très rare; je n'en ai vu que deux cas. Ainsi donc, je le répète, bien que les affections de l'estomac soient tellement communes, que l'on peut dire que toute la population souffre de l'estomac, on ne rencontre pas de cancer de cet organe.

La scrofule existe, mais elle est moins fréquente qu'à Paris; il en est de même de l'affection tuberculeuse. Cependant, il est certaines classes de la population, entr'autres les nègres et les femmes, dont la vie est très sédentaire, qui succombent en grand nombre à la phthisie pulmonaire. Les soldats, principalement ceux qui sont originaires d'un pays de montagnes, tels que les Albanais, sont encore assez fréquemment affectés de phthisie.

J'ai eu l'occasion d'observer des maladies de peau assez curieuses, entr'autres la lèpre des Grecs, le bouton d'Alep, le bouton de Crète ou de Candie. Mais ces maladies ne naissent pas à Constantinople. Ceux qui en étaient affectés avaient habité les localités où elles se développent habituellement.

Les maladies de cœur ne sont pas rares. L'anémie et la chlorose sont très communes, et on peut surtout en accuser l'usage immodéré que l'on fait des saignées. Il en est de même des affections chroniques de l'utérus. Ce qui tient surtout à ce que l'avortement est pratiqué généralement et ouvertement, et aussi aux manœuvres employées pour empêcher la fécondation.

Les affections puerpérales purulentes sont au contraire très rares. J'attribue volontiers cette particularité à ce que, sous le climat de Constantinople, les inflammations en général ont peu de tendance à la suppuration. Aussi les opérations chirurgicales réussissent-elles à merveille. Je tiens d'un chirurgien qui a pratiqué vingt fois l'opération de la taille, qu'il n'a perdu qu'un seul malade, et cela par suite de conditions particulières. Malgré le succès presque constant des opérations, on pratique peu la chirurgie, et elle est presque entièrement abandonnée à des empiriques. Ce sont en général des Persans qui traitent les fractures et les luxations. Les Arabes s'occupent des affections des yeux, et ils opèrent la cataracte par des procédés qui remontent à l'enfance de l'art.

Un mot sur la thérapeutique :

Les émissions sanguines se placent au premier rang, et on les emploie avec une exagération dont nous n'avons ici aucune idée. On saigne d'ailleurs pour toutes les maladies. Cependant, il faut dire que les saignées sont en général très bien supportées, mais l'abus que l'on en fait amène des conséquences fâcheuses; ainsi, par exemple, la chlorose et l'anémie que nous avons déjà dit être très communes chez les femmes, sont portées à des degrés extrêmes. Cet usage immodéré de la saignée tient en partie à ce que le corps médical, sauf d'honorables exceptions, est généralement peu éclairé, et surtout au grand nombre d'empiriques qui exercent notre profession. Ces empiriques font également usage de spécifiques nombreux. Parmi ces spécifiques, il en est qui jouissent d'une grande vogue. Les purgatifs sont généralement peu employés.

Je termine ici ce simple aperçu, qui n'est qu'un résumé sommaire de mes premières impressions. Je me propose, du reste, de continuer ces études que je n'ai pas eu le temps de compléter, et auxquelles j'espère donner un jour plus de précision.

Le secrétaire : Ch. Léger.

VARIÉTÉS.

NOUVEAU MODE DE RÉDUCTION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE.

Voici un mode de réduction de la hernie étranglée, connu et employé dans l'Inde, et qui serait très certainement susceptible de rendre des services dans quelques cas. Ce mode de réduction est décrit dans les termes suivans par un chirurgien anglais, M. Th. Wise : « Pendant que j'étais chirurgien d'un hôpital dans l'Inde, on m'apporta un jeune homme affecté d'une hernie inguinale étranglée. Après avoir essayé sans succès les moyens ordinaires de réduction, je me disposais à faire l'opération, lorsqu'un musulman me suggéra l'idée d'employer le procédé suivant, très usité dans le pays : le malade fut placé sur une table; une très longue serviette, pliée en plusieurs doubles, fut serrée assez fortement sur la partie inférieure de l'abdomen, et les deux chefs, ramenés en avant, furent croisés et ramenés sur les côtés, de manière à permettre à deux aides, placés l'un d'un côté et l'autre de l'autre, d'exercer une traction douce, au moyen de laquelle ils refoulaient en haut, avec cette espèce de ceinture, les viscères abdominaux. Un troisième aide tenait les pieds du malade, afin de ne pas lui permettre de céder aux tractions. Moi-même je pratiquai le taxis en même temps. Comme l'intestin, situé immédiatement au-dessus de la partie étranglée, était superficiel et distendu par des gaz, il fut refoulé en haut, et il entraîna avec lui l'anse intestinale herniée. La réduction fut immédiate. »

— On voit que ce procédé se rapproche beaucoup de l'emploi des grandes ventouses, qui ont été recommandées dans les cas analogues; mais, comme celui-ci, il ne saurait convenir que dans les cas dans lesquels l'étranglement est récent et n'a pas encore donné lieu à des phénomènes inflammatoires dans le sac et surtout vers la cavité abdominale. Ajoutons que ce refoulement des anses intestinales devrait toujours être opéré avec une certaine douceur, dans la crainte de déchirer l'anse intestinale herniée, et d'augmenter les douleurs du malade. Peut-être le sommeil chloroformique viendrait-il beaucoup en aide à l'emploi d'un pareil moyen. (*Montly Journal of med.*, 1852.)

COURRIER.

Plusieurs journaux de médecine se sont occupés de la décision prise par la Société médicale du 1er arrondissement de Paris, relativement à une consultation donnée par un médecin éminent, membre de cette Société, consultation donnée de concert avec deux médecins homœopathes. La Société du 1er arrondissement, après avoir entendu la lecture des articles publiés sur ce sujet par plusieurs journaux, a décidé, dans sa dernière séance, qu'une lettre serait adressée au nom de la Société, par son président, aux rédacteurs de deux de ces journaux, et qu'une sommation judiciaire serait faite à un troisième journal, dont l'article a paru à la Société contenir des allégations malveillantes et erronées.

Nous croyons devoir prévenir l'honorable et savant rédacteur de la *Gazette médicale de Lyon*, que les petits emprunts qu'il fait à l'Union Médicale ne portent pas, par oubli, sans doute, l'indication ni de la source, ni du nom de l'auteur.

Nous lisons dans la *Gazette médicale de Lyon :*

Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône.

« Après plusieurs années d'efforts persévérans, les médecins de notre département sont parvenus à fonder une association dont le double but médical est de secourir les membres du corps médical « tombés dans le malheur par suite de maladies, infirmités, progrès de l'âge, » et de « signaler, par tous les moyens en son pouvoir, les délits et les abus relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie. » Autorisée, conformément au décret du 26 mars 1852, sur les Sociétés de secours mutuels, par un arrêté de M. le préfet du Rhône, en date du 15 juillet dernier, cette association a été définitivement constituée par le décret du 20 octobre, qui confère la présidence à M. le docteur baron de Polinière.

» La première assemblée générale officielle a eu lieu le 15 novembre, au palais St-Pierre, en présence d'un grand nombre de médecins accourus de tous les points du département. L'ordre du jour était l'élection des membres du bureau et le tirage au sort de la commission générale. M. le président de Polinière a ouvert la séance par une allocution qui a été accueillie par les applaudissemens unanimes de l'assemblée.

» On a procédé ensuite, conformément à l'ordre du jour, à l'élection du bureau pour l'année 1853, et au tirage de la commission générale chargée avec lui de représenter la Société et d'agir en son nom.

» L'élection des membres du bureau a eu lieu au premier tour de scrutin.

» Ont été nommés :

MM. Rougier, vice-président;
Diday, secrétaire général;
Lacour, secrétaire-adjoint;
Pétrequin, trésorier.

» Le tirage au sort de la commission générale a désigné :

» 1° Pour l'agglomération lyonnaise :

« MM. Arthaud, Bouchacourt, Chatin, Dulin, Duviard, Gay, Gignoux, Giraud père, Philibert, Vacher, Varambon et Saint-Lager.

» 2° Pour le reste de l'arrondissement de Lyon :

» MM. Aillaud, d'Ollins; Casseti, de Grézieux; Monin, de Mornant; Munaret, de Brignais; Pravaz, de Sainte-Foy; Tissot, de Brignais.

» 3° Les membres inscrits pour l'arrondissement de Villefranche n'étant pas encore en nombre suffisant, le tirage qui les concerne a été ajourné. Le bureau est autorisé à l'opérer aussitôt qu'il aura reçu les adhésions des médecins de cet arrondissement.

» Après ce premier tirage, on a procédé à un tirage de neuf suppléans. MM. Delocre, Favre, Gensoul, Meynet, Montain et Potton, ont été désignés pour l'agglomération lyonnaise; MM. Félix, de Vaugneray; Luhanski, de St-Genis-Laval; Roux, de Neuville, pour le reste de l'arrondissement de Lyon. »

Le nombre des étudians en médecine augmente dans une proportion considérable, si nous en jugeons par le nombre d'inscriptions prises dans la Faculté de médecine de Paris. Voici un tableau dans lequel on pourra suivre les oscillations du chiffre des inscriptions dans cette Faculté pendant les 13 dernières années :

1840 —	879 inscrip.	1847 —	859 inscrip.
1841 —	749	1848 —	784
1842 —	791	1849 —	880
1843 —	746	1850 —	1223
1844 —	800	1851 —	1300
1845 —	851	1852 —	1437
1846 —	903		

Ainsi, de 1848 à 1852, le chiffre des inscriptions a presque doublé. Les nouvelles modifications introduites dans les études auront pour résultat inévitable d'élever encore ce chiffre.

M. Lasserre, médecin à Verdun, qui vient de succomber à la suite d'une courte maladie, a légué à l'école de médecine de Toulouse une somme de 6,000 fr., destinée à fonder un prix annuel de 300 fr. pour le meilleur élève de cet établissement.

Le neveu de M. le docteur Ricord, M. Nitard Ricord, docteur en médecine, résidant à Saint-Pétersbourg, vient de recevoir de la grande duchesse Marie Nicolajewna, une bague enrichie de diamans, comme témoignage de sa satisfaction, pour les soins affectueux qu'il a donnés à son auguste époux, le prince de Leuchtemberg, à ses derniers momens.

La Société médicale du 1er arrondissement, dans la séance du 2 décembre, a nommé son bureau pour l'année 1853, de la manière suivante :

MM. Foissac, président;
Caffe, vice-président;
Despaulx-Ader, secrétaire général;
Mouzard, secrétaire particulier;
Reis, trésorier.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Maltesteet Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 147. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 9 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............... 32 Fr
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. le professeur ANDRAL.
Suppléant, M. SÉE.

Sommaire. — Douleurs articulaires de cause douteuse; diagnostic raisonné de la cause de ces douleurs. Traitement par l'iodure de potassium.

A propos d'un malade affecté de douleurs dans les genoux, M. Sée a insisté devant les élèves qui suivent sa visite, sur la difficulté qu'il y a souvent à reconnaître la nature des douleurs dont sont atteints certains malades. Il y en a un assez grand nombre chez lesquels la nature rhumatismale des douleurs n'est point douteuse, mais il y en a d'autres, et d'assez nombreux aussi, qui sont envoyés dans les hôpitaux sous le titre de *rhumatisans*, et qui ne le sont point, comme le démontre un examen approfondi.

On conçoit tout de suite les conséquences de cette proposition au point de vue du traitement. On administre quelques bains de vapeurs à un malade qui a des douleurs articulaires, diagnostiquées rhumatismales : ces douleurs, au contraire, tiennent, par exemple, à une syphilis constitutionnelle. Au bout d'une huitaine de jours, le malade sort soulagé; mais cinq ou six mois après, il vient demander de nouveau les soins du médecin avec des accidens syphilitiques plus avancés que la première fois et plus rebelles qu'ils ne l'eussent été alors.

Voici l'histoire du malade qui a donné lieu à ces réflexions :

Au n° 15 de la salle St-Félix est couché le nommé Justice (Frédéric), âgé de 19 ans, entré le 20 novembre. Il exerce la profession de peintre en bâtimens depuis 1847. Constitution assez vigoureuse, tempérament lymphatico-sanguin : il n'a pas eu de signes de scrofules dans son enfance; il n'avait jamais été malade avant 1849.

Il y a trois ans, vers le milieu de cette année, il fut pris d'une colique saturnine très violente. Il eut une constipation opiniâtre et des douleurs qui le faisaient se tordre sur son lit. Il prit plusieurs purgations, des bains sulfureux; il guérit assez rapidement. Il reprit son travail. Il y a deux ans, il eut une bronchite qui dura quelques jours; à peu près à la même époque, il contracta une chaudepisse, et en même temps, ou, selon le malade, quelques jours avant, il ressentit des douleurs spontanées dans les genoux. Ces douleurs ne s'accompagnèrent pas de gonflement bien sensible ni de rougeur appréciable; elles le forcèrent à garder le lit pendant sept à huit jours, puis elles s'apaisèrent sans traitement particulier, de sorte que le malade put retourner à son travail.

Depuis cette époque, il a été repris deux fois de ces douleurs, une fois l'année dernière, où elles durèrent six jours; l'autre fois pendant l'hiver passé, où le genou droit fut seul affecté, et où le jarret présenta un peu de rougeur. Du reste, les douleurs ont eu de longs intervalles de rémission; mais elles n'ont jamais complètement cessé. Jamais le malade n'a pu ployer les genoux pour se baisser sans y éprouver aussitôt une vive souffrance qui limitait son mouvement. L'été dernier, il rapporte avoir eu des clous qui se sont succédé un à un et pendant quelques mois sur différentes parties de son corps. En même temps, ses avant-bras et son visage se couvraient d'une éruption sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. Il dit n'avoir jamais eu de chancre; il n'en porte aucune cicatrice apparente sur les parties génitales. De temps en temps, il est atteint de maux de gorge passagers. Les ganglions cervicaux ne sont point engorgés d'une manière manifeste; ses cheveux n'ont pas tombé.

Les douleurs ont reparu il y a un mois, et il souffre surtout depuis quinze jours. Ses deux genoux présentent très peu de gonflement; ils contiennent une très petite quantité de liquide : il n'y a pas trace de rougeur. Le genou droit est le siége de douleurs un peu plus vives que le gauche. La douleur est d'ailleurs très supportable et semble à peine augmentée par la pression; elle ne s'accroît point pendant la nuit; elle remonte dans les cuisses profondément, jusqu'au voisinage des aines. Aucune autre articulation n'est prise. Les avant-bras offrent des taches d'une teinte cuivrée, de forme arrondie, se desquammant légèrement à leur surface, en nombre considérable, remontant jusque au-dessus des coudes. Le visage n'offre point de traces des taches semblables qui y ont existé l'été dernier. L'avant-bras droit est devenu très faible, ainsi que la main, depuis quelques mois. La faiblesse porte sur les extenseurs et les fléchisseurs, surtout sur les fléchisseurs. Le membre gauche est plus fort actuellement que le droit. Les gencives sont un peu décolorées et présentent un liseré légèrement blanchâtre. Il n'y a point de rougeur du fond de la gorge.

Le malade avait, le jour de son entrée, un léger mouvement fébrile, qui s'est dissipé le lendemain. Il a de l'appétit; ses joues sont colorées. Il ne tousse point. Le premier bruit du cœur est un peu prolongé.

Voilà un cas embarrassant : la maladie n'est point grave, et cependant elle gêne tellement le malade, qu'il ne peut point travailler. Il faut absolument le traiter; mais avant d'instituer le traitement, il faut établir le diagnostic qui doit en être la base.

M. Sée a passé en revue devant nous les suppositions que l'on peut faire sur la nature des douleurs de ce malade. Elles sont au nombre de quatre : car ces douleurs ne peuvent être que purement nerveuses, ou rhumatismales, ou saturnines, ou syphilitiques.

La première supposition doit être écartée, car les douleurs nerveuses suivent le trajet des nerfs, et sont intenses surtout dans certains points bien limités. Or, l'on ne trouve rien de semblable chez le malade qui nous occupe.

Sont-ce là des arthralgies saturnines? La profession du malade, la colique de plomb dont il a déjà été atteint, sa paralysie incomplète de l'avant-bras, pourraient faire pencher vers cette opinion; mais il faut remarquer que les arthralgies saturnines ne sont point des phénomènes primitifs de la maladie de plomb; elles n'attaquent jamais les malades qu'après avoir été précédées des symptômes de l'empoisonnement saturnin, souvent même d'un commencement de cachexie. Ce malade n'a point sur les gencives le liseré plombique; il n'a pas eu d'atteinte de coliques depuis trois ans; il a conservé ses couleurs; l'anémie, si elle existe, est très légère. Ce qui pourrait le plus faire croire à un commencement d'intoxication saturnine, c'est la paralysie de l'avant-bras. Mais, d'une part, il n'y a qu'un seul bras paralysé, et, dans la maladie saturnine, il est très rare que les deux bras ne soient pas attaqués ensemble; de plus, les fléchisseurs du poignet et les doigts sont paralysés en même temps que les extenseurs, et même à un plus haut degré, ce qui doit faire écarter de l'esprit l'idée d'une paralysie saturnine, car cette paralysie siége toujours, et exclusivement, du moins au début de la maladie, dans les extenseurs.

Outre ces raisons tirées de l'absence d'une intoxication saturnine apparente, on peut en trouver d'autres dans l'étude des douleurs elles-mêmes. L'arthralgie saturnine ou rhumatisme métallique est une maladie qui se montre par accès irréguliers dans leur marche et leur intensité, mais séparés en général par des intervalles de repos bien tranchés. Les douleurs dont sont affectés ces malades se calment ordinairement par la pression; elles existent surtout dans le sens de flexion des articulations, et s'accompagnent de crampes dans les parties voisines; les articulations ne sont point atteintes d'hydarthrose. Tous ces caractères sont différens de ceux que présente ce malade. Ainsi, ses douleurs ne sont ni purement nerveuses, ni de nature saturnine. Il ne reste plus que deux hypothèses en présence : ou bien les douleurs sont dues à un rhumatisme articulaire, ou bien à la syphilis.

Feuilleton.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR L'ÉTAT MENTAL D'UN ALIÉNÉ HOMICIDE, AVEC DES CONSIDÉRATIONS SUR CE QUE L'ON DOIT ENTENDRE PAR LA MONOMANIE HOMICIDE; par M. le docteur MOREL, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe).

(Voir le dernier numéro.)

Nous le voyons un instant après se promenant avec plus d'agitation, ses plaintes et ses récriminations sont plus vives contre les représentans de la *magogie* et de la *question*. Son œil est brillant; sa voix sombre, est plus accentuée. Nous examinons l'état de sa circulation. *Examinez*, dit-il, *vous ne trouverez rien*. Il n'y a pas dans son pouls une accélération notable; mais la peau est chaude, la langue saburrale... On lui a mis des *ingrédiens dans ses alimens et nous savons bien qui*.

On lui administre un vomitif. Il a des évacuations énormes par en haut et par en bas.

Le lendemain, 16 juin, il prend un bain.

Le 17, il est mieux, recommence à manger avec un appétit considérable.

Le 18, le voyant assez bien disposé, je le fais venir dans mon cabinet. Je lui dis, que se trouvant dans une situation où il peut être condamné à mort, peut être aurait-il quelques dispositions à prendre? Il ferait bien, en conséquence, d'écrire à sa mère, et de lui dire combien il se repent de l'action qu'il a faite.

J'écrirai s'il le faut, dit-il; *donnez-moi du papier*.

Il écrit avec son impassibilité ordinaire, sa figure n'exprime pas la moindre émotion. Quand il a fini : *voilà ce que vous me demandez*, dit-il; *vous n'avez pas autre chose à me dire?* — Non. — *Eh bien! suffit; je puis me retirer*.

Et pendant tout ce temps, je puis découvrir dans l'expression de sa figure l'indice d'aucun sentiment. C'est toujours la même impassibilité qui fait un contraste frappant avec l'agitation qui s'empare de lui quand il est dominé plus intimement par l'idée qu'on met des ingrédiens dans sa nourriture.

Je donne textuellement sa lettre, en lui conservant son ortographe :

« Ma merre vous ignoré pas la cauce qui ma conduit à Maréville
» par la sasin dont je suis accusé du jeune homme que j'ai tué contre
» ma volonté, vous savé que je vous disait qu'il falait que mes maux
» finise par le poison que lon métait dans manourriture M. le médecin
» a reconu que je nest tait pas aliéné j'ai demandé d'être jugé a M. le
» médecin qui m'a promis que ma cause passerait sous peu ce que
» jatant avec résignation par ce que je ne me reconnait pas coupable
» lon ma forcé d'alé à l'église ji é été mais sans princip et contre ma
» volonté rien autre a vous marqué je vous salue ainsi que mon frère
» et sa famille Maréville le 18 juin 1852.

« CHANEL. »

Du 18 juin au 24 juillet, rien d'extraordinaire. Continuation des mêmes habitudes; même silence. M. le docteur Blondlot vient encore le voir dans l'intervalle, et le prévenu n'ajoute rien de nouveau à ce qu'il nous a déjà dit. Il ne se plaint pas de ses alimens. Pendant cette période de temps, voulant essayer si la fréquentation des autres malades adoucira le caractère de cet homme, le rendra plus communicatif, nous le faisons manger à la table commune. Il reste toujours dans la même situation; mais le 25 juillet, il se lève comme un furieux et se promène à grands pas dans la salle. Aux observations de l'infirmier, qui le prie de retourner à sa place, il répond par des injures; et, perdant jusqu'aux sentimens de la pudeur la plus vulgaire, il se masturbe en public. Aux représentations les plus énergiques qui lui sont faites, il répond : *Eh bien! ma foi, que voulez-vous?* On est obligé de lui mettre la camisole.

Examiné le lendemain par nous, nous remarquons les mêmes symptômes physiologiques, indiquant une perturbation dans ses fonctions digestives : il est, plus que jamais, dominé par l'idée que l'on met des *ingrédiens* dans sa nourriture. L'emploi des grands bains, des purgatifs salins suffisent pour faire disparaître cet embarras gastrique. Chanel revient à ce qu'il est dans ses intermittences, et il reste tranquille jusqu'au 10 août, époque à laquelle il a encore une crise. Outre les symptômes ordinaires que nous observons, nous devons signaler une éruption herpétique bien prononcée. La figure presque tout entière est envahie par cette affection.

Du 10 août au 26 septembre, rien de nouveau ne s'est offert dans la situation. Désirant toutefois corroborer, par une nouvelle et dernière investigation, tous les motifs qui peuvent nous guider dans nos opérations, j'ai fait venir Chanel dans mon cabinet, et là, en présence de M. Baume, interne de l'asile, je l'ai de nouveau interrogé. Ses réponses sont invariablement les mêmes; elles peuvent se résumer ainsi :

On lui voulait du mal, on empoisonnait ses alimens, on le faisait souffrir.

Ce n'est pas un poison qui tue, mais un poison qui fait bien souffrir.

Il fallait que cela finît, et sa vengeance devait tomber sur quelqu'un, n'importe qui : le premier venu.

Il y avait longtemps qu'il voulait faire un mauvais coup, tuer quelqu'un; il le disait, pourquoi ne l'a-t-on pas arrêté. On savait bien, du reste, qu'il n'était pas l'ami du gouvernement. Le gouvernement lui en voulait.

Mais, lui faisons-nous observer, le gouvernement vous en voulait si peu, qu'il vous a maintenu dans vos fonctions de cantonnier, malgré l'exagération bien connue de vos opinions?

R. Il m'en veut; il veut ma mort.

A cette autre demande : Quand vous prépariez vous-même vos alimens, éprouviez-vous aussi des souffrances? — Il répond : J'en éprouvais tout de même, ils trouvaient bien moyen de m'envoyer quelque chose dedans pour me faire du mal.

En somme, abstraction faite de l'état d'exaltation qui a signalé son arrivée, nous trouvons Chanel dans la même situation mentale.

Il persiste à croire qu'on empoisonnait ses alimens et qu'on le faisait souffrir. Il persiste à penser qu'il a bien fait de tuer ce malheureux enfant *pour que cela en finisse*.

M. Sée fait voir que l'on peut faire de sérieuses objections à la première hypothèse. En effet, ces douleurs existent depuis deux ans; jamais elles n'ont été accompagnées d'un appareil fébrile de quelque importance. Elles n'ont jamais cessé complètement; elles ont toujours résidé dans les genoux; aucune autre articulation n'a été atteinte; enfin, il n'existe point de maladie du cœur. On conçoit, sans que nous entrions dans de plus grands détails, combien toutes ces circonstances sont contraires à l'idée de l'existence d'un rhumatisme articulaire. M. Sée serait donc disposé à admettre que ces douleurs sont nées sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle.

Les considérations qui lui ont fait rejeter les autres suppositions admissibles ne sont, pour ainsi dire, que des preuves négatives; mais il y en a de positives en faveur de son opinion : la principale est la présence des taches cuivrées sur les bras, l'apparition antérieure de taches semblables sur le visage, et de furoncles sur tout le corps, furoncles qui pourraient bien avoir été des pustules d'ecthyma syphilitique. M. Sée examine les diverses éruptions qui peuvent revêtir une forme analogue à celle des taches des avant-bras de ce malade. Il montre qu'elles en sont toutes distinctes, à l'exception de l'éruption syphilitique. Une fois la spécificité de ces taches admise, il est clair que le malade est affecté de syphilis constitutionnelle, et rien n'est plus rationnel que de regarder les douleurs articulaires qu'il éprouve comme une manifestation de cette maladie. Toutefois, il faut remarquer que ces douleurs ne sont point accompagnées de gonflement des extrémités voisines des os, qu'elles ne présentent pas le caractère d'exacerbation pendant la nuit.

En définitive, comme il peut rester quelques doutes sur la nature de cette affection, comme on peut hésiter entre le rhumatisme chronique et la syphilis, on devra faire un traitement qui s'adresse aux deux maladies, et l'iodure de potassium est le médicament qui sera le plus convenable. Son efficacité comme antisyphilitique est parfaitement reconnue; quant à son action sur le rhumatisme chronique, elle paraît aussi très puissante, et presque tous les médecins qui l'ont employé en ont tiré d'heureux résultats dans la plupart des cas.

Après avoir fait au sujet de ce malade les remarques cliniques que nous venons de résumer, M. Sée rappelle qu'il y a deux malades dans la salle des femmes qui offrent aussi des douleurs que l'on aurait pu facilement juger rhumatismales et qui sont de nature syphilitique : ce n'est que par une interrogation faite avec le plus grand soin que l'on a pu arriver à établir le diagnostic, surtout chez l'une d'elles, femme de 52 ans, couchée au n° 28 de la salle St-Vincent, qui a des antécédens évidens de rhumatisme articulaire, avec maladie du cœur, et qui depuis vingt ans est sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle non moins avérée. A. V.

OPHTHALMOLOGIE.

OPHTHALMIES TRAUMATIQUES ; — CHOIX D'OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES CORPS ÉTRANGERS DE L'APPAREIL OCULAIRE ; par M. MAGNE, médecin oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement.

L'histoire des corps étrangers de l'appareil oculaire est encore à faire; les oculistes modernes y ont à peine consacré quelques pages, et l'on ne rencontre guère dans l'antiquité que le fait si connu de Cristobule : « Magna et Critobulo fama » est, extracta Philippi regis oculo sagitta, et citra deformita- » tem oris curata oblitate luminis (1). »

Malgré ses *tutamina*, plus qu'aucun autre organe, l'œil est exposé aux agens extérieurs; mais la diversité des corps étrangers qui peuvent l'atteindre, la variété des accidens que ces corps sont susceptibles de déterminer, accidens qui ne se représentent presque jamais d'une manière identique; tels sont, sans aucun doute, les motifs qui n'ont pas permis jusqu'ici de se livrer à un travail sérieux et complet sur un sujet si intéressant.

Cependant quels ne doivent pas être l'embarras et l'inquiétude d'un jeune médecin appelé à donner son avis dans un cas grave d'ophthalmie traumatique, consultant vainement les auteurs, et livré à ses seules ressources, je dirai presque à sa seule inspiration ! C'est à lui que nous avons pensé en choisissant, pour les publier, des observations remarquables sous le triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, et qui serviront peut-être de jalons pour l'histoire des corps étrangers de l'appareil oculaire.

PREMIER FAIT. — *Fragment de cire à cacheter fixé sur la cornée, et méconnu pendant huit jours.*

Le 8 février 1848, je fus appelé chez M. D..., marchand de couleurs, rue Beauregard, n° 20. M. D... avait eu, cinq jours auparavant, l'œil violemment frappé par un bouchon que lui avait lancé en jouant un de ses amis. Depuis cette époque, la cornée et la conjonctive étaient le siége d'une violente inflammation. Il existait de la photobie et des élancemens tellement insupportables, que le malade, obligé de garder le lit, redoutait les plus légers mouvemens qui, disait-il, augmentaient ses souffrances. L'horreur de la lumière existait même lorsque les rideaux de la fenêtre et du lit étaient parfaitement clos. La compression des paupières, à l'aide d'une bande fortement serrée, produisait seule un peu de soulagement.

J'eus beaucoup de peine à décider le malade à s'asseoir sur son lit et à laisser explorer son œil. La lumière du jour ne permettant pas un examen convenable, je me servis d'une bougie dont l'éclat détermina une si vive douleur, que je dus renoncer à poursuivre mes investigations.

Je prescrivis une large saignée et l'application permanente sur l'œil de compresses imbibées d'eau glacée.

Le lendemain, la photophobie était moins intense; j'écartai les paupières, et je reconnus, au centre même de la cornée, masquant le milieu de l'espace pupillaire, un corps étranger incrusté dans les lames qui l'entouraient d'un anneau boursouflé. M. D... s'opposa tout d'abord à l'extraction de ce corps étranger, qui était de la grosseur d'une petite tête d'épingle et dont je ne pouvais apprécier la nature. Ce malade, très pusillanime, prétextait qu'il n'était rien entré dans son œil et que les symptômes inflammatoires n'étaient dus qu'à la contusion de l'œil. Je parvins pourtant à le convaincre, et je pus extraire, non sans difficultés, avec la pointe d'une lancette un fragment de cire verte, ce qui rappela immédiatement au malade que le bouchon qui l'avait frappé était en effet recouvert d'un cachet vert.

Quelques petits débris restant encore dans l'excavation traumatique de la cornée, je les enlevai à l'aide d'une curette et je dirigeai sur la plaie le jet d'une seringue d'Anel.

Une application de sangsues derrière l'oreille, quelques bains de pieds, la diète, une légère purgation, et les applications d'eau glacée amenèrent une amélioration tellement rapide, que le 16 février, huit jours après l'opération et treize jours après l'accident, la guérison était complète; la cornée avait repris toute sa transparence, et la faculté visuelle ne présentait aucune altération.

Ce fait est l'un des plus remarquables que je connaisse, eu égard à la violence des phénomènes inflammatoires et à la rapidité avec laquelle ils se sont dissipés.

Je dois ajouter que le médecin appelé dans les premiers jours qui ont suivi l'accident, avait attribué l'état de l'œil à une rétinite, et fait pressentir une amaurose consécutive; l'indocilité du malade n'avait sans doute pas permis un examen attentif de l'œil.

DEUXIÈME FAIT. — *Fragment d'écorce de bois incrusté dans les lames de la cornée; — trois mois de séjour.*

Le 5 juin dernier, me trouvant à Bernay (Eure), où j'avais été appelé par notre honorable confrère, M. Accard, pour une opération de cataracte, il me présenta un cultivateur qui portait incrusté sur l'œil droit un fragment d'écorce de bois de 3 millimètres de longueur.

L'accident remontait à plus de trois mois et avait eu lieu pendant que le malade sciait du bois. Du reste, rien, dans la coque oculaire, ne dénotait la présence de ce corps étranger; la cornée était saine dans toute son étendue, la conjonctive n'offrait pas la moindre rougeur, à peine existait-il un léger larmoiement. En somme, le fragment d'écorce de bois, occupant la partie inférieure de la cornée, semblait de niveau avec la courbe décrite par cette membrane.

En interrogeant le malade, j'appris que durant les premiers jours qui suivirent l'accident, il s'était manifesté quelque rougeur accompagnée d'une grande sécrétion de larmes et d'une faible douleur occasionnée par le frottement de la paupière.

Le malade étant placé comme pour une opération de cataracte, j'essayai d'introduire une mince curette entre la cornée et l'une des extrémités du corps étranger; aussitôt que j'y fus parvenu, je le délogeai par un rapide mouvement de bascule.

A la place qu'occupait ce fragment de bois, les lames superficielles présentaient une légère dépression, et leur transparence n'était que médiocrement altérée.

J'attribuai l'absence de symptômes inflammatoires à ce que l'écorce s'était appliquée sur la cornée par une sorte de juxtaposition; la surface qui regardait les lames superficielles était entièrement lisse et s'était fait place en comprimant peu à peu et doucement les couches cornéales. Nul doute que si ce large corps étranger eût été couvert d'aspérités, il ne fût survenu un cortége d'accidens sérieux.

Quoi qu'il en soit, c'est un phénomène assez rare qu'un corps étranger puisse séjourner pendant trois mois sur la cornée sans produire d'inflammation.

TROISIÈME FAIT. — *Ecorce de millet siégeant depuis deux mois à l'union de la sclérotique et de la cornée, et prise pour une papule.*

Dans le courant du mois de mai 1849, M. X... se présenta à ma consultation pour une ophthalmie qui remontait à deux mois environ. A l'union de la cornée et de la sclérotique, l'œil droit présentait une petite élévation circulaire siégeant par moitié sur chacune de ces membranes, ou mieux sur la muqueuse qui les tapisse. Cette élévation était jaunâtre, lisse, et tenait au sommet d'une pyramide de vaisseaux flexueux dont la base se perdait dans le cul-de-sac de la conjonctive. Je crus tout d'abord à l'existence d'une papule.

Le malade me dit alors que l'existence de son affection datait de deux mois; qu'à cette époque il avait consulté un oculiste qui, comme moi, avait diagnostiqué une papule; la cautérisation avec l'azotate d'argent avait été proposée, mais sur le refus de M. X..., notre confrère avait conseillé l'instillation d'un collyre à l'azotate d'argent cristallisé.

La date de l'ophthalmie me fit repousser aussitôt toute idée de papule; le malade, d'ailleurs, n'était rien moins que lymphatique; aussi n'hésitai-je pas à reconnaître la présence d'un corps étranger qui ne pouvait être autre que la moitié d'une coque de millet ou un débris de paille. M. X... me dit qu'en effet il avait des oiseaux qu'il soignait lui-même, que mainte fois il lui était arrivé de souffler sur des graines de millet et de chènevis, mais qu'il était bien convaincu que l'accident dont je parlais n'avait pu avoir lieu, attendu qu'il s'en serait aperçu, et qu'il n'avait aucune souvenance d'un corps étranger introduit dans son œil; la pre-

(1) Pline. *Hist. nat.*, liv. VII, ch. 37.

Il se dit prêt à recommencer si on le chicane encore.

Il proteste contre l'idée qu'on puisse le croire aliéné.

Il demande qu'on le remette entre les mains de la justice, ou qu'on le laisse aller cultiver chez lui son petit bien. Mais pour rien au monde, il ne veut passer pour aliéné; il aime mieux monter sur l'échafaud.

Nous remarquons chez cet individu une périodicité frappante dans le retour d'une perturbation des fonctions digestives. Cette perturbation se traduit dans la sphère intellectuelle par une agitation plus grande, par une recrudescence dans ses idées d'empoisonnement.

Au reste, pas le moindre signe de remords chez cet homme. C'est une nature brute, et chez laquelle il n'y a accès ni par les sentimens, ni par la raison. Nous avons cherché à le remuer de toutes les manières possibles. Nous l'avons accablé de reproches sur son action. Il ne s'émeut plus comme autre fois, il n'est plus aussi menaçant, il ne vous provoque plus, mais il est d'une froideur, d'une indifférence qui a quelque chose de féroce. *Ah! je sais bien*, dit-il, *qu'on ne perdra rien à ma mort; qu'on me guillotine si l'on veut.* C'est, dirons-nous, plus que de l'indifférence, c'est une espèce d'abrutissement. Mais avant de porter nos conclusions sur l'état mental de Chanel, qu'on nous permette de rattacher son passé à son présent. Nous aurons ainsi des élémens plus certains pour nous fixer sur l'état de cet homme, et savoir s'il est un malheureux aliéné ou le plus grand des criminels.

DEUXIÈME PARTIE.

Les antécédens de Chanel peuvent être résumés, d'une part, et par l'interrogatoire qu'il a subi, et par les renseignemens authentiques qui nous ont été donnés sur cet individu.

D'après son interrogatoire, à la date du 7 mai 1852, il résulte qu'à l'âge de 19 ans, il s'est engagé volontairement. Les motifs de son engagement ont été des discussions de famille. Il rentre dans ses foyers avec un certificat de bonne conduite, le 21 avril 1838.

En 1839, il est nommé cantonnier. En 1848, le suffrage des habitans de sa commune l'appelle aux fonctions de commandant de la garde nationale.

Dans la même année, il forme le projet de se marier; il éprouve des contrariétés, commet des extravagances, pour lesquelles il est amené à l'asile de Maréville.

Le certificat médical exigé aux termes de la loi de 1838, attestait que Chanel était dans un état de trouble intellectuel non équivoque. Que ce trouble affectait un type intermittent, et que cet homme, qui jusque-là, avait été tout-à-fait inoffensif, s'était livré à des actes qui pouvaient compromettre la sécurité publique.

On demande, en conséquence, sa translation à Maréville

L'état mental de Chanel était loin, à cette époque, de présenter la concentration que l'on observe aujourd'hui. Sans être très expansif, ce malade nous adressait la parole; il était, on ne peut mieux, soumis à la règle et à la discipline; il travaillait, manifestait de bons sentimens.

Ses lettres à sa famille en faisaient foi, et lorsqu'il sortit de l'asile, le 12 février 1849, il reprit ses fonctions de cantonnier et de commandant de la garde nationale.

Le résumé que je vais faire tant avec ses propres réponses, qu'avec les renseignemens qui me sont fournis par M. le docteur Liégey de Rambervillers, vont mettre sous leur véritable jour, les singulières incohérences et contradictions de cette existence orageuse.

Vers la fin de 1848, m'écrit M. le docteur Liégey, Chanel change tout à coup. Il fréquente les cabarets, il semble dévoré par une soif insolite. Malgré les quantités énormes d'eau-de-vie qu'il absorbe, il ne peut pour ainsi dire pas parvenir à s'enivrer. Il était devenu irascible, querelleur, même lorsqu'il était à jeun, et bientôt il passe pour aliéné.

Une autre circonstance grave est signalée par M. Liégey. Dans le courant de cette même année 1848, Chanel éprouva une violente céphalalgie. Bientôt se montra un érysipèle qui envahit tout le crâne, toute la face, et fut accompagné d'un épistaxis et d'un écoulement de sang par les oreilles.... Cet érysipèle fut suivi d'une chute complète de cheveux. Alors, déjà, le moral de Chanel était changé. Ses parens remarquaient que souvent, dans sa demeure, il marchait avec agitation; que son visage s'empourprait, ses yeux s'injectaient, qu'il avait des mouvemens convulsifs des bras. Vers cette même époque, il se mit à fréquenter les cabarets.

Dans l'automne de la même année, il veut épouser une fille d'un village voisin. On le refuse parce qu'on le regarde comme un fou. On le trouve un jour couché dans le lit de cette fille; une autre fois blotti dans le grenier. Il est éconduit rudement, et se venge en venant jeter des pierres dans les fenêtres de la maison et proférer toutes sortes de vociférations, d'injures et de menaces.

Peu de temps avant de venir à Maréville, il a menacé de tuer sa mère. On a trouvé, sous le chevet de son lit, une bûche qu'il n'avait placée là que dans l'intention d'en frapper quelqu'un.

Lorsque Chanel nous fut amené à Maréville, toutes ces circonstances nous étaient inconnues. Nous écrivîmes à M. le maire de Moyemont pour avoir des détails sur les antécédens de ce malade; dont les actes, d'après le certificat médical, étaient de nature à compromettre l'ordre public.

Nous possédons, au dossier de Chanel, la lettre de ce magistrat, et elle était de nature à nous rassurer complètement et sur la moralité antérieure de l'individu incriminé, et sur la nature de ses tendances. Il sortit donc de l'asile le 12 février 1849, et nous allons le suivre maintenant dans cette nouvelle phase de son existence, jusqu'au moment de la perpétration de son crime.

Lorsqu'après sa sortie de Maréville M. le docteur Liégey rencontre Chanel sur la route, il le trouve tout différent de ce qu'il était lors de son départ pour l'asile. « Je constatai, dit M. Liégey, une grande amé- » lioration sous le rapport intellectuel et physique, mais je lui retrou- » vais quelque chose de bizarre dans la physionomie et dans la manière » de s'exprimer. Il avait un sourire sardonique et témoignait une cer- » taine impatience lorsqu'il répondait à des questions qui, cependant, » n'étaient pas blessantes. »

(La suite à un prochain numéro).

mière sensation de douleur avait eu lieu le matin en s'éveillant.

Néanmoins, je saisis avec de petites pinces la supposée papule que je détachai sans effort, et qui n'était autre qu'une moitié de coque de millet.

L'œil fut bandé pendant quelques jours, et des lotions astringentes dissipèrent promptement la vascularisation accidentelle de la conjonctive.

Cette observation mérite, à coup sûr, d'être rangée parmi les cas rares, puisque le corps étranger est venu se placer sur le globe oculaire à l'insu du malade, et que deux oculistes ont pris ce corps étranger pour une papule. MM. Dumont et Bégin ont rapporté des faits qui présentent, avec celui-ci une certaine analogie.

(La suite au prochain numéro.

THÉRAPEUTIQUE.

DES FEUILLES DE FRÊNE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre estimable journal du 27 novembre dernier, vous avez communiqué les expériences de MM. Pouget et Peyraud, sur l'emploi des feuilles de frêne dans les affections goutteuses et rhumatismales; permettez, cher confrère, que je vous donne une petite notice sur ce médicament, non pas dans le but futile d'une discussion de priorité, mais plutôt dans l'intérêt historique de la question, et pour corroborer loyalement les expériences de ces deux honorables confrères.

Je ne vous parlerai guère de l'écorce de frêne, qui fut employée depuis 1712, comme fébrifuge, et que Hélioig déjà avait désignée par le nom de quinquina d'Europe, que Villemet et Coste avaient expérimentée comme tel avec succès, et qu'on a en Allemagne fait servir de succédané au quinquinaà une époque plus rapprochée de nous, lors de la prohibition continentale des provenances anglaises. Je vous entretiendrai plutôt des feuilles de cet arbre.

Les feuilles de frêne ont été employées comme purgatif, dès 1711, par Tablet, Villemet et Coste; ils les ont, après leurs observations, conseillées comme tel, et proposèrent de les substituer au séné.

Tous ces observateurs avaient bien certainement expérimenté sur le *fraxinus ornus*, le *roduntifolia*, frênes qui fournissent la manne en abondance, et dont les feuilles sont incontestablement purgatives, qualité qui manque au *fraxinus excelsior*, qui ne fournit presque pas de manne, et dont les feuilles se distinguent plutôt par leur vertu astringente et tonique. Cela explique aussi clairement comment les différens observateurs pouvaient tantôt recommander ces feuilles comme purgatif (Fablet, Coste, Villermet et autres), tantôt comme vermifuge (Bergèmes), tantôt comme astringent, antiscrofuleux (Willich, Peletin et Gilibert), et enfin comme elles peuvent être déclarées nullement purgatives par MM. Pouget et Peyraud.

Mais c'est principalement dans les dernières dix années, et c'est ce que tiens à consigner dans cette lettre, que les feuilles de frêne sont entrées dans la matière médicale de l'Allemagne comme anti-rhumatismales et anti-goutteuses; et c'est à Rademacher (1841), dont j'ai indiqué les travaux dans un mémoire publié il y a quelques mois (1), qui a donné l'impulsion aux praticiens de l'Allemagne, et qu'ils emploient depuis lors journellement avec plus ou moins de succès.

Mes honorables confrères ont oublié que j'en ai indiqué leur usage dans mon travail assez clairement (2); je ne leur en veux pas, ayant la conviction qu'ils agissaient de bonne foi et qu'ils n'avaient pas connaissance de cette production littéraire. A eux revient donc avec justesse l'honneur d'avoir appelé l'attention en France sur un précieux médicament, et je me permets seulement la seule observation que je pourrais difficilement supprimer, qu'il est à regretter qu'on s'occupe si peu en France de ce qu'on fait à l'étranger. Est-ce manque de connaissance de la langue? Est-ce scepticisme? Est-ce suffisance? Je n'en sais rien. Mais je sais que nous ne pourrions que gagner par la vivification du commerce scientifique international; et nous serions alors mieux aujourd'hui à même de discerner ce qui est excentrique de ce qui est sérieux dans les travaux d'autrui.

Agréez, etc. OTTERBOURG, D.-M. P.

(1) *Aperçu historique sur la médecine contemporaine de l'Allemagne.* Germer-Baillière, 1852.

(2) On fait prendre de temps en temps dans la journée l'infusion de 32 grammes de feuilles de frêne pour une quantité suffisante d'eau chaude. Dans les douleurs musculaires et dans le rhumatisme des enveloppes du crâne, ce moyen est excellent.

SYPHILOGRAPHIE.

OBSERVATION A L'APPUI DE LA DOCTRINE DE LA NON TRANSMISSIBILITÉ DES ACCIDENS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

Par délicatesse et par convenance, je ne désignerai ma malade que par la lettre X....

La femme X..., âgée de 21 ans, habitant la commune de R... (Gironde) a toujours joui d'une excellente santé. Vers la fin de mai dernier, elle remarque sur le côté gauche de l'extrémité libre de la langue, un ulcère en forme de bouton, dur, épais. Cet ulcère s'étend et la femme X... peut à peine manger. Quelques jours après, les ganglions sous-maxillaires, surtout ceux qui se trouvent du côté du mal, se tuméfient. Aucun traitement n'est appliqué.

Au commencement d'août, c'est-à-dire deux mois et demi après le début de l'ulcère de la langue, une éruption se manifeste sur les diverses parties du corps et à la tête. Des ulcères apparaissent bientôt sur les deux amygdales, et des boutons surviennent à la vulve. Cette éruption ne s'accompagne point de prurit, mais bien de céphalée, de douleurs rhumatoïdes pré-articulaires, et de vives souffrances dans l'oreille droite; la malade, privée absolument de sommeil et en proie aux douleurs les plus violentes, consulte plusieurs médecins qui ne conseillent que des gargarismes simples, des bains gélatineux, des frictions avec l'huile de camomille camphrée et d'autres moyens plus ou moins innocens. A cette époque, cette femme était enceinte de trois mois, et cette circonstance donna même à penser que la grossesse pouvait bien être pour la plus grande part dans les douleurs accusées par la malade. Aussi, n'osait-on pas agir d'une manière plus active. Enfin, le 11 septembre, cette malheureuse vint me consulter, et voici ce que mon examen m'apprit :

Attitude souffreteuse, prostration, abattement, décoloration des tissus, la malade me raconte que depuis deux mois le sommeil l'a presque abandonnée, qu'elle est en proie à un mal de tête violent, continuel, mais plus fort la nuit. Je remarque sur les deux amygdales des ulcérations à fond grisâtre, diphthéritique, et sur les diverses parties du corps une éruption ayant tous les caractères d'une syphilide vésiculo-pustuleuse, à la vulve, sur les bords libres des grandes lèvres, principalement sur la gauche, quatre ou cinq plaques muqueuses en pleine voie de guérison. Aux plis génito-cruraux, même éruption; la malade m'accuse une alopécie légère et des douleurs rhumatoïdes pré-articulaires.

Voulant trouver le point de départ de cette syphilide qui me paraissait avoir été jusqu'alors méconnue, j'adressai quelques questions à la malade, qui me montra alors une ulcération sur le bord gauche de la portion libre de la langue, et qui était en pleine voie de réparation. Saisie entre les doigts, elle me donna la sensation d'une résistance ayant tous les caractères de l'ulcération spécifique du chancre induré. Ce qui me confirma dans cette pensée, c'est que je constatai un reste d'engorgement dans les ganglions sous-maxillaires, prononcé surtout à gauche. Je fus ainsi convaincu que la maladie avait eu pour point de départ un chancre lingual.

Mais mon examen ne pouvait s'arrêter là. En effet, il me fallait savoir, non par pure curiosité, mais bien comme fait scientifique, à quelle source cette femme avait puisé sa maladie. Interrogée, elle me répondit que son mari avait dû seul la lui communiquer. Quelques jours après, j'eus l'occasion de voir ce dernier, qui m'avoua de la façon la plus nette, la plus franchement naïve, que jamais il n'avait eu ni chancres, ni blennorrhagies. Je lui demandai alors s'il avait continué à *voir* sa femme depuis qu'elle était malade, il me répondit affirmativement. Examiné avec soin, il ne me présenta aucune trace ancienne ou récente de syphilis.....

Je conseillai à la malade de prendre tous les jours deux pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes chacune, et trois tasses de tisane de douce-amère, édulcorée avec le sirop de Cuisinier additionné. Pour les ulcères de la gorge, j'ordonnai un gargarisme aluminé. A la dixième pilule, la céphalée cessa, mais il survint une salivation que je dus combattre à l'aide de l'acide chlorhydrique.

Aujourd'hui, la syphilide a complètement disparu, ainsi que les plaques muqueuses de la vulve, des plis génito-cruraux, des amygdales, et ma malade, heureuse d'avoir enfin retrouvé le repos, le sommeil, se complaît dans une guérison qu'il lui a été si difficile d'obtenir.

Réflexions. — L'observation que je viens de raconter me paraît riche en enseignemens pratiques; le point de départ de la maladie, sa marche, son développement, l'innocuité des accidens secondaires; enfin, l'état de grossesse de la malade, telles sont les particularités sur lesquelles je tiens à arrêter un instant l'attention.

On a en effet remarqué que la scène a débuté par un ulcère de la langue, ulcère qui, par ses caractères propres et par son retentissement sur les ganglions voisins, m'a paru appartenir au chancre induré dont la conséquence obligée est de donner lieu à la syphilis constitutionnelle. C'est du moins ce que plusieurs milliers d'observations m'ont appris pendant mon internat au Midi.

On a dû aussi être frappé du siége du chancre. Cependant, la langue, d'après encore mes observations, m'a paru être souvent coupable de pareils méfaits. Aussi n'ai-je pas été surpris de constater chez elle une erreur de plus. Si je m'arrête à signaler cet organe comme étant un siége assez fréquent du chancre, c'est que beaucoup de praticiens habitués aux vieilles doctrines, se refusent encore à considérer comme accident primitif tout ulcère situé ailleurs qu'aux organes génitaux. L'hôpital Saint-Louis, même celui du Midi, se sont, à mon avis, plusieurs fois mépris à ce sujet.

Quant au développement de l'affection, il n'offre rien qui mérite d'être particulièrement noté, si ce n'est qu'il a été absolument tel que le décrit M. Ricord depuis vingt ans.

Mais ce qu'il importe surtout ici de signaler, c'est l'innocuité des accidens secondaires. Ainsi, le mari de ma malade ne porte aujourd'hui, après plusieurs mois de cohabitation, aucune trace de maladie vénérienne. Or, s'il est vrai, comme on l'a vivement soutenu à l'Académie, que les accidens secondaires sont transmissibles par contact, il faut bien admettre ici une grande exception; peut-être ce mari heureux aurait-il été syphilisé.... à distance? Dans ce cas, mon observation ne prouverait rien; mais jusqu'à preuve nouvelle, je la maintiens pour péremptoire et pour confirmative de l'opinion soutenue par M. Ricord.

Enfin, arrive la question du traitement. L'état de grossesse de la malade devait-il s'opposer au traitement mercuriel, ou bien devait-il encourager dans un sens opposé? Pour ceux qui pensent, et à bien juste titre, que le mercure, au lieu de produire les accidens désastreux dont on l'a accusé, guérit au contraire ceux de la syphilis, il paraîtra rationnel de traiter activement par l'antisyphilitique reconnu, toute femme se trouvant dans les conditions de ma malade; car si l'expérience nous a appris que la syphilis est une des causes les plus puissantes d'avortement, il importe de la détruire le plus promptement possible. En conséquence, je n'ai point hésité à administrer le mercure à la dose de 10 centigrammes par jour pendant près de deux mois. L'avenir me prouvera, je l'espère, qu'en ayant guéri la mère, j'ai conservé les jours de son enfant : double service dont tout le mérite appartiendra à l'illustre maître aux leçons duquel j'ai appris à lire la syphilis.

Dr Henry MUSSET,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sainte-Terre (Gironde), ce 30 octobre 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 Décembre 1852. — Présidence de M. PIOBERT.

Saignée des os.

M. LAUGIER communique sur ce sujet la lettre suivante :

« L'analogie que les maladies du tissu osseux établissent entre ce tissu et les parties molles, m'a fait penser que plusieurs moyens usités pour combattre les affections des parties molles, pourraient être, avec avantage, introduites dans le traitement des maladies des os. J'ai cru, par exemple, qu'il y aurait utilité à *saigner* les os dans l'ostéite, et à ouvrir le plus tôt possible aux productions accidentelles qui se forment dans leur intérieur, une voie que la nature ne prépare et n'opère que lentement et trop souvent dans une direction fâcheuse, ainsi qu'elle le fait lorsqu'elle épanche ces produits morbides dans une articulation voisine de l'extérieur d'un os long. Je n'ai pas été effrayé de la nouveauté de l'entreprise et des objections théoriques qu'elle pourrait soutenir. Après avoir trouvé un instrument convenable, je me suis occupé de déterminer ses points d'applications sur chaque malade. Des expériences faites à Alfort, et plusieurs observations recueillies sur l'homme, prouvent déjà qu'il est possible et même facile de tirer, en quelques minutes; d'un os sain, et *à fortiori* d'un os malade, une quantité très notable de sang, par exemple, de 10 à 45 grammes. Ces observations, dont le résultat a été jusqu'ici très satisfaisant, ont démontré aussi que la piqûre faite au tissu osseux pour extraire ce sang, est d'une complète innocuité.

» Je n'avais point dessein de communiquer mes recherches sur ce sujet à l'Académie des sciences, avant d'avoir recueilli des faits assez nombreux pour fournir une conclusion rigoureuse; mais la publicité anticipée donnée dans un journal de médecine à mes expériences sans ma participation, et mieux à mon insu, quoique faite dans une intention qui n'était pas malveillante, me force pour prendre date, et sans solliciter, quant à présent, la formation d'une commission de l'Académie, de lui annoncer mes essais, et de lui en indiquer le but par cette lettre, jusqu'à ce que je sois en mesure de lui en faire connaître les résultats. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 Décembre. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur MISSA, médecin des épidémies de l'arrondissement de Soissons, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Pont-Arcy (Aisne), en août et septembre derniers.

2° Un rapport de M. le docteur BALME-DUGARAY, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le village de Cougeac, commune de St-Paulien (Haute-Loire), de juillet en octobre dernier.

3° Un rapport fait au conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de la Gironde sur l'épidémie de choléra qui a régné dans ce département pendant l'année 1849.

4° Une lettre de M. DÉSORMEAUX, qui prie l'Académie d'accepter l'hommage qu'il lui fait du portrait de son père. Ce portrait est placé dans la salle des séances.

— M. GÉRARDIN fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire de deux de ses correspondans, M. de Haldat, et M. Bonfils, tous deux de Nancy.

M. GAULTIER DE CLAUBRY fait le rapport au nom de la commission des onze membres sur le choix de la section à laquelle devra appartenir la prochaine vacance. La majorité de la commission a été d'avis que la première vacance devrait être déclarée dans la section d'anatomie pathologique.

M. le Président, conformément aux conclusions de la commission, déclare la vacance ouverte dans cette section.

Appareil destiné à recevoir les évacuations des malades.

M. LONDE lit au nom d'une commission un rapport sur un appareil destiné à recevoir les évacuations des malades hors d'état de se mouvoir. Le rapport conclut en déclarant que cet appareil ne présente pas le caractère d'une découverte, et qu'il n'a aucun avantage ou que bien peu d'avantages sur ceux qu'on a fabriqués jusqu'ici. (Adopté.)

Eaux minérales de la Herse (Orne).

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit un rapport sur un mémoire de M. Charault, professeur de physique au lycée Napoléon, relatif aux eaux minérales de la Herse (Orne).

Conclusions : Remercîmens adressés à l'auteur de la communication. (Adopté.)

Analyse du liquide qui s'écoule de l'oreille dans les cas de fractures de la base du crâne.

M. BUSSY lit un rapport sur une note de M. Deschamps, ayant pour titre : Analyse d'un liquide qui s'est écoulé de l'oreille d'un homme qui avait une fracture du crâne. (Nous publierons un résumé de ce rapport dans le numéro prochain.)

Chauffage des eaux sulfureuses.

M. BOULAND, médecin inspecteur des eaux d'Enghien, lit un mémoire intitulé : Du chauffage des eaux sulfureuses froides.

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Les eaux sulfureuses thermales de Barèges, Cauterets, etc., et celles froides d'Enghien, produisent, l'action spéciale de la base étant mise de côté, deux résultats thérapeutiques différens, parce qu'avec les premières, les bains contiennent le soufre à l'état d'hydro-sulfate, et qu'avec les secondes ils le contiennent à l'état d'hydro-sulfite.

2° On peut conserver à l'eau d'Enghien son intégrité, en élevant la température par l'addition d'eau ordinaire bouillante.

3° A l'avenir, l'autorisation d'exploiter les eaux sulfureuses froides ne sera délivrée qu'en spécifiant l'emploi du mode de chauffage sus-énoncé, et celui du gazomètre à air désoxygéné de MM. François, Filhol et Chambert. (Commission des eaux minérales.)

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 1er Décembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

La parole est à M. Lebert pour la continuation de sa lecture sur les tumeurs fibro-plastiques.

Caractères physiques des tumeurs fibro-plastiques.

M. LEBERT résume en ces termes cette deuxième partie de son mémoire :

On pourrait être étonné de rencontrer des tumeurs fibro-plastiques dans des conditions en apparence fort différentes. On cessera d'en être frappé en réfléchissant que le tissu fibro-plastique n'est qu'une variété transitoire du tissu cellulaire ou connectif, qui est le plus répandu dans l'économie.

La forme de ces tumeurs est arrondie, lisse ou lobulée, quelquefois aplatie, lorsque quelqu'obstacle s'oppose à leur développement, comme dans les méninges, ou même sans cela, dans certaines régions lorsque par exemple quelque élément fibroïde de la peau subit un travail hypertrophique. Si ce travail se fait dans une glande, la tumeur présente la forme exagérée de celle-ci. Dans la kéloïde, qui est tout entièrement composée de tissu fibro-plastique, on rencontre tantôt des tubercules petits et multiples, tantôt des tumeurs uniques et plus volumineuses. En général, elles sont libres, sans adhérence pédiculée avec le voisinage. Mais on les rencontre presque pédiculées dans les membranes du cerveau, au moins avec une attache circonscrite. Elles sont sessiles tout à fait lorsqu'elles proviennent de l'os.

Ces tumeurs sont susceptibles d'acquérir un grand volume, surtout dans les membres et dans certains organes glandulaires, qui ont subi l'hypertrophie fibro-plastique, comme par exemple dans les glandes lymphatiques, dans la parotide et dans la mamelle. Elles atteignent leur maximum dans la cuisse et à l'origine des membres; savoir : le volume d'une tête de fœtus ou d'adulte. Lorsque le tissu fibroïde gélatineux, qui en constitue une des principales variétés, existe en abondance, ces tumeurs présentent surtout la tendance à être très volumineuses. Parmi les tumeurs de ce genre, qui ont un volume moyen, nous citerons en général celles qui proviennent du périoste, auxquelles j'ajouterai deux faits, dont l'un a rapport à une tumeur du col utérin que j'ai extirpée, et l'autre à une tumeur que j'ai enlevée à la partie inférieure de la jambe. Nous notons enfin, parmi les tumeurs de petite dimension tout à fait, le volume d'une fève, d'une noisette, d'une plaque de la largeur d'une pièce de 5 francs, dans des productions de ce genre qui naissent à la surface de la peau, à la superficie de la conjonctive, dans l'œil, dans le conduit auditif.

La consistance des tumeurs fibro-plastiques est élastique, molle, même d'une fluctuation trompeuse, ou plus ferme et semblable à celle des tumeurs fibreuses; elle peut être celle de l'os, si beaucoup de tissu osseux se trouve dans son intérieur, et dans les cas où la maladie prend naissance dans le périoste. En général, ces tumeurs sont mobiles par rapport aux parties ambiantes, surtout si elles sont situées sur le trajet des os. Leur enveloppe est fibro-celluleuse, quelquefois fibreuse, nous l'avons vue plusieurs fois conservée à travers des ulcérations superficielles qui étaient nées d'une simple distension mécanique des tégumens. Du reste, l'ulcération a à peine existé dans un douzième des observations; ainsi, ces tumeurs ont peu de tendance à cette terminaison.

L'aspect du tissu fibro-plastique, à l'œil nu, peut se présenter sous plusieurs formes types; la plus commune est celle d'un tissu homogène d'un jaune pâle blanchâtre, qui ressemble tout à fait à une tumeur fibreuse, à part la consistance moindre. Ce tissu peut être mêlé d'une substance gélatineuse demi-transparente, ce qui donne alors à l'ensemble de la substance une coloration d'un jaune pâle verdâtre et une espèce de demi-transparence. La vascularité, dans cette forme, est peu considérable, cependant elle peut l'être davantage par place, et donner lieu alors même à des ruptures ou à des épanchemens sanguins. Lorsque la vascularité est généralement plus abondante, le tissu prend une nuance rosée ou même rouge, d'aspect charnu. En pressant et en grattant ce tissu, on n'obtient qu'un suc clair et transparent.

La seconde forme type du tissu fibro-plastique offre en tout les caractères de la précédente; seulement, au lieu d'être lisse et homogène, elle présente une disposition inégale, et selon le volume de ces inégalités, un aspect grenu, lobulé, lobé et même bosselé. Lorsqu'au lieu d'avoir de grandes divisions, le tissu est réparti en granulations fines, on enlève par le grattage un suc qui, au premier abord, paraît trouble, parce qu'il tient en suspension une multitude de granulations; c'est un suc grumeleux et non trouble. Cependant, ce dernier caractère, quoique exceptionnel, peut exister comme dans toute espèce d'émulsion d'élémens cellulaires. La vascularité est plus forte dans le tissu fibroplastique lobulé que dans le lisse, le mélange avec le tissu demi-transparent y existe aussi bien que dans la forme homogène.

A côté de ces types ou rencontre quelques modifications dues à des altérations de ce tissu : telles sont l'infiltration purulente, ou même des abcès, l'aspect d'un jaune terne semblable à de la matière tuberculeuse que j'appelle phymatoïde et qui est dû à un dessèchement avec altération grasse des cellules. Des concrétions calcaires y sont généralement un résidu de l'hémorrhagie. Nous notons des réseaux osseux dans l'ostéosarcôme fibroïde. Des kystes superficiels ou profonds, à contenu séreux ou sanguin y ont été constatés plusieurs fois par nous. Nous ajouterons enfin que nous avons rencontré des tumeurs mixtes dans lesquelles le tissu fibro-plastique n'était qu'accessoire. Telles étaient plusieurs tumeurs adipeuses, cartilagineuses, cancéreuses, que nous avons observées.

La variété de texture, dans ces tumeurs, répond plutôt au groupement des derniers élémens qu'à des différences essentielles de ceux-ci, et nous avons au contraire un point de départ anatomique fixe qui fait mieux comprendre la connexion de ces produits, malgré leur physionomie variée. Les principaux élémens sont les cellules fibro-plastiques, les corps fusiformes constituant en quelque sorte l'intermédiaire entre la cellule et la fibre, de grandes cellules ou cellules mères, une substance gélatineuse, des élémens graisseux très rares, enfin les élémens microscopiques de l'os, si ce tissu a été constaté à la dissection ordinaire. M. Lebert décrit ces divers élémens microscopiques avec des détails qu'il ne nous est pas possible de reproduire ici.

Les rapports des tumeurs fibro-plastiques avec les tissus voisins sont ceux d'adhérences cellulaires lâches dans les parties molles, tandis que ce sont de véritables excroissances dans l'os. Comme toute espèce de tumeur, elles font disparaître les parties voisines par absorption et par compression lorsqu'elles subissent un accroissement rapide. Une seule fois nous avons observé l'envahissement par infiltration.

Quant au siége, nous avons dans nos observations 23 cas d'hypertrophies fibro-plastiques, se rapportant au derme, aux glandes lymphatiques, à la parotide, aux glandes palatines, aux glandes sébacées, au testicule, à la mamelle, à des parois de kystes enfin. Nous possédons 7 observations de tumeurs kéloïdes, dont 2 cicatricielles et 5 spontanées, siégeant en majeure partie au tronc. Parmi les tumeurs fibro-plastiques autogènes superficielles, au nombre de 27, nous notons 5 cas à la figure et aux organes externes des sens, 4 au tronc, 4 aux membres supérieurs, et le nombre considérable de 14 au membres inférieurs. Parmi 16 cas de tumeurs fibro-plastiques au fond des parties molles, nous en notons une dans les bourses, une au col utérin, une dans les plèvres et 13 dans les méninges, dont 8 à la base. Nous avons observé 13 cas d'ostéosarcôme fibro-plastique pour lesquels nous insistons sur la prédilection marquée pour les os de la face, et surtout pour les mâchoires. Nos cas de pathologie comparée enfin se rapportent à des productions fibroplastiques sous-cutanés, sous-muqueuses, dans les glandes et dans les os maxillaires.

Les phases de développement et les modifications possibles des tumeurs fibro-plastiques sont très nombreuses et très variées. Nous ne pouvons que les indiquer dans ce court résumé. Ce sont le dépôt local, l'accroissement lent et ensuite plus rapide, l'état phlegmasique, des hémorrhagies, une calcification partielle, le ramollissement, la formation de kystes, une ossification partielle, l'ulcération et enfin, dans des cas rares, la gangrène.

Les deux sexes sont également disposés au développement de ces productions qui sont répandues aussi sur tous les âges de la vie. C'est ainsi que plus d'un tiers se trouvent avant l'âge de 35 ans, pas tout à fait un tiers après 50 ans, mais la plus grande fréquence se rencontre entre 35 et 50 ans, 23 sur 60 cas dans lesquels l'âge est noté.

M. Lebert terminera la lecture de ce mémoire dans la prochaine séance.

Kystes muqueux du sinus maxillaire.

M. GIRALDÈS lit sur ce sujet un mémoire dont voici l'analyse sommaire :

Ce travail se divise en deux parties : 1° partie anatomique; 2° partie anatomo-pathologique.

Dans la première partie, M. Giraldès essaye de montrer que l'anatomie et la physiologie du sinus maxillaire ne sont pas bien connues. Il démontre cette proposition en l'appuyant de quelques détails anatomiques : 1° l'orifice du sinus. Il montre que loin de présenter des variétés de position, de nombre, etc., cet orifice présente au contraire une fixité, une invariabilité de position, toujours il est placé dans l'infendibulum, et toutes les fois qu'on trouve une ouverture au milieu du méat, celle-ci est le produit d'un travail pathologique.

L'auteur étudie ensuite la membrane muqueuse du sinus, et y démontre la présence d'organes folliculaires en assez grand nombre.

La partie anatomo-pathologique est consacrée à l'étude des kystes muqueux du sinus, non décrits, peut-être même inconnus aux anatomopathologistes : ces kystes sont formés par la dilatation des organes folliculaires; cette dilatation peut atteindre le volume d'un gros œuf de pigeon. Lorsque ces tumeurs existent, et que surtout elles sont multiples, le sinus est dilaté en totalité ou en partie; cette dilatation est accompagnée d'amincissement des parois. Ces modifications de la cavité du sinus étant identiques à celles qu'on considère comme produites par l'hydropisie du sinus maxillaire, M. Giraldès se demande si ces hydropisies sont réellement des collections du liquide contenu dans la cavité du sinus, et si elles ne seraient pas plutôt formées par des kystes du sinus. Or, vu la fréquence des kystes et l'absence complète des preuves anatomiques démontrant la réalité de ces hydropisies, il adopte l'opinion contraire.

M. LARREY rappelle qu'il existe dans Jourdan des faits analogues à ceux qui font l'objet de son travail; il est surpris que M. Giraldès n'en n'ait pas tenu compte.

M. MICHON reproche à M. Giraldès de n'avoir pas décrit la symptomatologie des kystes muqueux du sinus maxillaire, dont il paraît vouloir faire une maladie distincte d'après des faits nouveaux, et d'avoir en quelque sorte construit son mémoire avec des faits d'autrui.

M. GIRALDÈS se défend de ce reproche en disant que son travail est exclusivement fait au point de vue anatomo-pathologique, et qu'il n'est pas entré dans son but de décrire les symptômes de l'affection en question.

M. ROUX a vu un assez grand nombre de fois des cas d'hydropisie du sinus maxillaire, dont il esquisse à grands traits l'histoire, et il déclare n'y avoir jamais rien observé qui rappelle ces kystes dont parle M. Giraldès. Il craint que M. Giraldès n'ait un peu trop donné essor à son imagination, et qu'il n'ait créé de toutes pièces une maladie qui n'existe pas.

M. GIRALDÈS constate que la différence d'opinion qui existe entre M. Roux et lui, vient de ce que M. Roux accepte de ses devanciers la description des hydropisies du sinus, telle qu'elle, tandis que lui a examiné les choses de près. Or, il a reconnu que les altérations étaient identiques dans les deux cas, dans les hydropisies prétendues et dans les kystes, ou, en d'autres termes, que tout ce qu'on a considéré jusqu'ici comme des hydropisies du sinus, n'était, en réalité, autre chose que des kystes de cette cavité. Dans sa conviction, ces kystes sont excessivement communs, et si on ne les reconnaît pas dans le plus grand nombre des cas, c'est qu'ils sont trop petits pour être appréciés.

M. Giraldès pense, d'ailleurs, que ce fait d'anatomie pathologique n'est pas sans portée pratique. Si les choses sont comme il le croit, on arriverait à cette conséquence, comme traitement, c'est qu'au lieu de se borner à ponctionner comme on le fait généralement d'après le conseil de Brodie, il faudrait fendre largement le sinus et le débarrasser entièrement du kyste et de ses débris.

M. DENONVILLIERS incline à partager l'opinion de M. Giraldès. Tout ce qu'a dit M. Roux, qui a si bien décrit l'hydropisie du sinus maxillaire, s'appliquerait parfaitement, suivant lui, à la description des kystes de ce sinus. Il est d'autant plus porté à croire que les choses se passent comme le dit M. Giraldès, que l'existence de ces kystes sur les cadavres, sans qu'on en ait soupçonné l'existence pendant la vie, est excessivement fréquente. On en trouve presque une fois sur deux. Leur petitesse seule les fait méconnaître le plus ordinairement, et lorsqu'ils acquièrent un grand volume, ils remplissent alors hermétiquement la cavité du sinus, comme le fait l'hydropisie elle-même, ce qui peut très aisément les avoir fait confondre jusqu'ici avec cette dernière altération. Il resterait cependant à fournir la preuve que les choses sont ainsi.

M. GERDY : Plus on étudie, plus on voit se multiplier dans tous les organes les faits de follicules hypertrophiés; de sorte qu'il est porté à croire qu'une multitude d'hydropisies peuvent avoir pour origine le développement anormal d'un ou de plusieurs follicules muqueux dans le sinus maxillaire comme dans tous les autres organes revêtus d'une membrane muqueuse. Cependant, il y a des raisons de douter encore que les choses se passent toujours ainsi. Il pourrait bien se faire que M. Giraldès, ainsi qu'on lui en a fait déjà le reproche, eût appliqué à une maladie une description qui appartiendrait à une autre.

M. MOREL-LAVALLÉE ne comprend pas la filiation qu'il y aurait entre ces deux maladies : l'hydropisie et le kyste du sinus, l'une très rare, l'autre très commune.

M. DENONVILLIERS trouve précisément dans le fait anatomo-pathologique qu'il exposait tout à l'heure, une raison qui militerait en faveur de l'opinion de M. Giraldès. Trouve-t-on souvent des hydropisies à l'état rudimentaire dans les sinus? Jamais; tandis qu'on y trouve au contraire très fréquemment des kystes rudimentaires. Tout porte donc à croire que les prétendues hydropisies du sinus ne sont en réalité que des kystes plus développés que ceux que l'on rencontre le plus habituellement.

La discussion est close.

Le mémoire de M. Giraldès sera renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER.

Un dentiste en réputation, demeurant sur le boulevard, entendait tous les jours à la même heure une secousse formidable ébranler sa sonnette. La chose n'avait rien d'étonnant pour un homme habitué à recevoir des visiteurs auxquels la douleur ne permet pas d'attendre et cause à tout moment des mouvemens convulsifs. On courait à la porte et l'on ne trouvait jamais personne; mais, à chaque fois, la domestique ramassait sur le paillasson une pièce de 5 fr. qui avait été déposée par une main inconnue. Cette aumône mystérieuse se renouvela plusieurs jours de suite, et l'on finit par en découvrir l'auteur, un jour qu'il n'avait pu se retirer assez à temps. Ce n'était autre qu'un malheureux patient qui venait chaque jour pour se faire arracher une dent dont il souffrait continuellement; mais arrivé à la porte du dentiste, l'appréhension de l'opération faisait subitement cesser sa douleur, effet que tout le monde a souvent éprouvé, et le naïf malade, attribuant cette guérison soudaine à l'approche de l'opérateur, se faisait un devoir de laisser son offrande en se retirant. Le dentiste, qui est aussi un honnête homme, a eu mille peines à faire accepter à son client inconnu la restitution de cet argent, que celui-ci considérait comme une faible rémunération pour des consultations si efficaces. (*Le Siècle.*)

La Société médicale du 12me arrondissement, dans sa séance du 1er décembre, a nommé son bureau pour l'année 1853 :

MM. Devilliers père, président;
Dumas, vice-président;
Dumont, secrétaire général;
Gauneau, secrétaire particulier;
Focillon, trésorier.

— M. le docteur Demarquay a commencé, le 7 décembre, un cours public d'anatomie chirurgicale à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, de 4 à 5 heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par les émissions sanguines au début et par l'eau froide (*intus et extrà*) pendant toute la durée de la maladie, par le docteur LEROY, médecin en chef de l'hospice de Béthune (Pas-de-Calais). — Broch. in-8. Paris, 1852. Aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre. — Prix : 1 fr.

Ce travail, qui a été publié en grande partie dans l'UNION MÉDICALE, et qui a fait sensation, renferme plusieurs observations inédites.

De quelques élémens de l'hygiène, dans leur rapport avec la durée de la vie, par M. L.-A. BERTILLON, d.-m. Thèse inaugurale. In-4°. Paris, 1852.

Thèse très intéressante, dans laquelle l'auteur étudie, au moyen de l'analyse et de la statistique, l'influence des causes ambiantes et des causes morales sur la durée moyenne de la vie humaine. Il y a là les élémens d'une publication très utile que nous engageons l'auteur à développer.

Recherches sur les calculs de la vessie et sur leur analyse médico-chimique, par M. Samuel-Lee BIGELOW, d.-m. Thèse inaugurale. In-4°, avec atlas in-folio. Paris, 1852.

Excellent travail, contenant un grand nombre de recherches nouvelles et de faits nouveaux. Un très bel atlas de planches gravées laisse facilement suivre les descriptions.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 148. **SIXIÈME ANNÉE.** **Samedi 11 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. le professeur BOUILLAUD.

Sommaire. — Nombreuses et rares lésions du cœur, résultant de l'inflammation de l'endocarde et du péricarde.

M. le professeur Bouillaud a montré à sa clinique, le 3 décembre dernier, une pièce pathologique, un cœur hypertrophié, qui lui a fourni l'occasion de remarques d'anatomie pathologique et de pathologie d'un véritable intérêt pratique.

Une femme de 60 ans fut apportée mourante, et succomba dans le service douze heures après son entrée. A la visite du soir, on avait constaté chez elle l'existence de signes appartenant à l'altération des orifices auriculo-ventriculaires droit et gauche, et ceux d'une énorme hypertrophie de l'organe.

Les caractères principaux de l'affection étaient : une anasarque considérable, accompagnée d'ascite et d'épanchement dans la plèvre droite ; le pouls était insensible, la face livide, les lèvres violettes; on remarquait un peu de reflux du sang dans les jugulaires. Au cœur on trouvait une matité très étendue ; la pointe de l'organe battait beaucoup au-dessous du cinquième espace intercostal, et en dehors de la ligne verticale du mamelon ; enfin l'impulsion était énergique, mais les bruits, sourds, étouffés, et le premier bruit était remplacé par un souffle rude et prolongé pendant le petit silence; le second claquement valvulaire était lui-même altéré, mais moins que le premier; le maximum des bruits anormaux existait à la pointe.

L'autopsie montra des altérations en rapport avec les phénomènes, altérations d'autant plus intéressantes, qu'elles n'ont été signalées et rapportées à leur véritable cause que dans ces derniers temps.

A la surface du péricarde, existaient de nombreuses plaques laiteuses : une sur le ventricule droit, elle était mince et large ; une seconde sur le ventricule gauche, plus étroite et plus épaisse ; enfin, une troisième rayonnée, étoilée comme une cicatrice, rapprochait l'artère pulmonaire et la crosse de l'aorte.

Ces taches blanches, a dit M. Bouillaud, sont des résultats d'inflammation, de péricardite; ce sont de fausses membranes, des produits d'exsudation semblables aux fausses membranes de la plèvre. En voici la preuve : elles se détachent avec l'ongle, et l'on trouve au-dessous d'elles le péricarde parfaitement sain. La présence de ces rugosités à la surface du cœur donne lieu à des bruits de frottement rudes, et qui simulent les souffle de l'endocardite. Il est quelquefois difficile de les distinguer ; cependant, ils sont en général superficiels, peu diffus, limités, ce qui ne se rencontre pas habituellement dans les souffles dus à des lésions de la membrane interne du cœur. Nous avons plus d'une fois, à l'aide de ces caractères et de quelques autres, diagnostiqué l'existence de simples plaques laiteuses de la grandeur de l'ongle.

Ce qui frappait encore, c'était le volume du cœur; cet organe avait éprouvé une augmentation de poids et de volume; il était assurément d'un tiers plus gros qu'à l'état normal; et, en effet, il pesait 7 à 800 grammes. Les parois des cavités étaient plus épaisses, plus denses que celles d'un cœur sain; et on remarquait aussi que l'intérieur du ventricule droit avait pris une couleur rouge écarlate qui ne lui est pas habituelle. M. Bouillaud a signalé le premier cette espèce de transformation que subit le cœur droit sous l'influence de l'*hypertrophie*, ce qui lui fait presque acquérir les qualités physiques du cœur artériel (1). Ici, d'ailleurs, toutes les parois étaient hypertrophiées, de sorte que la conformation et les proportions de l'organe persistaient. Il en était de même des cavités qui s'étaient agrandies en proportion de l'accroissement du volume des parois.

L'endocarde, cette membrane dont, il y a quelques années, on niait l'existence, l'endocarde n'était malheureusement que trop visible dans toutes ses cavités. En effet, à l'intérieur des ventricules, leur surface était parsemée de plaques laiteuses, absolument semblables à celles du péricarde. Rapprochez, a dit M. Bouillaud, cette plaque extérieure de cette plaque intérieure, et trouvez si vous le pouvez une différence. La ressemblance des produits entraîne l'identité de nature; c'est à une production d'inflammation, à un résultat d'endocardite que nous avons à faire. Mais, remarquez bien ceci, nous n'avons pas dit que nous avions à faire à une endocardite; en effet, le produit d'inflammation n'est pas l'inflammation elle-même; celle-ci est un acte vital qui consiste dans le mouvement fluxionnaire; quant à la fausse membrane, c'est un résultat, un produit qui n'a pu être résorbé, qui persiste après la maladie qui lui a donné naissance; c'est, comme nous avons coutume de le dire, le cadavre et la maladie.

Ces plaques laiteuses de l'endocarde occupaient, comme d'habitude, principalement la base du ventricule, le sommet des colonnes charnues, les tendons et surtout les valvules. Ici elles offraient des particularités très notables.

Au niveau de l'orifice aortique, les trois valvules sigmoïdes étaient à peu près normales sous le rapport de la forme, de l'étendue et de la mobilité; elles étaient encore minces et transparentes. Mais cependant elles étaient encore éloignées de l'état sain ; elles étaient triplées d'épaisseur, et leur bord libre était boursouflé; les valvules saines étaient d'une minceur étonnante, plus fines que la plus fine gaze, et plus résistantes cependant, car c'est du tissu fibreux qui les forme. Ces valvules étaient donc malades; elles devaient être la cause des bruits anormaux, mais cependant sans insuffisance ni rétrécissement.

L'orifice auriculo-ventriculaire était le siége des plus graves lésions. Là, en effet, la valvule bicuspide était fortement altérée ; la lame antérieure était rétrécie dans le sens transversal; elle bridait l'orifice. Cela tenait à l'épaississement qu'elle avait subi et à la formation dans son épaisseur de plaques qui avaient passé en partie à l'état crétacé. Le bord libre de cette membrane était boursouflé et portait des bourgeons rosés semblables à ceux d'une plaie en suppuration. Quant à la lame postérieure, bien plus affectée encore, elle avait subi une corrugation, un ratatinement qui l'avait réduite au tiers de sa longueur habituelle; ce n'était plus qu'une sorte de frange qui se trouvait dans l'impossibilité de rejoindre la valvule antérieure; de sorte que l'orifice devait être fermé d'une manière incomplète ou *insuffisant*. Ces lésions n'avaient produit qu'un médiocre rétrécissement, et, en effet, on introduit assez aisément deux doigts dans l'orifice, mais c'était un rétrécissement cependant, eu égard à l'ampleur anormale des cavités.

M. Bouillaud a fait remarquer, en passant, combien l'orifice aortique et l'orifice auriculo-ventriculaire étaient rapprochés; c'était à ce point que la lame antérieure de la bicuspide se continuait presque sans interruption avec la base de la troisième valvule sigmoïde. Ce rapprochement des orifices, qui d'ailleurs est normal, donne une idée, a ajouté M. Bouillaud, de la difficulté que l'on doit rencontrer à distinguer l'une et l'autre des lésions de ces orifices, et de la puissance des méthodes d'observation et d'analyse qui pourtant résolvent ce problème.

Dans le cœur droit, mêmes lésions, mêmes plaques laiteuses, mêmes vestiges d'inflammation, aussi clairement, aussi fortement accusés. Les valvules de l'artère pulmonaire étaient épaisses et opalines, mais à un moindre degré que celles de l'aorte. Quant à la valvule tricuspide, elle était moins rétrécie que la bicuspide, mais elle présentait un autre genre de lésion qui produisait aussi une insuffisance comme à l'orifice gauche correspondant. La lame moyenne de cette valvule adhérait par toute sa face postérieure à la paroi ventriculaire, de sorte qu'elle ne pouvait se relever dans le jeu valvulaire, et que le reflux du sang dans l'oreillette et les veines était la conséquence nécessaire de cette disposition. C'est ce qui expliquait la coloration violette, asphyxique de la face; le sang refluait et stagnait dans tout le système veineux.

Enfin, M. Bouillaud a fait remarquer un amincissement de la cloison ventriculaire. Les deux séreuses ventriculaires étaient en contact, adossées, et la membrane unique qui en résultait proéminait dans le ventricule droit. Du côté du ventricule gauche, on remarquait une petite cavité en forme de dé à coudre et de la même grandeur.

(1) Cela est surtout remarquable dans l'hypertrophie du cœur droit des sujets, dont les cavités gauches communiquent anormalement avec les cavités droites.

Feuilleton.

LES SOCIÉTÉS MÉDICALES DES ARRONDISSEMENS DE PARIS.

Un acte récent, émané de la Société médicale du 1er arrondissement de Paris, a suscité, dans plusieurs journaux de médecine, des observations et des réflexions qui me déterminent à dire mon humble avis, moins sur le fait en lui-même, suffisamment connu, que sur la question plus générale des Sociétés d'arrondissement, du rôle qu'elles sont appelées à jouer, et de l'influence qu'elles peuvent exercer. Il m'a semblé qu'un peu de confusion se trahissait dans certains esprits sur ce sujet intéressant. On s'est hâté de jeter un blâme sur un acte d'une de ces Sociétés, sans s'enquérir du but, de la nature, des conditions d'existence et du mode de fonctionnement de ces Sociétés, toutes circonstances nécessaires à bien apprécier pour éviter l'erreur ou l'injustice. Quelques considérations sur ce sujet seront peut-être utiles, elles sont certainement opportunes.

Il me sera d'abord permis de rappeler que les Sociétés d'arrondissement de Paris sont presque toutes une émanation, j'oserais dire une continuation du Congrès médical de 1845. C'est à l'agitation, c'est aux espérances que cette grande manifestation fit naître dans tous les esprits et dans tous les cœurs, que la plupart de ces Sociétés doivent leur existence. Le congrès avait émis comme vœu suprême la formation spontanée d'associations libres dans tous les arrondissemens de la France, ayant pour but la science, la bienfaisance et les intérêts professionnels. On sait avec quelle ardeur et quel zèle le corps médical de France répondit à cet appel. Deux ans s'étaient à peine écoulés que plus de 300 associations et Sociétés médicales s'étaient organisées. C'est dans ces circonstances qu'éclata la révolution de Février. Les graves préoccupations de l'époque portèrent un coup funeste à ces institutions naissantes. La plupart de celles de nos départemens cessèrent leurs travaux et interrompirent leurs réunions. Quelques-unes, néanmoins, subsistent encore; elles ont traversé tous ces temps difficiles, et lutté contre toutes les circonstances défavorables avec un courage digne des plus grands éloges.

Les Sociétés médicales des arrondissemens de Paris ont beaucoup moins souffert des difficultés du temps que celles des départemens. Dans les plus mauvais jours, elles n'ont pas interrompu leurs pacifiques et utiles travaux. Leur nombre, loin de diminuer, s'est au contraire augmenté. A la révolution de Février, il n'existait que dix de ces Sociétés, leur nombre est actuellement de douze ; c'est dire que tous les arrondissemens de Paris possèdent aujourd'hui leur Société médicale. Le chiffre de leurs adhérens s'élève aussi dans une proportion marquée. Leurs petites finances sont en très bon état. Leurs réunions sont suffisamment suivies, leurs travaux sont loin d'être dénués d'intérêt, en un mot, leur fonctionnement facile et régulier leur assure aujourd'hui une existence certaine.

Quel est le but de ces Sociétés? Il est écrit en tête de tous leurs statuts : c'est le premier de leurs articles : ces Sociétés sont instituées dans le but de conserver, de protéger et de défendre, parmi leurs membres, les principes et les actes de dignité professionnelle.

Si l'on veut bien se souvenir que ces Sociétés sont des Sociétés libres, que chacun est parfaitement maître de ne pas en faire partie; que n'en faisant pas partie, ces Sociétés n'ont aucune espèce d'action sur lui, on partira d'un fait et d'un principe qui éclairciront singulièrement les choses et qui préviendront même toute discussion possible.

Ces Sociétés libres ont eu certainement le droit, personne ne peut contester cela, de s'imposer telles règles, tels statuts, telles conditions, tel régime disciplinaire qu'elles ont voulu.

On ne peut pas plus contester que chaque adhérent à ces Sociétés, par cela même qu'il est devenu membre de la Société, a été censé connaître les statuts et les règles, et qu'il a contracté l'obligation de s'y soumettre.

Peut-on contester davantage que, dans les cas d'infraction à ces règles, la société n'ait le droit d'intervenir contre celui qui l'a commise? Assurément, non.

Donc, liberté complète de s'associer ou non ;

Règles et statuts de l'association ;

Engagement pour l'associé de s'y conformer;

Droits et devoirs de l'association de maintenir et d'exécuter ses statuts;

Tels me paraissent et tels sont, en effet, les quatre termes de la question en dehors et au-dessus desquels on ne peut qu'obscurcir, qu'égarer ou passionner la discussion.

De ce point de vue, le seul véritable, et le seul raisonnable, voulez-vous apprécier l'acte récent de la Société du 1er arrondissement de Paris? Rien de plus facile, et pour cela posez-vous les questions suivantes :

Le médecin dont il a été question était-il libre de faire ou non partie de la Société du 1er arrondissement?

Vous répondrez évidemment : oui.

Ce médecin faisait-il partie de la Société?

Oui, encore.

Ce médecin connaissait-il les statuts de la Société?

Certainement.

Les statuts de la Société défendent-ils de faire ce que ce médecin a fait?

C'est incontestable.

La Société avait-elle donc le droit de rappeler ce médecin à l'observance de ses règles?

On ne peut nier cela.

L'a-t-elle fait avec convenance, modération et les égards que l'on devait à ce confrère, d'ailleurs si respectable?

Cela paraît résulter de la note même qui a été publiée.

Voilà, quant à moi, la seule façon dont je puisse envisager cette affaire, qui, dégagée des accessoires et des détails, me paraît fort simple.

Les Sociétés des arrondissemens de Paris ont-elles tort ou raison d'adopter telle ou telle règle de conduite envers les homœopathes, les magnétiseurs et le reste? C'est une tout autre question dans laquelle la presse a certainement le droit d'intervenir, de conseiller, d'approuver ou de blâmer. Mais alors même que tout ne serait pas approuvable

C'est à des lésions de cette espèce, a dit M. Bouillaud, qu'on a donné le nom d'anévrysme de la cloison; ces altérations anatomiques sont souvent l'origine de communications anormales entre les deux ventricules. Si la malade avait vécu, nul doute qu'une pareille perforation ne se fût produite.

M. le professeur Bouillaud a insisté encore sur le procédé anatomique à l'aide duquel on a mis à découvert toutes ces lésions. Le cœur a été ouvert d'une manière méthodique, et d'après le procédé que ce professeur a indiqué le premier.

On a d'abord pratiqué dans le ventricule droit une section longitudinale qui, partant de la pointe, a remonté vers la base et pénétré dans l'artère pulmonaire qui a été fendue dans sa longueur. Une autre section, partant également de la pointe, a parcouru en remontant tout le bord droit de l'organe. Arrivé à l'orifice auriculo-ventriculaire, on a arrêté la section, afin de pouvoir examiner cet orifice intact. Plus tard, on a complété la section en pénétrant dans l'oreillette; quant à celle-ci, on en a examiné l'intérieur par une ouverture qui a réuni les deux orifices des veines caves. Le cœur gauche a été ouvert par un procédé semblable. Comme on le comprend, chaque ventricule a été ouvert par la formation d'un lambeau en forme de V, dont la pointe répond à la pointe du cœur, et chacune des branches à un des orifices de la base; ce lambeau mobile peut être relevé en haut, porté à droite et à gauche comme une sorte de tablier, en sorte que rien ne s'oppose à une exploration complète de l'intérieur du cœur.

Ce procédé, si simple en apparence, a été comme toutes les choses simples, des plus difficiles à trouver. Il y a quelques années encore, pour l'examen des affections du cœur, on se contentait d'en couper la pointe par une section transversale et d'examiner tant bien que mal l'intérieur des cavités. Aussi que trouvait-on? Nous nous rappelons toujours, a dit M. Bouillaud, ce médecin qui nous assurait n'avoir point trouvé à l'autopsie d'un malade, un rétrécissement auriculo-ventriculaire que nous avions diagnostiqué pendant la vie; il ne nous avait pas apporté le cœur; nous voulûmes le voir, et nous nous nous rendîmes à l'amphithéâtre; le cœur avait eu le sommet tronqué par l'incision transversale que nous venons de rappeler, et l'on s'était contenté de regarder dans l'intérieur de l'organe. Nous le fendîmes et nous trouvâmes le rétrécissement annoncé pendant la vie.

M. Bouillaud a terminé par quelques remarques sur la multiplicité et la variété des lésions qui existaient dans ce cas particulier et sur la cause principale, l'inflammation des séreuses, qui a présidé directement ou indirectement à leur production; mais n'allez pas, a-t-il ajouté, confondre les divers effets, les divers produits de ces phlegmasies avec ces phlegmasies elles-mêmes. Celles-ci avaient cessé d'exister depuis de longues années, laissant à leur suite les lésions anatomiques précédemment décrites, lesquelles leur survivent en quelque sorte comme des enfans à leur mère. C'est une étude bien curieuse à la fois et bien importante que celle de l'évolution des produits d'origine inflammatoire, si variables selon les tissus, selon les milieux où ils se développent, et même selon l'état du sang qui en fournit la matière première. Mais cette étude nous entraînerait beaucoup trop loin en ce moment, et nous la réservons pour une autre occasion.

V. Racle,
Chef de clinique de la Faculté.

OPHTHALMOLOGIE.

OPHTHALMIES TRAUMATIQUES; — CHOIX D'OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES CORPS ÉTRANGERS DE L'APPAREIL OCULAIRE; par M. Magne, médecin oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement.

(Voir le dernier numéro.)

Quatrième fait. — *Paillette de cuivre incrustée sur le cartilage tarse, méconnue pendant six semaines.*

Le 16 mai 1847, un ouvrier tourneur sur cuivre, vint à ma consultation, se plaignant de douleurs vives de l'œil droit. Depuis six semaines, les mouvemens des paupières étaient insupportables. Plusieurs fois déjà, il avait reçu des paillettes de cuivre sur le globe oculaire, qu'on avait aisément enlevées. Des traces de ces paillettes existaient aussi aux joues, aux paupières et jusque dans les sourcils; elles se reconnaissaient à des points d'un bleu verdâtre. Le malade était convaincu qu'un fragment de même nature déterminait l'inflammation persistante de l'œil.

Cependant, il s'était fait examiner par plusieurs de ses camarades; il s'était même présenté aux consultations dans les hôpitaux; toutes les recherches avaient été vaines.

J'explorai le globe avec le plus grand soin, puis je soulevai chaque paupière en sondant tous les replis que ma vue pouvait embrasser; je ne trouvai nulle trace du corps étranger qui pourtant devait exister, car la cornée présentait une ulcération longitudinale, ou plutôt une éraillure dont la cause ne pouvait être que traumatique, eu égard aux antécédens.

Je maintins alors la paupière supérieure et je fis exécuter des mouvemens à la paupière inférieure; la sensation douloureuse n'existait pas. Je fixai à son tour cette dernière; les douleurs reparurent dès les premiers mouvemens de la paupière supérieure. Elle était donc le siége du mal; mais voulant l'explorer de nouveau, au lieu de la saisir par les cils, mes doigts embrassèrent le cartilage tarse; je n'allai pas plus loin; le fragment de cuivre me déchirait le pouce, il était incrusté sur le cartilage tarse lui-même à sa partie postérieure, et la saillie qu'il formait d'avant en arrière labourait superficiellement les lames cornéennes à la façon d'une épingle qui effleure l'épiderme.

Il me fallut employer une certaine force pour arracher, avec des pinces, cette paillette de cuivre qui s'était pour ainsi dire soudée dans la paupière par suite de l'oxydation. Le soulagement fut immédiat; c'était bien là véritablement le *sublata causa, tollitur effectus.*

On trouve ici un exemple de l'attention que les chirurgiens doivent apporter à l'exploration de l'œil: la nature de l'excoriation cornéenne, les souvenirs du malade, ses antécédens, sa profession, tout se réunissait pour faire admettre la présence d'un corps étranger et, pourtant la découverte en a été due pour ainsi dire au hasard.

Cinquième fait. — *Fragment de maroquin incrusté sur la cornée, méconnu pendant seize mois.*

En 1843, je fus consulté par un ouvrier bottier de la rue Richelieu; son travail consistait à piquer des bottines et des pantoufles de maroquin. « Il y a environ un mois, dit-il, j'étais occupé à piquer des pantoufles de maroquin jaune, quand tout à coup *je sentis comme une mouche qui m'entrait dans l'œil*; depuis lors, j'ai été contraint de renoncer à mon travail.

L'eau de Bridault et la pommade de Lyon formaient les seuls remèdes dont l'usage avait été essayé. Voici dans quel état je trouvai l'œil droit:

La cornée paraissait désorganisée, surtout au centre; elle était d'un gris cendré; plusieurs points blanchâtres s'y faisaient remarquer; un grand nombre de vaisseaux variqueux rampaient sur la conjonctive oculaire, et pénétraient dans le tissu cornéen. La conjonctive palpébrale, congestionnée, offrait un aspect granuleux. Photophobie intense; vision à peu près nulle.

Je prescrivis un régime sévère, une large saignée et une purgation; l'œil fut recouvert jour et nuit d'une compresse imbibée d'une solution astringente. Le malade qui habitait un rez-de-chaussée, le quitta pour prendre une chambre convenablement aérée. Quelque attention que j'eusse apportée à l'examen de l'œil et de ses annexes, je ne trouvai nulle trace de corps étranger.

Pendant trois mois, le malade suivit exactement mes prescriptions, qui consistèrent en ventouses scarifiées, sangsues, purgatifs réitérés, instillations soit de collyre au nitrate d'argent, soit de laudanum, vésicatoires volans, frictions avec la pommade stibiée, pédiluves, etc. Pendant ces trois mois, l'œil eut des alternatives de mieux et de rechutes. A cette époque, je proposai un séton. Mais le malade désira entrer à l'hôpital. Je le conduisis à la Pitié, et le confiai aux soins du regrettable professeur Auguste Bérard. Je le tins au courant de la brusque apparition de la kératite, et pas plus que moi il ne trouva, dans la cornée désorganisée, les traces d'un corps étranger.

Le séton fut appliqué; le traitement antiphlogistique fut continué, mais sans succès; le malade quitta l'hôpital de la Pitié, après y avoir séjourné plus de six mois.

Il essaya alors de tous les remèdes de commères qui ne manquent pas d'affluer, surtout quand il s'agit d'affections chroniques qui résistent aux ressources de l'art. Six autres mois se passèrent pendant lesquels il se présentait de temps à autre à ma consultation.

J'eus ainsi occasion de revoir plusieurs fois son œil, et j'ai toujours remarqué que le siége principal de l'inflammation était le centre de la cornée. Le malade avait la conviction *qu'il lui était entré quelque chose dans l'œil*, et que *si je voulais lui enlever ce quelque chose il serait guéri.*

Il se plaignit un jour qu'à chaque mouvement des paupières il souffrait plus que d'habitude, et insista plus que jamais sur la présence d'un corps étranger. L'inspection de l'œil me fit reconnaître, à la partie centrale de la cornée, une sorte de dépôt que je pris pour du pus concrété, dont les parties les plus liquides auraient été absorbées; une curette appliquée doucement amena au dehors..... un fragment de maroquin, dont la ténuité avait dû être imperceptible, mais qui, enclavé dans les lames de la cornée par l'inflammation subséquente, s'y était gonflé à la manière d'une éponge et représentait, vu au microscope, les hachures et les lozanges qu'on remarque sur les peaux de chèvres maroquinées. Au moment de l'extraction, ce fragment égalait en volume un gros grain de mil; plus tard, lorsqu'il fut desséché, il avait au plus un quart de millimètre dans toutes ses dimensions. Et ce qui achèvera de rendre cette observation plus extraordinaire, c'est qu'avant la dessication, le corps étranger présentait, quoique un peu altéré, la coloration jaunâtre du maroquin sur lequel travaillait le malade lors de son accident.

C'est ainsi qu'un corps étranger a pu séjourner seize mois au moins dans le tissu de la cornée, invisible à toutes les investigations, et produire une désorganisation presque complète de l'œil.

L'extraction faite, le malade se soumit de nouveau à un traitement rationnel; la cornée reprit à la longue une partie de sa transparence; le moyen qui a le mieux réussi est la solution d'azotate d'argent; cependant si l'œil a retrouvé assez de vision pour servir à guider la marche, deux leucomas, dont un vis-à-vis la marge pupillaire gênent singulièrement l'exercice de la faculté visuelle.

Sixième fait. — *Débris de capsule fulminante demeuré sept jours dans l'œil; — iritis; — cataracte.*

Le 14 mai 1847, je vis pour la première fois le fils de M. Pain, demeurant rue St-Honoré, n° 179, interprète à l'hôtel Meurice. Cet enfant, âgé de 9 ans environ, s'était amusé, dans la journée, à faire partir des capsules à l'aide d'un petit fusil à piston; la cheminée ne recouvrant pas la capsule, les éclats de celle-ci avaient été projetés avec violence contre le globe oculaire. Il était nuit lorsque je vis le malade pour la première fois. Je me fis représenter les débris de la capsule, qui avaient été retrouvés sous la cheminée du fusil, et je constatai qu'il en manquait la moitié. L'œil droit était injecté; deux plaies existaient à la sclérotique, près de son union avec la cornée; une autre plaie avait divisé cette dernière membrane à la partie interne. Bien que le jour fût peu favorable, je ne voulus pas que les corps étrangers séjournassent dans l'œil, et je pratiquai l'extraction de trois fragmens de cuivre ayant

---

dans les statuts de ces Sociétés, ces statuts une fois faits, adoptés et librement consentis, aucun blâme ne peut être jeté à une Société parce qu'elle veille à leur stricte observation.

L'acte de la Société du 1er arrondissement n'est pas d'ailleurs un fait sans analogue et sans antécédens dans les autres Sociétés. Celle du 6e arrondissement a rayé du nombre de ses membres un médecin qui, d'allopathe, est devenu homœopathe. La Société du 2e arrondissement a voté la radiation d'un de ses membres qui prêtait le concours de son titre et de son nom à une somnambule. Plusieurs autres peines disciplinaires moins sévères ont été prises contre d'autres écarts professionnels. Personne n'y a rien trouvé à redire. Pourquoi cela? Précisément, encore une fois, parce que tout cela résulte de consentemens parfaitemens libres et spontanés, et que nous sommes tous maîtres d'accéder ou de nous soustraire à toute action disciplinaire.

Toute association d'hommes réunis dans un but déterminé, doit nécessairement s'imposer des règles et une discipline intérieure, sans lesquelles toute association est impossible. Mais ces règles et cette discipline ne sont applicables qu'aux associés eux-mêmes. En dehors, toute action de la Société est nulle, illégitime, usurpatrice. C'est bien ainsi que l'ont compris les Sociétés médicales de Paris. Jamais elles n'ont prétendu étendre leur action en dehors de leur sphère propre et naturelle. Elles se bornent à exiger de leurs membres l'exécution des réglemens qu'ils ont volontairement et librement souscrits. Tous ceux à qui ces règles pèsent s'éloignent de ces Sociétés, et ces Sociétés ne se mêlent en rien de ce qui les concerne. On ne voit pas trop ce que les susceptibilités les plus ombrageuses trouveraient à reprendre à ce fonctionnement. Vous ne voulez ni règle, ni frein, eh mon Dieu! restez chez vous, personne n'a ni le droit, ni le désir, ni la possibilité de vous inquiéter en quoi que ce soit. Et voilà pourquoi, précisément parce qu'elles sont libres, ces Sociétés d'arrondissement portent en elles un caractère d'honorabilité que des institutions officielles et obligatoires ne pourraient pas leur donner. Des réunions de médecins qui, au milieu de la liberté professionnelle la plus absolue, s'imposent elles-mêmes des restrictions, placent des limites à leur indépendance, s'obligent à une certaine austérité de conduite au sein d'une tolérance générale pour tous les excès, c'est là un spectacle digne de l'estime et du respect de tous les honnêtes gens.

Que l'on sache d'ailleurs que ces Sociétés ont déjà rendu et rendent tous les jours de nombreux services aux intérêts professionnels. Je n'en citerai qu'un exemple. On sait quelle était la jurisprudence générale et véritablement désobligeante des juges de paix de Paris envers les médecins, que l'ingratitude des cliens forçait à déférer leurs réclamations à leur tribunal. Cette jurisprudence constante était celle-ci: Un médecin réclamait 50 fr., on lui en accordait 25. Cela était si bien connu de certains cliens, qu'ils ne manquaient jamais de se laisser assigner, bien sûrs qu'ils étaient d'un bénéfice net de 50 p. 100. Grâce aux réclamations des Sociétés médicales, grâce aux rapports naturels, qui peuvent exister entre les médecins et le juge de paix du même arrondissement, il est arrivé ceci, c'est que dans la plupart des arrondissemens, les juges de paix invitent les Sociétés médicales à lui donner leur avis sur toute contestation d'honoraires survenue entre le médecin et le client. De là des jugemens beaucoup plus équitables, parce qu'ils sont motivés sur une connaissance complète de tous les élémens de la cause.

Comme on le sait, les Sociétés médicales se réunissent dans une des salles de leur mairie respective, très gracieusement mise à leur disposition par l'autorité municipale. De là des relations presque directes et fréquentes des médecins avec cette autorité qui les consulte quelquefois sur des questions d'assainissement et d'hygiène publique. C'est dans le sein des Sociétés que, dans la dernière épidémie de choléra, ont été prises les commissions des bureaux de secours établis dans tous les quartiers de Paris.

Si j'osais, je ne dis pas donner un avis, mais soumettre une réflexion aux Sociétés d'arrondissement, je leur dirais qu'elles ont peut-être besoin de se méfier de la tendance que cherchent à leur imprimer plusieurs de leurs membres, en les transformant en pures Sociétés savantes. Ce n'est pas là, selon moi, le but essentiel et principal de leur institution. D'Académies nous en regorgeons. Quoi qu'on fasse, ce n'est pas par le côté savant qu'on pourra donner du lustre et de l'utilité à ces Sociétés. Leurs membres eux-mêmes, qui ont des communications importantes à faire, les portent d'abord à l'Académie des sciences ou à l'Académie de médecine. Qu'après avoir épuisé l'ordre du jour sur les questions d'intérêt professionnel, on accueille des communications pratiques, on se livre à des causeries médicales sur ces communications, rien de mieux, mais l'objet principal de ces réunions doit être la profession, ses besoins, ses intérêts, l'amélioration de ses conditions morales et matérielles; terrain immense et sur lequel on est bien sûr de trouver d'amples alimens à une discussion fructueuse.

Puis, pourquoi toutes les Sociétés médicales de Paris n'établiraient-elles pas entre elles des relations régulières, ne délégueraient-elles pas quelques-uns de leurs membres, réciproquement, aux séances des autres Sociétés; ne se réuniraient-elles pas une fois par an en séance générale pour l'exposition de leurs travaux respectifs? J'ose avancer qu'il y aurait là un élément très utile de propagation et d'encouragement.

Enfin, et pour terminer, je me permettrai de dire à la Société médicale du 1er arrondissement que ce qu'elle a fait, dans la circonstance qu'il est inutile de rappeler, a été généralement approuvé; mais que son intervention a été suffisante et a produit ses fruits. Il y aurait peut-être imprudence à aller au-delà. Il faut laisser à la presse sa liberté d'appréciation et d'examen. Si la presse s'égare, le bon sens public est là pour la ramener dans le bon chemin. Un corps, une Société est infiniment moins vulnérable qu'un individu; il est tenu aussi à plus de tolérance et à beaucoup moins de susceptibilité.

Amédée Latour.

Nous avons fait connaître dernièrement la loi sévère qui régit les vaccinations en Danemark. Une proposition, qui avait été faite pour abroger cette loi, a été rejetée par l'assemblée des députés. La vaccine continuera par conséquent d'être une chose obligatoire pour tous dans ce pays.

appartenu à la capsule éclatée. Ces fragmens, réunis aux débris qu'on avait recueillis, ne représentaient pas la capsule entière. Ce qui manquait avait-il été lancé dans l'espace? C'est ce qu'il était impossible d'affirmer. Des applications de glace sur l'œil, telle est la seule médication à laquelle je conseillai de recourir.

Le lendemain 15, il survint une amélioration telle, que je pus espérer une prompte et parfaite guérison. Je ne revis le petit malade que le quatrième jour 17 mai; les symptômes n'étaient plus les mêmes; l'iris avait changé de couleur; la marge pupillaire présentait une teinte grisâtre; la pupille, cependant, n'était nullement déformée; de violentes douleurs s'irradiaient de la tempe au sourcil et à la région frontale; des élancemens avaient lieu à la partie moyenne de la coque oculaire. J'avertis les parens que probablement une portion de la capsule avait pénétré dans le globe, que l'appareil du cristallin avait pu être lésé; qu'une cataracte était à craindre, et qu'un accident plus grave encore, la fonte purulente de l'œil, était à redouter, si le morceau de capsule que je supposais avoir pénétré dans la chambre postérieure, n'était pas extrait.

Inciser le globe oculaire pour y rechercher un corps étranger de la présence duquel je n'étais pas absolument certain était chose grave; je temporisai donc; mais les accidens augmentèrent d'intensité; les élancemens se succédèrent sans intervalles; s'abstenir n'était plus possible. A quatre millimètres de la cornée, à la partie inférieure, la sclérotique n'offrait pas la même consistance et la coloration normale; elle semblait amincie et légèrement violacée. C'est le point que je choisis pour pratiquer la ponction; je tenais tout prêt un stylet recourbé que je destinais à la recherche dans l'intérieur de la coque oculaire, du corps étranger. L'incision fut pratiquée à l'aide du couteau de Richter, et elle n'était pas terminée que mon instrument heurta un corps dur et résistant. Passant le couteau dans la main gauche, sans le retirer de la plaie, je guidai le long de sa lame une petite pince qui saisit du premier coup et ramena au dehors un débris de cuivre qui complétait la capsule. Ce débris n'avait pas moins de six millimètres de longueur sur deux de largeur.

Je maintins les paupières closes à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre, que je fis recouvrir d'une vessie remplie de glace. Pendant six jours le calme fut parfait; néanmoins le trouble que j'avais remarqué derrière la pupille alla en augmentant; une cataracte traumatique devint de plus en plus manifeste de jour en jour. Les symptômes inflammatoires ne reparurent pourtant pas, mais la vision continua d'être abolie.

Il fut aisé de constater que l'enveloppe du cristallin avait été ouverte; la lentille s'échappant avait été résorbée, et les deux capsules n'en formant plus qu'une, constituaient ce que, dans notre langage barbare d'oculistes, on est convenu d'appeler une *cataracte aride siliqueuse*.

Quelque répugnance que j'eusse à tenter l'opération dans de pareilles circonstances, je m'y décidai sur les instances du père, le 10 août, c'est-à-dire plus de trois mois après l'accident; mais lorsqu'il s'agit d'abaisser la capsule, les adhérences de l'iris étaient tellement résistantes, que je dus retirer mon aiguille, sous peine d'en laisser la pointe dans l'œil, car elle se serait brisée sans aucun doute si j'avais voulu insister.

Je ferai, sur le cas dont je viens de parler, une seule observation qui mérite de fixer l'attention des chirurgiens: Alors qu'il est bien constaté qu'un corps étranger a pénétré dans la coque oculaire; alors, que des douleurs lancinantes insupportables se font ressentir; bien que l'on n'ait pas la certitude mathématique qu'un débris de ce corps étranger séjourne dans l'organe; si rien ne peut expliquer la violence des symptômes observés, si le corps étranger n'est pas de nature à s'enkyster sans danger, s'il se manifeste une série d'accidens tels, que la fonte purulente de l'œil soit imminente, temporiser n'a pas d'excuse, et, en admettant qu'une incision soit inutile en ce sens, qu'aucun corps étranger n'existe dans le bulbe oculaire; l'incision, même dans ce cas, porterait ses fruits, car elle produirait, comme par enchantement, un soulagement considérable et instantané, une véritable détente.

En me prononçant ainsi, je crois formuler une pratique rationnelle, et donner une pleine approbation à la conduite qu'a tenue mon excellent confrère et ami, M. Compérat, à propos d'une luxation spontanée d'un cristallin normal, suivie de graves accidens, observation dont l'UNION MÉDICALE a rendu compte.

(La fin à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATIONS DE FISTULES VÉSICO-VAGINALES GUÉRIES PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ;

Par M. le docteur BERTHET, médecin à Gray (Haute-Saône).

(Nous publions, avec le plus grand plaisir, les observations d'un médecin distingué de nos départemens. Elles montreront que ce n'est pas seulement à Paris qu'aujourd'hui la chirurgie délicate est pratiquée. La presse médicale, et l'UNION en particulier, en faisant connaître de nombreuses observations de ce genre, peuvent se féliciter d'avoir contribué à exciter le zèle des praticiens éloignés des centres d'instruction. Nous appellerons, de suite, l'attention sur les divers moyens employés par M. le docteur Berthet: le plus essentiel, celui qu'il considère comme un *procédé qui lui est propre*, c'est l'insufflation d'air dans la vessie, insufflation qui rend beaucoup plus facile la cautérisation des fistules petites et sinueuses. Ses autres moyens ont consisté dans une position toute spéciale et dans la privation presque absolue de boissons. On remarquera, sans doute, que les fistules vésico-vaginales doivent être une affection fréquente, puisqu'en dix ans notre honorable confrère a pu avoir l'occasion d'en observer six cas dans une pratique limitée.)

PREMIÈRE OBSERVATION, — *Amputation d'un cancer du col de la matrice; — fistule vésico-vaginale déterminée par le fer rouge porté dans le vagin; — guérison de la fistule.*

Henriette M..., âgée de 40 ans, a eu un enfant il y a environ six ans; son accouchement nécessita la version que je pratiquai; elle guérit assez bien, et entra, en février 1834, en qualité de domestique chez M. le major J..., à Gray. Son service n'était pas trop pénible; elle se porta bien jusqu'en février 1839, époque à laquelle elle se plaignit d'avoir des règles immodérées et un écoulement continu de liquide aqueux. Des soins de propreté et quelques légers astringens furent conseillés; elle se trouva mieux et ne se plaignit plus qu'un mois après; alors elle consentit à se laisser toucher. Nous reconnûmes une tumeur ramollie, et laquelle, avec l'ongle, on pouvait facilement détacher des petites granulations pisiformes, et suivies d'un peu de sang. Un écoulement de liquide séro-sanguinolent, et exhalant une odeur fétide, sortait par les parties; la peau s'était ternie; la malade avait perdu ses forces et avait de la bouffissure à la face; le pouls était petit et fréquent; la malade avait quelques accès de fièvre erratique, de l'inappétence et de la difficulté dans les digestions. Elle éprouvait une forte pesanteur dans le bassin; avait des douleurs lancinantes de temps en temps dans les reins et dans les cuisses, surtout quand elle était debout et qu'elle se fatiguait; elle éprouvait aussi de fréquentes envies d'uriner.

Un nouvel examen au spéculum ne permit pas de méconnaître une tumeur cancéreuse du col de la matrice. Je résolus alors, sur la recommandation de son maître, de pratiquer l'ablation de cette tumeur, ce qui fut fait, le 2 juin 1839, avec l'assistance de mon ami, M. Dubois, et d'une bonne garde-malade. L'altération s'étendait très loin, ce qui m'obligea de porter l'instrument tranchant aussi haut que possible. Une artère importante fut ouverte, et donna du sang en quantité assez considérable pour faire craindre pour les jours de la malade. J'introduisis alors un fort spéculum, qui, par la compression qu'il exerçait, modéra l'écoulement du sang, et me permit de porter un cautère rougi à blanc sur le point d'où sortait le sang, lequel alors s'arrêta; puis, un tamponnement méthodique soutint l'escarre pendant deux jours; après ce temps, l'hémorrhagie ne se renouvela plus.

Le quatrième jour, en pansant la malade, il tomba un lambeau grisâtre d'un demi-centimètre à peu près de diamètre; il venait sans doute de la plaie de la matrice.

A ma visite du lendemain, la malade se plaignit qu'elle était fortement mouillée par un liquide sortant continuellement des parties; elle n'avait pas uriné depuis ma visite, et elle n'en éprouvait pas le besoin. Je l'examinai de nouveau avec un spéculum, et remarquai une ouverture dont les bords étaient rouges et de la dimension d'une grosse fève de haricot. Je reconnus bien évidemment la trace de mon cautère, ce qui, comme on doit bien le penser, devint pour moi la cause d'une vive contrariété. Les soins qu'exigeait la plaie faite à la matrice, furent donnés pendant deux mois environ. C'est alors que je m'occupai de cicatriser l'ouverture qui existait à la cloison vésico-vaginale, à 5 ou 6 millimètres de la commissure droite du col de la matrice.

Assisté de M. Dubois, pour procéder à cette opération, je plaçai un large spéculum, et j'avivai la plaie de la fistule avec une pointe de feu; puis, de trois jours en trois jours, je touchai avec un crayon de nitrate d'argent fondu. Après trois cautérisations, l'écoulement de l'urine, par cette voie, avait beaucoup diminué; la malade pouvait déjà en retenir quelque peu, et la rendre à volonté par l'urètre. Les premiers jours, une sonde en gomme élastique avait été placée à demeure; après douze jours, la garde-malade lui passait une sonde de deux en deux heures. Les sept premiers jours, Henriette M... a pu conserver la position pénible de se coucher sur la face antérieure du corps, et d'avoir le bassin élevé, en s'appuyant sur les genoux; des oreillers étaient placés en travers sous le ventre.

Je lui permis bientôt de se placer sur le côté gauche, et d'y fixer en quelque façon le bassin, afin que l'urine ne vînt pas frapper les bords de la fistule; elle a pu garder cette position même pénible jusqu'à guérison. Du troisième au dix-huitième jour, j'ai régulièrement pansé la malade trois fois dans les 24 heures, avec un fort cylindre de coton huilé, introduit par le spéculum.

Pendant les jours qui suivirent la cautérisation, la malade ne prenait de boisson que par cuillerée à café, et ne mangeait que des choses sèches et appropriées.

Henriette M... s'est bien rétablie, et est partie pour son pays natal, où elle s'est bien portée jusqu'en décembre 1842. Désirant se confier de nouveau à mes soins pour un écoulement qui reparaissait, elle revint à Gray, chez sa sœur, dans un état assez fâcheux; elle y a succombé, le 15 octobre 1843, par suite de la récidive du cancer de la matrice, qui avait été la cause des deux opérations précédentes.

OBSERVATION II. — *Fistule vésico-vaginale guérie après soixante-cinq jours de traitement.*

Le 10 mai 1841, Mme R..., de Valay, âgée de 48 ans, vint me prier de lui enlever une tumeur de la grosseur d'un gros œuf de poule qu'elle portait, depuis plus de dix ans, dans le sein droit. Elle en souffrait depuis deux mois environ. Je pratiquai l'opération et je réunis, par première intention, les lèvres de la plaie, que je maintins rapprochées au moyen d'épingles bien étamées et fixées avec du fil ciré.

La guérison ne se fit pas attendre plus de douze jours. Le sixième jour après l'opération, en aidant la malade à se lever pour le panser, elle laissa tomber quelques gouttes d'urine sur le sol; je lui demandai d'où venait ce liquide; elle me répondit qu'elle éprouvait l'inconvénient de perdre ses urines depuis qu'elle était accouchée de sa fille, âgée en ce moment de 20 ans, et que, depuis, elle n'avait cessé de souffrir beaucoup.

Je lui proposai de l'examiner : à l'aide d'un spéculum cylindrique, je reconnus de suite qu'il existait une fistule vésico-vaginale aux deux tiers supérieurs du vagin, car l'urine qui sortait par la fistule était si abondante, qu'elle enfila le spéculum et vint me tomber sur les doigts. J'employai alors un spéculum bivalve et pus voir distinctement une fistule arrondie, capable de recevoir un pois à cautère n° 6 ou 7; ses bords étaient durs au toucher. Je fis une première cautérisation avec une pointe de feu, et, de trois jours en trois jours, je continuai des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent. La fistule diminua de calibre, mais les urines coulaient presque aussi abondamment que précédemment par cette ouverture anormale, malgré la sonde que j'avais placée à demeure dans la vessie.

Il ne me fut possible de faire coucher sur le ventre cette femme que plus tard, à cause de l'opération qui lui avait été faite au sein, de sorte que ce ne fut réellement que lorsqu'elle put se coucher sur la face antérieure du corps que je vis diminuer peu à peu la fistule et l'écoulement.

Je tamponnai tous les jours, trois fois, avec un cylindre de coton, en soutenant l'appareil par une compresse épaisse, recouverte d'un bandage en T.

Quarante-cinq jours environ après la première cautérisation avec une pointe de feu, j'y revins une seconde fois, et, pour que la cautérisation fût plus parfaite, je fis insuffler de l'air dans la vessie; la fistule se présenta mieux au cautère, dont l'action fut plus complète; de ce moment, en effet, la cicatrisation marcha plus rapidement. Enfin, le 65me jour, après avoir laissé la malade 72 heures sans toucher à l'appareil, je fus très satisfait en n'apercevant plus d'écoulement d'urine. Je pus renvoyer chez elle la malade, qui était très impatiente d'y retourner. C'était le 19 juillet 1841. Le toucher et l'examen me prouvèrent que la cicatrisation était parfaite.

J'ai eu occasion de revoir deux fois cette femme depuis la dernière cautérisation; elle ne souffrait plus des excoriations et des brûlures qu'elle avait aux grandes lèvres et à la face interne et supérieure des cuisses, attendu que l'écoulement d'urine n'existait plus.

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 7 Décembre. — Présidence de M. MÉLIER.

M. BUSSY lit un rapport sur une note de M. Deschamps, ayant pour titre :

Analyse du liquide qui s'écoule de l'oreille dans les cas de fractures de la base du crâne.

Il s'agit de l'analyse faite par M. Deschamps, pharmacien de la maison de Charenton, du liquide qui s'était écoulé de l'oreille d'un homme admis dans le service de M. Deguise fils, pour une fracture de la base du crâne. L'analyse de M. Deschamps se résume en ceci :

Le liquide analysé était incolore, inodore; sa saveur était salée; son action sur le papier de tournesol était alcaline; il n'était pas coagulé par la chaleur; mais il perdait sa transparence; il était précipité par l'acide azotique, le tannin, le sous-acétate plombique, azotate argentique, etc. Il réduisait l'oxyde de cuivre à la manière du glucose, et laissait dégager de l'acide sulfhydrique lorsqu'on l'acidulait avec de l'acide acétique, après l'avoir fait bouillir avec de la potasse. L'alcool le rendait opalin, l'acide chlorhydrique en dégageait de l'acide carbonique, et le colorait en violet après un certain temps.

Sa densité était de 1,0077; sa composition chimique était représentée par :

Eau	98,899
Albumine	00,183
Matière grasse	
Osmazôme	
Matière réduisant l'oxyde de cuivre	
Sels	00,918
	100

Ce travail, s'il ne se recommande pas par la nouveauté du résultat, présente cependant un grand intérêt par le jour qu'il jette sur un point important de pathologie chirurgicale qui a divisé longtemps les observateurs.

On avait observé depuis longtemps que certaines lésions traumatiques de l'enveloppe osseuse du cerveau étaient accompagnées de l'écoulement par l'oreille d'une sérosité limpide abondante, mais on n'avait aucune donnée précise, tant sur l'origine de ce liquide que sur sa nature, et sur les conditions anatomiques et pathologiques nécessaires à son écoulement; ce n'est que depuis peu de temps, que l'attention des chirurgiens a été appelée sur ce sujet.

Des travaux publiés à cette occasion, il semble résulter aujourd'hui que les écoulemens séreux dont nous parlons coïncident toujours avec une fracture du rocher et une déchirure des enveloppes membraneuses du cerveau dans le voisinage de la fracture. Cette coïncidence laissait entrevoir déjà que le liquide écoulé peut avoir sa source dans l'intérieur même du crâne, mais elle ne fournit aucune donnée sur la nature propre de ce liquide et sur son origine précise. Quelques chirurgiens ont pensé, et c'est l'idée qui devait se présenter la première à l'esprit que la cause qui produisait les fractures du rocher déterminait en même temps un épanchement intra-crânien, que le sang épanché filtrant à travers des membranes lésées, pénétrait, ainsi dépouillé de son caillot, dans le rocher d'où il s'écoulait à l'extérieur par suite de la rupture du tympan qui paraît être une condition nécessaire des écoulemens dont nous parlons.

D'autres ont supposé que c'étaient simplement les liquides de l'oreille interne qui se répandent à l'extérieur.

Enfin, quelques autres, faisant observer que le rocher est, dans une grande partie de son étendue, avec de vastes sinus sanguins, ont admis que, par suite de la rupture de ces os, le sang pouvait s'épancher directement de ces sinus dans les cavités de l'oreille, en traversant les minces parois membraneuses par lesquelles le sinus est en contact avec le rocher, et que cette simple filtration suffisait pour le séparer du caillot.

Notre regrettable confrère Auguste Bérard avait émis sur ce sujet une opinion remarquable par sa hardiesse, opinion qui semble aujourd'hui généralement adoptée, et qui a été particulièrement soutenue par notre collègue M. Robert. Ces chirurgiens, considérant le peu de temps qui existe ordinairement entre la fracture du crâne et l'écoulement du liquide transparent, frappés d'ailleurs de la rapidité et de la continuité de cet écoulement, ont admis que ce liquide n'avait pas seulement sa source dans la cavité intra-crânienne, mais qu'il y était tout formé, qu'il ne faisait que s'échapper par l'ouverture qu'on lui avait faite, qu'il n'était autre, en un mot, que le fluide céphalo-rachidien existant dans l'enveloppe osseuse du système cérébro-spinal, et qui se reproduit,

comme on le sait, avec une grande rapidité.

Cette hypothèse, ou plutôt cette explication diffère des précédentes en ceci, et c'est là le point essentiel qui permet une vérification expérimentale, que le liquide transparent qui s'écoule par l'oreille, à la suite des fractures de la base du crâne, n'est point du sérum du sang, mais le liquide céphalo-rachidien lui-même.

La question, réduite à ces termes, n'est donc plus qu'une simple question de chimie.

Trois analyses ont été faites, l'une par M. Chatin, la seconde par M. Rabourdin, d'Orléans, la troisième par M. Deschamps.

Il ressort de cet examen comparatif que le liquide sur lequel ont agi ces trois expérimentateurs est identique dans sa constitution,

Cette identité de composition du liquide examiné implique nécessairement une origine commune; mais quelle est cette origine? Le liquide qui s'écoule de l'oreille provient-il directement du sang dont la fibrine et la matière colorante auraient été retenues dans les tissus environnans, pour ne laisser passer que la portion liquide? Cette supposition ne saurait être admise, par cette simple raison que le sérum du sang renferme, suivant tous les observateurs, 8 pour cent environ d'albumine, tandis que le liquide dont il s'agit n'en renferme pas ou n'en renferme que des traces.

Les mêmes considérations de composition éloignent toute idée d'une communauté d'origine entre ce liquide et la plupart des autres humeurs de l'économie, telles que la lymphe, les liquides renfermés dans les membranes séreuses, ceux qui pourraient s'accumuler accidentellement dans l'intérieur du crâne par suite de l'inflammation des membranes du cerveau, etc.

L'on arrive ainsi par voie d'exclusion à admettre que le produit de l'économie dont il se rapproche le plus est le liquide céphalo-rachidien.

M. Deschamps a remarqué en outre que le liquide qu'il a analysé a la propriété de réduire l'oxyde de cuivre à la manière du glucose; c'est un caractère qu'il convient de signaler, afin qu'il puisse être constaté, s'il y a lieu, dans d'autres cas analogues.

Dans les cas de fracture de la base du crâne, il parait inévitable que la moelle allongée ne soit pas plus ou moins intéressée sur une certaine étendue.

Or, M. Bernard a montré qu'une piqûre, qu'une irritation quelconque produite dans cette partie de l'encéphale, à l'origine des nerfs pneumo-gastriques, avait pour résultat immédiat une production exagérée du sucre, à tel point qu'on le retrouve alors non seulement dans l'urine, mais dans le sang et dans la plupart des liquides. Il y aurait donc à observer si cette présence du sucre dans le liquide provenant des fractures de la base du crâne est constante. Dans le cas où elle coïnciderait avec l'apparition simultanée du sucre dans l'urine avec un diabète accidentel, on ne pourrait guère la rapporter qu'à une lésion du genre de celle que nous signalons.

Si, au contraire, le sucre se trouve exclusivement dans le liquide écoulé par l'oreille, sans que rien ne fasse présumer une production anormale de cette matière dans les autres liquides de l'économie, il faudrait chercher la source du sucre dans le liquide céphalo-rachidien lui-même.

Jusqu'à présent aucune recherche n'a été faite dans ce but. M. le rapporteur a cherché à combler cette lacune par des expériences sur des animaux, et il a constaté qu'en effet, le liquide céphalo-rachidien renferme une matière susceptible de réduire l'oxyde de cuivre à la manière du glucose.

L'opinion personnelle de M. le rapporteur, sous la réserve cependant de ce que l'expérience ultérieure pourrait démontrer, est donc que le liquide céphalo-rachidien de l'homme doit renfermer, comme le liquide transparent épanché par l'oreille, une certaine quantité de sucre; mais, continue M. le rapporteur, comme cette proportion, d'après ce que nous avons observé sur le cheval, doit être extrêmement faible, nous serions disposé à admettre qu'une portion du sucre que M. Deschamps indique dans le liquide écoulé par l'oreille provient surtout d'une production anormale déterminée par une lésion de la moelle allongée à l'origine des nerfs pneumo-gastriques.

Cette opinion, qui est extrêmement probable depuis les belles recherches de M. Bernard, sur la formation du sucre dans l'économie animale, pourrait être vérifiée par l'observation directe.

S'il est vrai, en effet, que le sucre indiqué dans le liquide épanché par l'oreille provienne en totalité ou en partie d'une lésion de la moelle allongée, il devra se rencontrer aussi dans d'autres liquides de l'économie, dans l'urine particulièrement; dans le cas contraire, c'est-à-dire si l'on n'observe aucune production anormale, il doit provenir exclusivement du liquide céphalo-rachidien.

Il y aura donc à observer, lorsque l'occasion se présentera, si les fractures du crâne, avec épanchement de liquide transparent par l'oreille, ne coïncident pas avec un état diabétique accidentel, qui serait alors la simple conséquence d'une lésion du cerveau.

Si cette prévision vient à se réaliser, elle pourra jeter quelque jour sur la cause du diabète et sur son traitement, elle montrera peut-être combien l'on est éloigné de la bonne voie en s'attachant uniquement à combattre l'existence du sucre dans les urines, phénomène secondaire qui peut bien avoir son importance, sans doute, mais qui est essentiellement subordonné à une lésion dont il serait le symptôme caractéristique.

M. le rapporteur termine en proposant de renvoyer le mémoire de M. Deschamps au comité de publication. (Adopté.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 10me ARRONDISSEMENT.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX.

Dans la séance du 6 novembre, l'honorable M. Larrey, en faisant part à la Société de la mort du docteur Troussel, a exprimé, dans une allocution vivement sentie, les regrets que cette perte devait inspirer à ses confrères, et, sur sa proposition, la Société a décidé qu'elle verrait avec plaisir que l'un des amis de M. Troussel se chargeât de prononcer son éloge dans la prochaine séance.

M. Lucien Boyer, ayant plus particulièrement connu M. Troussel, a bien voulu s'en charger.

Après avoir exprimé ses regrets de n'avoir point assisté à la séance dans laquelle la Société avait manifesté le désir que l'un des amis du défunt voulût bien lui communiquer une courte notice qui pût rester dans les procès-verbaux de la Société, M. L. Boyer ajoute que ce devoir de payer un juste et dernier tribut à notre regrettable confrère, ce devoir qu'il s'était cru incapable de remplir devant le cercueil de son ami, il va chercher à s'en acquitter aujourd'hui, et donne lecture de la note suivante :

Messieurs,

Pendant le mois d'octobre dernier, la Société de médecine du 10e arrondissement a fait une perte douloureuse, celle de l'un de ses membres fondateurs, le docteur Troussel, chevalier de la Légion-d'Honneur, chirurgien-major du 15e bataillon de la garde nationale, médecin honoraire du bureau de bienfaisance.

Né à Rouen en 1797, Troussel (J.-F.-A.) vint à Paris en 1812, pour commencer ses études médicales, et dès 1814 nous le voyons ce que nous l'avons vu depuis : esclave du devoir et bravant, comme chirurgien aide-major à l'hôpital du faubourg Saint-Martin, le typhus, dont il fut lui-même gravement atteint. En 1815, élève interne provisoire des hôpitaux civils à l'Hôtel-Dieu, il nous montre la droiture et la fermeté de son caractère, en préférant quitter la carrière des hôpitaux, plutôt que de renier son maître Pelletan, tombé en disgrâce. Tel il se montrait alors, tel il fut toujours, dévoué envers les malades, fidèle envers ses amis, digne envers les puissans, fier et raide envers les superbes, faisant respecter de tous et partout le caractère médical.

Il fut reçu docteur le 11 août 1819, et depuis lors sa carrière fut tout entière consacrée à la pratique. Non point cependant qu'il négligeât de suivre les progrès de la science et de s'y associer; son mémoire sur le croup, son volume intitulé : *Des premiers secours à administrer dans les maladies et accidens qui menacent la vie*, ouvrage sérieux qu'il faut bien se garder de confondre avec les rapsodies médicales dites à la portée des gens du monde; son mémoire sur les écoulemens particuliers aux femmes, et plus spécialement sur ceux qui sont causés par une maladie du col de l'utérus, attestent la variété de son instruction, la sagesse de son jugement, la maturité de son expérience. Il a publié aussi plusieurs observations relatives à des opérations pratiquées dans sa clientèle, par des chirurgiens de ses amis, en les accompagnant de judicieuses réflexions dans lesquelles il cherche modestement à s'effacer.

Mais ces travaux n'occupaient que ses loisirs, et les devoirs journaliers de la profession passaient avant tout. Médecin du bureau de bienfaisance pendant vingt-cinq ans, président de la commission sanitaire du 10e arrondissement pendant le choléra de 1832, chirurgien-major de la garde nationale au feu des barricades en 1848, toujours il fut à son poste, et l'on peut dire qu'il y est mort.

Nul ne porta plus haut que lui le sentiment de la dignité professionnelle, et ne sut avec plus de tact se faire respecter des grands et aimer des petits; bien différent de quelques-uns qui, à mesure que leurs relations s'élèvent, éloignent les malades indigens ou peu fortunés, il leur montra toujours le même empressement, la même assiduité; et nous ne parlons ici que de ce qui était ostensible, ne voulant pas soulever le voile dont il couvrait des générosités peut-être trop nombreuses. Aussi avait-il de bonne heure conquis l'estime et l'affection de ses confrères, la confiance et l'attachement d'un grand nombre de cliens de toute position.

Il y a deux ans, à la suite d'une affliction profonde, il fut pris d'un érysipèle grave du cuir chevelu, qui mit longtemps sa vie en danger; son rétablissement ne fut qu'imparfait; à plusieurs reprises, des congestions, soit cérébrales, soit pulmonaires, déterminées par les contractions d'un cœur hypertrophié, lui donnèrent l'avertissement d'une mort instantanée, et souvent il s'en expliquait sans faiblesse et sans crainte. Le 11 octobre, âgé de 56 ans seulement, après avoir vu ses malades en ville, il donnait une consultation dans son cabinet, lorsqu'un malaise subit le força à se lever pour faire quelques pas, ses forces le trahirent, il se laissa tomber dans un fauteuil, il était mort, laissant après lui le souvenir et l'exemple de l'austérité la plus rigide et de l'honorabilité la plus pure dans la profession, d'une aménité de caractère qui savait s'allier avec une inflexible fermeté; d'un dévoûment sans borne et d'une fidélité à l'amitié, trop rare pour qu'elle ne doive pas faire le dernier mot de son éloge.

THÉRAPEUTIQUE.

PLEURO-PNEUMONIE; — INHALATIONS DE CHLOROFORME.

Les journaux allemands ont publié, dans ces derniers temps, plus de 200 observations de pneumonie traitée par les inhalations de chloroforme. Le chloroforme, loin d'être contre-indiqué, paraît, d'après ces faits, modifier avantageusement la marche de l'inflammation du poumon. Sur 193 cas traités par les docteurs Wachern, Baumgarten, Helbing et Schmidt, il n'y a eu que neuf décès. De 23 cas rapportés par le docteur Warrengtrappe, de Francfort, dix-neuf ont été traités exclusivement par le chloroforme, et un seul malade a succombé. *Le Henle's Zeitschrift fut rattionnelle medicin* indique, en ces termes, le mode suivant lequel l'agent anesthésique a été administré. Toutes les 2, 3, 4 heures on faisait respirer au malade des vapeurs de chloroforme pendant 10 ou 15 min., mais sans aller jusqu'à la perte de connaissance. Tous les malades étaient adultes et en moyenne arrivés au cinquième jour de la pneumonie. Chez tous on a remarqué que le chloroforme détermine la transpiration, quelquefois après la première inhalation, mais jamais plus tard que la troisième ou la quatrième. Il diminuait graduellement la douleur de poitrine ou de côté. Il soulageait la gêne thoracique, ramenait la respiration normale, calmait la toux, dans tous les cas, facilitait l'expectoration en la modifiant et en la rendant moins abondante. Enfin il faisait tomber rapidement la fièvre, et amenait un sommeil rafraîchissant et réparateur du 3e au 4e jour après le commencement des inhalations.

RÉCLAMATION.

DES FEUILLES DE FRÊNE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Les communications sur ce sujet nous arrivent en grand nombre. Dieu veuille qu'à l'occasion de ce nouveau médicament, ne se reproduise pas l'histoire de la dent d'or!

Paris, 9 décembre 1852.

Monsieur le rédacteur,

Votre numéro du 9 courant contient une lettre de M. le dr Otterbourg, dans laquelle ce médecin revendique pour ses compatriotes d'outre-Rhin l'honneur d'avoir les premiers, et par conséquent antérieurement à MM. Pouget et Peyraud, expérimenté les feuilles de frêne dans les affections rhumatismales et goutteuses. Or, si M. Otterbourg veut prendre la peine d'ouvrir l'*Apparatus medicaminum* de Muray (édition de Gottury, 1784), t. III, p. 539, il y trouvera qu'à l'époque où fut publié ce remarquable ouvrage, Glauber, Beaulieu, etc., avaient déjà depuis longtemps préconisé l'écorce des feuilles de frêne (*fraxinus excelsior*) contre la *goutte*, la *néphrite calculeuse*, etc. L'occasion était donc assez mal choisie par M. Otterbourg de nous reprocher, comme il le fait, notre *scepticisme*, notre *suffisance*, et, en fin de compte, notre *ignorance des* DÉCOUVERTES qui se font à l'étranger.

Agréez, etc. C. TESTE.

Paris, 9 décembre 1852.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez eu la bonté d'insérer la lettre que j'ai écrite à l'Académie des sciences, sur la saignée des os. Il s'est glissé dans l'impression trois fautes qui modifient le sens, de manière à me faire désirer une rectification.

Au lieu des objections théoriques qu'elle pourrait *soulever*, on a imprimé *soutenir*.

Au lieu des points d'application de l'instrument sur chaque *os malade*, on a mis sur chaque malade.

Et enfin, pour la quantité de sang, au lieu de 40 à 45 grammes, on a imprimé de 10 à 45 grammes.

Les deux dernières fautes typographiques me paraissent surtout avoir de l'inconvénient. La première est un non-sens, et la deuxième donne une idée trop faible du minimum. 10 grammes, ce serait, en effet, bien peu, quoique la quantité de sang qu'il est possible et convenable de retirer d'un os malade pour être utile, ne soit pas encore déterminée.

Agréez, etc. S. LAUGIER.

COURRIER.

On a pu remarquer que, depuis plusieurs jours, les journaux politiques n'insèrent plus une seule annonce de somnambules. Invitation de s'abstenir de ces annonces paraît avoir été donnée aux journaux par l'autorité supérieure. Il est question d'étendre cette mesure à plusieurs autres catégories d'annonces, ce qui met en émoi un grand nombre d'intérêts.

La Faculté de médecine de Paris, dans sa réunion de jeudi dernier, a arrêté la liste suivante de présentation pour la chaire de chimie organique et de pharmacie, vacante par la démission de M. Dumas :

MM. Wurtz,
Favre,
Lecanu.

M. Marchal (de Calvi) vient de donner sa démission de chirurgien-major.

Mercredi a commencé, à la Faculté de médecine, le concours pour l'agrégation. L'un des candidats, M. Abeille, ne s'est point présenté à l'épreuve. Tous les autres, au nombre de treize, étaient présens. La question de la composition écrite (première épreuve) sortie de l'urne, est ainsi conçue :

Des gaz du tube digestif et des conditions physiologiques et pathologiques qui président à leur production, et des conséquences de leur accumulation.

Une double prévention d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie a fait traduire le sieur Alfred Robbe de Rhégard, demeurant à Paris, rue de Provence, 65, devant le tribunal correctionnel.

M. Robbe de Rhégard n'est ni médecin, ni officier de santé; cependant, dans les annonces qu'il fait insérer dans les journaux, et particulièrement dans le numéro du *Constitutionnel* du 1er octobre, il prend le titre de docteur; voici en quels termes est conçue cette annonce : « N'exiger d'honoraires qu'après la guérison, telle est la garantie donnée par le docteur Robbe de Rhégard, médecin homœopathe, 65; rue de Provence à Paris. »

Aux interpellations de MM. les professeurs de la pharmacie, le sieur de Rhégard a déclaré qu'il ne livrait pas habituellement des médicamens aux malades qui le consultent, qu'il leur remet des ordonnances qu'ils font exécuter par les pharmaciens, mais qu'au besoin, et dans les cas d'urgence, il les donnait lui-même; qu'à cet effet, il est détenteur d'une boîte contenant les globules nécessaires, et à l'instant il a représenté une petite boîte carrée, recouverte en maroquin vert, sur le couvercle de laquelle on lit : *Similia similibus curantur.* Cette boîte contenait soixante petits tubes, renfermant chacun une quantité plus ou moins considérable de globules blancs, reconnus par les professeurs de l'école de pharmacie pour être des médicamens.

Le tribunal a condamné par défaut le sieur Robbe de Rhégard à 1,000 fr. d'amende.

Un des accoucheurs les plus renommés de l'Angleterre, et dont les travaux font autorité en obstétrique, M. Merriman, vient de mourir dans un âge avancé.

La Société médicale du 10me arrondissement, se réunit le premier samedi de chaque mois, à 8 heures du soir, dans une salle de la mairie du 10me arrondissement. Voici la composition du bureau pour 1853 :

MM. Guéneau de Mussy (Noël), président;
Parchappe, 1er vice-président;
Campaignac, 2e vice-président;
Destrem, secrétaire général;
Durand-Fardel, secrétaire annuel;
Alexis Moreau, id.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera son cours public et gratuit sur les maladies syphilitiques, le mercredi 15 décembre, à midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8 (ancienne rue du Paon).

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.— Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 149. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 14 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi :
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 DÉCEMBRE 1852.

LA MÉDECINE DES HOPITAUX COMPARÉE A CELLE DES CAMPAGNES.

En lisant les articles dans lesquels M. le dr Hervieux exposait d'une manière si claire et si vive l'influence de la position horizontale sur la mortalité excessive à l'hospice des Enfans-Trouvés, mon esprit s'est reporté aux temps où, internes à l'hôpital des Enfans malades, M. Legendre et moi, frappés aussi de cette même circonstance, nous faisions paraître dans les *Archives* un mémoire où nous cherchions à établir que la plupart des pneumonies si meurtrières chez les enfans étaient des stases sanguines *produites par le décubitus dorsal prolongé*.

Depuis cette époque, j'ai exercé la médecine à la campagne, et j'ai pu vérifier combien les observations de M. Hervieux et les nôtres étaient fondées.

En effet, depuis dix ans, je cherche en vain dans ma pratique ces faits si nombreux de catarrhes bronchiques dégénérant en pneumonies ; je ne trouve plus de ces nouveau-nés qui s'éteignent avec la peau indurée ou le poumon gorgé de sang. Je vois bien parfois des fluxions de poitrine franches, et souvent des rhumes plus ou moins aigus, mais ces affections ne revêtent aucun des caractères spéciaux et si fatalement funestes que j'observais jadis dans les hôpitaux de Paris.

En sorte que j'ai pu me demander si ces maladies que nous avions étudiées avec tant de soin, n'étaient pas des maladies propres aux hôpitaux, que l'on n'observe que là, et qui résultent des conditions toutes particulières dans lesquelles sont placés les enfans.

La question me semble grave ; car s'il est démontré que plusieurs affections, formes ou variétés morbides, décrites par les auteurs, appartiennent exclusivement à la clinique nosocomiale, il s'ensuivra que certains traités de pathologie pourront être vrais, intéressans et profitables, en ce qui regarde les hôpitaux, mais erronés, ou sans application, en ce qui concerne la pratique privée.

Il y aurait à faire un curieux chapitre de médecine sur les différences qui existent entre les maladies observées dans les hôpitaux et celles qui se présentent dans la pratique particulière. Les différences sont d'autant plus sensibles, qu'on oppose la clinique des hôpitaux de Paris à celle des campagnes; car, dans la ville même, se trouvent souvent des conditions analogues à celles qui existent dans les hôpitaux.

Je ne crois pas qu'en général, dans les ouvrages classiques, on tienne assez compte de ces différences. Les descriptions et les traitemens sont établis sur des travaux, des recherches et des relevés faits dans les hôpitaux; et le professeur ne peut enseigner aux élèves que les résultats d'une expérience acquise dans ces mêmes hôpitaux, ou dans la clientèle de Paris.

Je puis affirmer que le médecin de province est dans le cas de modifier sur plusieurs points les doctrines de l'école, et de se refaire, pendant les premières années de sa pratique, de nouvelles opinions et une autre manière d'agir. N'est-ce pas en partie à ces différences qu'on doit attribuer certaines divergences qui existent entre des observateurs également scrupuleux, tant sous le rapport des symptômes, que sous celui des médications?

Il y a sans doute des maladies partout identiques; mais il en est qui prennent en certains pays des caractères particuliers auxquels doivent répondre des moyens appropriés.

Je n'entreprendrai pas d'indiquer toutes ces nuances; je veux seulement arrêter l'attention sur les points les plus saillans qui m'ont paru distinguer la pratique des hôpitaux.

Les influences pernicieuses qui règnent dans ces grandes salles, où, depuis longues années, on accumule les maladies les plus diverses et les plus contagieuses; ces circonstances en vertu desquelles un malade est arraché à son centre d'affections et d'habitudes, pour être transplanté dans un lieu de douleur et d'abandon; toutes ces causes, on le comprend, doivent se faire plus vivement sentir dans le jeune âge. Aussi, la mortalité est-elle désespérante dans ces asiles consacrés à l'enfance. M. Hervieux a soulevé un coin du voile; pour le découvrir entièrement, il faudrait montrer ce qui se passe à l'hôpital des Enfans malades. Là, malgré l'habileté des plus illustres médecins, la salle d'autopsie est toujours bien pourvue. Le malheureux enfant, dont la convalescence traîne un peu en longueur, est à peu près sûr de reprendre quelque maladie contagieuse. Il semble que les murs soient imprégnés de miasmes de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde; heureux si le pauvre enfant est assez réfractaire pour résister à tous ces genres de mort! Il y a une salle d'ophthalmie, où tous les deux ou trois mois éclate une terrible épidémie de conjonctivite purulente; à force de soins et de bons traitemens, on parvient à n'avoir chaque fois que deux ou trois yeux perdus. Il est vrai qu'on a bâti en face un magnifique palais pour les *jeunes aveugles*.

J'ai entendu des médecins, désolés de leurs efforts infructueux, avouer que les petits malades auraient plus de chances de se guérir s'ils étaient abandonnés, sans soins, dans les misérables demeures de leurs parens.

En effet, nous ne voyons pas, dans les cabanes de nos villages, les enfans succomber à chaque entérite ou à chaque rhume qu'ils contractent si souvent. Ils ne sont pas couchés dans de bons lits bien propres, et n'ont pas tous les matins la visite du médecin ; mais ils respirent un air pur, ils sont levés plusieurs fois malgré la fièvre, et ont près d'eux une mère qui les embrasse et les amuse à chaque instant du jour.

Il est une autre classe d'affections dans lesquelles l'action délétère des hôpitaux se fait sentir d'une manière bien évidente et bien fâcheuse ; je veux parler des affections chirurgicales.

J'ai eu plusieurs fois la pensée de rapprocher des statistiques d'opérations faites dans les hôpitaux de Paris, une statistique d'opérations faites à la campagne. J'ai lieu de croire que la proportion des succès, dans la dernière, confondrait d'étonnement bien des chirurgiens. Je sais qu'on pourrait contester la valeur des chiffres puisés dans une pratique qui n'est soumise à aucun contrôle. Mais n'est-il pas de notoriété, à la campagne, que les opérations réussissent presque toujours, comme résultat immédiat? Ce ne serait pas la peine, vous dit-on, de subir la douleur et la perte d'un organe si l'on courait encore le risque de ne pas guérir. Les amputations et les herniotomies, qui sont les principales opérations graves pratiquées à la campagne, ont très rarement un fâcheux résultat. Et combien n'ai-je pas vu, à l'Hôtel-Dieu et ailleurs, ces mêmes opérations, faites dans les plus heureuses conditions d'âge, de constitution et d'opportunité, être suivies d'insuccès.

Pourquoi donc la même opération, exécutée par une main habile et sûre, entourée des soins consécutifs de pansement et de diététique les mieux ordonnés, vient-elle à échouer, quand elle réussit après avoir été faite par des mains inexpérimentées, avec des appareils grossiers, et en négligeant souvent les règles les plus essentielles du régime?

C'est que dans le premier cas, la plaie, soumise à des

Feuilleton.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR L'ÉTAT MENTAL D'UN ALIÉNÉ HOMICIDE, AVEC DES CONSIDÉRATIONS SUR CE QUE L'ON DOIT ENTENDRE PAR LA MONOMANIE HOMICIDE; par M. le docteur MOREL, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe).

(Suite. — Voir les numéros des 7 et 9 Décembre.)

Tout se passa assez bien pendant les cinq ou six premiers mois qui suivirent sa sortie. Chanel travaillait sur la grande route comme cantonnier. Il n'était pas, on le sait déjà, d'un caractère bien communicatif; mais on le connaissait comme tel, et il ne fixait pas autrement l'attention publique.

Il n'en fut plus ainsi dans l'automne de l'année 1849. Les renseignemens que nous avons pris près de M. le docteur Liégey et près de M. le curé de la paroisse de Chanel, nous apprennent que cet individu a montré, à cette époque, une exaltation religieuse très grande. Il laisse croître ses cheveux et sa barbe pour ressembler à notre seigneur Jésus-Christ, disait-il. Il ne manquait pas d'office, y restait immobile à genoux, même lorsque tout le monde changeait d'attitude. Il ne faisait alors aucun excès; loin de là, il jeûnait et fit surtout rigoureusement tout le carême de 1851. On s'étonnait que sa santé ne fût pas ébranlée par les privations qu'il s'imposait. Il soutenait que les prêtres étaient trop tolérans à propos du travail du dimanche. Pour lui, il préparait ses alimens le samedi, voulant imiter les Juifs, disait-il, et faire le sabbat. Pendant cette période de temps, il ne s'est cependant confessé et n'a communié qu'une fois; il dit dans une lettre au curé de sa paroisse : « Vous êtes un lâche de m'avoir donné l'absolution après les choses que je vous ai dites. »

La messe de minuit de 1851, où il se montre pour la dernière fois à l'église, fut, nous écrit-on, *la clôture de sa dévotion*. Le lendemain, il faisait une orgie, se coupait la barbe; son épaisse chevelure tombait sous les ciseaux, et il se transforme en iconoclaste. Tout ce qui pouvait représenter le culte lui était odieux. J'ai vu chez lui, dit le docteur Liégey, « un Christ en cuivre, réduit en morceaux à coups de marteaux. » Sa rage est en quelque sorte empreinte sur ces fragmens tordus et » aplatis. On m'a fait voir une pile de verres venant de cadres con- » tenant des gravures religieuses mises en pièces. C'est alors que Cha- » nel insultait les prêtres et proférait contre M. le curé de Romont les » plus dégoûtans outrages et des menaces de mort. »

Quel singulier changement nous offre Chanel! Cet homme, qui ne sortait pas des églises, dont les sentimens religieux allaient jusqu'à l'exaltation, ne trouve plus maintenant assez d'injures à vomir contre ce même culte, assez d'outrages à prodiguer à ses ministres. Mais, par une loi propre à notre nature, lorsqu'un sentiment qui remplissait le cœur s'est évanoui, il faut qu'il soit remplacé par un autre qui fournisse un aliment à son activité. Or, Chanel qui, jusque-là, s'était médiocrement occupé de politique, se signale bientôt par l'exaltation de ses opinions, il devient un propagateur des plus détestables doctrines. Ses manifestations extérieures étaient en rapport avec ses sentimens intimes. Il arborait un mouchoir rouge au bout d'un bâton, sur sa barraque de cantonnier. Il écrivait à M. le curé de Romont des lettres menaçantes. J'extrais au hasard quelques phrases d'une de ces lettres que M. le procureur-général a bien voulu nous communiquer...... « Les pauvres » ont toujours été sous le joug des riches........ Ce sont les riches qui » s'entendent avec les prêtres pour faire passer le bled à l'étranger, » pour affamer le pauvre peuple..... Jésus-Christ dit, par le prophète » Isaïe : vous qui dressez un autel à la fortune et y offrez des liqueurs » en sacrifice, je vous ferai passer au fil de l'épée..... Puisque le riche » *égoïsse* n'use pas convenablement de sa fortune, l'impôt *progessive* » est le seul remède, etc., etc. »

Le style de ces lettres offre de singuliers contrastes. Il commence souvent par des récriminations et des menaces; il finit parfois en protestant de son respect pour le caractère sacré dont les ministres de Dieu sont revêtus. Il se pose en réformateur, et ses mauvais instincts surgissent dans une foule d'occasions.

Avec ses parens, il ne s'en tient pas aux simples menaces, il les injurie et les frappe; mais c'est toujours à cause de la *question* et des *ingrédiens qu'on lui fait prendre*. Son père, dit-il, l'a frappé *de deux coups de bâton sur la tête, mais c'est aussi la question qui lui a fait faire cela*. Il force sa vieille mère à quitter sa maison; *c'est la magogie qui lui a fait faire cela*. Il insulte le maire qu'il traite de *faux démocrate*. Il injurie les gendarmes, et ce misérable en arrive progressivement à résumer la haine qui le domine, sur un malheureux enfant qu'il égorge avec les circonstances atroces que l'instruction fait ressortir. Après ce meurtre commis, il ne manifeste pas le moindre remords. Placé à la prison d'Épinal, l'instruction nous apprend qu'il s'y est livré de temps à autre à des accès de fureur. On a dû le tenir renfermé dans un cachot. Il s'en prenait surtout aux ustensiles dans lesquels on lui apportait à boire et à manger, et qu'il brisait en disant que cette nourriture ne lui convenait pas, qu'il lui fallait de la viande et du vin. Il refusait, en outre, de répondre à aucune des questions qui lui étaient adressées; et, sous ce rapport, nous avons fait ressortir une situation semblable dans l'historique que nous avons fait du séjour de Chanel à l'asile.

TROISIÈME PARTIE ; — CONCLUSIONS.

Nous avons examiné Chanel dans les circonstances principales de sa vie, et qui se rapportent à trois phases particulières :

1° Son existence avant 1848 ne présente rien d'extraordinaire. Il accomplit ses sept années de service, et revient avec un certificat de bonne conduite.

2° En 1848, un changement notable se fait dans son caractère. Les circonstances politiques n'ont pas été indifférentes à ce changement, mais il en est d'autres dont il faut tenir compte. La maladie dont nous avons rapporté l'histoire; la perturbation causée à ses sentimens par son mariage manqué, déterminèrent un état spécial qui nécessita un premier isolement à Maréville.

3° A dater de 1849, les symptômes physiques et moraux ont suivi une marche ascensionnelle.

Cet homme, d'une intelligence très ordinaire, s'élance avec une exal-

nfluences dont on apprécie mieux les effets que la nature, va devenir le point de départ de diverses affections inconnues dans le second cas.

La suppuration est un fait tellement général à la suite des opérations pratiquées dans les hôpitaux, que plusieurs chirurgiens ont pu ériger en principe la nécessité de tenir la plaie ouverte, et de ne jamais tenter la réunion par première intention, afin d'éviter la stagnation du pus, les décollemens et les fusées purulentes. Et cependant, à la campagne, ce n'est pas seulement dans les pays chauds, mais encore dans nos climats tempérés qu'on observe le plus ordinairement les réunions mmédiates.

J'ai entendu de très belles leçons sur les *érysipèles traumatiques*, la *résorption purulente*, la *gangrène des plaies*; et depuis que je pratique la chirurgie en province, je n'ai pas eu l'occasion de constater une seule fois l'une ou l'autre de ces affections qui font le désespoir des opérateurs de Paris. Les plaies se cicatrisent plus ou moins rapidement, sans se compliquer de maladies générales, infectieuses, trop souvent au-dessus des ressources de l'art.

Pour résumer ces considérations, je dirai que la différence des milieux dans lesquels sont placés les malades, entraîne des différences notables dans les caractères, la marche et le traitement des mêmes maladies.

Les hôpitaux constituent un milieu spécial, dont l'influence est manifestée par le développement de certaines affections qui viennent compliquer, aggraver la maladie première. C'est ainsi que, dans le milieu spécial où se montrent les fièvres marécageuses, la plupart des maladies accidentelles revêtent les caractères propres aux affections dominantes.

Or, sans chercher à déterminer l'élément spécifique, la cause morbide qui agit dans les hôpitaux, on peut dire d'une manière générale que c'est à la concentration permanente d'un grand nombre de personnes souffrantes que doivent être attribuées certaines complications fâcheuses, puisque ces dernières ne se montrent pas dans les circonstances d'isolement.

Le nouvel hôpital du Nord est, dit-on, conçu dans les meilleures conditions hygiéniques, on y a introduit tous les perfectionnemens. Nous souhaitons que les résultats répondent à ces bonnes intentions, que la moyenne de mortalité y diminue, et que les tables nécrologiques nous donnent un démenti. Jusque-là, nous persisterons à penser que le système des grandes agglomérations de malades, — très avantageux peut-être pour l'enseignement et pour la commodité du service, — est très préjudiciable. Un grand nombre de petites maisons de santé, disséminées dans la banlieue, ne rempliraient-elles pas mieux le but principal, qui est, je crois, de guérir le plus de malades possible? On dira que c'est tout simplement impraticable; — tant pis. Dr Bailly.

Bains (Vosges), 4 Décembre 1852.

OPHTHALMOLOGIE.

OPHTHALMIES TRAUMATIQUES; — CHOIX D'OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES CORPS ÉTRANGERS DE L'APPAREIL OCULAIRE; par M. Magne, médecin oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 9 et 11 Décembre.)

Septième fait. — *Plaie de la cornée par une latte; — guérison; — nouvelle plaie par un fragment de bois semblable; — iritis; — cataracte.*

Un maçon, âgé de 35 ans, qui était atteint depuis sa naissance d'une paralysie incomplète de la paupière supérieure droite, suite d'une chute sur un chenet, reçut, le 4 juin 1846, un coup de latte (1) à l'œil droit, qui détermina des accidens inflammatoires, auxquels on opposa, à trois reprises, l'application de 12 sangsues et des cataplasmes. Ce malade fut envoyé à ma consultation, huit jours après l'accident : l'œil était rouge, la conjonctive très injectée; il existait une photophobie intense; la cornée offrait une plaie par laquelle suintait l'humeur aqueuse, et la chambre antérieure, avait notablement diminué de volume. Je prescrivis 15 sangsues au siége, des applications d'eau froide en permanence sur l'œil et des purgatifs réitérés. La guérison eut lieu au bout de douze jours, et le malade reprit ses occupations, portant une cicatrice cornéale qui gênait un peu la vision.

Le 10 juillet, un nouveau coup sur le même œil, vint rompre la cicatrice, labourant la cornée et la traversant. Le 22 du même mois, époque à laquelle je vis le malade, il existait, outre la plaie de la cornée, une iritis et une capsulite (cataracte traumatique), avec cécité complète de l'œil droit. J'opposai des émissions sanguines locales, des applications d'eau froide, des pédiluves, des pilules de calomel et d'opium, des purgatifs et des frictions d'onguent napolitain associé à l'extrait de belladone. Au 1er octobre seulement l'inflammation avait disparu, mais la capsule était, en quelques points, adhérente à l'iris; cependant l'opacité capsulaire commençait à diminuer, surtout à la partie supérieure de l'ouverture pupillaire.

Vers la fin de décembre, la phlogose kérato-conjonctivale ne laissant plus la moindre trace, je me décidai, sur les instances du malade, à enlever un lambeau de la paupière supérieure, dans l'intention de la relever. L'opération réussit pleinement, et l'angle d'ouverture des deux yeux n'offrit pas de différence appréciable.

A cette époque, l'opacité de la capsule avait diminué d'une manière notable, et permettait au malade de voir clair à se conduire.

Depuis lors, il cessa de venir à ma consultation, et je n'en ai plus eu de nouvelles.

Assurément, ce fait est bien digne de remarque. Voilà un œil bien plus protégé que cet organe ne l'est habituellement, puisqu'il existait une chute de la paupière supérieure; voilà un œil, dis-je, qui est atteint d'une plaie grave, et dont, cependant, la guérison ne se fait pas attendre. Quelques jours se passent à peine, le même œil est frappé de nouveau et plus sérieusement encore, car l'iris et la capsule sont déchirés. Néanmoins, nous avons pu nous rendre maître de l'inflammation, et consécutivement, le malade a pu retrouver assez de vision pour suffire à la marche, par suite de l'absorption de la capsule.

L'observation qui va suivre n'est pas moins intéressante.

Huitième fait. — *Coup de parapluie traversant la cornée et l'iris; cataracte.*

Un fait dont les journaux politiques ont parlé, et à propos duquel je n'ai pas voulu prendre la plume par un motif que le lecteur appréciera, mérite à un haut degré de figurer parmi les ophthalmies traumatiques : au mois de décembre 1849, le jeune Grégoire, parent d'un clown bien connu, était accompagné par sa grand'mère pour se rendre à la pension de M. R..., à Batignolles. Venant d'un côté opposé, une personne marchant très vite et tenant à la main un parapluie, vint en heurter la pointe sur l'œil de l'enfant, avec une telle violence, que celui-ci tomba et perdit connaissance. On le transporta dans un hospice voisin, où un étudiant en médecine, qui se trouvait seul présent, considéra l'œil comme perdu, et conseilla de le couvrir de compresses d'eau froide.

Trois jours après l'accident, l'enfant fut amené à ma consultation par sa grand'mère, qui me raconta ce qui précède. Voici dans quel état je trouvai l'œil malade : la conjonctive est fortement injectée; la cornée présente à sa partie supérieure, un peu au-dessus de la marge pupillaire, une large plaie déchiquetée qui renferme encore entre ses lèvres la boue qu'y a introduite la pointe du parapluie; l'iris a été déchiré à sa partie supérieure; il ne reste plus de trace du lambeau qui a été enlevé, de sorte qu'en cet endroit, la pupille s'étend jusqu'à l'union du bord cornéal avec la sclérotique. La capsule est grisâtre; elle offre une déchirure par laquelle a dû sortir le cristallin.

En présence de désordres si graves, je crus pourtant devoir rassurer Mme G..., du moins sur la conservation de l'œil; je me rappelais, en effet, le maçon dont je viens de rapporter l'observation.

A l'aide d'une curette, j'enlevai avec précaution les petites parcelles de boue qui écartaient les lèvres de la plaie, je les mis de suite en rapport le mieux qu'il me fut possible; j'abaissai avec soin la paupière supérieure, et je maintins les deux voiles palpébraux fermés à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre. Je prescrivis le décubitus dorsal, des sangsues derrière l'oreille, une application permanente de glace au-dessus du sourcil droit, et la diète. A partir de ce moment, cessèrent les douleurs qui étaient intolérables, et ne permettaient pas de sommeil.

Au troisième jour, c'est-à-dire six jours après l'accident, je fis enlever la glace et j'examinai l'œil : la plaie de la cornée était cicatrisée; la rougeur uniforme de la conjonctive avait cédé; la sclérotique reparaissait, sur laquelle on voyait ramper de nombreux vaisseaux flexueux qui se réunissaient à la ligne cicatricielle. L'iris était toujours enflammé et présentait une teinte grisâtre; la capsule largement visible à travers la pupille agrandie offrait une coloration blanchâtre dans toute son étendue.

Je pus alors affirmer que l'organe serait conservé, sans difformité apparente à l'extérieur, la plaie venant se confondre avec la sclérotique à l'union de cette membrane avec la cornée. Quant à la cataracte, je me promis bien de n'y pas toucher, malgré les instances des parens. Je leur citai à l'appui de mon opinion le cas du jeune Pain; et, sans leur donner d'espoir, j'ajoutai que cependant j'avais dernièrement donné des soins à un malade chez lequel la cataracte s'était résorbée en partie.

Au bout d'un mois, l'enfant complètement rétabli quant à l'inflammation, rentra à sa pension où il continua ses études.

Au commencement de cette année, sa mère me le ramena, m'annonçant avec joie que la vision commençait à revenir dans l'œil, siége de l'accident. En effet, je m'en assurai immédiatement, en présentant à l'enfant une clef, une plume et une pièce de monnaie qu'il reconnut sans hésiter. L'état de l'œil s'était d'ailleurs avantageusement modifié; l'espace pupillaire était assez rétréci, pour ne pas offrir une grande différence avec la pupille de l'œil sain; effet résultant sans doute du retrait du tissu cicatriciel; la moitié inférieure seule de la capsule était encore grisâtre, et à la partie supérieure on apercevait la pupille d'un beau noir.

J'ai revu l'enfant il y a trois mois environ; il n'existe plus de trace de cataracte et il commence à lire les gros caractères, même sans verres convexes.

Ainsi déchirure de l'iris, de la capsule et de la cornée; plaie maintenue béante par un corps étranger pendant trois jours, et cependant guérison presque inespérée; il est impossible de rencontrer un accident plus grave terminé d'une manière plus heureuse.

Neuvième fait. — *Plaie de la cornée, de l'iris et de la capsule cristalline; — cataracte.*

M. Théodore B..., âgé de 23 ans, demeurant rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 60, se présenta à ma consultation le 7 août de cette année; il venait de se frapper l'œil droit avec un *tire-crin*, dont il fait usage dans son état de tapissier, et avait immédiatement senti sa joue « inondée de larmes; » c'était l'humeur aqueuse et non des larmes, ainsi que je le constatai en écartant les paupières. On aperçoit, à la partie inférieure, la plaie faite à la cornée par l'instrument piquant. Cette membrane est affaissée sur elle-même, comme à la suite d'une opération de cataracte par extraction, et une portion de l'iris est engagée dans la plaie; je fais rentrer aussitôt cette petite hernie. Le malade appliquera 15 sangsues derrière l'oreille, prendra un pédiluve, maintiendra des compresses d'eau glacée sur l'œil, et fera diète.

Le lendemain, l'amélioration est assez notable; la chambre antérieure

(1) Morceau de bois étroit et mince.

---

tation très grande dans les pratiques religieuses. Il vise à être un réformateur, et ses lettres annoncent qu'il a lu les livres saints. Il fait des citations en rapport avec son fanatisme, et donne à entrevoir ce dont il est capable. L'excentricité de sa mise, de ses habitudes, ses jeûnes incroyables, attirent l'attention du public, et l'opinion générale le désigne comme un *fou*. Dans une famille où il se présente, on se garde bien de lui donner en mariage la fille qu'il recherche.

Plus tard, son exaltation religieuse est dépassée par son exaltation politique. Toutes les mauvaises idées capables d'émouvoir les masses sont résumées par lui dans le sens d'un système de haines à assouvir, de vengeances à exercer. Les riches et les prêtres deviennent le point de mire de toutes les mauvaises passions qui fermentent dans son cœur.

Mais au milieu de cette perversion de son intelligence et de ses sentimens, nous voyons dominer un phénomène particulier qui se rapporte à la sphère des fonctions physiologiques. Cet homme vit seul; il ne confie à personne le soin de préparer ses alimens. Il se plaint *des ingrédiens* que l'on y met. Il va cependant lui-même acheter sa viande chez le boucher le jour où il accomplit son meurtre; il quitte le cadavre de l'enfant qu'il a tué pour faire ses provisions. Il se plaint de ce qu'on lui fait éprouver. Il en accuse la *magogie* et la *question*, ces deux êtres cabalistiques qui résument les ennemis qui s'attaquent à son corps et à ses idées. Nous avons cité l'explication qu'il donne de ces deux mots dans son *système délirant*.

Nous prononçons pour la première fois le mot *de délire* parce que l'observation comparée de tous les hypochondriaques, à idées systématiques délirantes, nous les représente avec des théories semblables, à propos de puissances occultes.

Les uns sont tourmentés par *la cabale*, *la physique*, *le magnétisme*, *la police*; les autres par *des puissances surnaturelles, invisibles, telles que le diable; on leur a jeté un sort; on cherche à leur nuire, à les empoisonner; ils ont des ennemis secrets visibles ou invisibles. Quelques-uns entendent les voix menaçantes de ces ennemis*. Ce sont des hallucinés. Chanel n'est pas dans ce dernier cas.

Mais, dans notre âme et conscience, c'est un *maniaque hypochondriaque* dont la maladie a suivi, depuis 1848, une marche progressive.

Observé par nous en 1848, il ne présente encore aucun des phénomènes maladifs remarqués depuis; mais à dater de l'automne de 1849, le genre de vie qu'il mène, ses jeûnes exagérés, alternant avec ses excès de boissons alcooliques, contribuent singulièrement à altérer sa santé.

Nous appellerons ces causes des causes physiques. Mais parallèlement à ces influences de l'ordre physique, nous en voyons surgir d'autres non moins puissantes dans l'ordre intellectuel et moral.

Un amour contrarié, une religion mal entendue; en politique, les opinions les plus exagérées et les plus perverties; telles sont les causes morales qui agissent fatalement sur l'esprit de Chanel et troublent sa raison.

Ces causes sont d'autant plus puissantes, que leur action se développe dans un milieu fatal, sous les yeux peut-être de certains individus qui, comme le fait remarquer judicieusement un des premiers experts, ne demandaient pas mieux que de faire de Chanel un instrument politique. Ils en avaient fait un commandant de la garde nationale.

Aussi, à dater de cette époque, dit M. le docteur Haxos, d'Épinal, Chanel est complètement transformé. Il est devenu « sombre, envieux, » débauché, raisonneur, esprit fort, sans cesse en proie à une exalta-» tion qui ressemblait à la fièvre. »

Enfin, si nous n'avions à juger Chanel que sur les faits allégués, sur le meurtre épouvantable qu'il a commis, nous pourrions rester dans le doute. Les circonstances atroces avec lesquelles il a immolé ce malheureux enfant, l'absence de tout remords, son épouvantable cynisme en présence des juges, ne seraient pas pour nous une preuve de folie, mais nous l'avons eu en observation pendant quatre mois et sept jours (du 21 mai au 28 septembre), jour où nous portons nos conclusions; nous avons pu nous convaincre que Chanel est en proie à des exacerbations maniaques périodiques, en rapport avec une perturbation des fonctions digestives. C'est un individu d'un tempérament bilieux et usé par des excès en tous genres. Ses idées délirantes à propos d'empoisonnement, d'ingrédiens, surgissent alors avec plus de vivacité que jamais.

Dans ses rémittences, il est d'un naturel sombre, farouche; c'est un être abruti et chez lequel les sentimens sont complètement lésés et dont l'intelligence n'a jamais été très développée.

Nous nous sommes mis en garde contre une aliénation simulée; nous l'avons observé à toutes les heures du jour et de la nuit; nous avons voulu voir si ces retours périodiques étaient l'expression bien franche d'un fait pathologique; nous avons prolongé notre observation pendant quatre mois, et nous avons pu nous convaincre que tous les actes de ce malade étaient le résultat d'une perturbation générale des facultés intellectuelles et affectives.

Chanel est un maniaque hypochondriaque à idées systématiques de persécutions et de mauvaises influences exercées sur sa personne.

Son affection présente des périodes d'exacerbation, et, quelle que soit la décision de la justice, à l'égard de ce malheureux, nous pensons que le retour dans la Société devra être interdit à cet individu, non seulement lésé dans son intelligence, mais profondément perverti dans ses sentimens.

Ont signé :

Morel, médecin en chef de l'asile de Maréville.

Blondlot, professeur à l'École préparatoire de Nancy.

(*La suite à un prochain numéro*).

La Société médicale du 2me arrondissement, dans sa séance du 9 décembre, a nommé membres du bureau pour 1853 :

MM. Denonvilliers, président;
Marrotte, vice-président;
Requin, trésorier;
Arnal, secrétaire général;
Boucher de Jossy, secrétaire annuel;
Piogey, vice-secrétaire annuel.

est remplie; la plaie se cicatrise, la pupille paraît convenablement dilatée et permet de suivre le trajet du tire-criu au moment de l'accident. Pénétrant de bas en haut, il a labouré légèrement la face antérieure de l'iris, puis s'introduisant dans l'espace pupillaire, il a effleuré la capsule antérieure; les traces existent de manière à ne pas s'y tromper, indiquées par une traînée inflammatoire presque linéaire qui occupe les membranes dont il vient d'être parlé.

Le malade, très nerveux et pusillanime, redoute néanmoins que son œil ne vienne à se vider; comme il est très intelligent, je lui explique pourquoi ce résultat n'est plus à craindre; mais je suis obligé de lui donner d'autres sujets d'inquiétude : comme c'est un jeune homme, seul et peu disposé à se soigner, je lui fais comprendre que sans un traitement énergique, la pupille est menacée d'atrésie par suite d'iritis, et que cette mauvaise chance écartée, il reste encore la crainte d'une capsulite traumatique.

Je prescris une nouvelle application de 15 sangsues, un purgatif, des pilules de calomel associées à l'opium et à la belladone, et des frictions avec la pommade d'onguent napolitain et d'extrait de belladone. Les compresses d'eau froide devront être toujours maintenues sur l'œil.

Le 9, le malade paraît très satisfait; la pupille, dilatée sous l'influence de la belladone, rend la vision moins obscure et me fait espérer que l'iritis sera enrayée. Cependant, la capsule prend une teinte uniforme d'un blanc grisâtre, je crois devoir insister sur une nouvelle application de sangsues, compresses glacées, pilules et frictions *ut supra*.

Malheureusement, M. Th. B... ne tient pas compte de mes avertissemens, les sangsues n'ont pas été appliquées, et le 11 il arrive se plaignant de douleurs atroces à la tempe et au-dessus du sourcil; l'inspection de l'œil me montre la pupille déformée, l'iris changée de couleur, la capsule entièrement blanche et un hypopion occupant un certain espace de la chambre antérieure; la photophobie est très intense. Revenir à une application de 20 sangsues, réitérer la purgation, continuer l'usage des pilules, faire trois frictions par jour avec la pommade d'onguent napolitain et d'extrait de belladone, tenir constamment sur l'œil des compresses imbibées d'eau végéto-minérale.

L'usage de ces trois derniers moyens a été employé sans interruption pendant quinze jours; l'hypopion était résorbé; les douleurs avaient cessé; l'inflammation s'était beaucoup amoindrie, mais la capsule était adhérente à l'iris. Je permis au malade d'aller à la campagne, l'engageant à persévérer dans le traitement. Au bout de trois semaines, il revint avec tous les symptômes d'une violente iritis; je prescrivis un vésicatoire et l'usage du calomel jusqu'à salivation. Quinze jours après, je reçus une dernière visite de M. Th. B...; il me dit que les douleurs avaient cédé rapidement à l'usage du calomel, et qu'elles n'avaient plus reparu. L'œil n'offre plus aucune trace de rougeur inflammatoire; la plaie de la belladone cornée n'est indiquée que par un léger point de cicatrice; mais le malade est borgne, par suite de quelques adhérences de la capsule opaque à la cornée.

Cet insuccès m'a vivement préoccupé, et assurément cette observation est bien digne de fixer l'attention du praticien, tant sur le traitement employé que sur celui qui aurait pu l'être.

En effet, vingt-quatre heures après l'accident, la pupille est convenablement dilatée; la capsule n'offre qu'une légère érosion; quarante-huit heures s'écoulent, et la pupille, sous l'influence de la belladone, augmente de diamètre; à coup sûr, j'étais bien fondé à ne plus rien redouter du côté de l'iris, il suffisait de consolider, par les mêmes moyens, le résultat heureux que nous avions obtenu. Mais, malgré mes instances, le malade arrête le traitement, et quand nous y revenons, je suis impuissant à combattre l'iritis, je vois pour ainsi dire, sous mes yeux, l'iris se rapprocher de la capsule, et je ne puis m'opposer médicalement aux adhérences entre ces membranes.

Dès le cinquième jour, aussitôt que je fus convaincu de la marche de l'iritis et de l'impossibilité de dilater de nouveau la pupille, je songeai à débrider la plaie de la cornée, et aller chercher la capsule à l'aide d'une curette ou de petites pinces; mais le malade était un jeune homme éloigné de ses parens; mais je ne connaissais aucun exemple analogue, et, après tout, je n'avais pas la certitude mathématique que l'inflammation capsulo-iritique dût persister; j'attendis donc; plus tard, il fut trop tard, et j'annonçai au malade que la vision ne pourrait lui être rendue que par une opération.

Aujourd'hui, après y avoir mûrement réfléchi, je n'hésiterais pas, dans un cas analogue, à extraire la capsule; la plaie de la cornée, en effet, ne peut se mettre en parallèle avec la gravité des accidens évités par l'extraction de la capsule; et l'on se débarrasserait ainsi de la complication la plus fâcheuse, l'union de la capsule à l'iris par suite d'une inflammation adhésive.

Je livre ces réflexions à l'appréciation de mes confrères, et je serais heureux que mon opinion fût partagée.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATIONS DE FISTULES VÉSICO-VAGINALES GUÉRIES PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ;

Par M. le docteur BERTHET, médecin à Gray (Haute-Saône).

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

OBSERVATION III. — *Fistule vésico-vaginale, suite d'accouchement; — incontinence d'urine, excoriations, douleurs considérables aux lèvres, à la face interne et supérieure des cuisses; — traitement par les cautérisations avec le nitrate d'argent seulement; — insuccès; — la femme étant enceinte de sept mois, suspension du traitement jusqu'après la cessation entière des couches; — insufflation de la vessie pour faciliter l'application du cautère actuel; — bonne cautérisation et guérison après quarante-deux jours de traitement.*

La femme M..., de Magney, âgée de 29 ans, mère de quatre enfans, d'un tempérament lymphatique, offrant de l'embonpoint, a éprouvé un travail très pénible lors de son troisième enfantement, pour lequel on s'est servi tardivement du forceps. Elle fut prise, huit jours après, d'un écoulement abondant d'urine par le vagin, après la chute d'un lambeau de chair. Il survint alors, me dit-elle, une inflammation considérable qui la fatigua beaucoup et la retint deux mois au lit. Enfin, elle finit par se rétablir et vécut misérablement jusqu'en juin 1840, époque à laquelle elle vint me voir pour cette incontinence d'urine. Elle était enceinte de six mois; j'entrepris, malgré cela, de lui donner des soins; mais, gêné que j'étais par sa grossesse, je cessai le traitement par les cautérisations avec le nitrate d'argent que j'avais d'abord employé seul. Deux mois après son accouchement, elle revint me trouver à Gray, et je recommençai par une cautérisation avec le cautère actuel.

Pour faire saillir la fistule, qui était trop enfoncée dans le vagin, et que je ne pouvais apercevoir que très difficilement avec mon spéculum, je plaçai une sonde un peu grosse dans le canal de l'urètre, j'y adaptai un tube flexible, je fis pousser de l'air avec la bouche dans la vessie, et je pus de suite, et très sûrement, placer mon cautère conique rougi à blanc dans l'ouverture fistuleuse. Je commençai à tamponner avec du coton cardé, et à faire coucher la malade sur la face antérieure du corps, où elle ne se tenait que difficilement, car les coudes surtout, sur lesquels elle s'appuyait souvent, la faisaient beaucoup souffrir. J'eus grand soin de ne lui donner à boire que parcuillerées, et à manger du pain rassis et de la viande bouillie ou rôtie, froide, en petite quantité. Les urines diminuèrent beaucoup de quantité, et le tampon, qui soutenait mollement la cloison vésico-vaginale fit que la plaie se rétrécit graduellement, de sorte que, après quarante-deux jours, cette fistule, qui ne pouvait plus admettre qu'un petit pois n° 4, et dont les bords étaient inégaux et durs, se trouva cicatrisée par la position, le traitement interne, les pansemens méthodiques et les cautérisations plus ou moins fréquentes faites avec le nitrate d'argent fondu.

On avait grand soin de ne pas laisser embarrasser le rectum. L'insufflation de la vessie m'a tellement aidé à porter mon cautère dans l'ouverture fistuleuse qui, par cette précaution, s'est présentée d'elle-même à la pointe du feu, que je regarde ce moyen comme excessivement avantageux et capable de faciliter les cautérisations les plus difficiles.

J'ai eu occasion d'observer une *quatrième fistule vésico-vaginale* chez madame B..., de Gray; mais, chez cette dame, la déperdition de substance était si considérable et se rapprochait tellement de l'urètre, que je n'ai pu trouver de moyen pour obvier à cette grave infirmité.

Malgré cette énorme fistule; cette personne est devenue enceinte et j'ai été obligé d'appliquer le forceps pour terminer l'accouchement. Elle contracta alors une diphtérite qui régnait épidémiquement dans notre ville, et à laquelle elle succomba vingt-cinq jours après son accouchement.

J'ai lu, le 9 juillet 1844, les observations qui précèdent à l'Académie de médecine. Depuis, j'ai eu occasion d'observer encore deux cas de ces affections survenues par suite d'accouchemens laborieux. Le premier en janvier 1849 : la fistule était tellement étendue, que je n'ai pu employer d'autre moyen que des soins hygiéniques. J'ai donné alors le conseil à la malade d'aller à Paris, se faire soigner par M. Jobert, de Lamballe; qui, dans le cas de ces grandes déperditions de substance, a obtenu des succès éclatans; mais, mère d'une nombreuse famille et peu aisée, elle n'a pu faire le voyage. Au mois de décembre suivant, elle a succombé à une attaque de choléra.

OBSERVATION IV. — En décembre 1850, j'ai trouvé une nouvelle occasion d'appliquer mon procédé pour fistule étroite, sur une fille de 21 ans, devenue mère chez une de ses amies, où elle était allée cacher son état. Je ne fus appelé qu'après quarante-huit heures de la présence de la tête de l'enfant au passage; j'appliquai le forceps et la délivrai. Mais, quatre jours après, la personne qui la soignait me dit qu'elle était constamment mouillée, et que ses couches étaient transpercées par l'urine.

Je laissai passer quelques jours, et je reconnus, à l'aide du spéculum, qu'un vaste lambeau de la muqueuse vaginale était tombé; la muqueuse vésicale était moins intéressée; de sorte qu'il n'y avait réellement qu'une petite fistule là où il aurait pu en exister une d'un plus grand diamètre, si les deux membranes avaient été également pincées. Je me hâtai alors d'appliquer le cautère incandescent. Le lendemain de l'opération, la fistule était plus grande; mais, après quelques jours, je fus très satisfait de la voir d'un bien moindre calibre. Je la touchai de nouveau, et ainsi de huit jours en huit jours, si bien qu'après dix cautérisations, la fistule était absolument fermée.

Il est bien entendu que toutes les fois que j'ai pratiqué la cautérisation des bords de la fistule, j'ai fait insuffler la vessie; les bords s'écartaient, se présentaient en avant et recevaient parfaitement la pointe du cautère.

Les pansemens, les alimens secs et la position avaient été rigoureusement employés. Cette fille a pu bientôt se livrer à son travail habituel.

Cette nouvelle observation confirme, en tout point, la valeur du procédé dont je suis l'auteur; procédé qui, dans bien des circonstances, peut rendre de signalés services pour des fistules vésico-vaginales étroites, qui, malgré ce peu de volume, ne manquent pas d'occasionner un état de souffrance très grand et une infirmité des plus dégoûtantes.

J'ai acquis, depuis, la conviction que les cautérisations faites avec le cautère actuel avaient une grande supériorité sur celles faites avec les caustiques qui cependant sont souvent utiles.

On remarquera que l'existence de fistules vésicovaginales n'empêche pas les femmes de concevoir; car deux sur six, à ma connaissance, ont pu avoir des enfans et accoucher malgré l'influence de ce fâcheux état.

Quand on opère les fistules, une chose que je regarde comme très utile, quand la cicatrisation est sur le point de se faire et que l'on vient de cautériser, c'est de diminuer la sécrétion de l'urine par la diète sévère de boissons et d'alimens humides. C'est en ce moment aussi que la position sur la face antérieure du corps, et sur l'un ou l'autre des côtés, selon la disposition de la fistule, est absolument nécessaire.

Résumé. — Il résulte des observations, que les fistules vésico-vaginales qui sont situées dans le fond du vagin, à droite ou à gauche, ou en avant du col de la matrice, et qui ne sont pas trop grandes, sont presque toutes susceptible d'être guéries par les moyens que j'ai employés, et qui sont les suivans :

1° Je vide la vessie et l'intestin.

2° Je place une longue canule flexible dans l'urètre, ainsi qu'un spéculum brisé dans le vagin, après avoir mis la malade sur le bord d'un lit très élevé et dans la position convenable en pareil cas. Je reconnais alors le siége de la fistule. Je fais insuffler la vessie par un aide; la fistule, devenant béante, peut être cautérisée facilement avec un fer conique incandescent, que je prépare à l'avance. Puis, dix ou quinze jours après, je reviens à ce moyen, si les cautérisations avec le nitrate d'argent ne suffisent pas pour cicatriser entièrement l'ouverture fistuleuse.

3° Je diminue la quantité d'urine autant que possible, en ne donnant de boissons à la malade que par cuillerées à café, et le moins souvent possible. Je prescris des alimens secs (pain rassis ou desséché, biscuit) et quelque peu de viande blanche bouillie ou rôtie. La guérison est d'autant plus rapide que le régime est plus sévère.

4° Je place la malade d'une manière invariable dans la position qui convient le mieux pour éloigner l'urine des bords de la fistule.

5° Je tamponne le vagin avec des cylindres de coton que je place et que je change au moins deux fois par jour avec le spéculum.

6° Enfin j'absorbe l'urine au moyen d'une sonde, ou mieux d'un siphon, au fur et à mesure qu'elle descend dans la vessie.

7° Quand aux fistules vésico-vaginales qui sont situées plus près de la vessie, pourvu qu'elles ne soient pas d'un grand diamètre et qu'elles n'intéressent pas trop le col de la vessie et même l'urètre, je les crois susceptibles d'être guéries par les mêmes moyens.

Du moment qu'elles ont un volume un peu considérable, il n'y a plus que l'autoplastie par glissement de notre très habile collègue Jobert, de Lamballe, qui puisse donner quelque chance de succès.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 27 Octobre 1852. — Présidence de M. BOUVIER.

Sommaire. — Observation de cyanose et considérations sur cette maladie par M. Roger; discussion : MM. Legendre, Hérard, Bouchut, Bouvier, Aran, Delasiauve. — Communication de M. Becquerel sur l'existence de la syphilis en France au 1er siècle de l'ère chrétienne. — M. Aran : sur les injections iodées dans la pleurésie chronique. — Discussion sur l'érythème iodique : MM. Hardy, Moissenet, Moreau (de Tours).

M. ROGER (Henri) donne lecture d'une observation de *cyanose par communication des cavités gauche et droite du cœur.*

Jules Carrère, garçon de deux ans et demi, me fut présenté, pour la première fois, le 8 août de cette année, à l'hospice des Enfans-Trouvés. La veille au soir, il avait eu une indigestion surtout intestinale (on reconnaissait dans les selles des matières mal digérées). L'enfant était sans fièvre, sans dyspnée apparente; il ne toussait point; il n'avait pas l'air malade; il était seulement un peu pâle, avec les yeux cernés; la peau était fraîche; et cette mine défaite, ce refroidissement léger des extrémités, phénomène si commun chez les jeunes enfans qui ont des garderobes nombreuses, fut mis sur le compte de la diarrhée. Mais ces symptômes persistant le lendemain 9, bien que la diarrhée eût cessé, je me livrai à un examen plus complet des différentes fonctions et ce fut l'auscultation du cœur qui me mit sur la voie du diagnostic véritable : un bruit de souffle assez rude était perçu dans toute la région précordiale, et au-delà; ce souffle coïncidait avec le premier battement qu'il couvrait, en se prolongeant jusqu'au second bruit, lequel n'était entendu que par intervalle; le maximum du souffle existait à la base du cœur, plus près du sternum et de la moitié droite de l'organe; quand les battemens cardiaques étaient plus violens, le bruit anormal s'exagérait et devenait presque piaulant. D'ailleurs, il ne se prolongeait pas dans les vaisseaux du cou; il était à peine perceptible à la région dorsale.

Ces phénomènes stéthoscopiques, rapprochés de la teinte pâle, très légèrement bleuâtre de la face, me donnèrent aussitôt l'idée d'une *cyanose*; et, en effet, en y regardant de plus près, je constatai un cercle bleuâtre autour des yeux, une teinte également bleuâtre des membranes muqueuses visibles, des conjonctives palpébrales, de la muqueuse buccale, surtout aux lèvres, ces membranes étant parcourues par de nombreux vaisseaux, très visibles, et comme injectés d'un liquide à teinte vineuse : les doigts, et principalement les ongles, présentaient une coloratien bleuâtre évidente. En outre, on remarquait aux membres inférieurs cinq ou six taches ecchymotiques d'un jaune verdâtre.

Rien autre chose à noter pour l'habitus extérieur : l'enfant, de taille moyenne, est maigre, sans rachitisme. Il a ses vingt dents, et les fontanelles sont complètement réunies.

La physionomie est intelligente; ce petit garçon comprend bien; il ne manque pas de gaîté, et il joue, assis dans son lit. Il peut marcher seul, mais il reste de préférence dans la position assise, et paraît faible.

Le pouls est régulier, à 110 environ. Le cœur a du reste sa situation et son volume ordinaires : il y a un peu de voussure à la région cardiaque. La peau de la face et des extrémités est fraîche (on oublie de constater thermométriquement le degré d'abaissement de la température).

L'examen des voies respiratoires ne fournit que des résultats négatifs : il n'y a ni toux, ni dyspnée. Les fonctions digestives s'exécutent normalement.

Vu l'existence de cette coloration bleue de la périphérie cutanée et des membranes muqueuses, ainsi que du bruit de souffle à la région précordiale et du siége de ce bruit, je dus poser pour diagnostic : *cyanose, dépendant probablement d'une communication des deux ventricules.*

Les choses changèrent peu pendant un septenaire, si ce n'est que l'enfant fut, par intervalles, pris de diarrhée très abondante, aqueuse, et qu'il présenta des crises pendant lesquelles il paraissait comme en syncope. Ces crises se renouvelèrent deux ou trois fois. M. Lorain,

interne dans ma division, put arriver à la fin d'une de ces attaques et constater l'état suivant : congestion extrême et teinte violette de la face; immobilité du corps, sans raideur convulsive; excessive altération du pouls; tumulte des battemens du cœur qui empêche d'entendre le bruit de souffle; sueur abondante. Au bout de quelques minutes, l'enfant demande à boire; il s'assied sur son lit et redevient gai; l'accélération du pouls disparaît.

L'état de ce petit malade était aussi satisfaisant que pouvait le comporter le vice de conformation du cœur dont il était atteint, lorsque le 26 août, c'est-à-dire dix-neuf jours après son entrée à l'infirmerie, il fut pris de varicelle (il était vacciné), et sa position empira soudainement, par suite du développement simultané d'une angine couenneuse. Le lendemain, les symptômes évidens du croup se manifestèrent (toux rauque, fausses membranes dans l'arrière-gorge, etc.); la cyanose devint de plus en plus forte, et l'enfant succomba le 30 août, après avoir présenté des accès de suffocation.

Voici les détails de l'autopsie pratiquée douze heures après la mort, détails recueillis par M. Lorain :

Apparence extérieure du cadavre. — Amaigrissement modéré, marbrures violettes sur le tronc et aux membres inférieurs, ainsi qu'aux côtés du cou. On voit sur le corps une éruption de varicelle très discrète, mal dessinée, à l'état de dessication, sans croûtes, et d'une teinte violette. La coloration bleuâtre des lèvres a disparu.

La *poitrine*, qui est très étroite, présente une voussure très notable au-devant du cœur. Ce soulèvement paraît s'être fait grâce à un angle obtus que forment les articulations de la troisième et quatrième côte gauche avec les cartilages correspondans, angle dont le sinus regarde le cœur.

La partie antérieure de la cage thoracique étant enlevée, on remarque une disposition tout à fait insolite de la quatrième côte; le cartilage de cette côte est très large et percé à son centre d'un trou circulaire de 1 centimètre de diamètre, qui est bouché par une cloison membraneuse de tissu cellulaire dense; c'est sans doute la pointe du cœur qui, frappant avec force en ce point dès les premiers temps de la vie, a été la cause de cette disposition anatomique anormale.

Le *péricarde*, incisé, laisse écouler une très petite quanté de sérosité limpide; ses feuillets n'offrent aucune trace de phlegmasie ancienne ou récente.

Le volume, la forme et la situation du *cœur* sont à l'état normal; seulement, la pointe de l'organe semble légèrement obtuse. On remarque à sa surface une helle injection bleue; les parois de l'organe sont légèrement hypertrophiées.

L'oreillette droite, gorgée de sang, est ramenée en avant à la base de l'aorte. L'*artère pulmonaire* paraît plus petite que de coutume; au lieu de masquer entièrement l'aorte jusqu'à une certaine hauteur, elle ne recouvre ce vaisseau qu'à sa naissance et tout à fait à gauche. Cette diminution de volume ressort encore davantage de la comparaison faite immédiatement avec l'artère pulmonaire d'un enfant de même âge.

L'*aorte*, ouverte dans toute sa longueur jusqu'aux artères iliaques, est, dans sa portion descendante, remplie presque complètement par un caillot noir, mou, non adhérent; véritable caillot veineux, identique à ceux qu'on rencontre dans les sinus de la dure-mère et dans les veines en général. Il n'y a d'ailleurs aucune anomalie dans le nombre ni dans la distribution des vaisseaux naissant de la crosse.

L'orifice aortique est sain; ses valvules se tendent sous l'influence d'un jet d'eau et ferment complètement l'ouverture du cœur; un peu de sang liquide s'écoule à l'incision du ventricule gauche, dans lequel le petit doigt, introduit avec précaution, ne rencontre ni dureté anormale, ni caillots. Il n'y a pas non plus d'altération aux valvules de l'artère pulmonaire. La cavité du ventricule droit est diminuée dans ses dimensions, les parois n'étant ni épaissies, ni amincies sensiblement. En cherchant, avec la pulpe du doigt l'orifice auriculo-ventriculaire droit, on est fort surpris de voir le doigt sortir par l'aorte. En effet, un large canal fait communiquer le ventricule droit avec l'orifice aortique. Ce canal est formé d'une part aux dépens de la cloison interventriculaire qui est interrompue à la base du cœur, et de l'autre par le revers de la valvule tricuspide. Le ventricule droit se trouve donc pourvu de trois ouvertures et communique : 1° avec l'artère pulmonaire; 2° avec l'aorte et le ventricule gauche par le même orifice; 3° avec l'oreillette droite. Ce ventricule est vide.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit est sain. L'oreillette droite contient un caillot fibrineux, mou, et du sang noir semi-fluide.

L'oreillette gauche est à l'état normal, ainsi que la valvule mitrale; il y a une communication entre les deux oreillettes par le trou de Botal, qui est assez large pour laisser passer une sonde; mais la communication n'est pas directe; elle est oblique.

Malgré d'attentives recherches, les traces du canal artériel n'ont pas été retrouvées. La veine ombilicale et les deux artères du même nom sont transformées en cordons ligamenteux. Le canal veineux n'existe plus.

Le *thymus* est réduit à un très petit volume; la *glande thyroïde* paraît saine : il en est de même des *poumons* et des *plèvres* (la gauche contient seulement une cuillerée de sérosité citrine). Les amygdales, l'épiglotte et le *larynx*, jusqu'à deux centimètres au-dessous des cordes vocales, sont tapissés par une fausse membrane très épaisse et adhérente; la trachée-artère a, sur ses parois, un mucus purulent qui remplit les *bronches*. Les ganglions bronchiques sont gros et rouges, sans tubercules.

Les autres viscères, tels que le *foie* (qui est un peu congestionné dans son lobe droit), la *rate*, le *pancréas*, le *canal digestif*, les *reins* (qui sont aussi le siége d'une congestion légère), la vessie, ne présentent aucune altération appréciable.

La grande cavité de l'arachnoïde contient une quantité assez notable de sérosité rougeâtre. Les vaisseaux méningés sont distendus par du sang bleu-noir. Le *cerveau* est tellement coloré et injecté à sa surface, qu'on croirait qu'il a été trempé dans une teinture rouge-violette. Le reste de la substance est pareillement très congestionnée et présente un fort piqueté. Même proportion abondante de sérosité sanguinolente dans les ventricules cérébraux. Le cervelet est sain.

M. Roger ajoute à son observation quelques considérations sur le fait particulier qu'il vient de rapporter, et sur la *cyanose* en général.

Cette affection, dit-il, est rare : on en compte à peine une douzaine d'exemples dans les *Archives de médecine* depuis 1840; à l'hospice des Enfans-Trouvés, où, chaque année, cinq à six mille enfans de tout âge passent ou séjournent dans l'établissement et nous sont présentés, il n'y en a guère qu'un ou deux, sur ce grand nombre, qui soient affectés de cyanose. Toute observation pareille offre donc de l'intérêt par sa rareté même, et parce qu'elle donne lieu à diverses considérations de physiologie pathologique.

Dans le cas actuel il y a communication des deux cœurs; celle des deux oreillettes, au moyen du trou de Botal non oblitéré, n'est pas très large; elle n'est pas non plus directe; elle est disposée de sorte qu'il est rigoureusement possible que, pendant la vie, il n'y ait pas eu mélange du sang veineux et du sang artériel à travers cet orifice. Quant à la communication entre les deux ventricules, elle est complète et s'opère à la partie supérieure de la cloison qui reste en ce point, interrompue. Dans son mémoire si remarquable, publié en 1826, sur *la communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur*, M. Louis a analysé vingt observations, dont deux lui appartiennent; sur ces vingt, trois seulement sont intitulées : communication des cavités droites avec les cavités gauches au moyen du trou de Botal et de l'*aorte naissant des deux ventricules*. L'observation présente est un fait de ce genre.

Ces communications des deux cœurs sont toujours congéniales. On a bien admis la possibilité d'action de certaines influences pathologiques, telles que des violences extérieures (un coup de poing sur la région cardiaque, observation de Corvisart), des maladies avec violente dyspnée (la coqueluche, etc.); mais en relisant avec attention les faits allégués, il est facile de s'assurer que les apparences ont induit en erreur; que le peu d'intensité de la coloration bleue a fait méconnaître plus ou moins longtemps la réalité de la cyanose, manifestée à l'autopsie par des vices de conformation incontestablement congéniaux (absence de traces de déchirure, de rupture, etc.)

Pour nous, la coloration bleuâtre des tissus reconnaît pour *cause* principale le mélange du sang veineux avec le sang artériel; l'importance de cette cause a été contestée, par la raison que la cyanose ne paraît pas toujours en rapport direct avec le degré du mélange des deux sangs; qu'il y a des cas où la teinte bleue a été peu marquée pendant la vie, bien que la nécropsie révèle une assez large communication des deux cœurs; et même qu'il y a des états morbides dont la cyanose est un des symptômes dominans (les affections du cœur avancées, le choléra, la diarrhée même, quand les évacuations sont très répétées), sans que pourtant le sang veineux soit aucunement mêlé au liquide artériel. Sans vouloir discuter ici longuement cette question, nous dirons seulement : 1° que ce mélange ne saurait être mis en doute, dans les cas où les cavités droite et gauche communiquent entre elles; 2° que si la teinte bleue des tissus est cependant parfois peu marquée, c'est qu'il est difficile d'apprécier rigoureusement la quantité du sang veineux introduit dans les voies artérielles; 3° que si la cyanose peut se montrer plus ou moins forte et plus ou moins passagèrement dans le cours de certaines maladies et comme un des symptômes accessoires de ces maladies, la cyanose *permanente* (chez les très jeunes enfans surtout, qui ne sont presque jamais atteints d'affection organique du cœur) est l'indice, on peut dire certain, d'une communication anormale et congéniale des deux cœurs, ou de quelque autre vice de conformation donnant lieu au mélange des deux sangs : c'est la conclusion que devra tirer le praticien.

Chez le petit malade dont j'ai rapporté l'histoire, ce mélange des deux liquides sanguins était démontré non seulement par la libre communication des ventricules droit et gauche, mais encore par la présence, dans l'aorte, d'un caillot ayant tous les caractères extérieurs du sang veineux.

Pour le *diagnostic* de la cyanose et de sa cause anatomique, l'auscultation de la région cardiaque a une importance sur laquelle les auteurs n'ont pas assez insisté; la mention des phénomènes stéthoscopiques est même le plus souvent omise. On voit, combien chez notre malade, l'auscultation a été utile; c'est elle qui a mis sur la voie d'un diagnostic juste; la coloration bleue de la face était peu intense et n'avait pas été remarquée; il n'y avait pas de dyspnée notable; l'examen de presque toutes les fonctions n'avait donné que des résultats négatifs, lorsque la perception d'un bruit de souffle très fort à la région du cœur attira mon attention; et, par une inspection plus exacte de la circulation centrale et générale, j'arrivai facilement à la vérité.

De même, chez deux enfans, que j'ai eu l'occasion, grâce à mon excellent maître et ami, M. Blache, de soigner à différentes reprises pendant ces quatre dernières années, et qui présentent une teinte bleuâtre des lèvres et de la membrane muqueuse buccale, à peine marquée chez l'un d'eux, l'existence d'un bruit de souffle intense et étendu à la région cardiaque, et l'absence de symptômes d'une maladie du cœur proprement dite, doivent faire admettre une cyanose par communication des deux cœurs. Un troisième enfant, pour lequel j'avais été consulté, et qui a succombé vers l'âge de dix ans, extrêmement cyanotique, avait également présenté pendant la vie un bruit de souffle avec les caractères précités.

De ces faits, et de deux autres que j'ai observés et dans lesquels le bruit morbide manquait, je suis disposé à conclure, que ce souffle cardiaque est le signe d'une communication entre les deux cœurs; qu'il se produit à l'orifice anomal, et qu'il dépend du frottement du sang à son passage à travers cet orifice. Ce souffle, d'ordinaire perçu dans une grande étendue, a pourtant un point maximum; et quand ce point maximum est à la base du cœur, au niveau de la partie supérieure de la cloison inter-ventriculaire, il est permis d'en inférer, comme nous l'avons fait dans le cas présent, que la cyanose dépend d'une communication des deux ventricules, et que celle-ci siége à leur base, soit qu'il y ait perforation de la cloison, soit qu'il y ait insertion de l'aorte sur les deux ventricules.

Les sujets affectés de cyanose ont des *attaques* dont la forme varie. Tantôt ce sont des accès véritables de suffocation, qui sont l'exagération de la dyspnée habituelle; tantôt ce sont des syncopes; tantôt enfin, et c'est principalement dans les derniers temps de la vie qu'on observe ces accidens, le malade perd connaissance et tombe dans un état de mort apparente : ces accidens de la période extrême peuvent, ce nous semble, être rattachés à des congestions cérébrales veineuses, à des apoplexies séreuses qui terminent souvent la vie.

Nous avons eu le tort, chez notre malade, de ne pas constater, au moyen du thermomètre, le degré d'abaissement de la chaleur animale; les extrémités étaient fraîches, et un refroidissement semblable a frappé la plupart des observateurs. Cette réfrigération se comprend, lorsqu'on se rappelle les expériences de MM. Becquerel et Breschet, qui ont trouvé au sang veineux un demi-degré de moins qu'au sang artériel; il s'explique parfaitement par l'imperfection de l'hématose. Sa réalité a, d'ailleurs été démontrée expérimentalement, comme on peut le voir dans Muller.

L'intelligence des cyanotiques m'a paru plutôt lente que vive, et peu susceptible d'un développement remarquable : ces enfans n'ayant point la même vivacité que leurs compagnons d'âge, ne pouvant se livrer aux mêmes jeux actifs, sont en général paisibles, d'humeur douce, et deviennent forcément observateurs et plus amis des occupations tranquilles, et conséquemment de l'étude; leur intelligence peut donc, dans les premières années, sembler précoce; mais elle est incapable d'efforts longs et soutenus; et finalement, les cyanotiques sont, sous ce rapport, bien vite dépassés par les enfans du même âge.

Leurs mouvemens corporels sont aussi plus lents. Avec Bichat, on a accordé au sang veineux une influence stupéfiante; il résulte des travaux postérieurs des physiologistes, que si cette influence directe n'est pas réelle, du moins les mêmes effets déprimans sur les mouvemens musculaires (et peut-être sur les forces du système nerveux et de l'intelligence?) sont-ils déterminés par le défaut de stimulus du sang artériel. Il y a, du reste, chez les enfans affectés de cyanose, une autre cause bien plus puissante de la lenteur de leurs mouvemens corporels, c'est que le moindre effort musculaire, le moindre exercice amène chez eux des palpitations et une dyspnée qui les contraint au repos. Ajoutons que cette dyspnée est encore augmentée accidentellement par les bronchites et les engouemens pulmonaires auxquels ils sont sujets, et qui se répètent très fréquemment et très facilement sous l'influence des vicissitudes atmosphériques.

M. Roger rappelle en terminant combien le *pronostic* est grave. Les enfans cyanotiques meurent généralement très jeunes, toute la gravité dépendant d'ailleurs de la nature du vice de conformation auquel la cyanose est liée : quelques-uns meurent dès les premières semaines de la vie; si l'existence a pu, chez plusieurs, se prolonger (M. Louis cite deux exemples où la mort n'eut lieu qu'à l'âge de 52 ans), c'est que le vice de conformation était peu considérable; ainsi, dans ces deux faits de M. Louis, il y avait seulement persistance du trou de Botal, et par conséquent à peine mélange des deux sangs.

Que dire du *traitement* qui, évidemment ne peut être que palliatif, celui des affections organiques du cœur avancées? Les inspirations d'oxygène qui ont été proposées, et qui paraissent plus rationnelles que tout autre médicament, ne sauraient avoir qu'une action excessivement bornée; comment espérer du succès de n'importe quelle médication agissant à intervalles contre une cause morbifique incessante, contre un vice congénial d'organisation qu'il n'est pas au pouvoir de l'art de faire disparaître.

Après avoir exposé ces considérations sur la cyanose, M. Roger présente à la Société les deux pièces d'anatomie pathologique trouvées chez l'enfant dont il a rapporté l'histoire; l'une est la disposition anormale rencontrée sur une des côtes; on voit, au niveau du cartilage de la quatrième côte gauche une fossette où la pointe du cœur venait se loger dans la systole et qu'elle s'était probablement creusée pendant la vie en écartant et en bifurquant ce cartilage; l'autre est le cœur même, dont les altérations anatomiques sont la base du travail communiqué à la Société.

(*La fin à un prochain numéro.*)

COURRIER.

Nous recevons trop tard, pour pouvoir les publier aujourd'hui, deux communications, l'une de M. Émile Deschamps, vice-président de la Société des crèches, relativement à notre article du 7 de ce mois; l'autre de M. le professeur Piorry, sur une proposition faite à la Faculté de médecine.

Ces deux communications seront publiées dans le prochain numéro.

Nous avons déjà plusieurs fois parlé de la distribution des prix de l'établissement *pénitentiaire de Toulouse*. Notre honorable confrère, M. le docteur Desbarreaux-Bernard, en est l orateur habituel. Nous trouvons, dans son discours de cette année, quelques détails dont nos lecteurs seront certainement satisfaits. Deux branches essentielles ont été ajoutées au pénitencier : la première est une colonie agricole établie dans la commune de Saint-Orens. Là, 57 enfans, choisis parmi les plus sains de corps et d'esprit, reçoivent l'instruction élémentaire, et, en même temps se livrent, sous les yeux de leurs maîtres, à tous les détails de l'agriculture, avec lesquels on les familiarise au double point de vue théorique et pratique. Lors de sa tournée, M. Rendu, inspecteur-général des colonies agricoles, a été tellement satisfait de la tenue de la ferme et des travaux accomplis en si peu de temps par les élèves, que, par suite de son rapport, un secours a été immédiatement envoyé par le ministre de l'intérieur et de l'agriculture. La seconde branche est un pénitencier pour les filles. L'autorité municipale a fondé des bourses destinées aux enfans indociles que de pauvres parens veulent faire renfermer par correction paternelle. Ce qu'il y a maintenant à signaler sous le rapport de l'utilité morale du pénitencier, c'est que, sur 73 enfans libérés depuis l'ouverture de la maison, un seul, dont la nature rebelle a résisté à tous les efforts, a été repris de justice; tandis que tous les autres sont demeurés ce qu'ils étaient avant leur sortie, laborieux et fidèles. Aujourd'hui, le pénitencier renferme en tout 222 pensionnaires. Sous le rapport hygiénique, nous avons à enregistrer que le travail, pour tous ces enfans, diffère si peu de la récréation, qu'ils y courent avec ardeur, émulation et presque avec enthousiasme. Ils peuvent se croire en liberté, car ils sont tout à fait en plein champ. Toutes ces conditions ne sont-elles pas de nature à produire et à rendre à la société des hommes robustes?

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 150. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 16 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56. DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. On s'abonne aussi. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 DÉCEMBRE 1852.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'était hier fête solennelle à l'Académie de médecine. Une assistance nombreuse et distinguée emplissait l'enceinte. Une guirlande de dames s'épanouissait au premier rang. Femmes fortes, et dont on admirait le courage en entendant certains détails techniques et très peu réjouissans!

M. Mêlier, le président, était magnifique sous son cordon de commandeur! Sur sa poitrine, brillait une plaque splendide, étincelante de diamans. Jamais d'aussi beaux joyaux ne s'étaient montrés au fauteuil.

M. Gibert a ouvert la séance par un rapport sur les prix, sujet ingrat, et que l'orateur a eu l'intention de rendre le moins ingrat possible.

Après la proclamation des prix, faite par M. le président, M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, a lu l'éloge de Boyer.

Ce discours, écouté avec une grande faveur, plusieurs fois et avec justice interrompu par des applaudissemens, œuvre étudiée et faite avec soin, renferme des détails pleins d'intérêt, des passages charmans, une appréciation exacte et savante des travaux de Boyer, de l'influence de ses écrits et de son enseignement, une biographie attachante où Boyer, cet homme si grand et si simple à la fois, a été peint sous les couleurs les plus vraies et les plus saisissantes.

Nous regrettons que l'étendue de ce discours ne nous permette pas de le publier en entier. Nous espérons que les extraits que nous en offrons aujourd'hui à nos lecteurs, seront suffisans pour qu'ils puissent apprécier le mérite litteraire et scientifique de cette oraison remarquable.

Amédée LATOUR.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

LES CRÈCHES.

Paris, le 11 Décembre 1852.

A M. le docteur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans le numéro de l'UNION MÉDICALE, du 7 de ce mois, un article qui peut jeter des doutes sur l'utilité des *crèches*, et nuire à la récolte annuelle des charités qui, presque seules, ont soutenu cette œuvre depuis neuf ans. Cet article contient aussi quelques inexactitudes matérielles. Plus la feuille que vous dirigez est justement estimée, plus vous devez comprendre de légitimes susceptibilités. Veuillez donc accueillir dans vos colonnes quelques rapides observations.

Le conseil général du département de la Seine (et non le conseil municipal) vient de réduire de moitié l'allocation qu'il votait tous les ans pour la *Société des crèches*. Préoccupée des grands intérêts soumis à ses délibérations, la majorité de ce conseil n'ayant que peu d'attention à donner à ces humbles auxiliaires des classes laborieuses et souffrantes, aura simplement adopté les propositions qui étaient faites à ce sujet... Plus tard, lorsqu'ils auront le loisir et la volonté de voir par leurs propres yeux, tous les membres de ce conseil si éclairé voudront venir en aide aux crèches avec une équitable libéralité. En attendant, l'allocation est diminuée!..... Raison de plus pour que la charité particulière s'empresse de combler ce déficit par de généreux efforts qui n'ont jamais fait défaut dans les temps les plus difficiles.

Et puis, comme pour nous consoler et nous encourager, M. le ministre de l'intérieur, bienfaisant interprète des sympathies de l'Empereur, vient d'accorder, pour cette année, à notre Société, une subvention de 6,000 fr., qui dépasse toutes les subventions précédentes, en y joignant une lettre dont les termes honorables et bienveillans paient encore mieux nos faibles travaux.

Le Conseil d'État, saisi de la question d'utilité publique concernant la Société des crèches, a en effet demandé des renseignemens et des observations à l'Académie de médecine et au Comité consultatif d'hygiène (et non au conseil de salubrité). Mais est-ce un signe de défaveur? C'était le droit du Conseil d'État de s'entourer de toutes les lumières; c'était son devoir. Ajoutons que c'était là notre vœu et que c'est notre espérance! Les crèches n'aspiraient qu'à s'ouvrir et, pour ainsi dire, à comparaître devant des corps si haut placés dans la science et dans l'opinion. Ils savent qu'il y a dans la population nécessiteuse bien des mères qui, par leur état, sont obligées de travailler hors de chez elles, et qui seraient réduites à cette dure alternative :

Nourrir sans travailler; travailler sans nourrir.

De là ces nombreuses *garderies* et toutes ces *maisons de sevrage*....... L'Académie de médecine et le Comité d'hygiène auront à comparer le régime de ces établissemens, tout de spéculation, avec les conditions de salubrité, de moralité et d'économie que présentent les *crèches*; ils auront à décider entre la spéculation et la charité. Comment pourrions-nous n'être pas rassurés?

L'*asile* a éprouvé aussi de longs obstacles avant d'être reconnu. La *crèche*, qui protège l'enfant jusqu'à deux ou trois ans, jusqu'au moment où elle le confie à l'*asile*, a dû subir les mêmes épreuves et en triomphera de même. A destinations pareilles, pareilles destinées. On porte les enfans à la *crèche*, on les conduit à l'*asile*, on les envoie à l'*école*, on les place à l'*apprentissage*. Voilà l'échelle progressive de la charité et de l'assistance. Pourquoi supprimerait-on le premier échelon?

Telles sont quelques-unes des considérations qu'a fait valoir la députation de la Société des crèches dans l'audience que lui accorda le chef de l'État, au palais de Saint-Cloud, au mois d'août dernier. Le prince daigna nous écouter avec l'attention qu'il apporte à tout ce qui est pour le bien et le soulagement du peuple et de l'humanité, il poussa même la bienveillance jusqu'à nous faire quelques objections. Et c'est après cette audience, dont nous sortîmes pénétrés d'une respectueuse gratitude, que le Conseil-d'État fut saisi de la question que nous avons soulevée et qui l'occupe en ce moment. Depuis, S. A. I. n'a cessé de donner des témoignages de sa haute protection à l'établissement des crèches, et elle a même voulu doter celle de Versailles. Nous avions donc conçu le plus favorable augure..... Et l'on sait si l'Empereur réalise tout ce que le prince-président avait fait concevoir!

Que la charité, loin de se décourager, prenne donc un nouvel essor, à présent qu'elle voit qu'une main d'en haut soutient les berceaux de nos crèches, appuyés déjà sur l'affection populaire!

Agréez, etc.

Emile DESCHAMPS,
Un des vice-présidens de la Société des crèches du département de la Seine.

Nous n'avons que de très courtes réflexions à faire au sujet de la lettre de M. Émile Deschamps. L'UNION MÉDICALE n'a, jusqu'à ce jour, exprimé aucune opinion sur l'institution des crèches. Dans l'article du 7 décembre dernier, nous nous sommes borné à indiquer, comme nouvelles répandues dans le public, des faits dont notre honoré correspondant confirme l'exactitude. En annonçant ces faits, nous n'avions et ne pouvions avoir aucune intention d'hostilité contre une institution dont les bienfaits ont trouvé quelquefois dans nos colonnes une publicité empressée. Et à vrai dire, si, comme nous l'espérons, l'institution des crèches n'a rien à redouter de l'enquête scientifique qui se prépare, l'UNION MÉDICALE n'aura qu'à se féliciter de l'avoir hâtée peut-être, et d'avoir ainsi contribué à dissiper plus vite des doutes qu'elle n'approuve ni ne blâme, et dont elle a seulement constaté l'existence. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous désirons, de toute la charité de notre cœur, que ces doutes n'aient plus de raison d'être.

Amédée LATOUR.

DERMATOLOGIE.

DE L'ACNÉ TUBERCULEUSE OMBILIQUÉE;

Par le dr G. PIOGEY, secrétaire de la Société médicale d'observation, lauréat de la Faculté (prix Montyon), etc.

L'observation qui suit a rapport à une altération particulière des follicules sébacés. J'attirerai d'abord l'attention sur les particularités les plus saillantes, et ensuite j'insisterai sur les déductions anatomiques et pratiques qui peuvent mettre sur la voie de la classification, du diagnostic et du pronostic de cet état pathologique.

Jacob (Sophie), âgée de 15 ans, blanchisseuse, demeurant rue Neuve-Coquenard, n° 22, d'une assez bonne constitution, d'un embonpoint médiocre, née de parens sains, vaccinée, non variolée, non sujette à s'enrhumer, n'a jamais eu d'engorgemens ganglionnaires au cou ni ailleurs. Réglée il y a quatre mois pour la première fois; cette fonction non accompagnée de malaise ni de douleurs, n'a présenté aucune interruption. Dans son enfance, elle a eu de l'impétigo au cuir chevelu; jamais de verrues; son alimentation est bonne.

A la figure et au menton principalement sont des tubercules dont elle ignore la cause; leur origine remonte à deux mois au moins. On compte sur le menton onze petits tubercules saillans, régulièrement convexes, perceptibles au toucher, non douloureux, plus pâles que la peau sur laquelle ils reposent; tous ont une perforation, soit au centre, soit sur une partie latérale.

Ces tumeurs ont le volume d'une tête d'épingle, d'un grain de chènevis ou d'un pois. Deux sont plus volumineuses que les autres : la première, située à droite du menton, est sphérique, pédiculée, présente à son centre un point déprimé d'un blanc grisâtre; la seconde, située à gauche, un peu plus volumineuse que la précédente, ressemble à une verrue, parcequ'elle est le résultat de l'agglomération de plusieurs follicules; rouge, irrégulière, elle saigne au moindre contact.

Sur le cou et la paupière supérieure gauche, il y a aussi des tubercules sphériques du volume d'un grain de chènevis, formés comme les précédens, d'un tissu compact, plus pâles que la peau voisine et pourvues d'une dépression centrale.

Tous les boutons précédemment décrits n'ont jamais été surmontés de vésicules ni de pustules. La substance qui occupe la petite perforation, soit en faisant une saillie, soit en présentant une dépression, contraste par sa matité et sa coloration grisâtre avec l'aspect brillant, lisse de l'épiderme qui recouvre la convexité du tubercule. Cette particularité devient plus évidente à la loupe. La matière contenue dans les tubercules, examinée au microscope, est composée de cellules épithéliales à noyaux et de granulations graisseuses (composition ordinaire des follicules sébacés). Tous contiennent la même substance, et ils ont le même aspect dans l'origine. Mais lorsqu'ils ont atteint le volume d'un grain de chènevis ou d'un pois, les uns rejettent au dehors la matière sébacée, les autres deviennent rouges noirâtres, s'étranglent à leur base; alors commence le travail de guérison spontanée et ils présentent des différences notables dans leur aspect, leur forme et leur coloration.

Les tubercules en voie de développement ne sont le siége d'aucune douleur; ils déterminent seulement une sensation de démangeaison. La malade ne présente sur le reste du corps aucune éruption. Les follicules sébacés du nez sont peu nombreux et à peine visibles. Point de traitement.

14 août. Le tubercule formé de la réunion de plusieurs follicules, repose sur une congestion; il est gonflé, violacé, saigne au moindre contact et est le siége d'une sensation de chaleur. Le follicule de la partie droite du menton, régulier et sphérique il y a trois jours, est recouvert d'une concrétion dure qui est de la matière sébacée sortie spontanément.

22 août. Le tubercule de gauche s'est étranglé par la base, il est tombé sans être accompagné de suppuration; à sa place existe un caillot sanguin qui, après sa chute, laisse voir une cicatrice irrégulière, rayonnée.

Les trois plus gros tubercules ont disparu spontanément après avoir rejeté la matière sébacée qu'ils contenaient; ils se sont affaissés sans laisser de cicatrice.

En outre de l'altération qui siége au visage, un impétigo granulata, des pédiculi nombreux occupent le cuir chevelu. Les cheveux sont coupés, une seule friction avec 6 grammes d'onguent napolitain, tous les soirs un cataplasme de fécule sur la tête, et la journée de légères frictions avec la pommade à l'oxyde de zinc 4 grammes pour 30 d'axonge, amenèrent la guérison rapide de l'impétigo et la destruction des pédiculi.

Chaque soir, on applique sur le menton un cataplasme de farine de riz, arrosé de la solution suivante :

Sous-carbonate de soude. . .	30 grammes.
Eau.	500 grammes.

30 août. Pendant le traitement précédent, j'ai observé les mêmes phénomènes que pendant l'expectation. Presque tous les tubercules se sont affaissés, après avoir rejeté la matière sébacée. J'ai facilité cette terminaison, en pressant les follicules entre les ongles.

8 septembre. Les tubercules, pressés plusieurs fois, présentent au-dessous d'une concrétion brune, qui est de la matière sébacée, un mélange de sérosité de matière sébacée et de pus en très petite quantité.

1er octobre. Toute l'éruption a disparu, et il n'en est pas revenu d'autre. — Que la guérison ait lieu par l'étranglement de la base du follicule, par l'expulsion spontanée de la matière sébacée, ou par les

pressions latérales. Il n'existe aucune cicatrice apparente; la peau est lisse et uniforme.

Dans quel ordre doit-on classer cette affection? Les ouvrages de Bateman, de Willan, Paterson, Henderson, Carswell de Glascow, Thomson, etc., en Angleterre; ceux de MM. Cazenave et Schedel en France, renferment des descriptions identiques, sous la dénomination de *moluscum contagiosum* et de *moluscum pendulum*.

M. Rayer, dans son *Traité des maladies de la peau*, à la planche VIII, figure IX, représente de petits boutons décrits sous le nom de tumeurs folliculaires, d'élevures folliculeuses; c'est une altération des follicules sébacés en tout semblable à celle que porte la jeune fille que j'ai observée. M. Huguier donne à cette affection le nom d'ecdermoptosis. M. Bazin, en 1851, a publié dans le *Journal des connaissances médicales*, un mémoire intitulé : *De l'acné varioliforme*, qui a pour sujet la même altération. Enfin M. le docteur Caillaut, pendant son internat de 1850, a observé 31 cas de cette maladie à l'hôpital des Enfans: il a résumé, dans un travail très consciencieux, toutes les descriptions qui se rapportent à cette altération, désignée par lui sous le nom d'acné molluscoïde.

D'après ce qui précède, cette affection a été dotée des dénominations les plus variées. Jusqu'au mémoire de M. Caillaut, chaque auteur croyait rencontrer une maladie nouvelle ou inconnue. Mais en rapprochant et comparant leurs diverses descriptions; on voit qu'ils s'accordent sur le siége anatomique, la marche, la durée et la terminaison. Ils ont donc décrit une même maladie, beaucoup plus fréquente qu'ils ne le supposaient.

Après avoir montré la défectuosité des dénominations employées, je leur en substituerai une plus conforme, basée sur le siége anatomique et non pas sur l'aspect, la forme ou la marche de l'altération, phénomènes qui varient avec les diverses périodes.

La dénomination de molluscum sert, en dermatologie, à désigner des affections tuberculeuses obscures, mal définies. Cette expression a été choisie à cause de la prétendue ressemblance qui existe entre le nom qu'elle exprime et la prééminence nuciforme qui se développe sur l'écorce de l'érable. Mais a-t-on toujours présente à l'esprit la forme des productions nuciformes de l'érable? Sont-elles toujours semblables; et en second lieu la comparaison est-elle exacte?

Les conditions précédentes sont loin d'être remplies, et la dénomination, par conséquent, au lieu de conduire à un diagnostic précis, est une source d'erreur.

M. Bazin admet que l'acné siége dans les follicules sébacés, et il reconnait qu'en classant cette affection parmi les pustules, on est obligé d'exclure de cet ordre l'acné sebacea et punctata, ou de les grouper sous une définition qui ne leur est pas applicable. Je suis, sur ce point, d'un accord parfait avec M. Bazin. Je n'ai rien à ajouter, rien à objecter à son exacte et précise description : mais je ne puis conserver la dénomination d'acné varioliforme. En effet, la variole et l'acné ne sont-elles pas deux espèces d'un même genre? Toutes deux caractérisées essentiellement par une pustule? L'une plus ou moins étendue, aplatie, ombiliquée; l'autre, étroite, acuminée?

On est donc porté à penser, d'après le titre seulement, que l'acné varioliforme est une affection pustuleuse qui ressemble plus à la variole qu'à l'acné simple.

L'aspect, m'objectera-t-on, simule souvent une pustule. Un examen attentif rectifie promptement ce jugement. Un tubercule, c'est-à-dire une production dure, compacte, qui n'a de tendance à suppurer que dans des cas exceptionnels, ne peut être comparée à une maladie essentiellement pustuleuse.

Comme M. Bazin emploie indifféremment les dénominations d'acné varioliforme et d'acné ombiliquée, je suis convaincu que, s'il recommençait un nouveau travail, il modifierait cette expression, qui n'est pas conforme à la description qu'il a donnée.

M. Rayer seul a été dans le vrai en désignant cette altération sous le nom d'élevures folliculaires; je n'hésiterais pas à la conserver, si on avait admis une sous-division pour l'acné sebacea et punctata.

Notre collègue M. Caillaut, à la fin de son important mémoire inséré dans les *Archives de médecine* de 1851, s'exprime ainsi à propos de la dénomination :

« Il faut supprimer le nom de molluscum, qui serait nuisible à l'étude ultérieure de cette affection; en l'employant, on prêterait un appui à la confusion, et l'on verrait subsister sous ce nom la plupart des erreurs de diagnostic faites sur les maladies d'apparence tuberculeuse. »

Par suite des dissidences qui règnent entre les auteurs, sur les dénominations et la classification de l'altération précédente des follicules sébacés, nous emploierons une expression plus conforme à la nature de la lésion.

Dans les sciences, et en médecine surtout, il faut être très sobre de dénominations nouvelles pour une maladie anciennement connue et décrite, sur les signes de laquelle tous les observateurs sont d'accord. Mais quand une affection est peu connue, qu'elle se trouve comprise dans des classes différentes; sous des dénominations bizarres et dissemblables, il faut, tout en se servant les travaux des devanciers, en rendant justice à leur mérite d'observateur, grouper leurs descriptions sous une dénomination qui repose sur un caractère anatomique invariable. Tel est le but que je vais essayer d'atteindre.

Tous les auteurs qui ont examiné au microscope la matière qui s'échappe des tubercules, soit spontanément, soit par la pression, ont reconnu, ainsi que je l'ai fait avec M. le docteur Lebert, qu'elle est composée de cellules épithéliales à noyaux et de globules de graisses (matière sébacée à l'état normal; ceux qui n'ont pas employé le microscope, ont exprimé la même opinion, en disant que les tubercules contenaient une matière athéromateuse. Il n'y a donc aucune confusion, aucune dissidence sur le siége de la lésion.

A part M. Rayer et les auteurs qui ont employé l'expression de molluscum, les autres se sont servis du mot acné. Qu'est-ce que l'acné? Est-ce une affection pustuleuse ou tuberculeuse?

Le mot acné, dérivé de ἀχνη paille, duvet, ou de ἀκμὴ ἀκμαι force, vigueur, a une bien vague signification; mais elle est sanctionnée par le temps; je la conserverai malgré sa défectuosité.

Je n'admettrai pas la définition généralement reconnue, que l'acné soit seulement une affection caractérisée par une pustule développée dans les follicules sébacés de la peau.

Avec M. Bazin, je dirai : « L'acné est une affection qui a pour siége les cryptes cutanés. » On doit la diviser en deux genres : le premier, caractérisé par une pustule acuminée, est subdivisé en trois espèces, acné simple; 2° acné indurata, qui est une période plus avancée, l'état chronique de la forme précédente; 3° l'acné rosacea ou couperose. A l'exemple de M. Rayer et des auteurs du *Compendium de médecine*, j'admettrai une quatrième espèce pour le sycosis ou la mentagre, affection pustuleuse, discrète d'abord, qui, plus tard, devient confluente, siége sur une base indurée et se développe dans les follicules pileux pourvus à leur base de cryptes sébacés. L'expression de mentagre, en tirant son nom du siége topographique et non du siége anatomique, n'apprend rien. Les différences qui existent entre les espèces d'acnés dépendent de leur état aigu ou chronique; des modifications inhérentes aux follicules sébacés, de la vitalité et de la densité du derme qui les entoure, de la plus ou moins grande quantité de poils. Ces conditions donnent lieu à des variétés qui sont classées comme des maladies particulières. Mais si l'on remonte à l'origine, au début, si on compare l'élément initial, une pustule isolée d'acné simplex avec une pustule de sycosis, on voit qu'elles sont non seulement identiques d'aspect, mais qu'elles ont le même siége anatomique.

Le sycosis diffère de l'acné simplex, parce que les pustules de sycosis, en prenant naissance dans les follicules sébacés qui accompagnent les follicules pileux siégent profondément dans le derme, déterminent l'inflammation du tissu cellulaire voisin, qui se traduit par une induration sur laquelle repose la pustule. En outre de l'agglomération des follicules pileux, il y a l'irritation occasionnée par la présence des poils et la difficulté que la pustule éprouve à apparaître au dehors : toutes ces circonstances réunies font que cette affection passe rapidement de l'état aigu à l'état chronique. Après la guérison du sycosis, comme après la guérison de l'acné indurata, il existe de nombreuses et profondes dépressions cicatricielles, en rapport avec la durée de l'affection.

Toutes les raisons précédemment exposées me portent à répéter que le diagnostic des maladies de la peau ne présente de certitude qu'autant qu'on remonte par induction à la lésion initiale et qu'on assiste à la succession des périodes de l'affection, tout en tenant compte des modifications qui naissent sous l'influence de l'intensité, de la durée, de la structure du derme, du tempérament, etc.

Tous les jours on peut vérifier, à l'hôpital St-Louis, la vérité de cette observation. Un eczéma récent diffère totalement d'aspect avec l'eczéma chronique; l'eczéma des jambes présente des caractères souvent très variables avec l'eczéma que l'on observe aux plis des articulations. Enfin, sans multiplier les exemples, je puis affirmer qu'à la première vue j'ai observé des pemphigus chroniques qui simulaient des psoriasis de toute la surface du corps, *et vice versâ*.

Pour prouver combien la constitution anatomique et fonctionnelle du derme influe sur la forme de l'éruption, il suffit de comparer les caractères d'une même éruption sur la peau et sur les muqueuses.

Dans des cas semblables, la plupart des observateurs, captivés par les différences apparentes présentées par les symptômes, décrivent et traitent comme complications les manifestations qui se développent sur les muqueuses; tandis qu'elles sont dues le plus souvent à la cause qui a déterminé l'éruption cutanée.

Je me réserve de traiter ailleurs cette question avec tout le développement qu'elle comporte.

J'arrive au deuxième genre de l'altération des follicules sébacés, qui comprend deux espèces :

1° Une hypertrophie simple des follicules, acné sebacea ou punctata : deux dénominations qui expriment une même lésion variable un peu dans l'aspect.

2° Une hypertrophie du follicule sébacé, avec soulèvement du derme voisin; acné tuberculeuse ombiliquée, qui comprend les affections décrites sous le nom de molluscum contagiosum ou pendulum, d'acné molluscoïde, d'acné varioliforme, d'édermoptosis, d'élevures folliculaires, etc.

Je ne crois pas jeter la confusion dans les esprits par la définition précédente. En effet, acné sert à désigner que la lésion siége dans les follicules sébacés. L'expression de tubercule est un peu vicieuse, depuis qu'elle sert à caractériser la lésion anatomique de la phthisie. Mais, en dermatologie, on est convenu d'appeler tubercules de petites tumeurs dures, saillantes, qui ne suppurent pas. L'ombilic indique la perforation par où s'échappe la matière sébacée.

Je grouperai les diverses acnés de la manière suivante :

Altérations des follicules sébacés de la peau.	deux genres	1° caractérisé par une pustule.	quatre espèces	1° acné simplex; 2° acné indurata; 3° acné rosacea, ou couperose; 4° sycosis.
		2° hypertrophie du follicule, sans pustule.	deux espèces	1° acné sebacea, ou punctata; 2° acné tuberculeuse ombiliquée.

La même médication est applicable au sycosis et à l'acné indurata, et la difficulté que l'on a à les guérir, prouve que ce sont deux espèces d'une même affection.

Les tannes, loupes, kystes mélicériques ne doivent pas être compris dans l'ordre des acnés, parce que les follicules sébacés ne sont pas seulement hypertrophiés; mais ils sont profondément modifiés dans le produit de leurs sécrétions; et ces altérations, en outre, sont du domaine de la chirurgie.

Le diagnostic de l'acné tuberculeuse ombiliquée est facile, et on doit l'établir d'une manière rigoureuse, non pas tant au point de vue de la gravité du pronostic, que pour rassurer le malade, et ne pas employer une médication nuisible ou intempestive.

L'acné sebacea, qui affecte à peu près le même siége, se développe sur le nez principalement; tandis que l'acné tuberculeuse ombiliquée affecte les autres parties de la face; en outre, la première affection ne détermine pas le soulèvement du derme. Les tubercules syphilitiques, les tubercules épars de lupus, ont une coloration spéciale, et ils sont moins nettement dessinés.

Les verrues sont irrégulières, plus colorées; les productions épidermiques sont moins denses, flasques, plus colorées que la peau sur laquelle elles reposent. Toutes ces altérations ne contiennent point de matière sébacée, signe pathognomonique de l'acné tuberculeuse ombiliquée. Cette affection siége principalement au visage, sur le menton, les paupières, les lèvres, les parties génitales; partout où les follicules sébacés sont nombreux.

Doit-on admettre la contagion d'une affection qui ne suppure pas et n'est pas accompagnée d'une sécrétion liquide? D'un autre côté, si la contagion était possible, elle s'opérerait donc sur certaines parties privilégiées : la face, le cou, ainsi que l'a observé M. Caillaut. Il faut d'autres preuves pour admettre la contagionabilité.

Je crois plutôt que M. Caillaut, par suite d'un concours de circonstances fortuites, mais heureuses, a rencontré un grand nombre d'enfans portant cette altération; qu'il a été servi comme le sont les observateurs, qui, venant à s'occuper d'une question, voient les faits se multiplier comme par enchantement, pour leur permettre de faire une étude complète et approfondie d'une lésion mal définie ou inconnue; où l'esprit préoccupé par une idée, par un fait, découvre ce qui, auparavant, passait inaperçu.

La terminaison, ainsi que l'ont observé MM. Bazin et Caillaut, s'opère de deux manières :

1° Par l'évacuation spontanée de la substance sébacée, et ensuite par l'affaissement du tubercule;

2° Par la mortification du tubercule, dont le pédicule ou la base s'étrangle; alors il tombe sans être accompagné de suppuration; il y a une cicatrice irrégulière, qui disparaît en un mois ou deux.

Le mode de terminaison par étranglement ou mortification s'observe seulement pour les follicules qui ont au moins le volume d'un grain de chènevis. Deux ou trois jours avant ils deviennent rouges-violacés et saignent au moindre contact.

Traitement. — Avant d'employer une médication, j'ai, pendant quinze jours, étudié la marche naturelle des tubercules; les uns se sont développés graduellement, les autres se sont débarrassés de leur matière sébacée; les trois plus volumineux sont tombés après s'être étranglés par la base.

Sous l'influence des cataplasmes arrosés d'une solution alcaline; les tubercules se sont comportés comme pendant l'expectation. Je propose donc pour traitement : des lotions émollientes ou alcalines et des pressions latérales pour faciliter la sortie de la matière sébacée. Si la guérison tardait à s'opérer, il faudrait inciser le tubercule ou même l'exciser s'il était volumineux et qu'il eût une base légèrement pédiculée. Dans tous les cas, cette affection réclame un traitement purement local. Les préparations iodurées ou ferrugineuses seront employées pour modifier la constitution, mais elles n'ont aucune action sur l'acné tuberculeuse ombiliquée.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 14 Décembre. — Présidence de M. MÉLIER.

1° M. GIBERT, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1852;

2° M. le Président fait connaître les prix décernés et sujets de prix proposés pour 1853, 1854, 1855 et 1856 :

PRIX DE 1852.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question du seigle ergoté, considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical, et sous le rapport de l'hygiène publique.

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie décerne ce prix à M. le dr Auguste Millet, de Tours, auteur du mémoire n° 5.

Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Charles Dubreuil, de Bordeaux, auteur du mémoire n° 2 ; à M. le docteur Parola, médecin en chef de l'hôpital de Coni (Piémont), auteur du mémoire n° 3 ; et à M. docteur Perrin, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 4.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question : L'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux.

Ce prix était de 1,000 fr.

Un seul mémoire avait été transmis à l'Académie ; il n'a été jugé digne d'aucune récompense, et l'Académie a décidé que cette question ne serait pas remise au concours.

Prix fondé par madame de Civrieux. — La question proposée était ainsi conçue : étiologie de l'épilepsie ; rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement, soit préventif, soit curatif de la maladie.

Ce prix était de 1,200 fr.

L'Académie n'a pas décerné ce prix, mais elle a accordé :

1° Une récompense de 700 fr. à M. le docteur Moreau, de Tours, auteur du mémoire n° 2.

2° Une récompense de 500 fr. à M. le doctour Poterin du Motel, auteur du mémoire n° 3.

3° Une mention honorable à M. le dr Joire, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal et de 3,000 fr., devait être décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 1,500 fr. à M. le docteur Sandras, pour son *Traité des maladies nerveuses.*

2° Une récompense de 1,000 fr. à MM. les docteurs Monneret et Fleury, pour leur *Compendium de médecine pratique.*

3° Une récompense de 500 fr. à M. le docteur Legendre, pour ses *Recherches sur les maladies de l'enfance.*

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — L'Académie n'ayant pas décerné le prix destiné à rémunérer les perfectionnemens qui auraient pu être apportés à la thérapeutique des rétrécissemens du canal de l'urètre, et subsidiairement à celle des autres maladies des voies urinaires pendant la première période (1838 à 1844), les perfectionnemens proposés ne lui ayant pas paru assez importans pour mériter, soit le prix, soit même des encouragemens pécuniaires, les fonds provenant de ce prix ont dû être reportés sur les périodes suivantes.

En conséquence, le prix à décerner à l'auteur du perfectionnement jugé assez important pour la seconde période (1844 à 1850) était de la valeur de 12,000 fr.

L'Académie a décerné ce prix à M. le docteur Reybard, de Lyon.

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales, et à MM. les médecins des épidémies.

L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies, a décidé que pour encourager le zèle des médecins, des médailles seraient accordées à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux.

En conséquence, et dès cette année, elle accorde, pour ce qui concerne le service des eaux minérales, une médaille d'argent à chacun des savans dont les noms suivent, à savoir :

M. Bertrand fils, médecin inspecteur-adjoint des eaux du Mont-d'Or (Puy-de-Dôme).

M. Villaret, médecin à l'hôpital militaire de Vichy en 1849.

M. Filhol, professeur de chimie à Toulouse, auteur de l'Analyse chimique des sources sulfureuses de Bagnères-de-Luchon.

M. Lambron, médecin à Levroux (Indre), auteur de l'Analyse sulfhydrométrique de 178 sources de la chaîne des Pyrénées.

M. Cazaintre, médecin-inspecteur des eaux minérales de Rennes (Aude).

M. Dufresse de Chassaigne, médecin inspecteur des sources thermales de Chaudesaigues (Cantal).

En ce qui concerne le service des épidémies, des médailles d'argent sont accordées à :

M. Vial, médecin à Saint-Étienne (Loire), épidémie de fièvre typhoïde, 1851.

M. Bolut, médecin à Dôle (Jura), épidémie de fièvre typhoïde, 1851.

M. Monteils, médecin à Florac (Lozère), épidémie de suette miliaire, 1851.

Et des médailles de bronze à :

M. Houeix, médecin à Ploërmel (Morbihan), épidémie de fièvre typhoïde, 1851.

M. Tuefferd fils, médecin à Montbelliard (Doubs), épidémie de fièvre typhoïde, 1851.

M. Avisard, médecin à Coulommiers (Seine-et-Marne), épidémie de fièvre typhoïde, 1851.

PRIX PROPOSÉS POUR 1853 (1).

L'Académie croit devoir rappeler ici les questions annoncées dans le programme de l'année dernière, à savoir :

Prix de l'Académie.

Existe-t-il des *paraplégies* indépendantes de la myélite ? En cas d'affirmative, tracer leur histoire.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal.

De l'anatomie pathologique des différentes espèces de *goître*, du traitement préservatif et curatif de cette maladie.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux.

Faire l'histoire du tétanos.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron, membre de l'Académie.

L'Académie divise, pour cette fois, la somme disponible, et propose deux prix, dont l'un, de la valeur de 1,000 fr., sera accordé à l'auteur du meilleur Mémoire sur la question suivante : *Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral.*

Pour le second prix, de la valeur de 1,500 fr., l'Académie a formulé une question qu'elle croit devoir faire précéder des considérations suivantes :

Les méthodes d'analyse des *eaux minérales* ont reçu dans ces derniers temps des perfectionnemens considérables et y ont fait découvrir un assez grand nombre de principes minéralisateurs qu'on n'y soupçonnait pas auparavant ; considérée sous ce rapport, la connaissance des eaux minérales laisse peu à désirer, car elle démontre les substances qui les composent, aussi exactement qu'il est possible de l'espérer dans l'état actuel de la science ; mais dans quel ordre ces substances s'y trouvent-elles combinées ? Quelle est finalement la *constitution chimique normale* de ces eaux ? C'est encore un problème à résoudre pour la plupart d'entre elles.

Dans l'état actuel des choses, le chimiste isole des acides, des bases, des matières organiques, des gaz, etc. ; et quand il a constaté leur qualité et leur poids, il les combine ensuite, suivant certaines considérations théoriques, pour en former les composés qu'il suppose devoir exister dans ces eaux à l'état de nature ; quelquefois aussi il se contente d'isoler les corps, d'en établir les proportions relatives et d'en faire une simple nomenclature, sans recourir à aucun essai synthétique. Tout en appréciant l'importance de ces résultats, on ne peut méconnaître tout ce qu'ils laissent à désirer, et c'est en vue d'y satisfaire, autant que possible, que l'Académie met au concours la question suivante :

« Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire » connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés, tels » qu'ils existent réellement à l'état normal. »

Prix fondé par M. Nadau.

Ce prix, qui est de la valeur de 3,000 fr., sera décerné au médecin ou au professeur qui aura fait ou publié un cours d'hygiène populaire, divisé en vingt-cinq leçons, conformément au programme suivant :

1° Faire connaître succinctement la constitution physique et morale de l'homme, les véritables conditions de sa santé ; montrer l'heureuse influence d'une éducation forte et religieuse sur le caractère et le bien-être des hommes.

2° Exposer d'une manière générale les influences des climats, des vicissitudes atmosphériques, des habitations et des vêtemens.

3° Traiter du régime en général, du choix et de l'emploi des alimens et des boissons, et des habitudes qui s'y rapportent.

4° Insister sur les avantages de la sobriété, et plus particulièrement sur les dangers qui résultent de l'abus des boissons alcooliques, sur l'abrutissement qui en est la conséquence inévitable ; les désordres, les crimes, etc., etc.

5° Préconiser les avantages de la sobriété et de la tempérance parmi les hommes ; dire quels ont été les heureux résultats obtenus par les sociétés de tempérance, en Angleterre et aux États-Unis.

6° Traiter de l'exercice et du travail, en montrer les bons effets sur la santé dans les diverses professions, mais surtout dans la marine et l'agriculture.

7° Indiquer les principales causes des maladies, et montrer quels moyens de les prévenir peut fournir une sage application des lois de l'hygiène.

Nota. Après la distribution du prix, M. Nadau se chargera, concurremment avec le lauréat, de publier *à ses frais*, les meilleures leçons du cours, afin de les répandre comme une sorte de catéchisme de la santé.

PRIX PROPOSÉS POUR 1854.

Prix de l'Académie.

De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal.

Anatomie pathologique des cicatrices dans les différens tissus.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par madame de Civrieux.

Déterminer par des faits rigoureux et bien observés l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre.

De la mélancolie.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron.

De l'albuminurie dans l'état puerpéral, et de ses rapports avec l'éclampsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

Prix fondé par M. le docteur Itard.

Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Ce prix sera de la valeur de 2,700 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil.

Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre, pendant cette troisième période (1850 à 1856).

Ce prix sera de la valeur de 12,000 fr.

Les mémoires, pour les prix de 1853, devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision du 1er septembre 1838.*)

Les concurrens aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau, sont seuls exceptés de cette disposition.

3° M. Fr. Dubois, secrétaire perpétuel, lit l'éloge de M. Boyer :

Messieurs,

Il n'y a pas encore longtemps que les chefs les plus éminens de la chirurgie française, confondus aujourd'hui avec les médecins sous le titre de *docteurs en médecine*, étaient désignés dans nos Écoles sous le nom de *maîtres chirurgiens jurés*. Et ce titre de *maître* ne s'obtenait qu'après s'être soumis à la dure condition d'être pendant de longues années *apprentif*, ou *garçon* chirurgien ! Heureux ceux qui, après avoir obtenu le grade de *gagnant maîtrise*, et après un stage de six années dans les hôpitaux, se trouvaient dispensés des frais exorbitans de réception et de diplôme.

Ces simples et expressives dénominations rappelaient, il est vrai, la longue sujétion dans laquelle les médecins avaient tenu, en d'autres temps, les hommes les plus distingués et les plus méritans, mais en même temps elles montraient une glorieuse communauté d'origine, de destinée et de talens entre les chirurgiens et ces autres grands maîtres, qui, sous le nom d'*artistes*, ou même d'*artisans*, étaient venus, aux mêmes époques, émerveiller le monde des œuvres de leur génie.

Qui ne sait que Bernard de Palissy était encore réputé *maître potier* après avoir doté la France de ses plus belles inventions ; que Jean Goujon, après avoir embelli le vieux Louvre de ses plus gracieuses sculptures, n'était encore qu'un *maître tailleur de pierres*, et que tous ces architectes, enfin, qui du XIIe au XVIe siècle, ont couvert l'Europe de leurs ravissantes cathédrales, n'étaient que des *maîtres maçons* !

Ainsi, Messieurs, de tous les grands chirurgiens qui ont précédé notre âge, tous avaient dû passer par ce rude et laborieux apprentissage ; leur jeunesse avait été vouée au travail, à la pauvreté, et quelquefois à la misère ! Franco, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, J.-L. Petit et Desault avaient du gravir ainsi les premiers degrés de cette noble profession ; ainsi a dû faire enfin celui dont je vais aujourd'hui vous entretenir, ce bon et courageux apprenti, chirurgien en chef de la Charité, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, premier chirurgien de Napoléon, baron de l'Empire, et pour dix générations d'élèves, tout simplement le *père Boyer* !

Déjà, vous le savez, Messieurs, une voix qui vous est familière, bien plus éloquente et plus autorisée que la mienne, a dignement célébré les travaux et la personne de M. Boyer ; c'était celle d'un grand chirurgien parlant d'un grand chirurgien, d'un maître parlant d'un autre maître ; et j'ajoute que le cœur a eu sa part dans ces manifestations de la science. Honneur donc à M. Roux, d'avoir ainsi couronné sa propre carrière ! d'avoir interrompu des travaux si justement appréciés pour remplir ce pieux devoir ! Lui aussi aurait pu dire comme Tacite parlant d'Agricola son beau-père : *Hic liber... professione pietatis aut laudatus aut excusatus erit* ; mais, comme Tacite aussi, il ne devait trouver que des louanges là où d'autres se seraient estimés heureux de rencontrer de l'indulgence.

Quant à moi, Messieurs, si j'ose esquisser quelques traits en dehors de cette belle composition, c'est uniquement pour disputer à l'oubli quelques-uns de ces détails que le temps aura bientôt effacés de la mémoire des contemporains, détails touchans, simples comme celui qui les a fournis, et qu'à ce titre peut-être vous ne trouverez pas indignes de vous être racontés.

Alexis Boyer naquit le 1er mars 1757, à Uzerches, petite ville du Limousin (aujourd'hui département de la Corrèze), de Jean Boyer et de Thérèse Gondrias. Il eut pour parrain son oncle maternel, Alexis Goudrias, et pour marraine sa sœur, Marie Boyer.

Son père était un pauvre tailleur, et sa mère tenait une petite boutique de mercerie. Jamais M. Boyer ne crut avoir à rougir de cette humble origine ; il en parlait au contraire volontiers, comme aussi des sacrifices que s'étaient imposés ses parens pour l'envoyer dans une modeste école où l'instruction qu'on donnait n'allait pas au-delà de la lecture et de l'écriture. Un peu plus tard, on le fit entrer en qualité de petit clerc dans l'étude d'un M. Mondat, notaire à Uzerches ; mais déjà une première étincelle était venue comme éclairer ce pauvre enfant sur sa véritable vocation, et lui montrer la route qu'il aurait à suivre.

Il y avait, dans le voisinage de son étude, un chirurgien-barbier qui tenait boutique sur la rue ; Alexis Boyer y passait chaque jour tous les momens dont il pouvait disposer, émerveillé des petites opérations qu'il voyait pratiquer ; au nombre des cliens était un honorable maître en chirurgie nommé Ant. Cruveilhier ; celui-ci, frappé des dispositions et du goût si prononcé que le jeune clerc montrait pour son métier de chirurgien, finit par le conduire chez quelques-uns de ses malades, et par lui laisser faire quelques opérations de petite chirurgie.

On assure qu'il y a encore aujourd'hui à Uzerches une femme Lavaud, âgée de quatre-vingt-douze ans, qui dit avoir été saignée par le jeune Alexis Boyer.

La saignée était, à cette époque, une opération très pratiquée dans le pays, et les jours de marché surtout, il y avait affluence dans la boutique du barbier, les uns venant pour se faire *faire le poil*, comme on disait alors ; les autres pour se faire ouvrir la veine.

Toutefois, Alexis Boyer aurait pu rester indéfiniment dans cette situation, si l'un de ses parens ne lui avait proposé de l'associer à des occupations qui vont peut-être paraître fort étranges, mais qui furent cependant le premier échelon de sa fortune.

Cet homme faisait le commerce de bestiaux ; et comme, à certaines époques de l'année, il avait à conduire des troupeaux de bœufs sur les marchés de Paris, il proposa à son jeune parent de l'accompagner dans une prochaine excursion, et de l'aider à conduire ses bœufs ; Boyer, qui avait ses vues, accepta, et bientôt on le vit, comme un montagnard écos-

---

(1) L'Académie croit devoir prévenir MM. les concurrens que, par suite du décret du 14 mars 1852, qui convertit la rente 5 pour 100 en 4 1/2, la rente annuelle du prix Portal, Civrieux, Itard et d'Argenteuil, a subi la diminution suivante à dater du 22 septembre 1852 :

La rente annuelle du prix Portal, qui était de 600 fr., est réduite à 540 fr.

—	—	Civrieux	1,000	—	900
—	—	Itard	1,000	—	900
—	—	d'Argenteuil	1,373	—	1,235

La rente du prix Lefèvre est à 4 pour 100. — La rente du prix Capuron est à 3 pour cent.

sais, pousser le long des routes sa troupe mugissante : c'est ainsi qu'il fit sa première entrée dans Paris.

Ce voyage avait pour lui un bien autre but que celui de spéculer sur la vente des bestiaux; il voulait voir et savoir si, dans cette grande ville, il ne lui serait pas possible d'aller un jour étudier cet art, cette science de chirurgie dont le barbier d'Uzerches n'avait pu lui donner qu'une faible et dégradante idée. On lui dit d'aller rue des Cordeliers, qu'il y trouverait les écoles de chirurgie; il y alla, et ce fut avec une indicible émotion que lui, pauvre aspirant à l'apprentissage de la chirurgie, il vit ce splendide monument que la royauté venait d'élever et de consacrer à la fois à l'Académie et au Collége de chirurgie. On venait à peine d'en achever la construction : c'était comme un temple grec transporté au milieu des édifices gothiques du pays latin.

Ici, Messieurs, je ne puis m'empêcher de me demander ce qu'aurait répondu le jeune Boyer à celui qui, l'abordant au moment où il contemplait cette colonnade, serait venu lui dire qu'un jour, revêtu lui-même de la pourpre professorale, il enseignerait le grand art de la chirurgie aux successeurs de ces jeunes gens qu'il voyait errer sous ces portiques.

Moi! ce serait sans doute écrié Boyer, moi, ah! je n'en demande point tant; que Dieu m'accorde seulement de venir un jour me mêler à ces jeunes élèves, et mes vœux les plus ardens seront exaucés!

Tels étaient, en effet, ses plus vifs désirs, sa pensée de chaque jour; mais il fallut retourner à Uzerches; Boyer avait des devoirs à remplir, il dut se résigner, mais il prit avec lui-même l'engagement de revenir bientôt à Paris, et cette fois pour n'en plus sortir.

De retour à Uzerches, il mit le chirurgien Cruveilhier dans la confidence de ses projets; il s'en ouvrit aussi à son ami le barbier; celui-ci, tout glorieux d'avoir formé un élève qui aspirait si haut, n'eut garde de l'en détourner; il lui dit, au contraire, qu'il réussirait certainement, mais que pour se fortifier dans les principes, il devait plus que jamais s'exercer au maniement du rasoir et de la lancette.

Une année entière s'écoula ainsi, puis vint le moment où le marchand de bestiaux dut entreprendre un nouveau voyage à Paris; Boyer lui offrit ses services, et comme cette fois il se trouvait en possession de 70 francs en écus de six livres, grâce à ses propres économies et aux dons de sa sœur, Marie Boyer, il laissa son parent retourner seul à Uzerches.

C'était vers la fin de 1774. Boyer avait 17 ans, toutes ses espérances étaient fondées sur une lettre de recommandation que lui avait donnée un avocat d'Uzerches, nommé Gautier, pour un étudiant en médecine, nommé Fleygniat, du Vigeois; le Vigeois et Uzerches se touchent, celui-ci était donc un compatriote; il accueillit parfaitement le jeune Boyer; mais après avoir fait l'inventaire de tout ce que possédait le pauvre jeune homme et l'avoir fait expliquer sur ce qu'il savait faire, il ne trouva rien de mieux à lui proposer que de le faire entrer chez son barbier en qualité de premier garçon.

Boyer disait depuis assez plaisamment qu'il avait dû accepter cette humiliante position comme sa *prêture*, afin de passer plus tard au *consulat*, c'est-à-dire au véritable apprentissage de la chirurgie. Il y avait cependant une chose qui le désolait dans sa nouvelle condition, c'était d'être obligé de coucher dans une soupente prise sur la boutique, et de ne plus faire de petite chirurgie.....

Après cinq années d'études entremêlées d'occupations si pénibles, Boyer venait d'obtenir, en 1781, à l'école pratique du collége de chirurgie, une médaille d'or. Ce n'était pas un de ces succès éblouissans qui marquent si bruyamment le début de certaines carrières, succès dans lesquels il peut y avoir autant de bonheur que de vrai mérite. Boyer n'avait pas cette facilité, cette promptitude de conception qui amènent des triomphes trop souvent éphémères; l'amour du travail, la ténacité, la patience, l'ordre, la méthode, telles étaient, je l'ai déjà dit, ses principales qualités; c'était, si l'on veut, un bœuf qui traçait péniblement son sillon dans le champ de la science; mais déjà on aurait du dire de lui ce qu'on a dit d'une des plus grandes gloires de l'église, que c'était un bœuf qui allait remplir le monde de ses mugissemens!

Boyer eut donc la médaille d'or, « pour avoir, disait le programme, » suivi avec assiduité les leçons qu'on faisait à l'École pratique, et pour » avoir fait avec intelligence et adresse, sous les yeux de ses professeurs, » des dissections et des opérations chirurgicales. »

En 1782, il fut admis comme élève dans ce même hôpital de la Charité qui devait être pendant plus d'un demi-siècle le théâtre de sa gloire, il y entra pour faire des pansemens et y suivre les cours des professeurs.

C'était une place bien modeste; mais il y avait alors dans les hôpitaux de Paris une institution heureusement conçue et tout à fait libérale, c'était celle des chirurgiens *gagnant maîtrise*; sans cette généreuse institution, une foule d'hommes devenus depuis célèbres, n'auraient jamais pu obtenir le grade de maître en chirurgie, et M. Boyer eût été bien certainement de ce nombre.

C'est en 1787, qu'une place de gagnant-maîtrise étant devenue vacante à la Charité, un concours fut ouvert le 25 juin.

Boyer se mit sur les rangs, et après quinze jours d'une lutte mémorable, le 9 juillet suivant, il fut déclaré vainqueur, et chargé d'un service dans la maison.

Définitivement, la fortune lui souriait; ce n'était plus ce pauvre jeune homme, ce pauvre étudiant qui, chaque jour, s'en allait rôder autour des tables de dissection, afin de ramasser quelques miettes de cette science tant désirée; il avait atteint, il est vrai, sa trentième année, mais à force de courage, de privation et d'étude, il était devenu successivement professeur particulier d'anatomie, élève des hôpitaux, prévôt et répétiteur des cours de l'École pratique, et enfin chirurgien gagnant-maîtrise à l'hôpital de la Charité. Son sort était donc fixé, la carrière était largement ouverte devant lui, il ne pouvait y trouver d'obstacle sérieux.....

M. Boyer venait d'entrer dans une phase toute nouvelle de son existence; jusque-là, il n'avait guère fait que lutter contre l'adversité, et en même temps préparer son avenir. Que de choses il lui avait fallu faire pour vivre dans le présent, pour assurer son indépendance, et pour trouver sa place enfin au banquet de la science; mais, arrivé à ce point, il sentait qu'il lui manquait une préparation d'autant plus regrettable, que, dans l'ordre naturel des choses, elle aurait dû venir la première.

M. Boyer n'ayant point reçu l'éducation collégiale, ignorait jusqu'aux premiers élémens du latin; il y avait longtemps qu'il sentait l'indispensable nécessité de s'initier à cette langue des Romains, devenue la langue des savans, et qui seule peut donner la parfaite intelligence de la nôtre. Il est vrai qu'il avait plutôt manqué de loisir que de maître; car de même qu'il avait dirigé gratuitement de pauvres jeunes gens, ses amis, dans les études anatomiques, et en particulier Lafond du Vigeois, devenu plus tard médecin de l'hospice des Incurables, de même il avait trouvé près de lui un maître bénévole de latin dans l'abbé Légal, jeune prêtre théatin, qui possédait précisément les connaissances qui manquaient à M. Boyer, c'est-à-dire celles des langues anciennes et des sciences exactes, qui de plus avait ce goût des lettres, le goût exquis qui révèle l'homme supérieur, et sans lequel le génie lui-même est à jamais stérile.

J.-L. Petit n'avait étudié le latin qu'à l'âge de 40 ans, M. Boyer dut en conclure que le temps de l'étudier n'était pas encore passé pour lui, il s'y mit donc avec ardeur, et bientôt, grâce à l'abbé Légal, il arriva à l'intelligence complète des ouvrages classiques et des livres de science écrits en latin.

J'ai dit tout à l'heure que le grade de maître en chirurgie, auquel M. Boyer allait nécessairement arriver, puisqu'il était gagnant-maîtrise, exigeait une éducation libérale et une certaine connaissance des lettres; ces conditions ne pouvaient plus arrêter M. Boyer, mais à côté des Écoles de chirurgie, il y avait une autre institution qui exigeait aussi une notable culture de l'esprit chez ceux qui aspiraient à en faire partie, et M. Boyer ne voulait pas y rester étranger; je veux parler de l'*Académie royale de chirurgie*....

M. Boyer était en effet, depuis plusieurs années, professeur de clinique externe à l'École de santé de Paris. Il avait commencé par y professer la *médecine opératoire*; nommé à cette chaire le 14 frimaire an III, concurremment avec Sabatier, il devait faire son cours de vendémiaire à germinal, et seulement de deux jours l'un; mais, pour répondre au vœu exprimé par le gouvernement, il faisait ses leçons chaque jour de la décade, à l'exception du décadi et du quintidi.

Cet enseignement, toutefois, n'était pas celui qui lui convenait le mieux, aussi il ne garda pas longtemps cette chaire; il avait commencé son cours en pluviôse, le 15 thermidor suivant il fut nommé à la chaire de *clinique externe*.

M. Boyer était parfaitement en mesure de dispenser un enseignement de cette nature; sa jeunesse s'était passée à enseigner l'anatomie, la meilleure des préparations pour l'exercice de la chirurgie, si l'on y joint la fréquentation des hôpitaux; son âge mûr allait ainsi être consacré à l'enseignement de la chirurgie. Mais avant de dire comment M. Boyer se montra dans cette partie de sa carrière, j'ai besoin de le reprendre comme anatomiste.

A l'époque où M. Boyer composa son grand *Traité d'anatomie*, c'est-à-dire de l'an V à l'an VIII, deux écoles se trouvaient en quelque sorte en présence et se disputaient la prééminence : l'une qui avait eu pour chef Desault et qui allait avoir pour interprète le fidèle, le minutieux Gavard; l'autre qui avait eu pour fondateurs Haller, Sœmmering, Vicq-d'Azyr, et qui allait se recruter de l'ingénieux, du séduisant Bichat.

La première, qu'on aurait pu appeler l'école *anatomique chirurgicale*, voulait qu'on s'en tînt uniquement et exclusivement à la simple et pure description des conditions matérielles des organes; qu'on n'exigeât de l'anatomisme que deux qualités personnelles : de l'attention et de la patience. Ne tenant aucun compte de la destination des organes, de leur aptitude physiologique, elle ne voyait dans l'organisme humain que des parties molles et des parties dures, des cavités et des canaux, des boîtes et des cylindres; elle n'apercevait dans les organes que des faces, des angles et des bords, et décrivait avec un égal soin tous ces accidens, sans autre considération que celle de leurs rapports avec les faces, les bords, les angles, les enfoncemens et les saillies des parties voisines ou contiguës.

L'autre école, au contraire, ne séparait jamais l'examen des fonctions de la description des parties; elle déclarait qu'une chaîne indissoluble lie les travaux de l'anatomisme aux recherches du physiologiste et aux observations du médecin.

L'école de Desault était fière de la réalité et de la stabilité de ses connaissances; elle ne sortait point de la matière, et par cela même elle ne craignait pas de s'égarer; n'ayant et ne voulant avoir dans son domaine que les dépouilles de la mort, elle soutenait que l'anatomie ainsi comprise est bien à elle seule une science parfaitement distincte, et une science d'autant plus susceptible de progrès, que chaque génération apporte un supplément de notions à la somme de connaissances déjà acquises, science enfin d'autant plus précieuse qu'elle tire d'elle-même son mérite, et que pour être estimée elle n'a pas besoin des ornemens du langage et du style.

L'école de Haller et de Bichat soutenait, de son côté, qu'il ne faut pas séparer l'esprit de la matière; que, loin de s'attacher à cette éternelle et stérile contemplation de la mort, il faut chercher dans ces restes inanimés le souffle de la vie, et partir de l'idée pour arriver à la véritable notion de l'édifice humain; que considérer ainsi les organes dans leurs seules conditions matérielles, c'est fermer les yeux à la lumière, c'est-à-dire à la science.

Vous devez prévoir, Messieurs, quelle était de ces deux écoles celle que M. Boyer avait suivie. Le milieu dans lequel nous avons vécu, les premières impressions que nous avons reçues, les événemens que nous avons traversés, et puis enfin notre nature propre sont autant de circonstances qui, à notre insu, nous portent à adopter telles idées, telles manières de penser plutôt que telles autres.

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

La demande ci-jointe a été adressée à la Faculté de médecine par M. le professeur Piorry; elle a été prise en considération, et une commission a été désignée, afin d'étudier cette proposition, qui est d'un haut intérêt pour l'enseignement :

Monsieur le doyen,

Les progrès qu'on fait la pratique de la médecine et notamment la clinique, ont rendu l'étude de cette science plus difficile. Les moyens d'enseignement qui y sont relatifs ne se sont pas élevés à son niveau; les élèves ne sont pas suffisamment exercés aux méthodes sévères d'investigation, et le zèle des professeurs ou des chefs de clinique ne peut remédier au défaut de temps qui les empêche de guider convenablement les recherches pratiques de leur disciples.

Sans répétiteurs, il est difficile que les leçons fructifient. Puisque la Faculté exige des exercices pratiques pour l'étude de l'anatomie, de la chimie, de la physique et de la chirurgie; puisqu'elle a institué des aides chargés de faire expérimenter les élèves qui étudient les sciences dites accessoires, il est, à plus forte raison, utile qu'on ne procède pas autrement pour la médecine proprement dite.

Les élèves des hôpitaux assignés aux cliniques de la Faculté, ne peuvent remplir les fonctions que leur position réclamerait. Au commencement de l'année, le professeur demande quatre externes, et l'administration ne peut lui en accorder que deux; ces élèves ne peuvent être choisis, d'après les réglemens, que parmi ceux de seconde année d'externat. Or, s'ils sont vraiment instruits, ils sont nommés internes provisoires, et il arrive souvent, après trois mois, et alors que le chef de service est parvenu, à force de soins, à les familiariser avec l'examen des malades, que tout d'abord ces élèves sont dirigés comme internes vers un autre hôpital.

Si ces élèves sont faibles, ou peu disposés à travailler d'une manière sérieuse, on les conserve toute l'année au très grand détriment du service.

L'année suivante, il faut encore recommencer à instruire de nouveaux élèves qui, lors de leur entrée, sont aussi incapables de faire exercer les auditeurs des leçons cliniques que l'avaient été leurs prédécesseurs.

Il arrive même souvent que les élèves externes, dont on a fait choix dès le mois de mars, sont nommés internes en décembre, et, dans ce cas, il faut bien les remplacer par ceux que l'administration et le hasard désignent.

Ces élèves ne sont pas d'ailleurs ceux de la Faculté, et les peines qu'ils peuvent prendre pour instruire leurs condisciples, ne sont en rien obligatoires.

Je crois qu'au moyen des mesures suivantes, on remédierait facilement à ces inconvéniens :

1° Les chefs de clinique conserveraient leurs prérogatives et tous les avantages que leur assure leur position actuelle.

2° Dans chaque clinique : médicale, chirurgicale ou d'accouchemens, quatre *aides de clinique* seraient institués pour deux ans avec un titre officiel. Ils seraient renouvelés par quart, tous les six mois, et de cette sorte, les bonnes traditions du service se conserveraient.

3° Ces élèves, présentés par les professeurs, seraient nommés par la Faculté et par le doyen.

4° Ils seraient hiérarchiquement, et par rapport à l'enseignement, au-dessus des externes des hôpitaux; ils pourraient être docteurs. Ils seraient chargés de faire des répétitions, d'exercer les élèves à l'interrogation des malades, à la pratique des moyens physiques d'exploration, de recueillir les observations, etc.

5° Ils recevraient, s'il était possible de l'obtenir, une indemnité de peu d'importance, et ne seraient autorisés à faire des répétitions rétribuées que dans des locaux autres que l'hôpital auquel ils seraient attachés.

6° A défaut d'indemnité, pour exciter leur émulation, tous les aides de clinique seraient admis, chaque année, à un concours sur le diagnostic médical, chirurgical ou d'accouchement, et un prix serait donné à ceux qui en paraîtraient les plus dignes.

A ces mesures relatives au service de la clinique et aux élèves qui y sont attachés, il serait bon d'en ajouter une autre très propre à stimuler le zèle des étudians en médecine pour l'instruction clinique. Pour s'assurer de l'exactitude et du travail des élèves qui fréquentent les cliniques, le professeur délivrerait, à chacun de ceux qui les auraient suivies avec régularité, et pendant un semestre, des certificats détaillés. Ces certificats, qui ne seraient pas obligatoires, seraient soumis au jury du cinquième examen, et cela, à titre de renseignement sur la manière dont les élèves se seraient livrés à leurs études cliniques.

Je vous prie, Monsieur le doyen, de vouloir bien soumettre ces idées à la Faculté, et de les modifier vous-même au besoin, de la façon que vous jugerez la plus utile.

Veuillez agréer, Monsieur le doyen, l'expression de mes sentimens les plus distingués et de mon entier dévoûment au bien du service.

Signé : P.-A. PIORRY.

Paris, août 1852.

COURRIER.

M. Guillaumot, médecin, écrit de Malafrctas, au *Courrier de l'Ain :*

« Le 8 novembre, j'ai été appelé à la Reveyrat, commune de Saint-Didier-d'Aussiat, chez le sieur Givord, dit Maily, fermier de madame veuve Baux. Cette maison compte onze personnes, la mère de Givord, les époux, sept enfans et un domestique. A mon arrivée, je trouvai M. le curé de Saint-Sulpice occupé à donner les premiers soins à dix de *ces* malheureux que je reconnus en proie à tous les symptômes d'un empoisonnement. J'ai passé plusieurs heures à administrer les contre-poisons, et heureusement les malades ont pu être sauvés.

» Voici les causes de cet empoisonnement :

» En défournant le pain, plus de quinze jours avant l'événement, la ménagère l'a placé sur la planche à cet usage, sans prendre garde que sous le premier se trouvait un paquet d'allumettes chimiques. L'humidité et la chaleur de la pâte ont absorbé le phosphore, et quand, arrivée à la fin de la fournée, la famille a fait usage de ce pain en faisant une panade, tous, à l'exception d'un enfant de 10 ans, ont été pris de subites coliques; c'est alors qu'on me fit appeler; l'enfant préservé s'était refusé à manger de cette panade, ne la trouvant pas à son goût. »

La Société médico-chirurgicale de Paris (ancienne Société du Temple) a procédé, dans sa dernière séance, à l'élection des membres de son bureau pour l'année 1853. Ont été nommés :

MM. Ségalas, président;
Amédée Forget, vice-président;
Collomb, secrétaire général;
Bourrières, secrétaire particulier;
Poullenc, trésorier-archiviste.

C'est par erreur que nous avons publié dans notre numéro de samedi dernier, la composition du bureau de la Société médicale du 10me arrondissement pour 1853. Le bureau dont nous avons donné la composition est celui de 1852, qui nous avait été fourni pour l'*Almanach de médecine*, le bureau pour 1853 ne devant être nommé, comme tous les ans, que dans une séance extraordinaire à la fin du mois de décembre.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 151. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 18 Décembre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens:
1 An............ 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS:
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

On lit dans le *Moniteur* du 17 décembre:

« L'Empereur vient de décider qu'il serait créé, dans trois des quartiers les plus pauvres de Paris, trois établissemens de bains et de lavoirs publics modèles.

« Les frais de ces établissemens seront prélevés sur la cassette particulière de Sa Majesté Impériale. »

Un pareil acte se raconte et ne se loue pas.

Nous avons depuis longtemps émis cette pensée, que l'hygiène publique doit être imposée au peuple par l'exemple et par la loi. Publier de petits livres pour le peuple, lui faire des cours et des leçons, l'intention est bonne, mais le résultat est nul. Les grands législateurs des hommes ne se bornaient pas à conseiller, ils décrétaient les mesures hygiéniques. C'était la loi, religieuse ou civile, qui les prescrivait. Moïse, Lycurgue, Mahomet, ont été les grands hygiénistes pratiques de leurs peuples. Un fait moderne prouve toute l'indifférence et l'incurie du peuple pour l'hygiène, c'est la vaccine. Il a fallu l'imposer pour la répandre ; il est nécessaire de la tenir obligatoire pour qu'elle se conserve.

Conseiller est bien, agir vaut mieux encore, et l'Empereur agit. Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE DIATHÈSE CANCÉREUSE (ULCÉRATION DE L'OESOPHAGE, MASSES CANCÉREUSES DANS LE FOIE, GRANULATIONS CANCÉREUSES SOUS LA PLÈVRE ET LE PÉRITOINE) ; recueillie par MM. le docteur Ch. BERNARD et LABOULBÈNE, interne à l'hôpital Ste-Marguerite.

Quoique les cas de diathèse cancéreuse s'observent assez souvent, les ouvrages et les recueils de médecine n'en renferment que peu d'exemples. On se borne, d'ordinaire, à présenter un tableau plus ou moins succinct des phénomènes communs à tous les faits de cachexie cancéreuse, sans publier l'histoire complète et détaillée de quelques-uns d'entr'eux. Aussi, c'est à peine si nos principales collections, les *Archives*, la *Revue médicale*, la *Gazette médicale*, l'*Union médicale*, le *Compendium*, etc., en offrent quelques observations ; nous ne les rappellerons pas ici, car ils ne nous paraissent avoir aucun rapport bien important avec le cas que nous avons recueilli et que nous regardons, sans le croire unique, comme fort rare. Cette circonstance, jointe à quelques autres particularités sur lesquelles nous reviendrons en terminant, nous semble donner à notre observation un intérêt véritable.

Le 17 septembre dernier, est entrée dans le service de M. Marrotte, à l'hôpital Ste-Marguerite (salle Ste-Geneviève, n° 25), la femme Chambaud, âgée de 56 ans, marchande de savons, et née à Paris, qu'elle a toujours habité. D'une bonne santé, n'ayant même jamais fait de maladie assez sérieuse pour qu'elle en ait gardé le souvenir, cette femme a eu quatorze enfans, sans que les couches aient rien offert de remarquable. La menstruation, qui avait toujours été parfaitement régulière, a cessé il y a huit ans.

Quatre mois avant son entrée, et à la suite d'une frayeur causée par un orage, cette femme a été affectée d'une jaunisse, et le jour même a rendu du sang par l'anus. Depuis cette époque, la santé a décliné. Des douleurs se sont fait sentir dans la poitrine et à l'épigastre ; enfin des vomissemens ont eu lieu et avaient fini par devenir continuels plus d'un mois avant l'admission de la malade à l'hôpital. Jamais d'ailleurs jusque-là, ni depuis, on n'a remarqué de sang pur ou mélangé dans les matières vomies.

Au moment de l'entrée, l'amaigrissement était modéré et le teint cachectique peu prononcé. Il n'y avait pas de fièvre. L'appétit, encore bon, tourmentait beaucoup la malade, par l'impossibilité où elle se trouvait de le satisfaire, presque tous les alimens étant rejetés immédiatement, et avant même, croyait-elle, qu'ils n'eussent eu le temps d'arriver dans l'estomac. L'épigastre, néanmoins, restait indolent, et ne présentait à la palpation guère plus de résistance qu'à l'ordinaire.

En conséquence de ces symptômes, on dut le premier jour hésiter à porter un diagnostic. On pensa, tant l'état général paraissait encore satisfaisant, à une simple dyspepsie. Plus tard, la marche et les autres phénomènes de la maladie ne laissèrent plus de doute sur l'existence d'un rétrécissement simple ou cancéreux de l'œsophage.

Nous ne transcrirons pas ici les symptômes constatés jour par jour jusqu'au moment de la mort. Ces détails, un peu fastidieux, n'apprendraient rien de nouveau, et donneraient à notre observation un developpement inutile. Nous nous bornerons à dire que les vomissemens ont continué avec la même fréquence ; que la faiblesse générale, qui avait peu à peu augmenté, n'était pas encore extrême le dernier jour, et que le traitement a consisté dans l'emploi de la glace, de l'eau de Seltz et de potions opiacées, moyens qui n'ont produit que de rares et courtes améliorations. La malade a succombé rapidement le 8 octobre.

Autopsie, trente heures après la mort. La putréfaction n'a pas commencé. L'amaigrissement n'est pas très considérable.

Le thorax et l'abdomen presentent des altérations nombreuses et intéressantes ; elles méritent une description détaillée.

Si un examen superficiel peut faire penser que les poumons sont sains, parce qu'ils s'enlèvent facilement, ne sont point recouverts de fausses membranes, et ne paraissent renfermer ni tubercules, ni noyaux inflammatoires, il est facile, par une inspection plus attentive, de découvrir sous les feuillets costal et pulmonaire de la plèvre de nombreux petits points blancs. Ces points sont formés par des granulations ou petites plaques, blanches et résistantes, sous le feuillet thoracique petits et rares, sous le feuillet viscéral, au contraire, confluens et parfois d'un volume assez considérable. Celles qui sont situées sous le feuillet pulmonaire paraissent avoir pour point de départ le tissu cellulaire sous-séreux ; elles pénètrent à une certaine profondeur dans le parenchyme du poumon, toutefois à quelques lignes seulement. L'intérieur même des organes respiratoires, que nous avons exploré à l'aide de coupes multipliées, ne nous a offert aucune granulation semblable. Les ganglions bronchiques renfermaient de petits noyaux cancéreux. L'examen microscopique est venu confirmer, comme nous le verrons plus loin, l'inspection directe, en nous montrant dans ces plaques et dans ces granulations tous les élémens du tissu cancéreux.

L'appareil circulatoire ne renfermait d'autres altérations que quelques plaques athéromateuses, qui siégeaient dans l'aorthe thoracique.

Mais c'est dans l'abdomen, dans le tube digestif et ses annexes que nous allons observer les altérations précédentes portées au plus haut degré. La cavité buccale et la langue sont saines. L'œsophage ne présente aucune lésion dans les cinq sixièmes supérieurs de sa longueur. A son extrémité inférieure, dans l'étendue de 4 centimètres au moins, les parois sont épaissies et transformées en un tissu lardacé squirrheux. La muqueuse est couverte de petits mamelons confluens. Ils n'offrent aucune solution de continuité ni érosion, mais ils sont évidemment de nature cancéreuse. L'extrémité inférieure de l'œsophage est occupée par une large ulcération qui peut avoir l'étendue de la paume de la main, qui comprend le cardia, et dont le foie forme la paroi antérieure. Cette ulcération, profonde, à bords taillés à pic, offre tous les caractères du cancer.

Le reste du tube digestif, depuis l'estomac jusqu'au rectum, présente à l'intérieur une injection assez vive de la muqueuse intestinale répandue çà et là au niveau de granulations sous-péritonéales dont nous allons parler tout-à-l'heure. La muqueuse du duodénum, qui a subi un épaississement considérable, est recouverte en outre d'une éruption confluente des follicules de Brunner, lesquels renferment une substance blanche et molle. Plus loin, nous signalerons ce que l'examen microscopique y a fait découvrir.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

Analyse du cours professé à la Faculté de médecine de Paris, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARDIVEL.

Sommaire. — Considérations générales. — Charme, utilité, difficulté de l'étude de l'histoire de la médecine.

Je me propose, cette année, de faire l'histoire de tous les points de vue où se sont placés les hommes qui ont voulu systématiser la médecine. C'est l'histoire de la médecine, d'après les systèmes qui ont régné tour à tour sur cette importante branche des connaissances humaines. Ce ne sera ni de la biographie, ni de l'érudition. Tenter cela est-ce faire une chose utile ?

Relativement à l'utilité de leur histoire, les sciences ne peuvent pas être considérées en bloc. Plus une science est avancée, plus elle est arrêtée dans ses principes, moins son histoire est utile. A quoi pourrait servir, par exemple, à l'astronomie, science si bien arrêtée, une revue rétrospective qui la prendrait à son berceau, dans les champs de la Chaldée, pour la conduire à travers les peuples et les temps, jusqu'au siècle des Newton, des Galilée et des Copernic ? Une pareille revue charmerait sans aucun doute les loisirs d'un savant, mais ne serait d'aucun profit pour l'astronomie actuelle.

Outre le charme que l'histoire des sciences procure à certains esprits qui aiment à rêver sur le passé, à suivre la marche de l'esprit humain et à repasser par les sentiers déjà parcourus, il est un autre intérêt que présentent surtout les sciences qui, comme la médecine, n'ont pas encore acquis leur complet développement. Nous apprenons par l'histoire de la science comment ce qui avait longtemps été regardé comme une vérité est plus tard devenu une erreur, et, réciproquement, comment ce qui avait été proscrit comme une erreur a été consacré comme une éclatante vérité.

Nous apprenons à devenir circonspects dans les jugemens que nous portons sur les doctrines anciennes ou sur les idées nouvelles.

Les idées qu'ont jetées dans le monde les systèmes généraux ne sont pas nombreuses. On en compte au plus quatre ou cinq. Toutes ont été émises dès les premiers temps de la science. Elles sont tombées pour se relever et retomber encore. Les idées générales, autour desquelles les médecins se sont groupés, sont toujours restées les mêmes dans tous les temps. Ainsi, l'idée de faire intervenir les humeurs comme jouant un grand rôle dans la production des maladies, cette idée, aussi vieille qu'Hippocrate, a été tour à tour abandonnée et reprise à diverses époques, avec des succès plus ou moins grands, et subsiste encore de nos jours. Les idées solidistes ont également une date ancienne. C'est 400 ans seulement après Hippocrate que le célèbre Asclépiade en a jeté les premiers fondemens. Les doctrines de Van Helmont et de Stahl tirent leur origine du pneumatisme d'Athénée ; à Thémison et Thésalus remonte la doctrine de l'irritabilité, qui, reprise dans les ouvrages de Baglivi, de Frédéric Hoffmann, de Thomassini, etc., a obtenu un si grand retentissement dans la doctrine physiologique de Broussais.

De nos jours, la connaissance des élémens constitutifs du corps humain, à laquelle nous ont conduit les progrès de l'anatomie et de la chimie, a fait surgir un nouvel ordre d'idées.

Bichat a parfaitement démontré que, dans les organes, il faut étudier les divers tissus, et, dans chaque tissu, les élémens anatomiques qui le constituent ; la fibre et ses variétés, la cellule et ses variétés. Puis on a étudié la constitution chimique du corps humain. On en a cherché les élémens, fibrine, albumine, etc., soit dans les solides, soit dans les liquides ; on a étudié les modifications que ces élémens présentent, soit dans leur quantité, soit dans leur qualité, pour déduire de ces connaissances une explication des maladies.

Vous vous imaginez peut-être que cette idée, qui domine aujourd'hui la médecine, est une idée toute nouvelle ; détrompez-vous. Cette idée, vieille comme Hippocrate, aussi ancienne que Thalès, on la retrouve dans Paracelse, cet homme de génie qui passa presque pour un fou, et qui porta de si rudes coups à la doctrine de Galien. Paracelse définit l'homme : un composé chimique, et ajoute que la maladie est une altération de ce composé. Cette idée, croyez-vous qu'elle appartient à Paracelse ? Pas le moins du monde. Il l'avait empruntée à ses adversaires eux-mêmes qui lui avaient ainsi prêté les armes avec lesquelles il devait les terrasser. La doctrine qui supposait le corps humain composé de quatre élémens dont l'arrangement et les modifications diverses produisent l'état de santé ou de maladie, n'est-elle pas une ébauche complétée plus tard par les élémens hypothétiques de Paracelse, et surtout par les élémens réels de la chimie moderne ?

Ainsi, toutes les grandes idées générales qui ont dominé dans les sciences ont existé dans tous les temps. Il en est de même des grandes idées qui ont remué l'humanité et révolutionné le monde. Relativement à ces grandes idées, l'homme tourne toujours autour d'un même cercle. A chaque révolution qu'il opère dans ce cercle éternel, il est plus éclairé par la découverte de quelques nouveaux faits de détail qui enrichissent la science. Relativement aux faits de détail, l'homme parcourt non pas un cercle, mais une courbe indéfiniment prolongée qui s'élève ou s'abaisse suivant les temps, et qui se continue sans cesse, sans se terminer jamais.

Voyez quelle moisson abondante ont faite les sciences médicales dans les trois siècles qui ont précédé le nôtre ! Coup sur coup apparaissent les plus brillantes découvertes. L'anatomie est créée, pour ainsi dire, de toutes pièces, au XVIe siècle. Au XVIIe, Harvey découvre la circulation, et la physiologie marche dès lors à pas de géans. Puis vient Haller et ses immenses travaux. Le XVIIIe siècle voit naître l'anatomie pathologique, dont Morgagni est le père. Les progrès de la pathologie suivent, comme un corollaire obligé, ceux de l'anatomie et de la physiologie.

Pendant que les théories se succèdent, les faits ont une singulière destinée. Tantôt ils sont fréquens, tantôt rares, tantôt ils disparaissent complètement; car ce sont les théories qui mettent les faits en lumière,

Le foie est à peine augmenté de volume. De petits godets cancéreux, ayant l'aspect de plaques du favus ou de grosses pustules varioliques, s'observent sur sa surface. L'intérieur de l'organe est également rempli de masses cancéreuses, blanches, fermes, criant sous le scalpel et n'offrant aucune trace de ramollissement. Elles varient en grosseur du volume d'un pois à celui d'une noisette.

La vésicule est distendue par de la bile noirâtre, mais le canal cystique est libre. Le rate présente seulement une teinte blafarde. Le pancréas est sain.

Dans les organes génitaux urinaires, on rencontre quelques lésions assez remarquables. Les reins sont peu volumineux, mous et anémiés; la couche corticale surtout a subi une décoloration marquée. Les ovaires, plus petits qu'à l'état normal, renferment un certain nombre de petites masses cancéreuses, si bien que tout l'organe semble changé en ce tissu de nouvelle formation. L'utérus est sain et offre l'atrophie qui résulte de l'âge.

Il nous reste à décrire les altérations les plus intéressantes et les plus nombreuses, celles qui siégent sous le péritoine. Cette dernière membrane est parsemée de granulations éparses ou confluentes, semblables à des grains de semoule pour la forme et pour l'aspect, et variant en volume du grain de millet à la lentille; toutes d'un blanc assez vif; toutes fermes et criant sous le scalpel. Les unes saillantes, les autres ou ne dépassant pas la surface environnante, ou offrant une légère dépression, et attirant à elles les tissus voisins, atrophiques en un mot. Ces dernières sont entourées d'un réseau vasculaire très finement injecté, s'étendant à un centimètre à peu près de distance. Elles s'observent principalement au bord adhérent de l'intestin, dont elles occupent à peu près toute la longueur. Fort rares au contraire sur l'intestin lui-même, à peine en existe-t-il cinq ou six, et encore fort petites. On n'en aperçoit également que quelques-unes sur l'estomac.

En revanche, les replis épiploïques sont pour ainsi dire criblés de ces mêmes granulations. L'épiploon gastro-hépatique est presque transformé en une masse cancéreuse. Le grand épiploon renferme aussi de nombreuses granulations de volume variable.

Dans le cul-de-sac recto-vaginal, sous le feuillet séreux qui tapisse la paroi postérieure du vagin, nous avons trouvé encore d'énormes plaques cancéreuses, qui font une saillie considérable dans la cavité du péritoine, mais qui n'ont pas intéressé les parois du vagin. Les ganglions lymphatiques de l'abdomen n'offraient aucune trace de tissu de nouvelle formation.

Examen microscopique. — Les granulations, situées sous la plèvre, présentent, après avoir été écrasées sous une plaque de verre et placées sous le foyer du microscope, les élémens suivans :

1° Des fibres de tissu cellulaire peu onduleuses, larges de 0,mm001 à 0,mm002 au plus; elles sont entrecroisées sous divers angles, dans le champ des verres grossissans.

2° Des noyaux cancéreux, à bords nets, d'une forme ronde ou ovoïde, de 0,mm01 à 0,mm02 de diamètre. Ils sont pourvus d'un nucléole, variant de 0,mm001 à 0,mm003 et de granulations réfractant fortement la lumière, ayant l'aspect graisseux.

Quelques-uns de ces noyaux sont libres, mais la plupart présentent une enveloppe pâle, cellulaire, plus ou moins arrondie ou polygonale, dont le diamètre varie de 0,mm02 à 0,mm04.

3° Un grand nombre de granulations moléculaires et des gouttelettes ayant l'aspect graisseux, d'une teinte ambrée, réfractant fortement la lumière, à bords très foncés, à centre très brillant. Diamètre : 0,mm001 à 0,mm01.

Les granulations et les masses de tissu anormal placées dans l'épiploon et dans le foie, offrent les mêmes élémens, mais il s'y trouve bien moins de noyaux cancéreux pourvus de leur enveloppe cellulaire. Les élémens y sont très abondans.

Enfin, dans le duodénum, il y a très peu d'élémens cancéreux. Nous avons dû faire un grand nombre de préparations pour mettre hors de doute l'existence de l'élément anatomique morbide, qui existait sous forme de noyaux libres sans enveloppe cellulaire.

Mais nous avons constaté, dans la muqueuse de cette portion de l'intestin, des corps très curieux, irrégulièrement arrondis, d'un diamètre de 0,mm03 à 0,mm04, ne laissant pas passer la lumière réfléchie, tout à fait opaques.

Ces singuliers corpuscules, qui se réduisaient par la pression en fragmens irréguliers, nous ont paru de nature minérale et calcaire. Ils étaient constamment entourés par une enveloppe formée de fibrilles de tissu cellulaire, étroitement appliqué sur eux.

En ajoutant de l'acide acétique concentré aux préparations que nous venons de décrire, on observait la destruction rapide des élémens cancéreux et la diffluence de l'enveloppe des corpuscules du duodénum.

Sans vouloir insister sur tout ce que l'observation précédente présente d'intéressant, nous ne pouvons nous dispenser de relever les points les plus importans de son histoire. Nous ferons remarquer d'abord la rapidité de la marche pendant la vie. C'est en quelques mois que la maladie s'est développée, et a pu se terminer d'une façon funeste. L'état général est resté très satisfaisant jusqu'à une époque assez rapprochée de la mort. Aussi, en se fondant sur l'absence d'une cachexie prononcée, on a hésité d'abord à en admettre l'existence. Et d'ailleurs, pendant la vie, il a été impossible de soupçonner toutes les lésions qu'est venue découvrir l'autopsie. Il était permis seulement de songer à une altération organique de l'œsophage ou du cardia.

Relativement aux lésions anatomiques, qui occupaient un si grand nombre d'organes, elles doivent, comme nous l'avons déjà vu, être rapportées toutes à la diathèse cancéreuse. Signalons encore, comme le fait le plus curieux, le plus digne d'être noté de notre observation, le siége de prédilection des granulations cancéreuses sous les membranes séreuses de la poitrine et de l'abdomen. Le point de départ de toute la maladie est évidemment dans l'œsophage, qui nous a offert une large et profonde ulcération.

L'examen microscopique a confirmé en tous points le diagnostic porté à la vue simple. Nous ajouterons seulement, pour les corps si singuliers trouvés dans le duodénum, que M. Ch. Robin les a déjà rencontrés dans plusieurs cas d'altération des tuniques intestinales (choléra, dyssenterie et fièvres graves). L'anatomiste si habile que nous venons de citer, nous a dit qu'on a regardé ces corpuscules comme des productions végétales. Il croit, avec nous, que ce sont des agrégats calcaires, situés probablement dans les follicules malades de l'intestin.

BIBLIOTHÈQUE.

CODE MÉDICAL, OU RECUEIL DES LOIS, DÉCRETS ET RÈGLEMENS SUR L'ÉTUDE, L'ENSEIGNEMENT ET L'EXERCICE DE LA MÉDECINE CIVILE ET MILITAIRE EN FRANCE; par Amédée AMETTE, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Un fort vol. in-12 de 480 pag. Prix : 5 fr. et *franco* par la poste 5 fr. 75 c.

Paris, 1853, chez l'Auteur, à la Faculté de médecine. — Et chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Pendant que nous exprimions dans ce journal le désir de voir paraître un livre qui contînt toute la législation relative à la profession du médecin, nous ignorions qu'un fonctionnaire de l'Université, que l'homme le mieux placé, peut-être, pour donner à ce travail si important qui nous manque la garantie et l'autorité d'une longue et honorable carrière administrative, nous ignorions, en un mot, que M. Amette, secrétaire-général de la Faculté de médecine de Paris, mettait la dernière main à l'œuvre pour la publication du *Code médical*.

Cet ouvrage, qui vient de paraître, est commencé depuis l'année 1846. Les promesses, toujours ajournées d'une législation nouvelle ont empêché M. Amette de nous donner plus tôt son livre. Les derniers décrets des 10 avril et 7 septembre 1852, s'ils n'ont pas réglé d'une manière définitive la loi qui doit régir notre profession, ont du moins encouragé l'auteur à ne pas attendre d'avantage, et notre bibliographie va s'augmenter ainsi d'un des ouvrages les plus utiles qu'elle puisse compter dans son catalogue.

Voici le plan du *Code médical*, et sur cette première donnée nous croyons pouvoir lui prédire un succès assuré.

L'auteur l'a divisé en trois parties : *études, enseignement, exercice*.

La première de ces trois parties renferme toute la législation qui concerne l'étudiant en médecine. Elle sera pour lui le guide indispensable qu'il devra consulter dans la marche de ses études. Et cette première partie ne s'adresse pas seulement à l'étudiant, elle intéresse autant et bien plus encore les parens qui devront la consulter pour savoir à quelles époques se prennent les inscriptions, quand et comment se subissent les examens, quel est le prix de ces différens actes de scolarité, etc. Les familles n'ont eu, jusqu'à présent, d'autres indications à cet égard, que celles qui leur étaient données par les élèves eux-mêmes. C'était donc un très grand service à leur rendre que de mettre sous leurs yeux tous les documens officiels dont la connaissance réduira à ses limites rigoureuses la somme des sacrifices qu'elles s'imposent pour l'éducation de leurs enfans et leur permettra aussi de les suivre pas à pas et de loin comme de près, dans tous les détails de leur vie d'étudiant.

La seconde partie comprend toutes les lois, tous les actes de l'autorité universitaire qui réglementent la profession de l'enseignement. L'aide d'anatomie, le prosecteur, le chef des travaux anatomiques, le chef de clinique, l'agrégé, le professeur, toute cette famille enseignante trouvera dans ce Code la loi qui la concerne, les devoirs qu'elle doit remplir, les obligations qui lui sont imposées.

La troisième partie enfin s'adresse exclusivement au praticien. Les relations habituelles de l'auteur avec les membres du corps médical, si savant en général, l'ont cependant mis à même de reconnaître à quel point ils ignorent les dispositions législatives, même les plus élémentaires de leur profession. Demandez, par exemple, au médecin, docteur ou officier de santé, au moment où il reçoit son diplôme, demandez-lui quelle formalité préliminaire et indispensable il doit remplir. Il n'y en aura peut-être pas un sur cent qui sache qu'il faut le faire enregistrer dans le délai d'un mois après la fixation de son domicile au greffe du tribunal de première instance et à la préfecture ou à la sous-préfecture de l'arrondissement dans lequel il voudra s'établir. Cette formalité a cela d'utile cependant, qu'elle sert à former les listes officielles des individus qui seuls ont le droit d'exercer la médecine. La fraude si déplorable et si dangereuse de l'exercice illégal serait donc facilement dévoilée et prévenue si la précaution de l'enregistrement des diplômes était rigoureusement exécutée.

Tout le travail de M. Amette est dans cet esprit-là : faire connaître la loi et la nécessité de s'y soumettre.

Nous aurons souvent occasion de parler de cet ouvrage et de nous autoriser de lui. Mais dès aujourd'hui nous tenons à appeler l'attention de nos lecteurs sur cette publication si utile.

Le *Code médical* doit être le manuel indispensable du médecin, il doit nécessairement figurer dans sa bibliothèque, son utilité et la modicité de son prix ne laissent aucun doute à cet égard.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 14 Décembre. — Présidence de M. MÉLIER.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

M. Fr. DUBOIS continue ainsi :

M. Boyer, naturellement calme, attentif et patient, privé de cette première culture de l'esprit qui, en élevant l'intelligence, la dispose aux grandes conceptions, M. Boyer, dis-je, a dû instinctivement se tourner vers un genre d'enseignement qu'il trouvait naturellement à sa portée,

---

ou les plongent dans l'obscurité, suivant qu'ils leur sont favorables ou nuisibles. On a beau ne vouloir se laisser conduire que par les faits, la théorie mène fatalement les hommes malgré eux et sans qu'ils s'en aperçoivent. A une époque peu éloignée de nous, au commencement même de ce siècle, on ne voyait dans les hôpitaux de Paris aucun cas de chlorose; les esprits étaient au solidisme.

Il est des faits qui disparaissent avec les époques. Exemple : les grandes épidémies du moyen-âge, le scorbut, l'ergotisme et les névroses singulières qui produisirent, au moyen-âge, les trembleurs des Cévennes et les convulsionnaires de St-Médard, etc.

Certaines maladies se modifient avec le temps, par la disparition ou le retour d'influences occultes, désignées sous le nom de constitutions médicales. C'est par l'histoire de la médecine que nous apprenons l'existence antérieure des faits qui, aujourd'hui, ont complètement disparu, et que nous retrouvons la trace des modifications éprouvées par d'autres.

Tout se tient en médecine : le présent, le passé, l'avenir ne forment qu'un tout continu, dont chaque fraction a sa racine dans ce qui a été et prépare ce qui sera.

De toutes ces considérations résulte l'utilité des études historiques. Leur danger est, dit-on, de conduire au découragement et au scepticisme par le spectacle de la lutte continuelle des idées et des systèmes qui, tour à tour, sont renversés ou triomphans. Mais ce danger est moins réel qu'imaginaire. L'histoire bien faite est une source féconde de précieux enseignemens, en montrant quelle épuration merveilleuse la science a dû subir pour arriver au degré de netteté et de pureté où nous la voyons aujourd'hui.

L'histoire de la médecine présente de grandes difficultés qui dépendent de ce que, d'après la loi même de son existence et de ses progrès, la médecine n'a jamais pu se développer dans l'indépendance et la liberté. Elle a été obligée de suivre la marche des autres sciences, en sorte que, pour comprendre le passé des connaissances physiologiques et pathologiques, il ne faut pas les étudier isolément, mais les considérer dans leurs rapports avec les autres sciences. C'est ainsi que la médecine a toujours dû se mettre à la suite du mouvement philosophique aux diverses époques, et emprunter à la philosophie non seulement l'idée-mère qui la domine, mais encore ses systèmes et ses méthodes. A la philosophie ancienne, elle a pris sa méthode de l'hypothèse; à la philosophie moderne ou naturelle, elle a demandé, un peu tard, il est vrai, sa méthode d'induction, brillamment inaugurée par les belles découvertes de Newton et de Galilée. Ce n'est pas seulement à la philosophie que la médecine a été liée dans sa marche et son développement, elle l'a été d'une manière non moins intime aux sciences physiques et chimiques. Ainsi, lorsqu'au XVIe siècle, le génie de Paracelse mit au monde la nouvelle analyse chimique qui ruina de fond en comble l'ancien système de la philosophie grecque, la médecine monta ses doctrines sur les idées de la chimie nouvelle. Il faut donc, quand on veut écrire une histoire complète de la médecine, faire la part de l'influence qu'ont exercée sur elle la marche et le développement de la physique et de la chimie.

Une autre loi du développement des sciences médicales, est de suivre les progrès de la société et de la civilisation. L'histoire nous montre, en effet, la médecine progressant en raison de la culture d'esprit des peuples et de l'avancement des institutions sociales. Dans une histoire de la médecine, il faut donc, pour comprendre celle-ci, la mettre en regard de l'état général de la société aux différentes époques.

Enfin, il est deux sortes de connaissances qu'il est indispensable de posséder, pour faire avec fruit l'étude de l'histoire d'une science telle que la médecine, pour comprendre et juger sainement les systèmes et les doctrines. C'est, d'une part, la connaissance de la vie intime des hommes qui ont établi ces systèmes ou fondé ces doctrines; c'est, d'autre part, la connaissance du langage employé par les auteurs aux différentes époques de la science.

La biographie d'un auteur éclaire ses ouvrages. On sait, par les détails de la vie intime d'un homme, par la connaissance de ses mœurs, de son caractère, de ses relations, quel degré de confiance on doit accorder à ses ouvrages, et l'on trouve souvent, dans quelques circonstances particulières de sa vie, l'explication des influences qui l'ont inspiré et qui l'ont poussé dans la voie qu'il a parcourue.

D'une part, à mesure que les sciences marchent, leur langage se modifie. L'interprétation et la signification des mots change avec les temps. En ne tenant pas compte de ces changemens, on s'expose à commettre de graves erreurs. C'est ainsi que, par ignorance du langage chimique, à l'époque de Sylvius, certains auteurs raillent l'illustre chef de l'école iatro-chimique, d'avoir pensé que, dans le corps humain, il y a du mercure et du soufre, et que des modifications éprouvées par ces substances résultent certains actes physiologiques ou morbides. Or, au temps de Sylvius, les chimistes étaient convenus d'appeler *mercure* tout ce qui est volatil, et *soufre* tout ce qui est inflammable dans le corps humain. Les iatro-chimistes n'entendaient nullement, par ces expressions métaphoriques, dire qu'il y a, dans le corps humain, du mercure ou du soufre en nature. C'est dans le langage de la chimie du temps que l'on découvre le secret de ces doctrines, qui paraissent ridicules et absurdes aux yeux des hommes ignorans ou superficiels.

(*La suite à un prochain numéro*).

NOMINATIONS. — M. Grimaud (Pierre-Chéri), second pharmacien en chef de la marine, à Rochefort, a été admis à faire valoir ses droits à la pension de retraite, à titre d'ancienneté de services.

M. Blache (Jean-Antoine-Romain), second médecin en chef de la marine, a été promu au grade de premier médecin en chef hors cadre.

Ont été nommés ou promus dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de second pharmacien en chef, M. Sabouraud, pharmacien, professeur de la marine.

Au grade de chirurgiens de 1re classe, MM. Ollivier et Colson, chirurgiens de 2e classe.

Au grade de chirurgiens de 2e classe, MM. Vidal et Grenet, chirurgiens de 3e classe.

Au grade de chirurgiens de 3e classe, MM. Pelon, Le Pennec et Bonnet, étudians.

et dont il reconnaissait l'utilité immédiate. C'est donc à l'école de Desault qu'il s'attacha de préférence, et pour n'en jamais sortir : aussi disait-il que la reconnaissance et la vérité lui faisaient un devoir de déclarer que c'était dans les leçons de cet homme célèbre, enlevé trop tôt à l'humanité et à la chirurgie, qu'il avait puisé la partie méthodique de son ouvrage.

Méthode fort simple, du reste, car dès les premières pages M. Boyer prend le squelette humain pour en énumérer et en décrire toutes les pièces, en commençant, comme de coutume, par le classique *frontal* ou *coronal*. Et il faut bien le reconnaître, Messieurs, nous avons tous suivi cette méthode qui, après tout, est celle qui convient le mieux aux commençans; aussi, et malgré les éloquentes protestations de Bichat, qui s'écriait que la nature ainsi considérée est repoussante, et que de telles méthodes tuent le génie sans soulager la mémoire : de Bichat qui soutenait que si Desault eût vécu il aurait brisé lui-même l'autel qu'il avait élevé; malgré, dis-je, ces éloquentes protestations, c'est toujours la méthode de Boyer qu'on suit d'abord dans nos écoles, ce sont toujours ses classiques divisions qu'on adopte : l'*ostéologie* d'abord, puis la *myologie*, etc., pour finir par la *splanchnologie*.

Mais il faut dire que M. Boyer avait exagéré jusqu'aux défauts de son école ; on l'a vu prétendre que toute recherche, toute élégance, toute élévation de style est un *contre-sens* dans les sciences !

Que pour lui, renfermé dans l'enceinte des amphithéâtres, livré aux occupations les plus pénibles et souvent les plus dégoûtantes, il ne pouvait avoir d'autres prétentions que de dire des choses vraies et utiles, sans s'inquiéter des formes de son langage.

Son but a été atteint : il n'a rien omis, rien négligé, il a pu donner à son livre le titre de *Traité complet d'anatomie*. Mais qu'en est-il résulté? C'est que le premier ouvrage qui a suivi le sien le dépassant en faits de détails, a été par cela même plus complet, et par cela même préféré.....

M. Boyer était alors dans toute la force de l'âge et dans toute la plénitude de son talent; personne n'aurait pu lui disputer la palme; l'Académie royale de chirurgie avait cessé depuis longtemps d'exister; une mort soudaine venait de lui enlever ses deux maîtres, Desault et Chopart; restaient Pelletan et Sabatier, mais le premier semblait ne chercher de gloire que dans l'art de bien dire, et le second était arrivé à l'âge où il pouvait se reposer dans sa sienne. On comptait encore Lassus et Lallement, mais autant celui-ci se laissait séduire par le charme des lettres, autant l'autre semblait se plaire dans une oiseuse érudition; quant à Deschamps et à Giraud, on ne pouvait que rendre justice à leur honnête et très estimable médiocrité. Un seul aurait pu peut-être lutter avec M. Boyer, sinon par le savoir, du moins par le zèle et l'habileté : c'était Antoine Dubois; mais une expédition à la fois scientifique et guerrière l'avait d'abord entraîné loin de son pays, et déjà il préludait aux études qui, dans une autre partie de l'art, devaient élever si haut sa renommée.

M. Boyer était donc seul en mesure de suffire aux exigences d'un enseignement à la fois théorique et pratique. Je ne dirai pas qu'il tenait le sceptre de la chirurgie, car il n'avait rien de ce qu'il faut pour tenir un sceptre : ni les manières imposantes, ni le ton impérieux, ni le despotisme des procédés, ni l'absolutisme des doctrines; mais je dirais volontiers que, comme Atlas, il semblait porter le monde chirurgical sur ses épaules.

On le voyait mener de front, et chaque jour, quatre genres différens d'enseignement : l'*anatomie*, dont je viens de parler, la *médecine opératoire*, la *pathologie externe*, et la *clinique chirurgicale*.

Je reviendrai plus tard sur les leçons de clinique, et je n'ai qu'un mot à dire sur le cours de médecine opératoire. Ce n'était plus de sa part un enseignement officiel, c'était un cours particulier, beaucoup moins suivi que celui de pathologie externe, mais très fructueux pour ceux qui ne tenaient ni à une diction choisie, ni à l'élégance des manœuvres; l'utilité en était si bien reconnue, qu'on s'accordait à dire que, pour qui l'avait bien suivi, il était impossible de ne pas savoir à fond la médecine opératoire; mais pour cela il fallait, en quelque sorte, s'attacher au joug même du professeur, et le suivre pas à pas dans ce rude sillon qu'il creusait chaque jour.

Quant au cours de pathologie externe, c'était le plus estimé et le plus suivi de l'époque, et sa vogue a duré pendant plus de quinze ans; c'était aussi le plus exactement rétribué et le plus fructueux pour le professeur.

Je demande pardon de l'expression, qui d'ailleurs n'aurait pas offensé M. Boyer, mais il considérait lui-même ses leçons comme une marchandise de si bon aloi et si bien acquise, qu'il ne se faisait aucun scrupule d'en surveiller lui-même la vente, et il ne croyait pas du tout se compromettre, lui professeur déjà rétribué par l'état, en présidant à la perception du droit imposé à chaque auditeur.

Chacun savait, du reste, qu'il y avait dans son amphithéâtre bon nombre de pauvres élèves qui s'y étaient glissés par contrebande; on les lui dénonçait même parfois : Bah ! disait M. Boyer, fermons les yeux, je n'ai jamais fait autrement moi-même quand j'étais jeune !

Que de générations, Messieurs, ont suivi ces mémorables leçons de pathologie externe ! Presque tous rédigeaient des cahiers; M. Boyer était bien aise de voir et d'entendre courir toutes ces plumes sur le papier. Parmi tous ces jeunes écrivains, il en était un qui avait plus particulièrement fixé son attention, et qui lui plaisait par la vivacité de ses manières et son remarquable talent de rédaction : c'était Richerand, dont les écrits devaient avoir plus tard tant d'éclat et de retentissement.....

Que si maintenant, Messieurs, j'avais à caractériser ce bel ouvrage (*Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*) dans son ensemble, empruntant à M. Roux une pittoresque comparaison, je dirais volontiers qu'il ressemble à certains monumens grandioses des arts qui semblent inachevés, parce qu'ils sont dépouillés d'ornemens, et qui n'en frappent pas moins par leurs belles lignes architecturales et par leur noble simplicité. Mais les livres, Messieurs, ont aussi leurs destins ! Fasse le ciel que des mains téméraires ne viennent pas un jour altérer cette noble simplicité, en essayant d'élever d'informes constructions sur ces assises éternelles !

Mais il est temps que je m'arrête dans cet exposé déjà bien long des travaux de M. Boyer. Après l'avoir montré dans son enseignement de l'anatomie d'abord, puis de la médecine opératoire, de la pathologie externe et de la clinique chirurgicale, je l'ai examiné comme écrivain, comme l'auteur du plus vaste traité de chirurgie des temps modernes; j'ai dit en même temps quelles fonctions il avait remplies, quelles places il avait occupées, de quels honneurs il avait été revêtu, mais tout cela nous avait fait en quelque sorte oublier l'homme dans sa vie privée; nous l'avions perdu de vue depuis le moment où, nommé chirurgien gagnant-maîtrise, il était devenu un personnage public et officiel. Il convient maintenant de le reprendre au terme de cette carrière si honnêtement, si laborieusement parcourue, au sortir de ce palais des Tuileries où l'avait appelé la confiance de l'empereur; nous allons de nouveau pénétrer dans sa vie intime, et chercher si la fortune, les honneurs, si l'âge enfin avaient apporté en lui de notables changemens.

Pour ma part, Messieurs, je n'oublierai jamais l'impression que fit sur moi ce grand chirurgien, la première fois que je me trouvai en sa présence.

Je sortais de l'Hôtel-Dieu, où j'avais vu un chef de service grave, silencieux, d'une belle et noble figure, mais l'air froid et dédaigneux; il portait un habit vert boutonné, une cravate noire, un chapeau enfoncé sur les yeux. La foule muette qui entourait chaque lit se rangeait devant lui avec une sorte de crainte respectueuse : c'était Dupuytren, alors à l'apogée de sa réputation.

A la Charité, c'était un tout autre spectacle : un homme assez avancé en âge, couvert d'une redingote d'une nuance passée, un mouchoir de couleur roulé autour du cou, les mains derrière le dos, semblait se promener avec quelques élèves, de lit en lit; il était de taille moyenne, d'une physionomie douce et affable, mais peu distinguée; le dos bon et rond, suivant l'expression de Diderot; la tête dans les épaules, un peu inclinée sur la poitrine; les yeux petits, mais vifs et spirituels et regardant les nouveaux venus avec un mélange de curiosité et de malice : c'était M. Boyer qui n'avait encore rien perdu, sinon de son habileté, du moins de sa sagacité chirurgicale.

Après la visite des malades et avant d'entrer dans l'amphithéâtre, il allait chaque jour s'asseoir sur une table de chêne à l'extrémité de la salle, et là, les jambes pendantes et les mains croisées sur son tablier, entouré d'un petit groupe d'élèves curieux d'entendre ce Nestor de la chirurgie, il se livrait à de bonnes causeries sur un ton familier, avec un entrain et une verve inexprimables. Celui qui n'a pas vu M. Boyer dans ses momens d'intimité et d'abandon, ne l'a pas connu. C'était son coin du feu à lui, et tous ses élèves étaient ses enfans; il y en avait un ordinairement qui était le point de mire de ses plaisanteries, surtout s'il arrivait d'une province qui y prêtait.

Les examens à l'École étaient encore, pour M. Boyer, une occasion de montrer toute cette bonhomie aiguisée de malice : il est vrai que l'acte probatoire n'était guère probant, mais il comptait sur ses collègues. C'étaient comme à l'hôpital, des récits pleins de rondeur, de causticité et de bons sens. Comme il avait vu de près la plupart des grandes célébrités contemporaines, il était intarissable en ses anecdotes, ou plutôt en ses contes qu'il assaisonnait non pas précisément de sel attique, mais de sel gaulois, bien gros et bien piquant. C'était dans ces occasions qu'il faisait ses professions de foi en toute matière, même en ce qui concernait la science. Il croyait peu à la médecine, et il s'appuyait de l'autorité de M. Corvisart, qui, disait-il, n'y croyait pas plus qu'il ne faut y croire.

J'ai dit que dans ses écrits, qui tous ont été sérieux, il n'avait pas tenu tout à fait assez compte des heureuses innovations de son siècle. Quand il était assis au milieu de son petit groupe d'élèves, il y mettait bien moins de façons et de réserve : c'étaient des railleries interminables sur les nouvelles conquêtes chirurgicales dont on faisait tant de bruit. Il en était une réelle et grande par-dessus toutes, qu'il avait d'abord trouvé très incrédule et très irrévérencieux, mais à laquelle son bon sens avait fini par se rattacher entièrement, je veux parler de la *lithotritie*. La première fois qu'on en fit l'essai devant lui, il dit d'un ton un peu goguenard à M. Leroy-d'Étiolles, qui manœuvrait sous ses yeux avec une grande prestesse : *Monsieur, je vois bien la queue de la poêle, mais je ne vois pas ce que vous faites frire!* Paroles un peu triviales, si l'on veut, mais qui exprimaient parfaitement, et les hasards d'une opération faite un peu en aveugle, et l'impression qu'elle faisait sur lui.

Une autre opération plus délicate encore, mais qui n'a pas la même gravité, la *staphyloraphie*, ne trouva pas d'abord non plus en lui un grand admirateur, il finit aussi par s'y rendre et en reconnaître tout le mérite; mais la première fois qu'on lui présenta un malade dont le voile du palais avait été ainsi réuni, il se contenta de lui dire d'un air un peu narquois : *Eh bien, monsieur, vous allez devenir un grand orateur !*

Mais, je le répète, M. Boyer avait fini par rendre pleine et entière justice aux travaux de ses contemporains, par accueillir et préconiser tout ce qui s'était fait d'avantageux en chirurgie. Je reviens aux habitudes de sa vie privée. Voici quel était l'ordre invariable de ses journées.

Il se levait régulièrement à cinq heures du matin en été, et à six en hiver; une heure après il était à l'hôpital; de neuf à dix heures il rentrait chez lui, se faisait coiffer, mettait une culotte courte, des bas de soie noire, des souliers pointus, et donnait ses consultations jusqu'à midi; il faisait alors un très frugal repas, puis, à une heure, s'il était d'acte, il allait à l'École; dans le cas contraire, il montait en voiture et allait visiter ses malades de la ville; sa tenue était excellente, il portait un costume simple et sévère, qui annonçait une grande aisance; sa conversation auprès des malades était modérément enjouée, il les encourageait, et savait arrêter ses visites dès qu'elles n'étaient plus absolument nécessaires.

Rentré chez lui vers six heures, il se mettait à table et en sortait à sept pour se retirer dans son cabinet; c'était pour travailler à son grand ouvrage : il en a dicté presque tous les chapitres, tout en fumant sa pipe et en buvant quelques verres de bière.

Il écrivait cependant et composait avec une grande facilité, car il lui est arrivé plus d'une fois de laisser une phrase inachevée, de sortir, et à son retour de reprendre la plume pour terminer son paragraphe, comme si rien n'avait interrompu le cours de ses idées. A dix heures et demie il se couchait dans un lit aussi large que long, et qui lui fut toujours commun avec Mme Boyer, et le lendemain il recommençait exactement le même genre de vie.

M. Boyer n'allait jamais dans le monde, il est douteux qu'il ait été deux fois en sa vie au spectacle; il racontait seulement que lors d'un voyage à Bruxelles, un soir, n'ayant rien de mieux à faire, il avait conduit son fils à la comédie : aussi était-ce un événement.

Mais par cela même qu'il était toujours demeuré étranger au monde, il n'avait jamais attaché le moindre prix à ces distinctions, à ces titres et à ces honneurs qui font la joie et le désespoir de tant de gens. Quand l'Empereur lui avait accordé le titre de baron, il l'avait accepté avec une respectueuse déférence, mais jamais on ne l'a vu attacher ce titre à son nom, et se faire annoncer avec cette qualification; il n'affichait aucun dédain pour les titres de noblesse, il n'était pas homme à se draper dans un superbe mépris, et à refuser avec éclat des faveurs tant recherchées par d'autres; mais, en petit comité, il riait de sa baronie, et ne s'égayait pas moins sur les titres et les décorations de quelques-uns de ses confrères.

Les événemens ont prouvé, Messieurs, que ce n'était ni par vanité, ni par esprit de dénigrement qu'il semblait ainsi fouler ce vain luxe de titres, d'honneurs et de fortune. Le jour de l'abdication de l'Empereur, ceci est historique, il dit à M. Hervez de Chégoin : « Je perds aujourd'hui ma dotation, qui est de 25,000 fr. de traitement, et en même temps ma place de premier chirurgien de l'Empereur : j'ai cinq chevaux, j'en vendrai trois, je garderai la voiture qui ne me coûte rien, je lirai ce soir un chapitre de Sénèque, et je n'y penserai plus. »

Voilà un des côtés du caractère de M. Boyer; je vais en faire connaître d'autres non moins respectables.

J'ai dit que, connaissant le prix de l'argent, il avait pu paraître un peu âpre au gain et d'une économie un peu sordide; je l'ai montré faisant lui-même la collecte pour ses cours, et j'aurais pu ajouter que plus tard il s'était fait le vendeur de son grand ouvrage de chirurgie; que c'était chez lui, dans son hôtel, et de ses propres mains, qu'on allait en faire l'acquisition, moyennant le prix fixé par lui; mais tout cela tenait à ses principes de rigide probité; ce qu'il exigeait des autres, il aurait trouvé juste et naturel qu'on l'exigeât de lui-même, et là où il fallait être généreux et libéral, il l'était. On vient de voir avec quelle philosophie, avec quelle sérénité il sut accepter un changement de fortune; il faut dire maintenant quelle était sa bienfaisance, et quelle part y prenait Mme Boyer.

Mme Boyer, issue de parens plus pauvres encore que ceux dont était sorti son mari, n'aimait pas autant que lui à parler de ses commencemens, mais jamais non plus elle n'oublia sa famille; et de même que M. Boyer, à son retour d'Espagne, était aller visiter les siens dans sa petite ville d'Uzerches, de même Mme Boyer fit, de son côté, un voyage à Amiens, sa ville natale, et descendit dans les bas quartiers pour y combler de bienfaits quelques pauvres parens.

Le seul chagrin que madame Boyer ait causé à son mari, mais profond et irrémédiable, ce fut le jour où elle lui fut enlevée, c'est-à-dire le 15 mars 1832. Depuis lors, M. Boyer ne traîna plus qu'une existence triste et décolorée; à l'hôpital, au milieu de ses élèves, il semblait encore retrouver quelques éclairs de gaîté, mais hors de là, il était taciturne, sombre, lourd et mélancolique; rien, désormais, ne l'attachait à la vie; il avait abandonné sa maison de campagne de Vincennes. Qu'irai-je y faire? disait-il, Mme Boyer n'y est plus! Il ne voulait plus même se faire faire d'habit; et s'il sortait, ce n'était guère que pour aller au cimetière de l'Est visiter la tombe de cette épouse tant regrettée. Seulement, il continua de se livrer, et plus encore peut-être que par le passé, à des actes de bienfaisance qu'on a trop peu connus, car loin d'en faire étalage, il prenait grand soin de les cacher.

Il avait, avant tout, deux pauvres familles à secourir : la sienne et celle de Mme Boyer. Il n'est aucun de ses parens qui ne se soit ressenti de ses bienfaits; mais c'est principalement sur sa bonne sœur, Marie Boyer, qu'il se plut à les répandre. Après la mort de Vareilaud, son époux, il lui assura une pension viagère de 1,200 fr.; il recueillit chez lui ses enfans, et les mit en mesure d'arriver à une honnête position. Son frère avait laissé plusieurs enfans : il fit à l'aîné une pension de 800 fr., c'était un pauvre père de famille, et une pension de 600 fr. au plus jeune, qui n'avait pas d'enfans; et il avait eu soin de stipuler que ces petites pensions seraient reversibles sur leurs veuves. Il assura également des secours aux parens de madame Boyer.

C'étaient là des bienfaits qu'il n'a pu entièrement cacher; mais il en était d'autres qu'on ne put connaître qu'en le prenant en quelque sorte sur le fait. Il y mettait un mélange de délicatesse, de bonhomie et d'originalité qui tenait à son caractère.

Ainsi dans les salles de son hôpital, où il y avait tant de maux à guérir et tant de misères à soulager, M. Boyer après les secours de son art, distribuait de nombreuses aumônes, mais pour cela il attendait que les élèves et les gens de service fussent éloignés, et alors, se glissant entre les lits, il allait interroger les malades qui étaient sur le point de sortir, il leur demandait ce qu'ils comptaient faire, quelles étaient leurs ressources, leurs moyens d'existence. On l'entendit un jour dire à une pauvre femme qui allait quitter l'hôpital : « Ma bonne femme, voulez vous me rendre un petit service? — Comment donc, Monsieur Boyer, mais de tout mon cœur! — Eh bien, lui dit-il en lui glissant dans la main une belle pièce de 5 francs, faites-moi le plaisir de passer pour moi ce vieil écu rogné! » D'autrefois, s'adressant à de pauvres ouvriers, il donnait à celui-ci de quoi acheter un outil dont il avait besoin, à cet autre de quoi s'assurer un petit logement, mais toujours après de nombreuses questions, et toujours pour bien placer ses aumônes.

Mais depuis longtemps la santé de M. Boyer s'affaiblissait; en 1833, le 16 novembre, après sa visite à la Charité, il éprouva un malaise général et quelques frissons; il fit néanmoins comme de coutume, et avec beaucoup de lucidité, sa leçon de clinique chirurgicale; il donna même quelques consultations aux malades du dehors, mais rentré chez lui il ressentit de vives douleurs lombaires qui l'obligèrent de se mettre au lit. Il espérait en être quitte pour une première attaque de colique néphrétique, mais au lieu de se borner à une simple expectation, M. Boyer se fit faire une très forte application de sangsues; il en résulta une grande perte de sang, et presque aussitôt il tomba dans un état de prostration dont il ne fut plus possible de le relever.

L'adynamie fit de rapides progrès, et malgré les soins éclairés de son ami M. Lherminier, son collègue à l'hôpital de la Charité, il succomba le 25 novembre, à l'âge de soixante-seize ans et demi.

Jusque dans l'expression de ses dernières volontés, M. Boyer s'est

montré ce qu'il avait été toute sa vie, un homme simple, modeste, ennemi du faste et de l'ostentation. « Je veux » a-t-il dit (dans un testament en date du 13 avril 1832, au moment où le choléra sévissait avec le plus de fureur), « je veux que mes funérailles soient faites de la manière la plus » simple et la moins coûteuse, et qu'il ne soit prononcé aucun discours » par qui que ce soit. »

M. Boyer a été obéi, personne n'est venu arrêter son cercueil sur le bord d'une tombe pour y exhaler des douleurs réelles et profondes, sans doute, mais qu'il était mieux d'épancher en famille ou dans le sein d'un ami.

Les corps savans eux-mêmes ont attendu que M. Boyer fût pleinement entré dans la postérité, avant de porter un jugement sur sa personne et sur ses travaux. Vingt années s'étaient écoulées quand l'initiative d'éloges si bien mérités a été prise par la Faculté, et malgré les périls d'une inévitable comparaison, j'ai dû, messieurs, répondre à votre impatience, et vous associer à ces hommages.

Puissent les paroles que je viens de prononcer ne point paraître trop indignes et de cette grande mémoire et de l'Assemblée qui m'a fait l'honneur de m'entendre !

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 8 Décembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Tumeur ostéo-sarcomateuse de l'os iliaque droit.

M. HUGUIER présente une malade affectée d'une tumeur ostéo-sarcomateuse de la partie postérieure et supérieure de l'os iliaque droit, sur la nature de laquelle il désire appeler l'attention de la Société.

Cette malade est une femme de 36 ans, qui, pendant le cours d'une grossesse, ressentit, sans cause connue, des douleurs dans la fesse droite, et sentit, dans cette région, une tumeur qui avait le volume d'un œuf.

A dater du moment de la parturition, les douleurs devinrent plus vives et plus fréquentes, et elles prirent le caractère lancinant; la tumeur s'accrut rapidement. Cette femme, entrée à l'hôpital Beaujon le 9 décembre 1852, fut examinée alors pour la première fois. Voici quel fut le résultat de cet examen : la fesse droite présente un volume considérable, elle l'emporte sur la fesse gaucbe d'environ la moitié de la tête d'un adulte.

Elle a en dimension verticale. 0,29
— borizontale 0,26
Proéminence de la fesse droite. . . . . 2 cent.
De la crête iliaque au pli sous-fessier droit. . . . 31 cent.
— — gauche. . . 27 cent.
Du sommet du coccyx à l'épine iliaque antérieure droite . . . . 39 cent.
Id. *id.* gauche. . 34 cent.

En cberchant à limiter le pourtour de la tumeur, on trouve que sa circonférence a environ 60 centimètres.

Par la palpation, on constate qu'il existe, au-dessous du muscle graud fessier, une tumeur qui dépasse d'environ 2 centimètres son bord inférieur; qui soulève surtout son insertion supérieure à la crête iliaque, sans la dépasser ; qui ne dépasse pas non plus ses insertions sacrées, et qui en dehors ne s'avance pas jusqu'au trochanter. La tumeur est donc maintenue, pour ainsi dire, de tous côtés par les insertions du muscle en question.

Cette tumeur n'a pas une dureté absolue, mais cependant elle n'est pas molle (sa consistance n'a pas varié depuis son début) ; elle n'est pas non plus fluctuante ni franchement élastique; elle est tellement adhérente aux os que, lorsqu'on cherche à l'ébranler, le bassin tout entier est mis en mouvement ; elle est cependant un peu mobile sur elle-même. Elle n'est pas inégale, ni bosselée, ni multilobée ; elle ne donne pas de sensation de crépitation quand on la malaxe. Elle ne diminue pas de volume sous l'influence de la compression.

La peau qui la recouvre n'est pas altérée dans sa température ni dans sa couleur, mais elle est parcourue par quelques veines bleuâtres.

La main appliquée est légèrement soulevée par des battemens isochrones aux pulsations artérielles.

A l'auscultation, on croit entendre des bruits de battemens, surtout à la partie supérieure, là où la tumeur est recouverte par l'aponévrose seule du muscle grand fessier; mais ces bruits sont faibles, confus et éloignés. On n'y constate point de transparence.

Par le toucher vaginal, on trouve le col utérin normalement situé, la partie supérieure du vagin est très dilatée; le doigt n'y rencontre aucune tumeur intra-pelvienne. Par une ponction avec le trois-quart explorateur, on n'obtient que du sang.

Les douleurs que la malade éprouve sont tantôt spontanées, tantôt le résultat de divers froissemens. La station assise détermine des douleurs hypogastriques. Depuis quelques semaines seulement, ces douleurs s'étendent jusque dans la cuisse et même la jambe droite.

Cependant, la malade peut faire exécuter à son membre inférieur droit tous les mouvemens dont il est normalement susceptible.

La sensibilité est parfaitement conservée dans ce membre. La circulation ne paraît non plus nullement entravée ; l'artère pédieuse bat avec autant de force au pied droit qu'au pied gauche.

Il n'y a jamais eu de troubles dans les fonctions physiologiques des organes pelviens. La miction, la défécation s'accomplissent régulièrement.

Enfin, la santé ne paraît pas se ressentir du développement de cette tumeur; l'appétit, le sommeil sont bien conservés; il n'y a pas eu jusqu'ici le moindre amaigrissement.

Jusqu'ici, pour tout traitement, on a essayé l'emploi de la pommade d'iodure de plomb, mais sans aucun avantage.

En résumé, M. Huguier pense que l'on a affaire ici à une tumeur ostéo-sarcomateuse de la partie postérieure de l'os iliaque droit, avec développement anormal du système vasculaire.

Il ne croit pas que la tumeur soit formée uniquement aux dépens du périoste; il se garde bien cependant d'une affirmation trop absolue.

Prenant en considération la profondeur du siége de la tumeur, sa nature probablement sarcomateuse, le peu de retentissement qu'elle a jusqu'ici sur la santé générale, M. Huguier pense qu'on doit s'abstenir de toute opération.

Il n'émet, toutefois, cette opinion qu'avec réserve, et exprime le désir que ses collègues veuillent bien l'éclairer de leurs avis.

M. ROUX croit, comme M. Huguier, que la tumeur ne communique point dans l'intérieur du bassin; il ne pense pas non plus qu'elle ait aucune connexion avec l'articulation ; il lui a paru qu'elle confinait avec le rebord de la fosse iliaque. Quant à la question de savoir si elle fait partie de l'os, ou si elle n'occupe simplement que les espaces celluleux intermusculaires, M. Roux, sans l'affirmer toutefois, est porté à croire que c'est cette dernière hypothèse qui est la vraie. Il y a, il est vrai, un défaut de mobilité de la tumeur sur la base et des muscles sur la tumeur qui pourraient en imposer à cet égard. Ce défaut de mobilité tient probablement à des adhérences entre la tumeur et les muscles, mais il ne pense pas que ce soit là une tumeur périostale, sorte de tumeur que l'on ne rencontre que très rarement dans cette région.

Quant à la nature de cette tumeur, M.Roux est porté à croire qu'elle est cancéreuse. Quoi qu'il en soit, pour lui, il n'hésiterait pas à opérer, et il ne serait pas arrêté par la considération d'une adhérence possible avec l'os: on en serait quitte, en ce cas, pour ruginer la surface de l'os. M. Roux a actuellement dans son service un cas analogue à celui que vient de présenter M. Huguier; c'est un homme qui porte une tumeur qui entoure tout l'humérus. Ce cas offrira même probablement plus de difficultés à l'opération que celui-ci, car tout porte à croire que l'artère et le nerf se trouvent intriqués dans le tissu morbide.

Note sur une hydropisie du sinus maxillaire.

M. FOLLIN lit, de la part de M. Verneuil, la note suivante :

Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un jeune homme de 25 ans environ, destiné aux manœuvres opératoires. Il n'existait au dehors aucune difformité. Mais la cavité du sinus gauche était complètement remplie par un mucus visqueux, tenace, filant et élastique, d'un jaune sale, translucide, un peu opalin en certains points. L'examen microscopique y constate la matière amorphe du mucus, avec quelques cellules d'épithélium cylindrique dont les cils vibratiles ne sont plus distincts.

Ce liquide adhère fortement à la muqueuse et ne s'écoule dans aucune des positions que l'on donne à la pièce, même à travers une large incision, encore bien moins par l'orifice du sinus qui est resté libre et qui est situé, non pas dans le point où le décrivent généralement les auteurs, mais bien à la partie antéro-supérieure du sinus, immédiatement derrière le canal nasal, dans le point où les intéressantes recherches de M. Giraldès ont démontré qu'il siégeait dans l'immense majorité des cas. Le mucus, entraîné par un filet, laisse à nu la muqueuse, qui est le siége d'arborisations vasculaires bien marquées, mais qui ne paraît pas beaucoup augmentée d'épaisseur. On trouve çà et là de petits kystes folliculaires du volume d'un grain de millet. Cette membrane est, du reste, partout continue et adhère assez faiblement aux os sous-jacens. Après son ablation, sa paroi osseuse est encore recouverte d'une même couche périostique. L'examen le plus attentif ne me permit pas de reconnaître les vestiges des parois d'un kyste assez développé pour remplir la cavité de l'antre d'hygmon. Les os sont, du reste, parfaitement sains; ils ne sont ni amincis, ni distendus. Notons cependant que la dent de sagesse correspondante achève son évolution et que le tissu spongieux de l'alvéole qui l'entoure paraît visiblement injecté et se laisse facilement diviser avec le scalpel. Quoique la racine de cette molaire ne pénètre pas dans la cavité du sinus, il est possible que cette circonstance ne soit pas sans influence sur le développement de l'hydropisie.

La pituitaire n'est pas épaissie, elle offre sa coloration normale. Le périoste antérieur se détache avec la plus grande facilité.

M. Verneuil conserve à cette affection le nom d'hydropisie du sinus maxillaire, désignant par là l'accumulation pure et simple du mucus secrété par la paroi dans sa cavité. L'absence de distension de celle-ci n'est pas une objection à cette dénomination, car la quantité du liquide importe peu à la nature de la maladie, tout en reconnaissant la fréquence des kystes folliculaires du sinus, et la possibilité qu'ils ont de simuler l'hydropisie de cet organe ; il pense que les deux maladies peuvent exister. On ne saurait davantage, pour nier l'hydropisie simple, invoquer la ressemblance qui existe entre le liquide des kystes et celui de la pièce précédente. La sécrétion de la paroi du sinus dépendant en résumé de la présence des follicules qui s'hypertrophient dans le premier cas.

M. GIRALDÈS demande à faire une petite rectification à l'une des assertions contenues dans cette note. Il n'est pas exact qu'il ait reconnu, ainsi qu'on le lui fait dire, que ce fût là une véritable hydropisie du sinus maxillaire. Il ne s'est d'autant moins prononcé à cet égard d'une manière aussi explicite, que ce fait n'a à ses yeux aucune valeur en ce qui concerne la question d'anatomie pathologique soulevée dans son mémoire; il ne prouve ni pour ni contre. Cependant, en considérant l'état des parois du sinus, la nature du liquide analogue à celui que renferment habituellement les kystes de cette région , il serait plutôt disposé à croire que ce que M. Verneuil considère comme une hydropisie n'est en réalité autre chose qu'un kyste dont les parois auraient été détruites. C'est là, du reste, répète M. Giraldès, un fait qui ne prouve rien jusqu'à nouvel ordre, mais dont, à l'occasion, il sera utile de tenir compte.

M. ROUX craint que M. Giraldès ne se laisse un peu entraîner, dans l'appréciation de faits de cette nature, par les préoccupations de son esprit et par l'opinion arrêtée qu'il s'est faite sur l'origine de la maladie dont il s'agit. Il n'est pas nécessaire, pour admettre l'existence d'une hydropisie du sinus, que la collection de liquide en soit venue au point d'écarter les parois osseuses du sinus. La cavité du sinus maxillaire est assez ample pour qu'il s'y forme une collection de liquide sans qu'elle se traduise au dehors par une saillie apparente. C'est précisément un exemple de ce genre qu'a observé M. Verneuil dans le cas qui vient de nous être communiqué.

M. GIRALDÈS : M. Roux fait une hypothèse en admettant dans le cas en question l'existence d'une hydropisie. La vérité est que nous ignorons ce que c'est. La complète analogie du liquide recueilli dans ce cas, avec le liquide contenu habituellement dans les kystes du sinus me fait incliner à croire que c'était plutôt un kyste ; mais en réalité nous n'en savons rien , et je repète que c'est un fait qui, pour le moment, ne prouve rien.

M. FORGET : M. Giraldès reproche à M. Roux de faire une hypothèse; mais il en fait lui-même une bien plus grande et plus gratuite, en supposant que c'est un kyste détruit et dont il n'existe plus aucune trace. La description faite par M. Verneuil tend au contraire à faire présumer qu'il s'agissait bien là d'une hydropisie produite probablement par un état pathologique spécial, peut-être inflammatoire, de la membrane muqueuse du sinus. Rapporter cela à un kyste, c'est, je le répète, une pure hypothèse, et une hypothèse d'autant plus gratuite, que ces kystes dont parle M. Giraldès sont, à en juger par leur fréquence, un état plutôt normal que pathologique.

M. GIRALDÈS n'a pas dit, comme M. Forget vient de le lui faire dire, que le kyste eût disparu par résorption de ses parois, mais qu'il s'était rompu, ce qui est bien différent. M. Forget parle d'inflammation de la membrane muqueuse, mais il n'a pas vu la pièce ; s'il l'avait vue, il ne parlerait pas d'inflammation dont il n'existait aucune trace.

La note de M. Verneuil sera insérée à la suite du mémoire de M. Giraldès, dans le bulletin de la Société.

— M. LEBERT lit la suite de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques.

M. Alphonse GUÉRIN lit un mémoire ayant pour titre : De la méthode à laquelle il convient d'avoir recours dans l'amputation de la continuité des membres.

Le mémoire de M. Guérin est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Robert, Larrey et Michon.)

La commission chargée de l'examen du mémoire de M. Broca, sur les luxations de l'astragale, présente les conclusions suivantes :

1° Insérer le mémoire de M. Broca dans le recueil des mémoires de la Société ;

2° Admettre M. Broca comme membre titulaire.

La première conclusion est mise aux voix et adoptée.

La Société procédera, dans l'une des prochaines séances, au scrutin d'élection.

La séance est levée à cinq heures et demie.

HYGIÈNE.

COURRIER.

Une erreur commise par un préposé à la pharmacie de la rue de la Lingerie, 15, a amené, ces jours derniers, devant le tribunal correctionnel de la Seine (8e chambre), les sieurs Grujard et Chambard, pharmaciens associés, sous la prévention de blessures par imprudence. Des deux sœurs, Marie et Catherine Klopp, qui se sont portées parties civiles, la dernière seulement, la plus jeune, a pu se rendre à l'audience; l'autre est dans un état si grave, que sa vie est menacée. Il est résulté des débats qu'au lieu de sous-carbonate de fer, le pharmacien avait livré du kermès minéral, dont ces deux demoiselles ont pris 2 grammes d'un seul coup. Presque aussitôt, elles ont éprouvé des douleurs vives d'estomac et d'entrailles; mais l'une a vomi abondamment, ce qui l'a soulagée; tandis que l'autre conserve depuis cette époque une gastrite chronique qui rend l'alimentation impossible.

Sur les conclusions conformes du ministère public, le tribunal a renvoyé M. Chambard de la plainte; au point de vue de la responsabilité pharmaceutique, a condamné M. Grujard à un mois de prison, 50 fr. d'amende, et solidairement avec M. Chambard, ce dernier comme civilement responsable en qualité d'associé : 1° à payer aux demoiselles Klopp une somme de 3,000 fr. ; 2° à leur servir, pendant dix ans, une pension viagère de 1,200 fr., reversible pour 800 fr. sur la tête de la survivante, et a fixé à deux années la durée de la contrainte par corps.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Iconographie ophthalmologique, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. SICHEL, professeur d'ophthalmologie, médecin oculiste des maisons d'éducation de la Légion-d'Honneur, etc.

Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons, composées chacune de 28 pages de texte grand in-4°, et de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau avec le plus grand soin.

Les livraisons 1, 2 *et* 3 *sont en vente.*

Une livraison paraîtra toutes les six semaines. — Prix de chaque : 7 fr. 50 c.

Recherches sur l'épidémie de typhus de la ville de Tours en 1814, par M. le docteur CHARULAY. In 8. Tours, 1852.

Relation d'une épidémie non encore décrite et qui fit périr 1,672 personnes.

Traité des Fièvres intermittentes, par Auguste BONNET, docteur-médecin, chevalier de la Légion-d'Honneur, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, membre correspondant de la Société médicale d'émulation, de la Société de médecine pratique de Paris. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. In-8 de 460 pages. Prix : 6 fr. — Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Cet ouvrage sera analysé.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 152. SIXIÈME ANNÉE. Mardi 21 Décembre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SYPHILOGRAPHIE.

HOPITAL DU MIDI. — Service de M. le docteur PUCHE.

VÉGÉTATIONS SITUÉES SUR LA VERGE; — EXCISION SUIVIE D'ULCÈRES INOCULABLES.

Rimb..., âgé de 18 ans, cultivateur, entré le 11 août 1852, salle 8e, lit n° 12.

Le sujet de cette observation est un jeune homme parfaitement constitué, d'un tempérament plutôt sanguin. Jamais il n'a été malade; jamais d'affection vénérienne d'aucune sorte; la feuille d'observation portait : « Végétations du frein et des environs, un centimètre de chaque côté; datant de deux mois, sans renseignemens. ».

Voici les détails obtenus à grande peine : Vers la fin du mois de mai dernier, le malade a eu des rapports avec une femme publique; à la suite, sa verge est devenue rouge, tuméfiée, légèrement douloureuse. Trois semaines plus tard, de petits boutons se sont montrés et ont été l'origine de végétations. Au dire du malade, ces végétations auraient commencé de chaque côté du frein. Pendant deux mois, il y a eu une suppuration très abondante; les végétations saignaient facilement. Depuis le mois de mai, le malade n'a plus contracté de rapports sexuels.

Du 11 août, jour de son entrée à l'hôpital, jusqu'au 22 octobre, c'est-à-dire pendant deux mois, le malade a été traité par la poudre de sabine et d'alun. Le 22 octobre, M. Puche excisa avec des ciseaux des végétations situées dans la rainure du gland et une au méat. La partie était exempte de toute ulcération; les végétations étaient rameuses, assez développées, d'une couleur rosée, parfaitement sèches. (Lotions chlorurées, coton cardé.)

L'excision n'a été suivie de rien de particulier; mais, le 29 octobre, les petites plaies avaient l'aspect de chancres; la base des végétations enlevées simulant une induration.

État actuel, 30 octobre. — Il y a sur la verge 7 ulcérations; l'une d'elles occupe le méat, les autres sont situées de chaque côté du frein, 4 à gauche, 2 à droite. De plus, elles se correspondent toutes deux à deux, c'est-à-dire que, situées partie dans la rainure du gland, partie sur le repli du prépuce, elles sont disposées de telle sorte, qu'elles se touchent deux à deux. Ces ulcérations, irrégulièrement arrondies, ont l'étendue d'une très grosse lentille; elles ont des bords taillés à pic, le fond de l'ulcère est déprimé, grisâtre, etc.; en un mot ces ulcérations ont tous les caractères des ulcérations vénériennes.

Pas de taches sur la peau, rien à l'anus. Petits ganglions inguinaux; pas de pléiades cervicales; le malade n'a jamais fait de traitement mercuriel.

2 Novembre. La dureté qui forme la base de chaque ulcération subsiste, malgré l'emploi des cataplasmes. Avec une lancette propre, on inocule le pus fourni par les ulcères, à la partie supérieure et droite de l'abdomen.

3 Novembre. Rougeur autour de la piqûre, prurit.

4. Gonflement, pustule acuminée, ayant un point noirâtre dans son milieu.

5. La pustule a le volume d'une grosse noisette; suppuration.

7. Apparition d'un furoncle sur le dos du pied gauche.

9. La pustule est affaissée; la croûte noire a augmenté de volume. Cette croûte enlevée, on trouve le fond de l'ulcère déprimé, grisâtre, légèrement granulé. (Inoculation de cette ulcération à la partie gauche de l'abdomen.)

Quant aux ulcères de la verge, ils sont toujours avec une base dure; mais leur surface est plus rouge, plus saillante. Ils semblent végéter et prendre les caractères de l'*ulcus elevatum*.

10. Les ulcères de la verge sont de plus en plus proéminens; ils font un relief de 1 millimètre 1/2; ils sont rouges, granulés, grisâtres par places, saignant facilement. La surface est plus étendue que la base d'implantation; les bords sont renversés en bas et en dehors.

L'ulcération du gland, située à droite du filet, est cicatrisée. Le méat est divisé en deux par une bride transversale.

La deuxième inoculation, faite le 9, a donné lieu à une petite pustule du volume d'une lentille, avec un cercle inflammatoire et un empâtement périphérique. Elle suppure au deuxième jour, présente un petit point noir dans son centre. La première pustule d'inoculation a été plus grosse et plus engorgée que la deuxième : elle a suppuré plus lentement.

12. On a tenté l'inoculation du furoncle; insuccès.

19. Les inoculations, sous l'influence de l'emplâtre de Vigo, ont diminué d'étendue; l'engorgement disparaît en grande partie. Les ulcères de la verge restent stationnaires; l'un d'eux, à droite, est moins granuleux, sa surface s'élargit, devient grise, et simule une papule muqueuse.

30. L'une des inoculations, la seconde, est cicatrisée; l'autre diminue tous les jours. Leur base présente une certaine résistance. Rien sur la peau. Pas de traitement.

15 Décembre. Tous les ulcères sont à la période de réparation. La santé générale est excellente. Pas de manifestations constitutionnelles. Il y a bientôt sept mois que le malade a contracté les végétations. Il y a quatre mois qu'il est à l'hôpital sans traitement aucun.

RÉFLEXIONS. — Dans l'état actuel de la science, peut-on expliquer un fait aussi singulier? On peut, à ce sujet, faire deux hypothèses : 1° il y a eu inoculation accidentelle des plaies résultant de l'excision; 2° les végétations seraient syphilitiques.

1° Dans la première supposition, on peut accuser soit les instrumens, soit les pièces de pansement, ou bien enfin soupçonner des rapports anormaux de la part du malade.

Une paire de ciseaux a seule été employée; ces instrumens, qui servent fréquemment, sont, il est vrai, susceptibles d'être souillés par le pus virulent. Mais ils sont toujours lavés et essuyés après chaque opération. De plus, c'était la première opération du jour, et il y avait trois jours que les ciseaux n'avaient servi.

Comme pansement, le malade n'a jamais employé que du coton cardé, qui est le même pour tous. On a cité, il est vrai, des cas d'inoculation par les pièces de pansement; mais, dans ce cas particulier, rien ne fait supposer qu'il en ait été ainsi.

Quant aux rapports anormaux, le malade les nie formellement.

2° Les végétations seraient syphilitiques. L'opinion qui place les végétations sous la dépendance exclusive de la syphilis, nous semble au moins exagérée. Pour nous, la végétation est le résultat de toute irritation locale; ainsi, la malpropreté, l'eczéma, l'herpès, la disporportion des organes sexuels, les ulcérations simples ou syphilitiques, etc., peuvent être l'origine de végétations du gland ou de la vulve. On a vu des végétations anales consécutives à l'emploi exagéré des lavemens.

L'étiologie de la végétation, envisagée sous ce large point de vue, est-il permis de considérer cette affection comme une et toujours même. Ou bien faut-il admettre la végétation consécutive aux irritations simples, végétation qu'on pourrait appeler vulgaire; et la végétation, je ne dirai pas syphilitique, mais qui s'implante sur une ulcération syphilitique, cette dernière ayant des caractères symptomatiques propres. La question ainsi posée, la fréquence relative de la végétation vénérienne deviendrait moins grande et cette variété formerait plutôt l'exception.

Pour résoudre ce problème, il faudrait un certain nombre d'observations qui nous manquent. Mais le fait que nous publions est-il de nature à éclairer la question? Ce fait est rare et exceptionnel, nous avons plusieurs observations de végétations qui, excisées et placées dans les mêmes conditions, n'ont jamais présenté une semblable terminaison. M. Puche

Feuilleton.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR L'ÉTAT MENTAL D'UN ALIÉNÉ HOMICIDE, AVEC DES CONSIDÉRATIONS SUR CE QUE L'ON DOIT ENTENDRE PAR LA MONOMANIE HOMICIDE; par M. le docteur MOREL, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe).

(Suite. — Voir les numéros des 7, 9 et 14 Décembre.)

§

L'observation que je viens de rapporter me fournira, j'espère, une occasion d'émettre, à propos de médecine légale des aliénés, quelques considérations qui ne seront pas sans importance pour la pratique. J'ai déjà publié, dans mes études cliniques sur l'aliénation mentale, que les diverses monomanies incendiaires, homicides et autres, qui formaient autrefois autant d'entités maladives, n'avaient plus aujourd'hui leur raison d'être désignées ainsi. Ces actes, que l'on avait trop isolés du phénomène principal, n'en sont à nos yeux que les conséquences. On ne sera donc pas étonné si je ne considère pas Chanel comme un monomane homicide. Mais, en agissant ainsi, je ne cède pas aux conséquences d'une théorie préconçue. Je m'incline devant l'inflexibilité des faits dont la stricte observation ne me révèle que des tendances maladives, résultat d'une affection principale, et non pas une maladie existant par elle-même et pouvant être désignée sous le nom de *monomanie homicide*. Mais avant d'aborder l'étude de ces faits, ne serait-il pas utile de dégager la théorie de Pinel et d'Esquirol, et plus tard de Marc et de Georget, des motifs qui l'ont produite? Je serai, à ce propos, obligé de me citer, mais par là même, je serai aussi court et aussi explicite que possible.

« Les doctrines médicales qui régnaient au moment où Pinel et Esquirol se rendaient si célèbres par leurs écrits, ces doctrines, appliquées aux questions physiologiques, n'amenaient à ne voir partout que des affections, des maladies locales, et à ne tenir qu'un compte médiocre de ce principe d'unité dont les écoles spiritualistes cherchent à faire ressortir l'importance. Pinel et son école furent amenés naturellement à cette idée, que l'aliénation, dans certaines circonstances, pouvait n'être qu'un phénomène circonscrit, isolé, local, ne portant que sur un sujet. Ils y furent amenés d'autant plus naturellement, que cette théorie de la monomanie était non seulement d'accord avec la logique de leurs principes philosophiques, mais avec leurs sentimens. Combien, en effet, le malheureux aliéné, objet d'effroi et d'horreur pour les préjugés populaires, n'était-il pas réhabilité dans l'opinion si l'on établissait que sa raison, égarée sur un point, était parfaitement saine d'ailleurs, et qu'il était, sauf une erreur de détail, semblable ou supérieur à ceux que nos préventions avec le plus de plaisir.

» Nous comprenons parfaitement que des médecins d'une si haute valeur scientifique aient admis le fait, selon nous, très contestable de la monomanie. Nous pensons que leur système, à cet égard, en contribuant à dissiper des préventions cruelles, a été essentiellement utile. Mais aujourd'hui, ces préventions commencent à disparaître, et la vérité, telle que nous la concevons, peut se produire sans danger. Elle peut même, si les conséquences de notre théorie ne nous égarent, donner des nouvelles garanties aux aliénés et fournir de nouveaux enseignemens à la médecine légale (1). »

Après ces préliminaires, je me trouvais engagé à aborder plus directement la question, et pour en arriver à rejeter d'une part les différentes monomanies comme existant indépendamment de la maladie principale, et de l'autre à ne plus les considérer que comme des tendances et des symptômes. Je me demandais : peut-il y avoir dans la stricte rigueur des termes un délire essentiellement circonscrit, local, exclusif et laissant, du reste, la raison parfaitement intacte?

Mes argumens principaux avaient pour base les lois qui dirigent une intelligence à l'état normal. Il ne peut, disais-je, exister d'erreur durable et permanente qui ne tienne à tout un système erroné. « L'hypothèse du délire exclusif, sur un point, ne me semble pas soutenable; car de même que tout se tient, disais-je, dans la série des phénomènes visibles de l'univers, tout se tient aussi dans la série des invisibles idées de l'esprit. Il est prouvé que les idées mêmes qui nous viennent du monde extérieur, et remontent à une origine accidentelle, ne sont comprises par notre entendement qu'autant qu'il les subordonne à quelques principes déjà formulés en lui-même et qui établissent entre elles une certaine relation logique.... L'unité et l'harmonie de l'univers se reflètent donc dans l'unité et l'harmonie de l'intelligence... L'unité dans les actions multiples de notre esprit, cette unité à laquelle nous aspirons sans cesse, peut être fort mal entendue, mais elle n'en est pas moins la tendance perpétuelle de notre esprit, parce qu'elle est la loi la plus impérieuse... Les idées se créent par des rapprochemens, c'est dire assez que la pensée ne vit et ne se meut que parce qu'elle est hiérarchisée. Les élémens étrangers et réellement divers qu'elle puise dans le monde extérieur ne s'assimilent à elles que lorsqu'elle les a fait entrer dans la circulation de ses idées générales; lorsqu'elle les a mis en rapport avec les principes universels qui constituent son point de vue....

« Il en est, à cet égard, de la société comme des individus; à chaque époque, il y a des faits qui sont parfaitement constatés; mais comme ils ne sont pas en harmonie avec les méthodes reçues, avec les idées essentielles qui dominent, ils restent infertiles et insignifians; ils n'ont pu être encore assimilés à la science...

» Pour peu que l'on réfléchisse à la nature humaine, il sera visible que la perversion d'un seul penchant, d'un seul instinct, étend nécessairement ses ravages à tous les autres; et d'ailleurs tout sentiment général s'irradiant par la nature même de notre constitution, dans une foule de sentimens particuliers, on peut se rendre compte par cela seul de ce qu'a d'incomplet la théorie de Pinel et d'Esquirol... M'appuyant sur un exemple pris au hasard, j'ajoutais : Ce malheureux, qui est fou d'orgueil, s'imagine qu'il est fils de Louis XVI; au premier abord, comme tout est coordonné dans son esprit, on croit qu'à part cette imagination

(1) *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales, considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés* (page 412).

a lui-même excisé des végétations reconnaissant pour cause un coït suspect, et jamais les plaies n'ont pris le caractère chancreux. Nous avons plusieurs fois aussi tenté l'inoculation du pus provenant d'une balano-posthite compliquant des végétations, et constamment nous avons échoué.

Quoi qu'il en soit, le fait n'en subsiste pas moins, et c'est l'impossibilité dans laquelle nous nous sommes trouvés de lui donner une explication positive, qui nous a engagés à en faire connaître tous les détails, laissant à chaque lecteur le soin de tirer les conclusions.

F. DOLBEAU,
Interne du service.

PATHOLOGIE.

DE L'HYPERTROPHIE DES GLANDES MUCIPARES ;

Par M. le docteur LEBERT.

Les maladies que l'on peut désigner sous ce nom constituent des affections en apparence bien diverses, et qui ont pourtant entre elles une grande affinité physiologique. Nous les partageons en trois groupes : dans le premier il sera question de l'hypertrophie des follicules simples et formant des kystes ; on les rencontre au col utérin, aux lèvres, sur le bord des paupières, dans les sinus maxillaires, dans les glandes lenticulaires de l'estomac et les follicules clos des intestins et de la vessie. Le second groupe comprendra les glandes acineuses en grappes, les glandes labiales, buccales, palatines, vulvo-vaginales. Dans le troisième groupe enfin, il sera question de glandes composées, à follicules clos multiples, telles que les amygdales, les glandes de Peyer, etc.

Le type et la forme la plus fréquente de l'hypertrophie des follicules clos est celui de ces glandules du col utérin auxquelles on avait donné le nom si impropre d'œufs de Naboth. Cette affection, que nous avons souvent observée, a été fort bien décrite par M. Robin (1) dans son mémoire sur la membrane muqueuse du col utérin et dans son travail récent sur quelques hypertrophies glandulaires. Nos études sur ce point concordent du reste avec cet excellent travail. A l'état normal, M. Robin décrit ces glandules comme ayant 1 millimètre à 1 millimètre et demi sur un quart ou un tiers de millimètre de largeur, à orifice étroit et présentant quelquefois des culs-de-sacs rudimentaires latéraux. On y distingue une membrane propre et quelques couches d'épithélium cylindrique devenant vibratile près de l'orifice. A l'état d'hypertrophie, ces follicules se rencontrent seuls et isolés sur les plis de l'arbre de vie ou sur les lèvres du col. On les trouve en masse beaucoup plus considérables dans la forme de polypes, appelés utéro-folliculaires par M. Hugier. L'orifice s'obstrue et disparaît ; cependant en le cherchant avec quelque soin, on peut encore le retrouver. M. Robin indique la conservation de l'orifice comme constante sur ces kystes, opinion que je ne puis point partager. La paroi s'épaissit et peut devenir presque fibreuse, l'épithélium augmente de quantité, mais bien moins que le contenu muqueux. A mesure que celui-ci s'accroît, l'épithélium s'altère, et beaucoup de ses cellules subissent l'infiltration granuleuse ; c'est ce qui fait que le mucus, qui était d'abord d'un gris perlé et transparent, devient trouble et jaunâtre ; des petites hémorrhagies peuvent même survenir dans ces cavités et donner au contenu un aspect brun et poisseux. Quant à ces glandules comme élément constituant des polypes utéro-folliculaires, il ne peut en être question qu'à l'occasion des polypes des membranes muqueuses en général ; sujet en dehors du but de ce travail. M. Robin, dans sa note sur quelques hypertrophies glandulaires (p. 15), parle d'une troisième sorte d'hypertrophie des glandes du col, qui est multiple et provoque un engorgement du col, duquel on fait suinter, par la pression, une matière demi-liquide, comme contenant du sable mouillé. Ces tumeurs peuvent s'ulcérer et simuler alors le cancer. L'essence de cette affection est une hypertrophie de la couche épithéliale d'une multitude de glandules, et ces épithéliums finissent par s'infiltrer dans le tissu utérin après l'atrophie de la paroi propre des glandules. On voit que cette forme se rapproche de la maladie que nous avons décrite dans notre traité sur le cancer, sous le nom de cancroïde épithélial de l'utérus.

Les kystes muqueux des lèvres et des paupières sont situés ordinairement près des bords libres. J'avoue que je n'ai pas encore une entière certitude qu'il agit d'une manière constante, d'une hypertrophie glandulaire et qu'il n'y ait pas plutôt une formation autogène de kystes. J'ai observé un kyste de ce genre sur le lobe de l'oreille ; j'en ai vu plusieurs fois sur les bords des lèvres tellement en dehors, que l'existence physiologique de glandes mucipares pourrait y être révoquée en doute. Ces petites tumeurs ne dépassent guère le volume d'un gros pois ou d'une petite noisette, et aux paupières elles n'excèdent point celui d'une lentille ou d'un très petit pois. Leur paroi est mince, revêtue intérieurement d'une couche épithéliale, et ils contiennent un liquide jaunâtre, demi-transparent, gluant, tenant le milieu entre la consistance du mucus et du miel. Frerichs (1) les a examinés et y a trouvé une albuminate de soude, une substance ressemblant à de la pyine, un peu de graisse et des sels du sérum du sang ; la quantité des substances fixes a varié entre 5 et 7 pour cent.

Dans la paupière, ces petites tumeurs sont plus étroitement enchâssées dans la substance ambiante, tandis qu'aux lèvres j'ai vu plusieurs fois les extraire en totalité ; c'est là que j'ai trouvé leurs parois presque fibreuses. S'il m'était permis de hasarder une nouvelle hypothèse sur leur origine, j'indiquerais la possibilité qu'il y ait là une dilatation en forme d'ampoule d'un conduit excréteur d'une glande mucipare, plutôt qu'une glandule entière dilatée. Très probablement, du reste, leur origine est multiple et variée. J'ai recueilli 12 cas de ce genre, dont 8 siégeaient à la lèvre inférieure, 2 aux paupières, 1 à la face interne de la joue et 1 à la partie inférieure de l'oreille. Cette affection paraît beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ; j'ai trouvé le rapport de 5 à 1 (10 hommes et 2 femmes). J'ai observé 1 cas avant l'âge de 5 ans, 3 de 5 à 10, mais la plus grande fréquence a été de 25 à 30, savoir : 4 cas, 2 de 35 à 40, 1 de 40 à 45, et 1 chez un vieillard de 86 ans.

On a décrit une espèce de glandules particulières situées sur les gencives, les glandules tartriques de Serres (*glandulæ tartaricæ*), mais il résulte des recherches de Koelliker (1) sur ce sujet, que ce ne sont pas de véritables glandules, mais de simples amas concentriques d'épithélium, quelquefois revêtus d'une membrane d'enveloppe commune dans lesquels on trouve en outre des cristaux de cholestérine. Ce sont là des corps en tout analogues à ceux que j'ai décrits sous le nom de globes concentriques d'épiderme. Koelliker les déclare de nature pathologique, mais dans sa description il met un peu plus de réserve et se demande, s'il y a là une formation morbide ou une transformation de parties physiologiques.

Parmi les kystes d'origine glandulaire mucipare, nous citerons enfin l'observation récente de M. Giraldès (2), qui a communiqué à la Société de chirurgie, dans la séance du 10 mars, un travail sur les glandules du sinus maxillaire et leur dilatation morbide. Il divise ces kystes en deux ordres, suivant qu'il y a simple dilatation du conduit glandulaire ou que toute la masse glandulaire est dilatée ; les premiers de ces kystes sont petits, miliaires, quelquefois multiples, les seconds peuvent atteindre le volume d'un marron et peuvent être également multiples.

Ces tumeurs renferment un liquide blanc, filant, visqueux, souvent chargé de cholestérine ; lorsqu'elles sont multiples ou très volumineuses, elles distendent le sinus, en amincissant les parois.

D'après ses recherches, M. Giraldès serait porté à croire que la maladie connue sous le nom d'hydropisie du sinus est constituée par ces kystes muqueux.

Nous avons plusieurs fois observé l'hypertrophie des petites glandules lenticulaires de l'estomac qui avaient atteint le volume d'une petite lentille et même d'un petit pois et siégeaient surtout autour du cardia. C'étaient des follicules clos, renfermant un liquide muqueux et de l'épithélium cylindrique. Nous avons observé aussi l'hypertrophie des follicules isolés des intestins. Leurs parois alors s'épaississent, le liquide devient muqueux, et les épithéliums ne sont plus reconnaissables que par l'existence de quelques noyaux ou de cellules infiltrées de granules.

Les anatomistes ne sont pas d'accord sur l'existence ou l'absence de follicules clos dans la membrane muqueuse vésicale. Huschke (3), très compétent dans cette matière, les admet et dit que la membrane muqueuse vésicale contient de nombreux, mais de très petits follicules mucipares, qui deviennent plus marqués dans le catarrhe vésical. J'ai vu plusieurs fois ces follicules notablement élargis, dans des affections chroniques des voies urinaires, avec hypertrophie de diverses tuniques de la vessie. C'est surtout autour du col que l'on rencontre dans ces cas de petites taches jaunâtres qui présentent l'aspect de petits grains de semoule, et varient entre 1/2 et 1 millimètre de largeur. Dans tous les cas observés par moi, ils étaient arrondis, aplatis, de forme nummulaire, d'un jaune pâle et terne. En examinant cette muqueuse avec des grossissemens de 30 à 40 diamètres, on voyait distinctement qu'il s'agissait de petits follicules clos, situés dans l'épaisseur de la muqueuse, entourés d'une membrane propre et résistante qui les délimitait d'une manière tranchée de toutes les parties ambiantes. En faisant l'étude histologique de ces petits corps, on trouve dans la membrane la structure anhyste de la membrane propre des glandes, et dans l'intérieur un liquide jaunâtre, montrant beaucoup de granules d'apparence graisseuse, et des cellules à formes irrégulières, remplies en partie de ces mêmes granules, mais montrant dans quelques-unes encore un noyau interne.

Ces petits follicules me rappellent des corps analogues, mais dans lesquels je n'ai pas constaté d'épithélium interne, et que M. Corvisart (1) a décrits sur la partie du péricarde qui se replie sur les gros vaisseaux, et que j'ai examinés d'autant plus près, que j'ai fait un rapport à la Société anatomique sur ce travail. J'avoue que je ne suis pas encore fixé sur la nature glandulaire de ces corps, ni sur leur origine normale ou pathologique. J'en parle ici pour attirer sur ce point l'attention des anatomistes et des pathologistes.

Nous arrivons au second groupe de glandules mucipares acineuses, dont l'hypertrophie ne commence à être bien connue, au moins pour celles de la cavité buccale, que depuis très peu de temps. Il est d'autant plus nécessaire de posséder sur ces affections des notions précises, que nous les avons vu plusieurs fois prendre pour cancéreuses ; tandis qu'en réalité, elles constituent des affections purement locales et beaucoup plus faciles à opérer qu'on ne serait porté à le croire de prime abord.

Nous allons donner d'abord une bien courte esquisse anatomique de ces glandules, d'après Kœlliker (2).

Les glandules muqueuses de la cavité buccale sont acineuses, rondes, à surface bosselée, de 1 à 5 millimètres de grandeur ; elles versent leur sécrétion par un conduit excréteur droit et court. On distingue selon les régions : 1° les glandes labiales situées entre les muscles et la muqueuse ; elles ont de 1 à 3 millimètres, et forment une espèce de raiseau autour de l'ouverture buccale, à commencer à 7 millimètres environ du bord rouge des lèvres ; 2° les glandes buccales se trouvent plus en dehors recouvertes par le muscle buccinateur, elles sont plus petites que les précédentes, à l'exception de celles qui se trouvent à l'embouchure du conduit du sténon et des dernières dents molaires ; 3° les glandes palatines sont situées dans la muqueuse des parties dures et molles du palais ; dans les premières, elles sont petites et dépassent à peine la moitié postérieure, tandis qu'à la partie inférieure des parties molles, elles forment une couche de glandes de 7 à 9 centimètres d'éten-

(1) Robin. *Mémoire sur la membrane muqueuse utérine*. Paris, 1848. Extrait des *Archives générales de médecine*, p. 55. — *Note sur quelques hypertrophies glandulaires*. Paris, 1852. Extrait de la *Gazette des hôpitaux*, p. 9.

(1) Frerichs. *Ueber Colloid. und Gallertgeschwülste*, Goettingue, 1847, p. 36.
(1) Koelliker. *Microscopische Anatomie*. T. II, 2e moitié. Leipzig, 1852, p. 95.
(2) Comptes-rendus de la Société de chirurgie, séance du 10 mars. *Gaz. des hôp.* du 23 mars 1852.

(3) Huschke. *Traité de splanchnologie*. Paris, J.-B. Baillière, 1845, p. 312.
(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 273.
(2) Op. cit., t. II, 2e moitié, p 34 à 39.

---

chimérique, tout est sain et raisonnable dans sa pensée ; mais étudiez-le avec plus d'attention, vous reconnaîtrez bientôt que cet orgueil dominant qui l'a conduit à ce rêve de grandeur est le fait capital, essentiel, de toute son existence qu'il déteint sur une foule de ses sentimens, de ses actes, de ses habitudes, dont il est la seule explication possible.... (1). »

La question, réduite à ces termes, me paraissait excessivement simple, et je ne voyais, dans son examen, que des conséquences utiles à déduire dans l'intérêt même des aliénés. Toutefois, un de nos honorables collègues, juge si compétent en pareille matière, M. le docteur Brierre de Boismont, ne pense pas qu'il en soit ainsi. Nous croyons, dit ce savant médecin, le moment inopportun pour « défendre cette thèse, » parce que les idées vraies que tendait à propager la doctrine d'Esquirol, sont loin d'avoir fait leur route, et qu'il est à craindre que les » nombreux opposans qu'elle a rencontrés, ne s'empressent de profiter » de cette discussion médicale pour faire une nouvelle levée de boucliers (2). »

Je répondais à M. Brierre de Boismont que je ne craignais pas de voir les jurisconsultes tirer un avantage quelconque de cette désunion. Que si nos décisions n'étaient pas toujours pour eux des décisions infaillibles, c'est qu'ils étaient persuadés que nous regardions à volonté le même individu comme aliéné sur un point, et raisonnable sur le reste... Que, d'un autre côté, en replaçant la question sur le terrain de la solidarité de toutes les idées, de tous les actes humains, nous ne détruisions pas la réalité de la prédominance de certaines idées, de certains actes ; que nous nous engagions seulement à étudier les questions plus à fond, en nous imposant l'obligation, dans les rapports médico-légaux, d'exposer, d'une manière plus approfondie, les motifs qui dirigent les aliénés, et de rattacher ces motifs à un ensemble pathologique capable de donner de ces malades une idée plus complète, de porter dans l'esprit des juges une conviction plus profonde, et d'établir enfin une démarcation plus tranchée entre ceux qui sont égarés par leurs passions et les véritables aliénés dont les actes portent le cachet de l'irrésistibilité.

§

Mais laissons maintenant les idées théoriques, pour rentrer dans le domaine des faits. Si nous ouvrons l'ouvrage de M. Marc, au chapitre de la monomanie homicide, nous voyons que le premier exemple qui nous est présenté de cette maladie, est celui de M. C..., avoué au tribunal de.....

Un jour M. C... descend à sa cave, accompagné de sa femme. Quelques instans après, la belle-sœur du malade, jeune personne de 20 ans, ne voyant pas remonter son beau-frère et sa sœur, va les rejoindre. Personne ne reparaît. Cette longue absence inquiète une servante, qui descend à son tour, et voit ses jeunes maîtresses étendues, baignées dans leur sang ! C... les avait égorgées avec un rasoir ! Ce malheureux, placé à Charenton, obtient sa sortie après plusieurs années, et cela, malgré l'avis du médecin.

Le malade vit deux ans en liberté, lorsque dix ans environ après l'invasion de la maladie, il est pris, dit M. Marc, d'un nouvel accès de fureur, et sans la vigoureuse résistance de la femme avec laquelle il vit, il l'eût précipitée par les croisées. Envoyé par le commissaire de police dans une maison de santé, M. C... est mort après quelques jours du délire le plus épouvantable, du désespoir le plus horrible, se voyant condamné aux plus affreux tourmens par la justice divine, s'accusant du plus épouvantable forfait, et voulant tour à tour se tuer et immoler tous ceux qui l'approchaient.

Pour prouver que cet individu n'était pas un monomane-homicide, je n'ai qu'à suivre pas à pas M. le docteur Marc, dans les intéressans détails que ce médecin distingué a donnés sur M. C...

Nous verrons que les actes déplorables de ce malade, sont le résultat d'une affection qui datait de très loin, et que ces actes de fureur seraient inexplicables et inexcusables, si l'on ne voulait considérer chez C... qu'une *monomanie-homicide*.

J'abrège l'observation de M. Marc, et ne donne que les détails importans.

M. C... est d'un tempérament bilieux et lymphatique, d'un caractère rêveur, taciturne et jaloux. Il demande en mariage une jeune personne de 13 ans, qui, plus tard, devient sa femme. Le mariage ne s'accomplit que quatre ans plus tard. A peine le mariage est-il consommé, que M. C... se montre d'une jalousie extrême. Il exige à tous momens la présence de sa femme dans son cabinet. Il lui arrive de renvoyer des cliens, sous le prétexte qu'ils venaient pour voir sa femme. D'ailleurs, il prodigue à celle-ci tous les soins de la tendresse la plus ardente : il est bientôt père de deux enfans.

A l'âge de 32 ans, les injustes soupçons sont remplacés par des inquiétudes hypocondriaques. Le mal augmente. M. C... accuse de la cardialgie, des flactuosités, des tiraillemens des membres, des douleurs sous-orbitaires, etc. Il lit des livres de médecine, consulte, fait des voyages : sa maladie empire. Il quitte un jour l'audience, parce que sa mémoire se perd et ses idées sont bouleversées. Il fait son testament... devient sombre et triste.... veut un jour se jeter par la fenêtre.

A 33 ans, M. C... arrive à Paris, il refuse de se mouvoir, de peur de briser les *joyaux de la couronne*. Soupçons injustes contre sa femme... refus de prendre des alimens.... Au bout de quelques semaines il va mieux... Le médecin fait venir la femme du malade et sa mère ; il ne veut pas les reconnaître. Cet état critique finit par une explosion de tendresse ; mais les craintes hypocondriaques surgissent à propos des moindres circonstances... M. C... n'ose retourner chez lui ; il craint de trouver tout en désordre. En rentrant à son domicile, il témoigne plutôt de l'étonnement que de la joie... Un jour, il caresse un de ses beaux-frères, enfant âgé de 13 ans, et en l'attirant à lui, il lui échappe ces mots : il n'en vaut pas la peine.... Quelque temps après se passe la scène épouvantable que l'on connaît !

(1) *Études cliniques*. Chapitre VIII, *De la monomanie*. Son existence est-elle compatible avec le progrès des sciences médico-psychologique et médico-légale ? (Pag. 410 à 430.)
(2) *Annales médico-psychologiques*, numéro d'octobre 1852.

que qui diminue vers le bord libre et vers la luette. Il y a également des glandules, mais en petit nombre, sur la face postérieure du voile du palais ; 4° les glandes linguales, très nombreuses, doivent être distinguées en glandes de la base de la langue, nombreuses, de 1 à 5 millim. de largeur, en glandes des bords de la langue, et en celles de la pointe, ces dernières se trouvent dans la partie inférieure de la pointe, et forment de chaque côté des agglomérations de glandules de 13 à 23 millim. de long sur 4 à 7 d'épaisseur et 7 à 9 de largeur, qui offrent cinq ou six conduits excréteurs qui s'abouchent des deux côtés du frein de la langue. Ces amas de glandules ont été bien décrits dans ces derniers temps par Nuhn. Toutes ces glandes sont composées de petits lobules et d'un conduit excréteur ramifié. Leur intérieur est revêtu d'épithélium pavimenteux de 1/100e à 1/80e de millim. de longueur, sur un peu moins de largeur, avec un noyau de 1/200e à 1/140e de millim. Chaque petit lobe primitif, ou cul-de-sac glandulaire varie entre 1/20e et 1/5e de millimètre, et montre, comme délimitation extérieure, la membrane propre anhyste du tissu glandulaire qui, extérieurement, est entourée de vaisseaux, de tissu cellulaire et d'élémens adipeux. Les épithéliums des conduits excréteurs se rapprochent plutôt de la forme cylindrique. Le produit de sécrétion naturelle de ces glandes est un mucus jaunâtre, transparens, mêlé d'élémens épithéliaux.

(*La suite au prochain numéro.*

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 27 Octobre 1852. — Présidence de M. BOUVIER.

(Suite. — Voir le numéro du 14 décembre.)

M. LEGENDRE a observé un cas tout à fait semblable à l'hôpital Saint-Antoine. Un enfant de huit mois, non cyanosé, avait chaque jour des accès de suffocation prolongés, pendant lesquels il devenait bleuâtre ; il n'avait aucun bruit anormal à la région du cœur. La mort survint durant un accès de suffocation. L'aorte était, comme dans le fait précédent, à cheval sur les deux ventricules. M. Legendre croit que la cyanose est plutôt le résultat des entraves mises à la circulation cardiaque et pulmonaire que du mélange des deux sangs, comme plusieurs médecins le soutiennent. Dans le cas rapporté par M. Roger, il faut surtout tenir compte de l'hypertrophie, qui paraît considérable eu égard à l'âge du sujet, et qui fut peut-être plus la cause du bruit de souffle que la communication anormale elle-même.

Par rapport à la longévité des enfans atteints de cyanose, on doit constater que dans l'observation présente, la mort n'a point été le résultat de la maladie du cœur et qu'elle a été causée par le croup.

M. HÉRARD pense qu'il ne faut pas ranger ce cas parmi les cyanoses causées par la communication anormale des ventricules et des oreillettes ; car, ici, la disposition de l'orifice inter-auriculaire lui paraît telle qu'on la rencontre chez bien des enfans de cet âge qui n'ont point et n'auront jamais de cyanose.

M. BOUCHUT établit, comme M. Hérard, que le vice de conformation du cœur présenté par M. Roger, ne doit pas être classé dans la catégorie des communications entre les quatre cavités du cœur, telles que les ont décrites Meckel, Gintrac et Deguise fils, dans une excellente thèse reposant sur 80 observations. C'est un cas de déplacement de l'aorte, à cheval sur la cloison ventriculaire, avec persistance du trou de Botal. La communication des quatre cavités, telle que l'ont établie les médecins qui se sont occupés du sujet, consiste dans la persistance du trou de Botal et la perforation de la cloison, les cavités ventriculaires restant normales, l'aorte conservant sa place exclusivement à gauche, et l'artère pulmonaire la sienne à droite. Ce fait suffit d'ailleurs très bien pour rendre compte des accidens éprouvés par l'enfant, et qu'on observe dans tous les cas de ce genre.

M. Bouchut ajoute qu'il voit en ce moment deux enfans atteints de cyanose évidente ; l'un est une petite fille de 2 ans, qui a très souvent des accès de suffocation, dont le retour est rendu de moins en moins fréquent par l'usage extérieur et intérieur de la digitale, et qui a, au cœur, un frémissement vibratoire et un souffle du premier temps très marqué à la base, près du sternum. L'autre est un jeune garçon de 12 ans, qui est constamment bleu, dont l'intelligence est assez développée pour permettre le travail dans un pensionnat. Cet enfant a les ongles en massue ; son cœur est le siége d'un frémissement vibratoire et d'un souffle au premier temps très marqué à la base de l'organe. Il a de temps à autre des accès de suffocation provoqués par la colère, ou l'agitation : il lui est impossible de courir.

M. ARAN considère cette altération de l'aorte à cheval sur la cloison ventriculaire et communiquant avec les deux ventricules, comme une lésion très commune, ce qui a été indiqué par Norman Chevers dans un mémoire publié à ce sujet dans les *Archives de médecine*. Il faut distinguer, parmi ces altérations du cœur amenant la cyanose, celles qui sont compatibles avec l'entretien de la vie, car jamais les rétrécissemens de l'artère pulmonaire ne laissent vivre bien longtemps les sujets qui en sont affectés (il est rare qu'ils puissent vivre au-delà de deux ans), tandis qu'au contraire, les autres altérations du cœur, et en particulier les rétrécissemens des autres orifices, permettent une beaucoup plus longue existence.

Pour M. Aran, la coloration de la cyanose n'est pas due au mélange des deux sangs artériel et veineux ; elle résulte surtout de l'obstacle à la circulation dans l'artère pulmonaire, et c'est cette disposition qui amène la coloration violacée que présentent les sujets. Ce médecin ne croit pas qu'il existe dans la science aucune observation bien recueillie dans laquelle on trouve une cyanose permanente avec une simple communication des quatre cavités du cœur : il faut qu'il y ait en outre un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Il termine en faisant remarquer la disposition particulière des doigts en massue qu'on observe dans les cas de ce genre, et dont il a vu un remarquable exemple dans le service de M. Honoré, sur une jeune fille morte de cyanose, à l'âge de 19 ans.

M. BOUVIER ramenant l'attention sur le fait même de M. Roger, dit que dans ce cas, le mélange du sang veineux et artériel doit être la cause de la cyanose, car sur la pièce montrée à la Société, il n'y a vraiment pas rétrécissement de l'artère pulmonaire ; il en conclut que cette disposition n'est peut-être pas absolument indispensable à la production de la coloration bleue.

M. ARAN croit que dans l'appréciation de la cyanose comme phénomène morbide, on se met à un point de vue tout à fait secondaire quand on s'occupe de telle ou telle lésion du cœur. Ces lésions ne sont rien s'il n'y a pas avec elles un obstacle à la circulation ; ainsi dans le choléra, où il n'y pas de mélange des deux sangs, on n'en observe pas moins une coloration bleue très prononcée.

M. BOUVIER ne croit pas qu'on puisse comparer ces deux espèces de cyanose, qui n'ont évidemment rien de comparable ; ce n'est pas tant l'obstacle à la circulation qui est la cause de la cyanose dans le choléra, que l'absence d'hématose qui donne au sang les caractères du sang veineux, et qui le fait circuler dans les artères à l'état de sang noir.

Pour ce qui est de la seconde pièce anatomique présentée par M. Roger, après avoir examiné le sternum et la disposition du cartilage de la quatrième côte, aplati et usé au centre, il se demande si cette disposition ne serait pas normale et semblable à celle qu'on observe quelquefois dans les cartilages bifides, au lieu d'être le résultat des mouvemens du cœur et de l'usure par les battemens de cet organe.

M. DELASIAUVE annonce qu'il connaît un exemple assez remarquable de longévité dans un cas de cyanose ; le sujet dont il parle est arrivé à l'âge de 54 ans.

— M. BECQUEREL communique à la Société les inductions d'un antiquaire de la Côte-d'Or, qui, aux ruines d'un temple situé près des sources de la Seine, là où l'on prenait des bains, a rencontré de nombreux *ex-voto* attestant la guérison de différentes maladies des organes génito-urinaires par l'usage des eaux. On a fait lithographier ces *ex-voto*, et l'on voit là des exemples de tumeurs du scrotum, de bubons, de destruction du pénis, et d'autres altérations qu'on pourrait peut-être rapporter à la *syphilis*. Dans ce cas, le fait serait très curieux, car il établirait l'existence de cette maladie à la trentième année de l'ère chrétienne.

Ne voulant pas prononcer sur cette question, M. Becquerel soumet les pièces du jugement à la Société, qui désigne pour cette étude une commission composée de MM. Legendre, Requin, Becquerel et Gillette.

— M. ARAN raconte deux faits relatifs à la *guérison de la pleurésie chronique par les injections iodées.*

Un homme affecté de pneumo-thorax, avec souffle et tintement métallique, succussion hippocratique, était dans un état de dyspnée voisin de la suffocation. M. Aran pratiqua la thoracentèse, retira trois livres de liquide, et injecta dans la plèvre une solution de 30 grammes de teinture d'iode dans 100 grammes d'eau distillée et 4 grammes d'iodure de potassium. Contrairement à ce qui arrive dans les injections iodées du péritoine, qui sont extrêmement douloureuses, cette injection dans la plèvre ne causa pas de douleur ; le liquide ne ressortit pas, et après douze heures environ, le malade éprouva tous les phénomènes de l'ivresse iodique ; il eut, en particulier, un coryza très intense qui dura plus de vingt-quatre heures. Il n'y eut pas d'autre accident.

Au bout de quelques jours, le liquide s'était reproduit ; M. Aran crut devoir pratiquer une seconde thoracentèse ; il retira une livre de liquide jaune citrin, sans iode ; mais il ne fit pas de nouvelle injection iodée. Trois semaines se sont écoulées et l'épanchement ne s'est pas encore reproduit. Le malade est dans un état satisfaisant, et tout fait espérer qu'il guérira.

Un autre malade atteint de pleurésie chronique depuis dix-huit mois, dont le cœur était refoulé par l'épanchement à une distance de trois pouces du sternum, dont la respiration était fort pénible, et que des accès fébriles intermittens affaiblissaient chaque jour davantage, fut soumis au même traitement. M. Aran retira par la thoracentèse deux livres et demie *de pus*, et injecta une solution iodée. Cette fois, les phénomènes d'intoxication iodique ont été peu marqués ; le coryza n'a pas été très intense. Il y a huit jours que l'opération a été faite et l'épanchement ne s'est pas encore reproduit. Seulement, chez ce malade, il s'est montré une éruption très marquée au niveau des articulations, aux pieds et aux mains, qui sont le siége aussi d'une raideur considérable (c'est un exanthème qui se montra plus tard avec les caractères de la scarlatine, rougeur pathognomonique de la langue, etc.), et qui fit naître un moment l'idée qu'elle était sous la dépendance de l'iodisme.

M. Aran appelle l'attention de la Société sur les espérances que promet cette application des injections iodées au traitement de la pleurésie chronique. D'une autre part, on doit remarquer la différence des injections iodées de la plèvre avec celle du péritoine, eu égard à la douleur. Quant aux *accidens de l'iodisme*, il ne sont pas graves et ne sont pas les mêmes dans tous les cas où l'on pratique les injections iodées. M. Aran a pratiqué ces opérations dans le péritoine, dans des kystes de l'ovaire, et il a 25 cas où il n'a pas vu survenir d'intoxication iodique ; cependant elle survint quelquefois avec des injections peu considérables. M. Michon l'a observée chez un sujet après une simple injection dans le genou.

M. HARDY doute que l'on doive établir un rapport entre l'éruption érythémateuse observée par M. Aran et l'action toxique de l'iode. Il a vu des cas d'*érythème* à peu près semblable chez des sujets non soumis à la médication iodée. On aurait pu croire à une scarlatine, par la disposition et la couleur de l'érythème et par la desquammation consécutive, si, d'ailleurs, il y avait eu fièvre et rougeur scarlatineuse de la langue. Il a observé plusieurs faits de ce genre à l'hôpital Saint-Louis, et il pense que c'est là une maladie encore non décrite ; ce serait, selon lui, un exanthème approchant de la roséole, et semblable aux éruptions de copahu, affection très bénigne, et guérissant assez promptement.

M. LEGENDRE pense que l'éruption dont on parle doit être rapportée à l'iode, si elle existe concurremment avec la présence de ce métal dans l'urine, et que, dans le cas où l'urine conserverait ses propriétés habituelles, l'éruption devrait être rapprochée de la roséole.

Or, nous le demandons, cet état mental peut-il être regardé comme une monomanie-homicide ? L'acte épouvantable qui conduit M. C... à Charenton, n'est-il pas le résultat d'une maladie de longue durée, que M. Marc lui-même fait remonter à dix années ?

Nous voyons chez M. C... un hypocondriaque à idées systématisées, chez lequel ont primitivement surgi des tendances au suicide. Son état intellectuel offre par momens tous les symptômes d'un délire général avec un état voisin de la stupeur. Il n'ose remuer, dit-il, de peur de briser *les joyaux de la couronne*. L'élément de la souffrance ressort de tous les actes du malade. Il est tourmenté au-delà de toute expression par sa jalousie et les préoccupations de sa santé... Interrogé sur l'acte qu'il a commis, C... divague sur les motifs qui l'ont poussé à ces deux épouvantables homicides. Tantôt il dit que la cave était éclairée d'une lumière de la tante, et que ces deux dames étaient des diables qui venaient s'emparer de lui ; tantôt il déclare qu'il n'a pas su ce qu'il faisait. A-t-il été sous l'influence de quelque hallucination ? se demande M. Marc. Il ne le pense pas. Dans tous les cas, ce phénomène, s'il a existé, ne change pas ici la nature du diagnostic que nous portons. Or, si nous voulions maintenant examiner l'état mental des divers individus accusés de monomanies homicides, incendiaires et autres, nous verrions que les actes déplorables ne sont que les conséquences d'une affection principale, qu'il s'agit surtout, dans l'intérêt même des aliénés, de faire ressortir, afin de porter la conviction dans l'esprit des juges. C'est cette vérité que M. le docteur Bariod vient de démontrer dans sa thèse intitulée : *Études critiques sur les monomanies instinctives*. L'auteur passe en revue les cas les plus célèbres de monomanie homicide cités par Esquirol, Marc, Georget et divers autres auteurs, et il en arrive aux conclusions suivantes :

1° Que, dans l'état actuel de la science, la théorie des monomanies instinctives n'est pas admissible ; les faits cités à l'appui de cette théorie ne pouvant en fournir des preuves sérieuses ;

2° Que les actes malfaisans chez les aliénés, actes qui sont la base de ces diverses monomanies, ne sont pas le résultat de l'excitation morbide d'un penchant au milieu d'une intelligence saine ;

3° Que le fait d'un acte malfaisant ne peut à lui seul suffire, pour constituer une espèce de maladie mentale.

4° Que ces actes peuvent se diviser en trois catégories : 1° ceux qui sont le résultat de conceptions délirantes (délire de persécution par exemple) ; 2° ceux qui se produisent au milieu d'un trouble général (manie) ; 3° ceux qui coïncident avec une débilité intellectuelle congéniale ou acquise (idiotie, démence) ;

5° Que ces actes n'ont qu'une importance secondaire dans la symptomatologie de la folie. L'état mental au milieu duquel ils se manifestent devant surtout faire l'objet des recherches de l'observateur.

Les réflexions publiées il y a quelques années déjà, par M. le docteur Renaudin, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, à propos de l'homicide commis par les aliénés, ces réflexions, dis-je, ont une importance extrême. L'auteur, après avoir cité des « faits on ne peut plus » intéressans, démontre que lorsqu'une action paraît devoir être attri» buée à l'aliénation mentale, ce n'est pas toujours en l'absence de pré» méditation, de combinaison, de ruse ou d'intérêt, qu'on doit chercher » les preuves de la maladie. Celle-ci surtout est très délicate lorsque » l'action incriminée a été, pour ainsi dire, la crise de l'accès ou de la » maladie, qui ne laissent aucune trace au moment où le médecin est » appelé à donner son avis. En effet, l'état mental, au moment de la » mise en jugement, n'est pas toujours une preuve certaine, et la juris» prudence des tribunaux, longtemps indécise à ce sujet, admet géné» ralement aujourd'hui cet examen rétrospectif qui, même lorsque » l'aliénation est encore évidente, jette sur les faits de la cause une » plus vive lumière. Quoi qu'il soit impossible de poser à cet égard des » règles générales de diagnostic, nous pouvons cependant constater, » dit M. Renaudin, quelques différences essentielles entre l'action d'un » criminel et celle qui a été le résultat de l'aliénation mentale depuis » l'égarement soudain et passager jusqu'au délire le plus étendu. Aussi, » quelles que soient les questions posées par le juge, le devoir de » l'expert est, en y répondant, de fournir toutes les explications qui s'y » rattachent et leur donnent un sens complet. Les faits de l'ordre moral » ne doivent pas seuls le préoccuper, et l'examen physiologique » du prévenu fournit aussi des données précieuses qui concourent à » former la conviction. Aucun des élémens de la cause ne peut être » isolé. Ils forment tous un ensemble que l'expert doit saisir et ana» lyser. »

C'est dans ce journal que M. le docteur Michéa a publié des considérations très importantes sur les indications précieuses que l'on peut retirer dans les expertises médico-légales de l'état physiologique des individus homicides soupçonnés d'être aliénés. Mon intention est de revenir sur cet important sujet dans l'examen que je compte faire d'un excellent mémoire publié par M. le docteur Arthaud, et qui est intitulé : *Examen médico-légal des faits relatifs au procès criminel de Jobard*. Il est possible que je ne sois pas d'accord avec l'auteur sur toutes les conclusions ; mais dans ce que j'aurai à dire, comme dans tout ce que j'ai dit, je n'ai qu'un but, c'est d'arriver à une appréciation philosophique de l'état mental des aliénés homicides. Or, pour arriver à ce résultat, je ne vois qu'un moyen, c'est de sortir du cercle étroit que nous a tracé la théorie de la monomanie, et de regarder les actes malfaisans des aliénés, non pas comme des entités maladives, mais comme les conséquences d'une maladie principale dont il s'agit de démontrer l'existence en analysant à tous les élémens de la question. Ces élémens se retrouvent dans l'étude de l'état intellectuel, moral et physique de l'individu inculpé, non seulement au moment de la perpétration du crime, mais en l'examinant dans les phases de sa vie antérieure. Encore une fois, pour rendre cette étude fructueuse, il faut la rattacher à un principe, à une théorie, et je suis de l'avis de M. le docteur Falret, que l'on ne pourra « avoir une idée complète des motifs qui poussent les » aliénés à quelques-uns de leurs actes que lorsqu'on sera dégagé de » l'erreur de la monomanie. »

FIN.

M. MOISSENET ne croit pas que l'éruption précitée soit sous l'influence de l'iode. Après avoir donné à Saint-Louis, pendant trois années, les préparations d'iode à un grand nombre de malades, il n'a jamais vu survenir, en fait d'éruption, qu'un érythème papuleux sur le front, la face, le nez, les joues, mais rarement ailleurs, si ce n'est sur le corps quelquefois, à la suite de doses considérables. Cette éruption n'est jamais accompagnée de fièvre. Quant à l'iodisme, il se montre plus ou moins facilement, suivant les sujets et d'après leur idiosyncrasie. Ainsi, une femme atteinte de rhumatisme chronique, a eu mal à la gorge, du coryza avec larmoiement, mais pas d'éruption, pour avoir pris une cuillerée de liquide renfermant 50 centigrammes d'iodure de potassium.

M. MOREAU (de Tours), qui a donné souvent 2, 4 et 6 grammes d'iodure de potassium à des aliénés paralytiques, n'a jamais eu d'autre accident iodique que le coryza, et l'éruption papuleuse du front précédemment citée.

M. MOISSENET, rappelant que le liquide extrait par la deuxième ponction chez le premier malade de M. Aran, était jaune citrin, sans iode, oppose ce fait à celui qu'il a observé dans un cas d'injection iodée pour un kyste de l'ovaire. Au bout d'un mois, une nouvelle ponction étant devenue nécessaire, le liquide retiré était jaune-rougeâtre, acajou, et renfermait une notable quantité d'iode; ce qui montre que, dans cette circonstance, l'iode n'est pas absorbé comme il l'est dans la pleurésie.

M. ARAN a vu un fait entièrement semblable à celui que vient de rapporter M. Moissenet; il établit que l'iode disparaît très rapidement dans la plèvre et dans le péritoine, tandis qu'il séjourne dans les kystes ovariques sans être absorbé. Cela s'explique aisément par l'organisation toute différente de la paroi interne des kystes ovariques comparée à la structure des séreuses.

Le secrétaire : E. BOUCHUT.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Nos de Septembre et d'Octobre.

De quelques contre-indications de l'huile de foie de morue, et de la possibilité de lui substituer, dans certains cas, l'huile de pieds de bœuf.

L'auteur de cet article, M. Radclyffe Hall, l'un des médecins de l'hôpital des phthisiques de Torquay, signale, comme contre-indications à l'emploi de l'huile de foie de morue chez les phthisiques :

1° Les cas, dans lesquels il y a un mouvement fébrile intense, que les symptômes locaux d'une inflammation active soient nettement marqués ou non;

2° Ceux dans lesquels la langue est anormalement nette, d'un rouge vif, luisante, fendue, et dans lesquels les coins de la bouche sont enflammés;

3° Les cas dans lesquels la langue est fortement chargée à sa base et sur ses bords, mais rouge à la pointe, avec une plaque d'un rouge vif et luisant à son centre;

4° Lorsque la langue est large, aplatie, pâle, humide, et porte la trace des dents, en même temps qu'il existe une asthénie générale et son accompagnement habituel, une dyspepsie atonique.

Si l'on parvient à faire disparaître ces signes, les malades supportent l'huile, et s'en trouvent très bien. En ce qui regarde même la quatrième contre-indication, si l'on guérit l'asthénie, le médicament peut être repris, mais jusque-là, il est rare que les malades en retirent quelque chose. La diarrhée ne contre-indique l'huile de foie de morue que lorsque l'estomac participe à l'irritation, ce qu'on reconnaît à l'état de la langue.

Dans tous ces cas, dit M. Radclyffe, l'huile de pieds de bœuf remplace avantageusement l'huile de foie de morue. Prise de la même manière, à la même dose, et avec les mêmes précautions que celle-ci, elle n'avertit pas le malade de sa présence, une fois qu'il l'a avalée. Au début, elle agit ordinairement d'une manière très douce sur le tube intestinal, ramollissant les matières et rétablissant la régularité des évacuations, plutôt qu'augmentant leur fréquence. Dans quelques cas de diarrhée chronique, associée au tannin et à l'acide nitrique et à l'opium, cette huile a diminué le dévoiement; dans d'autres cas de diarrhée, au contraire, elle a paru en augmenter l'abondance. Quoi qu'il en soit, chez la plupart des phthisiques, les douleurs ressenties dans la poitrine se sont généralement calmées; le râle sous-crépitant du sommet du poumon a disparu, en même temps que l'on constatait, dans l'état général, cette amélioration qui suit l'administration de l'huile de foie de morue, lorsqu'elle est bien supportée.

L'huile de pieds de bœuf, dit M. Radclyffe, m'a encore rendu des services dans la bronchite simple, sans tubercules, après la première période. Je m'en suis servi également, avec quelque avantage, pour faire cesser des constipations habituelles, pour calmer l'irritation des hémorrhoïdes, et d'une manière générale, pour améliorer l'état de certains enfans, qui, sans cause manifeste, et malgré un régime convenable, restent maigres et délicats.

En terminant, M. Radclyffe dit que, pour assurer le succès du traitement, il faut s'astreindre aux principales conditions suivantes : 1° faire choix d'une huile de pieds de bœuf, véritable, mais non épurée; 2° commencer par une petite dose, une petite cuillerée deux fois par jour, et n'augmenter que par degrés; 3° enfin, ne jamais prendre l'huile à jeun, mais seulement lorsqu'il y a des alimens dans l'estomac.

Des injections iodées dans l'ascite; par le docteur Cyprien ORÉ, exaide de clinique médicale, et prosecteur de l'École de médecine de Bordeaux.

Dans ce travail, l'auteur a rapporté cinq nouvelles observations d'injections iodées, pratiquées dans l'ascite, dont deux de guérison : la première, chez une femme de 44 ans, chez laquelle l'épanchement était consécutif à une péritonite; la deuxième chez une femme de 37 ans, chez laquelle l'ascite était survenue à la suite d'une tumeur abdominale. Dans les trois cas d'insuccès, il s'agit d'ascites symptomatiques d'une affection organique du cœur, et encore la mort n'a-t-elle eu lieu, dans deux de ces cas, que deux et quatre mois après l'injection.

M. Oré a examiné ensuite les quatre questions suivantes : 1° le degré de nocuité des injections, 2° leur mode d'action, 3° les cas où elles doivent être employées, et 4° enfin leur mode d'administration.

Le travail de M. Oré nous paraît juger la question, relativement au mode d'action des injections iodées. Chez les trois malades où il a eu l'occasion d'examiner les altérations cadavériques, il a trouvé des adhérences, tantôt minces et friables, tantôt très résistantes, unissant soit les anses intestinales entr'elles, soit le foie, la rate, l'estomac entre eux et avec le diaphragme. En présence de ces faits d'anatomie pathologique, il n'est donc pas possible de contester l'action irritante de la teinture d'iode, et d'admettre que l'injection agisse, comme l'a dit M. Boinet, en rétablissant simplement l'équilibre rompu entre l'exhalation et l'absorption.

Le travail de M. Oré éclaire aussi la question des indications. Sans avantage véritable, dans les cas où l'ascite est symptomatique d'une affection organique du cœur, du foie, de la rate ou des reins, les injections iodées lui paraissent au contraire devoir être employées avec succès, dans les cas où l'ascite est idiopathique, quand elle est le résultat d'une péritonite, ou quand elle survient à la suite d'une altération du sang. Alors, dans le premier cas, l'injection iodée doit être employée seule; et dans les autres, ce n'est qu'après avoir essayé, sans succès, un traitement général, que l'on doit revenir à ces injections.

En résumé : 1° la teinture d'iode, employée en injection dans l'ascite, est un médicament, dit M. Oré, dont l'innocuité est parfaitement démontrée dans ses effets, tant primitifs que consécutifs.

2° L'injection iodée produit une irritation du péritoine, dont la conséquence est la formation d'adhérences et de fausses membranes entre les anses intestinales.

3° C'est donc en produisant une péritonite que l'injection guérit, et non en rétablissant seulement l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption.

4° L'injection iodée doit être toujours employée dans les ascites dites *essentielles*; on ne doit l'employer dans les ascites symptomatiques que dans les cas cités plus haut.

5° Quoique gênant les mouvemens péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin, par suite des adhérences qu'elle amène, l'injection iodée n'occasionne pas de troubles notables dans les fonctions de la digestion.

6° La dose de teinture d'iode doit être de 1/4 de teinture d'iode sur 3/4 de véhicule, avec une certaine quantité d'iodure de potassium. En cas de récidive, on peut sans crainte porter à 1/3 la dose de teinture d'iode.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Vous venez d'insérer dans l'UNION MÉDICALE du 25 novembre, une lettre de M. Melchior Robert, de Marseille, dans laquelle je suis nominativement désigné, et où mes doctrines et ma pratique sont défigurées, au point qu'il peut en résulter une atteinte grave à ma considération d'homme et de médecin. Je ne puis donc pas la laisser passer sans réplique.

Cela est précédé du titre de *Tentatives de syphilisation.* Quoi! M. Melchior Robert s'inocule deux fois, du jour au lendemain, du pus syphilitique, puis renonce aussitôt à se faire de nouvelles inoculations, et il voit là de la syphilisation? M. Melchior Robert s'est donné des chancres, et rien de plus. C'est pour le résultat absolument comme s'il les avait contractés dans un coït impur. Il ne resterait plus, à son compte, qu'à faire peser sur la syphilisation toutes les contaminations syphilitiques possibles!

L'expérience malheureuse de M. Melchior Robert prouverait tout au plus qu'il faut s'abstenir de pratiquer des inoculations isolées, des inoculations *diagnostiques*, par exemple. Il a donc été imprudent de commencer ou bien de ne pas continuer à se faire des inoculations. Je suis parfaitement de son avis quand il blâme la *syphilisation*. Il s'agit, bien entendu, de la sienne.

Quand notre courageux et savant confrère M. Diday s'est inoculé le pus d'un chancre de chat, il n'a pas intitulé le récit qu'il a fait de cette expérience : *Tentatives de syphilisation*; son dévoûment s'est produit sans ostentation, et n'a pas été pour lui un prétexte à incriminer les syphilisateurs.

M. Melchior Robert n'a pas bien choisi la place des chancres qu'il s'est donnés. Puisque vous avez eu la bonté, Monsieur, d'annoncer à vos lecteurs la publication de mon cours dans la *Gazette médicale de Toulouse*, ils pourront y voir que je recommande de ne pas pratiquer d'inoculations dans le voisinage de l'articulation du coude, excepté vers la fin de la syphilisation. A cette époque, en effet, les chancres ne deviennent ni larges, ni inflammatoires.

Je ne me comporte pas dans ma pratique, comme a fait M. Melchior Robert d'après la méthode de son invention. Aussi, n'ai-je point eu à déplorer d'accident semblable à celui dont il s'est rendu victime. Pourtant, le nombre des personnes que j'ai inoculées est assez grand et ne laisse pas que de s'accroître tous les jours. C'est vous dire, Monsieur le rédacteur, que je persiste dans la phrase citée par M. Melchior Robert : *Je n'expérimente pas sur mes semblables, je les soigne et je les guéris, ou bien je les vaccine et je les préserve.*

M. Melchior Robert a, dit-il, dans sa clientèle, quelques cas de *syphilis rebelles*. Je n'ose pas me permettre de lui demander de m'envoyer ses malades; mais il pourrait voir ce que deviennent les *syphilis rebelles* quand elles sont traitées par la syphilisation!

J'espère pouvoir soumettre bientôt quelques pièces du procès à nos confrères. Ils y verront que de vieux ulcères, des véroles rebelles, et même des cancers ont été guéris par des inoculations syphilisatrices. Si je mets quelque retard dans la production de ces documens, c'est principalement parce que j'ai à cœur de leur donner la sanction du temps et de les mûrir par la réflexion, afin qu'ils soient plus dignes de l'attention des praticiens. D'ailleurs, en les faisant paraître dans un moment plus calme que celui où nous sommes, je les dégagerai aisément de toute polémique vive et irritante. La patience et la modération m'ont toujours réussi!

Notre confrère marseillais *a laissé percer le bout de l'oreille.* Il marche, à n'en pas douter, sous la bannière équivoque de la *transplantation*, puisqu'il faut l'appeler par son nom. Je pourrais faire sur sa publication plus d'une remarque dont je m'abstiens. Il me suffit que vos lecteurs sachent où trouver mes travaux, ailleurs que dans vos colonnes.

M. Melchior Robert nous apprend qu'il est un *sage*, et il peut nous *flétrir* à la faveur d'une prétérition, sans perdre à ce qu'il paraît ses attributs. *Si j'étais homme, dit-il, à faire cas des souffrances que j'ai endurées pendant la période d'activité de mes inoculations, je n'aurais d'épithète assez* FLÉTRISSANTE *pour qualifier la syphilisation; mais le* SAGE, *l'homme qui expérimente, surtout quand il met sa santé et sa vie au service de l'humanité, ne doit point faire parade des dangers auxquels il s'est exposé.*

L'état de *sage* est une condition à laquelle j'aspire sans pouvoir y atteindre. Je ne suis malheureusement jusqu'ici qu'un simple mortel, soumis à toutes les faiblesses de mon infime condition. Parmi elles, se trouve l'intention bien arrêtée de répondre à toute attaque dirigée contre moi par un écrivain sage ou non.

Agréez, etc. AUZIAS-TURENNE.

19 décembre 1852.

P. S. — Vous avez annoncé, sans paraître y ajouter foi, dans votre numéro du 16 novembre, qu'une malade m'avait fait demander à Saint-Lazare, et que j'avais obtenu l'autorisation de la traiter par ma méthode. Rien n'est pourtant plus vrai, Monsieur. La personne dont il s'agit est sortie satisfaite de la prison, après y avoir été visitée par plusieurs confrères. Je suis heureux chaque fois que je trouve ainsi l'occasion de concilier mes devoirs de discrétion avec mon désir d'opérer au grand jour. Les *syphilisateurs* ne cherchent pas le bruit, mais ils ne craignent point la lumière.

Je n'aurais pas pris la plume pour vous apprendre cela, mais vos lecteurs ne me sauront certainement pas mauvais gré d'avoir saisi l'occasion qui s'en présente. A.-T.

COURRIER.

Par décret du 18 décembre, et sur la demande de la Faculté de médecine de Paris, M. le professeur Trousseau est transféré de la chaire de thérapeutique et de matière médicale, dans la chaire de clinique interne.

Par une récente décision du conseil municipal de la ville de Paris, le grand hôpital élevé sur les terrains du clos Saint-Lazare et qui a porté successivement les noms d'*hôpital Louis-Philippe*, d'*hôpital de la République* et d'*hôpital du Nord*, prendra le nom d'*hôpital Lariboisière*, en souvenir et par gratitude des legs importans faits par Mme de Lariboissière à la ville et aux hôpitaux de Paris.

Il résulte d'un relevé fait par M. Wilde, qu'en Irlande, le nombre des sourds-muets est de 4,449, ou de 1 sur 1,580 habitans. En Europe, la moyenne des sourds-muets est de 1 sur 1,593, chiffre qui approche beaucoup du précédent. C'est dans les districts montagneux que la surdi-mutité paraît le plus fréquente; mais cette observation est applicable aussi au reste de l'Europe. Sur 4,449 sourds-muets, 4,124 étaient de véritables sourds-muets, 2,335 du sexe masculin, 1,789 du sexe féminin; 325 étaient seulement muets, mais non entièrement sourds. Parmi ceux de la première classe, 3,312 l'étaient de naissance; dans 397 autres, la surdi-mutité était acquise et consécutive à un accident ou à une maladie; dans 257 cas, la cause précise était incertaine ou inconnue, et dans 158 les sujets étaient en même temps paralytiques, idiots ou tous les deux à la fois. Parmi ces derniers, 130 étaient muets seulement, 43 étaient paralysés, 109 idiots, et 43 paralytiques et idiots à la fois. Relativement au sexe, sans distinction de causes, la proportion était de 100 individus du sexe masculin pour 76.61 du sexe féminin, et parmi les cas d'origine congéniale, comme 100 à 74.62; parmi les cas acquis comme 100 à 91.37, toujours fréquence plus grande dans le sexe masculin. Il résulte encore de ces relevés que la surdi-mutité peut se montrer à plusieurs reprises dans la même famille.

On écrit de Leyde (Hollande), le 11 décembre : « L'empereur des Français vient de nommer chevalier de la Légion-d'Honneur M. le docteur Blume, doyen des professeurs de l'Université royale de Leyde.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches cliniques sur quelques signes propres à caractériser le début de la phthisie pulmonaire, par M. H. BOURDON, In-8. Paris, 1852.

L'auteur a pour but d'appeler l'attention, en l'absence des signes stéthoscopiques, sur les troubles digestifs, sur le développement anormal du foie avec exagération de la sensibilité, survenant indépendamment de toute autre affection ou dans le cours d'une maladie comme la chlorose, la fièvre typhoïde, la rougeole, et qu'il considère comme se rattachant à une phthisie pulmonaire imminente ou déjà déclarée.

L'orthopédie au Musée des antiques, par M. le docteur Félix ANDRY. In-8. Paris, 1852.

Spirituelle et ingénieuse critique d'un écrit récent de M. Dechambre, sur le buste d'Alexandre, considéré au point de vue de l'orthopédie moderne.

Discours sur les remèdes secrets, autorisés par le gouvernement, par M. SOUBEIRAN, secrétaire général de la Société de pharmacie de Paris. In-8. Paris, 1852.

L'UNION MÉDICALE a déjà apprécié ce discours, qui fait grande sensation dans le monde médical.

De la cure d'eau froide, compte-rendu des travaux accomplis pendant l'année 1851 à l'Institut hydrothérapique de Divonne (Ain), par le docteur Paul Vidart. Un vol. in-8. Paris et Genève, 1852. Chez J. Cherbuliez. Prix : 3 fr. 50 c.

Compte-rendu fait de bonne foi des résultats obtenus sur toutes les maladies qui sont venues demander soulagement aux eaux froides de Divonne.

Guia del quimico practico o compendio de analisis quimica, por de Ramon Torres Muñoz y Luna. Un vol. in-8. Madrid, 1852.

De l'hypochondrie, par le docteur F.-P.-A. TARDIVEL. Thèse inaugurale. In-4, Paris, 1852.

Exposition bien faite des idées et des doctrines de M. le docteur Beau sur l'hypochondrie.

Recherches sur les phénomènes normaux et morbides de la circulation, de la caloricité, et de la respiration, chez les nouveau-nés. Des soins que réclame leur éducation, par A.-R. MIGNOT, d.-m. Thèse inaugurale. In-4. Paris, 1851.

Nous devons probablement l'envoi de cette thèse aux remarquables articles publiés dans ce journal par M. Hervieux, relatifs à l'influence de la position horizontale sur la mortalité des nouveau-nés. M. le docteur Mignot avait exprimé la même opinion, mais sans développemens, dans sa thèse inaugurale qui, sous d'autres points de vue encore, mérite d'être consultée.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 153. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 23 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An.............. 32 Fr
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi, Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 DÉCEMBRE 1852.

SÉANCES DES ACADÉMIES.

Les séances académiques de fin d'année sont ou des solennités ou des séances d'élections. A l'Académie des sciences, c'était le jour de la solennité. M. Arago a fait lire par M. Laugier l'éloge de Gay-Lussac, et dans ce travail de l'illustre secrétaire perpétuel, dont l'âge peut diminuer les forces physiques, mais non affaiblir l'intelligence, on a retrouvé les grandes qualités d'analyse et d'appréciation qui ont élevé si haut le célèbre panégyriste. C'est un grand succès de plus à ajouter à tous ceux que M. Arago a obtenus dans sa brillante carrière de secrétaire perpétuel.

Parmi les nombreux confrères qui ont eu part, cette année, aux largesses de la fondation Montyon, on voit quelques noms bien connus et aimés de nos lecteurs. L'UNION MÉDICALE est heureuse et fière de voir ses collaborateurs prendre une si large part dans les récompenses académiques.

A l'Académie de médecine, c'était le jour des élections annuelles. A M. Mélier, qui a si dignement occupé le fauteuil de la présidence, succédera, l'an prochain, M. le professeur Bérard, qu'un vote presque unanime vient d'élever à cet honneur. Excellent choix de tous points. Pour la vice-présidence, l'Académie avait à choisir entre M. Rostan, M. Bussy et M. Nacquart. La majorité s'est prononcée en faveur de M. Nacquart. La plume de secrétaire annuel restera entre les mains de M. Gibert, et M. Pâtissier conservera les clefs du trésorier. Tout le monde a paru très satisfait de ces petits arrangemens intérieurs, et nous n'avons aucun motif de ne pas partager le contentement général. Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. GRISOLLE.

Sommaire. — Ralentissement remarquable et continu du pouls chez une malade atteinte de maladie du cœur et d'affection cérébrale.

Les annales de la science renferment quelques faits remarquables de ralentissement du pouls. Dans certains cas, ce ralentissement était lié d'une façon évidente à une affection cérébrale; dans quelques autres, il ne pouvait être attribué qu'à une lésion du cœur. Le service de M. Grisolle renferme actuellement une malade qui ne présente que 24 à 32 pulsations par minute, et qui est d'autant plus intéressante qu'elle a à la fois une affection du cœur et très probablement une maladie des centres nerveux. Voici l'histoire abrégée de cette malade : nous ferons suivre cette observation des réflexions principales qu'elle peut suggérer.

OBSERVATION. — La nommée Fernet (Denise), âgée de 60 ans, bonnetière, entre le 8 novembre 1852 à la salle Sainte-Marthe. Cette femme a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'année 1848. Elle a eu trois enfans, dont elle est accouchée heureusement; elle a cessé d'être réglée à 38 ans. Elle n'a pas eu de grands chagrins, n'a pas souffert de privations. Elle n'a jamais eu d'attaques nerveuses jusqu'au mois d'octobre 1852.

Au milieu de l'année 1848, elle commença à ressentir des battemens de cœur qui duraient quelques minutes à peine, puis cessaient aussitôt. A peu près à cette époque aussi, elle éprouva de temps à autre des lassitudes qu'elle ne savait à quoi attribuer et une incapacité de travail qui la surprenait. Cependant, ses digestions et ses autres fonctions s'accomplissaient régulièrement. Elle commença à tousser en 1849, et à être un peu gênée de la respiration,

A la fin du mois d'octobre 1852, vers le 20, elle fut prise, dans la rue, d'une attaque convulsive avec perte de connaissance, et qui dura un quart d'heure. Ramenée chez elle, elle eut de nouveau deux attaques qui présentèrent le même caractère. Le lendemain, elle fut complètement calme. Le surlendemain, nouvelle attaque qui se reproduisit encore encore deux jours après.

A partir de ce moment, elle garde le lit, et pendant les quinze jours qui précèdent son entrée à l'hôpital, elle a chaque jour, en moyenne, trente attaques avec convulsions et perte de connaissance. Dans ces convulsions, qui duraient de deux à trois minutes, elle s'est mordue plusieurs fois la langue. Elle entre à l'hôpital le 8 novembre et elle présente les mêmes phénomènes avec la même intensité pendant les quinze premiers jours.

Le 24 novembre, les attaques cessent : la malade ne conserve plus qu'une céphalalgie intense avec éblouissemens passagers; bruits dans les oreilles; faiblesse dans les membres, mais elle a recouvré l'appétit et le sommeil.

Le 4 décembre, nouvel accès, qui dure trois à quatre minutes et qui ne diffère en rien des précédens. Enfin le 14, pendant la nuit, elle est prise de nouveau, mais cette fois elle a plusieurs accès répétés qui ne sont caractérisés que par la perte de connaissance et des mouvemens de la tête. Jamais dans ses attaques elle n'a eu d'écume à la bouche.

Depuis son séjour à l'hôpital, elle trouve que ses battemens de cœur reviennent plus souvent.

Au moment où nous la voyons (15 décembre), la malade est amaigrie, ses joues sont légèrement injectées, ses yeux sont un peu enfoncés et brillans. Elle fait des réponses justes aux interrogations; elle n'a point d'embarras de la parole et ne semble pas avoir perdu en rien la mémoire. Cependant il paraît que ses parens ont remarqué, à plusieurs reprises, quelques troubles dans ses idées. Langue naturelle, sans enduit. Digestions assez faciles; peu d'appétit; pas de soif. La malade va bien à la garderobe; elle urine comme à son ordinaire.

La sonorité de la poitrine est normale en avant des deux côtés. En arrière, elle est notablement augmentée dans la partie inférieure, surtout du côté gauche. Le murmure vésiculaire s'entend faiblement à ce niveau. Là, et dans tout le reste des poumons, il est mélangé de râle sibilant et de quelques bulles de râle crépitant. La malade tousse fréquemment. Les crachats sont assez abondans, à moitié spumeux, à moitié aqueux. 28 respirations par minute.

La matité précordiale commence au niveau de la 3e côte, et s'étend jusqu'au bord supérieur de la 6e côte. Elle arrive à droite jusqu'au niveau du bord droit du sternum. La pointe du cœur bat dans le 5e espace intercostal, qu'elle soulève fortement à chaque choc. L'impulsion de la base du cœur est très marquée. La main, appuyée sur la région précordiale, sent une trace de frémissement. Le pouls est un peu ondulant, peut-être légèrement bondissant, moins fort que ne semblerait l'indiquer l'énergie de l'impulsion du cœur. Les artères sont flexueuses. On compte 28 pulsations par minute, régulières, sans intermittences; et l'oreille, appliquée sur le cœur, constate que ce nombre est bien en rapport avec celui des mouvemens du cœur. Les jours précédens, depuis son entrée, le nombre des pulsations a varié de 24 à 32 par minute.

Pratiquée au niveau de la pointe du cœur, l'auscultation fait entendre le premier bruit un peu sourd, frémissant, prolongé, suivi après un silence bien marqué du second bruit qui est triplé, si même il n'est quadruplé. Le second bruit forme une sorte de roulement, auquel succède immédiatement un bruit de souffle très long, progressif, presque imperceptible au moment où il finit. On peut représenter d'une manière sensible le rhythme du cœur par le moyen suivant : si l'on compte depuis 1 jusqu'à 7 régulièrement, en disant 1 sur le premier bruit du premier mouvement complet du cœur, 7 sur le premier temps du second mouvement; le petit silence commence au moment qu'on prononce 2, et le 2e bruit avant qu'on prononce 3, il se termine sur le mot 3. Le grand silence occupe depuis 3 jusqu'à 7. Le bruit de souffle remplit l'intervalle de 3 à 6.

Si l'on remonte vers la base du cœur, on perçoit parfaitement ce phénomène jusqu'au milieu de la hauteur du cœur; mais ils diminuent ensuite rapidement de clarté; et au niveau de la base, on n'entend plus que les deux bruits beaucoup plus faibles : le second est toujours redoublé.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Différences entre la médecine égyptienne et la médecine grecque. — Sources de la médecine en Grèce : l'empirisme et la philosophie. Fondation des écoles médicales de Cyrène, Rhodes, Cnide et Cos. Rivalité de Cnide et de Cos. — *Sentences cnidiennes.* — Critique de l'école de Cnide par Hippocrate. — Ouvrages de la collection hippocratique qui, d'après M. Littré, appartiennent à l'école de Cnide. Emploi de l'*auscultation* par l'école organiciste de Cnide. — Doctrines de l'école de Cos. — *Prénotions coaques.* — Hippocrate paraît. — Preuves de l'existence de ce grand homme d'après les témoignages de ses contemporains : Platon, etc. — Voyages d'Hippocrate. — Division de l'histoire de la médecine en deux époques. — Médecine ancienne, médecine moderne. — Différences entre ces deux époques sous le quadruple rapport : 1° de la chimie, 2° de l'anatomie, 3° de l'anatomie pathologique, 4° de la physiologie.

Pour bien saisir la filiation des idées, sous l'influence desquelles la médecine s'est développée, il ne faut commencer son histoire que du moment où ces idées se sont traduites par des monumens écrits. Cette époque remonte à 600 ans avant l'ère chrétienne, en sorte que l'histoire du passé de la médecine embrasse une période de 2,400 ans. Au delà, on ne trouve que des traditions plus ou moins obscures. On a fait beaucoup de frais d'érudition pour arriver à connaître où en était la médecine dans l'Égypte des Pharaons. On a voulu trouver des rapports entre la médecine grecque et la médecine égyptienne, sous le spécieux prétexte que les peuples de la Grèce tirent leur origine d'une colonie égyptienne. Si cette origine est vraie, cette colonie, une fois transplantée sur le sol hellénique, s'y est transformée au point de ne conserver aucun trait de ressemblance avec la mère-patrie. Rien de semblable, en effet, dans ces divers pays, sous le rapport des institutions sociales, politiques et religieuses. En Égypte, tout relève du principe d'autorité; en Grèce, tout se fait au nom du principe de liberté. On chercherait vainement en Égypte les traces d'une véritable science; les trente-deux livres prétendus égyptiens, dont on ne trouve le catalogue que dans Clément d'Alexandrie, et parmi lesquels on compte trois livres relatifs à des questions d'anatomie et de médecine, seraient apocryphes, s'il faut en croire la presque unanimité des recherches modernes. L'anatomie ne fut pas cultivée en Égypte, malgré la perfection où fut porté, dans ce pays, l'art des embaumemens. Les médecins égyptiens n'étaient que des empiriques exerçant la médecine suivant des préceptes tracés d'avance de la main des prêtres, et dont ils ne pouvaient jamais s'écarter impunément.

Laissons de côté l'Égypte et entrons en Grèce, en passant pardessus les temps héroïques pour arriver à l'époque où la médecine possède des monumens écrits.

En Grèce, les connaissances médicales découlent de deux sources, l'empirisme et la philosophie spéculative. L'empirisme se produit dans les temples consacrés au culte d'Esculape, où les prêtres reçoivent les malades, prescrivent des remèdes et tracent sur des tables avec les récits des malades et les noms des remèdes employés, les résultats du traitement. D'un autre côté, en même temps qu'ils fondent des systèmes de cosmogonie et de métaphysique, essaient de pénétrer les destinées de l'homme, instituent quelques expériences de physique et de chimie, les philosophes s'occupent des fonctions du corps humain et tâchent d'expliquer par les lois générales de l'univers les phénomènes de l'économie, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie. Ici la médecine est purement spéculative, de même que dans les temples elle est purement empirique. Pendant longtemps les hommes qui s'engagent les uns dans la voie de l'empirisme, les autres dans celle de la médecine spéculative, restent isolés les uns des autres. Ce n'est pas que de temps en temps il ne se rencontrât des hommes joignant aux études spéculatives la pratique de la médecine. Ainsi, l'un des plus grands philosophes de l'antiquité, le plus beau génie de son époque, Empédocle, fut un médecin praticien. Mais ces hommes étaient rares, et il fallut longtemps pour que l'empirisme, s'élevant jusqu'à la philosophie, et la philosophie consentant à descendre des hauteurs de la spéculation aux détails de l'observation empirique, se rencontrassent enfin et que de cette union sortît la véritable science de la médecine.

Quelques médecins, soit dans les temples, soit hors des temples, se réunirent pour enseigner l'art de la médecine et former des élèves. De là naquirent de nombreuses écoles, dont les plus célèbres furent celles de Cyrène, de Rhodes, de Cnide et de Cos. Il ne nous reste rien de positif touchant les deux premières, mais les deux dernières nous sont connues. Cnide fut rivale de Cos, et de son sein sortirent des hommes et des doctrines dont le nom nous est parvenu. L'un de ces hommes fut Euryphon, cité par Hippocrate et par Galien; les doctrines de l'école de Cnide furent colligées dans un ouvrage intitulé : *Sentences cnidiennes*, ouvrage dont Hippocrate fait la critique dans le *Traité des maladies aiguës*. Il reproche à l'école de Cnide de trop s'appesantir sur les détails et la localisation des maladies, de ne pas assez considérer les caractères tirés de l'ensemble des symptômes et de négliger ceux qui fournissent des signes précieux pour juger les maladies, apprécier leur gravité, faire prévoir leur durée, leur marche et leur mode de terminaison. Nous voyons donc commencer déjà cette lutte, qui dure encore de nos jours, de deux idées, dont l'une consiste à regarder la maladie comme un état local, et l'autre à la considérer comme un ensemble d'actes qui ont pour siége l'économie tout entière. L'école de Cnide est localisatrice ou organiciste et s'occupe surtout de la diagnose. L'école de Cos généralise et se préoccupe principalement des signes qui peuvent servir à la prognose.

M. Littré, se fondant sur les différences bien tranchées qui existent entre les doctrines des deux écoles, a cherché à établir qu'il nous reste encore, de celle de Cnide, deux ou trois ouvrages englobés dans la collection hippocratique. Ces ouvrages sont les deuxième et troisième livres du *Traité des maladies* et le livre des *affections internes*, dans lesquels, en effet, on trouve des idées qui ont beaucoup plus de ressem-

L'auscultation des gros vaisseaux ne révèle aucun bruit anormal. Les veines jugulaires sont gonflées et agitées par le mouvement des carotides; mais on n'y trouve pas de pouls veineux.

La malade n'a jamais présenté d'œdème des extrémités; enfin, elle n'a jamais eu d'accès de dyspnée.

Cette malade offre donc une affection du cœur. Le diagnostic de cette affection n'est point sans difficulté, non pas pour ceux qui admettent qu'un bruit de souffle au second temps, quels que soient d'ailleurs ses caractères, quels que soient les phénomènes concomitans, est toujours l'indice d'une insuffisance aortique, mais pour ceux qui tiennent compte de ces circonstances. Ainsi, nous trouvons ici un bruit de souffle progressif, suivant immédiatement le second temps, ayant son maximum d'intensité à la pointe, se perdant très rapidement quand on remonte vers l'aorte, et ne s'entendant plus ni sur le trajet de cette artère, ni sur celui des carotides primitives. Si c'est là un souffle dû à une insuffisance aortique, comme cela est en définitive probable, assurément il se présente avec des caractères bien peu d'accord avec ce que l'on voit tous les jours. Nous avouons, d'ailleurs, qu'il est impossible de voir dans ce bruit anormal le souffle présystolique qui, d'après quelques auteurs, coïnciderait avec le rétrécissement auriculo-ventriculaire, car le souffle de la malade commence aussitôt après le second bruit, et cesse avant la fin du grand silence.

Quoi qu'il en soit, il y a une maladie du cœur évidente. De plus, la malade est très probablement atteinte d'une affection cérébrale. Les accès épileptiformes auxquels elle a été sujette depuis deux mois, les douleurs de tête habituelles, les troubles dans les idées qu'auraient remarqués les parens, ne laissent que bien peu de place au doute.

A laquelle de ces deux affections doit-on rapporter le ralentissement si remarquable des mouvemens du cœur? Il est d'abord bien fâcheux qu'on ne puisse pas avoir de renseignemens sur le nombre de pulsations que présentait cette femme lorsqu'elle était bien portante. L'absence de renseignemens sur l'état de son pouls au moment où elle commença à avoir des battemens du cœur, est aussi très regrettable; toutes les difficultés seraient aplanies, puisque les phénomènes cérébraux ne sont apparus que trois ou quatre ans après l'invasion probable de la maladie du cœur.

Si l'on trouve quelques faits très rares où le ralentissement du pouls ne pouvait être attribué qu'à une lésion organique du cœur, comme dans celui qui est rapporté par M. le professeur Andral dans ses annotations au *Traité de l'auscultation médiate* de Laennec, on en trouve d'autres, plus nombreux, où les malades étaient atteints de maladies des centres nerveux. M. Andral, dans ces mêmes annotations, en cite un dans lequel on vit le pouls descendre à 20 pulsations par minute chez un homme atteint de maladie de la moelle épinière : dans plusieurs observations de commotion cérébrale, on a noté que le pouls s'est abaissé à 30 et même à 20 pulsations. On a constaté le même phénomène dans des observations de compression du cerveau. Enfin les expériences des physiologistes, de Wilson Philip, entre autres, établissent que la moelle épinière a une influence sur les mouvemens du cœur. L'action du bulbe sur ces mêmes mouvemens a été démontrée par M. Budge, et dans ces derniers temps, M. Brown-Séquard a fait voir que certaines lésions cérébrales pratiquées par des vivisections, produisaient un ralentissement des mouvemens du cœur. M. Grisolle pense donc que cette diminution du nombre des battemens du cœur devrait plutôt être rapportée à l'affection des centres nerveux qu'à la maladie du cœur.

Nous ferons remarquer aussi que, chose extraordinaire, avec des battemens du cœur aussi rares, la malade ne présente aucun dérangement grave des fonctions nutritives, et que ses mouvemens sont aussi actifs que par le passé.

Enfin, dans ce cas, l'influence de la respiration sur la circulation semble parfaitement nulle, puisque les mouvemens de la respiration ont pu s'accroître en fréquence pendant que le nombre des mouvemens du cœur s'abaissait si notablement; et aujourd'hui, 15 novembre, le nombre des respirations et celui des pulsations est le même, c'est-à-dire 28 par minute.

— Dans un de nos précédens bulletins cliniques, nous avons donné l'observation d'une malade affectée de pleurésie hémorrhagique et qui a été opérée par M. Nonat. Cette malade est sortie de l'hôpital il y a une huitaine de jours : elle est parfaitement guérie. La respiration s'entend jusqu'à la partie inférieure de la poitrine du côté droit : il ne reste plus qu'une diminution à peine sensible de la sonorité à ce niveau.

A. V.

PATHOLOGIE.

DE L'HYPERTROPHIE DES GLANDES MUCIPARES (1);

Par M. le docteur Lebert.

En se rappelant ces notions anatomiques normales, on retrouve point pour point ces mêmes caractères, lorsque ces glandules, à l'état hypertrophique, forment des tumeurs. Celles-ci sont ou isolées ou composées d'un groupe de glandules engorgées, ce qui fait que leur volume peut varier entre celui d'un petit pois et celui d'un œuf de poule, et même les tumeurs isolées peuvent, avec le temps, acquérir ces grandes dimensions. Il faut être prévenu du fait que nous signalons, surtout pour ceux qui ont des notions précises sur la position normale de ces glandules, qu'elles peuvent se rencontrer, à l'état hypertrophique, à une certaine distance de leur position physiologique. C'est ainsi que nous avons vu une des glandules buccales des plus extérieures, qui ordinairement sont situées entre la muqueuse et la couche musculaire, être placée à l'état hypertrophique dans les couches profondes du tissu cellulaire sous-cutané, au-devant des muscles. Il est ordinairement facile d'énucléer ces tumeurs, soit d'emblée pendant l'opération, soit après si on les a enlevées avec les tissus ambians. Ainsi isolées, ces tumeurs, de volume variable, sont entourées d'une enveloppe cellulo-vasculaire mince; leur substance offre une disposition grenue et finement lobulée. Déjà, avec de faibles grossissemens, on reconnaît une charpente fibro-aérolaire qui renferme une multitude de petits lobules autour desquels elle envoie des prolongemens rayonnans qui forment des réseaux fibreux autour des lobules primitifs. Ceux-ci se réunissent par groupes pour former des lobules plus composés, et on reconnaît distinctement avec de forts grossissemens microscopiques la membrane propre des cœcums glandulaires, revêtue d'une couche membraneuse d'épithélium nucléaire et pavimenteux. J'ai plusieurs fois observé l'hypertrophie de paquets glandulaires de la surface postérieure de la lèvre inférieure qui y formaient des amas de 1 à 2 centimètres de largeur, sur 4 à 5 millimètres d'épaisseur, et ressemblaient à des végétations en forme de choux-fleurs. J'ai rencontré cet état hypertrophique dans certains cancroïdes de la lèvre inférieure, dans lesquels il y avait à la fois hypertrophie de la couche épidermique superficielle, de la peau, des papilles et du derme. La structure de ces glandules était si évidente à l'examen microscopique, que la détermination fut facile. M. Robert m'a parlé d'un cas de ce genre qu'il a opéré, et dans lequel ces tumeurs faisaient une saillie qui atteignait presque le bord des lèvres. Dans une discussion des plus intéressantes qui a eu lieu à la Société de chirurgie, dans la séance du 14 janvier 1852 (1), M. Huguier a cité un fait semblable; il a enlevé à la lèvre inférieure une tumeur sous-muqueuse, peu adhérente, lobulée, qui présentait en tous points les caractères des glandes salivaires (muqueuses). J'ai vu, en 1844, enlever par M. Roux une tumeur occupant la commissure droite des lèvres et s'étendant de là en haut et en dehors du côté de la joue, ayant de 3 à 4 centimètres de longueur et de largeur. Elle offrait une structure tout à fait lobulaire; les lobes et les lobules présentent une coloration d'un jaune rougeâtre, d'une forme arrondie et offrant par-ci par-là des intersections fibreuses. Au microscope; j'y ai trouvé des élémens épithéliaux revêtant partout l'intérieur des petits lobules. Il y avait aussi un certain nombre de cellules concentriques, les épithéliums dans plusieurs cellules, étaient infiltrées de granules graisseux; d'après tout cela, il s'agissait, dans ce cas, d'une hypertrophie considérable d'une glande buccale de la face interne de la joue. J'ai extirpé, dans le temps, avec un de mes confrères du canton de Vaud, une tumeur de ce genre qui s'était développée dans l'espace de trois à quatre ans, chez un homme âgé de 36 ans, et qui faisait saillie sous la peau de la joue; elle était indolente, et la santé générale était intacte. A l'examen microscopique, il fut facile de reconnaître la structure lobulée de la tumeur, qui renfermait beaucoup d'élémens glandulaires et des épithéliums très développés. M. Lenoir a enlevé, il y a peu de temps, une glande hypertrophiée de la joue, qui avait d'abord présenté les signes d'un abcès. Une incision fut faite, et comme elle ne donnait pas lieu à un écoulement de liquide, l'habile chirurgien l'agrandit et fit sortir la tumeur avec une grande facilité. J'ai examiné trois fois des tumeurs circonscrites variant entre le volume d'une petite amande et d'un œuf de pigeon, offrant une délimitation nette et enkystée, et siégeant au-dessus du voile du palais. Dans deux de ces cas, j'ai trouvé une structure lobulaire due à une hypertrophie glandulaire simple. La troisième tumeur m'avait été remise par M. Marjolin, qui l'avait présentée à la Société de chirurgie en 1851. Elle avait la forme arrondie, circonscrite, à surface inégale, des hypertrophies glandulaires, mais elle ne montrait, dans son intérieur, que des élémens fibro-plastiques. Nous avions affaire à la variété fibro-plastique de l'hypertrophie glandulaire.

Le cas qui a donné lieu à cette intéressante discussion, dans la Société de chirurgie, à laquelle j'ai fait allusion plus haut, a été communiqué, à la savante compagnie, par M. Michon. Un homme âgé de 36 ans, d'une bonne santé, portait depuis dix ans environ une tumeur indolente dans le fond de la bouche, déprimant un peu la partie postérieure de la langue. On reconnaît, à travers la muqueuse amincie et tendue, une tumeur à peu près sphérique, un peu lobulée, de consistance élastique; elle s'appuie en arrière sur la moitié gauche du palais, à son point de jonction avec la voûte palatine et le pilier antérieur. La parole et la déglutition sont gênées, et la respiration pénible, surtout pendant le sommeil. L'opération fut pratiquée le 5 juin 1852. Une incision a circonscrit la muqueuse autour du pédicule de la tumeur, et il a été facile ensuite de l'énucléer avec les doigts. Voici le résultat de l'examen de la tumeur : la muqueuse qui l'enveloppe dans une grande portion de son étendue, est peu adhérente; au-dessous on trouve un tissu jaunâtre, granuleux, avec quelques traînées fibreuses, et présentant çà et là des tumeurs assez grandes et notamment près de la surface un kyste allongé, dans lequel se trouve un liquide transparent et visqueux. A l'examen microscopique, on reconnaît des culs-de-sacs hypertrophiés très nombreux et très évidens, des noyaux et des cellules épithéliales formant des expansions membraneuses, quelques élémens fibro-plastiques et des tractus fibreux. L'examen microscopique a été fait par MM. Robin, Denuvé et par moi, et le résultat auquel nous sommes arrivés a été tout à fait identique. D'après les observations de M. Robin (2), la membrane propre des culs-de-sac peut, dans quelques endroits, être résorbée en circonstance pareille, et donner lieu à une infiltration épithéliale.

Dans cette même séance de la Société de chirurgie, M. Nélaton a cité

(1) Voir le numéro du 21 Décembre.

(1) *Gazette des hôp.*, 27 janvier 1852.

(2) Robin, Op. cit., p. 22.

---

blance avec les doctrines de Cnide qu'avec celles de Cos. Ces livres contiennent quelques faits d'auscultation. M. Littré cite deux passages du troisième livre des *maladies*, dans lesquels il est question du bruit de *frottement pleural*, et dans l'autre d'un bruit de *gargouillement* perçu dans quelques cas d'épanchemens pleurétiques, avec ouverture des bronches dans la cavité pleurale : germes précieux d'une méthode d'observation qui a sommeillé pendant 2,400 ans, pour se réveiller enfin, de nos jours, fécondée par le génie de Laennec!

De même que l'école de Cnide avait colligé ses doctrines dans le livre des *Sentences cnidiennes*; de même celle de Cos avait, avant Hippocrate, promulgué les siennes dans le *Traité des prénotions coaques*, qui fait partie de la collection hippocratique, mais qui, suivant M. Littré, serait antérieur à Hippocrate.

Les *prénotions coaques* sont un recueil de faits le plus souvent isolés, sans lien qui les rattache les uns aux autres, où sont exposés des phénomènes pouvant servir à faire prévoir d'avance la durée, la marche et le mode de terminaison des maladies. C'est un traité de pronostic plutôt qu'un recueil d'observations complètes, et l'on y voit très souvent les auteurs, par une généralisation trop hâtive, transformer un fait particulier en fait général et constant.

Dans ce livre, les détails sont généralement mauvais, mais il y a des têtes de chapitre qui présentent de l'intérêt, et dont chacune pourrait devenir le point de départ de recherches neuves et utiles.

Voici quelques-unes de ces propositions ou têtes de chapitre :

1° Du froid qui se produit dans les maladies.

2° Du délire dans la fièvre.

3° Des causes de la céphalalgie.

4° Des tumeurs parotidiennes dans les maladies aiguës.

5° Des modifications d'aspect que le visage et les yeux peuvent présenter dans les maladies. Tableau parfait et fidèle de la nature.

6° Des signes fournis par la matière expectorée, les crachats.

7° Des signes fournis par la respiration, pour servir à prédire l'issue des maladies.

8° Des phénomènes qui accompagnent la péripneumonie, la pleurésie et la phthisie.

9° Des hydropisies. On trouve dans ce chapitre la distinction entre les hydropisies qui viennent du pourtour des reins, et celles qui ont leur origine dans le foie.

10° Signes tirés des vomissemens, de l'aspect des urines et des déjections alvines.

11° Des âges et de leur influence sur la production des maladies, chapitre où l'on trouve quelques vérités mêlées à beaucoup d'erreurs.

C'est à l'époque où les écoles rivales de Cnide et de Cos avaient déjà promulgué leurs doctrines, où commençait à s'opérer l'union de l'empirisme avec la philosophie spéculative, où commençait à se lever sur le ciel de la Grèce l'aurore du grand siècle de Périclès, siècle de gloire, où l'on voit resplendir à la fois sur le sol hellénique toutes les merveilles de l'intelligence humaine, les lettres, les sciences, les arts, en un mot tous les élémens de la civilisation la plus brillante et la plus parfaite, c'est alors que fut donné au monde l'un des plus grands génies de l'antiquité, le père de la médecine, Hippocrate.

Hippocrate parut 400 ans avant l'ère chrétienne. Il appartenait à une famille de prêtres qui exerçaient et enseignaient la médecine dans les temples d'Esculape. Du temps de Platon, la réputation d'Hippocrate était parvenue dans Athènes. Ce philosophe, dans un de ses dialogues, parle du médecin de Cos et conseille à ceux qui veulent étudier la médecine d'aller entendre les leçons d'Hippocrate. Hippocrate partit jeune encore de l'île de Cos, se rendit à Délos, voyagea en Lybie, en Thessalie (1), exerça peu de temps la médecine à Athènes, d'où il revint à Cos, sa patrie, pour s'y fixer et y commencer son enseignement. Ainsi l'existence de ce grand personnage, l'époque où il a vécu, l'influence qu'il a exercée sur son siècle, sa réputation, l'éclat de son enseignement, toutes ces circonstances sont parfaitement établies. Alors seulement nous possédons des documens certains d'une part sur les hommes, d'autre part sur leurs ouvrages. Alors commence cette grande période de 2,400 ans pendant laquelle la médecine forme un tout continu, dont chaque fraction trouve sa racine dans ce qui a été et prépare ce qui sera.

Toutefois, dans ce grand tout, on peut établir deux coupes, distinguer deux époques qui ont chacune sa physionomie particulière. Ces deux grandes coupes constituent la division naturelle de la médecine antique et de la médecine moderne. La première époque comprend 2,000 ans, elle commence à Hippocrate et va jusqu'à la fin du XVe siècle ou au commencement du XVIe. La deuxième époque s'étend depuis la fin du XVe siècle ou le commencement du XVIe, jusqu'à nos jours. Ces deux époques diffèrent l'une de l'autre par quatre grands faits ou quatre caractères qui impriment à la médecine un mouvement nouveau, une physionomie nouvelle.

1° Le premier fait ou le premier caractère est l'*analyse chimique*, substituée dès le commencement du XVIe siècle par le génie de Paracelse, à l'analyse grossière de la philosophie grecque, qui n'admettait dans le corps humain que quatre élémens : la terre, l'eau, l'air et le feu, élémens réduits même à un seul, l'air, par le philosophe Anaximène.

2° Au XVIe siècle, l'illustre Vésale tire l'anatomie des entraves, où la retenait une crédulité aveugle et ridicule en Galien; et dès lors, l'anatomie humaine, qui, depuis Hérophile et Érasistrate, de l'école d'Alexandrie, avait été complètement négligée, malgré quelques essais tentés à Florence par Mondini, en 1320, et quelques dissections publiques faites depuis par d'autres médecins; l'anatomie humaine est cultivée partout avec ardeur et enthousiasme.

3° L'étude de l'anatomie donne naissance à l'anatomie pathologique par la constatation des lésions qu'une dissection attentive fait découvrir dans les organes. Les observations de ces altérations anatomiques, restées longtemps éparses, sont réunies enfin par Bonnet (de Genève) en une immense et utile compilation, qui inspire à Morgagni son immortel ouvrage de *Sedibus et causis morborum*, l'un des plus beaux monumens élevés à l'anatomie pathologique.

4° Pendant la longue période de la médecine antique, la physiologie reste dans l'enfance, malgré les expériences entreprises par Démocrite, et plus tard par Galien, sur les animaux vivans. Dès qu'à partir du XVIe siècle, l'anatomie fut cultivée, son étude eut pour effet, d'une part, de redresser des erreurs plus ou moins grossières de physiologie; et, d'autre part, de conduire à des découvertes dans cette branche des sciences médicales. L'inspection des valvules du cœur et des autres parties du système circulatoire, fut le premier éclair qui illumina le génie de Harvey, et lui dévoila le grand mystère de la circulation du sang, éclatante vérité qui, annoncée au monde en 1628, ne fut généralement acceptée que vers le milieu du XVIIe siècle, après vingt ans d'une controverse ardente et acharnée.

Ainsi : 1° modifications profondes de la chimie avec Paracelse, ou chimie nouvelle;

2° Modifications profondes, ou plutôt venue au monde de l'anatomie avec Vésale;

3° Naissance de l'anatomie pathologique avec Morgagni;

4° Révolution physiologique opérée par le génie de Harvey.

Voilà les quatre grands faits qui modifient profondément les théories et la pratique de la médecine, et, par conséquent, établissent une distinction bien tranchée entre la médecine antique et la médecine moderne.

A la limite de ces deux époques, au moment où l'une finit et où l'autre commence, se place la découverte de l'imprimerie, fait immense qui vient, par une vive impulsion, accélérer le mouvement nouveau qui pousse la médecine, comme les autres sciences, dans la voie du progrès.

(*La suite à un prochain numéro*).

(1) Et dans le pays des Scythes, dont il parle dans son *Traité des eaux, des airs et des lieux.*

un fait en tout semblable à celui de M. Michon. C'était celui d'une jeune religieuse qui portait une tumeur volumineuse dans l'épaisseur du voile du palais, qui se détacha très facilement par l'opération, présenta tous les caractères d'une glande hypertrophiée et n'a point été suivie de récidive jusqu'à ce jour. Un cas semblable a été opéré dernièrement par le même chirurgien à l'hôpital des Cliniques, et une simple incision du voile du palais sur la ligne médiane permit l'extraction de la tumeur. L'examen microscopique démontra sa nature glandulaire et hypertrophique.

Bien que dans cette discussion un fort bon esprit de progrès dans l'appréciation de ces sortes de tumeurs ait été généralement manifesté, nous devons cependant signaler une petite erreur dans les opinions qui ont été émises à cet égard. On a regardé en général ces tumeurs comme des hypertrophies de glandes salivaires, tandis qu'en réalité il s'agissait de glandes mucipares engorgées et hypertrophiées.

Comme les faits d'hypertrophie des glandes mucipares de la bouche sont rares encore, nous allons y ajouter plusieurs indications sur des faits semblables que nous trouvons dans des travaux d'anatomie générale et qui, évidemment, se rapportent à des hypertrophies de ce même genre. Kœlliker (1) mentionne le cas d'une de ces glandes engorgées, de plus d'un centimètre de largeur, située entre l'épiglotte et le trou borgne, tumeur derrière laquelle se trouvaient deux autres glandules de 5 millim. environ de largeur. Il suppose que c'étaient des glandes mucipares hypertrophiées. Tortonal (2) décrit deux corps d'apparenre tonsillaire, avec des ouvertures assez larges des deux côtés de la base de la luette. Evidemment il s'agissait des glandules mucipares de cette région, à l'état hypertrophique. Frerichs (3) enfin dit qu'il a rencontré plusieurs fois, chez des individus déjà âgés, les glandes acineuses de l'œsophage, partiellement hypertrophiées. Quelques-uns de ces acini avaient décuplé de volume et étaient remplis de leur produit de sécrétion ordinaire, formant ainsi des vésicules saillantes d'apparence kysteuse. Nous pourrions rapprocher enfin de tous ces faits l'hypertrophie de glande acineuses, que nous avons rencontrée dans une luette hypertrophique que nous avons enlevée à un malade qui en éprouvait de la gêne pour la déglutition et pour la phonation.

Une des hypertrophies les plus importantes à connaître parmi celles des glandes mucipares, est la maladie si bien décrite par M. Huguier (4), pour la glande vulvo-vaginale.

Cette glande, connue des anciens anatomistes, découverte par Gaspard Bartholin et par Duverney, souvent indiquée ensuite dans les ouvrages anatomiques, n'a été bien étudiée dans ses rapports anatomiques, sa structure, son anatomie comparée et ses altérations pathologiques, que par M. Huguier. Nous avons dû, dans la lecture de son beau travail, réunir plusieurs passages pour arriver à la notion des diverses formes d'hypertrophie de cette glande. Après avoir décrit l'hyper-sécrétion simple, l'auteur passe à celle de l'hypertrophie avec augmentation de volume et de consistance qui donne lieu à une sensibilité plus prononcée des parties du côté affecté ; elle est ordinairement unilatérale. L'entrée du vagin est habituellement mouillée de ce côté, la femme y éprouve des cuissons, quelquefois accompagnées d'une constriction de la vulve, avec exagération des désirs vénériens. M. Huguier rapporte à cette altération les pollutions nocturnes signalées chez quelques femmes par Swediaur et par M. Robert. En même temps il y a ordinairement irritation et hypersécrétion des autres glandules de la vulve.

Dans l'hypersécrétion purulente, la cavité du conduit excréteur est dilatée, souvent aussi la glande elle-même est hypertrophiée, atteignant le volume d'une noisette ou d'une petite noix. L'engorgement chronique de la glande est ensuite décrit à la page 118 et suivantes. Elle se rencontre de préférence chez de jeunes femmes ; deux fois seulement elle a été observée après la cessation des règles ; elle atteint le volume d'une noisette et au-delà, devient dure, se prolonge en bas et en arrière sur les parties latérales du périnée ; elle donne lieu à une sensation habituelle de gêne, augmentée pendant l'acte de la copulation. A la page 128, l'auteur décrit l'induration fibreuse de la glande qui, probablement, correspond à cette forme d'hypertrophie glandulaire dont nous avons déjà souvent parlé et que nous désignons sous le nom de fibreuse ou fibro-plastique. La glande vulvo-vaginale forme alors une tumeur dure, d'un blanc nacré, renfermant encore quelques lobules glanduleux, la tumeur est un peu moins volumineuse et moins douloureuse que dans l'hypertrophie simple, et on ne retrouve plus l'orifice du conduit excréteur. Une de ces glandes extirpée est fort bien décrite dans la quinzième observation, page 133. La glande, de forme olivaire avait 2 centim. et demi de longueur sur 1 centimètre et demi d'épaisseur ; elle était dense, ferme, fibreuse, faisant corps avec un kyste qui présente une membrane externe, résistante, fibreuse, et une couche interne molle, fongueuse, d'un rouge violacé, tapissée par un épithélium mince. Le contenu était muco-purulent ; le diamètre de cette poche fibro-muqueuse, qui était une dilatation d'un des acini de la glande, était de 39 millimètres.

La description des kystes de l'appareil vulvo-vaginal fait suite, comme hypertrophie partielle, aux diverses formes d'hypertrophies plus diffuses que nous venons de signaler. Ces kystes occupent ordinairement un seul côté de la vulve et siégent surtout à gauche. Sur 34 cas, le mal existait 29 fois d'un seul côté, 18 fois à gauche et 11 fois à droite ; 5 fois seulement des deux côtés. Ordinairement, une seule granulation est le siége de la dilation, quelquefois il y en a plusieurs réunies alors en grappes. Le conduit seul peut subir la dilatation kysteuse, et, s'étendant alors vers l'intérieur de la glande, il offre un aspect ramifié et appendiculé. M. Boys de Loury a décrit une tumeur de ce genre en forme de chapelet. Ce kyste adhérait aux parties voisines. En dedans elles sont liées à la muqueuse vulvo-vaginale, en dehors elles sont très rapprochées de la partie interne de la branche ascendante de l'ischium. Point d'adhérences en bas, au bord libre de la grande lèvre. La surface externe des kystes est tomenteuse, quelquefois grenue ; d'autres fois elle offre quelques petites dépressions ; la surface interne est lisse et luisante, offrant des cloisons et des éperons dans les kystes volumineux. La paroi interne ressemble à une membrane muqueuse couverte de son épithélium. La tumeur est plus vasculaire si elle provient du tissu glandulaire ; elle l'est moins s'il y a simple dilatation du conduit excréteur. Le contenu est épais, filant, limpide, quelquefois noir ou brun, s'il y a un épanchement de sang ; il est d'un jaune verdâtre s'il y a suppuration. On y trouve des lamelles épidermiques, des globules sanguins, quelquefois ceux du pus. Les parties voisines de la glande sont souvent hypertrophiées. En devenant volumineuse, la tumeur contracte des adhérences avec le constricteur de la vulve et le muscle transverse du périnée.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) Op. cit., p. 48-49.
(2) Tottoual. *Unters. über den menschl. kehlkopf.* Leipzig, 1846, p. 77.
(3) Frerichs. *Wagner Handwoerterbuch art. verdauung.* T. III, p. 746.
(4) Huguier. Op. cit., p, 93, 118, 128 et 226.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique du lundi 20 Décembre 1852. — Présidence de M. Piobert.

Annonces des prix décernés pour 1852.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

(*Commissaires* : MM. Flourens, Serres, Rayer, Duméril, et Magendie, rapporteur.)

La commission du prix de physiologie expérimentale a reconnu, dans les recherches de MM. Budge, médecin anglais, et Waller, professeur à Bonn, sur le grand sympathique, des résultats nouveaux qui établissent d'une manière certaine quelques faits positifs de nature à éclairer les fonctions du système nerveux ganglionnaire.

On savait, par les expériences de Pourfour du Petit, anatomiste du dernier siècle, et membre de cette Académie, que la section du grand sympathique au cou détermine le resserrement de la pupille du côté correspondant. On avait appris plus récemment, par une expérience de M. Biffi de Pise, qu'en galvanisant le bout supérieur de ce nerf coupé, il en résultait au contraire la dilatation de la pupille. MM. Budge et Waller prouvent, par des expériences dont vos commissaires ont constaté l'exactitude, que ces propriétés de la partie cervicale du grand sympathique sont en rapport avec un segment de la moelle épinière, compris entre la septième vertèbre du cou et la deuxième dorsale. Si l'on détruit cette partie de la moelle, l'influence du grand sympathique sur l'iris disparaît ; d'où l'on tire cette conséquence, que c'est la moelle épinière qui influence les mouvemens de la pupille, et que le rôle du nerf sympathique est de transmettre cette influence, au lieu de l'exercer de lui-même, comme il était naturel de le penser, d'après les expériences qui viennent d'être citées. Il résulte encore de ces recherches que le filet cervical sympathique, au lieu de procéder du crâne vers le thorax, procéderait au contraire du cou vers la tête. Une autre conséquence qu'on pourrait encore déduire de ces expériences, est que le système ganglionnaire, au lieu d'avoir des fonctions indépendantes, comme beaucoup d'auteurs l'ont avancé, serait, ainsi que les autres nerfs, une dépendance du système cérébro-spinal. La commission a regardé ces faits comme assez importans et assez nouveaux, pour partager entre leurs auteurs le prix de physiologie expérimentale de l'année 1852.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1852.

(*Commissaires* : MM. Velpeau, Roux, Andral, Rayer, Magendie, Duméril, Flourens, Lallemand, et Serres, rapporteur.)

Par des motifs énoncés dans le rapport, la commission, élargissant le cadre des prix de médecine et de chirurgie, a insisté cette année, plus que les années précédentes, sur les travaux relatifs à l'anatomie et à la physiologie.

ANATOMIE.

Parmi les travaux anatomiques, elle a distingué les ouvrages de MM. Bourgery et Jacob, et de M. Hirschfeld sur l'anatomie du système nerveux, et celui de M. le docteur Follin, sur les corps de Wolf. Elle a alloué :

1° A feu M. Bourgery et Jacob, une récompense de 2,000 fr.
2° A M. L. Hirschfeld, une récompense de 1,500 fr.
3° A M. Follin, une récompense de 1,000 fr.

PHYSIOLOGIE.

En physiologie, la commission a décerné ;

1° A M. Blondlot, une récompense de 1,500 fr., pour ses deux mémoires intitulés : 1° *Essai sur les fonctions du foie* ; 2° *De l'inutilité de la bile dans la digestion* ; travaux qui sont la suite du *Traité analitique sur la digestion* du même auteur, déjà mentionné par l'Académie il y a huit ans.

2° A MM. Auguste Duméril, Demarquay et Lecointe, une récompense de 1,500 fr., pour leurs *Études expérimentales des modifications imprimées à la température animale par l'introduction des médicamens dans l'économie.*

PATHOLOGIE MÉDICALE.

Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer, par M. le docteur Lebert. L'idée principale qui domine dans cet ouvrage, c'est que beaucoup de maladies confondues avec le cancer doivent en être séparées, et offrent vis-à-vis de celui-ci, non seulement des différences anatomiques incontestables et incontestées, mais aussi une marche clinique essentiellement différente.

L'histoire de la cellule cancéreuse est faite d'une manière très complète, soit pour ses caractères spéciaux, soit pour ses phases de développement et ses altérations. L'unité du cancer est un des points fondamentaux des doctrines de cet ouvrage. Les affections cancroïdes en sont séparées, et les diverses espèces de cancer des auteurs ne sont en réalité que des formes d'importance secondaire.

A l'occasion de la propagation du cancer, l'auteur étudie l'envahissement, l'irradiation, les dépôts successifs et secondaires, et il insiste sur le fait que les cancéreux peuvent mourir avec les signes d'une infection qui a eu lieu directement dans le sang, sans dépôts secondaires nombreux ou importans.

En examinant les opinions d'exclusion par rapport au cancer, l'auteur arrive à ce résultat, que les cancéreux peuvent se tuberculiser ; mais il n'a jamais vu survenir le cancer dans le courant d'une affection tuberculeuse à marche progressive.

La fréquence comparative du cancer dans les divers organes est ensuite établie sur une statistique à laquelle l'auteur attache la plus grande importance.

Dans le chapitre où l'auteur parle des affections cancéreuses, il cherche à démontrer que la structure anatomique des cancroïdes est complètement différente de celle du cancer. A ces différences correspondent, d'après l'auteur, des différences cliniques non moins tranchées. Les tumeurs épidermiques et fibro-plastiques, par exemple, peuvent récidiver après les opérations, mais la récidive est toujours locale. La marche de ces affections est bien autrement lente et bénigne que celle du cancer. Les tumeurs fibro-plastiques peuvent se généraliser dans quelques cas, comme exceptionnellement toutes les tumeurs ; les cancroïdes épidermiques ne se sont jamais montrés généralisés dans les nombreuses observations et autopsies de l'auteur ; leur propagation locale se borne à la zone anatomique et aux ganglions lymphatiques en rapport direct avec le siége primitif du mal.

Le cancer est l'expression d'une diathèse ; tandis que les cancroïdes sont des maladies locales pendant toute leur durée, sauf des cas rares et exceptionnels.

L'auteur insiste sur la nécessité des opérations hardies et répétées dans les affections cancroïdes qui ne sont que des maladies locales, et, dans le courant de l'ouvrage, il cite de nombreux faits de guérison complète par cette méthode ; tandis qu'au contraire, dans le vrai cancer, l'opération ne donne qu'un secours palliatif, et doit être réservée pour les tumeurs strictement localisées, qui peuvent être enlevées en totalité, et qui ne sont pas encore accompagnées d'une atteinte profonde de la santé générale.

Une récompense de 2,000 fr. est accordée à cet important travail.

MM. Becquerel et Rodier, dans leurs *Nouvelles recherches d'hématologie*, ont eu surtout pour but d'étudier les changemens de proportion que les globules, la fibrine et l'albumine du sang éprouvent dans les maladies chroniques.

Les globules diminuent, bien que les individus continuent à se nourrir pendant le cours de la plupart des maladies chroniques.

L'album ne diminue dans les maladies de cœur avancées, dans la cachexie paludéenne, dans la diathèse cancéreuse.

Ils ont prouvé que, lorsque l'albumine diminue rapidement dans le sang, une diminution de ce principe détermine l'hydropisie ; tandis qu'il faut que cette diminution soit beaucoup plus considérable pour la produire, lorsqu'elle a lieu lentement.

Ils ont montré qu'un scorbut bien caractérisé peut exister sans qu'il y ait dans le sang diminution de fibrine.

D'après ces observations nouvelles, importantes pour l'étiologie générale des maladies qu'ils ont observées, l'académie accorde aux auteurs une récompense de 1,200 fr.

Avant les recherches de M. Davaine, on connaissait peu *la paralysie double de la face* ; M. Davaine a montré que dans la paralysie générale des deux nerfs de la septième paire, surtout lorsqu'elle est incomplète, l'expression symptomatique extérieure était bien moins apparente, bien moins nettement dessinée que dans les paralysies d'un seul des nerfs de la face.

Dans la paralysie d'un nerf facial, quel que soit le degré de cette affection, la distorsion de la face ou la déformation des traits est toujours évidente et facilement reconnaissable ; dans la paralysie des deux nerfs faciaux, la physionomie conservant sa symétrie, son peu de mobilité ou son immobilité ne frappe pas de prime abord.

Ce sont quelquefois des troubles fonctionnels intérieurs, observés du côté du voile du palais et de la langue, qui, à raison de leur plus grande évidence, attirent les premiers l'attention et permettent de reconnaître le siége de l'affection.

L'étude très-attentive de ces phénomènes de la paralysie faciale double a permis à M. Davaine d'établir d'une manière nette la part que prennent les nerfs faciaux dans les fonctions du voile du palais, du pharynx et de la langue. Dans la paralysie d'un des nerfs de la septième paire, dans l'hémiplégie faciale, on n'avait point remarqué l'action que le nerf facial a sur la prononciation des lettres linguales. Cette influence devient très-manifeste dans la paralysie faciale double. D'un autre côté, la paralysie du voile du palais se trouve indiquée par le nasonnement et par le passage des liquides du pharynx dans les fosses nasales, alors que la luette semble intacte et conserve sa symétrie.

Quant au traitement de cette maladie, M. Davaine fait observer que les chances de succès sont fort inégales, suivant que les nerfs faciaux sont affectés dans l'intérieur du crâne, dans leur trajet et à travers le rocher, ou dans leur portion extérieure, distinction importante qui peut aussi servir de base au pronostic et à des indications thérapeutiques spéciales.

La commission propose de décerner à M. Davaine une récompense de 1,000 fr.

Le traité de l'*affection calculeuse du foie et du pancréas*, publié par M. Fauconneau-Dufresne, est la monographie la plus exacte qui ait été faite sur cette matière. L'auteur a décrit avec le plus grand soin les altérations et les symptômes produits par la présence des calculs dans les diverses parties des voies biliaires, dans les radicules du conduit hépatique, dans le conduit lui-même, dans le vésicule biliaire, dans le canal cystique, dans le canal cholédoque et jusque dans les différentes parties de l'appareil digestif. Cette première partie est terminée par l'histoire des *fistules biliaires*. De nombreuses observations viennent, comme autant de pièces justificatives, témoigner de l'exactitude des descriptions générales. Dans toutes les parties de son travail, M. Fauconneau-Dufresne a constamment cherché à relier les symptômes pathologiques et les actions thérapeutiques avec les connaissances physiologiques et chimiques actuelles, sur la sécrétion de la bile et la composition des calculs biliaires.

A l'aide de cet ensemble de notions, l'auteur a réellement contribué à l'avancement de l'histoire scientifique et thérapeutique des maladies du foie et du pancréas.

La commission propose d'accorder à M. Fauconneau-Dufresne un encouragement de 1,000 fr.

M. le docteur Richard a soumis à l'examen de l'Académie un mémoire court, mais fort intéressant, sur certains kystes de l'ovaire communiquant avec la trompe utérine.

Ces kystes pédiculés, qu'il nomme *tubo-ovariens*, sont distincts de

ceux dont le pédicule tient à l'ovaire même, et dont Ruisch a fait représenter un bel exemple.

La découverte de cette communication, intéressante pour rendre raison de l'évacuation, par les parties génitales de la femme, de diverses hydropisies para-ovariennes dont la science renferme un certain nombre de cas, le devient aussi pour le pronostic de ces affections.

La commission propose d'accorder à M. Richard un encouragement de 1,000 fr.

THÉRAPEUTIQUE.

L'Académie alloue 1° un prix de 2,500 fr. à M. Bretonneau, pour avoir introduit la trachéotomie dans la thérapeutique du croup ; et à M. le professeur Trousseau une récompense de 2,000 fr. pour en avoir perfectionné et simplifié le procédé.

2° Une récompense de 2,000 fr. à M. Manec, pour ses recherches sur le *traitement local du cancer par la pâte arsénicale.*

3° Un encouragement de 1,000 fr. à M. A. Becquerel, pour son mémoire sur l'*emploi des mercuriaux dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

4° Une récompense de 1,000 fr. à M. Bouisson, pour son ouvrage sur la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir.

5° A M. Boinet, un encouragement de 1,000 fr., pour ses tentatives sur l'emploi des injections iodées dans le péritoine des sujets atteints d'ascite.

6° A M. Baudens, pour les efforts auxquels il s'est livré pour faire prévaloir l'amputation sus-malléolaire et pour en démontrer les avantages, un encouragement de 1,000 fr.

HYGIÈNE.

Plusieurs travaux sur le crétinisme ont été encore, cette année, soumis à l'examen de la commission.

M. Niepce, en allant pendant trois ans sur les lieux mêmes où règne le crétinisme, a d'abord observé avec soin les individus qui en étaient affectés, et, de même que ceux qui l'avaient précédé dans cette étude, il a constaté que cette dégradation de l'espèce humaine frappait simultanément l'ensemble de tout l'organisme. Par là il différencie le crétinisme de l'idiotie, bornée presque toujours à l'arrêt de développement des facultés mentales.

M. Niepce établit que les conditions physiques qui peuvent amener ce résultat sont multiples, et non uniques, ainsi qu'ont pu le croire certains observateurs.

Ainsi, ni la présence de la magnésie dans les eaux, ni celle en excès du sulfate de chaux, ni même l'absence de l'iode dans les plantes et dans l'air, ne lui paraissent susceptibles à elles seules de produire un effet si général et si profond sur l'ensemble de tout l'organisme ; il faut de plus la disposition des lieux qui arrête la ventilation, produit la stagnation de l'air et le charge d'une humidité surabondante. De plus encore, dans les localités visitées par M. Niepce, le développement du crétinisme est favorisé par la mauvaise nourriture et l'insalubrité des habitations.

Il ressort encore de ce travail que la dégradation humaine a des limites qu'elle ne franchit jamais. Quel que soit le degré d'abaissement qu'il présente, l'organisme humain conserve toujours la supériorité physique que le Créateur lui a assignée : il se dégrade sans reculer vers l'animalité.

D'après ces considérations, d'après aussi l'utilité dont pourra devenir cet ouvrage pour ceux qui de nouveau voudront se livrer à l'étude du crétinisme, la commission propose d'accorder à M. Niepce un encouragement de 1,000 fr.

M. Renault, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort, a adressé pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un mémoire intitulé : *Études expérimentales et pratiques sur les effets de l'ingestion des matières virulentes dans les voies digestives de l'homme et des animaux domestiques.* Ce travail repose sur un grand nombre d'expériences faites sur le cheval, le mouton, le porc, le chien et la poule. De ces expériences l'auteur s'est cru autorisé à conclure à l'innocuité de ces substances ingérées dans l'appareil digestif. Il pense même que la chair des animaux n'éprouve, par cette alimentation, aucune diminution appréciable de qualité, et que, par conséquent, il n'existe aucune raison d'empêcher l'alimentation des porcs et des poules avec les débris des clos d'équarrissage ; enfin, l'auteur ajoute qu'il n'y a aucun danger pour l'homme à manger la viande cuite, provenant d'animaux atteints de maladies virulentes, ou à se nourrir du lait qu'ils fournissent.

Les recherches de M. Eug. Renault, tendant à la solution d'une des questions les plus graves de l'hygiène et de l'économie domestique, la commission propose d'accorder à l'auteur un encouragement de 1,000 francs.

Un encouragement de 1,000 fr. est accordé à M. Josat, pour son travail relatif aux *maisons mortuaires.*

TOXICOLOGIE.

De l'élimination des poisons, par M. Louis Orfila. — En toxicologie, l'élimination des poisons était bien admise d'une manière générale, mais elle n'avait pas été démontrée expérimentalement pour le plomb, l'argent, le cuivre, le mercure, et c'est ce qu'a fait M. Louis Orfila.

Plusieurs des expériences relatives aux voies par lesquelles les poisons sont éliminés, ne sont que la confirmation de celles qui avaient été faites antérieurement ; mais il en est beaucoup qui sont propres à l'auteur et qui renferment des faits nouveaux : telles sont, en particulier, les expériences relatives à l'élimination du mercure, élimination qui, comme on le sait, a été si longtemps controversée.

En conséquence, la commission propose d'accorder à M. Louis Orfila un encouragement de 1,000 fr.

Enfin, la commission a examiné l'ouvrage de M. Ricord sur la maladie syphilitique. Elle y a remarqué plusieurs observations relatives à des affections des viscères profonds, que l'auteur considère comme vénériennes. Par ses travaux antécédens, de même que par sa position, l'auteur étant mieux que tout autre à même d'éclaircir ce point presque nouveau et si important de la pathologie, la commission le recommande à son attention.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Décembre. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Houeix, médecin des épidémies de l'arrondissement de Ploërmel, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune Loyat (Morbihan), en août, septembre et octobre derniers. (Comm. des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Causard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châtillon, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Grancey-sur-Ource, en septembre et octobre derniers. (*Id.*)

3° Une lettre de M. le Préfet de police, qui transmet des documens statistiques, sur la mortalité cholérique de la Seine pendant l'année 1849. (Comm. du choléra.)

4° Une note de M. Chardon, qui soumet à l'examen de l'Académie une ventouse de son invention. (Com. M. Poiseuille.)

5° Une lettre de M. Van Hengel, faisant connaître le résultat d'expériences sur une substance résineuse désignée sous le nom de *getahlahoe.* (Comm. M. Bouchardat.)

6° Un mémoire de M. le professeur Tourdes, de Strasbourg, sur la statistique du goître et du crétinisme dans le département du Bas-Rhin. (Comm. du crétinisme.)

7° Une note de M. Maurin, avec le dessin d'un instrument pour la dilatation des rétrécissemens de l'urètre. (Comm. MM. Larrey et Ségalas.)

8° Un mémoire de M. Dutunlau, médecin en chef de la marine, à la Martinique, sur l'hépatite des pays chauds. (Comm. MM. Chomel, Louis et Gérardin.)

9° Un mémoire de M. Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, sur l'extinction de la syphilis dans l'armée. (Comm. MM. Mélier, Michel Lévy et Bégin.)

10° Un mémoire de M. Deval, de Luxeuil, sur un nouveau procédé de céphaloprisie. (MM. Moreau, Danyau et Cazeaux.)

11° Une de M. F. Jacquot, de St-Dié, sur l'emploi de l'alun dans le diabète. (Comm. MM. Rayer et Bouchardat.)

12° M. de Puisaye, inspecteur-adjoint des eaux d'Enghien, et M. J. Lecomte, adressent la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

» Dans la séance du 7 décembre, M. le docteur Bouland a lu devant l'Académie un mémoire intitulé : *Du chauffage des eaux sulfureuses froides.* Parmi les conclusions qui résument le travail de notre honorable confrère, nous lisons : *on peut conserver à l'eau d'Enghien son intégrité en élevant la température par l'addition d'eau ordinaire bouillante.* M. Bouland, avant d'admettre ce fait comme sa propriété, aurait dû, ce me semble, faire appel à ses souvenirs, car il est de notoriété, à Enghien, que ce procédé qu'il indique a été imaginé et appliqué par nous en 1851. Déjà même, en 1850, frappé de l'altération que subissaient les eaux d'Enghien par le mode de chauffage alors adopté, j'annonçais dans mon rapport de cette même année, des recherches faites conjointement avec M. Leconte, préparateur au Collége de France, sur celui qu'il serait le plus convenable d'employer pour conserver à l'eau d'Enghien toute son efficacité. Ces recherches furent consignées en 1851 ; et c'est après de minutieuses observations et de nombreuses expériences consignées dans notre journal que nous tenons à la disposition de l'Académie, que nous reconnûmes qu'en mélangeant l'eau sulfureuse froide avec de l'eau ordinaire chauffée, elle conservait ses propriétés.

» Cette découverte nous parut intéresser à un si haut degré la santé publique, que nous en fîmes immédiatement part au propriétaire des eaux.

» Nous pourrions invoquer également le souvenir de plusieurs de nos confrères, qui, soit comme curieux, soit comme malades, sont venus à Enghien, et que nous avons entretenus de nos recherches ; mais comme les souvenirs s'effacent, nous préférons citer un fait.

» Notre confrère le docteur Demarquay a bien voulu, au mois d'août 1851, se soumettre à l'action d'un bain composé avec de l'eau sulfureuse prise directement à la source, et coupée avec de l'eau ordinaire chauffée à 65°. Cette expérience physiologique, confirmative d'ailleurs de mes précédentes recherches, n'a pu échapper à M. Bouland, car elle a été faite publiquement en présence de M. de Lurzay, propriétaire de l'établissement.

» Il suffira, je pense, de rappeler ces faits à la mémoire de mon honorable confrère, pour vider cette question de priorité. Je dirai plus, si, antérieurement à 1850, M. Bouland avait eu connaissance de ce fait, il était assez important pour être indiqué dans l'opuscule qu'il a publié à cette époque sur les eaux d'Enghien ; s'il le connaissait même en 1851, il lui était aussi facile qu'aujourd'hui d'en faire l'objet d'une communication à l'Académie. Notre confrère n'ignore pas, car nous n'en avons malheureusement fait aucun mystère, que nous nous occupons d'un travail sur les eaux d'Enghien, dont la publication n'a été retardée que par le temps que nécessitent les analyses chimiques ; et si, jusqu'à ce jour, nous n'avons pas fait connaître d'une manière officielle ce fait important, c'est que nous tenions à conserver à notre travail toute son originalité, et qu'il nous semblait que la propriété nous en était suffisamment acquise par la publicité qu'il avait eue à Enghien.

» Nous espérons, Monsieur le Président, que vous voudrez bien transmettre cette réclamation à l'Académie, et la prier de ne statuer sur le mémoire de M. Bouland, qu'après s'être assurée de l'exactitude de nos assertions.

» Nous avons l'honneur, Monsieur le Président, d'être, avec le plus profond respect, vos très humbles serviteurs,

» Drs de Puisaye,

» Inspecteur-adjoint des eaux d'Enghien,

» J. Leconte. »

14 décembre 1852.

— MM. Requin, Sestier, Fauconneau-Dufresne, Moreau (de Tours), Beau, Barth, Hutin et Durand-Fardel, se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

L'Académie procède au scrutin pour le renouvellement du bureau pour l'année 1853. En voici le résultat :

Président, — nombre des votans, 74, majorité, 38.

M. Bérard obtient. . . .	60 voix.
M. Rostan	6
Voix perdues	8

M. Bérard est proclamé président pour 1853.

Vice-président, — votans, 76, majorité, 39.

M. Nacquart obtient. . .	42 voix.
M. Rostan	22
M. Bussy.	7
Voix perdues	5

M. Nacquart est élu vice-président.

Secrétaire annuel. — votans, 60, majorité, 31.

M. Gibert obtient. . . .	35 voix.
M. Larrey.	19
Voix perdues	5

M. Gibert est réélu secrétaire annuel.

Trésorier, — votans, 49, majorité, 25.

M. Pâtissier obtient. . . .	46 voix.
Voix perdues	3

M. Pâtissier est maintenu trésorier.

Ont été élus membres du conseil : MM. Mélier, Laugier et Renault.

La séance est levée après ces scrutins, à cinq heures moins un quart.

COURRIER.

On considère comme certaine la nomination de M. Wurtz à la chaire de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris.

Les candidats à la chaire d'anatomie, que la mort de M. Dubreuilh laisse vacante dans la Faculté de médecine de Montpellier, dit la *Revue thérapeutique du Midi*, sont en nombre considérable. On cite, entre autres, MM. Benoit Courty, Chrestien et Quissac, parmi ceux de Montpellier ; et parmi ceux de Paris, MM. Lacauchie, Giraldès, Sappey, Bayle, etc. Nous pouvons ajouter à ces noms celui de M. Jamain.

M. Dupré, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Montpellier, a été délégué par ses collègues pour venir offrir à l'Empereur les félicitations et les hommages de cette célèbre compagnie.

Les candidats à la place vacante à l'Académie de médecine, section d'anatomie pathologique, paraissent devoir être très nombreux. A la séance d'hier, on n'a pas compté moins de huit demandes.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours de l'internat est terminé depuis samedi dernier. Voici le résultat de ce concours :

Ont été nommés internes définitifs : MM. Garreau, Tarnier, Lefort, Bailly, Bourgarel, Dupuy, Amen, Bourcy, Vautrin, Van-Gaver, Barbeau, Parrot, Fleurot, Dumont-Pallier, Liégard, Billoir, Perret, Rabaud, Guyot, Richard-Maisonneuve, Brunet, Pain.

INTERNES PROVISOIRES. — MM. André, Frémineau, Joseph, Houzé de l'Aulnoit, Aubrée, Luys, Borde, Bertholle, Schloss, Bignon, Blache, Moysant, Nadaud des Islets, Holaind, Pise, Buhon, Mercier, Grellet de Fleurelle, Provent, Touraine, Binet, Lallemand, Blot, Labosse, Thomas de Clomadeuc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par les émissions sanguines au début et par l'eau froide (*intus et extrà*) pendant toute la durée de la maladie, par le docteur Leroy, médecin en chef de l'hospice de Béthune (Pas-de-Calais). — Broch. in-8. Paris, 1852. Aux bureaux de l'Union Médicale, 56, faubourg Montmartre. — Prix : 1 fr.

Ce travail, qui a été publié en grande partie dans l'Union Médicale, et qui a fait sensation, renferme plusieurs observations inédites.

Agenda médical pour 1853 contenant un *Memento du praticien* pour l'emploi des médicamens dangereux, des principales formules officinales et magistrales, et les agens nouveaux, par le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; et un *Résumé pratique des eaux minérales*, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par le docteur Constantin James, auteur du Guide aux eaux minérales. Plus un *Calendrier* à deux jours par pages, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes ; la liste des médecins du département de la Seine, les médecins des hôpitaux civils et militaires, les médecins inspecteurs des eaux minérales, les maisons de santé, la Faculté de médecine et les diverses Sociétés savantes ; la liste des journaux scientifiques ; la liste des poisons et contre-poisons, avec l'indication des secours à administrer aux noyés et asphyxiés ; des modèles de rapports et certificats ; la liste, par ordre alphabétique, des substances actives et toxiques qui ne doivent pas être délivrées sans ordonnance du médecin ; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent ; le tableau des rues de Paris, etc. Prix, broché : 1 fr. 75 c. à Paris ; 2 fr. 25 c. *franco* par la poste, 3 fr. et au-dessus, suivant la reliure, dont indication ci-dessous.

Reliures diverses : N° 1. Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier, 3 fr. — N° 2. Id. à patte id. id. 3 fr. 50 c. — N° 3 Id. à coulisseau id. doublé en soie, 4 fr. — N° 4. Id à patte id. id. 4 fr. 50 c. — N° 5. Id. id. id. et petite trousse, 5 fr. — N° 6. Id. à serviette avec trousse et portefeuille, 6 fr. — N° 7. Id. id id. à trimestres, 7 fr. — N° 8 Chagrin id. id. et portefeuille, 7 fr. — N° 9. Id. id. id. à trimestres, 8 fr. — N° 10. Id. à fermoir en maillechort, 9 fr.

Nota. — Les exemplaires reliés ne pouvant être expédiés par la poste, MM. les médecins sont priés de les faire demander par l'intermédiaire des libraires de leur localité.

De l'organisation d'un service de santé pour les indigens des campagnes, considéré au point de vue administratif, hygiénique et thérapeutique, par F.-J. Cazin (de Boulogne-sur-Mer), auteur du *Traité pratique et raisonné de l'emploi des plantes médicinales indigènes.* In-8. Prix : 1 fr. 25 c., *franco* par la poste.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23 (ancien n° 4).

Traité de la gutta-percha et de son application, par brevet d'invention (s. g. d. g.), aux dentures artificielles ; par M. le docteur A. Delabarre, auteur du *Traité sur les accidens de la dentition chez les enfans en bas-âge*, de la *Méthode d'éthérisation par l'éther et le chloroforme* — Chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17, et chez l'auteur, rue de la Paix, 2.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 151. SIXIÈME ANNÉE. Samedi 25 Décembre 1852.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............. 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi . Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 DÉCEMBRE 1852.

MODIFICATIONS A INTRODUIRE DANS LE RÉGLEMENT DES CONCOURS POUR LES PLACES DE MEMBRES DU BUREAU CENTRAL,

Adoptées par le Conseil de surveillance de l'assistance publique, dans la séance du 23 décembre 1852, sur le rapport de M. Horteloup.

Nous recevons communication du document suivant, que nous nous empressons de porter à la connaissance de nos lecteurs :

Article 1er. — Les membres des jurys des concours sont tirés au sort par le directeur, soit en séance du conseil de surveillance, soit en présence de deux de ses membres, délégués à cet effet.

Art. 2. — Dans le cas prévu par l'art. 104 du réglement sur le service de santé, où des candidats proposeraient des récusations, le directeur prononcera, après avoir pris l'avis des deux membres désignés en l'article précédent.

En cas de divergence d'opinion entre le directeur et les deux membres du conseil, il en serait référé au préfet de la Seine.

Art. 3. — Le jury de chaque concours est formé quinze jours avant l'ouverture, après que les listes d'inscription des candidats ont été closes.

Art. 4. — Les jurys des concours pour la nomination des membres du bureau central sont composés, lorsque le nombre des places à donner n'excède pas deux, pour les places de médecins, de :

Quatre médecins titulaires,
Un chirurgien titulaire,
Un médecin suppléant,
Un chirurgien suppléant.

Pour les places de chirurgiens, de :

Quatre chirurgiens titulaires,
Un médecin titulaire,
Un médecin suppléant,
Un chirurgien suppléant.

Toutes les fois que le concours aura pour objet la nomination à *plus de deux places*, le nombre des membres titulaires du jury sera augmenté d'un médecin et d'un chirurgien, par chaque place au-dessus de deux.

Si des membres titulaires d'un jury viennent à se trouver dans l'impossibilité de continuer leurs fonctions, le jury sera complété par les membres suppléans, qui resteront disponibles, sans distinction de médecin ou de chirurgien.

Art. 4. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration de l'assistance publique, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ne sera pas admis à s'inscrire tout candidat qui se présentera après l'époque fixée pour la clôture des listes dont le jour sera indiqué aux affiches.

Art. 5. — Les médecins et chirurgiens, qui se présentent au concours pour les places du bureau central, doivent réunir les conditions suivantes, savoir :

Pour les places de médecins :

Trente ans accomplis et quatre années de doctorat ;

Et pour les chirurgiens :

Vingt-sept ans accomplis et quatre années de doctorat.

Néanmoins, le temps du doctorat et l'âge seront réduits de deux années pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'internes.

Les candidats qui auront obtenu, soit la médaille d'or, soit l'accessit, soit une mention au concours des prix des internes de 3e et 4e année, ne seront tenus d'être reçus docteurs que depuis un an.

Aucun candidat ne pourra se présenter au concours après cinquante-cinq ans, pour les places de médecin, et cinquante ans pour celles de chirurgien.

Art. 7. — Les épreuves d'admissibilité pour les médecins consisteront :

1° En une composition écrite pour laquelle il sera accordé au candidat trois heures au plus ; 2° en une épreuve clinique sur un seul malade. Il sera accordé au *candidat* dix minutes pour examiner le malade, et quinze minutes pour développer oralement devant le jury, son opinion sur ce malade.

L'épreuve définitive pour les médecins consistera en une épreuve clinique sur deux malades.

Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury.

Art. 8. — Les épreuves d'admissibilité pour les chirurgiens consisteront :

1° En une composition écrite, pour laquelle il sera accordé trois heures au plus ;

2° En une épreuve clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat dix minutes pour examiner le malade, et quinze minutes pour sa dissertation orale.

Les épreuves définitives se composeront :

1° D'une épreuve clinique sur deux malades. Il sera accordé vingt minutes pour l'examen des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury ;

2° De deux opérations sur le cadavre.

Dans les épreuves cliniques de la première série, soit en médecine, soit en chirurgie, quatre candidats devront être entendus à chaque séance.

Aux épreuves cliniques de la seconde série, le nombre des candidats à entendre ne sera que de deux.

Art. 9. — A la fin de chaque séance, le jury classera les concurrens qui auront paru devant lui, suivant les succès qu'ils auront obtenus.

Le jugement définitif portera sur l'ensemble des épreuves, y compris celles qui auront été jugées comme épreuves d'admissibilité.

Art. 10. — Les candidats admis aux concours ouverts pour les places du bureau central avant la promulgation du présent réglement, seront dispensés pour les concours suivans des formalités et des conditions exigées par l'art. 4.

Art. 11. — Toutes les dispositions du réglement sur le service de santé, auxquelles il n'est pas dérogé par celles qui précèdent, continueront à recevoir leur exécution.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TAMPON.

Le tampon est un moyen auquel tous les praticiens ont recours, quand une hémorrhagie utérine se manifeste pendant la grossesse ou pendant le travail, et lorsque cette hémorrhagie est grave et que la grossesse est peu avancée, ou si elle est avancée, lorsque les membranes de l'œuf sont encore intactes, et que le peu de dilatation du col ne permet d'espérer l'expulsion ou l'extraction du produit qu'après un temps trop long, pour que la vie de la femme ne soit pas compromise. Cependant, s'il est indispensable d'opposer un obstacle au cours du sang quand la grossesse est peu avancée et que la cavité utérine, bien que les membranes soient rompues, ne puisse contenir qu'une très petite quantité de sang, ou bien lorsque la grossesse est avancée, mais que les membranes sont intactes, il est dangereux d'user du tampon quand la cavité utérine offre déjà une certaine amplitude et que les membranes sont rompues, c'est substituer à une hémorrhagie externe une hémorrhagie interne tout aussi grave. Il y a certaines exceptions à cette règle, mais elle sont bien rares et ne peuvent se rencontrer que dans les cas où l'époque peu avancée de la grossesse rend impossible l'extraction manuelle du produit, que : 1° lorsque l'utérus paraît doué d'une énergie de retrait considérable, 2° quand il n'était pas distendu avant la rupture de la poche par une grande quantité de liquide amniotique ; encore faut-il s'opposer à l'ampliation de l'utérus par un bandage du corps très serré, et surveiller très attentivement la malade. Mais hors ces cas rares, le tampon, après la rupture des membranes, doit être proscrit quand la grossesse a dépassé le sixième mois.

Chaque auteur a conseillé un mode de tamponnement particulier : les uns veulent qu'on introduise dans le vagin un mouchoir de toile fine en commençant par une de ses cornes, jusqu'à ce que tout le vagin soit rempli ; d'autres veulent qu'on introduise profondément, avec le doigt, une compresse fine, en la poussant par son millieu, et qu'on la bourre ensuite de coton, de charpie, etc. Quelques-uns recommandent aussi d'imbiber ces corps avec du vinaigre ou des liquides astringens. Le tamponnement par ces procédés est très douloureux, et souvent il n'oblitère le vagin qu'incomplètement. La meilleure manière d'appliquer le tampon est, sans contredit, celle-ci : on introduit au pourtour du col de l'utérus un certain nombre de bourdonnets de charpie ou de coton liés par un fil qu'on retient à l'extérieur ; ces bourdonnets sont graissés avec du cérat. Je me sers, pour les introduire, d'un spéculum plein et d'une pince à tamponnement. Ce n'est pas que ces instrumens soient d'une indispensable nécessité, mais ils permettent de placer le tampon bien plus exactement. Une fois le cul-de-sac du vagin bien rempli par les bourdonnets, je fourre pardessus les fils de ces bourdonnets, que je retiens à l'extérieur, de la charpie en assez grande quantité pour remplir le vagin, et à mesure je retire le spéculum. Quand il est hors de la vulve, le vagin est exactement rempli ; il ne reste plus qu'à maintenir le tampon à l'aide de compresses longuettes et d'un bandage en T, que l'on aura soin de serrer assez fortement. Le tampon, ainsi appliqué, s'oppose efficacement à l'écoulement du sang. Mais ce n'est encore que de l'enfance de l'art à côté du procédé suivant :

M. le docteur Gariel a introduit dans la pratique un petit instrument bien simple, et d'une commodité, d'une efficacité telles, qu'il sera certainement préféré à tout autre moyen par les praticiens. Je l'ai déjà mis plusieurs fois en usage avec le plus grand succès. C'est un petit ballon de caoutchouc vulcanisé, terminé par un petit tube de même matière ; ce petit ballon, privé d'air, et roulé sur lui-même, présente le volume du pouce et pénètre dans le vagin avec la plus grande facilité et sans qu'il soit besoin de changer l'attitude de la femme.

Une fois introduit, on le gonfle en soufflant par le tube, ou au moyen d'un insufflateur, puis on ferme l'extrémité du tube à l'aide d'un fil ou du petit robinet dont sont munis quelques-uns de ces petits appareils.

Le vagin se trouve exactement rempli et l'hémorrhagie est suspendue.

Ce moyen ingénieux, outre qu'il s'oppose bien plus efficacement que tout autre à l'écoulement du sang, qu'il s'applique bien plus facilement que tout autre, a encore d'autres avantages qui n'ont pas encore été signalés. Les occasions qui m'ont été offertes de l'employer, dans des cas très graves, avec mon ami M. A. Belin, m'ont révélé ses autres qualités.

L'accoucheur qui n'a à sa disposition que les autres moyens de tamponnement, recule autant qu'il le peut, peut-être plus qu'il ne le devrait, le moment de mettre le tampon en usage, et cela dans la crainte d'effrayer la femme par le changement d'attitude qu'on est obligé de lui faire subir, par l'appareil que nécessite le tampon, et la douleur que détermine son introduction ; tandis que le ballon Gariel s'introduisant à l'insu de la femme, sans changer son attitude, sans douleur, on a recours à lui bien plus tôt, et l'on empêche l'hémorrhagie de devenir aussi grave qu'elle l'aurait été sans cela.

Ajoutons que ce ballon ne détermine pas sur la vessie et sur le rectum un sentiment de ténesme aussi douloureux que les moyens ordinaires.

Enfin, qu'on peut le retirer pour suivre les progrès du travail et apprécier si l'hémorrhagie s'est modifiée, puis le replacer, ce qu'on ne peut faire qu'avec difficulté avec les autres modes de tamponnement.

Il y a quelques semaines seulement, ce précieux moyen m'a permis d'arracher deux dames à une mort certaine. La première est sœur d'un de nos plus distingués confrères : l'abondance de l'hémorrhagie, dans une fausse couche de trois mois, était telle, que la pauvre dame était presque exsangue, le pouls insensible, la voix éteinte et dans un état syncopal presque continuel.

A peine le ballon Gariel était-il appliqué, que tout le cortége de symptômes si graves avait disparu. Mme T... s'est parfaitement rétablie.

Dans le second cas, un tampon avait été placé avant mon arrivée, mais suivant la méthode de M. Négrier, tampon insuffisant, fait avec quelques morceaux d'éponge qui laissent passer le sang entr'eux et à travers leurs pores. L'état de la malade, amie de notre bon et savant collègue, M. Hérard, était le même que celui de la précédente ; mais elle était à une distance de 80 lieues du ballon de M. Gariel. Le télégraphe électrique manda en quelques minutes celui qui devait l'appliquer, la vapeur le fit voler auprès de la patiente. Je tremblais d'arriver trop tard ; heureusement une syncope plus longue et plus profonde que les autres avait modéré l'hémorrhagie. Le ballon fut appliqué, l'hémorrhagie suspendue complètement, jusqu'à ce que le seigle ergoté à haute dose ait déterminé complètement le retrait de l'utérus.

C'était aussi dans une fausse couche de deux à trois mois; Mme G... fut sauvée.

CHAILLY-HONORÉ.

PATHOLOGIE.

DE L'HYPERTROPHIE DES GLANDES MUCIPARES (1);

Par M. le docteur LEBERT.

Parmi les causes de ces kystes, M. Huguier indique l'étroitesse et l'état oblique du canal, même à l'état normal, la surexcitation amoureuse, l'oblitération de l'orifice externe ou de celui de l'abouchement des lobes, une secrétion trop épaisse qui forme bouchon, une violence externe, une cicatrice de chancre. Ces tumeurs, dont les malades ordinairement ne s'aperçoivent que lorsqu'elles gênent le coït, sont rarement douloureuses, on y constate une fluctuation, elles donnent lieu à quelques malaises pendant la marche, pendant la mixtion, pendant la copulation. Elles sont souvent plus turgescentes à l'époque des règles, et c'est alors qu'ont lieu probablement ces hémorrhagies qui teignent le contenu en brun ou en noir. Leur développement est très-lent; les malades souvent n'arrivent à demander les secours de l'art qu'après 10, 12 ou 15 ans de durée de la maladie. Ces kystes ne dépassent guère le volume d'un gros œuf de poule. L'extirpation seule, sans qu'il soit nécessaire de la faire complète, produit la cure radicale; cependant, même après les opérations les mieux faites, des récidives peuvent avoir lieu, ce qui tient à ce que des parties saines de la glande, au moment de l'extirpation, ou n'étant encore que de petits kystes, se développent ultérieurement et forment peu à peu des kystes aussi volumineux que les premiers.

Si les kystes vulvaires reconnaissent souvent pour cause l'hypertrophie avec dilatation d'une partie de la glande vulvo-vaginale, nous admettons cependant avec M. Broca (2) qu'ils doivent leur origine quelquefois aussi à ce sac d'artoïque de la femme, si bien décrit dans ces derniers temps par cet excellent observateur. Ce sac est un prolongement du fascia superficialis se confondant avec l'aponévrose périnéale superficielle, il est situé entre la fourchette et l'anneau virginal. Sa cavité contient le bourrelet graisseux des grandes lèvres, le ligament rond s'éparpille sur le goulot du sac.

L'hypertrophie des glandes urétro-bulbaires de Méry chez l'homme, n'a pas été décrite jusqu'à présent; toutefois, il est bon d'attirer sur ce point l'attention des pathologistes. L'engorgement inflammatoire et les abcès de cette glande ont été signalés depuis longtemps par M. Ricord, dans ses savantes leçons sur les maladies vénériennes et ont fait le sujet d'une très-bonne thèse inaugurale de M. Gubler.

Nous arrivons au troisième groupe des glandes mucipares, aux glandes composées, à follicules clos multiples, dont l'hypertrophie comprend celle si fréquente des amygdales.

La structure de ces glandes, par une agglomération de follicules clos, est aujourd'hui mise hors de toute contestation par l'anatomie comparée, et comme le fait observer fort bien Kœlliker, elle est très facile à observer chez le porc et la brebis, mais bien plus difficile chez l'homme, parce qu'ordinairement on ne l'a sous les yeux qu'à l'état altéré. Du reste même ces altérations nous ont donné la conviction de l'exactitude de cette description, vu qu'on y trouve non-seulement à l'état hypertrophié, des kystes clos avec leur épithélium fort bien caractérisé, mais même les concrétions sphériques, pas très-rares dans les amygdales, ne sont évidemment pas autre chose que l'empreinte interne d'un follicule clos. Quant à la nature du produit de secrétion des amygdales, elles se rapprochent évidemment par leur contenu des glandes mucipares, mais il est probable qu'on en fera plus tard un groupe de glandes à part; et à cette occasion, nous dirons qu'en général les divisions physiologiques actuelles des glandes nous paraissent encore beaucoup trop envisager des analogies, et ne pas tenir un compte suffisant des différences.

L'hypertrophie des amygdales est rarement congéniale; elle ne survient ordinairement qu'à la suite d'inflammations répétées de ces organes. La coloration de la muqueuse de la surface devient alors déjà plus rouge. Le volume de l'une ou des deux amygdales augmente lentement; on voit les espaces inter-folliculaires épaissis et élargis, et la plupart des follicules de la surface convexe éclatent et montrent une ouverture quelquefois étroite; d'autres fois assez large pour qu'on puisse les cautériser avec du nitrate d'argent. Cette hypertrophie, avec dilatation et formation d'une ouverture d'excrétion, se rencontre quelquefois sur une partie de la glande, et constitue une hypertrophie circonscrite de quelques follicules qui attire peu l'attention des chirurgiens, parce que le volume total de l'organe n'en est guère notablement augmenté; mais lorsque plusieurs de ces follicules sont dilatés, il s'ensuit une augmentation fort incommode de sécrétion muqueuse et gluante, un état d'hypérémie habituelle de la membrane muqueuse de la surface, un peu de gêne et de malaise dans la déglutition, de la fatigue par l'exercice prolongé de la parole; en un mot, un état de malaise d'autant plus prolongé, que sa véritable nature est ordinairement méconnue.

Les malades qui ont eu des affections vénériennes antérieures, croient alors souvent y avoir des ulcères syphilitiques. Le fait est qu'avec la cautérisation plusieurs fois répétée, au moyen du nitrate d'argent, dans l'intérieur des follicules, accessible à un crayon pointu, on obtient ordinairement une guérison complète. Chez beaucoup de personnes, ces ouvertures folliculaires existent, sans donner lieu à des symptômes morbides; c'est ce qui m'avait fait croire, dans le temps, avec beaucoup d'autres anatomistes, que ces ouvertures constituaient l'état normal.

L'hypertrophie des amygdales est tantôt uni-latérale, tantôt double; dans ce dernier cas, les amygdales finissent presque par se toucher; et s'il survient une inflammation aiguë, il y a vraiment danger de suffocation. Il s'établit peu à peu non seulement une altération de la voix, qui devient gutturale, mais la respiration est même un peu gênée, et plusieurs malades ont alors une toux sèche habituelle qui disparaît après l'extirpation de ces glandes, qui, également, améliore la voix, et donne quelquefois à celle des chanteurs une plus grande étendue, surtout pour les notes élevées.

En examinant des amygdales hypertrophiques extraites, on constate, avant tout, une hypertrophie notable de la charpente fibro-celluleuse de ces glandes. On reconnaît une multitude de follicules béans, à ouvertures plus ou moins larges; un stylet, introduit dans leur cavité, fait voir des vacuoles du volume d'une lentille, et même d'un petit pois. On trouve dans tout ce tissu une multitude de cellules de 1/100e de millim. environ, renfermant un noyau de 1/200e de millim., à contours très marqués, contenant deux nucléoles très petits, punctiformes. Ces cellules ont la plus grande analogie avec celles que l'on trouve dans les glandes lymphatiques. Toute l'amygdale en paraît comme infiltrée; et il ne m'a point été possible de décider si elles se trouvaient dans l'intérieur des follicules ou en dehors. Le nombre des noyaux y est beaucoup plus considérable que celui des cellules complètes. Plusieurs fois, nous avons trouvé dans ces amygdales des petits kystes remplis d'une matière gluante, d'un gris jaunâtre ou verdâtre, incomplètement transparente, et tenant en suspension une multitude de petites cellules décrites. Ces kystes, qui ont de 2 à 4 millim. de largeur, ne sont évidemment autre chose que des follicules dilatés.

Dans les follicules à ouverture béante, nous avons rencontré ces mêmes petites cellules en grande quantité, et par la compression, nous en avons fait sortir un suc semblable à celui renfermé dans les kystes. Dans une des amygdales que j'ai extirpées, j'ai pu saisir le mode de formation des concrétions dures et comme pierreuses que l'on rencontre quelquefois dans les amygdales hypertrophiées. C'étaient des follicules clos renfermant un liquide jaune, couleur de beurre, composé presque en totalité de cellules épithéliales, qui, par une espèce de diffusion, montraient dans quelques-unes la paroi très éloignée du noyau, très distendue; la cellule contenait entre sa paroi et le noyau des vésicules pâles et transparentes, probablement de nature albuminoïde, que l'on voit en cas pareil dans l'intérieur ou tout autour de ces cellules; mais le fait le plus important de cet examen, était l'existence d'une multitude de cellules épithéliales qui avaient subi l'infiltration granuleuse et graisseuse, et autour desquelles se trouvaient des granules et des petites vésicules graisseuses libres, ainsi qu'une multitude de cristaux de cholestérine. Quant à ces matières d'un jaune terne, d'une consistance qui varie entre celle de la cire et celle d'une concrétion pierreuse, on les a prises bien à tort pour de la matière tuberculeuse. Nous les avons vues de forme sphérique, du volume d'un grain de grenaille, ayant exactement la forme des follicules. L'examen microscopique n'a pas démontré, dans leur composition, d'autres élémens que des épithéliums altérés, de la graisse liquide, des cristaux cholestériques et des granules calcaires. Je les ai trouvées une fois d'une telle dureté, qu'elles ont ébréché le tranchant de mon amygdalotome. La forme parfaitement arrondie que je leur ai presque constamment trouvé, parle encore en faveur de la nature close des follicules des amygdales. Il arrive que ces follicules, en se rompant, donnent lieu à l'expectoration de ces petites concrétions que nous avons vu prendre pour de la matière tuberculeuse, tandis que l'examen microscopique nous a démontré qu'il ne s'agissait que de concrétions grasses des amygdales.

J'ai recueilli dans les hôpitaux et dans ma pratique 22 observations sur l'hypertrophie des amygdales. Sur ce nombre, il y en avait 13 chez des hommes et 9 chez des femmes, différence, du reste, peu notable. Le mal s'est presque toujours rencontré dans la première jeunesse, quatre fois entre 5 et 10 ans, neuf fois entre 10 et 20 ans, huit fois entre 20 et 30, et une seule fois à 35 ans. Nous indiquons ici non le moment de la formation, mais le moment de l'opération, et comme c'est un mal qui se développe lentement, c'est donc en général pendant la seconde moitié de l'enfance, à l'âge de la puberté et pendant les années suivantes, que l'hypertrophie des amygdales se développe le plus habituellement.

Parmi les glandes à follicules clos et multiples, dont on observera probablement par la suite encore l'hypertrophie, nous citons celle de la base de la langue.

Les glandes agminées de Peyer, dans l'intestin grêle, ont une certaine analogie avec les glandes agminées, à follicules clos de la bouche, bien que leurs fonctions et la nature de leur produit de sécrétion ne soient pas encore nettement déterminées. Nous n'avons rencontré, jusqu'à présent, qu'une seule fois une véritable hypertrophie de la place occupée par ces glandes: c'était dans l'intestin grêle d'un vieillard qui avait succombé à une maladie des voies urinaires. Dans la moitié inférieure de l'intestin grêle, on trouvait un certain nombre de plaques d'une couleur grise ardoisée, saillantes, formant un relief de 5 à 6 millim. de hauteur; leur longueur variait entre 2 et 3 centimètres, leur largeur entre 1 centimètre et 1 centimètre 1/2. Dans quelques-unes, l'augmentation de volume était partielle, tandis qu'une petite partie de la plaque montrait encore l'aspect normal des agminations folliculaires de Peyer. La consistance de ces végétations était ferme et élastique; des papilles intestinales existaient à leur surface; mais dans leur substance on ne reconnaissait plus trace de follicules; on n'y constatait qu'un tissu fibroïde et une multitude de petits noyaux de 1/200e de millim. La membrane muqueuse, autour de ces plaques, était mince, pâle, atrophiée. D'après ces détails, il nous paraît probable qu'il s'agissait d'une hypertrophie fibreuse ou fibroïde, qui pouvait bien avoir occupé les glandules intactes, comme la reproduction des villosités tendrait à le démontrer; mais il serait très possible, malgré cela, qu'il ne s'agirait que d'une hypertrophie cicatricielle d'anciens ulcères typhoïdes. Nous livrons ce cas très rare à la méditation des anatomo-pathologistes.

La production accidentelle, décrite sous le nom de polype, offre en général une hypertrophie des glandes mucipares; mais, en outre, les polypes des membranes muqueuses montrent habituellement une hypertrophie simultanée du derme muqueux, souvent aussi du tissu sous-muqueux, avec augmentation de la vascularité. En un mot, ce sont des affections plus complexes, et nous préférons en parler ailleurs d'une manière spéciale.

(1) Voir les numéros des 21 et 23 Décembre.

(2) *Bulletins* de la Société anatomique. Mars 1851, p. 92 à 97.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DE CHIMIE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE, NORMALE ET PATHOLOGIQUE, ou des Principes immédiats normaux et morbides qui constituent le corps de l'homme et des mammifères; par MM. CH. ROBIN, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et F. VERDEIL, ex-chef des travaux chimiques à l'Institut national agronomique. — Trois volumes in-8° de 728, 584 et 595 pages, avec un atlas de 45 planches gravées, en partie coloriées. Paris, 1852, chez J.-B. Baillière.

Le titre de l'important ouvrage que viennent de publier MM. Ch. Robin et Verdeil a un grand tort à mes yeux, c'est qu'il ne représente exactement ni le point de départ de leurs recherches, ni le but qu'ils se sont proposé. Je le regrette d'autant plus, que ce titre pourra détourner les médecins de la lecture d'un livre qui leur est cependant destiné, et dans lequel ils trouveraient beaucoup de notions bien plus médicales que n'en renferment certains livres écrits par des médecins de profession.

Fourcroy a défini la chimie, *la science qui apprend à connaître l'action intime et réciproque de tous les corps de la nature les uns sur les autres*; il se passe donc dans notre économie un très grand nombre d'actes *chimiques*, dans cette acception du mot. Si la chimie dite organique avait bien voulu s'en tenir à constater cette action intime et réciproque, nul doute que personne ne songerait à élever la voix contre elle. Mais n'est-il pas vrai aussi que cette science s'est donné, dans ces derniers temps, une tâche bien autrement ambitieuse et à laquelle elle tient peut-être plus qu'à la véritable, c'est d'annoncer, de prévoir, de calculer les phénomènes intimes qui se passent dans les corps organisés? De sorte que, en lisant ces mots: *Traité de chimie anatomique et physiologique*, j'avoue que je ne me sentais pas très rassuré. S'agissait-il, en effet, de quelques nouvelles et sublimes tentatives destinées à nous représenter, par des formules algébriques, l'accomplissement des fonctions les plus importantes de l'économie? Je reconnais mon incompétence en chimie, et d'ailleurs, si j'admets les progrès que cette science a faits depuis cinquante ans, si j'accepte les découvertes qui lui appartiennent en tant que faits exacts et matériels, je professe, avec l'immense majorité des médecins, fort peu de respect pour toutes ces théories, fort ingénieuses sans doute, mais aussi fort contestables, qu'on a voulu introduire dans notre science, et qui croulent souvent de toutes parts avant que leurs auteurs aient eu le temps d'y mettre la dernière main. On verra plus loin que MM. Robin et Verdeil, de vrais chimistes, ne les traitent pas beaucoup mieux que moi, et je me félicite par conséquent de n'avoir pas cédé à cet entraînement irréfléchi, qui a porté tant de nos contemporains à traduire leurs convictions de la veille en des pratiques qu'il a fallu souvent désavouer le lendemain. Mais je reviens au titre de l'ouvrage de MM. Robin et Verdeil.

Les adjectifs dont ils ont fait suivre le mot *chimie*, ces mots *anatomique* et *physiologique*, *normale* et *pathologique* n'étaient pas de nature à me rassurer beaucoup plus. Sans doute les auteurs ne s'étaient pas parqués exclusivement dans la chimie analytique. Mais ne pouvaient-ils pas avoir voulu écrire, eux aussi, quelques pages de roman...... chimique? La lecture de quelques parties de la préface a fait tomber immédiatement mes préventions, et à mesure que je pénétrais davantage dans leur œuvre, je sentais le besoin de m'écrier avec le peintre italien: *Anch'io sono pittore*; et moi aussi je suis chimiste, je veux bien l'être avec MM. Robin et Verdeil. C'est que leur livre n'est pas seulement un traité de chimie dans le sens où l'entendait Fourcroy, mais un traité d'anatomie générale, de physiologie normale et pathologique, c'est que, tout en s'occupant des réactions des corps les uns sur les autres, les deux auteurs ne négligent aucun des caractères d'ordre physique ou dynamique des principes immédiats, aucun des actes physiologiques ou pathologiques qui se rattachent aux objets de leur étude, aucune des théories et des hypothèses qui ont été bâties aux diverses époques de la science, c'est surtout qu'ils sont sans pitié pour ce qu'ils appellent, avec Berzélius, *la chimie des probabilités*, c'est-à-dire pour la chimie théorisante et ratiocinante. Probablement MM. Robin et Verdeil ont craint de n'être pas suffisamment compris et appréciés en donnant à leur livre le titre d'*Études sur les propriétés physiques, chimiques, dynamiques des principes immédiats normaux et morbides qui constituent le corps de l'homme et des mammifères*; j'en suis fâché, car ce n'est pas autre chose; ils ont préféré l'intituler *Chimie anatomique et physiologique, normale et pathologique*. Je souhaite que leur œuvre n'en porte pas la peine, et il ne dépendra pas de moi que je ne fasse tomber les préventions que ce titre pourrait soulever, en montrant que la chimie de MM. Robin et Verdeil s'éloigne *toto cœlo* de la chimie, qui règne aujourd'hui en maîtresse, et que le livre qu'ils viennent de publier est un cri de révolte contre les prétentions de la chimie moderne; cri de révolte qui répond aux convictions les plus intimes des médecins, et qui les traduit dans le langage scientifique, et avec l'ordre de preuves qu'emploie la chimie elle-même.

Avant d'insister sur les points de détail qui fourniront, je l'espère, la démonstration de ce que je viens d'avancer, je dois indiquer le plan que les auteurs ont suivi. Qu'il me soit permis d'abord de regretter que cet ouvrage n'ait pas pu être réduit en un volume ou deux au plus. La chose n'a pas paru possible aux deux auteurs; le lecteur ne sera peut-être pas de leur avis. Tout le premier volume, plus de 700 pages, est consacré à l'étude des principes immédiats en général. Je ne nie pas que les divisions nombreuses qu'ils ont cru devoir établir leur aient permis de donner une description plus complète de ces principes; mais combien de répétitions et de longueurs entraînent ces divisions, et cent pages n'eussent-elles pas suffi à l'exposition de ces généralités? Si j'avais le temps, je ferais aussi à MM. Robin et Verdeil le procès de la méthode systématique bien connue qu'ils ont suivie, et dont leur livre, il faut le dire pour leur justification, n'est qu'un reflet et comme l'hommage des élèves à un maître. J'aime mieux retracer à grands traits le squelette de ce premier volume.

Après plus de 100 pages consacrées à prouver ce que personne ne conteste sérieusement, que l'histoire des principes immédiats appartient à l'anatomie, MM. Robin et Verdeil passent en revue les caractères de ces principes, en général, dans leurs variations suivant les sexes, les âges, les races, les espèces et les états anormaux, dans le rôle dynamique qu'ils jouent dans les actes organiques ou vitaux. Je ne cite pas les subdivisions, car il y a du raffinement. Pour ma part, je ne connais aux corps organisés que des caractères physiques, chimiques ou dynamiques; mais MM. Robin et Verdeil en admettent cinq ordres, indépendamment du caractère dynamique: 1° mathématiques; 2° physiques; 3° chimiques; 4° organoleptiques; 5° organiques. Eh bien! ce raffinement de divisions et de subdivisions n'empêche pas que l'une des

questions les plus importantes, celle qui traite de la formation des principes immédiats, soit traitée tout à fait incidemment dans l'art. 2 du chapitre Ier, c'est-à-dire au nombre des variétés des caractères des principes immédiats. Si MM. Robin et Verdeil n'insistaient pas si souvent sur les avantages et la supériorité de la méthode scientifique qu'ils suivent, je serais moins sévère à leur égard; mais toutes ces critiques ne portent pas sur le fond de l'ouvrage, et c'est le fond qui doit surtout nous préoccuper.

Dans le chapitre deuxième, nous trouvons la classification des principes immédiats. De ces principes, les uns, et les plus nombreux, quoiqu'ils forment généralement la moindre portion de la masse du corps, si l'on fait abstraction de l'eau, sont des principes cristallisables ou volatils sans décomposition; ils sont dans l'organisme généralement à l'état liquide par dissolution dans l'eau ou tout à fait solides, unis à d'autres principes, mais solubles dans les précédens; leur composition chimique est définie, déterminée, caractère qui, ainsi que l'expérience l'a montré, coïncide avec la propriété physique de cristalliser ou de se volatiliser sans décomposition, ou tout au moins dans quelques cas exceptionnels, de former avec d'autres corps des composés cristallisables. Les autres, et ce sont les moins nombreux, quoiqu'ils forment généralement la majeure portion de la masse du corps, ne sont ni cristallisables, ni volatils sans décomposition; ils sont généralement insolubles et à l'état demi-solide dans l'organisation ou en dissolution à l'aide des précédens; enfin leur composition chimique est indéfinie, non déterminée, et en même temps très peu stable. De là deux groupes très tranchés, le premier subdivisé en deux classes, la première, qui comprend les principes d'origine minérale, la deuxième, qui renferme les principes d'origine organique; le deuxième groupe et le plus important peut-être, ne comporte aucune division.

Le quatrième chapitre, et l'un des plus remarquables de l'ouvrage, traite des procédés qu'on emploie dans l'étude des principes immédiats; mais malgré les choses importantes et curieuses qui se groupent naturellement sous ce titre, et parmi lesquelles je signale celles qui sont relatives à l'analyse anatomique, à la micrographie, à la polarisation de la lumière, etc., ce qui m'a le plus frappé, ce sont les deux parties que les auteurs ont appelées *partie statique* et *partie organique*, la dernière surtout que l'on est fort étonné sans doute de trouver dans ce chapitre, mais qui renferme sur les catalyses, les fermentations et les putréfactions des renseignemens qui jettent la plus vive lumière sur un grand nombre d'actes organiques. Je n'y insiste pas pour le moment, puisque je dois y revenir bientôt, et je signale encore dans le premier volume, comme un chapitre digne d'être lu et médité, le cinquième chapitre ou celui qui traite de l'évolution historique de l'étude des principes immédiats. Peut-être trouvera-t-on que la critique de MM. Robin et Verdeil est parfois sévère, mais, après avoir lu ce chapitre, on ne peut que féliciter les auteurs du talent qu'ils y ont déployé et de l'indépendance dont ils ont fait preuve, en ne craignant pas de réfuter les opinions des hommes les plus hauts placés et les plus puissans.

L'étude des principes immédiats, en particulier, commence avec le deuxième volume, où nous trouvons les principes immédiats d'origine minérale, et parmi les principes d'origine organique, l'histoire des principes acides ou salins, des principes neutres et alcaloïdes azotés ou animaux, des sucres ou principes neutres non azotés. Le troisième volume complète le premier groupe par l'étude des principes gras, et renferme en outre le deuxième groupe ou celui des principes coagulables, liquides ou solides, et des matières colorantes. On y trouve encore l'histoire des principes immédiats accidentels, et enfin le *caput mortuum* de la chimie organique, les principes mal déterminés, douteux ou n'existant pas comme tels. Je signalerai dans le 2me volume, comme plus particulièrement dignes d'attention, les articles *oxygène, azote, acide carbonique, eau, acide lactique, acide urique, urée, acide hippurique* et *acide pneumique*, ces deux acides dont l'un, le dernier, a été découvert dans le poumon par M. Verdeil, et le premier a été démontré par le même chimiste dans le sang; les articles *créatine, créatinine, sucre du foie*; dans le troisième volume, la plupart des articles relatifs aux *corps gras*, l'histoire de la *fibrine*, de l'*albumine*, de l'*albuminose*, de la *caséine*, les articles *globuline, musculine, élasticine, ostéine*, etc.; enfin l'histoire des substances organiques colorantes, dans lesquelles MM. Robin et Verdeil ont trouvé constamment du fer, ainsi qu'ils en ont trouvé, du reste, dans la matière colorante des feuilles des arbres ou chlorophylle.

Il me reste bien peu de place pour faire connaître les principes qui ont guidé MM. Robin et Verdeil dans la composition de leur ouvrage. Ces principes me paraissent cependant pouvoir être ramenés à ceux-ci: d'abord que la chimie vivante ne procède pas de la même manière que la chimie minérale, que rien ne s'y fait avec cette rapidité d'action qui caractérise celle-ci et que, au contraire, c'est par une succession de transformations que les corps qui se forment dans l'organisme remplissent le but fonctionnel auxquel ils sont destinés; pour en citer un exemple, les alimens féculens passent d'abord à l'état de dextrine, puis à celui de glucose et d'acide lactique. Ensuite, que les réactions chimiques ne sont pas les mêmes au milieu des humeurs de l'organisme que dans nos creusets ou nos verres à réactifs, et que de tous les modes de production des principes immédiats organiques, le plus fréquent, à l'inverse de ce qui a lieu pour la chimie minérale, c'est la catalyse décomposante ou recomposante. Enfin, que beaucoup de principes immédiats qui entrent dans la composition de l'organisme, présentent dans leur composition ou seulement dans la forme sous laquelle ils se présentent des différences ou des variations de composition que les lois chimiques généralement reçues ne permettent pas de soupçonner. Autrement dit, si MM. Robin et Verdeil expliquent les phénomènes principaux relatifs à ces principes immédiats pour les lois de la chimie, c'est par les lois d'une chimie vivante, d'une chimie différente de celle qui a cours actuellement dans la science. Ainsi se trouve justifiée la répulsion qu'a toujours eue la médecine à accepter ces hypothèses, destinées à expliquer des maladies ou des phénomènes morbides et qui ne reposent que sur des expériences de laboratoire ou de verre à réactif. Mais j'ai promis de montrer que MM. Robin et Verdeil n'avaient pas beaucoup plus de respect que les médecins pour quelques-unes de ces hypothèses. L'espace me manque pour les indiquer toutes; je me bornerai à en signaler quelques-unes.

La théorie de la combustion chimique, par exemple, comme source de la chaleur animale, cette grande hypothèse de Lavoisier, développée et améliorée par ceux qui l'ont suivi, est fortement ébranlée par la découverte d'un acide dans le poumon, acide qui décompose les carbonates et les bi-carbonates du sang, de sorte que, même en conservant cette hypothèse, il faudrait admettre qu'une grande partie de l'acide carbonique exhalé ne provient pas de la combustion.

Que devient aussi la théorie de la *protéine*, le radical des substances azotées, qui présentaient, disait-on, la même composition élémentaire et qui ne devaient les différences d'état ou de solubilité qu'à une certaine proportion de soufre ou de phosphore? Il ne manquait à cette théorie qu'une seule chose, la démonstration de l'existence de la protéine avec les caractères que lui avait assignés Mulder.

Qu'est devenue encore cette autre théorie que MM. Dumas et Boussingault avaient voulu faire prévaloir, relativement à l'origine des matières grasses qu'ils supposaient provenir des alimens? Où en est également aujourd'hui la théorie de la formation de l'urée par oxydation des principes constituans du corps des animaux et celle de la formation de l'acide urique, par suite d'une oxydation incomplète?

Nous pourrions continuer longtemps encore cette énumération; la liste est longue; mais nous nous arrêtons là. Nul doute que MM. Robin et Verdeil passeront, aux yeux de quelques personnes, pour des démolisseurs; on leur reprochera de faire disparaître les hypothèses des chimistes, sans rien mettre à la place; mais nous redirons avec eux: « C'est déjà un bien que de prouver que l'hypothèse des chimistes n'est pas en rapport avec les faits physiologiques, ne se moule pas exactement sur eux, et en montrant qu'il y a succession de phénomènes là où on croyait n'en exister qu'un seul, on empêche de rester dans l'inaction en faisant voir où et comment il faut chercher. »

L'ouvrage de MM. Robin et Verdeil est donc destiné à faire époque, en ce sens surtout qu'il remue des questions endormies ou qu'on croyait résolues, et qu'il fait toucher au doigt et à l'œil le côté faible d'une science qui se flattait d'être parvenue à une systématisation réelle et satisfaisante. Nous avons signalé, chemin faisant, les défauts principaux de l'œuvre de nos deux confrères, mais il en est un qui nous paraît plus regrettable que tous les autres, c'est l'absence de clarté, c'est le style embarrassé, c'est enfin le *germanisme*. Profondément versés dans les travaux de l'école allemande, les deux auteurs ne se sont pas suffisamment rappelés qu'en France *il faut être Français*; que notre langue ne se prête pas à ces nuages, à ces obscurités de la langue allemande, et que la netteté et la précision sont les premières qualités des ouvrages scientifiques. A cela près, nous n'avons que des éloges à leur faire pour avoir mené à fin une œuvre aussi vaste et d'une exécution aussi difficile, pour avoir surtout cherché à briser quelques-unes des entraves que la chimie moderne a voulu imposer à la médecine. L'ouvrage de MM. Robin et Verdeil renferme, en outre, de nombreux et précieux documens que l'on chercherait en vain ailleurs, et qui en font un ouvrage très utile à consulter pour toutes les personnes qui s'intéressent aux progrès de notre science. N'oublions pas dans nos remercîmens l'éditeur, M. J.-B. Baillière, qui n'a pas reculé devant les dépenses d'un atlas de 45 planches gravées, et qui a montré, une fois de plus, qu'il sait allier à la conduite habile des affaires commerciales l'intelligence des véritables intérêts scientifiques.

Dr ARAN,
Médecin des hôpitaux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 15 Décembre 1852. — [Présidence de M. GUERSANT.

M. le docteur Guérin (Alphonse), écrit qu'il se porte candidat à l'une des places vacantes dans le sein de la Société.

M. A. Lacour, professeur à l'École secondaire de Rennes, adresse une observation d'anévrisme suite d'amputation. (Comm. MM. Follin, Lenoir et Laborie.)

M. LEBERT termine la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibroplastiques.

M. LARREY exprime le désir que, pour faciliter la discussion à laquelle cet important travail donnera lieu, M. Lebert veuille bien en présenter un résumé succinct sous forme de proposition.

M. LEBERT accèdera à ce vœu et présentera ce résumé au commencement de la séance prochaine.

Traitement de l'entorse par l'appareil ouaté.

M. LARREY lit un rapport sur une note de M. le docteur Burggraeve, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, relative au traitement de l'entorse par l'appareil ouaté.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de faire connaître à la Société de chirurgie, l'emploi d'un appareil auquel il accorde de grands avantages dans le traitement de l'entorse.

M. Burggraeve indique et apprécie à son point de vue le traitement préconisé par M. Baudens, à savoir: l'immersion primitive et prolongée du membre dans l'eau froide et la compression secondaire de l'articulation à l'aide d'un bandage inamovible, jusqu'à guérison complète.

Mais s'il n'accepte pas ses opinions sur ce mode de traitement, il les partage tout à fait à l'égard des sangsues et des cataplasmes, qu'il considère comme nuisibles.

Pour qui a suivi les progrès de la méthode inamovible, dit le chirurgien de Gand, la pratique de M. Baudens a cet inconvénient de finir par où elle aurait dû commencer, c'est-à-dire de poursuivre les effets avant d'avoir atteint la cause. Et à l'appui de son opinion, M. Burggraeve fait dépendre la gravité de l'entorse de la lésion physique ou de la distension de la rupture des ligamens, en ajoutant que, comme dans les fractures, il faut, avant tout, soutenir l'articulation et prévenir aussi l'irritation, cause des engorgemens et de toutes les altérations qui, plus tard, donnent lieu à la tumeur blanche.

L'opinion émise par l'auteur ne nous semble pas, dit M. le rapporteur, absolument exacte, ou du moins rigoureusement démontrée pour tous les cas, car s'il est vrai qu'une compression méthodique et inamovible soit souvent le moyen le plus rationnel d'y réussir, selon une pratique chirurgicale déjà ancienne, on ne saurait méconnaître, non plus, que l'emploi de l'eau froide bien dirigé, ne soit, dans la première période, la médication la plus propre à empêcher ou à combattre les accidens inflammatoires de l'entorse, bien plus sûrement même en général que n'y réussissent les antiphlogistiques, et spécialement les applications émollientes.

M. Burggraeve cite à l'appui de sa manière de faire, deux faits empruntés à sa clinique. Le premier se rapporte à une entorse du poignet chez un homme d'une forte constitution, qui avait fait une chute sur la face dorsale du poignet, et auquel il appliqua un appareil ouaté et amidonné, malgré un épanchement de sang considérable autour de l'articulation, avec tension, chaleur et douleur vive. Le soulagement produit par l'application de l'appareil n'empêche pas de le mettre à découvert dès le lendemain pour en constater les effets. L'engorgement, dit l'habile chirurgien belge, avait disparu, et un nouvel appareil semblable, appliqué pendant dix jours, assura la guérison, sauf un peu de raideur dans les mouvemens articulaires.

Un second fait cité par l'auteur, est relatif à une entorse grave du pied, avec tous les signes d'un engorgement prononcé. L'application immédiate de l'appareil ouaté amena un soulagement aussi prompt que sensible, et le pied, mis à découvert au bout de trois jours, ne présenta qu'une ecchymose diffuse et une diminution notable de l'engorgement; les douleurs s'effacèrent aussitôt après la réapplication de l'appareil, dont la levée définitive eut lieu le dixième jour. La déambulation à l'aide des béquilles et d'un étrier (ou longue bande fixée au cou et soutenant le pied) permit bientôt l'exercice graduel de la marche.

Il résulte pour l'auteur, de ces observations: 1° que l'application immédiate de l'appareil ouaté calme instantanément les douleurs; 2° que cet appareil prévient le gonflement et le dissipe; 3° que la résolution de l'engorgement est extrêmement rapide; 4° que quelle que soit la gravité de l'entorse, la durée du traitement n'excède pas en moyenne le temps employé d'ordinaire aux moyens préventifs.

M. le rapporteur pense que, sans contester la justesse de ces conclusions, il serait permis d'y objecter quelque chose, et d'attribuer certains avantages de ce mode exclusif au traitement, à celui qui est fondé d'abord sur la réfrigération, et ensuite sur la compression inamovible, si ce n'était s'engager dans une voie assez difficile. En effet, les partisans exclusifs de la compression, quel que soit d'ailleurs le moyen employé, rejettent, comme M. le professeur Burggraeve, les applications réfrigérantes, en leur attribuant même des accidens graves; tandis que les partisans déclarés de l'eau froide attribuent à ce moyen simple non seulement une propriété supérieure à d'autres méthodes, mais l'avantage, au besoin, de se combiner avec elles. Et c'est bien entendu sur des faits pratiques nombreux que s'appuient, de part et d'autre, les chirurgiens en contradiction les uns avec les autres. Car M. Burggraeve, pour sa part, en préconisant l'appareil ouaté d'une manière à peu près exclusive, ne se fonde pas seulement sur les deux observations de sa note, mais sur une pratique de cinq années, avec des résultats semblables. En définitive, il n'emploie jamais l'eau froide, mais quelquefois les saignées locales, pour opérer un dégorgement instantané, et aussitôt après il a recours à l'application de l'appareil.

Qu'il soit permis, ajoute M. Larrey, rapporteur de ce travail, de rappeler que son père n'agissait pas différemment dès une époque bien éloignée de nous, lorsqu'il traitait la plupart des entorses par la compression, à l'aide de son appareil inamovible.

Quant à des médications différentes, la cautérisation, par exemple, dans les cas d'arthropathie, M. Burggraeve n'y a recours qu'exceptionnellement; et secondairement encore, il applique son bandage ouaté et amidonné. Mais ce sont alors des complications secondaires, ou suites si redoutables des entorses, qu'elles entraînent par conséquence dernière la nécessité de l'amputation.

L'auteur, enfin, insiste sur le choix de cet appareil bien préférable, suivant lui, aux bandes qui compriment trop ou trop peu l'articulation, tandis que le contact doux et élastique du coton est plus susceptible de s'adapter exactement au membre; et il demande que les membres de la Société veuillent bien en faire l'essai. C'est ce qu'a fait M. le rapporteur, qui a pu constater en partie les avantages attribués par M. Burggraeve à ce mode de traitement des entorses.

M. le rapporteur, énumérant ensuite les autres publications et les titres scientifiques de M. le professeur Burggraeve, conclut en proposant de nommer cet honorable confrère membre de la Société de chirurgie, et de déposer son travail manuscrit dans les archives de ses ouvrages imprimés dans la bibliothèque.

M. CLOQUET dit, à cette occasion, qu'après avoir employé toutes les méthodes conseillées contre les suites de l'entorse, il a fini par adopter l'immobilité comme principe essentiel du traitement. Ni la compression, ni l'eau froide ne valent, à ses yeux, l'immobilité. Aussi se borne-t-il, en général, à appliquer un appareil à fracture.

Sur la proposition de quelques membres, la Société décide qu'elle délibérera en comité secret sur la première conclusion.

Réflexions sur les compositions partielles et la désarticulation du pied; — Du rétablissement de la circulation artérielle dans le membre inférieur, à la suite de l'oblitération du tronc crural, au niveau du ligament de Fallope.

M. ROBERT, en son nom et celui de MM. Huguier et Gosselin, lit un rapport sur les divers mémoires que M. Verneuil a adressé à la Société, à l'appui de sa candidature.

Le premier de ces mémoires a pour titre: observations suivies des réflexions sur les amputations partielles et la désarticulation du pied. Ce mémoire fait partie des recherches entreprises par l'auteur sur les résultats éloignés des opérations chirurgicales.

M. Verneuil y décrit d'abord un moignon provenant d'une amputation dans la continuité du métatarse. La rareté de cette opération rend ce fait intéressant. On peut y juger anatomiquement la valeur des amputations de ce genre, par l'étendue, la largeur de la base de sustentation, l'intégrité des gaînes tendineuses, des muscles péronniers et jambiers, l'absence de rétraction du tendon d'Achille, etc., etc. Vient ensuite l'observation d'un jeune homme de 16 ans, qui ayant eu la partie antérieure du pied écrasée par un wagon, fut opéré à Montereau par le procédé que M. Baudens propose pour remplacer la désarticulation tarso-métatarsienne, amputation mixte dans laquelle le premier os du

métatarse est désarticulé, et les quatre autres coupés avec la scie dans leur continuité.

La seconde partie du travail de M. Verneuil est d'une importance beaucoup plus grande; l'anatomie pathologique, soigneusement interrogée, y conduit à des déductions pratiques neuves et importantes.

Une jeune femme subit l'amputation dans l'articulation tibio-tarsienne, par un procédé à lambeau latéral interne. La cicatrisation fut obtenue exempte de tous reproches, et l'on put espérer un succès complet; mais, à plusieurs reprises, des douleurs intolérables se manifestèrent dans le moignon, et un trajet fistuleux se forma au centre de celui-ci. Ces accidens rendirent si impossible l'usage du membre qu'on se décida à pratiquer l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles. Le moignon fut remis à M. Verneuil, qui en fit une dissection très minutieuse. Des principaux détails de cette autopsie, il résultait que le lambeau était très bien formé, abondamment fourni de tissu cellulaire graisseux, régulièrement cicatrisé, et que les os étaient parfaitement sains. Mais, et c'est ici le fait remarquable, il résultait de la formation d'un lambeau interne et de son inflexion en dehors, que les deux branches volumineuses du nerf tibial postérieur étaient conservées et se trouvaient immédiatement comprises entre la peau et la face inférieure du tibia. Aussi incomplètement protégées et supportant ainsi la pression du poids du corps, ces deux nerfs étaient devenus beaucoup plus volumineux; ils étaient rougeâtres, durs, en un mot ils présentaient les signes non équivoques d'inflammation dans le trajet qu'ils parcourent à travers le lambeau.

La présence du trajet fistuleux et cette névrite motivent, suivant l'auteur, l'impossibilité de la marche et lui font preuve que le moignon était à tout jamais incapable de servir aux fonctions du membre inférieur; il en conclut que dans l'amputation tibio-tarsienne, il faut ou rejeter les procédés à lambeau latéral interne, ou réséquer la portion des nerfs comprise dans la partie de ces lambeaux qui doit supporter la pression.

Il généralise ce principe à toutes les amputations à lambeaux dans lesquelles l'inflexion imprimée à ceux-ci peut recouvrir les surfaces osseuses, expose des nerfs volumineux à se trouver compris entre la peau et les os dans les points qui doivent être exposés à des pressions fortes et répétées. Cette proposition, que l'auteur discute longuement, le conduit à parler des névrômes des moignons; d'après le résultat de ses recherches, ces productions se formeraient dans le cours de la première année qui suit l'opération. Leur accroissement, d'abord lent et continu, s'arrêterait ensuite; et elles deviendraient indolentes à la condition d'être soustraites à l'action des corps extérieurs et à celle des variations atmosphériques.

Le fait rapporté par M. Verneuil a une importance incontestable et véritablement pratique; il jette de la lumière sur l'histoire des douleurs qui surviennent dans les moignons des amputés.

Le conseil qu'il donne, de pratiquer immédiatement la résection des nerfs en faisant les grandes amputations, nous semble de nature à diminuer ces chances de douleur en plaçant les extrémités des nerfs loin de la surface du moignon, et en les soustrayant ainsi aux conditions atmosphériques et aux pressions extérieures.

L'usage de l'anesthésie lève la seule objection qu'on puisse faire à cette pratique.

— Dans un second travail, M. Verneuil décrit le rétablissement de la circulation artérielle dans le membre inférieur, à la suite de l'oblitération du tronc crural, au niveau du ligament de Fallope. Cette pièce fut trouvée sur le cadavre d'une femme adulte bien constituée; une cicatrice transversale parallèle au pli de l'aine, l'absence de toute lésion sur le reste des artères du membre, font supposer qu'il y a eu autrefois une lésion traumatique qui a intéressé l'artère en ce point. Un cordon fibreux imperméable, long de 4 centimètres, s'étend depuis l'origine de l'épigastrique jusqu'à la naissance de la fémorale profonde.

La circulation nouvelle s'est établie au moyen des branches de l'artère hypogastrique largement anastomosées avec celles qui naissent de la fémorale à la partie supérieure du membre.

L'obturatrice, la fessière, les génitales internes, la branche musculaire interne et supérieure contribuent surtout à ramener le sang dans l'artère crurale. L'iliaque externe n'est point oblitérée, mais elle est considérablement rétrécie, tandis que l'hypogastrique a presque doublé de calibre.

Les faits de ce genre ne sont pas rares, et la science en possède déjà de bonnes descriptions; il en est peu néanmoins d'aussi complètes que celles de M. Verneuil.

Après avoir décrit la pièce, M. Verneuil en fait ressortir les points les plus importans: il insiste sur ce fait que, tandis qu'on observe à la tête et au cou de nombreuses communications vasculaires entre le côté gauche et le côté droit; dans la cavité du bassin, au contraire, les anostomoses transversales et médianes sont presque rudimentaires, eu égard aux anostomoses verticales, qui s'opèrent entre le premier et le second segment du membre inférieur. Il note encore le peu de part que prennent au rétablissement de la circulation les branches viscérales de l'hypogastrique.

Ces résultats ont été démontrés à l'auteur par la dissection; l'examen des faits pathologiques et certaines expériences hydrotomiques assez ingénieuses.

M. le rapporteur analyse ensuite le dernier travail communiqué par M. Verneuil, sur les kystes de l'organe de Wolff dans les deux sexes, travail dans lequel l'auteur a eu pour but de faire prendre place, dans les cadres nosologiques, à une lésion aperçue par divers auteurs qui ne paraissent pas en avoir connu la véritable origine; et il termine son rapport en proposant pour conclusions:

1° De déposer honorablement dans les archives les deux premiers mémoires de M. Verneuil, et de renvoyer le troisième au comité de publication;

2° De nommer M. Verneuil membre titulaire de la Société de chirurgie.

M. Richet se demande si c'est d'une bonne pratique chirurgicale de diviser les nerfs du lambeau. N'y aurait-il pas lieu de craindre que cette section n'augmentât encore les chances déjà si nombreuses de gangrène?

M. Robert pense que c'est plutôt la conservation des vaisseaux qui importe pour la vie du lambeau que celle des nerfs. Il ne croit pas que par la résection du nerf, la vie du lambeau soit compromise; cela serait contraire du moins à nos connaissances physiologiques.

M. Richet: Ce qui m'a fait émettre cette opinion, c'est que j'ai été témoin d'un fait qui porterait à penser qu'on ne pourrait peut-être pas toujours impunément diviser le nerf du lambeau. J'ai vu un cas où, en pratiquant la ligature de l'artère crurale, on avait compris par mégarde le nerf saphène dans la ligature, et il en est résulté la gangrène du membre.

M. Robert: Il existe dans la science bon nombre de cas de résection des nerfs, notamment un cas rapporté par M. Michon, et plusieurs autres observés par M. Lenoir, sans qu'il en soit résulté rien de semblable. C'est ce qui me fait douter que la gangrène puisse résulter de la résection des nerfs.

M. Morel-Lavallée partage entièrement l'opinion de M. Robert. Il n'y a pas d'analogie, suivant lui, entre la ligature ou la résection faite dans la continuité d'un nerf et la résection de l'extrémité d'un nerf comprise dans un lambeau d'amputation. Dans ce dernier cas, ce n'est pas le nerf que l'on divise qui amène le lambeau, mais les filets nerveux qui prennent leur origine au-dessus. Cette section ne peut donc avoir aucune influence sur la vitalité du lambeau.

M. Lebert a fait des expériences sur des animaux. Il a réséqué différens nerfs; et ce n'est pas sans étonnement qu'il a vu que cette section n'avait aucune influence sur la circulation; il n'a jamais vu que la gangrène en fût la conséquence. Il est porté à croire, d'après ces expériences, que les nerfs n'ont pas l'influence qu'on leur attribue, et que la gangrène ne se développe pas sous l'influence de l'intersection de l'action nerveuse.

Les première et deuxième conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La Société statuera sur la troisième conclusion dans la prochaine séance.

La Société se formera en comité secret à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS.

Hémoptysie, traitement par la térébenthine. — Une longue expérience a appris au docteur Lange de Kœnisberg, que l'essence de térébenthine agit plus promptement dans le traitement de l'hémoptysie, que les divers moyens qu'on oppose d'ordinaire contre cette affection, tels que le tannin, l'ergotine, l'acétate de plomb, le sulfate et le chlorhydrate de fer, l'alun, les applications froides sur les parties génitales et le thorax, le sel de cuisine, l'application de sangsues sur le sternum, etc. On sait que l'efficacité de la térébenthine dans le traitement de l'hémoptysie, avait déjà été reconnue par Copland, H. Wilshire et d'autres. Ce qui a conduit le docteur Lange à user largement de la térébenthine dans l'affection dont il s'agit, c'est que cette substance, employée par lui dans un grand nombre de blennorrhées pulmonaires et de dilatations bronchiques, existant chez des phthisiques, a eu pour effet, non seulement d'amender les affections intercurrentes contre lesquelles elle était dirigée, mais encore celui de diminuer, chez ces malades, la fréquence des hémorrhagies pulmonaires. Nous venons de dire que le docteur Lange fait un large emploi de la térébenthine: il l'emploie, en effet, dans l'iritis, la maladie maculée de Werlhof, l'hémorrhagie utérine, la tympanite, le typhus, la fièvre puerpérale, diverses névralgies, les rhumatismes, les rhumatismes chroniques, les hydropisies, l'aménorrhée, la blennorrhée urétrale et vésicale, etc. Les inconvéniens reprochés à l'emploi de l'essence de térébentine, tels que faiblesses, vomissemens, céphalalgie, etc., ne s'observent d'ordinaire que lorsqu'on force la dose du médicament, en le donnant, par exemple, à la dose de 2 à 4 grammes par jour. — (*Annales méd. de la Flandre occid.*)

Typhus abdominal, emploi du lait. — Le docteur Thielmann, de Saint-Pétersbourg, donne dans toutes les périodes du typhus abdominal de deux à quatre verres de lait par jour à ses malades, et il le fait même verser à ceux qui sont dans la stupeur et sans connaissance. L'auteur a acquis la conviction que ce liquide est non seulement bien supporté, mais encore assimilé, et que par suite il augmente la puissance de réaction de l'économie contre la maladie. Il croit que par ce traitement, plus d'un malade qu'il considérait déjà comme perdu, a été sauvé d'une mort en apparence certaine. Il a toujours vu survenir à la suite de l'usage d'autres alimens, tels que le bouillon, par exemple, une augmentation de la fièvre, du délire, du météorisme et de la diarrhée. Jamais l'usage du lait n'a été suivi de ces graves inconvéniens. — (*Geneesk. cour.* et *Journ. de méd. de Brux.*)

Conservation du vaccin. — M. le docteur Veldeman a observé, dans un voyage en Amérique, que le vaccin y est conservé à l'état sec, ce qui n'empêche nullement l'effet désiré de son inoculation. La mère recueille la croûte du bouton vaccinal quand elle tombe, et la donne au médecin. Celui-ci la met dans un tube de verre, fermé d'un côté et bouché de l'autre. Veut-on s'en servir, on prend la croûte et on en enlève le morceau entre deux rayons, allant de la circonférence de la croûte à son centre. On obtient ainsi une surface triangulaire, dont le sommet correspond au centre, et la base à la circonférence de la croûte. La partie ainsi enlevée est malaxée au moyen de la lancette, avec un peu d'eau ou de salive, et appliquée sur quelques scarifications. Cette pâte y est maintenue un instant soit au moyen d'un linge, soit au moyen d'un emplâtre adhésif. — (*Presse médicale.*)

De la magnésie hydratée considérée comme antidote. — Il résulte des expériences de Schuchardt que la magnésie hydratée constitue un antidote certain, non seulement sur l'acide arsénieux en solution et en substance, ce qui est connu depuis longtemps, mais aussi pour le sublimé corrosif, les sels de cuivre, et même, bien que les expériences de l'auteur ne soient pas, quant à ce dernier point, aussi décisives, pour certains alcaloïdes, tels que la morphine, la brucine. L'hydrate de magnésie se prépare directement en mêlant de l'eau à la magnésie légèrement calcinée. Dans les empoisonnemens par les arsénicaux, la quantité de magnésie administrée comme contre-poison, doit dépasser vingt fois celle du poison ingéré; si l'on a à neutraliser les effets toxiques du sublimé corrosif, la quantité de l'antidote doit seulement être cinq fois plus grande que celle du poison. — (*Geneesk. Cour.*)

Levûre de bière contre les furoncles. — Un médecin anglais, M. Mosse, a fait connaître dernièrement dans *the Lancet*, que depuis huit ans, il a recours avec grand avantage à la levure de bière dans les éruptions furonculeuses, très fréquentes dans les contrées occidentales de l'Angleterre. Il administre cette substance délayée dans l'eau, à la dose d'une cuillerée à soupe, trois fois dans la journée.

Liquide hémostatique. — Le docteur Frankl, de Marienbad, recommande comme un hémostatique excellent, la teinture de mastic. Il s'en sert dans les épistaxis, les piqûres des sangsues, etc., en la portant sur le point d'où le sang s'écoule, au moyen d'un pinceau. — Le dentiste Terzer, de Vienne, se sert de la même teinture pour tarir les hémorrhagies qui surviennent quelquefois à la suite de l'extraction des dents. — (*Schmidt's medic. Jahrb.*)

COURRIER.

L'abondance des matières nous force à renvoyer les *Causeries hebdomadaires* à jeudi prochain.

M. le docteur Vleminckx a été promu au grade de commandeur de l'ordre de Léopold, en reconnaissance des services qu'il a rendus comme président du Congrès général d'hygiène, qui s'est tenu récemment à Bruxelles. Par le même décret, M. Jules Guérin a été élevé au grade d'officier du même ordre.

Concours des prix pour l'internat. — Voici les résultats de la décision du jury, relativement aux prix des élèves internes des hôpitaux:

1re Division. — *Médaille d'or:* M. Axenfeld.
Médaille d'argent: M. Charcot.
Mentions honorables: MM. Trélat et Landry.

2me Division. — *Médaille d'argent:* M. Zapfle.
Accessit (des livres): M. Graü.
Mentions honorables: MM. Leplat et Canuet.

Administration des hôpitaux. — La distribution des prix aux élèves internes et externes, et la proclamation des internes et externes nouvellement nommés, auront lieu lundi prochain, 27 décembre, à deux heures et demie de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, sous la présidence de M. Hortelonp.

Les commissaires délégués par les internes des hôpitaux de Paris, dans le but de maintenir des rapports de bonne confraternité entre les anciens internes et ceux en activité de service, ont décidé qu'un banquet aura lieu, sous la présidence de M. Bérard, qui veut bien honorer cette réunion de sa présence, jeudi prochain, 30 décembre, à six heures précises, dans les salons des Frères-Provençaux. Ce banquet sera le point de départ de réunions ultérieures qui seront organisées par une commission nouvelle nommée dès le commencement de l'année.

Les souscriptions (12 fr. par personne) seront reçues par les commissaires des différens hôpitaux ci-après désignés, ainsi que dans les bureaux de l'Union Médicale, jusqu'à mardi, 28 décembre, à 5 heures du soir.

Commissaires: MM. Axenfeld (Enfans-Malades), Martellière (Pitié), Bauchet (Charité), Dufour (Hôtel-Dieu), Schnepf (Salpêtrière), Dolbeau (Midi), Charrier (Lourcine), Cadet-Gassicourt (Saint-Louis), Maurice (Sainte-Marguerite), Leplat (Bicêtre), Bucequoy (Saint-Antoine).

— **L'Almanach général de médecine** pour la ville de Paris, fondé par Domange-Hubert, et continué par l'administration de l'Union Médicale, pour l'année 1853, sera mis en distribution et en vente dans les premiers jours de la semaine prochaine.

On pourra se le procurer aux bureaux de l'Union Médicale, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez Victor Masson, libraire, 17, place de l'École-de-Médecine. Prix: 3 fr. 50 c.

Vaccinations.

Avis à MM. les médecins et sage-femmes.

Nous sommes invités à publier l'avis suivant:

« Depuis longtemps déjà, la mairie du quatrième arrondissement, l'une des plus centrales de Paris, sur l'avis de la Société de ses médecins du bureau de bienfaisance, a pris des mesures pour que le service des vaccinations fût continué durant tout le cours de l'année.

» En conséquence, MM. les médecins et sage-femmes sont prévenus qu'ils pourront, dans toute saison, se procurer du vaccin à cette mairie. Ils sont en même temps priés de vouloir bien concourir à rendre plus assurée la non-interruption des inoculations vaccinales, en adressant pendant l'hiver, à cette mairie, les indigens qui, à leur connaissance, désireraient recourir à la vaccination.

» La prime habituelle leur sera accordée, quel que soit le quartier qu'ils habitent.

» Les vaccinations ont lieu tous les mercredis, à une heure *précise*, place du Chevalier-du-Guet (près la nouvelle rue de Rivoli), à la mairie. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité théorique et pratique de l'art des accouchemens, comprenant l'histoire des maladies qui peuvent se manifester pendant la grossesse et le travail, l'indication des soins à donner à l'enfant depuis la naissance jusqu'à l'époque du sevrage, par P. Cazeaux, membre de l'Académie de médecine, etc. Ouvrage adopté par le Conseil supérieur de l'instruction publique. Quatrième édition, revue par l'auteur, avec 4 planches sur acier et 126 planches gravées sur bois, par Badonreau. — Un gros vol. in-8. Paris, 1853, librairie de Chamerot, rue du Jardinet, 13. — Prix: 10 fr.

Histoire des apothicaires, chez les principaux peuples du monde, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, suivie du tableau de l'état actuel de la pharmacie en Europe, en Asie, en Afrique et en Amérique, par A. Philippe, d.-m., etc. chirurgien en chef des hôpitaux et professeur de l'École de médecine de Reims. Un vol. in-8. Paris, 1853, à la direction de publicité médicale, rue Guénégaud, 3. — Prix: 7 fr. 50 c.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestet et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 155. **SIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 28 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi .
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs des départemens pour six mois et pour un an, dont l'abonnement finit le 31 décembre prochain, sont prévenus que la traite pour le renouvellement leur sera présentée à domicile dans le mois de janvier. Afin de nous éviter des frais considérables de retour, ils sont priés de donner des ordres en conséquence, en cas d'absence.

MM. les Souscripteurs de trois mois qui veulent éviter tout interruption dans l'envoi du journal, sont priés de renouveler leur abonnement avant le 1er janvier, soit par un mandat sur la poste, soit par la voie des Messageries et du commerce.

La quittance sera présentée au domicile de nos Souscripteurs de Paris.

THÉRAPEUTIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES ADÉNITES SUPPURÉES ET PARTICULIÈREMENT DU BUBON ;

Par M. BONNAFONT, chirurgien principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, etc.

Il y a déjà longtemps que le traitement des adénites, et particulièrement des adénites inguinales syphilitiques, a fixé notre attention. Chargé, en maintes circonstances, du service des vénériens, nous avons été frappé du résultat fâcheux que laissent ces tumeurs qui, parvenues à l'état de suppuration, provoquent des décollemens considérables, des suppurations interminables, et qui, le plus souvent, laissent, après une guérison qui s'est fait attendre plusieurs mois, des cicatrices indélébiles, d'un aspect repoussant. Tous les praticiens, et les praticiens spécialistes surtout, frappés comme nous de ces inconvéniens, ont cherché à les éviter, soit en créant une nouvelle méthode de traitement pour empêcher le bubon d'arriver à l'état de suppuration, soit en employant un nouveau procédé opératoire pour en faire l'ouverture, afin d'éviter, le plus possible, les traces des cicatrices presque toujours difformes qu'on remarque après.

C'est afin d'atteindre ce double résultat, que plusieurs modes de traitemens ont été successivement recommandés, et sur lesquels nous jetterons plus tard un coup d'œil rapide avant de décrire celui que nous employons à l'hôpital du Gros-Caillou depuis bientôt deux ans, et que nous osons proposer aujourd'hui comme étant celui qui satisfait le mieux à toutes les exigences de la thérapeutique spéciale de ces affections.

Un bubon étant donné, il est bien évident qu'il faudra obtenir sa résolution le plus souvent possible par tous les moyens que la thérapeutique met à notre disposition. Mais, dès que la tumeur, ayant résisté à tout, est parvenue à l'état de suppuration, faut-il s'obstiner à poursuivre l'emploi des moyens qui peuvent obtenir encore sa résolution, ou vaut-il mieux provoquer la sortie du pus? Et dans le cas où l'ouverture de l'abcès serait décidée, quel est le procédé opératoire auquel il faut donner la préférence? Telles sont les questions que nous allons chercher à discuter.

Lorsque la suppuration s'est formée, les indications thérapeutiques varient suivant les circonstances qui se présentent; mais quand elle est franchement arrivée, comme le dit notre maître à tous, M. Ricord, nous ajoutons qu'il n'y a qu'une seule indication thérapeutique à remplir, et qui consiste à donner issue au pus. Toutes celles qui tendraient à obtenir la résolution de la tumeur, alors qu'elle est en pleine suppuration, entraîneraient après elle une foule d'inconvéniens dont le plus léger se traduit par une guérison si lente et si douloureuse, que pas un malade ne le choisirait de préférence, s'il se trouvait une deuxième fois exposé à en subir les effets.

Il nous paraît donc bien préférable de provoquer l'écoulement du pus lorsque la fluctuation extérieure ne laisse aucun doute sur son existence. L'important, dès lors, est de bien choisir le procédé opératoire qui procure une plus prompte guérison, et qui expose le moins possible le bubon à tous les accidens qui compliquent si souvent ces affections. Les procédés le plus généralement employés sont : 1° l'incision ; 2° le caustique de Vienne ; 3° les ponctions multiples à l'aide d'un bouton de feu rougi à blanc, comme le propose M. Daisne, de Marseille, ou avec la pointe d'un bistouri, selon M. Blanche, de Rouen.

Tous ces procédés sont bons et peuvent trouver chacun d'heureuses applications. Mais celui que nous employons depuis bientôt deux ans, qui nous a donné et qui nous donne tous les jours des résultats on ne peut plus favorables, nous semble devoir mériter à l'avenir la préférence entre tous. Ce procédé, que nous appellerons mixte, à séton sous-cutané, parce qu'il se compose de deux ponctions, d'une mèche à séton et de la compression de la tumeur, se pratique de la manière suivante.

Lorsqu'un bubon est en pleine suppuration à l'aide d'une aiguille porte-séton longue d'environ quinze centimètres, large de 4 millimètres, chargée d'une mèche composée de quatre fils ayant de 40 à 50 centimètres de longueur, nous traversons la tumeur dans la partie la plus étendue et en suivant l'axe iléo-pubien.

L'expérience nous a appris aussi qu'il faut que les deux piqûres se fassent au-delà du périmètre de la phlegmasie de la peau; nous dirons bientôt pourquoi il est nécessaire de prendre cette précaution, de laquelle dépend presque tout le succès de l'opération. Celle-ci décidée, le chirurgien se place du côté de la tumeur, saisit l'aiguille entre les quatre doigts et le pouce de la main droite; l'indicateur étant éloigné et porté à 2 centimètres de la pointe de l'instrument auquel il sert de point d'appui et de guide; la main portée fortement dans la supination, la pointe de l'aiguille se trouve naturellement dirigée en avant et en bas. Après s'être assuré des limites du foyer, on applique le bord cubital de la main gauche à 2 centimètres de la tumeur, on tire la peau à soi pendant que la pointe de l'aiguille, légèrement graissée avec du cérat, est enfoncée à 1 centimètre au moins du cercle inflammatoire et poussée dans la direction du pli de l'aine en traversant le foyer jusqu'à 1 centimètre au-delà ; dès que l'aiguille est engagée dans la tumeur, les doigts médius et indicateur de la main gauche, appliqués sur les points opposés de l'adénite, suivent la direction de la pointe et servent à faciliter sa sortie. Dès que le séton est engagé dans la plaie, on le coupe tout près de l'aiguille et on relève les deux chefs longs d'environ 20 centimètres de chaque côté de l'abdomen. On comprime doucement la tumeur jusqu'à ce que le pus paraisse à l'une ou à l'autre des ouvertures, ou à toutes les deux. On augmente peu à peu la pression et on la continue jusqu'à la vacuité de l'abcès. Cela étant fait, on nettoie la plaie et on procède au pansement compressif de la manière suivante : à cette fin on coupe des morceaux d'agaric dont la largeur sera un peu moindre que la distance qui sépare les deux petites plaies qui donnent passage au séton, et d'une longueur à peu près double, et on les superpose jusqu'à une épaisseur d'un centimètre au moins. On peut remplacer l'agaric par une petite compresse contenant un peu de charpie, ayant les mêmes dimensions. Cette première pièce, appliquée sur le bubon, de manière à laisser libre les deux ouvertures, on couvre celles-ci

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

pendant le 1er semestre de 1852-1853,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Division de la médecine antique en cinq périodes : période hippocratique, période alexandrine, période galénique, période arabique, période érudite. — Tableau général de ces périodes. Histoire de la période hippocratique. — Collection des livres hippocratiques.— Date de son apparition. — Commentateurs d'Hippocrate. — Morale d'Hippocrate. Sa bonne foi, sa probité scientifique, sa haine énergique contre les charlatans. — Ses conseils aux médecins. — Examen du *serment*.

Première époque, ou époque de la médecine des anciens.

La première époque ou époque de la médecine ancienne, se divise en cinq périodes : 1° période hippocratique; 2° période alexandrine; 3° période galénique; 4° période arabique; 5° période érudite ou renaissance de la médecine grecque.

La *première période* s'étend d'Hippocrate à la fondation de l'école d'Alexandrie; elle est remplie par les travaux d'Hippocrate et de son école. Elle comprend un espace de 300 ans, pendant lesquels Hippocrate règne en maître sur la médecine. En même temps s'élèvent les écoles rivales de Platon et d'Aristote, qui exercent la plus grande influence sur les doctrines médicales de cette époque. Cette période est signalée encore par un événement d'un autre genre, mais qui n'a pas une influence moins importante sur les destinées de la médecine, la fondation de la ville d'Alexandrie par Alexandre-le-Grand. Cette ville qui, dans les desseins d'Alexandre, devait être le centre du commerce du monde, devint le centre de la science du monde, par la fondation de l'école célèbre qui naquit et grandit dans ses murs, sous la protection puissante et éclairée des Ptolémée, rois d'Égypte, capitaines et successeurs d'Alexandre.

La *deuxième période* s'étend de la fondation de l'école d'Alexandrie à Galien. Elle comprend un espace de 150 ans seulement. En même temps que la Grèce perd sa liberté et sa philosophie originale, d'abord sous la domination des rois de Macédoine, puis sous la domination romaine, on voit se dessiner les progrès de la philosophie sceptique opposée à celle de Platon et d'Aristote, puis ceux de la philosophie épicurienne, qui devient à Rome le code de la philosophie et de la civilisation nouvelle, et sur laquelle le célèbre Asclépiade fonde un nouveau système médical. A mesure que le monde romain s'ébranle, sous l'influence des grandes perturbations politiques, religieuses, morales intellectuelles de cette époque, la médecine se divise en une foule de sectes, ayant chacune à sa tête un chef plus ou moins puissant. En face l'une de l'autre s'élèvent deux écoles opposées, dont l'une a pour but d'étudier les causes des maladies et de fonder sur cette connaissance une thérapeutique rationnelle, c'est l'école *dogmatique*; dont l'autre, née des exagérations du dogmatisme, fait table rase des méthodes thérapeutiques, et proclame hautement le principe de l'empirisme, c'est l'école *empirique*. De l'exagération du dogmatisme et de l'empirisme naît une troisième école, qui, prenant aux écoles précédentes ce qui lui paraît bon et vrai, et repoussant ce qui lui paraît erroné, constitue de toutes les idées empruntées aux diverses sectes, un nouveau système, un nouveau corps de doctrine, c'est l'école *éclectique*. Les idées philosophiques sous l'influence desquelles ces trois grandes écoles se sont élevées, ont laissé, dans tous les temps, des traces profondes, et sont parvenues jusqu'à nous. Aujourd'hui encore, en l'année 1852, il existe des médecins représentans vivans du dogmatisme, d'autres médecins représentans vivans de l'empirisme, d'autres enfin, représentans vivans de l'éclectisme. L'école d'Alexandrie, qui devait plus tard dégénérer en une école de rhéteurs, s'inaugure par les deux noms immortels d'Hérophile et d'Érasistrate, qui, sous la protection des rois d'Égypte, purent disséquer des cadavres humains.

La *troisième période* s'ouvre par Galien, qui la remplit tout entière; elle se termine à la période arabique. Galien est l'éclectique par excellence. Il déclare qu'il a profondément étudié les doctrines des diverses sectes, dans lesquelles il a fait un choix de tout ce qui lui a paru vrai pour instituer avec ces élémens épars un système des sciences médicales. Ce système, dont la valeur est à peu près nulle aujourd'hui, a exercé une influence exclusive sur les médecins qui se sont succédé depuis Galien jusqu'à la fin du XVe siècle. Pendant ce long espace de temps, Galien fut le législateur de la médecine, comme Hippocrate l'avait été jusqu'à lui.

Quatrième période, ou *arabique*. — Pendant que Charlemagne s'épuise en vains efforts pour rallumer en Occident le flambeau des connaissances humaines, dans une autre partie du monde, les lettres, les sciences, les arts grandissent et se développent à l'abri des successeurs de Mahomet. D'abord en Asie, plus tard en Espagne, du IXe au Xe siècle, s'élèvent des Universités célèbres où professent avec un grand éclat des hommes, tels que Rhazes, Avérhoëz, Albucasis, et surtout Avicenne, qui devient pendant un certain temps le législateur de la médecine.

Parmi les auteurs arabes, les uns s'occupent de traduire les médecins grecs, les autres les commentent; d'autres, moins nombreux, se livrent à des travaux originaux. C'est à Rhazes que nous devons la première monographie de la variole. Avicenne est l'auteur d'un traité général de médecine qui devint le Code des médecins de ce temps. Ainsi, ce fut des Maures d'Espagne que l'Europe reçut pendant un siècle sa principale lumière. Mais il arriva qu'après avoir atteint son apogée, la puissance des Arabes tomba en décadence. Leur empire succomba en Asie sous les coups des Turcomans. En Espagne, il s'écroula au réveil de la nationalité espagnole. Avec l'assistance politique des Arabes, finit leur rôle scientifique.

Cinquième période, ou *érudite*; *retour à la médecine grecque*. — En même temps que l'empire des Arabes tombait en Asie et en Europe, se produisait un mouvement scientifique particulier qui caractérise cette cinquième période. C'est le retour à la médecine grecque. Dès lors, au lieu d'étudier cette médecine dans les traductions altérées par l'imagination des Arabes, on remonte aux véritables sources, aux originaux eux-mêmes. Ce mouvement commence en Italie par les papes, en Alle-

de charpie bien séparée et bien molle, on met par-dessus une grande compresse carrée pliée en quatre et on maintient tout l'appareil au moyen d'une bande à spica modérément serrée. Ce pansement est renouvelé le soir de la même manière que le premier, c'est-à-dire qu'il faudra, par une pression un peu forte, vider la tumeur du pus qu'elle contient et réappliquer l'appareil en suivant la prescription indiquée ci-dessus, et répéter ainsi le pansement deux fois par jour jusqu'à parfaite guérison. On aura bien soin de ne pas arracher le petit séton, et c'est afin d'éviter cet inconvénient que j'ai pris la précaution de laisser plus de longueur aux fils et d'en nouer les deux extrémités entre elles. De cette manière, il n'y a aucune crainte à avoir.

Tous les bubons que j'ai soumis à cette médication ont guéri rapidement, puisque la moyenne de traitement ne dépasse pas vingt jours. Plusieurs mêmes ont guéri en moins de dix jours, et une fois guéris, c'est à peine si on aperçoit la trace des points qui ont livré passage au pus, et c'est là un résultat qui, joint à la rapidité de la guérison, donne à notre procédé une supériorité incontestable.

Il est pourtant des cas où la guérison est longue et où les piqûres continuent à fournir une suppuration liquide, claire et parfois sanguinolente ; c'est surtout lorsque l'opération a été pratiquée sur des bubons incomplètement arrivés à maturité et la glande fondue seulement à la moitié ou au tiers, qu'on remarque cette persistante suppuration, et pourtant le foyer, quoique limité, est tellement fluctuant, qu'il menace de détruire la peau si on ne s'empressait d'en faire l'ouverture. Mais ce premier foyer vidé, il est bien rare d'obtenir l'adhésion de la peau avec la portion de la glande correspondante, car, malade et baignée sans cesse par le pus, elle se trouve dans de trop mauvaises conditions pour contracter des adhérences. Dans ce cas, nous nous trouvons bien de quelques injections de vin aromatique faites à travers une des deux plaies et secondées par une compression un peu plus forte. Tel est l'exposé succinct de notre méthode de traitement de bubons suppurés, et les nombreux succès que nous avons retirés de son application nous permettent de la proclamer comme supérieure à toutes les autres, et dont les avantages peuvent se résumer dans les propositions suivantes:

1º Remplacer l'incision pratiquée sur une peau enflammée et souvent très envenimée, par deux simples piqûres faites sur un tissu cutané, sain, et séparées entr'elles de toute l'étendue du bubon.

2º Cet intervalle entre les deux ponctions permet d'exercer facilement une compression méthodique, afin de faciliter l'évacuation du foyer et conséquemment l'adhésion des deux parois, en les tenant appliquées, autant que possible, l'une contre l'autre, et cela tout en favorisant la sortie du pus par les deux petites ouvertures; avantages que ne présente aucun autre procédé.

3º Dans tous les autres modes, l'ouverture se pratiquant toujours sur le point le plus saillant du bubon, il en résulte que le pus, ne pouvant s'évacuer que très difficilement, est forcé de séjourner dans la partie la plus déclive du foyer, y favorise souvent le décollement et retarde toujours considérablement la guérison. Dans notre méthode, au contraire, les deux ouvertures étant pratiquées dans la partie la plus déclive de la tumeur, le pus s'en échappe facilement, lors même que sa sortie ne serait pas secondée par la compression.

Tels sont les avantages que nous croyons devoir signaler en faveur de cette nouvelle méthode, et que nous recommandons à la pratique de ceux de nos confrères qui sont à même de l'expérimenter. Du reste, ce traitement ne s'applique pas seulement aux bubons suppurés. Il peut encore être employé avec le même succès dans toutes les adénites, quel que soit leur siége, et surtout à celles si nombreuses qui se développent au cou, et qui peuvent supporter une légère compression sans trop gêner les fonctions des organes voisins. Depuis que nous le mettons en usage, nous avons eu l'occasion de traiter deux militaires entrés à l'hôpital pour des adénites cervicales sous-maxillaires qui étaient déjà en pleine suppuration. A côté d'elles, on remarquait d'énormes cicatrices résultant d'une affection semblable, traitée, il y avait un an, dans un autre hôpital militaire, où les tumeurs avaient été ouvertes avec le bistouri. Quand le moment fut jugé opportun de donner issue au pus des deux glandes, nous procédâmes, comme pour les bubons, en traversant la tumeur avec le petit séton, et après avoir vidé le foyer en la comprimant légèrement.

Le séton fut laissé en place cinq jours, après lesquels le trajet fistuleux étant suffisamment établi, nous retirâmes le fil, et les pansemens furent continués de la même manière, en ayant bien soin de vider matin et soir la tumeur de tout le pus qu'elle pouvait contenir. La guérison fut longue à venir (quarante-cinq jours environ); mais à leur sortie de l'hôpital, la seule trace de la tumeur strumeuse et des ouvertures qui y avaient été faites, consistait uniquement en deux petits points rouges que le temps a dû bien certainement faire disparaître. Comme on le pense bien, ce résultat contrastait singulièrement avec les traces indélébiles qu'un autre mode de traitement avait laissées sur les glandes voisines. Nous pensons aussi que les avantages de notre procédé opératoire doivent être attribués, comme ceux des ponctions sous-cutanées préconisées avec un si grand succès par M. Jules Guérin, à la petitesse des ouvertures, qui met ainsi le foyer purulent à l'abri de tout contact de l'air.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL BEAUJON. — Service de M. ROBERT.

Sommaire. — Fracture de la base du crâne. — Paralysie du nerf trijumeau. — Tumeur squirrheuse de la région parotidienne. — Paralysie du nerf facial.

La détermination précise des attributions du nerf trijumeau a été longtemps une question litigieuse; on peut même dire que la discussion existe encore aujourd'hui. Les opinions si souvent divergentes des éminens physiologistes MM. Magendie et Longet, en témoignent. De part et d'autre, des expériences ont été instituées sur les animaux; mais leurs résultats, pour conduire à des conclusions incontestables, ont besoin du contrôle des expériences faites sur l'homme atteint de lésion morbide de cette paire nerveuse. Un fait s'est présenté à notre observation; complètement désintéressé dans la question, nous l'apportons, non à l'appui d'une doctrine physiologique quelconque, mais dans l'intention de l'ajouter à ceux qui doivent jeter quelque lumière sur ce point obscur de la science. Certes, nous ne nous flattons pas d'avoir observé sans idées préconçues, et en nous abandonnant à nos propres inspirations. Imbus des travaux de nos devanciers, et placés dans les conditions les plus favorables, nous avons voulu juger par nous-mêmes de la valeur des doctrines aujourd'hui en présence; nous avons répété les mêmes expériences, et nous portons dans la balance le poids d'une observation rigoureuse et précise.

Par une coïncidence aussi favorable que singulière, à côté de ce malade est venu s'en placer un autre portant une tumeur squirrheuse de la région parotidienne. Le nerf facial se trouve comprimé dans son trajet à travers le tissu de la glande. Ces deux observations, mises en regard, pourront donc établir la différence d'attribution des deux nerfs; et ce sera un fait nouveau à ajouter aux nombreux faits pathologiques et aux expériences qui établissent la fonction du nerf facial comme nerf moteur de la face.

OBSERVATION I. — Le 11 mai 1852, est entré à l'hôpital Beaujon Edouard Beaumont, âgé de 27 ans, sculpteur. Il n'a jamais fait de maladies graves; il rapporte son état actuel à un accident arrivé il y a trois mois. Étant un jour occupé à travailler, l'échafaudage manqua sous lui, et il tomba de la hauteur d'un deuxième étage. Il fut relevé sans connaissance. Pendant quinze jours qui suivirent l'accident, le malade n'eut aucune perception de ce qui se passa autour de lui; au bout de ce temps, il commença à revenir à la santé, conservant néanmoins une céphalalgie assez vive. Immédiatement après la chute, un écoulement de sang assez considérable avait eu lieu par les narines et par l'oreille gauche; ce malade ne peut en préciser la durée; il assure qu'aucun autre écoulement ne se manifesta. Il se fit une large plaie à la joue gauche; l'os maxillaire inférieur fut fracturé. Des saignées générales et locales avaient été pratiquées; au retour de son intelligence, il s'aperçut des désordres de son organisme que je vais mentionner, et qui, depuis, n'ont pas cédé aux médications mises en usage.

État actuel. — L'état général du malade n'offre rien qui indique une lésion vitale grave; sa maladie paraît se borner à des troubles fonctionnels des organes, à des altérations de la sensibilité. Il accuse quelques maux de tête passagers; s'il reste un moment dans l'inaction, il sent des fourmillemens lui parcourir toute la région de la face située à gauche de la ligne médiane. Comme lésion physique, on remarque une cicatrice brunâtre, linéaire, horizontale, située un peu au-dessus du bord inférieur du corps de la mâchoire inférieure. Les phénomènes offerts à l'observation par ce malade étant très complexes, je crois utile de m'imposer un ordre de descriptions; après avoir mentionné ce qui tient aux troubles de sensibilité du système tégumentaire cutané, j'exposerai les lésions constatées dans chaque organe des sens particuliers, dans leurs auxiliaires et accessoires.

Hormis le changement que nous verrons être survenu dans la direction des yeux, la face a conservé sa symétrie parfaite; tous les agens du mouvement sont intacts. Mais si, armé d'une épingle, on en porte la pointe sur toute la partie gauche de la face, on constate une insensibilité complète. Je délimite : l'insensibilité cesse à deux pouces du vertex; elle existe sur la partie antérieure de la tête, sur le front, sur le nez, sur les lèvres; la ligne médiane établit une ligne de démarcation précise entre les parties sensibles et les parties insensibles. En dehors et en haut, la sensibilité existe à peu près dans toute l'étendue d'insertion du muscle temporal. Elle apparaît aussi à quelques centimètres du tragus; et on la constate sur tout le pavillon de l'oreille, ainsi qu'en arrière. La partie latérale et inférieure de la face du même côté est sensible, dans un espace de deux centimètres, au-dessus du bord inférieur du corps de la mâchoire inférieure. La main passée légèrement sur la joue, le malade n'accuse aucune sensation : il y a donc abolition du tact. Armé de pinces, je saisis fortement la peau dans la région déjà circonscrite, sans que le malade fasse le moindre mouvement. Un vésicatoire est appliqué sur la peau de la région du front; le malade ne ressent aucune douleur pendant toute la durée de son application; et cependant l'action vésicante a été aussi complète que possible. Une spatule, trempée successivement dans l'eau bouillante et dans l'eau froide, est appliquée sur la joue; aucune sensation. Le malade rapporte que lorsqu'il se lave la face, il ne sent le linge mouillé qu'à droite; de telle sorte qu'il ne croirait

---

magne par les empereurs. L'empereur Frédéric II envoie à Constantinople des savans chargés de traduire les œuvres d'Hippocrate et de Galien, et décrète que nul dans ses États ne pourra exercer la médecine, s'il ne l'a étudiée d'après les doctrines des médecins grecs. C'est là du despotisme, sans doute, mais un despotisme salutaire à cette époque, et libéral en quelque sorte, car il avait pour but de préserver les peuples des erreurs sans nombre qu'introduisaient alors dans le monde la sorcellerie, la magie et l'astrologie. Ce mouvement de retour à la littérature et aux sciences grecques, fut puissamment favorisé par un grand événement qui arriva à cette époque, la prise de Constantinople par les Turcomans, vers le milieu du XVe siècle. De cet événement résulta l'émigration d'un grand nombre de savans qui allèrent porter en Europe, principalement en Italie, les connaissances dont ils étaient les dépositaires. Alors commença en Europe une série de recherches laborieuses et savantes qui ont mérité à cette époque le titre d'érudition. Partout abondent les traductions et les commentaires. Les textes, les doctrines sont discutés, analysés, controversés de mille et mille manières. Ce fut après cette période, que la médecine épurée par la discussion et la méditation, forte de ses connaissances, put marcher d'un pas ferme dans la voie du progrès, et ouvrir l'ère des brillantes découvertes par lesquelles s'inaugure la médecine moderne. C'est après cette période que l'on vit éclater coup sur coup dans le monde la médecine de Paracelse, la révolution anatomique de Vésale, et la révolution physiologique du grand Harvey. On n'improvise pas de pareilles découvertes et de si gigantesques travaux; pour que l'esprit de l'homme crée, il faut que par l'étude et la réflexion, il ait rassemblé les élémens de sa création future; il faut que par la méditation, comme par une sorte d'incubation, se développe et mûrisse le germe précieux dont l'éclosion doit animer la science d'une vie nouvelle, et lui imprimer un mouvement plus rapide et une activité plus féconde.

L'époque suivante, si remarquable par son originalité, ne se fût certainement pas produite de sitôt, si elle n'avait été précédée et préparée par une époque de laborieuses et patientes recherches.

A côté des travaux des Arabes et des auteurs de la période érudite se placent ceux des médecins, qui dédaignant les sentiers battus, s'engagent dans les routes inexplorées de la magie, de l'astrologie et de l'alchimie. Parmi eux surgissent des hommes supérieurs, dont les travaux ne sont pas restés sans influence sur les progrès ultérieurs de la science. Les immenses travaux des alchimistes n'ont ils pas doté les sciences chimiques d'une foule de découvertes utiles? La chimie moderne n'a-t-elle pas sa racine dans l'alchimie du moyen-âge?

—

Après ces considérations préliminaires, entamons l'histoire de la première période de la médecine antique.

Cette période appelée *hippocratique*, du nom du grand homme par lequel elle s'inaugure, est caractérisée par un certain nombre d'ouvrages réunis sous le nom de collection hippocratique et dans lesquels on trouve une doctrine à peu près uniforme. Parmi ces ouvrages, quelques-uns paraissent avoir été composés antérieurement à Hippocrate, d'autre par Hippocrate lui-même, d'autres par des auteurs évidemment postérieurs à ce médecin, surtout par les fils d'Hippocrate, Thessalus et Dracon, et par son gendre Polybe. Les fils et le gendre d'Hippocrate eurent à leur tour des enfans qui, continuant la tradition paternelle, ont contribué par leurs propres écrits à augmenter la collection hippocratique. Ces ouvrages restèrent longtemps épars et ne furent rassemblés que fort peu de temps après la fondation de l'école d'Alexandrie.

Lorsque Ptolémée-Soter, roi d'Égypte, épris d'un beau zèle pour le progrès des connaissances humaines, et léguant aux monarques futurs un bel exemple, glorieusement suivi plus tard par Charlemagne et les khalifes, eut doté la ville d'Alexandrie de ce vaste et magnifique établissement dans lequel médecins, philosophes, littérateurs et savans recevaient une royale hospitalité, il conçut le projet de fonder dans sa capitale la plus belle bibliothèque de l'univers. Pour réaliser ce projet, lui et ses successeurs demandèrent de toutes parts des livres. Dans les premiers temps on se montra plus jaloux du nombre que de la qualité des ouvrages, ce qui explique comment, dès son origine, cette fameuse bibliothèque, et, en particulier, la collection des livres hippocratiques, récéla des élémens peu dignes d'y entrer. Dès que cette collection fut connue, une foule d'hommes éminens s'occupèrent de la traduire et de la commenter; les uns discutant et éclairant les textes, les autres essayant de mettre en lumière les doctrines et la pratique du célèbre médecin de Cos.

Les commentateurs des livres hippocratiques peuvent se diviser en trois séries. La première comprend les commentateurs antérieurs à Galien. La deuxième est formée de Galien seul. La troisième se compose des auteurs qui sont venus après lui.

Première série (commentateurs antérieurs à Galien). — Le premier en date est Hérophile, l'illustre fondateur de l'école anatomique d'Alexandrie. Il commenta, dit-on, plus particulièrement le livre du *pronostic*. Ses disciples suivirent son exemple. Érasistrate, autre chef d'école à Alexandrie, ne fit sur Hippocrate aucun commentaire; or, parmi ses disciples, on ne trouve aucun commentateur des livres hippocratiques.

Après Hérophile parut Héraclide de Tarente, qui, au rapport de Galien, avait composé un commentaire général de tous les ouvrages d'Hippocrate.

Après Héraclide parurent Asclépiade et Thessalus de Tralles, dont il ne reste rien; Erotien, qui composa un *glossaire* parvenu jusqu'à nous; Julien plutôt critique amer que commentateur. Il paraît qu'il écrivit contre l'humorisme d'Hippocrate un livre assez important, puisque Galien prend la peine de le réfuter. Ensuite parut Ménon, contemporain d'Aristote, qui composa sur l'histoire de la médecine un ouvrage malheureusement perdu.

Deuxième série. — Au IIe siècle de l'ère chrétienne, Galien, quoique maître illustre, ne dédaigne pas d'employer une partie de sa vie à commenter Hippocrate. Nous avons de lui six gros volumes, édition de Kuhn, de commentaires, et il est certain que ce n'est là que la moitié de ce qu'il a composé. Outre ces commentaires, il a composé un ouvrage sur l'anatomie d'Hippocrate, un autre sur les dialectes dont il se sert, et enfin un *glossaire* sur les mots difficiles et obscurs de la collection hippocratique. C'est dans Galien que l'on apprend à bien connaître Hippocrate. Les doctrines du médecin de Cos, dans ce qu'elles ont de commun avec celles du médecin de Pergame, sont exposées avec une

pas laver la partie gauche, s'il ne s'aidait des autres sens pour constater le fait. Autour des orifices sensoriaux, oculaire, nasal, buccal, la sensibilité générale est également abolie ; je ne parle pas de l'orifice auriculaire, où elle est, au contraire, tout à fait intacte.

A droite de la ligne médiane, l'état de la sensibilité, constaté par les mêmes moyens, offre l'état normal.

Examen des organes des sens. — Vue. Ce qui frappe tout d'abord chez ce malade, c'est la disposition vicieuse des yeux : il a un strabisme double interne. Le strabisme du côté gauche est plus prononcé que celui du côté droit. Les mouvemens de l'œil en bas et en haut sont facilement exécutés dans les deux yeux ; mais si fermant l'œil droit on invite le malade à porter son œil gauche en dehors, les efforts sont impuissans, il semble même qu'à ce moment le strabisme se prononce davantage. La même expérience répétée sur l'œil droit, l'œil gauche étant fermé, donne le même résultat. A gauche le globe oculaire a perdu sa sensibilité, d'ordinaire si vive, c'est impunément que je promenai mon doigt sur la cornée opaque, comme sur la cornée transparente, le malade ne sentait rien, les paupières restaient immobiles. J'exposai l'œil aux vapeurs ammoniacales, le malade n'accusa aucune irritation, pas plus que quand je posai quelques grains de tabac sur la conjonctive. Ces corps irritans n'excitaient point la sécrétion des larmes, la surface de l'œil ne se montra pas plus humide qu'avant. La conjonctive oculaire est un peu plus vasculaire à gauche qu'à droite ; sur la cornée transparente à gauche, on remarque un léger néphélium, mais il existe depuis l'enfance. L'iris est animé de ses mouvemens de contraction et de dilatation comme à l'état normal. L'œil n'a été le siége d'aucune affection morbide depuis trois mois. Les humeurs ont conservé leur transparence ; la vue n'a pas diminué d'une manière notable depuis l'accident. La conjonctivite des paupières partage l'insensibilité de la conjonctivite oculaire, un peu plus rouge à gauche qu'à droite. La sécrétion des larmes, sans être complètement supprimée du côté gauche, puisque l'œil est humide, est au moins considérablement diminuée ; le malade dit ne plus pleurer de ce côté. Je ferai remarquer, ici, que la sécrétion des larmes est complètement modifiée, puisqu'elle ne s'effectue pas plus sous l'influence des impressions morales que par l'action des corps irritans ; deux causes sous la dépendance desquelles cette sécrétion se trouve placée chez l'homme, d'où il résulte : que l'action directe du cerveau qui a lieu quand les larmes coulent sous l'influence des émotions morales, n'existe plus ici, et que l'action réflexe en vertu de laquelle elles sont sécrétées sous l'influence des corps irritans, est également abolie.

Odorat. — J'ai déjà dit que la peau amincie qui entoure l'orifice nasal était insensible à gauche ; je constatai facilement que cette insensibilité s'étendait à la muqueuse nasale du même côté, car le malade ne ressentit rien à l'introduction d'un corps étranger, d'un stylet, de barbes de plume. La sensibilité tactile de la membrane pituitaire était donc abolie. Où en était la sensibilité spéciale ? Après avoir fermé la narine droite, je présentai, sous la narine gauche, un flacon d'ammoniaque. Le malade aspira, sentit, releva la tête, sans manifester toutefois une vive répulsion. La narine gauche fermée, le flacon fut offert à la narine droite : la sensation parut beaucoup plus vive, il y eut grimaces et éternuement. Les mêmes précautions étant prises, j'exposai successivement à chaque narine l'assa fœtida, du camphre, du musc, et le malade persista à me dire que les perceptions, tout en ayant lieu à gauche, étaient bien moins nettes qu'à droite. J'interrogeai alors la sécrétion de la pituitaire ; le malade m'avoua qu'il ne mouchait plus du côté gauche, qu'il éprouvait dans la narine un sentiment de sécheresse assez pénible ; la sécrétion des mucosités nasales avait donc cessé. Pour constater la valeur de ce trouble de disposition de la pituitaire dans la perception des odeurs, pour rapprocher cette membrane, autant que possible, des conditions normales, je fis renifler profondément au malade de l'eau tiède, à plusieurs reprises, de manière à humecter l'intérieur des cavités, et je constatai une légère, mais sensible amélioration dans les perceptions des odeurs du côté où elles étaient d'abord si faibles. De ces faits, il résulte donc qu'il y a abolition complète de la sensibilité tactile de la pituitaire, avec diminution notable de la sensibilité olfactive.

Goût et annexes. — J'ai déjà mentionné l'insensibilité complète de l'orifice buccal du côté gauche. Les lèvres n'éprouvent aucune difficulté à se mouvoir ; mais si on pose sur elles un corps solide, aucune sensation n'a lieu à gauche. Un verre est-il placé entre la lèvre, le malade n'en éprouve la sensation que dans la partie qui est en rapport avec la moitié droite des lèvres ; il lui semble que le verre est cassé. La sensibilité générale est également abolie à la face interne des lèvres, des joues, sur les gencives, que je pince fortement, sans réveiller de douleur. Le malade rapporte qu'après les repas, il lui arrive souvent de retirer avec le doigt une certaine quantité d'alimens accumulés entre la face et les arcades dentaires, et dont la présence ne lui était pas révélée autrement que par le toucher. Un choc assez violent sur les dents ne produit aucune impression. Les gencives ont la même couleur, la même consistance des deux côtés. Les muscles masticateurs fonctionnent très bien. Les mâchoires fortement rapprochées, on sent les deux masséters se durcir également. Le buccinateur agit aussi intégralement. Qu'était-il advenu du côté de la langue ? Et d'abord la sensibilité tactile. Armé d'un stylet chauffé et refroidi successivement, je constatai à droite, sensibilité intacte ; à gauche, aucune sensation à peu près dans les deux tiers antérieurs de la langue. Mais, lorsque remontant légèrement sur la face supérieure, je dépassai une limite, le malade accusait le contact de mon instrument. Puis, avec une pince, je saisis fortement la langue en différens endroits dans la partie gauche ; lorsque je pinçais avec force, le malade éprouvait une légère sensation de douleur : donc abolition complète de la sensibilité tactile, avec quelques traces de la sensibilité générale, à gauche, dans les deux tiers antérieurs de la langue. La sensibilité spéciale est intacte à droite. A gauche, la faculté de reconnaître les saveurs n'existe plus dans les parties où j'ai trouvé insensibilité tactile. Je portai sur les trois quarts antérieurs de la partie gauche un stylet imprégné de teinture de coloquinte, le malade n'éprouva aucun sentiment d'amertume, pas plus quand le liquide était porté sur les bords que quand il tombait sur la partie moyenne. A droite et dans le quart postérieur à gauche, la présence de la coloquinte détermine de vives grimaces et la salivation. Du sel, du poivre furent successivement appliqués sur différens points, le résultat déjà obtenu fut confirmé. A la face inférieure de la langue, la sensibilité spéciale est abolie, comme la sensibilité tactile, dans toute la portion gauche ; elles existent à droite. La langue m'a paru également humide à droite et à gauche ; je n'ai remarqué aucun changement notable dans l'état des papilles. Quant au palais, il offre la même insensibilité tactile sur tout le côté gauche ; cette insensibilité cesse pourtant au niveau du voile, car la présence de ma sonde dans cette région détermina des envies de vomir, des nausées, et je pus voir le voile du palais se contracter et se tendre.

Le sens de l'ouïe est parfaitement intact et n'a jamais subi la moindre altération.

Après avoir passé en revue tous ces désordres fonctionnels, il reste à déterminer la lésion anatomique à laquelle ils doivent être attribués. L'abolition de la sensibilité générale dans les parties superficielles et profondes de la moitié gauche de la face, les troubles évidens, soit de nutrition, de sécrétion, de fonctions dans les organes des sens, indiquent assez que la maladie siége surtout sur le trajet du nerf de la cinquième paire.

L'anatomie et la physiologie démontrent au trijumeau une racine sensitive et une racine motrice. On a pu voir, d'après l'exposé des phénomènes offerts par le malade, que les muscles que va animer cette dernière racine ne sont pas atteints dans leur action ; partant, la racine motrice a été épargnée par la lésion. Quant à la racine sensitive, son action est complètement détruite. J'expose, sans commentaires, les troubles fonctionnels des organes des sens ; il ne m'appartient pas de rechercher quelles opinions physiologiques ils confirment ou condamnent.

Outre ces désordres reconnus être causés par une lésion de la cinquième paire, il y a un autre fait pathologique qui doit avoir aussi sa raison d'être, c'est le strabisme interne double. Les deux nerfs moteurs oculaires externes sont donc atteints par la lésion, et par suite les muscles droits externes sont paralysés. Chose digne de remarque, c'est que le strabisme interne soit le seul trouble que l'on observe à droite, la sensibilité y est intacte d'ailleurs. Quelle peut être la lésion ? Au rapport du malade, il y a eu perte de connaissance et écoulement de sang par le nez et l'oreille gauche, d'où le diagnostic : commotion du cerveau et fracture de la base du crâne. Le siége de cette fracture serait le sommet du rocher, là où repose le ganglion de Gasser ; ainsi s'expliquerait la lésion de la cinquième paire et de la sixième qui est voisine. Mais comment comprendre alors que la petite racine motrice, qui est située au-dessous du renflement ganglionnaire et repose sur l'os, ait échappé à la cause qui a déchiré ou contus le même ganglion. Peut-être pourrait-on invoquer avec raison la différence de consistance des deux racines, qui permet à la petite de résister plus que la grosse aux causes de contusion. Admettant la lésion nerveuse par la fracture, il faut prolonger celle-ci transversalement en arrière de la selle torcique, jusqu'au point où passe, du côté droit, le nerf moteur oculaire externe, dont l'action est ici détruite.

Ne serait-il pas possible d'admettre que, outre la fracture, des épanchemens partiels siégent au niveau des nerfs lésés, ou bien encore du sang ou du pus épanché entre les membranes comprimant la racine ganglionnaire du trijumeau, et la sixième paire aurait pu fuser à droite et atteindre la sixième paire qui n'est pas éloignée. Voilà autant de probabilités, d'autres pourraient être mises en avant, sans être plus que celles-ci voisines de la certitude.

(La suite au prochain n°.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 1er ARRONDISSEMENT DE PARIS.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT L'ANNÉE 1852,

Par M. le dr DESPAULX-ADER, secrétaire général.

Messieurs,

Lorsque, sur la demande expresse de notre collègue, M. Foissac, vous dûtes, à regret, lui choisir un successeur ; lorsque vous me fîtes l'honneur de m'appeler aux fonctions de secrétaire-général de notre Société, je fus, je vous l'assure, bien fier d'être l'objet de votre choix, et bien heureux de l'estime et de la bonne amitié que vous me témoigniez ; car je ne pouvais me dissimuler que ce n'était pas à mon mérite personnel que je devais de remplacer notre bien aimé collègue. Plus tard, Messieurs, lorsque j'envisageai froidement l'importance des fonctions dont vous me chargiez, la hauteur à laquelle les avait élevées mon prédécesseur, lorsque, après la lecture du rapport annuel de M. Foissac, je mêlai mes applaudissemens aux vôtres, je me trouvai, je l'avoue, bien petit pour une si haute tâche ; je compris qu'il ne me serait jamais donné de remplacer dignement notre savant collègue, et je me pris à me plaindre de ce qui était pour moi le plus grand de tous les honneurs.

En effet, Messieurs, que de qualités ne faut-il pas à celui qui est chargé de faire passer à la connaissance du monde savant le résumé des conférences, des délibérations d'hommes instruits, qui, comme vous, se réunissent non seulement pour rechercher les améliorations qui peuvent être introduites dans l'organisation du corps médical, et qui doivent concourir au bien-être de chacun ; mais encore par amour de la science, pour mettre en commun les résultats de votre pratique, de votre expérience individuelle, les discuter, les comparer, et en faire jaillir la lumière, la vérité au profit de l'humanité souffrante ; à celui-là, Messieurs, il faut une intelligence d'élite, capable de tout comprendre, de tout apprécier ; il lui faut élever les moindres questions, maintenir à la hauteur où elles ont été traitées, celles de haute philosophie médicale, de physiologie, d'anatomie et de toutes les sciences accessoires à la médecine, qui auront été soulevées par la Société ; il lui faut donner à toutes choses une tournure agréable, tout en conservant à chacun sa manière de dire, afin qu'il se reconnaisse lui-même ; il lui faut de plus, Messieurs, une plume exercée, un style correct et pur ; car, vous le

---

singulière habileté. Interprétation des textes, discussion des doctrines, tout y est d'une lucidité merveilleuse.

Troisième série. — Après Galien, les commentateurs ne font que reproduire les commentaires du médecin de Pergame, jusqu'au XVIe siècle, où l'on revient à Hippocrate. En 1525, Mercuriali fait paraître à Venise une traduction des œuvres d'Hippocrate ; en 1595, paraît, en Allemagne, l'édition de Foës, travail le plus complet de l'époque, et supérieur à tout ce qui avait paru jusqu'alors. On trouve annexé au grand travail de Foës un ouvrage séparé, intitulé : *Économie alphabétique* d'Hippocrate, ouvrage très instructif, et qui a pour but de donner des explications sur les mots obscurs de la collection hippocratique. Il faut arriver jusqu'à ces derniers temps pour trouver quelque chose de comparable et même de supérieur, à certains égards, à l'édition de Foës. Je veux parler de la traduction de M. Littré, ouvrage qui fait le plus grand honneur à la médecine et à la littérature françaises.

Avant d'aborder l'examen des livres hippocratiques, au point de vue des doctrines, il est à propos de donner un aperçu de la morale d'Hippocrate. C'est, en effet, par le côté moral, non moins que par le côté scientifique, que le père de la médecine se recommande à l'admiration de la postérité.

Hippocrate avait bien compris les difficultés de l'art ; aussi, le livre des aphorismes s'ouvre par cette grave sentence : la vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile.

Cette sentence a quelque chose de mélancolique et de grave qui frappe l'esprit, et le porte à la réflexion ; on dirait une de ces graves inscriptions que l'on trouve écrites au frontispice des vieux temples en ruines d'Athènes ou de Rome.

Dans un autre livre intitulé : *La loi*, il demande de celui qui veut exercer la médecine les conditions suivantes : disposition naturelle aux sciences ; grande instruction acquise par un apprentissage de la médecine commencé dès l'enfance ; application longue et soutenue, grand amour du travail.

Hippocrate sépare les études médicales en deux parts bien distinctes : 1° Études théoriques ; 2° études pratiques. De son temps, les jeunes médecins, une fois leurs études théoriques terminées, allaient de ville en ville, suivant la pratique des médecins les plus célèbres. C'était ainsi, sous le nom de médecins *périodeuctes*, qu'ils acquéraient les connaissances pratiques de l'art de la médecine. Après avoir ainsi voyagé pendant un certain temps, ils se fixaient dans la ville qu'ils avaient choisie pour leur résidence.

Hippocrate n'admet pas qu'un médecin qui aurait négligé d'acquérir ces connaissances pratiques, soit capable d'exercer la médecine. L'inexpérience, dit-il, engendre à la fois la timidité et la témérité. Le médecin inexpérimenté est timide par impuissance et téméraire par ignorance.

« La médecine a plus d'une face, dit Hippocrate dans un autre endroit, et, pour cette raison, elle exige une grande précision dans le jugement. C'est un travail long, pénible, de tous les instans, que d'acquérir assez de précision dans le jugement pour ne se tromper que peu. » Puis il ajoute ces remarquables paroles : « Je suis plein d'admiration pour le médecin qui ne commet que de légères erreurs. »

Plusieurs passages des livres d'Hippocrate témoignent combien ce médecin était prudent et circonspect dans l'exercice de son art : il dit dans le 1er livre des *Épidémies :* « Le médecin doit avoir deux choses en vue, être utile au malade ou du moins ne pas lui nuire. »

« Il fut un temps, dit Galien, où je regardais ces paroles comme indignes d'Hippocrate. Il me semblait d'une évidence manifeste que le médecin doit travailler à soulager le malade ou du moins à ne pas lui nuire. Plus tard, l'expérience m'a démontré quel grand sens pratique est caché dans ce peu de mots. Depuis, je n'ai jamais administré de remèdes sans être sûr de ne pas nuire. Beaucoup de médecins, semblables à des joueurs de dés, prescrivent des traitemens qui, s'ils échouent, font beaucoup de mal aux malades. C'est pour prémunir les médecins contre une pareille faute qu'Hippocrate leur a légué ce sage conseil, fruit d'une haute expérience. »

C'est par une grande bonne foi et une grande probité scientifique qu'Hippocrate a conquis la considération dont il a joui aux yeux de ses contemporains et de la postérité. Il n'est jamais venu à l'esprit d'aucun des médecins de son temps, même parmi ses plus grands adversaires, d'attaquer son honneur, ni de ternir sa réputation, tant était haute l'idée que ce grand personnage avait su inspirer de son caractère, à ses contemporains mêmes. A sa bonne foi Hippocrate alliait un grand fonds de simplicité et de modestie, bien différent en cela de Galien : Galien aime à parler de lui, il le fait en termes pompeux, solennels. Il aime à se mettre en relief et à reléguer dans l'ombre ses contemporains et ses rivaux. Hippocrate, au contraire, parle à peine de lui-même, et, chose bien rare ! il raconte avec franchise les cas malheureux de sa pratique.

Celse loue beaucoup Hippocrate de la bonne foi avec laquelle il raconte ses fautes : « Suivant en cela, dit-il, la coutume des grands hommes qui ont l'habitude des grandes actions. »

Hippocrate portait à un haut degré le sentiment de la dignité de l'art. La haine des charlatans, le dédain de tous les moyens qui mènent à la fortune par d'autres voies que par les voies honnêtes, éclatent en divers endroits de ses ouvrages. Contemporain de Socrate, il fait aux charlatans la guerre que ce grand philosophe faisait aux sophistes. Il dit que les charlatans vendent de la mauvaise médecine, comme les sophistes vendent de la fausse sagesse.

« La seule punition infligée aux charlatans, dit-il, c'est l'ignominie, mais l'ignominie ne blesse pas ceux qui en sont pétris. Que leur importe le mépris, pourvu qu'ils arrivent à la fortune, qui est le seul but de leurs efforts. » Hippocrate compare ces médecins de mauvais aloi aux figurans de théâtre, qui ont le manteau, l'habit, le masque des acteurs, et qui cependant ne sont pas acteurs.

Hippocrate est ennemi déclaré de la mise en scène. « Placez, dit-il, avant toutes choses, l'intérêt du malade. Quand il y a plusieurs procédés à employer, choisissez celui qui fait le moins d'étalage. L'homme d'honneur, le vrai médecin ne doit pas viser à éblouir, par un vain éclat, les yeux du vulgaire. » — « Le médecin, dit-il encore, doit être plus habile en actions qu'en paroles. Défiez-vous des beaux discours, souvent le mensonge se cache sous des dehors brillans. »

Hippocrate s'occupe encore des rapports des médecins entr'eux. Il veut que ces rapports soient toujours convenables. « Le médecin qui médit d'un autre médecin médit de lui-même. » Lorsque plusieurs médecins sont appelés auprès d'un malade, ils doivent se garder de se discréditer mutuellement, car ce discrédit rejaillit de leur personne à l'art qu'ils exercent.

Il y a, dans la collection hippocratique, un petit opuscule d'une à deux pages, intitulé : *le Serment*, pièce curieuse qui nous instruit d'une foule de particularités relatives à l'enseignement et à la pratique de la médecine au temps d'Hippocrate. Il ressort de l'examen de cette pièce : qu'il y avait alors des familles médicales où l'enseignement de la médecine se transmettait des pères aux enfans. Que des individus étrangers à ces familles pouvaient, moyennant une certaine somme d'argent, être initiés à la science et à la médecine, et que, par conséquent, dès cette époque, l'enseignement de l'art était rétribué. Les initiés s'engageaient à nourrir leurs maîtres pendant leur vieillesse, à enseigner gratuitement la médecine aux enfans de leurs maîtres. De leur côté, les maîtres s'engageaient à instruire les initiés dans les connaissances vulgaires et les connaissances secrètes de l'art. Ce passage a beaucoup exercé la sagacité des critiques. M. Andral est porté à croire que les mots de *connaissances secrètes* se rapportent à l'anatomie humaine, à laquelle les médecins ne pouvaient se livrer qu'en secret, de peur d'être massacrés par les populations.

Il résulte aussi de l'examen du *serment*, que les médecins du temps d'Hippocrate s'engagaient par serment à ne pas donner du poison, à ne pas faire avorter les femmes, à ne pas tailler les calculeux, etc. Plusieurs de ces passages ont été l'objet de discussions nombreuses et d'explications variées qu'il serait oiseux d'exposer ici.

(La suite à un prochain numéro).

savez, il ne suffit pas à l'écrivain d'avoir de bonnes choses à dire, d'avoir de bonnes pensées, de bonnes raisons pour les appuyer, il lui faut encore savoir les présenter avec art, les nuancer avec goût, les ordonner agréablement. Toutes qualités difficiles à rencontrer chez un médecin purement praticien, et que mon prédécesseur possédait cependant à un si haut degré.

Depuis le temps que nous nous réunissons en Société, depuis le temps que, grâce à l'association, il nous a été donné de nous connaître, de nous aimer, vous avez pu apprécier les éminentes qualités qui distinguent, entre tous, celui à qui, pendant cinq années, vous avez renouvelé le même mandat; vous savez également toute l'affabilité de son caractère, toute l'aménité de ses mœurs, toute la bonté de son cœur. Vous avez pu maintes fois juger, pendant les huit années de notre existence, de la supériorité de son intelligence, de la justesse de son esprit. Vous avez applaudi bien des fois à la pureté, à l'élégance, à la grâce de son style, à son érudition, à sa science; que vous dirai-je de plus, Messieurs, que vous ne sachiez comme moi, si ce n'est que la Société a beaucoup perdu en cessant de le posséder comme secrétaire général, et qu'il laisse, en se retirant, une place qu'il sera désormais difficile d'occuper dignement. Mais je le vois, Messieurs, je dois arrêter ici les élans de mon admiration, de mon amitié, dans la crainte d'effaroucher sa modestie. Je ne puis cependant m'empêcher de répéter ces quelques paroles, que je trouve consignées dans vos procès-verbaux, par lesquelles notre bien aimé président actuel terminait son allocution, en prenant place au fauteuil : « Chez M. Foissac, disait-il, la distinction et le charme du style le disputent dans ses rapports à l'élévation des idées. » Dans ces quelques mots vous avez trouvé un éloge bien mérité, puisque vous les avez applaudis, vous me saurez gré de vous les rappeler et de les consigner ici.

Pour moi, Messieurs, à défaut de talent, je me suis promis de mettre à votre service toute la somme d'intelligence dont je puis disposer et toute ma bonne volonté; j'ose espérer de votre indulgence que vous me tiendrez compte de mes efforts, et qu'oubliant pour un moment les remarquables rapports de mon prédécesseur, vous m'écouterez avec faveur, et vous m'encouragerez même dans cette nouvelle voie que votre amitié a ouverte à mon ambition.

Aujourd'hui, Messieurs, la Société médicale du 1er arrondissement compte huit années d'existence, et sa prospérité n'a pas cessé un seul instant de s'accroître. Tous les jours, de nouvelles adhésions, de nouvelles demandes d'admission viennent augmenter le nombre de ses membres, et avant longtemps elle aura réuni dans son sein tous les médecins honorables de notre arrondissement. Cette année-ci, cinq nouveaux membres sont venus ajouter leurs noms aux quatre-vingt-neuf qui composaient déjà la liste de nos adhérens, ce sont MM. Rothureau, Bergier, Czernickouski, Naudin et Froment. Vous les citer, Messieurs, c'est vous faire suffisamment leur éloge. De tels hommes ne pouvaient rester plus longtemps en dehors d'une association qui a pour but de resserrer les liens de bonne confraternité, et ils occupent maintenant la place que votre amitié leur avait assignée depuis longtemps.

Notre avenir, comme association confraternelle, est donc assuré à jamais, et, disons-le hautement, c'est à l'initiative, à la persévérance de nos honorables collègues, MM. Fauconneau-Dufresne, Letalenet et Foissac, que nous devrons ce bienfait. Mais, Messieurs, par sa composition même, par la valeur des hommes qui sont les plus assidus à ses séances, notre association ne pouvait rester toujours une Société purement confraternelle; elle devait nécessairement un jour prendre place parmi les Sociétés savantes; c'est le but qu'elle a atteint cette année. Il n'est personne de vous qui ne se rappelle encore le brillant et remarquable rapport, lu à l'Académie de médecine par notre collègue et ami à tous, M. le professeur Piorry, sur l'emploi du sel marin comme succédané de la quinine: il n'est personne de vous qui n'ait remarqué avec qu'elle distinction M. Piorry a fait intervenir la Société médicale du 1er arrondissement dans les débats qui l'ont suivi, quelle large part il a fait à son autorité, et combien il s'est appuyé sur le savant travail de notre collègue M. Cherest, pour prouver la véracité de ses assertions et combattre les dénégations de ses adversaires.

Vous voterez des remercîmens, Messieurs, à notre digne confrère qui a rendu un hommage éclatant, devant le premier corps médical de France, aux travaux modestes de notre Société, et qui lui a fait prendre rang, dès ce jour, parmi les Sociétés médicales scientifiques.

Messieurs, vous connaissez tous la belle découverte que la science doit à M. Chatin. C'est la présence de l'iode dans les trois règnes de la nature, et particulièrement dans l'air et dans les eaux. Ce fait avait bien été signalé à différentes fois avant ce savant chimiste, mais personne jusqu'ici ne l'avait démontré d'une manière certaine. C'est donc bien à M. Chatin, professeur à l'Ecole de pharmacie, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, et un des membres les plus assidus de notre Société, que revient la gloire de cette découverte.

Dans la séance du mois de décembre de l'année dernière, ce savant confrère a fait part à la Société de la manière dont il a été conduit à établir ses recherches et les résultats qu'il en a obtenus. En faisant l'histoire des plantes de la famille des Crucifères, M. Chatin lut dans un ouvrage anglais de M. John Lindley, que l'on trouvait de l'iode dans le cresson; il vérifia par lui-même cette assertion, et il la trouva fondée. Il pensa dès lors que ce métalloïde devait exister dans toutes les plantes de la famille des Crucifères, et il expérimenta de même que pour le cresson; mais sur plus de vingt plantes qu'il analysa, il ne le rencontra que dans le raifort, qui pousse auprès des ruisseaux. Ce n'était donc pas une particularité propre à cette famille de végétaux, et cependant ce ne devait pas être un fait isolé que la présence de ce métalloïde dans ces deux plantes. L'iode existerait-il seulement dans celles qui poussent au bord de l'eau? Cette assertion pouvait être vraie, puisque les deux seules plantes qui en avaient fourni vivent dans des terrains excessivement humides. Il institua dans ce sens de nouvelles expériences, et cette fois elles furent tout à fait convaincantes. Il y a donc de l'iode dans les eaux douces, telle fut tout d'abord la conclusion de M. Chatin. Mais pour en acquérir une preuve certaine, il fit évaporer huit litres d'eau de Seine, qu'il réduisit à quelques grammes; il ajouta ensuite à ce résidu de l'eau amidonnée, et il obtint la couleur violette caractéristique de la présence de l'iode. Un pareil succès ouvrait un large champ à son esprit investigateur; aussi résolut-il de rechercher si toutes les eaux douces contiennent ce précieux élément. Il fit des analyses nombreuses d'eaux extraites de plus de 350 étangs, citernes, puits, sources, fontaines et grands cours d'eau, comprenant en France toutes les rivières, et à l'étranger le Tibre, la Tamise, le Nil, la Newa, la Bliss, l'Elbe, l'Oder, le Danube, etc., et il acquit la conviction : 1° que l'iode existe, à des proportions différentes, dans toutes les eaux qui sortent de la terre; 2° que l'eau de Seine est celle qui en contient le plus; 3° que les eaux qui lavent les terrains riches en fer, sont chargées d'iode en proportion directe de leur quantité de fer; 4° que celles qui traversent les terrains calcaires contiennent beaucoup moins de ce métalloïde; 5° que les eaux des terres schysteuses et magnésiennes en contiennent très peu, et souvent pas du tout; 6° que les eaux sont d'autant plus légères, qu'elles sont plus iodurées; qu'elles sont d'autant plus pesantes, au contraire, qu'elles sont plus chargées de sulfate de chaux; 7° que les cours d'eau alimentés par les glaciers, tels que le Rhin, le Rhône, l'Isère, la Durance, l'Adour, etc., sont très peu iodurés, surtout à l'époque de la grande fonte des neiges; 8° enfin, que l'eau de pluie est de toutes les eaux celle qui contient le plus d'iode.

Satisfait dès lors des résultats obtenus sur l'eau, M. Chatin opéra de la même manière sur l'air atmosphérique. Il avait remarqué souvent qu'en évaporant l'eau, sans fixer l'iode qu'elle contient par un peu de potasse, celui-ci disparaissait presque en totalité. Rapprochant cette connaissance d'une autre qu'il avait acquise précédemment, que les eaux sortant d'un terrain ioduré et calcaire sont beaucoup moins chargées d'iode, au bout d'un certain trajet, qu'elles ne le sont à leur sortie, il arriva à cette autre conclusion, que l'iode de ces eaux se volatilise dans l'air atmosphérique. Il en acquiert la preuve en mettant dans un mélange d'eau et de sulfate de chaux une certaine quantité d'iode, qui, après quelques jours d'attente, avait complètement disparu. L'iode pouvait donc exister dans l'air, comme il existe dans l'eau, à l'état de nature, et comme il l'avait fait pour l'eau, il analysa l'air de différens pays et de différentes régions de chaque pays, et il obtint des résultats non moins curieux qu'importants pour la solution de problèmes inexpliqués jusqu'à ce jour. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé : l'air contient naturellement de l'iode; mais les proportions ne sont pas les mêmes partout. L'air des bassins de la Seine, de la Tamise, de la Somme, de l'Oise, de l'Yonne, est très chargé d'iode; celui du bassin du Rhône l'est moins. En se dirigeant sur les Alpes par la Bourgogne et Lyon, la quantité d'iode que contient l'air diminue à mesure que l'on approche de cette chaîne de montagnes, et l'on n'en trouve même plus de trace à leur sommet. L'air des hauteurs du Villard de Lans, du petit Saint-Bernard et du mont Cénis, ne donne à l'analyse que peu ou point d'iode. Lorsque des Alpes on descend dans les plaines du Piémont, la quantité d'iode augmente comme du côté de la France à mesure que l'on s'éloigne du sommet des montagnes; et toujours M. Chatin a trouvé que la nature des eaux correspondait à celle de l'air. Ainsi, là où les eaux sont fortement iodurées, l'air l'est également beaucoup. Il résulte des recherches de notre honorable collègue, et d'un grand nombre d'autres faits du même genre : que l'air le meilleur à la vie est celui qui contient le plus d'iode, et que cette règle s'applique également à l'eau; que les pays où l'on trouve des crétins, des goîtreux, comme, par exemple, certaines régions du département de la Meurthe, du Jura, de l'Isère, des Pyrénées, etc., sont ceux où l'air et les eaux sont privés de ce précieux métalloïde. M. Chatin expérimenta également sur les corps simples; et, chose extraordinaire, il acquit la conviction qu'ils contiennent une quantité assez notable d'iode, bien qu'ils soient qualifiés de corps simples; ainsi, le soufre, le phosphore, la potasse, même la plus pure que l'on emploie comme réactif, en renferment des traces sensibles; et il déclare même n'avoir jamais rencontré de soufre sans iode. Il remarqua également que les corps les plus fusibles sont ceux qui sont le plus iodurés : l'oxide de zinc, par exemple; et que les aérolites, comme tous les autres corps de la nature, contiennent une proportion considérable de ce métalloïde.

Tels sont, Messieurs, en résumé, les résultats des travaux de notre savant collègue; les conclusions pratiques qu'il en a déduites, sont : que l'iode, qui est répandu avec prodigalité dans la nature, puisqu'il se trouve dans la terre, dans l'air, dans l'eau, dans les substances dont nous nous nourrissons, même dans une foule de médicamens, tels que la phellandrie aquatique, le beccabunga, etc., employés journellement en thérapeutique, que l'iode, dis-je, est un élément nécessaire, essentiel à l'équilibre parfait de l'organisme; que par la stimulation qu'il communique au système lymphatique, il s'oppose à l'engorgement des glandes, à la dégénérescence, à la désorganisation des tissus; que là où il manque, au contraire, le tempérament blanc, lymphatique, la scrofule et tout le cortége hideux de ses manifestations, l'affaiblissement de l'intelligence, le crétinisme prédominent et prennent un caractère endémique; que dans ces climats l'homme et les animaux eux-mêmes naissent faibles, étiolés, cachectiques, vivent misérablement, le plus souvent rachitiques, et meurent prématurément; que la science doit remédier dans ces pays aux écarts de la nature, en introduisant dans les alimens, dans l'eau, soit directement une quantité déterminée d'iode, soit indirectement en en saturant la terre, par les engrais, les irrigations, etc.

Il ne m'appartient pas, Messieurs, de prendre un parti dans la grave discussion qui s'est élevée entre M. Chatin d'un côté, M. Baude et quelques autres savans de l'autre, de rechercher avec eux si la distribution de l'iode dans l'air explique suffisamment la distribution du goître et du crétinisme à la superficie du globe, ou s'il faut encore le concours d'autres causes plus puissantes et encore inconnues; si c'est à la présence des sels magnésiens dans les eaux qu'il faut attribuer le développement du goître, comme le veut M. Grange; il ne m'appartient pas, dis-je, de trancher cette grave question, je laisse ce soin à d'autres plus capables; il me suffira à moi, simple narrateur, de vous avoir indiqué les belles découvertes de notre savant collègue, et de vous avoir fait pressentir les conséquences pratiques qui découlent naturellement de la connaissance irrécusable de tels faits.

J'ajouterai seulement, Messieurs, et je suis sûr d'avance de n'être contredit par aucun de vous, que M. Chatin a conquis en ce jour, par l'importance de ses travaux, une place des plus honorables parmi les hommes qui ont illustré la science; et que la Société médicale du 1er arrondissement, heureuse et fière de le posséder dans son sein, le remercie de lui avoir fait connaître, par lui-même, les résultats de ses belles recherches.

Messieurs, un de vos désirs les plus vifs a toujours été d'établir avec les autres Sociétés médicales des liens d'intérêt scientifique et de bonne confraternité. Vous avez toujours pensé que nos associations n'auraient un but réellement utile pour la science, ne seraient profitables aux intérêts matériels de notre profession, que lorsque par un échange continuel de nos travaux, par une communication constante de nos idées d'amélioration, de réforme, nous les aurions confondues, réunies en une seule association, en une seule et grande famille. Aussi avez-vous écouté avec un vif intérêt le remarquable rapport que vous a fait notre collègue M. Caffe, sur le compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Chambéry pendant les années 1848, 1849 et 1850.

Je regrette, Messieurs, de ne pouvoir vous donner ce rapport en entier; j'eusse été heureux, en l'insérant ici, de rendre un hommage éclatant aux beaux travaux, aux profondes connaissances de nos confrères de Savoie, à la bonne et cordiale entente qui existe entre eux, ainsi qu'au zèle et au talent de notre laborieux collègue; mais ce travail ayant paru dans différens journaux, dans l'UNION MÉDICALE et le *Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharmacologie*, une nouvelle impression, outre qu'elle n'aurait pas une utilité réelle, occuperait encore la place de communications inédites très importantes. Je ne quitterai cependant pas, Messieurs, nos collègues de la Société de Chambéry, sans les féliciter de nous avoir mis à même de les apprécier, et sans les engager à nous faire connaître chaque année les travaux de tous genres qui auront attiré leur attention.

Dans la séance du mois de mai, M. le professeur Piorry vous a fait une communication des plus intéressantes sur un sujet éminemment pratique, savoir : l'ensemble des lésions organiques désignées sous le nom de mal de Pott. Le diagnostic de cette affection, dit ce savant clinicien, est environné des plus grandes obscurités; car souvent au début, il n'y a d'autre symptôme apparent qu'une douleur lombaire s'irradiant dans le trajet du nerf sciatique, puis du nerf crural, ce qui fait qu'on croit avoir affaire à une simple sciatique, et que l'on ne dirige un traitement que contre cette dernière affection.

Pour M. Piorry, la douleur sciatique ne serait, dans la majorité des cas, que le symptôme du mal de Pott, chose généralement ignorée du plus grand nombre des médecins; de là le peu de succès obtenu de leurs moyens thérapeutiques. L'honorable professeur de la Charité cite, à l'appui de son opinion, l'observation d'une jeune fille qui, n'accusant qu'une douleur dans la région sciatique et crurale, était traitée depuis trois mois pour une névralgie sciatique. L'ayant examinée, à son tour, avec le plus grand soin, et ayant suivi le trajet de la douleur en remontant jusqu'à la colonne vertébrale, il lui fut facile de reconnaître que celle-ci était fortement tuméfiée dans sa portion lombaire. C'était bien là, dit notre confrère, le mal de Pott, autrement dit, une affection tuberculeuse du corps des vertèbres. Le diagnostic une fois bien précisé, M. Piorry, sans se préoccuper des douleurs névralgiques, soumit la malade à l'emploi du phosphate de chaux, lui fit garder un repos absolu, lui prescrivit un régime tonique et fortifiant; et, grâce à ce traitement, il obtint bientôt une guérison parfaite. La sœur aînée de cette jeune fille était affectée du même mal, mais cependant à une période plus avancée; M. Piorry fut obligé d'ajouter deux cautères au traitement précédent, et la guérison fut également complète. Deux enfans qui présentaient les mêmes symptômes, furent soumis au même traitement avec un égal succès. Une femme de 70 ans, chez laquelle les vertèbres cervicales offraient une tuméfaction considérable, fut aussi guérie par le phosphate de chaux. Une dernière observation, fort intéressante, est celle de M. X... Quand M. Piorry le vit, il revenait d'Afrique, où il avait été traité pour une sciatique rhumatismale. Depuis, la maladie avait fait des progrès tels, que la colonne vertébrale était réellement séparée, dans la région lombaire, en deux portions, qui n'étaient maintenues que par les ligamens. Quand le malade voulait quitter la position déclive ou faire le moindre mouvement, il fallait qu'un domestique maintînt en équilibre les deux portions séparées. Sous l'influence prolongée du phosphate de chaux, il a obtenu une amélioration qui dépasse tout ce qu'il eût osé espérer. On conçoit que la solution de continuité existe toujours, mais elle n'a pas empêché M. X... de se marier, et de mener même une existence assez joyeuse. M. Piorry pourrait citer une vingtaine de cas tout à fait analogues dans leurs symptômes et dans leur terminaison. Chez tous ces malades, il n'a employé que le phosphate de chaux seul ou uni à l'iodure de potassium, et n'a presque jamais eu recours aux cautères et aux vésicatoires. Il donne le phosphate de chaux à la dose de 20 à 30 grammes, porphyrisé et mêlé à un véhicule quelconque, crême de riz, tapioka, etc. C'est, du reste, la même dose que celle de la décoction blanche de Sydenham. Le meilleur, le seul moyen même, ajoute M. Piorry, d'éviter l'erreur de diagnostic, si facile à commettre et si souvent commise, est sans contredit la percussion plessimétrique, qui permet de reconnaître la tuméfaction de la colonne vertébrale et la présence de tubercules.

M. Nicolas demande à M. Piorry s'il est bien sûr qu'il y ait eu des tubercules dans les cas cités par lui. Il se permettra d'élever quelque doute à cet égard, sans vouloir toutefois attaquer en rien la véracité et la science de notre collègue; car lorsqu'il y a dégénérescence tuberculeuse d'un organe, la guérison est généralement moins facile. Souvent, dit cet honorable confrère, on rencontre chez les enfans des tuméfactions de la colonne vertébrale, que l'on guérit parfaitement avec le phosphate de chaux; mais, jusqu'à présent, il ne pense pas qu'on puisse prouver qu'un tubercule se soit résorbé. Toutes les fois qu'il y a existence de tubercule, il faut nécessairement qu'il y ait ramollissement, suppuration et expulsion de la matière pyogénique.

M. Piorry répond que ses propres observations lui ont fait supposer la présence de tubercules dans ces cas; que les travaux de M. Nélaton l'ont conduit également à croire que, le plus souvent, le mal de Pott n'était que le développement de ce produit morbide dans les vertèbres. D'autres médecins, il est vrai, ont prétendu que ces gonflemens étaient de simples ostéites; dénomination impropre, suivant lui, puisque ces maladies affectent toujours une marche excessivement lente. Du reste, M. Piorry ayant eu jusqu'ici le bonheur de ne perdre aucun malade, n'est pas à même de donner des éclaircissemens anatomiques positifs. M. Laugier ne pense pas, avec M. Piorry, que les erreurs de diagnostic soient aussi fréquentes qu'il veut bien le dire. Il est très rare que les névralgies sciatiques ne soient pas rapportées à leur cause réelle, et celles que l'on pourrait confondre avec le mal de Pott ne sont qu'exceptionnelles. Il désire savoir de M. Piorry, s'il peut, au moyen de la percussion seule, asseoir un diagnostic certain, dans un cas où il n'y aurait pas d'abcès par congestion, et où il n'existerait que la tuméfaction des vertèbres. Cela lui paraît difficile! Quant à la possibilité de guérison, même dans les cas de tubercules, il partage entièrement l'opinion de M. Piorry, et ne pense même pas qu'on puisse élever des doutes à cet égard. Quant à l'avantage qui résulte pour le malade, du prompt diagnostic de sa maladie, d'éviter des vésicatoires, des cautères, des moxas, il ne voit là rien de bien nouveau, puisque M. Bouvier, depuis longtemps, conseille de ne pas les employer. M. Piorry n'a jamais prétendu que la sciatique fût un phénomène constant du mal de Pott, mais seulement qu'elle se rencontre fréquemment dans cette affection. S'il s'est appesanti un peu longuement sur ce sujet, c'est que depuis peu de temps plusieurs cas de ce genre se sont présentés à son observation, et que ses études particulières lui font désirer d'attirer l'attention des praticiens sur l'état de la colonne vertébrale dans les cas de sciatique. Quant à la question de priorité, notre honorable confrère l'abandonne volontiers. M. Foissac demande si, dans les cas de guérison cités par lui, M. Piorry a rencontré des abcès par congestion? M. Piorry répond que les abcès augmentent évidemment la gravité de l'affection, mais que dans les cas qui se sont offerts à lui, il n'y en avait pas. Tous les praticiens, continue M. Foissac, sont unanimes sur l'emploi de l'iodure de potassium et le régime tonique; pourquoi M. Piorry y ajoute-t-il du phosphate de chaux? Comment a-t-il été conduit à l'employer, et surtout à une pareille dose? Il désirerait également apprendre si des recherches ont été tentées à l'effet de constater, si l'on retrouve dans les déjections des malades traités par cette méthode la même quantité de phosphate de chaux que celle administrée, ou si une certaine dose a été absorbée?

Il y a longtemps que M. Piorry emploie avec avantage le phosphate de chaux dans les maladies des os, où ce sel est en moindre quantité qu'à l'état normal. C'est avec la même intention qu'il le donne dans le mal de pott. Il veut rendre à l'économie un principe qui lui manque, de même que dans les maladies du sang, l'on donne du fer. Des expériences n'ont pas été faites dans le sens qu'indique M. Foissac.

Je n'ai pas, Messieurs, à examiner la valeur d'un moyen thérapeutique aussi nouveau; il suffit qu'il soit présenté par un homme de l'importance de M. Piorry, pour qu'il attire toute notre attention. Contre une maladie aussi grave que le mal de Pott, et dont le pronostic est aussi peu favorable, dans l'état actuel de la science, on ne saurait trop rechercher des agens thérapeutiques nouveaux, on ne saurait trop tôt reconnaître ses premiers débuts, et nous devons savoir gré aux praticiens qui, comme notre collègue, ouvrent un champ nouveau à nos investigations et nous enseignent un nouveau mode de traitement. Attendons que le temps ait prononcé, et espérons en son efficacité. Ne devrait il résulter de la médication de M. Piorry que l'avantage d'éviter aux malades ces ulcères profonds et douloureux, qu'à l'exemple d'Albucasis nous avons pris l'habitude d'établir autour des vertèbres malades, ce serait déjà rendre un grand service à l'humanité.

Messieurs, vous n'avez pas oublié les communications que notre savant collègue, M. le docteur Duchêne de Boulogne, vous fit l'année dernière sur l'électricité et les applications thérapeutiques nouvelles de cet agent. Après avoir établi que les appareils d'induction à double courant sont les seuls qui fournissent une électricité vraiment médicale, que ces appareils sont doués de propriétés qui permettent de diriger au gré de l'opérateur la puissance électrique dans une partie très limitée du corps, dans un seul muscle, dans un seul nerf, ou dans un organe tout entier; de la conduire profondément ou de la limiter à la périphérie du corps, notre honorable confrère fit devant vous des expériences qui établirent d'une manière indubitable, la fonction réelle de certains appareils musculaires; cette année-ci, M. Duchêne a continué de vous entretenir des résultats pratiques de ses constantes recherches. Dans le but de reconnaître si les différentes sortes d'électricité ont un même mode d'action, si elles peuvent être employées indistinctement l'une pour l'autre, ce savant observateur institua des expériences qui eurent des résultats variés. Le premier malade sur qui il opéra était atteint d'une paralysie faciale, sans trouble aucun du côté de la vue. L'électricité d'induction qu'il appliqua d'abord, procura au malade, après un petit nombre de séances, une amélioration notable. Puis il appliqua l'électricité de contact, et aussitôt des symptômes effrayans se manifestèrent dans la vision. Il sembla au malade que l'appartement était en feu, puis il cessa complètement de voir. Depuis cette époque il ne recouvra plus la vue, malgré tous les soins que put lui prodiguer M. Duchêne. C'était à coup sûr un grand malheur, mais pour un expérimentateur aussi habile que notre confrère, c'était une indication dont il fit son profit. Le second malade sur lequel il opéra était affecté de diplopie. Cet homme voyait les objets en double, d'une singulière manière. A droite, le sol lui paraissait toujours plus élevé, et à gauche, il lui semblait aller en pente,

Après avoir essayé pendant longtemps l'électricité d'induction, sans obtenir la moindre amélioration, il abandonna le malade ; mais cet homme revint quelque temps après, le suppliant de recommencer le traitement. M. Duchêne le prévint alors qu'il allait employer un agent beaucoup plus actif, et l'avertit même du danger qu'il courait. Mais le malade ayant insisté, notre collègue se servit de l'appareil d'électricité de contact ; il appliqua les deux excitateurs sur les deux paupières et donna seulement deux secousses. Cet homme éprouva les mêmes symptômes que le premier, la chambre lui parut également en feu, mais la diplopie disparut complétement. MM. Martinet et Andrieux qui ont fréquemment employé l'électricité, produite par la pile de Volta, contre des affections des muscles de la face, n'ont jamais observé d'accidens du côté de la rétine. Selon eux, M. Duchêne s'effraie à tort, l'accident qu'il a signalé ne pouvant être le fait de la médication. M. Andrieux se sert souvent de très fortes piles de Volta pour combattre l'amaurose ; il applique un des excitateurs sur la base du crâne, et l'autre sur l'œil ; mais il attache une grande importance à la direction à donner au courant électrique. Selon cet habile praticien, il faut que l'origine du nerf soit en contact avec le pôle zinc, et sa terminaison avec le pôle cuivre. M. Foissac rapporte, à cette occasion, qu'un médecin de Saint-Pétersbourg a produit, au moyen de l'électricité, des cataractes très rapides chez les animaux. MM. Bonnafont, Laugier, Contour prennent part tour à tour à la discussion, et citent des faits qui prouvent l'innocuité de l'électricité pour l'organe de la vue.

M. Duchêne, répondant à ces observations, trouve que rien de ce qu'il vient d'entendre n'atténue la valeur de ce qu'il a avancé, savoir : 1° que l'électricité de contact a une action toute particulière, excessivement énergique sur la rétine ; 2° qu'il ne croit pas prudent d'agir indifféremment sur les muscles de la face avec les deux formes d'électricité.

Dans la séance du mois de juin, M. Letalenet vous a communiqué deux faits très curieux de sa pratique. Il y a plusieurs années qu'il fut appelé auprès d'une jeune dame, dans un état de grossesse très avancé. Ayant reconnu par le toucher, et une mensuration approximative, que le bassin offrait des dimensions moindres qu'à l'état normal, que le col utérin était dur et fortement engorgé, notre confrère crut agir avec prudence en pratiquant une saignée, qu'il renouvela même plusieurs fois jusqu'à l'époque de l'accouchement, qui se termina heureusement. Deux ans environ après, cette dame devint de nouveau enceinte ; mais ayant quitté la localité où se trouvait M. Letalenet, et ayant fait constamment un mystère de sa grossesse, et par conséquent n'ayant pu être soignée comme la première fois, cette dame eut un accouchement des plus laborieux, compliqué d'accidens graves, qui mirent sa vie en danger, auquel cependant elle eut le bonheur d'échapper. Malgré cette effrayante leçon, cette dame devint enceinte pour la troisième fois. M. Letalenet, prévenu à temps, l'observa pendant toute sa gestation ; il lui pratiqua jusqu'à douze saignées, et l'accouchement se termina comme le premier, le plus heureusement possible.

Cette observation vient confirmer, Messieurs, le fait de la possibilité de diminuer le volume du fœtus dans un cas de dystocie, ou du moins de s'opposer à son accroissement normal, au moyen de déperditions sanguines légères, fréquemment répétées. Une autre méthode a également été préconisée dans ces derniers temps ; elle consiste à faire prendre à la mère, chaque jour, pendant les deux derniers mois de la grossesse, une dose minime d'iode, afin de diminuer et d'affaiblir la nutrition de l'utérus, ainsi que celle du fœtus. Par suite de cette médication, la croissance de l'enfant s'arrête, sans qu'on ait rien à craindre pour sa vie. Cette dernière méthode, qui est due à M. Delfrayssé, de Cahors, demande à être appuyée sur des faits nombreux, pour prouver l'innocuité de l'iode sur la santé future de l'enfant. Toujours est-il que notre collègue, M. Letalenet, a préservé deux fois sa cliente d'accidens terribles qui ont accompagné le deuxième accouchement, et qui ont mis sa vie en danger.

Le second fait de la pratique de notre confrère est celui-ci. Appelé, il y a trois mois, pour donner des soins à un jeune homme affecté d'un grand mal de gorge, M. Letalenet examina attentivement l'intérieur de la bouche et de la gorge de son client. Les piliers du voile du palais, ainsi que le pharynx, offraient une rougeur assez grande, mais uniforme et sans engorgement. Une seule des amygdales était fortement tuméfiée et présentait une escarre gangréneuse, environnée déjà d'un cercle éliminatoire. Quant aux symptômes généraux, ils étaient exactement les mêmes que ceux de l'angine simple. Bientôt la partie sphacélée se détacha, laissant un trou qui peu à peu se cicatrisa complètement. M. Letalenet croit avoir eu affaire à un cas d'angine gangréneuse franchement inflammatoire, niée par plusieurs auteurs.

C'est en effet une question des plus importantes, que celle qu'a soulevée notre collègue. Existe-t-il une angine gangréneuse inflammatoire, ou provient-elle toujours d'une intoxication primitive des liquides en circulation ? Cette question, comme on le conçoit, domine toutes les considérations qui ont trait à la thérapeutique de cette maladie. Dans le premier cas, c'est un traitement purement antiphlogistique qu'il faut employer, puisque la gangrène serait due à une phlegmasie poussée à son plus haut degré d'intensité. Dans le deuxième cas, c'est la médication tonique, antiseptique qui est indiquée. La majorité des auteurs modernes, Billard, Renaudin, Guersant, MM. Blache, Chomel, entre autres, pensent que la plupart des cas d'angine gangréneuse qui ont été rapportés depuis Arétée jusqu'à nous, ne doivent être considérés que comme des angines accompagnées de plaques pseudomembraneuses ; que la véritable gangrène ne se rencontre que très rarement. Mais ils admettent cependant que toutes les inflammations gutturales peuvent offrir dans leur dernière période des escarres véritablement gangréneuses, sans changer pour cela de caractère. Dans le cas cité par notre collègue, il est probable que la gangrène n'a eu lieu qu'à cause de la violence de l'inflammation qui a étouffé dans la partie malade le principe de la vie.

A la suite de l'observation de M. Letalenet, M. Dufresse de Chassaigne raconte que, dans le département de la Charente, qu'il habite, il a régné cette année une épidémie d'angines très meurtrière. Il a donné des soins à 300 malades au moins. Certains cas étaient légers, d'autres un peu plus sérieux, mais quelques-uns acquéraient une gravité telle, que les malades mouraient en vingt-quatre ou trente-six heures. Les amygdales prenaient de suite un développement si considérable et se recouvraient de mucosités si abondantes et si adhérentes, que l'asphyxie ne tardait pas à paraître. Les émissions sanguines générales, ou les sangsues agissaient trop lentement et n'amenaient aucune amélioration. M. Dufresse eut alors l'idée de porter le bistouri sur les amygdales et d'y pratiquer des incisions multiples et profondes, afin de les dégorger. Ces incisions, qui donnaient lieu à un écoulement tantôt de sang, tantôt de pus, apportaient toujours un grand soulagement au malade. Quelquefois il était obligé de répéter les incisions, afin de vider les foyers multiples de pus qui se trouvaient dans les amygdales et qui étaient indépendans les uns des autres. Les confrères du département qui se refusaient à suivre la pratique de M. Dufresse, perdaient tous leurs malades. Dans certains cas la maladie se compliquait de phénomènes intermittents, notre collègue employait alors le sulfate de quinine.

M. Letalenet raconte que lorsqu'il habitait la campagne, il fut appelé une nuit pour une jeune fille atteinte de scarlatine violacée. N'étant pas chez lui, il ne put se rendre de suite auprès de la malade. Quelques heures après, elle avait succombé. Le lendemain on vint le chercher pour la sœur de cette jeune fille, également atteinte de scarlatine violacée, qui l'emporta aussi très rapidement. Le soir même du jour où il était allé visiter cette jeune fille, un jeune homme vint le chercher pour voir un malade dans un village voisin. M. Letalenet le fit monter auprès de lui dans sa voiture, et quatre jours après ce même jeune homme mourait d'une scarlatine violacée. Notre confrère, soupçonnant dans ce cas la possibilité de la transmission de la maladie par le contact de ses vêtemens imprégnés des miasmes absorbés auprès des deux jeunes filles, chercha à remonter aux causes qui avaient pu déterminer la maladie chez celles-ci. Il apprit qu'elles avaient porté des habits qui avaient appartenu à une de leurs cousines, morte également de scarlatine deux ans auparavant. Ce renseignement fit pencher fortement l'opinion de M. Letalenet vers la possibilité de la contagion par le contact.

M. Dufresse fait observer que rarement les personnes qui donnent des soins aux scarlatineux gagnent la maladie, et cependant elles sont dans les conditions les plus favorables à la transmission par le contact. Ces circonstances opposées jettent un grand doute dans l'esprit de notre confrère.

Je devrais peut-être, Messieurs, prendre ici cette immense question de la contagion, et lui donner tout le développement qu'elle mérite ; mais, outre que l'espace me manque pour la traiter convenablement, je ne pourrais, je dois l'avouer, qu'opposer entre elles les diverses opinions qui ont été émises sur ce sujet depuis Aristote, Fracastor, Facio, Sibizius, jusqu'à Dupuytren, Fodéré, Rochoux, MM. Bouillaud, Chomel, Requin, et tant d'autres hommes d'une très grande valeur, qui n'ont point réussi à la résoudre ; j'ai mieux aimé livrer simplement les observations de notre honorable collègue à vos méditations, m'en rapportant à l'avenir pour la solution d'une question aussi controversée.

Dans la même séance, M. Foissac raconte, qu'ayant été appelé, il y a quelques mois, à donner des soins à une dame affectée d'un léger abaissement de l'utérus, il lui conseilla l'usage d'injections astringentes, entre autres, celles à la décoction de noix de galle. Quelque temps après, cette dame ayant été habiter Châteaudun, se trouva en rapport avec une amie qui lui raconta, qu'atteinte elle-même d'une maladie semblable, elle s'était trouvée beaucoup plus souffrante après l'emploi de la décoction de noix de galle. Pour la convaincre de la vérité de ce qu'elle avançait, elle fit mander son médecin, homme sérieux et fort honorable, qui répondit avoir vu survenir souvent, à la suite de pareilles injections, des accidens fort graves et même la mort. Suivant ce médecin, les accidens survenus étaient dans une proportion de un sur dix. M. Foissac, pour qui cette assertion est complètement nouvelle, demande l'avis de ses collègues de la Société. MM. Letalenet, Laugier, Despaulx Ader et Fauconneau-Dufresne, ne pensent pas que la noix de galle en injection puisse jamais occasionner le moindre accident, ce médicament n'agissant que par la grande quantité de tannin qu'il contient, et son action astringente devant plutôt nuire à son absorption que la favoriser. Cette opinion est, du reste, partagée par tous les membres de la Société.

Dans la séance du même mois, vous avez écouté avec un grand intérêt un remarquable rapport de M. Fauconneau-Dufresne sur une brochure de notre ancien collègue de la Société, M. Izarié, intitulée : Aperçu historique, topographique et médical sur les Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées). Vous connaissez tous le charme et la distinction que notre confrère donne à tout ce qu'il fait ; je n'ai donc pas à vous faire l'éloge de ce rapport, encore moins de l'ouvrage de M. Izarié ; je craindrais également de les déflorer l'un et l'autre en vous en faisant l'analyse ; j'aimerais mieux vous les donner ici en entier, si la longueur de mon compte-rendu et l'importance pratique des questions dont j'ai encore à vous entretenir ne me faisaient un devoir de vous les signaler seulement. Faisons des vœux, Messieurs, pour que notre confrère, M. Izarié, continue le cours des travaux qu'il a entrepris sur l'action thérapeutique des eaux chaudes, et espérons qu'il réussira à les tirer de l'injuste oubli dans lequel elles sont tombées depuis quelques années. A coup sûr elles ne pouvaient trouver un historien plus intelligent et un expérimentateur plus habile.

Dans la séance du mois d'août, notre laborieux confrère, M. Caffe, vous a lu un rapport des plus intéressans, que vous l'aviez chargé de faire sur un travail de M. le docteur Bonnafont, qui a pour titre : De la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête, servant à juger le degré de sensibilité des nerfs acoustiques. Votre rapporteur, Messieurs, commence par féliciter notre collègue, M. Bonnafont, chirurgien principal attaché à l'hôpital du Gros-Caillou, de la manière dont il a compris la spécialité. Pour lui, un spécialiste doit être au niveau de l'instruction générale avant d'être supérieur dans une des branches si multiples des sciences et de la pratique médicale. Cette supériorité doit résulter de ses tendances individuelles, quelquefois de circonstances imprévues ou provoquées, toujours de ces pressions de goût qui entraînent naturellement, et presque à son insu, l'homme de science vers certaines lectures, certaines études, et le forcent à s'intéresser plus particulièrement à une série de faits. Telle est la spécialité que poursuit M. Bonnafont, et qui lui obtient de nous tous les honneurs d'une bonne confraternité. Avant notre confrère, les praticiens livrés au traitement des maladies de l'oreille, quand ils avaient affaire à un cas d'occlusion congénitale ou accidentelle des conduits auditifs, ou de tout autre vice de conformation de l'appareil de l'ouïe, interceptant les ondes sonores, s'étaient très peu préoccupés de résoudre la question principale, c'est-à-dire de savoir si le nerf acoustique avait ou non conservé sa sensibilité, son aptitude à percevoir les sons. Solution cependant bien essentielle avant de pratiquer une opération qui pourrait devenir ici aussi inutile que le serait l'opération de la cataracte compliquée d'amaurose. Quand il s'agit de la sensibilité du nerf acoustique dans le cas d'obstruction du conduit, pour peu que les malades entendent, la question est résolue, l'opération devra être pratiquée le plus ordinairement ; si le malade, au contraire, reste sourd à tous les bruits, rien ne peut assurer au chirurgien que la paralysie n'existe pas, outre l'obstruction mécanique. Cette lacune, les expériences de M. Bonnafont l'ont comblée, et le diapason a été pour lui le moyen le plus rationnel. Une série de ces instrumens comprenant toutes les notes d'une octave, appliquées sur diverses parties des parois du crâne, se font entendre avec d'autant plus de force, que le nerf acoustique aura conservé plus de sensibilité. Les parties solides qui transmettent le son du diapason plus directement au nerf auditif sont : l'apophyse mastoïde ; la région temporo-pariétale ; l'apophyse zigomatique. Les premiers services que M. Bonnafont a obtenus de ces expériences lui ont été rendus par des surdités accidentelles ; plus tard, à l'Institution des sourds-muets d'Arras, il a joui de la même satisfaction sur des cophoses congénitales. Tous les infirmes qui avaient été sensibles au son à travers les parois du crâne (mais ceux-là seulement), le furent aussi à différens degrés par le thorax. Chez eux, les côtes transmettaient le son assez distinctement, mais la partie supérieure du sternum le propageait surtout avec une intensité presque aussi grande que les parois du crâne. La colonne vertébrale est mauvaise conductrice du son, ce qui s'explique par les élémens variés qui la composent. Quand, grâce à ses procédés, M. Bonnafont s'est assuré que les nerfs acoustiques ont conservé tout ou partie de leur sensibilité, il ne craint pas de soumettre son malade à une douleur inutile, et de tenter une opération qui offre les plus grandes chances de succès.

A l'exemple de Dupuytren, qui recommande d'opérer le plus tôt possible les enfans affectés de cataractes congénitales, de M. Paul Dubois, qui opère le bec-de-lièvre dans les premiers jours de la naissance, notre collègue conseille de tenter l'opération de très bonne heure chez les enfans atteints de surdité congénitale. Il faut que l'intelligence trouve les portes ouvertes, dès le matin de la vie, par des opérations une fois reconnues nécessaires. D'ailleurs, le très jeune enfant n'a pas la conscience des préparatifs de l'opération ; tout se borne pour lui à la douleur physique, qui souvent ne dépasse pas la durée du temps indispensable à l'exécution. L'intégrité de l'oreille moyenne n'est pas nécessaire pour assurer le bénéfice de l'audition ; la membrane du tympan, et même les osselets peuvent être détruits, si l'étrier et ses muscles n'ont pas été entraînés dans leur chute, l'audition peut s'effectuer, pourvu, toutefois, que les nerfs aient conservé leur sensibilité. M. Bonnafont a reconnu également que, contre l'opinion de beaucoup d'anatomistes, la membrane du tympan n'est pas musculaire chez l'homme. Des dissections anatomiques minutieuses et répétées l'ont mis à même de reconnaître que cette membrane est composée de dehors en dedans : 1° d'une couche épidermique assez épaisse, continue avec celle qui tapisse le méat auditif externe ; 2° d'une mince couche de derme qui se continue également avec le derme du méat, et qui contient de nombreux vaisseaux ; 3° d'une couche de fibres radiées, qui proviennent du périoste du méat externe ; 4° d'une couche de fibres circulaires, qui font partie du périoste de la cavité tympanique ; 5° enfin d'une membrane muqueuse.

Le but essentiel du travail de M. Bonnafont était de trouver le moyen d'apprécier sûrement le degré de sensibilité du nerf acoustique, et le diapason lui a procuré ce précieux avantage.

Pendant qu'il faisait ses expériences, il a eu à différentes fois l'occasion de constater que les parties osseuses n'étaient pas le seul agent de transmission des ondes sonores, jusqu'aux nerfs auditifs. La pulpe cérébrale elle-même propage directement les ondes sonores, qui n'ont point besoin, pour arriver à l'oreille, de suivre toutes les courbes des rayons du crâne, ainsi que l'établissait la savante théorie de Savart. Les hémisphères cérébraux ne transmettent le son qu'à l'oreille qui leur correspond, et nullement à l'oreille du côté opposé. A l'appui de cette opinion, M. Bonnafont cite un cas observé dans le service de M. le baron Larrey par M. le docteur Perrier, aujourd'hui chirurgien à l'Hôtel des Invalides. Un militaire dont le frontal et le pariétal avaient été fracturés avec enfoncement, subit l'opération de la trépanation. La guérison s'effectua, et le tissu inodulaire cachant la perte de substance osseuse fut protégée plus tard par une calotte métallique ; or, chaque fois que celle-ci était enlevée, ce militaire était péniblement incommodé par les bruits extérieurs. Lorsqu'il se bouchait les deux oreilles, il pouvait très bien entendre le bruit du mouvement d'une montre appliquée sur la surface de la cicatrice, ou bien la voix d'une personne, à laquelle il répondait exactement ; M. Bonnafont cite encore plusieurs exemples qui prouvent la transmission du son à travers les cicatrices du crâne. Ce qui fait supposer à votre rapporteur que peut-être la faculté de transmission de la boîte du crâne est en proportion directe de la moindre épaisseur de la substance osseuse. Semblable en cela aux tables d'harmonie des pianos qui, pour être sonores, doivent être minces, desséchées, régulières, sans nœuds, sans intersection, ce sont aussi certaines conditions analogues qui constituent peut-être la supériorité native des plus grands virtuoses. A l'appui de cette théorie, M. Caffe raconte que le docteur Bennati, son ami, fut renversé sur le boulevard par un cheval emporté, et expira seize heures après. M. Bennati était doué d'une voix tellement belle, que, médecin attaché au théâtre Italien, il lui fut souvent fait de brillantes propositions pour le décider à échanger sa profession libérale contre celle de premier sujet, proposition que notre confrère repoussa toujours sans hésiter. L'autopsie fut pratiquée en présence de plusieurs médecins, au nombre desquels était M. Caffe. Une particularité qui frappa tous les assistans, fut une minceur très considérable des parois du crâne, à tel point que, placées en face de la lumière, elles étaient translucides. Il n'y avait pas de tissu diploé ; la table externe et la table vitrée semblaient se confondre en une seule. Sans aucun doute, ces conditions favorisèrent et multiplièrent les fractures qui s'étendaient jusqu'à la base du crâne, et même jusqu'au trou occipital. Ces conditions anatomiques servirent de base à un travail intitulé : Rapport de la structure du crâne avec l'organe de l'audition, qui fut lu à l'Académie de médecine par M. le professeur Mojon, dans lequel il établissait que la minceur des parois du crâne était essentiellement favorable à la faculté du chant. M. Caffe rapporte que, pendant un long séjour qu'il fit dans les Alpes, il fut à même de faire quelques études anatomiques sur ce sujet. Il disséqua beaucoup d'oiseaux chanteurs, et s'assura que le crâne de ces espèces était comme papyracé, foliacé. Une remarque générale, ajoute-t-il, fait voir également que les quadrupèdes qui ont le crâne moins chargé de poils, ont l'ouïe plus délicate.

Notre collègue regrette de se trouver en désaccord avec le savant professeur de physiologie de la Faculté de Paris, M. Bérard, mais il lui semble que les expériences qu'il a citées prouvent suffisamment la transmission des sons au travers de la masse cérébrale, et il se félicite de se trouver en communauté d'opinion sur ce point avec notre honorable confrère, M. Bonnafont.

A la suite de ce brillant rapport, que vous avez applaudi, il s'établit une longue discussion, que j'abrégerai par défaut d'espace. Sur la demande de M. Laugier, si M. Blanchet n'a pas déjà fait des expériences semblables à l'Institution des Sourds-Muets, M. Bonnafont répond que M. Blanchet a bien inventé un instrument qui condense les sons et habitue peu à peu l'oreille à les percevoir, à les comprendre, au point de pouvoir obtenir de l'enfant qu'il les imite ; mais qu'il n'a jamais eu l'idée d'appliquer le diapason sur les différentes parties du corps. Au surplus, il pense que l'enfant qui perçoit les sons à travers l'air atmosphérique n'est pas complètement sourd, tandis que ses expériences à lui n'ont été faites que sur des sujets qui n'entendaient absolument rien. M. Schripton partage l'opinion de M. le professeur Bérard. Il pense que la masse cérébrale nuit plus qu'elle ne sert à la transmission des ondes sonores, qui doivent suivre simplement les courbes des parois osseuses. M. Bonnafont, en opposition à cette opinion, mentionne le fait suivant, qui n'est pas sans importance en physiologie : qu'une personne, dit-il, devienne complétement sourde d'une oreille, tandis que de l'autre elle continue à percevoir les sons, le tic-tac d'une montre appliquée sur la région du crâne correspondant à la bonne oreille, sera parfaitement entendu, et il semblerait même, à cause de la continuité des tissus qui forment la voûte crânienne, que celle-ci dût transmettre le bruit de la montre dans toutes les directions ; les choses ne se passent pourtant pas ainsi ; car cet instrument n'est entendu de la personne que sur les parties du crâne correspondant à l'hémisphère cérébrale du côté sain, tandis que le son cesse d'être perçu aussitôt que la montre est appliquée sur un des points osseux correspondant à l'hémisphère du côté où le nerf auditif a perdu sa sensibilité. Il lui semble qu'on peut conclure de ce fait : que les ondes sonores ne suivent pas la courbe des os pour arriver aux nerfs acoustiques, mais bien qu'elles traversent directement la substance osseuse, ainsi que la pulpe cérébrale. M. Duchêne de Boulogne pense que M. Bonnafont est dans l'erreur, quand il conclut de ses dissections, que la membrane du tympan ne contient pas de fibres musculaires. Il a obtenu souvent des contractions assez violentes de cette membrane au moyen de ses appareils électriques ; or, ce fait lui paraît suffisant pour prouver sa nature, puisque la présence de fibres musculaires est nécessaire, indispensable pour qu'il y ait des contractions produites par l'électricité.

Dans la séance du 5 août, vous vous êtes occupés de l'action de certains médicamens dits hémostatiques.

A cette occasion, M. Morel-Lavallée vous a cité deux cas d'hémorrhagie secondaire, qu'il eut beaucoup de peine à combattre. Le premier est celui d'un homme qui se fit, avec un fragment de verre, à un doigt, une plaie compliquée de la lésion d'une des artères collatérales. L'écoulement de sang qui en résulta tout d'abord fut sans grande importance, et s'arrêta à la suite d'une légère compression ; mais quinze jours après, la plaie, qui était presque cicatrisée, se rouvrit de nouveau et laissa couler une quantité de sang énorme, que notre confrère ne put arrêter que par la ligature de l'artère lésée. La seconde observation est celle d'une petite fille de 5 ans qui tomba, la figure sur une bouteille, et se fit au front une petite plaie avec lésion de l'artère temporale superficielle. L'hémorrhagie fut assez faible pour qu'un pharmacien pût l'arrêter au moyen d'une bande de taffetas d'Angleterre.

Trois semaines après l'accident, la plaie se rouvrit et donna lieu à une hémorrhagie très abondante. Comme dans le cas précédent, M. Morel-Lavallée essaya l'eau hémostatique de Pagliari, mais sans le moindre succès. Il eut recours aux compressions les plus méthodiques, et n'obtint pas un meilleur résultat. Il tenta alors de pratiquer la ligature dans la plaie elle-même, mais les extrémités artérielles se rompaient dès qu'il les saisissait. Il fut obligé de lier la branche antérieure de l'artère temporale, ce qui ne put se faire sans une certaine difficulté. Dans la crainte qu'il était de léser une des nombreuses petites branches artérielles qui sillonnent cette région, il eut l'idée de faire un pli à la peau, qu'il incisa dès lors sans danger, puis il passa une aiguille sous l'artère, qu'il saisit et lia sans aucune dissection des tissus environnans. La réussite et la guérison furent complètes. M. Laugier, sans préjuger en

quoi que ce soit le cas cité par M. Morel-Lavallée, pense que dans la majorité des cas, on peut se dispenser de pratiquer la ligature de l'artère lésée, et qu'une compression bien faite, bien méthodique, et surtout longtemps maintenue, peut amener la guérison. Il trouve que généralement on désespère trop vite de la compression, et, à l'appui de son opinion, il cite le cas suivant : appelé un jour auprès d'un homme qui venait de se léser l'artère palmaire superficielle et qui perdait une grande quantité de sang, il pratiqua une compression méthodique sur le lieu même de la lésion. Mais quelque temps après, ayant enlevé l'appareil, il vit l'hémorrhagie reparaître. Il comprima alors les artères radiale et cubitale au moyen de compresses graduées, d'attèles et du compresseur de J. L. Petit. Trois semaines après, la plaie était complétement cicatrisée, et les appareils furent enlevés.

M. Bonnafont s'étonne des difficultés que notre collègue, M. Morel-Lavallée a éprouvées pour pratiquer la ligature de l'artère temporale superficielle, qui est, suivant lui, de la plus grande simplicité. Quant aux eaux hémostatiques, il n'en est pas plus partisan que M. Morel. Ayant eu l'occasion d'essayer l'eau de Brocchieri sur des chevaux et des moutons, il crut un jour pouvoir l'employer avec le même succès sur un militaire auquel il venait d'enlever une phalange d'un doigt. Mais après une heure de tentatives inutiles, il fut réduit à faire la ligature des artères. Une autre fois, il eut l'occasion de l'essayer sur l'artère épigastrique, qu'il avait lésée en faisant l'extraction d'une balle logée dans la région inguinale. Cette fois encore la ligature fut sa seule ressource. Depuis, il l'essaya un grand nombre de fois, et toujours il éprouva le même insuccès. M. Foissac regrette de perdre les espérances qu'il avait fondées sur l'action hémostatique de l'eau de Pagliari, espérances qu'il avait conçues en lisant les écrits de M. le professeur Sédillot. Il désire cependant que M. Morel Lavallée publie les deux faits qu'il vient de citer, afin de prémunir contre les prétendues vertus de ces eaux, les confrères qui seraient tentés de leur accorder une trop grande confiance. M. Morel Lavallée a été aussi à même de juger de l'efficacité de l'eau de Brocchieri. L'inventeur de cette eau vint un jour prier M. Gerdy de l'employer dans son service, et d'abord voulut en faire l'essai devant lui sur un mouton qu'il avait amené à cet effet. On coupa une artère à cet animal, puis on essaya l'eau hémostatique, qui n'arrêta nullement l'hémorrhagie. On fut obligé de lâcher le mouton, qui se sauva dès lors tout seul. L'eau de Brocchieri empêchait plus qu'elle ne favorisait la coagulation du sang et la formation d'un caillot dans l'artère lésée. Il a employé également l'eau de Pagliari un très grand nombre de fois, et jamais il n'a obtenu le moindre succès. M. Caffe rappelle qu'en 1830 M. Samson fut chargé d'essayer l'eau de Brocchieri et de rendre compte de son action. Mais ses tentatives furent si malheureuses, et l'innocuité de cette eau si peu douteuse, que M. Samson ne jugea même pas à propos de faire un rapport à ce sujet, malgré quelques succès qu'il avait obtenus sur les animaux. Notre collègue ajoute qu'un pharmacien, M. Beaujan, est parvenu, à différentes reprises, à arrêter des hémorrhagies au moyen de l'ergotine. M. Cusco a fait, aux abattoirs de Paris, des expériences en grand avec l'eau de Brocchieri, les résultats obtenus ont presque toujours été négatifs.

Si j'ai tenu, Messieurs, à vous rapporter cette discussion, c'est que, comme l'a dit M. Foissac, il résulte pour nous tous, de la connaissance de ces faits, un précieux enseignement ; dans les cas graves d'hémorrhagie, nous devons recourir de suite aux deux seuls moyens chirurgicaux connus, à la compression du vaisseau lésé, quand elle est possible, à la ligature ou à la torsion dans le cas contraire ; et, dans l'intérêt de l'humanité, nous devons chercher à détruire la confiance que quelques expériences douteuses ont fait naître dans l'esprit d'un petit nombre de praticiens.

Je ne finirais pas, Messieurs, si je voulais vous rapporter toutes les discussions scientifiques qui ont occupé vos séances, les communications qui vous ont été faites, les travaux qui vous ont été lus. Le défaut de place me privera du plaisir de vous les rappeler. Je me contenterai de vous citer, entre autres, un consciencieux rapport que vous a fait M. Grimaud sur les N°s 44, 45, 46, 47 du Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris. Des travaux aussi importans demandaient un rapporteur doué d'un esprit de judicieuse critique, vous ne pouviez mieux choisir que notre honorable collègue.

Je vous citerai également les communications de M. Piorry, desquelles il résulte la possibilité de guérir la phthisie pulmonaire au moyen des inspirations d'iode et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Dans les cas où notre confrère rencontre des cavernes, il fait inspirer des vapeurs de teinture alcoolique d'iode ; quand il ne trouve qu'une masse tuberculeuse sans fonte purulente, il emploie des vapeurs d'iode en nature. En général il met l'iode dans un grand bocal à large ouverture, et recommande de ne faire qu'une seule inspiration à la fois, mais de la répéter souvent dans la journée. Il fait mettre également sous les rideaux de lit de ses malades des vases ouverts contenant de l'iode, de manière à établir autour d'eux une atmosphère complétement chargée de vapeurs médicamenteuses. Notre confrère pourrait citer plusieurs cas de guérison très authentiques.

Je ne puis non plus oublier de vous mentionner une observation très curieuse que vous a lue notre confrère M. Bonnafont, d'un cas d'extraction d'un calcul occupant la région membrano-prostatique. Vous en trouverez la relation dans le N° 126 du journal, l'UNION MÉDICALE, de cette année.

Les principaux ouvrages dont vous avez reçu l'hommage, sont :

Un mémoire *sur quelques points de l'histoire de la broncho-pneumonie chez les enfans*, par MM. Barthez et Rilliet.

Un second mémoire *sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfans* ; des mêmes auteurs.

Un mémoire *sur la broncho-pneumonie vésiculaire chez les enfans*, par M. Barthez.

Une brochure de notre collègue, M. Magne, intitulée : *Des lunettes, conserves, lorgnons, etc.* Conseils aux personnes qui ont recours à l'art de l'opticien.

Une brochure de M. le docteur Duchêne de Boulogne, intitulée : *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur l'action individuelle et les usages des muscles qui meuvent le pouce et les doigts de la main.*

Le dernier chapitre du *Traité de la lithotricie*, de M. Leroy-d'Etiolles.

Une autre brochure du même auteur, *de la cautérisation d'avant en arrière, de l'électricité et du cautère actuel dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre.*

Un rapport *sur la pratique médico-chirurgicale et le mouvement des dispensaires de Paris pendant l'année* 1851, par notre confrère M. le docteur Compérat.

Une brochure de M. le docteur Bonnafont, intitulée : *Mémoire sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode d'opération.*

Un volume ayant pour titre : *Etudes sur la fièvre intermittente dans le département de l'Indre*, par M. le docteur Ernest Lambron.

Une brochure de M. le docteur Compérat *sur la luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil et sur son traitement.* M. Caffe est chargé de vous faire un rapport sur cet intéressant travail de notre collègue.

La Société médicale de 6e arrondissement vous a fait hommage d'un rapport très bien fait *sur l'organisation du service médical des pauvres.* C'est notre collègue M. Cherest, auteur de plusieurs travaux importans en ce genre, que vous avez chargé de vous en rendre compte.

M. le docteur Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, momentanément à Paris, a assisté à notre séance du mois de mai, et vous a offert deux brochures intitulée, l'une : *De la paralysie essentielle chez les enfans*, et la seconde : *Mémoire sur l'invagination chez les enfans.* Pour remercier notre savant collègue de Genève, vous lui avez accordé le titre de membre correspondant de notre Société, qu'il vous demandait.

Dans la séance du mois de décembre 1851, vous avez également accordé le titre de membre correspondant à M. le docteur Antonio Blanco, professeur de botanique à Madrid. A l'appui de sa demande, notre très honoré collègue vous a fait hommage d'un ouvrage de botanique en deux volumes, qu'il venait de publier. Vous avez chargé M. Cabanellas de vous en rendre compte.

Des rapports vous seront fait sur la plupart des autres travaux.

Messieurs, je me suis étendu très longuement sur les travaux scientifiques de notre Société, sans toutefois les épuiser, et cependant je n'ai encore accompli que la moitié de ma tâche.

Notre Société, quoiqu'elle ait une tendance bien marquée à s'occuper de science, n'a pourtant pas oublié son origine ; elle s'est rappelé qu'elle était avant tout une association confraternelle, ayant pour mission de s'occuper des intérêts moraux et matériels de la profession médicale. Aussi avez-vous accueilli avec une grande faveur un mémoire très important de notre honorable collègue, M. Boulu, sur les abus graves dont nous souffrons, sur l'envahissement du charlatanisme et les moyens de le combattre, ainsi que le rapport dont il a été l'objet.

Vous avez discuté pendant plus de cinq séances avec le plus grand soin, la plus grande attention, chacune de leurs conclusions, et si vous n'avez pas adopté toutes les propositions de votre commission, du moins lui avez-vous rendu cette justice, qu'elle avait courageusement abordé les questions les plus épineuses, les plus délicates de la déontologie médicale, et qu'elle avait réussi à en éclairer quelques-unes. Voici la partie principale de ce rapport qui vous a été lu dans la séance du mois de novembre 1831, et dont vous avez décidé l'impression.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR BOULU, A PROPOS DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE,

Lu à la Société médicale du 1er arrondissement, le 6 Novembre 1851,

Au nom d'une commission composée de MM. Piorry, Martinet, Caffe, Boulu, et Despaulx-Ader, rapporteur.

» Ce que l'on peut obtenir par les mœurs, il ne faut pas
» chercher à l'obtenir par les lois. »

Montesquieu.— *Esprit des lois*, tome II, ch. XVI.

Messieurs,

Dans la dernière séance, notre honorable collègue, M. Boulu, vous a lu un mémoire traitant de nos intérêts professionnels, et des moyens d'entraver la marche toujours croissante du charlatanisme, qui s'empare insensiblement de l'esprit public, et amoindrit chaque jour la position du médecin honnête et consciencieux. Vous avez accordé à ce mémoire une si grande importance, que vous avez nommé une commission, composée de MM. Piorry, Martinet, Caffe, Boulu et Despaulx-Ader, afin d'élucider de nouveau les diverses propositions qui en ressortent, et d'en rechercher avec l'auteur le côté pratique. C'est cette mission que je viens remplir aujourd'hui, vous priant de vouloir bien accorder d'avance toute votre indulgence au rapporteur. Mais avant d'entamer le sujet lui-même de ce rapport, permettez-moi d'adresser quelques lignes d'éloges et de remercîmens à notre digne collègue, qui, après une longue et honorable carrière, veut encore faire servir son expérience au mieux-être de tous, en nous signalant les obstacles qu'il a eu à surmonter, et en nous indiquant les moyens qu'il croit les plus efficaces pour améliorer la position souvent fâcheuse de l'homme de bien, exerçant honnêtement notre profession. Cet exemple, Messieurs, restera-t-il encore une fois sans résultat, laisserons-nous encore une fois un de nos collègues, plus courageux que nous, arborer lui seul le drapeau de la réforme médicale pratique, et dévoiler ainsi le peu d'entente qui existe dans notre corps ? Votre attitude dans la dernière séance me fait espérer le contraire. Car il faut le dire, Messieurs, c'est l'indifférence qui tue notre profession ; l'esprit de corps nous manque complétement ; et si jamais notre voix n'a été entendue des autorités, c'est que jamais elle n'a été unanime, c'est que toujours nous avons eu des détracteurs dans notre propre sein. Bien souvent déjà nous avons vu des esprits courageux s'élever de la foule et chercher à réformer quelques-uns des vices qui entravent notre profession, ont-ils jamais été soutenus par leurs confrères, par ceux pour qui ils combattaient ? Loin de là ! à côté d'eux s'élevaient sans cesse des voix pour démontrer l'inutilité de leurs efforts, pour les décourager, pour amoindrir leur mérite ; alors ils se taisaient, se perdaient de nouveau dans la foule, trop heureux de faire oublier leur audace, et subissaient en silence, avec résignation, ces mêmes abus contre lesquels leur conscience se révoltait jadis. Si maintenant nous nous demandons pourquoi de toutes les professions libérales, la nôtre, la plus belle, la plus utile sans contredit, est la moins honorée, la plus irrégulièrement rétribuée, nous en trouverons la cause dans notre isolement. Chez nous, Messieurs, ce sont les moins favorisés qui élèvent la voix, les plus heureux se taisent. En effet, que leur importe de réformer un état de choses dont ils ne souffrent pas ! Que ceux qui souffrent, disent-ils, travaillent pour eux. Mais comme ces derniers sont rarement en rapport avec les autorités du jour, il en résulte que leurs efforts restent constamment impuissans. Il est temps, Messieurs, d'en agir autrement. La plupart d'entre nous occupent une position peu aisée ; leur malheur doit nous toucher. Que ceux qui ont déjà traversé les premières années de l'exercice de notre profession fassent un pas en arrière, qu'ils se rappellent les luttes qu'ils ont eu à subir, les serremens de cœur, les désillusions qu'ils ont éprouvés, les déboires qu'ils ont supportés pour arriver, non pas à la fortune, mais à une position médiocre, et ils joindront leurs efforts aux leurs pour relever la profession médicale au rang qu'elle doit occuper ; pour la débarrasser de tous ces parasites qui vivent à nos dépens et qui captent la confiance du public, en lui promettant sans cesse du merveilleux et du nouveau. Nous le savons tous, Messieurs, ce n'est généralement pas l'instruction qui nous manque. Tous, tant que nous sommes, lorsqu'après quinze années d'études, nous sortons des écoles, des hôpitaux avec un diplôme de docteur, nous en savons tous à peu près autant les uns que les autres ; pourquoi donc quelques-uns d'entre nous attendent-ils souvent de longues années, quelquefois même toujours que le public vienne à eux ? C'est que leur place est occupée par ces hommes qui déshonorent notre profession, ces homœopathes, ces charlatans, qui quelquefois s'affublant du titre mensonger de docteur en médecine, ce qu'un jugement qualifie simplement de vanité blâmable, qui d'autres fois, se cachant sous le manteau d'hommes dont nous sommes habitués à vénérer le saint ministère, exercent pour la plus grande gloire de Dieu et aussi pour le bien du prochain. C'est que la loi ne nous accorde pas une suffisante protection. Que faire, me direz-vous, pour remédier à tous ces vices de notre profession, à tous ces abus contre lesquels nous nous heurtons sans cesse ? M. Boulu s'est chargé de vous indiquer quelques-uns des remèdes qu'il croit utiles contre l'envahissement du charlatanisme ; j'y reviendrai tout à l'heure. J'ajouterai encore, Messieurs, que dans l'état actuel des choses, jusqu'à ce que nous ayons une nouvelle organisation, ce n'est pas aux tribunaux que nous devons utilement demander la répression de ces abus, et qu'il est toujours fâcheux pour nous de recourir à de pareils arbitres pour établir des rapports entre nous et le client. La médecine, Messieurs, ne doit pas être envisagée comme une spéculation, nos soins comme une marchandise ; aller devant un tribunal, c'est nous assimiler au commerçant ; nous ne vendons pas notre science, nous en faisons profiter le public, qui nous doit en revanche de la reconnaissance et une juste rémunération pour les services que nous lui rendons. *Ce qu'on donne aux médecins pour le bien qu'ils font est honorarium, et non pas merces*, dit Guy Patin. D'ailleurs, si cette raison n'était pas suffisante pour nous amener à une pareille résolution, rappelons-nous, Messieurs, combien la loi est impuissante à nous protéger, combien peu d'indulgence nous trouvons même auprès des juges ; c'est dans nous-mêmes, dans notre corporation, dans nos propres ressources que nous devons trouver des moyens pour améliorer notre sort, pour détruire l'influence de ces hommes éhontés, démasquer leur conduite et les empêcher d'exercer leur coupable industrie.

Déjà, Messieurs, il y a une dizaine d'années, un de nos plus spirituels collègues, M. Caffe, a rappelé l'existence, dans certains pays, d'une loi qui exigeait de tout aspirant à l'exercice d'une profession libérale, qu'il justifiât d'une position indépendante, d'une certaine fortune, qui lui permît d'exercer un sacerdose, et non de se livrer à un commerce. Dans le siècle où nous vivons, dans ce siècle de désorganisation sociale, où si peu de gens restent dans la condition où ils sont nés, sous l'empire d'idées aussi révolutionnaires que les nôtres, une pareille loi ne peut exister, aussi est-elle tombée en désuétude dans les pays même où elle fut longtemps en vigueur. Mais avouons cependant, Messieurs, que si notre carrière était moins facilement abordable à tout le monde, s'il y avait parmi nous moins de gêne, plus d'indépendance, nous n'aurions pas parfois le triste spectacle de voir un confrère, jadis honorable, plein de sentimens honnêtes, s'éloigner forcément, souvent à regret, du chemin de l'honneur pour se fourvoyer dans l'industrialisme et y chercher une existence plus assurée.

L'essence de la profession de médecin est de vivre pour les autres et non pour soi, dit Hufeland, c'est-à-dire, Messieurs, que le devoir du médecin est de se dévouer sans cesse au soulagement des souffrances physiques de l'homme, comme le prêtre se dévoue au soulagement de ses souffrances morales. Mais ne croyez pas cependant, qu'Hufeland nous recommande, par ces mots, de ne jamais nous occuper de nos intérêts matériels. Tout au contraire, dans presque tous les paragraphes de ses conseils, nous trouvons que le médecin, pour exercer utilement, consciencieusement son art, doit être à l'abri des premières nécessités de la vie. Pour assurer cette position, faut-il donc encore s'en occuper, et refuser toujours, comme il a été fait en 1845 au Congrès médical, de traiter cette question des honoraires, c'est, permettez-moi d'exprimer ici ma pensée, accepter volontairement le rôle ridicule de dupe.

Le peu de respect que nous montrons en toutes occasions les uns pour les autres, est-il fait pour nous attirer l'estime du public ? De tous temps, Messieurs, les médecins ont eu la triste habitude de se déchirer les uns les autres, *medici inter se mordicant dente caninâ.* Qu'un médecin se trouve appelé à juger la conduite, la manière de traiter d'un de ses collègues, avec qui il n'a pas des relations d'amitié, rarement il aura pour lui de l'indulgence, rarement il lui sera favorable. Nous nous plaignons de la déconsidération que l'on nous témoigne, et chaque jour nous contribuons nous-mêmes à déverser le mépris sur notre corporation. Je vous indique le mal, Messieurs, le remède est facile à trouver. Encore une cause de déconsidération que je dois vous signaler, c'est le droit que nous donnons aux administrations de disposer de nous sans la participation, le concours de notre corps respectif. Aussi sommes-nous à la merci de toutes les administrations créées et à créer. On fonde une Société, dite de bienfaisance, dans les compagnies de la garde nationale, par exemple ; on consulte chaque homme pour avoir son avis, son adhésion ; personne n'en parle au médecin, et cependant on ajoute aux statuts qu'un médecin donnera ses soins gratuits aux malades ; bien sûr que l'on est de nous trouver toujours empressés à nous rendre les officieux, les complaisans de tout corps organisé. C'est un exemple entre mille, Messieurs, et je pourrai vous en citer une foule d'autres. L'administration des hôpitaux traite-t-elle convenablement les médecins qui sont la vie, l'âme en quelque sorte de ces établissemens ; a-t-elle pour eux les égards que méritent des hommes qui rendent de si grands services à l'humanité, à l'Etat ; a-t-elle pour eux ce respect dont ils sont si complétement dignes ? Les bureaux de bienfaisance nous consultent-ils jamais sur la moralité, le talent de tel ou tel médecin, à qui ils confient la mission pénible et sans compensation de soigner le pauvre ? Loin de là, Messieurs, cette dernière administration choisit qui lui plaît ; elle agit en omnipotente, accablée qu'elle est par les demandes des hommes les plus honorables, les plus instruits. D'où vient donc cette ardeur qui nous tient de nous mettre toujours à la merci du premier venu ? C'est que peu favorisés de la fortune, peu satisfaits de notre position, nous nous laissons allécher et duper par le bénéfice aléatoire d'une clientèle qui, hélas ! n'arrive jamais, du moins par cette voie. J'aurais encore bien d'autres causes de déconsidération à vous signaler, telles que l'avilissement des honoraires, par suite de la concurrence, la répugnance d'un grand nombre d'entre nous, et surtout des plus heureux, à envoyer des notes, à demander des honoraires, l'avidité de quelques-uns à s'accaparer des places, et à enfreindre la loi morale contre le cumul et tant d'autres ; mais je le sens, Messieurs, je me suis déjà trop longtemps arrêté sur un sujet aussi épineux. Il me suffira d'avoir éveillé votre attention sur ce côté de la question, de vous avoir démontré que ces causes de déconsidération ne sont pas toutes en dehors de nous, qu'elles nous appartiennent en grande partie, qu'elles sont inhérentes à nous-mêmes, à notre organisation, à notre manière d'être. Je terminerai ces considérations générales, Messieurs, en vous disant qu'il ne dépend que de nous de changer un tel état de choses, qu'il nous faut seulement mettre en pratique cette vertu chrétienne, la charité. Aimons-nous, Messieurs, respectons-nous, ce n'est qu'à cette condition que le public nous aimera, nous respectera ; et rappelons-nous surtout que le client nous récompensera d'autant plus de nos soins, qu'il estimera plus, qu'il considèrera plus le corps entier des médecins.

Arrivons maintenant, Messieurs, aux propositions qui ressortent du mémoire de notre collègue. Mais je vous demanderai la permission de n'aborder ici que les plus importantes, celles qui, de l'avis de votre commission, présentent une utilité essentiellement pratique.

C'est d'abord l'adjonction des pharmaciens à nos Sociétés d'arrondissement. Sans partager complètement toutes les espérances de l'auteur du mémoire, votre commission pense cependant, Messieurs, qu'il pourrait résulter de cette union quelques avantages incontestables. En effet, la médecine et la pharmacie sont deux branches d'une même science, d'où vient donc que concourant au même but, ceux qui exercent ces deux professions, restent constamment éloignés les uns des autres ? Il existe parmi les pharmaciens des gens peu honorables sans doute, mais faut-il déverser sur tous le mépris qui ne revient qu'à quelques-uns ? Eh, Messieurs ! parmi nous-mêmes, dans le corps des médecins, ne connaissons-nous pas également quelques membres qui déshonorent notre profession, et tenons-nous pour cela le corps médical moins honorable ? Chaque jour n'avons-nous pas à nous élever contre la confusion que le public ingrat et injuste fait du médecin avec le médicastre, de l'homme honnête et consciencieux avec le charlatan indigne et criminel ; nous tenons-nous pour cela moins dignes d'estime ? Jusqu'ici nous nous sommes contentés de répondre par nos actions, par notre dévoûment, ce n'est pourtant pas suffisant. Nous devons maintenant employer toutes nos ressources, nous servir de toutes nos armes pour détruire le charlatanisme, sous quelque forme qu'il se présente, pour nous élever au rang que nous devrions occuper dans la société par notre instruction, par les services que nous lui rendons, et surtout par le besoin indispensable qu'elle a de nous. Si depuis quelques années le pharmacien, d'homme de science, s'est fait commerçant ; s'il a converti son laboratoire en un dépôt de médicamens secrets ; s'il s'est fait l'intermédiaire de tous ces faiseurs qui spéculent sur la sottise humaine ; il nous suffira, croyons-le, de lui démontrer le tort qu'il se fait à lui-même et à la société ; il suffira de l'union de la volonté de tous les médecins, pour le ramener dans le droit chemin. Car, ne l'oublions pas, Messieurs, il ne dépendra toujours que de nous, de notre volonté, de faire la fortune ou de causer la ruine d'une pharmacie. Mais, ne nous posons pas ici en arbitres, en souverains, lorsque nous voulons, au contraire, agir en frères, en amis. Notre but à tous, Messieurs, médecins et pharmaciens, est le soulagement de l'humanité ; nos devoirs sont les mêmes, nos intérêts doivent être les mêmes. Nous dirons plus, par cette union, les intérêts de tous seront bien mieux sauvegardés. Le public y gagnera d'avoir toujours de bons médicamens bien préparés,

bien appropriés aux indications de chacun, et de n'être plus empoisonné par ces remèdes spécifiques, devant s'approprier à tous les âges, à toutes les idiosyncrasies, à toutes les maladies, qu'il voit affichés à chaque pas, à tous les coins de rue, et jusque dans les officines des pharmaciens. Le pharmacien y gagnera en considération auprès du public, qui verra en lui non plus un simple marchand, mais un homme instruit dans son art, un chimiste distingué, et ses intérêts s'accroîtront de tout le bénéfice qui revient au charlatan dont il vend les drogues, et dont il n'est que le commis.

Le médecin lui même, Messieurs, trouvera plus souvent l'occasion d'exercer son ministère, il évitera ainsi aux malades des pertes de temps considérables; il leur économisera en même temps des sommes énormes qui vont grossir la bourse de ces industriels, sans qu'ils en retirent le moindre profit pour leur santé.

Une fois les pharmaciens admis dans notre sein, nous les amènerons bientôt à effacer de leurs officines ces sales affiches, qui font la renommée des charlatans, en indiquant au public leur nom, leur adresse. Nous les amènerons à rejeter loin d'eux et à soustraire aux yeux des passans ces remèdes spécifiques, dont ils ne connaissent pas la composition, ni la valeur, et que cependant ils délivrent sur la demande du premier venu, contre toutes sortes d'affections. Nous leur montrerons également le tort qu'ils se font à eux-mêmes, la déconsidération qu'ils jettent sur eux, en donnant des consultations qu'ils ne peuvent rendre utiles pour le malade, et dont ils ne retirent aucun profit. Mais pour arriver à ce résultat, pour convaincre le pharmacien, il faut, tous tant que nous sommes, que nous perdions la mauvaise habitude que nous avons d'ordonner chaque jour des médicamens tout préparés, en les désignant sous le nom de leurs inventeurs. Non seulement nous faisons la fortune de ces spéculateurs, non seulement nous nuisons aux intérêts des pharmaciens; mais il faut le dire, pour qu'enfin le public le comprenne, il en peut résulter pour le malade lui-même des inconvéniens graves en lui apprenant à se traiter lui-même, en lui donnant de fausses notions sur la valeur des médicamens, en lui fournissant les moyens de continuer trop longtemps une médication qui peut, après un certain temps, devenir nuisible d'utile qu'elle était, lorsqu'elle fut conseillée. Mais nous pouvons cependant remédier facilement à de tels inconvéniens, en nous habituant à formuler la composition chimique et pharmaceutique du médicament que nous voulons donner, sans le désigner sous aucun nom d'auteur. En agissant ainsi, peut-on, avec quelque apparence de raison, nous accuser d'indélicatesse à l'égard de l'inventeur de ces drogues ? Non, Messieurs, car le plus souvent leur seul mérite est de s'être accaparé une préparation qui cent fois déjà avait été formulée par presque tous les médecins, sans que pour cela ils en aient revendiqué l'invention. Nous voyons également tous les jours, Messieurs, des cliens se servir de prescriptions anciennes et déjà exécutées pour se procurer de nouveaux médicamens, contre une affection, qu'ils jugent, avec leur incompétence, être de même nature que celle pour laquelle ils avaient été conseillés. Sans parler de notre responsabilité, qui peut souffrir de la pratique de pareilles manœuvres, nous dirons que c'est laisser dans les mains de personnes maladroites, peu instruites, quelquefois même malveillantes, des armes dangereuses; car en portant ces prescriptions dans diverses pharmacies, elles peuvent ainsi se procurer des doses énormes de médicamens qui deviennent alors nuisibles. Enfin, par notre union avec le pharmacien, il nous sera possible de l'amener à ne jamais exécuter deux fois la même ordonnance sans qu'elle n'ait été datée du jour et signée de nouveau. Si ce moyen ne vous semble pas praticable, il en est un autre qui nous mènerait au même but. Il nous suffirait de prendre l'habitude de faire toujours les prescriptions séparées des ordonnances, et de recommander aux pharmaciens, comme du reste le prescrivent dans certaines villes des ordonnances sanitaires, de conserver celles qui auront été exécutées une première fois. Je pourrais, Messieurs, m'étendre plus longuement sur cette question importante que je ne fais qu'effleurer, mais je crois vous en avoir assez dit pour vous démontrer toute l'importance qu'elle mérite.

Admettre à nos séances les médecins honorablement connus de quelques-uns d'entre nous, quoique ne faisant pas partie de la Société, les médecins étrangers et les médecins des départemens momentanément à Paris; telle est une des propositions formulées par M. Boulu. Ce désir, Messieurs, était depuis longtemps dans nos cœurs, comme dans le sien, et votre commission n'a pas trouvé une seule objection à lui opposer. Seulement, elle vous exprime ses craintes, en constatant qu'une mesure analogue a déjà été prise par nous, pour les membres des autres Sociétés d'arrondissement, sans que jusqu'ici aucun médecin étranger à l'arrondissement se soit rendu à notre invitation. Cependant elle a pensé que la proposition qui vous est faite, étant beaucoup plus large, méritait par cela d'être prise en grande considération. En effet, Messieurs, offrir à tous les médecins de l'arrondissement, anciens et nouveaux, étrangers à la Société, aux médecins des départemens momentanément à Paris, la facilité de nous visiter, n'est ce pas leur donner les moyens d'apprécier l'importance de nos réunions, d'apprendre à connaître leurs confrères, n'est-ce pas stimuler le courage des indifférens, les forcer à aimer, à respecter, à défendre le corps auquel ils appartiennent? C'est enfin offrir à ceux qui seraient tentés, par la mauvaise fortune, de dévier du chemin de l'honneur, des conseils, des encouragemens, de bons exemples. Car il ne suffit pas, Messieurs, que la moitié d'un corps aussi nombreux que le nôtre soit soumis à des réglemens établis dans l'intérêt de tous; il faut encore, et de toute nécessité, que tous, tant que nous sommes, nous concourions dans la limite de nos forces, de notre pouvoir, au bien-être de tous.

Votre commission, Messieurs, approuve complètement la nomination d'une commission de surveillance, composée de médecins et de pharmaciens, mais elle pense que sa mission devra être réduite: à signaler à la Société de prévoyance les cas d'exercice illégal de la médecine de l'arrondissement, et à régler les affaires particulières qui ressortent de notre autorité privée. Vouloir qu'elle s'adjoigne à la commission nommée par cette Société pour poursuivre avec elle les délits commis dans notre arrondissement, serait une pure illusion. La Société de prévoyance, jalouse de ses prérogatives, n'accepterait pas une pareille adjonction, qui, du reste, n'avancerait à rien; car il est de toute justice de dire, que cette Société s'acquitte depuis longtemps, et aussi bien que possible, de ce triste et pénible devoir. D'ailleurs, quoique très limitée dans ses attributions, cette commission peut encore avoir une grande importance, une grande utilité. Composée de médecins et de pharmaciens, elle nous permettra d'étendre notre action sur ces derniers, qui ne pourront ainsi récuser le contrôle de leurs pairs. C'est, en un mot, un conseil de discipline médicale du 1er arrondissement que nous vous proposons d'instituer au sein de notre Société, à qui nous conférerions tous nos pouvoirs, et dont la mission serait de veiller sur nos intérêts moraux et matériels; c'est aussi le premier anneau d'une chaîne qui, avec le temps, devra réunir dans une seule et unique association tous les médecins honorables de Paris.

C'est ici, Messieurs, le lieu d'aborder une question difficile, que notre confrère a simplement effleurée dans son mémoire. Je veux parler des homœopathes. Pouvons-nous les empêcher d'exercer la médecine à leur manière; pouvons-nous les empêcher de formuler d'autres manières que nous, et avec des signes qui nous sont inconnus?

Notre confrère pense que oui! Votre commission a été d'un avis contraire. Quand un médecin reçu devient homœopathe, la loi ne peut lui défendre l'exercice de son art; elle ne peut l'obliger à se servir de sa science d'une manière déterminée; elle laisse sa conscience seule juge de sa conduite. S'il en était autrement, Messieurs, il n'y aurait plus d'indépendance dans notre profession, et la science resterait stationnaire. Mais de ce que la loi ne peut marquer des limites à l'intelligence du penseur, du savant, s'en suit-il que nous devions accepter tous les écarts de la sottise humaine? La médecine, Messieurs, a des règles fixes, des principes qui nous sont dictés par une expérience de plusieurs siècles, et ceux qui les foulent aux pieds, qui professent des opinions erronées, tout à fait en désaccord avec le sens commun, avec la raison, avec le savoir de tous les hommes honnêtes et consciencieux, ceux qui ne peuvent soumettre le résultat de leur pratique, au creuset d'une expérimentation publique, ceux-là, dis-je, ne sauraient être admis dans des Sociétés médicales bien organisées; ceux-là ne devraient trouver que mépris et défiance auprès de tout public intelligent. Cependant, il est loin d'en être ainsi. Tous les jours l'homœopathie fait de nouveaux progrès et s'empare de l'esprit public. Méprisant le plus souvent la demeure du pauvre, nous la trouvons toujours assise au chevet du riche, du puissant, caressant le malade d'illusions mensongères, flattant ses goûts, ses préjugés; le traitant quelquefois selon ses idées; mais se faisant toujours payer très largement. M. le docteur Boulu vous a rapporté un exemple remarquable du tort que de pareils charlatans peuvent faire à la société; et il n'est personne de nous qui ne puisse en citer également quelques-uns. Devons-nous, cependant, Messieurs, rester indifférens à un tel état de choses? Gardiens vigilans de la santé publique, si nous ne pouvons la protéger par nous-mêmes, nous ne devons pas du moins nous lasser de stygmatiser les manœuvres de ces hommes, et de les signaler à l'autorité. Il nous sera peut-être donné un jour d'éclairer la société sur ses véritables intérêts, de prouver que de pareils médecins ne peuvent être consciencieux, et qu'ils n'ont pas de croyance dans leur prétendue science. En effet, comment peuvent-ils arguer de leur bonne foi, lorsque nous voyons des hommes, autrefois fanatiques de Broussais, se montrer aujourd'hui fanatiques d'Hahnemann, et conspuer ce qu'ils ont adoré autrefois. Si nous ne pouvons empêcher de tels hommes d'exercer leur coupable industrie, nous pouvons du moins refuser tout contact avec eux, nous pouvons les éloigner de nos Sociétés, et refuser de nous trouver en consultation avec eux. Déjà l'association provinciale d'Angleterre et le Collége d'Edimbourg ont pris à leur égard et à l'égard des médecins trop indulgens, trop faciles, des résolutions que nous serions heureux de voir adopter dans notre pays. Ces Sociétés, composées de la presque totalité des médecins d'Angleterre et d'Ecosse, ont arrêté de chasser de leur sein: 1° les médecins qui pratiquent l'homœopathie; 2° ceux qui pratiquent l'homœopathie simultanément avec d'autres systèmes de traitement; 3° ceux qui, sous divers prétextes, se rencontrent en consultation, ou ont des rapports professionnels avec ceux qui pratiquent cette prétendue science.

Déjà aussi, Messieurs, dès le 26 mai 1846, la Société médicale du 6e arrondissement avait adopté, sur la proposition de M. le docteur Gaide, des conclusions analogues. Elle avait décidé que nul ne serait admis dans son sein: 1° s'il sert de manteau à celui que la loi n'autorise pas à exercer la médecine; 2° s'il exerce sous les inspirations de somnambules; 3° s'il exerce l'homœopathie. Mais de semblables mesures, adoptées seulement par une portion minime du corps médical, dans un seul quartier de Paris, ne pouvaient pas servir au bien-être général. Il n'en serait pas de même, Messieurs, si elles étaient adoptées par toutes les Sociétés d'arrondissement, par toutes les Sociétés médicales; et nous avons l'espoir qu'elles remédieraient, du moins en partie, au mal que nous vous signalons. Mais si cependant, contre toute attente, nous ne réussissions pas à entraver la marche de ces charlatans, d'autant plus dangereux, qu'ils sont plus instruits, plus intelligens, qu'ils s'adressent à l'élite de la société, et par suite à la partie la plus influente, la plus puissante; du moins ne les aiderons-nous pas, par notre indifférence, à rabaisser la médecine au niveau d'une vile et honteuse spéculation.

Quant aux réclames de ces charlatans, blâmés si énergiquement par M. Boulu, nous ne saurions trop nous associer à son indignation (1); mais ici, comme ailleurs, nous sommes obligés de déclarer notre impuissance. Il est permis de s'étonner, avec notre confrère, de cette longanimité de la police, qui laisse apposer aux regards du public, sur tous les coins de rues, ces sales affiches de tous genres, qui mettent à nu les infirmités humaines les plus cachées, tandis qu'elle poursuit si énergiquement, et avec tant de raison, les mauvais livres, les gravures obcènes (2). Il nous est également permis de nous étonner, en voyant chaque jour, non seulement dans les journaux politiques, mais même dans les journaux de médecine, les réclames de ces industriels, qui nous font une guerre si acharnée, si productive pour eux, si pernicieuse pour nous, et surtout si pernicieuse pour la société; mais, comme lui, nous ne pouvons que gémir de notre inaction. Cependant, sans espérer beaucoup des moyens que nous vous proposons, nous pensons que la commission de permanence, que vous nommerez, devra s'occuper activement de cette question, faire des réclamations réitérées aux gérans, aux propriétaires des journaux de médecine, et les engager, au nom du corps médical, à refuser de telles insertions. Mais ce moyen, exécutable pour les journaux qui s'adressent aux médecins, qui n'ont d'abonnés que dans le corps médical, ne peut être employé auprès des journaux politiques (3). Ici notre impuissance est complète.

Les contre-réclames que notre honorable collègue, M. Boulu, vous proposait d'opposer aux annonces des charlatans, leur serviraient plus qu'elles ne leur nuiraient; et puis ce serait, Messieurs, rabaisser notre profession. Nous voulons être utiles à l'humanité, mais ce ne doit jamais être au détriment de notre honneur, de notre dignité.

Etablir entre les diverses Sociétés de tous les arrondissemens de Paris des rapports plus fréquens que ceux qui n'ont encore existé que par correspondance, en provoquant une réunion générale à la fin de chaque année, où chaque Société viendrait apporter le résultat des améliorations diverses qu'elle aura pu faire dans l'intérêt de la profession.

Il suffit, Messieurs, d'énoncer cette proposition de notre collègue, pour que nous en sentions de suite toute l'importance. Je ne la développerai donc pas; j'ajouterai seulement que votre commission l'accepte avec d'autant plus d'empressement, qu'elle voit dans cette nouvelle mesure, le moyen le plus puissant de resserrer nos liens; d'établir entre les vrais médecins, entre tous les honnêtes gens de notre profession, des rapports de bonne confraternité, des liens solides de bonne amitié. Elle approuve non moins la pensée de l'auteur, de nous mettre en rapport avec les autres Sociétés médicales déja créées dans quelques départemens, en leur adressant nos comptes-rendus annuels.

C'est encore un échange de procédés qui ne peut que resserrer nos liens, et votre commission accepte avec joie tout moyen nouveau de rapprocher entre eux les divers membres de la grande famille médicale.

Je viens, Messieurs, de développer devant vous les quelques idées que nous a suggérées la lecture attentive du mémoire de notre collègue, et l'attention que vous avez bien voulu m'accorder, prouve toute l'importance que vous y attachez.

Malgré la longueur de ce rapport, vous avez dû remarquer que je me suis contenté souvent d'indiquer, même très légèrement, des abus graves dont nous souffrons cruellement, qui entravent l'exercice de notre profession; c'est que, Messieurs, il faudrait écrire des volumes pour traiter convenablement chacune de ces questions. Je pense cependant vous les avoir assez démontrées, pour que vous ayez avec nous le désir de les réformer. Vous approuverez tous, j'en suis sûr, les améliorations que votre commission, d'accord avec M. le docteur Boulu, vous propose de tenter; mais voudrez-vous aussi bien les accomplir? Ferez-vous, comme il a déjà été fait cent fois lorsqu'il a été question de réformes, et donnerez-vous encore cette fois, comme toujours, à vos détracteurs, à vos ennemis, le droit de vous appliquer ces vers de Lafontaine:

> Ne faut-il que délibérer?
> La cour en conseillers foisonne;
> Est-il besoin d'exécuter?
> L'on ne rencontre plus personne.

Nous espérons que non!

Je vous l'ai dit, Messieurs, en commençant, et c'est par là que je termine. Il ne dépend que de nous d'améliorer notre sort; pour cela, il faut serrer nos rangs, il faut nous soutenir, nous aimer, nous aider les uns les autres.

Sans aucun doute, toutes ces réformes n'auront pas un effet immédiat, sans aucun doute nous n'arriverons pas d'un même coup à anéantir les charlatans, les homœopathes, les indignes de notre profession; mais du moins, nous en sommes sûrs, nous parviendrons à en diminuer le nombre, à décourager ceux qui seraient tentés de suivre cette mauvaise voie, et peu à peu nous élèverons au rang qu'elle doit occuper notre belle et utile profession.

Il ne me reste plus, Messieurs, qu'à me résumer. Je ne vous donnerai pas ici toutes les propositions par lesquelles votre commission terminait son rapport; vous avez cru devoir rejeter, après une longue et sérieuse délibération, celles qui ont pour but d'appeler les pharmaciens dans notre sein: quoiqu'intéressé dans la question, puisque j'avais l'honneur d'être votre rapporteur, je n'ai pas à les défendre de nouveau; je me contenterai de faire des vœux sincères, pour que chaque confrère fasse ce qu'a fait M. le docteur Boulu; qu'il apporte une pierre nouvelle pour servir à la construction de notre édifice social, regrettant, toutefois, que les propositions de notre honorable collègue n'aient pas rencontré un meilleur défenseur. Je vous demanderai seulement la permission de réfuter en deux lignes la plus grave objection qui a été faite aux mesures que votre commission vous proposait d'adopter. Le charlatanisme, disait notre très honoré président, M. le professeur Laugier, n'est qu'un effet, la cause est la concurrence illimitée. Il faut faire moins de médecins, et la profession moins encombrée deviendra plus honorable. Mais, Messieurs, avons-nous donc le pouvoir, nous médecins, de faire une loi pour entraver la liberté illimitée qu'a tout homme capable, présentant les garanties exigées, de réclamer un diplôme, c'est-à-dire le droit d'exercer la médecine.

J'avais pris pour épigraphe cette maxime de Montesquieu: « *Ce que l'on peut obtenir par les mœurs, il ne faut pas chercher à l'obtenir par les lois.* » Je la crois juste encore, même après la discussion de la Société. Je l'ai dit plus haut, et je le répète, parce que c'est ma pensée tout entière: c'est dans nous-mêmes, dans nos propres ressources que nous devons chercher les moyens d'améliorer notre sort, en attendant qu'un gouvernement paternel nous accorde la protection qu'une corporation aussi honorable que la nôtre a droit d'en espérer.

Voici les principales conclusions que vous avez adoptées:

1° Eviter en général d'ordonner des médicamens tout faits, tout préparés, qui se vendent dans les pharmacies sous le nom de leurs inventeurs, et, en conséquence, prendre l'habitude de toujours formuler la composition chimico-pharmaceutique des médicamens que nous prescrivons;

2° Prendre également l'habitude de formuler nos ordonnances à part des prescriptions, sur feuilles séparées, et engager les pharmaciens à ne pas les rendre aux malades, ou du moins à ne pas exécuter deux fois la même ordonnance, à moins qu'elle n'ait été signée et datée de nouveau;

3° Ne point admettre dans notre sein: 1° les homœopathes et autres charlatans; 2° ceux qui pratiquent l'homœopathie concurremment avec d'autres systèmes de traitement; 3° ceux qui consentent à avoir des rapports professionnels, ou qui se trouvent en consultation avec eux; 4° ceux qui servent de manteau à celui que la loi n'autorise pas à exercer la médecine; 5° ceux qui exercent sous l'inspiration de somnambules;

4° Nommer une commission de surveillance, sorte de conseil de discipline, qui aura pour mission de rechercher les cas d'exercice illégal de la médecine dans l'arrondissement.

5° Cette commission, qui représentera la Société tout entière des médecins du 1er arrondissement, devra se mettre en rapport avec les propriétaires des journaux de médecine, afin de les engager à ne pas accepter dans leurs feuilles des réclames, des annonces qui peuvent nuire aux intérêts du corps médical;

6° Cette commission, composée de trois membres, sera nommée chaque année, en même temps que le bureau de la Société, et ses membres seront rééligibles;

7° Engager les autres Sociétés d'arrondissement à suivre notre exemple, et à nommer dans leur sein une commission qui aura des fonctions analogues, afin que, se réunissant toutes ensemble et fonctionnant collectivement, elles puissent agir au nom du corps médical tout entier;

8° Demander qu'il y ait à la fin de chaque année une réunion générale de tous les membres des Sociétés d'arrondissement, dans laquelle chaque Société fera connaître publiquement, par l'organe de son président, le résultat des améliorations qu'elle aura pu accomplir dans l'intérêt de la profession;

9° Se mettre en rapport avec les autres Sociétés déjà créées dans quelques départemens, en leur adressant nos comptes-rendus annuels, et en leur manifestant le désir que la Société aurait de recevoir communication de leurs travaux en ce genre;

10° Enfin, faire connaître, par tous les moyens de publicité possibles, à toutes les Sociétés médicales, les conclusions de notre rapport et les résolutions que vous aurez prises,

Tel est, Messieurs, le compte-rendu de vos travaux pendant l'année 1852. Il ne répond peut-être pas entièrement à ce que vous aviez droit d'attendre du successeur de notre spirituel collègue, M. Foissac. Vous n'y aurez pas trouvé ce charme de style, ce luxe d'érudition qui distinguent entre tous les travaux de notre confrère; mais plus humble et plus modeste, comme il me convient du reste, au milieu d'hommes aussi éminens que ceux qui m'écoutent, j'ai dû chercher avant tout à être exact et vrai; j'ai dû me contenter de remettre sous vos yeux les discussions scientifiques les plus importantes, auxquelles vous vous êtes livrés; les communications d'intérêt pratique qui vous ont été faites; sans toutefois les accompagner de réflexions critiques trop étendues, afin de ne pas abuser des courts instans que vous pouvez me consacrer, et aussi pour ne pas dépasser les limites dans lesquelles se renfermait mon prédécesseur. Je me trouverai heureux, Messieurs, si mes efforts n'ont pas été au-dessous de votre attente.

Cette année-ci, Messieurs, comme les autres années, la Société tout entière s'est réunie en un banquet confraternel, et le nombre des convives a même été beaucoup plus considérable que dans les précédens banquets. C'est que nous commençons à recueillir les bienfaits de l'association, c'est que nous commençons à nous apercevoir que nous sommes tous membres d'une même famille, et que nous cherchons à nous mieux connaître, afin de mieux nous apprécier. Quel spectacle plus beau, plus réjouissant, en effet, que celui d'une réunion d'hommes mus par un seul et même sentiment, l'amour de l'humanité, jurant de consacrer leur vie au soulagement des souffrances humaines! C'est celui que vous présentiez, Messieurs, lorsque vous applaudissiez avec tant d'ardeur aux nobles sentimens que vous ont exprimés MM. Piorry, Laugier et Foissac. A voir votre élan, la joie qui brillait dans vos yeux, on eût dit un régiment d'élite électrisé par les paroles de ses chefs, impatient de marcher à la victoire.

Soldats de la science, gardiens de la santé publique, continuons à suivre la bannière que nous ont laissée nos pères, sur laquelle sont écrits

(1) M. Soubeiran vient de publier un mémoire sur les remèdes secrets, où se trouvent soutenues avec courage et talent les opinions qui ont été soumises aux délibérations de la Société; nous sommes heureux que notre voix se soit élevée en même temps que la sienne pour appeler l'attention du gouvernement sur de pareils abus.

(2) Une mesure récente de M. le préfet de police a déjà fait disparaître une partie de ces affiches sur les murs de Paris; espérons que cet honorable magistrat ne laissera pas cette mesure incomplète.

(3) Déjà les journaux politiques ne peuvent plus recevoir les annonces des somnambules. On nous assure même que bientôt ils ne pourront plus recevoir aucune annonce médicale ou pharmaceutique.

ces mots qui font notre force : savoir, dévoûment, honorabilité ; et nous vaincrons le charlatanisme, et nous remporterons la victoire pour laquelle nous combattons depuis si longtemps. Il nous sera donné un jour, soyons-en bien convaincus, d'éclairer la société sur ses véritables intérêts, et nous rendrons alors à l'humanité tous les services qu'elle a droit d'attendre d'hommes honnêtes et consciencieux.

Je ne terminerai pas, Messieurs, sans remercier, au nom de la Société tout entière, notre savant président, M. le professeur Laugier, de son assiduité à partager, à diriger nos modestes travaux, et sans féliciter également notre bien aimé secrétaire particulier, M. le docteur Mouzard, de la clarté et de l'exactitude de ses procès-verbaux. Enfin, Messieurs, votre secrétaire-général croirait manquer à ses devoirs, s'il omettait d'accorder, en votre nom, des éloges mérités à notre très honoré trésorier, M. le docteur Reis, dont les rapports annuels nous prouvent tout le soin qu'il apporte à l'administration de notre fortune.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 22 Décembre 1852. — Présidence de M. GUERSANT.

Cette séance a été entièrement remplie par la lecture de la seconde partie du rapport sur les travaux lus ou présentés par M. Broca à l'appui de sa candidature ; et par des scrutins d'élection.

M. le professeur Burggraeve a été élu membre correspondant,

Et M. Verneuil membre titulaire.

Addition à la séance du 15 décembre.

Nous reproduisons le résumé de M. LEBERT, qui devra servir de texte à la discussion qui doit s'ouvrir dans la séance prochaine sur la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques :

1° Les tumeurs fibro-plastiques sont constituées par un tissu cellulaire de nouvelle formation, semblable à celui de la vie embryonale. Le tissu fibro-plastique peut avoir une origine inflammatoire, être la base d'un travail hypertrophique, ou se former tout à fait spontanément.

2° Les tumeurs fibro-plastiques se composent d'un tissu mou, lobulé, d'un jaune rosé ; ou d'un tissu plus ferme, plus pâle, plus homogène ; ou enfin, du mélange d'un tissu gélatiniforme avec ces deux formes. Le siége de ces tumeurs est dans la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané ; dans la profondeur des membres, de la cuisse surtout ; dans les os, et ici de préférence dans les maxillaires ; et, enfin, dans les membranes du cerveau.

3° Les tumeurs fibro-plastiques des animaux domestiques offrent les mêmes caractères que chez l'homme.

4° Le tissu fibro-plastique, d'origine inflammatoire offre une disposition marquée à la transformation fibreuse ; il se rencontre de préférence dans les phlegmasies prolongées, dont il est à la fois le soutien et le produit.

5° La forme des tumeurs fibro-plastiques est lisse et lobulée, ronde ou aplatie, selon le siége, et elle affecte, dans les cas d'hypertrophie, l'aspect de l'organe malade ; elles sont généralement libres et bien circonscrites, mais sessiles et affectant la forme d'excroissances, si elles proviennent de l'os.

6° Ces tumeurs peuvent devenir très volumineuses, et dans les organes glandulaires, et sur le trajet des membres, surtout lorsqu'elles renferment beaucoup de tissu gélatiniforme. Elles sont ordinairement entourées d'une enveloppe fibro-celluleuse. Sur une coupe fraîche, on n'obtient, en général, qu'un suc clair, transparent ; celui-ci est trouble, lorsque des grumeaux, de petits lobules entiers se trouvent suspendus en lui. Outre les élémens cités plus haut, on y rencontre quelquefois un tissu d'un jaune pâle et tout à fait terne, d'autres fois des concrétions calcaires, et enfin des réseaux osseux, lorsque le mal provient du périoste.

7° Au microscope, on trouve des cellules à petits noyaux ronds ou ovoïdes et toutes les formes intermédiaires entre la cellule et la fibre, surtout beaucoup de corps fusiformes étroits ; les nucléoles sont toujours très petits. On y rencontre aussi de grandes cellules mères à noyaux multiples enroulés quelquefois de fuseaux, et constituant alors les globes fibro-plastiques.

8° Par rapport aux tissus voisins, les tumeurs fibro-plastiques se comportent comme les tumeurs fibreuses, les comprimant, mais ne se substituant point à eux ; tandis que le tissu cancéreux est ordinairement une véritable substitution. Leurs phases de développement possible sont les suivantes : dépôt local, accroissement lent et ensuite plus rapide, état phlegmasique, des hémorrhagies, une calcification partielle, le ramollissement, la formation de kystes, une ossification partielle, l'ulcération, et enfin, dans des cas rares, la gangrène.

9° Les deux sexes y sont également très disposés. Se rencontrant à tout âge, leur plus grande fréquence est cependant de 35 à 50 ans.

10° La récidive après l'opération a surtout lieu dans les tumeurs autogènes, et n'a point été observée dans l'hypertrophie fibro-plastique ; elle n'a point lieu, comme pour le cancer, dans des points éloignés ; elle est souvent causée par une opération incomplète. Malgré leur opiniâtreté quelquefois bien grande, de revenir sur place, elles laissent la santé générale intacte. Dans des cas rares enfin, il se développe une véritable diathèse fibro-plastique ; fait qui s'observe, du reste, également pour les tumeurs fibreuses, graisseuses, névromateuses, mélaniques, etc.

11° L'unicité et la nature locale des tumeurs fibro-plastiques comme règle ont été confirmées ; outre les autres preuves apportées par vingt-six autopsies complètes que nous possédons, bien que dans la plupart de ces faits la maladie fût arrivée à son terme naturel, nous possédons de plus un bon nombre de faits d'une guérison complète et durable après l'opération, tandis que nous n'en connaissons point pour le véritable cancer.

12° La durée est bien autrement chronique que pour les affections cancéreuses, et à part quelques cas à marche plus rapide, elle met bien plus souvent de cinq à dix ans de temps même lorsqu'elle devient funeste, qu'un temps plus court ; tandis que la durée moyenne du cancer dépasse à peine deux ans et demi. Les faits ne sont pas même rares, dans lesquels ces tumeurs ont persisté pendant vingt ans et au-delà sans inconvéniens graves. Souvent, après une marche pendant longtemps très lente, les accidens et l'accroissement deviennent assez promptement plus graves.

13° Les douleurs sont très rarement vives et continues ; du reste, le plus souvent névralgiformes, comme dans d'autres tumeurs. Les troubles fonctionnels sont généralement en rapport avec le siége. La santé générale dans l'immense majorité reste intacte, sauf les cas exceptionnels d'infection fibro-plastique très générale, et ceux où un mal local s'est terminé par une vaste ulcération.

14° Le pronostic des tumeurs fibro-plastiques est bien meilleur que celui du cancer. La curabilité y est la règle. Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire est d'autant meilleur dans son issue probable, qu'il présente davantage la tendance de passer à l'état fibreux. L'hypertrophie fibro-plastique comporte également un pronostic favorable. C'est un mal local, peu ou point disposé aux récidives, qui ne peut devenir grave que par son siége, son étendue et une vaste ulcération. La kéloïde est également un mal peu grave, malgré son opiniâtreté à récidiver sur place après les opérations. Les tumeurs fibro-plastiques d'origine spontanée tendent surtout aux récidives sur place lorsqu'elles siégent à la superficie du corps, sous la peau et dans les os. La possibilité de l'infection générale doit être présente à l'esprit du chirurgien, mais comme une éventualité et non comme un fait probable. Les tumeurs fibro-plastiques des méninges, enfin, tuent par le cerveau, tout en restant un mal local.

15° Le traitement de ces tumeurs doit commencer par l'usage prolongé des préparations iodurées, lorsqu'il s'agit d'une origine syphilitique ou d'un mal simplement hypertrophique. L'extirpation, lorsqu'il faut pratiquer une opération, est la règle ; les caustiques énergiques sont à tenter contre les tumeurs superficielles de petite dimension.

Il faut toujours pratiquer les opérations très largement dans ces cas, soit que l'on opère dans les parties molles, soit que l'on ait affaire à des tumeurs provenant d'un os. L'amputation est nécessaire dans les tumeurs profondes des membres qui envoient des prolongemens dans des parties difficiles à disséquer.

L'autoplastie, dans les opérations d'une étendue moyenne et à siége superficiel, doit trouver une large application pour substituer des parties complètement saines à des cicatrices disposées à donner lieu aux récidives. L'application énergique du fer incandescent est nécessaire là où des tumeurs superficielles sont trop étendues pour permettre une réparation autoplastique.

Un traitement ioduré, enfin, serait à tenter, après les opérations, comme moyen prophylactique des récidives et de l'infection générale.

PRESSE MÉDICALE.

Bulletin général de thérapeutique. — Nos de Septembre et d'Octobre.

De la cautérisation sulfurique appliquée aux arthrites chroniques et aux névralgies ; un mot sur l'action de l'ammoniaque dans ces dernières affections ; par M. LEGROUX, médecin de l'hôpital Beaujon.

Depuis plus de dix ans, dit M. Legroux, à l'instigation de M. Mayor, à qui j'avais entendu vanter les bons effets de la cautérisation sulfurique, j'ai substitué ce caustique au fer rouge, dans le traitement des arthrites chroniques, et plus récemment j'en ai étendu l'application aux névralgies. La cautérisation transcurrente par l'acide sulfurique est simple et facile ; elle n'effraie pas le malade comme le cautère actuel. La douleur qu'elle produit, bien que parfois assez vive, est lente et graduelle, très supportable, et peut d'ailleurs être calmée facilement par les applications fraîches. Il est facile d'en limiter la profondeur à la superficie du derme, et dans ce cas elle ne laisse pas de cicatrice appréciable ; ce qui en permet l'emploi sur les parties exposées à la vue.

L'application de ce caustique est facile et n'exige aucune préparation. M. Legroux se sert habituellement d'acide sulfurique concentré ; mais peut-être serait-il bon de l'étendre si l'on voulait n'agir que superficiellement sur une peau fine, et surtout chez des enfans. Un pinceau fait avec de la ouate, enroulée sur l'extrémité d'une baguette, lui sert de véhicule. Le volume de ce pinceau est proportionné à la largeur de la traînée que l'on veut produire ; son diamètre varie de quelques millimètres à quelques centimètres, et plus s'il y a lieu. Il est trempé dans l'acide et légèrement abstergé sur un linge, afin qu'il ne laisse pas, dans son trajet sur la peau, une couche trop épaisse d'acide, dont les effets seraient trop profonds. Il est ensuite promené sur la partie que l'on peut cautériser, assez rapidement pour ne laisser sur la peau qu'une légère humidité. Comme ce pinceau s'épuise du liquide qu'il contient, à mesure qu'il s'éloigne du point d'application, il est toujours indiqué de ne presser que très peu en commençant, et d'augmenter graduellement la pression afin d'exprimer une suffisante quantité de caustique sur toute la ligne qu'on lui fait parcourir. Si l'on s'aperçoit que la fin du trajet parcouru par le pinceau n'est pas suffisamment humectée, on la repasse de nouveau en rétrogradant avec le pinceau.

Le nombre de *traînées de cautérisation*, leur longueur et leur largeur varient suivant les localités et la nature de la maladie. Aux articulations, dans les cas d'arthrites chroniques, c'est sur les points les plus pourvus de parties molles et où le gonflement est le plus marqué, que le pinceau est appliqué. Au genou, M. Legroux fait ordinairement, sur les côtés de l'articulation, deux ou trois traînées de 1 cent. de largeur environ, et dépassant de quelques centimètres, en haut et en bas, le niveau des parties tuméfiées. Aux petites articulations des mains, aux articulations métacarpo-phalangiennes, qui deviennent, dans les rhumatismes chroniques, le siége d'une inclinaison analogue à celles des nageoires de poisson, il trace avec un pinceau de quelques millimètres de petits sillons entre les articulations.

Sur le trajet du nerf sciatique, une longue traînée est faite à l'aide d'un gros pinceau, le long de la partie postérieure de la cuisse. D'autres *traînées* moins larges sont faites sur les différens points de la jambe et du pied où la douleur se fait sentir.

On conçoit que, suivant l'abondance des parties molles sous-jacentes, suivant que les parties sur lesquelles l'on opère sont habituellement nues ou couvertes de vêtemens, on a intérêt à agir plus ou moins superficiellement, afin d'éviter, dans certains cas, des cicatrices difformes.

Après la cautérisation, M. Legroux recouvre les parties avec de la ouate, et si la douleur devient un peu vive, avec des compresses trempées dans l'eau froide.

Les effets de cette cautérisation sont les suivantes : sur la ligne touchée par le pinceau, l'épiderme blanchit ou jaunit légèrement, s'affaisse et se parcheminé ; une vive rougeur, qui disparaît dans l'espace de quelques heures, borde les parties cautérisées ; un sentiment de prurit ne tarde pas à se manifester ; il augmente et devient cuisson ou sensation de brûlure plus ou moins vive, dont l'intensité varie suivant la profondeur de la cautérisation, suivant la sensibilité individuelle, mais qui cependant est toujours supportable, et dont la durée varie de quinze à vingt minutes, à une ou plusieurs heures.

Si la cautérisation est superficielle, l'épiderme parcheminé prend une teinte jaunâtre, qui brunit ensuite ; il se rétracte et se détache, au bout de deux ou trois septenaires, sous forme de squammes plus ou moins larges, laissant sous lui une bande rouge, avec induration légère de la peau. Le caustique a-t-il pénétré plus profondément, l'épiderme devient un peu croûteux, brunit davantage, et se détache plus lentement ; sa séparation des parties saines est quelquefois marquée par une ligne ulcéreuse, d'un rouge vif, mais sans suppuration appréciable ; il se détache sous formes de squammes brunes, et plus épaisses que dans le cas précédent, ou même sous forme de croûtes.

Après son élimination, les parties cautérisées restent rouges, indurées ou ulcérées et suppurantes. La cicatrisation de ces dernières s'opère lentement ; le travail d'élimination des escarres superficielles s'accompagne d'une inflammation assez vive, qui nécessite l'emploi des cataplasmes.

Tant que les parties cautérisées ne sont pas exposées à l'humidité, elles restent sèches ; il n'y a pas de suppuration appréciable ; ou bien le pus qui transude forme croûte en se desséchant ; mais lorsque l'épiderme est amolli par des bains, des cataplasmes, ou même des sueurs abondantes, il se sépare et se détache plus rapidement, laissant, après son élimination, une surface qui suppure.

Après la cicatrisation complète avec ou sans suppuration, la peau est sillonnée par une bande rouge, plus ou moins saillante et indurée, qui s'affaisse et se décolore graduellement : Alors suivant que le caustique a plus ou moins profondément agi, les points cautérisés n'en conservent aucune trace, ou bien sont marqués par un sillon blanchâtre, lisse et superficiel, ou enchassé dans l'épaisseur du derme. N'ayant jamais traversé la peau avec ce caustique, M. Legroux n'a pas observé de cicatrice froncée.

Quelle que soit la maladie, arthrite chronique ou névralgies anciennes comme récentes, auxquelles M. Legroux a opposé ces moyens, *le premier effet thérapeutique observé a été constamment un soulagement immédiat ; la disparition plus ou moins complète de la douleur.*

Dans les arthrites chroniques, et spécialement celles du genou, il est indispensable de joindre à la cautérisation l'immobilité absolue de l'articulation, en plaçant le membre dans une gouttière convenablement garnie.

Lorsque l'articulation n'est pas gravement compromise, ou bien quand après une ou plusieurs cautérisations, le dégorgement en est en partie effectué, M. Legroux remplace assez ordinairement la gouttière, par un bandage dextriné, sous lequel s'opère avec facilité la cicatrisation des *traînées* de cautérisation, cet appareil a l'avantage de fixer l'articulation dans l'immobilité, en même temps qu'il permet au malade de sortir du lit, de faire des mouvemens, de marcher même, sans compromettre le succès du traitement (circonstance favorable à la conservation de la santé générale, qui pourrait souffrir de la position horizontale prolongée).

Dans les arthrites chroniques, il est souvent indispensable de revenir plusieurs fois à la cautérisation, soit que la résolution devienne languissante ou s'arrête, soit que l'inflammation se réveille. La réapplication des caustiques est chaque fois suivie des mêmes effets. De même quand la névralgie n'a pas cédé complètement à une première cautérisation, ou quand les douleurs s'éveillent partiellement sur le trajet du nerf ou de ses divisions, il est nécessaire de les combattre par de nouvelles applications, faites sur le trajet de la douleur même.

M. Legroux appelle encore l'attention sur la vésication ammoniacale comme moyen de traitement de la névralgie faciale. Dans un cas où il voulait provoquer une vésication rapide afin de faire pénétrer la morphine par la voie endermique, il a vu la douleur être enlevée, même avant la vésication et celle-ci en compléter la disparition. Depuis, il a poursuivi des douleurs de ce genre, par le même moyen, des rondelles de drap trempées dans l'ammoniaque liquide, et il est parvenu à enlever la douleur, même sans vésication. Il se demande si dans les douleurs fixées sur le trajet des gros nerfs, on ne pourrait pas remplacer la cautérisation sulfurique par l'irritation ammoniacale.

COURRIER.

CONCOURS POUR L'EXTERNAT. — Voici les noms des externes des hôpitaux nouvellement nommés :

MM. Baillon, Costa, Dubarry, Guyon, Audain, Aviolat, Collineau, Danner, Defoville, Tamarelle-Mauriac, Allard, Bortin, Bonfils, Chairon, Dayot, Desvouges, Gibert, Passier, Pinel (Ch.-Ph.), Verjon, Warmont, Moilin, Salva, Sudry, Blondet, Colvis, Hureau, Mangin, Meynier, Albanel, Bourgarel, Doyen, Godat, Gueneau, Lecadre, Martinez, Turel, Roussel, Silvestre, Chaloon, Dublanc, Tripier, Bayon, Collois (Ph.), Delaunay, Dexant, Dosias, Dumolin, Fichaux, Mandard, Martin, Rendu, Robinet, Smyltère, Adeline, Barnichon, Bedane, Boyer, Devers, Guelle, Guiffart, Nélaton, Collin (Ch.-A.), Boncour (Paul), Rémond, Rigodin, Baudouin, Blavette, Bourcier, Buisson, Dauvé, Despaignet, Fillarter, Forestier, Jacquier, Lafosse, Moreau (Nicolas), Poupelard, Rouyer, Taguet, Ducourssière, Delatte, Delclaux, Dutournier, Feron, Gellé. Guillemin, Lecuire, Larquier, Luthon, Pératé, Pillon, Siredey, Camus, Destival, Dugué, Fleuriot, Hardy, Mariglier, Moret, Poizat, Aimé, Bureau, Collin (F.-H.), Dieudonné, Faulcon, Lorquin, Motel, Pélissié, Raoux, Th. de Closmadeuc, Touzelin, Vanvers, Vimont, Bocquet, Bonnet, Bourdin, Bribant, Bulard, Chapin, Drouet, Laisne, Lepage, Moreau (Fr.), Mousteu, Pana, Quentin, Videau, Amblard, Besnard, Dumoutiel, Giraud, Goeman, Hornhortel, Morel, Pepin, Pinel (Ch.-A.), Cintrat, Cazelles, Créquy, Gaymard, , Guerlot, Le Bocey, Leuduger-Fortmorel, Noizet, Petit, Souesme, Soutflet, Bertrand, Caudron, Durian, Elleaume, Forget, Frizon, Giron-la-Nauze, Jauwicz, Japin, Marcotte, Maubon, Menault, Mercier (J.), Minard, Montou, Peyreau, Aichet, Saurel, Séjournet, Vibert, Barraud, Boutin, Delorme, Dubois (Ange), Fauvelle, Lesage, Mauvais, Méjensac, Tainturier (H.), Barillier, Bergeret, Boquin, Fontgour, Hoffmann, Lancelin, Mercier (J.-B.), Métenier, Noëlas, Persiat, Poirré, Rougedemontant, Saljon, Corbin, Desfossez, Duplomb, Laignien, Langenhagen, Magitot, Reboul, Reynault, Vermont, Badoux, Bazille, Favene, Jollet, Motheré, Siry, Témoins.

CONCOURS POUR LES PRIX DE L'EXTERNAT. — *Prix des externes* : M. Garreau. *Accessit* : M. Tarnier. — *Mentions honorables* : MM. Lefort et Bailly.

AVIS.

L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, pour 1853, paraît demain mercredi.

La distribution en sera faite à MM. les souscripteurs mercredi, jeudi et vendredi.

MM. les médecins et pharmaciens non souscripteurs pourront se les procurer dès vendredi matin, au Bureau du Journal, 56, rue du Faubourg Montmartre, et chez M. Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 3 fr. 50 c.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome VI. — N° 156. **SIXIÈME ANNÉE.** **Jeudi 30 Décembre 1852.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens.

1 An.............	32 Fr
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAUX D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, N° 56.
DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
On s'abonne aussi,
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Nationales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal, à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs des départemens pour six mois et pour un an, dont l'abonnement finit le 31 décembre prochain, sont prévenus que la traite pour le renouvellement leur sera présentée à domicile dans le mois de janvier. Afin de nous éviter des frais considérables de retour, ils sont priés de donner des ordres en conséquence, en cas d'absence.

MM. les Souscripteurs de trois mois qui veulent éviter tout interruption dans l'envoi du journal, sont priés de renouveler leur abonnement avant le 1er janvier, soit par un mandat sur la poste, soit par la voie des Messageries et du commerce.

La quittance sera présentée au domicile de nos Souscripteurs de Paris.

PARIS, LE 29 DÉCEMBRE 1852.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a dignement clos la session de 1852 par un très bon rapport de M. Bouchardat, sur les travaux de M. Aubergier, de Clermont, relatifs à la culture du pavot indigène, dans le but d'en récolter l'opium. Il résulte de ces travaux persévérans, auxquels la commission, dont M. Bouchardat était l'organe, a pleinement rendu justice, que l'agriculture peut s'enrichir aujourd'hui avec chance de bénéfices et de succès, d'une nouvelle culture productive. L'analyse chimique et l'expérience clinique ont démontré que l'opium indigène est aussi riche en morphine que le meilleur opium d'Orient, et que ses vertus thérapeutiques sont au moins égales. On aura toute confiance en ces résultats cliniques, quand on saura qu'ils ont été obtenus, par une expérimentation faite sur une grande échelle, par MM. Rayer et Grisolle. C'est là un résultat considérable, et qui fait le plus grand honneur à M. Aubergier, dont les études, les recherches, les expérimentations ont conduit cette entreprise à si heureuse fin.

M. le docteur Hérard a lu une observation des plus intéressantes, et sans analogue dans la science, de *purpura febrilis*, dans laquelle l'analyse du sang n'a donné aucune trace de fibrine. Nous publierons ce fait remarquable dans notre prochain numéro.

Dans un rapport concis, mais substantiel, M. Pâtissier a rendu un juste hommage aux travaux de M. Durand-Fardel, sur l'action thérapeutique des eaux de Vichy.

En somme, séance modeste, mais utilement remplie.

Amédée LATOUR.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ABLATION DE LA PREMIÈRE PHALANGE DU POUCE, NÉCESSITÉE PAR UNE LÉSION ORGANIQUE; — GUÉRISON; — EXAMEN DU MEMBRE MUTILÉ TROIS ANS APRÈS L'OPÉRATION; par le docteur VERNEUIL, prosecteur de la Faculté.

L'observation que je livre à la publicité est intéressante sous deux rapports; en premier lieu, elle fournit un exemple de l'extirpation complète d'un os malade, puis elle permet de juger la valeur d'une opération peu commune à l'aide de renseignemens recueillis longtemps après la guérison.

Il serait à désirer que la physiologie pathologique des mutilations pratiquées par la nature ou par les chirurgiens fût toujours ainsi complétée; M. Malgaigne, auquel la médecine opératoire doit une impulsion nouvelle, insiste beaucoup sur cette nécessité, et il a donné l'exemple de recherches destinées à apprécier définitivement les opérations chirurgicales, en les jugeant par leurs résultats ultérieurs et par le bénéfice qu'en retirent les opérés.

J'ai entrepris, dans cette direction, des études qui, tout incomplètes qu'elles soient encore, m'ont attiré quelqu'approbation. J'ajouterai que je dois le fait qu'on va suivre à l'obligeance de mon ancien chef, M. Manec, chirurgien de la Salpêtrière, qui a bien voulu me permettre de le recueillir dans son service.

La nommée Tartouillet, âgée de 30 ans environ, d'une constitution assez débile, est affectée depuis longtemps d'une cécité complète, elle est couchée dans la division de Saint-Charles, à la Salpêtrière. En 1849, elle se heurta violemment le pouce de la main droite contre le couvercle d'une caisse. Le doigt devint le siége d'un gonflement progressif assez considérable, accompagné de douleurs vives et de gêne dans les mouvemens. Cet état durait depuis quelque temps lorsqu'elle se décida à aller consulter M. Manec, qui la fit entrer dans son service, à la salle Saint-Antoine. Des abcès se formèrent, restèrent fistuleux, et l'on put constater la dénudation de l'os et la formation d'un séquestre. La chute de l'os nécrosé se faisant attendre plusieurs mois, et l'état des parties molles s'aggravant, M. Manec entreprit de faire l'extirpation de la première phalange du pouce, en conservant la phalange unguéale et les tendons qui s'y insèrent. A l'aide d'une incision pratiquée le long du bord de l'os malade, on extirpa deux fragmens osseux que la malade conserve avec soin et qui représentent la presque totalité de la phalange; une partie de celle-ci a disparu par suite de l'ostéite.

L'opération, habilement pratiquée, n'entraîna pas d'accidens ; néanmoins la cicatrisation complète se fit assez longtemps attendre; peu à peu la phalange unguéale se porta vers le premier métatarsien, et les mouvemens reparurent dans le pouce mutilé au commencement de 1852. On put craindre une récidive de l'ostéite dans les os voisins ; deux abcès se formèrent sur la face dorsale de la main, au niveau du premier espace interosseux et du deuxième métacarpien ; heureusement ces collections une fois vidées, se cicatrisèrent sans peine, et depuis lors il n'est survenu aucun nouvel accident fâcheux.

Voici dans quel état nous trouvons le membre en décembre 1852, trois ans au moins après l'opération : le pouce est de 3 centimètres environ plus court que l'autre; il est en même temps plus volumineux, mais il a conservé sa rectitude, c'est-à-dire que la phalange unguéale n'est déviée dans aucun sens. On voit vers la partie interne du pouce la cicatrice de l'incision qui a été pratiquée.

Les plis palmaires qui correspondent aux deux articulations de ce doigt sont très rapprochés, et la pulpe digitale semble diminuée de longueur. En saisissant le pouce avec les deux mains, on constate que la phalange unguéale et le premier métacarpien sont à peu près au contact; on ne peut guère les écarter par la traction, mais on peut néanmoins produire des mouvemens de latéralité dans tous les sens, dans l'articulation nouvelle. Les os ne sont donc pas soudés, mais la solidité n'en est pas moins considérable.

Le pouce est habituellement dans un léger degré d'extension, mais la phalange unguéale peut se mouvoir sous l'influence de la volonté, assez faiblement il est vrai. Les mouvemens d'abduction, d'opposition, en un mot tous ceux qui se passent dans l'articulation trapézo-métacarpienne ont conservé leur étendue et leur précision ; malgré sa brièveté, le doigt peut s'opposer successivement aux quatre autres ou saisir les objets entre son extrémité et le bord radial de la première phalange de l'index. L'opposition du pouce, et la préhension des objets qui en est le résultat est transmise par le membre mutilé avec une énergie presque égale à celle du pouce sain. La malade fait son lit et saisit les objets sans aucune gêne, sans aucune douleur; elle peut tenir une aiguille, faire de la charpie, filer; en un mot retenir des corps très ténus avec force et précision. Malgré son état de cécité qui la prive indirectement du bénéfice de l'opération, elle se félicite vivement de la conservation d'un organe qui lui est encore très utile.

Feuilleton.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Bonne année! Bonne année!

Pour vous d'abord, fidèles et bien-aimés lecteurs, qui depuis six ans encouragez nos efforts. Bienveillance inspire gratitude, et la nôtre pour vous est vive et profonde. Que le vent de la prospérité souffle dans vos voiles! Pour vous, pour vos familles, pour vos amis, santé et plaisir. Je dis plaisir et non bonheur, car le bonheur est la chimère humaine, et vous êtes trop sages pour courir après une chimère. J'écris santé avant toutes choses, car, Charron vous l'a dit: sans la santé le mérite même s'évanouit. Qui le sait mieux que vous, observateurs compatissans de toutes les infirmités humaines! L'anéantisement des plus fiers courages, les faiblesses des plus robustes esprits, les défaillances des plus fortes âmes, sous l'étreinte de la douleur et de la maladie, sont des spectacles qui vous sont familliers. C'est bien pour le médecin qu'il n'y a pas de héros. Que le bon Dieu vous accorde donc ce plus précieux de tous les biens et que la plupart des hommes, sans en excepter même les médecins, dissipent follement en dépenses excessives. Avec lui vous pouvez espérer quelques momens de plaisir, qui n'est plaisir que s'il est rare, court, fugitif, seules conditions dont puisse jouir notre nature infirme, bornée jusque dans ses jouissances, et si facilement accessible à ce mal propre à l'homme, l'ennui.

A vous, amis que j'aime et qui m'aimez, vous dont le nom s'échapperait volontiers de ma plume impatiente et qu'il faut taire par scrupule et par convenance, à vous amis, après la santé, après le plaisir, je souhaite ce qu'il y a de plus désirable en ce monde, le contentement de votre position présente, l'absence de toute idée inquiète et envieuse, des désirs sages et bornés, l'éloignement de toute passion haineuse, l'amour du vrai, du beau, du bon et de l'honnête, sentimens des âmes délicates, source de pures et d'intarissables jouissances.

A vous, ennemis que je ne peux haïr, malgré vos injustices, à vous qui trouvez à reprendre jusqu'au calme et à la simplicité de ma vie laborieuse, je souhaite la sérénité d'esprit et de conscience que j'éprouve en pensant à vous, à vos attaques, aux tristes expédiens auxquels vous réduisent vos passions malheureuses.

A la presse médicale ancienne et nouvelle, à celle qui se modifie comme à celle qui se transforme, à nos vieux confrères en journalisme comme aux nouveau-venus, salut, succès, grand nombre d'abonnés, satisfaction complète du caissier, et vous trouverez bon que dans ce vœu, je n'oublie pas celui de l'UNION MÉDICALE, qui, par des motifs très légitimes, m'intéresse à plus d'un titre.

A notre Faculté de médecine, je souhaite l'inspiration d'en haut pour le choix des candidats à présenter à la nomination du ministre pour occuper les chaires vacantes dans son sein.

A son savant doyen, M. P. Dubois, je souhaite un décanat paisible, une administration à l'abri de tout orage et comme elle convient à sa nature quiète, ennemie du mouvement et du bruit.

A tous ses professeurs, grand succès dans l'enseignement, et concours empressé d'élèves studieux.

A M. Andral, le courage et la persévérance pour mener à bonne fin ce cours d'histoire de la médecine, cours professé pour la première fois dans notre Faculté, que lui seul peut-être pouvait entreprendre, et dont les premières leçons, publiées dans ce journal, quoique forcément réduites à une analyse concentrée, mais intelligente, obtiennent un grand succès, agrandissent l'auditoire du savant professeur, et commencent la réputation du jeune et modeste confrère qui a bien voulu se charger de ce travail difficile.

A vous, Monsieur Bouillaud, l'épanouissement sur ce front soucieux de quelques idées riantes.

A vous, Monsieur Piorry, un décret impérial qui rende officiel et obligatoire l'emploi de votre nomenclature, qui supprime le mot *maladie* du lexique médical, pour lui substituer celui plus euphonique d'*organo-pathie*.

A vous, Monsieur Roux, vénérable Nestor de la chirurgie française, je souhaite la réalisation de la nouvelle qui circule et qui serait accueillie avec une satisfaction universelle, autant à cause de la sympathie qu'inspirent la noblesse et l'aménité de votre caractère, qu'en reconnaissance des éminens services que vous avez rendus à la science; je veux parler de votre élévation à la dignité de sénateur, qui serait, assure-t-on prochaine. Pourvu que cette élévation vous arrive sans la condition noblement refusée par M. Double, la science et la profession médicale s'enorgueilliront de la haute distinction qui vous est légitimement accordée.

A vous, Monsieur Orfila, je souhaite........ Mais je commettrais une indiscrétion en formulant mon vœu. J'attendrai donc la communication officielle que vous voulez faire vous-même d'un acte sur lequel je suis impatient d'attirer la gratitude publique.

Académie de médecine, je vous souhaite l'éclat, l'animation et l'intérêt de vos séances de l'année qui finit; je vous souhaite une dotation plus riche au budget, des legs nombreux et considérables, des choix irréprochables, des questions de prix accessibles et en rapport avec les récompenses que vous accordez; que vous soyez toujours présidée par des hommes aussi dignes que M. Mélier, aussi aimables que M. Bérard; que vous gardiez longtemps votre secrétaire perpétuel, l'activité, le zèle incarnés, sans compter le talent, ce qui ne gâte rien; que l'ardeur de plusieurs de vos membres se ranime; que MM. Chomel, Rostan, Magendie, Jobert, Andral, Bouillaud, Cruveilhier, et tant d'autres dont la participation jetterait un si grand lustre sur vos travaux, viennent se mêler à vos discussions, et faire des rapports. Quel bien vous pourriez faire, Académie de médecine! Quelle impulsion vous pourriez donner à la science! Quelle rénovation vous pourriez opérer de la critique scientifique qui se meurt! Tout cela, je vous le souhaite, et croyez-le, c'est le vœu d'un de vos amis sincères.

A vous tous, praticiens des villes et des campagnes, praticiens des

C'est là, on peut l'affirmer, le résultat le plus satisfaisant qu'il soit possible d'obtenir en pareil cas.

Qu'il me soit permis d'ajouter quelques remarques relatives à ce genre d'opérations. Préoccupés du rôle important que joue le pouce dans le mécanisme de la préhension et du toucher, les chirurgiens se sont, depuis longtemps, efforcés de ménager le plus possible les os qui le composent. Indépendamment de la résection des extrémités articulaires dans les luxations compliquées de ce doigt, on a encore pratiqué dans les cas de lésions organiques la résection des surfaces diartrodiales de l'articulation métacarpo-phalangienne (Gœch, Bobe, Evans, Textor, Fricke, cités par Lisfranc, *Méd. opérat.*, t. II, p. 556. 1846).

D'une autre part, on a observé plusieurs fois la chute complète d'une phalange nécrosée; et Vigaroux a extirpé, dans un cas de ce genre, la seconde phalange de l'indicateur.

Ces opérations, indiquées par la nature, nous paraissent très avantageuses, quand il est possible de ménager les tendons qui meuvent les phalanges qu'on se propose de conserver.

L'extirpation de la première phalange du pouce n'avait pas encore été pratiquée à ma connaissance. Le résultat présente ceci de particulier, que la configuration des surfaces diarthrodiales de la phalange unguéale et de la tête du métacarpien correspondant, leur permet de constituer une articulation nouvelle presque normale.

Comme procédé d'amphithéâtre, elle est d'une exécution facile, car il ne s'agit que de ménager deux tendons facilement isolables. Dans les cas pathologiques, le gonflement des parties molles pourrait, il est vrai, augmenter les obstacles; mais si les os sont cariés ou fractionnés en séquestre, on a quelquefois seulement quelques fibres ligamenteuses à diviser ou bien quelques pièces peu adhérentes à extraire.

Quoique Vigarous annonce que, dans l'opération pratiquée sur l'annulaire, l'os s'était reproduit et la guérison avait eu lieu au bout de trente jours, il ne faudrait en général guère compter ni sur l'un ni sur l'autre de ces résultats, qui ont fait défaut dans le cas que je viens de citer.

Le procédé mis en usage par M. Manec a été très simple : une seule incision vers le bord interne du pouce a suffi pour extirper les fragmens osseux. C'est, en effet, en attaquant par les faces latérales les phalanges, qu'on arrive le plus aisément à ménager les tendons; cependant, si une seule incision ne suffisait pas, on pourrait ou appliquer la modification de M. Malgaigne à l'incision unique, ou pratiquer deux incisions latérales, comme le propose Lisfranc (*Médecine opératoire*, t. II, p. 558, qui décrit ainsi le mannel opératoire : « Quand on » veut enlever complètement une phalange, on pratique deux » incisions latérales étendues à 5 ou 7 millim. et demi au-» dessus et au-dessous des articles qu'on va sacrifier, après » avoir convenablement disséqué les tissus et écarté les ten-» dons, on désarticule des deux côtés, puis on détache l'os du » reste des parties molles qui lui adhèrent encore. »

Le choix du procédé dépendra évidemment de la nature, de l'étendue de la lésion; c'est ainsi qu'il serait également possible de réséquer ou de ruginer les surfaces qui s'articulent avec la phalange malade, si elles participaient à la maladie.

THÉRAPEUTIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES ADÉNITES SUPPURÉES ET PARTICULIÈREMENT DU BUBON;

Par M. BONNAFONT, chirurgien principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, etc.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

L'emploi du séton filiforme, à travers les adénites inguinales, n'est pas nouveau. Nous lisons dans le savant mémoire, que M. Larrey, premier professeur au Val-de-Grâce, a présenté à l'Académie il y a quelque temps, sur l'adénite cervicale, ce qui suit : « Le séton employé par M. Lavanier, de Toulon, dans le traitement de quelques adénites inguinales, consiste à traverser la glande avec un fil ou avec plusieurs fils en différens sens. Si la tumeur est assez considérable ou multiple, on laisse les fils en place pendant quelques jours, et on les renouvelle au besoin. La suppuration qui s'établit dans le trajet de chacun de ces fils, produit le dégorgement du tissu glanduleux; et selon M. Velpeau, l'absorption moléculaire ou interstitielle de la tumeur continue à se faire sans interruption. »

Il est évident, d'après ce que nous venons de lire que le séton n'a été proposé par M. Lavanier que comme moyen préventif de la suppuration, puisqu'il n'est question de l'employer que contre les adénites qui ne sont pas encore parvenues à l'état de maturité. Ce mode opératoire s'éloigne donc trop de celui que nous proposons, pour qu'il puisse y avoir entr'eux un grand degré de parenté.

Nous avons dit tout à l'heure combien il importait, pour le succès de l'opération, que la piqûre de l'aiguille se fit à son entrée et à sa sortie à un centimètre de la périphérie inflammatoire de la peau. Voici comment nous avons été conduits à ce principe : lors de nos premiers essais, nous employions une aiguille courbe à suture, avec laquelle nous traversions le bubon dans sa partie la plus saillante. Quelques succès nous encouragèrent à continuer. Mais, après la guérison de l'abcès, il restait de petits ulcères chancreux développés sur chaque piqûre. Bien que ces petites ulcérations eussent guéri assez facilement par l'influence du traitement auquel le malade était soumis, ce n'était pas moins une complication qu'il importait d'éviter. C'est alors que nous eûmes l'idée, encouragés que nous étions par les succès obtenus, de nous servir d'une aiguille plus longue, et de n'intéresser la peau que dans sa partie voisine. Notre espoir ne fut pas trompé; car, depuis que nous procédons ainsi, ce n'est que dans les proportions de un sur dix à peu près, que les piqûres qui donnent passage au pus, prennent le caractère de petits chancres bénins, dont l'étendue atteint rarement la dimension d'une pièce de 20 centimes, et dont la guérison est le plus souvent rapide. Nous devons aussi signaler un fait assez important, et qui, renouvelé sur trois malades, prouve évidemment l'efficacité du mode opératoire que nous proposons. Trois bubons avaient été ouverts par le séton, lorsque, par inadvertance ou maladresse, la mèche fut enlevée. Les deux petites ouvertures s'étant obstruées, le pus, s'accumulant dans ce foyer, ne tarda pas à se faire jour à travers la peau qui se trouvait considérablement amincie, même avant l'opération. Eh bien! les deux piqûres, faites sur la partie de la peau saine, se sont cicatrisées tout simplement, bien que le pus du bubon y eût passé pendant trois ou quatre jours; tandis que l'ouverture spontanée faite sur les tégumens qui formaient la paroi antérieure du bubon, s'est ulcérée et a revêtu les caractères du chancre.

Il est facile de comprendre, maintenant, d'après les résultats comparatifs que nous venons de signaler, que plus l'ouverture faite à un bubon pour donner issue au pus est grande, plus on est exposé à voir les bords de l'incision ou de la cautérisation, n'importe, affecter le caractère chancreux.

Un mot maintenant sur la compression, et c'est là que nous terminerons cette note.

Dans ces derniers temps quelques praticiens, et entre autres M. Fergusson, médecin en chef de l'armée anglaise, avaient beaucoup vanté la compression du bubon appliquée à toutes les phases de la tumeur pour obtenir sa résolution.

Bien que la compression soit un des plus puissans modificateurs des maladies chirurgicales, son application demande une grande prudence et ne peut, selon nous, constituer qu'une médication exceptionnelle quant aux adénites inguinales. Employée contre les bubons franchement inflammatoires et encore à l'état d'induration, elle augmente les accidens tout en provoquant des douleurs intolérables.

Mise en usage quand la tumeur offre une fluctuation manifeste, accompagnée de l'inflammation de la peau, elle provoque bien rarement la résolution du pus, tandis que les tégumens, pressés d'une part par la résistance du foyer, et de l'autre par l'effort du bandage, outre la douleur qui résulte de cette pression, ils s'amincissent rapidement et ne tardent pas à se percer dans une grande étendue, si on continue à les comprimer.

Nous sommes cependant grands partisans de la compression, mais réduite à des cas exceptionnels, pour lesquels elle réussit aussi souvent qu'elle échoue dans ceux que nous venons d'indiquer. La pratique nous a appris et nous apprend chaque jour que la compression, dont l'action est si douteuse, ou mieux, si contraire contre les adénites, qui se présentent avec les caractères d'une inflammation franche, réussit à merveille contre celles qui n'affectent qu'un caractère sub-inflammatoire et chez lesquelles il semble que des vaisseaux lymphatiques dominent. Appliquée dans ces conditions contre les adénites non parvenues encore à l'état de suppuration, la compression convenablement faite réussit presque toujours, sinon toujours.

Mis en usage dans les adénites fondues, et présentant une fluctuation quelquefois même très avancée, ses résultats sont fréquemment on ne peut plus satisfaisans. Nous avons vu souvent des bubons considérables et présentant une fluctuation très avancée dans toute leur étendue, disparaître complètement et en peu de temps par ce mode de traitement. Toute la difficulté consiste donc à distinguer les tumeurs qui sont susceptibles de recevoir les bienfaits de la compression, de celles qui s'aggravent par son influence. Bien que cette distinction soit facile pour les praticiens qui ont l'habitude de traiter ces affections, il n'en est peut-être pas de même pour ceux de nos confrères moins favorisés, et c'est pour eux seulement que je demande au lecteur la permission d'entrer dans quelques détails qui ne sont pas sans quelque importance pratique.

Un bubon étant donné et parvenu à l'état de suppuration, s'il est franchement inflammatoire, en outre de la rougeur des tégumens et de la douleur que provoque la plus légère pression, il présente encore ce caractère important, c'est que, lorsque par le premier examen de la tumeur, on cherche à s'assurer de son degré de maturité, si la fluctuation est manifeste, le pus se porte facilement et d'emblée du côté opposé à celui du point où la tumeur est comprimée. Si, au contraire, le bubon appartient à la deuxième catégorie, et que la suppu-

---

campagnes surtout, dont la noble existence n'a rien qui puisse lui être comparée dans notre société moderne, consolateurs des affligés, providence des pauvres; à vous, vaillans soldats de la charité, intrépides pionniers de la civilisation; à vous, modestes Hippocrates de village, chevauchant sur des chemins vicinaux par le froid ou la chaleur, la neige ou la grêle, la nuit comme le jour; à vous, hommes bienfaisans et trop peu connus des pouvoirs publics; à vous, mes vœux les plus vifs et les plus étendus. Vous le savez, ce n'est pas de moi qu'il a dépendu que votre position professionnelle ne fût améliorée. Ce qui me reste de force, de courage et d'ardeur, c'est à vous que je veux le consacrer, à vous dont la bienveillance et le soutien me dédommagent de toutes les injustices.

A vous aussi, confrères en exil, à vous mes souhaits ardens pour que le ciel de la patrie vous soit bientôt rendu!

A vous enfin, jeunes disciples de nos écoles, que l'étude austère vous conduise tous à la position de Dupuytren ou de Laënnec!

Bonne année! Bonne année!

Amédée LATOUR.

VARIÉTÉS.

PRÉCOCITÉ EXTRAORDINAIRE DANS LE DÉVELOPPEMENT DES ORGANES SEXUELS ET DU SYSTÈME MUSCULAIRE CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS.

Le docteur Robert King Stone, professeur d'anatomie pathologique, a communiqué à la Société médicale du district de la Colombie, le fait curieux d'un jeune enfant qui lui fut présenté par son père, le 14 septembre dernier. Quelle fut ma surprise, dit M. Stone, quand j'appris que cet enfant n'avait que quatre ans. Sa taille et son développement musculaire étaient en effet véritablement extraordinaires : il avait 4 pieds et 1/4 de pouce de haut, et il pesait 70 livres; il avait même pesé jusqu'à 75 livres. Les deltoïdes et les autres muscles du bras, de l'avant-bras, du dos et du thorax offraient, chez lui, le développement qu'ils auraient pu avoir chez un homme vigoureux, haut de 6 pieds. Il avait très peu de graisse; la face était celle d'un homme parfaitement développé et ayant au moins 21 ans. Il avait déjà des poils dans l'aisselle, pas du tout sur la face. Mais les organes génitaux étaient surtout remarquables par leur développement. Le pénis était celui d'un homme bien développé; il mesurait 4 pouces 1/4 dans l'état de demi-flaccidité et 3 pouces 1/2 dans l'état de flaccidité parfaite. Le prépuce était court, laissant à découvert un gland bien conformé. Le pubis était couvert de poils bruns très épais, comme chez l'adulte. Dans le scrotum, deux testicules parfaitement bien développés, peut-être un peu moins volumineux que ceux d'un adulte. Il n'avait que 20 dents de la première dentition. La tête était bien conformée et en proportion exacte avec le développement du corps. L'enfant était bien portant et paraissait intelligent; il prononçait assez imparfaitement; il paraissait peu disposé à parler devant les étrangers, mais, chez lui, il était aussi gai et aussi parleur que les enfans de son âge. La voix était celle de la puberté. Cet enfant n'était pas adonné à la masturbation; on ne croyait pas qu'il eût eu des rapports sexuels, mais il avait des érections, et, couché avec une de ses parentes, il avait eu, à ce qu'il paraît, une émission séminale, ce dont elle ne s'aperçut que le lendemain. Du reste, le père de cet enfant avait présenté lui-même une précocité extraordinaire, car à 8 ans, il avait commencé à avoir des rapports sexuels.

Quelque extraordinaire que ce fait puisse paraître, il n'est pas, à beaucoup près, unique. Ainsi M. Breschet a publié, en 1821, le fait d'un enfant de 3 ans et 1 mois, qui pesait 50 livres, avait 3 pieds 6 pouces 3/4 de haut, et dont le pénis à l'état de flaccidité avait 4 pouces de long et 5 1/4 dans l'état d'érection. Les testicules n'étaient pas développés proportionnellement. M. Boiset a consigné, dans le *Journal des savans*, un fait pareil relatif à un enfant de 2 ans 11 mois. M. Daukes a fait connaître l'épitaphe d'un enfant enterré à Willingham, lequel était né le 31 octobre 1741, avait des signes de virilité à un an, avait acquis une taille de 4 pieds à 3 ans et mourut à 6 ans. Pline a parlé également d'un enfant pubère à 3 ans et qui avait 4 pieds de haut. Plusieurs cas semblables ont été rapportés par Milburger. Enfin, M. Lopes a fait connaître (*Amer. journal*, 1843) le fait d'un mulâtre, âgé de 3 ans 10 mois et 15 jours, qui pesait 82 livres, offrait 4 pieds 1/2 de haut, avait des moustaches, un pénis de 4 pouces de long, un système musculaire très développé et une force très considérable.

ANCIENNETÉ DE LA CHIMIE. — M. William Hérapath a fait connaître, dans le *Philosophical Magazine*, un fait intéressant sur l'examen des bandelettes d'*une momie d'Egypte*, qui semble propre à changer nos idées sur l'état de la chimie dans l'antiquité. Ces bandelettes sont en lin écru, et l'on y a découvert des caractères très nettement tracés, avec une encre indélébile, qui n'était autre que du *nitrate d'argent*. M. Hérapath a extrait un culot d'argent de la quantité qu'il a pu réunir. Il paraît, d'après ce fait, que l'acide azotique (acide nitrique) était connu des Egyptiens ou tout au moins de leurs prêtres, qui possédaient sans doute bien d'autres connaissances encore.

VERS INTESTINAUX. — M. de Siébold a communiqué à la société de Breslau des expériences très concluantes et très curieuses sur la métamorphose, jusqu'à ce jour inconnue, des tænia (vulgairement *vers solitaires*). Il en résulte, par exemple, que le *cysticercus fasciolaris*, ver vésiculaire qui vit en parasite dans le foie des rats et des souris, se développe ensuite en *tænia crassicolis* dans les intestins des chats qui avaient mangé ces foies; de même le *cysticercus pisiformis*, qui vit dans la substance des intestins du lièvre et du lapin, produit le *tænia serrata* du chien, et on observe, en effet, que les chiens de chasse en sont plus souvent atteints que les autres.

AVIS. — La séance du comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE n'aura pas lieu vendredi 31 décembre.

Le titre et la table des matières du tome VI de l'UNION MÉDICALE (1852) seront distribués samedi.

ration y soit également bien caractérisée, la peau qui le circonscrit est peu ou point rouge, et beaucoup moins sensible au toucher. Si on veut s'assurer de son degré de fluctuation, le pus, au lieu de se porter immédiatement et en masse du côté opposé, n'arrive que lentement, et semble être retenu par des cloisons cellulaires qui gênent sa marche dans l'intérieur de la tumeur. Si la douleur permet de presser avec un doigt le milieu de la tumeur, on sent à sa base une espèce d'empâtement qui ne s'observe pas dans les bubons de la première catégorie.

Voilà pour les bubons parvenus à l'état de suppuration, et qui se résolvent presque toujours sous l'influence de la compression, et contre lesquels nous ne négligeons jamais de l'employer.

Quant à ceux qui sont à l'état d'induration, la distinction entre les deux catégories nous semble si facile, que ce serait abuser de l'espace que l'UNION MÉDICALE veut bien nous accorder, que de chercher à les indiquer à ses nombreux lecteurs.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL BEAUJON. — Service de M. ROBERT.

Sommaire. — Fracture de la base du crâne. — Paralysie du nerf trijumeau. — Tumeur squirrheuse de la région parotidienne. — Paralysie du nerf facial.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

OBS. II. — Le 5 mai 1852, est entré dans le service, Frigaut (François), âgé de 38 ans, maçon. Quoique n'ayant jamais fait de maladies graves, cet homme paraît d'une constitution médiocre. Aucune affection semblable à celle qu'il porte n'existe dans sa famille, son père paraît avoir succombé à une maladie aiguë, sa mère est morte dans un âge avancé. Il rapporte que vers le mois d'octobre dernier apparurent, derrière la branche montante du maxillaire inférieur du côté gauche, de petites glandes adhérentes les unes aux autres, qui étaient le siége de douleurs vives et lancinantes. Peu à peu, sans qu'aucun autre trouble se manifestât dans sa santé, ces glandes prirent un volume plus considérable; vers le mois de mars, la tumeur était grosse comme un œuf de poule. C'est à cette époque qu'il s'aperçut d'un commencement de déviation dans les traits de sa face. Ces phénomènes augmentant, la tumeur ne diminuant pas sous l'influence des frictions iodées et des cataplasmes, et les douleurs le rendant incapable de continuer ses travaux, ce malade entra à l'hôpital.

Etat actuel : au-dessous de l'oreille gauche, dans la région parotidienne, on trouve une tumeur grosse comme un œuf, rouge, douloureuse à la pression, d'une dureté squirrheuse. Elle présente beaucoup d'irrégularités et de bosselures, et n'est pas nettement circonscrite, car on sent des prolongemens de la tumeur sous forme de petites masses globuleuses en arrière, en bas et en avant.

Ce qui frappe surtout chez ce malade, c'est l'aspect de sa physionomie, la singulière distorsion de ses traits. Au plus léger examen de sa figure, à l'état de repos, on voit qu'il y a défaut de symétrie de la face, il y a là évidemment trouble de fonctions des muscles de la partie gauche de la face. Examinant ces troubles par parties, voici ce que l'on remarque: si on invite le malade à plisser son front, les plis transversaux se forment très nettement à droite, mais la partie située à gauche de la ligne médiane reste immobile. Les efforts du malade sont également impuissants à rapprocher le sourcil gauche de celui du côté opposé; le froncement des sourcils n'a lieu qu'à droite. L'orbiculaire des paupières est également paralysé dans son action, car si on invite le malade à clore la paupière, en dépit de ses efforts, le mouvement ne s'exécute pas; c'est le globe de l'œil qui va se réfugier sous la paupière supérieure immobile. La paupière inférieure est dans sa position normale, mais sans mouvement. Si, avec le doigt, on abaisse la paupière supérieure, le malade la relève très facilement, avec tant de force même, que son bord libre disparaît sous la peau flasque et molle de la même paupière; on reconnaît là l'action du releveur non contrebalancée par celle de l'orbiculaire. Le nez est fortement dévié à droite; il décrit une courbure à convexité tournée à gauche; l'aile gauche est aplatie, elle reste sans mouvement, tandis que l'aile droite se rétracte visiblement. Le sillon naso-labial suit la même direction à droite. C'est surtout sur les lèvres que les effets de la paralysie sont visibles; la bouche est déviée vers la droite. La commissure gauche, rapprochée de la ligne médiane, est située plus bas que la commissure droite. Tout ce côté gauche a évidemment perdu sa faculté contractile, car la lèvre supérieure de ce côté est un peu pendante, et le mouvement de rapprochement est loin de se faire aussi complètement que du côté droit; aussi, depuis l'invasion du mal, le parler est-il devenu plus embarrassé, la prononciation des lettres labiales difficile et incomplète. Si on prie le malade de siffler, ses efforts sont inutiles, car la contraction n'ayant pas lieu du côté gauche, l'air trouve par là une large issue, sans qu'aucun bruit ait lieu. Dans le rire, la difformité augmente, le côté gauche de la bouche est immobile, et on peut dire que le malade rit seulement du côté droit. La joue du côté gauche est flasque et pendante à l'état de repos, et dans les mouvemens de la mastication, il arrive souvent au malade de se mordre, la joue venant s'interposer aux arcades dentaires. Des alimens s'accumulent souvent entre les arcades dentaires et la joue, et sans le concours de la langue ou des doigts, il ne peut s'en débarrasser; le buccinateur est donc inactif. On a, du reste, une autre preuve de sa paralysie dans le mouvement de succion qui ne s'opère pas du tout à gauche. L'action de lancer la salive au loin est impossible. Les mouvemens de la mastication s'exécutent avec la même facilité des deux côtés, le masséter se durcit à gauche comme à droite.

Examen des organes des sens. — Vue. L'œil gauche paraît un peu plus saillant que l'œil droit, ce qui tient à ce que la paupière supérieure est plus fortement relevée à gauche. Depuis que ces phénomènes de paralysie se sont produits, l'œil n'a été le siége d'aucune affection morbide. Actuellement il est sain; la conjonctive a sa coloration normale; la cornée transparente est intacte; la vision n'a rien perdu de sa force; l'iris est animé de mouvemens de contraction et de dilatation comme à l'ordinaire; mais les larmes n'ont pas leur direction normale, car le malade accuse un épiphora assez abondant; sensibilité générale intacte.

La faculté olfactive paraît n'avoir subi qu'un affaiblissement peu considérable; je rappelle ici qu'il y a paralysie des muscles qui entourent l'orifice nasal, l'action de flairer est abolie. Après avoir fermé les yeux et la narine droite, je présentai sous la narine gauche un flacon d'ammoniaque; quelques secondes après, le malade relève la tête, disant qu'il sentait quelque chose de piquant; la narine gauche fermée, le flacon fut offert à la narine droite; ici, le mouvement de retrait de la tête fut plus rapide; la sensation parut plus vive; le malade avait aspiré. Je répétai les mêmes expériences avec du camphre, du musc, et je fus amené à conclure qu'à droite la sensibilité olfactive était plus complète qu'à gauche.

La membrane pituitaire m'a paru également humide à droite et à gauche; au rapport du malade, la sécrétion des mucosités nasales n'a jamais été modifiée. La sensibilité générale existe dans les deux narines également.

Rien de remarquable du côté de l'ouïe. Il n'y a jamais eu ni perte, ni affaiblissement des sens.

Quant à la faculté gustative, elle n'est en rien modifiée. Le sucre, le sel, la coloquinte, posés sur la langue, apportent des sensations aussi nettes à gauche qu'à droite. La sécrétion salivaire est notablement augmentée, ce qui tient, je crois, à l'influence mercurielle; car, avant l'entrée à l'hôpital, des frictions avec l'onguent napolitain furent faites sur la tumeur, et il y a eu gonflement de la langue; elle est visiblement entraînée du côté gauche. Je crois que cette déviation peut trouver ainsi son explication; l'orbiculaire des lèvres étant paralysé dans sa portion gauche, la commissure du même côté n'a plus la force nécessaire pour maintenir la langue dans sa direction normale, de manière que si elle sort de la bouche, elle s'incline du côté où la résistance n'existe plus.

Je n'ai constaté aucune déviation dans la luette; et portant un stylet sur le voile du palais, j'ai provoqué des contractions évidentes.

Dans toutes les parties paralysées, la sensibilité générale est intacte. Le tact, le froid, le chaud éveillent les mêmes sensations sur la peau des deux moitiés de la face. Les muqueuses sont également sensibles à l'action de ces agens.

Ce fait pathologique est une preuve des plus puissantes, d'un fait physiologique longtemps méconnu, et aujourd'hui des plus certains, que la contraction des muscles de la face est exclusivement mise en jeu par le facial. On sait que ce nerf, sorti de l'aqueduc de Falloppe, passe au milieu du tissu de la glande parotide; une tumeur squirrheuse se développe dans cette région chez notre malade, comprime le nerf, interrompt, paralyse son action. La sensibilité générale est intacte dans tout le côté paralysé, ce qui prouve que le facial est étranger à la transmission des impressions tactiles de la face. Le peu de trouble des fonctions des organes des sens montre bien qu'il n'agit sur eux qu'en animant les petits appareils musculaires qui se trouvent autour des orifices sensoriaux. La direction normale de la luette, la faculté de se resserrer et de se dilater qu'a conservée l'orifice bucco-pharyngé, indique que l'action du nerf existe au niveau de son premier coude, puisque c'est de là que partent les nerfs qui vont animer ces parties.

Enfin l'intégrité des fonctions du sens de l'ouïe nous confirme dans l'idée que l'obstacle à l'action du nerf n'existe pas plus haut que le point d'émergence du trou stylo-mastoïdien, car la cause qui agirait sur lui à un point plus voisin du cerveau agirait en même temps sur le nerf auditif, qui lui est accolé, et paralyserait son action.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 Décembre. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Une série de rapports de M. le docteur WILLEMIN, médecin sanitaire à Damas, sur le bouton d'Alep et l'influence probable qu'exerce sur cette maladie l'usage de l'eau de la rivière d'Alep. Ces documens, transmis par l'intermédiaire du ministre de l'intérieur et du commerce, sont accompagnés d'échantillons de terre et d'eau d'Alep. (Comm. des eaux minérales.)

2° Une lettre de M. le docteur BRIZARD, médecin à Vercel (Doubs), contenant de nouvelles observations au sujet du procédé qu'il emploie pour la conservation du vaccin. (Comm. de vaccine.)

3° Un mémoire de M. BARDINET, de Limoges, sur la syphilis héréditaire et sa transmissibilité par la voie de l'allaitement des enfans aux nourrices. (Comm. nommée.)

4° Un mémoire de M. le docteur DECÈS, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, sur un cas de luxation horizontale et antérieure de la tête du fémur, et sur un nouveau procédé de réduction. (Comm. MM. Gerdy, Hervez de Chégoin et Malgaigne.)

5° Un mémoire de M. DIDIER, médecin-dentiste, sur un nouveau système de prothèse dentaire. (Comm. MM. Malgaigne, Deval et Oudet.)

6° Une lettre de M. BRULET, secrétaire de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon, sur un nouveau moyen qu'il croit appelé à remplacer avantageusement les agens anesthésiques. Ce moyen consiste à diriger des irrigations froides dans le conduit auditif externe.

7° Une note de M. BABAULT, d'Angerville (Seine-et-Oise), sur le traitement et la prophylaxie de la pustule maligne.

8° Une lettre de M. Stanislas MARTIN, contenant la formule d'un nouveau composé de chlore, de phosphore et de mercure, auquel il donne le nom de chloro-phosphure de mercure. (Comm. MM. Soubeiran et Boullay.)

9° Enfin, une lettre de M. BOULAND, inspecteur des eaux d'Enghien, ainsi conçue :

« Monsieur le président,

« MM. De Puisaye et Lecomte, en réclamant la propriété du procédé de chauffage que j'ai indiqué dans mon dernier mémoire, invoquent mes souvenirs pour assurer leurs droits. Je m'empresse de répondre à cet appel.

» Voici ce que je trouve dans mes souvenirs :

» 1° En 1845, lorsque j'étais directeur de l'établissement d'Enghien, je fus vivement impressionné de voir l'altération que les eaux sulfureuses éprouvent pendant leur caléfaction. Il me parut très important de faire cesser cette circonstance fâcheuse. J'entrepris donc une série de recherches, et je ne tardai pas à trouver le procédé qui fait l'objet de mon mémoire. A la fin du mois d'août de l'année suivante (1846), la question me sembla résolue, et je me décidai à en parler à quelques hommes compétens. J'en fis d'abord part à M. Chevallier, que je priai de répéter mes essais sous ses yeux. Le 1er septembre 1846, je lui démontrai que sans faire éprouver d'altération notable à l'eau sulfureuse, on peut, en l'additionnant d'eau commune bouillante, élever sa température jusqu'à 80 degrés centigrades. Ces expériences sont inscrites sur le journal de son laboratoire, page 332, à la date du 1er septembre 1846.

» Vers la même époque, j'instruisis du résultat de mes recherches M. O. Henry, chef des travaux chimiques de cette Académie, et un peu plus tard (pendant l'été 1847) M. Orfila. Ces honorables savans approuvèrent le moyen que je proposais et exprimèrent le désir de le voir mettre en pratique. M. Orfila a même eu l'obligeance de me rappeler qu'au mois de juin 1850, se trouvant à Enghien, où il prenait les eaux, il parla dans ce sens au propriétaire de l'établissement, et l'engagea à faire l'application de mon procédé de chauffage. Tous ces faits sont attestés par les savans dont j'ai invoqué le témoignage, et en présence desquels est lue cette lettre.

» 2° Depuis que M. de Puisaye est à Enghien, c'est-à-dire depuis le mois de mai 1850, j'ai eu souvent occasion de lui parler de mon mode de chauffage, et certes jamais une seule de ses paroles ne m'eût donné lieu de penser qu'il voulût revendiquer un jour la propriété d'un procédé que je lui exposais comme venant de moi, et connu du reste, dès cette époque, d'une certaine quantité de personnes, au nombre desquelles se trouvent plusieurs membres considérables de cette Académie.

« Je dirai plus, ajoute en terminant mon honorable confrère, si, » antérieurement à 1850, M. Bouland avait eu connaissance de ce fait, » il était assez important pour être indiqué dans l'opuscule qu'il a publié » à cette époque sur les eaux d'Enghien; s'il le connaissait même en » 1851, il lui était aussi facile qu'aujourd'hui d'en faire l'objet d'une » communication à l'Académie. »

» A ceci je réponds :

» 1° Dans mon premier rapport au ministre sur les exercices de 1849 et 1850, rapport que j'ai remis moi-même au ministère de l'agriculture et du commerce, dans les premiers jours de mars ou d'avril 1851, je dis à propos du chauffage des eaux sulfureuses :

« Après bien des tâtonnemens, j'ai vu que le procédé le plus simple » et le meilleur est de mélanger dans la baignoire l'eau sulfureuse » froide avec de l'eau ordinaire bouillante. Cette addition n'altère pas » l'eau minérale et le mélange conserve une richesse très considérable. » Le 29 août 1846, j'ai pris de l'eau sulfureuse contenant par litre, » soufre 0,g026235, etc....... Je l'ai additionné d'eau ordinaire bouil» lante, dans des proportions différentes, de façon à obtenir les degrés » ordinaires des bains, et voici quel était l'état chimique de l'eau....... » (suit un tableau présentant le résultat des analyses). Il résulte de ce » tableau, disais-je en finissant, que le mélange fait avec l'eau commune » à 60 degrés centigrades, élève la température du bain en lui faisant » éprouver la perte la moins forte. Mais dans la pratique, il y aurait un » grand avantage à n'employer que de l'eau à 100°, etc.... »

» Il est, ce me semble, difficile d'être plus catégorique, et mon honorable confrère voudra bien reconnaître au moins qu'au commencement de 1851, je connaissais assez bien le fait en question.

» 2° Malgré les sollicitations de plusieurs de mes amis qui m'engageaient à prendre date, j'ai tardé de le faire jusqu'à ce jour par des motifs faciles à apprécier. Chauffer les eaux sulfureuses froides sans les altérer, n'est qu'une partie de la question pratique. Il en est une autre, au moins et peut-être plus importante, je veux dire celle des réservoirs. A quoi sert, en effet, mon procédé de chauffage, si l'eau sulfureuse froide arrive altérée dans la baignoire? Il fallait, avant tout, conserver dans des réservoirs convenables l'intégrité de l'eau minérale : c'est ce que MM. François, Filhol et Chambert ont obtenu par leur gazomètre à air désoxygéné. Grâce à leur ingénieuse découverte, mon procédé de chauffage devenait applicable à Enghien; je pouvais sans crainte signaler les défauts de l'aménagement qui existe, puisque le remède était trouvé. Tout le monde comprend combien est délicate la position d'un médecin inspecteur. Placé entre des intérêts matériels très légitimes et sa conscience, il doit, avant de se dévoiler, en chercher le remède et faire appel au concours des hommes les plus éminens. Qui donc alors me blâmera d'avoir retardé la lecture de mon mémoire, jusqu'à ce que j'aie pu dire devant cette Académie : « Les eaux d'Enghien rendent tous » tous les jours des services incontestables : elles font des cures sou» vent inespérées; eh bien! elles peuvent plus : il est facile et peu » coûteux de les mettre en état de marcher de pair avec les eaux sulfu» reuses les plus célèbres. Il suffit d'apporter aux appareils qui fonc» tionnent les modifications que je propose. »

» Qu'il me soit permis d'espérer que, dans cette circonstance, l'illustre assemblée, au jugement de laquelle je me réfère, approuvera ma conduite, et qu'elle voudra bien me maintenir un droit de priorité qui ne me paraît pas pouvoir être sérieusement contesté.

» J'ai l'honneur, Monsieur le Président, d'être avec le plus profond respect,

» Votre très humble serviteur,

» Dr BOULAND,
» Médecin inspecteur titulaire des eaux d'Enghien. »

Paris, le 28 décembre 1852.

(Comm. des eaux minérales.)

Opium indigène.

M. BOUCHARDAT, en son nom et celui de MM. Rayer, Orfila, Boullay, Chevallier et Grisolle, lit un rapport très étendu sur un mémoire de M. Aubergier, relatif à la préparation de l'opium indigène.

D'après la commission, l'opium indigène, convenablement préparé, serait non seulement plus riche que l'opium exotique, mais sa compo-

sition serait surtout plus constamment uniforme que celle de l'opium d'Orient.

Des observations transmises au rapporteur par M. Grisolle, démontrent que l'extrait d'opium obtenu par M. Aubergier, jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'extrait d'opium exotique; que son action est peut-être plus énergique; et que s'il fallait fixer par des nombres l'énergie proportionnelle des deux extraits, on arriverait à conclure que 4 centigrammes d'extrait d'opium indigène, représentent assez exactement 5 centigrammes d'opium exotique.

Dans des expériences faites par M. Rayer, l'extrait d'opium indigène, préparé et fourni par M. Aubergier, a été donné sous forme de granules de 1 centigramme chacun, à des doses variables, depuis 1 centig. jusqu'à 10 centig. dans des maladies très diverses. Sur une centaine de malades, il a été constaté que les effets sédatifs de l'opium indigène n'ont jamais été au-dessous des effets de l'opium exotique habituellement employé.

L'opium indigène a été administré dans un grand nombre de maladies, dans lesquelles on emploie souvent avec succès l'opium exotique, et particulièrement dans plusieurs cas de coliques de plomb très douloureuses, de rhumatismes aigus, de névralgie, de phthisie pulmonaire, etc., etc. Constamment l'opium indigène, aux doses ordinaires de l'opium exotique, a procuré du soulagement et du sommeil.

Il reste donc démontré pour les commissaires, que l'opium indigène qui leur a été remis par M. Aubergier jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'opium exotique à un degré au moins égal à celui de l'opium de bonne qualité employé dans les hôpitaux.

La commission, en conséquence, demande l'approbation de l'Académie pour le mémoire de M. Aubergier, et propose d'en ordonner l'impression dans les mémoires de l'Académie.

Une courte discussion suit la lecture de ce rapport,

M. Bouchardat avait émis dans le corps du rapport la pensée qu'il pourrait être utile, dans l'intérêt de la sûreté publique, de soumettre la culture du pavot indigène au monopole du gouvernement.

MM. Chevallier et Boullay s'élèvent contre cette proposition, dont ils demandent la suppression.

M. Chevallier demande en outre, que l'opium indigène soit soumis au titrage comme l'opium exotique.

M. Bouchardat souscrit à cette dernière proposition; mais il persiste à penser qu'il peut être utile de maintenir dans le rapport, sous forme dubitative au moins, l'idée de monopoliser la fabrication de ce nouveau produit.

Ces deux propositions sont successivement mises aux voix : la première, savoir si le monopole sera proposé au gouvernement; la seconde, si l'opium indigène sera soumis au titrage. Elles sont adoptées.

M. Chevallier propose qu'une copie du rapport soit transmise au ministre de l'intérieur. L'Académie adopte.

Les conclusions du rapport, ainsi additionnées, sont mises aux voix et adoptées.

Hématologie pathologique.

M. Hérard lit un travail sur ce sujet. (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

Eaux minérales.

M. Patissier fait un rapport verbal sur un travail de M. Durand-Fardel, membre correspondant de l'Académie, ayant pour titre : Mémoire clinique sur cinq années de pratique à Vichy (de 1848 à 1852.)

Dans un tableau synoptique qui termine son mémoire, M. Durand-Fardel résume par des chiffres les résultats curatifs qu'il a obtenus dans cette période. Sur 615 maladies diverses observées, 101 ont été guéries, 224 ont été considérablement améliorées, 139 n'ont éprouvé qu'une faible amélioration; sur 99, les résultats ont été nuls; chez 5 on a constaté des suites fâcheuses; chez 47, les résultats ont été inconnus.

Si l'on considère, dit M. le rapporteur, que la médecine ordinaire est le plus souvent impuissante dans la curation des maladies chroniques, on devra reconnaître que les résultats signalés par M. Durand-Fardel, démontrent évidemment que les eaux minérales sont un précieux secours pour combattre les maladies de long cours, et qu'à cet égard elles méritent une étude sérieuse de la part des praticiens.

La commission estime qu'il y a lieu d'adresser une lettre de félicitation à M. Durand-Fardel, et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

L'Académie a procédé dans cette séance au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Ont été nommés :

Commission des épidémies, MM. Macartan, Roche.
Commission des remèdes secrets, MM. Orfila, Robinet.
Commission des eaux minérales, MM. Mélier, Boulay.
Commission de la vaccine, MM. Bouvier, Devilliers.
Comité de publication, MM. Chomel, Bousquet, Bégin, Bussy, Bouley jeune.

La séance est levée avant cinq heures.

Société médico-chirurgicale de Paris

(ancienne Société médicale du Temple).

Séances du 4[me] trimestre de 1852. — Présidence de M. Moreau (de Tours).

Sommaire. — Identité de la morve et du farcin. — Inoculation du pus provenant de l'homme ou des animaux morveux. — Diagnostic différentiel de la paralysie du muscle grand dentelé. — Formule et emploi d'une nouvelle pommade rubéfiante.

M. Bonnafont, au nom d'une commission chargée d'analyser les différens mémoires envoyés à la Société par M. Leblanc, médecin-vétérinaire, lit un rapport dans lequel il examine deux d'une manière toute spéciale.

Dans le premier, l'auteur établit l'identité de la morve et du farcin; ces deux affections ne diffèrent entre elles que par la gravité des lésions. Au nombre des symptômes qu'il étudie, il en est un, l'engorgement du testicule et de ses enveloppes, que l'on n'a jamais observé chez l'homme, et qui, au point de vue de la pathogénie, paraît avoir une certaine importance; car, pour beaucoup de vétérinaires, et pour M. Leblanc en particulier, ce signe tend à prouver que la morve doit être placée parmi les maladies tuberculeuses. Dans ce même travail, l'auteur combat l'opinion des vétérinaires qui attribuent dans certains cas le développement de la morve à une résorption purulente. Ses expériences lui ont toujours fourni des résultats négatifs. Il admet en outre que la morve est contagieuse, ce qu'il avait nié d'abord; mais des faits nombreux observés depuis, l'obligent à reconnaître un principe contagieux dont la puissance va toujours en s'affaiblissant chaque fois qu'elle est mise en jeu.

Le second mémoire est relatif aux inoculations faites par M. Leblanc avec des liquides provenant de l'homme ou des animaux morveux, inoculations qui ont presque toujours réussi, même avec du pus pris sur des pustules de morve chronique. Ce dernier fait semble au rapporteur d'une haute importance, et digne de l'attention des pathologistes. Il se demande s'il n'y a pas lieu de reconnaître une certaine analogie entre la morve chronique des animaux, et la syphilis chronique de l'homme ? S'il n'existe pas une grande ressemblance entre les phénomènes propres à ces deux affections; par exemple, entre les plaques muqueuses et pustuleuses placées aux orifices des conduits recouverts de membranes muqueuses, entre les ulcérations de la bouche, du nez etc ? Il se sent disposé, pour son compte, à admettre cette analogie.

M. Mailliot regrette de n'avoir pas entendu développer avec plus de détails le rapprochement établi par M. Leblanc entre la morve et les affections tuberculeuses. Il n'y en a aucun, selon lui, entre ces deux maladies, l'anatomie pathologique et le microscope suffisent et au-delà, pour le prouver. En effet, qu'elle analogie peut on trouver entre la matière tuberculeuse et ce pus plus ou moins noirâtre, mélangé de sang liquide que l'on rencontre dans la morve ?

M. Bonnafont répond qu'il a simplement énoncé l'opinion de l'auteur en lui en laissant d'ailleurs la responsabilité.

Sur l'interpellation de M. Forget, M. Bonnafont cherche à démontrer l'analogie qu'il a observée entre la morve chronique et la syphilis chronique. Il donne le nom de syphilis chronique à cet ensemble de phénomènes que les auteurs ont désignés sous le nom d'accidens secondaires et tertiaires. Cette dénomination lui paraît préférable parce qu'il ne peut croire qu'une ulcération virulente se guérisse et conserve en même temps la faculté de reparaître plus tard. La forme nouvelle sous laquelle elle se présente prouve qu'elle n'était pas guérie, qu'au contraire elle est passée à l'état chronique, en subissant quelques modifications. Il ne saurait admettre que le virus syphilitique, contagieux à l'état aigu, perde cette spécificité en passant à l'état chronique ; aussi regarde-t-il la syphilis chronique comme contagieuse, bien que cela soit nié par plusieurs syphilographes; et de la même manière il croit à la contagion de la morve chronique démontrée par M. Leblanc, niée cependant par la plupart des vétérinaires.

M. Forget se rapprocherait volontiers de l'opinion de M. Bonnafont si, comparant la marche de l'ulcération morveuse à celle de l'ulcération syphilitique, il concluait seulement de l'inoculation de la morve à celle de la plaque muqueuse, par analogie. Mais il ne croit pas possible d'assimiler la chronicité d'une maladie à cet état de la syphilis caractérisé par les accidens secondaires et tertiaires.

M. Belhomme rejette toute espèce d'analogie entre ces deux affections. La morve tue constamment l'être qui en est atteint, jamais elle ne devient constitutionnelle. Avec la syphilis, l'homme continue à vivre; cette maladie disparaît et souvent elle revient sous une autre forme.

M. Bonnafont : Je n'ai jamais prétendu que la morve et la syphilis ne fussent qu'une seule et même affection. J'ai voulu démontrer qu'il y avait entre elles un grand nombre de points de contact, à savoir : la contagion de la maladie et la possibilité d'inoculer le pus fourni par les pustules ou les papules qui se rencontrent dans l'une et dans l'autre. Quant aux raisons invoquées par M. Belhomme, elles prouveraient seulement une différence dans l'énergie des deux virus.

Cette discussion étant terminée, les conclusions du rapport sont adoptées. En conséquence, M. *Leblanc*, médecin vétérinaire, est nommé membre titulaire de notre Société. Le même titre est accordé à M. le docteur *Froment*, après la lecture d'un rapport de notre collègue M. Thibault, sur un *traité de névrologie* publié en 1846, et qu'à propos de sa candidature M. Froment avait adressé à la Société.

M. Duchenne (de Boulogne) nous présente un de ses malades qui est affecté d'une paralysie du grand dentelé, et nous fait constater les signes pathognomoniques de cette affection ainsi qu'il suit : le sujet étant debout, au repos, les bras pendans sur les côtés du tronc, le bord spinal de l'omoplate reste appliqué contre le thorax, à l'état normal, sans que l'on puisse distinguer le côté sain du côté malade; mais quand on fait porter les deux bras en avant jusqu'à une hauteur horizontale, il se produit une difformité tout à fait caractéristique, c'est-à-dire que du côté sain l'omoplate conserve son attitude ordinaire, tandis que du côté malade le bord spinal s'éloigne du thorax de 5 à 6 centimètres, en forme d'aile, et qu'il existe entre ce bord et les parois thoraciques une gouttière dans laquelle on pourrait loger trois à quatre doigts. M. Duchenne fait remarquer que du côté malade le deltoïde entre seul en contraction. Quant à la paralysie du grand dentelé, il en prouve l'existence d'une part, en nous rappelant que les signes que nous voyons se produire sont précisément ceux que donne artificiellement la contraction isolée du deltoïde lorsqu'on l'électrise; d'autre part, il procède sous nos yeux à une démonstration expérimentale en plaçant alternativement les excitateurs de son appareil d'induction sur les digitations du grand dentelé, à droite et à gauche; du côté sain, le muscle se contracte, du côté malade il reste immobile.

Pour faire ressortir l'utilité du diagnostic différentiel à établir entre les affections des divers muscles de l'épaule, M. Duchenne cite le cas d'une jeune jeune malade à laquelle il a donné des soins avec succès, et qui a été examinée par plusieurs d'entre nous. Des chirurgiens d'un mérite incontestable avaient diagnostiqué une paralysie du grand dentelé. Or, voici dans quel état elle se trouvait : placée debout, dans la même position que le malade précédent, on voit chez elle une difformité très prononcée de l'épaule droite. L'omoplate de ce côté est complètement dévié; son angle inférieur, porté en haut et en dedans, se trouve de niveau avec son angle externe qui n'a pas subi d'abaissement et qui représente le point de l'axe suivant lequel s'est opéré le mouvement de déplacement. Lorsque l'on essaie de ramener l'omoplate à sa place, on sent une contraction énergique des muscles rhomboïde et angulaire, qui ne permet pas d'y réussir complètement, et à l'instant même que l'on cesse les efforts, le scapulum reprend sa position vicieuse. Si l'on fait élever les bras horizontalement, la difformité disparaît. Cette enfant était affectée d'une contraction spasmodique des muscles rhomboïde et angulaire. La différence des signes est ici de la plus grande évidence, car outre que les deux difformités ne se ressemblent en aucune manière, la déviation se voit chez la jeune fille lorsque les bras sont placés perpendiculairement, et disparaît quand on leur donne une position horizontale; chez l'homme à la paralysie du grand dentelé, c'est précisément l'inverse.

M. Blatin nous présente une pommade qu'il nomme *urticante*, et qu'il propose de substituer à la pommade d'Autenrieth et à l'huile de croton-tiglium pour produire une dérivation cutanée. Cette pommade est composée d'axonge dans laquelle on incorpore, par simple mélange, sans trituration, les soies épineuses du *pois à gratter*, *dolichos pruriens* de Linné, à la dose de 50 centigrammes pour 30 grammes de graisse. Son action est immédiate; elle produit une sensation analogue à celle qu'excite le contact des orties. Le malade est obligé de frictionner pendant 10, 15 à 20 minutes la partie que le médicament a touchée. Pendant la friction, la chaleur brûlante et le prurit s'apaisent et disparaissent complètement en moins d'une demi-heure. La peau se couvre ordinairement de papules blanches et plates qui ne tardent pas à s'effacer, et devient le siége d'une chaleur incommode. L'urtication produite par les soies épineuses du dolichos pruriens n'est due qu'à l'introduction de ces soies dans nos tissus. Des essais variés ont démontré qu'elle ne dépendait d'aucune matière soluble de nature irritante. La dose de pommade à employer pour chaque friction est de 50 à 60 centigrammes. M. Blatin pense qu'en associant à la pommade diverses substances médicamenteuses et entre autres des sels solubles, de l'hydrochlorate de morphine, de strychnine, on les fera facilement pénétrer dans le tissu de la peau, comme s'ils avaient été inoculés avec une aiguille ou une lancette. La médication sous-endermique, désormais exempte des inconvéniens qui la font trop négliger prendrait dès lors une large part dans la thérapeutique.

M. Homolle demande à M. Blatin s'il a rencontré des malades qui se soient plaints de cette médication, et quelles sont les indications d'après lesquelles on doit l'employer.

M. Blatin : Aucun malade n'en a éprouvé d'inconvéniens; les enfans eux-mêmes la supportent facilement. La main qui fait la friction n'en ressent pas l'effet. Quant aux indications, ce sont précisément les mêmes que celles qui déterminent le praticien à recourir à la pommade stibiée ou à l'huile de croton.

M. Bréon : Puisqu'à l'occasion de cette nouvelle pommade, il vient d'être parlé de la méthode endermique, je dirai que, sous ce rapport, ce que j'ai trouvé de plus convenable, et employé fort souvent, c'est d'appliquer sur la partie malade un dez à coudre, dont le fond est couvert de coton, et le reste rempli d'ammoniaque liquide pur. Au bout d'environ dix minutes, l'effet est produit et l'on retire le dez. L'épiderme est froncé, légèrement soulevé, mais ne forme pas une cloche; on l'enlève sans produire de douleur, et l'on applique le médicament destiné à l'absorption cutanée. L'ammoniaque est ici bien préférable aux cantharides, dont l'action vésicante rend constamment le derme malade et douloureux.

M. Forget, après avoir rappelé la rondelle de flanelle imbibée d'ammoniaque qu'emploie M. Trousseau dans les mêmes circonstances, ajoute qu'un moyen des plus simples consisterait à maintenir fixée sur la peau avec une pince à pansemens, une boule de coton préalablement mouillée d'ammoniaque liquide pur.

M. Bréon préfère l'emploi du dez comme un moyen facile de limiter exactement l'effet rubéfiant sur le lieu que l'on veut dénuder de son épiderme.

Le secrétaire général : D[r] Collomb.

JURISPRUDENCE.

Conseil d'État. — *Patente du médecin.* — Le prix de la formule de la patente fait partie de la contribution des patentes et doit être acquitté en même temps que le premier douzième de cette contribution (art. 26 de la loi du 25 avril 1844), les docteurs en médecine qui ont été assujettis à la contribution des patentes par la loi du 15 mai 1850, sont donc tenus d'acquitter le prix de la formule de la patente. (Décret du 25 décembre 1852. — Boileau de Castelnau.)

Cour de cassation. — *Magnétisme.* — L'application du magnétisme direct à la guérison des maladies constitue-t-elle l'exercice illégal de la médecine ? — Oui. (Cour de cassation, chambre criminelle; rejet du pourvoi du sieur Rovère contre un arrêt de la Cour impériale de Douai du 7 décembre 1852 ; audience du 24 décembre.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltestet C[e], rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME SIXIÈME (1852)

DE L'UNION MÉDICALE.

NOTE. Les chiffres romains indiquent le Numéro, les chiffres arabes la page.

A

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Z

PARIS. — IMP. FÉLIX MALTESTE ET Ce,
22, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22